



# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013

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

# Sommaire

AVANT-PROPOS	02
ÉDITO	04
<b>1. Des effectifs en constante évolution mais un taux de non recours qui reste important</b>	<b>06</b>
<b>1.1. L'évolution plus rapide des effectifs de la CMU-C</b>	<b>07</b>
1.1.1. Le bilan de l'année 2013	07
1.1.1.1. Les effets de la crise économique	07
1.1.1.2. L'impact de la revalorisation du plafond des ressources	09
1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C	11
1.1.2.1. La répartition par régime	11
1.1.2.2. La répartition par département et par région	11
1.1.2.3. La répartition par organisme gestionnaire	14
1.1.2.4. La répartition par tranche d'âge et par sexe	16
1.1.3. Les indicateurs d'accès aux soins	17
1.1.3.1. Les indicateurs du CETAF	17
1.1.3.2. Les indicateurs de la CNAMTS sur le choix du médecin traitant et respect du parcours de soins	19
<b>1.2. La progression régulière des effectifs l'ACS</b>	<b>20</b>
1.2.1. Le bilan de l'année 2013	20
1.2.1.1. Présentation des effectifs	20
1.2.1.2. L'impact de la revalorisation du plafond de ressources	22
1.2.1.3. Les indicateurs ACS	23
1.2.2. Le rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2012	27
1.2.2.1. L'impact sur le prix des contrats du nombre de personnes couvertes et de l'âge	28
1.2.2.2. Les niveaux de couverture des contrats ACS	28
1.2.3. L'actualisation de l'étude comparative ACS/CMU-C	30
1.2.3.1. L'analyse à partir du ratio « ACS/CMU-C »	30
1.2.3.2. L'analyse à partir du ratio « ACS/population »	32
1.2.3.3. L'impact de l'augmentation des effectifs de l'ACS au cours de l'année 2013	33
<b>1.3. La diminution régulière des effectifs de la CMU de base</b>	<b>34</b>
1.3.1. L'évolution en 2013	34
1.3.2. La répartition des bénéficiaires	35
1.3.2.1. L'approche par département	35
1.3.2.2. L'approche par régime d'attribution	37
1.3.3. Le recours à la CMU-C des assurés affiliés au régime 806	37
1.3.4. La répartition des bénéficiaires du régime 801	38
1.3.4.1. Le cas spécifique des travailleurs frontaliers	38
1.3.4.2. La répartition par département des affiliés au régime 801	39
<b>2. Les dépenses restent contenues</b>	<b>40</b>
<b>2.1. L'évolution modérée des dépenses de CMU-C</b>	<b>40</b>
2.1.1. La dépense totale	40
2.1.2. La dépense pour la part CMU-C en droits constatés	40
2.1.3. La dépense en trésorerie du régime général	41
2.1.3.1. Répartition de la dépense agrégée	42
2.1.3.2. Évolution du coût moyen par poste	42
2.1.4. La dépense hospitalière	44
2.1.4.1. La répartition de la dépense hospitalière par type de prestations	44
2.1.4.2. La dépense hospitalière par département	45
<b>2.2. Le coût de l'ACS reste minime</b>	<b>47</b>
2.2.1. Le coût global	47
2.2.2. La dépense moyenne par bénéficiaire et par tranche d'âge	47
<b>2.3. L'impact des dernières mesures</b>	<b>47</b>
<b>3. Les comptes du Fonds CMU</b>	<b>48</b>
<b>3.1. Une stabilisation de la croissance du chiffre d'affaires des OC</b>	<b>48</b>
3.1.1. L'évolution globale entre 2012 et 2013	48
3.1.2. Le contrôle de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires	52
3.1.3. Le contrôle des bénéficiaires	53

<b>3.2. Le financement des dispositifs</b>	<b>54</b>
3.2.1. Les changements introduits par les lois de financement de la sécurité sociale et de finances pour 2013	54
3.2.2. Les comptes du Fonds pour 2013	55
3.2.2.1 Un résultat toujours excédentaire	55
3.2.2.2 Une trésorerie désormais suffisante	56
3.2.2.3 Présentation des travaux de rapprochements comptables	58
<b>4. Les activités du Fonds CMU</b>	<b>60</b>
4.1. Le VI <sup>ème</sup> rapport d'évaluation de la loi CMU	60
4.2. Les travaux visant à offrir une complémentaire santé de qualité au meilleur coût	61
4.3. L'évolution du panier de soins de la CMU-C	62
4.3.1. La révision du panier de soins pour l'optique et l'audioprothèse	
4.3.2. La révision du panier de soins pour le dentaire	
4.4. La communication sur les dispositifs et le développement des partenariats	68
4.4.1. La communication sur les dispositifs	
4.4.1.1 Les actions de communication	
4.4.1.2 Le site internet	
4.4.1.3 L'annuaire statistique	
4.4.1.4 La note de conjoncture	
4.4.1.5 Références CMU	
4.4.2. Le partenariat avec les associations	
4.5. La liste des organismes gérant la CMU-C	70
4.6. Les études du Fonds CMU	72
4.6.1. Le non recours à l'ACS	72
4.6.2. Le non renouvellement de l'ACS	73
4.6.3. La gestion des bénéficiaires de la CMU-C par les organismes complémentaires agréés	75
GLOSSAIRE	77
ANNEXES	79
1. Les missions du Fonds CMU	79
2. Présentation de la CMU et de l'ACS	81
3. Rappel sur les dernières évolutions législatives et réglementaires	84
4. Composition du conseil d'administration	90
5. Composition du conseil de surveillance	90
6. Organigramme du Fonds CMU au 01/01/2014	92
7. Les 100 premiers OC (chiffre d'affaires et effectifs)	93
ANNUAIRE STATISTIQUE	97
1. Chiffres clés	97
2. Points techniques	98
3. Effectifs CMU-C	100
4. Dépense pour la part CMU-C	106
5. Effectifs CMU de base	114
6. Effectifs Aide complémentaire santé	115
7. Assiette de la contribution / taxe CMU	118
8. Budget du Fonds CMU	122
9. Montants des plafonds de ressources et des minima sociaux	123
10. Évolutions législatives et réglementaires	126

# Avant-propos

Cet avant-propos est réalisé dans un contexte de changement à la direction du Fonds CMU. Après avoir assuré pendant 15 mois les fonctions de directrice par intérim, Raphaëlle Verniolle a accueilli le 2 janvier dernier un nouveau directeur en la personne de Vincent Beaugrand. Il succède ainsi à Jean-François Chadelat qui, atteint par la limite d'âge, avait quitté ses fonctions le 5 octobre 2012, après presque 10 années en qualité de directeur de l'établissement. Il reste aujourd'hui président d'honneur.

Cet avant-propos consacre en premier lieu la qualité du travail réalisé par les agents du Fonds dont les activités ont été encore très nombreuses tout au long de cette année 2013. Qu'ils soient tous sincèrement remerciés.

Toute l'équipe du Fonds CMU tient également à remercier l'ensemble de ses partenaires que sont les administrations de l'Etat, les organismes de sécurité sociale, les organismes d'assurance maladie complémentaire et les associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies.

Après son site internet et la lettre trimestrielle de Références CMU, le Fonds CMU poursuit la modernisation de ses différents supports de communication et a le plaisir de présenter son rapport d'activité sous un nouveau format.

En espérant que cette présentation sera plus agréable pour tous les lecteurs.

De nombreux dossiers ont été pris en charge par le Fonds CMU au cours de cette année 2013.

Parmi ceux-ci, l'élaboration du VI<sup>ème</sup> rapport d'évaluation de la loi CMU a fortement mobilisé le Fonds CMU sur le deuxième semestre.

L'article 34 de la loi du 27 juillet 1999, créant la CMU, prévoit que tous les 2 ans, un rapport d'évaluation est remis au Parlement par le Gouvernement. Le maintien de la périodicité bi-annuelle de ce rapport montre l'importance de cette loi.

Alors que la pauvreté s'intensifie dans notre pays, les dispositifs de la CMU et de l'ACS permettent de réduire les inégalités de santé et limitent le renoncement aux soins des populations les plus fragiles.

Bien sûr, des difficultés demeurent et des marges de progrès existent.

De nombreuses mesures ont été prises par les pouvoirs publics pour améliorer l'accès à ces dispositifs, confirmant ainsi que l'accès aux soins de nos concitoyens les plus défavorisés constitue un enjeu majeur.

S'agissant des plafonds de ressources, et comme cela avait été annoncé lors de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, l'année 2013 a vu le relèvement au 1<sup>er</sup> juillet 2013 du plafond de ressources de la CMU-C à hauteur de 8,3 %, portant ainsi mécaniquement le plafond de l'ACS au niveau du seuil de pauvreté (60 % du revenu médian).

Le Fonds CMU s'est beaucoup investi pour suivre la montée en charge de cette mesure, en collaboration avec 10 caisses d'assurance maladie qui recensent le plus grand nombre de bénéficiaires sur ces dispositifs.

En ce qui concerne la CMU-C, les premiers résultats obtenus après un semestre de mise en œuvre laissent apparaître une montée en charge plus faible que celle attendue, à hauteur de 66 %.

Les données sont plus favorables en ce qui concerne l'ACS, où la montée en charge se situe à près de 70 %, mais les effets de la mesure devraient se décaler et s'intensifier en 2014 et 2015.

Selon les dernières évaluations de la DREES, la population cible, pour 2012, en métropole, se situe dans une fourchette allant de 5,0 à 5,9 millions de personnes pour la CMU-C.

Pour l'ACS, la fourchette se situe entre 2,7 et 3,9 millions.

En 2012, le taux de recours à la CMU-C se situe entre 66 % et 79 % et le taux de recours à l'ACS se situe entre 30 % et 43 %.

Pour l'ACS, au-delà du taux de non recours qui reste très important, le rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS réalisé par le Fonds CMU confirme encore cette année que les utilisateurs de l'aide choisissent des contrats bas de gamme.

Il était donc normal que les pouvoirs publics décident d'intervenir sur cette problématique.

Après l'échec de la «labellisation» des contrats ACS qui était prévue par l'article 55 de la LFSS pour 2012, mais en capitalisant sur les travaux menés par le Fonds CMU dans ce cadre, les pouvoirs publics ont introduit par l'article 56 de la LFSS pour 2014 une mise en concurrence des contrats ACS. En sélectionnant un nombre limité d'organismes et en réservant le bénéfice de l'aide aux contrats proposés par les organismes sélectionnés, l'objectif poursuivi est double : améliorer la lisibilité du dispositif et aider les bénéficiaires à obtenir des contrats offrant de meilleures garanties au meilleur prix.

Cette mesure sera mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Enfin, il convient d'évoquer la réforme des modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la CMU-C, prévu par l'article 22 de la LFSS pour 2013 qui concerne l'ensemble des caisses de sécurité sociale et les organismes complémentaires. Elle représente une charge considérable pour le Fonds CMU car au-delà des régimes obligatoires, ce sont les dépenses de plus de 400 organismes complémentaires qu'il conviendra de suivre et de contrôler. Les premières régularisations sur la base des acomptes versés en 2013 interviendront entre juin et septembre 2014. Pour permettre la mise en œuvre de cette mesure, de nombreux travaux ont été menés par le Fonds CMU : refonte des conventions financières avec les régimes, refonte du plan de contrôle du Fonds CMU, création de nouveaux outils/tableaux de bord pour suivre les dépenses de CMU-C des organismes complémentaires. Par ailleurs, un tableau récapitulatif a été conçu pour le traitement des régularisations, en collaboration avec la direction de la sécurité sociale et la branche recouvrement.

L'équipe du Fonds CMU a dû prendre en charge bien d'autres tâches. De nombreuses études ont été menées en collaboration avec des caisses d'assurance maladie, l'EN3S, l'UNCCAS, des CCAS, des chercheurs et de nouveaux partenariats ont été initiés notamment avec le Défenseur des droits.

Ces études sont une des missions essentielles du Fonds CMU, car c'est par leurs enseignements qu'elles font vivre la loi CMU et qu'elles permettent au Fonds CMU de constituer une véritable force de propositions pour accompagner nos concitoyens les plus défavorisés vers les soins et la santé.

# Édito



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



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



*Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an. Ses missions principales consistent à approuver le budget primitif du Fonds, ses comptes et le rapport d'activité.*

*En 2013, le conseil d'administration a approuvé les conventions financières avec les régimes de base d'assurance maladie qui ont été entièrement revues pour intégrer les nouvelles modalités de prise en charge des dépenses de CMU-C.*

*Dans un contexte de profonde crise économique, où les effectifs pris en charge par le Fonds CMU ne cessent de s'accroître, le conseil d'administration sera particulièrement attentif au maintien de l'équilibre financier de l'établissement dans l'intérêt de ces populations.*



*La Gouvernance du Fonds CMU est très originale. En ce sens, le conseil de surveillance qui assiste le conseil d'administration constitue un véritable lieu d'échanges sur les sujets d'actualité entre l'ensemble des partenaires que sont les régimes de base d'assurance maladie, les fédérations d'organismes complémentaires et les associations œuvrant dans le domaine médico-caritatif. En présence également de représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat et de la direction de la sécurité sociale, le conseil de surveillance permet de faire un point de situation régulier sur l'application des dispositifs et la mise en œuvre des réformes en cours.*



## L'équipe du Fonds CMU



**Vincent Beaugrand**  
*Directeur*



**Raphaëlle Verniolle**  
*Directrice Adjointe*



**Thérèse Castella**  
*Agent Comptable*



**Jean-François Chadelat**  
*Président d'honneur du Fonds CMU*  
*Médiateur de la Caisse centrale de la*  
*Mutualité Sociale Agricole*





## 1 Des effectifs en constante évolution mais un taux de non recours qui reste important

Les effectifs de la CMU complémentaire sont passés de 4,12 millions fin 2009 à 4,9 millions fin 2013. La progression a été régulière de 2009 à 2012 et s'est accélérée en 2013, dès le mois de mai puis de manière encore plus accentuée à partir de juillet, en lien avec la mise en application de la mesure de relèvement exceptionnel du plafond de ressources.

Le 21 janvier 2013, à l'issue de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le Premier Ministre a annoncé l'augmentation du plafond de ressources de la CMU-C de + 7,0 % en 2013, entraînant par là même un relèvement mécanique du plafond de l'ACS à + 44,45 % par rapport au plafond CMU-C 2012.

La mesure est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013. Le relèvement du plafond a été de 8,3 % (7 % au titre de la mesure pauvreté et 1,3 % au titre de l'inflation).

Selon les estimations réalisées alors, elle pourrait potentiellement intégrer 500 000 bénéficiaires supplémentaires à la CMU-C et 850 000 bénéficiaires supplémentaires à l'ACS (en tenant compte de la variation des effectifs ACS liée au basculement de l'ACS vers la CMU-C de certains bénéficiaires).

En se basant sur les taux de recours connus au moment de l'annonce de la mesure, à hauteur de 80 % pour la CMU-C et de 40 % pour l'ACS, 750 000 bénéficiaires supplémentaires devraient bénéficier de l'un ou l'autre des dispositifs : 400 000 bénéficiaires pour la CMU-C et 350 000 bénéficiaires pour l'ACS.

Le Fonds CMU s'est beaucoup investi dans le suivi de cette mesure. Les premiers éléments sont présentés dans ce rapport.

### Populations cible et non recours

En complément de la mise en application de la mesure pauvreté, la DREES a repris les évaluations des populations cible CMU-C et ACS en 2013. Ces chiffres intègrent la mesure à partir de 2013 et ne concernent que la métropole.

La population cible, pour 2012, se situe dans une fourchette allant de 5,0 à 5,9 millions de personnes pour la CMU-C.

Pour l'ACS, la fourchette varie de 2,7 à 3,9 millions, desquels il convient de retirer une proportion de 21 % pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire<sup>1</sup>, soit une fourchette corrigée allant de 2,1 à 3,1 millions.

En 2012, le taux de recours à la CMU-C se situe entre 66 % et 79 % et le taux de recours à l'ACS se situe entre 30 % et 43 %.

Pour 2013, toujours en métropole, la population cible se situerait dans une fourchette allant de 5,3 à 6,3 millions de personnes pour la CMU-C. Pour l'ACS, la fourchette varie de 3,4 à 4,9 millions, desquels il convient de retirer une proportion de 21 % pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire, soit une fourchette corrigée allant de 2,7 à 3,9 millions.

<sup>1</sup> Cette proportion est estimée avec le modèle OMAR 2010 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 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.



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

### 1.1.1. Le bilan de l'année 2013<sup>2</sup>

#### 1.1.1.1. Les effets de la crise économique

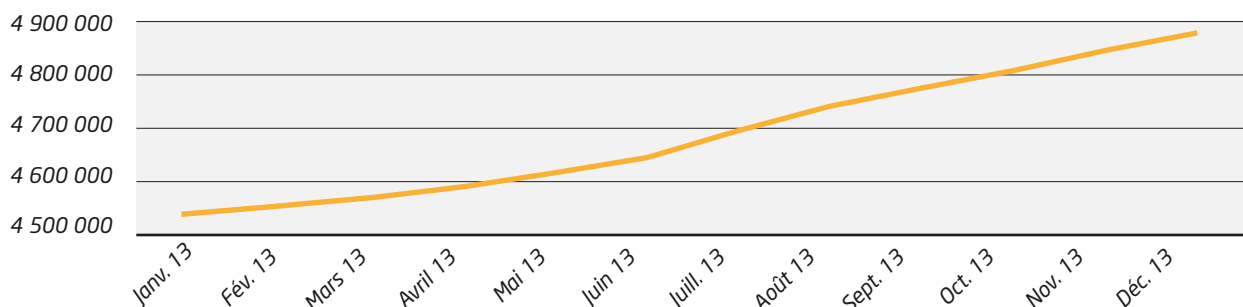
Tous régimes confondus, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à presque 4,9 millions à fin 2013, dont près de 4,4 millions au régime général. La progression est de + 7,5 % sur l'année, mais elle se décompose en deux périodes : avant la mesure de relèvement exceptionnel du plafond au 1<sup>er</sup> juillet 2013, avec + 2,4 % pour le premier semestre, puis après la mesure, avec + 5,0 % pour le second semestre.

#### ► Effectifs et évolutions des bénéficiaires de la CMU-C à fin décembre 2013

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2013			
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
Régime général	3 854 371	547 708	4 402 079
Évolution sur 6 mois	5,4%	1,3%	4,9%
Évolution sur un an	8,3%	1,9%	7,5%
Tous régimes *	4 298 404	581 525	4 879 929
Évolution sur 6 mois	5,5%	1,3%	5,0%
Évolution sur un an	8,3%	1,9%	7,5%

Données estimées. Sources : tous régimes

#### ► Évolution des effectifs CMU-C, de janvier à décembre 2013, tous régimes, métropole et Dom



En juillet 2013, 49 000 bénéficiaires supplémentaires ont été enregistrés, puis 45 400 en août 2013. Les augmentations se sont ensuite ralenties entre septembre et décembre 2013, période pendant laquelle il est comptabilisé moins de 35 000 bénéficiaires supplémentaires par mois. Toutefois, pour comprendre l'impact de la crise économique sur l'évolution « naturelle » des effectifs, il faut noter une forte accélération dès le mois de mai 2013, avec 31 700 bénéficiaires de plus par rapport au mois précédent et en juin avec 26 900 bénéficiaires de plus également. Ces fortes hausses se situent en amont de la mesure pauvreté.

Pour rappel, la moyenne de l'évolution des effectifs par rapport au mois précédent avait été de 9 800 bénéficiaires au second semestre.

