



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2015

FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION
COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE
UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

Sommaire

Avant-propos	4
Édito	7
Les faits marquants	8
Les chiffres clés	10
L'équipe du Fonds CMU	12
1 Le recours aux soins et l'accès aux droits	13
1.1. Le recours aux soins	13
1.1.1. L'état de santé et la consommation des bénéficiaires de l'ACS	13
1.1.2. L'état de santé et la consommation des bénéficiaires de la CMU-C	15
1.1.3. Les indicateurs CETAF sur l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C	19
1.1.4. Les indicateurs CNAMTS sur le choix du médecin traitant et le respect du parcours de soins	21
1.2. La réforme de l'ACS	23
1.2.1. Les enseignements du rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2014	23
1.2.2. La mise en concurrence	26
1.2.3. La campagne de communication	27
1.2.4. Les actions menées pour favoriser le basculement des bénéficiaires	29
1.2.5. Le suivi du dispositif	30
1.3. L'accès aux droits	31
1.3.1. CMU-C, ACS et seuil de pauvreté	31
1.3.2. Le rendez-vous des droits	34
1.3.3. Les refus de soins	38
1.3.4. Les contributions du Fonds CMU	40
2 L'évolution soutenue des effectifs	42
2.1. L'évolution moins rapide des effectifs de la CMU-C	43
2.1.1. Le bilan de l'année 2015	43
2.1.2. La répartition des bénéficiaires	46
2.2. La progression attendue des effectifs de l'ACS	54
2.2.1. Le bilan de l'année 2015	54
2.2.2. Les données des onze groupements sélectionnés	61
2.2.3. L'étude comparative ACS/CMU-C	62
2.3. L'impact de la revalorisation du plafond de ressources pour la CMU-C et pour l'ACS	67
2.3.1. Bilan de 2013 à 2015	67
2.3.2. Les données des caisses impliquées dans le suivi de la mesure de revalorisation du plafond	68
2.4. L'évolution des effectifs de la CMU de base	71
2.4.1. Le bilan de l'année 2015	71
2.4.2. La répartition des bénéficiaires	73
2.4.3. Le recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806	76
3 La croissance modérée des dépenses	79
3.1. Le coût moyen de la CMU-C	79
3.1.1. La dépense pour la part CMU-C en trésorerie	79

3.1.2. La dépense en trésorerie du régime général	81
3.1.3. Les explications sur l'évolution de la dépense	83
3.2. L'impact de l'article 22 de la LFSS pour 2014	86
3.2.1. Impact pour les régimes	87
3.2.2. Impact pour les OC	88
3.3. La croissance des dépenses de l'ACS	90
3.3.1. La dépense totale	90
3.3.2. Le montant de la déduction	90
4 Les comptes du Fonds CMU	91
4.1. Les ressources du Fonds CMU	91
4.1.1. La place prépondérante de la TSA	91
4.1.2. La taxe sur les tabacs	94
4.1.3. Le contrôle de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires	94
4.2. Les charges du Fonds CMU	98
4.2.1. Le remboursement aux organismes gestionnaires	98
4.2.2. Le remboursement des restes à charge de la CNAMTS	99
4.2.3. Le contrôle des déductions	99
4.3. L'équilibre financier du Fonds CMU	100
4.3.1. L'exécution budgétaire	100
4.3.2. La situation en trésorerie	101
4.3.3. Les projections financières	104
4.4. La maîtrise des risques	104
4.4.1. Le contrôle interne	104
4.4.2. Les risques liés aux remboursements des organismes gestionnaires de la CMU-C	105
4.4.3. Le travail de refonte des procédures du Fonds CMU	106
5 La communication et l'information	107
5.1. Les outils de communication	107
5.1.1. Les sites internet	107
5.1.2. L'annuaire statistique	107
5.1.3. La note de conjoncture	108
5.1.4. La lettre Références CMU	108
5.2. La liste des organismes gérant la CMU-C	108
Glossaire	110
Annexes	112
Annexe 1. Les missions du Fonds CMU	113
Annexe 2. La présentation des dispositifs	115
Annexe 3. Les évolutions législatives et réglementaires 2015	120
Annexe 4. Le conseil d'administration	122
Annexe 5. Le conseil de surveillance	123
Annexe 6. L'organigramme du Fonds CMU	125
Annexe 7. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2015	126
Annexe 8. Le détail des OC par offre sélectionnée dans le cadre de l'ACS	128

Encadrés

Encadré 1 – Les effets de la CMU-C sur le recours aux soins	16
Encadré 2 – La consommation de soins et la mortalité des bénéficiaires de la CMU-C dans les Dom	18
Encadré 3 – Les perspectives du rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2015	26
Encadré 4 – Les onze offres sélectionnées pour gérer les contrats ACS	27
Encadré 5 – Les dispositions prises pour favoriser la transition des bénéficiaires de l'ACS vers les contrats sélectionnés	29
Encadré 6 – La démarche PLANIR	37
Encadré 7 – Population éligible et taux de recours	42
Encadré 8 – Le contrat de sortie CMU-C	53
Encadré 9 – Les aides supplémentaires ACS	60
Encadré 10 – La protection universelle maladie (PUMA) : présentation de la réforme	78
Encadré 11 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des OC	97
Encadré 12 – Le bilan du tableau récapitulatif 2014	100
Encadré 13 – La réforme sur la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP)	103
Encadré 14 – Lutte contre la fraude à l'ouverture des droits à la CMU-C	106

Avant-propos

À l'occasion de la publication du 15^{ème} rapport annuel du Fonds CMU, apportons tout d'abord quelques précisions purement formelles.

Le lecteur remarquera en effet que nous avons procédé à quelques aménagements pour solliciter encore davantage la lecture du rapport. La première partie n'est pas consacrée cette année à la présentation des effectifs et de la dépense, mais elle met en avant les éléments sur l'accès aux droits et aux soins, qui constitue une des préoccupations majeures du Fonds CMU.

Nous verrons que les actions menées en 2015 sur le sujet ont été très riches et que certains travaux publiés par nos partenaires, que nous ferons en sorte de valoriser tout au long de ce rapport, ont permis de tirer de nouveaux enseignements, tout en confirmant le rôle central de la complémentaire santé dans l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Pour guider le lecteur, nous avons ajouté une page introductive consacrée aux chiffres clés. Il sera possible également de retrouver une synthèse des faits marquants de l'année 2015.

Quant à l'exercice constitué par cet avant-propos, il s'agit de résumer, en quelques lignes, les heures de travail consacrées par l'équipe du Fonds CMU à suivre les dispositifs, contrôler leur financement et faire progresser sans cesse l'établissement vers une meilleure connaissance de la CMU-C et de l'ACS.

Que chaque agent du Fonds CMU soit sincèrement remercié pour cette mobilisation.

Pour illustrer la qualité du travail accompli par l'équipe du Fonds CMU, il est possible d'évoquer le rapport de la Cour des comptes rendu public le 3 juin 2015 qui indique que l'établissement « *regroupe des missions financières et d'expertise qui, à défaut, peineraient à être prises en charge avec la même constance et la même intensité par les directions d'administrations centrales et les organismes nationaux de Sécurité sociale entre lesquelles elles seraient dispersées* ». Ces propos constituent une satisfaction même si le rapport pointe par ailleurs « *l'existence de carences importantes dans le processus d'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS* ». Il est également possible d'observer que, chaque année, le Fonds CMU a le « privilège » de ne jamais être oublié par le législateur à travers une ou plusieurs dispositions législatives contenues dans la loi de financement de la

Sécurité sociale ou dans la loi de finances, ce qui confirme la capacité de l'établissement à accompagner et mettre en œuvre les réformes.

2015 consacre la mise en œuvre d'une ACS totalement renouvelée.

Le 1^{er} juillet 2015, en application des lois de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et 2015, la réforme de l'ACS est entrée en vigueur.

L'ACS est désormais réservée aux contrats, qui ont été sélectionnés par l'État.

Face à l'importance du non-recours à ce dispositif et aux constats récurrents établis par le Fonds CMU, liés à l'extrême diversité des contrats et à leur qualité médiocre comparativement au reste du marché, le Gouvernement a souhaité rendre l'ACS plus lisible, plus efficiente et donc plus attractive en limitant le nombre de contrats de complémentaire santé éligibles au dispositif, en définissant des garanties minimales et en améliorant le rapport qualité/prix des contrats par le biais d'une procédure de mise en concurrence.

Onze offres ont été sélectionnées. Chacune propose trois contrats types distincts : d'entrée de gamme (« A »), de moyenne gamme (« B ») et de gamme supérieure (« C »).

À fin décembre 2015, 227 OC couvrant environ 80 % des utilisateurs d'attestation de droits à l'ACS, proposent les nouveaux contrats éligibles à l'ACS. Par ailleurs, les utilisateurs des nouveaux contrats ACS, ont opté en majorité pour des contrats présentant les garanties les plus importantes (« B » et « C »). Ajoutés à la nette amélioration du rapport qualité/prix des garanties, ces deux éléments constituent déjà des motifs de réussite.

La mise en œuvre du nouveau dispositif ACS a été accompagnée par une campagne de communication spécifique.

La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a souhaité que le lancement du dispositif soit accompagné d'une communication spécifique.

Le Fonds CMU s'est largement investi, en appui de la direction de la Sécurité sociale et de la direction de la communication du ministère, pour élaborer des supports d'information les plus simples et accessibles

possibles, et les mettre à disposition du réseau de partenaires institutionnels et associatifs. Nous avons, à cette occasion, réalisé un site dédié, pour créer une notoriété propre à l'ACS. Un comparateur d'offres a également été mis à la disposition du public.

Ces efforts de communication seront poursuivis.

Le nouveau dispositif ACS offre des droits plus étendus pour les bénéficiaires.

Pour permettre d'assurer un accès effectif aux soins, l'ACS offre désormais à ses bénéficiaires toute une série de droits, indépendamment de la souscription d'une complémentaire santé : interdiction des dépassements d'honoraires, bénéfice du tiers payant intégral et exonération des franchises et des participations forfaitaires. Ajouté au fait que la loi de santé prévoit la création de tarifs opposables pour un panier de soins élargi, l'aide au paiement d'une complémentaire santé est devenue un dispositif complet et de qualité, proche de celui de la CMU-C.

Grâce à ces évolutions, le dispositif de l'ACS doit permettre d'apporter une contribution efficace à l'objectif fixé par le président de la République de « *généraliser à l'horizon de 2017 l'accès à une couverture complémentaire de qualité* », pour ce qui concerne les ménages dotés de faibles ressources qui ne bénéficient ni de la CMU-C, ni d'une couverture complémentaire d'entreprise, dont la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a engagé la généralisation.

L'évolution des effectifs de la CMU-C et de l'ACS : des dynamiques distinctes mais significatives

Fin 2015, les dispositifs gérés par le Fonds CMU bénéficient à 6,8 millions de personnes, dont 5,4 millions pour la CMU-C et 1,4 million pour l'ACS.

Sous l'effet de la précarité sociale liée au chômage et du relèvement exceptionnel du plafond de ressources intervenu au 1^{er} juillet 2013, la progression des effectifs de la CMU-C reste soutenue et atteint 3,5 % sur un an.

Le nombre des bénéficiaires de l'ACS s'est quant à lui fortement accru avec une évolution de presque 13,0 % en 2015, sous l'effet essentiellement du relèvement exceptionnel du plafond de ressources.

Les objectifs fixés dans le cadre du relèvement exceptionnel des plafonds de ressources intervenu au 1^{er} juillet 2013 ont été dépassés avec près de 310 000 attributions pour la CMU-C à la fin de l'année 2014 (date de la fin de la montée en charge) et 380 000 utilisateurs pour l'ACS à la fin de l'année 2015.

Toutefois, le non-recours aux dispositifs reste important. Selon les derniers éléments communiqués par la DREES, la population éligible totale se situe dans une fourchette allant de 8,3 à 10,6 millions de personnes en 2014. Plus des deux tiers des bénéficiaires potentiels de l'ACS et un tiers de ceux de la CMU-C n'y recourent pas. Au total, ce sont plus de 3 millions de personnes qui n'auraient pas fait valoir leurs droits aux dispositifs.

Pour une part, le non-recours à la CMU-C et l'ACS est lié à la lourdeur des démarches administratives qui impliquent, pour les bénéficiaires, d'en demander l'attribution, même quand ils sont connus pour en remplir les conditions. Un premier pas important vers la simplification des démarches a été engagé avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui prévoit le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées).

Des avancées importantes vers une meilleure connaissance des dispositifs

La DREES a publié en décembre 2015 une étude concernant les effets de la CMU-C sur le recours aux soins. Elle confirme deux points importants : d'une part que les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population et d'autre part que, lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à état de santé équivalent, sauf pour les dépenses de généralistes, qui sont plus élevées.

Détenir la CMU-C réduit de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé.

Dans le cadre de son rapport Charges et produits pour 2016 (publié en 2015), la CNAMTS propose pour la première fois une comparaison de l'état de santé et des dépenses annuelles des bénéficiaires de la CMU-C, de ceux de l'ACS et des autres assurés du régime général. Cette étude confirme que l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C et, de manière encore plus marquée, des bénéficiaires de l'ACS, est plus dégradé que celui des autres assurés du régime général.

Notre connaissance des dispositifs devrait encore s'améliorer en 2016 puisque la CNAMTS a obtenu l'accord de la CNIL pour réaliser une cohorte populationnelle des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Des actions nombreuses pour favoriser l'accès aux dispositifs, avec des marges de progrès

Les organismes sociaux ont multiplié les démarches favorables en direction des bénéficiaires potentiels : actions nationales de communication, labellisation des actions dans le cadre de la démarche PLANIR, mise en place d'un nouveau formulaire de demande conjointe de la CMU-C et de l'ACS, etc.

Néanmoins, nous verrons que dans une étude inédite sur le rendez-vous des droits, les élèves de l'EN3S, notent un recueil partiel des demandes de CMU-C pour les titulaires du RSA et l'absence de généralisation de l'utilisation de l'outil @RSA.

Des perspectives financières à surveiller dans un contexte de hausse des dépenses et de mise en œuvre de la TSA fusionnée

L'équilibre financier du Fonds CMU et des charges de l'assurance maladie au titre des dépenses de CMU-C a été assuré au cours des dernières années. En 2015, 155 millions supplémentaires ont été versés à la CNAMTS pour prendre en charge le niveau plus important de ses dépenses de CMU-C.

En intégrant les dernières mesures législatives, l'équilibre financier serait assuré jusqu'en 2017, à taux inchangé de taxe de solidarité additionnelle.

Ces prévisions restent bien sûr à confirmer et ne tiennent pas compte des incidences possibles de la généralisation de l'ANI. Sans relation de cause à effet directe pour le moment avec l'ANI, ces prévisions ne tiennent pas compte non plus de la chute inattendue de l'assiette déclarée par les OC dans le cadre de l'échéance du quatrième trimestre 2015. Les contrôles en cours sur les évolutions les plus incohérentes permettront d'expliquer ces constats et d'ajuster éventuellement les projections sur les recettes du Fonds CMU.

Les incertitudes qui pèsent sur le budget du Fonds CMU s'inscrivent dans un contexte de mise en œuvre d'une réforme importante relative à la fusion de la TSA et de la TSCA. En considérant que l'enjeu financier du contrôle sur l'assiette déclarée par les OC fera plus que doubler, le Fonds s'est beaucoup mobilisé sur ce dossier tout au long de l'année 2015. La circulaire ministérielle publiée à la fin de l'année 2015 permet de préciser les modalités déclaratives et de clarifier les rôles respectifs du Fonds CMU et de la branche recouvrement en matière de contrôle.

Les perspectives pour 2016

L'année 2016 sera consacrée à la mise en œuvre et au suivi de plusieurs réformes importantes.

La fusion de la TSA et de la TSCA, qui doit intervenir dès l'échéance du T1 2016, et qui s'accompagnera de la dématérialisation de la déclaration (et du versement) pour les organismes cotisants, constitue une évolution majeure pour le Fonds CMU, qui devra refondre son système d'information pour intégrer directement les informations transmises par l'ACOSS, la double saisie des bordereaux étant abandonnée. En termes d'opportunité, cela permettra au Fonds CMU d'enrichir par plus de contenu qualitatif sa politique de contrôle de l'évolution de l'assiette de la TSA, en intégrant le contrôle du caractère responsable ou non des contrats.

En 2016, le Fonds CMU établira au nom du gouvernement le septième rapport bisannuel d'évaluation de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU.

L'année 2016 sera également consacrée au premier bilan de la réforme du dispositif ACS avec l'élaboration du rapport sur le prix et le contenu des contrats dans sa nouvelle forme. Les échanges privilégiés et réguliers avec les 11 groupements seront poursuivis.

Le Fonds CMU élaborera un plan de communication pour l'année 2016 avec l'objectif de mieux faire connaître les dispositifs à des catégories de publics spécifiques, comme les étudiants par exemple.

Le Fonds participera également aux travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'article 33 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, qui prévoit la création d'un contrat labellisé au bénéfice des personnes âgées de 65 ans et plus à compter du 1^{er} janvier 2017.

Le Fonds CMU veillera à intégrer dans ses réflexions les impacts de différentes mesures : généralisation de la complémentaire santé, dispenses d'affiliation, PUMA, etc.

Après avoir remercié une nouvelle fois les agents du Fonds CMU pour leur engagement au quotidien, je souhaite terminer cet avant-propos en saluant le départ de Vincent Beaugrand, directeur du Fonds CMU au cours de ces deux dernières années, qui a su mobiliser les énergies internes pour mener nos missions à bien et faire en sorte que le Fonds CMU reste un acteur incontournable.

Raphaëlle Verniolle

Directrice par intérim

Édito



Véronique WALLON
Présidente du conseil d'administration
Inspectrice générale des affaires
sociales



Gérard BAPT
Président du conseil de surveillance
Député de la Haute-Garonne

“

En cette année 2015 où notre pays a fêté les 70 ans de la Sécurité sociale, l'aide au paiement d'une complémentaire santé a connu une réforme majeure. Depuis le 1^{er} juillet 2015, les modalités d'accès au dispositif sont simplifiées et les offres sélectionnées proposent des contrats plus avantageux et moins chers, ce qui est une bonne nouvelle pour nos concitoyens les plus modestes. Cette réforme doit permettre de faciliter leur accès aux soins. Elle s'inscrit dans le cadre d'un bouleversement en profondeur du paysage des complémentaires santé, l'objectif commun étant de permettre l'accès pour chacun à une complémentaire santé adaptée à ses besoins et à la hauteur de ses revenus. Parmi ces changements figure en bonne place la refonte des contrats responsables et la généralisation des complémentaires santé d'entreprise à partir de janvier 2016. La mise en œuvre de ces réformes et leurs impacts devront être suivis avec la plus grande attention, notamment en ce qui concerne le montant des cotisations collectées par les organismes complémentaires au titre de la taxe de solidarité additionnelle, principale source de financement du Fonds CMU.

”

“

Au cours de l'année 2015, l'équipe du Fonds CMU s'est mobilisée pour préparer la mise en œuvre de l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 qui apporte des simplifications au paysage de la fiscalité des contrats d'assurance santé. À compter du 1^{er} janvier 2016, les contrats d'assurance santé seront soumis à une TSA « renouvelée ». La suppression de l'empilement de la TSCA et de la TSA permettra une plus grande lisibilité par les redevables. Si cette fusion a été opérée dans un objectif de neutralité tant pour les assurés que pour les affectataires, il n'en demeure pas moins que sa mise en œuvre engendre d'importants bouleversements, notamment en ce qui concerne les échanges entre la branche recouvrement et le Fonds CMU, qui ont dû faire évoluer leur système d'information pour y parvenir. Un amendement instaure une procédure de déclaration dématérialisée remplaçant le formulaire papier. La déclaration en ligne sera rendue possible dès la première déclaration de l'année 2016.

”

Les faits marquants

LA SÉLECTION DES CONTRATS ÉLIGIBLES À L'ACS



JANVIER 2015

Deux ans après son adoption, le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a fait l'objet d'une nouvelle évaluation réalisée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Le 26 janvier 2015, François Chèreque, Christine Abrossimov et Mustapha Khennouf ont remis au Premier ministre un rapport dressant le bilan annuel du plan de lutte contre la pauvreté (une première évaluation avait été présentée le 23 janvier 2014).

AVRIL 2015

L'arrêté du 10 avril 2015 fixe la liste des contrats de complémentaire santé ouvrant droit à la déduction ACS. Cet arrêté fait suite à la procédure de mise en concurrence des contrats de complémentaire santé lancée le 17 décembre 2014.

Onze offres ont été sélectionnées à la suite de la procédure de mise en concurrence. Elles sont principalement proposées par des groupements d'organismes.

MAI 2015

Le 18 mai 2015, le Fonds CMU a rendu public une recherche-action réalisée par la 53^{ème} promotion de l'EN3S et dirigée par le Fonds CMU, visant à identifier les réponses institutionnelles permettant d'aller vers les non-demandeurs de l'ACS, rechercher les pratiques locales au sein des caisses qui améliorent le taux de recours et

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES



LE FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

contribuer à leur mutualisation. Cette étude tente également de répondre à plusieurs interrogations sur l'impact respectif des pratiques locales et des caractéristiques de la population et des départements sur le taux de recours à l'ACS.

JUIN 2015

• La Cour des comptes a rendu public, le 3 juin 2015, un rapport sur le Fonds CMU, demandé par la commission des finances du Sénat, en application de l'article 58-2° de la loi organique relatives aux lois de finances. Dans cette enquête qui porte sur la CMU-C et l'ACS, la Cour examine l'évolution des règles d'éligibilité et du recours effectif à ces dispositifs, qui visent à assurer l'accès aux soins des ménages défavorisés, le niveau de la protection qu'ils procurent, ainsi que les risques qui affectent leur gestion et leur soutenabilité financière. Douze recommandations ont été formulées par la Cour des Comptes.

• Afin d'accroître la connaissance de l'ACS, une campagne de communication a été lancée le 29 juin 2015 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, lors d'une visite à la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne, à Créteil. Cette campagne a été coordonnée entre tous les acteurs susceptibles d'informer les bénéficiaires potentiels et d'accompagner les bénéficiaires actuels de l'ACS vers le nouveau dispositif. Ainsi, ce sont le Gouvernement, le Fonds CMU, les caisses

ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉFORME SUR L'ACS



nationales de sécurité sociale (caisses d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, caisses de retraite), Pôle Emploi, les associations, les professionnels et établissements de santé, les centres communaux d'action sociale et les organismes complémentaires qui se sont mobilisés autour de cette campagne.

• Le 29 juin 2015, le Fonds CMU publie son rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS. Les constats sont similaires aux années précédentes : une extrême diversité des contrats rendant difficile un choix éclairé par les bénéficiaires ; des contrats ACS qui proposent des garanties nettement inférieures comparativement au reste du marché, ce qui engendre, au-delà du reste à charge sur le prix du contrat des restes à charge sur les prestations. Ces observations légitiment la réforme du dispositif ACS.

JUILLET 2015

Le 1^{er} juillet dernier, en application des Lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015, la réforme de l'ACS est entrée en vigueur.

Le dispositif évolue sur trois points :

- le bénéfice des droits liés à l'ACS est conditionné à la souscription d'un contrat auprès d'un OC sélectionné avec trois niveaux de garantie proposés ;
- l'assuré bénéficie du tiers-payant intégral ;

2015

GESTION BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE DES ORGANISMES PUBLICS



- la suppression des franchises médicales et des participations forfaitaires.

C'est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 qui a établi le tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS, un décret et un arrêté publiés au Journal officiel du 30 juin 2015 fixent les modalités de mise en œuvre.

AOÛT 2015

La circulaire relative à la gestion budgétaire et comptable des organismes et des opérateurs de l'Etat pour 2015 N° DF 2B20-15-3028 du 20 août 2015, précise les modalités de mise en œuvre du volet comptabilité budgétaire du décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP). Il est rappelé que les organismes qui y sont soumis ont l'obligation d'appliquer la comptabilité budgétaire à compter du 1^{er} janvier 2016.

Sur tout l'exercice 2015, le Fonds s'est employé à revoir son mode de gestion et son organisation pour mettre en œuvre la réforme et préparer son budget initial pour 2016.

PLFSS 2016

2016

PROJET
DE LOI DE
FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

SEPTEMBRE 2015

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a été présenté le 24 septembre 2015. Plusieurs mesures à retenir :

- La mise en place d'une protection universelle maladie : elle vise à permettre l'ouverture simplifiée des droits à l'assurance maladie de tous les assurés qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière et à supprimer progressivement le statut d'ayant droit pour les personnes de plus de 18 ans ;
- La création d'une aide individuelle à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les salariés ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé d'entreprise, de la CMU-C ou de l'ACS (contrats courts, multiemployeurs) ;
- La labellisation de contrats de complémentaire santé pour les plus de 65 ans. Ces contrats bénéficieraient d'un taux de TSA réduit de deux points ;
- La prolongation, pour une année supplémentaire, de la contribution des organismes complémentaires au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins.

70^{ÈME} ANNIVERSAIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



OCTOBRE 2015

C'est le 70^{ème} anniversaire des ordonnances du 4 octobre 1945 fondatrices de la Sécurité Sociale. À cette occasion, plusieurs manifestations ont été organisées et proposées au public, assurés, bénéficiaires, entreprises, au niveau national mais également au niveau local. Un événement national, organisé le 6 octobre 2015, a été le point d'orgue de ces manifestations.

DECEMBRE 2015

- Le 11 décembre 2015, la CNAMTS a publié son rapport « Charges et Produits » pour l'année 2016. Ce rapport apporte des éléments très intéressants sur l'état de santé et la dépense remboursable des bénéficiaires de la CMU-C. Le même rapport permet, pour la première fois, de dresser un portrait de la population ACS en termes d'état de santé et de recours aux soins.
- La circulaire N° DSS/SD5D/2015/380 relative à la fusion de la TSA et de la TSCA est parue le 28 décembre 2015. Tout au long de l'année 2015, le Fonds CMU a apporté son expertise pour la bonne mise en œuvre de cette réforme, en rédigeant des cahiers des charges ainsi qu'en contribuant à la rédaction de la circulaire.

Les chiffres clés

CMU-C

Effectifs
(tous régimes)

5,40 M



Métropole et Dom,
estimation au 31/12/2015

Évolution effectifs
(tous régimes)

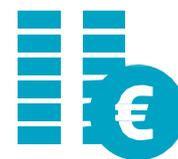
+ 3,5 %



par rapport à fin décembre 2014,
métropole et Dom

Estimation du montant
à verser au titre
des dépenses CMU-C

2 183 M€



à l'ensemble des régimes et des OC
(1 924 M€ pour les régimes et 259 M€
pour les OC) au titre de l'exercice 2015

DÉPENSE PAR BÉNÉFICIAIRE

RSI

327 €



MSA

352 €



Organismes
complémentaires

376 €



Régime général

424 €



Evaluation au 31/12/2015

2015

ACS

<p>Bénéficiaires d'attestations (tous régimes)</p> <p>1,35 M</p> <p>cumul sur les 12 derniers mois au 31/12/2015</p>	<p>Évolution du nombre de bénéficiaires d'attestation (tous régimes)</p> <p>+ 12,6 %</p> <p>cumul sur les 12 derniers mois à décembre 2015, par rapport au cumul sur les 12 derniers mois à décembre 2014</p>	<p>Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation (tous régimes)</p> <p>0,98 M</p> <p>au 30/11/2015</p>	<p>Coût de l'ACS en 2015</p> <p>287 M€</p> <p>(montant retenu dans l'arrêté des comptes 2015)</p>
--	---	---	---

TSA

<p>Assiette de la TSA 2015</p> <p>34 337 M€</p> <p>sur la base des déclarations trimestrielles, estimation à fin décembre 2015</p>	<p>Evolution de l'assiette</p> <p>+ 1,3 %</p> <p>entre 2014 et 2015</p>	<p>Nombre d'OC déclarants 2015</p> <p>537</p> <p>ayant déclaré une assiette supérieure à 0</p>	<p>Nombre d'OC gestionnaires de la CMU-C</p> <p>321</p> <p>Nombre d'OC inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C pour 2015</p>
--	---	--	--

PLAFONDS D'ATTRIBUTION AU 1/07/2015

CMU-C	ACS
<p> Métropole : 720 €/mois DOM : 802 €/mois</p>	<p> Métropole : Entre 721 et 973 €/mois Dom : Entre 803 et 1082 €/mois</p>
<p> Métropole : 1081 €/mois DOM : 1203 €/mois</p>	<p> Métropole : Entre 1082 et 1459 €/mois DOM : Entre 1204 et 1624 €/mois</p>

L'équipe du Fonds CMU



**Vincent
BEAUGRAND**
*Directeur jusqu'au
31 décembre 2015*



**Raphaëlle
VERNIOLLE**
Directrice adjointe



**Denis
TEILLAUD**
Agent comptable



**Jean-François
CHADELAT**
Président d'honneur



1 Le recours aux soins et l'accès aux droits

L'année 2015 est marquée par l'entrée en vigueur de la réforme ACS, qui vise à faciliter l'accès à cette aide et à garantir une couverture de meilleure qualité à un prix modéré.

Par ailleurs, plusieurs études contribuent à mieux connaître le recours aux soins et les dispositifs financés par le Fonds CMU. Parmi elles, l'étude de la CNAMTS issue du rapport Charges et produits, qui présente des données inédites sur les bénéficiaires de l'ACS, tout en mettant en perspective des données actualisées sur les bénéficiaires de la CMU-C.

En ce qui concerne l'accès aux droits, le Fonds a établi une analyse parallèle des données relatives au seuil de pauvreté et au recours à une aide à la complémentaire santé. Il s'est également associé aux élèves de l'EN3S pour établir un bilan sur les rendez-vous des droits proposés par les CAF.

1.1. LE RECOURS AUX SOINS

Dans son Rapport Charges et produits 2016, la CNAMTS a développé un focus sur l'accès aux soins des populations les plus vulnérables. Pour la première fois, des éléments sont présentés sur l'état de santé et la consommation des bénéficiaires de l'ACS. Un volet sur les bénéficiaires de la CMU-C complète cet éclairage.

La DREES, à partir de l'enquête Santé et protection sociale, a étudié les effets de la CMU-C sur le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. Ce bilan introduit la présentation des données exploitées annuellement par le CETAF, sur la base des questionnaires remplis par les consultants des centres d'exams de santé. Une évolution de ces questionnaires est prévue, afin d'intégrer un volet concernant les bénéficiaires de l'ACS, avec un déploiement progressif sur 2016 et 2017. En parallèle, le suivi de la CNAMTS sur le choix du médecin traitant et le respect du parcours de soins mesure la bonne intégration des bénéficiaires de la CMU-C dans le système de soins.

La revue des indicateurs se conclut par un regard particulier porté sur la couverture maladie et le recours aux soins des personnes sans domicile fixe, à partir de l'étude de la DREES établie en 2015, sur la base d'une enquête menée par l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) et l'INED (Institut national d'études démographiques) auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas.

L'ensemble de ces approches confirment et convergent vers les deux constats suivants : l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, ou de l'ACS, est plus dégradé que celui de l'ensemble de la population, mais l'accès à une prestation d'aide à la complémentaire santé réduit significativement le renoncement aux soins.

1.1.1. L'état de santé et la consommation des bénéficiaires de l'ACS

Dans le rapport Charges et produits 2016¹, la CNAMTS propose un focus sur l'accès aux soins des populations vulnérables. Cette approche permet, pour la première fois, de dresser un portrait de la population ACS en termes d'état de santé et de recours aux soins.

L'étude porte sur l'année 2012 et compare, pour les personnes âgées de moins de 60 ans², la situation des bénéficiaires de l'ACS³ (732 000 personnes, 1,6 % de la population) avec celle des 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C (9,7 %) et celle du reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes (88,7 %). Pour ce faire, les données du SNIIRAM ont été enrichies de l'information relative au bénéfice de l'ACS⁴.

¹ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 – Juillet 2015

² Montants moyens ajustés sur l'âge et le sexe, pour les moins de 60 ans

³ Ont été exclus de l'étude les 336 milliers de personnes ayant bénéficié successivement des deux dispositifs ACS et CMUC en 2012

⁴ Droits ouverts à l'ACS, sans que l'on sache si l'attestation a été utilisée ou non pour l'acquisition d'une complémentaire

1.1.1.1. Une population bénéficiaire de l'ACS hétérogène en termes d'état de santé

Les bénéficiaires de l'ACS sont plus souvent pris en charge au titre d'une ALD (24 % après ajustement sur l'âge et le sexe) que ceux de la CMU-C (11 %) et que, surtout, le reste de la population (8 %).

Aussi, à structure de population identique, la fréquence des grandes catégories de pathologies est toujours plus élevée dans la population ACS que dans la population générale : 6,2⁵ fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 2,4 fois plus élevée pour le diabète. Cela vaut également si on la compare avec la population CMU-C, même si les écarts sont alors nettement plus faibles : 2,5 fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 1,1 pour le diabète.

On pourrait supposer que la surmorbidity constatée pourrait découler d'un effet de sélection⁶. Toutefois, l'étude montre que la fréquence plus élevée des pathologies au sein de l'ACS se concentre sur les personnes titulaires de l'AAH ou d'une prestation d'invalidité versées en raison d'un état de santé dégradé. En excluant ces deux populations, les écarts entre population ACS et CMU-C tendent à disparaître, voire même s'inversent dans certains cas.

Tableau 1 – Fréquence des pathologies parmi les bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C et du régime général hors CMU-C et ACS (pour 1 000) – risques relatifs par rapport à la population régime général – 2012

	ACS(a)		CMU-C (a)		Régime général(a)
	%	RR(b)	%	RR (b)	%
Cancers	20,40	1,3	14,0	0,9	15,3
Maladies cardio-neurovasculaires	35,60	2,1	24,1	1,4	16,6
Diabète	44,80	2,4	42,4	2,2	19,2
Insuffisance rénale chronique terminale	2,50	3,9	0,9	1,4	0,7
Maladies psychiatriques	139,60	6,2	52,9	2,4	21,8
Maladies du foie ou du pancréas	19,50	3,8	15,2	2,9	5,1
Autres maladies inflammatoires chroniques	1,50	1,8	0,9	1,1	0,8
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	60,70	1,7	57,3	1,5	35,4
Polyarthrite rhumatoïde	3,40	1,6	1,8	0,8	2,2
Spondylarthrite ankylosante	2,40	1,4	1,3	0,7	1,7
VIH ou SIDA	8,10	3,8	4,9	2,5	2,2
Maladies neurologiques ou dégénératives	30,30	3,6	11,3	1,4	8,0

Note de lecture : un RR = 2,1 pour les maladies cardio-neurovasculaires signifie que la fréquence de ces pathologies pour la population ACS est 2,1 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général hors CMU-C et ACS qui sert ici de comparaison.

Champ : population de moins de 60 ans, régime général y compris sections locales mutualistes - France entière

(a) Populations mutuellement exclusives ; (b) RR : risque relatif ajusté sur l'âge et le sexe

Source : Rapport Charges et produits 2016, CNAMTS

1.1.1.2. Des niveaux de dépenses qui reflètent l'état de santé observé

Les dépenses annuelles moyennes remboursables par bénéficiaire sont très supérieures dans le cas de l'ACS : 4 188 € par an, contre 2 321 € pour les bénéficiaires de la CMU-C et 1 321 € pour le reste de la population couverte par le régime général.

Pour les soins de ville, l'écart est de 35 % par rapport à la CMU-C et de 84 % par rapport au reste de la population. En hospitalisation, il est respectivement de 114 % et de 376 %.

⁵ Risque relatifs ajustés sur l'âge et le sexe

⁶ Ce sont ceux qui ont le plus besoin de soins qui font la demande d'aide

Les écarts proviennent surtout de l’hospitalisation des bénéficiaires de l’AAH et de pensions d’invalidité, avec de très fortes dépenses en service de psychiatrie : 1 900 € en moyenne par bénéficiaire de l’ACS versus 232 € si, au sein de l’ACS, on retranche les bénéficiaires de ces deux prestations.

Tableau 2 – Dépenses remboursables moyennes par bénéficiaire - 2012

	CMU-C(a)	ACS(a)	ACS hors AAH et/ou pension	Régime général(a)
Soins de ville	986 €	1 326 €	759 €	720 €
Hôpital	1 335 €	2 862 €	833 €	601 €
Total	2 321 €	4 188 €	1 592 €	1 321 €

(a) Populations mutuellement exclusives

Source : Rapport Charges et produits 2016, CNAMTS

1.1.1.3. Estimation du reste à charge pour les bénéficiaires de l’ACS

Faute de pouvoir disposer de données détaillées reliant les remboursements de l’assurance obligatoire et des assurances complémentaires, la CNAMTS a utilisé des techniques de simulation statistique, en s’appuyant sur les caractéristiques des contrats ACS présentées dans l’enquête annuelle du Fonds CMU.

Sur cette base, la CNAMTS a estimé que la dépense totale d’un bénéficiaire de l’ACS couvert par une complémentaire s’élève en moyenne à 5 900 €, pris en charge à hauteur de 91 % par l’Assurance Maladie (5 401 €). Ce taux très élevé⁷ est cohérent avec la proportion importante de personnes en ALD dans cette population.

Les 9 % restant se répartissent entre assureurs complémentaires (7 % et 410 €) et reste à charge final pour les personnes (2 % et 115 €). Le reste à charge moyen final recouvre néanmoins de fortes disparités.

Les restes à charge sont surtout élevés pour les soins prothétiques dentaires, les prothèses auditives même si les taux de recours sont faibles sur ces postes. La CNAMTS rappelle qu’ils sont la conséquence de faibles niveaux de garantie des contrats couvrant les bénéficiaires de l’ACS (cf. 1.2.1 « Les enseignements du rapport sur le prix et le contenu des contrats en 2014 »).

1.1.2. L’état de santé et la consommation des bénéficiaires de la CMU-C

À partir de la même approche du Rapport Charges et produits 2016 sur les populations les plus vulnérables, il est possible de mettre en avant des éléments spécifiques aux bénéficiaires de la CMU-C.

1.1.2.1. Un état de santé plus dégradé pour les bénéficiaires de la CMU-C

La prévalence des maladies chroniques, telle qu’on peut la repérer à partir de la cartographie des pathologies, est comparée entre les bénéficiaires de la CMU-C et la population générale. La comparaison porte sur l’année 2012. Elle est centrée sur les personnes de moins de 60 ans, car les plus âgés sont très peu nombreux parmi les bénéficiaires de la CMU-C. Les 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C⁸ (9,7 %) sont comparés au reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes, hors ACS.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont plus souvent pris en charge pour une ALD (11 % après ajustement sur l’âge et le sexe) que les personnes n’ayant ni la CMU-C ni l’ACS (8 %).

L’analyse des pathologies traitées montre que la fréquence des pathologies chroniques est plus élevée dans la population des bénéficiaires de la CMU-C que dans la population générale (hors ACS).

⁷ D’après les comptes nationaux de la santé en 2014 (DREES), la part du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), c’est-à-dire la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d’une perturbation provisoire de l’état de santé est de 77 %

⁸ Les personnes ayant eu des droits à la fois au titre de la CMU-C et de l’ACS au cours de l’année ont été exclues de l’étude.

À structure démographique identique, la fréquence des maladies psychiatriques est 2,4 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général, celle du diabète l'est 2,2 fois et celle des maladies du foie ou du pancréas 2,9 fois. La fréquence du VIH ou Sida est 2,5 fois plus élevée que pour la population du régime général.

Encadré 1 – Les effets de la CMU-C sur le recours aux soins

La DREES a étudié les effets de la CMU-C sur le recours aux soins, à partir de l'enquête Santé et protection sociale appariée aux données de consommations de soins du SNIRAM en 2012. Cette analyse est publiée dans Études et résultats n°944 de décembre 2015.

Les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population. En tenant compte des écarts d'état de santé et des caractéristiques socio-économiques, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité plus forte de recourir aux soins que les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire. La probabilité de recourir aux soins, toutes choses égales par ailleurs, s'accroît dans les mêmes proportions que pour les personnes couvertes par des complémentaires santé classiques.

Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à état de santé équivalent, sauf pour les dépenses de généralistes, qui sont plus élevées. Malgré l'opposabilité des tarifs interdisant aux médecins la pratique des dépassements d'honoraires, pratique plus répandue chez les médecins spécialistes, les bénéficiaires de la CMU-C privilégient le recours aux médecins généralistes plutôt qu'aux médecins spécialistes.

La CMU-C limite le renoncement aux soins pour raisons financières. Détenir la CMU-C réduit de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable.

Le rôle protecteur de la CMU-C est surtout visible pour les prestations les moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

Source : Études et résultats n°944, Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, décembre 2015, DREES

1.1.2.2. Un montant moyen par consommant supérieur

Du point de vue des consommateurs, le comparatif, pour une population de moins de 60 ans, entre les bénéficiaires de la CMU-C et la population du régime général, indique que l'ensemble des consommateurs a recours aux soins de ville, quelle que soit la catégorie, mais que les bénéficiaires de la CMU-C ont plus souvent recours aux soins à l'hôpital, soit 1,3 fois plus que ceux du régime général⁹.

Par contre, sur la base des dépenses remboursables¹⁰, le montant moyen par consommant du poste¹¹ est supérieur pour les bénéficiaires de la CMU-C, aussi bien pour la ville que pour l'hôpital. Pour la ville, il est de 993 €, 1,4 fois supérieur à celui du régime général (729 €) et pour l'hôpital, il est de 3 055 €, soit 1,7 fois de plus qu'au régime général (1 746 €).

Pour les soins de ville et pour les principaux postes de dépense en termes de dépense globale (taux de recours et dépense moyenne les plus élevés), les bénéficiaires de la CMU-C n'ont pas beaucoup plus recours à la pharmacie (92 % vs 88 %) mais pour un coût moyen 1,4 fois supérieur (405 € vs 296 €). Les bénéficiaires de la CMU-C ont un peu plus souvent recours aux généralistes (89 % vs 82 %) et un peu moins souvent aux spécialistes (56 % vs 62 %). Cependant, le montant moyen pour les généralistes se démarque (164 € vs 105 €) en étant 1,6 fois supérieur. Pour les soins dentaires, le recours des bénéficiaires de la CMU-C est légèrement inférieur (37 % vs 39 %) mais pour une dépense 1,5 fois plus élevée (226 € vs 147 €), et ce hors dépassements autorisés dans le cadre du panier de soins CMU-C. Sur ce point, les autres approches comparatives CMU-C / non CMU-C illustrent toutes que les bénéficiaires

⁹ Taux de recours ajustés sur l'âge et le sexe

¹⁰ La base des dépenses remboursables permet de neutraliser les différences de taux de remboursement.

¹¹ Montants moyens ajustés sur l'âge et le sexe

adultes de la CMU-C ont moins recours aux soins dentaires curatifs courants mais, que lorsqu'ils s'engagent dans un plan de soins, c'est sur la base d'un état bucco-dentaire plus dégradé, impliquant des soins prothétiques nettement plus importants.

Pour l'hôpital, la différence porte sur la fréquence des consultations externes (34 % CMU-C vs 25 % RG), mais pour des montants moyens pas beaucoup plus élevés pour les bénéficiaires de la CMU-C (212 € vs 189 € / coefficient de 1,1). Les hospitalisations pour séjours psychiatriques et pour les soins de suite et de réadaptation sont très peu fréquentes pour les deux populations (autour de 1 %), mais plus coûteuses pour les bénéficiaires de la CMU-C, notamment pour les soins de suite et de réadaptation (11 898 € vs 7 474 € / coefficient de 1,6).

La répartition de la dépense remboursable des soins de ville et celle des soins hospitaliers est inversement proportionnelle entre les bénéficiaires de la CMU-C et ceux du régime général. Elle se répartit entre 42 % pour la ville et 58 % pour l'hôpital pour les bénéficiaires de la CMU-C, versus 55 % pour la ville et 45 % pour l'hôpital pour le régime général.

Tableau 3 – Taux de recours par poste et dépenses moyennes pour les consommateurs de moins de 60 ans, CNAMTS, 2012

N (en milliers)	CMU-C*		ACS*		ACS* Hors AAH/Invalidité		RG*	
	Taux de recours **	Dépenses moyennes **	Taux de recours **	Dépenses moyennes	Taux de recours **	Dépenses moyennes	Taux de recours **	Dépenses moyennes **
	4 366		731		553		34 464	
Total soins de ville	99%	993 €	98%	1 352 €	98%	775 €	99%	729 €
Pharmacie	92%	405 €	90%	641 €	90%	330 €	88%	296 €
Soins de médecins	93%	269 €	90%	242 €	90%	210 €	91%	211 €
Soins de généralistes	89%	164 €	84%	140 €	84%	119 €	82%	105 €
Soins de spécialistes	56%	177 €	54%	173 €	56%	156 €	62%	160 €
Soins dentaires	37%	226 €	32%	146 €	37%	144 €	39%	147 €
Soins kinésithérapeutes	10%	329 €	11%	446 €	10%	321 €	12%	298 €
Soins infirmiers	17%	191 €	20%	388 €	17%	148 €	15%	108 €
Biologie	41%	117 €	41%	117 €	41%	108 €	39%	103 €
LPP	43%	150 €	42%	267 €	43%	132 €	41%	121 €
Transport	8%	696 €	12%	966 €	8%	690 €	4%	755 €
Autres soins de ville	6%	242 €	6%	328 €	6%	246 €	6%	242 €
Total Hôpital	43%	3 055 €	45%	5 845 €	41%	2 004 €	33%	1 746 €
Hospitalisations séjours MCO	42%	1 601 €	43%	1 785 €	40%	1 299 €	33%	1 239 €
dont : Actes et consultations externes MCO publics	34%	212 €	36%	240 €	34%	200 €	25%	189 €
Hospitalisations séjours Psy	1%	30 116 €	4%	37 358 €	1%	22 937 €	1%	22 579 €
Hospitalisations séjours SSR	1%	11 898 €	1%	10 407 €	1%	9 557 €	1%	7 474 €

* Populations mutuellement exclusives / ** Standardisés sur l'âge et le sexe de la population INSEE 2012 < 60 ans

Source : Rapport Charges et produits 2016, CNAMTS

Encadré 2 – La consommation de soins et la mortalité des bénéficiaires de la CMU-C dans les Dom

L'enjeu est de mesurer si le moins bon état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, constaté en métropole, se mesure aussi dans les Dom et en quoi, compte tenu de la forte densité de bénéficiaires dans les Dom, ces derniers peuvent influencer sur l'écart de santé également noté entre la métropole et les Dom.

