



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2014

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

Sommaire

Avant-propos	4
Édito	7
1 L'évolution contrastée des effectifs selon les dispositifs	9
1.1. L'évolution rapide des effectifs de la CMU-C	11
1.1.1. Le bilan de l'année 2014	11
1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C	15
1.1.3. L'accès aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C	21
1.2. La progression modérée des effectifs de l'ACS	27
1.2.1. Le bilan de l'année 2014 sur la délivrance des attestations	27
1.2.2. Les données sur les accords et les refus au niveau du régime général	28
1.2.3. La répartition par tranche d'âge et par sexe	29
1.2.4. La part des renouvellements au sein des attributions de l'ACS pour le régime général	30
1.2.5. L'utilisation de l'aide auprès des OC	31
1.2.6. Les indicateurs ACS	31
1.2.7. Le rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2013	33
1.2.8. Les aides supplémentaires ACS	37
1.2.9. L'actualisation de l'étude comparative ACS / CMU-C	37
1.3. L'impact de la revalorisation du plafond de ressources pour la CMU-C et l'ACS	43
1.3.1. Rappel du contexte	43
1.3.2. Bilan 2013 et 2014	44
1.4. L'évolution des effectifs de la CMU de base	51
1.4.1. Le bilan de l'année 2014	51
1.4.2. La répartition des bénéficiaires	52
1.4.3. Le recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806	55
2 La croissance modérée des dépenses	57
2.1. Les dépenses de la CMU-C progressent moins vite que les effectifs	57
2.1.1. La dépense pour la part prise en charge par le régime obligatoire	57
2.1.2. La dépense pour la part CMU-C en trésorerie	57
2.1.3. La dépense en trésorerie du régime général	59
2.1.4. La dépense hospitalière au régime général	61
2.2. Les dépenses de l'ACS en augmentation sensible	66
2.2.1. La dépense totale	66
2.2.2. Le montant de la déduction	66
2.3. L'impact des dernières mesures	66
2.3.1. La mesure de revalorisation des plafonds de ressources	66
2.3.2. La réforme des modalités de prise en charge des dépenses de CMU-C	66
2.3.3. Le relèvement de l'ACS à 550 € pour les utilisateurs de l'aide âgés de 60 ans et plus	66
3 Les comptes du Fonds CMU	67
3.1. Le chiffre d'affaires des OC	67
3.1.1. Le bilan de l'année 2014	67
3.1.2. Le contrôle de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires	70

3.1.3. Le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC	71
3.2. Le financement des dispositifs	74
3.2.1. L'impact des dernières mesures	74
3.2.2. Le bilan de l'échéance du tableau récapitulatif	75
3.3. Les comptes du Fonds CMU	77
3.3.1. L'exécution budgétaire	77
3.3.2. Une situation de trésorerie satisfaisante	78
3.3.3. Les travaux de rapprochements comptables	79
4 Les activités du Fonds CMU	80
4.1. La mise en concurrence ACS	80
4.1.1. La détermination d'un cahier des charges	80
4.1.2. La communication sur le nouveau dispositif	80
4.1.3. Le suivi du dispositif	81
4.2. La communication sur les dispositifs	83
4.2.1. Le site internet	83
4.2.2. L'annuaire statistique	83
4.2.3. La note de conjoncture	83
4.2.4. La lettre Références CMU	84
4.2.5. La publication du VIème rapport d'évaluation	84
4.2.6. Le partenariat avec les associations	84
4.2.7. Les actions de communication	84
4.3. Le suivi du panier de soins dentaire de la CMU-C	84
4.3.1. La dépense pour la part CMU-C concernant les soins dentaires	85
4.3.2. La dépense moyenne par bénéficiaire	85
4.3.3. Le suivi de la dépense par acte	86
4.3.4. Les informations issues des professionnels de santé	86
4.4. La liste des organismes gérant la CMU-C	89
4.5. Les études du Fonds CMU	90
4.5.1. L'accès à la complémentaire santé des étudiants	90
4.5.2. L'accès à la complémentaire santé des personnes en situation de handicap	92
4.5.3. Études de l'EN3S	94
4.5.4. Le rapport de l'UNCCAS	96
Glossaire	99
Annexes	102
Annexe 1. Les missions du Fonds CMU	102
Annexe 2. Présentation de la CMU et de l'ACS	104
Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2014	109
Annexe 4. Le conseil d'administration	112
Annexe 5. Le conseil de surveillance	112
Annexe 6. Organigramme du Fonds CMU	114
Annexe 7. Les 100 premiers organismes complémentaires	115
Annuaire statistique	119

Encadrés

Encadré 1 – Population éligible et non recours	9
Encadré 2 – Bilan de la mesure de revalorisation des plafonds CMU-C et ACS	10
Encadré 3 – Etat de santé des bénéficiaires du RSA	26
Encadré 4 – Rappel sur la méthode de calcul du reste à charge dans l'enquête	36
Encadré 5 – L'affiliation des travailleurs frontaliers occupés en Suisse	56
Encadré 6 – La numérisation des bordereaux déclaratifs	71
Encadré 7 – Bilan des fraudes à la CMU-C détectées par les CPAM en 2013	76
Encadré 8 – L'ACS, dix ans après son entrée en vigueur	81
Encadré 9 – Optique solidaire	83
Encadré 10 – Nouvelles modalités de prise en charge des prothèses auditives et des équipements d'optique pour les bénéficiaires de la CMU-C	88
Encadré 11 – Le bilan du partenariat entre le CCAS d'Aubervilliers et la CPAM de Bobigny	98
Encadré 12 – L'ACS à compter du 1 ^{er} juillet 2015	108

Avant-propos

2014 a été une année de hausse importante du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et, dans une moindre mesure, de l'ACS, malgré la persistance d'un niveau de non-recours significatif.

Face à la crise économique et la précarité sociale, les effectifs de la CMU-C ne cessent de croître.

Au 31 décembre 2014, plus de 5,2 millions de personnes sont bénéficiaires de ce dispositif pour l'ensemble des régimes et du territoire.

Les effectifs de l'ACS augmentent également, essentiellement sous l'effet de la revalorisation du plafond de ressources.

À fin novembre 2014, sur 12 mois glissants, près de 1,2 million de personnes sont bénéficiaires d'une attestation ACS pour l'ensemble des régimes et du territoire et plus de 936 000 bénéficiaires ont utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire.

Pour autant, malgré une évolution dynamique des effectifs, une grande partie des bénéficiaires potentiels n'a toujours pas recours, aujourd'hui, aux dispositifs d'aide existants.

Selon les dernières données de la DREES, le taux de recours à la CMU-C en 2013 oscillerait entre 60 et 72 % des personnes éligibles. Il a donc diminué par rapport à 2012 puisque le taux de recours se situait alors entre 66 et 79 %. De surcroît, un nombre toujours insuffisant de bénéficiaires du RSA socle recourt effectivement au dispositif (64 % du nombre de foyers pour le régime général), alors qu'ils y ont accès de plein droit.

Pour l'ACS, le taux de recours en 2013 serait compris entre 28 et 41 % des personnes éligibles. En 2012, il était compris entre 30 et 43 %.

Ainsi, près de 3 millions de personnes n'auraient pas fait valoir leurs droits à la CMU-C et n'auraient pas sollicité l'ACS, ce qui justifie pleinement les mesures gouvernementales de lutte contre le non-recours.

2014 a été la deuxième année de mise en œuvre du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Remis au Premier ministre par François Chérèque le 26 janvier 2015, le deuxième rapport d'évaluation de la mise en œuvre du Plan pluriannuel de lutte contre la

pauvreté et pour l'inclusion sociale souligne le « *phénomène inquiétant* » de l'augmentation du taux de pauvreté des enfants de moins de 18 ans, qui vivent souvent dans des familles monoparentales.

Ce rapport souligne néanmoins que plusieurs mesures importantes ont été déployées dans les calendriers prévus.

Ainsi, les plafonds de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), et de l'aide à la complémentaire santé (ACS), ont été revalorisés de 8,3 % au 1^{er} juillet 2013 (7 % de revalorisation exceptionnelle et 1,3 % de revalorisation au titre de l'inflation), puis de 0,6 % au 1^{er} juillet 2014.

Pour bénéficier de la CMU-C, le plafond de ressources annuelles à ne pas dépasser pour une personne seule en métropole était de 7 934 euros en 2012. Au 1^{er} juillet 2014, il est passé à 8 645 euros.

En ce qui concerne l'ACS, le plafond de ressources annuelles était fixé à 10 711 euros en 2012. Depuis le 1^{er} juillet 2014, il atteint 11 670 euros.

À l'initiative du Fonds CMU, depuis le 1^{er} juillet 2013, et tout au long de l'année 2014, un suivi de la mesure de revalorisation des plafonds CMU-C/ACS a été instauré auprès de 11 caisses primaires d'Assurance Maladie, de la CCMSA et du RSI. Au terme de la montée en charge de la mesure sur les deux dispositifs, un peu plus de 600 000 personnes supplémentaires vont bénéficier d'une aide à la complémentaire : 300 000 au titre de la CMU-C et 300 000 au titre de l'ACS.

De nouvelles mesures ont d'ores et déjà été prises pour favoriser l'accès à une complémentaire santé.

Au-delà de la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS, consacrée par l'avenant n°8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012, l'année 2014 a été marquée par des mesures importantes visant à favoriser l'accès aux droits et l'accès à une complémentaire santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 permet aux étudiants isolés en situation précaire de bénéficier de la CMU-C, indépendamment du foyer de leurs parents. Un arrêté publié le 3 juin 2014 en précise les conditions. 2 600 étudiants vont bénéficier de la CMU-C grâce à cette mesure.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a augmenté le montant de l'ACS pour les personnes âgées de 60 ans et plus, de 500 à 550 € (pour les attestations utilisées à compter du 1^{er} janvier 2014).

Le 30 juin 2014, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a présenté cinq projets de décrets particulièrement attendus dans le cadre de la réforme de la couverture complémentaire santé, qui poursuivent plusieurs objectifs :

- améliorer la couverture par les complémentaires des frais de santé des salariés ;
- réformer les contrats responsables pour garantir une prise en charge de qualité, limiter les dépassements d'honoraires et faire baisser les prix de l'optique ;
- améliorer la qualité des contrats offerts aux bénéficiaires de l'ACS.

Le présent rapport s'attachera surtout à décrire le contexte et les enjeux en lien avec le troisième objectif. Le décret déterminant la procédure de mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS a été publié le 9 octobre 2014.

D'autres mesures verront le jour en 2015, qui parachèveront la réforme du dispositif de l'ACS.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 prévoit la mise en place d'un tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS, à compter du 1^{er} juillet 2015. Par ailleurs, à cette même date, les franchises médicales et les participations forfaitaires seront supprimées pour les bénéficiaires.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement envisage un encadrement des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS (pour les prestations d'optique et les soins dentaires prothétiques et orthodontiques) et l'instauration d'un renouvellement automatique de l'ACS, sans limitation de durée, pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et des autres prestations du minimum vieillesse.

Le Fonds CMU a proposé de nouveaux éclairages sur les dispositifs.

Pour mieux comprendre et expliquer le phénomène de non recours à l'ACS, et plus largement, pour apporter de nouveaux éclairages sur le fonctionnement des dispositifs, notamment sur la question de l'accès aux soins, de nombreuses études ont été réalisées ou pilotées par le Fonds CMU au cours de l'année 2014.

Les résultats détaillés sont présentés dans le cadre de ce rapport, mais nous pouvons citer notamment l'étude sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

et de précarité, celles sur le non recours à l'ACS, sur le recours à la complémentaire des étudiants, ou encore sur le rôle des CCAS dans l'accès à la santé.

Nous profitons de cet avant-propos pour remercier chaleureusement l'ensemble des partenaires qui contribuent avec le Fonds CMU à mieux faire connaître les dispositifs.

La mise en œuvre de la réforme sur la prise en charge des dépenses de CMU-C a eu un impact important sur le financement et la gestion des dispositifs.

En ce qui concerne la gestion des dispositifs, la réforme issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, sur la prise en charge des dépenses de CMU-C, a été mise en œuvre en 2014 et a induit des modifications profondes dans l'organisation des campagnes de déclaration de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Cette réforme permet désormais au Fonds CMU-C d'allouer ses financements en meilleure adéquation avec les dépenses des organismes gestionnaires.

Le rapport sur les coûts moyens de la CMU-C, réalisé par le Fonds CMU, analyse pour la première année l'impact financier de cette mesure. Pour l'exercice 2013, elle a engendré un coût supplémentaire pour l'établissement de 100 M€ pour les régimes obligatoires et de 3,4 M€ pour les organismes complémentaires.

Au-delà du bien-fondé de cette réforme, l'échéance du tableau récapitulatif (TR), qui a été créé pour permettre aux organismes complémentaires de régulariser le montant de leurs dépenses de CMU-C, a été particulièrement laborieuse pour les équipes du Fonds CMU et de la branche recouvrement. Des retards dans la diffusion du TR auprès des organismes complémentaires, ainsi que la mise à disposition tardive de l'outil de saisie et d'exploitation au niveau de l'Urssaf Île-de-France ont sensiblement compliqué les opérations.

Les enseignements devront être tirés en amont de la prochaine échéance du TR 2014.

La Cour des Comptes a réalisé une enquête sur le Fonds CMU et les dispositifs pris en charge.

À la demande de la commission des finances du Sénat, la Cour des Comptes a lancé, à la fin de l'année 2014, une enquête sur le Fonds CMU et sur les 2 dispositifs qu'il finance : la CMU-C et l'ACS, ce qui a mobilisé les équipes du Fonds pour fournir toutes les données et informations nécessaires à la bonne conduite de l'évaluation.

Au-delà du Fonds CMU, la Cour a conduit son enquête auprès de l'ensemble des partenaires : direction de la

sécurité sociale, direction du budget, CNAMTS, CPAM, CNAF, CNAVTS, ACOSS, URSSAF et les fédérations d'organismes complémentaires.

Le rapport sera remis dans le courant de l'année 2015.

Les perspectives pour 2015.

L'année 2015 consacrera la mise en œuvre d'une ACS totalement renouvelée.

Au 1^{er} juillet 2015, à la suite de la procédure de mise en concurrence lancée par le Gouvernement, les bénéficiaires de l'ACS auront accès à des contrats de qualité au meilleur prix. Ils bénéficieront du tiers payant intégral et seront dispensés du paiement des franchises et des participations forfaitaires. Ajouté au fait qu'ils disposent d'un droit aux tarifs opposables chez les médecins et que le projet de loi de santé prévoit la création de tarifs opposables pour un panier de soins élargi, l'ACS va devenir un dispositif complet et de qualité, très proche de celui de la CMU-C.

Dix ans après sa création, les principales critiques qui étaient portées à l'encontre de l'ACS seront donc levées.

Cette réforme profonde doit permettre d'améliorer le recours à ce dispositif, afin de garantir un meilleur accès à la santé pour les personnes concernées.

Pour garantir le succès de ce nouveau dispositif, la communication constituera un élément déterminant. En ce sens, tous les partenaires doivent être mobilisés pour permettre l'accompagnement des bénéficiaires actuels et pour diffuser toutes les informations utiles auprès des bénéficiaires potentiels.

Au niveau de la gestion des dispositifs, l'année 2015 sera dense pour l'équipe du Fonds CMU en ce qui concerne la mise en œuvre de la mesure qui vise à fusionner, à compter du 1^{er} janvier 2016, la taxe sur les conventions d'assurances (TSCA) et la taxe de solidarité additionnelle (TSA), qui sont dues par les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Cette nouvelle TSA va considérablement accroître l'enjeu financier qui devrait plus que doubler.

À cette même date, sera mise en œuvre la dématérialisation de la déclaration et du versement de la taxe.

Cette nouvelle disposition aura un impact favorable pour le Fonds CMU et la branche recouvrement, en rationalisant les circuits liés à l'enregistrement des déclarations.

Pour terminer cet avant-propos, la direction du Fonds CMU salue toute l'équipe du Fonds CMU qui s'est encore fortement investie tout au long de l'année 2014. Que chacun en soit sincèrement remercié.

Édito



Véronique Wallon

*Présidente du conseil d'administration
Inspectrice générale des affaires so-
ciales*



Gérard Bapt

*Président du conseil de surveillance
Député de la Haute-Garonne*

“

La richesse des données présentées dans le rapport d'activité montre la qualité et l'importance du travail réalisé chaque année par l'équipe du Fonds CMU. L'année 2014 a été dynamique et la forte mobilisation engagée sur la procédure de mise en concurrence ACS doit permettre d'assurer le succès du nouveau dispositif. De nombreuses études ont été menées par le Fonds CMU pour sensibiliser et mieux faire connaître les dispositifs. La qualité de ces études est maintenant reconnue et ces travaux constituent une référence. Certains volets peuvent encore être plus profondément documentés et contextualisés. Mieux comprendre, notamment, la dépense hospitalière liée à la prise en charge des bénéficiaires de la CMU-C constitue un enjeu important. Des travaux, à l'initiative du Fonds CMU, seront engagés dès 2015 dans cette direction.

”

“

Le 1^{er} juillet 2015 marquera une nouvelle étape dans la généralisation de la complémentaire santé. Le relèvement du plafond de ressources de la CMU complémentaire et de l'Aide à la complémentaire santé le 1^{er} juillet 2013 et l'extension de la couverture collective prévue par la loi sur la sécurisation de l'emploi en ont constitué les premières étapes. La procédure de mise en concurrence doit permettre d'améliorer l'accès des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) à des contrats de meilleure qualité et à un prix attractif. L'extension du tiers-payant aux bénéficiaires de l'ACS au 1^{er} juillet 2015, ainsi que la suppression des franchises médicales pour ces ménages, contribueront également à diminuer les phénomènes de renoncement aux soins pour les personnes dont les ressources se trouvent en dessous du seuil de pauvreté et qui en seront bénéficiaires.

”

L'équipe du Fonds CMU



Vincent Beaugrand
Directeur



Raphaëlle Verniolle
Directrice adjointe



Denis Teillaud
Agent comptable



Jean-François Chadelat
*Président d'honneur
Médiateur de la Caisse centrale de
la Mutualité agricole sociale*



1 L'évolution contrastée des effectifs selon les dispositifs

Les effectifs de la CMU-C ont atteint plus de 5,2 millions fin 2014. Leur croissance s'est maintenue, sous les effets conjugués de la mesure exceptionnelle de la revalorisation du plafond de ressources et de la dégradation de la conjoncture économique.

Pour l'ACS, on dénombre 1,2 million de bénéficiaires d'attestation au cours de l'année 2014. Ce nombre est en hausse de 3,9 %, en référence à l'année 2013. On a constaté une rupture sur le 1^{er} semestre par rapport à la forte évolution qui avait suivi le premier semestre d'application de la mesure.

À fin novembre 2014, plus de 941 000 personnes ont utilisé leur attestation ACS auprès d'un OC. Le taux d'utilisation reste stable autour de 80 %.

Les effectifs de la CMU-B ont atteint presque 2,4 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2014 pour l'ensemble du territoire. Ils ont progressé de 2,4 % en un an. Toutefois, en l'état actuel de son système d'information, la CNAMTS n'est pour l'instant pas en mesure de communiquer les données de la CMU-B dans leur exhaustivité. Notamment les données relatives aux travailleurs frontaliers en Suisse ne sont pas intégrées.

Encadré 1 – Population éligible et non recours

Fin 2014, la DREES a mis à jour les évaluations des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en métropole.

Pour la CMU-C, la population éligible en 2013 se situe dans une fourchette allant de 5,7 à 6,8 millions de personnes. À méthodologie constante, elle était estimée entre 5,0 et 5,9 millions pour 2012. La forte hausse serait due à l'effet combiné de la hausse du plafond de ressources de la CMU-C et de l'ACS de 8,3 % en juillet 2013 et de la situation économique dégradée, qui se traduit à la fois par une hausse du nombre de demandeurs d'emploi en fin de droits et d'allocataires du RSA socle.

Pour l'ACS, la fourchette varie entre 3,2 et 4,7 millions de personnes, alors qu'elle se situait entre 2,7 et 3,8 millions en 2012. 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 obligatoire¹, soit des fourchettes corrigées de 2,5 à 3,7 millions pour 2013 et de 2,1 à 3,0 millions en 2012. L'augmentation du nombre d'éligibles à l'ACS peut s'expliquer en quasi-totalité, d'après la DREES, par l'augmentation du plafond de ressources de juillet 2013.

En 2013, le taux de recours à la CMU-C se situe entre 60 % et 72 % et celui de l'ACS entre 28 % et 41 %.

¹ Cette proportion est estimée avec le modèle OMAR 2010, de la DREES, en calculant la part des bénéficiaires d'un contrat collectif (obligatoire ou facultatif) parmi les personnes du deuxième décile de niveau de vie (dont les revenus correspondent globalement aux personnes éligibles à l'ACS). Cette proportion est de 27 %. Comme on sait par ailleurs que 80% des contrats collectifs sont obligatoires, on estime à environ 21 % le nombre de personnes éligibles à l'ACS selon le critère de ressources mais qui ne peuvent en bénéficier du fait qu'elles bénéficient d'un contrat collectif obligatoire. Cette valeur est en cours d'actualisation et pourrait évoluer.

Encadré 2 – Bilan de la mesure de revalorisation des plafonds CMU-C et ACS

On estime que 309 200 attributions de la CMU-C sont liées à la mesure de relèvement exceptionnel du plafond entre juillet 2013 et décembre 2014.

Sur la même période, l'estimation porte sur 254 600 attributions de l'ACS, soit 203 700 utilisations d'attestations. La période de montée en charge pour l'ACS va se poursuivre jusqu'en juin 2016. À cette échéance, 300 000 utilisations d'attestations devraient être totalisées.

► *Tableau 1 – Évaluation des attributions CMU-C et ACS liées à la mesure, de juillet 2013 à décembre 2014*

CMU-C				ACS			
	Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions		Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions
2013	101 715	106 000	96,0%	2013	80 068	75 000	106,8%
2014	207 518	200 000	103,8%	2014	174 526	162 500	107,4%
Total	309 233	306 000	101,1%	Total	254 594	237 500	107,2%
				80,0%	203 675	190 000	

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

1.1.1. Le bilan de l'année 2014

1.1.1.1. Les effets de la situation économique

A. Évolution des effectifs de la CMU-C pour l'ensemble des régimes

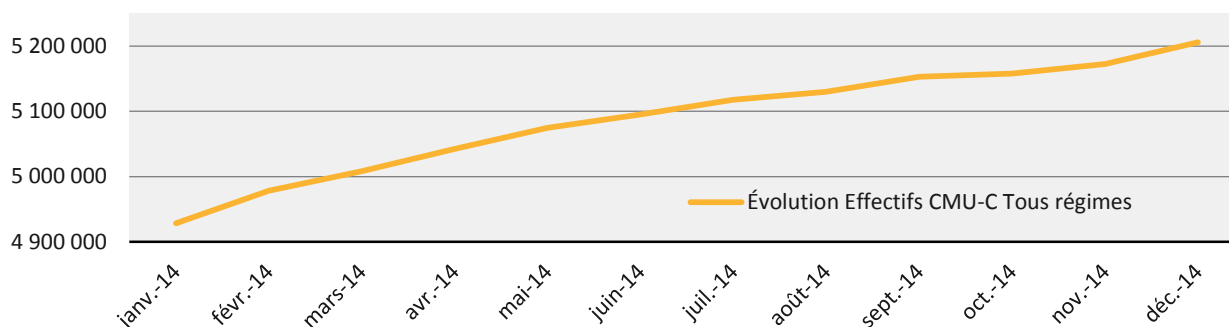
Tous régimes confondus, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à 5,2 millions à fin 2014, dont près de 4,7 millions au régime général. La progression est de 6,5 % sur l'année, elle reste soutenue sur l'ensemble de l'exercice, mais elle ralentit sur le second semestre.

Tableau 2 – Effectifs et évolutions des bénéficiaires de la CMU-C à fin décembre 2014

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
Régime général	4 102 386	589 918	4 692 304
Évolution sur 6 mois	2,1%	2,4%	2,1%
Évolution sur un an	6,3%	6,7%	6,4%
Tous régimes *	4 585 891	619 777	5 205 668
Évolution sur 6 mois	2,2%	1,6%	2,2%
Évolution sur un an	6,6%	5,6%	6,5%

Données estimées – Sources : Tous régimes

Figure 1 – Évolution des effectifs de la CMU-C, de janvier à décembre 2014, tous régimes, métropole et Dom



Données estimées – Sources : Tous régimes

En 2013, on totalisait un cumul de 350 500 bénéficiaires supplémentaires par rapport à 2012. En 2014, ce cumul est de presque 311 000 bénéficiaires supplémentaires par rapport à 2013.

Le cap franchi en 2013 avait été lié en grande partie à la mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond CMU-C, qui a pris effet au 1^{er} juillet. En 2014, la montée en charge de la mesure a continué de jouer, conjuguée avec une dégradation de la conjoncture.

Tableau 3 – Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, de janvier à décembre 2014, évolutions à M – 1, M – 12 et en ACM

Mois	Total	M – 1	M – 12	% M – 1	% M – 12	% ACM
2014 janv	4 928 419	38 925	381 214	0,8%	8,4%	5,2%
2014 févr	4 978 169	49 750	417 906	1,0%	9,2%	5,7%
2014 mars	5 007 849	29 680	433 274	0,6%	9,5%	6,3%
2014 avr	5 042 211	34 362	450 317	0,7%	9,8%	6,9%
2014 mai	5 074 742	32 531	451 112	0,6%	9,8%	7,4%
2014 juin	5 095 105	20 363	445 572	0,4%	9,6%	7,9%
2014 juil	5 117 878	22 773	419 317	0,4%	8,9%	8,2%
2014 août	5 129 976	12 098	386 003	0,2%	8,1%	8,4%
2014 sept	5 152 661	22 685	373 407	0,4%	7,8%	8,6%
2014 oct	5 157 558	4 898	346 256	0,1%	7,2%	8,6%
2014 nov	5 172 388	14 830	320 084	0,3%	6,6%	8,5%
2014 déc	5 205 668	33 280	316 174	0,6%	6,5%	8,4%

Données estimées – Sources : Tous régimes

B. L'évolution des effectifs de la CMU-C par régime

Entre le début 2008 et la fin 2014, les effectifs de la CMU-C ont augmenté de 19 %.

Après un fléchissement en 2009, les effectifs au régime général ont repris 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 ont augmenté fortement à partir de la fin 2009, en corrélation avec l'ensemble du régime, depuis l'arrivée du statut d'auto-entrepreneur, soit une progression de 75 % sur la période étudiée.

Au régime agricole, les effectifs ont baissé de 13 % en six ans, mais avec une reprise conséquente à partir du deuxième semestre 2013. Cette reprise est expliquée par la mesure de revalorisation du plafond de revenu mais aussi par l'intégration du GAMEX mi 2014 et enfin par l'évolution générale des effectifs du régime et la conjoncture économique du secteur.

Les effectifs des SLM font l'objet d'un suivi techniquement mieux contrôlé à partir de la fin 2010, ce qui explique la montée en charge sur cette période. Par la suite, ils suivent la tendance constatée au régime général. Toutefois cette tendance constatée pour l'ensemble des 20 SLM est à nuancer par des évolutions différenciées.

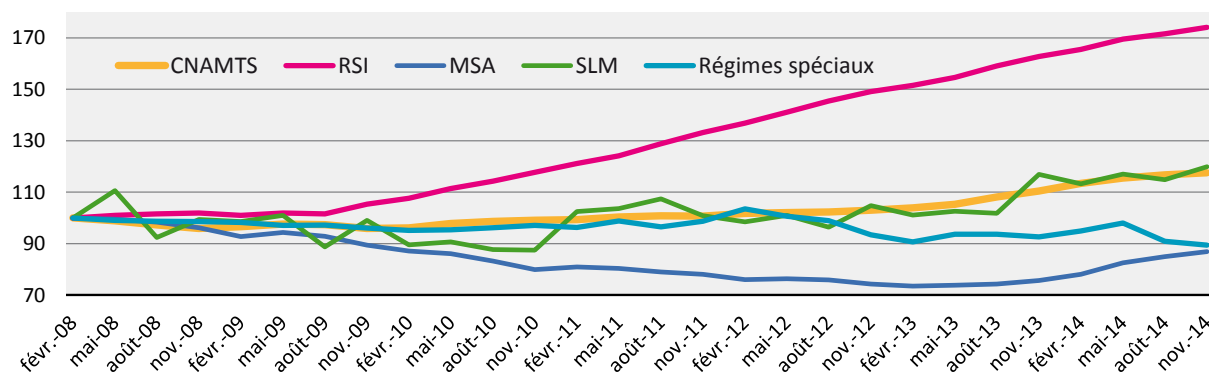
Les effectifs des régimes spéciaux ont globalement diminué, de 11 %, sur la période 2008 – 2014, en suivant une tendance à la baisse amorcée début 2012. Mais ce constat pour le total des huit régimes recouvre des évolutions plus contrastées, dont l'intégration du GAMEX au régime agricole au second semestre 2014, qui a concerné environ 850 bénéficiaires.

Tableau 4 – Évolution des effectifs de la CMU-C par régime, en base 100 à février 2008, métropole et Dom

	Tous régimes	CNAMTS	RSI	MSA	SLM	Régimes spéciaux
2008 févr	100	100	100	100	100	100
2014 nov	119	118	174	87	120	89

Sources : tous régimes

Figure 2 – Évolution des effectifs de la CMU-C, suivi par régime, en base 100 à février 2008, métropole et Dom



Sources : tous régimes

C. L'évolution des effectifs de la CMU-C comparée à d'autres indicateurs

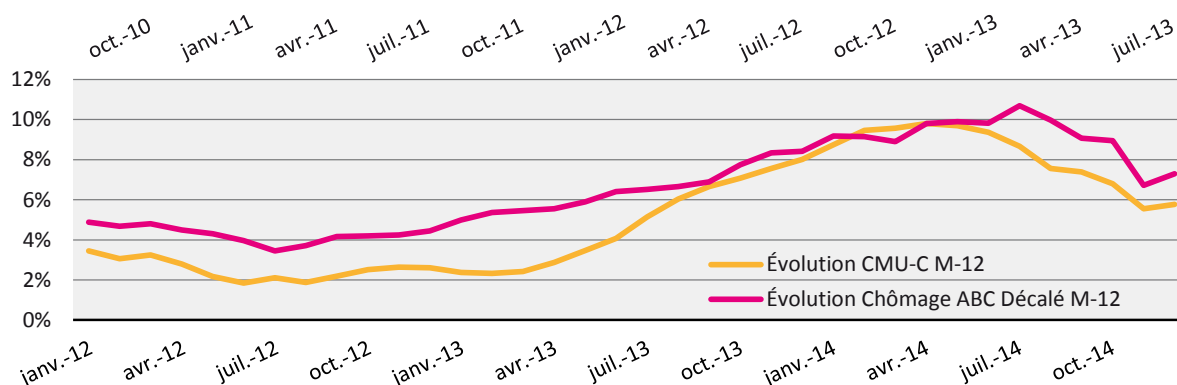
Pour mieux situer la CMU-C par rapport à d'autres prestations de solidarité, le Fonds CMU a mis en parallèle l'évolution des effectifs de la CMU-C avec celle du nombre de demandeurs d'emploi et celle du nombre de personnes allocataires du RSA socle.

a) CMU-C et demandeurs d'emploi

Pour les personnes ayant un emploi régulier, l'entrée dans une situation de chômage entraîne une perte de ressources, mais les différentes formes d'indemnisation liées à la perte d'emploi permettent aux personnes concernées de maintenir leurs revenus au-dessus du plafond de la CMU-C pendant un certain nombre de mois. Le rapport entre l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi et des bénéficiaires de la CMU-C² se mesure donc avec un décalage, qui a été situé à 15 mois³ (pour un indice de corrélation optimisé à 0,9809 entre la série chômage et la série CMU-C sur les périodes étudiées).

De janvier 2012 à décembre 2014, l'évolution de la CMU-C suit un mouvement similaire à celui du chômage, en restant généralement un peu en deçà.

Figure 3 – Évolution, par rapport à M-12, des effectifs des demandeurs d'emploi, d'octobre 2010 à septembre 2013 et des effectifs de la CMU-C de janvier 2012 à décembre 2014, métropole



Sources : Pôle emploi, tous régimes d'assurance maladie

² Pour la CMU-C, ne sont retenus que les assurés, les ayants-droits demandeurs d'emploi étant très minoritaires.

³ 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 15 mois, ni, inversement, qu'il faille attendre dans tous les cas un délai de 15 mois avant de pouvoir prétendre au bénéfice de la CMU-C.

b) CMU-C et bénéficiaires du RSA socle

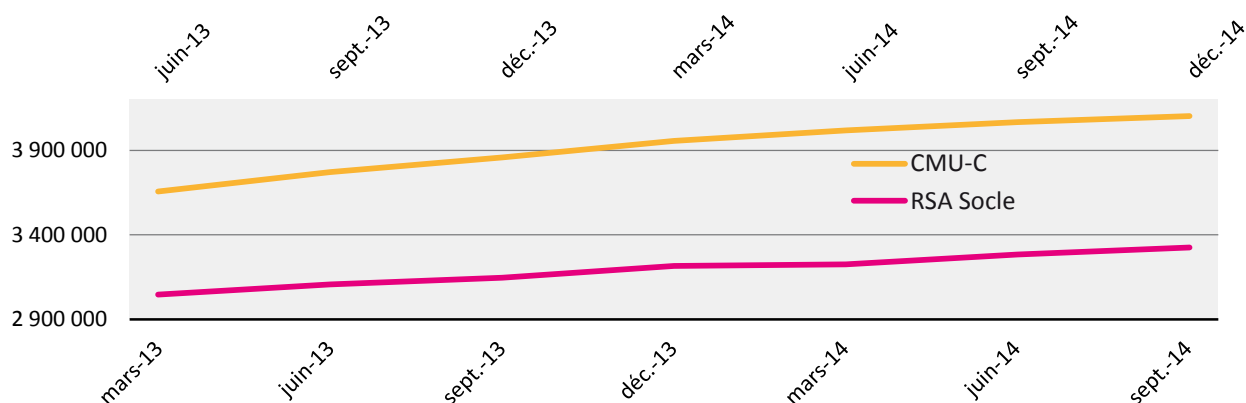
Pour tenir compte du décalage entre le début de bénéfice du RSA socle et celui de la CMU-C, l'évolution des effectifs des deux prestations se mesure avec un décalage, qui a été situé à 3 mois (pour un indice de corrélation optimisé à 0,9923 entre la série RSA socle et la série CMU-C sur les périodes étudiées).

De juin 2013 à décembre 2014, les courbes des effectifs du RSA socle et de la CMU-C suivent des mouvements similaires, en tenant compte du décalage de trois mois entre RSA socle et CMU-C.

Par département de métropole, la corrélation entre les effectifs du RSA socle et ceux de la CMU-C est très homogène. Ces deux prestations concernent la même population pour une bonne part.

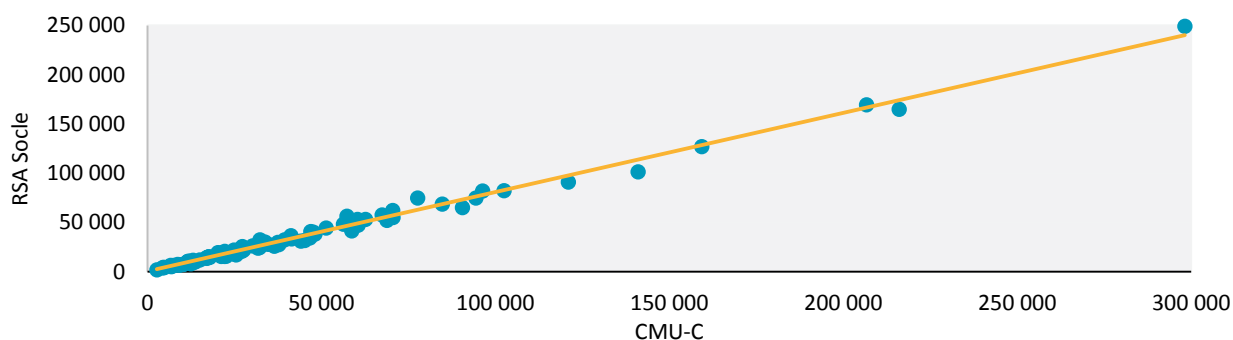
Cette même corrélation se retrouve dans les Dom.

Figure 4 – Évolution des effectifs de la CMU-C de juin 2013 à septembre 2014 et des effectifs du RSA socle de mars 2013 à décembre 2014, métropole



Sources : CAF, CNAMTS

Figure 5 – Corrélation entre les effectifs de la CMU-C au régime général et du RSA socle, par département de métropole, CMU-C à septembre 2014 et RSA socle à juin 2014



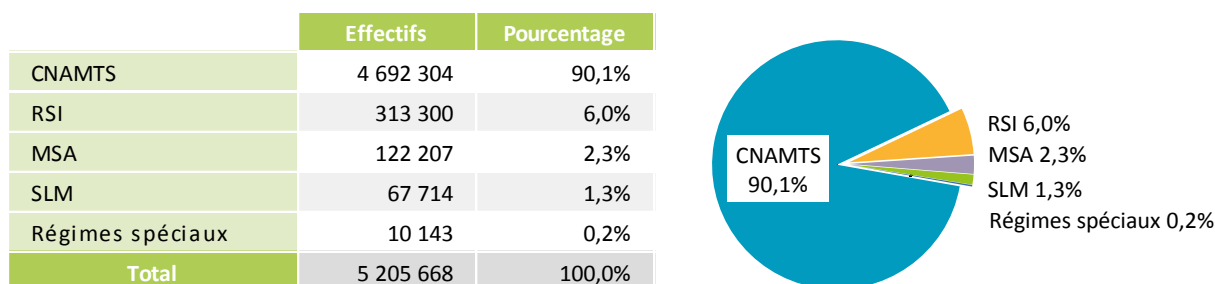
Sources : CAF, CNAMTS

1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C

1.1.2.1. La répartition par régime

Le régime général compte 90 % des effectifs de la CMU-C. La répartition entre les régimes est stable.

Figure 6 – Effectifs de la CMU-C, répartition par régime de base, métropole et Dom, estimation à fin 2014



Sources : Tous régimes

La progression des effectifs est de 6,5 % pour l'ensemble des régimes, mais elle particulièrement dynamique pour le régime agricole en métropole avec 13,8 %, qui a par ailleurs intégré les effectifs du GAMEX (autour de 850 bénéficiaires) en juillet 2014. Elle s'est ralentie au RSI, avec 7,3 % en métropole.

Tableau 5 – Effectifs de la CMU-C, évolution des effectifs par régime, métropole et Dom, entre fin 2013 et fin 2014

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+6,3%	+6,7%	+6,4%	-1,4%
Régime social des indépendants	+7,3%	-0,2%	+7,0%	-0,7%
Régime agricole	+13,8%	-2,0%	+12,3%	+12,5%
Autres régimes et SLM	+1,1%	+5,6%	+1,8%	-0,2%
Total	+6,5%	+6,4%	+6,5%	-0,9%

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.

1.1.2.2. La répartition par département et par région

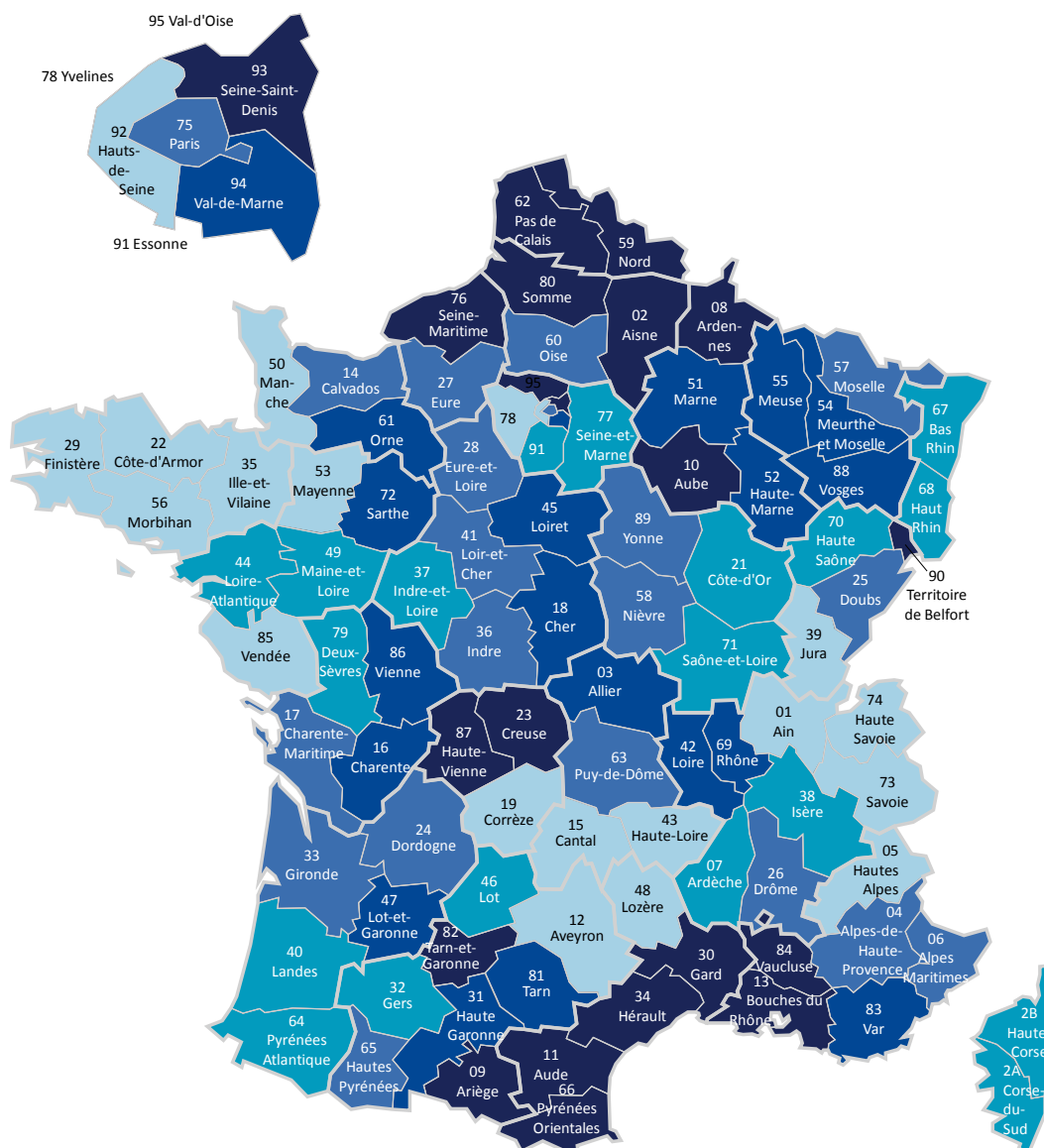
En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 7 % de la population pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) et ils atteignent plus de 32 % dans les Dom.

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 rassemblent presque 24 % 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 de la CMU-C qui se situent entre 11 % et 14 % de la population.

Dans les Dom, les taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population se situent entre 25 % et 37 %, avec un taux global de plus de 32 %.

Figure 7 – Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, en métropole, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), estimation à fin 2014



Couleur	Pourcentage population				Nombre	Effectifs	Pourcent Effectifs
	>=	7,6%	<=	14,3%	20	1 720 101	38,1%
	>=	6,6%	<	7,6%	19	871 633	19,3%
	>=	5,9%	<	6,6%	19	797 775	17,7%
	>=	4,9%	<	5,9%	19	666 928	14,8%
	>=	2,5%	<	4,9%	19	459 505	10,2%
					96	4 515 942	100,0%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outil Philcarto

Tableau 6 – Effectifs de la CMU-C dans les 5 premiers départements, en métropole, estimés à fin 2014

Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	Pourcent CMUC / Population
59	Nord	312 223	2 627 956	11,9%
13	Bouches-du-Rhône	223 439	2 014 702	11,1%
93	Seine-Saint-Denis	222 159	1 551 739	14,3%
62	Pas-de-Calais	168 672	1 490 820	11,3%
75	Paris	146 552	2 265 886	6,5%
Total		1 073 045	9 951 103	10,8%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Tableau 7 – Effectifs de la CMU-C dans les Dom, estimés à fin 2014

Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	CMUC / Population
971	Guadeloupe	111 619	410 335	27,2%
972	Martinique	99 063	395 027	25,1%
973	Guyane	88 861	241 922	36,7%
974	La-Reunion	312 300	843 617	37,0%
Total Dom		611 843	1 890 901	32,4%

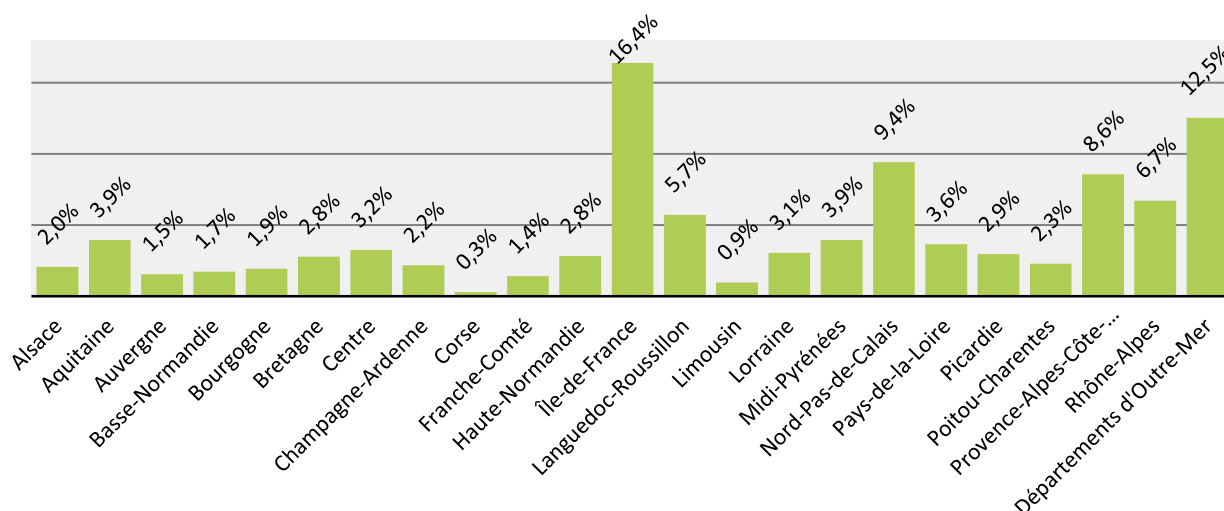
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

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 46 % des effectifs de la CMU-C (pour les trois régimes CNAMTS, RSI, CCMSA), par rapport à l'ensemble du territoire. À elle seule, l'Île-de-France regroupe 16,5 % des effectifs.

Par rapport à la métropole, ces cinq régions représentent plus de 53 % des effectifs de la CMU-C pour 47 % de la population. Le Nord-Pas de Calais, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Languedoc-Roussillon ont des taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population plus élevés que ceux de la moyenne nationale.

Les Dom représentent presque 12 % du total des bénéficiaires de la CMU-C de l'ensemble du territoire, pour les trois principaux régimes, alors qu'ils représentent moins de 3 % de la population.

Figure 8 – Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par région, estimation à fin 2014



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

■ Indications techniques

Les totaux nationaux varient légèrement par rapport aux totaux régionaux et départementaux. En effet, au RSI, autour de 500 bénéficiaires ne sont pas affectés à un département.

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

Par rapport à la population générale, la population des bénéficiaires de la CMU-C est particulièrement jeune et plus féminine.

- 44 % des bénéficiaires ont moins de 20 ans (vs 24 % pour la population générale) ;
- 5 % seulement des bénéficiaires ont plus de 60 ans (vs 24 % pour la population générale) ;
- 57 % des bénéficiaires de plus de 20 ans sont des femmes (vs 52 % pour la population générale).

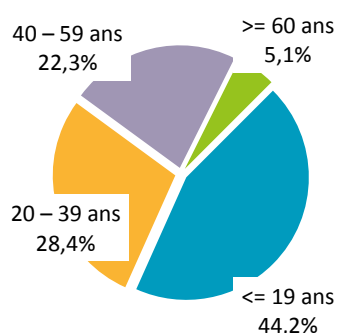
Le pourcentage important d'enfants est à mettre en rapport avec la part réduite de personnes âgées. Les ouvrants-droit sont ainsi très majoritairement en âge d'avoir des enfants. Il y a également une plus forte probabilité d'avoir des ressources en deçà du plafond de la CMU-C pour un foyer avec enfants que pour une personne seule.

La proportion plus élevée de femmes de plus de 20 ans est corrélée à la représentation de femmes seules avec enfant(s).

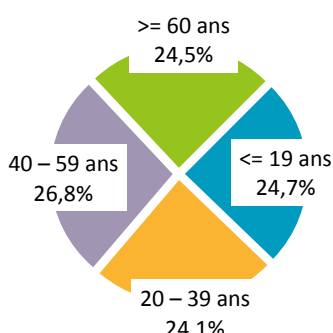
La faible part de personnes âgées s'explique par le fait que, passé l'âge de la retraite, la plupart des bénéficiaires de la CMU-C deviennent éligibles à l'ASPA, dont le montant dépasse le plafond de la CMU-C. Ces personnes relèvent alors de l'ACS.

● Figure 9 – 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 2014

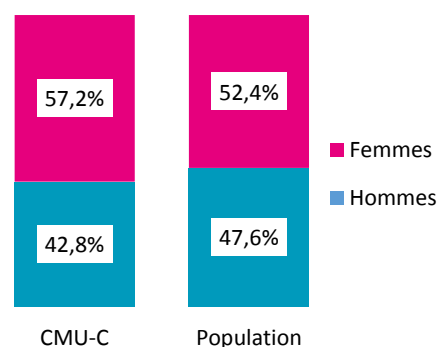
● Répartition bénéficiaires CMU-C par tranche d'âge



● Répartition population par tranche d'âge



● Répartition bénéficiaires CMU-C et population, >= 20 ans, Hommes / Femmes



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

1.1.2.4. 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.

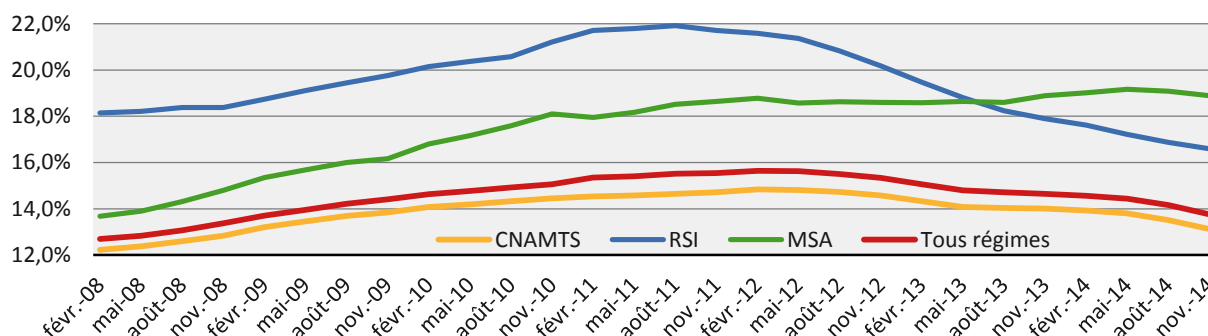
Fin 2014, tous régimes confondus et sur l'ensemble du territoire, 86,4 % des bénéficiaires choisissent la gestion par leur organisme d'assurance maladie.

La part des 13,6 % ayant opté pour la gestion par un OC est en diminution d'un point par rapport à 2013. Elle a atteint son point le plus élevé, 15,6 %, à la fin du premier trimestre 2012 et elle baisse régulièrement depuis.

Fin 2014, la part de la gestion OC au régime général reste la plus faible, 13,0 %, alors qu'elle est de 16,5 % au régime des indépendants, malgré une diminution de 5,5 points depuis mi 2011, et qu'elle se maintient à 18,9 % au régime agricole, après avoir été en progression régulière jusqu'au début du deuxième trimestre 2014.

Pour les SLM, la part des bénéficiaires ayant opté pour la gestion par un OC est de 35,7 % et elle est de 10,1 % pour les régimes spéciaux. La forte part pour les SLM est due au fait que les plus gros organismes sont aussi des mutuelles.