<sup>2</sup> Les effectifs de 2013 sont provisoires pour les trois principaux régimes à la date de rédaction du rapport d'activité.

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. Pour le présent rapport d'activité, les données de la CNAMTS et du RSI ont fait l'objet d'une évaluation sur la base du 2<sup>ème</sup> passage.

Pour les effectifs de la CCMSA, on n'effectue que 3 requêtes.

Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C de janvier à décembre 2013, évolutions à M-1 et M-12 et en ACM

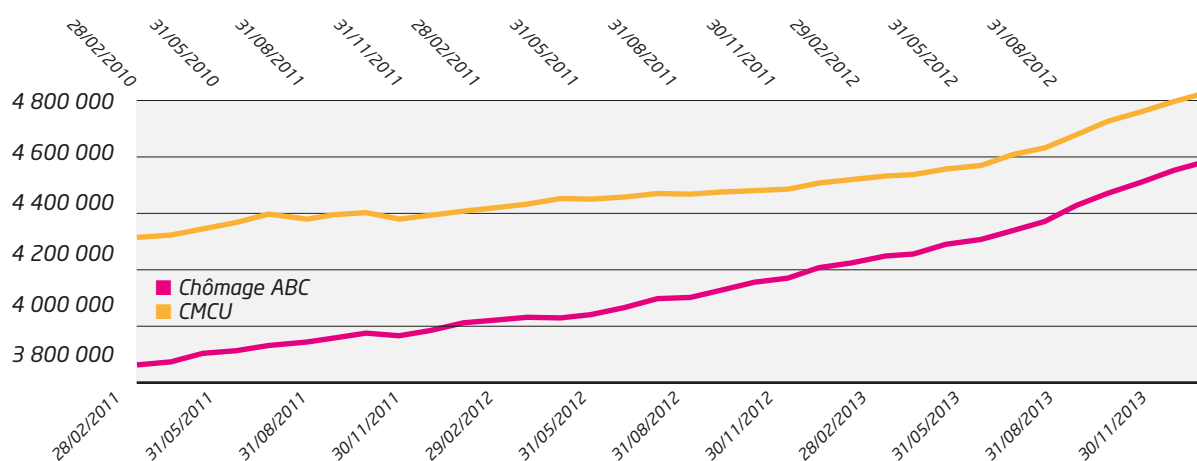
Mois	Total	M - 1	M - 12	% M - 1	% M - 12	% ACM
31/01/2013	4 547 205	8 216	109 978	0,2%	2,5%	2,2%
28/02/2013	4 560 263	13 058	109 025	0,3%	2,4%	2,2%
31/03/2013	4 574 575	14 312	107 387	0,3%	2,4%	2,2%
30/04/2013	4 591 894	17 319	122 322	0,4%	2,7%	2,2%
31/05/2013	4 623 625	31 731	149 575	0,7%	3,3%	2,3%
30/06/2013	4 649 528	25 903	169 194	0,6%	3,8%	2,5%
31/07/2013	4 698 556	49 028	218 573	1,1%	4,9%	2,8%
31/08/2013	4 743 964	45 408	255 731	1,0%	5,7%	3,1%
30/09/2013	4 779 244	35 280	283 730	0,7%	6,3%	3,5%
31/10/2013	4 811 046	31 802	305 371	0,7%	6,8%	3,9%
30/11/2013	4 846 424	35 378	320 505	0,7%	7,1%	4,2%
31/12/2013	4 879 929	33 505	340 940	0,7%	7,5%	4,6%

Données estimées. Source : tous régimes

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.

Pour les personnes ayant un emploi régulier, l'entrée dans une situation de chômage engendre une perte de ressources, mais les différentes formes d'indemnités 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 des demandeurs d'emploi et des bénéficiaires de la CMU-C se mesure donc avec un décalage. Depuis janvier 2011, en métropole, il s'avère que l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C suit un mouvement similaire à l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi douze mois plus tôt, la courbe du chômage étant toutefois plus rapide.

Évolution des effectifs des demandeurs d'emploi de janvier 2010 à décembre 2012 et des effectifs de la CMU-C de janvier 2011 à décembre 2013, en métropole<sup>2</sup>



Sources : Pôle emploi, tous régimes de protection maladie

Précisions méthodologiques

On distingue 4 catégories de demandeurs d'emploi :

Les catégories A, B et C ont été retenues pour le comparatif avec les effectifs de la CMU-C ;

Catégories de demandeurs d'emploi :

• Catégorie A : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi ;

• Catégorie B : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite courte (i.e. de 78 heures ou moins au cours du mois) ;

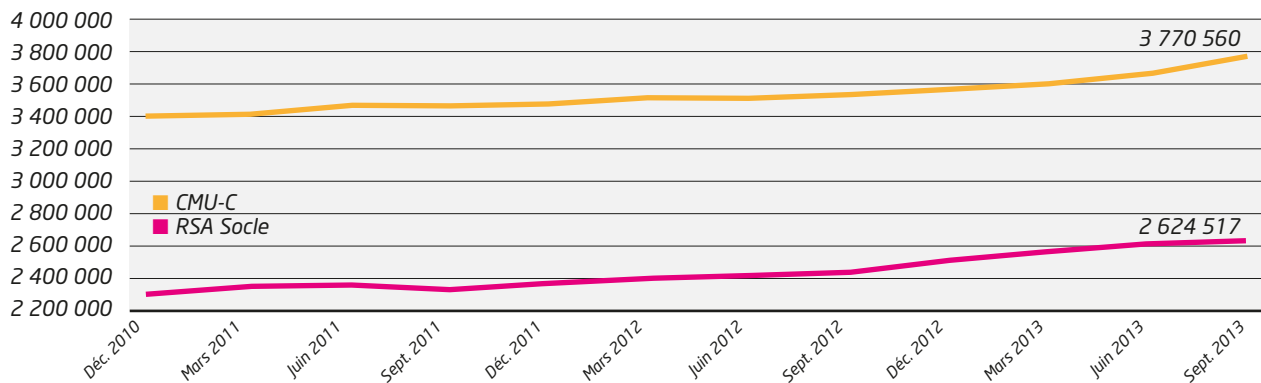
• Catégorie C : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite longue (i.e. de plus de 78 heures au cours du mois) ;

• Catégorie D : Demandeurs d'emploi non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi (en raison d'un stage, d'une formation, d'une maladie...), sans emploi ;

• Catégorie E : Demandeurs d'emploi non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, en emploi (par exemple : bénéficiaires de contrats aidés).

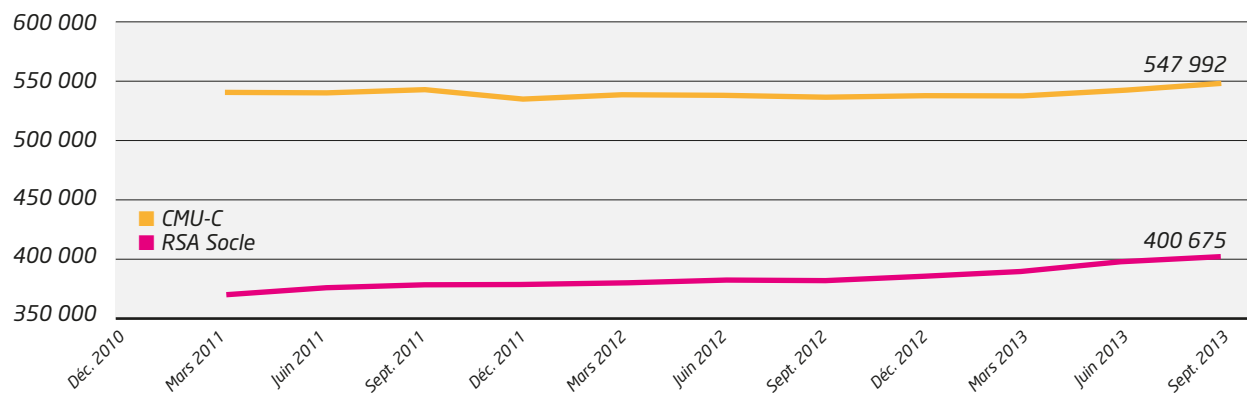
La comparaison entre l'évolution du nombre de personnes couvertes par le RSA socle et celui des bénéficiaires de la CMU-C au régime général s'illustre par des évolutions similaires, surtout en métropole. L'accélération pour la CMU-C à partir de juillet 2013 est liée à la mesure de relèvement du plafond de la CMU-C, qui génère l'arrivée d'un nouveau profil de bénéficiaires moins lié aux minima sociaux.

● Évolution du nombre d'allocataires du RSA socle et des effectifs de la CMU-C de décembre 2010 à septembre 2013, en métropole



Sources : CNAMTS, CAF

● Évolution du nombre d'allocataires du RSA socle et des effectifs de la CMU-C de décembre 2010 à septembre 2013, dans les Dom



Sources : CNAMTS, CAF

Une approche complémentaire par département a par ailleurs mis à jour une totale corrélation entre les effectifs de la CMU-C et ceux du RSA socle.

### 1.1.1.2. L'impact de la revalorisation du plafond des ressources

Le Fonds CMU a mis en place un système de suivi de l'impact de la mesure avec 10 caisses locales<sup>3</sup>. Les 10 caisses qui participent représentent presque 30 % des effectifs de la CMU-C, métropole et Dom.

<sup>3</sup> Marseille, Finistère, Lille-Douai, Rhône, Paris, Nanterre, Bobigny, Cergy Pontoise, Martinique, Réunion

### Approche quantitative

Un volet quantitatif permet de mesurer le nombre de nouveaux bénéficiaires de la CMU-C pour lesquels les revenus du foyer se situent dans la tranche de revenus concernée par l'augmentation exceptionnelle du plafond.

Pour les 10 caisses participant au suivi, sur le cumul des mois de juillet à décembre 2013, un peu moins de 28 000 nouveaux bénéficiaires supplémentaires sont liés à la mesure, sur un total de 652 000 attributions pendant la même période, soit 4,1 % des attributions.

► *Suivi des attributions de la CMU-C, en nombre de bénéficiaires, cumul de juillet à décembre 2013, pour les 10 caisses participant au suivi*

Nb CMUC N-1	Nb CMUC N	Nb CMUC Sans Mesure	Nb CMUC Avec Mesure
603 405	679 811	652 017	27 794
	<b>Répartition</b>	95,9%	4,1%

Les attributions liées à la mesure pauvreté diminuent fortement en décembre 2013, avec 3 820 attributions, mais leur nombre remonte en janvier 2014, avec 4 650 attributions recensées par les 10 caisses participant au suivi, soit une extrapolation de 15 860 pour l'ensemble du régime général.

► *Suivi des attributions de la CMU-C liées à la mesure pauvreté, en nombre de bénéficiaires, par mois, de juillet à décembre 2013 et janvier 2014, pour les 10 caisses participant au suivi*

Num. CPAM	Nom CPAM	Attributions mesure pauvreté							Cumul Total Attributions	Attributions mesure / Total Attributions
		31/07/2013	31/08/2013	30/09/2013	31/10/2013	30/11/2013	31/12/2013	Cumul		
131	MARSEILLE	790	584	787	820	640	664	4 285	<b>103 461</b>	<b>4,1%</b>
291	FINISTERE	133	132	64	117	96	132	674	<b>14 542</b>	<b>4,6%</b>
595	LILLE-DOUAI	389	268	307	388	319	245	1 916	<b>49 950</b>	<b>3,8%</b>
691	RHONE	457	446	458	566	488	292	2 707	<b>57 292</b>	<b>4,7%</b>
751	PARIS	824	588	446	675	546	401	3 480	<b>77 465</b>	<b>4,5%</b>
921	NANTERRE	336	222	235	291	236	283	1 603	<b>31 800</b>	<b>5,0%</b>
931	BOBIGNY	801	635	589	648	608	598	3 879	<b>94 215</b>	<b>4,1%</b>
951	CERGY PONTOISE	370	516	279	315	373	314	2 167	<b>46 787</b>	<b>4,6%</b>
972	MARTINIQUE	447	325	340	306	246	228	1 892	<b>44 714</b>	<b>4,2%</b>
974	RÉUNION	1 095	845	828	922	838	663	5 191	<b>159 585</b>	<b>3,3%</b>
	<b>Total</b>	<b>5 642</b>	<b>4 561</b>	<b>4 333</b>	<b>5 048</b>	<b>4 390</b>	<b>3 820</b>	<b>27 794</b>	<b>679 811</b>	<b>4,1%</b>

Le nombre total des attributions liées à la mesure pauvreté en 2013 est évalué à 94 600 pour le régime général et à 100 500 pour l'ensemble des régimes,

La montée en charge est plus faible que celle attendue, sachant que l'estimation de la population cible effectuée par la DREES en septembre 2013 a permis de réviser légèrement à la baisse la population cible de la tranche à + 7 %<sup>4</sup> du plafond CMU-C 2012.

### Approche qualitative

Le suivi des attributions liées à la mesure de revalorisation des ressources est complété par une approche plus qualitative par foyers et par bénéficiaire, afin de connaître le statut de ces derniers quant à une complémentaire avant leur attribution ou renouvellement de la CMU-C.

42,0 % des attributions CMU-C liées à la mesure concernent des personnes qui bénéficiaient déjà de la CMU-C, et qui sans la mesure seraient passées à l'ACS, soit plus de 40 000 personnes pour 2013.

<sup>4</sup> Plafond CMU-C 2012 + 7%

- 22,4 % des attributions CMU-C liées à la mesure concernent des personnes qui bénéficiaient antérieurement de l'ACS, il s'agit dans ce cas d'un transfert de l'ACS vers la CMU-C, soit parce que le plafond CMU-C a augmenté, soit parce que les ressources de ces personnes ont baissé.
- 35,6 % des attributions CMU-C liées à la mesure concernent des personnes qui ne bénéficiaient ni de la CMU-C, ni de l'ACS.

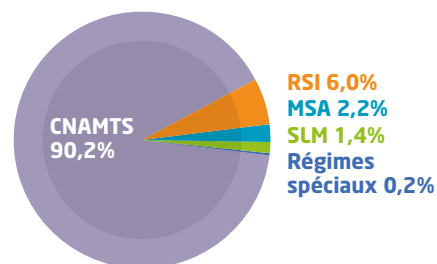
## 1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C

### 1.1.2.1. La répartition par régime

Le régime général compte 90,2 % des effectifs de la CMU-C. 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.

► Répartition des effectifs par régime de base, métropole et Dom, au 31 décembre 2013

	Effectifs	Pourcentage
<b>CNAMTS</b>	4 402 079	90,2%
<b>RSI</b>	294 023	6,0%
<b>MSA</b>	107 317	2,2%
<b>SLM</b>	66 001	1,4%
<b>Régimes spéciaux</b>	10 509	0,2%
<b>Total</b>	<b>4 879 929</b>	<b>100,0%</b>



Source : tous régimes

Les taux d'évolution entre 2012 et 2013 sont les suivants : + 7,5 % pour le régime général, + 9,5 % pour le RSI, + 1,9 % pour la CCMSA<sup>5</sup> et + 9,7 % pour les régimes spéciaux et les SLM.

► Évolution des effectifs par régime, métropole et Dom, entre fin 2012 et fin 2013

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 décembre 2012 au 31 décembre 2013				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
<b>Régime général</b>	+8,3%	+1,9%	+7,5%	+4,0%
<b>Régime social des indépendants</b>	+10,1%	-3,3%	+9,5%	-2,8%
<b>Régime agricole</b>	+2,8%	-5,8%	+1,9%	+4,7%
<b>Autres régimes et SLM</b>	+8,6%	+15,9%	+9,7%	-0,2%
<b>Total</b>	<b>+8,3%</b>	<b>+1,9%</b>	<b>+7,5%</b>	<b>+3,3%</b>

Source : tous régimes

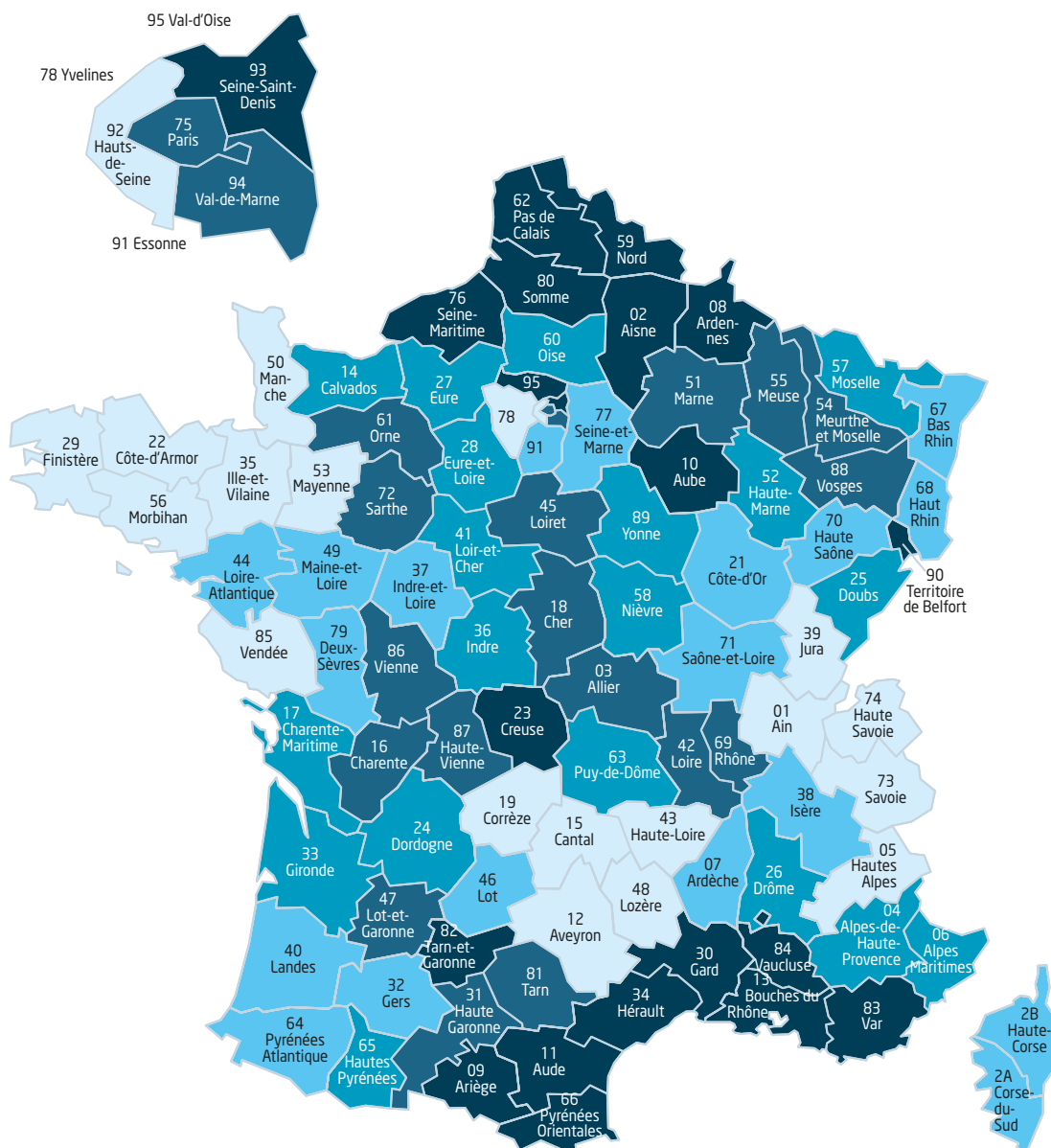
### 1.1.2.2. La répartition par département et par région

En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 6,6 % de la population pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) et 30,4 % dans les Dom.