Le SNIIRAM (Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie) a permis de repérer, pour l'année 2012, les pathologies prises en charge ainsi que la mortalité des assurés du régime général âgés de moins de 60 ans, tranche d'âge éligible à la CMU-C. Des risques relatifs standardisés sur l'âge et le sexe entre bénéficiaires ou non de la CMU-C ont été calculés dans chaque Dom. La part des différences d'état de santé entre Dom et métropole expliquée par le bénéfice d'une CMU-C a été estimée. Les effectifs étudiés étaient de 244 896 en Guadeloupe, 237 320 en Martinique, 112 423 en Guyane, 571 324 à La Réunion et 36 millions en France métropolitaine. Dans ces Dom, les proportions de bénéficiaires de la CMU-C étaient respectivement de 35 %, 35 %, 54 % et 50 % versus 11 % en métropole. Dans chaque Dom, les bénéficiaires de la CMU-C présentaient des taux de mortalité plus importants (RR : 1,6 ; 1,9 ; 2,2 ; 1,7 respectivement) et plus fréquemment des pathologies prises en charge repérées dans le SNIIRAM.

Certaines pathologies avec une consommation de soins plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C de chaque Dom correspondent à celles classiquement reliées à un faible niveau de ressources (AVC, infection à VIH, diabète, maladies psychiatriques, etc.), mais aussi aux déterminants et facteurs de risque associés à ce faible niveau de ressources.

Dans chaque Dom, à structure d'âge et sexe comparable, les bénéficiaires de la CMU-C de moins de 60 ans ont un état de santé moins bon que celui du reste de la population mais, même si la proportion de bénéficiaires de la CMU-C est plus importante dans les Dom qu'en métropole, cette surreprésentation n'explique pas à elle seule les différences d'état de santé entre les Dom et la métropole.

Source : INVS - Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 38-39 – 24 novembre 2015

1.1.3. Les indicateurs CETAF¹² sur l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C

Le CETAF transmet annuellement des données à partir des questionnaires remplis par les consultants des centres d'examens de santé (CES).

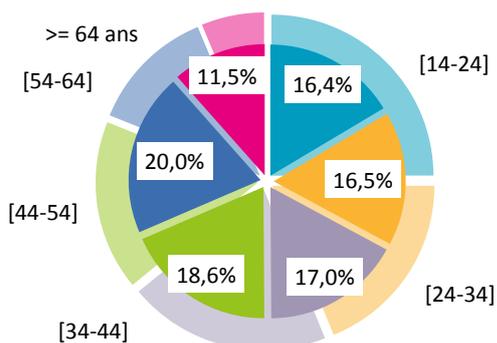
L'évolution des notes indiquées pour les différents indicateurs s'apprécie sur la durée. Sur un suivi de neuf années, il apparaît que si la CMU-C reste bien sûr connexe à une situation de précarité, la santé des bénéficiaires de la CMU-C s'améliore objectivement.

1.1.3.1. L'échantillon des consultants des centres d'examens de santé

Sur les 465 300 consultants des CES en 2014, 98 100 sont des bénéficiaires de la CMU-C. Cette part de 21 % a augmenté de 6 points en quatre ans.

Les consultants des CES bénéficiaires de la CMU-C sont plus âgés que l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C au régime général.

Figure 1 – Répartition des consultants des CES par classe d'âge, en filigrane répartition des bénéficiaires de la CMU-C au régime général, en France métropolitaine, année 2014



Sources : CNAMTS, CETAF

1.1.3.2. État de santé des bénéficiaires de la CMU-C

A. Santé perçue

La note de santé perçue retrace l'état de santé réel des individus et leur place par rapport au système et à l'offre de soins, par une mesure de satisfaction sanitaire, à travers une note sur 10. Une personne a une bonne perception de sa santé à partir du moment où la note atteint au moins 7.

La note de santé perçue pour 2014 est de 6,91 sur 10 pour les bénéficiaires de la CMU-C. Elle se rapproche progressivement de l'objectif, qui est de 7. L'écart avec la note des non bénéficiaires (7,20) est de 0,29 et il tend à diminuer.

Tableau 4 – Note de santé perçue, 2006 – 2014

Données redressées	Note de santé		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	6,61	7,23	0,62
2013	6,86	7,18	0,32
2014	6,91	7,20	0,29
Évolution 2013 - 2014	0,05	0,02	-0,03
Évolution 2006 - 2014	0,30	-0,03	-0,33

¹² CETAF : Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé

Sources : CNAMTS, CETAF

B. Perception négative de la santé

En complément de la note de santé perçue, on mesure la perception négative de l'état de santé, en calculant la prévalence des notes de santé perçue inférieures à 7.

En 2014, la prévalence pour les bénéficiaires de la CMU-C est de 42,00 (vs 33,00 pour les non bénéficiaires). De 2006 à 2014, la prévalence a baissé de 3,70 points pour les bénéficiaires de la CMU-C ainsi que l'écart entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C pour 5,20 points.

La note de santé perçue et la prévalence négative de la santé se complètent pour illustrer une amélioration pour les bénéficiaires de la CMU-C, certainement parce que la CMU-C a permis aux bénéficiaires d'être mieux soignés.

Tableau 5 – Perception négative de la santé (note < 7 vs. note > = 7), 2006 – 2014

Données redressées	Prévalence Note de santé perçue < 7		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	45,70	31,50	14,20
2013	42,60	31,50	11,10
2014	42,00	33,00	9,00
Évolution 2013 - 2014	-0,60	1,50	-2,10
Évolution 2006 - 2014	-3,70	1,50	-5,20

Sources : CNAMTS, CETAF

C. Score EPICES

La note de santé de perçue s'analyse également en lien avec l'évolution du score EPICES¹³. Le score de vulnérabilité sociale est de 43,14 points pour les bénéficiaires de la CMU-C. L'écart avec les non bénéficiaires baisse pour atteindre 16,88 points.

Tableau 6 – Score EPICES, 2006 – 2014

Données redressées	Score EPICES		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	43,65	21,78	21,87
2013	44,18	26,37	17,81
2014	43,14	26,26	16,88
Évolution 2013 - 2014	-1,04	-0,11	-0,93
Évolution 2006 - 2014	-0,51	4,48	-4,99

Sources : CNAMTS, CETAF

■ Indications techniques

Le score EPICES a gagné en qualité avec le temps. Il est renseigné par les consultants des CES à presque 100 % depuis 2011.

¹³ Score EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES, à partir d'un questionnaire portant sur le logement, le travail, la situation familiale, les relations sociales, etc.

1.1.3.3. Accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

A. Non-recours au médecin

En 2014, le non-recours au médecin des bénéficiaires de la CMU-C est de 9,70 points (vs 5,70 points pour les non bénéficiaires). Il est sujet à de faibles variations d'une année sur l'autre.

L'écart entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires est de 4,00 points.

Tableau 7 – Non recours au médecin, 2006 – 2014

Données redressées	Médecin		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	9,72	5,17	4,55
2013	10,00	5,70	4,30
2014	9,70	5,70	4,00
Évolution 2013 - 2014	-0,30	0,00	-0,30
Évolution 2006 - 2014	-0,02	0,53	-0,55

Sources : CNAMTS, CETAF

■ Indications techniques

Une personne est non recourante à un soin donné à partir du moment où elle n'a pas consulté le professionnel de santé concerné depuis plus de deux ans.

B. Non-recours au dentiste

En 2014, le non-recours au dentiste des bénéficiaires de la CMU-C est de 30,20 points (vs 22,50 points pour les non bénéficiaires). Il est trois fois supérieur au renoncement au médecin et il ne diminue quasiment pas sur ces dernières années. Mais parallèlement il s'accroît de 2,90 points entre 2006 et 2014 pour les non bénéficiaires. Le bénéfice de la CMU-C permet au moins de maintenir une forme de stabilité dans le recours, mais il reste que les personnes pour lesquelles les différentes études prouvent que l'état de santé bucco-dentaire est plus dégradé ne font pas systématiquement usage de leurs droits.

Tableau 8 – Non recours au dentiste, 2006 – 2014

Données redressées	Dentiste		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	29,50	19,60	9,90
2013	30,10	21,30	8,80
2014	30,20	22,50	7,70
Évolution 2013 - 2014	0,10	1,20	-1,10
Évolution 2006 - 2014	0,70	2,90	-2,20

Sources : CNAMTS, CETAF

1.1.4. Les indicateurs CNAMTS sur le choix du médecin traitant et le respect du parcours de soins

Les bénéficiaires de la CMU-C sont soumis, comme les autres assurés sociaux, au respect du parcours de soins instauré par la loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004. Ils doivent déclarer un médecin traitant et le consulter avant d'être dirigé vers un médecin spécialiste à accès direct non autorisé¹⁴.

¹⁴ En l'absence de publication du décret d'application, la majoration du ticket modérateur est prise en charge par la CMU-C

Fin décembre 2015, le taux de déclaration d'un médecin traitant est de 91,6 % chez les bénéficiaires de la CMU-C et de 92,3 % chez les autres assurés, en appliquant la structure d'âge et de sexe des bénéficiaires de la CMU-C aux non bénéficiaires de la CMU-C. L'écart entre les deux populations est faible. Fin 2010, ces taux étaient de 89,5 % pour les bénéficiaires de la CMU-C *versus* 88,5 % pour les non bénéficiaires.

Au quatrième trimestre 2015, 7,7 % des consultations ont eu lieu hors parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C *versus* 4,3 % pour les autres assurés. Comparativement, fin 2010, 10,6 % des consultations avaient eu lieu en dehors du parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, *versus* 5,7 % pour les autres assurés.

Ce taux est en constante diminution d'une année sur l'autre, mais l'écart CMU-C/non CMU-C doit être nuancé par le fait que, pour les bénéficiaires de la CMU-C, 49,4 % des consultations sont exclues du parcours de soins, contre 28,8 % pour les non bénéficiaires¹⁵.

¹⁵ Les pénalités financières applicables hors parcours de soins ne concernent pas les situations d'urgence. Par ailleurs, les mineurs de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le dispositif de médecin traitant. Or, dans le cas des bénéficiaires de la CMU-C, il faut tenir compte du recours plus fréquent aux urgences et de la sur-représentation des jeunes de moins de 16 ans par rapport à la population générale.

1.2. LA REFORME DE L'ACS

1.2.1. Les enseignements du rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2014

Le rapport a été publié le 29 juin 2015 et constitue la 14^{ème} édition portant sur le dispositif¹⁶.

Dans le cadre de ces rapports annuels successifs, plusieurs constats récurrents ont été dégagés : une extrême diversité des contrats rendant quasi impossible un choix éclairé par les bénéficiaires ; des contrats proposant des niveaux de garantie nettement inférieurs au reste du marché ; au-delà du reste-à-charge sur le prix des contrats, l'existence de restes à charge sur les prestations.

S'appuyant sur ces constats dressés par le Fonds CMU, le législateur a décidé de réformer l'aide pour en faciliter l'accès au plus grand nombre, par un processus de mise en concurrence qui offrira une plus grande lisibilité des offres, de meilleures garanties à des prix plus bas.

1.2.1.1. Les données clefs de l'enquête

L'enquête 2014 a intégré les données de 44 OC couvrant 70 % des bénéficiaires utilisateurs de l'aide au 30 novembre 2014 (420 000 contrats et 670 000 bénéficiaires).

En 2014, le prix moyen du contrat ACS s'élève à 916 €, correspondant à la couverture de 1,6 personne (576 € par personne). Il augmente en moyenne de 1,3 % par rapport à 2013 et le prix unitaire de + 2,6 %.

En moyenne, l'ACS prend en charge 55 % du prix du contrat.

Grâce à l'aide, le taux d'effort des bénéficiaires pour acquérir leur couverture de complémentaire santé baisse sensiblement. Il atteint 3,9 %, ce qui correspond à celui constaté au niveau des cadres et des professions intellectuelles (Enquête ESPS 2006 – IRDES). Un demi-mois de revenu est nécessaire pour acquérir sa complémentaire santé. Ce serait un mois sans l'aide.

► Tableau 9 – Les principaux chiffres de l'enquête 2014

	Enquête 2014	Enquête 2013	Evolution
Nombre d'OC	45	44	
Nombre contrats	416 870	345 430	
Nombre personnes enquêtées	661 961	555 647	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	70%	63%	
Nombre personnes par contrat	1,59	1,61	
Prix moyen par contrat (couvrant 1,59 personnes en 2014)	916 €	904 €	1,3%
Montant déduction moyenne par contrat	479 €	458 €	4,6%
RAC (*) moyen par contrat	437 €	446 €	-2,0%
Taux RAC (*) moyen	45,5%	47,0%	
Taux d'effort par foyer	3,9%	4,0%	

(*) RAC : montant de la prime ou de la cotisation après ACS

Dans le régime général, les dispositifs locaux d'aides complémentaires à l'ACS et d'aides visant à atténuer l'effet de seuil ACS, se sont maintenus à un niveau élevé en 2013. Ces aides contribuent à faire baisser davantage les taux de reste-à-charge et d'effort pour les ménages concernés.

¹⁶ En application de l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) ».

1.2.1.2. L'impact sur le prix des contrats du nombre de personnes couvertes et de l'âge

Le prix des contrats varie principalement en fonction de la taille de la famille, en second lieu selon l'âge des bénéficiaires.

Le prix augmente logiquement avec le nombre de bénéficiaires mais cette augmentation est de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes croît. Le taux d'effort diminue régulièrement avec la taille du foyer (4,0 % pour les contrats couvrant une personne contre 1,8 % dans le cas des familles les plus nombreuses).

On constate ainsi qu'un contrat couvrant trois personnes ne coûte que 46 % de plus qu'un contrat couvrant une personne ; couvrir six personnes ne coûte que 96 % de plus, soit moins du double.

On observe l'effet conjoint de la décélération du prix du contrat avec l'accroissement du nombre de bénéficiaires et de l'augmentation linéaire de l'ACS dans le même temps. L'ACS en ce sens favorise les familles avec enfants.

Le prix est croissant avec l'âge du souscripteur : l'augmentation croît légèrement mais constamment de la tranche des 30-39 ans à la tranche des 60-69 ans (en moyenne, la hausse s'établit à 20 % par tranche de dix années), puis décroît ensuite sensiblement.

Les plus âgés, à partir de 70 ans et au-delà, connaissent la situation la plus défavorable en termes de taux d'effort, compte tenu du niveau élevé de leurs primes, même si leur situation s'est améliorée grâce au relèvement de l'aide en direction des 60 ans ou plus, de 500 € à 550 € au 1^{er} janvier 2014.

1.2.1.3. Le niveau de garantie des contrats ACS

A. Des niveaux de garantie moins élevés pour l'ACS que pour les contrats individuels

Le niveau de couverture procuré par les contrats ACS, apprécié à partir de la classification des contrats santé utilisée par la DREES, à l'occasion de son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits, est d'un niveau nettement inférieur aux autres contrats individuels.

Sur la base de la classification DREES, qui s'appuie sur une partition en 5 classes de contrats (A, B, C, D, E : de la meilleure à la moins bonne couverture), on constate une surreprésentation des contrats ACS en classe E et D, et à l'inverse, une surreprésentation des autres contrats individuels en classe C. 43 % des bénéficiaires ACS ont souscrit des contrats de classe E, contre 22 % des bénéficiaires des autres contrats individuels (écart de 21 points). Les chiffres s'établissent respectivement à 44 % et 29 % en classe D (écart de 15 points), et à respectivement à 9 % et 41 % en classe C (- 32 points d'écart).

En réalité, l'écart devrait être atténué par la mesure d'opposabilité des tarifs en direction des bénéficiaires de l'ACS mise en œuvre par l'avenant n° 8 à la convention médicale. En plus du reste à charge sur le prix du contrat, des restes à charge sur prestations pèsent également sur le budget des ménages concernés et parfois dans des proportions importantes, selon la nature des dépenses et les profils de consommation.

Des travaux seront menés en 2016 avec la DREES, pour valoriser cette mesure d'opposabilité des tarifs, dans la classification des contrats.

Tableau 10 – Répartition comparative des effectifs ACS en 2014 et des effectifs assurés au sein des autres contrats individuels en 2013 par classes de garantie

	Contrats ACS 2014	Contrats individuels DREES 2013	Contrats ACS 2013	Contrats individuels DREES 2012
Classe A	0,4%	2,8%	0,3%	3,9%
Classe B	3,9%	5,9%	2,0%	6,3%
Classe C	8,6%	40,6%	7,6%	44,6%
Classe D	44,0%	28,6%	41,1%	27,6%
Classe E	43,2%	22,1%	49,1%	17,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sources : Fonds CMU

B. L'impact du niveau de garantie sur le prix des contrats ACS

On constate logiquement un impact du niveau de garantie sur le prix, même si ses effets sont plus faibles que celui du nombre de personnes couvertes par le contrat ou l'âge. Au regard des effectifs insignifiants de la classe A pour les bénéficiaires de l'ACS, la référence haute pour effectuer des comparaisons est la classe B. On constate alors qu'entre cette dernière et la classe E, le prix des contrats augmente en moyenne de + 36 %.

1.2.1.4. Les restes à charge sur prestations des bénéficiaires de l'ACS

La complémentaire santé peut, au-delà du reste à charge sur le prix du contrat, laisser à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées importantes, notamment au regard des dépassements pratiqués. Ces restes à charge pourraient notamment être à l'origine du faible recours au dispositif, compte tenu des faibles niveaux de garantie des contrats souscrits dans le cadre de l'ACS.

C'est à ce titre que depuis l'enquête 2010, le Fonds CMU a mis en place un suivi spécifique.

On constate un RAC moins élevé pour les bénéficiaires de l'ACS, comparativement aux bénéficiaires des autres contrats individuels, sur les consultations de médecin spécialistes. Globalement, on fait le même constat sur l'optique, même si les résultats doivent être tempérés selon le mode de collecte de l'information.

En revanche, on ne constate pas d'écart significatif sur les prothèses dentaires.

Tableau 11 – RAC moyen sur prestations par consommant

	RAC moyen 2014 Bénéficiaires ACS	RAC moyen 2014 Bénéficiaires autres contrats individuels (DREES)	Ecart DREES / ACS	Ecart 2013
Consultations de spécialistes	10 €	17 €	70,4%	78,0%
Prothèses dentaires céramo métalliques	385 €	367 €	-4,8%	3,0%
Optique dont :				
Optique forfait global	130 €	190 €	46,2%	36,0%
Monture + verres simples	70 €	170 €	142,9%	–
Monture + verres complexes	165 €	340 €	106,1%	–
Monture	107 €	132 €	23,4%	29,0%
Verres simples	62 €	54 €	-12,9%	-10,0%
Verres complexes	115 €	92 €	-20,0%	9,0%

Au niveau des lignes 2 et 3 relatives à l'optique : les données présentées sous cette forme ont été remontées depuis cette année auprès de quelques OC, d'où l'absence d'information pour les années antérieures sur ce champ

Encadré 3 – Les perspectives du rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2015

L'enquête annuelle sur l'ACS va être profondément remaniée pour tenir compte du nouveau contexte de la mise en concurrence.

Elle portera uniquement sur les trois nouveaux contrats A, B, C. Un travail va être réalisé en lien avec la DREES pour tenir compte de l'opposabilité des tarifs prévue par le dispositif ACS dans la classification des contrats. Il s'agit d'un point fondamental qui permettra de valoriser cet avantage alloué aux contrats ACS par le législateur.

Le cahier des charges de la mise en concurrence prévoit la mise à disposition de données plus précises que celles dont nous disposons aujourd'hui sur les contrats et les bénéficiaires, de la part des 11 groupements sélectionnés.

1.2.2. La mise en concurrence

La réforme de l'ACS est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015, en application des lois de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et 2015.

Tenant compte des constats récurrents issus des rapports annuels sur le prix et le contenu des contrats ACS, élaborés par le Fonds CMU, et du non-recours au dispositif qui reste important, le Gouvernement a souhaité rendre l'ACS plus lisible, plus efficiente et donc plus attractive, en limitant le nombre de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS, en définissant des garanties minimales et en améliorant le rapport qualité/prix de ces contrats par le biais d'une procédure de mise en concurrence.

Trois niveaux de garanties ont été établis. Les contrats doivent proposer au minimum la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %), la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie, ainsi que la prise en charge des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses selon des taux modulés en fonction du contrat choisi.

À ces garanties socle, s'ajoutent les différents niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète :

- le contrat A, prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat C, prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

Les organismes complémentaires ont été invités à proposer des offres attractives pour ces trois niveaux de contrat, par un appel à la concurrence lancé le 17 décembre 2014.

Les offres ont été notées et classées. Celles retenues ont été publiées dans les arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015, fixant la liste des contrats de complémentaire santé ouvrant droit à la déduction ACS.

Par rapport aux contrats actuels, pour un contrat couvrant une personne à un niveau de garanties équivalent, la DREES indique que les trois meilleures offres retenues permettent une baisse de prix de l'ordre :

- de 36 % pour le premier niveau de contrat (de 711 € à 454 €) ;
- de 24 % pour le niveau intermédiaire (de 769 € à 586 €) ;
- de 14 % pour le niveau supérieur (de 815 € à 704 €).

Par ailleurs, en plus de l'opposabilité des tarifs, déjà en vigueur avant la réforme, l'ACS présente de nouveaux avantages depuis le 1^{er} juillet 2015 :

- le bénéfice du tiers payant intégral. Concrètement, les bénéficiaires de l'aide ayant souscrit un contrat sélectionné n'auront plus à faire l'avance des frais lors de leurs consultations chez les professionnels de santé ;
- la suppression des franchises médicales et de la participation de 1 € par consultation.

Le dispositif de l'ACS offre désormais des avantages proches de ceux proposés dans le cadre de la CMU-C.

Encadré 4 – Les onze offres sélectionnées pour gérer les contrats ACS

Onze offres ont été sélectionnées à la suite de la procédure de mise en concurrence des contrats d'assurance complémentaire de santé éligibles à l'ACS. Ces offres sont principalement proposées par des groupements d'organismes. À fin décembre 2015, 227 OC proposent les nouveaux contrats éligibles à l'ACS. Parmi ces organismes, 74 sont porteurs de risques, ce qui représente 33 % des OC retenus, et 153 sont uniquement distributeurs des offres, soit 67 % des OC retenus.

En 2015, les OC retenus déclarent près de 2/3 de l'assiette de la TSA. Ils couvrent environ 80 % des utilisateurs d'attestation de droits à l'ACS (avant mise en œuvre de la réforme). Les 20 % restant devront basculer vers un OC sélectionné à l'échéance principale de leur contrat pour pouvoir continuer de bénéficier de l'aide.

► Les 11 offres sélectionnées et les principaux OC en termes d'effectifs de bénéficiaires ACS (la liste détaillée des OC par offre est présentée en Annexe 8)

Offres sélectionnées	Principaux OC
Accès Santé	Harmonie Mutuelle / Eovi - MCD Mutuelle / Mutuelle ADREA
ACS Couleurs Mutuelles	MACIF mutualité / APIVIA Mutuelle (SMAM Mutuelle et SMIP)
ASACS La santé solidaire	Mutuelle Intégrance / Mutuelle Bleue / M comme Mutuelle
Assureurs Complémentaires Solidaires	AXA France vie / MAAF Santé / MMA IARD
Atout Cœur Santé	Les mutuelles du soleil / SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France / Mutuelle générale de prévoyance des Antilles
Complémentaire Santé Solidaire	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole
Klésia ACS	Klésia mutuelle
MTRL Complémentaire Santé ACS	MTRL - Mutuelle des travailleurs de la région lyonnaise / Assurances du crédit mutuel - IARD SA / Assurances du crédit mutuel - Nord IARD
Mutuelle Saint Martin	Mutuelle Saint Martin
Oui Santé	MG Mutuelle générale / La Banque Postale Assurance Santé / Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M
Proxime Santé	Mutualité Française de la Réunion / PréviFrance / MGC - Mutuelle générale des cheminots

1.2.3. La campagne de communication

Le coût des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, la qualité moyenne des garanties proposées ainsi que la complexité globale du dispositif ACS due à la multitude des offreurs et des contrats de complémentaire santé, sont apparus comme les principaux facteurs explicatifs du non-recours à l'ACS rendant nécessaire une réforme.

Mais, à cela, s'ajoutait la méconnaissance du dispositif. En effet, plus de dix ans après sa mise en œuvre, l'ACS restait relativement méconnue du grand public. Au moment du lancement de la réforme, seules trois personnes sur dix en

ont déjà entendu parler : 12 % savent exactement à qui elle est destinée et 17 % en ont déjà entendu parler, mais l'objet de l'aide reste flou pour elles¹⁷.

Afin d'accroître la connaissance de l'ACS, une vaste campagne de communication a donc été lancée le 29 juin 2015 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, lors d'une visite à la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne, à Créteil.

Cette campagne a été coordonnée entre tous les acteurs susceptibles d'informer les bénéficiaires potentiels et d'accompagner les bénéficiaires déjà présents dans le dispositif. Ainsi, ce sont le gouvernement, le Fonds CMU, les caisses nationales de Sécurité sociale (caisses d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, caisses de retraite), Pôle Emploi, les associations, les professionnels et établissements de santé, les centres communaux d'action sociale et les organismes complémentaires qui se sont mobilisés autour de cette campagne.

Afin de faire connaître l'ACS indépendamment du dispositif de la CMU-C, un logo a été créé. Une affiche, un dépliant et une animation vidéo explicatifs ont été élaborés. Près de 500 000 dépliantes et 10 000 affiches ont été diffusés par le Fonds CMU.

Figure 2 – Logo ACS et affiche réalisés à l'occasion de la campagne de communication



De plus, une plateforme téléphonique et un site internet www.info-acis.fr dédiés ont été déployés.

Le site fournit des informations relatives à l'ACS, donne accès aux simulateurs de droits développés par les caisses d'assurance maladie et au détail des offres de complémentaire santé éligibles à l'ACS, via un comparateur des offres. Des informations permettent notamment de guider les bénéficiaires et les professionnels qui les accompagnent sur l'application de la réforme, selon la date d'attribution de l'ACS et leur situation vis-à-vis de la complémentaire santé.

Les groupements retenus ont également contribué activement à la communication sur le nouveau dispositif ACS par la mise en place de sites internet spécifiques, la mise à disposition des points de contact pour répondre aux appels téléphoniques et aux courriels, l'insertion de pages publicitaires dans les journaux, l'organisation de colloques, etc.

En 2015, la réforme ACS a fait l'objet d'une bonne couverture médiatique, que ce soit dans la presse écrite (générale et spécialisée), sur internet, à la radio ou à la télévision.

¹⁷Baromètre d'opinion DREES 2014 (BVA) – Avril 2015

1.2.4. Les actions menées pour favoriser le basculement des bénéficiaires

Un des enjeux de la réforme est d'accompagner les personnes déjà bénéficiaires de l'ACS vers le nouveau dispositif, en facilitant leur basculement vers les contrats sélectionnés.

À chaque attribution ou renouvellement du droit par les caisses d'assurance maladie, les bénéficiaires de l'ACS reçoivent en plus de leur chèque santé des documents d'information sur les changements induits par la réforme afin de les guider au mieux dans les démarches à suivre. Ils reçoivent notamment la liste des offres sélectionnées, accompagnée des modalités pour contacter les groupements gestionnaires.

Les organismes complémentaires ont aussi un rôle majeur dans l'accompagnement des bénéficiaires de l'ACS. D'après l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, les organismes doivent informer les bénéficiaires de la date d'échéance de leur contrat et des possibilités de renouveler ou non ce contrat avec le bénéfice de la déduction ACS. En outre pour faciliter la transition vers les contrats sélectionnés, les bénéficiaires peuvent utiliser leur reliquat de droit à l'ACS auprès de leur nouvel organisme complémentaire, sans avoir à renouveler leur demande de droit à l'ACS de manière anticipée.

Enfin, l'article 61 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 permet aux bénéficiaires qui n'ont pas résilié leur contrat à son échéance de rompre ce contrat, à titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, en vue de la souscription d'un contrat sélectionné.

Encadré 5 – Les dispositions prises pour favoriser la transition des bénéficiaires de l'ACS vers les contrats sélectionnés

■ **La résiliation dérogatoire des contrats de complémentaire santé pour les primo bénéficiaires**

L'article 12 de la loi de financement rectificative de la Sécurité sociale pour 2014 permet à toute personne se voyant attribuer l'ACS de résilier son contrat en cours non éligible à l'ACS ou de le modifier si l'organisme auprès duquel elle est assurée est habilité à proposer des contrats éligibles à l'ACS.

■ **La résiliation dérogatoire des contrats de complémentaire santé pour les bénéficiaires actuels**

Introduite par l'article 61 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, cette disposition transitoire permet, jusqu'au 30 juin 2016, au bénéficiaire de l'ACS ayant un contrat reconduit après le 1^{er} juillet 2015 pour lequel il ne peut plus utiliser son aide, de le résilier sans attendre la date de l'échéance principale.

Sur présentation d'une attestation de souscription d'un contrat sélectionné, le bénéficiaire demande sa résiliation par courrier recommandé avec accusé de réception. La résiliation prend effet au plus tard le 1^{er} jour du deuxième mois suivant l'envoi de la lettre recommandée. Le solde de son ACS est transférable sur le nouveau contrat.

■ **Le transfert du solde du droit à l'ACS**

En application de l'article R.863-4 du Code de la Sécurité sociale, si le contrat de complémentaire santé prend fin au cours de la période du droit à l'ACS, l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit remet au bénéficiaire l'attestation de droit à l'ACS (ou une copie) et une attestation indiquant la période pendant laquelle il a exercé son droit à déduction. Le bénéficiaire remet ces attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat. Le montant de l'ACS restant à utiliser est alors appliqué sur le nouveau contrat.

■ **La dispense d'adhésion au contrat collectif obligatoire**

L'article D.911-2 du Code de la Sécurité sociale instaure une dispense d'adhésion de plein droit pour les bénéficiaires de l'ACS. Cette dispense joue également pour les bénéficiaires de la CMU-C.

1.2.5. Le suivi du dispositif

Dans le cadre de la réforme du dispositif de l'ACS, l'enquête annuelle du Fonds CMU sur l'ACS va être profondément remaniée.

Elle intégrera deux volets :

- L'étude, prévue par l'article L. 863-5 du Code de la Sécurité sociale, dont l'objet est de déterminer l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS ;
- Le reporting statistique prévu dans le cadre du cahier des charges de la procédure de mise en concurrence.

Le Fonds a rencontré les onze groupements au cours de deux réunions organisées les 13 et 15 octobre 2015. Le but était d'organiser la remontée des informations attendues dans les meilleures conditions.

Les deux rencontres ont été l'occasion de riches échanges, au cours desquels les documents proposés par le Fonds CMU ainsi que les échéances de la remontée des informations ont été discutés et validés.

La connaissance statistique du dispositif va être considérablement enrichie puisque au-delà du prix des contrats ACS (du reste à charge et du taux d'effort), nous disposerons désormais d'informations sur :

- La structure de la population : âges par tranches de 10 années, répartition hommes/femmes, répartition assurés/ayants droit ;
- Les comptes de résultat des contrats : résultats comptables, résultats en droits constatés, le ratio : Prestations/Cotisations [P/C] ;
- La dépense de la part complémentaire ACS : dépense totale par prestation, montants de remboursement par l'assurance maladie et les OC, reste à charge, nombre de consommateurs par types de prestations etc.

Le calendrier de remontée des informations statistiques a été défini en concertation avec les groupements en fonction de leurs contraintes, les deux principales dates d'envoi étant le 31 mars et le 31 mai 2016.

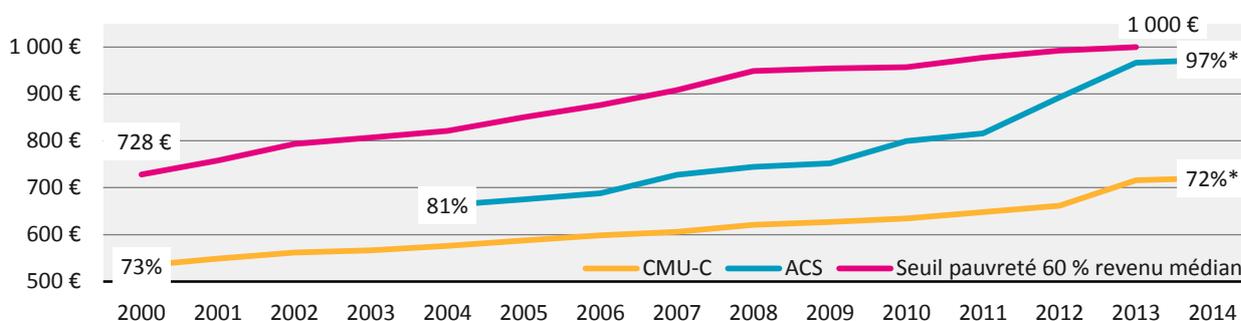
1.3. L'ACCES AUX DROITS

1.3.1. CMU-C, ACS et seuil de pauvreté

1.3.1.1. Rapprochement entre l'éligibilité et le recours à une aide à la complémentaire santé et seuil de pauvreté, pour l'ensemble des régimes

La mesure exceptionnelle de revalorisation des plafonds CMU-C et ACS au 1^{er} juillet 2013 a relevé au niveau du seuil de pauvreté, à 60 % du revenu médian, le plafond de ressources pour accéder à une aide à la complémentaire santé. Le plafond de ressources pour la CMU-C se situe à 72 % du seuil et le plafond pour l'ACS à 97 %.

● Figure 3 – Seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian et plafonds CMU-C et ACS, en euros courants, 2000 à 2014



* Par rapport au dernier chiffre disponible – Sources : INSEE, Fonds CMU

En 2013, 8,6 millions de personnes vivent en métropole avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, soit 14,0 % de la population. Pour référence la somme des populations cible CMU-C + ACS pour 2013 est de 8,0 millions en hypothèse basse et de 10,1 millions en hypothèse haute¹⁸.

Tous régimes confondus, sur la même année, une moyenne de 5,1 millions de personnes ont bénéficié d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) en métropole, soit 8,2 % de la population et 65,5 % des personnes dont le revenu se situe en dessous du seuil de pauvreté.

1.3.1.2. Rapprochement entre le recours à une aide à la complémentaire santé et seuil de pauvreté, au régime général

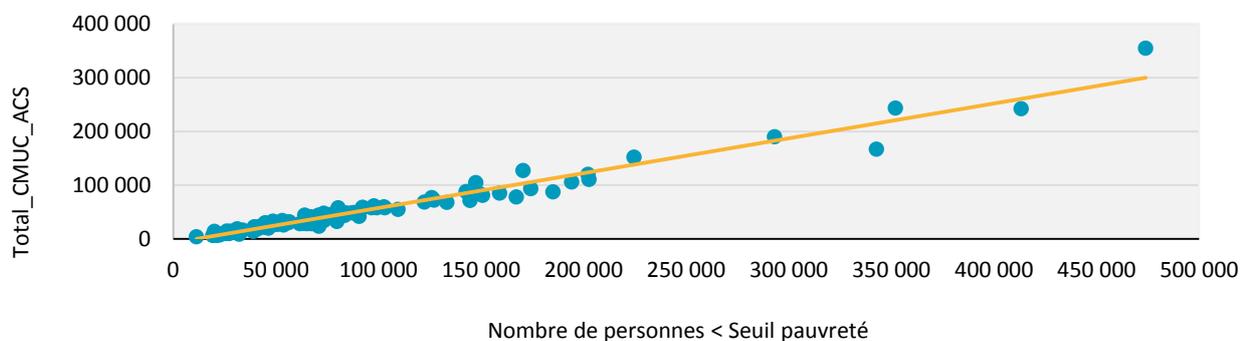
La dernière déclinaison de l'INSEE des personnes vivant avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté par département porte sur l'exercice 2012. Pour précision, le nombre de personnes en situation de pauvreté est de 8,8 millions en 2012, soit un peu plus que les 8,6 millions décomptés en 2013. Les effectifs de la CMU-C et de l'ACS en moyenne annuelle ont pleinement bénéficié de la mesure de relèvement du plafond sur l'exercice 2014. Les données pour l'ACS par département ne sont transmises que par la CNAMTS.

Ces éléments ont orienté le choix de rapprocher, pour une étude par département, la déclinaison des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2012 avec la moyenne des bénéficiaires de la CMU-C et ACS au régime général en 2014 et de ne retenir que des proportions.

La corrélation entre pauvreté et bénéfice d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) au régime général, par département, est très marquée (0,98). Dans l'ensemble ce sont bien les départements qui concentrent le plus de personnes en situation de pauvreté qui ont les plus fortes densités de bénéficiaires d'aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS).

¹⁸ Populations cible CMU-C + ACS : Hypothèse basse : CMU-C = 5,8 + ACS = 2,4 = 8,0 millions – Hypothèse haute : CMU-C = 6,7 + ACS = 3,4 = 10,1 millions – Fourchette corrigée pour l'ACS

Figure 4 – Corrélation par département de métropole entre le nombre de personnes vivant avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté (2012) et le nombre de bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS au régime général (2014)



Sources : INSEE, Fonds CMU

En métropole, en moyenne, le rapport entre les effectifs des bénéficiaires d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) au seul régime général et le nombre de personnes vivant en dessous de seuil de pauvreté est de 57 %.

Par département, l'analyse du rapport entre les effectifs des bénéficiaires d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) et le nombre de personnes vivant en dessous de seuil de pauvreté montre que (cf. Figure 5) :

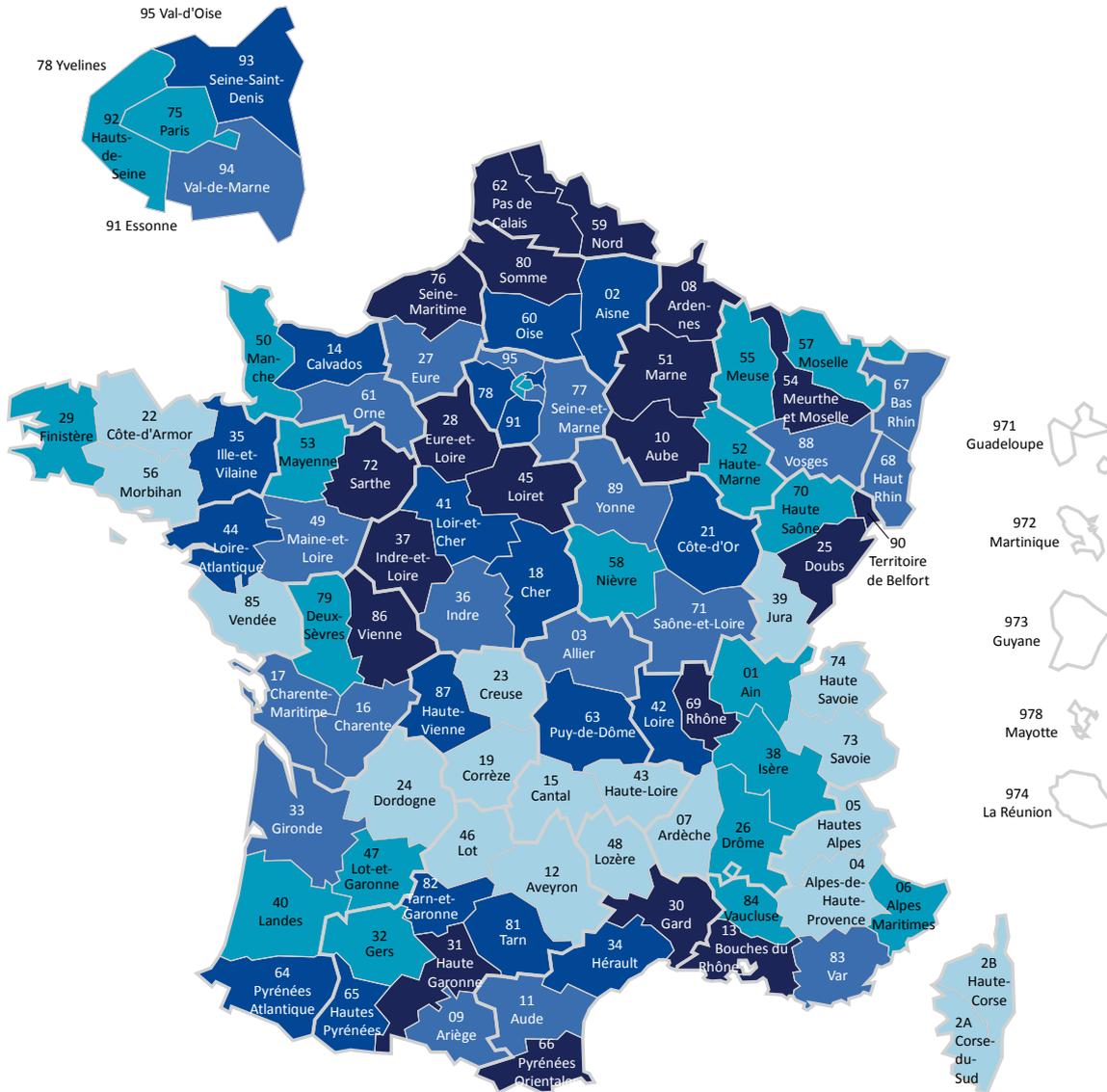
- les départements avec les plus faibles taux de bénéficiaires d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) ne regroupent que 28 % de la population en situation de pauvreté, dont seulement 8 % pour le premier quintile. Pour ces deux premiers quintiles, le bénéfice d'une aide à la complémentaire santé se situe entre 27 %, pour la Haute-Corse et moins de 52 % pour l'Isère ;
- les 38 départements des troisième et quatrième quintiles rassemblent 42 % des personnes en situation de pauvreté, avec le bénéfice d'une aide à la complémentaire se plaçant entre 52 % pour la Nièvre et moins de 62 % pour la Loire-Atlantique ;
- les 20 départements du dernier quintile représentent 30 % des personnes en situation de pauvreté, le bénéfice d'une aide varie de 62 % pour l'Indre-et-Loire à 75 % pour le Nord.

Les plus faibles taux d'aide à la complémentaire par rapport à la densité de personnes en situation de pauvreté concernent des départements peu peuplés, mais l'on mesure par ailleurs que ce ne sont pas toujours les départements qui rassemblent le plus de bénéficiaires d'une aide qui ont les plus forts taux de recours, notamment pour Paris, 49 %, et sa petite ceinture : 47 % dans les Hauts-de-Seine, 55 % dans le Val-de-Marne et 59 % en Seine-Saint-Denis.

■ Indications techniques

Les données pour les DOM ne sont pas fournies par l'INSEE.

Figure 5 – Répartition, par département de métropole, du rapport entre taux de pauvreté et taux de bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, par rapport à la population



Couleur	Rapport CMUC-ACS/Pauvreté				Nb Dpts	Répartition	
	>=	0,27	<	0,45		CMU-C-ACS	pauvreté
	>=	0,27	<	0,45	19	6%	8%
	>=	0,45	<	0,52	19	16%	19%
	>=	0,52	<	0,56	19	19%	20%
	>=	0,56	<	0,62	19	23%	22%
	>=	0,62	<=	0,75	20	36%	30%
					96	100%	100,0%

Sources : Régime général, INSEE, Fonds CMU / Outil : Philcarto / Les données pour les DOM ne sont pas fournies par l'INSEE

1.3.2. Le rendez-vous des droits

Les rendez-vous des droits constituent pour le Fonds CMU un levier majeur d'action pour réduire le non-recours aux droits des populations modestes d'accès à une complémentaire santé. Dans le cadre des recherches-actions menées par l'EN3S, et auxquelles le Fonds CMU s'associe chaque année, la 54^{ème} promotion de l'EN3S s'est intéressée à ce dispositif et à son impact sur l'accès aux droits, en particulier en matière de santé, en réalisant une enquête de terrain dans près de 20 caisses d'allocations familiales, et en menant des entretiens auprès des réseaux famille et maladie.