Figure 10 – Effectifs de la CMU-C, part des bénéficiaires ayant opté pour la gestion de leurs prestations par un OC, début 2008 à fin 2014, métropole et Dom, CNAMTS, RSI, CCMSA et tous régimes



Sources : tous régimes

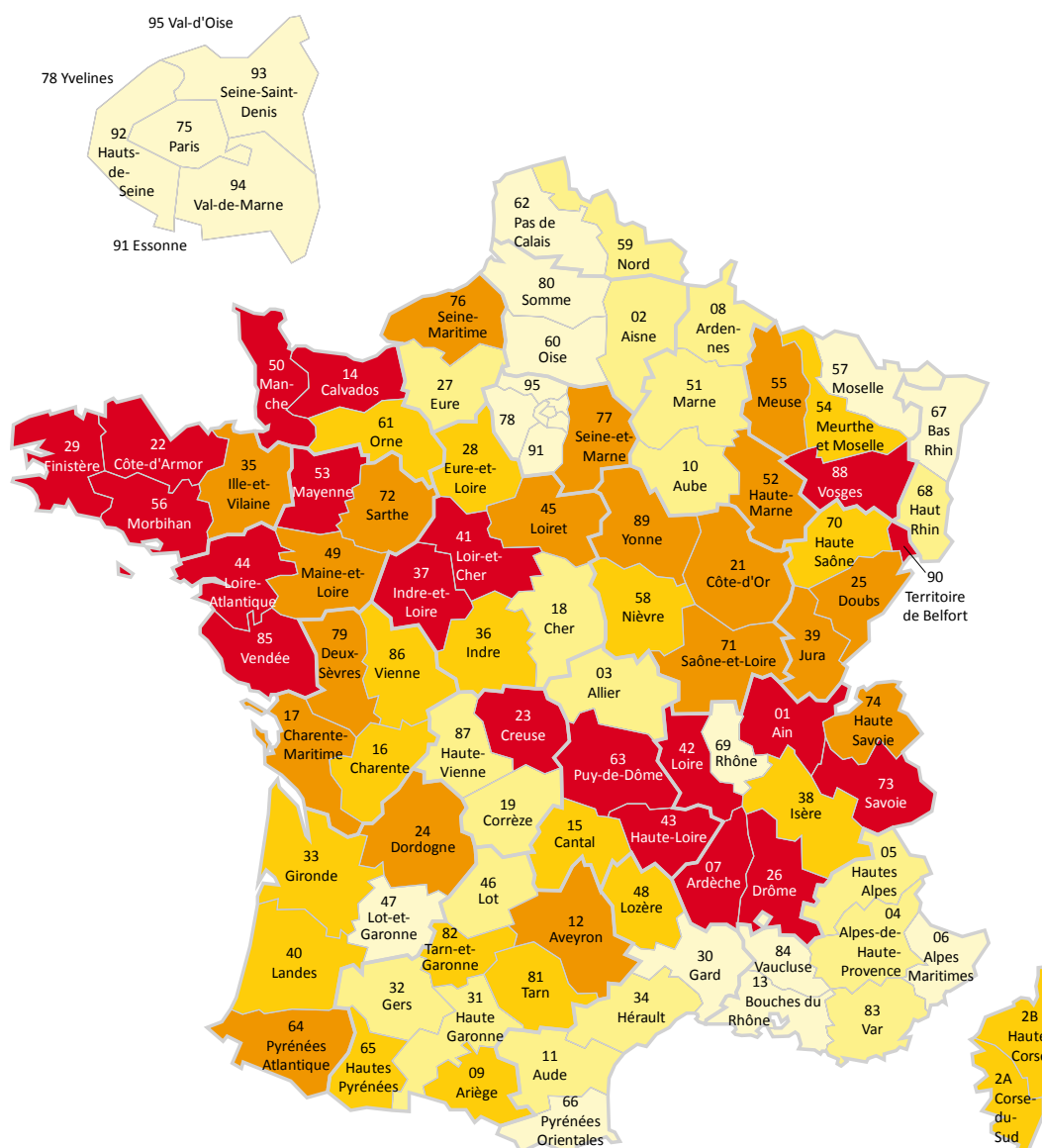
Pour les trois principaux régimes, le recours à un OC pour la gestion de la CMU-C est très hétérogène d'un département à l'autre. En métropole, elle varie de 43,7 % dans la Drôme (26) à 2,0 % dans les Bouches-du-Rhône (13).

Les plus fortes proportions de gestion OC s'expliquent par la conjonction de fortes traditions mutualistes et d'actions volontaristes des caisses locales quant à cette option, dont l'information des avantages liés à la gestion OC, via le contrat de sortie⁴.

Dans les Dom, la gestion de la CMU-C, pour les trois principaux régimes, est de 18,9 % en Guadeloupe et de 15,8 % en Martinique et elle n'est quasiment pas pratiquée en Guyane et pas du tout à la Réunion.

⁴ Contrat de sortie : À l'expiration de leur droit à la CMU-C, les personnes ayant opté pour la gestion de leur CMU-C par un OC se voient proposer, par cet OC, un contrat offrant les mêmes garanties que la CMU-C, à un tarif préférentiel réglementé.

Figure 11 – 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 2014



Couleur	Pourcentage OC				Nombre	Effectifs CMUC	Pourcent Effectifs CMUC
	>=	25,4%	<=	43,7%	20	563 268	12,5%
	>=	19,4%	<	25,4%	19	671 184	14,9%
	>=	16,0%	<	19,4%	19	485 480	10,8%
	>=	10,7%	<	16,0%	19	990 303	21,9%
	>=	2,0%	<	10,7%	19	1 805 708	40,0%
					96	4 515 942	100,0%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outil Philcarto

Tableau 8 – Effectifs de la CMU-C dans les Dom, part gestion par le régime obligatoire et gestion par un OC, estimation à fin 2014

Num Dpt	Département	CMUC_RO	CMUC_OC	Total_CMUC	Pourcent_OC
971	Guadeloupe	90 489	21 130	111 619	18,9%
972	Martinique	83 378	15 685	99 063	15,8%
973	Guyane	88 448	413	88 861	0,5%
974	La-Reunion	312 212	88	312 300	0,0%
Dom		574 527	37 316	611 843	6,1%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

1.1.3. L'accès aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C

1.1.3.1. Les indicateurs CETAF⁵

La dotation de l'État au Fonds ayant été supprimée⁶, la CMU-C n'est plus intégrée au programme 183 de la LOLF⁷. Toutefois, le Fonds CMU maintient le suivi d'un certain nombre d'indicateurs, à la demande de la Direction de la sécurité sociale (DSS), compte tenu de leur pertinence.

Les données étudiées ci-dessous sont fournies annuellement par le CETAF, à partir des questionnaires remplis par les consultants des centres d'exams de santé (CES).

Pour 2013, malgré une augmentation du renoncement au médecin et au dentiste, ainsi que de la perception de la vulnérabilité sociale, il apparaît que la perception de l'état de santé s'améliore.

A. L'échantillon des consultants des centres d'exams de santé

a) Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les consultants des CES

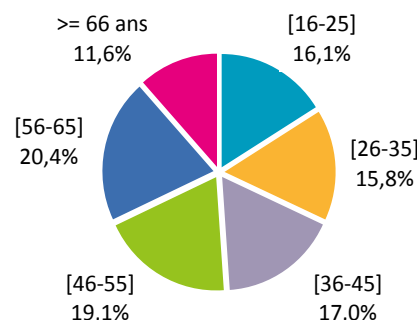
La part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les consultants des CES a quasiment doublé entre 2000 et 2013. Elle est passée de 11 % en 2000 à presque 20 % en 2013.

b) Les classes d'âges des bénéficiaires de la CMU-C parmi les consultants des CES

La répartition des bénéficiaires de la CMU-C par classe d'âges, parmi les consultants des CES, diffère de celle des bénéficiaires de la CMU-C au régime général. Les

personnes âgées de plus de 55 ans y sont mieux représentées (32 % CETAF / 18 % CNAMTS) au détriment des 16-35 ans (32 % CETAF / 44 % CNAMTS).

Figure 12 – Répartition des consultants des CES par classe d'âge, année 2013



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

a) Santé perçue

La note de santé perçue pour 2013 est de 6,86 sur 10 pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 7,18 pour les non bénéficiaires. Elle est semblable à celle de 2012 pour les deux catégories de personnes, sachant que la note des bénéficiaires de la CMU-C a tendance à augmenter sur la durée et que celle des non bénéficiaires a tendance à légèrement baisser. Au final, l'écart est de 0,32 et il tend à diminuer sur la durée. L'objectif reste néanmoins que la note de santé de perçue pour les bénéficiaires de la CMU-C atteigne au moins 7.

⁵ CETAF : Centre technique d'appui et de formation des Centres d'exams de santé

⁶ LFSS 2013, Article 22

⁷ LOLF : loi organique relative aux lois de finances

Tableau 9 – Note de santé perçue, 2006 – 2013

Données redressées	Note de santé		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	6,61	7,23	0,62
2007	6,57	7,20	0,63
2008	6,73	7,22	0,49
2009	6,80	7,23	0,43
2010	6,89	7,24	0,35
2011	6,92	7,20	0,28
2012	6,86	7,18	0,32
2013	6,86	7,18	0,32
Évolution 2011 - 2013	-0,06	-0,02	0,04
Évolution 2006 - 2013	0,25	-0,05	-0,30

■ Indications techniques

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.

b) Perception négative de la santé

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

En 2013, la prévalence pour les bénéficiaires de la CMU-C est de 42,60 (vs 31,50 pour les non bénéficiaires). De 2006 à 2013, la prévalence a baissé de 3,10 points pour les bénéficiaires de la CMU-C et elle reste stable sur la durée pour les non bénéficiaires, au terme de faibles fluctuations. L'écart entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C reste conséquent, 11,10 points, mais il baisse en proportion de la diminution de la perception négative pour les bénéficiaires de la CMU-C.

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 la CMU-C a permis aux bénéficiaires d'être mieux soignés, même si, comme indiqué ci-dessous, la note de vulnérabilité sociale progresse légèrement dans le temps, ainsi que le non recours au médecin et au dentiste.

Tableau 10 – Perception négative de la santé (note < 7 vs. note >= 7), 2006 – 2013

Données redressées	Prévalence Note de santé perçue < 7		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	45,70	31,50	14,20
2007	45,50	31,40	14,10
2008	44,20	31,80	12,40
2009	43,60	31,30	12,30
2010	42,10	32,00	10,10
2011	42,20	32,70	9,50
2012	42,70	32,50	10,20
2013	42,60	31,50	11,10
Évolution 2012 - 2013	-0,10	-1,00	0,90
Évolution 2006 - 2013	-3,10	0,00	-3,10

c) Score EPICES

La note de santé de perçue s'analyse également en lien avec l'évolution du score EPICES⁸. Le score de vulnérabilité sociale est de 44,18 points pour les bénéficiaires de la CMU-C. Il reste toujours, avec un écart de 17,81 points, nettement plus élevé que celui des non bénéficiaires (26,37).

La baisse de l'écart, de 4,06 points entre 2006 et 2013, est liée au fait que la vulnérabilité sociale augmente de 4,59 points pour les non bénéficiaires de la CMU-C alors qu'elle ne progresse que de 0,53 point pour les bénéficiaires sur la même période.

Tableau 11 – Score EPICES, 2006 – 2013

Données redressées	Score EPICES		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	43,65	21,78	21,87
2007	43,56	21,77	21,79
2008	41,78	23,10	18,68
2009	40,23	22,85	17,38
2010	37,53	23,24	14,29
2011	38,50	24,44	14,06
2012	43,29	25,89	17,40
2013	44,18	26,37	17,81
Évolution 2012 - 2013	0,89	0,48	0,41
Évolution 2006 - 2013	0,53	4,59	-4,06

⁸ 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...

■ 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.

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

a) Non recours au médecin

En 2013, le non recours au médecin des bénéficiaires de la CMU-C est de 10,00 points (vs 5,70 points pour les non bénéficiaires). Il a augmenté de 0,10 point en un an (vs 0,40 point pour les non bénéficiaires) suivant une courbe ascendante depuis 2010. Il convient de retenir que la variation entre 2012 et 2013 est minime.

L'écart entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires est de 4,30 points et il a légèrement baissé entre 2012 et 2013 (- 0,30 point).

Tableau 12 – Non recours au médecin, 2006 – 2013

Données redressées	Médecin		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	9,72	5,17	4,55
2007	9,60	5,30	4,30
2008	9,10	5,40	3,70
2009	8,76	4,98	3,78
2010	8,83	5,15	3,68
2011	9,30	5,40	3,90
2012	9,90	5,30	4,60
2013	10,00	5,70	4,30
Évolution 2012 - 2013	0,10	0,40	-0,30
Évolution 2006 - 2013	0,28	0,53	-0,25

■ 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 2013, le non recours au dentiste des bénéficiaires de la CMU-C est de 30,10 points (vs 21,30 points pour les non bénéficiaires). Il a augmenté de 0,50 point en un an (vs 0,40 point pour les non bénéficiaires) suivant une courbe ascendante depuis 2011. Toutefois, il n'évolue que de 0,60 point entre 2006 et 2013, là où il progresse de 1,70 point pour les non bénéficiaires.

L'écart entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires est de 8,80 points et il a légèrement progressé entre 2012 et 2013 (0,10 point), mais il reste en régression (- 1,10 point) sur la période de 2006 à 2013.

L'étude sur le renoncement aux soins menée par le CETAF et le Fonds CMU en 2010 avait mis à jour que les deux tiers des non recours pour raisons financières sont décidés avant même d'avoir consulté le professionnel de santé. Ce fait était le plus accentué pour les soins dentaires.

Il n'est donc pas incompatible que la note de santé perçue s'améliore alors que le renoncement aux soins dentaires augmente, dans de faibles proportions. En effet, le renoncement peut porter sur les soins prothétiques, pour lesquels les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas toujours bien informés sur ce que le panier de soins peut prendre en charge.

Tableau 13 – Non recours au dentiste, 2006 – 2013

Données redressées	Dentiste		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	29,50	19,60	9,90
2007	29,30	19,80	9,50
2008	29,20	20,00	9,20
2009	29,60	20,50	9,10
2010	28,47	20,33	8,14
2011	28,90	20,80	8,10
2012	29,60	20,90	8,70
2013	30,10	21,30	8,80
Évolution 2012 - 2013	0,50	0,40	0,10
Évolution 2006 - 2013	0,60	1,70	-1,10

1.1.3.2. 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 autorisé⁹.

Fin septembre 2014, le taux de déclaration d'un médecin traitant est de 92,3 % chez les bénéficiaires de la CMU-C et de 92,0 % chez les autres assurés, en appliquant la structure d'âge et de sexe des bénéficiaires de

⁹ En l'absence de publication du décret d'application, la majoration du ticket modérateur est prise en charge par la CMU-C

la CMU-C aux non bénéficiaires de la CMU-C. L'écart entre les deux populations est infime. Pour rappel le taux de déclaration d'un médecin traitant est supérieur pour les bénéficiaires de la CMU-C depuis la fin 2008.

Au troisième trimestre 2014, 8,9 % des consultations ont eu lieu hors parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, *versus* 4,9 % 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. Ces taux sont 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, 47,0 % des consultations ne sont pas considérées comme hors parcours de soins en 2014, contre 27,6 % pour les non bénéficiaires¹⁰.

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

L'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C peut être évalué à partir des résultats de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) menée par l'IRDES.

Une étude a notamment été réalisée à partir des données ESPS 2006 et 2008¹¹. Elle démontre qu'à âge et sexe comparables, les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de maladies que le reste de la population.

Les écarts de prévalence sont plus marqués pour les problèmes de foie, les bronchites chroniques et la dépression. Pour ces pathologies, au moins deux fois plus de cas sont recensés parmi les bénéficiaires de la CMU-C.

Tableau 14 - Écarts de prévalence entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires

Pathologies les plus fréquentes	Écart de prévalence
Problèmes de vue et port de lunettes/lentilles	0,88
Problèmes de dents	1,36
Prothèses dentaires	0,86
Problèmes de dos	1,22
Anxiété	1,79
Arthroses	1,39
Angines, sinusites, rhinopharyngites	1,19
Troubles digestifs hauts	1,52
Hypertension artérielle	1,31
Dépression	2,27
Maladies et troubles veineux	0,99
Migraines	1,39
Troubles du cholestérol	1,01
Rhinites allergiques	0,94
Asthme	1,48
Symptômes	1,64
Troubles digestifs bas	1,43
Eczémas	1,30
Surdité	1,56
Troubles neurologiques	2,04
Bronchites chroniques	2,39
Otitis	1,73
Troubles du rythme	2,01
Diabètes	1,85
Troubles des règles	1,50
Cancers	1,29
Pathologies coronariennes	2,03
Pathologies thyroïdiennes	0,80
Psoriasis	0,96
Problèmes de foie	2,90
Acné	1,32
Accidents vasculaires cérébraux	1,89

Source : IRDES, ESPS 2006-2008

Les travaux de l'IRDES mettent aussi en évidence un moindre recours à certains dispositifs médicaux. Seulement 45,3% des bénéficiaires de la CMU-C déclarent

¹⁰ 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.

¹¹ IRDES – Question d'économie de la santé n  173 « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population » - Février 2012.

porter des lunettes contre 51,7 % pour le reste de la population. De même, malgré des problèmes de dents plus fréquents, seulement 26,0 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent porter des prothèses dentaires contre 29,6 % des non bénéficiaires.

D'autre part, l'exposition aux facteurs de risque tels que le tabac et l'obésité est plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-C : elle est 1,6 fois supérieure pour le tabac et 1,7 fois pour l'obésité.

En complément de ces résultats, les données de la CNAMTS relatives aux médicaments délivrés en officine contribuent à mieux connaître la consommation des bénéficiaires de la CMU-C et donc d'évaluer leur état de santé. En 2013, les bénéficiaires de la CMU-C ont en moyenne consommé plus de médicaments que le reste de la population. En effet, le montant moyen de remboursement par consommant est environ 40 % plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C, en lien avec un état de santé plus dégradé.

L'analyse par groupe de médicaments fait ressortir des écarts plus importants pour les antidiabétiques, les médicaments à visée psychiatrique, les médicaments à visée dermatologique et les analgésiques. L'écart est également relativement élevé pour les médicaments des maladies respiratoires.

Tableau 15 – Médicaments délivrés en officine remboursés en 2013*

Médicaments	Coût moyen CMU-C	Ratio CMU-C / non CMU-C
Antibiotiques/Antibactériens	15,89 €	1,26
Analgésiques	25,31 €	1,80
Antiinflammatoires	7,69 €	1,48
Troubles digestifs	9,06 €	1,46
Troubles de l'acidité	9,11 €	1,56
Psychiatrie	36,45 €	1,98
Antiépileptiques	9,60 €	1,49
Cardiovasculaire	16,52 €	1,31
Hypolipémians	8,76 €	1,31
Antithrombotiques	7,82 €	1,29
Antidiabétiques	17,68 €	2,05
Dermatologie	11,61 €	1,89
Maladies respiratoires	26,57 €	1,52
Antinéoplasiques et antianémiques	6,43 €	0,86
Autres	109,31 €	1,22
Total	315,82 €	1,41

* Sur la base remboursement, en moyenne par consommant

Source : CNAMTS, SNIIRAM EPIB (échantillon au 1/100^e)

Un examen plus fin des données permet d'observer un ratio de 2,12 pour les antiviraux systémiques dont les traitements des hépatites et un ratio de 7,26 pour les médicaments des dépendances et toxicomanies.

Ces chiffres récents de la CNAMTS sur la consommation des médicaments sont cohérents avec les observations de l'IRDES et confirment qu'à pathologies égales, les bénéficiaires de la CMU-C présentent un état de santé plus dégradé que le reste de la population.

Encadré 3 – Etat de santé des bénéficiaires du RSA

En juin 2014, la DREES a publié un bilan sur la santé des bénéficiaires du RSA¹² à partir des données de l'enquête qu'elle a réalisée en 2012, auprès des bénéficiaires des minima sociaux.

Les bénéficiaires du RSA sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population : 58 % se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé, contre 77% parmi l'ensemble de la population de 18 à 59 ans. D'autre part, 28% des bénéficiaires déclarent être limités dans les activités du quotidien alors que pour l'ensemble de la population 17% se déclarent dans la même situation. Ces résultats varient en fonction du type de RSA.

Concernant la santé mentale, les bénéficiaires du RSA sont aussi plus vulnérables : 36% d'entre eux sont concernés par des pathologies psychologiques contre 15% de la population de 18 à 59 ans.

Tableau 16 – État de santé déclaré, maladies chroniques et limitations fonctionnelles parmi les bénéficiaires du RSA comparés à l'ensemble de la population

		RSA socle non majoré	RSA socle majoré	RSA activité seul	Ensemble RSA	Ensemble population
État de santé déclaré	Bon ou très bon	54%	66%	66%	58%	77%
	Assez bon	27%	25%	24%	26%	18%
	Mauvais ou très mauvais	19%	9%	10%	16%	5%
Maladies chroniques	Oui, au moins une	34%	23%	26%	31%	27%
	Non	65%	77%	73%	69%	69%
	Refus/Non réponse	1%	-	1%	-	4%
Limitations fonctionnelles	Oui, fortement limité	15%	7%	8%	12%	4%
	Oui, limité mais pas fortement	18%	11%	13%	16%	13%
	Non, pas limité du tout	67%	82%	79%	72%	83%

Sources : DREES, Enquête 2012 auprès des bénéficiaires des minima sociaux

¹² DREES – Etudes et résultats n°882 « Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA »- Juin 2014

1.2. LA PROGRESSION MODÉRÉE DES EFFECTIFS DE L'ACS

1.2.1. Le bilan de l'année 2014 sur la délivrance des attestations

1,2 million de personnes ont bénéficié d'une attestation ACS au cours de l'année 2014. Ce nombre est en hausse de 3,9 % par rapport à 2013.

L'évolution est de + 3,4 % pour la CNAMTS, de + 14,2 % pour la CCMSA et de + 7,6 % pour le RSI.

Tableau 17 – Délivrance et utilisation des attestations ACS en 2014, CNAMTS, CCMSA et RSI

	Nbre mensuel de bnfcs (tous régimes)	Evol en une année (mois à mois) tous régimes	Dont CNAMTS	Nbre bnfcs au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
janv.-14	102 681	4,8%	4,5%	1 161 852	—	—
févr.-14	97 353	8,1%	8,1%	1 169 165	897 717	286 €
mars-14	96 854	-1,0%	-1,6%	1 168 219	—	—
avr.-14	95 947	1,3%	0,5%	1 169 444	—	—
mai-14	93 523	1,6%	0,8%	1 170 953	921 915	295 €
juin-14	99 649	6,2%	5,7%	1 176 730	—	—
juil.-14	97 017	-6,8%	-8,1%	1 169 691	—	—
août-14	84 178	5,1%	4,3%	1 173 780	937 363	295 €
sept.-14	101 568	12,7%	12,5%	1 185 252	—	—
oct.-14	109 992	4,4%	4,1%	1 189 934	—	—
nov.-14	101 701	-4,4%	-5,3%	1 185 269	943 748	305 €
déc.-14	121 827	16,2%	16,6%	1 202 290	—	—

Tableau 18 – Délivrance et utilisation des attestations ACS en 2014 – Évolutions mensuelles et cumulées, CNAMTS, CCMSA et RSI

	CNAMTS		Tous régimes
	Evol en une année (mois à mois)	Evol en cumulé depuis le début de l'année	Evol en cumulé depuis le début de l'année
janv-14	4,5%	4,5%	4,8%
févr-14	8,1%	6,3%	6,4%
mars-14	-1,6%	3,6%	3,9%
avr-14	0,5%	2,8%	3,2%
mai-14	0,8%	2,4%	2,9%
juin-14	5,7%	3,0%	3,5%
juil-14	-8,1%	1,2%	1,9%
août-14	4,3%	1,5%	2,2%
sept-14	12,5%	2,7%	3,3%
oct-14	4,1%	2,9%	3,5%
nov-14	-5,3%	2,0%	2,7%
déc-14	16,6%	3,4%	3,9%

Pour la CNAMTS, il est utile d'approfondir les résultats sur une base semestrielle, où l'on distinguera 3 périodes :

- Le second semestre 2013 : on a constaté une augmentation de 19,5 % des effectifs de l'ACS conforme aux chiffres attendus ; la période prise pour référence, le second semestre 2012, n'est pas concernée par le relèvement du plafond.
- Le premier semestre 2014 : on observe une rupture brutale puisque l'évolution passe à + 3,0 % par rapport au 1^{er} semestre 2013. La période de référence, le premier semestre 2013, n'est pourtant pas affectée par le relèvement du plafond.
- Le second semestre 2014 : l'augmentation est de 3,8 %. Ce chiffre peut paraître faible, mais comparativement aux deux périodes précédentes, la période prise pour référence pour le calcul de l'évolution, le second semestre 2013, prend en compte le relèvement du plafond et sur une période où son impact a été particulièrement élevé.

Après la hausse sensible des effectifs constatée sur le 2^{ème} semestre 2013, l'arrêt brutal observé sur le 1^{er} semestre 2014 en particulier sur les mois de mars à mai et de juillet pose question.

À partir des données mises à disposition par les 11 CPAM sur le suivi du relèvement du plafond au 1^{er} juillet 2013, si on compare ces chiffres à une estimation des évolutions hors relèvement du plafond, on constate que sur les 2 premières périodes étudiées, le relèvement du plafond a bien joué son rôle¹³.

 **Tableau 19 – Délivrance des attestations ACS en 2014, CNAMTS, les évolutions semestrielles depuis le relèvement du plafond**

	Evol brute (conjoncture + relèvement plafond au 01/07/2013)	Evol hors relèvement plafond (conjoncture)
2ème semestre 2013 / 2ème semestre 2012	19,5%	3,3%
1er semestre 2014 / 1er semestre 2013	3,0%	-11,4%
2ème semestre 2014 / 2ème semestre 2013	3,8%	1,8%

Nota : en gras, périodes incluant le relèvement du plafond

L'évolution conjoncturelle des effectifs (hors relèvement du plafond) est la première hypothèse retenue. S'agissant de la 3^{ème} période, l'impact du relèvement du plafond est, on l'a vu plus haut, fortement atténué puisqu'on compare deux périodes où il est intervenu.

L'évolution plus faible qu'attendue au 1^{er} semestre 2014 pourrait être expliquée par un éventuel siphonage de l'ACS par la CMU-C à l'occasion du relèvement du plafond. Cette hypothèse est en cours d'expertise.

La CNAMTS évoque également un contexte spécifique, sur le 1^{er} semestre 2014, lié au retard pris dans la signature de la nouvelle COG.

En lien avec le Fonds CMU, la CNAMTS a approfondi la situation d'une dizaine de CPAM où l'évolution des effectifs ressortait atypique. Il n'y a pas a priori de problème sur les remontées d'informations à ce niveau.

1.2.2. Les données sur les accords et les refus au niveau du régime général

Sur 2014, le volume des demandes a très peu progressé par rapport à 2013 : + 1,1 %.

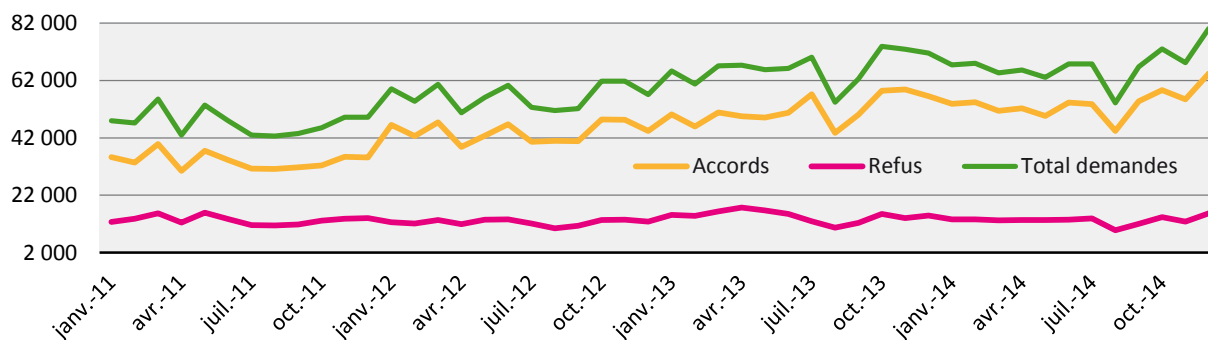
Ces demandes ont abouti à des accords ou des refus sur lesquels on a constaté les évolutions suivantes : + 4,2 % sur les accords, - 9,9 % sur les refus.

Les refus ne représentent en volume que 20 % du total des demandes.

La hausse du nombre de bénéficiaires d'attestations au régime général résulte donc à la fois d'une hausse des accords mais aussi dans le même temps d'une baisse des refus.

¹³ Sur la 1^{ère} période, l'amplitude de l'écart est de 16,2 points (19,5 – 3,3), de 14,4 points sur la 2^{ème} période (3,0 + 11,4) et de 2,0 point sur la 3^{ème} période (3,8 – 1,8)

Figure 13 – Évolution des accords, des refus et du total des demandes sur la période 2011 – 2014 dans le régime général, en nombre de foyers, métropole et Dom



Source : régime général, décompte en nombre de foyers

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

On constate une structure par âge 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 sensiblement plus âgée. On relèvera en particulier que les 60 ans et plus représentent 49 % à la CCMSA et 52 % au RSI, contre seulement 25 % au niveau du régime général, soit le double, même si leur part a légèrement augmenté entre 2013 et 2014 au régime général (+ 1,9 point).

Tableau 20 – Structure par âge des bénéficiaires des attestations ACS en 2013 et 2014 dans les 3 grands régimes

	Régime général		CCMSA		RSI	
	Moyenne 2013	Moyenne 2014	Moyenne 2013	Moyenne 2014	Moyenne 2013	Moyenne 2014
moins de 16 ans	25,1%	23,8%	16,7%	15,6%	17,0%	17,0%
entre 16 et 49 ans	38,6%	37,8%	25,8%	24,3%	22,4%	22,3%
entre 50 et 59 ans	12,8%	13,0%	12,3%	11,2%	9,6%	8,9%
plus de 60 ans	23,5%	25,4%	45,3%	48,9%	51,1%	51,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sources : régime général, 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 : 25,4 % contre 24,5 % en 2014 ce qui n'est pas le cas au niveau de la CMU-C où ils ne représentent que 5,1 %.

S'agissant de la CCMSA, 41,0 % des assurés ont 60 ans et plus. On se rapproche donc des 48,9 % constatés au niveau de la délivrance des attestations ACS. Les revenus des assurés âgés sont particulièrement faibles lorsqu'ils sont pensionnés.

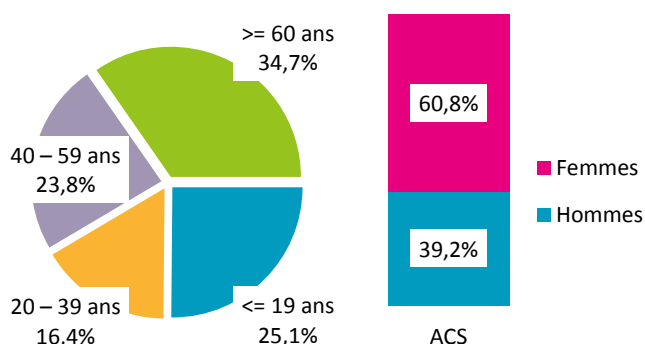
Pour le RSI, 25 % des assurés ont 60 ans et plus contre 51,8 % au niveau de la délivrance des attestations. Côté retraite, à titre d'exemple, la pension moyenne d'un artisan est de 607 euros par mois et celle d'un commerçant de 464 euros. Ces montants sont servis aux pensionnés qui ont exercé leur activité uniquement en tant qu'artisan ou commerçant, mais ils représentent environ 100 000 personnes, chiffre à rapprocher des 31 806 assurés du RSI bénéficiaires d'une attestation ACS en 2014.

Une étude ponctuelle a également été réalisée sur la base des données fournies par 5 OC représentant 16 % des utilisateurs d'attestations ACS. L'étude fournit la répartition par âge de la population et de la part des femmes âgées de 20 ans et plus.

Si on compare la structure par âge, on constate une population plus âgée que celle de la population générale et l'écart est encore plus fort lorsqu'on se réfère à la CMU-C : la part des 60 ans et plus représente 35 %, contre 25 % dans la population générale et 5,1 % au niveau de la CMU-C.

La part des femmes de plus de 20 ans y est également plus importante que dans les deux autres populations : 61 % contre 52 % dans la population générale et 57 % au niveau de la CMU-C. Si pour la CMU-C on est davantage en présence de familles monoparentales dont le chef de famille est une femme, pour l'utilisation du droit ACS, la sur-représentation des femmes peut s'expliquer par l'âge moyen élevé de la population. La proportion de femme augmente en effet sensiblement avec l'âge.

Tableau 21 – Utilisateurs des attestations ACS auprès d'un OC – répartition par tranches d'âges / répartition hommes femmes pour les personnes âgées de 20 ans et plus

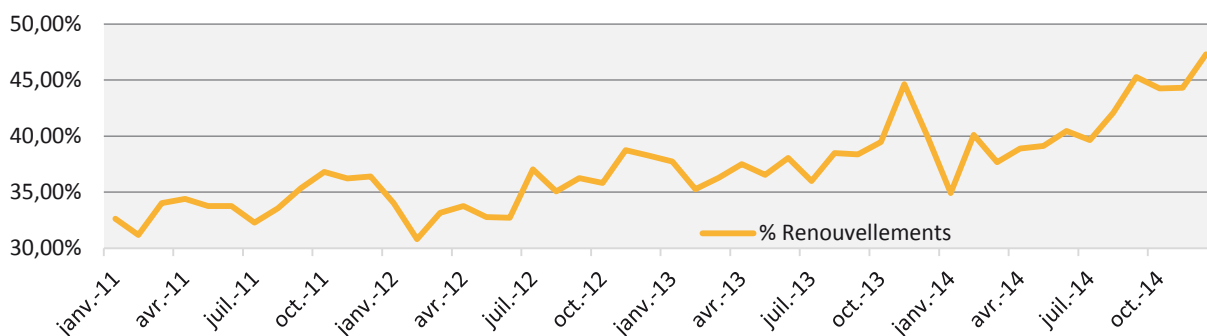


Source : 5 OC couvrant 16 % des utilisateurs d'attestations ACS à la fin 2014

1.2.4. La part des renouvellements au sein des attributions de l'ACS pour le régime général

En nombre de bénéficiaires, sur la base des données mises à disposition par la CNAMTS, on constate que la part des renouvellements augmente depuis 2013, même si les évolutions peuvent être heurtées selon les mois. La tendance à la hausse observée s'est amplifiée sur le second semestre 2014 : en moyenne sur 2014, la part des renouvellements au sein des accords s'élève à 41 % mais elle n'est jamais descendue en deçà de 44 % sur la période septembre – décembre 2014. La hausse constatée sur la fin de l'année 2014 pourrait être liée à la mesure de relèvement du plafond (renouvellement des accords intervenus à partir du second semestre 2013).

Figure 14 – Part des renouvellements dans les attributions d'attestations ACS, sur la période 2011 – 2014, au régime général, métropole et Dom



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

À fin novembre 2014, 943 748 personnes ont utilisé leur attestation auprès d'un OC (+ 5,5 % en référence à fin novembre 2013, + 0,7 % par rapport à fin août 2014). Le taux d'utilisation reste stable autour de 80 %.

Le montant annuel moyen de la déduction augmente depuis le début de l'année, pour dépasser le seuil des 300 €, (305 € à fin novembre). Le montant annuel alloué aux personnes âgées de 60 ans et plus est en effet passé de 500 € à 550 €, à compter du 1^{er} janvier 2014.

Tableau 22 – Nombre d'utilisateurs d'attestations ACS auprès des OC et taux d'utilisation de 2011 à 2014

	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Evolution / T-1	Evolution / N-1	Taux d'utilisation des attestations (*)
févr-11	528 183	-0,9%	7,1%	82,1%
mai-11	561 618	6,3%	8,6%	84,6%
août-11	595 940	6,1%	11,0%	85,2%
nov-11	621 380	4,3%	16,6%	84,6%
févr-12	635 713	2,3%	20,4%	81,0%
mai-12	685 059	7,8%	22,0%	82,1%
août-12	738 021	7,7%	23,8%	82,7%
nov-12	774 041	4,9%	24,6%	80,5%
févr-13	779 832	0,7%	22,7%	76,9%
mai-13	827 980	6,2%	20,9%	79,0%
août-13	877 093	5,9%	18,8%	80,3%
nov-13	894 594	2,0%	15,6%	79,8%
févr-14	897 717	0,3%	15,1%	77,3%
mai-14	921 915	2,7%	11,3%	78,8%
août-14	937 363	1,7%	6,9%	80,1%
nov-14	943 748	0,7%	5,5%	79,3%

Sources : déclarations de la TSA transmises par les OC

1.2.6. Les indicateurs ACS

En 2013, le Fonds CMU a signé une convention de partenariat avec deux mutuelles (Intégrance et Eovi mutuelle) afin d'obtenir annuellement la production de trois indicateurs utiles à une meilleure connaissance du dispositif ACS :

- le délai d'utilisation des attestations ;
- la durée moyenne dans le dispositif ;
- le devenir des bénéficiaires à l'issue d'une année de droit.

1.2.6.1. Le délai d'utilisation des attestations ACS

Le délai d'utilisation correspond au nombre de jours écoulés entre la date de délivrance de l'attestation ACS par la CPAM et la date d'ouverture effective du droit ACS par l'OC.

Chez Eovi Mutuelle, cette donnée ne peut être produite que manuellement à partir de l'extraction et de l'exploitation d'un échantillon aléatoire d'attestations ACS. En effet, le calcul du délai d'utilisation nécessite de disposer de la date de délivrance de l'attestation ACS par la CPAM, qui n'est pas saisie dans son système d'information. Les calculs ont ainsi porté sur 914 attestations (foyers).

En revanche, cette information est bien saisie dans le système d'information de la Mutuelle Intégrance, ce qui nous permet de disposer d'un résultat portant sur la quasi-totalité des personnes bénéficiaires de l'ACS dans la mutuelle soit 30 000 personnes.

Tableau 23 – Délai d'utilisation des attestations ACS

Délai d'utilisation	2014		2013	
	Intégrance	Eovi mutuelle	Intégrance	Eovi mutuelle
Moins d'1 mois	55%	57%	46%	54%
Entre 1 mois et moins de 2 mois	24%	30%	29%	24%
Entre 2 mois et moins de 3 mois	14%	9%	17%	12%
Entre 3 mois et moins de 4 mois	4%	3%	4%	4%
4 mois et plus	3%	1%	4%	5%
Total	100%	100%	100%	100%
Délai moyen d'utilisation	34 jours	33 jours	37 jours	37 jours

Sources : Mutuelle Intégrance (30 000 personnes), Eovi mutuelle (914 foyers)

Les résultats obtenus auprès des deux OC ressortent parfaitement cohérents : le délai moyen d'utilisation des attestations ACS s'établit à 34 jours pour Intégrance et 33 jours chez Eovi Mutuelle. Il baisse d'environ 10 % dans les deux cas par rapport à 2013.

1.2.6.2. La durée moyenne d'utilisation des attestations ACS

Pour les deux derniers indicateurs, les deux mutuelles ont pu effectuer leurs calculs sur la base de l'ensemble de la population couverte.

Tableau 24 – Durée moyenne dans le dispositif ACS

Durée moyenne du droit	2014		2013	
	Intégrance	Eovi mutuelle	Intégrance	Eovi mutuelle
1 an	30%	61%	36%	64%
2 ans	21%	15%	21%	13%
3 ans	14%	9%	16%	8%
4 ans et plus	35%	15%	28%	15%
Total	100%	100%	100%	100%

Sources : Mutuelle Intégrance (30 000 personnes), Eovi mutuelle (26 000 personnes)

Dans le cas d'Eovi, la durée moyenne dans le droit ressort à 1,8 an (calcul approché). On constate cependant que 60 % des bénéficiaires ont une ancienneté d'un an dans le dispositif¹⁴.

La durée moyenne dans le droit ressort plus importante pour la Mutuelle Intégrance (2,5 ans selon un calcul approché). La population couverte par la mutuelle est toutefois très majoritairement un public handicapé. La stabilité de leurs ressources et un accompagnement plus marqué expliquent ce constat.

1.2.6.3. Le devenir des bénéficiaires à l'issue de l'année de droit ACS

Dans les deux mutuelles, le taux de renouvellement se situe aux alentours des 50 %.

¹⁴ Par rapport aux précédentes parutions, les chiffres d'Eovi ont été modifiés pour l'année 2013 sur cet indicateur

Tableau 25 – Devenir des bénéficiaires de l'ACS à l'issue d'une année de droit

Le devenir des bénéficiaires à l'issue d'une année de droit	2014		2013	
	Intégrance	Eovi mutuelle	Intégrance	Eovi mutuelle
ACS dans le même OC	51%	48%	52%	49%
Sans ACS dans l'OC	37%	38%	35%	37%
CMU-C dans l'OC	0%	6%	0%	7%
Sortis de l'OC	12%	8%	13%	7%

Source : Mutuelle Intégrance (30 000 personnes), Eovi mutuelle (23 000 personnes)

On soulignera que la très grande majorité des bénéficiaires demeurent ensuite dans l'OC : 88 % au sein de la Mutuelle Intégrance (qui ne gère pas la CMU-C) ; 86 % chez EOVI.

L'ACS n'est donc pas un dispositif où les bénéficiaires se démutualiseraient massivement à l'issue de leur droit.

S'agissant d'Intégrance, le profil du public couvert doit contribuer à ce résultat.

1.2.7. Le rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2013

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) ».

1.2.7.1. Les données clefs de l'enquête

L'enquête 2013 intègre les données de quarante-quatre OC qui couvrent 63 % des bénéficiaires utilisateurs de l'aide au 30 novembre 2013 (345 430 contrats et 555 647 bénéficiaires).

Le niveau de représentativité de l'enquête reste à un niveau élevé. Le nombre d'OC associés a tendance à baisser dans le temps, du fait des fusions absorptions.

Tableau 26 – Rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2013, synthèse des principales données

	Enquête 2013	Enquête 2012	Evolution
Nombre d'OC	44	52	
Nombre contrats	345 430	309 692	
Nombre personnes enquêtées	555 647	514 341	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	63,0%	66,0%	
Nombre personnes par contrat	1,6	1,7	
Prix moyen par contrat (couvrant 1,61 personnes en 2013)	904 €	884 €	2,3%
Prix moyen d'un contrat ACS par personne couverte	561 €	533 €	5,3%
Montant déduction moyenne par contrat	458 €	456 €	0,4%
RAC (*) moyen par contrat	446 €	428 €	4,2%
Taux RAC (*) moyen	47,0%	46,0%	
Taux d'effort par foyer	4,0%	4,1%	

Sources : OC, Fonds CMU

(*) RAC : reste à charge sur le prix des contrats

En 2013, le prix moyen par contrat a augmenté de 2,3 % alors que, dans le même temps, le montant moyen de déduction ACS n'a évolué que de + 0,4 %. Ce constat conduit à un accroissement de 4,2 % du montant du RAC moyen par contrat. Le taux de RAC moyen augmente légèrement en passant de 46 % à 47 %. En moyenne, 53 % du prix du contrat est pris en charge par le dispositif ACS, ce qui est proche du taux de prise en charge des employeurs sur les contrats collectifs obligatoires.

En 2013, le taux d'effort moyen pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire est quasiment stable par rapport à 2012, et ce malgré l'effet positif de l'augmentation du plafond des ressources de référence sur le taux d'effort¹⁵ : il passe de 4,1 % à 4,0 % (3,7 % hors prise en compte du forfait logement). Il est très proche de celui des cadres et professions intellectuelles, sachant que le taux d'effort diminue quand augmente le niveau de revenu.

Sans l'ACS, le taux d'effort pour les personnes concernées par l'enquête s'établirait en moyenne à 8,0 %. Près d'un demi mois de revenu annuel est nécessaire pour financer la complémentaire santé. Au-delà, des aides supplémentaires à l'ACS mises en place par la quasi-totalité des CPAM peuvent abaisser sensiblement le montant du reste à charge des personnes concernées.

1.2.7.2. 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 pour atteindre 1,8 % dans le cas des familles les plus nombreuses. On note là 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 10 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. En ce sens, l'augmentation du montant de l'aide de 500 € à 550 € à partir du 1^{er} janvier 2014 est justifiée.

Le modèle bâti, afin de mesurer l'impact des différents facteurs sur le prix des contrats, s'avère explicatif, puisque l'ensemble des facteurs explique près de 70 % de la variance du prix de vente.

1.2.7.3. Le niveau de garantie des contrats ACS

Le niveau de garantie des contrats est apprécié à partir du recours à la classification DREES des contrats de couverture de complémentaire santé. La classification DREES s'appuie sur une répartition en cinq classes de contrats : A, B, C, D, E (de la meilleure à la moins bonne couverture), dont les contours ont été déterminés sur la base des résultats de l'enquête DREES sur les contrats modaux de 2010.

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

Il est intéressant de comparer, à partir de la classification DREES, la situation des contrats ACS en 2013 par rapport à l'ensemble du marché individuel en 2011¹⁶ (60 % du marché individuel en réalité dans le cadre des contrats remontés par la DREES dans son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits).

Tableau 27 – Répartition des bénéficiaires des contrats ACS par classe de garanties Contrat ACS (2013) et individuels (2012)

	Contrats ACS 2013	Contrats individuels (DREES 2011)	Ecart (en points)
Classe A	0,1%	3,5%	-3,4
Classe B	2,4%	12,6%	-10,2
Classe C	18,3%	44,3%	-26,0
Classe D	31,6%	24,0%	7,6
Classe E	47,6%	15,6%	32,0
Total	100,0%	100,0%	

¹⁵ Le taux d'effort dans l'enquête est calculé sur la base d'un revenu théorique qui correspond aux ressources moyennes de l'ACS ((plafond CMU-C + plafonds ACS) / 2). Une augmentation

du plafond des ressources a donc mécaniquement un effet à la baisse sur le taux d'effort calculé selon cette méthode

¹⁶ Dernier chiffre à notre disposition s'agissant d'une caractérisation large du marché

Le résultat de la comparaison demeure sans ambiguïté puisqu'il confirme le constat des années précédentes : en 2013, les contrats ACS offrent globalement des niveaux de garantie moins élevés que les contrats individuels en général, même si, sans pouvoir être mesuré, l'écart doit pouvoir potentiellement être atténué par la mesure d'opposabilité des tarifs médicaux en faveur des bénéficiaires de l'ACS.

La différence porte essentiellement sur la classe E : + 32,0 points en plus pour les contrats ACS par rapport à l'ensemble des contrats individuels en 2011, et sur la classe C : - 26,0 points sur les contrats ACS. En revanche, le poids de classe D est plus proche au sein des 2 groupes : + 7,6 points sur les contrats ACS.

Ainsi, outre le non recours élevé à ce dispositif, le rapport annuel sur l'ACS met à nouveau en lumière la qualité très moyenne des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS. Il montre également les difficultés que ces derniers peuvent rencontrer dans le choix d'un contrat, vu leur extrême diversité.

Partant de ces constats, le gouvernement et le Parlement ont décidé de mettre en place une procédure de mise en concurrence, dont le but est de renforcer l'attractivité du dispositif en améliorant le rapport qualité/prix des contrats souscrits. Le nouveau dispositif sera lancé 1^{er} juillet 2015 (cf. partie 4.1).

Enfin, depuis le 14 février 2013, les bénéficiaires de l'ACS ne peuvent se voir facturer des dépassements d'honoraires pour toutes les consultations de médecins en ville ou à l'hôpital, en application de l'avenant n° 8 de la convention médicale. Toutefois, il n'a pas été possible techniquement de prendre en compte cet avantage relatif dans la classification des contrats. Pour cette raison, les contrats ACS de 2013 ont été classés tels

quels, sans prendre en compte la nouvelle disposition concernant les tarifs opposables. On doit cependant considérer qu'ils offrent en réalité de meilleurs niveaux de garantie que ce qui ressort de l'enquête, à condition cependant que l'opposabilité des tarifs soit concrètement appliquée par les médecins. La prise en compte de l'opposabilité des tarifs dans la classification des contrats constitue un axe de travail prioritaire pour la DREES et le Fonds CMU dans la perspective de la réforme du dispositif.

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

On constate 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 + 30 %, chiffre semblable à celui constaté dans l'enquête 2012.

1.2.7.4. 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, au regard des faibles niveaux de garantie des contrats souscrits dans le cadre de l'ACS.

 **Tableau 28 – Synthèse : RAC moyen par consommant – Enquête annuelle ACS 2013**

	2013	2012
Consultations de spécialistes	11 €	10 €
Prothèses dentaires céramo métallique (SPR 50)	405 €	384 €
Paire de lunettes (détail) * :		
verres simples	70 €	65 €
verres complexes	170 €	170 €
montures	60 €	60 €
Paires de lunettes (forfaits) *	Entre 100 et 150 €	Entre 100 et 150 €

(*) Des OC ont répondu sur les 2 rubriques. Données estimées sur l'optique complexe

Tableau 29 – RAC moyen : écart autres contrats individuels / contrats ACS

Prestations	Ecart 2013	Ecart 2012	Ecart 2011
Consultations de spécialistes	78,0%	80,0%	99,0%
Prothèses dentaires céramo métallique (SPR 50)	3,0%	5,0%	5,0%
Paire de lunettes (détail) :			
verres simples	-10,0%	-6,0%	17,0%
verres complexes	9,0%	20,0%	35,0%
montures	29,0%	23,0%	71,0%
Paires de lunettes (forfaits)	36,0%	36,0%	20,0%

Grille de lecture : le RAC moyen sur les consultations de spécialistes est 78 % plus élevé sur les autres contrats individuels.

Ces résultats confirment un RAC sur prestations moins élevé pour les bénéficiaires de l'ACS, comparativement aux bénéficiaires des autres contrats individuels sur les consultations de spécialistes et, dans une moindre mesure, sur l'optique. Cela n'est cependant pas vérifié sur les prothèses dentaires. Dans le cas des médecins spécialistes et de l'optique, les bénéficiaires peuvent davantage faire jouer la concurrence qu'au niveau des prothèses dentaires.

Au-delà, la bonne application de l'opposabilité des tarifs des médecins, en direction des bénéficiaires de l'ACS, devrait pousser le RAC vers le bas pour les bénéficiaires de l'ACS sur les segments de soins concernés (consultations et actes des médecins généralistes et spécialistes).

Encadré 4 – Rappel sur la méthode de calcul du reste à charge dans l'enquête

L'approche utilisée est celle du RAC moyen par consommant, calculé à partir des bases prestations des organismes complémentaires. Il s'agit de déterminer, pour l'ensemble des consommateurs, un montant de RAC cumulé, puis d'en déduire une moyenne. À partir d'un exemple concret, le calcul est déterminé comme suit :

- une personne s'étant fait poser deux couronnes céramo-métalliques sur l'année avec des RAC respectifs de 100 et 200 euros, se verra affecter un RAC de 300 euros (100 + 200) ;
- une personne avec 2 prothèses céramo-métalliques sur l'année aboutissant à deux RAC nuls, se verra affecter un RAC de 0 euro (0+0) ;
- une personne couverte mais non consommatrice au cours de l'année, ne verra pas entrer son RAC, qui par définition est nul, dans le calcul. Elle ne sera pas comptabilisée dans les effectifs consommateurs.

Le RAC moyen calculé correspondra à 150 euros ((100 + 200)/2 consommateurs).

1.2.7.5. Les perspectives d'une adaptation de l'enquête au nouveau contexte découlant de la mise en concurrence des contrats ACS

Du fait de la mise en place de la mise en concurrence des contrats ACS, l'enquête devra être adaptée à partir de l'exploitation des données relatives à l'année 2015. Il sera alors possible de couvrir l'exhaustivité du nombre d'utilisateurs d'attestations, compte tenu du nombre limité d'OC sélectionnés. Les informations demandées porteront sur l'évolution du prix et du RAC sur le prix des contrats ACS, ainsi que sur le contenu de ces contrats (mouvements au sein des trois catégories de contrats éligibles). Des informations complémentaires de suivi seront demandées aux OC retenus afin de permettre un suivi affiné du nouveau dispositif. Ces informations porteront notamment sur : les caractéristiques de la population couverte (âge, sexe, assuré / ayant droit), les recettes et les dépenses, l'équilibre financier et les dépenses par postes.

1.2.8. Les aides supplémentaires ACS

En 2013, les dispositifs locaux d'aides à l'ACS ont poursuivi leur progression après un saut très important sur 2012 : le nombre de bénéficiaires a augmenté de 16 % par rapport à 2012 (+ 61 % en 2012 par rapport à 2011), les montants accordés de + 6 % (+ 48 % en 2012 par rapport à 2011).

La dépense totale représente 40 % de la dotation paramétrique consommée des CPAM (39 % en 2012, 30 % en 2011).

Il existe deux dispositifs d'aides locales : l'aide destinée aux bénéficiaires de l'ACS, et qui vient compléter l'aide légale (« aide « complément ACS ») et l'aide destinée aux personnes dont les ressources se trouvent légèrement supérieures au plafond d'attribution de l'ACS (aide « effet de seuil »).