Les départements rassemblant les plus forts pourcentages de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-est et la région parisienne, sauf pour le département des Yvelines (78). Les départements de la Bretagne, du Massif central et de l'Est présentent à l'inverse de faibles taux.

<sup>5</sup> Pour la CCMSA, les effectifs du mois de décembre 2013 sont la reproduction des effectifs du mois de novembre.

● 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 au 31 décembre 2013



Couleur	Pourcentage population	Nombre	Effectifs	Pourcent Effectifs
Dark Blue	≥ 7,2% ≤ 13,1%	20	1 659 641	39,2%
Dark Blue	≥ 6,3% < 7,2%	19	903 622	21,3%
Medium Blue	≥ 5,5% < 6,3%	19	620 563	14,7%
Light Blue	≥ 4,7% < 5,5%	19	620 823	14,7%
Very Light Blue	≥ 2,6% < 4,7%	19	428 860	10,1%
		<b>96</b>	<b>4 233 509</b>	<b>100,0%</b>

Sources : CNAMTS, INSEE  
Outil : Philcarto

En métropole, cinq départements rassemblent 23,9 % des effectifs de la CMU-C, alors qu'ils ne représentent que 15,4 % de la population. Les 4 premiers départements ont des taux de bénéficiaires de la CMU-C supérieurs à 10 %.

► *Effectifs des 5 premiers départements, en métropole, estimés au 31 décembre 2013*

Rang CMU-C	Num Dpt	Département	Total CMU-C	Population	Pourcent CMU-C / Population
1	59	Nord	293 904	2 617 939	11,2%
2	13	Bouches-du-Rhône	213 653	2 000 550	10,7%
3	93	Seine-Saint-Denis	200 877	1 534 895	13,1%
4	62	Pas-de-Calais	159 526	1 489 209	10,7%
5	75	Paris	145 107	2 268 265	6,4%
<b>Total Métropole</b>			<b>1 013 067</b>	<b>9 910 858</b>	<b>10,2%</b>

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Dans les Dom les taux de bénéficiaires par rapport à la population se situent entre 22,6 % et 36,7 %, avec un taux global de 30,4 %.

► *Effectifs de la CMU-C dans les Dom, estimés au 31 décembre 2013*

Num Dpt	Département	Total CMU-C	Population	CMU-C / Population
971	Guadeloupe	106 802	409 905	26,1%
972	Martinique	90 544	400 535	22,6%
973	Guyane	67 593	231 167	29,2%
974	La-Réunion	304 926	829 903	36,7%
<b>Total Dom</b>		<b>569 865</b>	<b>1 871 510</b>	<b>30,4%</b>

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

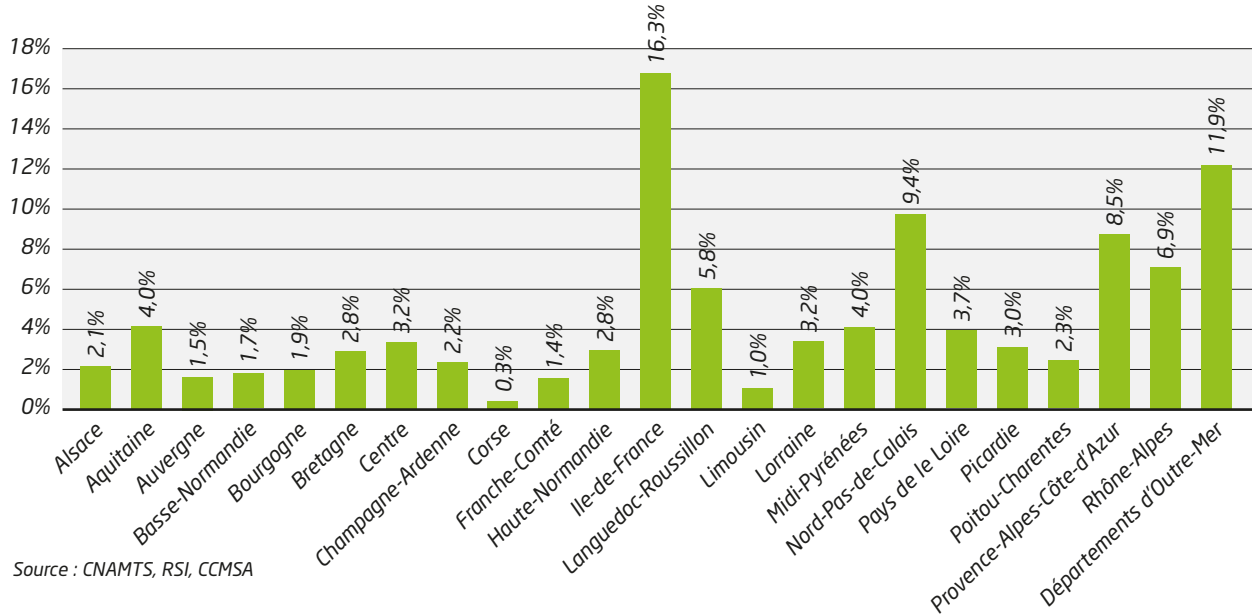
Les cinq régions : Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'azur et Languedoc-Roussillon, concentrent 46,9 % de la population et 45,6 % des effectifs de la CMU-C (pour les trois régimes CNAMTS, RSI, CCMSA). Avec un total de 782 408 bénéficiaires, la région Île-de-France représente 16,3 % des effectifs pour 18,1 % de la population.

Les Dom<sup>6</sup> regroupent 11,9 % des bénéficiaires de la CMU-C alors qu'ils ne représentent que 2,8 % de la population.

<sup>6</sup> Les Dom ont été regroupés pour cette présentation mais ils constituent administrativement chacun un département et une région.



● Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par région, CNAMTS, RSI, CCMSA, estimation au 31 décembre 2013



Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

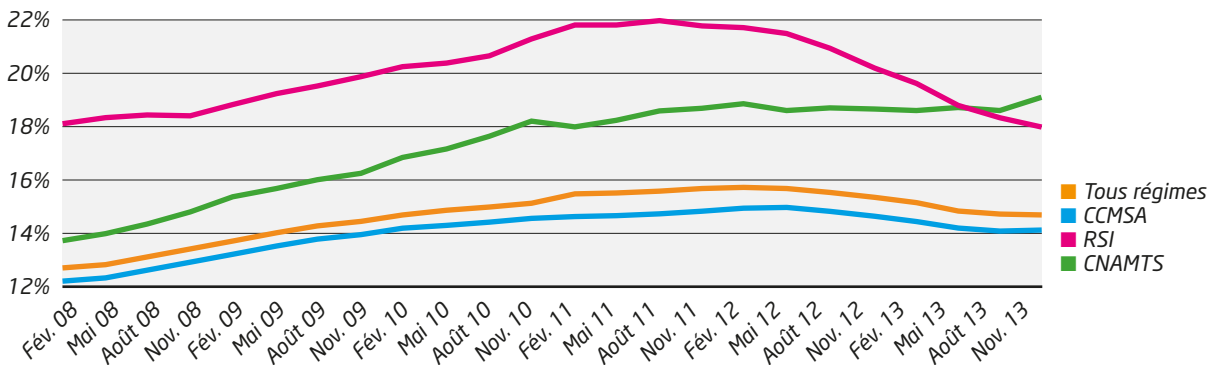
### 1.1.2.3. La répartition par organisme gestionnaire

La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son organisme d'assurance maladie d'affiliation ou par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C. Tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, 85,3 % des bénéficiaires choisissent la gestion par leur caisse d'assurance maladie.

Fin novembre 2013, la part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour la gestion de leurs droits est de 14,7 % pour l'ensemble des régimes.

À cette même échéance, la part de la gestion OC au régime général est de 14,0 %, sur la période de février 2008 à novembre 2013, le maximum atteint a été de 14,8 % en février 2012. La part de la gestion OC au régime des indépendants est de 17,9 %, en ayant atteint 21,9 % en août 2011. Au régime agricole, la part de la gestion OC est de 19 %, ce qui correspond au taux maximum sur la période considérée.

● Évolution de la part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi l'option de gestion de leurs droits par un OC, de février 2008 à novembre 2013, métropole et Dom, RSI, CCMSA, CNAMTS et tous régimes

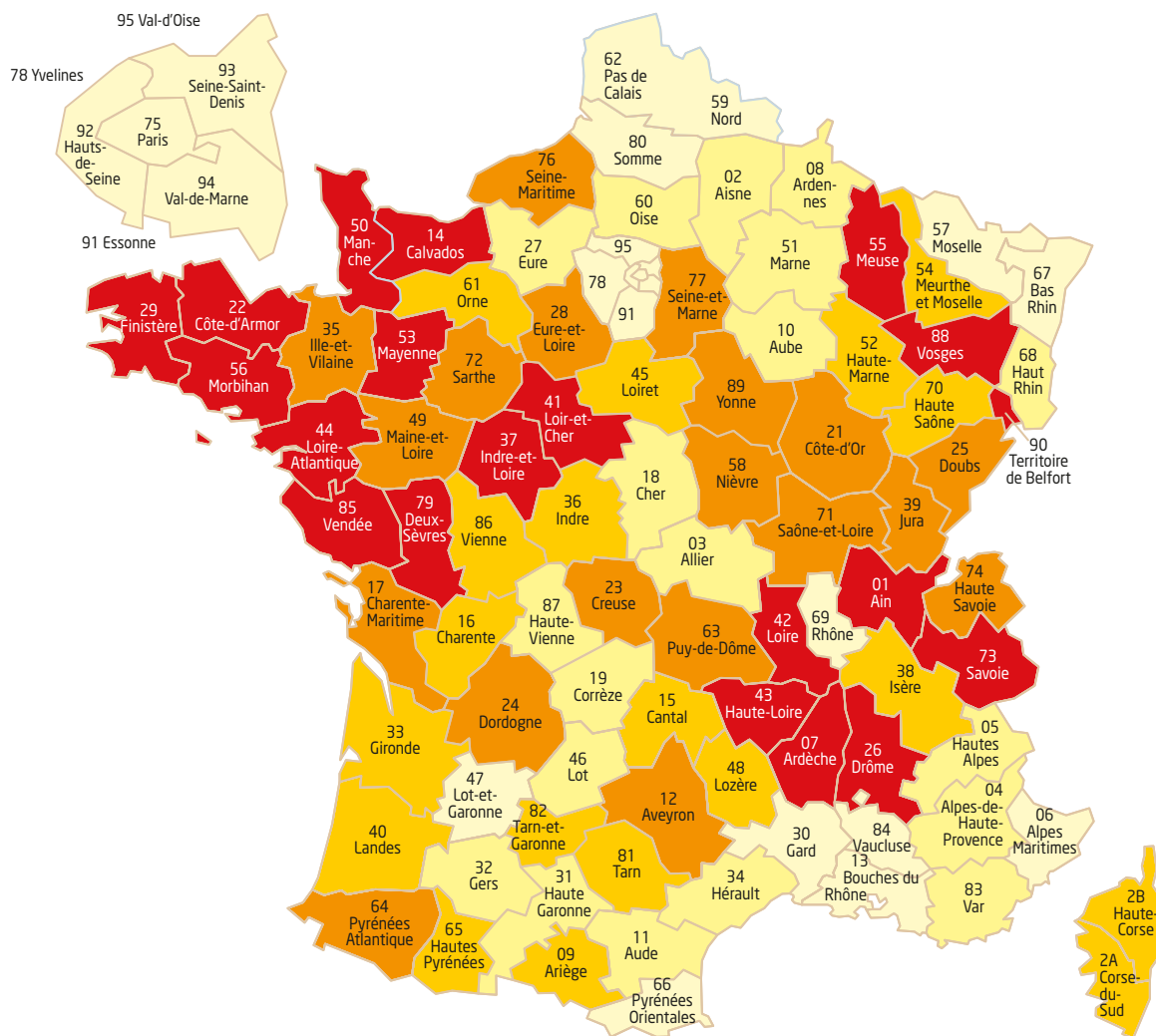


Sources : Tous régimes

La part du recours à un OC pour la gestion de la CMU-C est très hétérogène d'un département à l'autre, elle se répartit entre 2,3 % dans les Bouches-du-Rhône et 48,5 % dans la Drôme.

Les plus fortes proportions de gestion par les OC dans certains départements s'expliquent, soit par une plus grande tradition mutualiste dans la région, soit par des démarches spécifiquement mises en place par les caisses afin d'informer les bénéficiaires sur le droit au contrat de sortie<sup>7</sup> dans l'année suivant la fin du droit à la CMU-C, lorsque celle-ci a été gérée par un OC. (Cf partie 4.6.3, étude EN3S)

► Répartition des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour gérer leurs droits, par département, en métropole, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), estimation au 31 décembre 2013



Couleur	Pourcentage OC	Nombre	Effectifs CMUC	Pourcentage Effectifs CMUC
	≥ 26,5% ≤ 48,5%	20	510 246	12,1%
	≥ 20,1% < 26,5%	19	621 308	14,7%
	≥ 15,5% < 20,1%	19	509 344	12,0%
	≥ 11,4% < 15,5%	19	652 264	15,4%
	≥ 2,3% < 11,4%	19	1 940 347	45,8%
		<b>96</b>	<b>4 233 509</b>	<b>100,0%</b>

Sources : CNAMTS  
Outil : Philcarto

<sup>7</sup> Contrat de sortie : À l'expiration de leur droit à la CMU-C, les personnes ayant opté pour la gestion par un OC, se voient proposer par cet OC, un contrat offrant les mêmes garanties que la CMU-C à un tarif (préférentiel) réglementé.

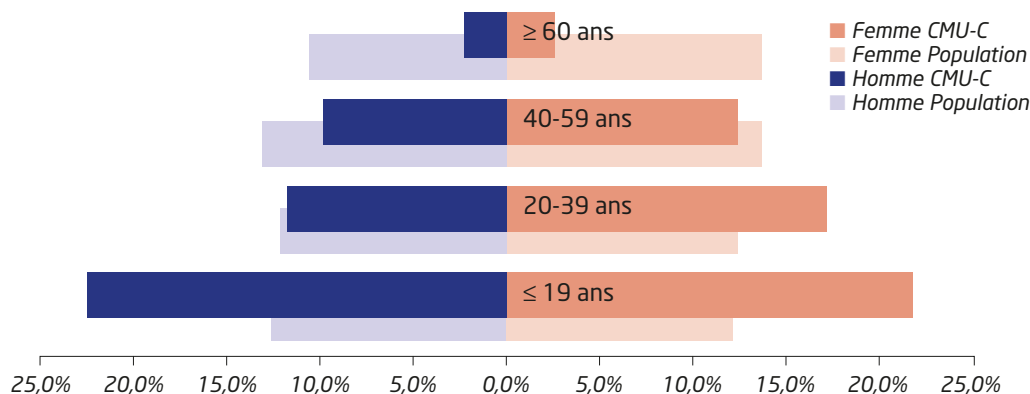
### 1.1.2.4. La répartition par tranche d'âge et par sexe

Alors que la population générale se répartit en quatre tranches d'âges ( $\leq 19$  ans, 20-39 ans, 40-59 ans et  $\geq 60$  ans) relativement homogènes, pour la CMU-C, les moins de 20 ans représentent 44,2 % des bénéficiaires et les plus de 60 ans n'en représentent que 4,7 %. Cette faible proportion des séniors s'explique en partie par le fait que les personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite sont potentiellement éligibles à l'ASPA<sup>8</sup>. Or, cette allocation dépasse le montant du plafond de la CMU-C, orientant ainsi les personnes concernées vers l'ACS.

Seuls les bénéficiaires de la CMU-C hommes, dans la tranche d'âge 20 - 39 ans, sont représentés dans une proportion proche de celle de la population.

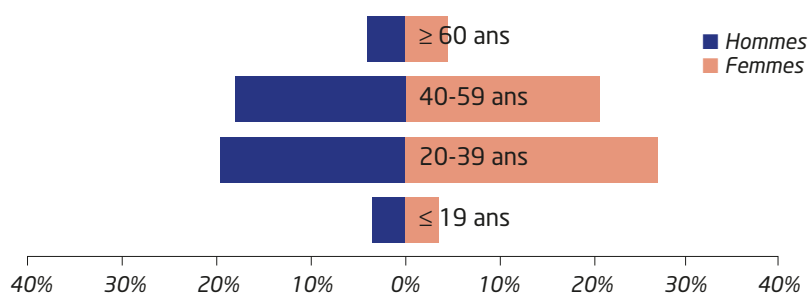
En dehors des moins de 19 ans, les femmes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âge. Ce constat est à mettre en lien dans la répartition « assurés / ayants-droit », avec une majorité de femmes assurées dans ces tranches d'âges.

► *Pyramide, répartition des bénéficiaires de la CMU-C, par âge et sexe, CNAMTS et répartition de la population, métropole et Dom estimation au 31 décembre 2013*



Sources : CNAMTS, INSEE

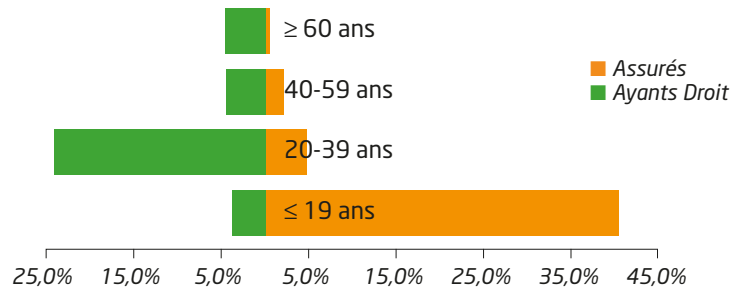
► *Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, hommes / femmes, pour la catégorie des assurés, CNAMTS, métropole et Dom, estimation au 31 décembre 2013*



Source : CNAMTS

<sup>8</sup> ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (787,26 € au 01/04/2013).

► Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, par catégorie d'assurés et d'ayants-droit, CNAMTS, métropole et Dom, estimation au 31 décembre 2013



Source : CNAMTS

### 1.1.3. Les indicateurs d'accès aux soins

#### 1.1.3.1 Les indicateurs CETAF

La dotation de l'État au Fonds CMU (même si elle était de 0 €) ayant été supprimée par l'article 22 de la LFSS 2013, l'action concernant la CMU-C n'est plus intégrée au programme 183 de la LOLF. Les indicateurs fournis par le CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé) et par la CNAMTS dans ce cadre sont toutefois maintenus dans les différents rapports élaborés par le Fonds CMU.

Les dernières données concernent l'exercice 2012, les éléments pour 2013 seront connus au second semestre 2014.

Dans le cadre du programme 183, la direction de la sécurité sociale avait souhaité suivre les données non redressées pour les indicateurs, afin de maintenir une continuité dans les séries statistiques commencées dès la mise en place de la CMU-C, en 2000. Toutefois, depuis 2006, le CETAF opère un redressement sur les données, afin de pouvoir comparer les populations sur la base de structures similaires<sup>9</sup>. En dehors du contexte du programme 183, il paraît plus pertinent de suivre prioritairement les données redressées, afin d'avoir une mesure plus affinée de la réalité.