Il est rappelé à cette occasion que dans la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), un objectif de 100 000 rendez-vous des droits est assigné à la branche famille. Cette démarche pour l'accès aux droits, ancrée dans la politique familiale depuis plusieurs années, propose une approche globale, centrée autour de l'utilisateur, qui dépasse la logique institutionnelle sectorisée. Ce dispositif consiste à proposer à l'utilisateur une étude approfondie de ses droits à des prestations CAF, mais également à des prestations et droits sociaux relevant d'autres acteurs. Ces rendez-vous des droits s'inspirent des « rendez-vous des prestations » initiés par la Mutualité sociale agricole en 2008.

Des actions de la branche famille en faveur de l'accès aux droits santé avaient déjà été entreprises avec, dès 2010, la pré-instruction des droits CMU-C pour les bénéficiaires du RSA socle. Ce dispositif a connu une montée en charge importante mais des marges d'amélioration subsistent ; ce constat a d'ailleurs conduit au développement d'une nouvelle coopération entre la branche famille et maladie, sur la base du cadre national et d'un cadre local.

1.3.2.1. Une très grande hétérogénéité dans le déploiement du dispositif

La circulaire de la CNAF du 30 avril 2014 fixe les modalités concrètes de ces rendez-vous, en termes de public, de périmètre des droits et du cadre des interventions, tout en laissant une certaine latitude locale.

L'étude de l'EN3S a permis d'identifier les éléments facilitant le succès de ce dispositif au niveau de son application par les caisses locales, à l'instar de la coopération entre les services de prestations et ceux d'action sociale, l'impulsion donnée par la direction de l'organisme ou encore l'appui sur les partenariats locaux. Par ailleurs, la relation partenariale entre les CAF et les CPAM est déterminante, tant dans l'utilisation des outils (@RSA) que par la formalisation via des conventions.

En termes de bilan, les rendez-vous des droits ont fait preuve d'une certaine efficacité dans la lutte contre le non-recours. L'objectif quantitatif de 100 000 rendez-vous des droits a été dépassé, néanmoins le suivi des droits ouverts demeure perfectible.

Selon l'étude de l'EN3S, la mise en œuvre du rendez-vous des droits, si elle a été un succès d'un point de vue quantitatif, se révèle plus délicate à analyser d'un point de vue qualitatif (contenu des rendez-vous notamment).

Cette difficulté s'explique par une très grande hétérogénéité du déploiement du dispositif. Des réticences sont apparues lors de sa mise en œuvre, tout d'abord du fait de sa construction rapide, qui n'a pas toujours permis une bonne appropriation par les équipes de direction, mais également par les agents chargés de le mettre en œuvre.

Par ailleurs, des craintes se sont exprimées concernant la légitimité des CAF à développer des services qui ne relèvent pas de son domaine habituel d'activité (santé, énergie, etc).

Au-delà de ces difficultés liées aux missions, les agents des CAF ont également pointé un dispositif qui, selon eux, ne fait que formaliser des actions déjà menées par ailleurs. Malgré tout, ces contraintes ont pu être limitées bien souvent par un travail en amont, sous forme de groupes au sein des organismes, pour faciliter l'appropriation du dispositif par les équipes.

Le déploiement du dispositif a donc été réalisé sur la base d'un travail local, permettant de répondre aux besoins du territoire. Néanmoins, il apparaît que les faits et événements déclenchant un rendez-vous des droits concernent la plupart du temps un public déjà connu de la CAF. Ainsi, au sein de certains organismes, des rendez-vous déjà menés dans le cadre du RSA avant la circulaire ont été comptabilisés en tant que rendez-vous des droits, sans modification de leur contenu.

Ainsi, l'étude de l'EN3S montre qu'en favorisant une définition souple du cadre de fonctionnement, la caisse nationale a permis un déploiement rapide et effectif dès la première année de la COG. Mais cette montée en charge rapide ne permet pas d'en mesurer facilement l'impact et ne garantit pas toujours une équité d'accès aux droits pour les usagers sur l'ensemble du territoire national. Ainsi, selon l'organisation retenue, le professionnel intervenant et sa formation, le temps dédié, les droits étudiés ou instruits (pré-instruction CMU-C), le motif du rendez-vous des droits mais également les outils utilisés (Plan de dialogue, @RSA) peuvent varier considérablement d'un organisme à l'autre.

1.3.2.2. La coexistence du dispositif avec la pré-instruction des droits CMU-C

Afin de lutter contre le non-recours, des actions ont été entreprises dès 2010 avec la pré-instruction des droits CMU-C pour les bénéficiaires du RSA socle. En effet, le mécanisme de pré-instruction des droits CMU-C à l'occasion de l'instruction des droits RSA permet une transmission et injection directe des bénéficiaires potentiels à partir de la base allocataire CAF vers le système d'information de la CNAMTS puis des CPAM. De plus, une évaluation des droits pour les bénéficiaires de l'ACS est réalisée.

La pré-instruction a connu une montée en charge progressive. Elle a reposé, dans un premier temps, sur un circuit papier (original du récépissé contenant les informations nécessaires à l'attribution provisoire de la CMU-C pendant quatre mois établi par la CAF et transmis à la CPAM), qui sera maintenu en complément du circuit dématérialisé des échanges mis en œuvre à partir du décret n°2011-2096 du 30 novembre 2011. La transmission automatique des demandes d'instruction de CMU-C des CAF aux CPAM est permise par l'enrichissement de l'outil @RSA, implanté en 2009 dans les CAF, par un module dont l'objet est le recueil des données relatives à la demande de protection complémentaire en matière de santé et leur transmission aux caisses d'assurance maladie, pour les demandeurs dont les ressources sont présumées ne pas excéder le montant forfaitaire du RSA socle. Grâce à cet outil, les agents CAF peuvent pré-instruire la demande de CMU-C en même temps que la demande de RSA socle.

@RSA connaît des évolutions régulières, susceptibles de générer temporairement des ruptures dans la transmission automatique du flux CAF-CPAM. Pour l'heure, la persistance du dispositif papier, d'abord envisagée comme transitoire, s'explique par l'impossibilité pour certaines CPAM de mettre en œuvre une dématérialisation complète (réception et traitement d'un flux dématérialisé), ou par le refus du demandeur ne souhaitant pas être accompagné pour réaliser sa demande de CMU-C.

Cependant, le premier bilan dressé par la Cour des comptes souligne que les organismes en charge de la pré-instruction des droits CMU-C n'invitent pas systématiquement les demandeurs du RSA à solliciter l'attribution de la CMU-C. En outre, l'utilisation d'@RSA a un caractère facultatif, et il est possible de valider une demande de RSA sans que celle de la CMU-C ait été instruite. Les difficultés afférentes au choix de l'organisme complémentaire gestionnaire par l'assuré expliquent parfois l'inaboutissement de la pré-instruction de la demande de CMU-C par les CAF. Ces différentes limites se traduisent quantitativement : « *seul 1/5^{ème} des ouvertures de droit au RSA socle (seul ou avec le RSA activité) qui résultent d'une instruction dans @RSA a débouché sur une attribution de la CMU-C en 2012 (la CNAF n'a pas été en mesure de communiquer de données plus récentes)* ».

1.3.2.3. Un recours inégal à @RSA et son module santé

Le recours à @RSA et au module santé est inégal, tant dans la branche famille (80 % en 2014, 90 % en 2015), que dans les conseils départementaux (40%).

En 2012, sur 387 000 ouvertures d'un droit au RSA socle seul, ou bien d'un droit au RSA socle et au RSA activité, seules 246 000 avaient procédé d'une instruction dans @RSA, soit, 141 000 personnes qui n'ont pas pu bénéficier de la pré-instruction de la CMU-C.¹⁹

Outre le recours inégal à l'outil, l'instruction du RSA peut être conduite sans compléter le module santé relatif à la pré-instruction CMU-C. Il n'est donc pas possible de déterminer si l'absence de complétude relève de l'appréciation de l'instructeur ou de l'allocataire. Le déploiement de la prime d'activité au 1^{er} janvier 2016 a retardé les évolutions prévues de l'outil @RSA en 2015. L'obligation de renseigner le module santé et la qualification des motifs de refus

¹⁹ Cour des comptes, (2015), "Rapport sur le financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", page 58

d'instruction sera effective en 2016²⁰. Il s'agit d'identifier précisément les motifs d'abandon (incompréhensions, pas d'intérêt de l'allocataire, refus d'accompagnement, choix de l'organisme complémentaire).

On constate également qu'en l'absence de recours à @RSA, les instructeurs sont censés remettre une notice d'information à l'allocataire précisant les droits santé auxquels il peut prétendre. Ces instructeurs doivent aussi transmettre sans délai les demandes de protection complémentaire aux CPAM²¹. Or aucun circuit formalisé n'existe entre les instructeurs RSA et les CPAM pour tracer les ouvertures de droit résultant d'un circuit non dématérialisé.

1.3.2.4. La nécessité de renforcer les partenariats locaux

Le développement de partenariats locaux doit encore être renforcé. La plupart des relations entre CAF et CPAM s'appuient sur une convention signée en 2010, celle-ci n'a pu pour l'instant être réactualisée. De fait, les relations entre organismes locaux font le plus souvent l'objet de relations informelles, fondées sur la volonté commune de travailler ensemble. Quelques organismes ont pu développer des conventionnements particuliers, permettant de structurer leurs démarches, et notamment le travail autour du rendez-vous des droits et leurs échanges d'informations.

Ce manque d'articulation entre organismes est particulièrement pointé par les professionnels en charge de l'instruction des droits. De fait, ils mettent également en avant le manque de connaissance des prestations des autres organismes. C'est le cas des agents de direction, qui souhaiteraient un partenariat renforcé, permettant une meilleure connaissance des différents dispositifs afin de proposer une analyse globale de l'ensemble des droits des usagers lors d'un rendez-vous des droits.

1.3.2.5. Les propositions d'actions

Le rapport publié sur le site du Fonds CMU identifie 25 actions dont 5 actions prioritaires et 20 actions complémentaires.

L'outil Plan de dialogue conçu par la CNAF pour accompagner la mise en œuvre du rendez-vous des droits doit évoluer pour être plus opérationnel (1) et permettre de réaliser un suivi statistique et qualitatif du dispositif (2).

Quant à @RSA et son module santé utilisé pour la pré-instruction de la CMU-C, ils devraient être rendus obligatoires (3).

Le rendez-vous des droits s'inscrivant dans une démarche partenariale, en particulier avec l'assurance maladie, la coopération entre la CNAF et la CNAMTS doit être relancée, en vue de partager des échéances, des moyens, des outils et des objectifs communs (4).

De même que l'augmentation des partenariats avec des associations permettrait d'atteindre plus facilement le public éloigné de la Sécurité sociale (5).

Outre ces actions prioritaires, 20 actions complémentaires ont été recensées :

- 7 actions dont la mise en œuvre pourrait être envisagée dès 2016. Elles concernent principalement l'amélioration des relations entre les CAF et les CPAM en termes d'échanges techniques et de coordination ;
- 2 actions de moyen terme d'ici 2017, concernant l'évolution du public cible du rendez-vous des droits et le développement d'une offre de service réciproque entre CAF et CPAM ;
- 11 actions de long terme, dont la mise en œuvre doit être planifiée dans le cadre de la prochaine COG. Il s'agit de faire évoluer les objectifs des CAF vers des indicateurs de résultats, en lieu et place d'indicateurs de réalisation, d'inscrire la coopération CAF-CPAM dans les COG et de valoriser la contribution des CAF à l'atteinte des objectifs des CPAM. Une réflexion est aussi à mener sur l'association du rendez-vous des droits avec d'autres dispositifs, pour en accroître l'efficacité.

²⁰ Entretien CNAF, Direction de l'évaluation et de la stratégie, septembre 2015

²¹ Circulaire DSS 2A/2009/181 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du revenu de solidarité active, du 30 juin 2009

Encadré 6 – La démarche PLANIR

La démarche PLANIR (plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures) vise à ce que chaque CPAM mette en place un ensemble d'actions concrètes destinées à limiter les situations de non-recours (aux droits, aux services, aux soins), d'incompréhension (face à la complexité des démarches administratives et/ou des informations médico-administratives) et de ruptures (générées par le fonctionnement du service public).

Cette démarche est le fruit de travaux d'un groupe missionné par la direction de la CNAMTS, sur proposition du comité national de gestion (CNG).

Trois difficultés majeures auxquelles sont confrontés les assurés ont été identifiées :

- une part des assurés ne bénéficient ni des droits légaux auxquels ils pourraient prétendre, ni des services, soins, offres de prévention et d'accompagnement en santé qui leur sont proposés ;
- les informations collectives et individuelles diffusées par l'Assurance Maladie (brochures, courriers, etc.) ne sont pas toujours adaptées à ces publics ;
- la complexité de certaines formalités et l'incompréhension suite à des décisions administratives défavorables viennent parfois aggraver des situations déjà fragilisées.

Un schéma d'intervention destiné à être décliné localement a été élaboré. La CNAMTS a généralisé la démarche en 2014, il a été demandé aux caisses d'élaborer, au cours du 1^{er} semestre 2014, un plan local couvrant la période de la COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) 2014-2017.

Le plan local est commun à trois composantes de l'Assurance maladie : la CPAM, l'échelon local du service médical et les services sociaux des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

Il doit consister à :

- identifier les situations à risques, à partir d'observations de terrain dans les accueils des CPAM, les centres d'exams de santé et le contrôle médical ;
- co-concevoir des actions en réponse à ces risques avec les partenariats adaptés, internes ou externes (CCAS, CAF, services sociaux départementaux, etc.) ;
- expérimenter et évaluer les effets de ces actions au regard des risques de non-recours, d'incompréhension et de ruptures.

Les plans d'actions pluriannuels élaborés en 2014 totalisent environ 6 000 actions. La moitié concerne le non-recours et le reste se répartit à parts égales, entre la prévention des risques de rupture et une meilleure lisibilité des dispositifs sociaux.

Au cours du second semestre 2015, un nombre restreint d'actions a été labellisé en vue d'être généralisé en 2016 et 2017.

Source : Rapports charges et produits 2015-2016- CNAMTS

1.3.3. Les refus de soins

La loi du 26 janvier 2016, relative à la modernisation de notre système de santé, intervient dans la lutte contre les refus de soins, en confiant aux ordres professionnels concernés le soin d'évaluer, en lien avec des associations de patients agréées et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins et de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins.

Cette mission, confiée aux ordres professionnels, devrait permettre d'objectiver les pratiques des refus de soins, dont les signalements par les personnes qui en sont victimes restent limités.

1.3.3.1. Le bilan des refus de soins signalés aux caisses du régime général en 2014

La mission conciliation de la CNAMTS a dressé le bilan des refus de soins signalés auprès des CPAM en 2014.

Ce bilan porte sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, mais intègre également les signalements émanant des bénéficiaires de l'ACS. En effet, pour l'année considérée, au-delà du tiers-payant social, ces derniers bénéficiaient de l'opposabilité des tarifs, en application de l'article 1^{er} de l'avenant n° 8 du 25 octobre 2012, d'où l'importance de les intégrer dans ce suivi.

Plusieurs éléments à retenir :

- La CMU-C est le dispositif faisant l'objet du plus grand nombre de signalements avec 305 signalements (69,2 %), contre 136 pour l'ACS (30,8 %). Au total, 441 signalements sont comptabilisés sur les deux dispositifs ;
- Proportionnellement aux effectifs comptabilisés dans chacun des dispositifs, les bénéficiaires de l'ACS apparaissent comme étant ceux les plus enclins à signaler les situations de refus de soins. ;
- Le refus de tiers payant et le comportement discriminatoire envers les bénéficiaires représentent les motifs de signalements les plus fréquents, tous dispositifs confondus : 68,5 % du nombre total de signalements. Le non-respect des tarifs opposables est le motif qui intervient juste après, avec 21,5 % du nombre total des signalements ;
- Le refus de tiers payant représente plus de 40 % du nombre total des refus de soins signalés par les bénéficiaires de la CMU-C, mais également par les bénéficiaires de l'ACS ;
- En 2014, les médecins spécialistes (229 cas) et les dentistes (120 cas) ont été les professionnels le plus fréquemment mis en cause lors des signalements de refus de soins.

La mise en place du tiers payant intégral en faveur des bénéficiaires de l'ACS, à compter du 1^{er} juillet 2015, conduira à maintenir une vigilance particulière sur les refus de soins opposés à cette population.

En comparaison avec les années 2011 et 2012 (dernières données disponibles), le nombre de signalements de refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C a diminué de plus de moitié. Cela peut laisser supposer, que les bénéficiaires sont de moins en moins enclins à signaler ces situations. Ce constat est également confirmé au niveau du Fonds CMU qui n'est désormais destinataire de signalements que de manière exceptionnelle.

Tableau 12 – Bilan des refus de soins signalés en 2014 auprès des CPAM

Motifs des refus de soins	Bénéficiaires de la CMU-C		Bénéficiaires de l'ACS		Bénéficiaires de l'AME		Total	% du motif
Fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rdv	8	2,6%	1	0,7%	0	0,0%	9	2,1%
Orientation répétée et abusive vers un autre professionnel ou centre de santé sans raison	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Refus d'élaborer un devis	16	5,2%	19	14,0%	1	5,0%	35	7,9%
Non respect des tarifs opposables ou facturation d'actes hors panier de soins ou hors nomenclature sans l'accord d'un devis signé	71	23,3%	24	17,6%	5	25,0%	95	21,5%
Attitude ou comportement discriminatoire, refus de soins non motivé	87	28,6%	36	26,5%	8	40,0%	123	27,9%
Refus de tiers-payant	123	40,3%	56	41,2%	6	30,0%	179	40,6%
TOTAL	305	100,0%	136	100,0%	20		441	100,0%
% du dispositif	69,2%		30,8%		4,3%		100,0%	100,0%

Source : CNAMTS

Tableau 13 – Bilan des refus de soins signalés en 2014 auprès des CPAM : détail par catégorie de professionnels de santé

Motifs des refus de soins	Bénéficiaires de la CMU-C				Bénéficiaires de l'ACS			
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Dentiste	Autre	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Dentiste	Autre
Fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rdv	25,0%	12,5%	62,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
	2	1	5	0	0	0	1	0
Orientation répétée et abusive vers un autre professionnel ou centre de santé sans raison médicale énoncée	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	0	0	0	0	0	0	0	0
Refus d'élaborer un devis	0,0%	31,3%	56,3%	12,5%	5,3%	73,7%	10,5%	10,5%
	0	5	9	2	1	14	2	2
Non respect des tarifs opposables ou facturation d'actes hors panier de soins ou hors nomenclature sans l'accord d'un devis signé	5,6%	52,1%	29,6%	12,7%	16,7%	79,2%	4,2%	0,0%
	4	37	21	9	4	19	1	0
Attitude ou comportement discriminatoire, refus de soins non motivé	13,8%	36,8%	41,4%	8,0%	13,9%	58,3%	27,8%	0,0%
	12	32	36	7	5	21	10	0
Refus de tiers-payant	8,9%	52,8%	21,1%	17,1%	17,9%	62,5%	16,1%	3,6%
	11	65	26	21	10	35	9	2
TOTAL	29	140	97	39	20	89	23	4

Source : CNAMTS

Tableau 14 – Bilan des refus de soins signalés en 2011 et 2012 auprès des CPAM

Motifs des refus de soins	2011		2012	
Refus de tiers-payant	258	22,4%	350	32,0%
Refus de prise en charge CMU-C	333	28,9%	173	15,9%
Dépassement d'honoraires	316	27,4%	326	29,9%
Refus de soins non motivé	188	16,3%	192	17,6%
Rdv abusivement tardif	10	0,8%	22	2,0%
Refus de carte vitale	17	1,5%	12	1,1%
Refus de devis	31	2,7%	17	1,5%
TOTAL	1 153	100,0%	1 092	100,0%

Source : CNAMTS

1.3.3.2. Une étude sur la prise en charge des patients précaires par les médecins et les dentistes

Le Fonds CMU et le Défenseur des droits ont lancé, en 2014, une recherche visant à recueillir le point de vue des professionnels de santé, concernant la prise en charge de patients vivant dans des conditions de vie précaires, notamment ceux qui sont en dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire éligibles à la CMU-C ou à l'ACS.

Au-delà de leur point de vue sur les différentes questions posées par la précarité économique et sociale des patients, l'enquête interrogera les pratiques des médecins et dentistes à l'égard des patients précaires et les logiques de ces conduites, qui ne sont pas nécessairement formulées et conscientes.

Cette étude poursuit deux objectifs principaux :

- recueillir le point de vue de professionnels de santé, dans le cadre de soins ambulatoires, médecins et dentistes, concernant la précarité, son impact sur les conduites de santé et leurs rapports avec les patients vivant des conditions de vie difficiles, les effets sur leur prise en charge ;
- mieux comprendre les logiques psychosociales du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C (et d'éventuelles autres catégories de patients s'il y a lieu).

Les résultats seront connus dans le courant du premier semestre 2016.

1.3.4. Les contributions du Fonds CMU

Le Fonds CMU est régulièrement sollicité afin d'apporter son expertise sur des sujets en relation avec l'accès aux droits.

En 2015, deux sujets ont particulièrement mobilisé le Fonds CMU.

1.3.4.1. La mission de l'IGAS relative à la protection sociale des jeunes

Cette mission consistait en la réalisation d'un rapport analysant les problèmes liés à la couverture sociale des jeunes sous deux aspects principaux : d'une part, leurs conditions d'accès aux droits sociaux et à l'information dont ils bénéficient dans ce cadre et, d'autre part, leur situation en termes de droits, eu égard à la diversité des formes d'emploi ou de statuts qui caractérisent les premières années de leur insertion professionnelle.

Dans le cadre de cette mission, le Fonds CMU a été sollicité afin de fournir des éléments sur les sujets suivants :

- les effectifs et la dépense des bénéficiaires de la CMU-C ;
- les effectifs de l'ACS ;
- les caractéristiques des couvertures complémentaires souscrites par les jeunes ;
- les conditions d'ouverture du bénéfice de la CMU-C jeunes de moins de 25 ans.

1.3.4.2. L'enquête sur les soins bucco-dentaires réalisée par la Cour des comptes

Le Fonds CMU a été sollicité dans le cadre d'une enquête sur les soins bucco-dentaires réalisée par la Cour des comptes. Le Fonds CMU a transmis les éléments en sa possession sur les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS et relatives à l'état de santé dentaire de ces populations, les causes de renoncement aux soins, etc.

Le Fonds a également communiqué les travaux menés concernant les prestations effectuées sur les patients bénéficiaires de la CMU-C au sein de six centres de soins dentaires de la Ville de Paris.

En dehors des deux sujets évoqués, le Fonds CMU propose chaque année un article sur la CMU-C, la CMU de base et l'ACS, qui est intégré au bilan social Île-de-France de l'INSEE. Des bases de données actualisées sont également mises à la disposition de la DREES et de l'IRDES à l'issue de chaque exercice.

2 L'évolution soutenue des effectifs

Les effectifs de la CMU-C ont atteint plus de 5,4 millions à fin décembre 2015. Leur croissance s'est maintenue à un rythme élevé de 3,5 % sur un an, sous l'effet d'une situation économique toujours défavorable.

Pour l'ACS, 1,35 million de bénéficiaires d'attestation sont comptabilisés au cours de l'année 2015. Ce nombre est en hausse de 12,6 % par rapport à 2014. À fin novembre 2015, plus de 981 000 personnes ont utilisé leur attestation ACS auprès d'un OC. Ces chiffres s'inscrivent dans le cadre de la réforme du dispositif, à compter du 1^{er} juillet 2015. Même s'il est trop tôt pour dresser un bilan de la montée en charge, les données transmises par les groupements sélectionnés sur les six premiers mois de mise en œuvre sont encourageantes.

Les effectifs de la CMU-B ont atteint presque 2,5 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2015 pour l'ensemble du territoire, soit une progression de 6,1 % en un an. Les données transmises n'intègrent pas les travailleurs frontaliers en Suisse ni les ressortissants communautaires inactifs.

Le rapport présente également un bilan de la mesure de revalorisation des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS pour l'année 2015.

Encadré 7 – Population éligible et taux de recours

À la fin de l'année 2015, la DREES a mis à jour les évaluations des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en métropole.

■ Population éligible à la CMU-C

La population éligible en 2014 se situe dans une fourchette allant de 5,8 à 7,0 millions de personnes. À méthodologie constante, on mesure une légère hausse par rapport à la fourchette 2013, qui allait de 5,6 à 6,7 millions. Le taux de recours augmente aussi légèrement : il se situe entre 64 % et 77 % en 2014, alors qu'il était compris entre 62 % et 74 % en 2013.

■ Population éligible à l'ACS

Pour l'ACS, le nombre de personnes éligibles a également légèrement augmenté. La fourchette varie entre 3,2 et 4,6 millions de personnes en 2014, elle se situait entre 3,0 et 4,3 millions en 2013. Il convient de retirer une proportion de 21 % à ces bornes, pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire, soit des fourchettes corrigées de 2,5 à 3,6 millions pour 2014, après avoir été de 2,4 à 3,4 millions en 2013. En 2014, le taux de recours à l'ACS s'établit entre 30 % et 43 %, il est stable par rapport à 2013.

Autant pour les populations cible que pour les taux de recours, les progressions, entre 2013 et 2014, sont liées à l'effet du relèvement exceptionnel des plafonds d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS au 1^{er} juillet 2013 (seulement sur le deuxième semestre en 2013 mais sur une année pleine en 2014). Cette augmentation est modérée par rapport à celle observée en 2013, car la situation économique se dégrade moins entre 2013 et 2014 qu'entre 2012 et 2013. Cela se traduit notamment par un ralentissement de la hausse du nombre de bénéficiaires du RSA socle et d'une progression plus faible du taux de chômage en 2014.

2.1. L'ÉVOLUTION MOINS RAPIDE DES EFFECTIFS DE LA CMU-C

2.1.1. Le bilan de l'année 2015

2.1.1.1. L'évolution des effectifs pour l'ensemble des organismes gestionnaires

À fin décembre 2015, les effectifs de la CMU-C sont estimés à près de 5,4 millions de bénéficiaires, pour l'ensemble des régimes et du territoire. La progression est de 3,5 % sur un an, dont 4,0 % en métropole et une baisse de 0,3 % dans les Dom. La progression ralentit à partir du second semestre 2014, qui marque la fin de la montée en charge des effets de la mesure de revalorisation exceptionnelle des plafonds au 1^{er} juillet 2013, mais elle marque toutefois une légère reprise sur les deux derniers mois de 2015.

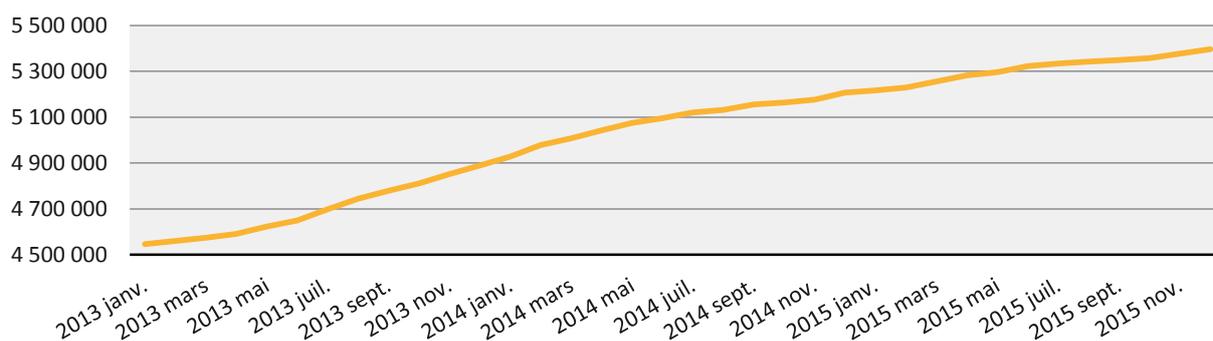
L'ensemble des régimes est en progression, mais le nombre de bénéficiaires dont les droits sont gérés par les OC, est en baisse de 5,6 %.

Tableau 15 – Effectifs de la CMU-C, ensemble des régimes, 31 décembre 2015

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
Tous régimes *	4 769 569	620 183	5 389 752
Évolution sur 6 mois	1,6%	-1,4%	1,3%
Évolution sur un an	4,0%	-0,3%	3,5%
Régime général	4 261 201	586 838	4 848 039
Évolution sur 6 mois	1,6%	-1,1%	1,2%
Évolution sur un an	4,0%	0,0%	3,5%

Données estimées – Sources : Tous régimes

Figure 6 – Effectifs CMU-C, en tous régimes, métropole et Dom, de janvier 2013 à décembre 2015



Sources : Tous régimes

Tableau 16 – Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, de janvier à décembre 2015, évolutions par rapport à M-1, M-12 et en année complète mobile (ACM)

Mois	Total	M – 1	M – 12	% M – 1	% M – 12	% ACM
2014 déc	5 206 597	29 484	317 103	0,6%	6,5%	8,5%
2015 janv	5 217 459	10 862	288 916	0,2%	5,9%	8,2%
2015 févr	5 229 216	11 758	250 923	0,2%	5,0%	7,9%
2015 mars	5 255 523	26 307	247 550	0,5%	4,9%	7,5%
2015 avr	5 282 979	27 457	240 661	0,5%	4,8%	7,1%
2015 mai	5 296 105	13 126	221 256	0,2%	4,4%	6,6%
2015 juin	5 322 173	26 068	226 961	0,5%	4,5%	6,2%
2015 juil	5 333 544	11 372	213 387	0,2%	4,2%	5,8%
2015 août	5 342 848	9 304	210 593	0,2%	4,1%	5,5%
2015 sept	5 349 882	7 035	194 883	0,1%	3,8%	5,1%
2015 oct	5 357 645	7 763	193 693	0,1%	3,8%	4,8%
2015 nov	5 374 113	16 468	196 999	0,3%	3,8%	4,6%
2015 déc	5 389 752	15 639	183 155	0,3%	3,5%	4,4%

Données estimées – Sources : Tous régimes

2.1.1.2. L'évolution des effectifs par régime

En 2015, la progression des effectifs est de 3,5 % pour l'ensemble des régimes, mais en métropole elle est plus dynamique pour le régime agricole avec 8,9 % et elle a continué de se stabiliser au RSI, avec 5,4 %. Au régime général, elle est de 4,0 %.

Tableau 17 – Effectifs de la CMU-C, évolution des effectifs par régime, métropole et DOM, entre fin 2014 et fin 2015

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 261 201	586 838	4 848 039	574 941
Régime social des indépendants	317 164	13 249	330 413	50 886
Régime agricole	124 889	10 168	135 057	23 651
Autres régimes et SLM	66 315	9 928	76 243	21 204
Total Décembre 2015	4 769 569	620 183	5 389 752	670 682

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+4,0%	0,0%	+3,5%	-5,7%
Régime social des indépendants	+5,4%	+14,2%	+5,7%	-1,4%
Régime agricole	+8,9%	-3,9%	+7,8%	+0,6%
Autres régimes et SLM	-5,4%	-21,5%	-7,8%	-17,4%
Total	+4,0%	-0,3%	+3,5%	-5,6%

Sources : Tous régimes

Entre le début 2010 et la fin 2015, les effectifs de la CMU-C ont augmenté de 25 %.

Les effectifs au régime général ont suivi une progression régulière, avec une accélération mi 2013, du fait de la mesure de relèvement du plafond.

Les effectifs de la CMU-C au régime des indépendants avaient commencé à augmenter fortement à partir de la fin 2009, à l'instar de l'ensemble du régime, depuis l'arrivée du statut d'autoentrepreneur, soit une progression de 56 % sur la période étudiée.

Au régime agricole, les effectifs ont baissé jusqu'au début de l'année 2013. La reprise est expliquée par la mesure de revalorisation du plafond de revenu mais aussi par l'intégration du GAMEX mi 2014 et surtout par l'évolution générale des effectifs du régime et la conjoncture économique du secteur.

La tendance constatée pour l'ensemble des 20 SLM est à nuancer par des évolutions différenciées. La baisse sur la fin 2015 est due à des questions techniques²².

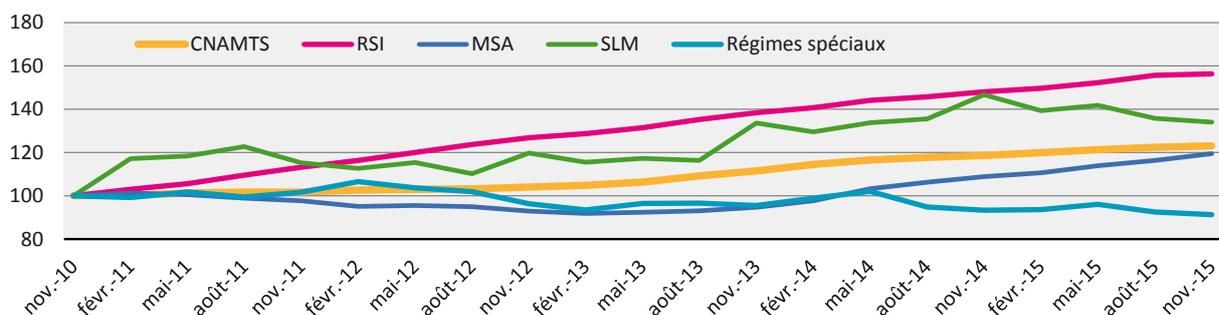
Les effectifs des régimes spéciaux ont globalement diminué, de 9 %, sur la période 2010 – 2015, conséquence d'une tendance à la baisse amorcée début 2012. Mais ce constat pour le total des huit régimes recouvre des évolutions plus contrastées, dont l'intégration du GAMEX au régime agricole au second semestre 2014, qui a concerné environ 850 bénéficiaires.

Tableau 18 – Évolution des effectifs de la CMU-C par régime, en base 100 à novembre 2010, jusqu'à novembre 2015, métropole et Dom

	Tous régimes	CNAMTS	RSI	MSA	SLM	Régimes spéciaux
2010 nov	100	100	100	100	100	100
2011 nov	102	102	113	98	115	102
2012 nov	105	104	127	93	120	96
2013 nov	113	111	138	95	134	95
2014 nov	120	119	148	109	147	93
2015 nov	125	123	156	119	134	91

Sources : tous régimes

Figure 7 – Évolution des effectifs de la CMU-C, suivi par régime, en base 100 à novembre 2010, jusqu'à novembre 2015, métropole et Dom



Sources : tous régimes

2.1.1.3. L'évolution des effectifs comparée à l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi

Le rapport entre l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi et des bénéficiaires de la CMU-C²³ se mesure avec un décalage, qui a été situé à 16 mois²⁴, pour un indice de corrélation optimisé à 0,9942 entre la série chômage et la série CMU-C sur les périodes étudiées.

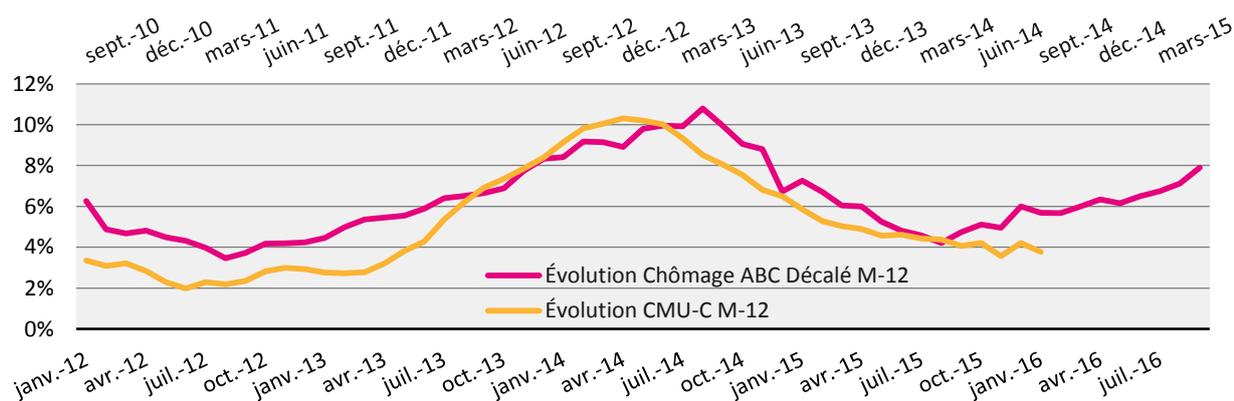
²² La MFP a signalé à la CNAMTS que, pour ses données à fin novembre 2015 (comme pour celles à fin août 2015), les résultats ne sont que partiels car la grande partie de la population concernée est absente de ce fichier. En effet, la MFP Services utilise l'outil de la CNAMTS pour gérer les prestations de la grande majorité de ses bénéficiaires. Elle n'a pas pour l'instant la possibilité de faire des extractions sur les populations administrées sous cet outil.

²³ Pour la CMU-C, ne sont retenus que les assurés, les ayants-droits demandeurs d'emploi étant très minoritaires.

²⁴ Ce décalage permet de tenir compte de la baisse progressive des revenus, à partir du moment où une personne perd son emploi, mais ne signifie en aucun cas que toute personne qui a perdu son emploi voit ses revenus passer sous la barre du plafond de la CMU-C au bout de 16 mois, ni, inversement, qu'il faille attendre dans tous les cas un délai de 16 mois avant de pouvoir prétendre au bénéfice de la CMU-C.

De janvier 2012 à décembre 2015, l'évolution de la CMU-C suit un mouvement similaire à celle du chômage, en restant généralement un peu en deçà, sauf pour l'année de montée en charge de la mesure exceptionnelle du plafond (juillet 2013 à juillet 2014). Un léger décrochage est observé sur le dernier trimestre 2015, mais avec des mouvements mensuels similaires. De ce fait, il est envisageable que les effectifs de la CMU-C puissent augmenter en 2016.

Figure 8 – Évolution, par rapport à M-12, des effectifs des demandeurs d'emploi, de septembre 2010 à mai 2015 et des effectifs de la CMU-C (statut d'ouvriers-droit) de janvier 2012 à janvier 2016, métropole



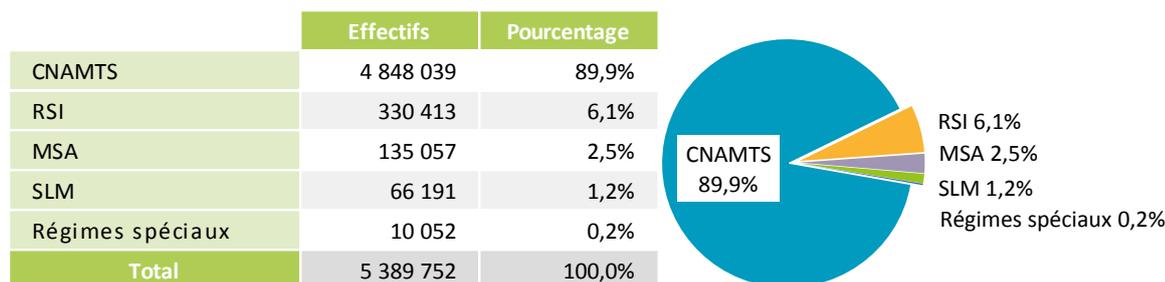
Sources : Pôle emploi, tous régimes d'assurance maladie

2.1.2. La répartition des bénéficiaires

2.1.2.1. La répartition par régime

Le régime général compte 90 % des effectifs de la CMU-C, le régime des indépendants 6 %, le régime agricole 2,5 % et les SLM un peu plus de 1 %. La répartition entre les régimes est stable.

Figure 9 – Effectifs de la CMU-C, répartition par régime de base, métropole et DOM, estimation à fin 2015



Sources : Tous régimes

■ Indications techniques

Les chiffres comprennent l'ensemble des bénéficiaires déclarés dans les régimes de base, que la gestion de la CMU-C ait été confiée à un régime de base ou à un organisme complémentaire.

2.1.2.2. La distribution par département et par région

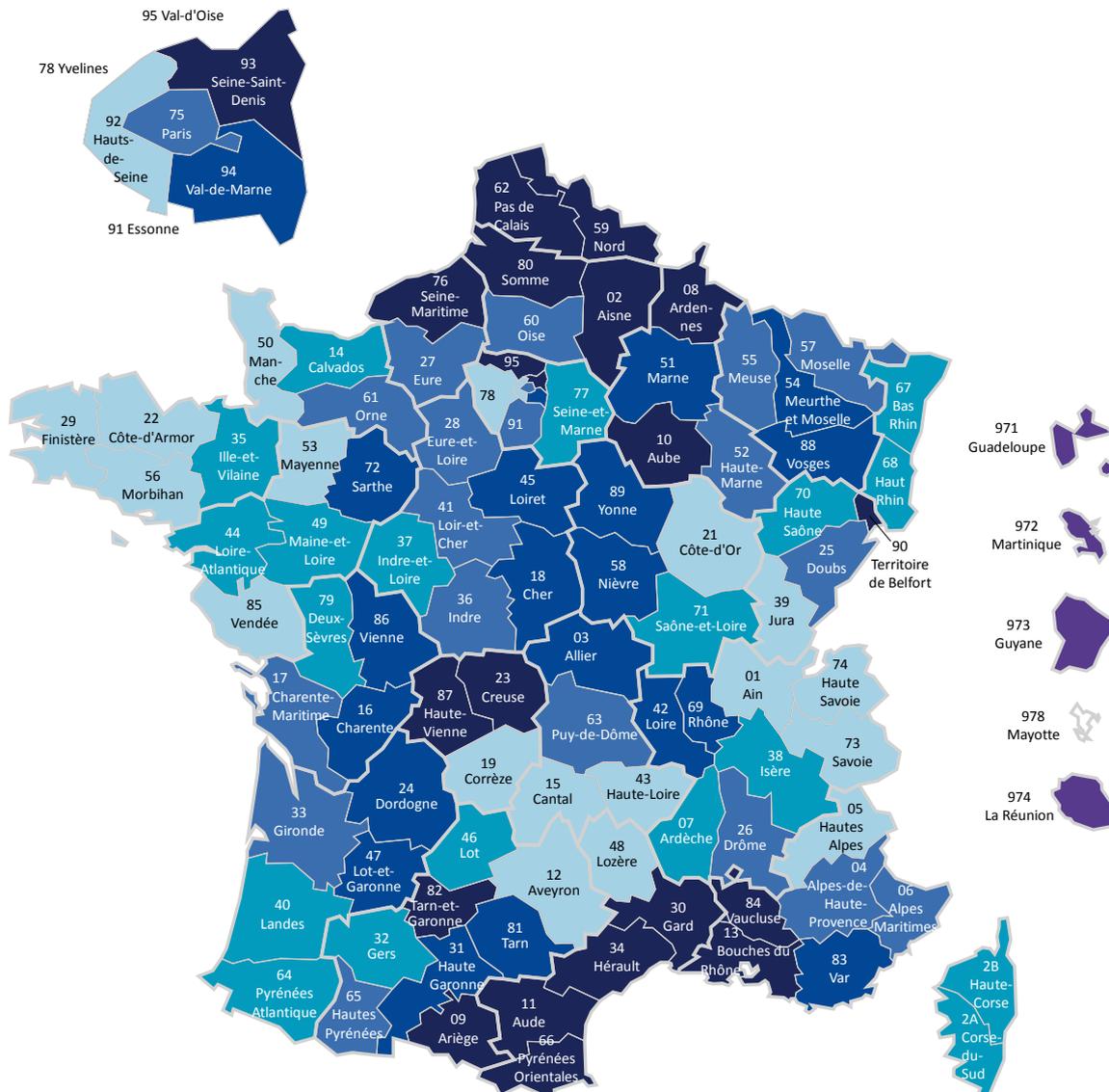
Les bénéficiaires de la CMU-C représentent 8 % de la population pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), dont 7 % en métropole et 32 % dans les Dom.

Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-Est et la région parisienne. Les départements de la Bretagne, du Massif central et de l'Est présentent les plus faibles taux.

En métropole, cinq départements (Nord, Bouches-du-Rhône, Seine-Saint-Denis, Pas-de-Calais, Paris) regroupent 23 % des bénéficiaires de la CMU-C, pour les trois principaux régimes, alors qu'ils ne représentent que 15 % de la population. Les quatre premiers départements ont des taux de bénéficiaires qui se situent entre 11 % et 15 % de la population.

Dans les Dom, les taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population se situent entre 24 % pour la Martinique et 38 % pour la Guyane.