On est en situation de généralisation puisque seule une seule caisse n'est pas concernée :

70 CPAM ont développé les deux dispositifs « compléments ACS » et « effet de seuil » (72 en 2012)

31 CPAM (29 en 2012) présentent un seul dispositif : 30 CPAM le « complément ACS » et une l'« effet de seuil ».

Au niveau des « compléments ACS », 100 CPAM ont développé cette aide, qui connaît la plus forte progression : 337 000 bénéficiaires (+ 19 %) pour un montant de 32,2 millions d'euros (+ 9 %). L'évolution était respectivement de + 73 % et + 63 % en 2012.

Le montant moyen des interventions s'élève à 96 euros.

Sur 100 CPAM concernées, 71 ont un dispositif proposant systématiquement cette aide.

Les caractéristiques de la nature de l'aide allouée varient, mais concernent principalement : modulation en fonction de l'âge (65 CPAM), montant forfaitaire (48 CPAM), calcul en % du montant de l'ACS (46 CPAM), limitée dans le temps (39 CPAM dont 28 à un an) etc.

26 CPAM ne visent qu'une seule classe d'âges.

Sur ce champ, 57 % des bénéficiaires sont primo demandeurs ACS et seulement 23 % sont déjà titulaires d'une complémentaire santé.

En 2013, les aides « effet de seuil » ont quant à elles concerné 39 000 bénéficiaires (- 4 % par rapport à 2012) pour un montant de 8,1 millions d'euros (- 6 %), traduisant un léger tassement sur ce type d'interventions.

Leur montant moyen s'élève à 210 euros, soit le double par rapport aux compléments ACS.

23 % des CPAM fixent le plafond de revenu, pour l'octroi de l'aide aux barèmes appliqués pour les autres aides supplémentaires, 14 % à « plafond CMU-C + 40 % », 13 % à « plafond CMU-C + 50 % », 7 % à « au-delà de plafond CMU-C + 50 % », 4 % au cas par cas.

À partir de 2014, dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS, le Fonds national d'action sociale et la dotation paramétrique sont amenés à baisser ce qui devrait avoir un effet négatif sur les aides accordées, sans qu'on n'en mesure les éventuels effets à ce jour.

1.2.9. L'actualisation de l'étude comparative ACS / CMU-C

Après avoir réalisé le bilan de l'année 2014, sur la délivrance et l'utilisation des attestations de droits ACS, il est utile d'effectuer une comparaison par rapport au nombre de bénéficiaires de la CMU-C sur la même année.

Vue la proximité des tranches de revenus entre les deux dispositifs, à un nombre relativement élevé de bénéficiaires de la CMU-C, doit correspondre une situation comparable au niveau de l'ACS.

Dans le cadre de ce travail, une attention particulière est donc portée sur les situations où le pourcentage « nombre de bénéficiaires ACS/nombre de bénéficiaires CMU-C » est le plus faible comparativement à la moyenne.

Cependant, on constate que la juste interprétation des résultats nécessite de s'intéresser également au nombre de bénéficiaires de l'ACS par rapport à la population du département.

La présente étude porte sur les données ACS et CMU-C issues du régime général.

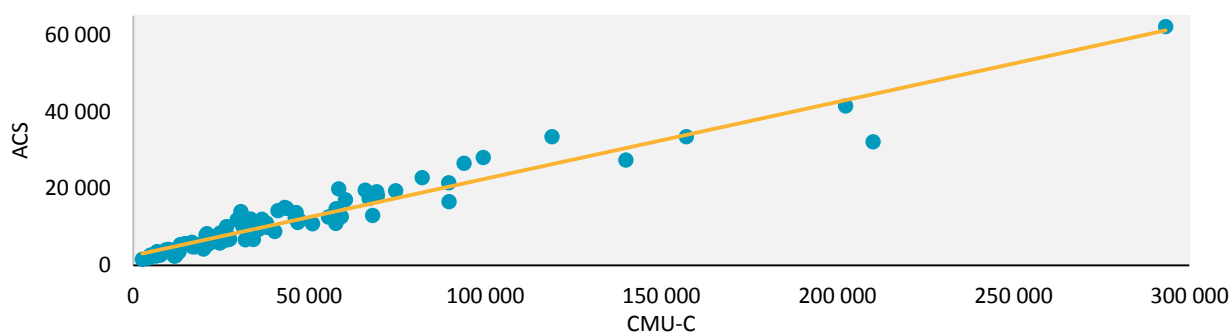
1.2.9.1. L'analyse à partir du ratio ACS/CMU-C

A. Une très forte corrélation entre le nombre de bénéficiaires d'attestations ACS et les effectifs de la CMU-C par département

Le classement à partir du ratio étudié pour le régime général, en métropole, conduit à des résultats homogènes dans leur ensemble.

Le coefficient de corrélation élevé (0,96), traduit la cohérence des résultats. Le taux moyen ACS / CMU-C ressort à 26,0 % (26,9 % en 2013). Aucune situation n'est atypique.

Figure 15 – Total effectifs ACS/Total effectifs CMU-C par département, métropole, 2014



Sources : OC, Fonds CMU

Dans les Dom, chaque département présente une situation particulière. Le taux ACS / CMU-C varie fortement entre territoires – 0,6 % en Guyane, 9,0 % en Martinique, 14,0 % en Guadeloupe et 17,7 % 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 15 départements où le taux étudié est le plus élevé par rapport à celle des 15 départements où le taux est le plus faible.

Parmi les départements les moins bien placés (Tableau 31), figurent des départements de tailles beaucoup plus importantes que dans le classement de tête (Tableau 30). Ces départements représentent en effet 26,4 % de la population de la métropole (contre 6,8 % pour les départements du Tableau 30).

Ainsi, l'amélioration de la situation des plus gros départements en termes de population aurait un impact certain sur le résultat global apprécié à partir du ratio ACS / CMU-C.

Tableau 30 – Rapport ACS/CMU-C, les quinze taux les plus élevés, métropole, 2014

Num Dpt	Département	CMU-C	ACS	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
48	Lozère	2 607	1 565	60,0%	1
201	Corse-du-Sud	4 863	2 610	53,7%	2
43	Haute-Loire	6 801	3 549	52,2%	3
25	Doubs	30 564	13 980	45,7%	4
5	Hautes-Alpes	4 398	1 981	45,0%	5
15	Cantal	4 325	1 904	44,0%	6
32	Gers	9 164	3 956	43,2%	7
12	Aveyron	10 000	4 181	41,8%	8
23	Creuse	6 561	2 705	41,2%	9
65	Hautes-Pyrénées	13 345	5 413	40,6%	10
64	Pyrénées-Atlantiques	29 474	11 845	40,2%	11
19	Corrèze	9 116	3 663	40,2%	12
85	Vendée	20 885	8 237	39,4%	13
4	Alpes-Haute-Provence	8 222	3 202	38,9%	14
73	Savoie	13 456	5 195	38,6%	15

Tableau 31 – Rapport ACS/CMU-C, les quinze taux les plus faibles, métropole, 2014

Num Dpt	Département	CMU-C	ACS	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
93	Seine-Saint-Denis	210 146	32 145	15,3%	96
95	Val-d'Oise	89 651	16 594	18,5%	95
67	Bas-Rhin	57 509	10 901	19,0%	94
77	Seine-et-Marne	67 977	13 023	19,2%	93
75	Paris	139 944	27 394	19,6%	92
27	Eure	34 113	6 723	19,7%	91
55	Meuse	12 028	2 456	20,4%	90
90	Territoire-de-Belfort	11 616	2 377	20,5%	89
13	Bouches-du-Rhône	202 337	41 544	20,5%	88
11	Aude	31 819	6 681	21,0%	87
54	Meurthe-et-Moselle	50 898	10 779	21,2%	86
18	Cher	19 925	4 220	21,2%	85
59	Nord	293 255	62 221	21,2%	84
62	Pas-de-Calais	157 074	33 548	21,4%	83
57	Moselle	59 075	12 625	21,4%	82

1.2.9.2. 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 18^{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 32 – Rapport ACS/CMU-C et taux d'ACS dans les DOM, 2014

Num Dpt	Département	CMU-C	ACS	Population	Taux CMU-C 2014	Taux ACS 2014	ACS / CMU-C
971	Guadeloupe	103 366	14 450	410 335	25,2%	3,5%	14,0%
972	Martinique	91 056	8 151	395 027	23,1%	2,1%	9,0%
973	Guyanne	84 422	497	241 922	34,9%	0,2%	0,6%
974	Reunion	295 937	52 480	843 617	35,1%	6,2%	17,7%
Total métropole		4 015 302	1 044 548	64 844 825	6,2%	1,6%	26,0%
Total Dom		574 781	75 578	1 890 901	30,4%	4,0%	13,1%

B. La poursuite de l'analyse en métropole

Si on complète l'analyse des situations départementales au regard de l'ACS en ajoutant l'indicateur relatif au taux d'ACS départemental, on met en évidence deux situations distinctes.

Il est ainsi intéressant de faire un retour sur la situation des 15 caisses 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}, 15^{ème}) ;
- les Bouches du Rhône (88^{ème}, 16^{ème}) ;
- le Nord (84^{ème}, 7^{ème}) ;
- le Pas de Calais (83^{ème}, 10^{ème}).

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

- le Bas-Rhin (94^{ème}, 93^{ème}) ;
- la Seine et Marne (93^{ème} et 94^{ème}) ;
- Paris (92^{ème}, 81^{ème}).

Tableau 33 – Rapport ACS/CMUC, quinze caisses de métropole connaissant le taux ACS/CMUC le plus faible, 2014

Num Dpt	Département	CMU-C	ACS	Population	Taux CMU-C 2014	Classement CMU-C 2014	Taux ACS 2014	Classement ACS 2014	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
93	Seine-Saint-Denis	210 146	32 145	1 551 739	13,5%	1	2,1%	15	15,3%	96
95	Val-d'Oise	89 651	16 594	1 203 920	7,4%	15	1,4%	67	18,5%	95
67	Bas-Rhin	57 509	10 901	1 124 434	5,1%	57	1,0%	93	19,0%	94
77	Seine-et-Marne	67 977	13 023	1 377 102	4,9%	62	0,9%	94	19,2%	93
75	Paris	139 944	27 394	2 265 886	6,2%	30	1,2%	81	19,6%	92
27	Eure	34 113	6 723	609 226	5,6%	43	1,1%	88	19,7%	91
55	Meuse	12 028	2 456	199 315	6,0%	33	1,2%	79	20,4%	90
90	Territoire-de-Belfort	11 616	2 377	147 528	7,9%	12	1,6%	44	20,5%	89
13	Bouches-du-Rhône	202 337	41 544	2 014 702	10,0%	4	2,1%	16	20,5%	88
11	Aude	31 819	6 681	372 259	8,5%	9	1,8%	30	21,0%	87
54	Meurthe-et-Moselle	50 898	10 779	747 707	6,8%	18	1,4%	62	21,2%	86
18	Cher	19 925	4 220	320 019	6,2%	28	1,3%	74	21,2%	85
59	Nord	293 255	62 221	2 627 956	11,2%	2	2,4%	7	21,2%	84
62	Pas-de-Calais	157 074	33 548	1 490 820	10,5%	3	2,3%	10	21,4%	83
57	Moselle	59 075	12 625	1 068 417	5,5%	47	1,2%	84	21,4%	82

1.2.9.3. Analyse de l'évolution de la situation des 20 premiers départements en termes d'effectifs ACS entre 2013 et 2014

Même si, en 2014, les effectifs de l'ACS ont peu augmenté (+ 3,4 %), les situations individuelles des départements ont pu évoluer. En effet, dans le cadre de cette étude, on compare des données comptabilisées en « stocks » (CMU-C) à des données en flux (ACS). Or, cette dernière donnée est plus fluctuante que la première.

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 Var, dans une moindre mesure en Haute-Garonne. Il faut noter également l'évolution sensible dans les Hauts-de-Seine et le Val d'Oise. À l'inverse, la situation s'est un peu dégradée dans les Bouches du Rhône.

Tableau 34 – Classement comparatif des départements entre 2013 et 2014 (classement décroissant sur les effectifs ACS 2014), pour les 20 premiers départements en termes d'effectifs ACS en 2014, métropole

Num Dpt	Département	Effectifs ACS			Classement ACS / Population		Classement ACS / CMU-C	
		2013	2014	Évolution 2013 – 2014	2013	2014	2013	2014
59	Nord	57 251	62 221	8,7%	8	7	91	84
13	Bouches-du-Rhône	44 351	41 544	-6,3%	7	16	84	88
62	Pas-de-Calais	29 850	33 548	12,4%	15	10	93	83
69	Rhône	29 686	33 486	12,8%	28	27	56	53
93	Seine-Saint-Denis	31 685	32 145	1,5%	14	15	95	96
76	Seine-Maritime	27 608	28 066	1,7%	10	12	45	52
75	Paris	28 501	27 394	-3,9%	72	81	92	92
34	Hérault	26 411	26 567	0,6%	3	5	44	51
31	Haute-Garonne	19 782	22 834	15,4%	44	34	67	55
94	Val-de-Marne	19 352	21 463	10,9%	53	47	82	77
6	Alpes-Maritimes	17 960	19 891	10,8%	33	29	29	27
83	Var	16 220	19 611	20,9%	43	26	72	42
33	Gironde	18 329	19 418	5,9%	75	75	71	65
30	Gard	19 145	19 162	0,1%	1	2	48	57
92	Hauts-de-Seine	15 432	18 127	17,5%	94	87	83	64
91	Essonne	16 859	17 414	3,3%	62	66	55	67
44	Loire -Atlantique	16 368	17 064	4,3%	74	76	47	50
95	Val-d'Oise	12 157	16 594	36,5%	91	67	96	95
45	Loiret	13 953	15 072	8,0%	13	11	24	23
35	Ille-et-Vilaine	13 098	14 838	13,3%	66	63	33	28

Tableau 35 – Évolutions des effectifs ACS et des ratios ACS / Population et ACS / CMU-C, 2013 – 2014, Dom

Num Dpt	Département	Effectifs ACS			ACS / Population		ACS / CMU-C	
		2013	2014	Évolution 2013 – 2014	2013	2014	2013	2014
971	Guadeloupe	14 641	14 450	-1,3%	3,6%	3,5%	15,1%	14,0%
972	Martinique	17 878	8 151	-54,4%	4,5%	2,1%	20,5%	9,0%
973	Guyanne	1 489	497	-66,6%	0,6%	0,2%	2,0%	0,6%
974	Reunion	55 610	52 480	-5,6%	6,6%	6,2%	19,6%	17,7%

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

1.3.1. Rappel du contexte

1.3.1.1. La Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

En application de la mesure annoncée dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont été relevés de 8,3 % (dont 7 % de revalorisation exceptionnelle) à compter du 1^{er} juillet 2013, dans le but de faciliter l'accès aux droits et aux soins pour les personnes les plus démunies.

Grâce à cette mesure, le plafond de l'ACS a pu retrouver quasiment le même niveau que le seuil de pauvreté (seuil de pauvreté estimé par l'INSEE pour 2011 à 60 % du revenu médian, pour une personne en métropole) et le plafond de la CMU-C a été remplacé à 73,3 %, soit au même niveau qu'en 2000.

1.3.1.2. L'impact du relèvement des plafonds sur le nombre de personnes éligibles

Il avait été estimé initialement que 750 000 personnes supplémentaires devraient bénéficier de l'un ou l'autre de ces dispositifs (400 000 personnes pour la CMU-C et 350 000 personnes pour l'ACS). Le plein effet de la mesure était attendu pour fin 2014 pour la CMU-C et fin 2015 pour l'ACS. Toutefois, suite à une réévaluation par la DREES des populations cibles pour la CMU-C et l'ACS, en septembre 2013, les effectifs attendus ont été réévalués à 300 000 personnes pour la CMU-C et 370 000 pour l'ACS. Cette réévaluation a porté tant sur la densité de bénéficiaires potentiels, par tranche de revenus impactée, que sur les taux de recours aux prestations concernées.

Pour l'ACS, on constate que 80 % des bénéficiaires d'attestation utilisent leur attestation auprès d'un organisme complémentaire. Par conséquent, on considère qu'au terme de la montée en charge, qui est prévue à la fin du 1^{er} semestre 2016, sur les 370 000 attributions d'attestations ACS, 300 000 personnes auront utilisé leur attestation.

Tableau 36 – Évaluations des populations cibles, en fonction des tranches de revenus concernées par la revalorisation exceptionnelle du plafond CMU-C / ACS

Évaluation initiale				Évaluation finale			
	France entière				France entière		
	Cible	Bénéficiaires	Utilisateurs		Cible	Bénéficiaires	Utilisateurs
CMU-C	500 000	400 000	400 000	CMU-C	420 000	300 000	300 000
ACS	850 000	350 000	280 000	ACS	740 000	370 000	300 000
Total CMU-C + ACS	1 350 000	750 000	680 000	Total CMU-C + ACS	1 160 000	670 000	600 000

1.3.1.3. Le suivi de la mesure

À l'initiative du Fonds CMU, un suivi de la mesure de revalorisation exceptionnelle des plafonds CMU-C / ACS a été instauré, afin de suivre son évolution et d'évaluer son impact à terme.

Pour le régime général, le Fonds CMU a composé un échantillon de caisses, représentatives de la diversité des situations locales. Dans ce cadre, la CPAM de Nanterre, en lien avec la CPAM de Bobigny, a pris en charge le développement des requêtes qui ont été nécessaires au recueil mensuel des données, pour les caisses locales du régime général impliquées, à partir de la Base ressources. Dix caisses locales, de juillet à décembre 2013, puis onze en 2014¹⁷ ont participé au suivi. Les deux autres grands régimes, le RSI et la CCMSA, participent également au suivi, en fournissant des données agrégées au niveau national.

¹⁷ 131 - Marseille, 291 - Finistère, 595 - Lille-Douai, 599 - Hainaut (depuis janvier 2014), 691 - Rhône, 751 - Paris, 921 - Nanterre, 931 - Bobigny, 951 - Cergy Pontoise, 972 - Martinique, 974 - Réunion

1.3.2. Bilan 2013 et 2014

1.3.2.1. Données des caisses engagées dans le suivi de la mesure concernant les attributions liées à l'augmentation des plafonds

L'action de suivi mise en place avec les onze caisses participant au suivi totalise 2 millions d'attributions¹⁸ de la CMU-C et 397 000 attributions de l'ACS sur 18 mois. Sur ces totaux, presque 87 000 attributions de la CMU-C ont été liées à la mesure de revalorisation (4 % du total des attributions CMU-C) ainsi que plus de 58 000 attributions de l'ACS (14 % en 2014 et 15 % en 2015 par rapport au total des attributions ACS).

Tableau 37 – Attributions de la CMU-C et l'ACS, pour les onze caisses participant au suivi, part des attributions liées à la mesure, 2013 – 2014

Num_CPAM	Nom_CPAM	2013	2014	Total	2013	2014	Total	2013	2014
131	MARSEILLE	103 461	190 716	294 177	4 285	7 720	12 005	4,1%	4,0%
291	FINISTERE	14 542	31 035	45 577	674	1 443	2 117	4,6%	4,6%
595	LILLE-DOUAI	49 950	88 989	138 939	1 916	3 387	5 303	3,8%	3,8%
599	HAINAUT	0	99 508	99 508	0	3 967	3 967	0,0%	4,0%
691	RHONE	57 292	122 905	180 197	2 707	6 641	9 348	4,7%	5,4%
751	PARIS	77 465	147 468	224 933	3 480	7 034	10 514	4,5%	4,8%
921	NANTERRE	31 800	72 849	104 649	1 603	3 794	5 397	5,0%	5,2%
931	BOBIGNY	94 215	210 389	304 604	3 879	8 395	12 274	4,1%	4,0%
951	CERGY PONTOISE	46 787	84 472	131 259	2 167	3 777	5 944	4,6%	4,5%
972	MARTINIQUE	44 714	77 203	121 917	1 892	2 933	4 825	4,2%	3,8%
974	RÉUNION	159 585	288 943	448 528	5 191	10 074	15 265	3,3%	3,5%
	Total	679 811	1 414 477	2 094 288	27 794	59 165	86 959	4,1%	4,2%

Num_CPAM	Nom_CPAM	ACS Total			ACS Mesure			Part Mesure	
		2013	2014	Total	2013	2014	Total	2013	2014
131	MARSEILLE	21 855	38 955	60 810	3 402	6 229	9 631	15,6%	16,0%
291	FINISTERE	4 434	9 958	14 392	665	1 542	2 207	15,0%	15,5%
595	LILLE-DOUAI	9 091	16 549	25 640	1 377	2 688	4 065	15,1%	16,2%
599	HAINAUT	0	19 181	19 181	0	3 351	3 351	0,0%	17,5%
691	RHONE	12 852	30 604	43 456	1 925	5 117	7 042	15,0%	16,7%
751	PARIS	14 650	27 388	42 038	2 614	5 056	7 670	17,8%	18,5%
921	NANTERRE	8 138	18 127	26 265	1 355	2 840	4 195	16,7%	15,7%
931	BOBIGNY	15 546	32 144	47 690	2 438	4 902	7 340	15,7%	15,3%
951	CERGY PONTOISE	9 091	15 684	24 775	1 564	2 427	3 991	17,2%	15,5%
972	MARTINIQUE	7 743	11 377	19 120	589	803	1 392	7,6%	7,1%
974	RÉUNION	24 198	49 650	73 848	2 154	5 402	7 556	8,9%	10,9%
	Total	127 598	269 617	397 215	18 083	40 357	58 440	14,2%	15,0%

La CPAM du Hainaut n'a participé au suivi qu'à partir de 2014

¹⁸ 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.

1.3.2.2. Extrapolation pour l'ensemble des effectifs

L'extrapolation se calcule en reprenant le pourcentage des effectifs des onze caisses par rapport à l'ensemble des effectifs de la CNAMTS, sur la base des données fournies par la CNAMTS¹⁹. Le résultat obtenu est mis en rapport avec le total des attributions pour la CNAMTS, pour chaque mois. Le rapport entre les attributions liées à la mesure extrapolées et l'ensemble des attributions CNAMTS reste cohérent, soit en 2014 :

- CMU-C, 4,2 % pour les onze caisses / 4,3 % pour la CNAMTS
- ACS, 15,0 % pour les onze caisses / 14,5 % pour la CNAMTS

Tableau 38 – Attributions CMU-C et ACS liées à la mesure, extrapolation pour la CNAMTS, 2014

Pour les 11 caisses engagées dans le suivi de la mesure				CNAMTS			
Mois	Attributions Mesure relèvement plafond	Total des attributions	Part mesure relèvement	Pourcent 11 caisses / Effectifs nationaux	Extrapolation des attributions Mesure relèvement	Total des attributions Bases CNAMTS	Part Mesure relèvement
31/01/2014	5 035	116 146	4,3%	31,4%	16 058	375 143	4,3%
28/02/2014	4 619	102 546	4,5%	31,3%	14 739	376 078	3,9%
31/03/2014	4 866	114 090	4,3%	31,3%	15 551	357 086	4,4%
30/04/2014	4 521	99 504	4,5%	31,1%	14 520	346 590	4,2%
31/05/2014	4 087	107 825	3,8%	31,3%	13 043	324 845	4,0%
30/06/2014	4 361	124 122	3,5%	31,3%	13 925	354 666	3,9%
31/07/2014	5 003	123 849	4,0%	31,3%	16 000	391 373	4,1%
31/08/2014	4 462	112 381	4,0%	31,2%	14 309	337 310	4,2%
30/09/2014	5 536	136 478	4,1%	31,1%	17 828	356 209	5,0%
31/10/2014	5 831	136 116	4,3%	31,0%	18 811	399 787	4,7%
30/11/2014	4 998	113 173	4,4%	31,0%	16 110	378 790	4,3%
31/12/2014	5 845	128 249	4,6%	31,1%	18 799	371 310	5,1%
Total	59 165	1 414 477	4,2%	31,2%	189 692	4 369 187	4,3%

Pour les 11 caisses engagées dans le suivi de la mesure				CNAMTS			
Mois	Attributions Mesure relèvement	Total des attributions	Part mesure relèvement	Pourcent 11 caisses / Effectifs nationaux	Extrapolation des attributions Mesure relèvement	Total des attributions Bases CNAMTS	Part Mesure relèvement
31/01/2014	3 404	23 700	14,4%	26,8%	12 691	95 080	13,3%
28/02/2014	3 146	21 754	14,5%	26,3%	11 961	89 803	13,3%
31/03/2014	3 249	22 688	14,3%	27,5%	11 832	89 355	13,2%
30/04/2014	3 268	21 374	15,3%	24,5%	13 360	89 101	15,0%
31/05/2014	2 841	19 047	14,9%	23,6%	12 047	86 653	13,9%
30/06/2014	3 042	20 340	15,0%	22,3%	13 655	92 819	14,7%
31/07/2014	2 931	20 879	14,0%	24,9%	11 788	90 648	13,0%
31/08/2014	2 888	19 488	14,8%	25,5%	11 306	77 702	14,5%
30/09/2014	3 592	23 977	15,0%	24,1%	14 908	95 139	15,7%
31/10/2014	3 715	24 191	15,4%	24,4%	15 238	103 155	14,8%
30/11/2014	3 555	23 027	15,4%	24,0%	14 794	94 874	15,6%
31/12/2014	4 727	29 152	16,2%	24,7%	19 106	115 019	16,6%
Total	40 357	269 617	15,0%	24,8%	162 686	1 119 348	14,5%

¹⁹ Pour la CMU-C, les données retenues sont celles du premier passage. Pour rappel, les données de la CNAMTS sont considérées définitives après 4 passages. Pour l'ACS, il n'y a qu'une seule remontée des données.

L'extrapolation pour l'ensemble des régimes s'effectue en ajoutant les données transmises par le RSI et la CCMSA et en estimant les données pour les SLM et les régimes spéciaux²⁰.

Pour 2014, les prévisions de 200 000 attributions CMU-C et de 162 500 attributions ACS sont atteintes.

 **Tableau 39 – Extrapolation des attributions liées à la mesure, pour l'ensemble des régimes, 2014**

CMU-C				ACS			
	Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions		Tous régimes Attributions	Prévisions Avril 2014	Atteinte prévisions
31/01/2014	17 730	16 667	106,4%	31/01/2014	13 825	13 542	102,1%
28/02/2014	16 345	16 667	98,1%	28/02/2014	13 028	13 542	96,2%
31/03/2014	17 216	16 667	103,3%	31/03/2014	12 910	13 542	95,3%
30/04/2014	16 010	16 667	96,1%	30/04/2014	14 445	13 542	106,6%
31/05/2014	14 343	16 667	86,0%	31/05/2014	12 951	13 542	95,6%
30/06/2014	15 360	16 667	92,2%	30/06/2014	14 690	13 542	108,5%
31/07/2014	17 423	16 667	104,5%	31/07/2014	12 599	13 542	93,0%
31/08/2014	15 565	16 667	93,4%	31/08/2014	12 039	13 542	88,9%
30/09/2014	19 219	16 667	115,3%	30/09/2014	15 925	13 542	117,6%
31/10/2014	20 282	16 667	121,7%	31/10/2014	16 223	13 542	119,8%
30/11/2014	17 654	16 667	105,9%	30/11/2014	15 778	13 542	116,5%
31/12/2014	20 366	16 667	122,2%	31/12/2014	20 114	13 542	148,5%
Total	207 512	200 000	103,8%	Total	174 526	162 500	107,4%

Le mois de décembre 2014, avec une estimation de 20 000 attributions de l'ACS, se démarque des onze autres mois de l'année. Un certain nombre de caisses participant au suivi ont toutefois expliqué au Fonds CMU que des moyens spécifiques ont été investis, afin d'épurer le stock des dossiers de demande d'ACS avant le 31 décembre.

Toujours pour l'ACS, l'évaluation des attributions est complétée par l'évaluation des utilisations, sur la base de 80 % des attestations attribuées, ce qui correspond à la moyenne constatée par le Fonds CMU. Pour 2014, on totalise ainsi presque 140 000 utilisateurs d'attestations directement liés à la mesure.

²⁰ Estimations mensuelles des attributions liées à la mesure, pour les SLM et pour les régimes spéciaux :

– CMU-C : SLM : 50, Régimes spéciaux : 10 ;

– ACS : SLM : 25, Régimes spéciaux : 10.

Tableau 40 – Extrapolation des utilisations d'attestations ACS liées à la mesure, pour l'ensemble des régimes, 2014

	80,0%		
	Tous régimes Utilisateurs Attestations	Prévisions	Atteinte prévisions
31/01/2014	11 060	10 833	102,5%
28/02/2014	10 422	10 833	96,0%
31/03/2014	10 328	10 833	95,1%
30/04/2014	11 556	10 833	107,1%
31/05/2014	10 361	10 833	96,0%
30/06/2014	11 752	10 833	108,9%
31/07/2014	10 079	10 833	93,2%
31/08/2014	9 631	10 833	88,6%
30/09/2014	12 740	10 833	117,2%
31/10/2014	12 978	10 833	120,0%
30/11/2014	12 622	10 833	116,3%
31/12/2014	16 091	10 833	148,6%
Total	139 621	130 000	107,5%

Le 2^{ème} semestre 2014 regroupe 36 % des attributions des trois semestres de déploiement de la mesure, tant pour la CMU-C que pour l'ACS.

Le nombre d'attributions liées à un renouvellement de la prestation augmente mécaniquement au cours de ce 2^{ème} semestre 2014. En effet, dans la tranche de revenus concernée par la mesure, une partie des bénéficiaires renouvelle des droits acquis un an plus tôt, au cours du 2^{ème} semestre 2013, grâce à cette même mesure.

Tableau 41 – Répartition des attributions CMU-C et ACS liées à la mesure, sur les trois premiers semestres d'application, de juillet 2013 à décembre 2014

		CMU-C				ACS	
		Nombre	Répartition			Nombre	Répartition
2ème semestre	2013	101 715	32,9%	2ème semestre	2013	80 068	31,4%
1er semestre	2014	97 004	31,4%	1er semestre	2014	81 849	32,1%
S/ Total		198 719	64,3%	S/ Total		161 917	63,6%
2ème semestre	2014	110 508	35,7%	2ème semestre	2014	92 677	36,4%
Total		309 227	100,0%	Total		254 594	100,0%

1.3.2.3. Suivi qualitatif

Un suivi qualitatif vient compléter le suivi quantitatif des attributions.

Ce suivi porte sur la situation antérieure des attributaires par rapport à la protection complémentaire. Pour 2014, ce suivi concerne les 60 000 attributions de la CMU-C et les 40 000 attributions de l'ACS répertoriées par les 11 caisses engagées dans le suivi.

A. Suivi qualitatif pour la CMU-C

Sur les deux premiers semestres d'application de la mesure (2^{ème} semestre 2013 et 1^{er} semestre 2014), les proportions sont similaires pour la CMU-C :

- 36 % des attributions concernent des personnes qui ne bénéficiaient d'aucune aide ;
- 22 % / 23 % des attributions concernent des personnes qui bénéficiaient de l'ACS ;

- 41 % / 42 % des attributions concernent des personnes qui bénéficiaient de la CMU-C.

Le troisième semestre de la mesure (2^{ème} semestre 2014) voit les profils changer. Une partie des bénéficiaires concernés a procédé à un renouvellement de leurs droits :

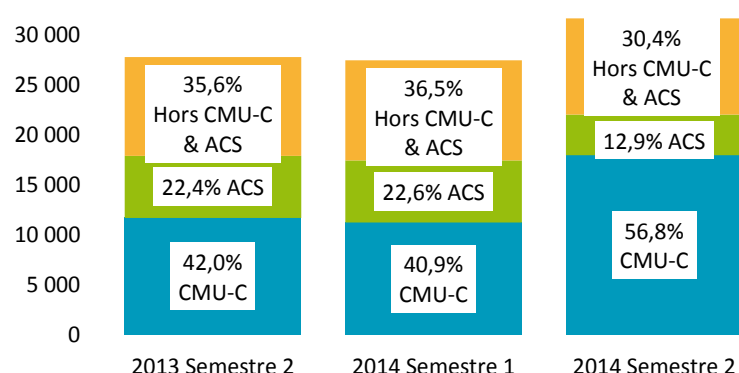
- 30 % des attributaires restent des personnes qui ne bénéficiaient d'aucune aide, soit 6 points de moins qu'au cours du premier semestre d'application de la mesure ;
- 13 % bénéficiaient de l'ACS ; il s'agit de personnes qui ont vu leur situation se dégrader en un an. Mais cette proportion est inférieure de 10 points par rapport à celle de 2013. Pour la catégorie de bénéficiaires se situant dans ces 10 points, la mise en place de la mesure, en 2013, a majoritairement engendré un transfert de l'ACS vers la CMU-C ;
- 57 % des attributions concernent des personnes qui bénéficiaient déjà de la CMU-C, soit 15 à 16 points de plus qu'un an auparavant, ceci concernant donc principalement des personnes qui avaient pu accéder à la CMU-C grâce à la mesure.

Les nouveaux accédants à la CMU-C, et globalement à une aide à la complémentaire santé, grâce à la mise en place de la mesure ont donc diminué de 5 points.

Tableau 42 – Attributions de la CMU-C, dans la tranche de revenus concernée par la mesure de revalorisation du plafond CMU-C, situation antérieure à l'attribution de la CMU-C

Mois	CMU-C	ACS	Hors CMU-C & ACS	Total
2013 Semestre 2	11 687	6 228	9 897	27 812
2014 Semestre 1	11 234	6 225	10 030	27 489
2014 Semestre 2	17 987	4 072	9 617	31 676
Total 2014	29 221	10 297	19 647	59 165
Total	40 908	16 525	29 544	86 977

Figure 16 – Situation antérieure à l'attribution de la CMU-C, pour les onze caisses participant au suivi de la mesure, par semestre



B. Suivi qualitatif pour l'ACS

Sur les deux premiers semestres d'application de la mesure (2^{ème} semestre 2013 et 1^{er} semestre 2014), les proportions sont moins similaires pour l'ACS que pour la CMU-C, mais elles restent proches :

- 66 %, puis 63 % des attributions concernent des personnes qui ne bénéficiaient d'aucune aide ;
- 15 % / 17 % des attributions concernent des personnes qui bénéficiaient de l'ACS ;
- 19 % / 20 % des attributions concernent des personnes qui bénéficiaient de la CMU-C.

Le troisième semestre de la mesure (2^{ème} semestre 2014), voit, comme pour la CMU-C, les profils changer selon la même logique, mais aussi avec un transfert de la CMU-C vers l'ACS qui est contre intuitif :

- 53 % des attributaires restent des personnes qui ne bénéficiaient d'aucune aide, soit 13 points de moins qu'au deuxième semestre 2013. Cette diminution de la proportion d'attributions de l'ACS, à des personnes sans aucune aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, est à rapprocher de celle qui concerne la CMU-C. Elle confirme que des personnes qui entrent dans un dispositif d'aide en apprécient les avantages, en termes d'accès aux soins, et souhaitent le renouveler ;
- 20 % bénéficiaient de l'ACS, soit 5 points de plus qu'au 2^{ème} semestre 2013. Ceci peut concerner un certain nombre de renouvellements à l'intérieur de la tranche de revenus concernés par la mesure ;
- 27 % des attributions concernent des personnes qui bénéficiaient déjà de la CMU-C, soit 9 points de plus qu'un an auparavant.

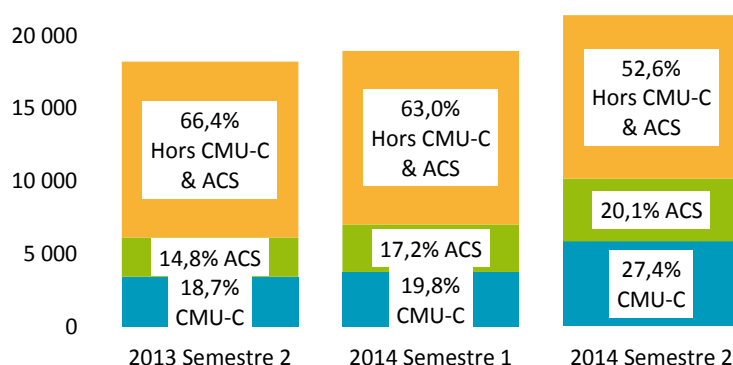
Le transfert de la CMU-C vers l'ACS concerne plus de 5 800 personnes, là où le transfert de l'ACS vers la CMU-C concerne 4 100 personnes. L'effet masse de la CMU-C par rapport à l'ACS doit être pris en compte pour modérer les proportions entre les flux. Toutefois, l'hypothèse d'un renforcement de la bonne continuité entre la CMU-C et l'ACS, grâce à la mesure, peut être posée, puisqu'il s'agit de personnes qui passent un vrai cap du point de vue de leur tranche de revenus.

Enfin, en quantité, pour le deuxième semestre 2014, tant pour la CMU-C que pour l'ACS, on constate une continuité du nombre de personnes qui n'avaient aucune aide à la complémentaire santé, soit autour de 10 000 pour la CMU-C et de 11 000 pour l'ACS, ce qui conforte le rôle positif de la mesure de relèvement du plafond pour faciliter l'accès à la complémentaire santé.

Tableau 43 – Attributions de l'ACS, dans la tranche de revenus concernée par la mesure de revalorisation du plafond ACS, situation antérieure à l'attribution de l'ACS

Mois	CMU-C	ACS	Hors CMU-C & ACS	Total
2013 Semestre 2	3 409	2 704	12 101	18 214
2014 Semestre 1	3 753	3 265	11 932	18 950
2014 Semestre 2	5 856	4 298	11 253	21 408
Total 2014	9 609	7 563	23 185	40 358
Total	13 018	10 267	35 286	58 572

Figure 17 – Situation antérieure à l'attribution de l'ACS, pour les onze caisses participant au suivi de la mesure, par semestre



1.3.2.4. Le suivi des refus

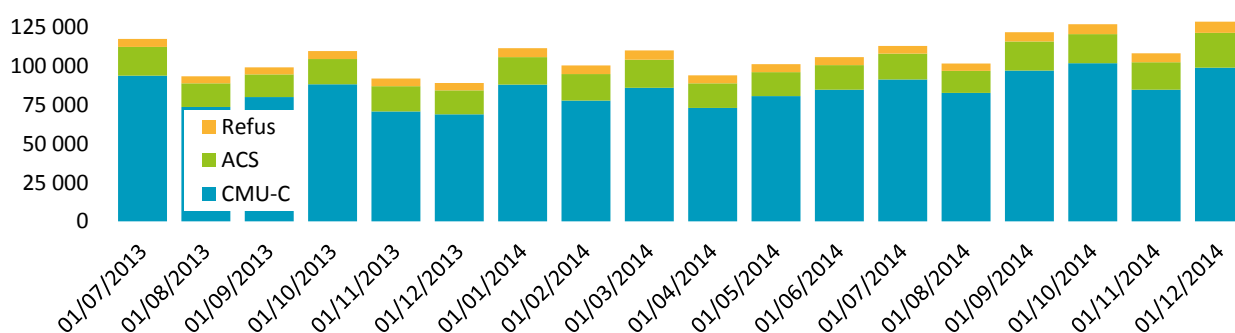
Le suivi des relèvements des plafonds CMU-C et ACS a été complété, au régime général, par un suivi des refus en termes de niveau de dépassement des ressources.

En métropole, le traitement des dossiers aboutit, en moyenne, sur la répartition suivante :

- 79 % d'attributions de la CMU-C ;
- 16 % d'attributions de l'ACS ;
- 5 % de refus.

Les proportions restent stables, quelle que soit l'évolution du nombre d'attributions.

 **Figure 18 – Suivi des attributions CMU-C, ACS et des refus, pour les caisses de métropole participant au suivi de la mesure.**



La CPAM du Hainaut s'ajoute dans le nombre des attributions / refus à partir de janvier 2014.

Sur les 29 300 refus en 2013 (2^{ème} semestre) et les 67 600 refus de 2014 (année pleine), en nombre de personnes et en métropole, la répartition des dépassements par rapport au plafond CMU-C reste la même :

- 20 % pour les revenus > 35 % au plafond et ≤ 40 % ;
- 30 % pour les revenus > 40 % au plafond et ≤ 50 % ;
- 50 % pour les revenus > 50 % au plafond.

En ce sens, l'effet de seuil de l'ACS par rapport à la CMU-C joue pleinement son rôle, puisque 80 % des refus concernent des revenus > 40 % au plafond CMU-C.

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

Les effectifs de la CMU de base sont passés de 1,5 million fin 2008 à presque 2,4 millions fin décembre 2014, mais en ayant connu une progression de 36 % entre 2008 et 2009. Les plus fortes progressions sont liées à des évolutions réglementaires.

Sur la durée, les évolutions ont été moins rapides dans les Dom qu'en métropole.

La CMU de base n'est gérée que par le régime général.

1.4.1. Le bilan de l'année 2014

Avec presque 2,4 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2014 pour l'ensemble du territoire (assurés et ayants-droits), les effectifs de la CMU de base ont progressé de 2,4 % en un an.

Cette évolution a été marquée par deux fortes baisses, en janvier et en février 2014. Ce type d'évènement est maintenant récurrent, l'exploitation notamment des Déclarations Annuelles de Données Sociales (DADS) s'effectuant en début d'exercice.

La progression a été plus marquée dans les Dom, avec 5,6 % qu'en métropole, avec 1,9 %.

Tableau 44 – Effectifs de la CMU-B, décembre 2014, évolution à M – 12, métropole, Dom

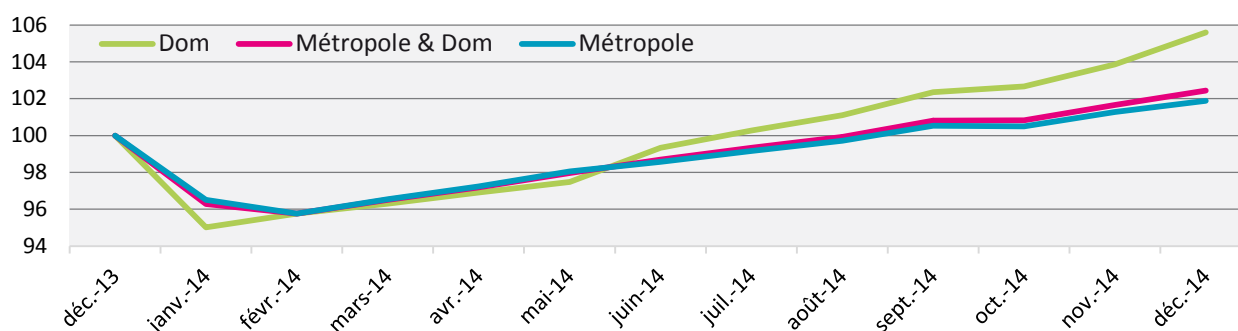
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
CNAMTS	1 995 199	368 646	2 363 845
Évolution sur 6 mois	3,3%	6,3%	3,8%
Évolution sur un an	1,9%	5,6%	2,4%

Tableau 45 – Effectifs de la CMU-B, de décembre 2013 à décembre 2014, évolutions en M – 1, M – 12, métropole et Dom

Date	Effectifs	M – 1	M – 12	% M – 1	% M – 12	ACM
2013 déc	2 307 490	14 066	29 514	0,6%	1,3%	0,9%
2014 janv	2 221 824	-85 666	-79 026	-3,7%	-3,4%	0,4%
2014 févr	2 209 729	-12 095	-81 906	-0,5%	-3,6%	-0,2%
2014 mars	2 226 801	17 072	47 805	0,8%	2,2%	0,1%
2014 avr	2 242 440	15 639	73 179	0,7%	3,4%	0,4%
2014 mai	2 260 643	18 203	74 529	0,8%	3,4%	0,6%
2014 juin	2 277 347	16 704	73 890	0,7%	3,4%	0,9%
2014 juil	2 292 112	14 765	73 839	0,6%	3,3%	1,2%
2014 août	2 305 839	13 727	73 805	0,6%	3,3%	1,4%
2014 sept	2 326 213	20 374	70 585	0,9%	3,1%	1,5%
2014 oct	2 326 414	201	53 795	0,0%	2,4%	1,6%
2014 nov	2 345 889	19 475	52 465	0,8%	2,3%	1,7%
2014 déc	2 363 845	17 956	56 355	0,8%	2,4%	1,8%

Les effectifs sont estimés pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2014

Figure 19 – Effectifs de la CMU-C, évolution métropole, Dom, France entière, en base 100 à fin décembre 2013



1.4.2. La répartition des bénéficiaires

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

La densité des bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population est de 3,1 % en métropole et de 19,5 % dans les Dom.

En métropole, les vingt premiers départements en termes d'effectifs pour la CMU-B rassemblent 1,1 million de bénéficiaires, soit 56,4 % des effectifs. Plus d'un quart (27 %) des effectifs de la CMU-B se concentre sur les cinq premiers départements. Ces proportions sont stables d'une année sur l'autre.

Tableau 46 – Effectifs de la CMU-B et rapport effectifs / population générale, pour les 20 premiers départements de la métropole, estimation à fin décembre 2014

1	59	Nord	137 403	2 627 956	5,2%
2	13	Bouches-du-Rhône	114 610	2 014 702	5,7%
3	93	Seine-Saint-Denis	103 907	1 551 739	6,7%
4	75	Paris	97 757	2 265 886	4,3%
5	62	Pas-de-Calais	84 391	1 490 820	5,7%
6	69	Rhône	58 951	1 795 663	3,3%
9	76	Seine-Maritime	42 127	1 279 955	3,3%
10	31	Haute-Garonne	41 056	1 306 125	3,1%
11	94	Val-de-Marne	40 019	1 354 911	3,0%
12	92	Hauts-de-Seine	38 220	1 606 154	2,4%
13	33	Gironde	38 091	1 514 870	2,5%
14	91	Essonne	35 636	1 257 065	2,8%
15	30	Gard	34 472	742 441	4,6%
16	67	Bas-Rhin	33 885	1 124 434	3,0%
17	78	Yvelines	32 798	1 440 274	2,3%
18	83	Var	32 524	1 039 603	3,1%
19	77	Seine-et-Marne	31 282	1 377 102	2,3%
20	6	Alpes-Maritimes	29 299	1 098 465	2,7%
21	38	Isère	28 823	1 253 410	2,3%
22	68	Haut-Rhin	26 348	771 668	3,4%
Total 20			1 081 599	28 913 243	3,7%
Total métropole			1 995 199	64 844 825	3,1%
Pourcent 20 / Métropole			54,2%	44,6%	

Figure 20 – Effectifs de la CMU-B, densité par rapport à la population, départements de métropole, estimation au 31 décembre 2014



Couleur	Pourcentage population				Nombre	Effectifs
	>=	3,4%	<=	6,7%	20	877 996
	>=	2,8%	<	3,4%	19	404 087
	>=	2,3%	<	2,8%	19	327 652
	>=	1,9%	<	2,3%	19	257 094
	>=	1,2%	<	1,9%	19	128 370
					96	1 995 199

Dans les Dom, presque 369 000 personnes sont couvertes par la CMU-B. Le taux de couverture se situe entre 18 % pour la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion et 28 % pour la Guyane.

Tableau 47 – Effectifs de la CMU-B et rapports / population générale dans les Dom, estimation à fin décembre 2014

Num Dpt	Département	CMU Base	Population	CMU Base Population
971	Guadeloupe	76 515	410 335	18,6%
972	Martinique	70 984	395 027	18,0%
973	Guyane	68 309	241 922	28,2%
974	La-Reunion	152 838	843 617	18,1%
Total Dom		368 646	1 890 901	19,5%

1.4.2.2. Par régime d'attribution

La part essentielle des bénéficiaires de la CMU-B revient au régime 806 (bénéficiaires du RSA socle), pour 76,4 % en métropole et 81,5 % dans les Dom. Le régime 802 (sans cotisation) complète le régime 806, avec 20,6 % en métropole et 17,7 % dans les Dom. Le régime 801 (avec cotisation), se situe pour une part bien moindre, avec 2,3 % 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.

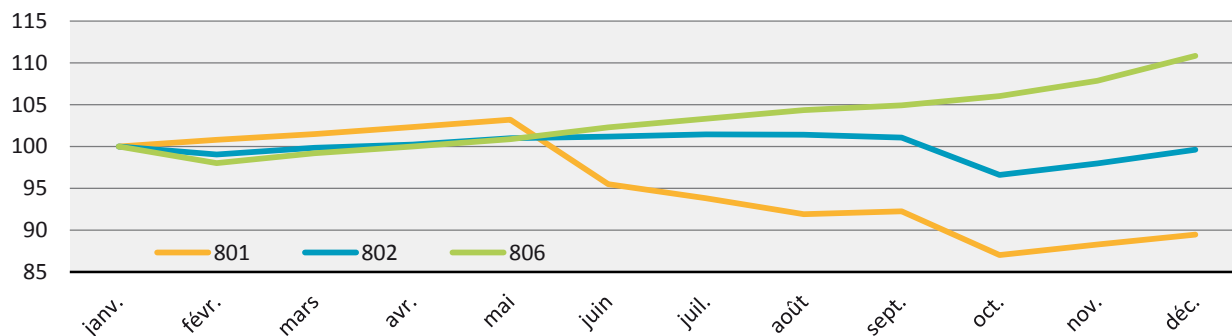
Tableau 48 – CMU-B, définition des régimes d'attribution et part pour chaque régime, métropole, Dom, fin 2014

Code Régime	Définition régime	Métropole	Dom
801	Avec cotisation	2,3%	0,4%
802	Avec cotisation	20,6%	17,7%
803	Sans cotisation, affiliation immédiate	0,2%	0,0%
804	Avec cotisation + risque AT	0,6%	0,3%
806	Sans cotisation assuré RSA socle	76,4%	81,5%
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%

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, cette catégorie a été évaluée à 55 300 bénéficiaires au 31 décembre 2015. Le nombre de ressortissants communautaires inactifs a, pour sa part, été estimé à 5 200 et celui pour les chauffeurs routiers en congé de fin d'activité est inférieur à 800. De fait, le nombre de bénéficiaires de la CMU-B au 31 décembre 2014 approche les 2,45 millions. *De facto* les nouveaux régimes ne concernent pas les Dom.

Figure 21 – Effectifs de la CMU-B, évolution des effectifs des régimes 801, 802, 806, en base 100 à janvier 2014, métropole



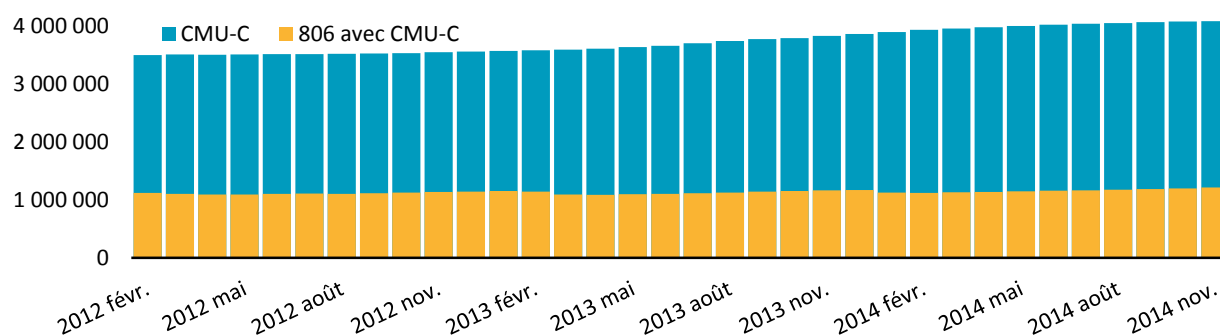
1.4.3. Le recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806

Les allocataires du RSA socle ont un accès de plein droit à la CMU-C, sans nouvelle 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 CAF et la CNAMTS. Mais, 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.

Cette proportion est passée de plus de 32 % début 2012 à un peu moins de 30 % fin 2014. 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.

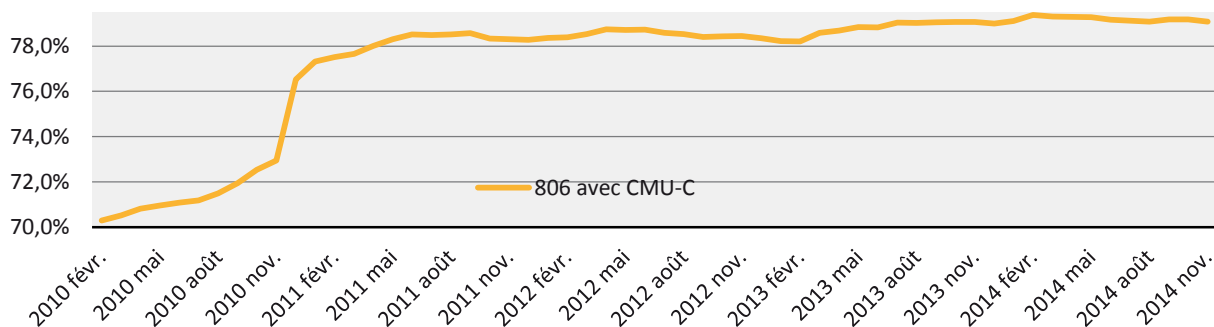
Figure 22 – Évolution des effectifs de la CMU-B au régime 806 concomitamment à la CMU-C et évolution de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C, métropole, février 2012 à novembre 2014



Par contre, le taux de recours des bénéficiaires de la CMU-B de base au régime 806 concomitamment à la CMU-C, en atteignant 79,1 %, a progressé de presque un point entre le début 2012 et la fin 2014.