En effet, pour les consultants des CES (Centre d'examen de santé), la répartition entre les populations des non bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires a évolué et, parallèlement, la structure de la population des non bénéficiaires a changé sur la période de la dernière

convention d'objectifs et de gestion. Les CES ont suivi des objectifs globaux de la CNAMTS, visant à donner la priorité aux personnes les plus précaires (avec ou sans CMU-C) dans le recrutement des consultants. Les redressements opérés tiennent compte de ces différentes évolutions.

En 2012, la proportion des bénéficiaires de la CMU-C sur l'ensemble des consultants est de 16,3 %, elle a progressé de 1,6 point par rapport à 2011.

##### 1.1.3.1.1 Accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C (non recours au médecin et au dentiste)

Pour les indicateurs de non recours au médecin et au dentiste, la « satisfaction sanitaire » sera d'autant plus grande que l'assuré n'aura pas dû renoncer à des soins, pour des raisons financières entre autres. Dans le cadre de cet indicateur, le non recours signifie que la personne n'a pas consulté un médecin ou un dentiste au cours des deux dernières années. L'écart de non recours est le résultat de la soustraction du taux de non recours des bénéficiaires de la CMU-C et du taux des non bénéficiaires.

En 2012, l'écart de non recours au médecin, entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 4,60 points. Il a augmenté de + 0,70 point entre 2011 et 2012 et dépasse très légèrement (+ 0,05 point) l'écart constaté en 2006.

Le non recours a progressé de + 0,60 point entre 2011 et 2012 pour les bénéficiaires de la CMU-C, là où il a légèrement régressé (- 0,10 point) pour les non bénéficiaires. Dans les deux cas, le taux de non recours au médecin en 2012 est supérieur à celui de 2006 (+ 0,18 point pour les bénéficiaires et + 0,13 point pour les non bénéficiaires).

<sup>9</sup> Pour l'année 2012, le redressement des données a été réalisé à partir des résultats de l'Enquête Emploi Insee 2011 et des données Fonds CMU au 31 décembre 2011.

➤ *Évolution du non recours et de l'écart de non recours au médecin entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, données redressées 2006 - 2012*

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	<b>9,90</b>	<b>5,30</b>	<b>4,60</b>
Évolution 2011 - 2012	<b>0,60</b>	<b>-0,10</b>	<b>0,70</b>
Évolution 2006 - 2012	<b>0,18</b>	<b>0,13</b>	<b>0,05</b>

Source : CETAF

L'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 8,70 points. Il a augmenté de + 0,60 point entre 2011 et 2012 mais il reste en régression (- 1,20 point) par rapport à l'écart constaté en 2006.

Le non recours a progressé de + 0,70 point entre 2011 et 2012 pour les bénéficiaires de la CMU-C, soit plus que pour les non bénéficiaires (+ 0,10 points). Dans les deux cas, le taux de non recours au dentiste en 2012 est supérieur à celui de 2006 (+ 0,10 point pour les bénéficiaires et + 1,30 point pour les non bénéficiaires).

➤ *Évolution du non recours et de l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, données redressées 2006 - 2012*

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	<b>29,60</b>	<b>20,90</b>	<b>8,70</b>
Évolution 2011 - 2012	<b>0,70</b>	<b>0,10</b>	<b>0,60</b>
Évolution 2006 - 2012	<b>0,10</b>	<b>1,30</b>	<b>-1,20</b>

Source : CETAF

### 1.1.3.1.2 Écart de santé global avec les autres populations

Cet indicateur est déterminé par l'écart entre la note moyenne de santé perçue établie par le CETAF entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C. Ce score 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 fondée sur la santé perçue à travers une note sur 10. On estime qu'une personne a une bonne perception de sa santé à partir du moment où la note atteint au moins 7.

En données redressées, l'écart entre les notes de santé perçue est de 0,32 point (en valeur absolue) entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C, pour 2012.

La note de santé perçue est de 6,86 sur 10 pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 7,18 pour les non bénéficiaires. Même si l'écart reste faible, l'objectif reste que la note de santé de perçue pour les bénéficiaires de la CMU-C atteigne au moins 7.

En 2006, l'écart était de 0,62 point. Sa diminution se retrouve dans l'augmentation régulière de la note de santé perçue pour les bénéficiaires (+ 0,25 point), là où la note pour les non bénéficiaires est légèrement plus faible qu'en 2006 (- 0,05 point).

➤ *Évolution de la note de santé perçue pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2006 - 2012, données redressées*

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	<b>6,86</b>	<b>7,18</b>	<b>0,32</b>
Évolution 2011 - 2012	<b>-0,06</b>	<b>-0,02</b>	<b>0,04</b>
Évolution 2006 - 2012	<b>0,25</b>	<b>-0,05</b>	<b>-0,30</b>

Source : CETAF

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 données redressées, l'écart entre la prévalence des notes de santé perçue inférieures à 7 des bénéficiaires de la CMU-C et celle des non bénéficiaires est de 10,20 points (en valeur absolue). Il augmente de + 0,70 points en un an, mais il est inférieur de - 4,00 points à celui de 2006.

En 2012, la prévalence pour les bénéficiaires de la CMU-C est de 42,70 points. Elle évolue de + 0,50 points par rapport à 2011 mais reste inférieure à celle de 2006 (- 3,00 points). La prévalence pour les non bénéficiaires baisse très légèrement entre 2011 et 2012 (- 0,20 point). Par contre, cette dernière a globalement augmenté entre 2006 et 2012 (+ 1,00 point).

► *Prévalence note de santé perçue 2012, données redressées*

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	<b>42,70</b>	<b>32,50</b>	<b>10,20</b>
Évolution 2011 - 2012	<b>0,50</b>	<b>-0,20</b>	<b>0,70</b>
Évolution 2006 - 2012	<b>-3,00</b>	<b>1,00</b>	<b>-4,00</b>

Source : CETAF

La note de santé de perçue s'analyse également en lien avec l'évolution du score EPICES<sup>10</sup>.

L'écart entre le score EPICES des bénéficiaires de la CMU-C et ceux des non bénéficiaires est de 17,40 points en 2012, soit une évolution de + 3,34 points en un an et de - 4,47 points depuis 2006.

L'écart augmente en 2012 parce que le score EPICES évolue plus rapidement pour les bénéficiaires de la CMU-C (+ 4,79 points) que pour les non bénéficiaires (+ 1,45 point).

Il convient toutefois de tenir compte des fluctuations d'échantillon d'une année sur l'autre, compte tenu du fait que, depuis 2006 l'écart entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C a baissé de - 4,47 points. Il est également important de noter que le score EPICES a gagné en qualité avec le temps. Il a été renseigné par les consultants des CES à presque 100 % en 2012.

<sup>10</sup> Indicateur de précarité des centres d'examen de santé. Pour l'année 2012, le redressement des données a été réalisé à partir des résultats de l'Enquête Emploi Insee 2011 et des données Fonds CMU au 31 décembre 2011.

<sup>11</sup> Même si le décret pénalisant le remboursement en cas de non déclaration n'a jamais été publié.

<sup>12</sup> 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.

► *Évolution du Score EPICES, 2006 - 2012, données redressées*

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	<b>43,29</b>	<b>25,89</b>	<b>17,40</b>
Évolution 2011 - 2012	<b>4,79</b>	<b>1,45</b>	<b>3,34</b>
Évolution 2006 - 2012	<b>-0,36</b>	<b>4,11</b>	<b>-4,47</b>

Source : CETAF

En conclusion et globalement, la situation des bénéficiaires de la CMU-C semble s'être dégradée en 2012 plus rapidement que celle des non bénéficiaires, en cohérence avec l'augmentation du renoncement aux soins, une moins bonne perception de la santé perçue et une progression de l'évaluation de la vulnérabilité sociale. Cette évolution défavorable devra être observée attentivement les années prochaines.

### 1.1.3.2 Les indicateurs CNAMTS sur le choix du médecin traitant et 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 autorisé<sup>11</sup>.

Fin décembre 2013, le taux de déclaration d'un médecin traitant est de 91,2 % chez les bénéficiaires de la CMU-C et de 91,0 % chez les autres assurés, en appliquant la structure d'âge et de sexe des bénéficiaires de la CMU-C aux non bénéficiaires de la CMU-C. L'écart entre les deux populations est 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 quatrième trimestre 2013, 9,9 % des consultations ont eu lieu hors parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 5,3 % pour les autres assurés. Comparativement, fin 2010, 10,6 % des consultations avaient eu lieu en dehors du parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 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, 48,0 % des consultations ne sont pas considérées comme hors parcours de soins au 4<sup>ème</sup> trimestre 2013, contre 28,3 % pour les non bénéficiaires<sup>12</sup>.



## 1.2. LA PROGRESSION RÉGULIÈRE DES EFFECTIFS L'ACS

### 1.2.1. Le bilan de l'année 2013

#### 1.2.1.1. Présentation des effectifs

##### Le nombre de bénéficiaires d'attestations ACS

À fin décembre 2013, sur 12 mois glissants, le nombre de bénéficiaires s'établit à 1,2 million. Il est en hausse de 15,1 % par rapport à l'année 2012, tous régimes confondus. Cette évolution s'établit à : + 15,9 % pour la CNAMTS, + 11,3 % pour le RSI et + 1,2 % pour la CCMSA.

- Sur le 1<sup>er</sup> semestre 2013, avant le relèvement du plafond de l'ACS, la hausse était de 11,7 % tous régimes confondus par rapport au 1<sup>er</sup> semestre 2012 : + 12,3 % pour la CNAMTS, + 13,6 % pour le RSI et - 1,4 % pour la CCMSA.
- Sur le 2<sup>ème</sup> semestre, après relèvement des plafonds, la hausse ressort à 18,6 % tous régimes confondus : + 19,5 % pour la CNAMTS, + 8,9 % pour le RSI et + 4,3 % pour la CCMSA.

Le saut constaté sur juillet laisse supposer qu'on a assisté à un report de l'étude des dossiers de juin sur juillet, afin de permettre aux demandeurs de bénéficier des conditions plus favorables en vigueur. Ce point a été confirmé par les services de la CNAMTS.

La faiblesse du chiffre d'août peut interroger même si le mois d'août 2012 avait marqué une forte progression par rapport au mois d'août 2011.

Les chiffres à partir de septembre ressortent quant à eux globalement cohérents.

#### ► Délivrance et utilisation des attestations ACS en 2013

	Nbre mensuel de bénéfés	Evol en une année (mois à mois)	Dont Cnamts	Evol en une année Cnamts (mois à mois)	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
Janv. 2013	98 007	10,2%	91 067	10,5%	1 014 209	-	-
Fév. 2013	90 040	4,4%	83 100	4,2%	1 017 968	776 374	278 €
Mars 2013	97 800	11,0%	90 859	11,5%	1 027 693	-	-
Avril 2013	94 722	27,6%	88 699	29,8%	1 048 171	-	-
Mai 2013	92 014	15,4%	85 991	16,5%	1 060 464	826 257	277 €
Juin 2013	93 872	4,5%	87 849	4,7%	1 064 499	-	-
Juillet 2013	104 056	35,3%	98 671	37,5%	1 091 674	-	-
Août 2013	80 089	2,7%	74 704	2,5%	1 093 804	873 677	277 €
Sept. 2013	90 096	16,6%	84 711	17,4%	1 106 611	-	-
Oct. 2013	105 301	15,2%	99 109	15,8%	1 120 510	-	-
Nov. 2013	106 356	16,6%	100 164	17,3%	1 135 660	885 312	282 €
Déc. 2013	104 796	25,8%	98 604	27,2%	1 157 149	-	-

Source : CNAMTS : CCMSA, RSI, Fonds CMU

Un suivi attentif des évolutions caisse par caisse est réalisé sur les effectifs par le Fonds CMU et la CNAMTS, en vue mettre en évidence d'éventuelles incohérences et d'interroger les caisses concernées, ce qui a été fait pour 13 caisses en 2013.



### La structure par âge des bénéficiaires

On constate une légère augmentation de la part des « 60 ans et plus » dans les attributions sur l'année 2013 et en particulier à partir du relèvement du plafond intervenu au 1<sup>er</sup> juillet.

► Répartition selon les tranches d'âges des bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le régime général sur 2011, 2012 et 2013

	janv. 13	févr. 13	mars 13	avr. 13	mai 13	juin 13	juil. 13	août 13	sept. 13	oct. 13	nov. 13	déc. 13
<b>moins de 16 ans</b>	26,8%	26,9%	26,6%	26,4%	26,0%	26,4%	23,5%	23,9%	23,9%	24,4%	23,6%	23,6%
<b>entre 16 et 49 ans</b>	39,3%	38,9%	39,4%	39,0%	38,8%	38,2%	38,3%	38,7%	39,0%	38,2%	37,8%	37,8%
<b>entre 50 et 59 ans</b>	12,4%	12,2%	12,1%	12,4%	12,2%	13,1%	13,3%	13,3%	13,6%	13,2%	12,3%	13,2%
<b>plus de 60 ans</b>	21,5%	22,0%	21,9%	22,1%	23,0%	22,3%	24,8%	24,1%	23,5%	24,2%	26,3%	25,3%

	Moyenne 2013	Moyenne 2012	Moyenne 2011
<b>moins de 16 ans</b>	25,1%	26,6%	26,3%
<b>entre 16 et 49 ans</b>	38,6%	39,7%	40,4%
<b>entre 50 et 59 ans</b>	12,8%	12,3%	12,8%
<b>plus de 60 ans</b>	23,5%	21,4%	20,6%

Source : CNAMTS

### Les renouvellements

Appréciés en nombre de bénéficiaires, sur la base des données fournies par la CNAMTS, la part des renouvellements au sein des accords augmente : le chiffre était de 34,2 % en 2011 et de 34,9 % en 2012.

Il s'élève à 38,3 % en 2013.

### Le nombre d'utilisateurs d'attestations ACS

Les données relatives à l'utilisation des attestations ACS sont recueillies à partir des déclarations trimestrielles à la TSA effectuées par les OC. Pour un trimestre donné, elles mentionnent le nombre d'utilisateurs arrêté au dernier jour du 2<sup>ème</sup> mois du trimestre en question, d'où les dates de références : 28 février : 1<sup>er</sup> trimestre, 31 mai : 2<sup>ème</sup> trimestre, 31 août : 3<sup>ème</sup> trimestre, 30 novembre : 4<sup>ème</sup> trimestre.

Le nombre de personnes ayant effectivement utilisé leur attestation auprès d'un OC s'établit à 885 312 à fin novembre 2013 (+ 14,4 % en référence à fin novembre 2012).

Les évolutions peuvent être erratiques selon les trimestres (faible évolution toujours constatée sur le mois de février par exemple). Certains organismes complémentaires peuvent effectuer des régularisations (décalages dans les déclarations qui se traduisent par des rattrapages), qu'il est difficile d'anticiper. Le 3<sup>ème</sup> trimestre avait en particulier intégré des régularisations positives qui ne se retrouvent pas sur le 4<sup>ème</sup> trimestre.

L'ensemble des chiffres déclarés par les OC dans le cadre de leurs déclarations sont cependant systématiquement contrôlés afin de déceler d'éventuelles anomalies.

● L'utilisation des attestations ACS auprès des OC de 2011 à 2013

	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Evolution T / T-1	Evolution N / N-1	Taux d'utilisation des attestations (*)
Fév. 2011	528 183	-0,9%	7,1%	82,1%
Mai 2011	561 618	6,3%	8,6%	84,6%
Août 2011	595 940	6,1%	11,0%	85,2%
Nov. 2011	621 380	4,3%	16,6%	84,6%
Fév. 2012	635 713	2,3%	20,4%	81,0%
Mai 2012	685 059	7,8%	22,0%	82,1%
Août 2012	738 021	7,7%	23,8%	82,7%
Nov. 2012	774 041	4,9%	24,6%	80,5%
Fév. 2013	776 374	0,3%	22,1%	76,5%
Mai 2013	826 257	6,4%	20,6%	78,8%
Août 2013	873 677	5,7%	18,4%	80,0%
Nov. 2013	885 312	1,3%	14,4%	79,0%

Source : Fonds CMU

(\*) Nombre d'utilisateurs constatés à l'issue du mois M / Nombre de bénéficiaires sur 12 mois glissants en partant de M-1.

Le taux d'utilisation oscille autour de 80 %. Sachant qu'il existe logiquement un décalage entre délivrance et utilisation, compte-tenu du délai pour utiliser son attestation, en période de montée en charge, comme actuellement, il n'est pas anormal de constater des fluctuations à la baisse sur le taux d'utilisation trimestriel des attestations.

Le montant annuel moyen de la déduction après avoir été stable début 2013 à hauteur de 277 euros, augmente sur le dernier trimestre pour atteindre 282 euros (+ 1,8 %).

69,6 % des personnes sont couvertes par une mutuelle, 28,2 % par une société d'assurances et 2,2 % par une institution de prévoyance.

#### 1.2.1.2. L'impact de la revalorisation du plafond de ressources

Les 10 caisses participantes au suivi de la mesure pauvreté représentent presque 25 % des effectifs pour l'ACS, métropole et Dom.

##### Approche quantitative

Le volet quantitatif mesure le nombre de nouveaux bénéficiaires d'attestation ACS pour lesquels les revenus du foyer se situent dans la tranche de revenus concernée par l'augmentation exceptionnelle du plafond.

Pour les 10 caisses participant au suivi, sur le cumul des mois de juillet à décembre 2013, 18 100 nouveaux bénéficiaires supplémentaires sont liés à la mesure, sur un total de 127 600 attributions pendant la même période, soit 14,2 % des attributions.

### ► Suivi des attributions de l'ACS, en nombre de bénéficiaires, cumul de juillet à décembre 2013, pour les 10 caisses participantes au suivi

Nb ACS N-1	Nb ACS N	Nb ACS 26 (a)	Nb ACS Sans Mesure (b)	Nb ACS Avec Mesure (c)
119 480	127 598	86 648	22 867	18 083
<b>Répartition</b>		67,9%	17,9%	14,2%

(a) : Nombre de personnes qui auraient bénéficié de l'ACS sans la mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond 2013, ni le passage de + 26 % à + 35 % du plafond CMU-C en 2012.

(b) : Nombre de personnes qui auraient bénéficié de l'ACS sans la mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond 2013 mais qui ont bénéficié du passage de + 26 % à + 35 % du plafond CMU-C en 2012.

(c) : Nombre de personnes qui bénéficient de l'ACS grâce à la mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond 2013.

Contrairement à la CMU-C, les attributions liées à la mesure pauvreté se maintiennent dans la moyenne supérieure en décembre 2013, avec 2 990 attributions recensées par les 10 caisses participant au suivi, soit une extrapolation de 13 500 dossiers pour l'ensemble du régime général.

Le nombre total des attributions liées à la mesure pauvreté en 2013 est évalué à 75 400 attributaires d'attestations pour le régime général et à 79 500 pour l'ensemble des régimes, dont 63 600 utilisateurs.

La montée en charge est proche des résultats attendus pour ces six premiers mois d'application de la mesure.