Figure 10 – Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, métropole et Dom, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), estimation à fin 2015



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage population		Nombre		Effectifs	Pourcent. Effectifs	
	>=	7,8%	<=	14,6%	20	1 766 119	37,6%
	>=	6,8%	<	7,8%	19	936 822	19,9%
	>=	6,1%	<	6,8%	19	842 515	17,9%
	>=	5,0%	<	6,1%	19	699 948	14,9%
	>=	2,8%	<	5,0%	19	457 802	9,7%
					96	4 703 205	100,0%
Répartition Dom							
Couleur	Pourcentage population		Nombre		Effectifs	Pourcent. Effectifs	
	>=	23,6%	<=	38,4%	4	610 255	100%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outil Philcarto – Mayotte : NR

Tableau 19 – Effectifs de la CMU-C dans les 5 premiers départements, en métropole, estimés à fin 2015

Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	Pourcent CMUC / Population
59	Nord	319 212	2 627 956	12,1%
93	Seine-Saint-Denis	227 130	1 551 739	14,6%
13	Bouches-du-Rhône	225 606	2 014 702	11,2%
62	Pas-de-Calais	171 058	1 490 820	11,5%
75	Paris	145 556	2 265 886	6,4%
Total		1 088 562	9 951 103	10,9%
Métropole		4 703 205	64 844 825	7,3%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Tableau 20 – Effectifs de la CMU-C dans les Dom, estimés à fin 2015

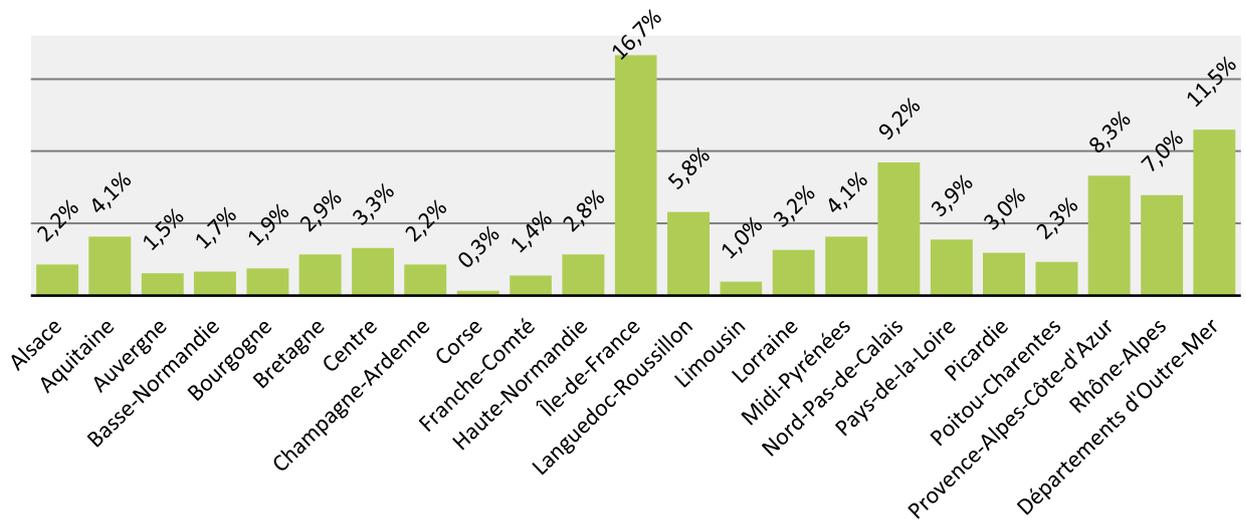
Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	Pourcent CMUC / Population
971	Guadeloupe	111 531	410 335	27,2%
972	Martinique	93 107	395 027	23,6%
973	Guyane	92 985	241 922	38,4%
974	La-Reunion	312 632	843 617	37,1%
Dom		610 255	1 890 901	32,3%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Les cinq régions, Île-de-France, Nord-Pas de Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon concentrent 47 % de la population et 53 % des bénéficiaires de la CMU-C de la métropole. À elle-seule, l'Île-de-France regroupe 17 % des effectifs.

Les cinq Dom représentent 11 % des bénéficiaires de la CMU-C de l'ensemble du territoire alors qu'ils ne comptent que pour moins de 3 % de la population.

Figure 11 – Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par région, références administratives en cours en 2015



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

■ Indications techniques

Les totaux nationaux varient légèrement par rapport aux totaux régionaux et départementaux. En effet, au RSI, un petit nombre de bénéficiaires ne sont pas affectés à un département.

Les Dom sont administrativement chacun une région, mais ils sont rassemblés en un seul bloc pour les besoins de l'étude.

2.1.2.3. La répartition par tranche d'âge et par sexe

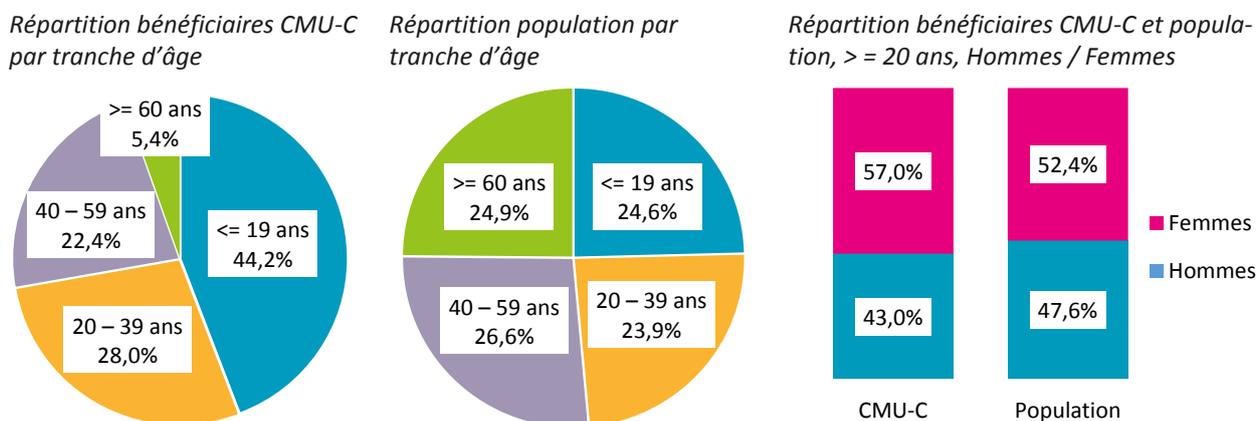
Alors que la population générale se répartit en quatre tranches d'âges presque égales, 44 % des bénéficiaires de la CMU-C ont moins de 20 ans et seulement 5 % ont 60 ans et plus.

La part importante d'enfants s'explique par le fait que 50 % des bénéficiaires sont dans les deux tranches d'âges les plus concernées par la parentalité.

Les femmes sont un peu plus nombreuses parmi les bénéficiaires de la CMU-C (57 % CMU-C vs 52 % population). La proportion plus élevée de femmes de plus de 20 ans est corrélée à la représentation de femmes seules avec enfant(s).

Pour les personnes âgées de 60 ans et plus, au passage à la retraite, les plus faibles revenus sont compensés par l'ASPA, dont le montant est supérieur au plafond de ressources pour accéder à la CMU-C. Les personnes relèvent alors de l'ACS.

Figure 12 – Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, au régime général, et de la population par tranche d'âges, et répartition par sexe pour les bénéficiaires de la CMU-C et la population > = 20 ans, fin 2015



Sources : CNAMTS pour les bénéficiaires de la CMU-C, INSEE pour la population

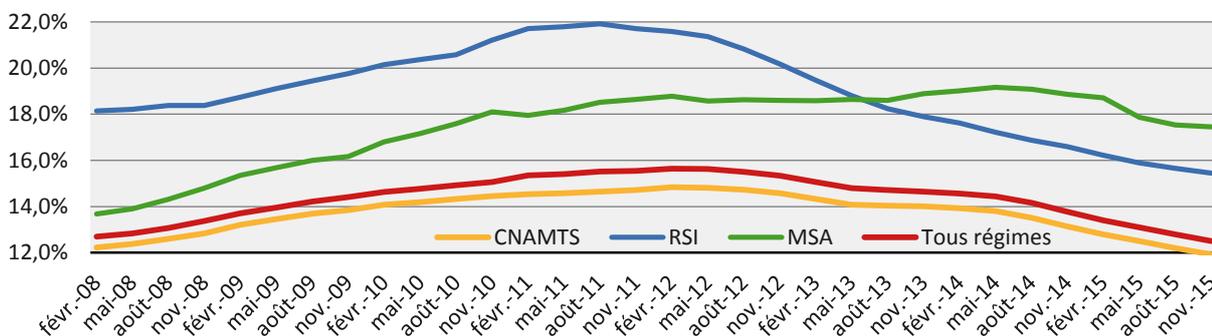
2.1.2.4. La répartition par organisme gestionnaire

Pour la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir entre leur organisme d'assurance maladie d'affiliation et un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C.

Fin 2015, tous régimes confondus et pour l'ensemble du territoire, 88 % des bénéficiaires ont opté pour la gestion par leur organisme d'assurance maladie.

La part de bénéficiaires ayant retenu la gestion par un OC est de 12 % au régime général, 15 % au régime des indépendants et 17 % au régime agricole. Cette part diminue de plus d'un point par rapport à 2014 pour les trois régimes. La proportion de la gestion OC a atteint son point le plus élevé, 16 %, à la fin du premier trimestre 2012 et elle baisse régulièrement depuis. Différentes hypothèses sont avancées pour expliquer cette évolution, du côté des OC et des régimes. Elles feront l'objet d'une expertise sur le prochain exercice.

Figure 13 – Effectifs de la CMU-C, part des bénéficiaires ayant opté pour la gestion de leurs prestations par un OC, début 2008 à fin 2015, métropole et Dom, CNAMTS, RSI, CCMSA et tous régimes



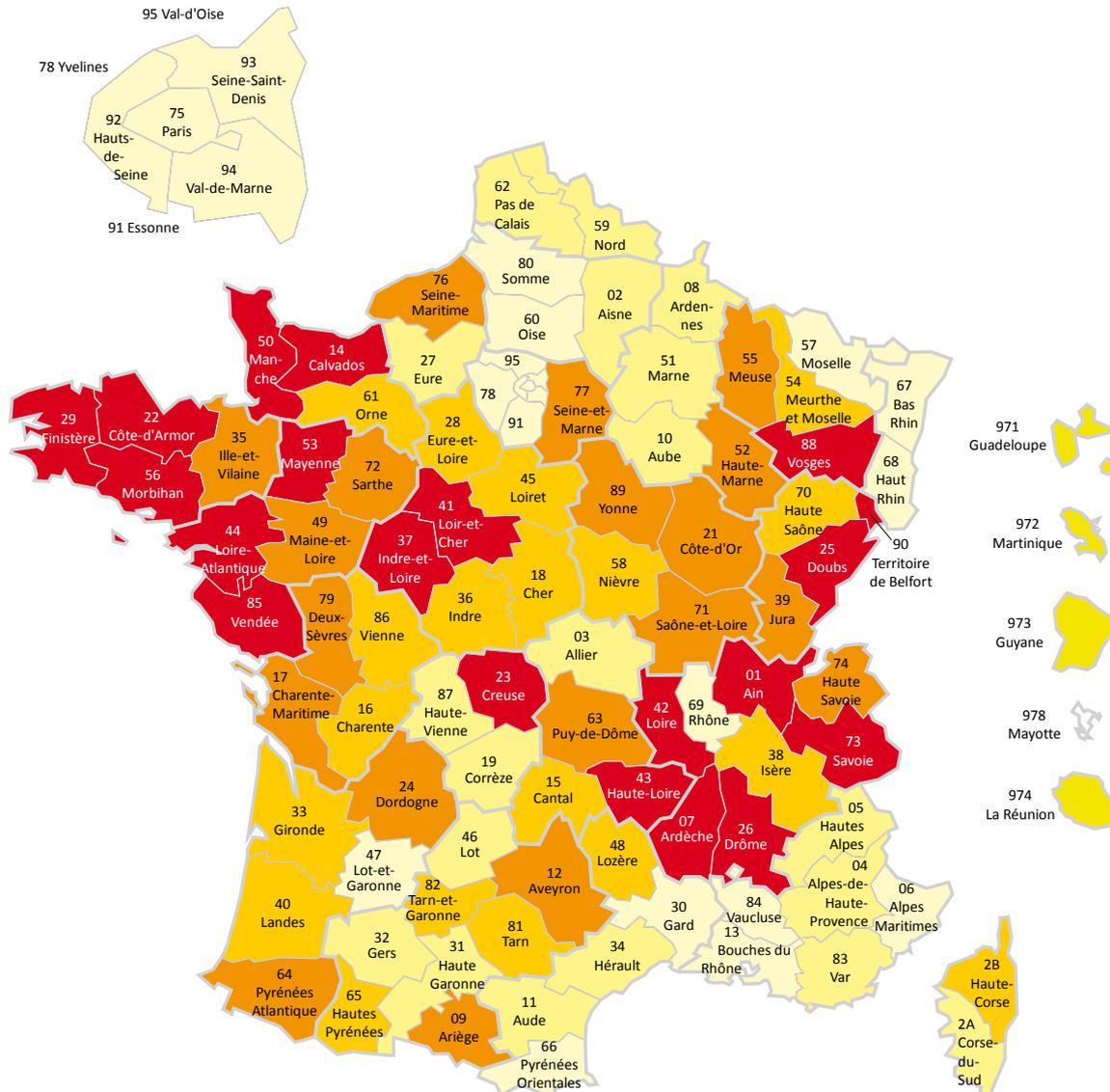
Sources : tous régimes

Pour les trois principaux régimes, le recours à un OC pour la gestion de la CMU-C est très hétérogène d'un département à l'autre. En métropole, le taux de recours varie entre moins de 2 % dans les Bouches-du-Rhône et 40 % en Haute-Loire. Les 19 départements ayant les taux les plus faibles regroupent 37 % des assurés alors que les 20 départements ayant les taux les plus élevés ne représentent que 12 % des assurés.

Les plus fortes proportions sont liées à la conjonction de traditions mutualistes et d'actions volontaristes de la part des caisses.

Dans les Dom, les taux sont de 11 % en Guadeloupe et de 14 % en Martinique et proches de 0 en Guyane et à la Réunion. Ces quatre départements se situeraient dans les deux premiers quintiles de la métropole.

Figure 14 – Répartition des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour la gestion de leurs prestations, par département, en métropole, pour les trois principaux régimes, CNAMTS, RSI, CCMSA, estimation à fin 2015



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage OC				Nombre	Effectifs CMUC	Pourcent Effectifs CMUC
	>=		<				
	>=	1,7%	<	9,8%	19	1 744 255	37,1%
	>=	9,8%	<	14,9%	19	1 134 299	24,1%
	>=	14,9%	<	18,3%	19	561 286	11,9%
	>=	18,3%	<	24,2%	19	679 073	14,4%
	>=	24,2%	<=	40,0%	20	584 293	12,4%
					96	4 703 205	100,0%
Répartition Dom							
	>=	0,0%	<=	13,8%	4	610 255	100,0%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outil Philcarto – Mayotte : NR

Encadré 8 – Le contrat de sortie CMU-C

À l'issue de ses droits, le bénéficiaire dont les ressources dépassent le plafond d'attribution de la CMU-C, et qui avait opté pour une gestion CMU-C par un organisme complémentaire habilité, doit se voir proposer une année de prolongation auprès du même organisme, avec les mêmes prestations et pour une cotisation à tarif privilégié, dont le montant maximal est fixé par arrêté (article 6-1 de la loi n°89-1009 modifiée).

Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé offrant des garanties similaires à la CMU-C : prise en charge des soins, des consultations et des médicaments à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale, forfait de prise en charge pour une paire de lunettes par an, forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires et les prothèses auditives, etc.

En revanche, ne sont pas prises en charge les majorations pour non-respect du parcours de soins, les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 €.

Partant du constat que le contrat de sortie CMU-C reste assez méconnu des bénéficiaires, mais également de certains organismes complémentaires, le Fonds CMU a lancé en début d'année 2015 une enquête auprès des organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C.

Le questionnaire a été envoyé aux 320 organismes gestionnaires en 2015 et qui l'étaient déjà en 2014.

Le taux de retour a été assez faible, 69 organismes ont répondu à un questionnaire simple dont l'objectif était de mesurer la connaissance de ce dispositif.

Globalement, les organismes ayant répondu à l'enquête connaissent le contrat de sortie CMU-C. Ils sont peu nombreux à faire état de difficultés de mise en place. En revanche, certains évoquent les difficultés à expliquer le fonctionnement du contrat aux anciens bénéficiaires de la CMU-C.

■ Résultats de l'enquête :

- 70 % des répondants affirment qu'ils connaissent le fonctionnement du contrat de sortie, 21 % qu'ils le connaissent insuffisamment et 9 % qu'ils ne le connaissent pas ;
- 36 % des répondants ont déjà été sollicités par un ancien bénéficiaire de la CMU-C pour la mise en place d'un contrat de sortie CMU-C ;
- En 2014, 1 383 contrats de sortie CMU-C ont été ouverts par les organismes répondants.

2.2. LA PROGRESSION ATTENDUE DES EFFECTIFS DE L'ACS

2.2.1. Le bilan de l'année 2015

2.2.1.1. La délivrance des attestations ACS

A. La répartition par régime

1,35 million de personnes ont bénéficié d'une attestation ACS au cours de l'année 2015, soit une évolution de + 12,6 % par rapport à 2014 (+ 3,9 % entre 2013 et 2014).

La hausse est de 12,8 % à la CNAMTS qui regroupe 93 % des effectifs. Elle est de + 11,3 % à la CCMSA et + 7,2 % au RSI.

Pour la CNAMTS, la hausse est de 15,1 % sur le 1^{er} semestre et de 10,6 % sur le second semestre qui correspond à la mise en place de la réforme du dispositif.

Cet écart correspond toutefois à un effet base sur l'année 2014, où les effectifs avaient particulièrement augmenté sur la fin de l'année : la moyenne mensuelle des effectifs avait augmenté de 12,8 % entre le 1^{er} semestre et les 4 derniers mois de l'année (neutralisation des mois de juillet et août qui sont atypiques).

En 2015, les effectifs mensuels sont plus homogènes, avec une hausse sur la fin de l'année : la moyenne mensuelle des effectifs a augmenté de 6,9 % entre le 1^{er} semestre et les quatre derniers mois de l'année.

Le Fonds a proposé à la CNAMTS d'interroger quelques CPAM où, en particulier, des baisses importantes des effectifs ont été constatées à partir de juillet 2015, date de mise en place de la réforme. Un retour est attendu prochainement. La CCMSA et le RSI, qui représentent 7 % de l'ensemble des effectifs, ont constaté une nette accélération de la délivrance des attestations sur le second semestre. Sur le premier semestre, la hausse est de 5,4 % pour la CCMSA et 1,6 % pour le RSI. Elle est respectivement de + 17,8 % et de + 13,1 % sur le second semestre. Il est possible de voir un lien avec la mise en place du nouveau dispositif.

Tableau 21 - Délivrance et utilisation des attestations ACS en 2015, CNAMTS, CCMSA, RSI

	Nbre mensuel de bénéfés (tous régimes)	Evol en une année (mois à mois) tous régimes	Dont CNAMTS	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction	Taux d'utilisation des attestations
2015 janv	112 009	9,1%	9,7%	1 211 618	-	-	-
2015 févr	106 564	9,5%	10,1%	1 220 829	943 756	310 €	77,9%
2015 mars	127 548	31,7%	34,2%	1 251 523	-	-	-
2015 avr	109 168	13,8%	14,4%	1 264 744	-	-	-
2015 mai	95 737	2,4%	2,1%	1 266 958	985 536	309 €	77,9%
2015 juin	118 941	19,4%	20,3%	1 286 250	-	-	-
2015 juil	112 201	15,7%	16,3%	1 301 434	-	-	-
2015 août	93 510	11,1%	11,5%	1 310 766	956 164	307 €	73,5%
2015 sept	109 600	7,9%	8,0%	1 318 798	-	-	-
2015 oct	123 557	12,3%	11,5%	1 332 363	-	-	-
2015 nov	120 737	18,7%	18,3%	1 351 399	981 800	307 €	73,7%
2015 déc	124 008	1,8%	0,4%	1 353 580	-	-	-

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, OC, Fonds CMU

Tableau 22 – Délivrance des attestations ACS en 2015 – Évolutions mensuelles et cumulées, CNAMTS, CCMSA, RSI

	% Evol Mensuel CNAMTS	% Evol Cumul CNAMTS	% Evol Cumul tous régimes
2015 janv	9,7%	9,7%	9,1%
2015 févr	10,1%	9,9%	9,3%
2015 mars	34,2%	17,8%	16,6%
2015 avr	14,4%	16,9%	15,9%
2015 mai	2,1%	14,1%	13,3%
2015 juin	20,3%	15,1%	14,3%
2015 juil	16,3%	15,3%	14,5%
2015 août	11,5%	14,9%	14,1%
2015 sept	8,0%	14,1%	13,4%
2015 oct	11,5%	13,8%	13,3%
2015 nov	18,3%	14,2%	13,8%
2015 déc	0,4%	12,8%	12,6%

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

B. Les données sur les accords et les refus dans le régime général

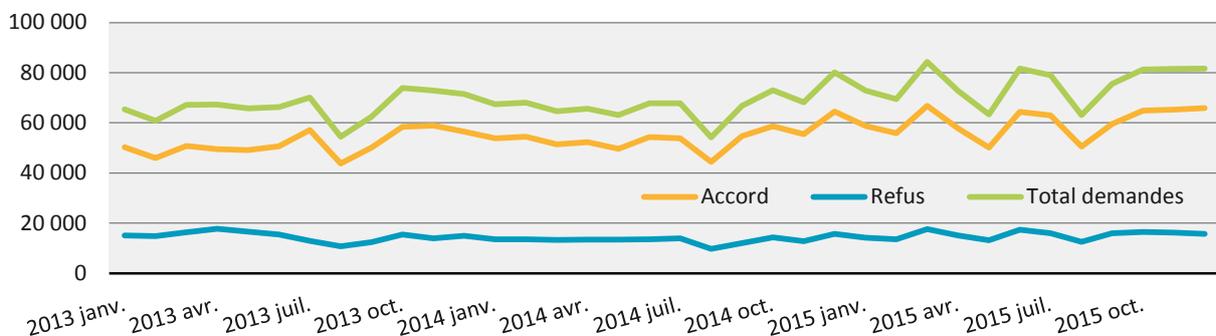
En 2015, le volume des demandes exprimées en nombre de foyers (unique information disponible pour les foyers) a progressé de 12,4 %.

Ces demandes ont abouti à des accords ou des refus, pour lesquels on a constaté les évolutions suivantes : + 11,6 % pour les accords, + 15,5 % pour les refus.

Les refus ne représentent que 20 % du total des demandes, chiffre stable par rapport à 2014.

La hausse du nombre de foyers bénéficiaires d'attestations dans le régime général est concomitante avec une hausse des accords, faisant plus que compenser celle des refus, compte tenu de leur poids relatif dans l'ensemble des demandes.

Figure 15 – Évolution des accords, des refus et du total des demandes sur la période 2013 – 2015 dans le régime général, en nombre de foyers, métropole et Dom



Source : CNAMTS

C. La part des renouvellements

Appréciée en nombre de bénéficiaires, la part des renouvellements au sein des attributions de l'ACS au régime général augmente depuis 2013. La hausse est confirmée et amplifiée en 2015, où les renouvellements représentent 45,7 % des accords.

Aussi, en 2015, à la CNAMTS, la hausse des effectifs est portée par celle des renouvellements : on constate en effet une hausse de 25,0 % des effectifs en situation de renouvellement, contre une hausse de 4,9 % des effectifs en situation de première demande.

Tableau 23 – Part relative des premières demandes et des renouvellements dans les accords ACS de 2012 à 2015 au régime général, en nombre de bénéficiaires

	2012	2013	2014	2015
Adhésions	65,1%	61,7%	58,6%	54,3%
Renouvellements	34,9%	38,3%	41,4%	45,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS

2.2.1.2. La répartition par département

En métropole, au régime général, les bénéficiaires de l'ACS représentent 1,8 % de la population et ils atteignent 4,8 % dans les DOM.

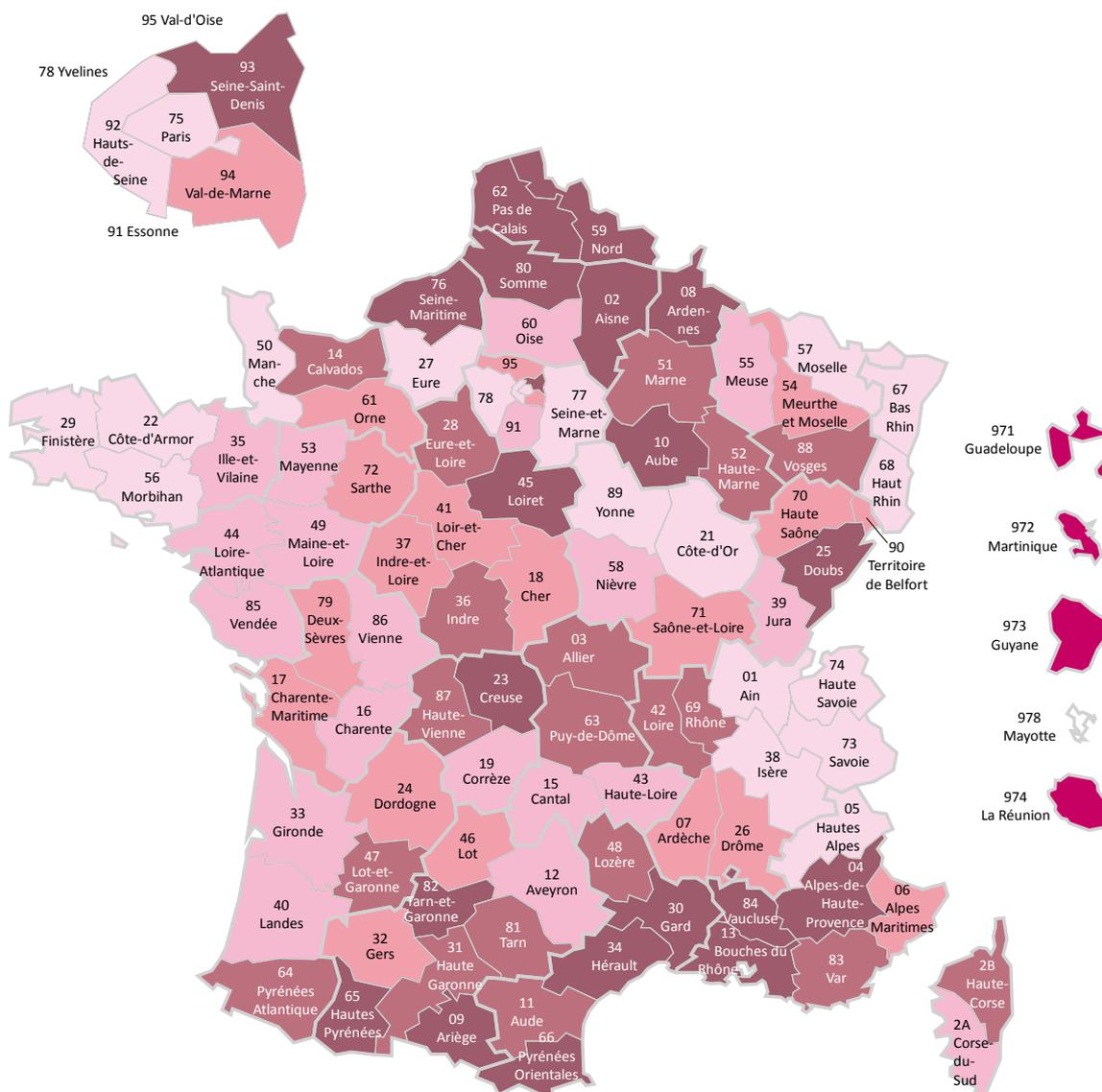
Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre. Les départements de la Bretagne, de la région Rhône-Alpes et de l'Alsace Moselle, ainsi qu'un axe reliant les départements de l'Eure à la Côte-d'Or présentent les plus faibles taux.

Les effectifs de l'ACS sont concentrés puisque les 5 premiers départements regroupent 20,7 % des effectifs, les 10 premiers 32,8 %.

En 2015, seuls 8 départements ont constaté une baisse de leurs bénéficiaires. Ils regroupent 4,1 % des bénéficiaires totaux.

La hausse est de 12,3 % en métropole et 19,2 % dans les Dom. Ces derniers regroupent 7,1 % des effectifs en France, dont 4,9 % pour La Réunion.

Figure 16 – Densité des bénéficiaires de l'ACS par rapport à la population, par département, en métropole, pour le régime général en 2015



Répartition métropole						
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs	Pourcentage Effectifs	
	>=	<			>=	<
	>= 0,8%	< 1,4%	19	205 637	>=	17,5%
	>= 1,4%	< 1,7%	19	169 493	>=	14,4%
	>= 1,7%	< 1,9%	19	179 168	>=	15,3%
	>= 1,9%	< 2,2%	19	218 322	>=	18,6%
	>= 2,2%	<= 2,9%	20	400 732	>=	34,2%
			96	1 173 352		100,0%
Répartition Dom						
	>= 1,2%	<= 7,3%	4	90 090	>=	100,0%

Sources : CNAMTS, INSEE –Outil Philcarto, Mayotte–non concernée

Tableau 24 – Bénéficiaires d'attestations ACS dans les 5 premiers départements, en métropole, pour le régime général, en 2015

Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	Pourcent ACS / Population
59	Nord	76 186	2 627 956	2,9%
13	Bouches-du-Rhône	48 031	2 014 702	2,4%
93	Seine-Saint-Denis	39 466	1 551 739	2,5%
62	Pas-de-Calais	36 252	1 490 820	2,4%
69	Rhône	34 340	1 795 663	1,9%
Total		234 275	9 480 880	2,5%
Métropole		1 173 352	64 844 825	1,8%

Sources : CNAMTS

Tableau 25 – Bénéficiaires d'attestations ACS dans les Dom, pour le régime général, en 2015

Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	Pourcent ACS / Population
971	Guadeloupe	15 489	410 335	3,8%
972	Martinique	10 235	395 027	2,6%
973	Guyane	2 852	241 922	1,2%
974	Réunion	61 514	843 617	7,3%
Total		90 090	1 890 901	4,8%

Sources : CNAMTS

2.2.1.3. La répartition par tranche d'âge

La structure par âge est différente entre, d'une part, le régime général et, d'autre part, la CCMSA et le RSI. La structure est en revanche très proche entre CCMSA et RSI, où l'on observe une population plus âgée. En particulier, les 60 ans et plus représentent 49 % à la CCMSA et 52 % au RSI, contre seulement 26 % au régime général, soit le double, même si leur part augmente régulièrement au régime général (+ 0,8 point).

Tableau 26 – Structure par âge des bénéficiaires d'attestations ACS en 2014 et 2015 dans les 3 grands régimes

	Régime général		CCMSA		RSI	
	Moyenne 2014	Moyenne 2015	Moyenne 2014	Moyenne 2015	Moyenne 2014	Moyenne 2015
moins de 16 ans	23,8%	23,3%	15,6%	16,0%	17,0%	17,7%
entre 16 et 49 ans	37,8%	37,5%	24,3%	24,1%	22,3%	22,1%
entre 50 et 59 ans	13,0%	13,0%	11,2%	10,5%	8,9%	8,8%
plus de 60 ans	25,4%	26,2%	48,9%	49,4%	51,8%	51,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

Au régime général, la part des 60 ans et plus, observée dans la population ACS, correspond à celle observée dans la population française en général : 26,2 % contre 24,5 % en 2015, ce qui est très différent du niveau de la CMU-C (5,4 % de plus de 60 ans parmi les bénéficiaires de la CMUC en 2015).

S'agissant de la CCMSA, 41,0 % des assurés ont 60 ans et plus. On se rapproche donc des 49,4 % constatés sur la délivrance des attestations ACS. Les revenus des assurés âgés sont particulièrement faibles lorsqu'ils sont pensionnés.

Pour le RSI, 21 % des assurés ont 60 ans et plus, contre 51,5 % sur la délivrance des attestations. Côté retraite, à titre d'exemple, en 2014, la pension moyenne d'un artisan est de 607 € par mois et celle d'un commerçant de 464 €. Ces montants sont servis aux pensionnés qui ont exercé leur activité uniquement en tant qu'artisan ou commerçant, mais ils représentent environ 100 000 personnes, chiffre à rapprocher des 35 000 assurés du RSI bénéficiaires d'une attestation ACS en 2015.

2.2.1.4. L'utilisation de l'aide auprès des OC

À fin novembre 2015, 981 000 personnes ont utilisé leur attestation ACS auprès d'un OC. Ce chiffre est en hausse de + 4,0 % en une année. Avec la montée en charge du dispositif, le taux d'utilisation a tendance à baisser depuis la fin 2014. En effet, dans ce contexte, il peut exister un décalage entre délivrance et utilisation effective auprès des OC (délai d'utilisation de l'aide, de choix des contrats etc.).

La mise en place de la réforme de l'ACS a également une incidence sur les effectifs d'utilisateurs d'attestation déclarés par les OC auprès du Fonds CMU, comme cela a été constaté sur le chiffre du mois d'août 2015. Il est en baisse de 3 % par rapport à celui à fin mai 2015. Le chiffre à fin novembre s'est redressé, mais il n'a pas dépassé celui de fin mai (le dernier connu avant réforme). Les différents transferts entre OC, l'appropriation de la réforme par l'ensemble des acteurs et notamment des délais plus longs dans le choix des OC et la souscription des nouveaux contrats par les bénéficiaires, sont à l'origine de ce constat, que le Fonds avait anticipé. Une normalisation de la situation devrait s'observer au cours du 1^{er} semestre 2016.

Tableau 27 – Nombre d'utilisateurs d'attestations ACS auprès des OC et taux d'utilisation de 2013 à 2015

	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Evolution / T-1	Evolution / N-1	Taux d'utilisation des attestations
2013 févr	779 832	0,7%	22,7%	76,9%
2013 mai	827 980	6,2%	20,9%	79,0%
2013 août	877 093	5,9%	18,8%	80,3%
2013 nov	894 594	2,0%	15,6%	79,8%
2014 févr	889 936	-0,5%	14,1%	76,6%
2014 mai	920 769	3,5%	11,2%	78,7%
2014 août	936 427	1,7%	6,8%	80,1%
2014 nov	943 806	0,8%	5,5%	79,3%
2015 févr	943 756	0,0%	6,0%	77,9%
2015 mai	985 536	4,4%	7,0%	77,9%
2015 août	956 164	-3,0%	2,1%	73,5%
2015 nov	981 800	2,7%	4,0%	73,7%

Sources : tous régimes

Encadré 9 – Les aides supplémentaires ACS

Les aides complémentaires au dispositif légal ACS et les aides « effet de seuil ACS » ont diminué entre 2013 et 2014 : 319 097 bénéficiaires (- 15 %) et 32,7 M€ (- 19 %). Ces aides ont représenté 38 % des dépenses relevant de la dotation paramétrique en 2014 (40 % en 2013).

Le fonctionnement en budget provisoire, puis l'annonce pour tenir compte des évolutions réglementaires du dispositif légal ACS, de la baisse des crédits d'action sanitaire et sociale actée dans la COG 2014-2017, ont conduit certains organismes à freiner, voire arrêter sur le deuxième semestre, leur dispositif de prises en charge systématiques d'aides à l'acquisition d'une complémentaire santé. L'année 2014 constitue à ce titre une année de transition.

Le système demeure néanmoins quasi généralisé puisque seules trois CPAM n'ont alloué aucune de ces deux aides.

63 CPAM ont accordé les deux types d'aides, 32 CPAM n'ont accordé que des aides « compléments ACS », 4 CPAM uniquement des aides « effet de seuil ».

290 476 personnes (- 14 %) ont bénéficié d'aides « compléments ACS » pour un montant total de 27,1 M€ (- 16 %). L'aide moyenne sur ce champ est de 93 €.

28 621 personnes (- 27 %) ont bénéficié d'aides « effet de seuil » pour un montant total de 5,6 M€. L'aide moyenne sur ce champ est de 196 €.

En se basant sur le régime d'appartenance de l'ouvreur de droit, on constate que les principaux bénéficiaires de ces aides sont les chômeurs, les retraités et les salariés.

2.2.2. Les données des onze groupements sélectionnés

Depuis le mois de septembre 2015, le Fonds CMU a mis en place un suivi mensuel auprès des onze groupements sélectionnés, portant sur le nombre de personnes protégées par les nouveaux contrats A, B et C. Ce suivi est réalisé en parallèle des données transmises par les trois grands régimes, issues d'une extraction de leurs systèmes d'information. À terme, leurs données remplaceront celles issues des onze groupements.

Le dernier chiffre connu est celui à fin janvier 2016. Compte tenu de l'enjeu présenté par ces informations, les chiffres exposés ici dépassent la cadre annuel du rapport d'activité 2015.

Au 31 janvier 2016, on compte plus de 750 000 utilisateurs de l'aide sur les contrats A, B, C, ce qui correspond à un taux de montée en charge de 97 % par rapport aux effectifs rattachés aux onze groupements au 31 mai 2015 (derniers chiffres disponibles avant réforme). Ce chiffre est encourageant après sept mois de mise en œuvre du nouveau dispositif.

L'opération de basculement, pour les contrats dont la date d'échéance était fixée au 31 décembre 2015, a été clairement visible sur les ouvertures de droits du mois de décembre 2015 (+ 106 100 bénéficiaires), mais surtout sur le mois de janvier 2016 (+ 325 627 bénéficiaires).

Les contrats B et les contrats C sont à un niveau équivalent : 39,4 % en B, 38,9 % en C (et 21,7 % en A).

C'est un point très positif, dans la mesure où l'un des principaux reproches fait à l'ancien dispositif était le faible niveau de garantie des contrats choisis par les bénéficiaires.

► **Tableau 28 – Suivi mensuel de la montée en charge du nouveau dispositif ACS de juillet 2015 à janvier 2016 en nombre de bénéficiaires**

Stocks (cumul) au :	Formule A	Formule B	Formule C	Total des 3 formules ACS	Ouvertures de droits mensuelles (3 formules ACS)
2015 juil	7 558	12 003	13 914	33 475	33 475
2015 août	19 091	28 656	32 047	79 794	46 319
2015 sept	35 436	51 987	58 597	146 020	66 226
2015 oct	60 462	84 269	96 312	241 043	95 023
2015 nov	78 413	111 718	128 486	318 617	77 574
2015 déc	102 328	150 408	171 981	424 717	106 100
2016 janv	162 731	295 604	292 009	750 344	325 627
Structure	21,7%	39,4%	38,9%	100,0%	

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

2.2.3. L'étude comparative ACS/CMU-C

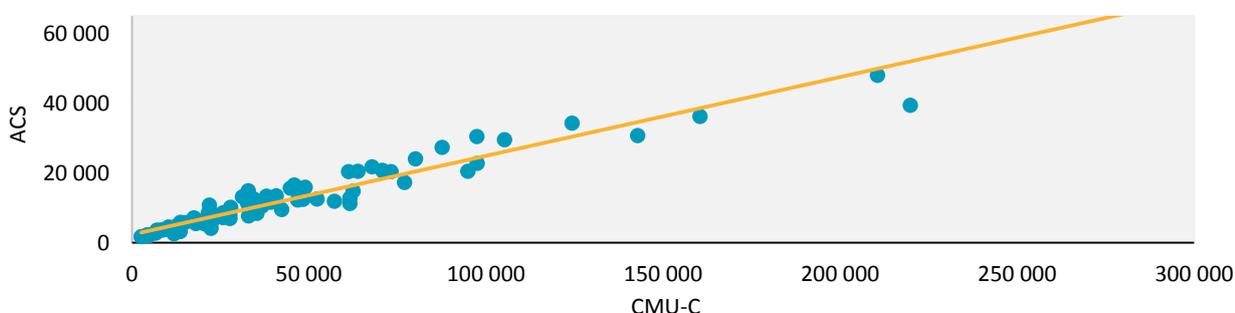
2.2.3.1. L'analyse à partir du ratio ACS/CMU-C

A. Une très forte corrélation

Pour le régime général, en métropole, le coefficient de corrélation entre le nombre de bénéficiaires d'attestations ACS et les effectifs de la CMU-C par département est élevé (0,97) et traduit la cohérence des résultats. Les résultats sont homogènes dans leur ensemble.

Le taux moyen ACS/CMU-C est de 28,0 % (26,0 % en 2014).

Figure 17 – Total effectifs ACS/Total effectifs CMU-C par département, métropole, 2015



Sources : CNAMTS, Fonds CMU

Dans les Dom, chaque département présente une situation particulière. Le taux ACS/CMU-C varie fortement entre territoires : 3,2 % (0,6 % en 2014) en Guyane, 10,8 % en Martinique, 14,5 % en Guadeloupe et 20,6 % (17,7 % en 2014) à la Réunion. Il est dans tous les cas beaucoup plus faible que la moyenne constatée en métropole.

B. Un indicateur défavorable aux départements de plus grande taille

En métropole, il est intéressant de comparer la liste des quinze départements où le taux étudié est le plus élevé par rapport à celle des quinze départements où le taux est le plus faible.

Parmi les départements les moins bien placés, figurent des départements de tailles beaucoup plus importantes que dans le classement de tête. Ces départements représentent en effet 23,7 % de la population de la métropole contre 6,8 % pour les départements les mieux placés.

L'amélioration de la situation des départements les plus peuplés aurait un impact certain sur le résultat global apprécié à partir du ratio ACS/CMU-C.

Tableau 29 – Rapport ACS/CMU-C, les quinze taux les plus élevés, métropole, 2015

Num Dpt	Département	CMU-C	ACS	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
48	Lozère	2 639	1 763	66,8%	1
15	Cantal	4 407	2 346	53,2%	2
202	Haute-Corse	7 060	3 631	51,4%	3
43	Haute-Loire	7 163	3 567	49,8%	4
85	Vendée	21 870	10 857	49,6%	5
201	Corse-du-Sud	4 689	2 195	46,8%	6
25	Doubs	32 882	14 935	45,4%	7
46	Lot	7 596	3 368	44,3%	8
39	Jura	10 337	4 487	43,4%	9
4	Alpes-Haute-Provence	8 592	3 714	43,2%	10
65	Hautes-Pyrénées	13 701	5 921	43,2%	11
12	Aveyron	10 401	4 447	42,8%	12
5	Hautes-Alpes	4 648	1 979	42,6%	13
64	Pyrénées-Atlantiques	31 252	13 182	42,2%	14
19	Corrèze	9 159	3 821	41,7%	15

Sources : CNAMTS, Fonds CMU

Tableau 30 – Rapport ACS/CMU-C, les quinze taux les plus faibles, métropole, 2015

Num Dpt	Département	CMU-C	ACS	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
93	Seine-Saint-Denis	219 950	39 466	17,9%	96
78	Yvelines	61 585	11 300	18,3%	95
89	Yonne	22 316	4 187	18,8%	94
38	Isère	57 272	11 940	20,8%	93
67	Bas-Rhin	61 606	12 872	20,9%	92
75	Paris	142 919	30 739	21,5%	91
95	Val-d'Oise	94 973	20 481	21,6%	90
90	Territoire-de-Belfort	11 868	2 626	22,1%	89
77	Seine-et-Marne	77 034	17 287	22,4%	88
62	Pas-de-Calais	160 520	36 252	22,6%	87
68	Haut-Rhin	42 349	9 566	22,6%	86
13	Bouches-du-Rhône	210 683	48 031	22,8%	85
94	Val-de-Marne	97 531	22 778	23,4%	84
11	Aude	32 962	7 725	23,4%	83
58	Nièvre	13 682	3 209	23,5%	82

Sources : CNAMTS, Fonds CMU

2.2.3.2. L'analyse à partir du ratio ACS/population

A. La situation spécifique des Dom

Dans les Dom, la situation de l'ACS, appréciée à partir du ratio ACS/CMU-C, est très défavorable aux quatre départements. Pourtant, si l'on analyse la situation à partir du ratio ACS/population, le classement se trouve complètement inversé, excepté pour la Guyane.

Tous départements confondus (métropole et Dom), la Réunion se situe en première position suivie de la Guadeloupe. La Martinique occupe la 9^{ème} place alors que ces départements occupent les dernières places sur la base d'un classement à partir du ratio ACS/CMU-C. Il y a en réalité un effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-C qui domine fortement. C'est assez logique, car on est en présence d'une population précaire, majoritairement éligible à la CMU-C.

Tableau 31 – Rapport ACS/CMU-C et taux d'ACS dans les DOM, 2015

Num Dpt	Département	CMU-C	ACS	Population	Taux CMU-C	Taux ACS	ACS / CMU-C
971	Guadeloupe	106 733	15 489	410 335	26,0%	3,8%	14,5%
972	Martinique	94 799	10 235	395 027	24,0%	2,6%	10,8%
973	Guyane	90 488	2 852	241 922	37,4%	1,2%	3,2%
974	Reunion	298 186	61 514	843 617	35,3%	7,3%	20,6%
Total métropole		4 190 881	1 173 352	64 844 825	6,5%	1,8%	28,0%
Total Dom		590 206	90 090	1 890 901	31,2%	4,8%	15,3%
Total métropole et Dom		4 781 087	1 263 442	66 735 726	7,2%	1,9%	26,4%

Sources : CNAMTS, Fonds CMU

B. L'analyse complémentaire en métropole

Il est intéressant de faire un retour sur la situation des quinze départements où le taux ACS/CMU-C est ressorti le plus défavorable, en y ajoutant une référence au ratio ACS/population (taux d'ACS) :

- Premier groupe : les départements mal classés au regard du ratio ACS/CMU-C, mais qui sont bien positionnés sur la base du ratio ACS/population.

On constate, pour ces derniers, que l'effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-C évoqué pour les Dom peut agir également. Les départements parmi ceux de taille importante concernés sont :

- la Seine-Saint-Denis (96^{ème}, 8^{ème}) ;
- le Pas de Calais (87^{ème}, 10^{ème}) ;
- les Bouches du Rhône (85^{ème}, 12^{ème}).

Pour ces départements, à forte population, on relève une proximité de leurs résultats entre eux, ce qui interpelle. Un effet taille pourrait également expliquer ce constat.