Pour rappel, le bond du taux de recours fin 2010 avait été lié à une campagne d'incitation à faire valoir leurs droits, auprès des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806.

Figure 23 – Effectifs de la CMU-B, évolution du taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires au titre du régime 806, de février 2010 à novembre 2011



Encadré 5 – L’affiliation des travailleurs frontaliers occupés en Suisse

Jusqu’au 31 mai 2014, les travailleurs frontaliers travaillant en Suisse, mais revenant au moins une fois par semaine en France, avaient un droit d’option concernant la prise en charge des prestations en nature de l’assurance maladie.

Ils pouvaient opter entre le régime de sécurité sociale français et le régime suisse. Ce droit d’option devait être exercé dans les trois mois à compter du début de l’activité professionnelle en Suisse.

S’ils optaient pour le régime français, ils pouvaient choisir de s’affilier à la CMU de base ou bien de souscrire une assurance privée.

Depuis le 1^{er} juin 2014, conformément à l’article L.380-3-1 du code de la sécurité sociale, cette option est supprimée.

Les travailleurs frontaliers ayant opté pour le régime français doivent obligatoirement être affiliés à la CMU de base, cette affiliation doit se faire à la date d’échéance du contrat d’assurance privé.

À titre transitoire, la cotisation due est calculée au taux de 6 % :

- du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015 pour les travailleurs frontaliers affiliés avant le 1^{er} juin 2014
- du 1^{er} juin 2014 au 31 décembre 2015 pour les travailleurs frontaliers affiliés après le 1^{er} juin 2014

Le taux sera rétabli à 8 % à compter du 1^{er} janvier 2016.

2 La croissance modérée des dépenses

2.1. LES DÉPENSES DE LA CMU-C PROGRESSENT MOINS VITE QUE LES EFFECTIFS

2.1.1. La dépense pour la part prise en charge par le régime obligatoire

En 2014, la CNAMTS a continué de travailler sur l'évaluation de la dépense totale des bénéficiaires de la CMU-C pour la part prise en charge par le régime obligatoire. L'approche s'intéresse également à l'état de santé des consommateurs, afin de mieux comprendre les besoins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, et d'expliquer les différences avec les non bénéficiaires dans un contexte global.

Les résultats de l'étude devraient faire l'objet d'une synthèse dans le rapport sur la dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2013 – 2014.

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

En application de l'article 22 de la LFSS 2013, la dépense en trésorerie engagée par les organismes gestionnaires de la CMU-C entre en ligne de compte pour le calcul de leur remboursement par le Fonds CMU. Le Fonds rembourse désormais ces organismes sur la base de la dépense réellement engagée, tant que le coût moyen par bénéficiaire reste inférieur ou égal au montant du forfait annuel défini annuellement par arrêté. Dans ce cadre, pour le rapport d'activité 2014, le Fonds CMU a fait le choix de présenter la dépense pour la part CMU-C en trésorerie. Le rapport « Coût moyen », publié en septembre de chaque année, continuera pour sa part à s'appuyer sur la dépense en droits constatés.

La dépense totale pour la part CMU-C en 2014 est estimée à 2 102 M€, elle augmente de 5,9 % en un an. Elle progresse moins vite que les effectifs (8,4 %). On constate donc une baisse du coût moyen de 2,3 %, 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 1 709 M€ (+ 6,0 % par rapport à 2013) et les effectifs moyens de 4,0 millions (CNAMTS + SLM, progression de 9,0 %). Le coût moyen de 427 € est en baisse de 2,8 %. La hausse rapide des effectifs génère statistiquement un décalage avec l'augmentation de la dépense. Cela étant, la dépense de ville pour la part CMU-C suit la même courbe que la dépense de ville de l'ensemble des ressortissants du régime général, en restant en deçà, depuis plusieurs exercices, ce qui signifie que la consommation des bénéficiaires de la CMU-C est également en partie influencée par la tendance générale.

La dépense totale du régime des indépendants est de 81 M€ (évolution de + 8,1 %) et les effectifs moyens sont estimés à 252 100 (+ 10,4 %), soit un coût moyen de 322 €, en baisse de 2,1 %, sur une tendance similaire à celle du régime général, mais pour un montant inférieur de presque 25 % à ce dernier.

Au régime agricole, la dépense totale pour 2014 est de 34 M€ (évolution de + 10,7 %) et les effectifs moyens sont estimés à 95 700 (+ 11,2 %), pour un coût moyen de 360 €, en très légère baisse de 0,4 %. Les effectifs de la CCMSA ont enregistré une forte accélération en 2014 en métropole (+ 12,1 %) et plus modérée dans les Dom (+ 3,5 %) alors que la dépense a progressé sur le même rythme (10,8 % et 10,6 %). Dans le détail le coût moyen en métropole est de 365 €, avec une baisse de 1,2 % et celui des Dom est de 319 €, avec une progression de 6,8 %.

Pour les OC, le coût moyen pour 2014 est estimé à 379 €. 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 2013, renseigné par chaque OC gestionnaire de la CMU-C.

Pour rappel, le forfait CMU-C est de 405 € en 2014. 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 CMU²¹.

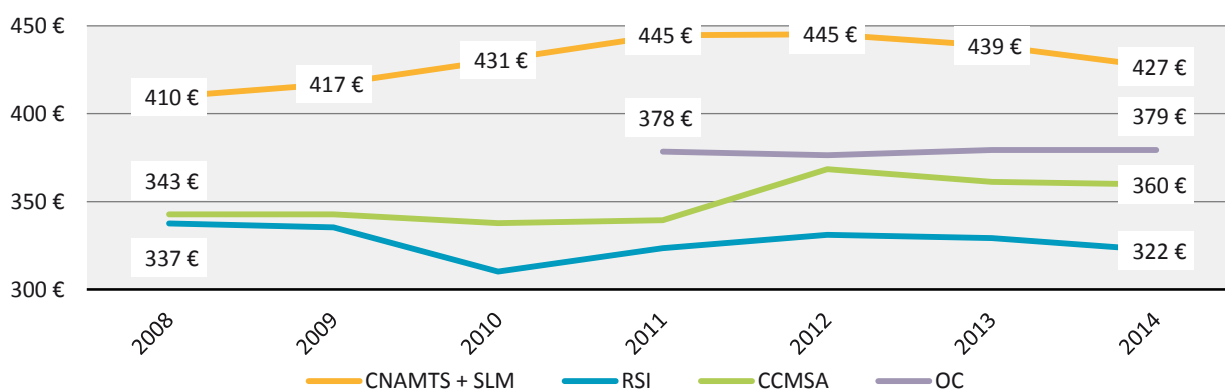
Tableau 49 – Dépense individuelle par organisme, en trésorerie, 2014, métropole et Dom

2014	Dépense			Effectifs Moyens	Coût moyen	Évolution effectifs	Évolution dépense	Évolution coût moyen
	Antérieur	Exercice	Total					
CNAMTS	117 257 333 €	1 592 213 179 €	1 709 470 512 €	3 966 292	427 €	9,0%	6,0%	-2,8%
SLM				40 963		13,6%		
RSI	6 771 027 €	74 490 560 €	81 261 588 €	252 096	322 €	10,4%	8,1%	-2,1%
CCMSA	2 848 834 €	31 599 641 €	34 448 475 €	95 740	360 €	11,2%	10,7%	-0,4%
CANSSM	5 904 €	27 690 €	33 595 €	199	169 €	-2,2%	-10,3%	-8,2%
CAVIMAC	67 221 €	648 976 €	716 197 €	2 427	295 €	-4,3%	-4,9%	-0,6%
CNMSS	89 801 €	857 958 €	947 760 €	3 958	239 €	16,0%	26,3%	8,8%
CRPCEN	9 111 €	49 718 €	58 829 €	93	631 €	-13,9%	23,7%	43,6%
ENIM	72 496 €	837 604 €	910 100 €	2 002	455 €	4,5%	0,0%	-4,3%
GAMEX	0 €	0 €	0 €	290	0 €	-	-	-
RATP	5 070 €	54 522 €	59 592 €	169	354 €	24,6%	14,5%	-8,1%
SNCF	4 474 €	46 790 €	51 264 €	258	199 €	-9,6%	-19,1%	-10,5%
CMUC_RO				4 364 485		9,1%		
CMUC_OC			274 693 182 €	724 067	379 €	4,3%	4,3%	0,0%
Total	127 131 273 €	1 700 826 639 €	2 102 651 094 €	5 088 552	413 €	8,4%	5,9%	-2,3%

Sources : CNAMTS + SLM, RSI, CCMSA et OC

Pour les trois principaux régimes, le coût moyen est en baisse depuis 2013. Cette baisse s'était déjà amorcée au régime général dès 2012, après une hausse continue sur les dix exercices précédents.

Figure 24 – Dépense moyenne CMU-C, CNAMTS et SLM, RSI, CCMSA, OC, de 2008 à 2014, métropole et Dom



²¹ 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... »

■ 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, à partir des bordereaux récapitulatifs annuels, pour 2014, sur la base du coût moyen 2013. Le montant définitif sera évalué en août 2015, après exploitation des bordereaux récapitulatifs de 2014. 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.

2.1.3. La dépense en trésorerie du régime général

Le coût moyen au régime général est de 427 € en 2014, pour l'ensemble du territoire. Le coût moyen pour la dépense de ville est de 312 €, avec une baisse de 2,8 % sur 12 mois. Le coût moyen pour l'hôpital est de 115 €. Il baisse de 4,4 %.

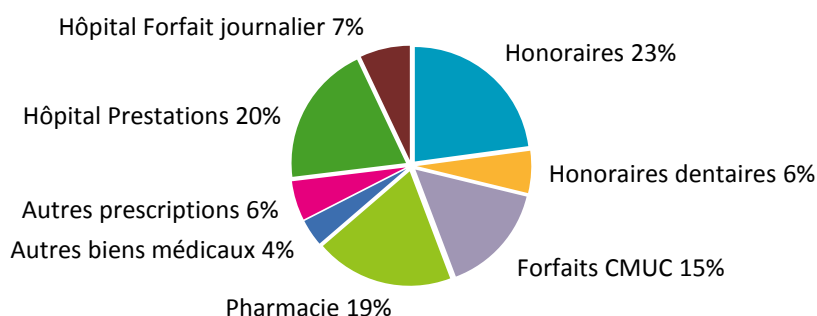
En métropole, le coût moyen est de 433 €, dont 312 € pour la dépense de ville et 118 € pour l'hôpital.

Le coût moyen pour la ville en métropole baisse de 3,2 %. 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 2014.

2.1.3.1. Répartition de la dépense agrégée

Les honoraires des généralistes et des spécialistes représentent 23 % de la dépense, suivis des prestations en milieu hospitalier pour 20 % et de la pharmacie pour 19 %. Les forfaits CMU (dentaire, orthodontie, audioprothèse, optique) pèsent pour 15 % 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 25 – Répartition de la dépense au régime général, en trésorerie, métropole et Dom, 2014



2.1.3.2. Évolution du coût moyen par poste

En 2014, pour l'ensemble du territoire, le coût moyen pour les médicaments (19,5 % de la dépense) baisse de 5,1 %, les forfaits dentaires (11,7 % de la dépense) baissent de 2,2 % et les honoraires des généralistes (11 % de la dépense) baissent également de 4,4 %.

Les forfaits pour les prothèses auditives (0,3 % de la dépense) progressent de 113,6 %, 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.

Tableau 50 – Dépense par poste au régime général, en trésorerie, métropole et Dom, 2014

Bénéficiaires CMUC		Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	4 007 255	Indice ACM*		9,0%	
		Total 12 derniers mois	Indices ACM**	Coût Unitaire Annuel			
				Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution	Contribu- tion
Total		1 709 470 512 €	6,0%	427 €	100,0%	-2,8%	1,00
Ville		1 249 125 590 €	6,7%	312 €	73,1%	-2,2%	0,6
Hôpital		460 344 922 €	4,3%	115 €	26,9%	-4,4%	0,4
Ville		1 249 125 590 €	6,7%	312 €	73,1%	-2,2%	0,6
Honoraires médicaux (1,2)		287 549 829 €	5,2%	72 €	16,8%	-3,5%	0,21
Forfaits CMU (10,11,12,13)		263 999 129 €	8,2%	66 €	15,4%	-0,8%	0,04
Autres (3,4,5,6,7,8,9)		697 576 633 €	6,7%	174 €	40,8%	-2,1%	0,31
Hôpital		460 344 922 €	4,3%	115 €	26,9%	-4,4%	0,43
Honoraires du secteur public et Prestations (14)		339 982 504 €	5,4%	85 €	19,9%	-3,3%	0,24
Forfait hospitalier (15)		120 362 418 €	1,1%	30 €	7,0%	-7,2%	0,19
Détail		1 709 470 512 €	6,0%	427 €	100,0%	-2,8%	1,00
1	Honoraires des généralistes	187 743 342 €	4,2%	47 €	11,0%	-4,4%	0,18
2	Honoraires des spécialistes	99 806 486 €	7,1%	25 €	5,8%	-1,7%	0,04
3	Honoraires dentaires	101 513 579 €	7,2%	25 €	5,9%	-1,7%	0,04
4	Honoraires paramédicaux	103 178 361 €	12,9%	26 €	6,0%	3,5%	-0,07
5	Médicaments	332 493 777 €	3,4%	83 €	19,5%	-5,1%	0,37
6	Dispositifs médicaux	64 891 807 €	15,9%	16 €	3,8%	6,3%	-0,08
7	Analyse et biologie	64 748 063 €	6,7%	16 €	3,8%	-2,1%	0,03
8	Frais de transport	28 595 462 €	3,8%	7 €	1,7%	-4,8%	0,03
9	Autres prestations en nature	2 155 584 €	6,3%	1 €	0,1%	-2,5%	0,00
10	Forfaits proth. dentaires	199 553 922 €	6,6%	50 €	11,7%	-2,2%	0,09
11	Forfaits orthodontie	32 923 310 €	8,4%	8 €	1,9%	-0,6%	0,00
12	Forfaits optique médicale	26 978 319 €	10,1%	7 €	1,6%	1,0%	-0,01
13	Forfaits proth. auditives	4 543 577 €	132,9%	1 €	0,3%	113,6%	-0,05
14	Prestations hospitalières	339 982 504 €	5,4%	85 €	19,9%	-3,3%	0,24
15	Forfait journalier	120 362 418 €	1,1%	30 €	7,0%	-7,2%	0,19

*ACM : Année complète mobile

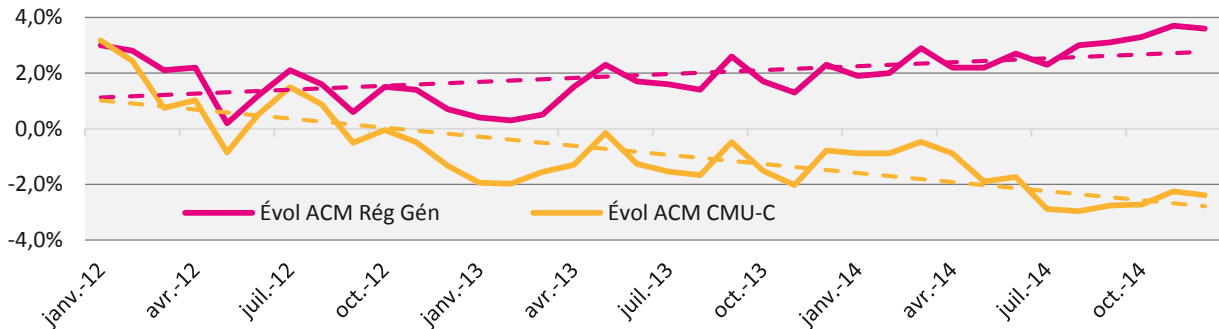
Effectifs du régime gestionnaire hors OC – Dépenses en date de remboursement

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

La dépense moyenne de ville est de 312 € en ACM, à fin décembre 2014 en métropole. Elle représente 72,5 % de la dépense pour la part CMU-C, pour l'ensemble de ses 13 postes.

Le coût moyen pour la dépense de ville, pour la part CMU-C suit une tendance négative depuis février 2012 alors que l'évolution du taux de croissance annuelle au régime général, en données brutes, suit une tendance à la hausse (0,4 point d'écart en février 2012 vs 6,0 points en décembre 2014). Par contre, on observe des variations mensuelles similaires. Ce qui illustre que la dépense de ville pour la part CMU-C suit le contexte général, tout en poursuivant sa décroissance.

Figure 26 – 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 2012 à décembre 2014



2.1.4. La dépense hospitalière au régime général

En 2014, le Fonds CMU a établi un état des lieux sur les éléments à sa disposition relatifs à la dépense hospitalière et les points à approfondir. Les données étudiées portent sur l'exercice 2013, ou jusqu'à juin 2014, en trésorerie. Ces éléments devraient servir de base au développement, en 2015, d'un projet d'étude mené en collaboration avec l'agence régionale de santé Rhône-Alpes.

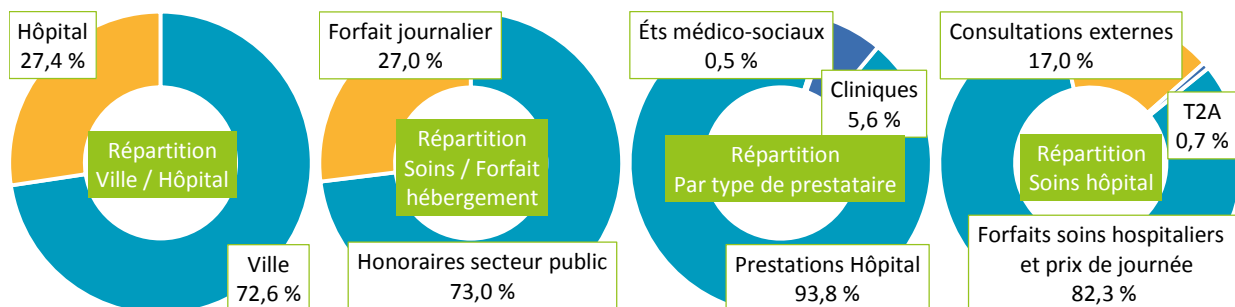
2.1.4.1. Répartition de la dépense hospitalière pour la part CMU-C

Pour l'exercice 2013, la dépense pour l'hôpital, pour la part CMU-C a représenté 27 % de la dépense totale, soit 441,5 M€. Ce montant a été réparti entre 27 % pour le forfait journalier d'hébergement et 73 % pour les honoraires du secteur public, pour un montant de 322,5 M€.

Les honoraires du secteur public se partagent entre 1,7 M€ (0,5 %) pour les établissements médico-sociaux, 18,2 M€ (5,6 %) pour les cliniques et 302,6 M€ (94 %) pour les prestations à l'hôpital.

Sur le total des prestations à l'hôpital, 2,1 M€ (0,7 %) concernent la T2A, 51,5 M€ (17 %) vont aux consultations externes et 249 M€ (82 %) couvrent les forfaits de soins hospitaliers et les prix de journée.

Figure 27 – Répartition de la dépense hospitalière pour la part CMU-C, exercice 2013



2.1.4.2. Évolution de la dépense hospitalière pour la part CMU-C

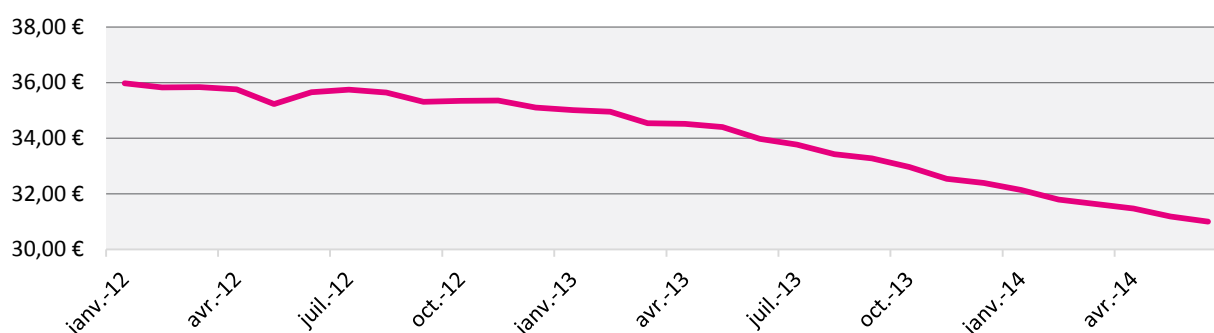
Fin juin 2014, la dépense moyenne hospitalière est de 116 € en ACM²², métropole et Dom. Elle représente 27 % de la dépense pour la part CMU-C. Ce coût moyen²³ se décompose entre 31 € pour le forfait journalier hospitalier et 85 € pour les soins.

²² ACM : année complète mobile

²³ Le coût moyen se calcule sur la base du total de la dépense du poste sur 12 mois pour la part CMU-C / moyenne de l'ensemble des effectifs de la CMU-C, gérés par la CNAMTS, sur 12 mois.

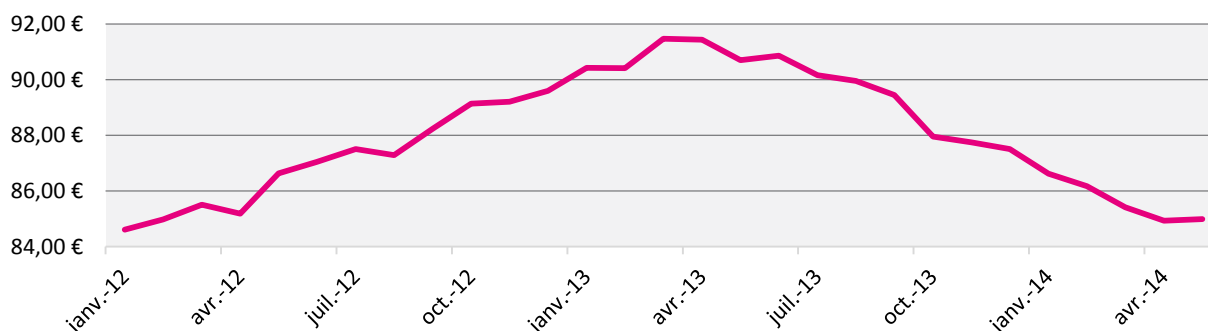
Le coût moyen pour le forfait d'hébergement hospitalier baisse depuis août 2011, après avoir augmenté pendant un peu plus d'un an. Cette baisse pourrait être mise en rapport avec le développement de la chirurgie ambulatoire. Cette hypothèse reste à être validée par comparaison avec l'évolution de la dépense du poste pour la population générale.

Figure 28 – Évolution du coût moyen pour le forfait d'hébergement hospitalier, part CMU-C, janvier 2012 à juin 2014



Le coût moyen pour les soins baisse depuis novembre 2013, après avoir augmenté pendant 4 ans. Il est nécessaire de comparer cette évolution avec celle de la population générale. Il faut également tenir compte du fait que les effectifs de la CMU-C ont plus rapidement progressé depuis le 1^{er} juillet 2013, date de l'entrée en vigueur de la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond. Les nouveaux bénéficiaires liés à cette mesure n'ont pas le même profil que des bénéficiaires liés à des minima sociaux depuis plusieurs années.

Figure 29 – Évolution du coût moyen pour les prestations hospitalières, part CMU-C, janvier 2012 à juin 2014



Le coût moyen pour les forfaits soins hospitaliers est de 68 € en 2013, il baisse de 1,8 % par rapport à 2012. Les consultations externes ont un coût moyen de 14 €, avec une baisse de 4,5 %. Le troisième poste en termes de dépense, Cliniques privées ODMCO²⁴, a un coût moyen de 3,60 € et il ne baisse que de 0,4 %, mais après diminué de 2,3 % en 2012.

Cet indicateur est différent du coût moyen par consommant qui se calcule par la dépense du poste sur 12 mois, pour la part CMU-C / moyenne des consommateurs du poste sur 12 mois. Le coût moyen par consommant du poste n'est pas disponible, en l'état des informations fournies par la CNAMTS.

²⁴ ODMCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

Tableau 51 – Évolutions des coûts moyens pour les prestations hospitalières, part CMU-C, 2010 à 2013, métropole et Dom

Types d'actes	Montants moyens				Évolutions		
	2010	2011	2012	2013	2010 – 2011	2011 – 2012	2012 – 2013
Forfaits soins hospitaliers et prix de journée	59,02 €	64,13 €	68,97 €	67,75 €	8,7%	7,5%	-1,8%
Consultations externes	13,38 €	14,27 €	14,69 €	14,03 €	6,7%	2,9%	-4,5%
T2A	0,00 €	0,01 €	0,12 €	0,57 €			
Établissements médico-sociaux	0,59 €	0,54 €	0,43 €	0,46 €	-7,9%	-20,2%	7,4%
Cliniques privées ODMCO	3,65 €	3,71 €	3,63 €	3,61 €	1,6%	-2,3%	-0,4%
Cliniques privées OQN-PSY	0,60 €	0,61 €	0,64 €	0,60 €	1,6%	4,0%	-5,7%
Cliniques privées OQN-SSR	0,61 €	0,58 €	0,65 €	0,64 €	-3,8%	10,8%	-1,5%
Cliniques privées autres dépenses	0,08 €	0,09 €	0,10 €	0,10 €	13,1%	3,6%	2,8%
Total	77,93 €	83,95 €	89,21 €	87,75 €	7,7%	6,3%	-1,6%

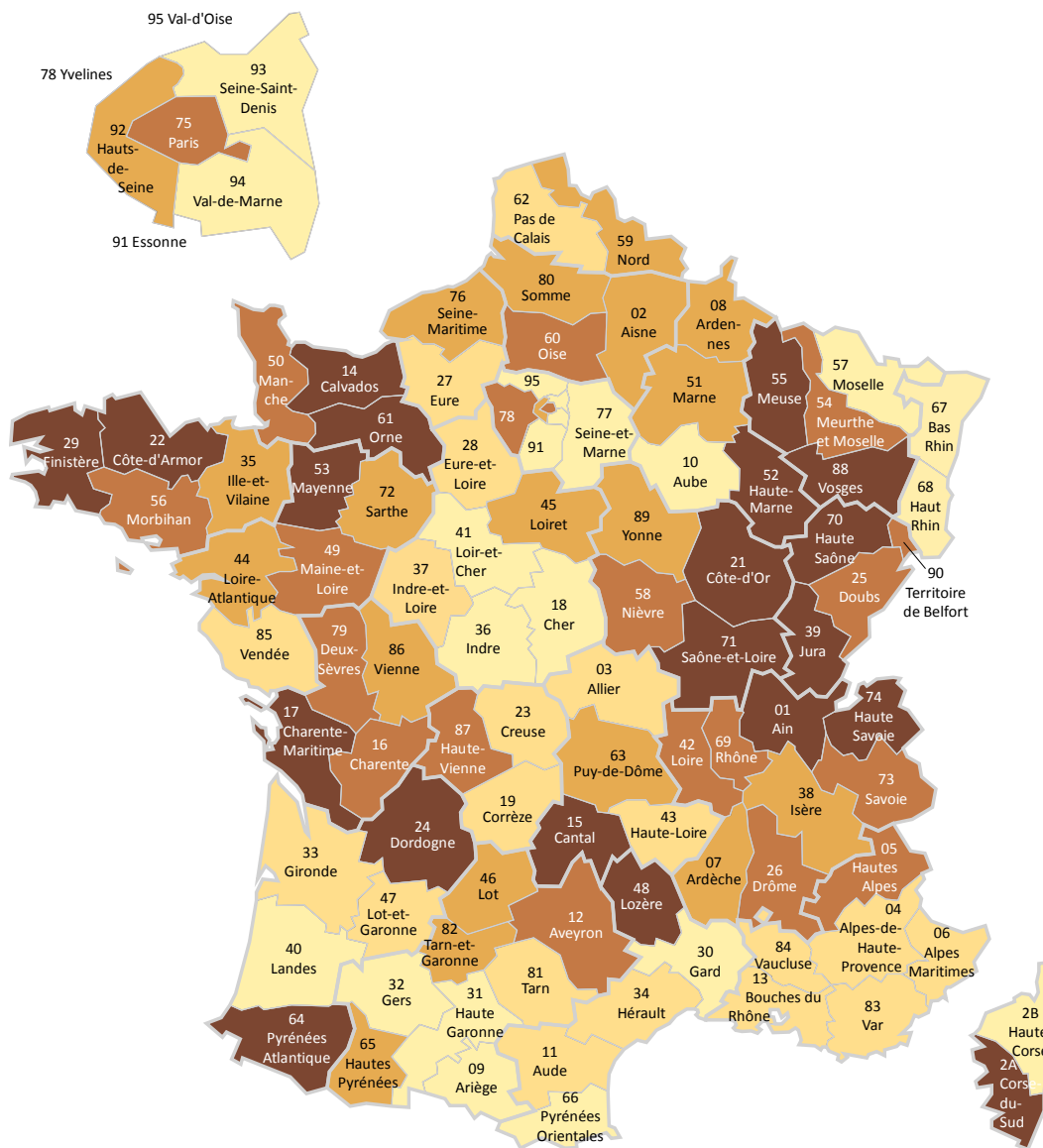
2.1.4.3. Dépense moyenne pour les prestations hospitalières, pour la part CMU-C, par département

L'approche par département pour les prestations hospitalières, en métropole, (hors forfaits journaliers d'hébergement) témoigne d'une certaine hétérogénéité. La dispersion se situe entre 59 € et 214 €, sachant toutefois que 58 départements se situent entre 80 € et 110 €. La dépense moyenne pour la métropole est de 90 €.

Dans les Dom, les montants moyens pour la dépense hospitalière s'échelonnent entre 59 € pour la Réunion et 108 € pour la Guyane.

La répartition par département illustre une plus faible part de la dépense hospitalière dans la région parisienne, le nord et le sud-est, qui sont les zones où la densité de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population est la plus forte. De fait, la part de la dépense hospitalière a tendance à être la plus importante dans les zones aux plus faibles densités de bénéficiaires.

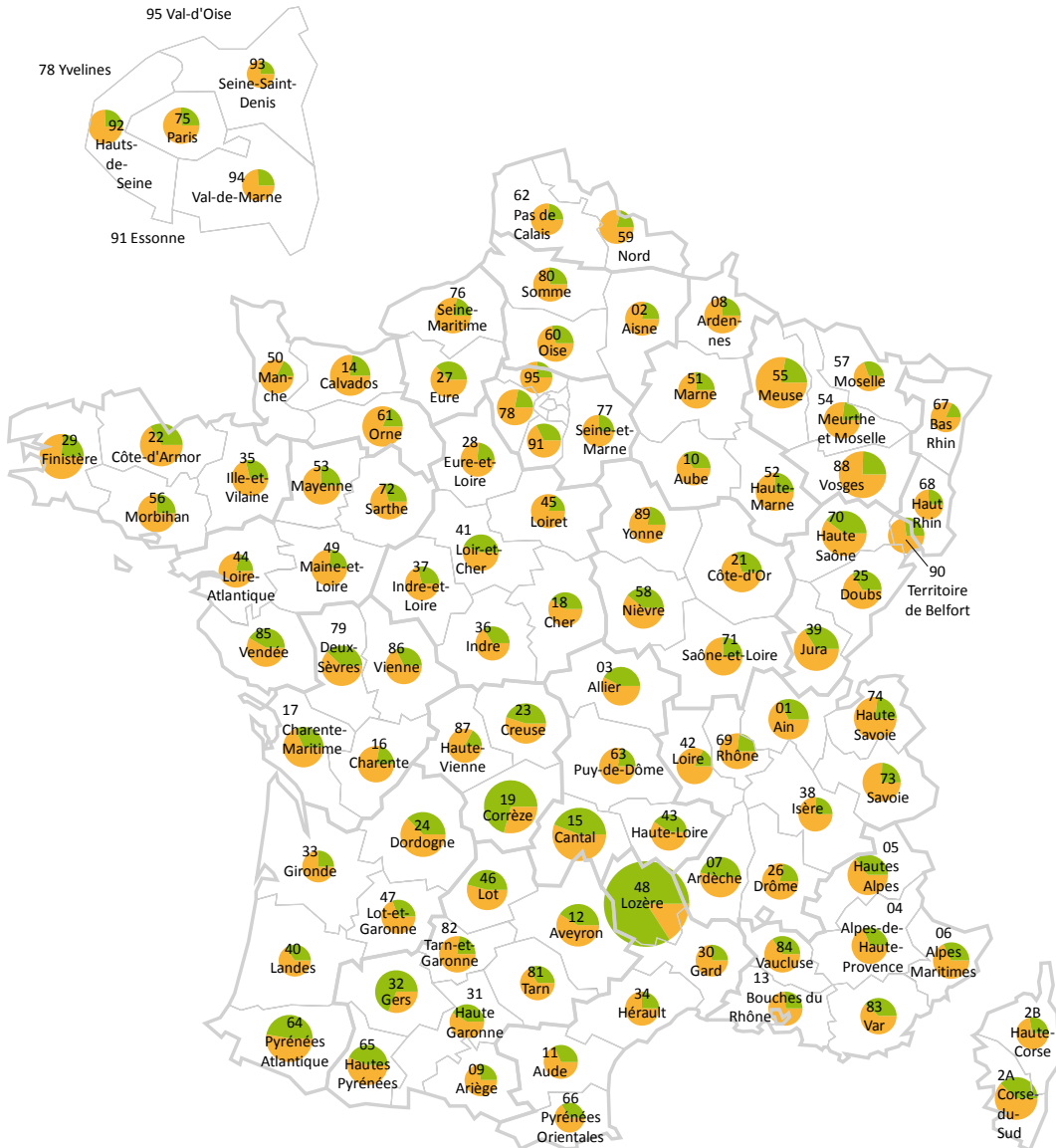
● Dépense moyenne prestations hospitalières, part CMU-C, en trésorerie, 2013, par département



Couleur	Prestations hospitalières				Nombre
	>=	59 €	<	80 €	19
	>=	80 €	<	90 €	19
	>=	90 €	<	100 €	19
	>=	100 €	<	110 €	19
	>=	110 €	<=	214 €	20
					96

Outil carte : PHILCARTO - Source : CNAMTS

Il est également intéressant d'observer le rapport prestations hospitalières / forfait journalier d'hébergement par département. En moyenne, pour la métropole, le forfait hébergement représente 27,8% de la dépense moyenne. Autour du Massif central et vers de Sud-ouest, cette proportion s'inverse, avec pour point le plus extrême la Lozère (116 € pour les soins et 623 € pour le forfait d'hébergement), ceci étant lié à la concentration d'établissements de moyens et longs séjours.



Prestations hospitalières				Nombre
>=	17,4%	<	23,2%	19
>=	23,2%	<	25,5%	19
>=	25,5%	<	31,7%	19
>=	31,7%	<	38,0%	19
>=	38,0%	<=	84,3%	20
				96



2.2. LES DÉPENSES DE L'ACS EN AUGMENTATION SENSIBLE

2.2.1. La dépense totale

Le coût global de l'ACS en 2014 s'est élevé à 275 millions d'euros (235 millions en 2013). Cela correspond à la couverture de 925 000 personnes en moyenne avec une augmentation annuelle de + 16 %.

Ce chiffre peut être comparé à celui du remboursement estimé des déductions CMU-C en direction des OC : 278 millions en 2014 pour 740 000 bénéficiaires en moyenne.

Compte-tenu de la montée en charge du dispositif, la dépense consacrée à l'ACS atteint désormais presque celle relative à la CMU-C gérée par les OC.

2.2.2. Le montant de la déduction

Le montant moyen annuel de la déduction ACS s'établit à 295 euros en 2014.

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 385 euros. 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 euros, 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.

2.3. L'IMPACT DES DERNIÈRES MESURES

2.3.1. La mesure de revalorisation des plafonds de ressources

Le Fonds CMU a estimé le coût de la mesure de relèvement des plafonds de ressources qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2013.

Pour la CMU-C, le chiffrage est de 12 M€ pour 2013, 83 M€ pour 2014 et de 121 M€ en 2015.

Pour l'ACS, le coût est évalué à : 5 M€ en 2013, 38 M€ en 2014, 72 M€ en 2015 et 43 M€ pour le premier semestre 2016.

En année pleine, le coût de la mesure est évalué à près de 220 M€.

2.3.2. La réforme des modalités de prise en charge des dépenses de CMU-C25

Le rapport 2014, réalisé par le Fonds CMU, sur les coûts moyens CMU-C analyse pour la première fois l'impact de l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Pour ce faire, il a été nécessaire de recourir au calcul de la dépense en trésorerie. Sur cette base, pour la métropole et les Dom, le régime général (y compris SLM), avec un montant de 439 €, dépasse de 39 € par bénéficiaire le montant forfaitaire et les organismes complémentaires, avec un coût moyen de 381 €, se situent 19 € en deçà. Sur les 330 OC ayant présenté leur tableau récapitulatif annuel, 93 OC ont un montant moyen supérieur à 400 €. Ils représentent 37 % des bénéficiaires dont les droits sont gérés par un OC et 40 % de la dépense.

Au total, la mesure a engendré un coût supplémentaire pour le Fonds CMU de 100 M€ pour les régimes obligatoires et de 3,4 M€ pour les organismes complémentaires.

2.3.3. Le relèvement de l'ACS à 550 € pour les utilisateurs de l'aide âgés de 60 ans et plus

Cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2014. En estimant qu'environ 30 % des utilisateurs d'attestations ACS ont 60 ans et plus, on peut évaluer l'impact de cette mesure à 12 millions d'euros sur l'année 2014.

²⁵ Les données présentées sont celles extraites du « Rapport 2014 sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C en 2012 et 2013 » publié sur le site du Fonds CMU le 17 novembre 2014.

3 Les comptes du Fonds CMU

3.1. LE CHIFFRE D'AFFAIRES DES OC

3.1.1. Le bilan de l'année 2014

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 33 910 millions d'euros, en hausse de 3,0 % par rapport à 2013. La hausse est de 1,0 % pour les mutuelles, 8,4 % pour les institutions de prévoyance et 3,6 % pour les sociétés d'assurance.

Tableau 52 – Assiette de la TSA déclarée par les OC en 2014

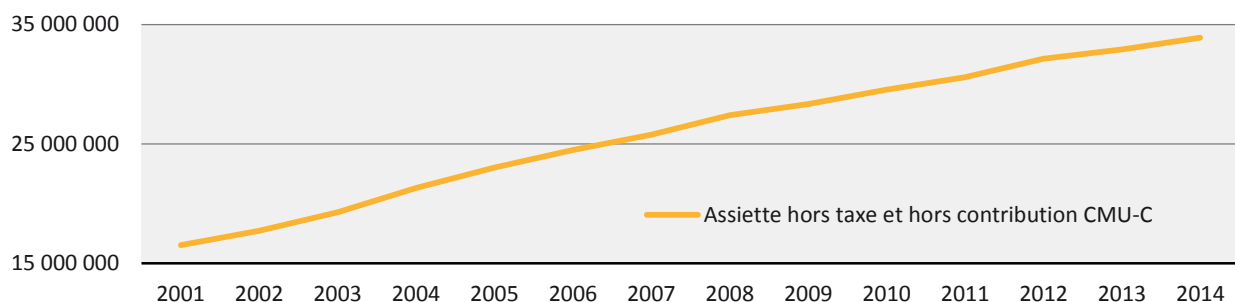
	T1 2014	T2 2014	T3 2014	T4 2014	Total 2014	Répartition en %	Evol 2014 / 2013
Mutuelles	4 932 138	4 383 670	4 364 864	4 366 965	18 047 637	53,2%	1,0%
IP	1 512 090	1 526 578	1 480 555	1 771 840	6 291 063	18,6%	8,4%
Assurances	3 453 969	1 899 763	2 033 635	2 183 440	9 570 807	28,2%	3,6%
Total	9 898 196	7 810 011	7 879 055	8 322 244	33 909 507	100,0%	3,0%
Evol T / T N-1	3,5%	2,4%	2,5%	3,5%	3,0%		

Entre 2012 et 2013, l'augmentation s'est établie à 2,4 % (chiffres bruts), mais à + 3,6 % à méthode de comptabilisation comparable (chiffres redressés). Les chiffres affichés sont en effet 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.

Le même travail de reconstitution réalisé en 2014 conduit à une évolution corrigée à + 2,4 % (+ 3,0 % en chiffres bruts).

Cette situation résulte des données déclarées par une IP qui avait changé de méthode de comptabilisation de son chiffre d'affaires. Hors cette opération exceptionnelle, les redressements effectués sur 2014 concernent des montants beaucoup plus modestes.

Figure 30 – Assiette de la TSA (en milliers d'€, hors taxes et contribution CMU-C) déclarée par les OC depuis 2001



Dans le temps, on constate une lente érosion de la part des mutuelles. Depuis 2010 par exemple, leur poids dans le chiffre d'affaires total est passé de 56,3 % à 53,2 % en 2014, au profit des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance.

Tableau 53 – Mutuelles

Class. 2014	Siren	Nom	Assiette 2014
1	538 518 473	Harmonie Mutuelle	2 241 915 307
2	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	1 421 957 851
3	775 685 340	MG - Mutuelle générale	803 589 737
4	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	684 558 443
5	503 380 081	Mutuelle UNEO	566 507 060
6	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	557 534 567
7	311 799 878	Mutuelle ADREA	552 131 661
8	331 542 142	MAAF santé	451 614 784
9	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	430 888 054
10	779 558 501	MACIF mutualité	326 256 590
11	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	325 827 264
12	775 627 391	Mutuelle Apreva	293 827 638
13	382 565 745	Primamut	284 739 183
14	302 927 553	Mutuelle Micils	231 423 202
15	775 685 365	Mutuelle Intérieure	211 426 475
16	434 243 085	Mutuelle Ociane	207 659 516
17	499 982 098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	193 008 248
18	777 927 120	VIASANTE	189 521 191
19	775 671 993	Mutuelle bleue	179 684 415
20	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	176 315 194

Tableau 54 – Institutions de prévoyance

Class. 2014	Siren	Nom	Assiette 2014
1	784 621 468	BTP prévoyance	1 203 339 717
2	410 005 110	Humanis Prévoyance	1 135 598 005
3	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	869 359 601
4	333 232 270	AG2R prévoyance	763 323 739
5	318 990 736	Uniprévoyance	420 637 922
6	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	283 142 629
7	397 498 783	Klésia Prévoyance	247 232 898
8	341 334 795	Réunica prévoyance	218 694 573
9	321 862 500	APICIL prévoyance	211 973 586
10	384 268 413	Audiens prévoyance	201 331 905
11	384 496 493	IPECA prévoyance	129 983 683
12	775 666 357	IPSEC prévoyance	88 585 418
13	315 588 376	Arpège Prévoyance	83 022 611
14	348 855 388	CARCEPT prévoyance	79 148 467
15	423 959 295	AGRI Prévoyance	57 045 419
16	429 351 703	ANIPS - Association nationale interprofessionnelle de prévoyance des salariés	48 235 632
17	784 411 134	CPCEA - Caisse de prévoyance cadre des entreprises agricoles	47 804 521
18	397 506 171	ISICA prévoyance	37 723 586
19	401 679 840	CCPMA prévoyance	35 899 053
20	397 895 202	Caisse réunionnaise de prévoyance	33 621 416

 Tableau 55 – Sociétés d'assurance

Class. 2014	Siren	Nom	Assiette 2014
1	310 499 959	AXA France vie	1 414 158 393
2	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	912 365 270
3	602 062 481	Generali vie	645 388 314
4	542 110 291	Allianz IARD	641 412 403
5	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	465 777 050
6	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	450 919 395
7	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	443 341 737
8	340 234 962	Allianz Vie	427 921 213
9	440 048 882	MMA IARD	413 461 686
10	340 427 616	Groupama Gan Vie	397 433 740
11	306 522 665	AVIVA assurances	285 593 468
12	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	206 957 054
13	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	182 614 134
14	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	176 186 832
15	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	166 774 071
16	542 063 797	GAN assurances IARD	152 707 674
17	529 219 040	MUTEX	151 824 777
18	342 954 690	Legal and général - Risques divers	145 067 601
19	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	138 491 329
20	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	128 214 994

Les institutions de prévoyance représentent 19 % du marché alors qu'elles regroupent 5 % du nombre des organismes. Il s'agit, dans l'ensemble, de grandes institutions de complémentaire santé (25 des 26 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros dont 11 ont une assiette supérieure à 100 millions d'euros). 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 17 % des organismes, réalisent 28 % du chiffre d'affaires. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. Sur 97 sociétés d'assurance recensées, 54 ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 22 à plus de 100 millions d'euros). Les autres ont en moyenne une assiette se situant autour de 2,2 millions d'euros. 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 79 % 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 qui substitue (dite substituante).

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

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

Cette compétence est exercée conjointement avec les Urssaf.

Le Fonds CMU intervient en amont. Son action permet ensuite d'orienter le contrôle des Urssaf.

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 il subsiste des interrogations. Les priorités visent les organismes où des problèmes ont été rencontrés lors des contrôles déjà évoqués. Au-delà, le Fonds s'assure que les OC représentant les enjeux les plus importants soient régulièrement vérifiés. La très forte concentration du chiffre d'affaires des OC est une caractéristique essentielle, dont il convient de tenir compte lors des contrôles : les 50 premiers OC déclarant 70 % de l'assiette totale.

Sur l'année 2014, plus de 60 OC ont été questionnés par le Fonds CMU (51 OC en 2013 et 50 OC en 2012), ce qui montre l'ampleur du travail effectué sur ce champ. Des retards de déclarations ont été mis en évidence et la question de l'application de pénalités de retard a été posée, avec un enjeu financier qui approche les 100 000 euros. À ce stade (contrôles encore en cours au titre du bilan de l'année 2014), c'est le seul enjeu financier qui ait été identifié au cours de l'année.

Dans la perspective de la fusion entre la TSA et la TSCA à compter du 1^{er} janvier 2016, la diffusion d'une circulaire d'information devra être l'occasion d'un rappel sur deux points précis mis en évidence à l'occasion des contrôles : 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 en effet 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.

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 le chiffre d'affaires de l'organisme qui absorbe le chiffre d'affaires 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, ce sont au total presque 40 OC qui sont concernés.

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 les échéances du 4^{ème} trimestre qui permettent 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).

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

De leur côté, les Urssaf ont effectué 12 contrôles en 2013, qui ont conduit à 990 K€ de redressements positifs et 127 K€ de redressements négatifs.

Des rencontres sont également organisées régulièrement entre le Fonds CMU et le 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 7 janvier 2014.

Encadré 6 – La numérisation des bordereaux déclaratifs

En parallèle de la réforme TSA/TSCA, l'article 22 de la LFSS pour 2015 rend obligatoire la dématérialisation des déclarations et versements afférents à la TSA modifiée. A partir de 2016, il y aura donc obligation pour les organismes complémentaires de télédéclarer la TSA à l'URSSAF.

Les données ainsi enregistrées dans le système d'information de la branche recouvrement seront ensuite communiquées au Fonds CMU.

Depuis 2013, le Fonds CMU a engagé des travaux qui permettent la numérisation des bordereaux déclaratifs transmis par les organismes complémentaires. Cette action simplifie d'ores et déjà la gestion interne et les échanges avec l'Urssaf.

3.1.3. Le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC

Selon l'article L. 862-7 du code de la Sécurité sociale, le Gouvernement est chargé d'établir un rapport annuel, présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé.

Le 5^{ème} rapport rédigé par la DREES présente les résultats obtenus pour les années 2010 à 2012.

Le champ d'analyse retenu est celui des seuls organismes contrôlés par l'ACP-R, et contribuant au financement de la CMU-C.

Les résultats s'appuient sur les données des états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire collectées par l'ACP-R pour le compte de la DREES, ainsi que des données fournies par le Fonds CMU.

Le rapport concentre son analyse sur le champ de la couverture complémentaire santé, correspondant au domaine de compétence du Fonds CMU.

La représentativité de l'étude est quasi exhaustive, en termes d'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) déclarée par les OC auprès du Fonds CMU.

3.1.3.1. Le poids de la couverture complémentaire santé dans l'ensemble de l'activité des OC est très variable selon leur nature

Le poids de la couverture complémentaire santé est très variable selon la nature des organismes. En 2012, elle représente 89 % du chiffre d'affaire global des mutuelles, 47 % de celui des institutions de prévoyance (IP), 15 % de celui des sociétés d'assurance non-vie et 7 % pour les sociétés d'assurance mixte.

Lorsque les mutuelles assurent une couverture santé, elles le font presque exclusivement de toute autre activité, y compris des autres activités relatives aux dommages corporels (invalidité, incapacité, dépendance).

Les mutuelles assurent essentiellement des risques courts, contrairement aux autres types d'organismes, et la structure de leur bilan s'en distingue puisque le règlement rapide des prestations santé n'impose pas la détention de placements importants en couverture des engagements vis-à-vis des assurés. Le poids des provisions au passif du bilan est relativement faible, à l'opposé des sociétés d'assurance vie mixte en particulier : 30 % contre 85 % pour les dernières.

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

L'individuel prédomine clairement chez les mutuelles même si la part du collectif a augmenté de 1,5 point par rapport à 2011. C'est l'inverse que l'on constate pour les institutions de prévoyance. Les sociétés d'assurance quant à elles se situent dans une situation intermédiaire.

Tableau 56 – Poids de l'individuel / collectif dans l'activité santé des OC en 2012

	Individuel	Collectif	Ensemble
Mutuelles	71%	29%	100%
IP	15%	85%	100%
Assurances	57%	43%	100%

3.1.3.3. Le résultat technique « santé » est tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs

Les résultats techniques en santé collective sont déficitaires, quelle que soit la nature de l'OC

D'une façon générale, les résultats des organismes sont tirés à la baisse par la gestion de leurs contrats collectifs. Cela est vrai quelle que soit la nature de l'OC. Les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont en

effet systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels ; ils sont en outre systématiquement déficitaires en moyenne par type d'OC.

Le rapport de la DREES souligne que l'examen des comptes globaux des organismes (toutes activités confondues) permet de relativiser les résultats présentés sur le seul champ de l'activité « frais de soins ».

C'est en particulier le cas des IP qui connaissent un résultat déficitaire en « frais de soins » de – 0,2 milliard d'euros en 2013, alors que le résultat toutes activités confondues atteint presque l'équilibre (– 20 millions d'euros).

Tableau 57 – Résultats techniques santé des OC en 2012

	Individuel	Collectif	Ensemble
Mutuelles	2,8% (4,1%)	-4,4% (-4,4%)	0,7% (1,8%)
IP (*)	4,6% (3,5%)	-5,2% (-5,4%)	-3,8% (-4,0%)
Assurances	2,9% (3,4%)	-0,5% (-2,9%)	1,4% (0,7%)

NB : Entre parenthèses : ratios 2011

■ Les contrats collectifs dégagent moins de marge que les contrats individuels

La DREES, grâce à son enquête annuelle sur les contrats modaux, démontre que les niveaux de garantie des contrats collectifs sont sensiblement plus élevés que ceux des contrats individuels.

L'examen des comptes, montre quant à lui que, quel que soit le type d'organismes, le ratio « charges de prestations [sinistres payés + frais de gestion sur prestations] / primes » des contrats collectifs en santé est supérieur à celui des contrats individuels :

Tableau 58 – Ratio charges de prestations / primes en 2012

	Individuel	Collectif	Ensemble
Mutuelles	83% (82%)	92% (91%)	86% (85%)
IP	92% (90%)	97% (97%)	97% (96%)
Assurances	74% (74%)	92% (91%)	82% (81%)

NB : Entre parenthèses : ratios 2011

²⁶ Le ratio de couverture des engagements réglementés est égal au rapport des actifs retenus en couverture aux engagements réglementés. Les codes des assurances, des mutuelles et de la sécurité sociale fixent la liste des valeurs mobilières et autres titres admis en couverture des engagements réglementés. La liste comporte cinq catégories principales : obligations, actions,

Lorsque l'on déduit des charges de prestations les frais de gestion pour sinistres payés, le diagnostic n'est pas modifié.

Ce résultat renforce celui tiré de l'enquête DREES sur les contrats modaux. On constate dans les deux cas que les contrats collectifs ont un retour sur primes plus important.