### ► Suivi des attributions de la CMU-C liées à la mesure pauvreté, en nombre de bénéficiaires, par mois, de juillet à décembre 2013 et janvier 2014, pour les 10 caisses participantes au suivi

Num. CPAM	Nom CPAM	Attributions mesure							Cumul	Cumul Total Attributions	Attributions mesure / Total Attributions
		31/07/2013	31/08/2013	30/09/2013	31/10/2013	30/11/2013	31/12/2013	Cumul			
131	MARSEILLE	594	484	550	564	624	586	3 402	<b>21 855</b>	<b>15,6%</b>	
291	FINISTERE	133	98	81	112	110	131	665	<b>4 434</b>	<b>15,0%</b>	
595	LILLE-DOUAI	274	195	188	250	307	163	1 377	<b>9 091</b>	<b>15,1%</b>	
691	RHONE	405	333	343	256	332	256	1 925	<b>12 852</b>	<b>15,0%</b>	
751	PARIS	513	512	329	415	441	404	2 614	<b>14 650</b>	<b>17,8%</b>	
921	NANTERRE	295	183	188	202	243	244	1 355	<b>8 138</b>	<b>16,7%</b>	
931	BOBIGNY	458	399	386	438	330	427	2 438	<b>15 546</b>	<b>15,7%</b>	
951	CERGY PONTOISE	263	238	220	241	311	291	1 564	<b>9 091</b>	<b>17,2%</b>	
972	MARTINIQUE	109	83	108	101	99	89	589	<b>7 743</b>	<b>7,6%</b>	
974	RÉUNION	344	270	366	443	335	396	2 154	<b>24 198</b>	<b>8,9%</b>	
	<b>Total</b>	<b>3 388</b>	<b>2 795</b>	<b>2 759</b>	<b>3 022</b>	<b>3 132</b>	<b>2 987</b>	<b>18 083</b>	<b>127 598</b>	<b>14,2%</b>	

#### Approche qualitative

18,7 % des attributions d'attestations liées à la mesure pauvreté concernent des personnes qui bénéficiaient antérieurement de la CMU-C.

14,8 % des attributions liées à la mesure pauvreté concernent des personnes qui bénéficiaient déjà d'une attestation ACS, et qui sans la mesure, seraient sorties du dispositif, soit une évaluation de plus de 12 000 personnes pour 2013.

#### Suivi des refus au régime général

Le suivi des relèvements des plafonds CMU-C et ACS a également été complété, au régime général, par un suivi des refus en termes de niveau de dépassement des ressources. Les données concernent les refus prononcés sur la période allant de juillet à décembre 2013, correspondant à presque 34 000 personnes.

Sur cette base, on constate que :

- 21 % des personnes ont vu leur dossier refusé pour un dépassement situé entre + 35 % et + 40 % par rapport au plafond de la CMU-C ;
- 30 % des personnes ont vu leur dossier refusé pour un dépassement situé entre + 40 % et + 50 % par rapport au plafond de la CMU-C ;
- Au total donc, 51 % des demandeurs qui se sont vus notifier un refus ont des ressources qui se situent entre plafond CMU-C + 35 % et plafond CMU-C + 50 %.

Les résultats correspondent à ceux obtenus à l'occasion du précédent suivi du relèvement du plafond de l'ACS (P + 26 % à P + 35 % au 1<sup>er</sup> janvier 2012), qui avait été mis en place auprès de 4 caisses courant 2012 et sur le début de l'année 2013.

### 1.2.1.3. Les indicateurs ACS

Dans le souci d'améliorer la connaissance sur le dispositif de l'ACS, le Fonds CMU a mobilisé quelques organismes complémentaires dans la production d'indicateurs de suivi spécifiques.

Trois indicateurs ont été définis dans ce cadre : le délai d'utilisation des attestations ACS, la durée moyenne dans le dispositif ACS et le devenir des bénéficiaires à l'issue d'une année de droit ACS.

Deux OC ont à ce jour pu nous transmettre les données attendues - Eovi Mutuelle et la Mutuelle Intégrance - qui sont très riches d'enseignements.

Le Fonds CMU a souhaité que les travaux menés avec les deux mutuelles s'inscrivent dans le cadre d'une convention de partenariat. Celle-ci prévoit une remontée annuelle des différentes données.

#### 1<sup>er</sup> indicateur : 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. Les calculs ont ainsi porté sur 1 200 attestations (foyers).

En revanche, cette information est saisie dans le système d'information de la Mutuelle Intégrance, ce qui nous permet de disposer d'un résultat sur un champ beaucoup plus large - une très grande part des utilisateurs d'attestations au 31 décembre 2012, soit 21 975 sur 25 974 personnes.

Les résultats obtenus auprès des 2 OC ressortent parfaitement homogènes : le délai moyen d'utilisation des attestations ACS s'établit à 37 jours dans les 2 cas.

#### Délai d'utilisation des attestations ACS

Délai d'utilisation	Eovi Mutuelle	Mutuelle Intégrance
Moins d'1 mois	54,2%	45,5%
Entre 1 mois et moins de 2 mois	24,4%	29,0%
Entre 2 mois et moins de 3 mois	11,8%	16,7%
Entre 3 mois et moins de 4 mois	4,4%	4,5%
4 mois et plus	5,2%	4,4%
<b>Délai moyen d'utilisation</b>	<b>37 jours</b>	<b>37 jours</b>

Source : Eovi Mutuelle (1 200 foyers), Mutuelle Intégrance (21 975 bénéficiaires)

**2<sup>ème</sup> indicateur : la durée moyenne dans le dispositif ACS**

Le Fonds CMU ne disposait d'aucune donnée sur ce champ.

Les deux mutuelles ont pu effectuer leurs calculs sur la totalité de leur population ACS, soit 23 101 bénéficiaires pour EOVI Mutuelle et 25 974 bénéficiaires pour la Mutuelle Intégrance, ce qui constitue une référence très intéressante.

*Durée moyenne du droit ACS*

	1 an	2 ans	3 ans	4 ans et plus
<b>Eovi Mutuelle</b>	48,7%	21,8%	7,7%	21,8%
<b>Mutuelle Intégrance</b>	35,5%	20,7%	15,8%	28,1%

Source : Eovi Mutuelle (23 101 bénéficiaires), Mutuelle Intégrance (25 974 bénéficiaires)

Dans le cas d'EOVI, la durée moyenne dans le droit ressort à 2 ans (calcul approché), mais on constate que près de 50 % des bénéficiaires n'ont une ancienneté que d'une année dans le dispositif. Par ailleurs, 22 % des bénéficiaires ont une ancienneté de leur droit ACS de 4 années [et plus] (droit attribué sans interruption sur cette période).

La durée moyenne dans le droit ressort plus importante pour la Mutuelle Intégrance (2,4 ans selon un calcul approché). La population couverte par la mutuelle est toutefois très majoritairement un public handicapé. La stabilité des ressources et un accompagnement plus marqué peuvent expliquer ce constat.

**3<sup>ème</sup> indicateur : le devenir des bénéficiaires à l'issue de l'année de droit ACS**

Sur ce champ également, les calculs ont été effectués sur la totalité de la population ACS des deux organismes.

Les résultats sur cet indicateur confortent ceux obtenus par le Fonds CMU dans le cadre d'enquêtes spécifiques conduites pour la réalisation des rapports d'évaluation 2009 et 2011.

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

	ACS dans le même OC	Sans ACS dans l'OC	CMUC dans l'OC	Sortis de l'OC
<b>EOVI Mutuelle</b>	49%	37%	7%	7%
<b>Mutuelle Intégrance</b>	52%	35%	0%	13%
<b>Enquête FNMF 2011 (1 mutuelle)</b>	44%	33%	13%	10%
<b>Enquête FNMF 2008 (24 mutuelles)</b>	45%	34%	9%	12%

Source : Eovi Mutuelle (23 101 bénéficiaires), Mutuelle Intégrance (25 974 bénéficiaires)

Dans les deux mutuelles, le taux de renouvellement ressort à 50 %. Ce qui doit être souligné, c'est que la très grande majorité des bénéficiaires demeure ensuite dans l'OC : 93 % chez EOVI, 87 % au sein de la Mutuelle Intégrance (qui ne gère pas la CMU-C).

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

Pour EOVI Mutuelle, le résultat de 37 % de personnes restant dans l'OC sans ACS, s'expliquerait par le fait que le contrat qui avait été proposé au départ aux bénéficiaires de l'ACS était le mieux adapté à leur situation : « *le plus juste produit possible* ». La « fidélisation » peut également être liée à l'âge moyen des bénéficiaires qui est plutôt élevé, mais surtout au rôle reconnu d'acteur social de la mutuelle dans certaines régions d'implantation.

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

### *Les aides supplémentaires à l'ACS versées par les caisses d'assurance maladie du régime général*

En 2012, les dispositifs locaux d'aides complémentaires à l'ACS et d'aides visant à atténuer l'effet de seuil de l'ACS ont poursuivi et amplifié leur progression : le nombre de bénéficiaires a augmenté de + 61 % par rapport à 2011 (+ 48 % entre 2010 et 2011), les montants accordés de + 48 % (+ 41 % entre 2010 et 2011).

La dépense totale représente désormais 39 % de la dotation paramétrique des CPAM (30 % en 2011, 23 % en 2010).

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

On rappellera que 2 types d'aides sont proposés par les caisses dans ce cadre : l'aide qui vient compléter le montant d'ACS accordé (les compléments ACS) et l'aide destinée aux personnes dont les ressources dépassent le plafond prévu pour l'ACS (les aides « effet de seuil »).

72 CPAM ont développé les 2 dispositifs « Compléments ACS » et « Effet de seuil » (67 en 2011). 29 CPAM (32 en 2011) présentent un seul dispositif : 28 CPAM le « Complément ACS » et une l'« Effet de seuil ».

#### **Les compléments ACS en 2012 :**

100 CPAM ont développé cette aide qui connaît la plus forte progression : 284 000 bénéficiaires (+ 73 %), 29 millions d'euros (+ 63 %).

Son montant moyen s'élève à 104 euros.

Sur 100 CPAM concernées, 68 ont un dispositif proposant systématiquement cette aide.

Les caractéristiques de la nature de l'aide allouée varient. Ainsi, 58 CPAM modulent leur aide en fonction de l'âge. 46 CPAM déterminent le montant de l'aide en appliquant un pourcentage du montant de l'ACS. 47 CPAM limitent leur aide dans le temps (à une année pour 27 d'entre elles). On notera enfin que 24 CPAM ne visent qu'une seule classe d'âges. 58 % des bénéficiaires sont primo demandeurs ACS et seulement 34 % sont déjà titulaires d'une complémentaire santé.

#### **Les aides « Effet de seuil » :**

72 CPAM ont mis en place ce type d'aide qui concerne 40 773 bénéficiaires (+ 9 %), pour un montant de 8,5 millions d'euros (+ 11 %). Son montant moyen s'élève à 210 euros, soit le double par rapport aux compléments ACS.

20 % des CPAM fixent le plafond de revenu pour l'octroi de l'aide aux barèmes appliqués dans le cadre des autres aides supplémentaires versées par les caisses, 18 % à « plafond CMU-C + 50 % », 17 % à « plafond CMU-C + 40 % », 7 % à « au-delà de plafond CMU-C + 50 % », 7 % au cas par cas.

### 1.2.2. Le rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2012

Selon 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) ».

Pour l'enquête 2012, 52 OC ont répondu, ils couvrent 66 % des bénéficiaires utilisateurs de l'aide au 30 novembre 2012 (309 692 contrats et 514 341 bénéficiaires). Les données ainsi recueillies permettent d'atteindre un très bon niveau de représentativité.

Un changement important est intervenu dans l'enquête 2012 puisque la classification des contrats de couverture de complémentaire santé, qui était utilisée par la DREES depuis l'enquête 2008, a évolué afin de mieux prendre en compte l'évolution du marché de la complémentaire santé. On est ainsi passé d'une classification en 4 classes (de A à D) à une classification en 5 classes (de A à E en allant du contrat offrant la meilleure couverture au contrat proposant la moins bonne couverture).

#### ● Synthèse des principales données

	Enquête 2012	Enquête 2011	Évolution
Nombre d'OC	52	55	
Nombre contrats	309 692	246 944	
Nombre personnes enquêtées	514 341	407 861	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	66%	66%	
Nombre personnes par contrat	1,66	1,65	
Prix moyen par contrat (couvrant 1,66 personnes en 2012)	884 €	841 €	5,1%
Prix moyen d'un contrat ACS par personne couverte	533 €	510 €	4,6%
Montant déduction moyenne par contrat	456 €	448 €	1,8%
RAC (*) moyen par contrat	428 €	393 €	8,9%
Taux RAC (*) moyen	46%	44%	
Taux d'effort par foyer	4,1%	3,9%	

Source : OC, Fonds CMU.

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

En 2012, le prix moyen par contrat a augmenté de + 5,1 % alors que dans le même temps, le montant moyen de déduction ACS n'a évolué que de + 1,8 %. Ce constat conduit à un accroissement sensible de + 8,9 % du montant du RAC (reste à charge) moyen par contrat. En moyenne, 54 % du prix du contrat est pris en charge par le dispositif ACS. Ce taux correspond pratiquement au taux de prise en charge des employeurs sur les contrats collectifs obligatoires.

Le taux d'effort des ménages pour acquérir une complémentaire santé représente 4,1 % de leur revenu annuel (3,9 % en 2011). Il est au-dessus de celui des cadres et des professions intellectuelles situé autour de 4 % en moyenne. Près d'un demi mois de revenu est nécessaire pour financer la complémentaire santé. Au-delà, des aides supplémentaires à l'ACS mises en place par une grande majorité des CPAM abaissent le montant du reste à charge des personnes concernées.



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

Comme cela a déjà été démontré lors des précédentes enquêtes, 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 « 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<sup>er</sup> janvier 2014 est pertinente.

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.

### 1.2.2.2. Les niveaux de couverture des contrats ACS

#### Une amélioration de la situation des contrats ACS entre 2011 et 2012

En ayant recours à l'ancienne classification, on a constaté une amélioration sensible de la situation entre 2011 et 2012.

► Répartition des bénéficiaires des contrats ACS par classe de garanties en 2011 et 2012 (%)

	Contrats ACS 2011	Contrats ACS 2012	Evolution (en points)
<b>Classe A</b>	0,7	1,3	0,6
<b>Classe B</b>	9	13	4
<b>Classe C</b>	43,6	50,3	6,7
<b>Classe D</b>	46,7	35,4	-11,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Source : OC, Fonds CMU

Les bénéficiaires rattachés à des contrats de classe C représentent désormais la moitié de l'effectif ACS. Entre les deux exercices, on a assisté à un glissement des contrats de classe D (-11,3 points), vers les contrats de classe C (+ 6,7 points) mais également, ce qui est plus étonnant, vers les contrats de classe B (+ 4,0 points).

Plusieurs explications à ce constat sont possibles. Avec le relèvement du plafond de l'aide intervenu au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (plafond CMU-C + 26 % à plafond CMU-C + 35 %), les effectifs ont évolué sensiblement : + 25 % entre fin novembre 2011 et fin novembre 2012 sur l'utilisation effective des attestations auprès d'un OC. On a logiquement pu assister à une modification du profil des personnes aidées. On peut supposer que les nouveaux bénéficiaires concernés par le relèvement du plafond, sont un peu mieux insérés socialement et en particulier au niveau de la couverture complémentaire santé, avec des niveaux de garanties un peu plus élevés que ceux situés en première partie de fourchette des revenus ; ils ont pu souhaiter conserver leur ancien contrat avec les mêmes garanties.

#### Des niveaux de garantie sensiblement moins élevés pour l'ACS que pour les contrats individuels

De son côté, la DREES, dans le cadre de son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits (contrats 2010), constate une montée en gamme continue des contrats, surtout s'agissant des contrats collectifs, ce constat étant moins visible sur l'individuel.

Si on compare, à partir de la nouvelle classification DREES, la situation des contrats ACS en 2012 par rapport à l'ensemble du marché individuel en 2010 (59,8 % du marché individuel en réalité dans le cadre des contrats remontés par la DREES dans son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits), les résultats obtenus demeurent sans ambiguïté : en 2012 et sur la base de la nouvelle classification DREES des contrats de couverture complémentaire santé, les contrats ACS offrent globalement des niveaux de garantie moins élevés que les contrats individuels en général. La différence serait encore beaucoup plus nette s'ils étaient comparés aux contrats collectifs.

► Répartition des bénéficiaires des contrats ACS par classe de garanties en comparaison avec les autres contrats individuels du marché

	Contrats ACS 2012	Contrats individuels (DREES 2010)	Ecart (en points)
<b>Classe A</b>	0	2,7	-2,7
<b>Classe B</b>	3,9	10,7	-6,8
<b>Classe C</b>	13,1	34,0	-20,9
<b>Classe D</b>	36,2	34,6	1,6
<b>Classe E</b>	46,7	18,0	28,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Source : OC, Fonds CMU

Le résultat La différence porte essentiellement sur la classe E : + 28,7 points en plus pour les contrats ACS par rapport à l'ensemble des contrats individuels en 2010, et sur la classe C : - 20,9 points sur les contrats ACS. En revanche, la classe D est également représentée au sein des 2 groupes : plus d'un tiers des bénéficiaires dans les deux cas.

On rappellera que sur l'enquête 2011, et en s'appuyant donc sur l'ancienne classification DREES, la différence était particulièrement marquée sur la classe B (+ 32,1 points sur les contrats individuels DREES) et la classe D (+ 38,5 points pour les contrats ACS), les effectifs au sein de la classe C étant représentés de manière comparable au sein des 2 groupes.

**Impact du niveau de garantie sur le prix des contrats**

On constate un impact du niveau de garantie sur le prix, même si ses effets sont sensiblement 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 %, ce qui est logique en référence à l'évolution qui était de + 31 % dans l'enquête 2011 entre les contrats de classe D et les contrats de classe B (référence ancienne classification).

**Les restes à charge (RAC) sur prestations des bénéficiaires de l'ACS**

Ce travail a été initié depuis les deux précédentes éditions du rapport, dans la mesure où 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.

► RAC moyen par consommant  
Enquête annuelle ACS 2012

Prestations	RAC moyen
<b>Consultations de spécialistes</b>	10 €
<b>Prothèses dentaires céramo métallique (SPR 50)</b>	384 €
<b>Paire de lunettes (détail) :</b> verres simples verres complexes montures	65 € 170 € 60 €
<b>Paires de lunettes (forfaits)</b>	Entre 100 et 150 €

Source : OC, Fonds CMU

► RAC moyen : écart « autres contrats individuels » / contrats ACS

Prestations	RAC moyen
<b>Consultations de spécialistes</b>	80 %
<b>Prothèses dentaires céramo métallique (SPR 50)</b>	5 %
<b>Paire de lunettes (détail) :</b> verres simples verres complexes montures	- 6 % 20 % 23 %
<b>Paires de lunettes (forfaits)</b>	36 %

Source : OC, Fonds CMU

Au regard des résultats obtenus, le RAC sur prestations est moins élevé pour les bénéficiaires de l'ACS comparativement aux bénéficiaires des autres contrats individuels mais cela doit être nuancé selon les postes : ce constat apparaît sur les consultations de spécialistes, et dans une moindre mesure sur l'optique. Il est par contre beaucoup moins évident sur les prothèses dentaires.

Il est possible que les bénéficiaires de l'ACS fréquentent davantage les professionnels de santé exerçant en secteur 1 ou les centres de santé qui pratiquent plus couramment des tarifs opposables, ce qui limite le RAC. Il se peut également que les bénéficiaires de l'ACS renoncent davantage à certains soins dont les restes à charge pourraient être jugés trop importants.

L'enquête 2013, dont le recensement a débuté en janvier 2014, a d'ores et déjà prévu de nouvelles adaptations, notamment pour tenir compte du nouveau contexte de l'opposabilité des tarifs de la part des médecins spécialistes en direction des bénéficiaires de l'ACS (avenant n°8 de la nouvelle convention médicale). Ce contrôle sera opéré grâce à l'introduction de deux nouveaux indicateurs dans l'enquête. Leur but sera de mesurer une éventuelle inflexion des dépassements entre 2012 et 2013 (date d'entrée en vigueur de l'avenant n° 8 de la nouvelle convention médicale).