- Second groupe : les départements qui sont mal classés sur la base du ratio ACS/CMU-C, mais également à partir du ratio ACS/Population totale avec en particulier :

- les Yvelines (95^{ème}, 95^{ème}) ;
- l'Yonne (94^{ème}, 90^{ème}) ;
- l'Isère (93^{ème}, 94^{ème}) ;
- le Bas-Rhin (92^{ème}, 92^{ème}) ;
- Paris, la Seine-et-Marne.

Tableau 32 – Rapport ACS/CMUC, quinze départements de métropole connaissant le taux ACS/CMUC le plus faible, 2015

Num Dpt	Département	CMU-C	ACS	Population	Taux CMU-C	Clas. CMU-C	Taux ACS	Clas. ACS	ACS / CMU-C	Clas. ACS / CMU-C
93	Seine-Saint-Denis	219 950	39 466	1 551 739	14,2%	1	2,5%	8	17,9%	96
78	Yvelines	61 585	11 300	1 440 274	4,3%	76	0,8%	95	18,3%	95
89	Yonne	22 316	4 187	352 750	6,3%	31	1,2%	90	18,8%	94
38	Isère	57 272	11 940	1 253 410	4,6%	71	1,0%	94	20,8%	93
67	Bas-Rhin	61 606	12 872	1 124 434	5,5%	53	1,1%	92	20,9%	92
75	Paris	142 919	30 739	2 265 886	6,3%	32	1,4%	83	21,5%	91
95	Val-d'Oise	94 973	20 481	1 203 920	7,9%	15	1,7%	53	21,6%	90
90	Territoire-de-Belfort	11 868	2 626	147 528	8,0%	14	1,8%	48	22,1%	89
77	Seine-et-Marne	77 034	17 287	1 377 102	5,6%	49	1,3%	88	22,4%	88
62	Pas-de-Calais	160 520	36 252	1 490 820	10,8%	3	2,4%	10	22,6%	87
68	Haut-Rhin	42 349	9 566	771 668	5,5%	52	1,2%	89	22,6%	86
13	Bouches-du-Rhône	210 683	48 031	2 014 702	10,5%	4	2,4%	12	22,8%	85
94	Val-de-Marne	97 531	22 778	1 354 911	7,2%	18	1,7%	57	23,4%	84
11	Aude	32 962	7 725	372 259	8,9%	9	2,1%	27	23,4%	83
58	Nièvre	13 682	3 209	224 349	6,1%	37	1,4%	77	23,5%	82

Sources : CNAMTS, Fonds CMU

2.2.3.3. L'évolution de la situation entre 2014 et 2015

On ne constate pas de réel bouleversement dans le classement de la performance à partir du ratio ACS/CMU-C entre les deux années étudiées.

En termes de classement, la situation s'est améliorée dans le Nord, en Loire-Atlantique. À l'inverse, la situation s'est dégradée dans le Rhône, la Seine-Maritime.

Tableau 33 – Classement comparatif des départements entre 2014 et 2015 (classement décroissant sur les effectifs ACS 2015), pour les vingt premiers départements en termes d'effectifs ACS en 2015, métropole

Num Dpt	Département	Effectifs ACS			Classement ACS / Population		Classement ACS / CMU-C	
		2014	2015	Évolution 2014 – 2015	2014	2015	2014	2015
59	Nord	62 221	76 186	22,4%	7	1	84	76
13	Bouches-du-Rhône	41 544	48 031	15,6%	16	12	88	85
93	Seine-Saint-Denis	32 145	39 466	22,8%	15	8	96	96
62	Pas-de-Calais	33 548	36 252	8,1%	10	10	83	87
69	Rhône	33 486	34 340	2,6%	27	38	53	69
75	Paris	27 394	30 739	12,2%	81	83	92	91
34	Hérault	26 567	30 488	14,8%	5	3	51	54
76	Seine-Maritime	28 066	29 605	5,5%	12	15	52	67
31	Haute-Garonne	22 834	27 373	19,9%	34	25	55	55
33	Gironde	19 418	24 059	23,9%	75	65	65	57
94	Val-de-Marne	21 463	22 778	6,1%	47	57	78	84
83	Var	19 611	21 820	11,3%	26	24	42	45
30	Gard	19 162	20 815	8,6%	2	2	57	59
44	Loire -Atlantique	17 064	20 542	20,4%	76	73	50	44
95	Val-d'Oise	16 594	20 481	23,4%	67	53	95	90
92	Hauts-de-Seine	18 127	20 459	12,9%	87	87	64	63
6	Alpes-Maritimes	19 891	20 390	2,5%	29	44	27	37
91	Essonne	17 414	20 390	17,1%	66	62	67	68
77	Seine-et-Marne	13 023	17 287	32,7%	94	88	93	88
35	Ille-et-Vilaine	14 838	16 545	11,5%	63	64	28	27

Sources : CNAMTS, Fonds CMU

Tableau 34 – Évolutions des effectifs ACS et des ratios ACS/Population et ACS/CMU-C, 2014 – 2015, Dom

Num Dpt	Département	Effectifs ACS			ACS / Population		ACS / CMU-C	
		2014	2015	Évolution 2014 – 2015	2014	2015	2014	2015
971	Guadeloupe	14 450	15 489	7,2%	3,5%	3,8%	14,0%	14,5%
972	Martinique	8 151	10 235	25,6%	2,1%	2,6%	9,0%	10,8%
973	Guyanne	497	2 852	473,8%	0,2%	1,2%	0,6%	3,2%
974	Reunion	52 480	61 514	17,2%	6,2%	7,3%	17,7%	20,6%

Sources : CNAMTS, Fonds CMU

2.3. L'IMPACT DE LA REVALORISATION DU PLAFOND DE RESSOURCES POUR LA CMU-C ET POUR L'ACS

Le Fonds CMU continue de suivre l'impact de la mesure de revalorisation des plafonds d'attribution CMU-C et ACS au 1^{er} juillet 2013, mise en place dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le plein effet de la mesure était attendu pour la fin 2014 pour la CMU-C, avec 300 000 attributions et pour la fin du premier semestre 2016 pour l'ACS, avec 370 000 attestations, soit 300 000 utilisations d'attestation.

Le suivi est assuré avec la participation du régime général, et plus particulièrement douze caisses, ainsi qu'avec le RSI et la CCMSA.

2.3.1. Bilan de 2013 à 2015

Fin 2014, l'objectif pour la CMU-C était légèrement dépassé, avec plus de 309 000 attributions²⁵ cumulées depuis le mois de juillet 2013. Le suivi 2015, pour information, a permis d'évaluer à 249 750 les attributions sur l'année, soit un total de presque 559 000 attributions depuis le début de la mesure.

Figure 18 – Suivi des attributions CMU-C liées à la mesure de revalorisation du plafond, de juillet 2013 à fin 2015

	CMU-C		
	Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions
2013	101 715	106 000	96,0%
2014	207 518	200 000	103,8%
S/Total	309 233	306 000	101,1%
2015	249 750	200 000	124,9%
Total	558 982	506 000	110,5%

Pour l'ACS, l'objectif des 370 000 délivrances d'attestation et de 300 000 utilisations, fixé pour la fin du premier semestre 2016, a été atteint dès le mois de juillet 2015. Avec une estimation de presque 224 200 délivrances d'attestations ACS, pour plus de 179 300 utilisations sur les douze mois de l'année 2015, le total d'attestations depuis le début de la mesure est de presque 479 000, soit 383 000 utilisations d'attestation.

Figure 19 – Suivi des attributions ACS, et des utilisations, liées à la mesure de revalorisation du plafond, de juillet 2013 à fin 2015

	ACS Attestations			80%	ACS Utilisations		
	Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions		Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions
2013	80 068	75 000	106,8%	2013	64 054	60 000	106,8%
2014	174 558	162 500	107,4%	2014	139 647	130 000	107,4%
S/Total	254 626	237 500	107,2%	S/Total	203 701	190 000	107,2%
2015	224 170	172 000	130,3%	2015	179 336	137 600	130,3%
Total	478 795	409 500	116,9%	Total	383 036	327 600	116,9%

²⁵ Une attribution peut être soit une primo-attribution (la personne ne bénéficiait pas de la prestation avant la décision d'attribution) soit un renouvellement (la personne bénéficie déjà de la même prestation au jour de la décision d'attribution).

Il n'y a renouvellement qu'à partir du moment où il y a continuité dans le bénéfice de la prestation. S'il y a eu une interruption dans le bénéfice de la prestation, il s'agit d'une nouvelle attribution.

La mesure de revalorisation des plafonds a terminé sa montée en charge pour les deux prestations CMU-C et ACS, mais elle continue d'influencer l'évolution des effectifs des deux prestations. En 2015, pour le total des trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), 4,9 % des attributions de CMU-C et 16,6 % des attributions de l'ACS concernent des personnes dont les revenus se situent dans les tranches de revenus se rapportant au relèvement exceptionnel du plafond.

2.3.2. Les données des caisses impliquées dans le suivi de la mesure de revalorisation du plafond

2.3.2.1. Suivi des attributions

Pour suivre les effets de la mesure de revalorisation des plafonds, le Fonds CMU travaille en direct avec douze caisses locales du régime général : Marseille, Finistère, Bordeaux, Lille-Douai, Hainaut, Rhône, Paris, Nanterre, Bobigny, Cergy Pontoise, la Martinique, la Réunion.

L'ensemble de ces caisses représente, sur les douze mois de 2015, 32,6 % des effectifs de la CMU-C au régime général et 27,5 % des attributions de l'ACS.

Les douze caisses comptent 1,5 M d'attributions de la CMU-C en 2014 et 1,64 M en 2015, dont 4,3 %, puis 4,6 % sont liées à la revalorisation du plafond. Pour l'ACS, l'ensemble des attributions est de 293 600 en 2014 et de 353 200 en 2015, dont 15,3 %, puis 16,2 % liées à la revalorisation, soit une augmentation d'un point en un an.

► **Tableau 35 – Attributions de la CMU-C, pour les douze caisses participant au suivi, part des attributions liées à la mesure, en 2014 et 2015**

Num_CPAM	Nom_CPAM	CMU-C Total		CMU-C Mesure		Part Mesure	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015
131	MARSEILLE	198 117	220 686	8 327	9 603	4,2%	4,4%
291	FINISTERE	31 929	34 816	1 532	1 894	4,8%	5,4%
331	BORDEAUX	78 259	86 859	3 530	4 297	4,5%	4,9%
595	LILLE-DOUAI	89 076	90 927	3 402	4 328	3,8%	4,8%
599	HAINAUT	102 173	104 091	4 272	4 912	4,2%	4,7%
691	RHONE	128 277	130 923	7 099	7 363	5,5%	5,6%
751	PARIS	147 337	151 786	7 027	7 807	4,8%	5,1%
921	NANTERRE	74 855	76 145	4 014	4 246	5,4%	5,6%
931	BOBIGNY	223 030	231 023	9 140	9 945	4,1%	4,3%
951	CERGY PONTOISE	88 788	101 281	4 111	5 299	4,6%	5,2%
972	MARTINIQUE	77 203	84 584	2 933	2 448	3,8%	2,9%
974	RÉUNION	288 943	331 365	10 074	12 832	3,5%	3,9%
	Total	1 527 987	1 644 486	65 461	74 974	4,3%	4,6%

Tableau 36 – Attributions de l'ACS, pour les douze caisses participant au suivi, part des attributions liées à la mesure, en 2014 et 2015

Num_CPAM	Nom_CPAM	ACS Total		ACS Mesure		Part Mesure	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015
131	MARSEILLE	40 493	49 150	6 621	8 380	16,4%	17,0%
291	FINISTERE	10 202	11 439	1 619	1 954	15,9%	17,1%
331	BORDEAUX	19 140	24 173	3 292	4 519	17,2%	18,7%
595	LILLE-DOUAI	15 999	21 159	2 603	3 808	16,3%	18,0%
599	HAINAUT	20 040	25 785	3 561	5 139	17,8%	19,9%
691	RHONE	31 763	34 329	5 350	5 965	16,8%	17,4%
751	PARIS	26 623	30 677	4 984	6 289	18,7%	20,5%
921	NANTERRE	18 522	20 459	2 929	3 377	15,8%	16,5%
931	BOBIGNY	33 372	39 615	5 149	6 252	15,4%	15,8%
951	CERGY PONTOISE	16 389	20 803	2 523	3 637	15,4%	17,5%
972	MARTINIQUE	11 377	10 376	803	956	7,1%	9,2%
974	RÉUNION	49 650	65 247	5 402	7 047	10,9%	10,8%
	Total	293 570	353 212	44 836	57 323	15,3%	16,2%

2.3.2.2. Analyse des attributions d'ACS en fonction de la situation antérieure des bénéficiaires

Une analyse des attributions CMU-C et ACS en isolant les personnes dont les revenus se rapportent au relèvement exceptionnel des plafonds de juillet 2013, permet d'illustrer les effets de cette mesure. Elle est déclinée en fonction de la situation antérieure à l'attribution de la CMU-C ou de l'ACS (nouveaux entrants ou déjà bénéficiaires de l'une des deux prestations). Pour différentes raisons techniques, ce suivi est étudié pour les dix caisses participantes de métropole et pour les exercices 2014 et 2015. Compte tenu du champ limité à ces dix caisses, les résultats ne peuvent pas être généralisés. Ils fournissent toutefois une illustration qualitative des effets de la mesure de relèvement des plafonds.

A. Suivi des entrants pour la CMU-C et l'ACS, personnes ne bénéficiant antérieurement d'aucune des deux prestations

Au premier semestre 2014, dans la tranche de revenus concernée par le relèvement du plafond de l'ACS, les nouveaux bénéficiaires de l'ACS²⁶ représentent 68 % du total des attributions. Dans la tranche de revenus non concernée par la hausse du plafond, la part des nouveaux entrants est plus faible et atteint 49 % (cf. Figure 20 & Figure 21).

Le pourcentage élevé de nouveaux bénéficiaires pour l'ACS est à rapprocher du fait que l'augmentation du plafond a touché de nouveaux publics, dans une tranche de revenus à forte densité, et que d'importants efforts ont été déployés pour favoriser le recours au dispositif.

Au second semestre 2015, en fin de période de montée en charge de la mesure pour l'ACS²⁷, la part des nouveaux bénéficiaires dans la plage de revenu concernée par la hausse du plafond a diminué, pour s'établir à 54 %.

Pour la CMU-C, en revanche, les proportions de nouveaux bénéficiaires dans chacune des tranches de revenus sont proches : en 2014, les nouveaux entrants représentent entre 36 % et 38 % des attributions dans les deux tranches de revenus (cf. Figure 22 & Figure 23). Ces parts diminuent en 2015 et restent proches (36 % pour les entrants dont les revenus sont compris entre l'ancien et le nouveau plafond et 33 % pour les autres).

In fine, la CMU-C totalise une plus faible part d'entrants que l'ACS, tant pour les bénéficiaires concernés par la mesure que pour les non concernés.

²⁶ qui ne disposaient ni de la CMU-C ni de l'ACS avant le relèvement des plafonds.

²⁷ Le plein effet de la mesure de revalorisation du plafond pour la CMU-C est attendu au premier semestre 2016.

Figure 20 – Attributions ACS dans la tranche de revenus concernée par la mesure de revalorisation, situations antérieures, 2014-2015, 10 CPAM, métropole

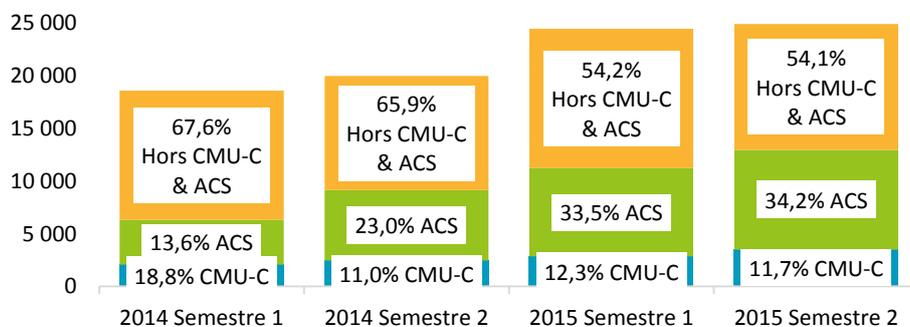


Figure 21 – Attributions ACS dans la tranche de revenus non concernée par la mesure de revalorisation, situations antérieures, 2014-2015, 10 CPAM, métropole

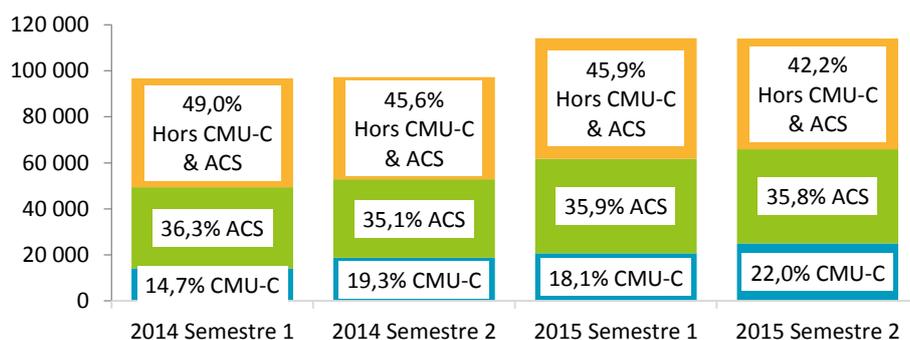


Figure 22 – Attributions CMU-C dans la tranche de revenus concernée par la mesure de revalorisation, situations antérieures, 2014-2015, 10 CPAM, métropole

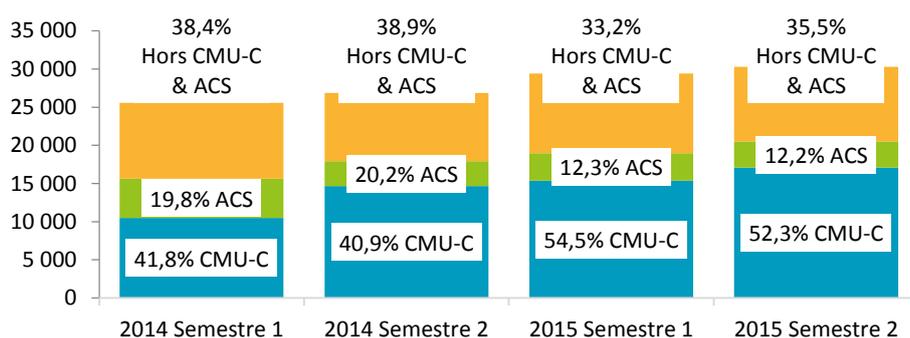
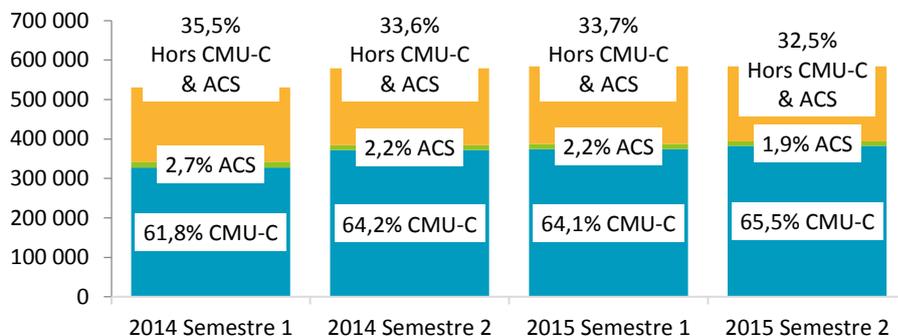


Figure 23 – Attributions CMU-C dans la tranche de revenus non concernée par la mesure de revalorisation, situations antérieures, 2014-2015, 10 CPAM, métropole



B. Suivi des mutations entre la CMU-C et l'ACS, pour les personnes bénéficiant antérieurement de l'une des deux prestations

La montée en charge de la mesure pour la CMU-C est illustrée par la part prise initialement par les ex ACS dans les attributions liées à la mesure (presque 20 %) ; cette part baisse progressivement à partir de juillet 2014 et se stabilise autour de 12 %.

Pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à l'ancien plafond (non concernées par la mesure), la part des ex ACS reste faible et va en diminuant, de 3 % à 2 %.

Pour les attributions ACS, il y a une bonne continuité des renouvellements, avec une progression régulière, pour se situer autour de 36 %, que les personnes soient concernées ou non par la mesure. Le pourcentage de renouvellement est cohérent avec celui communiqué par la CNAMTS sur la délivrance des attestations ACS.

Enfin, la part des transferts de la CMU-C vers l'ACS est assez conséquente, oscillant entre 11 % et 22 %, quelle que soit la tranche de revenus, mesure ou hors mesure.

2.4. L'ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA CMU DE BASE

2.4.1. Le bilan de l'année 2015

Avec plus de 2,5 millions de bénéficiaires à fin décembre 2015, pour l'ensemble du territoire (assurés et ayants droit), les effectifs de la CMU de base ont progressé de 8,1 % en un an.

Cette évolution a été marquée par deux fortes baisses, en décembre 2014 et en janvier 2015. Ces ajustements font suite à l'exploitation des déclarations annuelles de données sociales (DADS), effectuée en début d'exercice avec effet rétroactif. Par contre, les données pour décembre 2015 ne sont pas influencées par cette action, ce qui conduit à une estimation surévaluée des effectifs.

Les données transmises n'intègrent pas les travailleurs frontaliers en Suisse ni les ressortissants communautaires inactifs.

La mise en place de la protection maladie universelle (Puma), à compter du 1^{er} janvier 2016, entraînera des modifications dans le suivi des attributions de la protection maladie, pour la part du régime obligatoire au titre de la résidence (cf. encadré 10).

Tableau 37 – Effectifs de la CMU-B, décembre 2015, évolution à M – 12, métropole, Dom, hors travailleurs frontaliers en Suisse et ressortissants communautaires européens

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
CNAMTS	2 134 037	388 804	2 522 841
Évolution sur 6 mois	4,7%	3,3%	4,5%
Évolution sur un an	8,5%	6,3%	8,1%

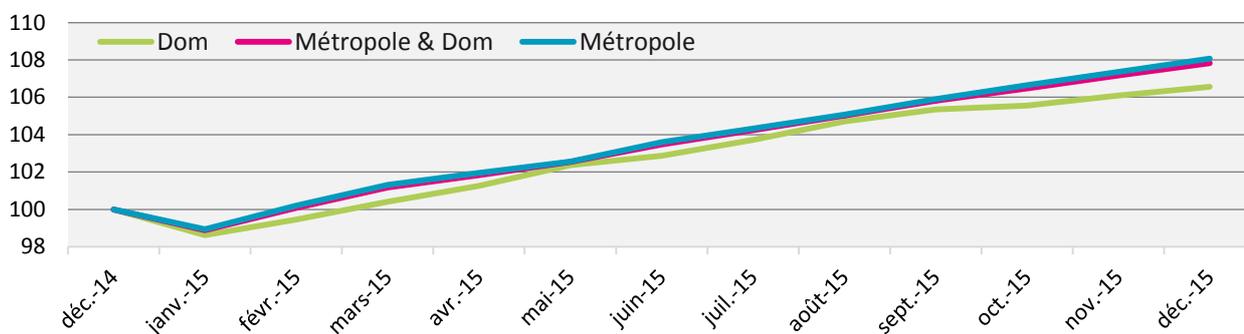
Source : régime général – données provisoires

Tableau 38 – Effectifs de la CMU-B, de décembre 2014 à décembre 2015, évolutions en M – 1, M – 12, métropole et Dom

Date	Effectifs	M – 1	M – 12	% M – 1	% M – 12	ACM
2014 déc	2 332 851	-19 354	25 361	-0,8%	1,1%	1,7%
2015 janv	2 306 956	-25 895	85 132	-1,1%	3,8%	2,4%
2015 févr	2 334 666	27 710	124 937	1,2%	5,7%	3,1%
2015 mars	2 360 079	25 413	133 278	1,1%	6,0%	3,5%
2015 avr	2 375 737	15 658	133 297	0,7%	5,9%	3,7%
2015 mai	2 391 975	16 238	131 332	0,7%	5,8%	3,9%
2015 juin	2 413 969	21 994	136 622	0,9%	6,0%	4,1%
2015 juil	2 431 723	17 754	139 611	0,7%	6,1%	4,3%
2015 août	2 449 941	18 218	144 102	0,7%	6,2%	4,6%
2015 sept	2 468 570	18 629	142 357	0,8%	6,1%	4,8%
2015 oct	2 487 288	18 718	157 253	0,8%	6,7%	5,2%
2015 nov	2 506 032	18 744	153 827	0,8%	6,5%	5,5%
2015 déc	2 522 841	16 809	189 990	0,7%	8,1%	6,1%

Les effectifs sont estimés pour les mois de novembre et décembre 2015

Figure 24 – Effectifs de la CMU-C, évolution métropole, Dom, France entière, en base 100 à fin décembre 2014, jusqu'à décembre 2015



2.4.2. La répartition des bénéficiaires

2.4.2.1. Répartition des bénéficiaires de la CMU-B par département

La densité des bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population est de 3,3 % en métropole et de 20,6 % dans les Dom.

En métropole, les vingt premiers départements en termes d'effectifs pour la CMU-B rassemblent 1,16 million de bénéficiaires, soit 54 % des effectifs. Plus d'un quart des effectifs des effectifs de la métropole (27 %) se concentre sur les cinq premiers départements.

► **Tableau 39 – Effectifs de la CMU-B et rapport effectifs / population générale pour les 20 premiers départements de la métropole, estimation à fin décembre 2015**

Rang CMU-B Population	Num Dpt	Département	CMU Base	Population	CMU Base Population
1	59	Nord	145 596	2 627 956	5,5%
2	13	Bouches-du-Rhône	123 177	2 014 702	6,1%
3	93	Seine-Saint-Denis	117 045	1 551 739	7,5%
4	75	Paris	100 075	2 265 886	4,4%
5	62	Pas-de-Calais	87 155	1 490 820	5,8%
6	69	Rhône	64 907	1 795 663	3,6%
9	94	Val-de-Marne	47 502	1 354 911	3,5%
10	76	Seine-Maritime	46 889	1 279 955	3,7%
11	31	Haute-Garonne	44 358	1 306 125	3,4%
12	92	Hauts-de-Seine	42 502	1 606 154	2,6%
13	33	Gironde	40 118	1 514 870	2,6%
14	91	Essonne	37 002	1 257 065	2,9%
15	67	Bas-Rhin	35 641	1 124 434	3,2%
16	30	Gard	35 448	742 441	4,8%
17	77	Seine-et-Marne	34 641	1 377 102	2,5%
18	83	Var	33 387	1 039 603	3,2%
19	78	Yvelines	32 982	1 440 274	2,3%
20	38	Isère	32 303	1 253 410	2,6%
21	6	Alpes-Maritimes	30 604	1 098 465	2,8%
22	57	Moselle	29 917	1 068 417	2,8%
Total 20			1 161 249	29 209 992	4,0%
Total métropole			2 134 037	64 844 825	3,3%
Pourcent 20 / Métropole			54,4%	45,0%	

Figure 25 – Effectifs de la CMU-B, densité par rapport à la population, départements de métropole, estimation à fin 2015



Répartition métropole						
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs		
Dark Green	>=	3,7%	<=	7,5%	20	952 032
Green	>=	2,9%	<	3,7%	19	402 671
Light Green	>=	2,6%	<	2,9%	19	380 257
Yellow-Green	>=	2,0%	<	2,6%	19	253 491
Yellow	>=	1,2%	<	2,0%	19	145 586
					96	2 134 037
Répartition Dom						
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs		
Dark Brown	>=	16,3%	<=	30,7%	4	388 804

Source : régime général – Outil : Philcarto – Données provisoires – Mayotte : NR

Dans les Dom, presque 390 000 personnes sont couvertes par la CMU-B. Le taux de couverture se situe entre 16 % pour la Martinique et 31 % pour la Guyane.

► **Tableau 40 – Effectifs de la CMU-B et rapport effectifs / population générale dans les Dom, estimation à fin décembre 2015**

Num Dpt	Département	CMU Base	Population	CMU Base Population
971	Guadeloupe	80 833	410 335	19,7%
972	Martinique	64 337	395 027	16,3%
973	Guyane	74 249	241 922	30,7%
974	La-Reunion	169 385	843 617	20,1%
Total Dom		388 804	1 890 901	20,6%

2.4.2.2. Répartition des bénéficiaires de la CMU-B par régime d'attribution

La part essentielle des bénéficiaires de la CMU-B revient au régime 806 (bénéficiaires du RSA socle), pour 76,9 % en métropole et 81,9 % dans les Dom. Le régime 802 (sans cotisation) complète le régime 806, avec 20,0 % en métropole et 17,4 % dans les Dom. Le régime 801 (avec cotisation), se situe pour une part bien moindre, avec 2,5 % en métropole et 0,4 % dans les Dom. Les régimes 803 et 804 concernent peu de personnes, voire une centaine seulement pour le régime 803 dans les Dom.

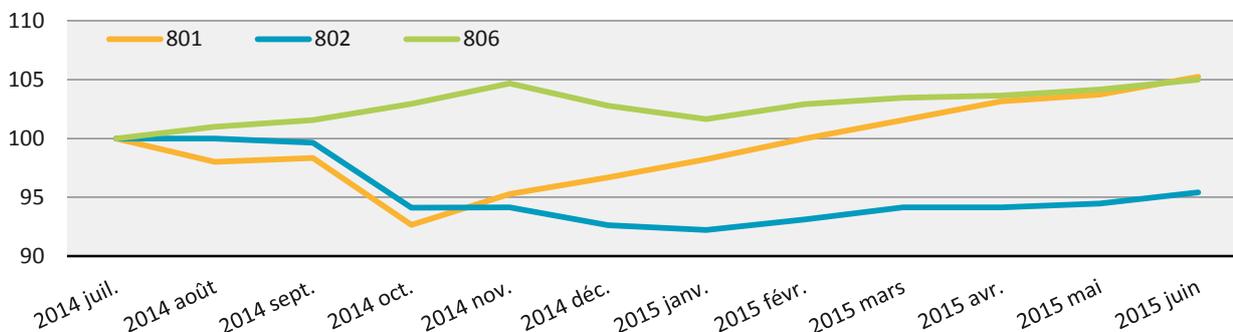
La progression des effectifs de la CMU-B est portée par le régime 806.

► **Tableau 41 – CMU-B, définition des régimes d'attribution et part pour chaque régime, métropole, Dom, juin 2015**

Code Régime	Définition régime	Métropole	Dom
801	Avec cotisation	2,5%	0,4%
802	Sans cotisation	20,0%	17,4%
803	Sans cotisation, affiliation immédiate	0,1%	0,0%
804	Avec cotisation + risque AT	0,5%	0,3%
806	Sans cotisation assuré RSA socle	76,9%	81,9%
808	Ressortissant communautaire inactif sans cotisation	nc	nc
809	Ressortissant communautaire inactif avec cotisation	nc	nc
816	Travailleurs frontaliers en Suisse avec cotisation	nc	nc
817	Travailleurs frontaliers en Suisse sans cotisation	nc	nc
818	Chauffeur routier Congé de fin d'activité	nc	nc
Total		100,0%	100,0%

nc : non communiqué

Figure 26 – Effectifs de la CMU-B, évolution des effectifs des régimes 801, 802, 806, en base 100 à juillet 2014, jusqu'à juin 2015, métropole



En l'état actuel de son système d'information, la CNAMTS ne transmet pas mensuellement au Fonds CMU les effectifs des travailleurs frontaliers en Suisse affiliés à la CMU de base, qui font l'objet d'un suivi spécifique depuis le 1^{er} juin 2014.

Par requête ponctuelle, fin juin 2015, la CNAMTS a pu décompter 159 500 bénéficiaires au régime 816 (travailleurs frontaliers en Suisse avec cotisation) et 311 bénéficiaires au régime 817 (travailleurs frontaliers en Suisse sans cotisation), soit un total de 159 811 travailleurs frontaliers en Suisse.

Ceci porterait le nombre de bénéficiaires de la CMU-B à presque 2,7 millions à fin juin 2015.

2.4.3. Le recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806

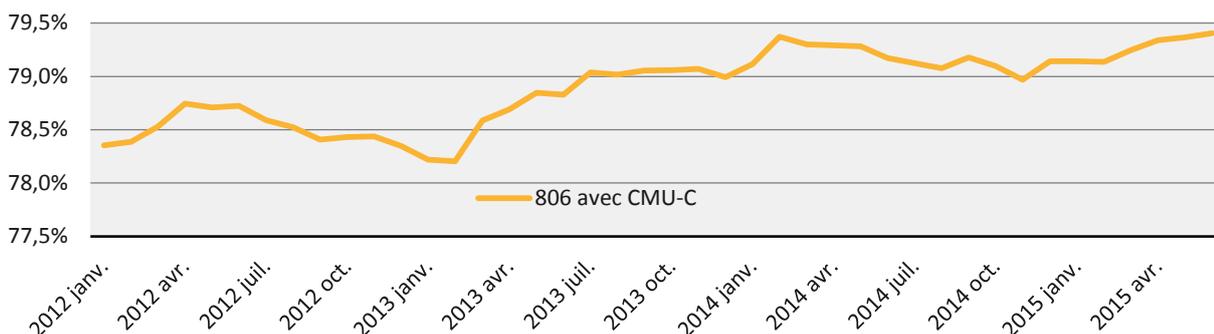
Les allocataires du RSA socle ont un accès de plein droit à la CMU-C, sans étude de leurs ressources. Ils doivent néanmoins en faire la demande.

Il n'y a pas de suivi sur le nombre de bénéficiaires du RSA socle également bénéficiaires de la CMU-C, via un croisement des données entre la CNAF et la CNAMTS.

Par contre, il est possible de suivre le nombre de bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 (RSA socle) concomitamment à la CMU-C, à partir des données fournies par la CNAMTS. Ces bénéficiaires représentent 29,7 % des effectifs de la CMU-C en juin 2015. La proportion était de 32,2 % en 2012. Il faut tenir compte, pour interpréter cette baisse, de l'augmentation du plafond de la CMU-C au 1^{er} juillet 2013, qui a ouvert le bénéfice de la CMU-C à une plus grande proportion de personnes non éligibles au RSA socle.

Parallèlement, le taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 atteint 79,4 % en juin 2015. Ce taux a progressé de presque un point depuis le début 2012.

Figure 27 – Effectifs de la CMU-B, évolution du taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires affiliés au titre du régime 806, de janvier 2012 à juin 2015, métropole



Source : CNAMTS

Les taux de recours à la CMU-C des personnes affiliées à la CMU-B au titre du régime 806, par département de métropole, varient entre 60,0 % dans la Corse du Sud et 93,2 % dans le Jura, soit une amplitude de 33 points. Les départements ayant les moins bons taux de recours, sur les deux premiers quintiles, regroupent presque la moitié des bénéficiaires de la CMU-B/806, 47 %.

Pour les 25 départements les plus importants en termes d'effectifs de la CMU-B au titre du régime 806, la fourchette va de 64 % pour Paris à un maximum de 87 % en Seine-Maritime.

L'amplitude entre le moins bon et le meilleur taux de recours est élevée (33 points). De même, la corrélation est faible entre le bénéfice de la CMU-B/806 et le recours à la CMU-C, pour la catégorie de population concernée, dans les départements de métropole.

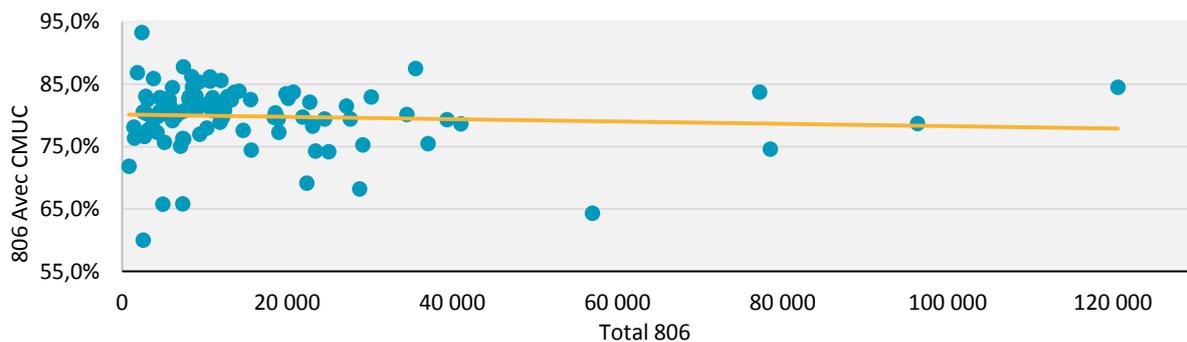
Dans les Dom, le taux de recours à la CMU-C se répartit entre 76 % en Martinique et 88,6 % à la Réunion.

Tableau 42 – Répartition par quintile du recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806, départements de métropole, juin 2015

Rapport CMUC / CMUB 806				Nb Dpts	806 Avec CMUC		Total 806	
>=	60,0%	<	76,9%	19	261 487	21%	363 614	23%
>=	76,9%	<	79,6%	19	291 457	23%	370 422	24%
>=	79,6%	<	81,4%	19	165 009	13%	205 228	13%
>=	81,4%	<	83,0%	19	192 208	15%	233 286	15%
>=	83,0%	<=	93,2%	20	334 041	27%	394 376	25%
				96	1 244 202	100,0%	1 566 926	100,0%

Source : CNAMTS

Figure 28 – Dispersion du recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806, départements de métropole, juin 2015



Source : CNAMTS

Tableau 43 – Recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806, Dom, juin 2015

Num Dpt	Département	CMU-B 806	CMU-B 806 et CMU-C	Part CMU-C / CMU-B 806
971	Guadeloupe	65 558	52 160	79,6%
972	Martinique	58 040	44 104	76,0%
973	Guyane	33 871	26 643	78,7%
974	La-Réunion	150 895	133 711	88,6%

Source : CNAMTS

Encadré 10 – La protection universelle maladie (PUMA) : présentation de la réforme

Introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, la protection universelle maladie garantit, à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Les conditions d'affiliation sont simplifiées : le droit à la prise en charge des soins est ouvert dès la première heure de travail, à défaut l'assuré doit justifier résider de manière régulière en France depuis une durée de trois mois minimum.

Les personnes exerçant une activité professionnelle ou résidant en France ayant droit à la prise en charge des frais de santé, la CMU de base, qui garantissait la prise en charge des frais de santé à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, n'a plus de raison d'être et est par conséquent supprimée. De même, la notion de maintien de droit n'existe plus, le droit à la prise en charge des frais de santé étant garanti tout au long de la vie.

La réforme tend à l'individualisation et l'autonomisation des droits, tous les adultes deviennent des assurés autonomes, la notion d'ayant droit majeur disparaît. Chaque assuré majeur aura son propre compte d'assuré social, son propre décompte de remboursement et pourra percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire.

Le mineur de 16 ans peut demander à devenir assuré à titre personnel.

Les parents peuvent également demander une carte vitale pour leur enfant à partir de 12 ans.

3 La croissance modérée des dépenses

La dépense pour la part CMU-C est estimée à presque 2,2 milliards d'euros en 2015, tous de modes de gestion confondus, soit un coût moyen de 416 € pour l'ensemble des régimes, et de 376 € pour les OC, égal à celui de 2014.

En 2014, le montant forfaitaire de remboursement est de 408 €. En incluant le versement complémentaire à la CNAMTS, le Fonds CMU prendra en charge la totalité de la dépense engagée par les régimes (sauf deux régimes spéciaux) et 99 % de la dépense engagée par les organismes complémentaires en 2014.

Pour l'ACS, le montant moyen annuel de la déduction ACS s'établit à 309 € en 2015. Le coût global s'est élevé à 287 M€ (275 M€ en 2014). Il est en hausse de 4,4 %. Cela correspond à la couverture de 970 000 personnes en moyenne.

3.1. LE COUT MOYEN DE LA CMU-C

3.1.1. La dépense pour la part CMU-C en trésorerie

La dépense totale pour la part CMU-C en 2015 est estimée à 2 183 M€, elle augmente de 3,9 % en un an. Elle progresse un peu moins vite que les effectifs moyens (4,4 %). On constate donc une légère baisse du coût moyen de 0,4 %, pour l'ensemble de la part CMU-C, gérée par les régimes et les OC.

La dépense totale du régime général (métropole et Dom) est de 1 795 M€ (+ 5,0 % par rapport à 2014) et les effectifs moyens de 4,2 millions (CNAMTS + SLM, progression de 5,7 %). Le coût moyen de 424 € est en baisse de 0,7 %. Il tend à se stabiliser en 2015, du moins pour la dépense de ville.

La dépense totale du régime des indépendants est de 89 M€ (évolution de + 9,4 %) et les effectifs moyens sont estimés à 271 600 (+ 7,8 %), soit un coût moyen de 327 €, en hausse de 1,5 %.

Au régime agricole, la dépense totale pour 2015 est de 38 M€ (évolution de + 10,0 %) et les effectifs moyens sont estimés à 107 700 (+ 12,2 %), pour un coût moyen de 352 €, en baisse de 1,9 %.

Pour les OC, le coût moyen pour 2015 est estimé à 376 €. Compte tenu de la tendance pour les régimes, la dépense pour la CMU-C est évaluée en maintenant le montant de dépense moyenne constatée à partir du tableau récapitulatif 2014, renseigné par chaque OC gestionnaire de la CMU-C. En suivant cette hypothèse, le coût moyen 2015 pour les OC est identique à celui de 2014.

Pour rappel, le forfait CMU-C est de 408 € en 2015. Les régimes et les organismes pour lesquelles la dépense moyenne est inférieure à ce montant seront remboursés sur la base de leur dépense en trésorerie réellement engagée et ceux pour qui la dépense est supérieure, verront leur dépense plafonnée au montant forfaitaire. Toutefois, le montant restant à charge pour la CNAMTS fera l'objet d'un versement complémentaire par le Fonds CMU²⁸.

²⁸ Décret n° 2013-829 du 16 septembre 2013 relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire : « ...Lorsque, pour une année civile donnée, le montant des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 effectivement prises en charge par cette caisse excède le produit du nombre de personnes ayant bénéficié de cette prise en charge et du montant du forfait annuel défini à l'article D. 862-1, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 verse à la caisse un montant complémentaire égal à cette différence. Toutefois, ce versement ne peut avoir pour effet de rendre négatif le report à nouveau du fonds. Dans cette hypothèse, le versement est réduit à due concurrence, etc. »

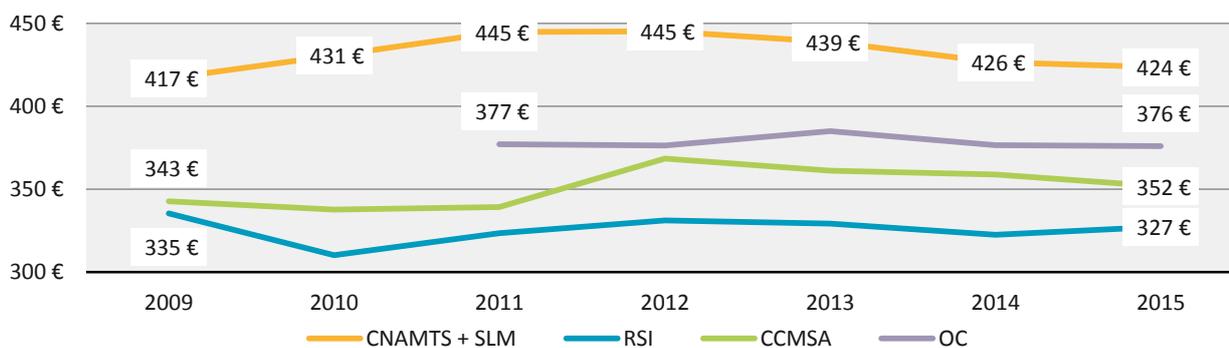
Tableau 44 – Dépense individuelle par organisme, en trésorerie, 2015, métropole et Dom

2015	Dépense			Effectifs Moyens	Coût moyen	Évolution dépense	Évolution effectifs	Évolution coût moyen
	Antérieur	Exercice	Total					
CNAMTS	124 789 318 €	1 669 942 815 €	1 794 732 133 €	4 190 308	424 €	5,0%	5,7%	-0,7%
SLM				46 403			9,3%	
RSI	8 313 708 €	80 614 259 €	88 927 966 €	271 637	327 €	9,4%	7,8%	1,5%
CCMSA	3 098 646 €	34 811 873 €	37 910 520 €	107 672	352 €	10,0%	12,2%	-1,9%
CANSSM	11 501 €	27 984 €	39 485 €	183	216 €	17,5%	-8,1%	27,8%
CAVIMAC	57 378 €	604 818 €	662 196 €	2 244	295 €	-7,5%	-7,5%	0,0%
CNMSS	80 835 €	870 182 €	951 017 €	4 119	231 €	0,3%	4,0%	-3,6%
CRPCEN	4 481 €	37 004 €	41 486 €	93	447 €	-29,5%	-0,5%	-29,1%
ENIM	95 247 €	867 729 €	962 977 €	2 189	440 €	5,8%	3,2%	2,5%
RATP	13 446 €	64 561 €	78 007 €	154	507 €	30,9%	-8,8%	43,5%
SNCF	2 578 €	43 744 €	46 322 €	208	223 €	-9,6%	-19,4%	12,1%
CMUC_RO	136 467 139 €	1 787 884 970 €	1 924 352 109 €	4 625 208	416 €	5,3%	5,9%	-0,6%
CMUC_OC			258 924 596 €	687 854	376 €	-5,1%	-5,1%	0,0%
Total			2 183 276 705 €	5 313 062	411 €	3,9%	4,4%	-0,4%

Sources : CNAMTS + SLM, RSI, CCMSA et OC

Pour le régime général et le régime agricole, le coût moyen est en baisse depuis 2012. La progression du régime des indépendants en 2015 fait suite à une baisse sur les années précédentes.