Le ratio sinistres survenus / primes acquises le plus élevé est constaté sur les institutions de prévoyance, qui proposent essentiellement des contrats collectifs. Ce constat est logiquement imputable à la gestion de ces contrats. Pour les mutuelles qui proposent essentiellement des contrats individuels, le taux est plus faible. Le ratio le plus faible demeure toutefois constaté sur les sociétés d'assurance, au titre de la gestion des contrats individuels, qui ressort à 74 %.

3.1.3.4. Les résultats techniques santé sur l'année 2012

Entre 2011 et 2012, sur l'activité « frais de soins », on constate une dégradation du résultat technique, rapporté aux primes des mutuelles, qui baisse de 1,1 point, en passant de 1,8 % à 0,7 %. Le résultat des IP s'est légèrement amélioré (+ 0,2 point : de – 4,0 % à – 3,8 %) mais demeure négatif. L'évolution a été plus favorable aux sociétés d'assurance : + 0,7 point (le résultat passe de 0,7 % à 1,4 %).

Dans le cas des mutuelles, les primes acquises ont augmenté de 2,1 %, alors que les sinistres payés ont augmenté de 2,8 %. Les évolutions s'établissent respectivement à + 5,7 % et + 2,4 % au niveau des IP et à + 4,6 % et + 4,3 % dans le cas des sociétés d'assurance.

Ces résultats moyens cachent cependant de fortes disparités au sein d'une même catégorie. Toutefois, plus leur chiffre d'affaires est élevé, plus les organismes d'une même catégorie ont des résultats techniques en santé homogènes, exprimés en pourcentage de leurs primes.

La solvabilité des différents acteurs demeure préservée.

S'agissant des mutuelles où le poids de la santé est prédominant, il est intéressant de suivre l'évolution de leur situation au regard des critères de solvabilité ²⁶ :

immobilier, prêts et dépôts. Les engagements réglementés correspondent quant à eux aux provisions techniques et autres créances privilégiées (hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales..) ; – le ratio de couverture bilancielle de la marge solvabilité est égal au rapport des fonds propres (augmentés des plus values latentes des actifs admis en couverture) à la marge minimum

- ratio moyen de couverture des engagements réglementés : de 2010 à 2012 : 161 %, 225 %, 193 % ;
- ratio moyen de couverture de la marge de solvabilité pour la même période : il s'élève respectivement à 386 %, 402 % et 401 % (à 424 %, 435 % et 468 % en comptant les plus values latentes).

La solvabilité des mutuelles est donc confortable en dépassant dans tous les cas et largement les marges minimum fixées à 100 %.

3.1.3.5. Des charges de gestion en santé qui varient fortement selon la nature des organismes

Le poids des charges de gestion peut être apprécié à partir du ratio :

(frais de gestion sur prestations + frais d'acquisition + frais d'administration) / primes

Les résultats obtenus sont présentés ci-dessous :

Tableau 59 – Ratio charges de gestion/ primes en 2012

	Individuel	Collectif	Ensemble
Mutuelles	18%	17%	18%
IP	9%	15%	14%
Assurances	26%	17%	22%
Total	20%	16%	19%

Le poids des charges de gestion est le plus faible pour les IP, le plus fort pour les sociétés d'assurance. Les mutuelles se situent quant à elles dans une position intermédiaire.

Pour les seuls frais de gestion sur prestations, il y a très peu d'écarts entre organismes. Leur poids s'établit à 4,5 % pour les mutuelles, 4,9 % pour les sociétés d'assurance et 5,2 % pour les IP.

Les écarts de charges de gestion sont en fait essentiellement imputables :

- aux frais d'acquisition, dont le poids apparaît sensiblement plus fort, pour les sociétés d'assurance avec 11,8 % des primes (notamment en raison de leurs contrats individuels) contre respectivement 5,5 % en moyenne pour les mutuelles et 4,8 % pour les IP ;
- aux frais d'administration dont le poids apparaît plus élevé pour les mutuelles : 8,0 % contre 4,0 % pour les IP et 5,6 % pour les sociétés d'assurance.

de solvabilité. La marge minimum de solvabilité est calculée en assurance vie en pourcentage des provisions mathématiques

des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et en assurance non-vie en proportion des primes ou des sinistres.

3.2. LE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS

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 depuis le 1^{er} janvier 2013, 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 (dite « TSA ») et une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs.

Les dépenses du Fonds sont essentiellement constituées par le remboursement des dépenses engagées au titre de la CMU-C et de l'ACS par les organismes.

3.2.1. L'impact des dernières mesures

3.2.1.1. Les dépenses

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, ces organismes assurant la charge d'un éventuel surcoût.

Ce mode de remboursement s'avérait insuffisant pour la prise en charge des dépenses de CMU-C des bénéficiaires pris en charge par le régime général et inégalitaire entre les organismes complémentaires car ceux ayant une dépense moyenne inférieure au forfait ressortaient bénéficiaires, tandis que les autres devaient assumer un reste à charge plus ou moins conséquent.

L'article 22 de la loi n°2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a donc 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 fixé à 405 € par bénéficiaire en 2014, et indexé chaque année sur la progression de l'inflation.

En pratique, la prise en charge des dépenses s'effectue sur la base d'un acompte trimestriel fixé à 92,50 € par bénéficiaire, pour l'année 2014. 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 complémentaires qui participent à la CMU-C déduisent du montant dû au titre de la TSA, l'acompte par bénéficiaire (92,50 € en 2014) ainsi que, depuis 2005, la déduction liée à l'aide à l'ACS (275 millions d'euros en 2014).

Lorsque le financement au titre de la CMU-C et de l'ACS est supérieur au montant de la taxe, le Fonds CMU leur rembourse la différence (168 organismes complémentaires concernés en 2014).

La CNAMTS, qui gère les droits de plus de 78 % des bénéficiaires de la CMU-C et supporte le coût moyen par bénéficiaire le plus élevé perçoit un remboursement complémentaire.

L'article 22 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement 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* ».

L'article D. 862-6 dispose par ailleurs que : « *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* ».

« *Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, pris après communication par la caisse du montant définitif de ces dépenses, constate chaque année le montant de cette régularisation* ».

En 2014, 337 M€ ont ainsi été reversés à la CNAMTS.

3.2.1.2. Les recettes

De 2009 à 2012, la TSA versée par les organismes complémentaires constituait l'unique source de financement du Fonds CMU (article L. 862-4 du code de la sécurité sociale). En effet, si la dotation budgétaire de l'État, destinée à équilibrer les comptes du Fonds CMU était maintenue, dans son principe, (article L. 862-3 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à 2013), elle était nulle en pratique depuis 2009.

À compter de 2013, afin de financer l'augmentation du forfait de remboursement des dépenses de CMU-C, l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a diversifié les recettes du Fonds par l'affectation à ce dernier d'une fraction de 3,15 % du produit des taxes sur le droit de consommation des tabacs (soit des encaissements de 352 M€ pour l'exercice 2013).

L'affectation des droits tabacs a été opérée dès le 1^{er} janvier 2013.

3.2.2. Le bilan de l'échéance du tableau récapitulatif

En application du II de l'article R. 862-11 du code de la sécurité sociale, un tableau récapitulatif annuel (TR) a été créé afin de procéder à la déclaration des valeurs définitives de chaque exercice.

Ce tableau permet notamment de déterminer le montant des dépenses de CMU-C engagées par les organismes gestionnaires et prises en charge par le Fonds CMU (en vertu des dispositions de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013).

Le bilan technique de la première année de traitement du TR a été laborieux pour les équipes du Fonds CMU et de l'Urssaf. Des retards dans la diffusion du TR auprès des organismes complémentaires, ainsi que la mise à disposition tardive de l'outil de saisie et d'exploitation au niveau de l'Urssaf ont compliqué les opérations, ceci dans un contexte où des délais ont été nécessaires, pour que les OC s'approprient la logique et le contenu du document.

À ce jour, sur 610 TR attendus, 591 ont été reçus et 19 sont toujours manquants.

Sur les 591 OC qui ont transmis leur tableau récapitulatif, 197 OC étaient en situation de remboursement par le Fonds (dont 11 TR pour un montant inférieur ou égal à 5 € qui ne feront pas l'objet d'un règlement), 200 OC se trouvaient en situation de paiement à l'Urssaf, 181 OC n'ont pas donné lieu à une régularisation et 12 TR étaient incomplets.

Pour les 197 OC en situation de remboursement par le Fonds, le montant total des régularisations atteint 17,6 M€.

Au 31 décembre 2014, 30 OC restent en instance de remboursement par le Fonds pour un montant de 727 675 €.

Les 200 TR en situation de paiement à l'Urssaf totalisent 7,6 M€. 77 TR se trouvent toujours en cours de traitement.

Entre les déclarations initiales et la situation finale traduite par le TR, c'est la rubrique relative au nombre de bénéficiaires de la CMU-C qui a été la plus impactée. L'écart est insignifiant sur l'assiette et faible sur le nombre de bénéficiaires de l'ACS :

- Assiette de la TSA : - 0,01 % (entre situation initiale et situation finale) ;
- Nombre moyen de bénéficiaires de la CMU-C : + 2,9 % ;
- Nombre moyen de bénéficiaires de l'ACS : + 0,8 % ;
- Nombre moyen de bénéficiaires déclarés dans le cadre de la participation médecin traitant : + 0,3 %.

Au-delà des difficultés rencontrées, la question des sanctions applicables à l'égard des OC défaillants a été posée par le Fonds CMU et l'Urssaf. Dans ce cadre, des propositions ont été soumises à la direction de la sécurité sociale par la branche recouvrement. Elles portent sur l'application de pénalités et la mise en œuvre de la procédure de taxation d'office, pour les OC n'ayant pas fourni leur TR, ou les OC n'ayant pas porté sur le TR de juin 2014 l'information relative aux effectifs des assurés et ayants droits devant permettre le calcul de la participation médecin traitant.

Par ailleurs, le Fonds CMU a insisté sur la nécessité de communiquer, à l'égard des OC, dans la perspective de la prochaine échéance déclarative dont l'échéance est fixée au 30 juin 2015.

Encadré 7 – Bilan des fraudes à la CMU-C détectées par les CPAM en 2013

Les données ci-après sont issues du reporting du plan annuel de lutte contre les fraudes de l'Assurance Maladie et correspondent aux fraudes que les CPAM ont déclaré avoir détectées en 2013, et pour lesquelles elles ont engagé une action (indu, pénalité financière, action pénale).

CMU-C Typologie des fraudes	Nb fraudes détectées	Nb indus notifiés	Nb saisines du Parquet	Nb de lettres rappel régl.	Nb de pénalités financières	Montant réclamé (pénal)	Montant préjudice subi	Montant préjudice évité
Fraude à la condition de ressources	706	374	425 593	37	464	166	92 057	527 628
Fraude à la condition de résidence et de ressources	30	17	23 738	2	25	1	1 070	23 738
Fraude à l'identité et à la condition de ressources	3	1	0	1	2	0	12	12
Fraude à la condition de résidence	87	23	28 942	59	13	0	132 039	160 978
Fraude à l'identité et à la condition de résidence	3	0	0	0	3	1	0	295
Fraude à l'identité et à la condition de ressources	1	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL	830	414	478 273	99	508	168	225 178	712 651

Sources : CNAMTS

Pour l'année 2013, le montant du préjudice subi par les CPAM dans le cadre de la fraude à la CMU-C s'élève à 225 178 €. La CMU de base fait également l'objet d'un suivi, en 2013, 259 fraudes ont été détectées, le montant du préjudice subi est de 292 174 €

3.3. LES COMPTES DU FONDS CMU

3.3.1. L'exécution budgétaire

Pour l'exercice 2014, les recettes propres du Fonds s'élèvent au total à 2 493 M€, soit une évolution de + 2,4 % par rapport à l'exercice 2013. Hors taxe tabacs (354 M€), et hors reprises sur provisions (9 M€), le produit de la TSA atteint 2 130 M€, soit une hausse de plus de 3,0 %.

La dépense totale CMU-C atteint 2 018 M€, soit une évolution de + 9,4 % par rapport à 2013. Traduite dans le budget du Fonds, cette somme se décompose en 1 740 M€ de versements aux régimes de base et 278 M€ de déductions CMU-C des organismes complémentaires.

Pour l'ACS, sur la base d'un montant annuel moyen de 295 € par bénéficiaire, les déductions ACS atteignent 275 M€, soit une évolution de + 17,5 % par rapport à 2013.

Ces évolutions sont cohérentes avec la revalorisation des plafonds de ressources et la hausse du montant annuel de l'aide ACS allouée aux personnes âgées de 60 ans et plus, qui est passé de 500 € à 550 € depuis le 1^{er} janvier 2014.

Au total, les dépenses au profit des organismes complémentaires s'élèvent donc à 553 M€ (278 M€ de déductions CMU-C et 275 M€ de déductions ACS).

Après reversement à la CNAMTS, le résultat de l'exercice 2014 atteint 25 M€.

Tableau 60 – Récapitulatif des comptes du Fonds CMU

en millions d'euros	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
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
Taxe tabac		217	411	372	0	0	0	42	352	354
Contribution ACS	13	40	65	87	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
Reprises sur provisions	22	25	35	28	79	93	10	11	16	9
Total Produits	1 418	1 524	1 595	1 452	1 870	1 949	1 940	2 084	2 434	2 493
Charges										
Paieement aux régimes de base	1 270	1 438	1 442	1 263	1 429	1 444	1 369	1 403	1 918	1 895
Organismes complémentaires	78	81	88	80	323	464	431	458	498	553
Annulation Produits										
Dotation aux provisions	25	35	28	79	98	12	11	17	17	19
Gestion administrative	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	2 434	2 468
Résultat de l'année (1)	44	-31	36	29	19	28	126	205	0	25
Résultat cumulé	48	17	53	83	101	129	126	205	205	230

(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

3.3.2. Une situation de trésorerie satisfaisante

Les sommes recouvrées par l'ACOSS au titre de la TSA font l'objet d'un reversement au Fonds CMU (article 8 de la convention 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.

En application de l'article 9 de la convention, 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.

Au 31 décembre 2014, la charge à payer relative aux dépenses 2013 de la CNAMTS pour un montant de 4 M€ a été intégralement soldée.

Le montant du versement complémentaire de 337 M€ correspondant aux excédents dégagés par le Fonds en 2013 a également été comptabilisé.

Un report à nouveau de 204 M€ reste comptabilisé au bilan du Fonds.

Tableau 61 – Trésorerie, année 2014

Date	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Commentaires
01/01/2014	82 225 465 €			
13/01/2014	82 057 948 €	167 518 €		Règlement aux organismes complémentaires
20/01/2014	81 256 371 €	801 577 €		Règlement aux organismes complémentaires
29/01/2014	81 256 355 €	15 €		Gestion administrative
11/02/2014	79 956 355 €	1 300 000 €		Gestion administrative
13/02/2014	73 493 089 €	6 463 267 €		Règlement aux organismes complémentaires
17/02/2014	177 313 023 €	286 704 563 €	390 524 497 €	Acomptes des trois grands régimes (dont CNAMTS : acompte 352 993 412,50 € - 95 447 902,39 € taxe tabacs) + Versement ACOSS
20/02/2014	177 028 090 €	284 933 €		Règlement aux organismes complémentaires
21/02/2014	175 866 621 €	1 161 469 €		Règlement aux organismes complémentaires
03/03/2014	175 441 161 €	425 460 €		Règlement aux organismes complémentaires
23/04/2014	175 441 154 €	7 €		Gestion administrative
07/05/2014	175 411 594 €	29 560 €		Règlement aux organismes complémentaires
15/05/2014	173 311 555 €	2 100 039 €		Versement CNAMTS de la participation médecin traitant du T4 2013
15/05/2014	370 570 050 €	324 528 171 €	521 786 665 €	Acomptes des trois grands régimes (dont CNAMTS : acompte 365 000 000 € - 70 907 196,19 € taxe tabacs) + Versement ACOSS
19/05/2014	370 440 827 €	129 223 €		Règlement aux organismes complémentaires
21/05/2014	362 640 985 €	7 799 843 €		Règlement aux organismes complémentaires
07/07/2014	361 087 124 €	1 553 860 €		Acomptes petits Régimes + régularisation 2013
07/07/2014	360 988 752 €	98 372 €		Règlement aux organismes complémentaires
11/07/2014	360 914 877 €	73 875 €		Règlement Gamex pour solde de tout compte
17/07/2014	360 914 868 €	9 €		Gestion administrative
22/07/2014	360 896 991 €	17 877 €		Règlement aux organismes complémentaires régularisation sur exercices antérieurs
11/08/2014	354 402 245 €	6 494 746 €		Règlement aux organismes complémentaires
12/08/2014	351 609 991 €	2 792 254 €		Règlement aux organismes complémentaires
18/08/2014	402 023 079 €	314 915 537 €	365 328 625 €	Acomptes des trois grands régimes (dont CNAMTS : acompte 375 000 000 € - 88 521 251,64 € taxe tabacs) + Versement ACOSS
08/09/2014	401 452 008 €	571 071 €		Règlement aux organismes complémentaires
23/09/2014	401 065 743 €	386 265 €		Règlement aux organismes complémentaires
29/09/2014	397 494 543 €	3 571 200 €		CAP CNAMTS

Date	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Commentaires
30/09/2014	385 370 249 €	12 124 294 €		Règlement aux organismes complémentaires (TR 2013)
03/10/2014	385 353 608 €	16 641 €		Règlement aux organismes complémentaires
27/10/2014	385 353 586 €	22 €		Gestion administrative
06/11/2014	383 659 280 €	1 694 306 €		Règlement aux organismes complémentaires (TR 2013)
14/11/2014	383 146 620 €	512 660 €		Règlement aux organismes complémentaires (TR 2013)
17/11/2014	440 916 362 €	310 960 511 €	368 730 253 €	Acomptes des trois grands régimes (dont CNAMTS : acompte 374 306 337,50 € - 95 336 858,83 € taxe tabacs) + Versement ACOSS
20/11/2014	439 530 895 €	1 385 467 €		Règlement aux organismes complémentaires
03/12/2014	439 498 971 €	31 924 €		Règlement aux organismes complémentaires
03/12/2014	432 606 170 €	6 892 801 €		Règlement aux organismes complémentaires
05/12/2014	429 170 038 €	3 436 132 €		Règlement aux organismes complémentaires
16/12/2014	92 659 872 €	336 510 166 €		versement complémentaire CNAMTS
22/12/2014	90 543 847 €	2 116 025 €		Règlement aux organismes complémentaires (TR 2013)

3.3.3. Les travaux de rapprochements comptables

La base de données du Fonds CMU retrace l'ensemble des données déclaratives, transmises par les organismes complémentaires. À chaque échéance trimestrielle, un rapprochement est réalisé avec l'Urssaf.

Au niveau comptable, c'est l'ACOSS qui notifie au Fonds CMU, les charges, les produits et les encaissements enregistrés dans ses comptes, sur la base des informations transmises par l'Urssaf.

À réception des notifications ACOSS, le Fonds CMU enregistre comptablement les opérations déclaratives, selon les échéances suivantes :

- 1^{er} trimestre N correspondant à la déclaration du 30 avril N ;
- 2nd trimestre N correspondant à la déclaration du 31 juillet N ;
- 3^{ème} trimestre N correspondant à la déclaration du 31 octobre N ;
- 4^{ème} trimestre N correspondant à la déclaration du 31 janvier N+1.

Pour le dernier trimestre, les notifications ACOSS n'interviennent que sur l'exercice N + 1 et le Fonds enregistre à cet effet des charges à payer et des produits à recevoir.

Le Fonds a donc un trimestre de décalage entre la comptabilisation des notifications ACOSS et sa base de données.

Depuis juillet 2013, le Fonds a obtenu de l'ACOSS la transmission de requêtes précisant l'exercice sur lequel se rapportent les charges, produits et encaissements notifiés.

Les travaux de rapprochement ont continué en 2014 concernant les écarts constatés sur l'exercice 2012 entre les données enregistrées dans la base 2012, la comptabilisation au 31 décembre 2012 et les notifications reçues de l'ACOSS jusqu'au 31 décembre 2014 qui peuvent porter sur l'exercice 2012.

Ces travaux de rapprochement ont permis d'expliquer la plus grande partie des écarts constatés. Ils doivent se poursuivre sur les exercices 2013 et 2014.

4 Les activités du Fonds CMU

4.1. LA MISE EN CONCURRENCE ACS

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 réserve l'ACS à des contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure a pour but de favoriser le recours au dispositif, par une amélioration du rapport qualité-prix des contrats souscrits, et une meilleure lisibilité de l'offre. En effet, les rapports annuels du Fonds CMU sur le prix et le contenu des contrats ayant bénéficié de l'ACS ont mis en lumière une faible qualité des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS et des difficultés rencontrées dans le choix des contrats du fait de la très grande diversité de l'offre disponible sur le marché.

Cette réforme, dont l'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} juillet 2015, a largement mobilisé le Fonds CMU au cours de l'année 2014.

Plusieurs étapes ont ponctué ces travaux.

4.1.1. La détermination d'un cahier des charges

L'une des étapes essentielles à la mise en œuvre de la procédure de mise en concurrence a été la détermination d'un cahier des charges fixant les conditions dans lesquelles les organismes complémentaires allaient pouvoir candidater.

La direction de la sécurité sociale a piloté le projet. Le Fonds CMU a apporté son soutien, en recueillant les questions posées dans la phase d'échanges préalables avec les organismes complémentaires.

■ Les questions liées aux conditions d'éligibilité

Les principaux questionnements portaient sur la faculté de proposer un contrat coassuré et sur la possibilité pour plusieurs organismes de présenter une offre groupée.

L'article 11 de la loi du 8 août 2014 n° 2014-892 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 est venu étendre le bénéfice de l'ACS aux contrats collectifs facultatifs, permettant ainsi à plusieurs organismes complémentaires de présenter une offre groupée en coassurance.

■ Les paniers de soins

Afin de fixer les garanties minimales demandées aux organismes complémentaires candidatant, le Fonds CMU a fait appel à un cabinet d'actuariat pour étudier ce qu'il était envisageable d'inclure dans les garanties, en cohérence avec un tarif accessible aux bénéficiaires de l'ACS, et qui ne mettrait pas en cause la viabilité du contrat. L'aspect prix et équilibre financier ont été abordés dans ce cadre.

Ces travaux sont venus enrichir les réflexions de la direction de la sécurité sociale. Le décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014, encadrant la mise en concurrence, a ainsi prévu que les organismes complémentaires devraient proposer trois contrats offrant des niveaux de garantie différents.

4.1.2. La communication sur le nouveau dispositif

L'un des enjeux majeurs de cette réforme réside dans la capacité de l'ensemble des acteurs à communiquer sur le nouveau dispositif.

■ La transition des bénéficiaires actuels

À compter du 1^{er} juillet 2015, l'ACS étant réservée à certains contrats sélectionnés, il est indispensable d'informer et d'accompagner les bénéficiaires actuels et permettre leur basculement vers le nouveau dispositif.

Pour faciliter cette opération de basculement, l'article 56 de la LFSS pour 2014 institue une obligation, incombant aux organismes complémentaires d'informer le bénéficiaire de l'ACS de la date d'échéance du contrat, en lui précisant explicitement si le renouvellement de son contrat actuel pourrait ou non lui permettre de bénéficier de l'ACS. Cette information doit être communiquée au bénéficiaire de l'ACS au minimum deux mois avant l'échéance de son contrat.

Le décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014 permet également au bénéficiaire de l'ACS dont le contrat a pris fin mais qui bénéficie toujours d'une aide en cours, de transférer le reliquat de son aide vers un contrat sélectionné.

■ L'entrée dans le dispositif des nouveaux bénéficiaires

En application des règles de droit commun, la résiliation d'un contrat de complémentaire santé ne peut se faire qu'à l'échéance du contrat. Cela aurait été préjudiciable pour le primo-attributaire de l'ACS ayant un contrat en cours dans lequel il aurait été engagé jusqu'à son échéance sans pouvoir faire valoir son droit à l'ACS.

Ainsi, à l'instar de ce qui existe pour la CMU-C (article 6-2 de la loi n° 89-1009), il a été proposé d'introduire une disposition permettant à une personne obtenant le bénéfice de l'ACS, déjà engagée dans un contrat de complémentaire santé, de résilier le contrat en cours en dehors des règles de droit commun ou bien de transformer son contrat en cours en « contrat sélectionné » si l'OC dans lequel elle est engagée est un OC sélectionné. Cette disposition a été prévue par l'article 12 de la loi du 8 août 2014 n° 2014-892 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

■ La communication faite auprès des publics éligibles

La campagne de communication doit également permettre d'attirer les bénéficiaires potentiels par une information et une sensibilisation sur les avantages du nouveau dispositif. Pour permettre de communiquer le plus largement sur le dispositif, tous les partenaires engagés en faveur de l'accès aux soins et aux droits seront mobilisés. Des travaux en concertation avec le ministère, les caisses d'assurance maladie, les associations,

les professionnels de santé, les fédérations des établissements de santé ont été engagés depuis le début de l'année 2015.

4.1.3. Le suivi du dispositif

En lien avec le cabinet d'actuariat, qu'il a sollicité dans le cadre des travaux préparatoires à la mise en œuvre de la réforme, et avec l'appui de la direction de la sécurité sociale, le Fonds CMU a établi une liste des informations à fournir par les OC désignés. Ces informations permettront un suivi affiné de la montée en charge du dispositif, une connaissance affinée de ses recourants ainsi que des modalités de gestion.

Ces informations, regroupées au sein d'un reporting porteront en particulier sur :

- La caractérisation de la population protégée (âge, sexe, assuré / ayants droit) ;
- L'équilibre financier des trois contrats (résultats, ratios sinistre / prime) ;
- Le montant et la nature des prestations remboursées par l'OC.

Au-delà, l'enquête annuelle sur l'ACS, prévue par les textes, sera maintenue et adaptée au nouveau contexte. Il conviendra d'aboutir rapidement sur la question posée par l'opposabilité des tarifs, dans le cadre de la classification DREES des contrats afin de pouvoir situer les nouveaux contrats ACS en termes de rapport qualité prix, en référence au marché.

Encadré 8 – L'ACS, dix ans après son entrée en vigueur

Instituée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, l'ACS est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Dix ans plus tard, ce dispositif a connu de nombreuses évolutions qui en font aujourd'hui un outil majeur pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

■ Un plafond d'attribution revalorisé

Pour accéder à l'ACS, les ressources du demandeur doivent être comprises entre le plafond d'attribution de la CMU-C et ce même plafond majoré. Initialement, le plafond d'attribution de l'ACS se situait à + 15 % du plafond de la CMU-C. Aujourd'hui cette majoration est de + 35 %. À la suite à la mise en œuvre du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013, le plafond d'attribution de la CMU-C et, mécaniquement, celui de l'ACS, ont été revalorisés de 8,3 % au 1^{er} juillet 2013 (1,3 % au titre de l'inflation et 7 % au titre de la mesure exceptionnelle de relèvement des plafonds). Le plafond d'attribution de l'ACS, fixé depuis le 1^{er} juillet 2014 à 973 € (pour une personne seule en métropole), atteint désormais le niveau du seuil de pauvreté.

■ La dispense totale d'avance des frais

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les bénéficiaires disposent du droit au tiers-payant sur la part obligatoire des dépenses depuis un accord entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux. L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 étend le tiers-payant à la part complémentaire à compter du 1^{er} juillet 2015. Les bénéficiaires de l'ACS seront donc dispensés de faire l'avance des frais à compter de cette date pour l'ensemble des actes et prestations qui leur seront dispensés par les professionnels de santé.

■ L'opposabilité des tarifs

L'article 1^{er} de l'avenant n° 8 du 25 octobre 2012 prévoit que les médecins ayant un droit au dépassement d'honoraires pratiquent leurs actes aux tarifs opposables pour les patients bénéficiaires de l'ACS.

■ La suppression des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €

L'article 42 de la loi n°2014-1554 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.

■ Une offre de complémentaire santé sélectionnée sur des critères de qualité et de prix

Actuellement, les bénéficiaires de l'ACS peuvent utiliser leur aide sur n'importe quel contrat de complémentaire santé dès lors que celui-ci répond aux exigences du contrat responsable. Les rapports annuels réalisés par le Fonds sur le prix et le contenu des contrats ayant bénéficié de l'ACS mettent en lumière une qualité très moyenne des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS et montrent également les difficultés rencontrées dans le choix des contrats.

À compter du 1^{er} juillet 2015, en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'ACS sera réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure a été lancée le 17 décembre 2014, par la publication d'un avis public à la concurrence, et devrait conduire à favoriser le recours au dispositif par une amélioration du rapport qualité-prix des contrats souscrits et une meilleure lisibilité de l'offre.

■ Le contrat de sortie ACS

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 instaure, à compter du 1^{er} juillet 2015, 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 contrats offerts par cet organisme, est proposé à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS.

■ L'accès aux tarifs sociaux de l'énergie

Depuis un arrêté du 21 décembre 2012, les tarifs sociaux de l'énergie ont été étendus aux bénéficiaires de l'ACS.

■ Les autres évolutions en cours

D'autres dispositions devraient prochainement faire évoluer favorablement le dispositif de l'ACS. Ainsi, le projet de loi relatif à la santé prévoit l'encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'ACS ; le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Encadré 9 – Optique solidaire

L'association Optique Solidaire, créée en juin 2011, visant notamment à favoriser l'accès des populations les plus défavorisées à des équipements optiques, a lancé une initiative en faveur des bénéficiaires de l'ACS. Elle consiste à mobiliser l'ensemble de la filière optique : ophtalmologistes, opticiens, fabricants de montures et verres, organismes de complémentaire santé volontaires, afin de proposer aux bénéficiaires de l'ACS, un Pass lunettes nominatif, offrant un accès à une consultation ophtalmologique sans dépassement d'honoraires et un équipement de verres progressifs, avec un reste à charge nul ou minoré. Initialement, les bénéficiaires visés étaient ceux âgés de 60 ans et plus. Depuis 2014, le Pass Lunettes est adressé aux bénéficiaires de l'ACS atteints de presbytie, sans condition d'âge minimum.

Depuis son lancement en 2011, 3 000 personnes ont été équipées grâce à Optique Solidaire.

Après une phase expérimentale lancée à Marseille, cette opération a été ouverte à l'ensemble du territoire métropolitain au mois de juillet 2012, une extension aux départements d'Outre-mer est prévue à terme

4.2. LA COMMUNICATION SUR LES DISPOSITIFS

4.2.1. Le site internet

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 augmentation constante. En 2014, on comptabilise 1 995 580 visites, soit une augmentation de 25,5 % par rapport à 2013.

Via le site, le Fonds CMU peut être saisi directement par courriel.

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...

4.2.2. 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...) 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.

4.2.3. La note de conjoncture

A 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.

4.2.4. 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...

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 du chiffre d'affaires des organismes complémentaires.

4.2.5. La publication du VIème rapport d'évaluation

Le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation de l'application de la loi CMU (article 34 de la loi n°99-641 portant création d'une couverture maladie universelle). Le directeur de la sécurité sociale a confié au Fonds CMU l'élaboration du sixième rapport d'évaluation. Ce rapport dresse un bilan

des dispositifs d'aide à la complémentaire santé, en décrivant les situations insatisfaisantes et formule des propositions. Il a été transmis au Parlement le 15 octobre 2014.

4.2.6. Le partenariat avec les associations

Un comité de suivi Fonds CMU-Associations a été mis en place en 2012. Les associations participant à ce comité de suivi sont 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, l'UNAF).

Ce comité de suivi est conçu comme un lieu d'échange et de partage d'informations et d'expériences sur les difficultés d'accès aux soins et aux droits des populations précaires (refus de soins, renoncements aux soins, non recours aux droits).

En 2014, deux comités de suivi ont eu lieu.

4.2.7. Les actions de communication

Le Fonds CMU est régulièrement sollicité pour la rédaction d'articles relatifs aux dispositifs. Ces articles permettent de communiquer sur les aspects pratiques et juridiques. Ainsi, au cours de l'année 2014, le Fonds CMU a eu l'occasion de rédiger ou relire des articles pour la revue du Conseil National de l'Ordre des Médecins, la revue Actes de l'UNCCAS, le magazine Pleine Vie et quelques ouvrages scolaires.

4.3. LE SUIVI DU PANIER DE SOINS DENTAIRE DE LA CMU-C

Le panier de soins dentaire pris en charge par la CMU-C n'a pas évolué depuis 2006. A la faveur du passage à une nouvelle nomenclature des actes (CCAM²⁷) par l'Assurance maladie, mais aussi afin de poursuivre les réflexions engagées lors de la conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et évaluer les demandes des représentants de la profession, le Fonds CMU a engagé des travaux d'évaluation de ce panier de soins.

Ces travaux sont, pour l'heure, limités par le manque d'éléments objectifs pour l'évaluation des besoins des coûts engendrés par une éventuelle révision, notamment parce que les données agrégées du SNIIRAM²⁸ ne permettaient pas, en l'état, d'identifier les actes concernés par le panier de soins dentaire. L'introduction de la CCAM pour le dentaire en 2014 devrait permettre, à

terme, de mieux évaluer la fréquence des actes, concernant les patients bénéficiaires de la CMU-C et d'évaluer le coût d'une revalorisation au cas par cas.

En amont des éléments qui pourraient être connus grâce à la CCAM, le Fonds CMU a établi un état des lieux, à partir des données transmises par le régime général sur la dépense pour la part CMU-C et en travaillant avec des professionnels de santé.

²⁷ CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

²⁸ SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

4.3.1. La dépense pour la part CMU-C concernant les soins dentaires

A. La dépense globale

En 2014 le régime général a géré les prestations de presque 80 % des bénéficiaires de la CMU-C. La dépense pour la part CMU-C concernant les soins dentaires a représenté 335 M€. Elle se décompose comme suit :

- prise en charge de la part complémentaire sur les soins curatifs et prothétiques, pour un montant proche de 102 M€ ;
- prise en charge des dépassements sur les soins prothétiques, dans le cadre du panier de soins, pour presque 200 €
- prise en charge des dépassements sur les soins d'orthodontie, pour un montant avoisinant 33 M€ ;

L'ensemble des dépenses au titre des soins dentaires (part complémentaire et dépassements) représente 19,5 % de la dépense totale.

4.3.2. La dépense moyenne par bénéficiaire

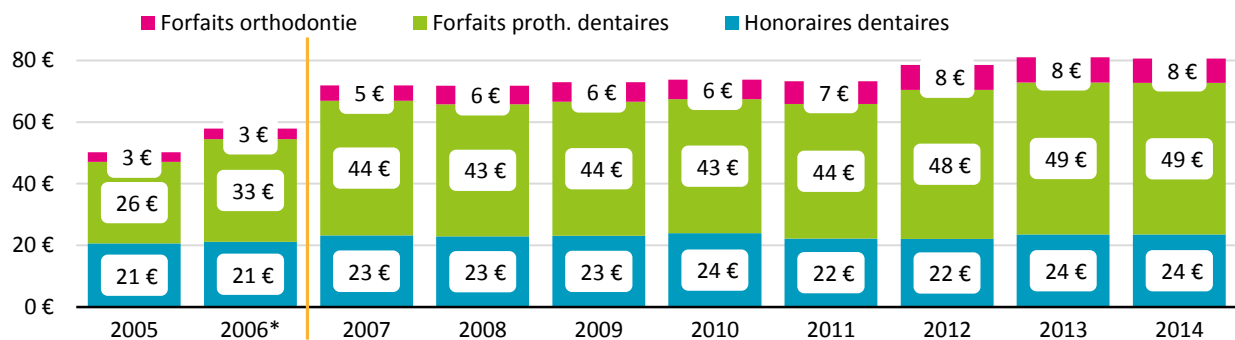
En 2014, le coût moyen pour la part CMU-C des soins dentaires curatifs et prothétiques est de 25 €. Il est stable depuis 2010.

Le coût moyen pour la prise en charge des dépassements sur les actes prothétiques (panier de soins dentaire) est de 50 €. Il oscille entre 49 € et 51 € entre 2010 et 2014. Il a fortement augmenté en 2006 et 2007, suite à la revalorisation du panier de soins.

Le coût moyen pour les dépassements sur les actes d'orthodontie est de 8 € depuis 2012, après avoir été de 7 € de 2008 à 2011. Son augmentation, suite à la revalorisation de 2006, s'est étalée jusqu'en 2008, ce qui est dû à la nature des traitements, qui se déroulent sur plusieurs mois.

Fin 2014, le total des postes liés aux soins dentaires a baissé de 1,9 % en ACM, et les postes de la dépense de ville (hors dentaire) ont baissé de 2,2 %.

Figure 31 – Répartition de la dépense moyenne des soins dentaires, pour la part CMU-C, au régime général, métropole et Dom, de 2005 2014



*Arrêté du 30 mai 2006, portant sur la revalorisation du panier de soins dentaire

La part du panier de soins dentaire pour les soins prothétiques représente 60 % de la prise en charge des soins dentaires dans le cadre de la CMU-C. Elle est de 50 € en moyenne par bénéficiaire. Ce montant n'est sujet qu'à de faibles variations sur les quatre dernières années.

4.3.3. Le suivi de la dépense par acte

Le Fonds CMU a sollicité les régimes, afin d'obtenir des informations sur la fréquence des actes qui font l'objet d'un complément de prise en charge, dans le cadre du panier de soins dentaire.

Le RSI a pu produire des éléments sur les restes à charge, dans la lignée de l'étude produite par la CNAMTS en 2010. Par contre, aucun des trois principaux régimes ne peut extraire des données acte par acte, du fait de leur mode de stockage dans le SNIIRAM. En effet, les codes actes spécifiques au panier de soins CMU-C n'y sont pas retranscrits.

Avec le passage à la CCAM, la CNAMTS est en cours d'expertise des nouvelles données renseignées, concernant le panier de soins CMU-C.

4.3.4. Les informations issues des professionnels de santé

4.3.4.1. L'étude sur les centres de soins dentaires de la ville de Paris

En 2014, le Fonds CMU a réalisé une étude à partir des données issues des 6 centres de soins dentaires de la Ville de Paris. L'étude porte sur l'année 2012, et sur un échantillon de 16 250 personnes, qui ont suivi des soins

dentaires, dont 4 100 sont bénéficiaires de la CMU-C, soit presque 27 % des patients.

La liste des actes pratiqués comprend l'intégralité des actes qui font l'objet d'un complément de prise en charge dans le cadre du panier de soins (hors alternative thérapeutique).

Le détail des actes pris en charge dans le cadre du panier de soins dentaire CMU-C, en neutralisant le « supplément pour plaque base métallique »²⁹ permet de mesurer l'importance des couronnes (28 % des actes).

Les prothèses adjointes représentent 51 % des actes. Dans cette catégorie, on note la prévalence de l'appareil 14 dents (10 % des actes et 20 % des prothèses adjointes), qui est indispensable au maintien de l'alimentation.

La réparation de la fracture de la plaque base plastique (FDR19) devrait, à l'avenir, baisser en fréquence, du fait de la suppression des appareils sur plaque base plastique en deçà de 9 dents.

La réparation de fracture de la plaque base métallique (FDR25) n'a fait l'objet que d'un seul acte.

Enfin, les trois principaux actes en alternative thérapeutique (prise en charge du dépassement en partie par la CMU-C et en partie par le patient, code en FPC) sont pratiqués et ils représentent 4 % des actes.

²⁹ Les actes du panier de soins dentaire pour cette étude sont antérieurs à la CCAM. Le supplément pour base plaque métallique est supprimé, puisque cette option est intégrée dans les

appareils pris en charge depuis la mise en place de la CCAM. De fait les appareils sur plaque base plastique sont supprimés en deçà de 9 dents.

Tableau 62 – Nombre d'actes prothétiques par acte, pour les actes faisant l'objet d'un complément de prise en charge au titre du panier de soins CMU-C, patients de 20 ans et plus

Code_Acte_Précisions	Code Acte	CMU	Pourcent Plaque métal neutralisée	Montant pris en charge Panier CMU-C
Couronne dentaire ajustée ou coulée métallique	FDC 01	53	9,2%	122,50 €
Couronne dentaire ceramo-métallique pour incisives, canines, premières prémolaires	FDC 03	110	19,1%	267,50 €
Forfait CMU	FDA	2	0,3%	
Appareil sur plaque base en matière plastique 1 à 3 dents	FDA 06	69	12,0%	128,50 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 4 dents	FDA 07	29	5,0%	273,75 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 5 dents	FDA 08	22	3,8%	263,00 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 6 dents	FDA 09	25	4,3%	252,25 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 7 dents	FDA 10	25	4,3%	326,50 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 8 dents	FDA 11	23	4,0%	315,75 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 9 dents	FDA 12	8	1,4%	305,00 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 10 dents	FDA 13	10	1,7%	294,25 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 11 dents	FDA 14	7	1,2%	366,50 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 12 dents	FDA 15	10	1,7%	355,75 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 13 dents	FDA 16	9	1,6%	345,00 €
Appareil sur plaque base en matière plastique 14 dents	FDA 17	58	10,1%	473,25 €
Supplément pour plaque base métallique	FDA 22	141		171,00 €
Réparation fracture plaque base en matière plastique	FDR 19	20	3,5%	43,50 €
Dents ou crochets ajoutés ou remplacés - 1er élément	FDR 20	51	8,9%	43,50 €
Dents ou crochets ajoutés ou remplacés - éléments suivants	FDR 21	20	3,5%	21,75 €
Réparation de fracture de la plaque base métallique	FDR 25	1	0,2%	32,75 €
Couronne à incrustation vestibulaire sur 2e prémolaire	FPC 40	1	0,2%	122,50 €
Couronne céramo métallique sur 2e prémolaire ou molaire	FPC 41	13	2,3%	122,50 €
Remplacement de 1 à 3 dents absentes par prothèse fixée	FPC 42	10	1,7%	128,50 €
		717	576	

Source : Ville de Paris

4.3.4.2. Les besoins exprimés par les représentants de la profession

Les représentants des praticiens, sollicitent une revalorisation globale du panier de soins dentaire, pour tenir compte de sa stagnation depuis 2006, mais certains actes ont été identifiés par ces derniers comme prioritaires :

- Actes de réparation. La prise en charge de ces actes ne couvre pas les frais engagés par le PS. Ceci incite à préférer opérer à un remplacement des prothèses plutôt qu'à leur entretien, ce qui engendre une surconsommation de ces dernières, dont le nombre par an et par patient n'est pas limité par ailleurs (il est actuellement possible d'obtenir la prise en charge

d'un même appareillage plusieurs fois au cours d'une même année) ;

- Les prothèses adjointes de 14 dents. Ces sont les actes les mieux pris en charge dans le cadre du panier de soins CMU-C (473,25 €) et ils sont également couramment pratiqués, du fait d'un état de santé bucco dentaire très dégradés chez une part des bénéficiaires de la CMU-C. De leur réussite découle une réelle amélioration de la qualité de vie des patients, voire de leur état de santé général, puisqu'il s'agit d'un retour à une alimentation normale ;
- Les couronnes coulées métalliques.

Le Fonds CMU va poursuivre ses analyses, notamment avec l'appui de la CNAMTS.

Encadré 10 – Nouvelles modalités de prise en charge des prothèses auditives et des équipements d'optique pour les bénéficiaires de la CMU-C

Deux arrêtés parus au Journal Officiel au mois de mai 2014 modifient les modalités de prises en charge des soins pour les bénéficiaires de la CMU-C.

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 permet l'accès à un équipement auditif complet et de qualité grâce à une prise en charge qui passe du simple au double : de 643 € à 1 400 €.

L'arrêté du 21 mai 2014 relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des équipements d'optique permet la prise en charge, en sus des tarifs de responsabilité, de l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections.

4.4. LA LISTE DES ORGANISMES GÉRANT 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 2014, le Fonds CMU a procédé à l'inscription, au retrait et à la radiation 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 préfectures.

Afin de faciliter les échanges entre caisses et organismes complémentaires, la liste envoyée aux caisses d'assurance maladie contient plusieurs informations complémentaires : coordonnées d'une personne référente, adresse de traitement du formulaire de choix de l'organisme gestionnaire de la CMU-C, numéro Noémie...

La liste a été publiée au Bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarité du 15 février 2014.

Pour l'année 2014, ont été enregistrés :

- 23 retraits volontaires, concernant exclusivement des mutuelles ;
- 33 suppressions résultant d'opérations de fusions-absorptions ;
- 2 inscriptions.

Le nombre d'organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C au titre de l'année 2014 est de 356. Le pourcentage d'OC inscrits, comparé à l'ensemble d'OC cotisants, atteint 61 % (67 % en 2013). Dans le détail, 66 % des mutuelles, 80 % des institutions de prévoyance et 37 % des assurances sont inscrites pour gérer la CMU-C en 2014.

Parmi les organismes ayant demandé à ne plus participer à la gestion de la CMU-C, on dénombre trois mutuelles ayant leur siège social dans un département d'outre-mer.

Quelques organismes ont exprimé les raisons pour lesquelles ils se désengageaient de la gestion du dispositif CMU-C. La principale raison évoquée est la modification des modalités de remboursement des dépenses de CMU-C engendrée par l'article 22 de la LFSS pour 2013 et ses conséquences : déséquilibre financier, complexité de gestion.

Tableau 63 – Mouvements enregistrés pour l'année 2014

	Mutuel- les	IP	Assuran- ces	Total
Organismes maintenus dans le dispositif	300	20	34	35
Organismes entrant dans le dispositif	2	0	0	2
Organismes sortant du dispositif	50	4	2	56
dont retraits volontaires	23	0	0	23
faisant suite à une fusion - absorption	27	4	2	33
Total dans le dispositif	302	20	34	356
Hors dispositif	155	5	63	223
Total des organismes complémentaires	457	25	97	579
Part d'organismes gérant la CMU-C	66,0%	80,0%	35,0%	61,0%

Source : Fonds CMU

Tableau 64 – 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

Source : Fonds CMU

4.5. LES ÉTUDES DU FONDS CMU

4.5.1. L'accès à la complémentaire santé des étudiants

À la demande du Fonds CMU, l'ODENORE (Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services) a réalisé une étude visant à mieux connaître le nombre, la situation et le parcours des étudiants sans complémentaire santé, qui pourraient remplir, à titre individuel, les conditions cumulatives d'autonomie financière, géographique et fiscale ouvrant droit à la CMU-C ou à l'ACS.

La population enquêtée est composée de l'ensemble des étudiants des cinq établissements d'études supérieures de Grenoble et de l'école doctorale, inscrits à la rentrée universitaire 2013-2014 dans l'une des formations de licence 1ère, 2ème et 3ème année, de master 2ème année ou de doctorat. L'enquête porte donc sur la population étudiante de l'un des sites universitaires, les plus importants de France. En 2012-2013, l'université de Grenoble compte 54 253 étudiants inscrits, dont 59,7 % en année 1, 2 ou 3 d'une licence (avec 10 576 premières inscriptions).

La base de données produite par l'enquête comprend au final 2 300 questionnaires.

4.5.1.1. Les résultats de l'enquête

Parmi l'ensemble des répondants, 84,7 % ont une complémentaire santé et parmi ceux-ci 56,9 % l'ont à titre personnel.

À l'inverse, 15,3 % (353 sur 2 300) n'ont pas de complémentaire santé. Parmi ceux-ci, 22,1 % (78 sur 353) pourraient probablement bénéficier de la CMU-C comme ouvrants droit dans la mesure où ils semblent remplir l'ensemble des conditions d'éligibilité.

Ce ne sont cependant pas les seuls étudiants à pouvoir bénéficier de la CMU-C, puisque ce peut être aussi le cas de 4,6% des étudiants qui disposent d'une complémentaire santé à titre personnel et de 4,5% de ceux qui en ont une en tant qu'ayant droit.

Plus de la moitié des étudiants éligibles à la CMU-C sont sans complémentaire santé au moment de l'enquête (53,8%) et plus du tiers en ont une à titre personnel.

Tableau 65 – Répartition des étudiants éligibles à la CMU-C

	Effectifs	Pourcentage
Sans complémentaire santé	78	53,8%
Sans complémentaire santé dont les parents/conjoint ont la CMU-C	2	1,4%
Avec complémentaire santé à titre personnel	50	34,5%
Avec complémentaire santé qui n'est pas à titre personnel	15	10,3%
Total	145	100,0%

Source : Odenore

Les raisons de l'absence d'une complémentaire santé sont diverses. Même si l'explication financière vient en tête (40,9 % des raisons sont de cette nature), on peut noter que bon nombre d'étudiants ont des difficultés à procéder à une éventuelle demande, par ignorance de ce qu'est une complémentaire santé ou pour d'autres motifs.

Tableau 66 – Raisons de l'absence de complémentaire santé

Absence de complémentaire santé dès la 1ère inscription à l'université	
Oui	55,5%
Non	25,0%
Ne sait pas	19,5%
Raison de l'absence de complémentaire santé	
Pas d'intérêt pour la question	2,9%
Pas d'utilité, car jamais malade	10,7%
Pas d'utilité, car mal remboursé	6,1%
Pas les moyens financiers	21,4%
Autres priorités financières	13,5%
Ne sait pas ce qu'est une complémentaire santé	18,7%
Ne sait pas où s'adresser	6,6%
Démarches trop compliquées	6,6%
Autres	13,5%

Source : Odenore

4.5.1.2. Les autres enseignements

A. La précarité des étudiants

L'enquête a permis d'appliquer un indicateur de la précarité étudiante reposant sur cinq variables : l'état de santé perçu, un sentiment de solitude, ne pas manger à sa faim, renoncer à des achats de première nécessité et le reste pour vivre.

Il permet d'observer que seuls 16,3 % des étudiants ne sont pas précaires. En revanche, 37,5 % d'entre eux présentent des facteurs de fragilité sociale (économique et relationnelle), tandis que 23,5 % et 22,7 % sont précaires ou très précaires. Autrement dit, plus de 4 étudiants sur 5 auraient un ou plusieurs facteurs d'exposition à la précarité telle que mesurée par cet indicateur.

Figure 32– Répartition de la précarité chez les étudiants

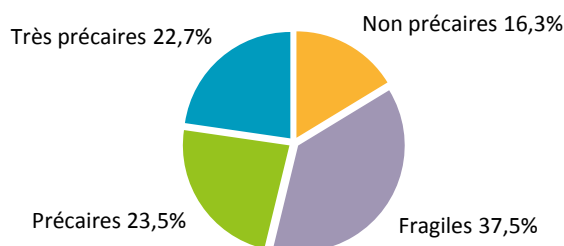


Tableau 67– Comparaison des quatre sous-populations selon l'indicateur de précarité étudiante (PRECAet)³⁰

		Avec complémentaire santé		Sans complémentaire santé		Total
		Non éligibles à la CMU-C	Éligibles à la CMU-C	Non éligibles à la CMU-C	Éligibles à la CMU-C	
Etat de santé perçu	Mauvais	3,8%	4,6%	6,7%	13,8%	4,5%
	Bon	43,8%	49,2%	43,3%	55,0%	44,3%
	Très bon	39,9%	30,8%	36,3%	20,0%	38,5%
	Excellent	12,5%	15,4%	13,7%	11,3%	12,7%
Sentiment de solitude	Non	64,1%	47,7%	59,3%	40,0%	62,3%
	Oui	35,9%	52,3%	40,7%	60,0%	37,7%
Ne pas manger à sa faim	Non	89,5%	78,5%	84,2%	60,0%	87,6%
	Oui	10,5%	21,5%	15,8%	40,0%	12,4%
Renoncer à des achats de première nécessité	Non	69,3%	43,1%	57,5%	30,0%	65,8%
	Oui	30,7%	56,9%	42,5%	70,0%	34,2%
Reste pour vivre	0 à 99 €	30,2%	49,2%	37,4%	55,7%	32,6%
	100 à 199 €	28,8%	21,5%	26,7%	21,5%	28,1%
	200 € ou +	41,0%	29,2%	35,9%	22,8%	39,3%

Source : Odenore

■ La corrélation entre précarité et pauvreté

Les étudiants éligibles à la CMU-C, qu'ils aient ou non une complémentaire santé, sont ceux présentant le plus de critères de précarité. En effet, ils sont plus nombreux à exprimer un sentiment de solitude, à ne pas manger à leur faim et à renoncer à des achats de première nécessité, ce qui peut notamment s'expliquer par le fait qu'ils soient les plus nombreux à avoir un reste pour vivre situé entre 0 et 99 €. L'éligibilité à la CMU-C étant corrélée aux indicateurs de pauvreté, l'étude rappelle la corrélation entre pauvreté et précarité.

■ L'état de santé perçu

Les étudiants éligibles à la CMU-C et ayant effectivement une complémentaire santé sont moins nombreux que les étudiants sans complémentaire santé (qu'ils soient ou non éligibles à la CMU-C) à se percevoir en mauvais état de santé. La détention d'une complémentaire santé apparaît donc avoir un impact sur la perception même de l'état de santé des étudiants.