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

Après avoir réalisé le bilan de l'année 2013 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.

Il est en effet logique de considérer, vue la proximité des tranches de revenus entre les deux dispositifs, qu'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.

#### 1.2.3.1. L'analyse à partir du ratio « ACS/CMU-C »

##### *Des résultats par département dans l'ensemble très homogènes*

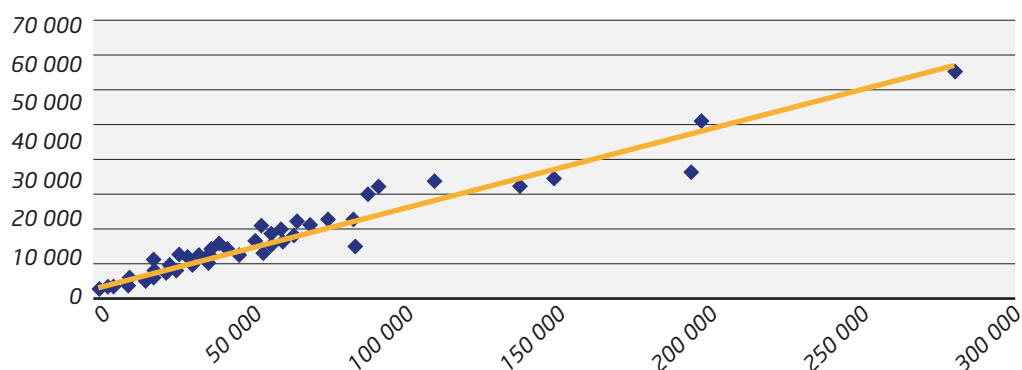
Le classement à partir du ratio étudié pour le régime général en métropole conduit à des résultats très homogènes dans leur ensemble.

Le coefficient de corrélation très élevé (0,97), traduit une très forte homogénéité des résultats.

Le taux moyen « ACS / CMU-C » ressort à 25,8 % (24,7 % en 2012).

Aucune situation ne ressort comme atypique.

#### ● Total effectifs ACS/Total effectifs CMU-C par département, métropole, 2013



Source : CNAMTS (ACS et CMU-C)

### Un indicateur défavorable aux départements de plus grande taille

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.

#### ► Rapport ACS/CMU-C, les quinze taux les plus élevés et les quinze taux les plus faibles métropole, 2013

Num Dpt	Nom Département	CMU-C 2013	ACS 2013	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
48	Lozère	2 436	1 317	54,06%	1
15	Cantal	4 144	1 986	47,92%	2
85	Vendée	19 831	9 323	47,01%	3
5	Hautes-Alpes	4 397	2 058	46,80%	4
65	Hautes-Pyrénées	12 792	5 428	42,43%	5
43	Haute-Loire	6 614	2 739	41,41%	6
32	Gers	9 131	3 683	40,34%	7
39	Jura	9 920	3 971	40,03%	8
73	Savoie	12 543	4 901	39,07%	9
201	Corse-du-Sud	4 869	1 882	38,65%	10
23	Creuse	6 366	2 457	38,60%	11
12	Aveyron	9 474	3 630	38,32%	12
64	Pyrénées-Atlantiques	28 714	10 970	38,20%	13
7	Ardèche	14 132	5 240	37,08%	14
70	Haute-Saône	11 163	4 103	36,76%	15

Num Dpt	Nom Département	CMU-C 2013	ACS 2013	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
95	Val-d'Oise	85 902	12 157	14,15%	96
93	Seine-Saint-Denis	195 534	31 685	16,20%	95
18	Cher	19 128	3 775	19,74%	94
62	Pas-de-Calais	150 582	29 850	19,82%	93
59	Nord	281 096	57 251	20,37%	92
75	Paris	139 690	28 501	20,40%	91
90	Territoire-de-Belfort	11 280	2 321	20,58%	90
67	Bas-Rhin	55 702	11 577	20,78%	89
55	Meuse	11 611	2 426	20,89%	88
54	Meurthe-et-Moselle	48 357	10 502	21,72%	87
57	Moselle	58 303	12 951	22,21%	86
68	Haut-Rhin	38 255	8 538	22,32%	85
13	Bouches-du-Rhône	198 697	44 351	22,32%	84
94	Val-de-Marne	85 163	19 352	22,72%	83
77	Seine-et-Marne	62 365	14 267	22,88%	82

Parmi les départements « les moins bien placés » (deuxième tableau) figurent des départements de tailles sensiblement plus importantes que dans le classement de tête (premier tableau) : ils représentent en effet 29,1 % de la population de la métropole (contre 6,4 % pour les départements du premier tableau).

Ainsi, l'amélioration de la situation des plus gros départements (en termes de population) aurait un impact sensible sur le résultat global apprécié par rapport au ratio ACS / CMUC.

### 1.2.3.2. L'analyse à partir du ratio « ACS/population »

#### 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.

#### ● Rapport ACS/CMU-C et taux d'ACS dans les DOM, 2013

Num Dpt	Nom Département	Population	CMU-C 2013	ACS 2013	Taux CMU-C 2013	Classement CMU-C 2013	Taux ACS 2013	Classement ACS 2013	ACS / CMU-C 2013	Classement ACS / CMU-C 2013
971	Guadeloupe	409 905	94 047	14 641	22,94%	3	3,57%	3	15,57%	98
972	Martinique	400 535	91 984	17 878	22,97%	4	4,46%	2	19,44%	93
973	Guyane	231 167	71 866	1 489	31,09%	2	0,64%	100	2,07%	100
974	La-Reunion	829 903	279 411	55 610	33,67%	1	6,70%	1	19,90%	96
<b>Moyenne France entière</b>		66 078 560	4 402 079	1 083 528	<b>6,66%</b>		<b>1,64%</b>		<b>24,61%</b>	

Pourtant, si l'on analyse la situation à partir du ratio « ACS / population », le classement se trouve complètement inversé, excepté pour la Guyane.

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 où la CMU-C l'emporte largement (Cf. taux de CMU-C et classement 2013).

#### La poursuite de l'analyse en métropole

#### ● Rapport ACS/CMUC, quinze caisses de métropole connaissant le taux ACS/CMUC le plus faible, 2013

Num Dpt	Nom Département	Population	CMU-C 2013	ACS 2013	Taux CMU-C 2013	Classement CMU-C 2013	Taux ACS 2013	Classement ACS 2013	ACS / CMU-C 2013	Classement ACS / CMU-C 2013
95	Val-d'Oise	1 187 836	85 902	12 157	7,23%	15	1,02%	91	14,15%	96
93	Seine-Saint-Denis	1 534 895	195 534	31 685	12,74%	1	2,06%	14	16,20%	95
18	Cher	319 600	19 128	3 775	5,98%	31	1,18%	81	19,74%	94
62	Pas-de-Calais	1 489 209	150 582	29 850	10,11%	3	2,00%	15	19,82%	93
59	Nord	2 617 939	281 096	57 251	10,74%	2	2,19%	9	20,37%	92
75	Paris	2 268 265	139 690	28 501	6,16%	26	1,26%	72	20,40%	91
90	Territoire-de-Belfort	146 475	11 280	2 321	7,70%	12	1,58%	42	20,58%	90
67	Bas-Rhin	1 115 226	55 702	11 577	4,99%	55	1,04%	89	20,78%	89
55	Meuse	200 509	11 611	2 426	5,79%	33	1,21%	77	20,89%	88
54	Meurthe-et-Moselle	746 502	48 357	10 502	6,48%	20	1,41%	58	21,72%	87
57	Moselle	1 066 667	58 303	12 951	5,47%	41	1,21%	76	22,21%	86
68	Haut-Rhin	765 634	38 255	8 538	5,00%	53	1,12%	85	22,32%	85
13	Bouches-du-Rhône	2 000 550	198 697	44 351	9,93%	5	2,22%	7	22,32%	84
94	Val-de-Marne	1 340 868	85 163	19 352	6,35%	22	1,44%	53	22,72%	83
77	Seine-et-Marne	1 347 008	62 365	14 267	4,63%	64	1,06%	88	22,88%	82

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 » :

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 (95<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>),
- le Pas de Calais (93<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup>),
- le Nord (92<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>),
- les Bouches du Rhône (84<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>).

Pour ces départements à forte population, on relève une proximité de leurs résultats entre eux, ce qui interpelle. L'effet taille, notamment dans le contexte de la Seine-Saint-Denis, du Nord Pas-de-Calais ou des Bouches-du-Rhône 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 Val d'Oise (96<sup>ème</sup>, 91<sup>ème</sup>),
- la Seine et Marne (82<sup>ème</sup> et 88<sup>ème</sup>).

### 1.2.3.3. L'impact de l'augmentation des effectifs de l'ACS au cours de l'année 2013

En 2013, les effectifs de l'ACS ont augmenté de + 16 %, et il est donc intéressant d'observer un éventuel impact sur les « performances » des départements parmi ceux gérant le plus grand nombre de bénéficiaires.

► Classement comparatif des départements entre 2012 et 2013 (classement décroissant sur les effectifs ACS 2013)

Num Dpt	Nom Département	Effectifs ACS			Classement Taux ACS/Population		Classement Pourcent ACS/CMU-C	
		2012	2013	Évolution 2012-2013	2012	2013	2012	2013
59	Nord	48 060	57 251	19,1%	14	12	91	92
974	La-Reunion	53 295	55 610	4,3%	1	1	93	96
13	Bouches-du-Rhône	36 617	44 351	21,1%	15	10	88	84
93	Seine-Saint-Denis	30 783	31 685	2,9%	9	17	96	97
62	Pas-de-Calais	27 870	29 850	7,1%	12	18	86	94
69	Rhône	26 640	29 686	11,4%	26	31	47	60
75	Paris	29 156	28 501	-2,2%	50	75	83	91
76	Seine-Maritime	22 065	27 608	25,1%	18	13	62	44
34	Hérault	22 024	26 411	19,9%	7	6	50	43
31	Haute-Garonne	18 329	19 782	7,9%	34	47	56	66
94	Val-de-Marne	13 411	19 352	44,3%	86	56	97	83
30	Gard	15 083	19 145	26,9%	6	4	65	48
33	Gironde	16 859	18 329	8,7%	70	78	61	67
6	Alpes-Maritimes	13 309	17 960	34,9%	55	36	46	29
972	Martinique	12 510	17 878	42,9%	2	2	98	93
91	Essonne	14 541	16 859	15,9%	62	64	53	53
44	Loire-Atlantique	14 325	16 368	14,3%	78	76	41	50
83	Var	14 369	16 220	12,9%	37	46	60	74
92	Hauts-de-Seine	15 138	15 432	1,9%	92	97	74	79
971	Guadeloupe	8 639	14 641	69,5%	4	3	99	98

On ne constate donc pas de réel bouleversement dans le classement de la « performance » à partir du ratio ACS/CMU-C entre les 2 années étudiées.

### 1.3. LA DIMINUTION RÉGULIÈRE DES EFFECTIFS DE LA CMU DE BASE

Les effectifs de la CMU de base sont passés de 2,0 millions fin 2009 à 2,3 millions fin 2013, mais en ayant connu un pic de progression de + 35,6 % en 2009, suivi d'évolutions se situant entre + 1,0 % et 7,5 % de 2010 à 2012, puis d'une baisse de 1,2 % en 2013.

Les plus fortes progressions sont liées à des évolutions réglementaires.

Sur cette même période les augmentations ou diminutions des effectifs n'ont pas été homogènes entre la métropole et les départements d'Outre-mer.

#### 1.3.1. L'évolution en 2013

Avec 2,3 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2013<sup>13</sup> (assurés et ayants-droit), les effectifs de la CMU de base ont baissé de 1,2 % depuis fin décembre 2012. Cette évolution a été marquée par une alternance entre faibles hausses et faibles baisses d'un mois sur l'autre, sauf une chute ponctuelle de 4,9 % en mars, répartie entre - 4,7 % en métropole et - 5,9 % dans les Dom.

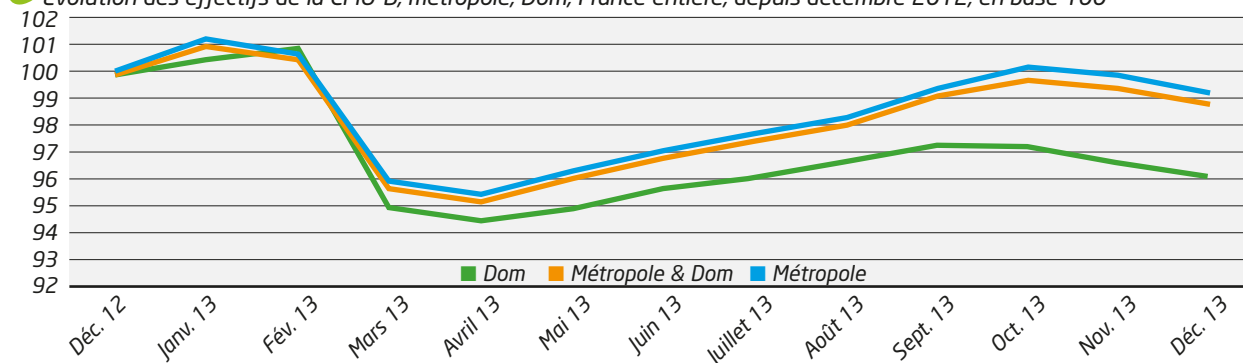
Ces baisses ne sont toutefois pas anormales, la CMU de base étant un régime d'affiliation subsidiaire intervenant uniquement lorsque la personne ne peut être affiliée à l'assurance maladie à un autre titre (au titre de son activité, d'un maintien de droit ou en tant qu'ayant-droit).

● Effectifs de la CMU-B de décembre 2012 à décembre 2013, évolution en M-1, métropole et Dom

Mois	Métropole & Dom		Métropole		Dom	
2012 déc	2 277 976		1 923 240		354 736	
2013 janv	2 300 850	1,0%	1 944 578	1,1%	356 272	0,4%
2013 févr	2 291 635	-0,4%	1 934 112	-0,5%	357 523	0,4%
2013 mars	2 178 996	-4,9%	1 842 608	-4,7%	336 388	-5,9%
2013 avr	2 169 261	-0,4%	1 834 519	-0,4%	334 742	-0,5%
2013 mai	2 186 114	0,8%	1 849 718	0,8%	336 396	0,5%
2013 juin	2 203 457	0,8%	1 864 775	0,8%	338 682	0,7%
2013 juil	2 218 273	0,7%	1 877 520	0,7%	340 753	0,6%
2013 août	2 232 034	0,6%	1 889 156	0,6%	342 878	0,6%
2013 sept	2 255 628	1,1%	1 910 972	1,2%	344 656	0,5%
2013 oct	2 269 778	0,6%	1 925 053	0,7%	344 725	0,0%
2013 nov	2 263 036	-0,3%	1 920 416	-0,2%	342 620	-0,6%
2013 déc	2 250 192	-0,6%	1 909 635	-0,6%	340 557	-0,6%

Source : CNAMTS

● Évolution des effectifs de la CMU-B, métropole, Dom, France entière, depuis décembre 2012, en base 100



Source : CNAMTS



## 1.3.2. La répartition des bénéficiaires

### 1.3.2.1. L'approche par département

La densité de bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population est de 3,0 % en métropole et de 18,2 % dans les Dom.

En métropole, les vingt premiers départements en termes d'effectifs pour la CMU-B rassemblent plus d'un million de personnes, soit 56,3 % des bénéficiaires. Plus d'un quart des effectifs de la CMU-B (27,0 %) se concentre sur les cinq premiers départements.

Pour l'ensemble de ces départements, la moyenne des bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population est de 3,8 %. Mais cette densité varie entre 2,2 % en dans les Yvelines (78) et la Seine-et-Marne (77) et 6,3 % en Seine-Saint-Denis (93). La densité des bénéficiaires de la CMU-B n'est pas toujours associée à une population élevée. Dans le département du Rhône (69), qui est pourtant le sixième en termes d'effectifs, seulement 3,1 % de la population est concernée par la CMU-B.

► *Effectifs de la CMU-B et rapport effectifs / population générale dans les 20 premiers départements, à fin décembre 2013*

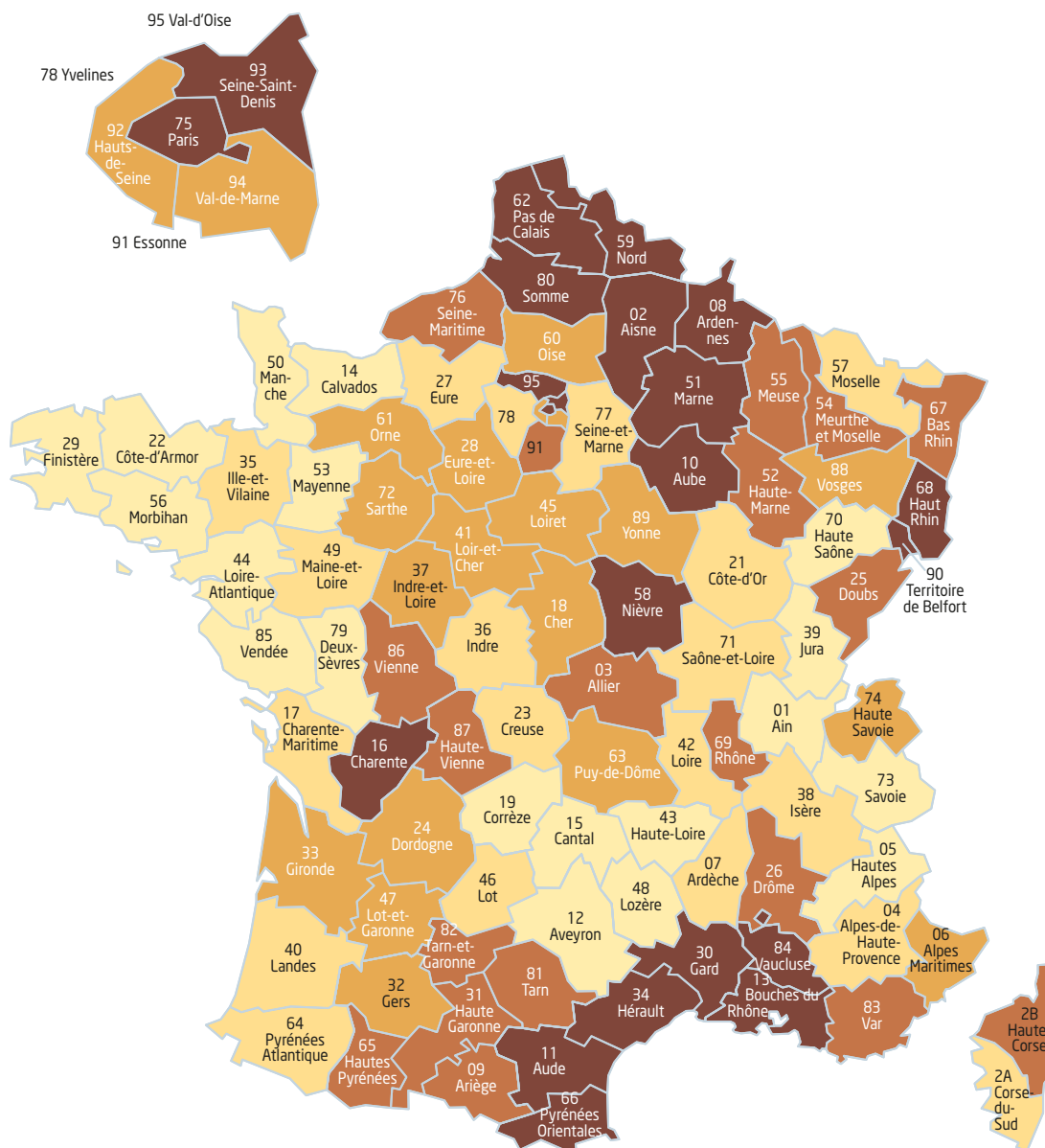
Rang CMU-B Population	Num Département	Département	CMU Base	Population	CMU Base Population
1	59	Nord	129 701	2 617 939	5,0%
2	13	Bouches-du-Rhône	112 294	2 000 550	5,6%
3	75	Paris	97 534	2 268 265	4,3%
4	93	Seine-Saint-Denis	96 919	1 534 895	6,3%
5	62	Pas-de-Calais	78 877	1 489 209	5,3%
6	69	Rhône	54 978	1 756 069	3,1%
7	34	Hérault	49 384	1 062 617	4,6%
8	95	Val-d'Oise	47 253	1 187 836	4,0%
9	76	Seine-Maritime	39 777	1 275 952	3,1%
10	33	Gironde	37 393	1 479 277	2,5%
11	92	Hauts-de-Seine	36 866	1 590 749	2,3%
12	31	Haute-Garonne	36 004	1 268 370	2,8%
13	94	Val-de-Marne	34 941	1 340 868	2,6%
14	91	Essonne	34 325	1 233 645	2,8%
15	30	Gard	34 147	726 285	4,7%
16	67	Bas-Rhin	32 681	1 115 226	2,9%
17	83	Var	32 050	1 026 222	3,1%
18	78	Yvelines	31 903	1 435 448	2,2%
19	77	Seine-et-Marne	29 251	1 347 008	2,2%
20	68	Haut-Rhin	27 975	765 634	3,7%
Total 20			1 074 253	28 522 064	3,8%
Total métropole			1 909 635	64 207 050	3,0%
Pourcent 20 / Métropole			56,3%	44,4%	

Sources : CNAMTS, INSEE

Au total, 30 départements de la métropole ont un taux de bénéficiaires supérieur ou égal au taux de 3,0 %, et ils représentent 45,7 % des bénéficiaires et 62,2 % de la population.