Figure 29 – Dépense moyenne CMU-C, CNAMTS et SLM, RSI, CCMSA, OC, de 2008 à 2015, métropole et Dom



Données évaluées

■ Indications techniques

Les effectifs font l'objet d'une évaluation pour la CNAMTS, les SLM, le RSI, CCMSA et la CMU-C OC.

La dépense pour les OC fait l'objet d'une évaluation, pour 2011 et 2012, à partir des données fournies par les 55 OC participant à l'enquête annuelle coûts moyens, pour 2013 et 2014, à partir des bordereaux récapitulatifs annuels, pour 2015, sur la base du coût moyen 2014. Le montant définitif sera évalué en août 2016, après exploitation des bordereaux récapitulatifs de 2015. La dépense totale est estimée, en multipliant le coût moyen des OC par le nombre de bénéficiaires de la CMU-C gérés par un OC déclarés par les régimes obligatoires, pour l'exercice concerné.

La dépense pour la CCMSA dans les Dom ne fait l'objet d'une remontée exhaustive que depuis l'exercice 2012, d'où la forte augmentation du coût moyen métropole et Dom entre 2011 et 2012.

Pour le RSI, la baisse du coût moyen de 2010 est due à un effet statistique, lié à la forte augmentation du nombre de bénéficiaires, suite à la mise en place du statut d'autoentrepreneur.

3.1.2. La dépense en trésorerie du régime général

Le coût moyen CMU-C au régime général est de 424 € en 2015, pour l'ensemble du territoire. Le coût moyen pour la dépense de ville est de 313 €, avec une hausse de 0,4 % sur 12 mois. Le coût moyen pour l'hôpital est de 111 €. Il baisse de 3,6%.

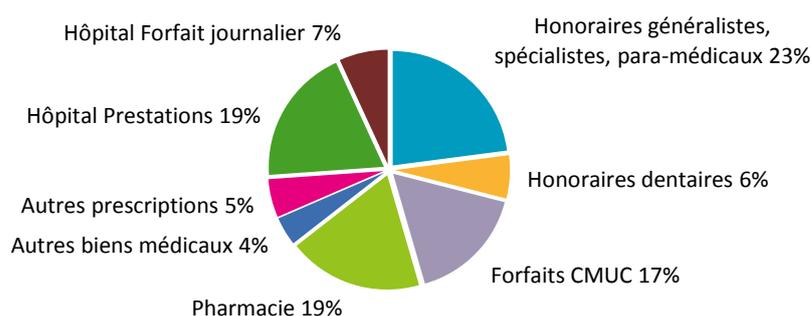
En métropole, le coût moyen est de 426 €, dont 313 € pour la dépense de ville et 114 € pour l'hôpital.

Le coût moyen pour la ville en métropole progresse très légèrement de 0,2 %. Comparativement, le taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général, en métropole, est augmentation de 3,6 % en décembre 2015.

3.1.2.1. Répartition de la dépense agrégée

Les honoraires des généralistes et des spécialistes représentent 23 % de la dépense, suivis des prestations en milieu hospitalier pour 19 % et de la pharmacie également pour 19 %. Les forfaits CMU (dentaire, orthodontie, audioprothèse, optique) pèsent pour 17 % de la dépense. Les honoraires dentaires n'atteignent que 6 %, mais ils ne comprennent pas la prise en charge des dépassements, qui sont inclus dans les forfaits.

Figure 30 – Répartition de la dépense au régime général, en trésorerie, métropole et Dom, 2015



3.1.2.2. Évolution du coût moyen par poste

En 2015, pour l'ensemble du territoire, le coût moyen pour les médicaments (80 € / 19 % de la dépense) baisse de 3,6 %, les forfaits dentaires (52 € / 12 % de la dépense) augmentent de 3,8 % et les honoraires des généralistes (45 € / 11 % de la dépense) baissent de 3,2 %. Les honoraires des spécialistes (25 € / 6 % de la dépense) indiquent une reprise de 0,3 %.

Les forfaits pour les prothèses auditives (0,5 % de la dépense) progressent de 73,9 %, ceci en lien avec l'arrêté du 21 mai 2014, relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des prothèses auditives applicables aux bénéficiaires de la couverture complémentaire en matière de santé. Le forfait CMU-C passe à 500,29 € pour une prothèse et s'étend désormais à la deuxième prothèse, sur la base d'un équipement tous les quatre ans.

Le coût moyen pour l'hôpital est de 111 € pour tout le territoire (baisse de 3,6 %). Dans le détail, pour l'ensemble du territoire, le coût moyen des prestations hospitalières (82 € / 19 % de la dépense totale) baisse de 3,6 % et celui des forfaits journaliers (29 € / 7 % de la dépense totale) baisse de 3,7 %.

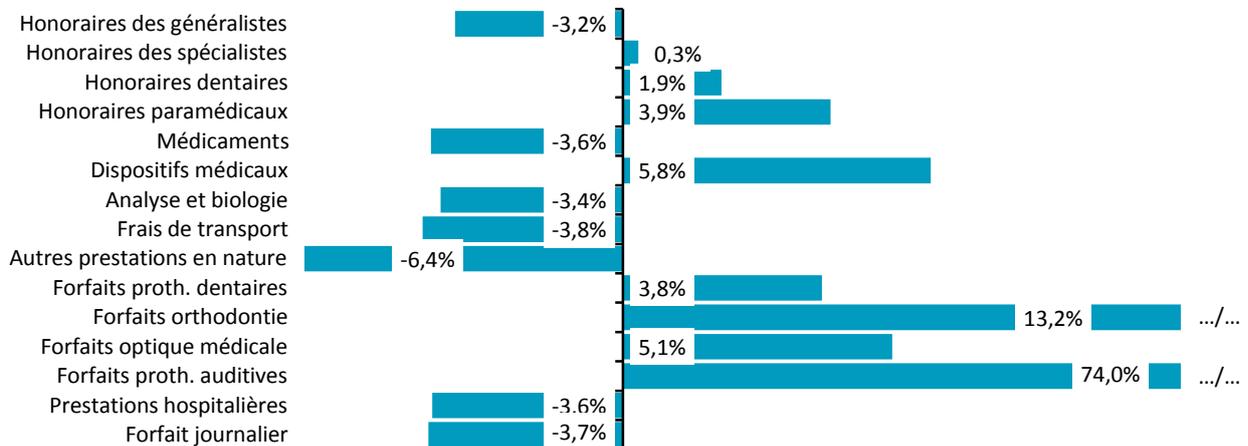
Tableau 45 – Dépense par poste au régime général, en trésorerie, métropole et Dom, 2015

Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM		4 236 711	Indice ACM*		5,7%
	Total 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût Unitaire Annuel			
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution	Contribution
Total	1 794 732 133 €	5,0%	424 €	100,0%	-0,7%	1,00
Ville	1 325 772 413 €	6,1%	313 €	73,9%	0,4%	-0,45
Honoraires médicaux (1,2)	297 955 762 €	3,6%	70 €	16,6%	-2,0%	0,49
Forfaits CMU (10,11,12,13)	296 579 944 €	12,3%	70 €	16,5%	6,3%	-1,44
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	731 236 707 €	4,8%	173 €	40,7%	-0,8%	0,50
Hôpital	468 959 720 €	1,9%	111 €	26,1%	-3,6%	1,45
Prestations hospitalières (14)	346 410 504 €	1,9%	82 €	19,3%	-3,6%	1,06
Forfait hospitalier (15)	122 549 217 €	1,8%	29 €	6,8%	-3,7%	0,38
Détail	1 794 732 133 €	5,0%	424 €	100,0%	-0,7%	1,00
1 Honoraires des généralistes	192 147 981 €	2,3%	45 €	10,7%	-3,2%	0,52
2 Honoraires des spécialistes	105 807 780 €	6,0%	25 €	5,9%	0,3%	-0,03
3 Honoraires dentaires	109 300 094 €	7,7%	26 €	6,1%	1,9%	-0,16
4 Honoraires paramédicaux	113 346 471 €	9,9%	27 €	6,3%	3,9%	-0,35
5 Médicaments	338 711 451 €	1,9%	80 €	18,9%	-3,6%	1,04
6 Dispositifs médicaux	72 583 061 €	11,9%	17 €	4,0%	5,8%	-0,33
7 Analyse et biologie	66 079 630 €	2,1%	16 €	3,7%	-3,4%	0,19
8 Frais de transport	29 082 478 €	1,7%	7 €	1,6%	-3,8%	0,09
9 Autres prestations en nature	2 133 522 €	-1,0%	1 €	0,1%	-6,4%	0,01
10 Forfaits proth. dentaires	218 867 034 €	9,7%	52 €	12,2%	3,8%	-0,65
11 Forfaits orthodontie	39 388 735 €	19,6%	9 €	2,2%	13,2%	-0,38
12 Forfaits optique médicale	29 968 145 €	11,1%	7 €	1,7%	5,1%	-0,12
13 Forfaits proth. auditives	8 356 030 €	83,9%	2 €	0,5%	74,0%	-0,29
14 Prestations hospitalières	346 410 504 €	1,9%	82 €	19,3%	-3,6%	1,06
15 Forfait journalier	122 549 217 €	1,8%	29 €	6,8%	-3,7%	0,38

*ACM : Année complète mobile

Effectifs du régime gestionnaire hors OC – Dépenses en date de remboursement

Figure 31 – Dispersion des évolutions de la dépense moyenne par poste, au régime général, en trésorerie, métropole et Dom, 2015

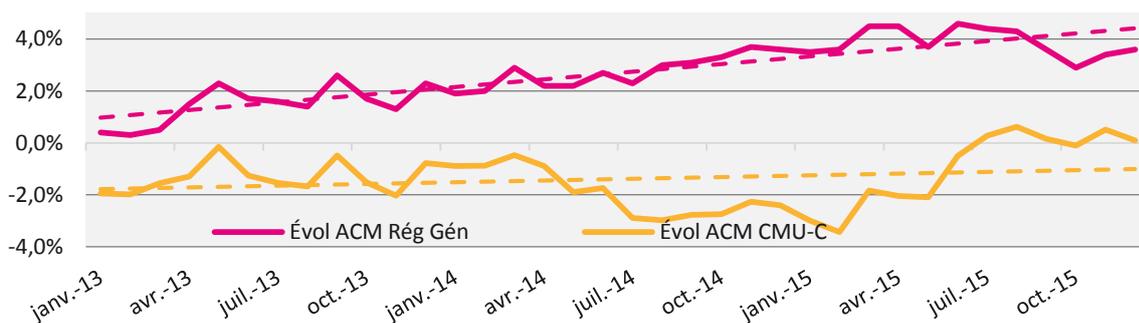


3.1.2.3. L'évolution de la dépense de ville pour la part CMU-C

La dépense moyenne de ville est de 312 €, à fin décembre 2015 en métropole. Elle représente 73,3 % de la dépense pour la part CMU-C.

Le coût moyen pour la dépense de ville, pour la part CMU-C, a suivi une tendance négative du début 2012 jusqu'au début 2015, alors que l'évolution du taux de croissance annuelle au régime général, en données brutes, continue de suivre une tendance à la hausse, l'écart entre les deux évolutions reste de 3,5 points en décembre 2015.

Figure 32 – Évolutions, pour les dépenses de ville, du coût moyen pour la CMU-C et du taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général, janvier 2013 à décembre 2015



3.1.3. Les explications sur l'évolution de la dépense

Le Fonds CMU a recherché des éléments d'explication quant à la baisse régulière du coût moyen. Les données sont arrêtées au mois de décembre 2015.

Depuis mai 2013, le coût moyen n'avait plus cessé de baisser, une accélération de la hausse des effectifs s'étant amorcée. La baisse du coût moyen a commencé à ralentir à partir d'août 2014. Ceci correspond à la fin de la montée en charge de la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond. Une partie de la baisse peut être expliquée par la forte augmentation des effectifs, compte tenu du fait que les soins au titre des exercices antérieurs ne concernent pas les nouveaux bénéficiaires.

Fin décembre 2015 le coût moyen est de 424 €, il était de 448 € en janvier 2012, soit une diminution de 5,4 %. Le coût moyen au titre de l'exercice est de 394 €, il a diminué de 4,0 % depuis janvier 2012. Il est de 29 € pour la dépense au titre des exercices antérieurs, avec une diminution de 21,0 % sur la même période, pendant que les effectifs évalués ont augmenté de 23,4 %. La part de la dépense au titre des exercices antérieurs ne représente qu'entre 7 %

à 8 % du total du coût moyen, mais cette part est mécaniquement touchée par l'arrivée en grand nombre de nouveaux bénéficiaires.

Figure 33 – CMU-C, évolution du coût moyen au régime général, janvier 2012 à décembre 2015, métropole et Dom

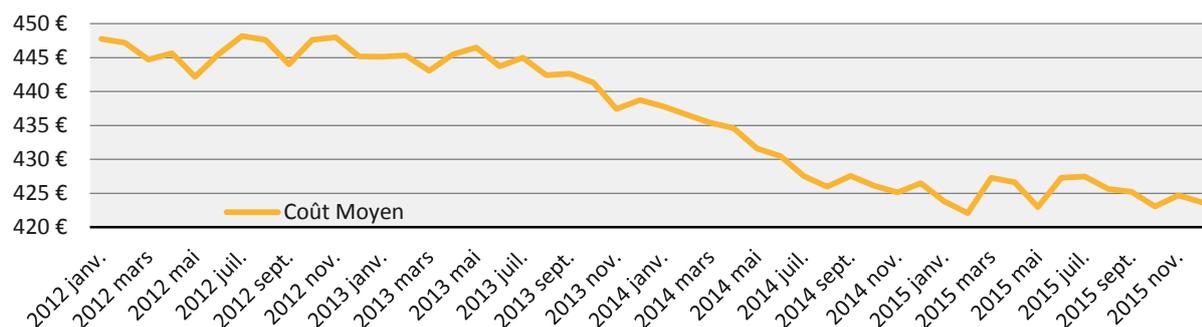
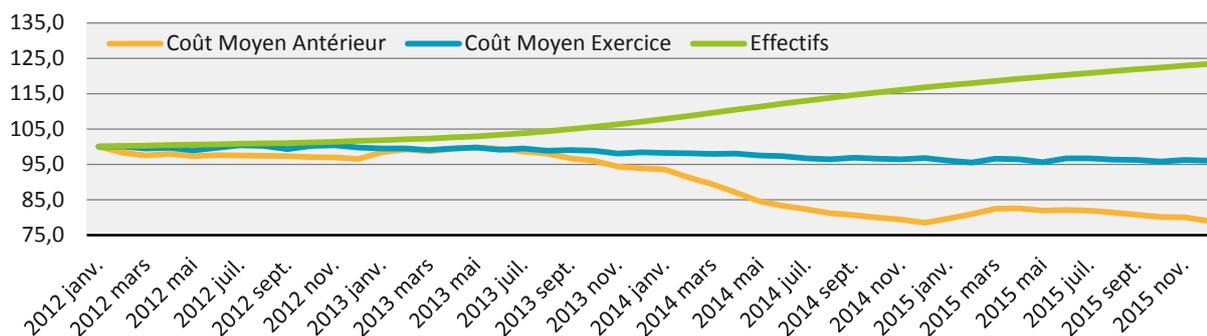


Figure 34 – CMU-C, évolution des effectifs, du coût moyen au titre des exercices antérieurs et au titre de l'exercice, au régime général, janvier 2012 à décembre 2015, en base 100 à janvier 2012, métropole et Dom



3.1.3.1. L'entrée décalée dans les soins longs et coûteux

Les nouveaux bénéficiaires n'entrent dans les projets de soins les plus coûteux, notamment le dentaire, qu'avec un certain décalage et leur facturation n'est réalisée que sur les soins terminés.

Au régime général, en année complète mobile (ACM), en métropole, les courbes des évolutions des effectifs et des soins dentaires (toutes prestations : soins curatifs, prothétiques et orthodontiques) évoluent en miroir convexe de juillet 2013 à fin 2015. Lorsque les effectifs s'accroissent le plus, le coût moyen baisse en proportion. Lorsque l'évolution des effectifs décélère, le coût moyen revient vers une progression qui s'équilibre en réponse à celle des effectifs.

Pour point de repère, le médicament, qui est facturé en temps réel d'accès aux soins, suit de manière moins appuyée le même mouvement sur la période allant de janvier 2012 à décembre 2015, ce qui peut signifier que, même si les nouveaux bénéficiaires n'ont pas tous mis leurs droits en œuvre immédiatement, cette prestation suit sa propre logique d'évolution dans un contexte plus large de consommation de soins.

Pour l'hôpital, les courbes des prestations hospitalières et des forfaits journaliers s'inscrivent dans la même logique que celle des soins dentaires à partir du deuxième semestre 2013. Pour les prestations, les mouvements antérieurs à cette période sont pour leur part liés essentiellement à une évolution de la transmission des dépenses engagées.

Figure 35 – Évolutions en ACM, effectifs, coût moyen dentaire toutes prestations et médicaments, métropole, janvier 2012 à décembre 2015, régime général

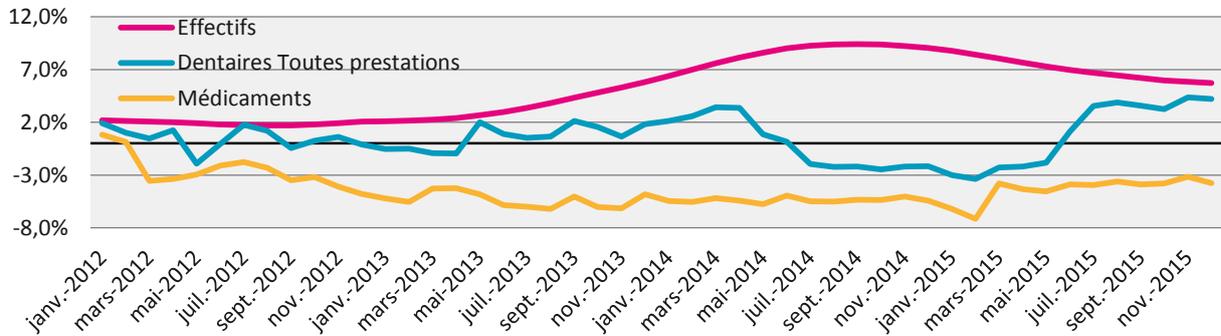
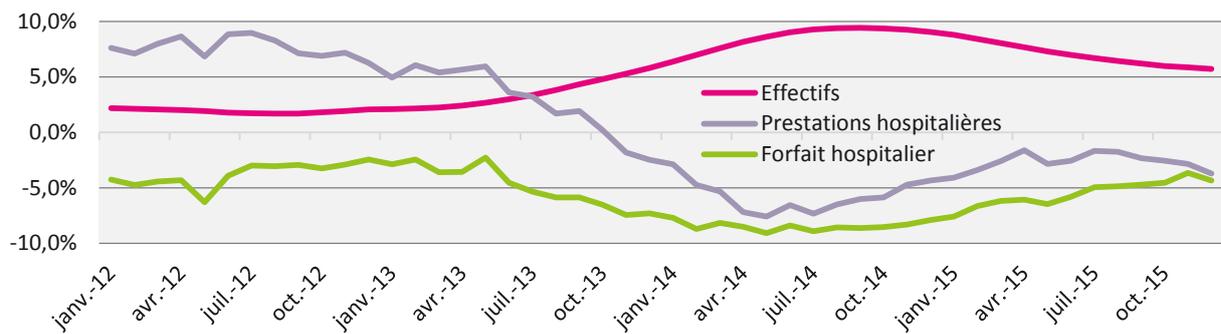


Figure 36 – Évolutions en ACM, effectifs, coût moyen prestations hospitalières et forfaits journaliers d'hébergement, métropole, janvier 2012 à décembre 2015, régime général



Sources : CNAMTS, SLM

3.1.3.2. Le profil des nouveaux bénéficiaires

L'une des raisons du décalage entre l'évolution des effectifs et du coût moyen peut être liée au profil des nouveaux bénéficiaires. Il est probable que ce dernier soit un peu différent, surtout pour la tranche de revenus concernée par l'augmentation exceptionnelle du plafond de ressources. Ce sont des personnes touchées par la crise économique, mais en situation préalable moins précaire, ce qui peut laisser supposer une meilleure prise en charge sanitaire dans leur parcours antérieur à l'entrée dans la CMU-C, et donc un besoin de soins moins élevé.

3.2. L'IMPACT DE L'ARTICLE 22 DE LA LFSS POUR 2014

Pour chaque bénéficiaire de la CMU-C, la dotation forfaitaire versée aux organismes gestionnaires pour la prise en charge des dépenses a été de 370 € de 2009 à 2012.

À partir de 2013, le remboursement aux organismes gestionnaires s'établit sur la base de la dépense en trésorerie réellement engagée, plafonnée au montant d'un forfait fixé par bénéficiaire, multiplié par la moyenne des bénéficiaires pour l'exercice considéré. Le montant du forfait est fixé à 405€ en 2014 et 408 € en 2015.

En 2014, le régime général ainsi que deux régimes spéciaux sont remboursés sur la base du forfait. Pour les OC, le coût moyen, est évalué à 376 €.

Entre 2013 et 2014, le montant remboursé par le Fonds CMU progresse de 10,3 % pour les régimes et de 3,6 % pour les OC. Pour les régimes, l'évolution du montant remboursé dépend surtout de l'évolution des effectifs et du montant du forfait, puisque 92 % des bénéficiaires ont un coût moyen supérieur ou égal à 405 €. L'évolution du montant remboursé pour les OC dépend surtout de la dépense réellement engagée, puisque seulement 11 % des bénéficiaires ont un coût moyen supérieur ou égal à 405 €.

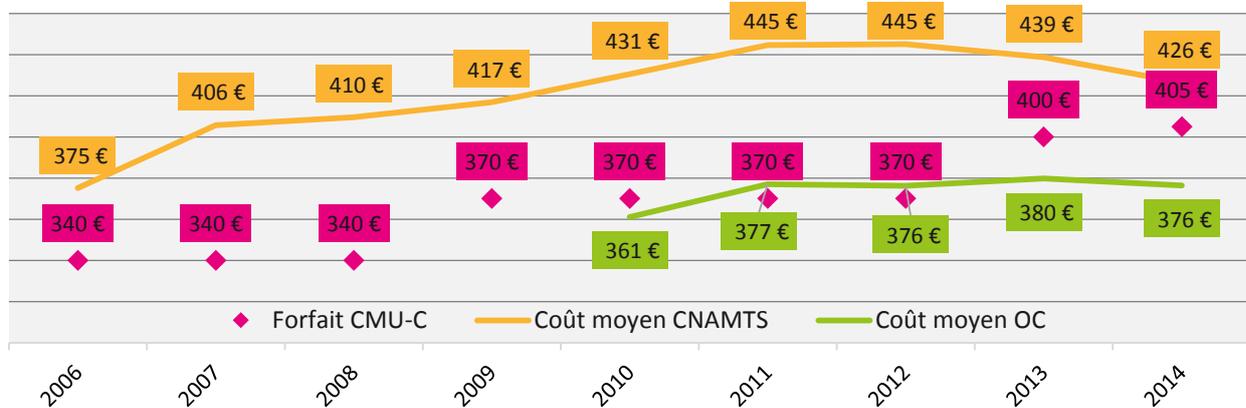
En incluant le versement complémentaire à la CNAMTS, le Fonds CMU prendra en charge la totalité de la dépense engagée par les régimes (sauf pour deux régimes spéciaux) et 99 % de la dépense engagée par les organismes complémentaires en 2014.

Tableau 46 – Évaluation des dépenses des organismes et des montants pris en charge au titre de la CMU-C, 2013 et 2014

	2013	2014	Évolutions
Montant forfait	400 €	405 €	1,3%
Régimes			
Nb régimes	12	11	
Nb bénéficiaires	3 999 162	4 365 726	9,2%
Montant Dépense déclarée	1 722 M€	1 828 M€	6,2%
Coût moyen	431 €	419 €	-2,7%
Montant Remboursé	1 579 M€	1 742 M€	10,3%
Montant Remboursé avec forfait à 370 €	1 480 M€	1 615 M€	9,2%
Coût passage au réel pour le Fonds CMU	99 M€	126 M€	
OC			
NB OC	338	320	-5,3%
Nb bénéficiaires	709 855	739 039	4,1%
Montant Dépense déclarée	270 M€	278 M€	3,2%
Coût moyen	380 €	376 €	-0,9%
Montant Remboursé	265 M€	275 M€	3,6%
Montant Remboursé avec forfait à 370 €	263 M€	273 M€	4,1%
Coût passage au réel pour le Fonds CMU	2,7 M€	1,4 M€	
Coût total passage au réel pour le Fonds CMU	102 M€	128 M€	

Sources : Fonds CMU

Figure 37 – Situation de la dépense moyenne, métropole et Dom, en trésorerie, du régime général et des OC par rapport au forfait CMU-C



3.2.1. Impact pour les régimes

Pour l'année 2014, la CNAMTS ainsi que la CRPCEN (Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires) et l'ENIM (Établissement national des invalides de la marine) seront remboursés sur la base du forfait. Le RSI et la CCMSA, ainsi que sept régimes spéciaux seront remboursés sur la base de la dépense réellement engagée. Si le précédent forfait de 370 € avait été maintenu en l'état en 2014, le RSI aurait été remboursé de 48 € de plus par bénéficiaire et la CCMSA de 11 € de plus.

Pour mesurer la situation des organismes, l'évaluation se fait sur la base de la dépense en trésorerie, métropole et Dom.

■ Indications techniques

Les effectifs et la dépense du GAMEX sont intégralement intégrés à ceux de la CCMSA en 2014. Il y avait distinction entre les deux organismes jusqu'au 30 juin 2013.

Tableau 47 – Situation des coûts moyens des régimes par rapport au forfait de 405 €, pour 2014, métropole et Dom

	Dépense	Effectifs Moyens	Coût moyen	Situation vis-à-vis du forfait de 405 €	Montant différentiel	Pourcentage bénéficiaires	Montant à rembourser
	Total						
CNAMTS + SLM	1 709,47 M€	4 008 199	426 €	↗	21 €	78,7%	1 623,32 M€
RSI	81,26 M€	252 029	322 €	↘	-83 €	5,0%	81,26 M€
CCMSA	34,45 M€	95 984	359 €	↘	-46 €	1,9%	34,45 M€
CANSSM	0,03 M€	199	169 €	↘	-236 €	0,0%	0,03 M€
CAVIMAC	0,72 M€	2 427	295 €	↘	-110 €	0,0%	0,72 M€
CNMSS	0,95 M€	3 958	239 €	↘	-166 €	0,1%	0,95 M€
CRPCEN	0,06 M€	93	631 €	↗	226 €	0,0%	0,04 M€
ENIM	0,91 M€	2 121	429 €	↗	24 €	0,0%	0,86 M€
RATP	0,06 M€	169	354 €	↘	-51 €	0,0%	0,06 M€
SNCF	0,05 M€	258	199 €	↘	-206 €	0,0%	0,05 M€
CMUC_RO	1 827,96 M€	4 365 726	419 €	↗		85,8%	1 741,74 M€

Sources : tous régimes

La dépense moyenne du régime général se situe toujours au-delà du forfait CMU-C, avec un écart allant jusqu'à 75 € en 2011 et 2012. Cet écart avait été réduit à 26 € en 2013, grâce à la revalorisation du forfait à 400 €. En 2014, il est de 21 €, sur la base du forfait à 405 €.

Le montant remboursé aux régimes obligatoires (hors reversement complémentaire à la CNAMTS) est évalué 1 742 M€. La différence entre le montant à reverser aux régimes obligatoires par le Fonds CMU, sur la base de l'ancien forfait de 370 €, et le remboursement au coût réel plafonné à 405 € par bénéficiaire, atteint plus de 126 M€.

3.2.2. Impact pour les OC

3.2.2.1. Situation par rapport au forfait

Mi-novembre 2015, un premier niveau de traitement des tableaux récapitulatifs 2014 a permis de répertorier 320 OC ayant déclaré une dépense au titre de la CMU-C sur 574 OC cotisants. Ces données ne sont pas exhaustives mais elles sont le reflet d'une tendance forte.

Les 320 OC concernés ont géré les prestations de 739 000 bénéficiaires, pour un montant de 278 M€, soit un coût moyen de 376 €.

Près de la moitié des OC a un coût moyen inférieur à 370 € et 70 % ont un coût moyen inférieur à 405 €.

99 OC ont un montant moyen supérieur à 405 €. Ils ne représentent que 11 % des bénéficiaires dont les droits sont gérés par un OC, et 13 % de la dépense.

Les montants moyens les plus élevés concernent des OC à plus faibles effectifs. Pour ces organismes, les prises en charge les plus coûteuses sont difficilement mutualisables.

Tableau 48 – Répartition des coûts moyens pour les OC en fonction des forfaits de 370 € et 405 €, exercice 2014

en milliers

Forfait				Nb OC	Nb Bénéf.	Montant dépense	Montant remboursé	% OC	% Bénéf.	% Dépense	% Remboursé
	<	370 €		156	305	106 M€	106 M€	48,8%	41,3%	38,0%	38,4%
>=	370 €	<	405 €	65	351	136 M€	136 M€	20,3%	47,6%	48,9%	49,5%
>=	405 €			99	82	37 M€	33 M€	30,9%	11,1%	13,2%	12,1%
Total				320	739	278 M€	275 M€	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 49 – Distribution des coûts moyens pour les OC par quintile, pour les OC dont le coût moyen est supérieur ou égal à 405 €, exercice 2014

en milliers

Coût moyen				Nb OC	Nb Bénéf.	Montant dépense	Montant remboursé	% OC	% Bénéf.	% Dépense	% Remboursé
>=	405 €	<	426 €	20	26,5	10,9 M€	10,7 M€	20,2%	32,2%	29,8%	32,2%
>=	426 €	<	450 €	20	23,4	10,3 M€	9,5 M€	20,2%	28,5%	28,0%	28,5%
>=	450 €	<	485 €	19	21,4	9,9 M€	8,7 M€	19,2%	26,1%	26,9%	26,1%
>=	485 €	<	577 €	20	9,9	5,0 M€	4,0 M€	20,2%	12,0%	13,6%	12,0%
>=	577 €	<=	1 322 €	20	0,9	0,6 M€	0,4 M€	20,2%	1,1%	1,6%	1,1%
Total				99	82,1	36,6 M€	33,2 M€	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

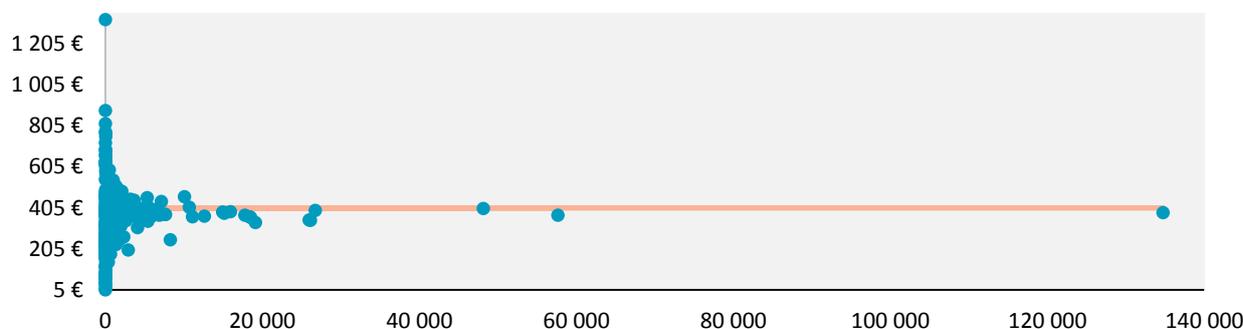
Les 17 OC qui ont des effectifs supérieurs à 10 000 bénéficiaires concentrent 65 % des effectifs et la même proportion de la dépense. Leur dépense moyenne se situe entre 333 € et 460 €.

Les 4 OC les plus importants concentrent presque 267 300 bénéficiaires, soit 36 % des effectifs, et 37 % de la dépense. Leur dépense moyenne se situe entre 369 € et 403 €, soit en dessous du montant forfaitaire de 405 €.

L'OC le plus important déclare 134 800 bénéficiaires. Il compte pour 18 % des effectifs et de la dépense. Avec un coût moyen passant de 402 € en 2013 à 381 € en 2014, cet organisme concourt à la baisse du coût moyen de l'ensemble des OC.

Les OC aux effectifs les plus importants ont la dispersion la plus homogène par rapport au montant forfaitaire de 405 €.

Figure 38 – Dispersion des coûts moyens, pour la CMU-C, des OC par rapport au forfait de 405 €, en rapport avec leurs effectifs CMU-C, dépense en trésorerie 2014



Sources : OC

Le montant total remboursable pour le Fonds CMU est de presque 275 M€, il aurait été de plus de 273 M€ si le forfait était resté à 370 €, soit une dépense supplémentaire pour le Fonds CMU de presque 1,4 M€, sur la base du forfait à 405 €. Elle avait été de presque 3 M€ en 2013, sur la base d'un forfait à 400 €.

3.2.2.2. Coût moyen par nature d'OC

Sur les 320 OC gestionnaires de la CMU-C, les 275 mutuelles représentent 75 % des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C gérée par les OC et 77 % de la dépense. Les 30 compagnies d'assurance rassemblent 21 % des effectifs et de la dépense. Les 15 institutions de prévoyance (IP) regroupent 3 % des effectifs et de la dépense.

Le coût moyen est le plus élevé pour les mutuelles (383 €). Viennent ensuite les assurances, avec 360 €, puis les IP, avec 330 €.

Les assurances ont toutes un coût moyen inférieur au forfait de 405 €. Quatre IP ont un coût moyen supérieur à 405 €, ainsi que 95 mutuelles.

Tableau 50 – Effectifs et dépense par nature d'OC, sur la base des TR 2014, métropole et Dom

Nature Cotisant	Nb. OC	en milliers			Nb. OC	Effectifs	Dépense
		Effectifs	Dépense	Coût moyen			
Mutuelle	275	556	213 M€	383 €	85,9%	75,3%	76,6%
Assurance	30	159	57 M€	360 €	9,4%	21,5%	20,5%
Institution de Prévoyance	15	24	8 M€	330 €	4,7%	3,2%	2,8%
Total	320	739	278 M€	376 €	100,0%	100,0%	100,0%

3.3. LA CROISSANCE DES DEPENSES DE L'ACS

3.3.1. La dépense totale

Le coût global de l'ACS en 2015 s'est élevé à 287 M€ (275 M€ en 2014). Il est en hausse de 4,4 %. Cela correspond à la couverture de 970 000 personnes en moyenne.

Ce chiffre peut être comparé à celui du remboursement estimé des déductions CMU-C en direction des OC : 233 millions en 2015 pour 700 000 bénéficiaires en moyenne.

Avec la montée en charge du dispositif, la dépense consacrée à l'ACS dépasse désormais celle relative à la CMU-C gérée par les OC.

3.3.2. Le montant de la déduction

Le montant moyen annuel de la déduction ACS s'établit à 309 € en 2015.

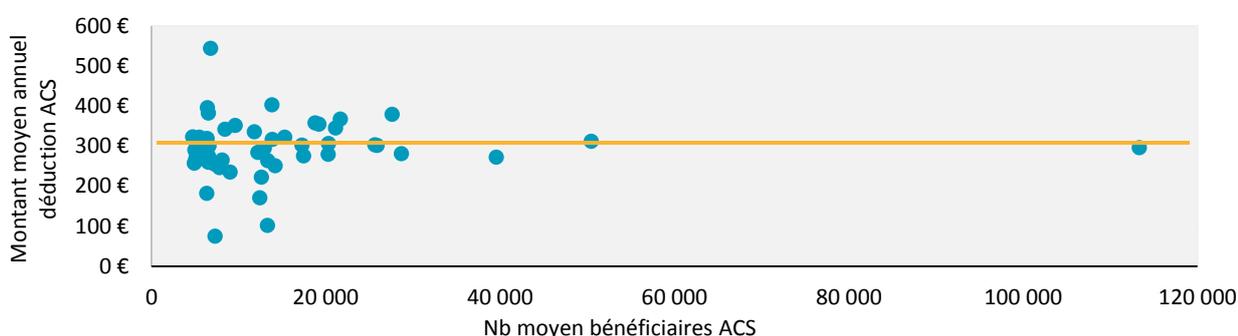
Ce chiffre peut être comparé au montant qui sera versé, en moyenne, par bénéficiaire au titre de la CMU-C gérée par les OC, estimée pour 2014, autour de 376 €. Toutefois, dans le cas de la CMU-C, le reste à charge sur prestations est censé être nul pour le bénéficiaire, alors que cela n'est pas le cas pour un bénéficiaire de l'ACS, qui est couvert par un contrat classique proposé sur le marché.

Ce dernier subit alors le reste à charge sur le prix de son contrat qui représente entre 40 % et 50 % environ de ce même prix, d'après l'enquête conduite annuellement par le Fonds CMU sur l'ACS. Au-delà, le bénéficiaire supporte un reste à charge sur prestations dont cette enquête démontre également qu'il est loin d'être négligeable.

Le montant de 550 €, attribué aux 60 ans et plus, dépasse le montant de la dépense moyenne de CMU-C. Toutefois, cette dépense est loin de couvrir le montant de la part complémentaire pour cette tranche de la population.

On constate une certaine dispersion du montant moyen de déduction par OC autour de la moyenne (309 €) comme en atteste la figure ci-dessous reprenant la situation des 50 OC couvrant le plus grand nombre de bénéficiaires. Toutefois, plus le nombre de personnes couvertes est important, plus la moyenne de l'OC converge vers la moyenne générale.

Figure 39 - Déductions moyennes ACS en 2015 par OC (50 OC protégeant le plus grand nombre de bénéficiaires)



4 Les comptes du Fonds CMU

Alors que l'assiette de la TSA collectée par les OC au profit du Fonds CMU a toujours été dynamique, malgré la situation économique, l'évolution modérée observée en 2015 (+ 1,3 % par rapport à 2014 dont - 3,0 % sur le T4 2015) interroge et sera suivie avec la plus grande attention, notamment dans le cadre des contrôles menés par le Fonds CMU.

Avant reversement complémentaire à la CNAMTS, l'exercice 2015 dégage un résultat excédentaire de 111 M€.

Après comptabilisation en charge du versement complémentaire à la CNAMTS, le résultat de l'exercice est de 46 M€.

4.1. LES RESSOURCES DU FONDS CMU

4.1.1. La place prépondérante de la TSA

En 2015, l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), collectée par les OC au profit du Fonds CMU, s'établit à 34 353 M €, en hausse de 1,3 % par rapport à 2014.

Après une hausse globalement soutenue sur les trois premiers trimestres (+ 2,7 %), on a assisté à un retournement de tendance imprévu sur le 4^{ème} trimestre avec une évolution de - 3,0 % ralentissant fortement l'évolution sur l'ensemble de l'année.

Une analyse approfondie a été conduite par le Fonds CMU pour en connaître l'origine. Même s'ils n'expliquent pas tout dans cette baisse, deux OC de taille importante y ont particulièrement contribué :

- Le premier OC distribue essentiellement des contrats collectifs. Ses déclarations sont établies sur des bases provisionnelles régularisées le trimestre suivant. En fin d'exercice, l'OC a constaté une perte de contrats (résiliations) sans l'avoir anticipée. Il a lancé un audit interne à la mi décembre pour tenter d'expliquer ce constat.
- Le second OC a déclaré avoir modifié la méthode d'émission d'une partie de ses contrats en passant d'échéances principales au fil de l'eau à des échéances principales au 1^{er} janvier de chaque année. Ce changement a eu pour incidence de décaler au 1^{er} janvier 2016 une partie de son assiette déclarée jusqu'à présent au cours du second semestre de l'année N-1.

Neutraliser les effets de ces deux situations reviendrait à majorer l'assiette du T4 2015 de 187 M€. La baisse du T4 passerait ainsi de 3,0 % à 0,8 %. Une baisse serait donc tout de même enregistrée sur le T4. L'évolution annuelle passerait quant à elle de + 1,3 % à + 1,9 %, ce qui reste un peu en deçà des prévisions initiales du Fonds CMU.

On rappellera que l'année 2014 avait enregistré une hausse de + 3,0 %. L'évolution avait été reconstituée à méthode de comptabilisation, comparable (chiffres redressés)²⁹ et elle était ressortie à + 2,4 %.

Pour l'ensemble de l'année 2015, seul le second cas évoqué plus haut, qui correspond à une modification de la méthode de comptabilisation peut faire l'objet d'une neutralisation. Si elle est mise en œuvre, l'évolution annuelle de la TSA entre 2014 et 2015 passe de + 1,3 % à + 1,5 %.

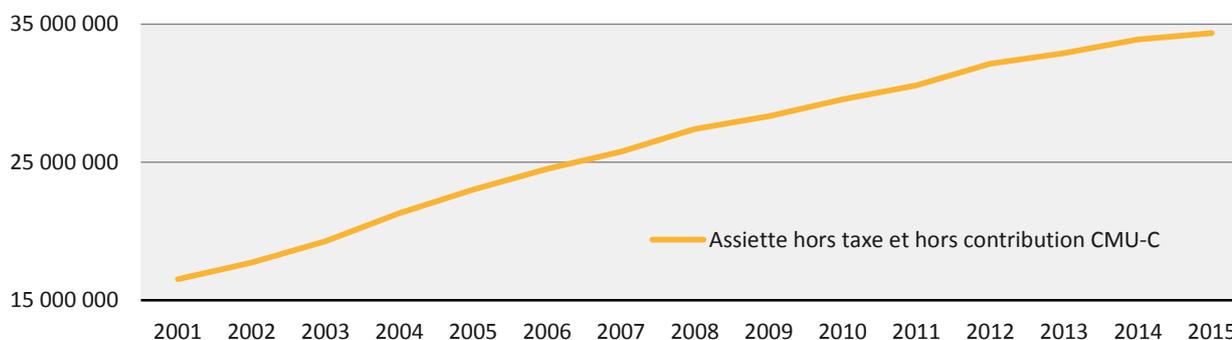
29 Les chiffres affichés dans les rapports sont des chiffres bruts, qui prennent en compte des changements de méthodes de comptabilisation et/ou des décalages de déclarations d'un exercice sur l'autre. Afin d'approcher une évolution à méthode de comptabilisation inchangée pour traduire l'évolution réelle du marché, le Fonds CMU neutralise les effets de certains changements dont il a connaissance à la suite du contrôle des évolutions.

Tableau 51 – Assiette de la TSA déclarée par les OC en 2015 – en milliers d'euros

	T1 2015	T2 2015	T3 2015	T4 2015	Total 2015	Répartition en %	Évol 2015 / 2014
Mutuelles	5 109 521	4 373 964	4 412 372	4 269 132	18 164 989	52,9%	0,7%
IP	1 553 345	1 461 010	1 577 613	1 557 675	6 149 643	17,9%	-2,2%
Assurances	3 625 691	2 050 846	2 115 746	2 246 525	10 038 808	29,2%	4,9%
Total	10 288 557	7 885 820	8 105 731	8 073 331	34 353 440	100,0%	1,3%
Évol T / T N-1	4,0%	1,0%	2,9%	-3,0%	1,3%		

Sources : OC, Fonds CMU

Figure 40 – Assiette de la TSA déclarée par les OC entre 2001 et 2015 – en milliers d'euros, hors taxes et hors contribution CMU-C



Sources : OC, Fonds CMU

Les institutions de prévoyance représentent 18 % du marché alors qu'elles regroupent 5 % du nombre des organismes. Il s'agit, dans l'ensemble, de grandes institutions de complémentaire santé (23 des 25 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à 10 M€ dont 11 ont une assiette supérieure à 100 M€). Elles font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les sociétés d'assurance, qui représentent 19 % des organismes, représentent 29 % de l'assiette déclarée. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. Sur 103 sociétés d'assurance recensées, 54 ont une assiette supérieure à 10 M€ (dont 22 à plus de 100 M€). Les autres ont en moyenne une assiette se situant autour de 2,5 M€. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne, dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles regroupent 76 % des organismes et 53 % du marché. Le monde de la mutualité, malgré la mutation en cours, demeure encore très morcelé. Ce constat est renforcé par le fait que l'assiette déclarée par les mutuelles substituées, qui existent encore juridiquement, est généralement intégrée dans celle de la mutuelle substituante.