³⁰ L'indicateur PRECAet a été déposé à l'INPI. Son auteur est Benjamin Vial, doctorant à L'institut d'Etudes Politiques de Grenoble. Vial B., 2011, « Indicateur de la précarité étudiante. Construction et test : le recours au tutorat », ODENORE, Working Paper n°6, février 2011 : http://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp6_0.pdf

B. Le renoncement aux soins des étudiants et ses raisons

Un lien statistique apparaît entre l'absence de complémentaire santé, malgré l'éligibilité à la CMU-C, et le renoncement à des soins au cours des douze derniers mois.

62,6 % des étudiants sans complémentaire, et pourtant éligibles à la CMU-C, déclarent avoir renoncé une fois ou

plusieurs fois à des soins au cours de l'année écoulée, contre 28,3 % des étudiants avec une complémentaire et non éligibles à la CMU-C.

Chez les étudiants sans complémentaire et pourtant éligibles à la CMU-C dans 70 % des cas, le renoncement est d'ordre financier, contre 39,9 % chez les étudiants avec une complémentaire et non éligibles à la CMU-C.

Tableau 68 – Comparaison des quatre sous-populations selon le renoncement à des soins et ses raisons

		Avec complémentaire santé		Sans complémentaire santé		Total
		Non éligibles à la CMU-C	Éligibles à la CMU-C	Non éligibles à la CMU-C	Éligibles à la CMU-C	
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	Jamais	71,7%	47,7%	55,6%	37,5%	67,9%
	1 fois	16,0%	21,5%	23,7%	26,3%	17,4%
	Plusieurs fois	12,3%	30,8%	20,7%	36,2%	14,7%
Raisons du renoncement	Délais trop longs	9,4%	0,1%	5,1%	4,0%	7,9%
	Ne connaît pas de médecin	3,2%	2,9%	3,4%	2,0%	3,1%
	Manque d'argent	39,9%	52,9%	45,3%	70,0%	43,4%
	Attente guérison sans soins	16,6%	11,8%	18,8%	16,0%	16,7%
	Peur (diagnostic/médecins)	2,3%	5,9%	2,6%	0,0%	2,3%
	Manque de temps	24,3%	23,5%	20,5%	6,0%	22,4%
	Autre	4,3%	2,9%	4,3%	2,0%	4,2%

Source : Odenore

4.5.2. L'accès à la complémentaire santé des personnes en situation de handicap³¹

Par une lettre du 11 mars 2014, François Chérèque et Christine Abrossimov, membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, se sont vus confier par le Premier ministre une mission sur l'évaluation des difficultés rencontrées par les personnes handicapées qui se trouvent en situation de précarité³². Dans le cadre du groupe de travail qu'ils animaient pour cette mission, le Fonds CMU a mené une étude avec trois caisses primaires d'assurance maladie aux profils de populations différents (Bordeaux, 33, Hainaut, 59 et Nanterre, 92).

L'étude porte sur un échantillon de 2,2 millions d'assurés, issus de trois caisses primaires d'assurance maladie aux profils de populations différents, dont 6 % ont un statut lié au handicap du point de vue de l'assurance maladie.

Sur l'ensemble des personnes en situation de handicap, les deux tiers relèvent d'une affection longue durée (ALD) contre moins de 20 % pour la population générale.

Les bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) représentent le tiers des 138 000 assurés identifiés en situation de handicap, et 90 % d'entre eux sont âgés de 16 à 59 ans. Les bénéficiaires de l'AAH sont ceux qui ont le plus recours à la CMU-C (11 %) et à l'ACS (5 %), ce qui est supérieur aux taux connus pour les autres statuts liés au handicap.

4.5.2.1. Situation des personnes en situation de handicap vis-à-vis de la complémentaire santé

Dans le cadre de l'échantillon, il apparaît que les personnes en situation de handicap sont le plus souvent

³¹ L'étude est disponible sur www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php

³² « Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources » IGAS – Rapport n°2014-048R – Novembre 2014.

couvertes par une complémentaire santé (CMU-C ou complémentaire santé avec ou sans ACS), 76,7 % versus 75,3 % pour les personnes non handicapées.

Les personnes en situation de handicap, lorsqu'elles souffrent d'une ALD, sont moins couvertes par une complémentaire santé (CMU-C et complémentaire maladie avec ou sans ACS) que les personnes non handicapées (5 points en moins handicap vs non handicap) mais, lorsqu'elles ne relèvent pas de l'ALD, elles sont un peu plus souvent couvertes par une complémentaire santé, (1 point d'écart handicap vs non handicap). Dans le détail par tranche d'âge, cette différence est infime pour les 16 – 39 ans, de 3 points pour les 40 – 59 ans et de 7 points pour les plus de 60 ans.

De fait, on constate une baisse du taux de couverture par une complémentaire maladie chez les plus de 60 ans en situation de handicap (avec ou sans ALD), là où il atteint son maximum chez les personnes non handicapées.

L'observation des parcours vis-à-vis de la CMU-C et de l'ACS indique que les bénéficiaires de l'AAH se démarquent nettement par rapport aux autres régimes d'assurance maladie liés au handicap et par rapport aux autres assurés.

Le recours constaté à la CMU-C pour les bénéficiaires de l'AAH est de l'ordre de 11 %. Compte tenu du fait que le montant de l'AAH, pour une personne seule, est supérieur au plafond de la CMU-C, il s'agit donc, pour les cas concernés par la CMU-C, d'assurés vivant au sein de foyers dont le total des revenus est inférieur au plafond ou des cas d'ACS minorée, notamment en cas d'hospitalisation longue ou dans de placement dans une maison d'accueil spécialisée (MAS).

Pour l'ACS, le taux des bénéficiaires de l'AAH est de presque 5 %. Cette proportion est de loin la plus importante, surtout vis-à-vis de la population non concernée par le handicap, ce qui confirme que l'AAH est corrélée avec la pauvreté.

Pour les catégories d'assurés en situation de handicap, hors AAH, le recours à la CMU-C est inférieur au recours de la population générale. Pour ces catégories, le non recours à l'ACS devra être étudié de plus près, compte tenu des fortes présomptions de précarité.

4.5.2.2. La consommation de soins

Pour les personnes en situation de handicap, le poste le plus élevé est celui des médicaments, 868 €, suivi des

transports, 712 €, et des honoraires d'auxiliaires médicaux, 625 €. La LPP est le quatrième poste en termes de coût moyen par consommant, avec 486 €.

Ce sont pour ces quatre postes que les ratios handicap/non handicap sont les plus élevés : 3,2 pour les médicaments, 1,7 pour les transports, 2,3 pour les honoraires d'auxiliaires médicaux, 3,2 pour la LPP.

Pour ces quatre principaux postes, les ratios handicap/non handicap en termes de coûts moyens sont essentiellement liés aux nombres d'actes par consommant du poste.

Pour les médicaments le coût moyen par acte (boîte de médicament) est de 13 € pour les personnes en situation de handicap, versus 11 € pour les non handicapés, mais c'est bien le nombre d'actes qui fait la différence : 67, versus 25. Pour la LPP, on obtient un coût moyen par acte (produit) de 24 €, versus 21 € pour les non handicapés, mais également avec un rapport de 20 produits en moyenne pour les personnes en situation de handicap pour 7,5 contre les non handicapés.

Pour les postes transports et auxiliaires médicaux, le coût des actes est un peu inférieur pour les personnes en situation de handicap : transports 52 € versus 56 €, auxiliaires médicaux, 10 € versus 11 €, mais avec une fréquence, pour les auxiliaires de médicaux de 64 actes versus 25 et pour les transports de 14 actes versus 8.

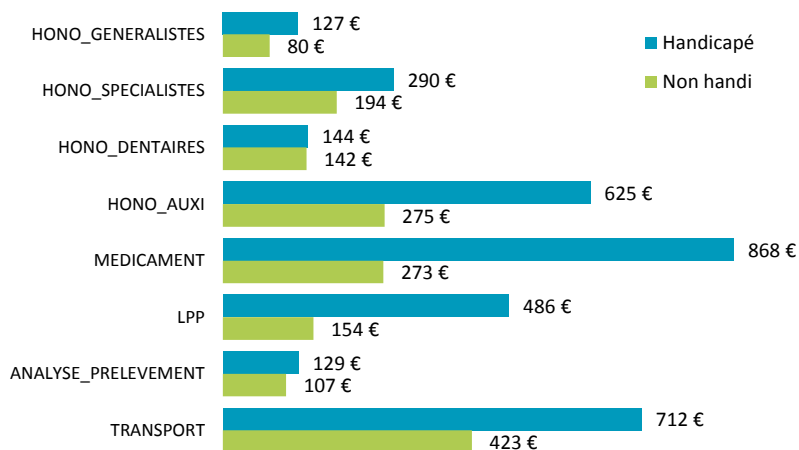
Avec 52 € pour une personne handicapée, le coût moyen d'un acte de transport est plus coûteux que celui d'un soin de spécialiste qui est de 45 €, mais il ne concerne, pour rappel, que 18,5 % des consommateurs pour 58,9 % pour les spécialistes.

Pour les généralistes, le nombre de soins est supérieur pour les personnes en situation de handicap (5,3 versus 3,3) mais avec un même coût moyen par soin de 24 €.

Enfin, les personnes en situation de handicap se situent globalement au même niveau que les personnes non handicapées pour les soins dentaires, tant en nombre qu'en termes de coût des soins.

Sur la base des tarifs de responsabilité, la dépense de ville moyenne par consommant est de 3,4 fois supérieure à celle d'une personne non handicapée. Toutefois, les différentes approches mettent en avant de fortes variations de la consommation selon la situation vis-à-vis du handicap, mais aussi selon les tranches d'âges, avec dans certains cas des transferts conséquents d'un poste à l'autre de dépense. Ceci illustre que le système de solidarité fonctionne d'autant mieux qu'il couvre l'ensemble de la population, de manière mutualisée, sans segmentation par forme de besoins.

Figure 33 – Coût moyen par consommant, par prestation de ville, et par situation par rapport au handicap, vis-à-vis de l'assurance maladie, 1^{er} semestre 2013



4.5.3. Études de l'EN3S

Le Fonds CMU s'associe régulièrement à l'École nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) dans la réalisation d'études menées par les étudiants.

En 2014, le Fonds CMU a collaboré avec la 53^{ème} promotion à la réalisation de deux études, la première proposée et dirigée par le Fonds avait pour sujet l'amélioration du recours à l'ACS; la seconde pour laquelle le Fonds a été interrogé concernait le développement du guichet unique.

4.5.3.1. Améliorer le recours à l'ACS : une approche par caisse pour mieux comprendre les évolutions locales et mutualiser les bonnes pratiques³³

Cette recherche-action, menée en 2014, vise 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 au regard de la forte disparité de leurs résultats et contribuer à leur mutualisation.

Elle tente également de répondre à plusieurs interrogations, peu explorées à ce jour, sur l'impact des pratiques locales en testant les hypothèses suivantes :

- les caractéristiques de la population et des départements ne déterminent pas un bon taux de recours à l'ACS ;

- les axes d'amélioration du taux de recours à l'ACS relèvent d'un changement de posture de service public traduit dans certaines pratiques locales ;
- les pratiques locales dépassent la simple information écrite pour adopter une démarche de prospection et d'explication : repérage, accompagnement, ciblage de populations spécifiques, partenariat, organisation ; ces dispositifs sont en partie transposables par une diffusion des bonnes pratiques locales.

■ La méthodologie se décline sur plusieurs axes :

- une analyse bibliographique relative au non-recours et/ou à l'accès aux droits ainsi qu'aux études portant sur les expérimentations locales ;
- une analyse statistique des données recueillies par le Fonds CMU ;
- une première observation exploratoire en CPAM de Paris et une analyse des rapports d'activité des CPAM pour identifier les processus de traitement de l'ACS ;
- une enquête approfondie auprès de 5 CPAM ciblées du régime général sur leurs résultats 2012 (Pyrénées Orientales, Vaucluse, Rouen-Elbeuf-Dieppe, Hainaut, Bouches-du-Rhône) ;
- des entretiens complémentaires auprès d'organismes complémentaires.

Le ciblage des caisses locales à enquêter a été effectué à partir de deux techniques combinées :

³³ Le rapport sera prochainement disponible sur le site www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php

- l'analyse statistique pour dégager un profil type des caisses obtenant un meilleur taux de recours à l'ACS : repérer les CPAM avec un bon taux de recours ACS, et celles qui ont affiché des évolutions positives importantes ou inhabituelles entre 2011 et 2012 ;
- un questionnaire diffusé à l'ensemble des CPAM pour repérer les bonnes pratiques locales et investiguer une diversité de situations.

Un élément atypique a justifié une enquête terrain : aucune caisse parmi celles connaissant les plus fortes améliorations du taux de recours, ne semble avoir mis en place d'actions particulières entre 2011 et 2012 qui expliqueraient pour partie la variation du nombre de bénéficiaires ACS entre ces deux années.

■ Les résultats de la recherche font apparaître :

- qu'il existe une corrélation positive entre le taux de pauvreté de la population du département et l'ouverture de droits à l'ACS ;
- que pour autant, il existe un effet d'écrasement des minima sociaux sur le taux d'ouverture de droits à l'ACS : plus le niveau de bénéficiaires de minima sociaux est élevé dans le département, moins le niveau de recours à l'ACS sera important ;
- que les bons résultats de certaines caisses ne dépendent pas de facteurs externes mais plutôt d'autres facteurs tels que des facteurs organisationnels ou politiques ;
- qu'*a contrario*, le fait de faire partie des caisses à résultats plus faibles semble assez déterminé par le contexte socio-économique du département (population totale du département, taux de pauvreté)

■ À partir de ces analyses, l'étude dresse le profil des départements ayant de bons résultats en termes d'accès à l'ACS :

- un département dont le taux de pauvreté est important, mais dont le taux de bénéficiaires de minima sociaux est modéré ;
- un département moyennement peuplé et à fortes inégalités de revenus ;
- un département dont les acteurs sociaux ont fait de l'accès aux droits une priorité.

■ Au vu des résultats de la recherche, six recommandations sont formulées, elles visent à :

- simplifier pour faciliter la lisibilité et l'accès au droit ;
- expliquer pour repérer et accompagner les non-recourants éloignés des circuits d'accès aux droits ;

- mutualiser le risque pour accompagner les non-recourants vers des couvertures santé complémentaires de qualité en sélectionnant un nombre limité d'offres ;
- outiller la relation client pour faciliter le repérage des bénéficiaires potentiels et optimiser les ressources des CPAM en permettant l'examen du dossier et l'octroi de l'ACS à l'accueil ;
- communiquer pour accroître la notoriété de l'ACS par des relais efficaces, en privilégiant l'information de proximité et la valorisation des bonnes pratiques ;
- piloter le dispositif par la connaissance et la territorialisation pour affiner la connaissance du dispositif et amplifier les démarches PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions, des Ruptures), par une meilleure coordination des acteurs, des démarches et analyse des besoins des territoires.

4.5.3.2. Le guichet unique, voie d'avenir pour les organismes de sécurité sociale³⁴

Dans le contexte de la simplification des procédures administratives impulsée par le Comité Interministériel de Modernisation de l'Action Publique, des étudiants de la 53^{ème} promotion de l'EN3S se sont intéressés au guichet unique.

Le guichet unique se définit comme un « lieu réel ou virtuel, permettant de centraliser le dossier, les droits et obligations d'un usager ou d'une structure, dans une optique d'efficience et d'efficacité du service rendu ».

Dans cette recherche-action, les étudiants formulent des hypothèses et des propositions pour favoriser le développement de guichets uniques dans quatre thématiques : la retraite, l'autonomie, l'inclusion sociale-précarité, la petite enfance.

S'agissant de l'inclusion sociale et de la précarité, deux propositions sont formulées.

La première consiste en la mise en place d'un guichet unifié des droits dans lequel la prise en charge serait globalisée grâce à une unicité du point d'entrée et de la responsabilité de la prise en charge. Une information complète serait communiquée à la personne lors de la prise de contact de ce dernier par un interlocuteur unique.

La seconde proposition consiste en l'établissement d'un dossier social personnalisé géré par un travailleur social référent. Ainsi, chaque usager disposerait d'un dossier

³⁴ Le rapport sera prochainement disponible sur www.cmu.fr/autres_publications.php

social personnalisé contenant l'ensemble des informations détenues par les organismes à son égard, dans un objectif de transparence des droits.

4.5.4. Le rapport de l'UNCCAS

Le Fonds CMU et l'UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale) se sont associés dans l'élaboration d'une enquête menée auprès de plusieurs CCAS (centres communaux d'action sociale) et CIAS (centres intercommunaux d'action sociale), afin d'obtenir des éléments concernant les aides relatives aux besoins de santé octroyées par ces organismes, ainsi que leurs actions en matière d'accès aux soins.

L'enquête a été lancée en septembre 2013, elle a été conçue en deux volets envoyés à deux groupes de CCAS différents :

- un questionnaire sur les différentes modalités d'implication des CCAS et des CIAS dans les actions visant à favoriser l'accès aux soins : 500 CCAS ont retourné le questionnaire ;
- un questionnaire relatif aux caractéristiques des demandeurs d'une aide financière pour l'accès aux soins : 144 retours ont été obtenus.

Les résultats laissent apparaître que 59 % des CCAS engagés dans le domaine de l'accès à la santé déclarent attribuer des aides financières. Parmi eux, 73 % des CCAS

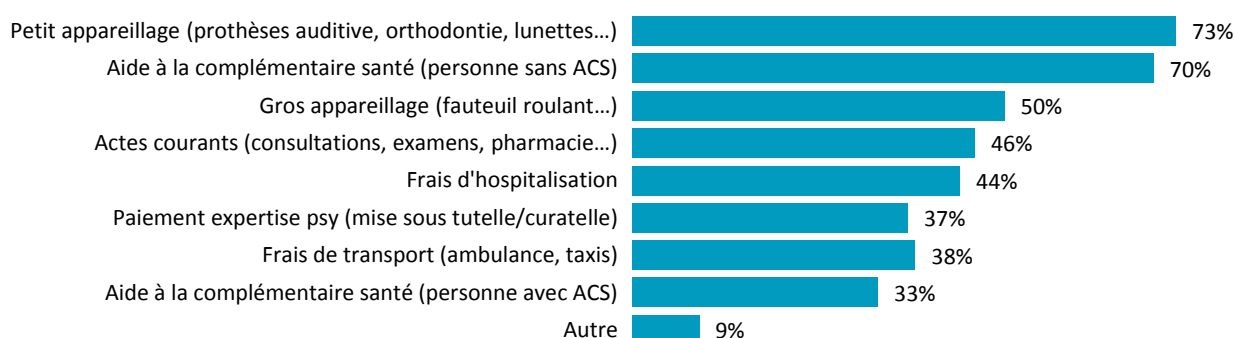
attribuent des aides liées à l'achat de petits appareils (prothèses auditives, orthodontie, lunettes). Ils sont 70 % à octroyer des aides visant au financement d'une complémentaire santé (pour des personnes ne bénéficiant pas de l'ACS).

68 % des personnes sollicitant une aide financière pour l'accès aux soins auprès des CCAS sont des femmes, 42 % de ces personnes sont retraitées. La moitié des demandeurs a des ressources mensuelles comprises entre 500 et 1000 €.

57 % des CCAS investis dans le champ de la santé déclarent mettre en place des actions spécifiques en la matière.

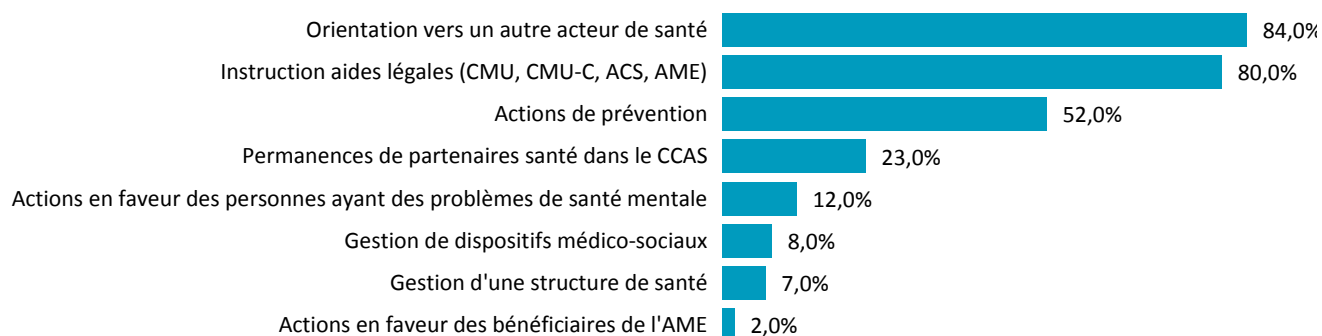
Les actions les plus fréquentes sont : l'orientation vers un autre acteur de santé, les actions d'information, l'instruction des demandes d'aides légales, les actions de prévention sont mentionnées par plus de la moitié des répondants.

Figure 34– Les aides financières accordées par les CCAS en matière d'accès aux soins et à la santé



Source : UNCCAS

Figure 35 – Les actions spécifiques pour l'accès aux soins et à la santé



Source : UNCCAS

■ La préinstruction des aides légales

8 CCAS sur 10 impliqués dans une action d'accès aux soins instruisent des demandes d'aides légales concernant la santé. L'aide légale la plus fréquemment instruite par les CCAS est la CMU de base (citée par 96 % par les CCAS effectuant des instructions d'aides légales), suivie de près par la CMU-C (92 %), l'ACS est mentionnée par trois quarts des répondants (75 %), et l'AME par un tiers (37 %). En outre, les trois-quarts des CCAS disent instruire ces demandes d'aide légale depuis plus de 5 ans. Si 43 % des CCAS estiment que la charge de travail liée à l'instruction des demandes d'aides légales est moyenne,

14 % la jugent importante (on ne constate pas de différence notable selon les territoires considérés).

Cette forte proportion de CCAS instructeurs, ajoutée aux liens entretenus avec leurs partenaires, témoignent de la place essentielle des CCAS, en tant que relais de recours aux aides légales sur l'ensemble du territoire.

Une convention signée entre le Fonds CMU et l'UNCCAS a précisément pour objectif de mener des actions de sensibilisation auprès des CCAS afin de favoriser leur implication dans la préinstruction des aides légales. Les actions ont notamment consisté à réaliser des fiches explicatives sur les dispositifs et à rédiger un article pour la revue Actes.

Encadré 11 – Le bilan du partenariat entre le CCAS d'Aubervilliers et la CPAM de Bobigny

Le 25 septembre 2013, une convention a été signée entre le Fonds CMU, la CPAM de Bobigny et le CCAS d'Aubervilliers afin de suivre, au niveau local, la déclinaison du protocole d'accord signé entre l'UNCCAS et la CNAMTS le 30 avril 2013.

L'un des axes majeurs de ce partenariat est la préinstruction des demandes de CMU-C/ACS.

Plusieurs actions étaient prévues dans le cadre de ce partenariat : formations sur la réglementation, appropriation des outils de préinstruction etc.

La Maison des Pratiques, du Bien-être et de la Santé d'Aubervilliers a été également associée à la démarche.

Une formation a été dispensée par la CPAM aux personnels du CCAS et de la Maison des Pratiques (responsables des institutions, conseillère en économie sociale et familiale, écrivains publics etc.).

■ **Gestion du partenariat**

Des référents ont été désignés au sein de chacune des institutions.

Les dossiers complétés sont déposés par le CCAS et la Maison des Pratiques à une fréquence bimensuelle.

Des outils ont été présentés par la CPAM aux deux partenaires, ils ont pour objectif de les aider à compléter les dossiers, de faciliter les échanges et la communication sur les dispositifs : guides d'entretien, supports de transmission des dossiers, dépliants sur les dispositifs etc.

■ **Modalités d'accompagnement du public**

Le CCAS d'Aubervilliers procède systématiquement à la préinstruction de la CMU-C dans le cadre de la préinstruction des demandes de RSA socle, via l'outil @RSA. Pour les autres usagers, la préinstruction de la demande de CMU-C se fait si l'utilisateur en exprime le besoin.

La Maison des Pratiques sensibilise son public à l'ouverture des droits à la CMU-C et à l'ACS. Une analyse succincte de la situation de l'utilisateur est réalisée afin d'identifier le besoin en termes d'accès aux droits.

■ **Bilan quantitatif**

Entre janvier et novembre 2014, 601 dossiers ont été transmis par le CCAS à la CPAM :

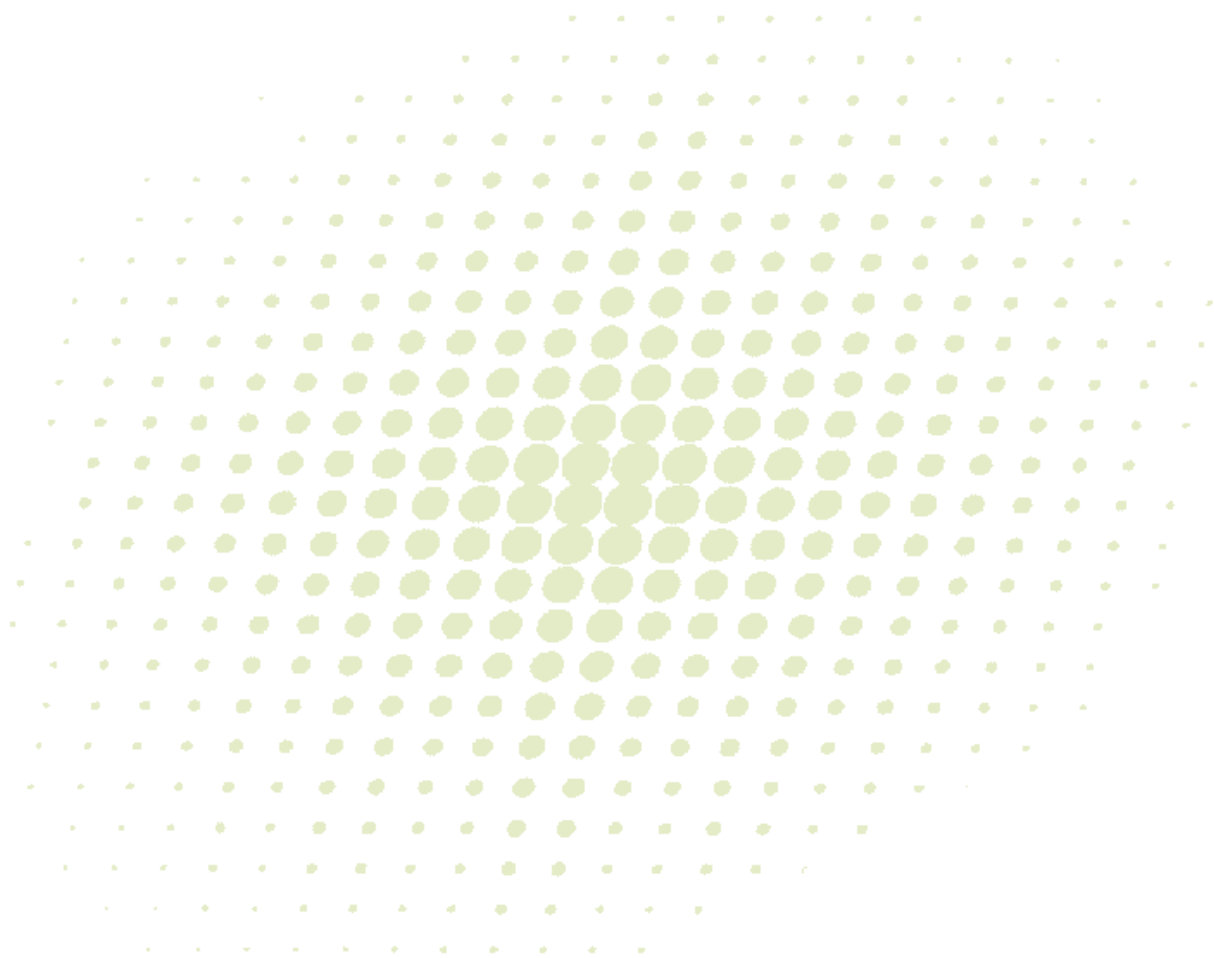
- 307 dossiers concernent la CMU-C/ACS (157 transmis par le CCAS et 150 par la Maison des Pratiques) ;
- Pour 18 % des dossiers des pièces justificatives ont été réclamées ;
- Près de 50 % des dossiers ont abouti à un accord.

Des échanges avec les référents sont prévus, afin de faire diminuer le taux des dossiers incomplets.

Glossaire

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide pour 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
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
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
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

RAC	Reste à charge
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SLM	Section locale mutualiste
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 pour 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 reconnu auprès de l'ensemble des partenaires sur tous les sujets en rapport avec l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de pauvreté.

Par ailleurs, le Fonds CMU, qui suit et analyse l'évolution du chiffre d'affaires des OC, et mène des études précises sur la qualité des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS, est considéré par tous les acteurs du monde de la santé comme « l'Observatoire des complémentaires santé ».

Pour mener à bien ses différentes missions, l'équipe du Fonds CMU est constituée de 10,1 personnes : un directeur, un directeur adjoint, un agent comptable en adjonction de service (0,1), un fondé de pouvoir de l'agent comptable, une comptable, quatre conseillers techniques et trois assistantes (dont une à mi-temps et 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 Paris-Région parisienne ;
- 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.

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, ODEORE, organismes complémentaires, caisses d'assurance maladie, universitaires, sociologues...).

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 biannuelle 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	Le suivi statistique	L'élaboration de rapports et d'études	La gestion de la liste des OC gérant la CMU-C
La taxe de solidarité additionnelle	Le recueil des données		
La taxe tabac	L'alimentation des bases de données		
	La diffusion des données		
Le contrôle des dépenses	Le suivi financier	Le recueil des remontées du terrain	La communication et l'information des usagers et des partenaires
La dépense de CMU-C			
La dépense d'ACS			

ANNEXE 2. PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS

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 maximum fixés par l'assurance maladie (cette prestation ne fait pas l'objet d'un suivi par le Fonds CMU).

La CMU de base³⁵

Définition de la CMU de base

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, qui ne peut s'ouvrir des droits à l'assurance maladie à un autre titre, de bénéficier des prestations en nature du régime général dans les mêmes conditions que les autres assurés. Le bénéficiaire paie directement ses dépenses de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux...) et l'Assurance Maladie lui rembourse la part obligatoire.

La part complémentaire, le forfait journalier, la participation forfaitaire et les franchises médicales restent à sa charge.

Les conditions d'accès

■ 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.)³⁶. 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'étranger³⁷.

Lors du renouvellement de la CMU de base, 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)³⁸.

Un contrôle annuel de la résidence est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

■ Ne pas avoir droit à l'assurance maladie

La CMU de base intervient de façon subsidiaire, seules sont concernées les personnes ne pouvant bénéficier de l'assurance maladie à un autre titre : par le biais d'un

³⁵ Article L.380-1 du code de la sécurité sociale.

³⁶ 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)

³⁷ Article R.380-1 du code de la sécurité sociale.

³⁸ Article R.115-6 du code de la sécurité sociale.

maintien de droits, en tant qu'ayant-droit d'un assuré, au titre d'un autre régime³⁹

La cotisation

En fonction des revenus, l'intéressé peut être redevable d'une cotisation. Le revenu pris en compte est le revenu fiscal de référence de l'avant-dernière année civile. Au-delà de 9 610 € (plafond fixé pour la période allant du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015) la cotisation due s'élève à 8 %. Elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 610 €⁴⁰.

La CMU de base est gratuite pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'ACS⁴¹.

Un contrôle annuel des ressources est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

Concernant les dispositions applicables aux travailleurs frontaliers occupés en suisse cf. Encadré n°5 « L'affiliation des travailleurs frontaliers occupés en Suisse »

La CMU complémentaire (CMU-C)

Définition de la CMU-C

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux...) 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 maladie⁴².

De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient⁴³.

Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Toutefois, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non-respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires⁴⁴.

Conditions d'accès

L'attribution de la CMU-C est soumise à plusieurs conditions :

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la CMU de base

- Avoir des ressources inférieures à un plafond⁴⁵.

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 foyer⁴⁶.

Au 1^{er} juillet 2014, 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.⁴⁷

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 placés⁴⁸.

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 61,67 €)⁴⁹.

Le RSA, 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 compte⁵⁰.

³⁹ Article L.380-1 du code de la sécurité sociale.

⁴⁰ Article L.380-2 et D.380-3 du code de la sécurité sociale.

⁴¹ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

⁴² 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.

⁴³ Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale.

⁴⁴ Article L.322-4 du code de la sécurité sociale.

⁴⁵ Article L.322-4 du code de la sécurité sociale.

⁴⁶ Article D.861-1 du code de la sécurité sociale.

Article R.861-3 du code de la sécurité sociale.

⁴⁷ Les dispositifs de la CMU-B, CMU-C et ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

⁴⁸ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

⁴⁹ Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

⁵⁰ Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

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 sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle⁵¹.

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 complémentaire⁵².

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 € par an en 2014, 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 soins⁵³.

Le contrat de sortie peut être cumulé avec l'aide pour une complémentaire santé (ACS). Néanmoins, compte tenu de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif de l'ACS, les contrats de sortie CMU-C souscrits à compter du 1^{er} juillet 2015 ne pourront plus être financés grâce à l'ACS. En effet à compter de cette date, l'ACS est réservée aux contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence.

Par conséquent, le bénéficiaire sortant du dispositif de la CMU-C se voyant attribuer l'ACS pourra choisir soit de conserver son droit au contrat de sortie CMU-C mais sans bénéficier de la déduction ACS, soit d'utiliser sa déduction ACS sur un contrat sélectionné éligible à l'ACS et renoncer au contrat de sortie CMU-C.

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 droit⁵⁴.

Comme en matière de CMU de base, lors du renouvellement des droits CMU-C, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où les personnes habitent normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile).

Le bénéfice de la CMU-C peut ouvrir droit aux tarifs sociaux⁵⁵ de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

L'aide pour 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 (contrat en cours ou nouvellement souscrit).

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 annuelle⁵⁶.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, en vertu d'un accord signé entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux, les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé et leurs ayants-droit, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, ont droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. Ce droit au tiers payant est valable 18 mois à compter de la remise de l'attestation de droit à l'ACS, que le bénéficiaire ait ou non souscrit une complémentaire santé.

Ce dispositif a été renforcé par l'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable

⁵¹ Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

⁵² Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

⁵³ 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.

⁵⁴ Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

⁵⁵ 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.

⁵⁶ Article L.863-1 du code de la sécurité sociale.

aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, et plus récemment conforté par la convention médicale du 26 juillet 2011. Le tiers-payant doit être désormais accordé systématiquement par le médecin aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation correspondante, soit sur la base de l'information mise à disposition via les télé services de l'assurance maladie.

Au-delà du cadre de l'ACS, le tiers-payant peut être octroyé à des personnes se trouvant dans une situation difficile.

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.

Le bénéfice de l'ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l'énergie⁵⁷.

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 de base ;
- 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 2014, 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.

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.⁵⁸

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.

Tous les contrats ne sont pas éligibles à l'ACS. C'est le cas des contrats collectifs obligatoires et des contrats collectifs pour lesquels une participation de l'employeur intervient. En outre, les contrats doivent respecter les règles des contrats dits « responsables » : ils ne doivent pas couvrir la participation forfaitaire, les franchises, etc.⁵⁹

L'aide complémentaire santé est également applicable sur les contrats de sortie CMU-C. Néanmoins, compte tenu de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif de l'ACS, les contrats de sortie CMU-C souscrits à compter du 1^{er} juillet 2015 ne pourront pas bénéficier de l'ACS. En effet à compter de cette date, l'ACS est réservée aux contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence.

Par conséquent, le bénéficiaire sortant du dispositif de la CMU-C se voyant attribuer l'ACS pourra choisir soit de conserver son droit au contrat de sortie CMU-C mais sans bénéficier de la déduction ACS, soit d'utiliser sa déduction ACS sur un contrat sélectionné éligible à l'ACS et renoncer au contrat de sortie CMU-C.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ Article R.863-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁹ Article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

Encadré 12 – L'ACS à compter du 1^{er} juillet 2015

À compter du 1^{er} juillet 2015, le dispositif de l'ACS est réformé.

■ Une offre de complémentaire santé sélectionnée sur des critères de qualité et de prix

Actuellement, les bénéficiaires de l'ACS peuvent utiliser leur aide sur n'importe quel contrat de complémentaire santé dès lors que celui-ci répond aux exigences du contrat responsable. Les rapports annuels réalisés par le Fonds sur le prix et le contenu des contrats ayant bénéficié de l'ACS mettent en lumière une qualité très moyenne des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS et montrent également les difficultés rencontrées dans le choix des contrats.

À compter du 1^{er} juillet 2015, en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'ACS sera réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure a été lancée le 17 décembre 2014, par la publication d'un avis public à la concurrence et devrait conduire à favoriser le recours au dispositif par une amélioration du rapport qualité-prix des contrats souscrits et une meilleure lisibilité de l'offre.

■ La dispense totale d'avance des frais

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 étend le tiers-payant à la part complémentaire à compter du 1^{er} juillet 2015. Les bénéficiaires de l'ACS seront donc dispensés de faire l'avance des frais à compter de cette date pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé.

■ La suppression des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €

L'article 42 de la loi n°2014-1554 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 ACS

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 instaure, à compter du 1^{er} juillet 2015, 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.

ANNEXE 3. ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES 2014

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Loi n° 2013-1203	23/12/2013	24/12/2013	01/01/2014		
De financement de la sécurité sociale pour 2014 article 4 : institue une participation au mode de rémunération du médecin traitant à la charge des OC article 56 : bénéfice de la CMU-C à titre personnel pour les étudiants isolés - augmentation de l'ACS de 500 à 550 € pour les bénéficiaires de 60 ans et plus - procédure de mise en concurrence pour la sélection des contrats éligibles à l'ACS - création d'un contrat de sortie ACS - renforcement des critères de caractérisation des contrats solidaires et responsables - obligation d'informations des OC vis à vis des bénéficiaires de l'ACS article 66 : opposabilité des tarifs des soins thermaux				JORF n° 0298	Parlement
Loi n° 2013-1278	29/12/2013	30/12/2013	01/01/2014		
De finances pour 2014 article 4 : intègre la participation de l'employeur au paiement du contrat collectif obligatoire dans le revenu imposable du salarié et réduit le plafond d'exonération pour l'employeur article 128 : abroge la contribution pour l'aide juridique de 35 €				JORF n° 0303	Parlement
Arrêté	13/02/2014	27/02/2014	01/01/2014		
Fixant pour 2014 le montant du forfait annuel défini au deuxième alinéa du a de l'article L.862-2 du code de la sécurité sociale (montant maximum du forfait de remboursement des dépenses CMU-C fixé à 405 €)				JORF n° 0049	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Arrêté	16/05/2014	03/06/2014	01/01/2014		
Relatif aux prestations mentionnées à l'article L.821-1 du code de l'éducation permettant aux étudiants de bénéficier de la protection complémentaire à titre personnel en application de l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale				JORF n° 0127	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Décision	08/01/2014	15/02/2014	01/01/2014		
Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2014				BO Santé Protection sociale Solidarité n°1	Fonds CMU
Arrêté	16/05/2014	03/06/2014	01/01/2014		
Relatif aux prestations mentionnées à l'article L.821-1 du code de l'éducation permettant aux étudiants de bénéficier de la protection complémentaire à titre personnel en application de l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0127	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	19/12/2013	14/01/2014	15/01/2014		
Fixant le modèle du formulaire "déclaration de la taxe de solidarité additionnelle pour le financement de la CMUC				JORF n°0146	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Circulaire DSS/SD1B/SD2A/SD4C/SD5D n°2014-15	21/01/2014	27/01/2014	28/01/2014		
Relative à la participation des organismes assurant la couverture complémentaire en santé à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale				circulaires.legifrance.gouv.fr	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Loi n°2014-57	27/01/2014	28/01/2014	29/01/2014		
Relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé				JORF n°0023	Parlement

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Circulaire DGCS/SD1B/2014-14	16/01/2014	29/01/2014	30/01/2014		
Relative à la mise en place d'actions visant à améliorer l'accès aux droits sociaux				circulaires.legifrance.gouv.fr	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Loi n°2014-344	17/03/2014	18/03/2014	19/03/2014		
Relative à la consommation (article 64 : codifie la notion de lisibilité des contrats en intégrant un article dans le code des assurances, le code de la sécurité sociale et le code de la mutualité)				JORF n°0065	Parlement
Loi n°2014-1374	18/11/2014	19/11/2014	01/04/2014		
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
Décret n°2014-517	22/05/2014	23/05/2014	24/05/2014		
Relatif aux taux et aux modalités de calcul de la cotisation maladie due par les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence				JORF n°0119	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Arrêté	21/05/2014	23/05/2014	24/05/2014		
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				JORF n°0119	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2014-516	22/05/2014	23/05/2014	01/06/2014		
Relatif aux modalités de liquidation et de recouvrement de la cotisation maladie due par les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence et à diverses dispositions relatives aux soins dispensés hors de France				JORF n°0119	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Circulaire DSS/DACI/5B/2A n° 2014-147	23/05/2014	28/05/2014	01/06/2014		
Relative à l'intégration dans le régime général de sécurité sociale des frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse et à leur accès aux soins				circulaires.legifrance.gouv.fr	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Arrêté	28/05/2014	31/05/2014	01/06/2014		
Modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0125	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2014-782	07/07/2014	09/07/2014	01/07/2014		
Relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé				JORF n° 0157	Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Arrêté	21/05/2014	23/05/2014	01/07/2014		
Modifiant l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié pris pour l'application des articles L. 165-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des équipements d'optique applicables aux bénéficiaires de la couverture complémentaire d'assurance maladie				JORF n°0119	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2014-782	07/07/2014	09/07/2014	01/07/2014		
relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0157	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2014-786	08/07/2014	10/07/2014	11/07/2014		
Relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire				JORF n°0158	Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Loi n°2014-856	31/07/2014	01/08/2014	02/08/2014		
Relative à l'économie sociale et solidaire Article 51 : autorise la coassurance des contrats collectifs obligatoires entre familles d'organismes complémentaires relevant de réglementations différentes				JORF n°0176	Parlement
Loi n°2014-892	08/08/2014	09/08/2014	10/08/2014		
De financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 Article 11: reporte l'entrée en vigueur de la réforme au 1er juillet 2015 et étend le bénéfice de l'ACS aux contrats collectifs facultatifs 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 Article 14 : reporte au 1er avril 2015 la date de mise en oeuvre de la réforme relative aux contrats responsables				JORF n°0183	Parlement
Décret n°2014-1127	03/10/2014	05/10/2014	01/09/2014		
Portant revalorisation du montant forfaitaire du RSA				JORF n°0231	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Décret n°2014-1025	08/09/2014	10/09/2014	11/09/2014		
Relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale				JORF n°0209	Parlement
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 du code de la sécurité sociale				JORF n°0234	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Décret n°2014-1154	08/10/2014	10/10/2014	11/10/2014		
Portant simplification et amélioration des conditions d'accès à la protection complémentaire en matuère de santé				JORF n°0235	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Arrêté	18/02/2014	15/03/2014	18/02/2014		
Portant nomination au Conseil d'administration du Fonds CMU (Madame Géraldine Duverneuil en remplacement de Monsieur Olivier Bachellery)				JORF n°0063	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Arrêté	08/10/2014	06/11/2014	08/10/2014		
Portant nomination au Conseil d'administration du Fonds CMU (Madame Marie-Anne Jacquet en remplacement de Monsieur Jean-Benoît Dujol et renouvellement du mandat de Monsieur Bruno Morin)				JORF n°0257	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 2014, le conseil d'administration du Fonds s'est réuni deux fois.

Le 2 avril, le conseil d'administration a notamment adopté le rapport d'activité et le compte financier du

Fonds pour 2013. Le 14 novembre, il a adopté le budget initial du Fonds CMU pour l'année 2015 ; le Fonds CMU a présenté les nouveaux états sous le format GBCP (décret relatif à la gestion budgétaire et comptable publique), ainsi que la cartographie des risques et le plan d'actions pour l'année 2015.

Membres du Conseil d'administration au 31 décembre 2014

- **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**
 - Pierre Farouilh
 - Aude Valéry
- **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 financier, sanitaire et social.

Le conseil de surveillance du Fonds s'est réuni le 19 juin 2014. Au cours de cette séance, le conseil de surveillance a examiné le rapport d'activité 2013 sur lequel il a émis un avis favorable. Le conseil a ensuite pris connaissance du rapport relatif à l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2013 et

des principaux résultats de l'enquête menée à la demande du Fonds CMU et en collaboration avec l'UNCCAS relative à l'action des CCAS/CIAS dans l'accès aux soins et à la santé. La direction de la sécurité sociale a également présenté un point sur l'état d'avancement de la procédure de mise en concurrence des contrats ACS.

Le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion de l'année le 18 décembre 2014. Une première discussion s'est ouverte sur les principales mesures législatives et réglementaires ayant un impact sur la gestion des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, notamment la refonte du dispositif de l'ACS au 1^{er} juillet 2015. Les dispositions contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 visant à la fusion de la TSA et de la TSCA et à la dématérialisation de la procédure de déclaration et de versement de la taxe ont également été abordées.

Le Fonds a enfin présenté plusieurs études réalisées en 2014 : le rapport sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2012 et 2013, l'étude sur la protection sociale complémentaire des personnes en situation de handicap et de pauvreté et une étude sur l'absence de complémentaire santé des étudiants (réalisée par l'ODE-NORE – l'Observatoire du non recours aux droits et aux services).