D'un point de vue géographique, les plus fortes densités de bénéficiaires de la CMU-B se concentrent essentiellement dans le Nord et le Sud ainsi que sur une partie de l'Île-de-France.

● Densité des bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population, par département, en métropole, estimation au 31 décembre 2013



Couleur		Pourcentage population	Nombre	Effectifs
[Dark Brown]		≥ 3,4% ≤ 6,3%	20	844 519
[Medium Brown]		≥ 2,7% < 3,4%	19	364 421
[Light Brown]		≥ 2,2% < 2,7%	19	308 979
[Yellow-Orange]		≥ 1,8% < 2,2%	19	255 005
[Light Yellow]		≥ 1,3% < 1,8%	19	136 711
			<b>96</b>	<b>1 909 635</b>

Sources : CNAMTS, INSEE  
Outil : Philcarto

Dans les Dom, 340 557 personnes sont couvertes par la CMU-B, soit 18,2 % de la population, dont un taux de 26,1 % en Guyane (973).

► *Effectifs de la CMU-B et rapport effectifs / population générale dans les Dom, fin décembre 2013*

Num Dpt	Département	CMU Base	Population	CMU Base Population
971	Guadeloupe	72 076	409 905	17,6%
972	Martinique	74 487	400 535	18,6%
973	Guyane	60 304	231 167	26,1%
974	La-Réunion	133 690	829 903	16,1%
<b>Total Dom</b>		<b>340 557</b>	<b>1 871 510</b>	<b>18,2%</b>

Source CNAMTS

### 1.3.2.2. L'approche par régime d'attribution

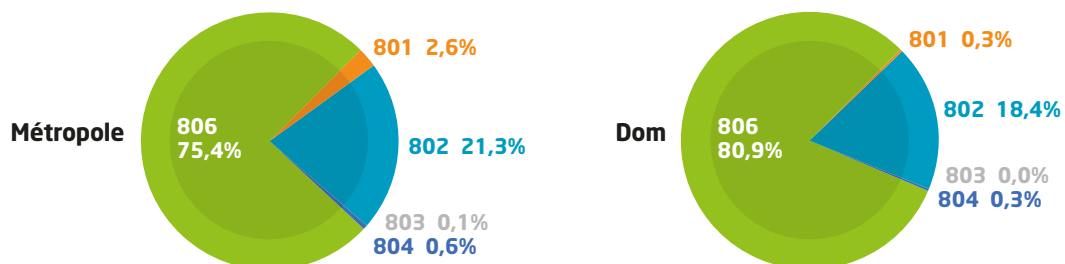
Le régime 806 permet l'affiliation à la CMU-B des allocataires du RSA socle qui ne peuvent s'ouvrir des droits à un autre titre. En métropole, il représente 75,4 % des affiliés à la CMU-B. Le régime 802 est le deuxième régime de la CMU-B. Sans cotisation et sur critère de résidence, il représente 21,3 % des effectifs. Les deux régimes avec cotisation (801 et 804) ne représentent respectivement que 2,6 % et 0,6 % des effectifs.

Dans les Dom, le régime 806 est encore plus prépondérant, avec 80,9 % des affiliés à la CMU-B et le régime 802 un peu moins représenté (18,4 %). Le régime 801 pour sa part ne concerne que 0,3 % des bénéficiaires.

► *Définition des codes régimes et des régimes pour la CMU-B*

Code Régime	Définition régime
801	Critère de résidence avec cotisation
802	Critère de résidence sans cotisation
803	Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate
804	Critère de résidence avec cotisation + risque AT
806	Critère de résidence sans cotisation assuré RMIste
833	Critère de résidence ex yougoslave majeur

► *Répartition des bénéficiaires de la CMU-B, selon le régime de base, métropole, Dom, au 31 décembre 2013*



Source : CNAMTS

### 1.3.3. Le recours à la CMU-C des assurés affiliés au régime 806

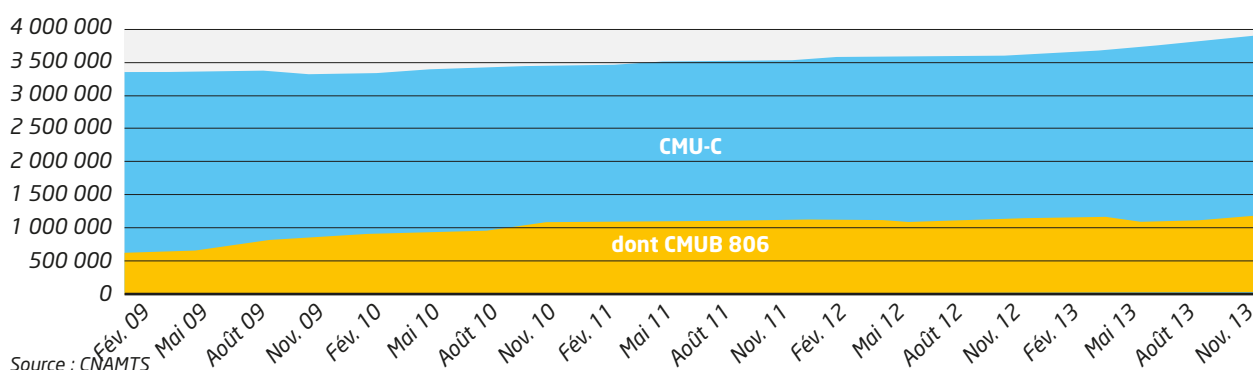
Les allocataires du RSA socle ont un accès de plein droit à la CMU-C sans nouvelle étude de leurs ressources. Ils doivent néanmoins en faire la demande. Des études sont en cours pour connaître le taux de recours à la CMU-C de ces allocataires. Dans l'attente de la production de ces éléments détaillés, le Fonds CMU produit des indicateurs sur le recours à la CMU-C des allocataires du régime 806.

Il est effectivement important de connaître les résultats de l'information développée auprès des publics potentiels, mais également de la mise en place de la pré-instruction des demandes de CMU-C auprès des CAF. La loi instituant le RSA a confié aux CAF une mission de pré-instruction des demandes de CMU-C. Ainsi, lors d'une demande de RSA socle, la CAF apporte son aide au demandeur dans la constitution de son dossier de CMU-C et transmet à la CPAM compétente les éléments nécessaires à l'ouverture des droits à la CMU-C. Cette pré-instruction ne concerne toutefois que les premières demandes de RSA socle et ne permet donc pas d'atteindre les anciens allocataires du RMI.

Depuis la fin 2010, par rapport au total des effectifs de la CMU-C, la proportion de bénéficiaires de la CMU-B au titre du

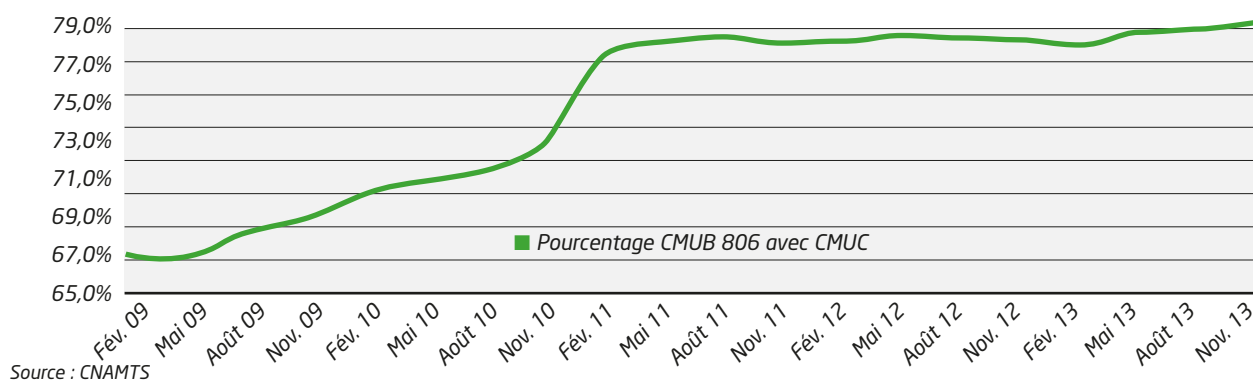
régime 806 (allocataires du RSA socle) qui ont fait valoir leurs droits à la CMU-C a dépassé les 30 %, jusqu'à atteindre 32,6 % début 2011. Cette part a baissé à moins de 31 % fin 2013, mais il faut tenir compte en ce sens de la mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond de la CMU-C au 1<sup>er</sup> juillet 2013, qui a permis d'élargir le public des bénéficiaires de la CMU-C à une plus grande proportion de personnes non éligibles au RSA socle.

● *Évolution de la part de bénéficiaires de la CMU-C concomitamment à la CMU-B au titre du régime 806 et de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C, en métropole, de février 2009 à novembre 2013*



Parallèlement, le taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 a passé le cap des 79 % en août 2013. Pour rappel, des actions d'information avaient été développées en 2010 pour inciter les bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 à faire valoir leurs droits à la CMU-C, ce qui avait permis d'augmenter le taux de recours de plus de 10 points.

● *Évolution du taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806 de la CMU-B, de février 2009 à novembre 2013, en métropole*



### 1.3.4. La répartition des bénéficiaires du régime 801

Le régime 801 concerne les personnes affiliées à la CMU de base et soumises au paiement d'une cotisation.

#### 1.3.4.1. Le cas spécifique des travailleurs frontaliers

Les travailleurs frontaliers exerçant en Suisse mais résidant en France ont un droit d'option concernant la prise en charge des prestations en nature de l'assurance maladie. Ils peuvent opter entre le régime de sécurité sociale français et le régime suisse.

Jusqu'au 31 mai 2014, les travailleurs frontaliers optant pour le régime français peuvent choisir soit de souscrire une assurance privée, soit d'être affiliés à la CMU de base.

À compter du 1<sup>er</sup> 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 devront obligatoirement être affiliés à la CMU de base. Ils pourront conserver leur assurance privée jusqu'à échéance de celle-ci, une montée en charge est donc attendue avec un pic au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Ces nouveaux affiliés qui représenteraient environ 150 000 personnes d'après les estimations de la direction

de la sécurité sociale, seront très majoritairement cotisants et principalement ressortissants des six départements frontaliers.

Un régime spécifique pour la CMU de base pourrait être créé pour distinguer ces nouveaux affiliés, mais à l'heure actuelle les personnes qui ont choisi le régime de sécurité sociale français sont à la CMU de base au régime 801.

#### 1.3.4.2. La répartition par département des affiliés au régime 801

Le régime 801 représente moins de 3 % des bénéficiaires de la CMU de base pour l'ensemble du territoire, mais il est très différemment réparti selon les départements.

Au 30 juin 2013<sup>14</sup>, les bénéficiaires de la CMU de base au régime 801 sont au nombre de 50 300 bénéficiaires en métropole et de 1 150 dans les Dom, soit 2,7 % des bénéficiaires de la CMU de base en métropole et 0,3 % dans les Dom.

Les deux premiers départements en termes de densité par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de la CMU de base sont la Haute-Savoie (37,9 %) et l'Ain (21,3 %), qui sont des départements frontaliers de la Suisse. Le Haut-Rhin, qui rassemble pour sa part 8,3 % de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU de base au régime 801 de la métropole, avec plus de 4 000 bénéficiaires, est à cheval entre l'Allemagne et la Suisse, les travailleurs frontaliers y sont donc répartis entre les deux pays.

Compte tenu de la suppression du droit d'option pour les travailleurs frontaliers à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, il conviendra de suivre l'ensemble des départements frontaliers de la Suisse, certains ayant pour le moment des effectifs de bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 801 très faibles, alors qu'ils sont directement pourvoyeurs de forts effectifs de main d'œuvre pour la Suisse, tels que le Jura, le Doubs ou le territoire de Belfort.

► Répartition des affiliés à la CMU-B au titre du régime 801 pour les 25 premiers départements de métropole, au 30 juin 2013

Rang	Num Dpt	Nom Département	Nb Bénéf 801	Pourcent 801 / CMUB	Part effectifs Dpt / effectifs métropole	Cumul
1	74	HAUTE-SAVOIE	6 856	37,9%	13,6%	13,6%
2	1	AIN	1 920	21,3%	3,8%	17,4%
3	23	CREUSE	2 625	18,1%	5,2%	22,6%
4	39	JURA	629	17,6%	1,2%	23,9%
5	68	HAUT-RHIN	4 167	14,9%	8,3%	32,2%
6	90	TERRITOIRE DE BELFORT	695	10,5%	1,4%	33,6%
7	71	SAONE-ET-LOIRE	921	8,6%	1,8%	35,4%
8	6	ALPES-MARITIMES	1 855	7,1%	3,7%	39,1%
9	32	GERS	250	5,6%	0,5%	39,6%
10	46	LOT	203	5,0%	0,4%	40,0%
11	7	ARDECHE	302	4,9%	0,6%	40,6%
12	83	VAR	1 490	4,8%	3,0%	43,5%
13	5	HAUTES-ALPES	79	4,7%	0,2%	43,7%
14	28	EURE-ET-LOIR	151	4,6%	0,3%	44,0%
15	75	PARIS	3 917	4,1%	7,8%	51,8%
16	92	HAUTS-DE-SEINE	1 499	4,1%	3,0%	54,7%
17	22	COTES-D'ARMOR	414	4,0%	0,8%	55,6%
18	64	PYRENEES-ATLANTIQUES	518	4,0%	1,0%	56,6%
19	73	SAVOIE	187	4,0%	0,4%	57,0%
20	70	HAUTE-SAONE	157	3,7%	0,3%	57,3%
21	85	VENDEE	270	3,6%	0,5%	57,8%
22	4	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	123	3,6%	0,2%	58,1%
23	40	LANDES	243	3,4%	0,5%	58,5%
24	17	CHARENTE-MARITIME	429	3,3%	0,9%	59,4%
25	56	MORBIHAN	374	3,2%	0,7%	60,1%
			30 274		60,1%	

Source : CNAMTS

<sup>14</sup> Les données sont reprises au 30 juin 2013 pour des raisons de délais dans la mise à disposition par la CNAMTS des données détaillées par régimes concernant la CMU-B

## 2 Les dépenses restent contenues

### 2.1. L'ÉVOLUTION MODÉRÉE DES DÉPENSES DE CMU-C

#### 2.1.1. La dépense totale

La CNAMTS a travaillé tout au long de l'année 2013 sur l'évaluation de la dépense totale (part régime obligatoire et part complémentaire) des bénéficiaires de la CMU-C. Les données sont à consolider pour la partie hospitalisation. Le projet est de suivre une évolution sur les trois exercices de 2010 à 2012.

Les données sont issues du SNIIRAM, elles concernent le régime général, hors SLM, la métropole et les Dom, les patients avec ou sans ALD.

Les résultats de cette étude seront diffusés courant 2014.

#### 2.1.2. La dépense pour la part CMU-C en droits constatés

Le coût moyen évalué pour 2013 en droit constatés est en baisse au régime général et au régime agricole et en évolution très modérée pour le régime des indépendants.

En 2013, la dépense totale du régime général (métropole et Dom) en droits constatés est estimée à 1 616 M€ (+ 3,8 % par rapport à 2012) et les effectifs moyens à 3,7 millions (+ 5,3 % par rapport à 2012). Le coût moyen de 440 € est en baisse de 1,4 %. La hausse plus rapide des effectifs en 2013, de part la conjoncture économique dégradée, puis de la mesure pauvreté à partir de juillet 2013, accentue cette baisse du coût moyen par effet statistique.

La dépense totale du régime des indépendants est estimée à 77 M€ (+ 14,4 % par rapport à 2012) et les effectifs moyens à 228 500, soit un coût moyen de 337 €, avec une évolution modérée de + 1,2 %. Cette progression du coût moyen est certainement liée à un rééquilibrage de l'évolution de la dépense, par rapport la très forte progression des effectifs qui perdure sur plusieurs exercices.

Au régime agricole, la dépense totale pour 2013 est estimée à 31 M€ (- 3,6 % par rapport à 2012) et les effectifs moyens à 86 000 (- 1,9 % en un an). Le coût moyen est de 364 €, soit une baisse de - 1,8 % sur un an. Cette baisse est à modérer du fait d'une meilleure comptabilisation de la dépense dans les Dom en 2012, qui avait mécaniquement entraîné une hausse de 5,0 % de la dépense et de 10,6 % du coût moyen (métropole et Dom) en 2012.

La dépense totale pour les OC est évaluée à 258 M€ pour 2011 et 264 M€ pour 2012<sup>15</sup>, soit des coûts moyens similaires pour un montant autour de 380 €.

Le coût moyen pour les organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C ne pourra être calculé pour 2013 qu'à partir de juin 2014, compte tenu des délais nécessaires à la remontée des informations.

<sup>15</sup> Reconstitution de la dépense totale à partir des éléments fournis par la cinquantaine d'OC participant à l'élaboration du rapport annuel sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C.