Tableau 52 – Liste des 20 mutuelles ayant déclaré l'assiette de la TSA la plus importante en 2015

Classement 2015	Siren	Nom	Assiette 2015
1	538 518 473	Harmonie Mutuelle	2 281 550 352
2	775 685 399	MGEN - Mutuelle Générale de l'Education Nationale	1 464 227 141
3	775 685 340	MG - Mutuelle générale	869 456 879
4	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	783 307 889
5	775 606 361	MNH	578 313 854
6	503 380 081	Mutuelle UNEO	570 164 041
7	777 927 120	VIASANTE	536 463 549
8	311 799 878	Mutuelle ADREA	492 497 355
9	331 542 142	MAAF santé	438 169 387
10	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	434 373 551
11	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	418 688 653
12	779 558 501	MACIF mutualité	327 789 314
13	775 627 391	Apréva Mutuelle	288 841 965
14	302 927 553	Mutuelle Micils	238 941 967
15	434 243 085	Mutuelle Ociane	205 599 800
16	775 685 365	Mutuelle Intériale	199 190 832
17	499 982 098	MGEFI	191 448 292
18	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	179 158 271
19	775 671 993	Mutuelle Bleue	167 274 927
20	339 358 681	Mutuelle Humanis Nationale	163 218 581

Sources : OC, Fonds CMU

Tableau 53 – Liste des 20 IP ayant déclaré l'assiette de la TSA la plus importante en 2015

Classement 2015	Siren	Nom	Assiette 2015
1	784 621 468	BTP prévoyance	1 201 050 290
2	410 005 110	Humanis Prévoyance	1 080 833 859
3	333 232 270	AG2R prévoyance	774 923 234
4	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	767 620 209
5	318 990 736	Uniprévoyance	390 823 485
6	304 217 904	APGIS	316 834 183
7	397 498 783	Klésia Prévoyance	308 700 748
8	321 862 500	APICIL Prévoyance	228 559 841
9	341 334 795	Réunica prévoyance	205 117 668
10	384 268 413	Audiens prévoyance	147 743 307
11	384 496 493	IPECA Prévoyance	131 707 213
12	315 588 376	Arpège Prévoyance	84 668 214
13	348 855 388	CARCEPT prévoyance	84 388 253
14	775 666 357	IPSEC prévoyance	78 174 241
15	331 980 284	IPSA	62 375 082
16	423 959 295	AGRI Prévoyance	58 678 937
17	429 351 703	ANIPS	51 126 683
18	784 411 134	CPCEA - Caisse de prévoyance cadre des entreprises agricoles	50 347 389
19	401 679 840	CCPMA prévoyance	35 275 894
20	783 440 951	CIPREV - Caisse interprofessionnelle de prévoyance	22 825 924

Sources : OC, Fonds CMU

Tableau 54 - Liste des 20 sociétés d'assurance ayant déclaré l'assiette de la TSA la plus importante en 2015

Classement 2015	Siren	Nom	Assiette 2015
1	310 499 959	AXA France vie	1 506 431 689
2	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	897 525 439
3	602 062 481	Generali vie	715 850 727
4	542 110 291	Allianz IARD	659 296 112
5	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	501 694 845
6	340 234 962	Allianz Vie	493 245 687
7	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages du Crédit agricole	486 940 445
8	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	463 244 455
9	340 427 616	Groupama Gan Vie	427 092 394
10	440 048 882	MMA IARD	413 214 155
11	306 522 665	AVIVA assurances	303 614 863
12	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	209 253 541
13	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	176 844 518
14	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	175 758 978
15	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	169 317 801
16	542 063 797	GAN assurances IARD	148 217 394
17	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	138 385 269
18	529 219 040	MUTEX	134 377 497
19	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	122 688 056
20	342 954 690	Legal and general - Risques divers	118 769 992

Sources : OC, Fonds CMU

4.1.2. La taxe sur les tabacs

Depuis le 1^{er} janvier 2013, l'article 24 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a diversifié les recettes du Fonds CMU, par l'affectation à ce dernier d'une fraction de 3,15 % du produit sur les droits de consommation des tabacs, afin de financer l'augmentation du forfait de remboursement des dépenses CMU-C.

Le montant total perçu à ce titre en 2015 s'élève à 359 M€.

4.1.3. Le contrôle de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires

L'article L.862-7 du Code de la Sécurité sociale dispose que « *Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe* ».

De plus, l'article L. 862-5 précise : « *Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés* » (article L.862-5 du Code de la Sécurité sociale).

Le contrôle des éléments déclaratifs, dont l'assiette de la TSA, est exercé conjointement avec les URSSAF. Le Fonds CMU intervient en amont. Son action permet ensuite d'orienter le contrôle des URSSAF.

4.1.3.1. Les vérifications par le Fonds CMU

En application de ses procédures de contrôle interne, dès réception des déclarations, le Fonds CMU réalise une analyse statistique des données déclarées par les OC et interroge systématiquement les organismes en évolution anormale.

Les vérifications effectuées par le Fonds CMU permettent de préparer, en collaboration avec l'ACOSS, le plan de contrôle des URSSAF, en ciblant certains OC pour lesquels le Fonds considère qu'un approfondissement est nécessaire. Les priorités visent les organismes où des problèmes ont été rencontrés lors de ses contrôles. Au-delà, le Fonds s'assure que les OC représentant les enjeux les plus importants soient régulièrement vérifiés. La très forte concentration de l'assiette déclarée par les OC est une caractéristique essentielle, dont il convient de tenir compte lors des contrôles : les 50 premiers OC déclarent 70 % de l'assiette totale.

Sur l'année 2015, plus de 50 OC ont été questionnés par le Fonds CMU (60 en 2014, 51 OC en 2013 et 50 OC en 2012). 28 contrôles ont été diligentés sur le seul T4 2015, compte tenu de la baisse constatée sur l'échéance. Ce bilan démontre le rôle central joué par le Fonds dont la présence active joue un rôle préventif évident.

Un contrôle a permis de récupérer près de 15 M€ d'assiette.

Le contrôle sur l'assiette, s'il permet de mettre en évidence d'éventuelles erreurs ou des situations d'optimisations abusives permet également de recueillir une information précieuse sur ce qui sous-tend les évolutions du marché de la complémentaire santé. C'est particulièrement le cas sur l'échéance du 4ème trimestre, qui permet d'établir un bilan de l'année écoulée. À cette occasion, les OC de taille importante sont interrogés, en dehors du constat d'évolutions anormales (faible baisse en particulier).

Le contrôle porte sur les OC présents l'année en cours et l'année précédente, mais également, dans un contexte d'évolution particulièrement rapide du monde de la complémentaire santé, sur les OC ayant disparu à l'issue de l'année précédente. Le but, en cas de disparition d'un organisme pour cause de fusion/absorption, est de vérifier que l'on retrouve bien dans l'assiette déclarée par l'organisme qui absorbe l'assiette de l'organisme ayant disparu. L'exercice est délicat, car il s'agit alors d'identifier, au cas par cas, la destination des sommes concernées. À l'issue de l'année 2014, 48 OC ont été supprimés. 5 OC destinataires de certaines de ces suppressions ont été interrogés car les montants déclarés en 2015 ne montraient pas des évolutions cohérentes, en tenant compte de ces intégrations.

En dehors du contrôle d'assiette, des rapprochements sont réalisés chaque trimestre avec l'URSSAF, sur les éléments déclaratifs et sur les bases des cotisants.

4.1.3.2. Les évolutions récentes

Dans la perspective de la fusion entre la TSA et la TSCA au 1^{er} janvier 2016, une nouvelle circulaire est parue le 28 décembre 2015 (circulaire DSS/SD5D/2015/380 du 28 décembre 2015). Deux points soulevés à plusieurs occasions par le Fonds, suite à ses contrôles, ont fait l'objet d'une clarification dans ce texte : les modalités de déclarations des montants confiés en délégation de gestion et celles relatives aux contrats collectifs.

Dans le premier cas évoqué, celui des délégations de gestion, l'organisme complémentaire doit déclarer les montants dès que le délégataire a encaissé les sommes ou émis les créances. À défaut d'information au moment voulu, il doit procéder à des déclarations calculées sur la base du montant des primes ou cotisations provisionnelles, appelées au titre de la période de garantie, le solde étant régularisé dès la connaissance de l'émission complémentaire ou à défaut de son encaissement. Le recours à la gestion externalisée, qui est un choix de l'entreprise, ne saurait en effet avoir pour conséquence pour les assureurs de repousser le versement de la taxe due, en référence au fait générateur, qui est l'échéance principale du contrat.

Dans le cas des contrats collectifs, pour lesquels le montant de la prime est généralement connu et encaissé au cours du trimestre suivant la période d'effet de la garantie, l'encaissement emporte exigibilité de la taxe. Les contrats collectifs doivent faire l'objet d'une déclaration au titre des encaissements du trimestre, sur une base provisionnelle, et sont régularisés avec le montant de l'assiette déclarée au titre du trimestre suivant.

4.1.3.3. Les autres contrôles

De leur côté, les URSSAF ont effectué 16 contrôles en 2014 (procès-verbaux de contrôles déposés en 2014), qui ont conduit à 3,5 M€ de redressements positifs et 1,1 M€ de redressements négatifs : 2,4 M€ ont ainsi été récupérés en faveur du Fonds. 125 agents ont été mobilisés pour ces contrôles.

Des rencontres sont organisées régulièrement entre le Fonds CMU et l'ACP-R (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), pour s'assurer de l'exhaustivité de la liste des cotisants. La dernière réunion s'est déroulée le 11 juin 2015. L'ACP-R a transmis au Fonds CMU la liste des OC agréés en branche 2 (agrément pour pouvoir intervenir dans le domaine de la santé) ainsi qu'une information sur les organismes substitués. Ce dernier a croisé ces informations avec sa propre base. Le but du rapprochement est d'identifier les OC susceptibles d'intervenir dans le domaine de la santé et qui ne déposent pas de déclaration auprès de l'URSSAF. Un courrier a été adressé en septembre à 78 OC. Les réponses sont en cours de consolidation.

Encadré 11 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des OC

Le rapport 2015 présente les résultats pour 2014. Il couvre l'exhaustivité de l'assiette de la TSA déclarée auprès du Fonds CMU (99,9 %).

■ Un poids très variable de la couverture complémentaire santé dans l'ensemble des activités des OC

La santé représente 15 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance en 2014. Son poids dans l'ensemble de l'activité d'assurance a légèrement augmenté ces dernières années.

En 2014, la santé représente 84 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des mutuelles qui sont spécialisées sur ce risque. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance où elle représente en moyenne 47 % des primes collectées. Elle est très minoritaire pour les sociétés d'assurance, avec 5 % de leur activité en 2014.

■ Une répartition entre individuel et collectif différenciée selon les types d'organismes

Les mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels : 71 % des primes collectées (29 % pour le collectif). C'est l'inverse pour les institutions de prévoyance au sein desquelles l'individuel ne représente que 15 % des primes³⁰ (85 % pour le collectif). Les sociétés d'assurance se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 56 % des primes (44 % pour le collectif).

■ Un résultat technique santé tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs

Le résultat technique en santé représente la différence entre les produits et les charges liées à l'activité santé pour une année donnée³¹. Dans tous les cas, les contrats collectifs sont déficitaires, alors que c'est l'inverse pour les contrats individuels. Le résultat technique santé est donc tiré à la baisse par les contrats collectifs.

En effet, quel que soit le type d'OC, le ratio S/P (Sinistres³² / Primes collectées) est supérieur au niveau des contrats collectifs. Ces contrats collectifs ont un retour sur primes plus important ce qui les rend plus avantageux pour les assurés et moins rentables pour les assureurs.

Au global, pour l'ensemble des organismes, le résultat technique santé est excédentaire en 2014 : + 296 M€ correspondant à 0,8 % des primes collectées (0,7 % en 2013, 0,2 % en 2012).

	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	2,8 (1,3)	-4,7 (-1,3)	0,6 (0,6)
IP	10,1 (4,6)	-5,2 (-2,0)	-2,9 (-1,0)
Assurances	7,2 (5,4)	-1,1 (-2,6)	3,5 (1,8)
Total	4,4 (2,7)	-3,8 (-1,9)	0,8 (0,7)

■ Une solidité financière confirmée des OC gérant le risque santé

Si on apprécie la solidité financière des OC à partir de leur résultat sur l'ensemble de leurs activités (santé et autres), tous les types d'OC pratiquant une activité santé ont dégagé des résultats positifs en 2014, y compris les IP. Rapporté à l'ensemble des primes, le résultat s'élève à 3,7 % pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (3,3 % en 2013), à 1,3 % pour les mutuelles (1,7 % en 2013) et 1,3 % pour les IP (1,2 % en 2013).

Une grande majorité des OC intervenant sur le champ de la couverture complémentaire santé respectent les deux principaux ratios prudentiels qui leur sont imposés dans le cadre de solvabilité 1.

³⁰ Contrats destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées et à leurs ayant-droit

³¹ Les produits correspondent principalement aux primes collectées hors taxes. Les charges sont essentiellement constituées par les charges de prestations issues de l'activité d'indemnisation des assurés, dans une moindre mesure, des frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux en particulier) et des frais d'administration liés à la gestion des contrats.

³² Sinistres : sinistres payés aux assurés + frais de gestion des sinistres + autres charges de prestations

4.2. LES CHARGES DU FONDS CMU

4.2.1. Le remboursement aux organismes gestionnaires

L'article 22 de la loi n°2012-1404 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a modifié les modalités de remboursement des dépenses de CMU-C engagées par les organismes gestionnaires. Depuis le 1^{er} janvier 2013, ces derniers, sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un montant forfaitaire annuel par bénéficiaire fixé à 408 € en 2015.

4.2.1.1. Les régimes

La prise en charge des dépenses de CMU-C des trois grands régimes, CNAMTS, RSI, CCMSA s'effectue sur la base d'un acompte trimestriel fixé à neuf dixième du quart du forfait annuel multiplié par le nombre de bénéficiaires provisoire du trimestre précédent, notifié par l'envoi d'une annexe A.

La prise en charge des autres régimes s'effectue sur la base d'un acompte annuel calculé à partir de la régularisation annuelle de l'exercice N-1.

Pour la régularisation des acomptes de l'année N, une facturation provisoire est transmise par les régimes au Fonds pour le 31 janvier N + 1, ainsi qu'une facture définitive au 30 juin N + 1.

Les dépenses enregistrées pour les régimes (hors versement complémentaire à la CNAMTS) s'élèvent à 1 859 M€.

Tableau 55 – Détail des dépenses par régime en 2015

Organisme	Montant des charges pour l'exercice 2015
CNAMTS	1 729 804 536 €
CCMSA	37 910 520 €
RSI	88 927 966 €
Régimes Spéciaux	2 741 509 €
Total	1 859 384 531 €

Sources : OC, Fonds CMU

4.2.1.2. Les organismes complémentaires

La prise en charge des dépenses CMU-C s'effectue sur la base d'un acompte trimestriel, correspondant au neuf dixième du quart d'un forfait annuel, fixé à 91,80 € par bénéficiaire pour l'année 2015. En année N + 1, une régularisation est opérée entre la somme totale des acomptes enregistrés en année N et le montant définitif des dépenses engagées en année N, dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire.

Les organismes qui participent à la CMU-C et ceux qui proposent des contrats éligibles à l'ACS déduisent du montant dû de la TSA, le montant de l'acompte par bénéficiaire, ainsi que le crédit d'impôt lié à l'aide ACS. Lorsque le montant des déductions est supérieur au montant de la TSA, le Fonds prend en charge le remboursement aux organismes complémentaires.

Pour l'exercice 2015 le Fonds a effectué :

- 131 remboursements pour une somme totale de 25 M€ au titre des quatre principales échéances déclaratives ;
- 158 remboursements au titre du tableau récapitulatif 2014 à hauteur de 11 M€.

4.2.2. Le remboursement des restes à charge de la CNAMTS

L'article 22 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale 2013 prévoit que « *le remboursement effectué à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [...] est majoré, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L.861-6* ».

Le versement complémentaire n'intervient qu'après la parution du décret qui en fixe le montant.

En 2015, le Fonds a réglé à la CNAMTS un versement complémentaire de 155 M€ dont 86 M€ au titre de 2014 et 68 M€ au titre du reliquat 2013.

Les excédents dégagés par le Fonds CMU auront permis de prendre en charge intégralement les restes à charge de la CNAMTS au titre de la gestion CMU-C pour les exercices 2012, 2013 et 2014.

4.2.3. Le contrôle des déductions

Le contrôle des déductions est fait essentiellement à partir des listes des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Les contrôles sont programmés après l'échéance du tableau récapitulatif.

Ils portent sur :

- le nombre de bénéficiaires par rapport à celui déclaré, pour s'assurer de l'absence de doublons (les contrôles portent sur le nom, prénom et date de naissance) ;
- la cohérence des dates d'entrée et de sortie par rapport à la date de référence ;
- la cohérence du montant de la déduction en fonction de l'âge du bénéficiaire (uniquement pour les déductions ACS).

Les contrôles des listes CMU-C ont concerné les OC dont le montant de remboursement par le Fonds sur l'échéance du tableau récapitulatif 2014 était supérieur à 50 000 €.

Sur l'exercice 2015, 49 organismes complémentaires, représentant 501 548 bénéficiaires, ont fait l'objet d'un contrôle de listes. Le taux d'erreur est très faible (moins de 0,5 %).

Le contrôle des listes ACS a concerné des OC sortant du dispositif et des OC enregistrant de fortes évolutions des effectifs entre les déclarations trimestrielles et la déclaration du tableau récapitulatif.

17 organismes complémentaires ont ainsi été contrôlés pour l'ACS. Parmi eux, 5 contrôles sont toujours en cours.

Pour les 12 organismes complémentaires dont le contrôle est achevé, qui représentent 122 296 bénéficiaires de l'ACS, le taux d'erreur est également très faible (0,8 %).

En plus des contrôles de listes, le Fonds CMU réalise des contrôles approfondis.

Le contrôle approfondi consiste à examiner des copies d'attestations de droits demandées aux OC ; il est réalisé de façon annuelle suite à un contrôle de liste des bénéficiaires.

Trois contrôles approfondis ont été mis en œuvre en 2015 et sont toujours en cours à ce jour. Ils concernent un organisme complémentaire, une SLM et un petit régime.

Encadré 12 – Le bilan du tableau récapitulatif 2014

Pour la deuxième année de mise en place du tableau récapitulatif (TR), qui permet à l'OC de régulariser en N + 1 les montants déclarés en N, le Fonds CMU constate que la situation s'est nettement améliorée en ce qui concerne le renseignement du document par les OC, même si quelques difficultés perdurent.

■ **Traitement des TR**

À ce jour, sur 580 TR attendus, 549 ont été reçus et 31 sont toujours manquants ;

- 213 TR sont en situation de remboursement par le Fonds pour 17,4 M€ :
 - 158 TR ont fait l'objet d'un règlement en 2015 pour un montant de 11,2 M€,
 - 33 TR font l'objet d'un règlement sur 2016 pour un montant de 1,3 M€,
 - 2 TR restent en anomalie pour un montant de 4,9 M€ ;
- 10 TR ayant un montant inférieur à 10 € ne feront pas l'objet d'un règlement ;
- 187 TR sont en situation de paiement à l'URSSAF pour 6,9 M€ ;
- 141 TR sont à zéro ;
- 8 TR sont incomplets.

■ **Contrôle du TR**

Les contrôles de cohérence réalisés en 2015 ont porté sur l'ensemble des TR, à la différence de l'année dernière où ils se sont principalement concentrés sur les TR des OC en situation de remboursement.

Le Fonds a interrogé 345 OC dans ce cadre.

■ **Principaux constats**

Les évolutions entre la déclaration initiale et la déclaration finale sont très faibles :

- Assiette de la TSA : - 0,001 % entre la situation initiale et situation finale (- 0,01 % sur le TR 2013) ;
- Nombre de bénéficiaires de la CMU-C : + 3,1 % entre la situation initiale et situation finale (+ 2,9 % sur le TR 2013) ;
- Nombre d'utilisateurs d'attestations ACS auprès d'un OC : + 0,6 % (+ 0,8 % sur le TR 2013).

4.3. L'EQUILIBRE FINANCIER DU FONDS CMU

4.3.1. L'exécution budgétaire

Pour l'exercice 2015, les recettes propres du Fonds s'élèvent au total à 2 499 M€, soit une évolution de + 0,2 % par rapport à l'exercice 2014. Le produit de la TSA atteint 2 139 M€ (dont 20 M€ de reprises sur provisions), montant stable par rapport à l'exercice 2014. Le produit de la taxe sur les tabacs est de 360 M€ en 2015.

La dépense totale CMU-C atteint 2 094 M€, soit une évolution de + 3,8 % par rapport à 2014. Traduite dans le budget du Fonds, cette somme se décompose en 1 860 M€ de versements aux régimes de base (hors versement complémentaire à la CNAMTS) et 234 M€ de déductions CMU-C des organismes complémentaires.

Sur la base d'un montant moyen annuel de 309 € par bénéficiaire, les déductions ACS atteignent 287 M€, soit une évolution de + 4,4 % par rapport à 2014.

Au total, les dépenses au profit des organismes complémentaires s'élèvent donc à 521 M€ (234 M€ de déductions CMU-C et 287 M€ de déductions ACS).

Après versement complémentaire à la CNAMTS (65 M€), le résultat de l'exercice 2015 atteint + 46 M€.

Tableau 56 – Récapitulatif des comptes du Fonds CMU

	en millions d'euros										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Produits											
Dotation de l'État	695	346	109	47	0	0	0	0	-	-	-
Taxe alcool	386	404	480	349	0	0	0	0	0	0	0
Taxe tabac		217	411	372	0	0	0	42	352	354	360
Contribution ACS	13	40	65	87	0	0	0	0	0	0	0
Contribution des organismes	302	492	494	569	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066	2 130	2 119
Reprises sur provisions	22	25	35	28	79	93	10	11	16	9	20
Total Produits	1 418	1 524	1 595	1 452	1 870	1 949	1 940	2 084	2 434	2 493	2 499
Charges											
Paiement aux régimes de base	1 270	1 438	1 442	1 263	1 429	1 444	1 369	1 403	1 581	1 895	1 925
Organismes complémentaires	78	81	88	80	323	464	431	458	498	553	521
Annulation Produits											
Dotation aux provisions	25	35	28	79	98	12	11	17	17	19	6
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 374	1 555	1 559	1 423	1 851	1 921	1 814	1 879	2 097	2 468	2 453
Résultat de l'année (1)	44	-31	36	29	19	28	126	205	0	25	46
Résultat cumulé	48	17	53	83	101	129	153	205	205	210	257

(1) À compter de 2013, les excédents dégagés en N sont reversés à la CNAMTS, dans la limite des dépenses CMU-C réellement engagées, et sont comptabilisés en charge au titre de l'exercice N

(2) Un changement dans la méthode d'estimation des provisions par l'ACOSS a conduit le Fonds CMU à diminuer son report à nouveau 2014 de 20 M€ en 2015

Source : Fonds CMU

4.3.2. La situation en trésorerie

Les sommes recouvrées par l'ACOSS au titre de la TSA (taxe de solidarité additionnelle) font l'objet d'un reversement au Fonds CMU (article 8 de la convention financière du 12 décembre 2012).

Ce reversement s'opère sous forme d'acomptes trimestriels versés au plus tard le 15 du mois suivant celui de l'exigibilité de la taxe ou le premier jour ouvré suivant.

La date et le montant des acomptes versés par l'ACOSS au Fonds CMU donnent lieu chaque année à l'élaboration d'un avenant et d'un échéancier pour l'année N + 1 (article 9 de la convention précitée).

En ce qui concerne le remboursement des régimes d'assurance maladie par le Fonds CMU, le montant de chaque acompte trimestriel est égal au produit du nombre de bénéficiaires arrêté au dernier jour du deuxième mois du trimestre civil précédent, par le quart des neuf dixièmes du montant du forfait annuel. Les acomptes sont versés les 15 février, 15 mai, 16 août et 15 novembre.

La régularisation en trésorerie intervient avant le 30 septembre N + 1.

Afin que le Fonds CMU puisse déterminer les montants des acomptes à verser, l'organisme lui adresse, quinze jours avant la date prévue de versement, un état indiquant le nombre de bénéficiaires à retenir, selon le modèle joint en annexe A.

Au 31 décembre 2015, la charge à payer relative aux dépenses 2014 de la CNAMTS pour un montant de 128 M€ a été intégralement soldée.

Le montant du versement complémentaire de 155 M€ soit 86 M€ au titre de 2014 et 68 M€ au titre de 2013 correspondant à une partie des excédents dégagés par le Fonds en 2014 a également été comptabilisé.

Tableau 57 – Tableau de trésorerie du Fonds CMU en 2015

TRÉSORERIE - ANNEE 2015				
Date	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Observations
01/01/2015	91 230 363 €			
30/01/2015	91 157 895 €	72 468 €		Gestion administrative
30/01/2015	90 833 554 €	324 341 €		Règlement aux organismes complémentaires
05/02/2015	90 447 970 €	385 584 €		Règlement aux organismes complémentaires
16/02/2015	121 411 684 €	358 238 795 €	389 202 509 €	Acomptes des trois grands régimes (dont CNAMTS 423 000 000 € – 96 669 875 € taxe tabacs) + versement reçu de l'ACOSS
26/02/2015	121 284 647 €	127 037 €		Gestion administrative
26/02/2015	120 304 323 €	980 324 €		Règlement aux organismes complémentaires
27/02/2015	115 591 460 €	4 712 863 €		Règlement aux organismes complémentaires
19/03/2015	115 538 240 €	53 220 €		Règlement aux organismes complémentaires
26/03/2015	115 440 128 €	98 112 €		Gestion administrative
30/04/2015	115 354 702 €	85 425 €		Gestion administrative
15/05/2015	250 810 043 €	364 848 174 €	500 303 515 €	Acomptes des trois grands régimes (dont CNAMTS 379 502 577 € – 47 375 411 € taxe tabacs) + versement reçu de l'ACOSS
21/05/2015	249 919 362 €	890 681 €		Règlement aux organismes complémentaires
28/05/2015	249 863 164 €	56 199 €		Gestion administrative
05/06/2015	245 647 240 €	4 215 924 €		Règlement aux organismes complémentaires
19/06/2015	244 802 729 €	844 511 €		Règlement aux organismes complémentaires
26/06/2015	244 734 380 €	68 349 €		Gestion administrative
03/07/2015	244 685 874 €	48 506 €		Règlement aux organismes complémentaires
06/07/2015	242 697 801 €	1 988 073 €		Règlement aux organismes complémentaires
21/07/2015	242 542 783 €	155 018 €		Règlement aux organismes complémentaires
31/07/2015	242 371 430 €	171 353 €		Gestion administrative
14/08/2015	238 514 098 €	3 857 332 €		Règlement aux organismes complémentaires
17/08/2015	201 569 657 €	427 930 743 €	390 986 301 €	Acomptes des trois grands régimes (dont CNAMTS 386 779 104 € – 88 534 002 € taxe tabacs + 100 000 000 € solde partiel CAP + 3 268 945 € art 4 T4 2014) + versement reçu de l'ACOSS
18/08/2015	199 384 012 €	2 185 645 €		Règlement aux organismes complémentaires
19/08/2015	197 162 501 €	2 221 511 €		Règlement aux organismes complémentaires
26/08/2015	197 102 985 €	59 515 €		Gestion administrative
08/09/2015	196 521 398 €	581 587 €		Règlement aux organismes complémentaires
09/09/2015	196 487 226 €	34 172 €		Règlement aux organismes complémentaires
09/09/2015	196 478 972 €	8 254 €		Règlement aux organismes complémentaires
14/09/2015	196 465 894 €	13 078 €		Règlement aux organismes complémentaires
14/09/2015	195 513 889 €	952 005 €		REGLEMENT ENIM
17/09/2015	195 501 820 €	12 069 €		Règlement aux organismes complémentaires
29/09/2015	192 961 334 €	2 540 486 €		Règlement aux organismes complémentaires
29/09/2015	192 846 590 €	114 744 €		Gestion administrative

TRÉSORERIE - ANNEE 2015				
Date	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Observations
30/09/2015	190 935 518 €	1 911 072 €		Règlement aux organismes complémentaires
01/10/2015	190 046 743 €	888 775 €		Règlement aux organismes complémentaires
12/10/2015	190 042 540 €	4 203 €		Règlement aux organismes complémentaires
21/10/2015	189 791 448 €	251 092 €		Règlement aux organismes complémentaires
23/10/2015	189 006 738 €	784 710 €		Règlement aux organismes complémentaires
27/10/2015	188 375 163 €	631 575 €		Règlement aux organismes complémentaires
29/10/2015	33 835 095 €	154 540 069 €		VERST COMPLEMENTAIRE CNAMTS
30/10/2015	33 759 487 €	75 608 €		Gestion administrative
09/11/2015	31 632 259 €	2 127 228 €		Règlement aux organismes complémentaires
16/11/2015	31 097 635 €	534 624 €		Règlement aux organismes complémentaires
16/11/2015	72 792 883 €	321 976 589 €	363 671 836 €	Acomptes des trois grands régimes (dont CNAMTS 392 792 371 € – 94 286 131 € taxe tabacs – 11 000 000 € pour trésorerie) + versement reçu de l'ACOSS
26/11/2015	68 653 978 €	4 138 905 €		Règlement aux organismes complémentaires
27/11/2015	66 614 606 €	2 039 372 €		Règlement aux organismes complémentaires
30/11/2015	66 458 927 €	155 679 €		Gestion administrative
02/12/2015	63 687 400 €	2 771 527 €		Règlement aux organismes complémentaires
11/12/2015	62 806 690 €	880 710 €		Règlement aux organismes complémentaires
15/12/2015	60 633 456 €	2 173 234 €		Règlement aux organismes complémentaires
23/12/2015	33 120 533 €	27 512 923 €		Solde CAP Cnamts
28/12/2015	32 270 181 €	850 352 €		Règlement aux organismes complémentaires
29/12/2015	31 959 273 €	310 908 €		Règlement aux organismes complémentaires
31/12/2015	31 846 308 €	112 965 €		Gestion administrative

Source : Fonds CMU

Encadré 13 – La réforme sur la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP)

La réforme GBCP porte sur une révision en profondeur du cadre général qui structure la gestion budgétaire et comptable de l'État et de ses opérateurs. Elle repose sur le décret 2012-246 du 7 novembre 2012 relatif à la Gestion Budgétaire et Comptable Publique. C'est au 1^{er} janvier 2016 que s'appliquent les dispositions ayant le plus lourd impact sur le cadre budgétaire et comptable des établissements.

La GBCP entraîne un bouleversement de l'organisation interne des finances des établissements publics.

Depuis la fin de l'exercice 2014, le Fonds CMU a mis tout en œuvre pour être prêt au 1^{er} janvier 2016, ce qui l'a mené à changer d'éditeur pour le système d'information utilisé pour le budget et la comptabilité.

Une première version du logiciel a été livrée à la fin de l'année 2015. Des évolutions sont en cours pour permettre de répondre aux demandes du Fonds CMU.

Les nouveaux états GBCP ont été présentés au conseil d'administration du 30 novembre 2015 dans le cadre de l'approbation du budget initial pour 2016.

4.3.3. Les projections financières

Depuis sa création, à l'exception de trois exercices (2001, 2003 et 2006), le Fonds CMU a dégagé des résultats excédentaires, grâce notamment au dynamisme de la principale ressource qui lui est affectée : la contribution des organismes complémentaires, transformée en 2011 en une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA), versée par ces mêmes organismes et à la charge des assurés.

Le Fonds CMU réalise chaque trimestre une note de prévisions qui actualise ses prévisions et hypothèses budgétaires pour les cinq années à venir. Cette note intègre les dernières données disponibles relatives à l'évolution de l'assiette de la TSA, aux effectifs et au coût moyen de la CMU-C et de l'ACS.

Elle tient compte également du financement éventuel de mesures nouvelles inscrites dans la loi de financement de la Sécurité sociale et la loi de finances et qui impacteraient le budget du Fonds CMU.

Dans son dernier rapport sur le Fonds CMU, la Cour des comptes souligne que : « *Les perspectives financières du Fonds CMU et des charges liées à la CMU-C pour son principal gestionnaire, apparaissent appelées à se dégrader* ».

Selon les prévisions les plus récentes, l'équilibre financier serait assuré jusqu'en 2017.

Un besoin en financement apparaîtrait donc en 2018.

4.4. LA MAITRISE DES RISQUES

4.4.1. Le contrôle interne

L'article 47-2 de la Constitution a étendu à l'ensemble des administrations publiques les principes de régularité, de sincérité et d'image fidèle des comptes.

Pour répondre à cette exigence, le Fonds CMU mène depuis plusieurs années une démarche de maîtrise des risques financiers et comptables. Cette démarche repose sur un partenariat entre ordonnateur et comptable et associe tous les acteurs de l'établissement.

Le Fonds a identifié et hiérarchisé les risques financiers et comptables par processus, en s'appuyant sur une cartographie des risques. Cet outil de pilotage permet d'identifier les risques sur lesquels agir en priorité et de s'interroger sur les contrôles à effectuer, la documentation à mettre en place, en particulier les procédures, et les moyens pour assurer la traçabilité des opérations.

De cette cartographie, découle un plan d'action qui identifie les grandes actions à mettre œuvre pour maîtriser les risques les plus importants. Il précise les responsables des actions et les échéances.

La cartographie des risques et le plan d'action sont actualisés annuellement et sont adaptés en fonction des réformes ayant un impact sur les activités du Fonds CMU.

Ces documents sont présentés au conseil d'administration tous les ans, au mois de novembre en même temps que le budget pour l'exercice suivant.

4.4.2. Les risques liés aux remboursements des organismes gestionnaires de la CMU-C

Ces dernières années, les principaux risques pour le Fonds CMU portaient sur la mise en œuvre de l'article 22 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, qui revoit les modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la CMU-C.

4.4.2.1. Rappel sur les nouvelles modalités de remboursement

Les organismes gestionnaires de la CMU-C étaient jusqu'au 31 décembre 2012 remboursés sur la base d'un forfait de 370 € par an et par bénéficiaire. Ce mode de remboursement s'avérait inégalitaire, car les organismes ayant une dépense moyenne inférieure au forfait ressortaient bénéficiaires, tandis que les autres devaient assumer un reste à charge. Les modalités de remboursement des dépenses de CMU-C ont donc été modifiées depuis 2013. Les organismes gestionnaires, sont désormais remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait indexé sur la progression de l'inflation.

En pratique, la prise en charge des dépenses en année N s'effectue sur la base d'un acompte par bénéficiaire. En année N + 1, une régularisation est opérée entre la somme totale des acomptes enregistrés en année N et le montant définitif des dépenses engagées en année N, dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire. Un tableau récapitulatif (TR) a été conçu pour le traitement des régularisations auprès des OC, tandis que les modèles de facturation pour les régimes ont également été ajustés pour distinguer la dépense réellement constatée de la dépense forfaitaire.

4.4.2.2. Les actions du Fonds pour maîtriser les risques

Face aux risques financiers et comptables induits par cette réforme, le Fonds CMU s'est organisé pour suivre et contrôler les dépenses de l'ensemble des organismes gestionnaires de la CMU-C. La répartition du travail a été redéfinie en interne, mais aussi avec les partenaires, notamment l'URSSAF île-de-France. Les actions ont été engagées dès 2013, certaines ont été adaptées et renforcées en 2015, pour tenir compte des enseignements de la première campagne de régularisation à partir des TR.

Les OC ont reçu à plusieurs reprises des notes d'information visant à expliquer le principe du TR, préciser les documents justificatifs à transmettre au Fonds CMU et attirer l'attention sur le remplissage de certains champs du bordereau de déclaration.

Le Fonds CMU a adapté son système d'information, afin de pouvoir traiter et contrôler les données transmises dans le cadre du TR et gérer les paiements et les remboursements des OC. De nouveaux tableaux de bord et outils de suivi ont été établis.

Le plan de contrôle a été restructuré. Il précise les contrôles à effectuer sur les effectifs et les dépenses des régimes, et comporte de nouveaux contrôles liés au tableau récapitulatif :

- Les contrôles de conformité entre les données du TR, les états des dépenses transmis comme pièces justificatives et les déclarations des quatre trimestres ;
- Les contrôles de cohérence sur l'évolution des données déclarées dans le TR par rapport à celles déclarées au cours des trimestres ;
- Les contrôles des bénéficiaires à partir des listes définitives des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Trois procédures relatives aux contrôles des dépenses ont été modifiées et trois nouvelles procédures ont été créées, pour cadrer les activités relatives aux nouvelles modalités de remboursement des organismes. Ces travaux sur les procédures ont permis d'entreprendre une démarche globale plus large de révision des procédures du Fonds CMU, au-delà du périmètre du TR.

4.4.3. Le travail de refonte des procédures du Fonds CMU

Le Fonds CMU a profité de la révision des procédures relatives au contrôle des dépenses de CMU-C pour lancer un travail de refonte de l'ensemble de ses procédures.

L'opération a d'abord consisté à actualiser les procédures, avec chaque acteur du Fonds, en fonction de la réalité des pratiques, puis à identifier les activités nécessitant l'élaboration de nouvelles procédures.

Les procédures ont été harmonisées au même format et classées dans un répertoire organisé selon les principales missions du Fonds CMU :

- Financement des dispositifs ;
- Suivi des dispositifs ;
- Analyse et évaluation des dispositifs ;
- Gestion de la liste des OC gestionnaires de la CMU-C ;
- Communication et information des usagers et des partenaires ;
- Gestion de l'établissement.

Ce travail a contribué à relancer une dynamique de démarche qualité au sein de l'établissement. Deux référents ont été désignés pour chaque procédure. Ce sont les acteurs principalement impliqués dans la mise en œuvre de la procédure. Ils sont garants du contenu de la procédure et se chargent de sa mise à jour.

Encadré 14 – Lutte contre la fraude à l'ouverture des droits à la CMU-C

La CNAMTS a déployé en 2015 un nouveau programme visant à vérifier l'exactitude des informations déclarées au moment des demandes de CMU-C et contrôler le respect des conditions de ressources pour en bénéficier. La fraude peut concerner la composition du foyer, les ressources, l'identité ou les conditions de résidence.

Les contrôles sont effectués à l'aide de données provenant non seulement des organismes de protection sociale mais aussi des banques. En effet, la CNAMTS dispose du droit de communication bancaire lui permettant de vérifier l'exhaustivité des ressources déclarées.

La nécessité de lutter contre les risques de sous-déclaration des ressources a été soulignée par la Cour des comptes, dans son rapport sur le Fonds CMU publié en mai 2015. Entre 2013 et 2014, la CNAMTS avait déjà vérifié, à titre d'expérimentation, les comptes courants et d'épargne d'un millier de bénéficiaires de la CMU-C dans quatre caisses : Alpes-Maritimes, Gard, Rhône et Seine-Saint-Denis.

5 La communication et l'information

Le Fonds CMU a mis en place un certain nombre d'outils lui permettant d'assurer une communication autour des dispositifs d'accès aux soins.

Depuis 2011, en application du décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011, le Fonds CMU a également pour mission d'assurer la gestion (inscription, retrait, radiation) et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C.

5.1. LES OUTILS DE COMMUNICATION

5.1.1. Les sites internet

Depuis le 29 juin 2015, le Fonds CMU gère désormais deux sites d'information, suite à la mise en ligne d'un site dédié à l'ACS.

Le site www.info-acis.fr, dédié à l'ACS réformée, fournit des informations relatives à l'ACS, donne accès aux simulateurs de droits développés par les caisses d'assurance maladie ainsi qu'au détail des offres de complémentaire santé éligibles à l'ACS, via un comparateur des offres.

Des informations permettent notamment de guider les bénéficiaires et les professionnels qui les accompagnent sur l'application de la réforme, selon la date d'attribution de l'ACS et leur situation vis-à-vis de la complémentaire santé.

Le site enregistre en moyenne 58 000 visites par mois depuis son lancement en juillet 2015.

Le site www.cmu.fr donne accès à un grand nombre d'informations d'ordre pratique, juridique et statistique.

Il a été conçu comme une base documentaire, un site pratique à destination des usagers et un site répondant aux interrogations des professionnels.

Toutes les études menées par le Fonds, ainsi que certaines études émanant d'autres organismes y sont accessibles. Tous les textes législatifs, réglementaires et les circulaires relatifs aux dispositifs sont recensés.

Le site est une base de renseignements pour les assurés qui peuvent, en outre, accéder aux différents formulaires, à la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU (adresses des sièges sociaux et des points d'accueil).

Des espaces dédiés aux professionnels des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance complémentaires et des associations sont disponibles, afin de répondre aux besoins des internautes en fonction de leur profil.

Depuis une refonte globale du site, intervenue en 2012, les visites sont en constante augmentation. En 2015, on comptabilise près de 2,6 M de visites, soit une augmentation de 28,8 % par rapport à 2014.

En complément de son standard téléphonique, le Fonds CMU peut être saisi directement par courriel, via le site

Près de 200 messages sont traités chaque mois, ils proviennent pour l'essentiel d'assurés mais aussi d'organismes complémentaires, de caisses d'assurance maladie, d'associations, d'administrations, etc.

5.1.2. L'annuaire statistique

Ce document regroupe la plupart des données statistiques relatives à la CMU-C et à l'ACS (et qui concernent les effectifs, les dépenses, avec leurs évolutions annuelles et mensuelles, les plafonds d'attribution, etc.) et à la CMU de base (évolutions des effectifs). Il est possible également de retrouver les principales données sur le budget du Fonds CMU.

L'annuaire statistique est mis à jour deux fois par an et il est disponible sur le site du Fonds CMU.

5.1.3. La note de conjoncture

À parution trimestrielle, cette note synthétise les dernières données statistiques connues, concernant le nombre de bénéficiaires de la CMU de base, de la CMU-C et de l'ACS, ainsi que les données relatives à l'assiette de la taxe CMU déclarée par les organismes complémentaires.

Elle est adressée à un nombre restreint de personnes, principalement aux membres du conseil d'administration du Fonds CMU et aux ministères de tutelle.

Elle est ensuite mise en ligne dans l'espace presse du site du Fonds CMU.

5.1.4. La lettre Références CMU

Près de 3 500 exemplaires de cette publication sont diffusés chaque trimestre. Elle est adressée par voie dématérialisée à une centaine de personnes.

Ses destinataires sont les caisses d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les URSSAF, les organismes complémentaires, les associations, les centres communaux d'action sociale, les administrations, la presse, etc.

Chaque numéro reprend notamment les données relatives au nombre de bénéficiaires, le coût des dispositifs et l'actualité juridique. Chaque parution est l'occasion de mettre en lumière les études ou les rapports ayant trait à la CMU-C ou à l'ACS et de faire un point sur les textes, législatifs ou réglementaires récemment parus.

En outre, à partir des bordereaux déclaratifs de la taxe CMU adressés chaque trimestre au Fonds, Références informe sur l'évolution de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires au titre de la TSA.

5.2. LA LISTE DES ORGANISMES GERANT LA CMU-C

Les prestations de la CMU-C sont servies, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire d'assurance maladie, ou par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

Depuis 2012, le Fonds CMU est seul compétent pour l'élaboration et la diffusion de cette liste (décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011).

Pour l'année 2015, le Fonds CMU a procédé à la mise à jour de la liste des organismes complémentaires participant au dispositif et en a assuré la diffusion auprès des caisses nationales d'assurance maladie, de la caisse nationale d'allocations familiales, des agences régionales de santé et des préfetures. 321 organismes gestionnaires de la CMU-C ont été comptabilisés (sur un total de 537 organismes cotisants).

La liste a été publiée au Bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarité du 15 février 2015.

Pour l'année 2015, ont été enregistrés :

- 13 retraits volontaires, concernant exclusivement des mutuelles ;
- 23 autres suppressions résultant d'opérations de fusions-absorptions ;
- 1 suppression faisant suite à la liquidation judiciaire d'une mutuelle ;
- 1 inscription.

Le taux du nombre d'OC inscrits comparé à l'ensemble d'OC cotisants, atteint près de 60 % (61 % en 2014, 67 % en 2013). 64 % des mutuelles sont inscrites, 83 % des institutions de prévoyance et 35 % des sociétés d'assurances.

Tableau 58 – Mouvements enregistrés pour l'année 2015

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances	Total
Organismes maintenus dans le dispositif	267	19	34	320
Organismes entrant dans le dispositif	1	0	0	1
Organismes sortant du dispositif	35	2	0	37
dont retraits volontaires	13	0	0	13
faisant suite à une fusion-absorption	21	2	0	23
faisant suite à une liquidation judiciaire	1	0	0	1
Total dans le dispositif	268	19	34	321
Hors dispositif	149	4	63	216
Total des organismes complémentaires	417	23	97	537
Part d'organismes gérant la CMU-C	64%	83%	35%	60%

Source : Fonds CMU

Tableau 59 – Historique du nombre d'organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C

Année	Mutuelle	Assurance	IP	Total
2005	248	26	10	284
2006	216	27	10	253
2007	204	23	8	235
2008	494	34	30	558
2009	471	34	29	534
2010	433	34	28	495
2011	413	37	25	475
2012	377	36	25	438
2013	346	35	23	404
2014	302	34	20	356
2015	268	19	34	321

Source : Fonds CMU

Glossaire

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ANI	Accord national interprofessionnel
BO	Bulletin officiel
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CES	Centre d'examens de santé
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-B	Couverture maladie universelle de base
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
Dom	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EN3S	Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Institution de prévoyance
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
JO	Journal officiel
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
OC	Organisme complémentaire



ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PUMA	Protection universelle maladie
RAC	Reste à charge
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SLM	Section locale mutualiste
TR	Tableau récapitulatif
TSA	Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, « Taxe CMU »
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URSSAF	Union de recouvrement pour la Sécurité sociale et les allocations familiales



Annexes

ANNEXE 1. LES MISSIONS DU FONDS CMU

Le Fonds de financement de la CMU (Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie) est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999.