Membres du Conseil de surveillance au 31 décembre 2014

■ **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 : Amina Nordman
- Secours catholique : Fabrice Molliex
- UNIOPSS : Bruno Groues
- 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**

- Gérard Pelhate
- Pierre Berthelot

■ **Représentants des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale de la mutualité française**

- Fabrice Henry
- Dominique Joseph
- Josiane Maerten

■ **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**

- Alain Rouché
- Norbert Bontemps

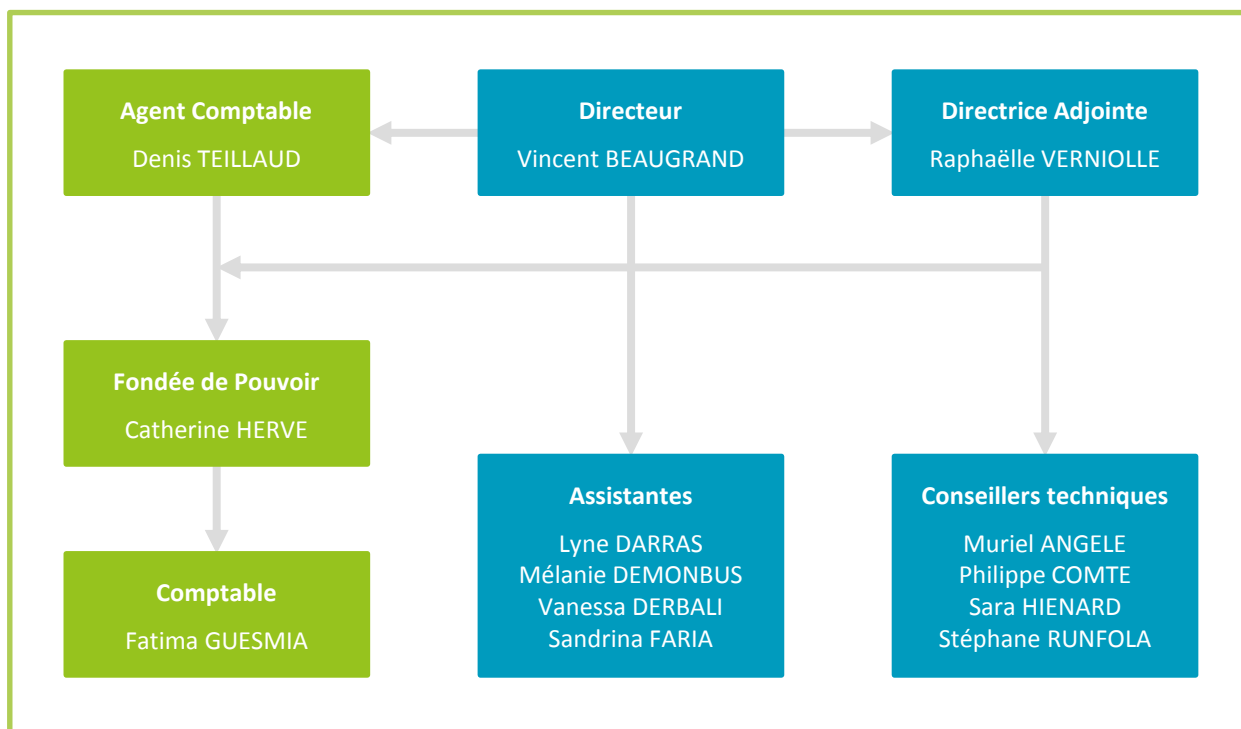
■ **Représentant du groupement des entreprises mutuelles d'assurance**

- Jean-François Pluchet

■ **Représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance**

- Jean-Paul Lacam
- Evelyne Guillet

ANNEXE 6. ORGANIGRAMME DU FONDS CMU

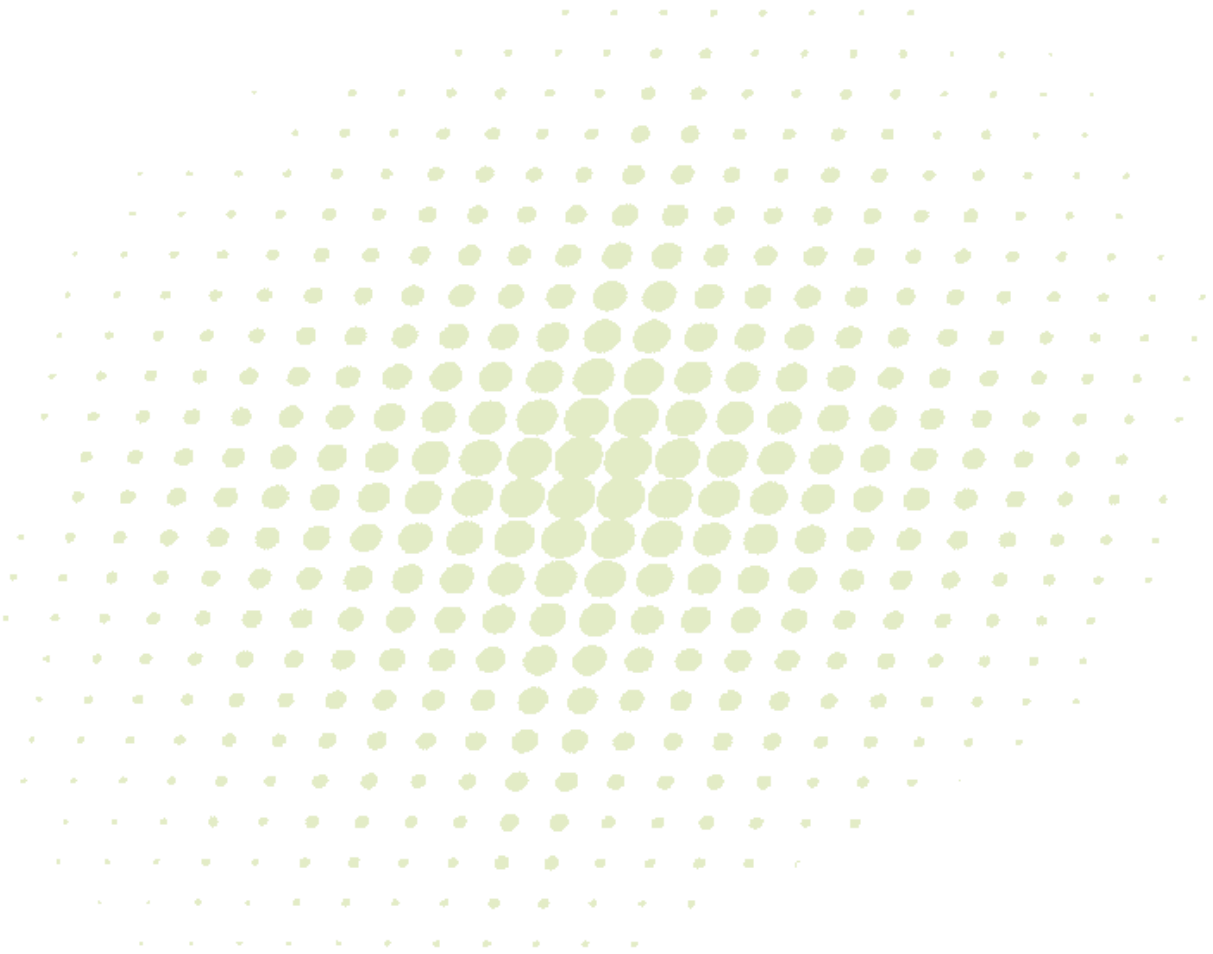


ANNEXE 7. LES 100 PREMIERS ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Type OC	Siren	Nom OC	CP	Assiette totale 2014	Nbre moyen bénéficiaires CMUC	Nbre moyen bénéficiaires ACS
M	538 518 473	Harmonie Mutuelle	75 015	2 241 915 307 €	129 473	99 680
M	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75 015	1 421 957 851 €	11 425	10 297
A	310 499 959	AXA France vie	92 727	1 414 158 393 €	16 528	27 820
IP	784 621 468	BTP prévoyance	75 294	1 203 339 717 €	18 682	18 646
IP	410 005 110	Humanis Prévoyance	75 116	1 135 598 005 €	1 284	632
A	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	92 682	912 365 270 €	212	19 599
IP	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	75 317	869 359 601 €	1 753	777
M	775 685 340	MG - Mutuelle générale	75 634	803 589 737 €	10 059	9 300
IP	333 232 270	AG2R prévoyance	75 680	763 323 739 €	0	1 660
M	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	75 016	684 558 443 €	45 794	40 954
A	602 062 481	Generali vie	75 009	645 388 314 €	0	4 778
A	542 110 291	Allianz IARD	75 113	641 412 403 €	25 116	24 482
M	503 380 081	Mutuelle UNEO	92 120	566 507 060 €	2 228	1 436
M	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	45 213	557 534 567 €	6 713	6 831
M	311 799 878	Mutuelle ADREA	69 003	552 131 661 €	26 073	22 889
A	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67 906	465 777 050 €	18 003	14 728
M	331 542 142	MAAF santé	79 030	451 614 784 €	56 944	32 904
A	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75 015	450 919 395 €	24 503	24 042
A	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	75 423	443 341 737 €	4	6 560
M	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75 311	430 888 054 €	7 382	6 032
A	340 234 962	Allianz Vie	75 002	427 921 213 €	0	0
IP	318 990 736	Uniprévoyance	94 307	420 637 922 €	0	510
A	440 048 882	MMA IARD	72 030	413 461 686 €	13 987	16 381
A	340 427 616	Groupama Gan Vie	75 008	397 433 740 €	338	514
M	779 558 501	MACIF mutualité	79 037	326 256 590 €	18 377	28 756
M	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75 317	325 827 264 €	975	3 384
M	775 627 391	Mutuelle Apreva	59 306	293 827 638 €	14 250	17 027
A	306 522 665	AVIVA assurances	92 271	285 593 468 €	6 869	12 072
M	382 565 745	Primamut	75 680	284 739 183 €	0	5 103
IP	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94 684	283 142 629 €	459	236
IP	397 498 783	Klésia Prévoyance	75 017	247 232 898 €	39	4
M	302 927 553	Mutuelle Micils	69 300	231 423 202 €	1 341	2 559
IP	341 334 795	Réunica prévoyance	92 599	218 694 573 €	177	17
IP	321 862 500	APICIL prévoyance	69 300	211 973 586 €	0	154
M	775 685 365	Mutuelle Intérieure	75 009	211 426 475 €	270	472
M	434 243 085	Mutuelle Ociane	33 054	207 659 516 €	15 773	14 141
A	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	35 012	206 957 054 €	4 837	4 815
IP	384 268 413	Audiens prévoyance	92 177	201 331 905 €	0	112
M	499 982 098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75 481	193 008 248 €	299	386
M	777 927 120	VIASANTE	19 311	189 521 191 €	6 465	10 810
A	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	75 009	182 614 134 €	783	3 577
M	775 671 993	Mutuelle bleue	77 014	179 684 415 €	10 559	12 813
M	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17 034	176 315 194 €	5 975	22 123
A	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	31 131	176 186 832 €	4 208	6 389
A	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69 251	166 774 071 €	5 053	5 222
M	783 711 997	M comme mutuelle	59 000	166 663 946 €	5 146	6 099

Type OC	Siren	Nom OC	CP	Assiette totale 2014	Nbre moyen bénéficiaires CMUC	Nbre moyen bénéficiaires ACS
M	529 168 007	UMC Santé	75 534	157 994 519 €	2 634	3 216
M	775 659 907	Mutuelle mieux-être	75 544	153 568 062 €	572	2 137
M	339 358 681	Mutuelle Humanis Nationale	41 931	152 757 863 €	259	2 206
A	542 063 797	GAN assurances IARD	75 008	152 707 674 €	2 912	4 899
M	784 669 954	Mutuelle SMI	75 374	152 609 613 €	4 389	6 556
A	529 219 040	MUTEX	92 327	151 824 777 €	0	0
M	775 671 894	MGP santé - Mutuelle générale de la police	94 027	148 803 770 €	228	180
M	324 310 614	Groupe SMISO Mutuelle des cadres	75 009	145 206 056 €	475	4 307
A	342 954 690	Legal and général - Risques divers	75 009	145 067 601 €	0	2
M	775 671 910	MGET - Mutuelle Générale Environnement et Territoires	94 274	144 784 645 €	373	705
M	782 814 818	Mutuelle de France Plus	13 010	140 036 661 €	501	12 754
A	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	94 250	138 491 329 €	1 935	2 565
M	776 950 669	PREVIFRANCE	47 910	135 150 527 €	4 059	5 374
IP	384 496 493	IPECA prévoyance	75 740	129 983 683 €	19	14
M	790 314 017	Mutuelle Harmonie Fonction Publique	75 009	128 670 157 €	488	328
A	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	67 012	128 214 994 €	3 626	3 247
M	419 049 499	MUTIEG - Mutuelle des industries électriques et gazières	75 009	123 211 103 €	16	14
M	775 678 550	MGC - Mutuelle générale des cheminots	75 637	122 687 034 €	3 563	5 013
A	381 043 686	GROUPAMA Centre-Atlantique	79 044	119 933 048 €	2 409	3 380
M	379 655 541	Identités Mutuelle	75 017	116 424 625 €	1 280	3 834
M	784 442 915	Mutuelle familiale	75 010	108 522 194 €	3 385	6 954
A	383 853 801	GROUPAMA Centre-Manche	72 043	106 836 746 €	2 031	2 086
M	379 718 653	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air-France	95 725	105 319 145 €	119	107
M	780 508 073	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	60 014	101 908 895 €	819	2 315
M	782 395 511	Les mutuelles du soleil	06 005	99 977 436 €	0	9 112
M	340 359 900	Mutuelle Intégrance	75 018	99 252 463 €	0	25 152
A	383 987 625	GROUPAMA Nord-Est	51 686	98 305 091 €	2 247	1 991
A	350 663 860	BPCE ASSURANCES	75 641	97 261 680 €	0	8 603
M	784 621 476	Mutuelle civile de la Défense	75 739	95 575 475 €	208	140
M	429 211 469	MGD - CPMS - Mutuelle générale de la distribution	75 009	94 876 473 €	0	198
M	775 671 902	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75 096	93 011 804 €	220	171
M	776 398 786	Miel mutuelle - Mutuelle interprofessionnelle économique ligérienne	42 021	90 778 816 €	1 079	1 966
IP	775 666 357	IPSEC prévoyance	75 848	88 585 418 €	8	14
M	784 410 847	Mutuelle du groupe BNP-Paribas	75 009	88 298 298 €	369	21
A	379 834 906	CRAMA Méditerranée	34 261	86 825 006 €	3 628	5 521
M	382 968 865	Mutuelle Myriade	33 079	85 682 954 €	4 373	4 836
M	784 492 084	Groupe France mutuelle	75 551	84 670 803 €	0	1 550
IP	315 588 376	Arpège Prévoyance	68 067	83 022 611 €	156	3
M	780 004 099	ACORIS Mutuelles	54 042	81 272 219 €	3 755	2 862
M	775 709 710	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	79 077	80 731 302 €	6 894	5 468
IP	348 855 388	CARCEPT prévoyance	75 545	79 148 467 €	0	44
M	344 033 360	Klésia mutuelle	07 504	77 252 938 €	312	7 720
M	775 657 521	Mutuelle du ministère de la justice	75 038	75 062 946 €	189	199
M	781 166 293	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	16 920	74 378 262 €	4 310	4 754
M	776 466 963	BPCE Mutuelle	51 686	73 979 027 €	336	83

Type OC	Siren	Nom OC	CP	Assiette totale 2014	Nbre moyen bénéficiaires CMUC	Nbre moyen bénéficiaires ACS
M	390 917 953	Mutuelle du bâtiment et des travaux publics du Sud-Est et des régions de France	69 369	73 527 960 €	178	0
M	483 747 333	Radiancé Groupe Humanis Grand Est	69 453	72 936 738 €	3 718	2 881
A	332 074 384	SAF BTP IARD	75 006	72 528 898 €	0	145
M	401 285 309	Mutualia Grand Ouest	56 000	71 651 782 €	2 680	3 167
M	775 641 681	Mut'Est	67 082	71 357 945 €	1 115	479
M	775 558 778	Mutuelle Entrain	13 001	71 107 542 €	539	851
A	775 665 631	MACSF - Mutuelles d'assurances du corps de santé français	92 800	68 214 978 €	148	68
M	775 701 485	Matmut Mutualité	76 100	67 473 038 €	4 331	7 284



Annuaire statistique

1 Chiffres clés	120
2 Effectifs CMU-C	121
3 Effectifs ACS	127
4 Effectifs CMU de base	130
5 Dépense de la CMU-C	132
6 Assiette de la TSA (Taxe de solidarité additionnelle)	141
7 Budget du Fonds CMU	144
8 Montants des plafonds de ressources et des minima sociaux	145
9 Points techniques	148

Données effectifs et dépenses : Décembre 2014

Mise à jour : Mars 2015

Évolutions législatives et plafonds : Mars 2015

1 Chiffres clés

1.1. CMU-C

- Effectifs – tous régimes : 5,20 M, dont 0,71 M en gestion OC, métropole et Dom, *au 31/12/2014*
- Évolution effectifs tous régimes par rapport à fin décembre 2013 : + 6,3 %, métropole et Dom (*avec la revalorisation des plafonds CMU-C et ACS au 1^{er} juillet 2013*)
- Dépense part CMU-C – régime général : 1 709 M€, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, *au 31/12/2014*
- Estimation du montant à verser au titre des dépenses CMU-C, à l'ensemble des régimes et des OC (dépense réelle plafonnée à 405 € par bénéficiaire) : 2 016 M€ (1 741 M€ pour les régimes et 275 M€ pour les OC) *au titre de l'exercice 2014*
- Dépense par bénéficiaire – régime général : 427 €, avec une évolution de - 2,8 %, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, *au 31/12/2014* (430 € en métropole, évolution de - 3,2 %)
- Dépense de ville par bénéficiaire : 312 € ; dépense hospitalière par bénéficiaire : 115 €, au régime général, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, *au 31/12/2014*

1.2. AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

- Bénéficiaires d'attestations – tous régimes : 1,20 M, *cumul sur les 12 derniers mois au 30/12/2014 (avec la revalorisation des plafonds CMU-C et ACS au 1^{er} juillet 2013)*
- Évolution du nombre de bénéficiaires d'attestation – tous régimes : + 3,9 % pour l'année 2014 par rapport à l'année 2013
- Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation – tous régimes : 0,94 M, *au 30/11/2014*
- Évolution du nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation en novembre 2014, par rapport à novembre 2013 : + 5,5 %

1.3. CMU DE BASE

- Effectifs : 2,39 M, métropole et Dom, *au 31/12/2014, pour les régimes de 801 à 806 (2,45 M en ajoutant l'estimation de la CNAMTS pour les travailleurs frontaliers en Suisse et les ressortissants communautaires européens)*
- Progression effectifs par rapport à fin décembre 2013 : + 3,4 %, métropole et Dom

1.4. TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE (TSA)

- Assiette de la TSA 2014 : 33 906 M€, sur la base des déclarations trimestrielles, estimation à fin décembre 2014
- Nombre d'OC déclarants 2014 : 573 ayant déclaré un chiffre d'affaires supérieur à 0
- Nombre d'OC inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C pour 2015 : 321

1.5. PLAFONDS DE RESSOURCES

- Pour bénéficier de la CMU-C : le plafond est fixé à 8 645 € par an sur les 12 derniers mois, soit 720 € en moyenne mensuelle. Plafond applicable à compter du 01/07/2014, pour une personne seule, en métropole
- Pour bénéficier de l'ACS : le plafond est fixé à +35 % au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C. Les ressources annuelles doivent être supérieures à 8 645 € et inférieures ou égales à 11 670 €, sur les 12 derniers mois, soit des ressources mensuelles supérieures à 720 € et inférieures ou égales à 973 €. Plafond applicable à compter du 01/07/2014, pour une personne seule, en métropole
- Le plafond d'attribution de la CMU-C et de l'ACS est majoré de 11,3% dans les départements d'outre-mer (nota : les dispositifs ne sont pas applicables à Mayotte)
- Pour bénéficier de la CMU de base sans cotisation : le plafond annuel d'exonération de cotisation est fixé à 9 601 € à partir du 01/10/2014

2 Effectifs CMU-C

2.1. TOTAL DES EFFECTIFS CMU-C PAR RÉGIME OBLIGATOIRE

 Au 31 décembre 2014

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2014 *				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 099 270	587 303	4 686 573	609 550
Régime social des indépendants	300 600	11 543	312 143	51 548
Régime agricole	111 940	10 267	122 207	23 109
Autres régimes et SLM	65 547	12 310	77 857	25 202
Total Décembre 2014	4 577 357	621 423	5 198 780	709 409

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 décembre 2013 au 31 décembre 2014 *				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+6,2%	+6,2%	+6,2%	-1,3%
Régime social des indépendants	+7,0%	-1,2%	+6,6%	-0,8%
Régime agricole	+13,8%	-2,0%	+12,3%	+12,5%
Autres régimes et SLM	+1,1%	+5,6%	+1,8%	-0,2%
Total	+6,4%	+5,9%	+6,3%	-0,8%

* Données provisoires – Sources : tous régimes

2.2. ÉVOLUTIONS MENSUELLES DES EFFECTIFS CMU-C (TOUS RÉGIMES)

 De Janvier 2009 à Décembre 2014

Mois	CMUC_RO			CMUC_OC			Total CMUC	Taux croissance M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total		
2009 janv	3 116 827	501 079	3 617 906	502 513	66 534	569 047	4 186 953	-4,1%
2009 févr	3 121 448	510 253	3 631 701	506 737	70 208	576 945	4 208 646	-3,3%
2009 mars	3 127 741	513 955	3 641 696	513 046	70 718	583 764	4 225 460	-2,5%
2009 avr	3 138 682	516 070	3 654 752	519 569	70 740	590 309	4 245 061	-1,8%
2009 mai	3 145 018	515 824	3 660 842	524 127	69 765	593 892	4 254 733	-1,4%
2009 juin	3 149 395	513 123	3 662 518	528 435	69 445	597 880	4 260 397	-0,9%
2009 juil	3 135 940	510 679	3 646 619	532 328	69 144	601 472	4 248 091	-0,3%
2009 août	3 125 518	508 539	3 634 057	533 083	69 207	602 290	4 236 347	0,0%
2009 sept	3 119 857	507 766	3 627 623	534 209	69 160	603 369	4 230 992	0,1%
2009 oct	3 085 972	501 890	3 587 862	532 326	68 587	600 913	4 188 774	-0,5%
2009 nov	3 078 677	500 285	3 578 962	534 129	68 597	602 726	4 181 688	-0,2%
2009 déc	3 076 085	497 657	3 573 742	538 000	67 574	605 574	4 179 316	-0,2%
2010 janv	3 066 754	497 172	3 563 926	541 003	67 011	608 014	4 171 940	-0,4%
2010 févr	3 076 274	497 184	3 573 458	546 622	66 139	612 761	4 186 218	-0,5%
2010 mars	3 094 555	500 310	3 594 865	552 047	66 256	618 303	4 213 168	-0,3%
2010 avr	3 113 174	503 963	3 617 137	558 075	67 135	625 210	4 242 347	-0,1%
2010 mai	3 126 687	504 139	3 630 826	562 143	67 320	629 463	4 260 289	0,1%
2010 juin	3 137 877	504 048	3 641 925	566 513	67 330	633 843	4 275 768	0,4%
2010 juil	3 140 252	501 142	3 641 394	569 892	67 429	637 321	4 278 715	0,7%
2010 août	3 152 935	498 810	3 651 745	573 452	67 399	640 851	4 292 596	1,3%
2010 sept	3 170 020	497 788	3 667 808	578 701	68 088	646 789	4 314 597	2,0%
2010 oct	3 163 547	495 744	3 659 291	578 881	67 750	646 631	4 305 922	2,8%
2010 nov	3 166 333	496 370	3 662 703	581 987	67 266	649 253	4 311 956	3,1%
2010 déc	3 177 902	495 499	3 673 401	586 779	66 301	653 080	4 326 481	3,5%

Mois	CMUC_RO			CMUC_OC			Total CMUC	Taux croissance M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total		
2011 janv	3 154 339	504 921	3 659 260	595 096	66 547	661 643	4 320 903	3,6%
2011 févr	3 167 483	504 864	3 672 347	599 731	66 053	665 784	4 338 131	3,6%
2011 mars	3 177 751	505 785	3 683 536	602 684	65 956	668 640	4 352 176	3,3%
2011 avr	3 187 713	502 908	3 690 621	606 366	65 705	672 071	4 362 692	2,8%
2011 mai	3 206 161	503 461	3 709 622	609 791	65 947	675 738	4 385 360	2,9%
2011 juin	3 221 064	505 157	3 726 221	615 252	66 538	681 790	4 408 011	3,1%
2011 juil	3 214 019	503 469	3 717 488	616 393	66 279	682 672	4 400 160	2,8%
2011 août	3 218 895	506 205	3 725 100	618 282	65 841	684 123	4 409 223	2,7%
2011 sept	3 225 144	508 279	3 733 423	618 988	65 362	684 350	4 417 773	2,4%
2011 oct	3 212 889	504 247	3 717 136	616 797	64 431	681 228	4 398 364	2,1%
2011 nov	3 221 425	502 721	3 724 146	620 791	64 690	685 481	4 409 627	2,3%
2011 déc	3 229 646	501 395	3 731 041	625 312	64 652	689 964	4 421 005	2,2%
2012 janv	3 240 583	503 009	3 743 592	629 260	64 375	693 635	4 437 227	2,7%
2012 févr	3 251 110	503 725	3 754 835	631 816	64 587	696 403	4 451 238	2,6%
2012 mars	3 262 657	505 518	3 768 175	633 924	65 089	699 013	4 467 188	2,6%
2012 avr	3 263 633	506 651	3 770 284	634 134	65 154	699 288	4 469 572	2,4%
2012 mai	3 268 065	507 039	3 775 104	633 844	65 102	698 946	4 474 050	2,0%
2012 juin	3 276 393	506 254	3 782 647	632 866	64 821	697 687	4 480 334	1,6%
2012 juil	3 280 344	504 574	3 784 918	630 556	64 508	695 064	4 479 982	1,8%
2012 août	3 288 509	503 736	3 792 245	631 441	64 546	695 987	4 488 232	1,8%
2012 sept	3 297 062	503 784	3 800 846	630 297	64 370	694 667	4 495 513	1,8%
2012 oct	3 308 706	503 736	3 812 442	629 316	63 917	693 233	4 505 675	2,4%
2012 nov	3 327 083	504 705	3 831 788	630 593	63 538	694 131	4 525 919	2,6%
2012 déc	3 339 374	507 223	3 846 597	629 046	63 346	692 392	4 538 989	2,7%
2013 janv	3 349 054	508 781	3 857 835	626 773	62 597	689 370	4 547 205	2,5%
2013 févr	3 363 970	509 331	3 873 301	625 274	61 688	686 962	4 560 263	2,4%
2013 mars	3 381 122	509 149	3 890 271	623 217	61 087	684 304	4 574 575	2,4%
2013 avr	3 399 926	509 543	3 909 469	621 515	60 910	682 425	4 591 894	2,7%
2013 mai	3 428 392	511 337	3 939 729	623 142	60 759	683 901	4 623 630	3,3%
2013 juin	3 452 218	513 593	3 965 811	623 046	60 676	683 722	4 649 533	3,8%
2013 juil	3 491 571	517 402	4 008 973	628 997	60 591	689 588	4 698 561	4,9%
2013 août	3 526 851	519 169	4 046 020	637 079	60 874	697 953	4 743 973	5,7%
2013 sept	3 556 423	520 154	4 076 577	641 931	60 746	702 677	4 779 254	6,3%
2013 oct	3 583 778	522 420	4 106 198	645 012	60 092	705 104	4 811 302	6,8%
2013 nov	3 617 060	524 441	4 141 501	650 908	59 895	710 803	4 852 304	7,2%
2013 déc	3 646 733	527 527	4 174 260	656 029	59 205	715 234	4 889 494	7,7%
2014 janv	3 677 485	530 076	4 207 561	663 128	57 730	720 858	4 928 419	8,4%
2014 févr	3 711 326	541 598	4 252 924	669 318	55 927	725 245	4 978 169	9,2%
2014 mars	3 734 226	545 987	4 280 213	673 478	54 158	727 636	5 007 849	9,5%
2014 avr	3 759 554	551 872	4 311 426	678 367	52 418	730 785	5 042 211	9,8%
2014 mai	3 783 219	558 717	4 341 936	681 820	50 986	732 806	5 074 742	9,8%
2014 juin	3 801 335	561 085	4 362 420	683 986	48 699	732 685	5 095 105	9,6%
2014 juil	3 821 705	565 168	4 386 873	684 610	46 395	731 005	5 117 878	8,9%
2014 août	3 835 119	568 577	4 403 696	681 856	44 424	726 280	5 129 976	8,1%
2014 sept	3 857 988	571 238	4 429 226	680 815	42 620	723 435	5 152 661	7,8%
2014 oct	3 868 473	573 303	4 441 776	676 445	40 777	717 222	5 158 997	7,2%
2014 nov	3 883 998	578 235	4 462 233	673 094	39 339	712 433	5 174 666	6,6%
2014 déc	3 906 380	582 990	4 489 370	670 976	38 433	709 409	5 198 780	6,3%

Sources : tous régimes

2.3. ÉVOLUTIONS DES MOYENNES ANNUELLES DES EFFECTIFS

Moyennes pour les douze mois de chaque exercice.

De 2007 à 2013

Année	Moyenne	Taux croissance N-1
2007	4 473 266	
2008	4 275 039	-4,4%
2009	4 220 538	-1,3%
2010	4 265 000	1,1%
2011	4 385 285	2,8%
2012	4 484 493	2,3%
2013	4 693 499	4,7%
2014	5 088 288	8,4%

Sources : tous régimes

2.4. EFFECTIFS CMU-C PAR RÉGION

Les effectifs par région ne comprennent pas les effectifs des régimes spéciaux et des SLM. Pour ces organismes les données ne sont retenues qu'avec la seule distinction métropole et Dom, certains régimes ne pouvant pas les transmettre de manière plus détaillée.

CNAMTS, RSI, CCMSA – Décembre 2014

Région	Effectifs CMUC	Population	CMUC / Population	Répartition CMUC	Répartition Population	Pourcent RO	Pourcent OC
Alsace	107 439	1 896 102	5,7%	2,1%	2,8%	90,5%	9,5%
Aquitaine	201 615	3 376 481	6,0%	3,9%	5,1%	82,5%	17,5%
Auvergne	78 336	1 395 500	5,6%	1,5%	2,1%	76,5%	23,5%
Basse-Normandie	85 961	1 522 026	5,6%	1,7%	2,3%	71,4%	28,6%
Bourgogne	95 067	1 692 727	5,6%	1,9%	2,5%	78,1%	21,9%
Bretagne	142 749	3 341 188	4,3%	2,8%	5,0%	69,2%	30,8%
Centre	167 611	2 635 080	6,4%	3,3%	3,9%	78,2%	21,8%
Champagne-Ardenne	110 840	1 376 568	8,1%	2,2%	2,1%	86,3%	13,7%
Corse	16 873	321 482	5,2%	0,3%	0,5%	82,7%	17,3%
Franche-Comté	72 303	1 212 597	6,0%	1,4%	1,8%	74,2%	25,8%
Haute-Normandie	148 264	1 889 181	7,8%	2,9%	2,8%	80,8%	19,2%
Île-de-France	846 450	12 057 051	7,0%	16,5%	18,1%	94,2%	5,8%
Languedoc-Roussillon	293 440	2 759 559	10,6%	5,7%	4,1%	89,1%	10,9%
Limousin	50 110	760 971	6,6%	1,0%	1,1%	83,8%	16,2%
Lorraine	162 447	2 406 226	6,8%	3,2%	3,6%	83,8%	16,2%
Midi-Pyrénées	204 499	3 011 801	6,8%	4,0%	4,5%	84,6%	15,4%
Nord-Pas-de-Calais	480 127	4 118 776	11,7%	9,4%	6,2%	89,4%	10,6%
Pays-de-la-Loire	193 512	3 739 321	5,2%	3,8%	5,6%	72,6%	27,4%
Picardie	152 966	1 969 961	7,8%	3,0%	3,0%	89,5%	10,5%
Poitou-Charentes	116 383	1 839 249	6,3%	2,3%	2,8%	79,3%	20,7%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	430 844	5 022 659	8,6%	8,4%	7,5%	94,1%	5,9%
Rhône-Alpes	353 930	6 500 319	5,4%	6,9%	9,7%	78,7%	21,3%
Départements d'Outre-Mer	609 113	1 890 901	32,2%	11,9%	2,8%	93,9%	6,1%
Métropole	4 511 759	64 844 825	7,0%	88,1%	97,2%	85,7%	14,3%
France entière	5 120 872	66 735 726	7,7%	100,0%	100,0%	86,6%	13,4%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

2.5. EFFECTIFS CMU-C PAR DÉPARTEMENT

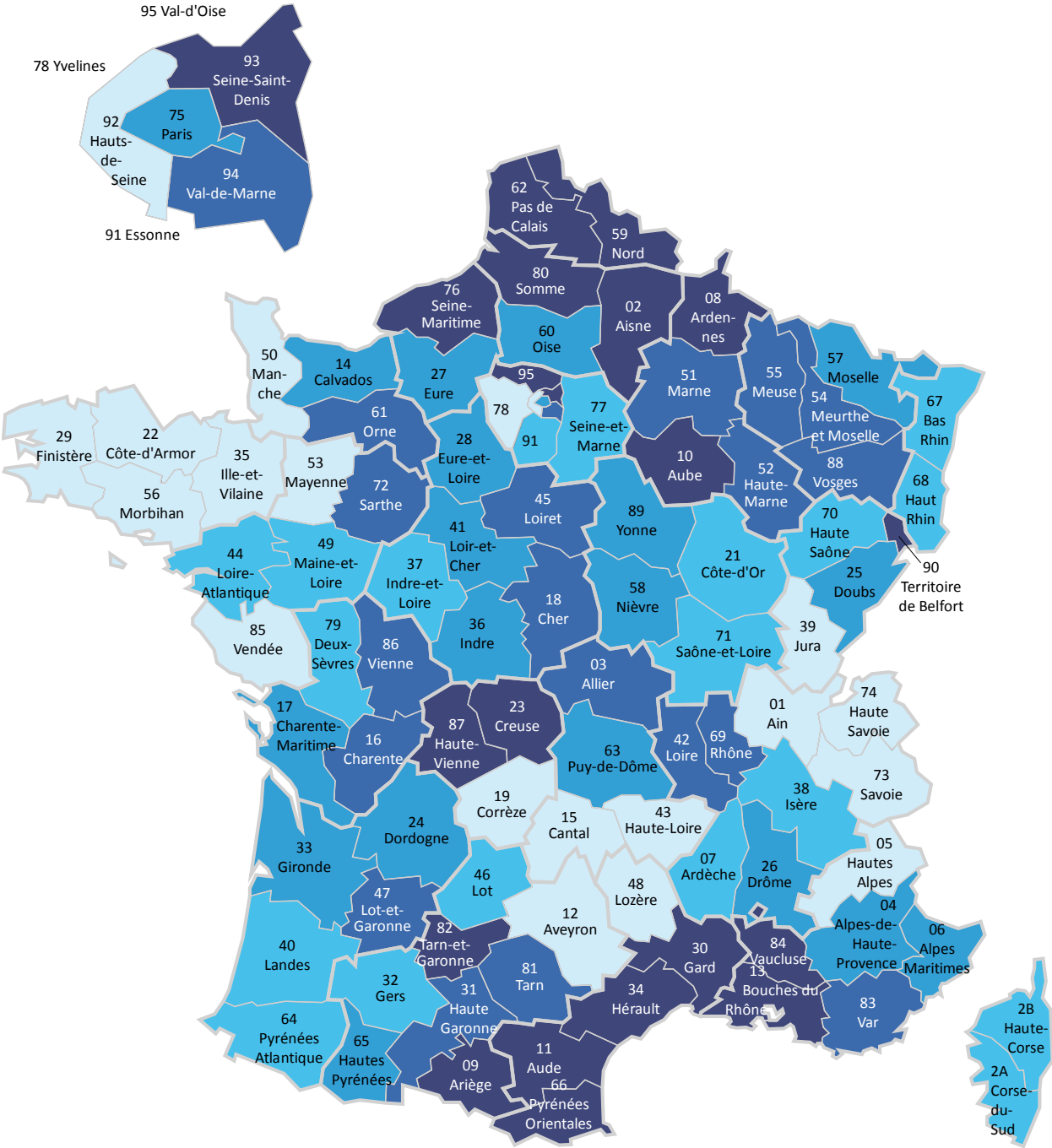
 CNAMTS, RSI, CCMSA – Décembre 2014

Num Dpt	Département	CMUC RO	CMUC OC	Total CMUC	Population	CMUC Popula- tion
1	Ain	15 904	7 533	23 437	629 786	3,7%
2	Aisne	44 008	6 561	50 569	555 400	9,1%
3	Allier	21 036	3 675	24 711	353 246	7,0%
4	Alpes-de-Haute-Provence	8 510	1 544	10 054	166 316	6,0%
5	Hautes-Alpes	4 629	815	5 444	144 950	3,8%
6	Alpes-Maritimes	62 187	3 330	65 517	1 098 465	6,0%
7	Ardèche	11 741	6 492	18 233	328 189	5,6%
8	Ardenne	25 692	4 633	30 325	291 031	10,4%
9	Ariège	11 288	2 635	13 923	158 154	8,8%
10	Aube	24 335	3 023	27 358	313 892	8,7%
11	Aude	34 642	4 320	38 962	372 259	10,5%
12	Aveyron	9 347	2 564	11 911	287 806	4,1%
13	Bouches-du-Rhône	218 827	4 417	223 244	2 014 702	11,1%
14	Calvados	27 146	14 252	41 398	704 567	5,9%
15	Cantal	4 866	1 153	6 019	153 268	3,9%
16	Charente	22 381	4 529	26 910	366 776	7,3%
17	Charente-Maritime	30 534	8 741	39 275	648 031	6,1%
18	Cher	19 570	3 600	23 170	320 019	7,2%
19	Corrèze	9 523	1 436	10 959	249 856	4,4%
201	Corse-du-Sud	6 068	1 282	7 350	147 823	5,0%
202	Haute-Corse	7 887	1 635	9 522	173 659	5,5%
21	Côte-d'Or	21 242	6 088	27 330	541 517	5,0%
22	Côtes-d'Armor	18 149	8 641	26 790	616 013	4,3%
23	Creuse	7 390	2 583	9 973	126 511	7,9%
24	Dordogne	22 199	5 463	27 662	429 268	6,4%
25	Doubs	25 992	8 848	34 840	545 888	6,4%
26	Drôme	16 966	13 160	30 126	506 210	6,0%
27	Eure	33 308	6 066	39 374	609 226	6,5%
28	Eure-et-Loir	21 360	4 963	26 323	443 490	5,9%
29	Finistère	23 574	11 981	35 555	932 896	3,8%
30	Gard	76 070	8 375	84 445	742 441	11,4%
31	Haute-Garonne	80 690	12 573	93 263	1 306 125	7,1%
32	Gers	9 239	1 495	10 734	196 930	5,5%
33	Gironde	76 962	16 659	93 621	1 514 870	6,2%
34	Hérault	97 647	14 186	111 833	1 097 047	10,2%
35	Ille-et-Vilaine	36 636	12 275	48 911	1 036 181	4,7%
36	Indre	12 245	2 394	14 639	235 956	6,2%
37	Indre-et-Loire	25 489	9 176	34 665	612 305	5,7%
38	Isère	50 532	11 031	61 563	1 253 410	4,9%
39	Jura	8 782	2 939	11 721	271 439	4,3%
40	Landes	16 657	3 639	20 296	406 809	5,0%
41	Loir-et-Cher	13 354	7 036	20 390	342 224	6,0%
42	Loire	37 592	15 475	53 067	771 367	6,9%
43	Haute-Loire	4 881	3 625	8 506	233 488	3,6%
44	Loire-Atlantique	49 083	21 487	70 570	1 349 609	5,2%
45	Loiret	39 012	9 412	48 424	681 086	7,1%
46	Lot	8 020	1 221	9 241	181 165	5,1%
47	Lot-et-Garonne	23 065	2 186	25 251	342 903	7,4%
48	Lozère	2 929	600	3 529	81 100	4,4%
49	Maine-et-Loire	34 152	10 522	44 674	819 366	5,5%
50	Manche	18 102	6 704	24 805	517 998	4,8%
51	Marne	35 697	5 002	40 699	582 786	7,0%
52	Haute-Marne	9 974	2 484	12 458	188 859	6,6%
53	Mayenne	10 272	3 882	14 154	318 159	4,4%

Num Dpt	Département	CMUC RO	CMUC OC	Total CMUC	Population	CMUC Popula- tion
54	Meurthe-et-Moselle	46 817	9 849	56 666	747 707	7,6%
55	Meuse	10 123	3 265	13 388	199 315	6,7%
56	Morbihan	20 460	11 034	31 494	756 098	4,2%
57	Moselle	59 438	5 102	64 540	1 068 417	6,0%
58	Nièvre	11 825	2 625	14 450	224 349	6,4%
59	Nord	278 526	33 624	312 150	2 627 956	11,9%
60	Oise	46 037	4 890	50 927	830 778	6,1%
61	Orne	16 151	3 607	19 758	299 461	6,6%
62	Pas-de-Calais	150 562	17 415	167 977	1 490 820	11,3%
63	Puy-de-Dôme	29 168	9 932	39 100	655 498	6,0%
64	Pyrénées-Atlantiques	27 419	7 367	34 786	682 631	5,1%
65	Hautes-Pyrénées	12 871	2 653	15 524	236 996	6,6%
66	Pyrénées-Orientales	50 207	4 465	54 672	466 712	11,7%
67	Bas-Rhin	57 505	5 390	62 895	1 124 434	5,6%
68	Haut-Rhin	39 763	4 782	44 545	771 668	5,8%
69	Rhône	120 224	11 944	132 168	1 795 663	7,4%
70	Haute-Saône	10 864	2 465	13 329	247 742	5,4%
71	Saône-et-Loire	23 391	6 897	30 288	574 111	5,3%
72	Sarthe	30 193	9 045	39 238	583 633	6,7%
73	Savoie	10 132	5 034	15 166	435 353	3,5%
74	Haute-Savoie	15 436	4 734	20 170	780 341	2,6%
75	Paris	140 055	6 435	146 490	2 265 886	6,5%
76	Seine-Maritime	86 416	22 474	108 890	1 279 955	8,5%
77	Seine-et-Marne	60 459	14 844	75 303	1 377 102	5,5%
78	Yvelines	55 050	5 722	60 772	1 440 274	4,2%
79	Deux-Sèvres	14 469	4 891	19 360	383 123	5,1%
80	Somme	46 817	4 653	51 470	583 783	8,8%
81	Tarn	23 301	4 833	28 134	391 048	7,2%
82	Tarn-et-Garonne	18 263	3 507	21 770	253 577	8,6%
83	Var	66 088	10 086	76 174	1 039 603	7,3%
84	Vaucluse	45 218	5 194	50 412	558 623	9,0%
85	Vendée	16 724	8 153	24 877	668 554	3,7%
86	Vienne	24 950	5 888	30 838	441 319	7,0%
87	Haute-Vienne	25 066	4 112	29 178	384 604	7,6%
88	Vosges	19 770	8 083	27 853	390 787	7,1%
89	Yonne	17 806	5 193	22 999	352 750	6,5%
90	Territoire-de-Belfort	8 029	4 384	12 413	147 528	8,4%
91	Essonne	71 687	1 910	73 597	1 257 065	5,9%
92	Hauts-de-Seine	70 710	3 320	74 030	1 606 154	4,6%
93	Seine-Saint-Denis	214 068	8 773	222 841	1 551 739	14,4%
94	Val-de-Marne	92 311	6 030	98 341	1 354 911	7,3%
95	Val-d'Oise	92 850	2 226	95 076	1 203 920	7,9%
971	Guadeloupe	89 036	20 939	109 975	410 335	26,8%
972	Martinique	82 456	15 594	98 050	395 027	24,8%
973	Guyane	90 300	411	90 711	241 922	37,5%
974	La-Réunion	310 284	93	310 377	843 617	36,8%
Total métropole		3 864 592	647 166	4 511 759	64 844 825	7,0%
Total Dom		572 076	37 037	609 113	1 890 901	32,2%
Total métropole et Dom		4 436 668	684 203	5 120 872	66 735 726	7,7%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

Figure 36 – Proportion des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population totale, par département (métropole), CNAMTS, RSI, CCMSA, décembre 2014



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE – Outil carte : Philcarto

3 Effectifs ACS

3.1. ÉVOLUTION ANNUELLE DES EFFECTIFS DE L'ACS

L'ensemble des données est calculé au 31 décembre de l'exercice considéré, excepté pour les utilisateurs d'attestations, qui sont évalués au 30 novembre.

Mois Années	Mois CNAMTS		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attesta- tions CNAMTS, RSI, CCMSA – ACM	Pourcentage de bénéficiaires utilisateurs d'attestation	Coût annuel pour le Fonds CMU	Coût annuel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
2007	267 890	468 871	511 119	68,0%	62 344 215 €	216 €
2008	324 630	549 141	596 626	78,9%	87 946 429 €	221 €
2009	325 658	548 986	599 535	80,7%	109 877 119 €	224 €
2010	344 717	582 886	631 493	84,2%	134 926 821 €	259 €
2011	407 563	708 074	763 079	84,6%	157 316 107 €	273 €
2012	528 112	935 067	1 005 161	83,1%	195 497 128 €	276 €
2013	621 074	1 083 528	1 157 178	79,8%	234 900 932 €	278 €
2014	646 124	1 120 126	1 202 290	83,1%	273 308 163 €	295 €

Les bénéficiaires ayant utilisé leur attestation sont évalués à fin novembre de chaque exercice

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU

3.2. ÉVOLUTION MENSUELLE DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ATTESTATIONS DÉLIVRÉES ET UTILISÉES

Mois Années	Mois CNAMTS		Cumul sur 12 mois des bé- néficiaires d'attestations CNAMTS, RSI, CCMSA – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attesta- tion	Coût trimestriel pour le Fonds CMU	Coût tri- mestriel unitaire
	Attestations déli- vrées	Bénéficiaires d'attestations				
2007 janv	25 512	43 042	401 213			
2007 févr	22 147	38 596	409 354	244 662	12 920 782 €	53 €
2007 mars	29 874	51 614	429 396			
2007 avr	18 995	31 089	433 838			
2007 mai	19 027	33 988	438 680	275 472	14 887 015 €	54 €
2007 juin	22 068	39 183	449 420			
2007 juil	20 310	37 031	458 258			
2007 août	19 602	35 845	474 488	304 774	16 597 216 €	54 €
2007 sept	19 039	35 302	481 430			
2007 oct	21 069	40 627	485 023			
2007 nov	21 230	37 631	493 800	329 669	17 939 202 €	54 €
2007 déc	29 017	44 923	511 119			
TOTAL 2007	267 890	468 871	Evol / Dec N-1 = 30,6 %	Total 2007	62 344 215 €	216 €
2008 janv	21 461	36 949	505 326			
2008 févr	26 025	44 371	511 401	360 095	20 036 646 €	56 €
2008 mars	29 141	50 663	510 395			
2008 avr	23 985	41 779	521 385			
2008 mai	20 729	36 920	525 117	382 069	21 047 049 €	55 €
2008 juin	25 871	43 152	529 791			
2008 juil	21 591	34 877	527 837			
2008 août	21 706	35 521	527 713	410 262	22 590 072 €	55 €
2008 sept	31 917	54 051	546 155			
2008 oct	30 935	53 491	560 319			
2008 nov	41 836	66 318	590 306	442 283	24 272 662 €	55 €
2008 déc	29 433	51 049	596 626			
TOTAL 2008	324 630	549 141	Evol / Dec N-1 = 16,7 %	Total 2008	87 946 429 €	221 €

Mois Années	Mois CNAMTS		Cumul sur 12 mois des bé- néficiaires d'attestations CNAMTS, RSI, CCMSA – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attesta- tion	Coût trimestriel pour le Fonds CMU	Coût tri- mestriel unitaire
	Attesta- tions déli- vrées	Bénéficiaires d'attestations				
2009 janv	32 221	52 062	612 351			
2009 févr	29 766	50 172	618 764	465 316	25 962 400 €	56 €
2009 mars	30 092	50 988	619 467			
2009 avr	24 105	40 995	618 986			
2009 mai	24 791	41 400	623 769	492 419	27 681 090 €	56 €
2009 juin	27 729	46 948	627 708			
2009 juil	25 647	42 510	635 805			
2009 août	21 473	36 467	637 215	500 045	27 613 139 €	55 €
2009 sept	26 939	45 559	629 033			
2009 oct	27 238	46 199	621 610			
2009 nov	27 170	46 309	601 470	501 681	28 620 490 €	57 €
2009 déc	28 487	49 377	599 535			
TOTAL 2009	325 658	548 986	Evol / Dec N-1 = 0,5 %	Total 2009	109 877 119 €	224 €
2010 janv	30 010	50 336	597 897			
2010 févr	30 637	54 515	602 328	493 325	30 085 477 €	61 €
2010 mars	36 129	60 276	611 796			
2010 avr	29 449	49 732	620 602			
2010 mai	26 607	45 163	624 434	517 177	33 157 727 €	64 €
2010 juin	31 252	52 877	630 432			
2010 juil	25 708	43 310	630 937			
2010 août	24 520	40 809	634 984	536 910	35 739 929 €	67 €
2010 sept	26 235	45 424	634 554			
2010 oct	26 195	45 111	632 926			
2010 nov	27 655	46 723	632 801	532 865	35 943 688 €	67 €
2010 déc	30 320	48 610	631 493			
TOTAL 2010	344 717	582 886	Evol / Dec N-1 = 5,3 %	Total 2010	134 926 821 €	259 €
2011 janv	35 270	62 010	643 620			
2011 févr	33 400	59 841	649 399	528 183	36 091 961 €	68 €
2011 mars	39 889	69 384	658 868			
2011 avr	30 461	54 094	663 692			
2011 mai	37 548	64 826	683 817	561 618	38 397 162 €	68 €
2011 juin	34 251	57 816	689 216			
2011 juil	31 310	53 079	699 460			
2011 août	30 785	53 529	712 655	595 940	40 460 334 €	68 €
2011 sept	31 712	54 366	722 071			
2011 oct	32 441	57 016	734 751			
2011 nov	35 357	60 708	749 510	621 380	42 366 650 €	68 €
2011 déc	35 139	61 405	763 079			
TOTAL 2011	407 563	708 074	Evol / Dec N-1 = 20,8 %	Total 2011	157 316 107 €	273 €
2012 janv	46 552	82 408	784 575			
2012 févr	42 566	79 730	805 562	635 713	43 905 469 €	69 €
2012 mars	47 360	81 523	818 800			
2012 avr	38 864	68 340	834 316			
2012 mai	42 695	73 817	844 577	685 059	47 211 173 €	69 €
2012 juin	46 715	83 932	871 964			
2012 juil	40 571	71 778	891 922			
2012 août	40 909	72 856	912 508	738 021	50 936 277 €	69 €
2012 sept	40 867	72 186	931 587			
2012 oct	48 352	85 596	961 569			
2012 nov	48 288	85 400	987 663	774 041	53 444 209 €	69 €
2012 déc	44 373	77 501	1 005 161			
TOTAL 2012	528 112	935 067	Evol / Dec N-1 = 31,7 %	Total 2012	195 497 128 €	276 €

Mois Années	Mois CNAMTS		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS, RSI, CCMSA – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Coût trimestriel pour le Fonds CMU	Coût tri- mestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
2013 janv	50 225	91 067	1 014 209			
2013 févr	45 936	83 100	1 017 968	779 832	54 122 036 €	69 €
2013 mars	50 808	90 859	1 027 693			
2013 avr	49 535	88 699	1 048 171			
2013 mai	49 001	85 991	1 060 464	827 980	57 247 269 €	69 €
2013 juin	50 700	87 849	1 064 499			
2013 juil	57 148	98 671	1 091 674			
2013 août	43 744	74 704	1 093 804	877 093	60 677 295 €	69 €
2013 sept	50 106	84 711	1 106 611			
2013 oct	58 443	99 109	1 120 519			
2013 nov	58 877	100 164	1 135 679	894 594	62 854 332 €	70 €
2013 déc	56 552	98 604	1 157 178			
TOTAL 2013	621 074	1 083 528	Evol / Dec N-1 = 15,1 %	TOTAL 2013	234 900 932 €	278 €
2014 janv	54 090	95 199	1 161 852			
2014 févr	51 849	89 871	1 169 165	897 717	64 206 949 €	72 €
2014 mars	51 439	89 372	1 168 219			
2014 avr	52 360	89 142	1 169 444			
2014 mai	49 843	86 718	1 170 953	921 915	67 908 625 €	74 €
2014 juin	54 622	92 844	1 176 730			
2014 juil	54 128	90 724	1 169 691			
2014 août	44 562	77 885	1 173 780	937 363	69 218 821 €	74 €
2014 sept	54 809	95 275	1 185 252			
2014 oct	58 569	103 184	1 189 934			
2014 nov	55 410	94 893	1 185 269	943 748	71 973 768 €	76 €
2014 déc	64 443	115 019	1 202 290			
TOTAL 2014	646 124	1 120 126	Evol / Dec N-1 = 3,9 %	TOTAL 2014	273 308 163 €	295 €

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU

4 Effectifs CMU de base

4.1. ÉVOLUTIONS DES EFFECTIFS

Les effectifs suivis dans les séries ne concernent que les régimes allant de 801 à 806.

Effectifs au 31 décembre 2014

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
CNAMTS	2 015 048	370 259	2 385 307
Évolution sur 6 mois	4,4%	6,8%	4,7%
Évolution sur un an	2,9%	6,1%	3,4%

Effectifs mensuels de décembre 2013 à décembre 2014

Mois	Métropole	DOM	Total	Évolution M-1
2013 déc	1 958 384	349 106	2 307 490	
2014 janv	1 890 134	331 690	2 221 824	-3,7%
2014 févr	1 875 417	334 312	2 209 729	-0,5%
2014 mars	1 890 640	336 161	2 226 801	0,8%
2014 avr	1 904 162	338 278	2 242 440	0,7%
2014 mai	1 920 338	340 305	2 260 643	0,8%
2014 juin	1 930 538	346 809	2 277 347	0,7%
2014 juil	1 942 052	350 060	2 292 112	0,6%
2014 août	1 952 885	352 954	2 305 839	0,6%
2014 sept	1 968 870	357 343	2 326 213	0,9%
2014 oct	1 972 333	357 702	2 330 035	0,2%
2014 nov	1 989 071	361 687	2 350 758	0,9%
2014 déc	2 015 048	370 259	2 385 307	1,5%
Évolution depuis Décembre 2013				3,4%

Sources : CNAMTS

Moyennes 2010 à 2014

Mois	Métropole	DOM	Total	Évolution A-1
2010	1 848 554	310 699	2 159 253	
2011	1 877 343	314 515	2 191 858	1,5%
2012	1 878 274	343 657	2 221 931	1,4%
2013	1 898 330	344 152	2 242 482	0,9%
2014	1 937 624	348 130	2 285 754	1,9%
2010	1 848 554	310 699	2 159 253	

Sources : CNAMTS

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, cette catégorie a été évaluée à 55 300 bénéficiaires au 31 décembre 2015. Le nombre de ressortissants communautaires inactifs a, pour sa part, été estimé à 5 200. De fait, le nombre de bénéficiaires de la CMU-B au 31 décembre 2014 est supérieur à 2 447 000.

 Régimes de la CMU de base

Code Régime	Définition régime
801	Avec cotisation
802	Avec cotisation
803	Sans cotisation, affiliation immédiate
804	Avec cotisation + risque AT
806	Sans cotisation assuré RSA socle
808	Ressortissant communautaire inactif sans cotisation
809	Ressortissant communautaire inactif avec cotisation
816	Travailleurs frontaliers en Suisse avec cotisation
817	Travailleurs frontaliers en Suisse sans cotisation
818	Chauffeur routier Congé de fin d'activité
Total	

5 Dépense de la CMU-C

5.1. DÉPENSE EN TRÉSORERIE – ACM60

➤ Dépense tous régimes – Métropole et Dom – Décembre 2014

Le montant du forfait CMU-C est de 405 € en 2014.

2014	Dépense			Effectifs Moyens	Coût moyen	Évolution effectifs	Évolution dépense	Évolution coût moyen
	Antérieur	Exercice	Total					
CNAMTS	117 257 333 €	1 592 213 179 €	1 709 470 512 €	3 966 088	427 €	9,0%	6,0%	-2,8%
SLM				40 963		13,6%		
RSI	6 771 027 €	74 490 560 €	81 261 588 €	251 953	323 €	10,3%	8,1%	-2,0%
CCMSA	2 848 834 €	31 599 641 €	34 448 475 €	95 740	360 €	11,2%	10,7%	-0,4%
CANSSM	5 904 €	27 690 €	33 595 €	199	169 €	-2,2%	-10,3%	-8,2%
CAVIMAC	67 221 €	648 976 €	716 197 €	2 427	295 €	-4,3%	-4,9%	-0,6%
CNMSS	89 801 €	857 958 €	947 760 €	3 958	239 €	16,0%	26,3%	8,8%
CRPCEN	9 111 €	49 718 €	58 829 €	93	631 €	-13,9%	23,7%	43,6%
ENIM	72 496 €	837 604 €	910 100 €	2 002	455 €	4,5%	0,0%	-4,3%
GAMEX	0 €	0 €	0 €	290	0 €	-	-	-
RATP	5 070 €	54 522 €	59 592 €	169	354 €	24,6%	14,5%	-8,1%
SNCF	4 474 €	46 790 €	51 264 €	258	199 €	-9,6%	-19,1%	-10,5%
CMUC_RO				4 364 138		9,1%		
CMUC_OC			274 724 797 €	724 150	379 €	4,3%	4,3%	0,0%
Total	127 131 273 €	1 700 826 639 €	2 102 682 709 €	5 088 288	413 €	8,4%	5,9%	-2,3%

➤ CNAMTS (SLM inclus) – Métropole et Dom – Décembre 2014

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu		Exercice		
2014 décembre	Métropole_et_Dom		Exercice_et_Antérieur		
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM		4 007 050	Indice ACM	9,0%
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 709 470 512 €	6,0%	427 €	100,0%	-2,8%
Ville	1 249 125 590 €	6,7%	312 €	73,1%	-2,2%
Hôpital	460 344 922 €	4,3%	115 €	26,9%	-4,4%

⁶⁰ ACM : Année complète mobile

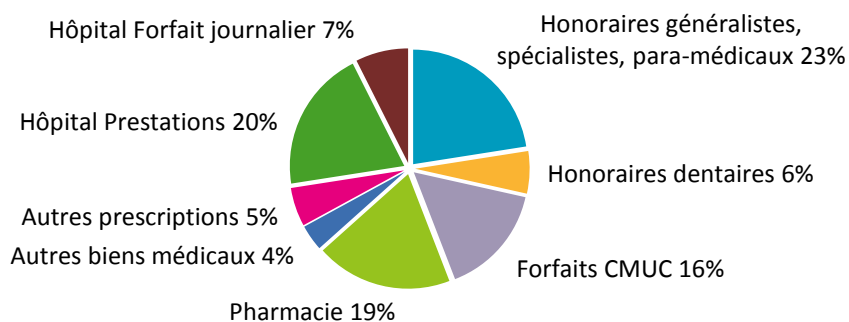
● CNAMTS (SLM inclus) – Métropole – Décembre 2014

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu			Exercice	
2014 décembre	Métropole			Exercice_et_Antérieur	
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM		3 471 119	Indice ACM	9,0%
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 494 003 498 €	5,5%	430 €	100,0%	-3,2%
Ville	1 083 686 864 €	6,4%	312 €	72,5%	-2,4%
Hôpital	410 316 634 €	3,2%	118 €	27,5%	-5,3%

Sources : CNAMTS et SLM

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Indicateurs.xls – Onglet : Presentation_002

● Figure 37 – Répartition par poste de dépenses en trésorerie, CNAMTS, métropole, décembre 2014



Forfaits CMU : Montants pris en charge au-delà du tarif de responsabilité, dans le cadre du panier de soins CMU-C, pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'optique médicale et les prothèses auditives

Sources : CNAMTS et SLM

5.2. ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE TRÉSORERIE – ACM

 CNAMTS et SLM – Métropole et Dom – Décembre 2014

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	3 627 130	-0,1%	1 471 876 853 €	8,0%	406 €	8,2%
2008 déc	3 441 547	-5,1%	1 409 727 259 €	-4,2%	410 €	0,9%
2009 déc	3 358 181	-2,4%	1 399 942 525 €	-0,7%	417 €	1,8%
2010 déc	3 363 069	0,1%	1 447 922 791 €	3,4%	431 €	3,3%
2011 déc	3 428 239	1,9%	1 524 442 634 €	5,3%	445 €	3,3%
2012 déc	3 489 112	1,8%	1 553 358 003 €	1,9%	445 €	0,1%
2013 déc	3 675 495	5,3%	1 612 615 007 €	3,8%	439 €	-1,4%
2014 déc	4 007 050	9,0%	1 709 470 512 €	6,0%	427 €	-2,8%
Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2012 janv	3 433 956	1,9%	1 537 545 416 €	5,7%	448 €	3,7%
2012 févr	3 439 467	1,8%	1 538 123 297 €	4,9%	447 €	3,0%
2012 mars	3 444 987	1,8%	1 532 067 832 €	3,9%	445 €	2,1%
2012 avr	3 449 883	1,7%	1 537 462 681 €	4,2%	446 €	2,4%
2012 mai	3 453 681	1,7%	1 527 154 040 €	2,1%	442 €	0,4%
2012 juin	3 456 795	1,6%	1 540 088 402 €	3,6%	446 €	2,0%
2012 juil	3 460 617	1,5%	1 550 960 002 €	4,2%	448 €	2,6%
2012 août	3 464 322	1,5%	1 550 759 565 €	3,6%	448 €	2,1%
2012 sept	3 468 075	1,5%	1 539 806 246 €	2,4%	444 €	0,9%
2012 oct	3 474 194	1,5%	1 555 083 722 €	2,8%	448 €	1,2%
2012 nov	3 481 371	1,6%	1 559 726 281 €	2,7%	448 €	1,0%
2012 déc	3 489 112	1,8%	1 553 358 003 €	1,9%	445 €	0,1%
2013 janv	3 496 739	1,8%	1 556 507 092 €	1,2%	445 €	-0,6%
2013 févr	3 504 757	1,9%	1 560 690 901 €	1,5%	445 €	-0,4%
2013 mars	3 513 045	2,0%	1 556 504 165 €	1,6%	443 €	-0,4%
2013 avr	3 522 885	2,1%	1 569 306 248 €	2,1%	445 €	0,0%
2013 mai	3 534 740	2,3%	1 578 246 474 €	3,3%	446 €	1,0%
2013 juin	3 548 043	2,6%	1 574 299 327 €	2,2%	444 €	-0,4%
2013 juil	3 564 733	3,0%	1 586 366 215 €	2,3%	445 €	-0,7%
2013 août	3 583 856	3,5%	1 585 489 344 €	2,2%	442 €	-1,2%
2013 sept	3 604 801	3,9%	1 595 683 719 €	3,6%	443 €	-0,3%
2013 oct	3 627 026	4,4%	1 600 719 870 €	2,9%	441 €	-1,4%
2013 nov	3 650 552	4,9%	1 596 787 917 €	2,4%	437 €	-2,4%
2013 déc	3 675 495	5,3%	1 612 615 007 €	3,8%	439 €	-1,4%
2014 janv	3 702 191	5,9%	1 620 780 601 €	4,1%	438 €	-1,6%
2014 févr	3 731 238	6,5%	1 629 072 534 €	4,4%	437 €	-2,0%
2014 mars	3 761 067	7,1%	1 637 702 544 €	5,2%	435 €	-1,7%
2014 avr	3 791 663	7,6%	1 648 000 111 €	5,0%	435 €	-2,4%
2014 mai	3 822 155	8,1%	1 649 725 682 €	4,5%	432 €	-3,3%
2014 juin	3 852 207	8,6%	1 658 282 253 €	5,3%	430 €	-3,0%
2014 juil	3 880 700	8,9%	1 659 138 006 €	4,6%	428 €	-3,9%
2014 août	3 907 664	9,0%	1 664 727 619 €	5,0%	426 €	-3,7%
2014 sept	3 934 192	9,1%	1 682 306 478 €	5,4%	428 €	-3,4%
2014 oct	3 959 375	9,2%	1 687 503 352 €	5,4%	426 €	-3,4%
2014 nov	3 983 341	9,1%	1 693 862 806 €	6,1%	425 €	-2,8%
2014 déc	4 007 050	9,0%	1 709 470 512 €	6,0%	427 €	-2,8%

Sources : CNAMTS et SLM

 RSI – Métropole et Dom – Décembre 2014

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par Bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	142 326	4,1%	48 152 182 €	15,1%	338 €	10,5%
2008 déc	147 731	3,8%	49 854 966 €	3,5%	337 €	-0,3%
2009 déc	147 823	0,1%	49 581 097 €	-0,5%	335 €	-0,6%
2010 déc	160 018	8,2%	49 621 555 €	0,1%	310 €	-7,5%
2011 déc	177 334	10,8%	57 372 646 €	15,6%	324 €	4,3%
2012 déc	202 109	14,0%	66 927 220 €	16,7%	331 €	2,4%
2013 déc	228 397	13,0%	75 204 880 €	12,4%	329 €	-0,6%
2014 déc	251 953	10,3%	81 261 588 €	8,1%	323 €	-2,0%
Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par Bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2012 janv	179 151	11,1%	58 483 617 €	16,6%	326 €	4,9%
2012 févr	181 008	11,3%	59 023 725 €	16,5%	326 €	4,6%
2012 mars	183 028	11,7%	59 831 420 €	17,3%	327 €	5,0%
2012 avr	185 113	12,2%	61 036 330 €	19,5%	330 €	6,6%
2012 mai	187 179	12,6%	60 851 426 €	15,8%	325 €	2,8%
2012 juin	189 121	12,8%	61 661 292 €	16,3%	326 €	3,2%
2012 juil	191 215	13,0%	62 974 323 €	17,8%	329 €	4,2%
2012 août	193 388	13,3%	63 498 080 €	16,8%	328 €	3,1%
2012 sept	195 536	13,6%	63 730 585 €	15,3%	326 €	1,6%
2012 oct	197 709	13,8%	65 089 605 €	15,8%	329 €	1,8%
2012 nov	199 905	13,9%	66 306 447 €	16,9%	332 €	2,6%
2012 déc	202 109	14,0%	66 927 220 €	16,7%	331 €	2,4%
2013 janv	204 330	14,1%	68 177 898 €	16,6%	334 €	2,2%
2013 févr	206 516	14,1%	69 231 626 €	17,3%	335 €	2,8%
2013 mars	208 734	14,0%	69 742 602 €	16,6%	334 €	2,2%
2013 avr	210 885	13,9%	70 862 182 €	16,1%	336 €	1,9%
2013 mai	213 052	13,8%	71 724 951 €	17,9%	337 €	3,6%
2013 juin	215 268	13,8%	72 172 100 €	17,0%	335 €	2,8%
2013 juil	217 484	13,7%	73 143 297 €	16,1%	336 €	2,1%
2013 août	219 702	13,6%	72 918 405 €	14,8%	332 €	1,1%
2013 sept	221 854	13,5%	73 800 459 €	15,8%	333 €	2,1%
2013 oct	224 072	13,3%	74 367 430 €	14,3%	332 €	0,8%
2013 nov	226 248	13,2%	74 417 521 €	12,2%	329 €	-0,8%
2013 déc	228 397	13,0%	75 204 880 €	12,4%	329 €	-0,6%
2014 janv	230 491	12,8%	75 715 313 €	11,1%	328 €	-1,5%
2014 févr	232 636	12,6%	76 083 676 €	9,9%	327 €	-2,4%
2014 mars	234 712	12,4%	77 013 913 €	10,4%	328 €	-1,8%
2014 avr	236 870	12,3%	77 485 458 €	9,3%	327 €	-2,6%
2014 mai	239 067	12,2%	77 627 647 €	8,2%	325 €	-3,5%
2014 juin	241 180	12,0%	78 252 414 €	8,4%	324 €	-3,2%
2014 juil	243 202	11,8%	78 409 415 €	7,2%	322 €	-4,1%
2014 août	245 068	11,5%	78 552 894 €	7,7%	321 €	-3,4%
2014 sept	246 901	11,3%	79 274 570 €	7,4%	321 €	-3,5%
2014 oct	248 611	11,0%	80 015 615 €	7,6%	322 €	-3,0%
2014 nov	250 298	10,6%	80 058 173 €	7,6%	320 €	-2,8%
2014 déc	251 953	10,3%	81 261 588 €	8,1%	323 €	-2,0%

Source : RSI

 CCMSA – Métropole et Dom – Décembre 2014

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par Bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	125 545	-5,1%	42 410 354 €	4,6%	338 €	10,1%
2008 déc	120 581	-4,0%	41 335 635 €	-2,5%	343 €	1,5%
2009 déc	110 749	-8,2%	37 954 525 €	-8,2%	343 €	0,0%
2010 déc	99 014	-10,6%	33 435 897 €	-11,9%	338 €	-1,5%
2011 déc	92 394	-6,7%	31 350 278 €	-6,2%	339 €	0,5%
2012 déc	87 665	-5,1%	32 297 892 €	3,0%	368 €	8,6%
2013 déc	86 132	-1,7%	31 105 116 €	-3,7%	361 €	-2,0%
2014 déc	95 740	11,2%	34 448 475 €	10,7%	360 €	-0,4%
Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2012 janv	91 833	-6,5%	31 276 146 €	-6,5%	341 €	0,0%
2012 févr	91 282	-6,4%	31 140 453 €	-6,4%	341 €	0,0%
2012 mars	90 740	-6,3%	30 892 948 €	-5,8%	340 €	0,5%
2012 avr	90 377	-6,0%	30 775 107 €	-5,2%	341 €	0,8%
2012 mai	89 949	-5,8%	30 359 555 €	-7,1%	338 €	-1,4%
2012 juin	89 573	-5,5%	31 316 545 €	-2,6%	350 €	3,1%
2012 juil	89 250	-5,3%	31 664 549 €	-0,8%	355 €	4,7%
2012 août	88 940	-5,1%	31 728 141 €	-0,1%	357 €	5,3%
2012 sept	88 630	-5,0%	31 815 648 €	0,6%	359 €	5,9%
2012 oct	88 315	-5,0%	32 332 319 €	2,6%	366 €	8,0%
2012 nov	87 947	-5,2%	32 426 399 €	2,7%	369 €	8,3%
2012 déc	87 665	-5,1%	32 297 892 €	3,0%	368 €	8,6%
2013 janv	87 438	-4,8%	32 569 563 €	4,1%	372 €	9,4%
2013 févr	87 208	-4,5%	32 708 929 €	5,0%	375 €	9,9%
2013 mars	86 977	-4,1%	32 821 040 €	6,2%	377 €	10,8%
2013 avr	86 644	-4,1%	33 010 631 €	7,3%	381 €	11,9%
2013 mai	86 399	-3,9%	33 069 885 €	8,9%	383 €	13,4%
2013 juin	86 203	-3,8%	32 190 767 €	2,8%	373 €	6,8%
2013 juil	86 009	-3,6%	32 122 115 €	1,4%	373 €	5,3%
2013 août	85 856	-3,5%	31 957 239 €	0,7%	372 €	4,3%
2013 sept	85 777	-3,2%	31 872 718 €	0,2%	372 €	3,5%
2013 oct	85 814	-2,8%	31 479 122 €	-2,6%	367 €	0,2%
2013 nov	85 920	-2,3%	31 281 953 €	-3,5%	364 €	-1,3%
2013 déc	86 132	-1,7%	31 105 116 €	-3,7%	361 €	-2,0%
2014 janv	86 447	-1,1%	31 020 518 €	-4,8%	359 €	-3,7%
2014 févr	86 850	-0,4%	31 111 975 €	-4,9%	358 €	-4,5%
2014 mars	87 402	0,5%	31 118 433 €	-5,2%	356 €	-5,6%
2014 avr	88 105	1,7%	31 418 748 €	-4,8%	357 €	-6,4%
2014 mai	88 893	2,9%	31 570 002 €	-4,5%	355 €	-7,2%
2014 juin	89 739	4,1%	31 756 487 €	-1,3%	354 €	-5,2%
2014 juil	90 677	5,4%	31 938 391 €	-0,6%	352 €	-5,7%
2014 août	91 655	6,8%	32 156 344 €	0,6%	351 €	-5,7%
2014 sept	92 683	8,1%	32 656 175 €	2,5%	352 €	-5,2%
2014 oct	93 760	9,3%	33 215 768 €	5,5%	354 €	-3,4%
2014 nov	94 840	10,4%	33 625 060 €	7,5%	355 €	-2,6%
2014 déc	95 740	11,2%	34 448 475 €	10,7%	360 €	-0,4%

Source : CCMSA

5.3. ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE EN DROITS CONSTATÉS⁶¹ PAR POSTE – SUR 3 ANS

● CNAMTS (SLM inclus) – Métropole – Décembre 2013

CNAMTS		Dépense	Montants unitaires			Croissance	
Métropole		2013	2011	2012	2013	2011/2012	2012/2013
Effectifs CMU-C RO			2 948 954	3 009 400	3 184 026	2,0%	5,8%
Total		1 406 569 892 €	453 €	453 €	442 €	-0,2%	-2,4%
Ville		1 014 252 395 €	326 €	324 €	319 €	-0,8%	-1,6%
	Honoraires médicaux (1,2)	236 538 402 €	77 €	76 €	74 €	-1,5%	-2,5%
	Forfaits CMU (10,11,12,13)	214 280 203 €	67 €	67 €	67 €	0,8%	-0,1%
	Autres (3,4,5,6,7,8,9)	563 433 790 €	182 €	180 €	177 €	-1,1%	-1,8%
Hôpital		392 317 497 €	127 €	129 €	123 €	1,5%	-4,5%
	Prestations hospitalières (14)	283 685 790 €	89 €	92 €	89 €	4,1%	-3,3%
	Forfait hospitalier (15)	108 631 707 €	38 €	37 €	34 €	-4,4%	-7,3%
Détail		1 406 569 892 €	453 €	453 €	442 €	-0,2%	-2,4%
1	Honoraires des généralistes	154 307 659 €	52 €	51 €	48 €	-2,9%	-4,1%
2	Honoraires des spécialistes	82 230 743 €	25 €	26 €	26 €	1,4%	0,6%
3	Honoraires dentaires	82 893 275 €	26 €	26 €	26 €	0,6%	0,7%
4	Honoraires paramédicaux	77 742 903 €	22 €	23 €	24 €	5,3%	4,7%
5	Médicaments	278 066 498 €	97 €	92 €	87 €	-4,5%	-5,4%
6	Dispositifs médicaux	47 437 538 €	13 €	14 €	15 €	9,1%	4,3%
7	Analyse et biologie	51 134 781 €	17 €	16 €	16 €	-2,7%	-0,2%
8	Frais de transport	24 236 888 €	7 €	8 €	8 €	2,0%	0,7%
9	Autres prestations en nature	1 921 907 €	0,7 €	0,7 €	0,6 €	4,8%	-16,9%
10	Forfaits proth. dentaires	164 060 453 €	52 €	52 €	52 €	0,3%	-0,4%
11	Forfaits orthodontie	26 627 628 €	8 €	8 €	8 €	5,3%	1,3%
12	Forfaits optique médicale	21 812 820 €	7 €	7 €	7 €	0,1%	1,1%
13	Forfaits proth. auditives	1 779 302 €	0,6 €	0,6 €	0,6 €	-0,1%	-0,5%
14	Prestations hospitalières	283 685 790 €	89 €	92 €	89 €	4,1%	-3,3%
15	Forfait journalier	108 631 707 €	38 €	37 €	34 €	-4,4%	-7,3%

Sources : CNAMTS et SLM

⁶¹ Voir 9 Points techniques, p.160, Dépense CMU-C – Différence entre dépense en trésorerie et dépense en droits constatés

5.4. DÉPENSE MOYENNE EN DROITS CONSTATÉS FRANCE ENTIÈRE ET PAR DÉPARTEMENT

 CNAMTS (SLM inclus) – Décembre 2013

Département	Effectifs	Dépense	Total	Ville	Hôpital
Métropole	3 183 802	1 406 569 892 €	442 €	319 €	123 €
Dom	491 469	194 573 412 €	396 €	309 €	87 €
France entière	3 675 270	1 601 143 303 €	436 €	317 €	118 €

Département	Effectifs	Dépense	Total	Ville	Hôpital
01 Ain	11 932	5 149 489 €	432 €	270 €	161 €
02 Aisne	37 082	15 224 501 €	411 €	289 €	121 €
03 Allier	16 545	6 053 470 €	366 €	233 €	133 €
04 Alpes-Haute-Provence	6 455	2 645 300 €	410 €	285 €	124 €
05 Hautes-Alpes	3 486	1 552 660 €	445 €	287 €	159 €
06 Alpes-Maritimes	49 775	25 600 075 €	514 €	397 €	117 €
07 Ardèche	8 468	3 213 547 €	379 €	252 €	127 €
08 Ardennes	22 508	9 852 718 €	438 €	311 €	127 €
09 Ariège	8 644	3 445 577 €	399 €	290 €	108 €
10 Aube	19 636	7 863 579 €	400 €	286 €	114 €
11 Aude	25 935	11 733 061 €	452 €	337 €	116 €
12 Aveyron	7 274	3 246 153 €	446 €	273 €	173 €
13 Bouches-du-Rhône	188 555	104 398 694 €	554 €	440 €	114 €
14 Calvados	22 203	9 927 132 €	447 €	285 €	162 €
15 Cantal	3 395	1 998 966 €	589 €	285 €	304 €
16 Charente	16 850	6 486 582 €	385 €	260 €	125 €
17 Charente-Maritime	24 386	11 025 581 €	452 €	288 €	165 €
18 Cher	16 231	6 181 470 €	381 €	258 €	123 €
19 Corrèze	7 341	3 955 336 €	539 €	246 €	293 €
201 Corse-du-Sud	3 777	1 933 925 €	512 €	348 €	164 €
202 Haute-Corse	5 433	2 396 685 €	441 €	332 €	109 €
21 Côte-d'Or	18 681	8 875 965 €	475 €	318 €	157 €
22 Côtes-d'Armor	13 100	6 090 431 €	465 €	293 €	172 €
23 Creuse	4 859	1 904 231 €	392 €	232 €	159 €
24 Dordogne	17 079	7 733 814 €	453 €	259 €	194 €
25 Doubs	20 956	9 883 728 €	472 €	312 €	160 €
26 Drôme	11 370	4 861 516 €	428 €	292 €	135 €
27 Eure	27 509	10 387 260 €	378 €	237 €	141 €
28 Eure-et-Loir	17 531	6 670 807 €	381 €	271 €	110 €
29 Finistère	19 601	9 390 775 €	479 €	282 €	197 €
30 Gard	57 996	25 600 307 €	441 €	344 €	98 €
31 Haute-Garonne	65 971	31 466 660 €	477 €	357 €	120 €
32 Gers	7 610	3 688 970 €	485 €	297 €	188 €
33 Gironde	56 761	24 757 253 €	436 €	329 €	107 €
34 Hérault	75 333	37 974 504 €	504 €	392 €	112 €
35 Ille-et-Vilaine	30 598	13 100 556 €	428 €	291 €	137 €
36 Indre	10 125	3 753 034 €	371 €	254 €	117 €
37 Indre-et-Loire	20 760	8 320 404 €	401 €	277 €	123 €
38 Isère	42 049	17 530 221 €	417 €	291 €	126 €
39 Jura	7 242	3 545 509 €	490 €	292 €	198 €
40 Landes	12 995	5 258 168 €	405 €	296 €	108 €
41 Loir-et-Cher	9 807	3 625 008 €	370 €	239 €	131 €
42 Loire	29 765	12 191 426 €	410 €	284 €	126 €
43 Haute-Loire	3 489	1 391 835 €	399 €	252 €	147 €
44 Loire-Atlantique	36 920	14 726 466 €	399 €	278 €	121 €
45 Loiret	31 157	11 200 092 €	359 €	249 €	111 €
46 Lot	6 281	2 710 475 €	432 €	259 €	172 €
47 Lot-et-Garonne	16 841	6 862 118 €	407 €	292 €	115 €

	Département	Effectifs	Dépense	Total	Ville	Hôpital
48	Lozère	2 064	2 052 086 €	994 €	258 €	736 €
49	Maine-et-Loire	26 574	10 644 370 €	401 €	258 €	143 €
50	Manche	14 872	5 368 023 €	361 €	236 €	124 €
51	Marne	31 478	13 009 177 €	413 €	284 €	129 €
52	Haute-Marne	8 113	3 500 276 €	431 €	279 €	152 €
53	Mayenne	8 322	3 262 392 €	392 €	246 €	146 €
54	Meurthe-et-Moselle	38 545	18 419 816 €	478 €	345 €	133 €
55	Meuse	8 070	4 084 827 €	506 €	299 €	207 €
56	Morbihan	14 972	6 190 461 €	413 €	274 €	140 €
57	Moselle	48 999	16 681 081 €	340 €	255 €	85 €
58	Nièvre	9 730	4 081 382 €	419 €	252 €	167 €
59	Nord	242 996	107 263 553 €	441 €	328 €	113 €
60	Oise	37 311	15 187 055 €	407 €	273 €	135 €
61	Orne	13 655	5 739 003 €	420 €	251 €	170 €
62	Pas-de-Calais	130 958	54 936 955 €	420 €	313 €	106 €
63	Puy-de-Dôme	23 731	9 411 298 €	397 €	273 €	124 €
64	Pyrénées-Atlantiques	21 622	11 970 545 €	554 €	330 €	224 €
65	Hautes-Pyrénées	10 235	4 826 585 €	472 €	301 €	171 €
66	Pyrénées-Orientales	40 615	17 060 550 €	420 €	326 €	94 €
67	Bas-Rhin	49 290	21 073 994 €	428 €	337 €	91 €
68	Haut-Rhin	33 254	11 286 274 €	339 €	251 €	89 €
69	Rhône	95 459	42 093 653 €	441 €	312 €	129 €
70	Haute-Saône	8 933	4 176 831 €	468 €	267 €	201 €
71	Saône-et-Loire	18 896	7 717 026 €	408 €	262 €	147 €
72	Sarthe	25 353	9 464 693 €	373 €	243 €	130 €
73	Savoie	8 141	3 235 249 €	397 €	253 €	144 €
74	Haute-Savoie	13 302	6 167 152 €	464 €	289 €	175 €
75	Paris	132 312	73 138 393 €	553 €	418 €	134 €
76	Seine-Maritime	71 741	28 139 356 €	392 €	261 €	131 €
77	Seine-et-Marne	47 534	17 324 520 €	364 €	258 €	106 €
78	Yvelines	47 257	20 777 438 €	440 €	309 €	130 €
79	Deux-Sèvres	11 143	4 572 021 €	410 €	246 €	164 €
80	Somme	39 825	16 836 558 €	423 €	300 €	123 €
81	Tarn	19 187	7 858 731 €	410 €	291 €	118 €
82	Tarn-et-Garonne	13 050	5 697 087 €	437 €	310 €	126 €
83	Var	53 588	26 734 931 €	499 €	368 €	131 €
84	Vaucluse	33 760	15 338 111 €	454 €	329 €	126 €
85	Vendée	12 194	5 238 151 €	430 €	281 €	148 €
86	Vienne	21 184	8 304 181 €	392 €	257 €	135 €
87	Haute-Vienne	19 985	7 952 784 €	398 €	280 €	118 €
88	Vosges	16 043	8 299 457 €	517 €	299 €	218 €
89	Yonne	14 263	4 997 108 €	350 €	223 €	127 €
90	Territoire-de-Belfort	7 003	2 754 034 €	393 €	259 €	135 €
91	Essonne	58 563	23 303 365 €	398 €	278 €	120 €
92	Hauts-de-Seine	63 343	28 842 633 €	455 €	331 €	125 €
93	Seine-Saint-Denis	180 920	75 745 268 €	419 €	336 €	83 €
94	Val-de-Marne	77 078	33 222 314 €	431 €	329 €	102 €
95	Val-d'Oise	80 042	35 203 112 €	440 €	332 €	108 €
971	Guadeloupe	58 601	22 376 755 €	382 €	284 €	98 €
972	Martinique	69 258	25 851 407 €	373 €	272 €	102 €
973	Guyane	75 495	31 080 923 €	412 €	280 €	132 €
974	Reunion	288 115	115 264 326 €	400 €	330 €	70 €

Source : CNAMTS

A map of France divided into its administrative regions, each labeled with a number from 01 to 96. The regions are color-coded: dark green for Paris and surrounding areas, medium green for other major urban centers, light green for rural areas, and yellow for overseas territories. The map includes labels for each region's name and number, such as 75 Paris, 91 Essonne, 13 Bouches du Rhône, and 97 La Réunion.

Couleur	Montants				Nombre	Dépense	Pourcent Dépense	Effectifs	Pourcent Effectifs
	>=	469 €	<=	981 €	20	409 595 712 €	30,1%	774 612	25,7%
	>=	443 €	<	469 €	19	318 439 759 €	23,4%	703 116	23,4%
	>=	426 €	<	443 €	19	300 477 688 €	22,1%	695 022	23,1%
	>=	404 €	<	426 €	19	154 912 465 €	11,4%	372 236	12,4%
	>=	348 €	<	404 €	19	178 646 336 €	13,1%	464 040	15,4%
					96	1 362 071 960 €	100,0%	3 009 025	100,0%

Sources : CNAMTS, SLM – Outil carte : Philcarto

6 Assiette de la TSA (Taxe de solidarité additionnelle)

6.1. ÉVOLUTIONS DE L'ASSIETTE

De 2002 à 2010

Chiffres d'affaires hors taxes mais y compris contribution

en millions d'euros	2002	2003	2004	2005	2006
Taux de contribution	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	2,5%
Mutuelles	11 264	12 129	13 367	14 454	15 321
Institutions de prévoyance	3 573	3 809	4 041	4 225	4 379
Sociétés d'assurance	3 991	4 538	5 239	5 788	6 344
Totaux	18 828	20 477	22 647	24 467	26 045
Évolutions annuelles		8,8%	10,6%	8,0%	6,4%

Pour le 4^{ème} trimestre 2008 et le 1^{er} trimestre 2009, les chiffres sont bruts.

en millions d'euros	2007	2008	2009	2010
Taux de contribution	2,5%	2,5%	5,9%	5,9%
Mutuelles	15 952	16 435	16 932	17 666
Institutions de prévoyance	4 695	5 126	5 225	5 261
Sociétés d'assurance	6 736	7 561	7 961	8 479
Totaux	27 383	29 122	30 118	31 406
Évolutions annuelles	5,1%	6,4%	3,4%	4,3%

2011

Depuis le 1^{er} janvier 2011, la contribution est devenue une taxe et son taux est passé de 5,9 % à 6,27 %. Le chiffre d'affaires 2011 est présenté hors taxes et hors contribution. L'évolution entre 2010 et 2011 est calculée à partir du chiffre d'affaires 2010 hors taxes et hors contribution (bases comparables).

en millions d'euros	2011
Taux de la taxe	6,27%*
Mutuelles	17 203
Institutions de prévoyance	5 151
Sociétés d'assurance	8 227
Totaux	30 581
Évolution annuelle	3,5%

* Taux de contribution à 5,9 % pour les contrats dont la date d'échéance principale du contrat était antérieure au 01/01/2011.

2012 – 2013

Les chiffres affichés sont des chiffres bruts, qui prennent en compte des changements de méthode de comptabilisation et/ou des décalages de certaines déclarations d'un exercice sur l'autre.

Dans le cadre des nouvelles modalités de remboursement introduites par la LFSS pour 2013, les OC ont complété un tableau récapitulatif⁶², destiné à retracer les données définitives relatives aux opérations réalisées en 2013 au titre de la TSA (taxe solidarité additionnelle).

en millions d'euros	2012	2013	
		Déclarations trimestrielles	Déclarations TR
Taux de la taxe	6,27%	6,27%	6,27%
Mutuelles	17 579	17 867	17 857
Institutions de prévoyance	5 746	5 806	5 805
Sociétés d'assurance	8 820	9 239	9 244
Totaux	32 144	32 912	32 906
Évolutions annuelles	5,1%	2,4%	2,4%

⁶² TR : tableau récapitulatif annuel, fourni au cours de l'année N+1, le premier TR a été fourni en 2014, au titre de l'année 2013.

Pour 2013, les données issues des Déclarations TR font l'objet d'une estimation sur la base de 584 TR saisis sur 609 OC, soit 25 TR manquant à fin novembre 2014. Le 4^{ème} trimestre 2014 sera disponible à partir du 31/01/2015

► *Détail T 1, T 2, T 3, T 4 2014, en millions d'euros*

2014	1er trimestre	2ème trimestre	3ème trimestre	4ème trimestre	Total
Mutuelle	4 932	4 379	4 365	4 369	18 044
Institution de Prévoyance	1 512	1 527	1 481	1 772	6 291
Assurance	3 454	1 900	2 034	2 183	9 571
Total	9 898	7 805	7 879	8 324	33 906
Évolution par rapport à T N-1	3,5%	2,3%	2,6%	3,5%	3,0%

Évolution Total T 1, T 2, T 3, T 4 2014 / Total T 1, T 2, T 3, T 4 2013

► *Structure de la répartition du chiffre d'affaires santé selon la nature des organismes en 2002 et en 2014*

	2002	2014
Mutuelle	59,8%	53,2%
Institution de Prévoyance	19,0%	18,6%
Assurance	21,2%	28,2%
Total	100,0%	100,0%

6.2. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Sont retenus les OC ayant déclaré un chiffre d'affaires supérieur à 0.

► *De 2002 à 2014*

	Nombre OC		Structure OC	
	2002	2014	2002	2013
Mutuelle	1 359	450	88,8%	78,6%
Institution de Prévoyance	51	26	3,4%	4,5%
Assurance	120	97	7,8%	16,9%
	1 530	573	100,0%	100,0%

6.3. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES INSCRITS SUR LA LISTE DES OC GESTIONNAIRES DE LA CMU-C

► *De 2005 à 2015*

Année	Mutuelle	Assurance	Institution de Prévoyance	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	34	19	321

6.4. LES 50 PREMIERS ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Classement par chiffre d'affaires – Exercice 2014

Type d'OC : M : Mutuelle, A : Société d'assurance, IP : Institution de prévoyance

Type	N° SIREN	Nom OC	CP	Assiette Taxe	Nb moyen Bénéficiaires	
					CMU-C	ACS
M	538 518 473	Harmonie Mutuelle	75 015	2 241 915 307 €	129 473	99 680
M	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75 015	1 421 957 851 €	11 425	10 297
A	310 499 959	AXA France vie	92 727	1 414 158 393 €	16 528	27 820
IP	784 621 468	BTP prévoyance	75 294	1 203 339 717 €	18 682	18 646
IP	410 005 110	Humanis Prévoyance	75 116	1 135 598 005 €	1 284	632
A	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	92 682	912 365 270 €	212	19 599
IP	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	75 317	869 359 601 €	1 753	777
M	775 685 340	MG - Mutuelle générale	75 634	803 589 737 €	10 059	9 300
IP	333 232 270	AG2R prévoyance	75 680	763 323 739 €	0	1 660
M	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	75 016	684 558 443 €	45 794	40 954
A	602 062 481	Generali vie	75 009	645 388 314 €	0	4 778
A	542 110 291	Allianz IARD	75 113	641 412 403 €	25 116	24 482
M	503 380 081	Mutuelle UNEO	92 120	566 507 060 €	2 228	1 436
M	775 606 361	MNH – Mut. nle hospitaliers, pro. santé et social	45 213	557 534 567 €	6 713	6 831
M	311 799 878	Mutuelle ADREA	69 003	552 131 661 €	26 073	22 889
A	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67 906	465 777 050 €	18 003	14 728
M	331 542 142	MAAF santé	79 030	451 614 784 €	56 944	32 904
A	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75 015	450 919 395 €	24 503	24 042
A	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	75 423	443 341 737 €	4	6 560
M	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75 311	430 888 054 €	7 382	6 032
A	340 234 962	Allianz Vie	75 002	427 921 213 €	0	0
IP	318 990 736	Uniprévoyance	94 307	420 637 922 €	0	510
A	440 048 882	MMA IARD	72 030	413 461 686 €	13 987	16 381
A	340 427 616	Groupama Gan Vie	75 008	397 433 740 €	338	514
M	779 558 501	MACIF mutualité	79 037	326 256 590 €	18 377	28 756
M	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75 317	325 827 264 €	975	3 384
M	775 627 391	Mutuelle Apreva	59 306	293 827 638 €	14 250	17 027
A	306 522 665	AVIVA assurances	92 271	285 593 468 €	6 869	12 072
M	382 565 745	Primamut	75 680	284 739 183 €	0	5 103
IP	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interpro. salariés	94 684	283 142 629 €	459	236
IP	397 498 783	Klésia Prévoyance	75 017	247 232 898 €	39	4
M	302 927 553	Mutuelle Micils	69 300	231 423 202 €	1 341	2 559
IP	341 334 795	Réunica prévoyance	92 599	218 694 573 €	177	17
IP	321 862 500	APICIL prévoyance	69 300	211 973 586 €	0	154
M	775 685 365	Mutuelle Intérieure	75 009	211 426 475 €	270	472
M	434 243 085	Mutuelle Ociane	33 054	207 659 516 €	15 773	14 141
A	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	35 012	206 957 054 €	4 837	4 815
IP	384 268 413	Audiens prévoyance	92 177	201 331 905 €	0	112
M	499 982 098	MGEFI-Mutuelle gle, économie, finances, industrie	75 481	193 008 248 €	299	386
M	777 927 120	VIASANTE	19 311	189 521 191 €	6 465	10 810
A	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	75 009	182 614 134 €	783	3 577
M	775 671 993	Mutuelle bleue	77 014	179 684 415 €	10 559	12 813
M	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17 034	176 315 194 €	5 975	22 123
A	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	31 131	176 186 832 €	4 208	6 389
A	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69 251	166 774 071 €	5 053	5 222
M	783 711 997	M comme mutuelle	59 000	166 663 946 €	5 146	6 099
M	529 168 007	UMC Santé	75 534	157 994 519 €	2 634	3 216
M	775 659 907	Mutuelle mieux-être	75 544	153 568 062 €	572	2 137
M	339 358 681	Mutuelle Humanis Nationale	41 931	152 757 863 €	259	2 206
A	542 063 797	GAN assurances IARD	75 008	152 707 674 €	2 912	4 899

7 Budget du Fonds CMU

Données budgétaires – Décembre 2014

En millions d'euros	Définitif									
	2010 (déf)	% évol	2011 (déf)	% évol	2012 (déf)	% évol	2013 (déf)	% évol	2014 (déf)	% évol
RECETTES										
Dotation budgétaire de l'Etat (LFI)										
Taxe alcool										
Taxe tabacs					42		352	-	354	0,6%
Taxe des organismes complémentaires	1 856	3,6%	1 940	4,5%	2 042	5,3%	2 082	2,0%	2 139	2,7%
Dotation assurance maladie										
TOTAL RECETTES	1 856	3,6%	1 940	4,5%	2 084	7,4%	2 434	16,8%	2 493	2,4%
DEPENSES										
Versements aux régimes de base	1 343	-0,2%	1 370	2,0%	1 402	2,3%	1 581	12,8%	1 740	10,1%
Déductions CMU-C	244	6,1%	251	2,9%	258	2,8%	264	2,3%	278	5,3%
Déductions ACS	139	24,1%	165	18,7%	195	18,2%	234	20,0%	275	17,5%
Total déductions organismes complémentaires	383	12,0%	416	8,6%	453	8,9%	498	9,9%	553	11,0%
Provisions et écritures de clôture			35		24	-31,43%	17	-29,2%	19	11,8%
Reversement CNAMTS	101	21,7%					337		155	-54,0%
Gestion administrative	1		1		1		1		1	
TOTAL DEPENSES	1 828	3,2%	1 787	-2,2%	1 880	5,2%	2 434	29,5%	2 468	1,4%
Rectification par rapport aux comptes (a)										
RESULTAT DE L'ANNEE (après transfert CNAMTS)	28		153		204		0		25	
RESULTAT CUMULE (après transfert CNAMTS)	129		153		204		204		229	
<i>Pour information : reversement CNAMTS</i>			129		153					

Evolution CMU-C et ACS : prise en compte de la revalorisation des plafonds de ressources à compter du 01/07/2013

Evolution ACS pour les années antérieures : prise en compte revalorisation plafonds à CMUC + 26% au 01/01/2011 et à CMUC + 35% au 01/01/2012

(a) Pour 2008, rectification du report à nouveau ("recollement" ACOSS).

Les données 2010 pour les dépenses intègrent la nouvelle méthode de comptabilisation (provisions T4 et report à nouveau).

À partir de 2011, les écarts ACOSS et le montant des provisions comptables apparaissent au niveau de la ligne "Provisions et écritures de clôture".

PLFSS pour 2013 : Reversement à la CNAMTS de la totalité des excédents du Fonds en 2013 et, pour les années suivantes, dans la limite des dépenses réelles de la CNAMTS

8 Montants des plafonds de ressources et des minima sociaux

8.1. PLAFONDS MENSUELS DE RESSOURCES POUR L'ATTRIBUTION DE LA CMU-C ET DE L'ACS

➤ Au 1^{er} juillet 2014

Les plafonds pour la CMU-C et l'ACS sont revalorisés au 1^{er} juillet de chaque année.

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Par personne supplémentaire
Plafonds CMU-C en Métropole	720 €	1 081 €	1 297 €	1 513 €	288,151 €
Plafonds CMU-C dans les DOM	802 €	1 203 €	1 443 €	1 684 €	320,712 €
Plafonds ACS en Métropole	973 €	1 459 €	1 751 €	2 042 €	389,003 €
Plafonds ACS dans les DOM	1 082 €	1 624 €	1 948 €	2 273 €	432,961 €

Source : Fonds CMU

8.2. MONTANTS MENSUELS DES FORFAITS LOGEMENT

➤ Montants applicables en 2015

Les personnes ayant à leur disposition un logement pour lequel elles ne payent pas de loyer (propriétaire, personne logée à titre gratuit) ou bénéficiant d'une aide au logement, se voient appliquer un forfait logement qui est inclus dans le calcul de leurs ressources. Ce montant varie selon la composition familiale. Il est révisé chaque année, en référence au RSA socle, et doit être déterminé pour chaque mois de la période de référence (les montants mensuels 2014 s'appliquent pour les mois de la période de référence situés en 2014, les montants mensuels 2015 s'appliquent pour les mois de la période de référence situés en 2015).

	Propriétaire ou occupant à titre gratuit		Bénéficiaire d'une aide au logement	
	Montants mensuels pour 2015	Montants mensuels pour 2014	Montants mensuels pour 2015	Montants mensuels pour 2014
1 personne	12 % du RSA* socle 1 personne, soit 61,67 euros	12 % du RSA* socle 1 personne, soit 59,92 € (1) 61,12 € (2)	12 % du RSA* socle 1 personne, soit 61,67 euros	12 % du RSA* socle 1 personne, soit 59,92 € (1) 61,12 € (2)
2 personnes	14 % du RSA* socle 2 personnes, soit 107,91 euros	14 % du RSA* socle 2 personnes, soit 104,86 € (1) 106,95 € (2)	16 % du RSA* socle 2 personnes, soit 123,33 euros	16 % du RSA* socle 2 personnes, soit 119,84 € (1) 122,23 € (2)
3 personnes ou +	14 % du RSA* socle 3 personnes, soit 129,50 euros	14 % du RSA* socle 3 personnes, soit 125,83 € (1) 128,34 € (2)	16,5 % du RSA* socle 3 personnes, soit 152,62 euros	16,5 % du RSA* socle 3 personnes, soit 148,30 € (1) 151,26 € (2)

* RSA socle : montant forfaitaire du RSA déterminé en fonction de la composition du foyer (Art. L.262-2 du code de l'action sociale et des familles).

(1) : montant du forfait logement du 1^{er} janvier au 31 août

(2) : montant du forfait logement du 1^{er} septembre au 31 décembre

8.3. PLAFONDS ANNUELS D'EXONÉRATION DE COTISATION À LA CMU DE BASE

➤ *Au 1^{er} octobre 2014*

Jusqu'en 2013, les plafonds d'exonération de cotisation à la CMU-B s'appliquent du 1^{er} octobre de l'année N au 30 septembre de l'année N+1. Pour 2014, le plafond s'applique du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015.

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CMU de base	6 849 €	6 965 €	7 083 €	8 644 €	8 774 €	9 020 €

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CMU de base	9 029 €	9 164 €	9 356 €	9 534 €	9 601 €	9 601 €

Source : Fonds CMU

8.4. MONTANT DES FORFAITS CMU-C, PAR BÉNÉFICIAIRE

Montant annuel versé par bénéficiaire de la CMU-C aux organismes gestionnaires de la CMU-C (régimes obligatoires, organismes complémentaires).

Depuis 2013, les organismes gestionnaires de la CMU-C sont remboursés des dépenses de CMU-C sur la base des dépenses réellement engagées dans la limite d'un montant forfaitaire par an et par bénéficiaire.

Année	2003	2004	2005	2006 à 2008	2009 à 2012	2013	2014	2015
Remboursement	Forfait					Dépense réelle dans la limite du forfait		
Montant	283,0 €	300,0 €	304,5 €	340,0 €	370,0 €	400,0 €	405,0 €	408,0 €

Source : Fonds CMU

8.5. MONTANT ANNUEL DE L'ACS, PAR BÉNÉFICIAIRE

➤ *Historique des montants annuels de l'ACS*

Date d'application	Montant de l'aide attribuée en fonction de l'âge du bénéficiaire					Source législative (art. L.863-1 du CSS)
	moins de 16 ans	de 16 à 24 ans	de 25 à 49 ans	de 50 à 59 ans	à partir de 60 ans	
01/01/2005	75 €	75 €	150 €	150 €	250 €	L 2004-810 du 13/08/2004, art. 56-I-A
01/01/2006	100 €	100 €	200 €	200 €	400 €	LFSS 2006, art. 53-II
01/08/2009	100 €	100 €	200 €	350 €	500 €	L 2009-879 du 21/07/2009, art.58
01/01/2010	100 €	200 €	200 €	350 €	500 €	LFI 2010, art.133
01/01/2014	100 €	200 €	200 €	350 €	550 €	LFSS 2014, art 56

8.6. MONTANT DES MINIMA SOCIAUX

🟢 Mise à jour au 1^{er} janvier 2015

Montants mensuels

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Personne supplémentaire
RSA (Revenu de solidarité active) socle	514 €	771 €	925 €	1 079 €	206 €
AAH (Allocation Adulte Handicapé)	800 €				
AAH + MVA (Majoration Vie Autonome*)	966 €				
AAH + CPLT de ressources**	980 €				
ASS (Allocation de solidarité spécifique) pour un mois de 30 jours (16,25 €/jour)	488 €				
ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées)	800 €	1 242 €			
SMIC net au 1er janvier 2015 pour 35 heures (montant moyen à titre indicatif)	1 137 €				

* Majoration pour vie autonome : 104,77 €

Supplément versé aux bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas et disposant d'un logement autonome pour lequel ils perçoivent une aide au logement

** Complément de ressources : 179,31 €

Versé aux bénéficiaires de l'AAH ayant une capacité de travail inférieure à 5 % et disposant d'un logement autonome

8.7. COMPARATIF ENTRE LE SEUIL DE PAUVRETÉ ET LES PLAFONDS DE LA CMU-C ET DE L'ACS

Montants pour une personne seule en métropole. Le « Rapport Plafond CMU-C (ou ACS) / Seuil de pauvreté 60 % » pour 2012 et 2013 et 2014 est calculé sur la base du dernier Seuil de pauvreté connu (2012), en euros courants.

CMU-C		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Plafond CMU-C	Annuel	7 521 €	7 611 €	7 771 €	7 934 €	8 593 €	8 645 €
	Mensuel	627 €	634 €	648 €	661 €	716 €	720 €
Seuil de pauvreté en € courants à 60 % du revenu médian	Annuel	11 448 €	11 484 €	11 724 €	11 844 €	ND	ND
	Mensuel	954 €	957 €	977 €	987 €	ND	ND
Taux d'évolution du plafond CMU-C		1,0%	1,2%	2,1%	2,1%	8,3%	0,6%
Taux d'évolution du seuil de pauvreté 60%		0,5%	0,3%	2,1%	1,0%	ND	ND
Rapport Plafond CMU-C Seuil Pauvreté 60%		65,7%	66,3%	66,3%	67,0%	72,6%*	73,0%*
ACS		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Plafond ACS	Annuel	9 025 €	9 590 €	9 792 €	10 711 €	11 600 €	11 670 €
	Mensuel	752 €	799 €	816 €	893 €	967 €	973 €
Seuil de pauvreté en € courants à 60 % du revenu médian	Annuel	11 448 €	11 484 €	11 724 €	11 844 €	ND	ND
	Mensuel	954 €	957 €	977 €	987 €	ND	ND
Taux d'évolution du plafond ACS		1,0%	6,3%	2,1%	9,4%	8,3%	0,6%
Taux d'évolution du seuil de pauvreté 60%		0,5%	0,3%	2,1%	1,0%	ND	ND
Rapport Plafond ACS Seuil Pauvreté 60%		78,8%	83,5%	83,5%	90,4%	97,9%*	98,5%*

* Par rapport au dernier chiffre disponible, 2012 – Sources : Fonds CMU, INSEE

9 Points techniques

■ Estimations des effectifs

Pour les effectifs de la CNAMTS et du RSI, pour un mois M, on effectue une requête le 15 des mois M+2, M+3, M+4 et M+5. Les effectifs sont considérés comme définitifs à la dernière requête.

Exemple : Effectifs du mois de décembre. 1^{ère} requête effectuée le 15 février de l'année N + 1, 2^{ème} le 15 mars, 3^{ème} le 15 avril, 4^{ème} le 15 mai. Les effectifs de décembre sont provisoires les 15 février, 15 mars et 15 avril, et considérés comme définitifs avec la requête du 15 mai.

Les effectifs provisoires font l'objet d'une estimation. Les données brutes sont recalculées en y appliquant un coefficient établi à partir des moyennes, pour les 6 derniers mois, des décalages entre les données définitives et les données de la requête 1, 2 ou 3 selon le mois concerné.

Pour les effectifs de la CCMSA, on n'effectue que 3 requêtes.

Exemple : les effectifs de décembre sont définitifs avec la requête du 15 avril de l'année N + 1.

Les effectifs provisoires font l'objet d'une estimation calculée sur le même mode que pour la CNAMTS et le RSI.

Pour l'annuaire statistique, les chiffres au 31 décembre de l'année N-1 sont donc provisoires.

■ Effectifs CMU-C – CCMSA

La CCMSA a mis en place un nouveau mode de décompte à partir du 1^{er} janvier 2010, ce mode englobe maintenant l'exhaustivité des bénéficiaires. Une rétropolation a été effectuée fin juillet 2010 sur les exercices 2007, 2008, 2009.

■ Effectifs CMU-C – RSI

Depuis janvier 2011, un abattement est appliqué sur les effectifs du RSI, suite aux rapprochements avec les bases du RNIAM, pour les exercices 2007, 2008, 2009 et 2010. Il en découle que, par rapport aux séries antérieurement publiées, les effectifs sont inférieurs et les montants moyens pour la dépense sont supérieurs pour les quatre exercices concernés. L'abattement est actuellement de 5 % sur les assurés et de 5,5 % sur les ayants-droit. Il est susceptible d'être progressivement réduit au fur et à mesure de la résorption du décalage entre les bases du RSI et celles du RNIAM.

Le RSI transmet ses requêtes mensuelles avec des assurés bénéficiaires de la CMU-C qui ne sont rattachés à aucun département, et a fortiori aucune région. Ces assurés sont comptés dans les chiffres nationaux mais ne se retrouvent pas dans les données par département ou région. D'où le léger décalage entre les chiffres globaux et le total des bénéficiaires par département ou région.

■ Effectifs de la CMU de base

En l'état actuel de son système d'information, la CNAMTS ne transmet pas 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. Des données sont transmises ponctuellement pour ces régimes, via des requêtes déployées localement.

■ Données sur la population

Les données concernant la population sont issues de l'INSEE. Il s'agit des populations légales des départements en vigueur au 1^{er} janvier 2015.

■ Dépense CMU-C – Différence entre dépense en trésorerie et dépense en droits constatés

En trésorerie, on retient la totalité de la dépense réglée au cours l'année n, soit celle réglée en année n au titre de l'année n, et celle réglée également en année n, mais au titre des exercices antérieurs. Exemple : pour calculer de coût moyen en trésorerie de l'année 2014, on retient le montant de la dépense au titre de l'exercice 2014 (soins effectués et remboursés en 2014), et le montant de la dépense au titre de l'exercice antérieur (soins effectués en 2013, voire avant 2013, mais remboursés en 2014).

En droits constatés, il faut attendre pour l'année n, les chiffres de l'année n-1 afin obtenir un coût définitif. Exemple : on connaît dès le 31 décembre 2013 le total de la dépense remboursée en 2013 au titre de l'exercice 2013 (soins effectués et remboursés en 2013), mais il faut attendre le 31 décembre 2014 pour connaître le montant de la dépense remboursée en 2014 au titre de l'exercice antérieur (soins effectués en 2013, voire avant 2013, mais remboursés en 2014).

■ Dépense CMU-C – Effectifs pris en compte pour le calcul du coût moyen

Le coût moyen se calcule en année complète mobile (ACM) pour l'exercice en cours, ou en année complète pour un exercice donné.

Pour la dépense, on reprend le total des 12 derniers mois glissants ou des 12 mois de l'année dans le cas d'un exercice complet.

Pour les effectifs, on calcule la moyenne des 12 derniers mois glissants, ou des 12 mois de l'exercice donné, pour les bénéficiaires de la CMU-C dont les droits sont gérés par le régime obligatoire concerné (CMU-C RO). Il est ainsi normal de constater, pour une date donnée, un décalage entre les effectifs CMU-C RO connus à échéance fixe et les effectifs moyens calculés sur les 12 mois qui précèdent cette échéance. Par ailleurs, le total des moyennes des effectifs de la métropole et des Dom peut

différer de quelques unités par rapport à la moyenne métropole et Dom, compte tenu du fait que les chiffres sont présentés sans décimales.

■ Dépense CMU-C – Calcul du coût moyen CNAMTS

La CNAMTS gère la dépense pour le régime général et pour les SLM (Sections locales mutualistes). Il n'est pas possible d'isoler la dépense propre à la CNAMTS. C'est pourquoi le coût moyen CNAMTS est, en fait, calculé en ajoutant les effectifs des bénéficiaires de la CNAMTS et des SLM dont les droits sont gérés par le régime obligatoire (CMU-C RO).

■ Dépense CMU-C – Calcul du coût moyen CCMSA

Les données pour les dépenses de la CCMSA dans les Dom ne sont exhaustives que depuis la fin 2012. Auparavant, elles n'étaient connues que pour deux départements sur les quatre concernés. Un rattrapage a été effectué fin 2012. Pour ce régime, il n'est donc techniquement pas encore possible de calculer une dépense moyenne « métropole et Dom », qui serait faussée par le montant incomplet des Dom. C'est pourquoi n'est publiée que la dépense moyenne « métropole ».

■ Assiette de la taxe de solidarité additionnelle/contribution CMU

Pour 2011, l'examen de l'assiette a été marqué par le contexte du passage de la contribution en taxe (TSA) et de l'instauration de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) sur les contrats responsables, qui sont intervenus à compter du 1^{er} janvier 2011.

Pour que l'évolution entre 2010 et 2011 puisse être interprétée et analysée de façon homogène, celle-ci est calculée à méthode de comptabilisation inchangée, c'est-à-dire hors taxe et hors contribution.

■ Évolutions législatives et réglementaires

Les évolutions mentionnées sont celles qui sont susceptibles d'impacter les dispositifs de la CMU-B, de la CMU-C et de l'ACS du point de vue des effectifs et de la dépense. Cette partie de l'annuaire statistique a pour but d'apporter un éclairage en ce sens, elle n'a pas vocation à réunir l'exhaustivité des textes réglementant les dispositifs.



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.gouv.fr

www.cmu.fr