Son fonctionnement est précisé par les articles R. 862-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Les missions principales confiées au Fonds CMU sont :

- le financement de la CMU complémentaire et de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé et le contrôle des dépenses liées à ces dispositifs ;
- le suivi et l'analyse du fonctionnement des dispositifs et, à ce titre, formuler des propositions d'évolution ;
- l'élaboration et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

Outre les missions définies par les textes, le Fonds CMU a considérablement élargi son champ d'action au cours de ces dernières années. Il est devenu un acteur incontournable sur tous les sujets en rapport avec l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité.

Par ailleurs, il a un rôle d'observatoire des complémentaires santé: il suit et analyse l'évolution de l'assiette de la TSA déclarée par les organismes complémentaires, mène des études sur la qualité des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS.

Pour mener à bien ses différentes missions, l'équipe du Fonds CMU est constituée de 11 personnes : un directeur, un directeur adjoint, un agent comptable en adjonction de service, un fondé de pouvoir de l'agent comptable, une comptable, quatre conseillers techniques et trois assistantes (dont une stagiaire en alternance).

■ La mission de financement des dispositifs et de contrôle des dépenses

L'une des premières missions confiée au Fonds CMU par le législateur est de « *financer la couverture des dépenses de santé* » de la CMU-C et « *d'assurer la gestion* » de l'aide pour une complémentaire santé (article L.862-1 du Code de la Sécurité sociale).

Pour assurer le financement de ces dispositifs, l'article L.862-3 du Code de la Sécurité sociale prévoit deux types de recettes : la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé et une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs.

Ces recettes, comme les dépenses donnent lieu à un contrôle par le Fonds CMU :

- le suivi et le contrôle de l'évolution du montant de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires (contrôle de cohérence) ;
- le contrôle des éléments déclaratifs (assiette et effectifs) en lien avec l'URSSAF Ile-de-France ;
- le contrôle des versements effectués par l'ACOSS, cette dernière étant l'organisme chargé de recouvrer cette créance ;
- le suivi des dépenses (régimes obligatoires et organismes complémentaires) ;
- le contrôle des effectifs.

■ La mission de suivi et d'analyse

Le Fonds CMU réalise un important suivi des dispositifs. Il s'agit d'un suivi statistique des effectifs et de la dépense, mais également d'un suivi de l'impact des dispositifs, tant sur le plan financier que social.

Cette mission s'est considérablement amplifiée compte tenu des dernières évolutions législatives. Ainsi, la mesure de revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS en 2013 a conduit à une analyse approfondie des effets sur le nombre de bénéficiaires de ces dispositifs. Plus récemment, la mise en œuvre de la réforme de l'ACS a engendré un suivi attentif de la montée en charge des effets de la réforme.

La mission d'analyse et d'évaluation du Fonds a pour objectif d'identifier les difficultés d'application de la loi et de proposer les évolutions nécessaires. Le Fonds CMU a été ainsi directement à l'origine de nombreuses décisions prises par les pouvoirs publics.

Elle implique l'élaboration de rapports annuels : rapport d'activité, rapport sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, rapport sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS et bisannuels, le rapport d'évaluation de la loi CMU.

Le Fonds CMU produit également des études, réalisées en collaboration avec différents partenaires (DREES, IRDES, EN3S, ODENORE, organismes complémentaires, caisses d'assurance maladie, universitaires, sociologues, etc.).

En outre, le Fonds CMU recherche constamment l'expérience issue des acteurs du terrain. Dans cette optique, il a noué un partenariat actif avec les associations œuvrant dans le domaine de l'action sanitaire et sociale et de l'exclusion.

Un comité de suivi Fonds CMU-Associations a été mis en place en 2012. Les associations participant à ce comité de suivi sont principalement celles membres du conseil de surveillance : ATD-Quart Monde, le Secours populaire, le Secours catholique, l'UNIOPSS, la Croix rouge française, Médecins du Monde, le CISS (Collectif interassociatif sur la santé), l'UNAF. Les réunions ont lieu à une fréquence bisannuelle et permettent d'échanger sur les difficultés d'accès aux soins et aux droits des populations précaires (refus de soins, renoncements aux soins, non-recours aux droits) et sur les évolutions juridiques.

■ La gestion de la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C

En application du décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011, le Fonds CMU a pour mission d'assurer chaque année la gestion (inscription, retrait, radiation) et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C. Celle-ci fait l'objet d'une publication au Bulletin Santé Protection sociale Solidarités du mois de février.

► Les missions du Fonds CMU

Le financement des dispositifs	Le suivi des dispositifs	L'analyse et l'évaluation des dispositifs	Les autres missions
Le contrôle des recettes : la taxe de solidarité additionnelle et la taxe tabac	Le suivi statistique : le recueil des données, l'alimentation des bases de données, la diffusion des données	L'élaboration de rapports et d'études	La gestion de la liste des OC gérant la CMU-C
Le contrôle des dépenses : la dépense de CMU-C et la dépense d'ACS	Le suivi financier	Le recueil des remontées du terrain	La communication et l'information des usagers et des partenaires

ANNEXE 2. LA PRESENTATION DES DISPOSITIFS

Les lois des 27 juillet 1999 et 13 août 2004 ont créé quatre dispositifs d'accès aux soins :

- la CMU de base qui permet aux personnes qui résident en France de bénéficier d'une assurance maladie, si elles ne peuvent être affiliées à un autre titre ;
- la CMU complémentaire qui permet l'accès aux soins des personnes les plus démunies par l'attribution d'une complémentaire santé gratuite ;
- l'ACS qui offre, aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C, une aide financière pour la souscription d'un contrat de complémentaire santé ou le financement d'un contrat en cours ;
- L'AME qui offre, aux personnes en situation irrégulière, ayant des ressources inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C, une assurance maladie de base et/ou complémentaire. L'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximums fixés par l'assurance maladie (cette prestation ne fait pas l'objet d'un suivi par le Fonds CMU).

La CMU de base et l'entrée en vigueur de la protection universelle maladie (PUMA)

À compter du 1^{er} janvier 2016, la CMU de base est intégrée dans le dispositif plus large de la PUMA.

Introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, la PUMA garantit à toute personne qui travaille ou réside en France, de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé, à titre personnel, et de manière continue tout au long de la vie.

Les conditions d'affiliation sont simplifiées : le droit à la prise en charge des soins est ouvert dès la première heure de travail ; à défaut, l'assuré doit justifier résider de manière régulière en France depuis une durée de trois mois minimum.

Les personnes exerçant une activité professionnelle, ou résidant en France, ayant désormais droit à la prise en charge des frais de santé, la CMU de base qui garantissait la prise en charge des frais de santé à toute personne résidant en France de façon stable et régulière n'a plus de raison d'être et est par conséquent supprimée. De même, la notion de maintien de droit n'existe plus, le droit à la prise en charge des frais de santé étant garanti tout au long de la vie.

La réforme tend à l'individualisation et l'autonomisation des droits. Tous les adultes deviennent des assurés autonomes, la notion d'ayant droit majeur disparaît. Chaque assuré majeur aura son propre compte d'assuré social, son propre décompte de remboursement et pourra percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire.

La CMU complémentaire (CMU-C)

Définition de la CMU-C

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des frais de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux, etc.) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux.

Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais, les professionnels de santé sont payés directement par l'assurance maladie³³.

De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient³⁴.

Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales.

³³ Article L.861-3 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 30 mai 2006 modifié par l'arrêté du 27 mars 2007.

Arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002.

³⁴ Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale.

Conditions d'accès

L'attribution de la CMU-C est soumise à plusieurs conditions :

■ Résider en France de manière régulière

Cette condition est remplie pour les personnes de nationalité française ou par la production d'un titre de séjour, ou la présentation de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours (récépissé en cours de validité, convocation à la préfecture, etc.)³⁵. Les demandes d'accès à la CMU des ressortissants européens inactifs, étudiants ou à la recherche d'un emploi, résidant sur le territoire français depuis moins de 5 ans, donnent lieu à un examen au cas par cas de leur situation personnelle. La circulaire DSS/DACI n°2011-225 du 9 juin 2011 précise les conditions dans lesquelles est effectué cet examen.

■ Résider en France de manière stable

À l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas : personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié, personnes ayant accompli un volontariat international à l'étranger.

Lors de la demande de renouvellement, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile)³⁶.

■ Avoir des ressources inférieures à un plafond³⁷.

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer³⁸.

Au 1^{er} juillet 2015, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 645 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 9 621 € pour une personne seule.³⁹

Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande, est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés⁴⁰.

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer (en 2015, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule est de 62,90 €)⁴¹.

Le RSA, la prime d'activité, la prime d'accueil du jeune enfant, de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de l'allocation de rentrée scolaire ne sont pas pris en compte⁴².

Les revenus d'activité perçus durant la période de référence, subissent un abattement de 30 % lorsqu'au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieur à six mois pour longue maladie, de chômage indemnisé ou perçoit l'allocation temporaire d'attente, l'allocation de solidarité spécifique, ou encore est

³⁵ Lettre ministérielle DSS/2 A du 31 août 2001 relative aux conditions d'attribution de la CMU (affiliation au régime général sur critère de résidence et/ou attribution de la protection complémentaire en matière de santé)

³⁶ Article R.115-6 du code de la sécurité sociale.

³⁷ Article L.322-4 du code de la sécurité sociale.

³⁸ Article D.861-1 du code de la sécurité sociale.

Article R.861-3 du code de la sécurité sociale.

³⁹ Les dispositifs de la CMU-C et ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

⁴⁰ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

⁴¹ Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

⁴² Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle⁴³.

La CMU-C est gérée, soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU complémentaire⁴⁴.

À l'expiration de leur droit à la CMU complémentaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 € *hors taxes* par an en 2015, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU complémentaire, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins⁴⁵.

La demande de CMU-C est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur. Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année dans les mêmes formes que la demande initiale, deux mois avant la date d'échéance du droit⁴⁶.

Le bénéfice de la CMU-C peut ouvrir droit aux tarifs sociaux⁴⁷ de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Définition de l'ACS

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de moins de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, en application de l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence (l'ACS reste applicable sur les contrats ouverts avant le 1^{er} juillet 2015 et ce jusqu'à leur échéance). Actuellement, onze groupements d'organismes complémentaires proposent des contrats éligibles à l'ACS.

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 550 € pour celles de 60 ans et plus.

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due.

Cette aide réduit et dans certains cas, prend totalement en charge le montant de la cotisation annuelle⁴⁸.

Les droits liés à l'ACS

■ La dispense totale d'avance des frais

Les bénéficiaires de l'ACS disposaient d'ores et déjà un droit au tiers payant sur la part obligatoire des soins.

⁴³ Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

⁴⁴ Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

⁴⁵ Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1999. Arrêté du 27 avril 2001 modifié par l'arrêté du 8 mars 2013, fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

⁴⁶ Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

⁴⁷ Décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité et Décret 2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité come produit de première nécessité.

⁴⁸ Article L.863-1 du code de la sécurité sociale.

L'article 41 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a étendu le tiers payant à la part complémentaire à compter du 1^{er} juillet 2015 pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé.

Le tiers payant intégral est effectif pour les bénéficiaires ayant souscrit un contrat éligible à l'ACS.

- L'opposabilité des tarifs des médecins

L'article 1^{er} de l'avenant n° 8 du 25 octobre 2012, prévoit la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS.

- L'exonération des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €

L'article 42 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 exonère les bénéficiaires de l'ACS du paiement des franchises sur les boîtes de médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les prestations de transport de patients, ainsi que des participations forfaitaires pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, et pour les actes de biologie médicale.

- Le contrat de sortie

L'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 instaure un contrat de sortie ACS, proposé à toute personne ayant bénéficié d'un contrat auprès d'un organisme complémentaire sélectionné. Ce contrat, choisi parmi les trois contrats ACS offerts par cet organisme, est proposé à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS.

- Droit aux tarifs sociaux de l'énergie

Le bénéfice de l'ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l'énergie⁴⁹.

► *L'encadrement des tarifs des prestations optiques, prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'ACS*

L'article 86 de la loi du 26 janvier 2016 modernisant le système de santé prévoit que les partenaires conventionnels se voient confier le pouvoir de fixer les tarifs maxima applicables aux bénéficiaires de l'ACS pour ces prestations.

Les conditions d'accès

Pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir plusieurs conditions :

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la CMU-C ;
- Avoir des ressources inférieures à un plafond (correspondant au plafond CMU-C majoré de 35 %).

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1^{er} juillet 2015, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 670 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les Dom depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 12 989 € pour une personne seule.

Les ressources sont étudiées selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la CMU-C.

⁴⁹ Arrêté du 21 décembre 2012 portant modification de l'annexe au décret no 2004-325 du 8 avril 2004 modifié relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

Décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité.

Décret n°2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

L'ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.⁵⁰

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le droit à l'ACS est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse⁵¹.

Pour récupérer le montant de l'ACS déduit des cotisations chaque trimestre, l'organisme complémentaire défalque de sa contribution due au titre de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), un quart du montant de l'aide accordée à ses adhérents.

⁵⁰ Article R.863-1 du code de la sécurité sociale.

⁵¹ Article L.863-3 du code de la sécurité sociale

ANNEXE 3. LES EVOLUTIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES 2015

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Arrêté	16/12/2014	26/12/2014	01/01/2015		
Fixant pour l'année 2015 le montant du forfait annuel défini au deuxième alinéa du a de l'article L.862-2 du code de la Sécurité sociale - Montant fixé à 408 €				JORF n° 0298	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Loi n° 2014-1554	22/12/2014	24/12/2014	01/01/2015		
De financement de la Sécurité sociale pour 2015 L'article 22 prévoit la fusion, à compter du 1er janvier 2016, de la TSCA et la TSA au sein d'une TSA modifiée, dont le taux sera modulé en fonction des caractéristiques des contrats et la dématérialisation de la déclaration et du versement de cette taxe par les organismes complémentaires. L'article 41 étend le dispositif de tiers payant intégral aux bénéficiaires de l'ACS. L'article 42 exonère les bénéficiaires de l'ACS des franchises sur les boîtes de médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les prestations de transport de patients ainsi que des participations forfaitaires pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, et pour les actes de biologie médicale. L'article 90 accentue les sanctions existantes concernant les personnes incitant au refus d'affiliation à un régime de Sécurité sociale et prévoit de sanctionner les personnes refusant délibérément de s'affilier à un régime de Sécurité sociale.				JORF n° 0297	Parlement
Décision	09/01/2015	15/02/2015	01/01/2015		
Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2015				BO Santé Protection sociale Solidarité n°1	Fonds CMU
Arrêté	23/04/2015	13/05/2015	01/01/2015		
Fixant le modèle du formulaire « Déclaration de la taxe de solidarité additionnelle pour le financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) - premier, deuxième ou troisième trimestre »				JORF n° 0110	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Arrêté	26/02/2015	03/04/2015	04/03/2015		
Relatif à la composition de la commission mentionnée à l'article R.863-8 du Code de la Sécurité sociale.				JORF n° 0052	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Décret n° 2014-1374	18/11/2014	19/11/2014	01/04/2015		
Relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales				JORF n° 0267	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30	30/01/2015	30/01/2015	01/04/2015		
Relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales				circulaires. legifrance. gouv.fr	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Loi n°2014-892	08/08/2014	09/08/2014	01/07/2015		
De financement rectificative de la Sécurité sociale pour 2014 L'article 11 reporte l'entrée en vigueur de la réforme ACS au 1er juillet 2015 et étend le bénéfice de l'ACS aux contrats collectifs facultatifs L'article 12 : permet à toute personne se voyant attribuer l'ACS de résilier son contrat en cours ou de le modifier si l'organisme auprès duquel elle est assurée est habilitée à proposer des contrats éligibles à l'ACS				JORF n° 0183	Parlement

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Décret n°2014 -1144	08/10/2014	09/10/2014	01/07/2015		
Relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L.863-1				JORF n° 0234	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Décret n° 2015-770	29/06/2015	30/06/2015	01/07/2015		
Relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé				JORF n°0149	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Arrêté	29/06/2015	30/06/2015	01/07/2015		
Relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers-payant pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS				JORF n°0149	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Arrêté	21/07/2015	29/07/2015	30/07/2015		
Fixant le modèle du formulaire unique "Demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'aide pour une complémentaire santé (ACS)				JORF n°0173	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Loi n°2015-1702	21/12/2015	22/12/2015	01/01/2016		
De financement de la Sécurité sociale pour 2016 L'article 27 prévoit le passage de 7 % à 14 % du taux de la TSA applicable aux contrats concernant les personnes non prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie. L'article 33 prévoit la labellisation de contrats de complémentaire santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus. L'article 34 prévoit la création d'une aide individuelle versée par l'employeur aux salariés en CDD, en contrat de mission ou à temps partiel, destinée au financement d'une complémentaire santé. L'article 34 instaure également une dispense d'adhésion de plein droit à un contrat collectif obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. L'article 36 prolonge d'un an la contribution des organismes complémentaires au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins. L'article 59 met en place la protection universelle maladie L'article 61 met en place des modalités de résiliation dérogatoires des contrats de complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ACS. L'article 89 fixe au 1er avril la date de revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS et met en place un bouclier garantissant le maintien des plafonds à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative.				JORF n°0296	Parlement
Loi n°2015-1776	28/12/2015	29/12/2015	01/01/2016		
Relative à l'adaptation de la société au vieillissement L'article 40 prévoit le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.				JORF n°0301	Parlement
Décret n°2015-1883	30/12/2015	31/12/2015	01/01/2016		
Pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016				JORF n°0303	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes

ANNEXE 4. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Rôle du conseil d'administration

Le conseil d'administration du Fonds CMU se réunit au moins deux fois par an, il a notamment pour rôle :

- d'adopter le budget du Fonds;
- d'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;
- de proposer au gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du Fonds;
- d'autoriser le directeur à passer les conventions prévues à l'article R.862-11 du code de la Sécurité sociale (les conventions visées à cet article sont signées entre le Fonds CMU et les organismes d'Assurance Maladie et précisent les modalités de versement des dépenses prévues au a de l'article L. 862-2, notamment les montants et les dates de versement par le fonds aux organismes de Sécurité sociale des acomptes représentatifs des prévisions de dépenses et de recettes prévues au a et au b de l'article L. 862-3, ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire).

En 2015, le conseil d'administration du Fonds s'est réuni deux fois.

Le 30 mars, il a adopté le rapport d'activité et le compte financier pour l'exercice 2014.

Il a tenu sa seconde séance de l'année, le 30 novembre. Au cours de cette séance, le conseil d'administration a approuvé le budget initial pour l'exercice 2016. Les états budgétaires ont été présentés en mode GBCP, c'est-à-dire en intégrant la réforme du cadre général qui structure la gestion budgétaire et comptable de l'État et de ses opérateurs.

Le conseil d'administration a également été tenu informé des travaux menés par le Fonds fin 2015 ayant conduit à la refonte de l'ensemble des procédures internes, notamment celles portant sur les contrôles.

Membres du Conseil d'administration au 31 décembre 2015

■ **Présidente**

- Véronique Wallon

■ **En qualité de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale**

- Marie-Anne Jacquet
- Géraldine Duverneuil
- Bruno Morin

■ **En qualité de représentants du ministre chargé du budget**

- Jean-Philippe Espic
- Damien Dumont

■ **En qualité de représentante du ministre chargé de l'économie**

- Françoise Georgin

ANNEXE 5. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Rôle du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président.

Il est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du Fonds. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du Fonds.

Il concourt au suivi et à l'analyse de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financiers, sanitaire et social.

Le conseil de surveillance du Fonds s'est réuni le 18 juin 2015, au cours de cette séance, il a examiné le rapport d'activité 2014, sur lequel il a émis un avis favorable. Il a pris connaissance du rapport relatif à l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2014.

Le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion de l'année, le 17 décembre 2015. Monsieur Christian Fatoux, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du Gard, a été invité, afin de présenter un point sur l'expérimentation locale de prise en charge des situations de renoncement aux soins des populations en situation de pauvreté. Le Fonds a également présenté son dernier rapport sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2013 et 2014, ainsi que les données disponibles sur l'ACS, dans le contexte de la réforme du dispositif intervenue le 1er juillet dernier.

Membres du Conseil de surveillance au 31 décembre 2015

■ **Président**

- Gérard Bapt

■ **Membres de l'Assemblée nationale**

- Martine Carrillon-Couvreur
- Dominique Tian

■ **Membres du Sénat**

- Gérard Roche
- Alain Milon
- Serge Dassault

■ **Représentants des organismes œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies**

- La Croix-Rouge française : Stéphanie Giron
- Secours populaire français : Alfred Spira
- Secours catholique : Fabrice Molliex
- UNIOPSS : Bruno Grouès
- Médecins du Monde : Bernard Moriau
- ATD Quart Monde : Huguette Boissonnat-Pelsy
- Collectif interassociatif sur la santé : Patrick Mony
- Union nationale des associations familiales : Christiane Basset

■ **Représentants de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés**

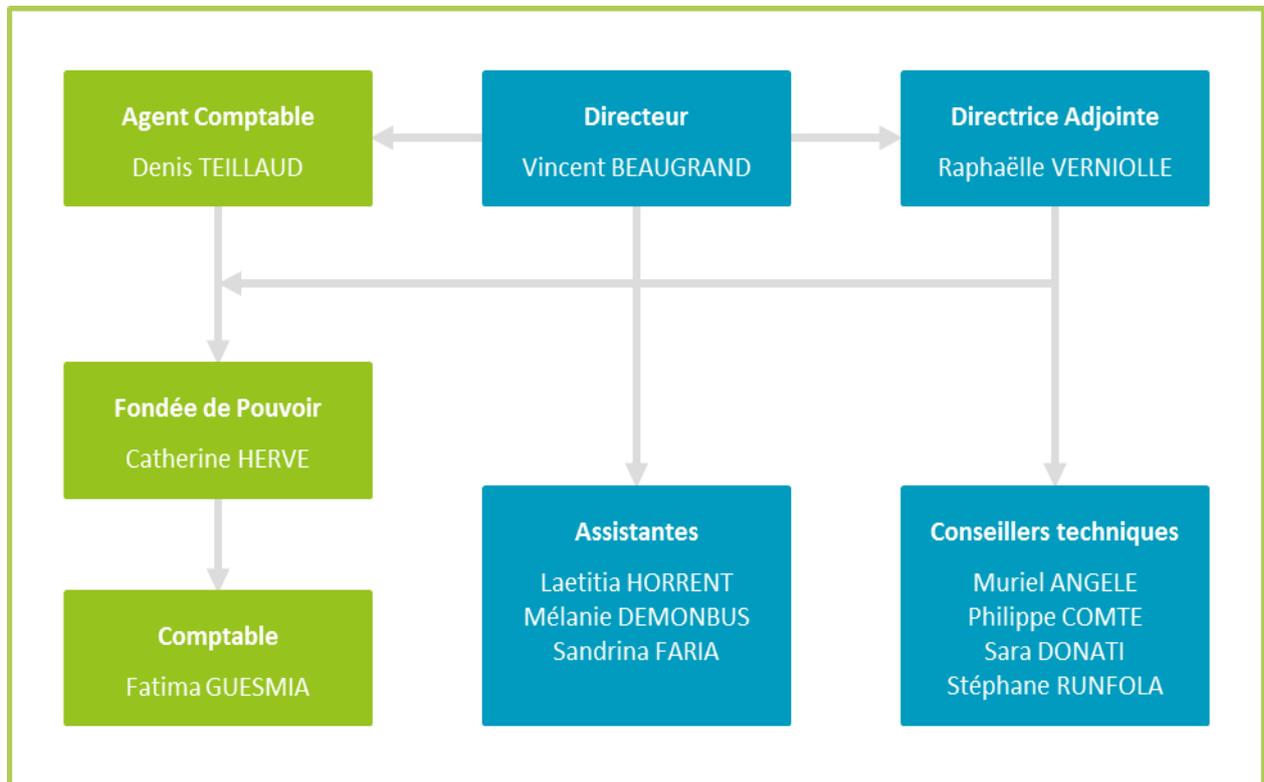
- William Gardey
- Stéphane Lévêque

■ **Représentants du Régime social des indépendants**

- Gérard Quevillon
- Christian Coeuré

- **Représentants de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole**
 - Pascal Cormery
 - Pierre Berthelot
- **Représentants des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale de la mutualité française**
 - Fabrice Henry
 - Dominique Joseph
 - Maurice Ronat
- **Représentant des organismes mutualistes désignés par la Fédération des mutuelles de France**
 - Pascale Vatel
- **Représentant des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles**
 - Philippe Delemarre
- **Représentants de la Fédération française des sociétés d'assurance**
 - Véronique Cazals
 - Norbert Bontemps
- **Représentant du groupement des entreprises mutuelles d'assurance**
 - Jean-François Pluchet
- **Représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance**
 - Jean-Paul Lacam
 - Evelyne Guillet

ANNEXE 6. L'ORGANIGRAMME DU FONDS CMU



*Effectifs au 31 décembre 2015

ANNEXE 7. LES 50 PREMIERS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES EN 2015

Type	N° SIREN	Nom OC	CP	Assiette Taxe	Nbre moyen bénéficiaires	
					CMU-C	ACS
M	538 518 473	Harmonie Mutuelle	75015	2 281 550 352	132 105	113 350
A	310 499 959	AXA France vie	92727	1 506 431 689	15 164	25 621
M	775 685 399	MGEN - Mutuelle Générale de l'Education Nationale	75015	1 464 227 141	11 168	12 608
IP	784 621 468	BTP prévoyance	75294	1 201 050 290	18 681	19 204
IP	410 005 110	Humanis Prévoyance	75116	1 080 833 859	1 478	637
A	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	92682	897 525 439	0	15 269
M	775 685 340	MG - Mutuelle générale	75634	869 456 879	10 374	14 193
M	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	42030	783 307 889	49 217	50 445
IP	333 232 270	AG2R prévoyance	75680	774 923 234	0	1 626
IP	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	75317	767 620 209	1 695	767
A	602 062 481	Generali vie	75009	715 850 727	0	4 975
A	542 110 291	Allianz IARD	75113	659 296 112	23 830	20 295
M	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	45213	578 313 854	7 262	8 078
M	503 380 081	Mutuelle UNEO	92120	570 164 041	2 239	1 582
M	777 927 120	VIASANTE	75008	536 463 549	6 296	18 749
A	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	501 694 845	16 452	13 352
A	340 234 962	Allianz Vie	75002	493 245 687	0	0
M	311 799 878	Mutuelle ADREA	69003	492 497 355	25 306	25 877
A	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages du Crédit agricole	75015	486 940 445	25 069	21 665
A	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	75423	463 244 455	0	3 972
M	331 542 142	MAAF santé	79030	438 169 387	53 974	28 676
M	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	434 373 551	6 896	9 002
A	340 427 616	Groupama Gan Vie	75008	427 092 394	386	447
M	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75317	418 688 653	1 266	6 517
A	440 048 882	MMA IARD	72030	413 214 155	12 401	17 432
IP	318 990 736	Uniprévoyance	94307	390 823 485	0	408
M	779 558 501	MACIF mutualité	79037	327 789 314	17 229	39 567
IP	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	316 834 183	571	201
IP	397 498 783	Klésia Prévoyance	75017	308 700 748	38	16
A	306 522 665	AVIVA assurances	92271	303 614 863	6 012	11 787

Type	N° SIREN	Nom OC	CP	Assiette Taxe	Nbre moyen bénéficiaires	
					CMU-C	ACS
M	775 627 391	Apréva Mutuelle	59306	288 841 965	15 155	20 273
M	302 927 553	Mutuelle Micils	69300	238 941 967	991	3 388
IP	321 862 500	APICIL Prévoyance	69300	228 559 841	0	143
A	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	209 253 541	4 822	4 707
M	434 243 085	Mutuelle Ociane	33054	205 599 800	16 160	17 276
IP	341 334 795	Réunica prévoyance	92599	205 117 668	170	37
M	775 685 365	Mutuelle Intériale	75009	199 190 832	283	485
M	499 982 098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75481	191 448 292	255	376
M	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17034	179 158 271	5 813	21 115
A	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	31131	176 844 518	4 067	6 402
A	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	75009	175 758 978	526	3 422
A	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69251	169 317 801	4 630	5 109
M	775 671 993	Mutuelle Bleue	77014	167 274 927	10 651	12 917
M	339 358 681	Mutuelle Humanis Nationale	41931	163 218 581	396	2 006
M	784 669 954	Mutuelle SMI	75374	153 518 929	4 471	6 344
M	783 711 997	M comme mutuelle	59000	152 375 874	4 428	6 369
M	782 814 818	Mutuelle de France Plus	13010	148 281 676	0	13 835
A	542 063 797	GAN assurances IARD	75008	148 217 394	2 670	5 374
IP	384 268 413	Audiens prévoyance	92177	147 743 307	0	141
M	529 168 007	UMC Santé	75534	147 224 599	1 788	2 974

Sources : OC, Fonds CMU – Déclarations trimestrielles à la TSA reçues de la part des OC

Nota : Les données présentées sur les effectifs ACS sont celles issues des déclarations trimestrielles et ne doivent pas être comparées aux données qui sont présentées dans le cadre de la réforme du dispositif.

ANNEXE 8. LE DETAIL DES OC PAR OFFRE SELECTIONNEE DANS LE CADRE DE L'ACS

Dernière mise à jour : 31 mars 2016

Offre	Siren	Nom OC
Accès Santé	301 862 769	SMH
Accès Santé	304 580 228	MUTUELLE FAMILIALE DE NORMANDIE
Accès Santé	311 799 878	ADREA MUTUELLE
Accès Santé	314 559 451	Mutuelle Mare-Gaillard
Accès Santé	314 765 546	MUTUELLE DES CHEMINOTS DE LA REGION NANTAISE
Accès Santé	315 519 231	Mutuelle La Choletaise
Accès Santé	317 442 176	EOVI-MCD MUTUELLE
Accès Santé	334 400 116	MUTUELLE DES CHEMINOTS PICARD
Accès Santé	344 008 511	MUTUELLE FAMILIALE ET INTER-ENTREPRISES DE ROCHEFORT
Accès Santé	344 710 991	Mutame Territoire de Belfort
Accès Santé	347 391 948	Mutuelle du Personnel du CHU et des Hôpitaux du Puy de Dôme
Accès Santé	348 099 789	Mutuelle Provence Entreprises - MPE
Accès Santé	350 879 078	UNION HARMONIE MUTUALITE
Accès Santé	382 968 865	Myriade Groupe Eovi Mcd Mutuelle
Accès Santé	383 143 617	Solimut Mutuelle de France
Accès Santé	391 322 849	Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi – Complémentaire Santé
Accès Santé	391 399 052	Mutuelle des Métiers de l'Electronique et de l'Informatique
Accès Santé	434 243 085	MUTUELLE OCIANE
Accès Santé	442 978 086	Union Pavillon Prévoyance
Accès Santé	444 042 303	Mutacité (mutuelle substituée par la MNT)
Accès Santé	444 270 730	Mutuelle Keolis Rennes
Accès Santé	499 982 098	MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE
Accès Santé	538 518 473	HARMONIE MUTUELLE
Accès Santé	775 513 765	Mutame Val de France
Accès Santé	775 627 391	APREVA MUTUELLE
Accès Santé	775 671 910	MUTUELLE GENERALE ENVIRONNEMENT ET TERRITOIRES
Accès Santé	775 678 584	MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE
Accès Santé	775 685 399	MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE
Accès Santé	776 090 854	MUTUELLE DE SETE
Accès Santé	776 525 610	Mutame Savoie Mont-Blanc
Accès Santé	776 950 602	Mutuelle du Personnel des Organismes Sociaux et Similaires - Région Midi-Pyrénées
Accès Santé	776 950 610	MUTAERO
Accès Santé	776 950 677	MUTAMI
Accès Santé	778 213 678	Mutuelle des Organismes Sociaux de Dijon - Mutuelle MOS
Accès Santé	780 915 898	Mutame Normandie
Accès Santé	781 343 249	MFBCO
Accès Santé	782 416 127	MUTUELLE DE France 04/05
Accès Santé	782 825 368	MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS (Marseille)
Accès Santé	783 005 655	MUTUELLE FAMILIALE DE LA CORSE
Accès Santé	783 332 448	MGEL
Accès Santé	784 442 923	LA SOLIDARITE MUTUALISTE
Accès Santé	784 621 476	MUTUELLE CIVILE DE LA DEFENSE

Offre	Siren	Nom OC
Accès Santé	799 220 447	MATMUT SANTE PREVOYANCE
ACS Couleurs Mutuelles	313 385 882	Mutuelle Familiale
ACS Couleurs Mutuelles	314 685 835	Mutuelle des Hopitaux de la Vienne
ACS Couleurs Mutuelles	334 489 986	Mutuelle Générale d'Avignon
ACS Couleurs Mutuelles	340 936 087	Mutuelle MATH
ACS Couleurs Mutuelles	344 634 647	Mutuelle Santé 08
ACS Couleurs Mutuelles	350 873 287	Mutuelle des Territoriaux et Hospitaliers
ACS Couleurs Mutuelles	353 171 440	Mutuelle Interprofessionnelle Antilles Guyane
ACS Couleurs Mutuelles	353 208 010	Prado Mutuelle
ACS Couleurs Mutuelles	379 718 653	Mutuelle Nationale des Personnels Air France
ACS Couleurs Mutuelles	388 213 332	Mutuelle du Batiment et des Travaux Publics de la Réunion
ACS Couleurs Mutuelles	388 213 712	Mutuelle Familiale de la Réunion
ACS Couleurs Mutuelles	389 011 594	Mutuelle Générale de Belfort
ACS Couleurs Mutuelles	391 346 236	Mutuelle du personnel IBM
ACS Couleurs Mutuelles	391 951 357	Mutuelle du Personnel des Collectivités Territoriales de la Réunion
ACS Couleurs Mutuelles	405 390 238	Mutuelle de France Loire Forez
ACS Couleurs Mutuelles	409 721 727	Mutuelle Complémentaire de l'Albanais
ACS Couleurs Mutuelles	430 039 081	Mutuelle des Agents des Services Publics
ACS Couleurs Mutuelles	431 473 958	Mutuelle Familiale du Loiret
ACS Couleurs Mutuelles	432 836 849	Reunica
ACS Couleurs Mutuelles	442 292 447	Mutuelle Saint Gobain et Assimilés
ACS Couleurs Mutuelles	442 730 040	Mutuelle de France Loire Haute-Loire
ACS Couleurs Mutuelles	443 172 507	Mutuelle de Prévoyance du Personnel de la Macif
ACS Couleurs Mutuelles	443 996 459	Mutuelle Médico-sociale Santé de Passy
ACS Couleurs Mutuelles	483 041 307	SMACL Santé
ACS Couleurs Mutuelles	502 858 418	AG2R La Mondiale
ACS Couleurs Mutuelles	775 657 521	Mutuelle du Ministère de la Justice
ACS Couleurs Mutuelles	775 659 378	Mutuelle de Prévoyance Interprofessionnelle
ACS Couleurs Mutuelles	775 709 710	APIVIA Mutuelle
ACS Couleurs Mutuelles	776 346 462	Mutuelle de France Roanne
ACS Couleurs Mutuelles	776 531 642	Mutuelle de France Unie
ACS Couleurs Mutuelles	776 949 760	Mutuelle Nationale des Sapeurs-Pompiers de France
ACS Couleurs Mutuelles	777 927 120	ViaSanté
ACS Couleurs Mutuelles	779 445 436	Mutuelle SAMIR
ACS Couleurs Mutuelles	779 558 501	Macif-Mutualité
ACS Couleurs Mutuelles	781 847 975	Mutuelle Médicale Chirurgicale Atlantique
ACS Couleurs Mutuelles	783 623 655	Mutuelle Familiale de la Région de Fourmies
ACS Couleurs Mutuelles	784 394 363	CPAMIF
ACS Couleurs Mutuelles	784 442 899	Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales
ACS Couleurs Mutuelles	785 151 689	Les Ménages Prévoyants
ASACS La santé solidaire	302 927 553	MICILS
ASACS La santé solidaire	321 862 500	APICIL PREVOYANCE
ASACS La santé solidaire	339 358 681	Radiance Groupe HUMANIS National (MHN)
ASACS La santé solidaire	340 359 900	INTEGRANCE
ASACS La santé solidaire	352 027 213	Radiance Groupe Humanis
ASACS La santé solidaire	403 498 215	Vauban Humanis Prévoyance
ASACS La santé solidaire	410 005 110	Humanis Prévoyance

Offre	Siren	Nom OC
ASACS La santé solidaire	433 938 081	Mutuelle régionale des organismes sociaux du centre (MUROS)
ASACS La santé solidaire	483 747 333	Radiance Groupe HUMANIS Grand Est (GEM)
ASACS La santé solidaire	775 641 681	MUT'EST
ASACS La santé solidaire	775 671 993	Mutuelle Bleue
ASACS La santé solidaire	776 398 786	MIEL Mutuelle
ASACS La santé solidaire	777 749 409	M.B.A Mutuelle
ASACS La santé solidaire	778 542 852	Mutuelle Medico Chirurgicale (MMC)
ASACS La santé solidaire	778 607 713	Mutuelle GRM
ASACS La santé solidaire	783 711 997	M comme Mutuelle (MCM)
ASACS La santé solidaire	784 669 954	Mutuelle SMI
Assureurs Complémentaires Solidaires	306 522 665	AVIVA SSURANCES
Assureurs Complémentaires Solidaires	310 499 959	AXA France VIE
Assureurs Complémentaires Solidaires	310 863 139	PRUDENCE CREOLE
Assureurs Complémentaires Solidaires	314 635 319	GROUPAMA OCEAN INDIEN
Assureurs Complémentaires Solidaires	340 427 616	GROUPAMA GAN VIE
Assureurs Complémentaires Solidaires	343 115 135	GROUPAMA SA
Assureurs Complémentaires Solidaires	353 457 245	Axa Assurance Vie Mutuelle
Assureurs Complémentaires Solidaires	379 834 906	GROUPAMA MEDITERRANEE
Assureurs Complémentaires Solidaires	379 906 753	GROUPAMA GRAND EST
Assureurs Complémentaires Solidaires	381 043 686	GROUPAMA CENTRE ATLANTIQUE
Assureurs Complémentaires Solidaires	381 324 912	GFA CARAIBES
Assureurs Complémentaires Solidaires	383 844 693	GROUPAMA LOIRE BRETAGNE
Assureurs Complémentaires Solidaires	383 853 801	GROUPAMA CENTRE MANCHE
Assureurs Complémentaires Solidaires	383 987 625	GROUPAMA NORD EST
Assureurs Complémentaires Solidaires	382 285 260	GROUPAMA PARIS VAL DE LOIRE
Assureurs Complémentaires Solidaires	391 851 557	GROUPAMA D'OC
Assureurs Complémentaires Solidaires	398 972 901	GMF ASSURANCE
Assureurs Complémentaires Solidaires	410 569 776	GAN Prévoyance
Assureurs Complémentaires Solidaires	440 048 882	MMA IARD
Assureurs Complémentaires Solidaires	452 581 515	GROUPAMA GAN ANTILLES GUYANE
Assureurs Complémentaires Solidaires	542 063 797	GAN ASSURANCES
Assureurs Complémentaires Solidaires	542 073 580	MAAF Assurance SA
Assureurs Complémentaires Solidaires	602 062 481	GENERALI VIE
Assureurs Complémentaires Solidaires	612 007 674	LA SAUVEGARDE
Assureurs Complémentaires Solidaires	775 715 683	MUTUELLE DE POITIERS ASSURANCES
Assureurs Complémentaires Solidaires	779 838 366	GROUPAMA RHONE ALPES AUVERGNE
Atout Cœur Santé	333 173 128	Mutuelle Chirurgicale Medicale Corse
Atout Cœur Santé	776 950 669	PREVIFRANCE
Atout Cœur Santé	781 166 293	SMATIS France
Atout Cœur Santé	782 395 511	MUTUELLES DU SOLEIL
Atout Cœur Santé	784 227 894	MCVPAP - Mutuelle Complementaire De La Ville De Paris, De L'assistance Publique Et Des Administrations Annexes
Atout Cœur Santé	784 301 475	MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
Atout Cœur Santé	384 513 073	MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE DES ANTILLES
Atout Cœur Santé	775 685 365	INTERIALE MUTUELLE
Atout Cœur Santé	784 647 323	LAMIE - La mutuelle Inter Expat
Complémentaire Santé Solidaire	352 358 865	PACIFICA
Complémentaire Santé Solidaire	784 608 416	CREDIT AGRICOLE

Offre	Siren	Nom OC
Complémentaire Santé Solidaire	855 201 018	BANQUE CHALUS
Complémentaire Santé Solidaire	954 509 741	LCL
Klésia ACS	344 033 360	Mutuelle Klésia Saint Germain
Klésia ACS	333 006 070	APS Prévoyance
Klésia ACS	324 593 979	Mutuelle UFR
Klésia ACS	333 212 561	Mutuelle de Pontoise
Klésia ACS	431 875 210	Mutuelle Carcept prev
Klésia ACS	784 394 413	Mutuelle familiale des cheminots de France
Klésia ACS	784 410 805	Mutuelle Société Générale
Klésia ACS	481 721 769	Sogear - 2AH
MTRL Complémentaire Santé ACS	350 838 686	Sérénis Assurances
MTRL Complémentaire Santé ACS	352 406 748	ACM Assurances du Crédit Mutuel
MTRL Complémentaire Santé ACS	408 824 985	ACMN Assurances Crédit Mutuel Nord
MTRL Complémentaire Santé ACS	542 016 381	CIC
MTRL Complémentaire Santé ACS	777 345 067	MTRL Une Mutuelle pour tous
Mutuelle Saint Martin	775 688 708	Mutuelle Saint Martin
Oui Santé	440 165 041	La Banque Postale Assurance Santé
Oui Santé	529 168 007	Mutuelle UMC
Oui Santé	775 685 340	La Mutuelle Générale
Oui Santé	784 718 256	Malakoff Médéric
Proxime Santé	309 104 099	LA MUTUELLE VERTE
Proxime Santé	309 244 648	MUTUELLE FAMILIALE DES ALPES
Proxime Santé	313 309 080	LES MUTUELLES LIGERIENNES
Proxime Santé	314 357 047	MUTUELLE FAMILIALE DE L'INDRE
Proxime Santé	317 255 230	MG CORSE
Proxime Santé	320 377 906	MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE SOCIALE
Proxime Santé	321 073 470	MUTUALITE DE LA REUNION
Proxime Santé	324 310 614	GSMC
Proxime Santé	325 697 258	MUTUELLE D'ARGENSON
Proxime Santé	331 901 942	MIP
Proxime Santé	339 420 226	CMIP
Proxime Santé	380 155 929	Mutuelle de Pays Vilaine
Proxime Santé	388 213 423	MGSR
Proxime Santé	417 934 817	MILTIS AESM
Proxime Santé	440 293 355	UNIMUTUELLES
Proxime Santé	443 586 342	Mutuelle ALMUTRA
Proxime Santé	775 369 887	MUTUALE
Proxime Santé	775 597 768	AMELLIS
Proxime Santé	775 659 378	Mutuelle Prévoyance Interprofessionnelle
Proxime Santé	775 671 951	AVENIR SANTE MUTUELLE
Proxime Santé	775 678 550	MGC
Proxime Santé	776 950 537	MUTUELLE DU REMPART
Proxime Santé	776 950 669	PREVIFRANCE
Proxime Santé	777 169 079	SUD OUEST MUTUALITE
Proxime Santé	778 607 713	GRM
Proxime Santé	778 900 027	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE
Proxime Santé	779 846 849	SOLYON
Proxime Santé	780 004 099	ACORIS MUTUELLES

Offre	Siren	Nom OC
Proxime Santé	780 349 924	AUBEANE
Proxime Santé	780 508 073	CCMO
Proxime Santé	780 716 197	ASPBTB
Proxime Santé	781 017 108	UNION DES TRAVAILLEURS DE DIEPPE
Proxime Santé	781 166 210	MUTUELLE 403
Proxime Santé	783 169 220	EMOA MUTUELLE DU VAR
Proxime Santé	783 169 238	MUTUELLE SANTE
Proxime Santé	783 303 209	MUTUELLES DU PAYS HAUT
Proxime Santé	783 747 793	MUTUELLE LE LIBRE CHOIX
Proxime Santé	783 864 150	JUST
Proxime Santé	784 198 988	M F I F
Proxime Santé	784 360 661	Mutuelle Santé de l'Union Nationale des Combattants
Proxime Santé	784 394 488	MUTUELLE EUROPE
Proxime Santé	784 492 084	Groupe France Mutuelle
Proxime Santé	784 492 100	CNM
Proxime Santé	784 718 207	UNMI - Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle
Proxime Santé	785 873 852	Prévoyance Mutualiste de l'île de France



Fonds de financement de la protection complémentaire
de la couverture universelle du risque maladie

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS
Tél. : 01 58 10 11 90 / Fax. : 01 58 10 11 99
accueil@fonds-cmu.gov.fr

www.cmu.fr