► *Dépenses en droits constatés, 2013, métropole et Dom pour le régime général, le régime des indépendants et le régime agricole*

2013	Exercice	Provision	Total	Effectifs	Coût moyen
<b>CNAMTS + SLM</b>	1 483 885 971 €	132 589 438 €	1 616 475 409 €	3 674 108	440 €
		Évolution	3,8%	5,3%	-1,4%
<b>RSI</b>	68 163 614 €	8 745 205 €	76 908 819 €	228 525	337 €
		Évolution	14,4%	13,1%	1,2%
<b>CCMSA</b>	28 088 489 €	3 207 312 €	31 295 801 €	85 994	364 €
		Évolution	-3,6%	-1,9%	-1,8%

Sources : CNAMTS, SLM, RSI, CCMSA

Les données pour l'exercice 2013 en droits constatés sont provisoires : la dépense au titre des exercices antérieurs fait l'objet d'une provision, elle ne sera connue dans son intégralité qu'à l'issue de l'exercice 2014 et les effectifs font l'objet d'une évaluation, ils ne seront définitifs qu'à compter des données transmises en mai 2014.

► *Dépenses en droits constatés, 2012, métropole et Dom pour le régime général, le régime des indépendants, le régime agricole et les organismes complémentaires*

2012	Exercice	Antérieur	Total	Effectifs	Coût moyen
<b>CNAMTS + SLM</b>	1 427 845 388 €	128 729 036 €	1 556 574 424 €	3 489 112	446 €
		Évolution	1,9%	1,8%	0,2%
<b>RSI</b>	60 193 682 €	7 041 266 €	67 234 948 €	202 109	333 €
		Évolution	14,9%	14,0%	0,8%
<b>CCMSA</b>	29 458 424 €	3 016 627 €	32 475 051 €	87 665	370 €
		Évolution	5,0%	-5,1%	10,6%
<b>OC</b>			264 083 027 €	695 871	380 €
		Évolution	2,5%	2,7%	-0,2%

### 2.1.3. La dépense en trésorerie du régime général

Au 31 décembre 2013, le coût moyen en trésorerie par bénéficiaire de la CMU-C au régime général est de 439 € en ACM métropole et Dom, avec une baisse sur 12 mois de 1,4 %.

Le coût moyen pour la ville, sur tout le territoire, est de 319 €, avec une baisse de 0,7 % sur 12 mois. Le coût moyen pour l'hôpital est de 120 € métropole et Dom. Il baisse de 3,3 % sur 12 mois.

En métropole, le coût moyen est de 445 €, dont 320 € pour la dépense de ville et 125 € pour l'hôpital.

Le coût moyen pour la ville est en légère baisse de 0,8 %. Comparativement, le taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général, en métropole, est de + 2,3 % en décembre 2013.

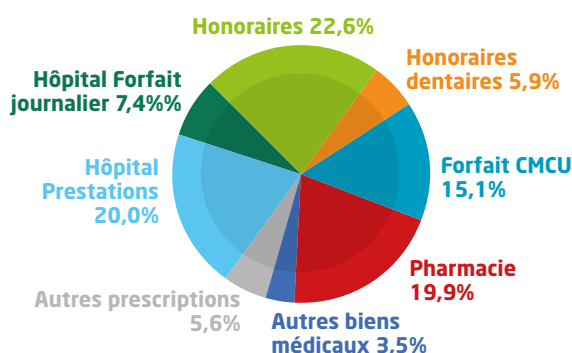
La forte augmentation des effectifs sur les derniers mois génère un déséquilibre par rapport à l'évolution de la dépense, notamment hospitalière, qui est présentée au paiement avec plus de décalage, ce qui contribue à la baisse des coûts moyens par effet statistique.



### 2.1.3.1. Répartition de la dépense agrégée

Les honoraires des généralistes et des spécialistes représentent 22,6 % de la dépense, suivi des prestations en milieu hospitalier et de la pharmacie pour 20,0 %. Les forfaits CMU (dentaire, orthodontie, audioprothèse, optique) pèsent pour 15,1 % de la dépense. Les honoraires dentaires n'atteignent que 5,9 %, mais ils ne comprennent pas la prise en charge des dépassements autorisés sur les actes prothétiques, qui sont compris dans les forfaits CMU-C.

● Répartition de la dépense au régime général, en trésorerie, métropole et Dom, 2013



Source CNAMTS

### 2.1.3.2. Évolution du coût moyen par poste

En 2013, pour l'ensemble du territoire, le coût moyen pour les médicaments (19,9 % de la dépense) baisse de 5,0 %, les forfaits dentaires (11,6 % de la dépense) augmentent de 2,0 %, les honoraires des généralistes (11,2 % de la dépense) baissent de 3,2 %.

Pour l'hôpital, le coût moyen des honoraires du secteur public (20 % de la dépense) baisse de 1,6 % et celui des forfaits journaliers (7,4 % de la dépense) baisse de 7,7 %.

► Dépense par poste au régime général, en trésorerie, métropole et Dom, 2013

Mois	Lieu		Exercice				
décembre 2013	Métropole_et_Dom		Exercice_et_Antérieur				
<b>Bénéficiaires CMUC</b>	<b>Effectif Moyen CMU-C RO ACM - CNAMTS + SLM</b>	<b>3 674 108</b>	<b>Indice ACM*</b>	<b>5,30%</b>			
	<b>Total 12 derniers mois</b>	<b>Indices ACM*</b>	<b>Coût Unitaire Annuel</b>				
			<b>Montant</b>	<b>% Coût Unitaire Annuel</b>	<b>Évolution</b>	<b>Contribution</b>	
<b>Total</b>	<b>1 612 615 006,87 €</b>	<b>3,8%</b>	<b>438,91 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>-1,4%</b>	<b>1,00</b>	
Ville	1 171 083 165,14 €	4,6%	318,74 €	72,6%	-0,7%	0,34	
Hôpital	441 531 841,73 €	1,8%	120,17 €	27,4%	-3,3%	0,66	
Ville	1 171 083 165,14 €	4,6%	318,74 €	72,6%	-0,7%	0,34	
Honoraires médicaux (1,2)	273 251 393,96 €	3,6%	74,37 €	16,9%	-1,7%	0,20	
Forfaits CMU (10,11,12,13)	244 023 268,28 €	7,7%	66,42 €	15,1%	2,3%	-0,24	
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	653 808 502,90 €	3,9%	177,95 €	40,5%	-1,3%	0,38	
Hôpital	441 531 841,73 €	1,8%	120,17 €	27,4%	-3,3%	0,66	
Honoraires du secteur public et Prestations (14)	322 517 538,64 €	3,6%	87,78 €	20,0%	-1,6%	0,23	
Forfait hospitalier (15)	119 014 303,09 €	-2,8%	32,39 €	7,4%	-7,7%	0,43	
<b>Détail</b>	<b>1 612 615 006,87 €</b>	<b>3,8%</b>	<b>438,91 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>-1,4%</b>	<b>1,00</b>	
1	Honoraires des généralistes	180 096 823,95 €	1,9%	49,02 €	11,2%	-3,2%	0,26
2	Honoraires des spécialistes	93 154 570,01 €	6,9%	25,35 €	5,8%	1,5%	-0,06
3	Honoraires dentaires	94 710 467,68 €	7,7%	25,78 €	5,9%	2,3%	-0,09
4	Honoraires paramédicaux	91 418 052,56 €	9,8%	24,88 €	5,7%	4,3%	-0,16
5	Médicaments	321 452 149,29 €	0,0%	87,49 €	19,9%	-5,0%	0,74
6	Dispositifs médicaux	55 997 999,43 €	9,4%	15,24 €	3,5%	3,9%	-0,09
7	Analyse et biologie	60 660 037,05 €	5,7%	16,51 €	3,8%	0,3%	-0,01
8	Frais de transport	27 541 019,99 €	6,9%	7,50 €	1,7%	1,5%	-0,02
9	Autres prestations en nature	2 028 776,90 €	-9,9%	0,55 €	0,1%	-14,4%	0,01
10	Forfaits proth. dentaires	187 201 603,20 €	7,4%	50,95 €	11,6%	2,0%	-0,16
11	Forfaits orthodontie	30 371 262,51 €	12,2%	8,27 €	1,9%	6,6%	-0,08
12	Forfaits optique médicale	24 499 682,52 €	5,6%	6,67 €	1,5%	0,3%	0,00
13	Forfaits proth. auditives	1 950 720,05 €	-1,1%	0,53 €	0,1%	-6,1%	0,01
14	Honoraires du secteur public/ Prestations hospitalières	322 517 538,64 €	3,6%	87,78 €	20,0%	-1,6%	0,23
15	Forfait journalier	119 014 303,09 €	-2,8%	32,39 €	7,4%	-7,7%	0,43

\*ACM : Année complète mobile

## 2.1.4. La dépense hospitalière

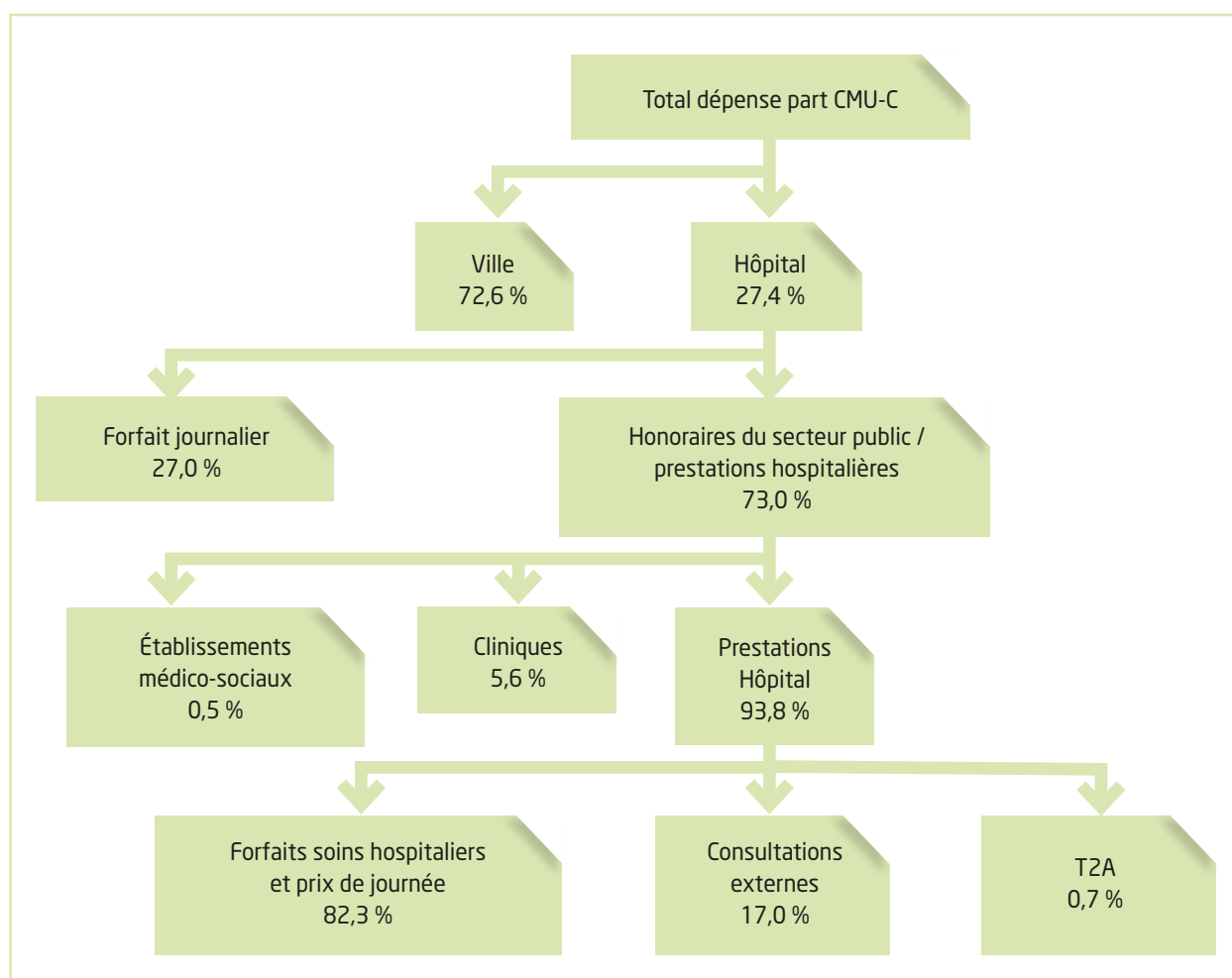
### 2.1.4.1. La répartition de la dépense hospitalière par type de prestations

Sur la dépense totale pour la part CMU-C, métropole et Dom, la part de la dépense hospitalière représente 27 %. Sur cette part, 27 % concerne le forfait hospitalier d'hébergement et 73 % revient aux soins.

Les soins sont composés pour 94 % de prestations en hôpital public. Ces prestations se répartissent entre 17 % pour les consultations externes et 82 % de forfaits de soins et de prix de journée (1 % relève de l'expérimentation de la facturation en T2A).

Les données traitées ici font l'objet d'un cumul en trésorerie de janvier à décembre 2013.

● Schéma de présentation de la dépense hospitalière pour la part CMU-C, dépense en trésorerie, 2013, CNAMTS, métropole et Dom



Source : CNAMTS

Globalement les répartitions sont stables, tant entre types d'établissements, qu'entre types de prestations pour les établissements hospitaliers.

Évolution de la répartition de la dépense hospitalière pour la part CMU C par type d'établissement, 2010 à 2013, CNAMTS, dépense en trésorerie, métropole et Dom

Type prestataire	2010	2011	2012	2013
<b>Prestations Hôpital</b>	92,9%	93,4%	93,9%	93,8%
<b>Établissements médico-sociaux</b>	0,8%	0,6%	0,5%	0,5%
<b>Cliniques</b>	6,3%	6,0%	5,6%	5,6%

Source : CNAMTS

Évolution de la répartition des Prestations hôpital pour la part CMU C par type d'acte, 2010 à 2013, CNAMTS, dépense en trésorerie, métropole et Dom

Types d'actes	2010	2011	2012	2013
<b>Forfaits soins hospitaliers et prix de journée</b>	81,5%	81,8%	82,3%	82,3%
<b>Consultations externes</b>	18,5%	18,2%	17,5%	17,0%
<b>TZA</b>	0,0%	0,0%	0,1%	0,7%

Source : CNAMTS

#### 2.1.4.2. La dépense hospitalière par département

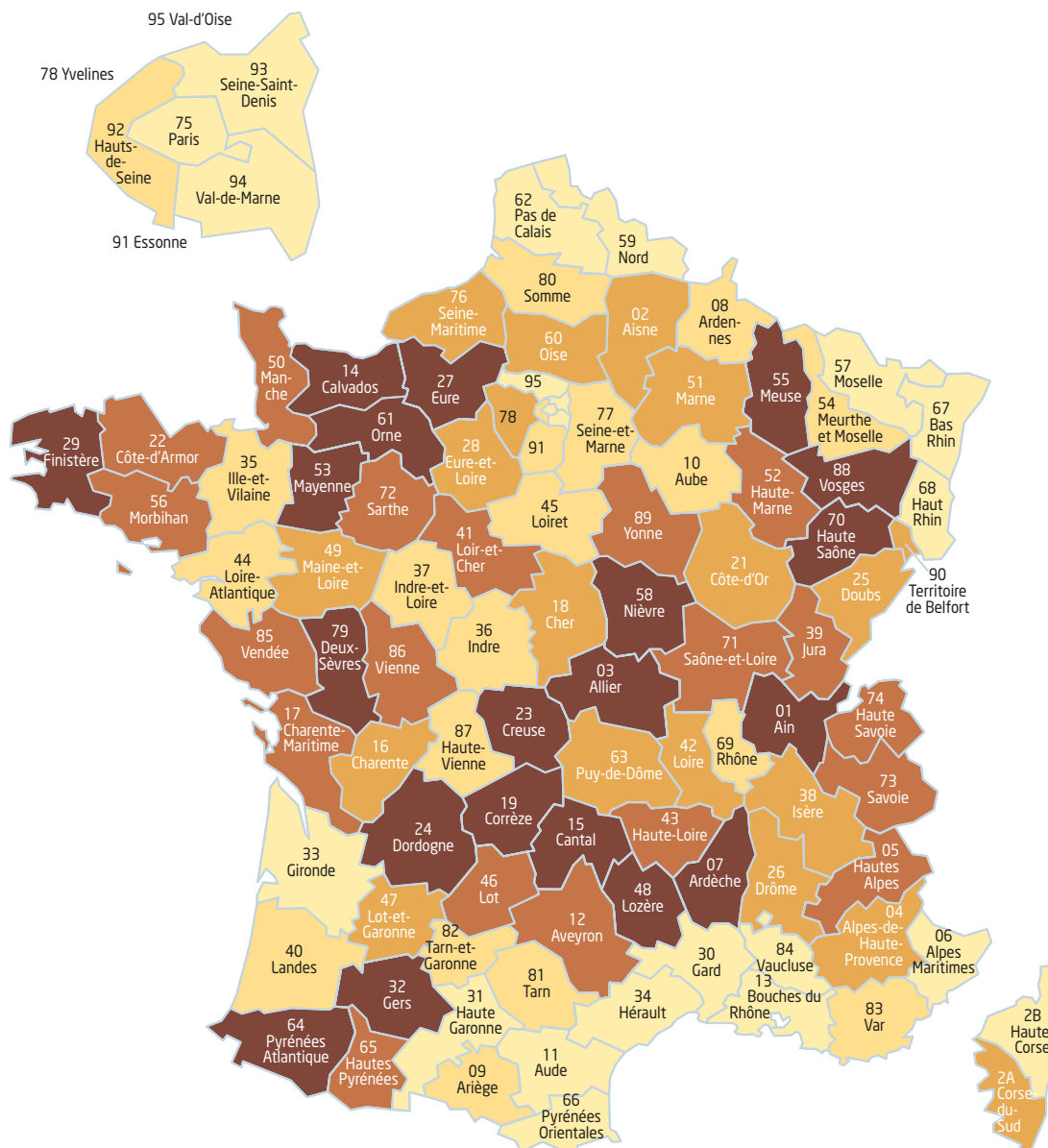
Pour l'approche par département, la base de la dépense en droits constatés a été retenue. Sur l'année 2012, la dépense moyenne globale, en métropole, est de 453 €, dont 129 € pour l'hôpital (soins et forfaits hébergements), soit 28,5 % de la dépense.

Le coût moyen pour la dépense hospitalière varie de 86 € dans le département de la Seine-Saint-Denis à 728 €, dans le département de la Lozère, soit, par rapport au total de la dépense moyenne par département, une proportion variant de 20,2 % à 74,8 %. Le montant atypique de la Lozère est lié au fait que ce département concentre de nombreux établissements de soins de longue durée.

Dans les Dom, les montants moyens pour la dépense hospitalière s'échelonnent entre 72 € pour la Réunion et 145 € pour la Guyane, sachant que ces deux départements ont une dépense moyenne de ville légèrement supérieure au montant moyen de l'ensemble de la France.

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. Par contre les départements de la Bretagne, qui rassemblent de faibles taux de population couverte par la CMU-C, réservent une part importante à la dépense hospitalière. La part de la dépense hospitalière a tendance à être la plus importante dans les zones aux plus faibles densités de bénéficiaires.

● Part de la dépense hospitalière, distribution par département, en droits constatés, 2012, métropole



Rapport			Nombre
Couleur	Hôpital / dépense		
	≥ 38,7%	≤ 74,8%	20
	≥ 35,0%	< 38,7%	19
	≥ 31,0%	< 35,0%	19
	≥ 27,5%	< 31,0%	19
	≥ 20,1%	< 27,5%	19
			<b>96</b>

Sources : CNAMTS, INSEE  
Outil : Philcarto

## 2.2. LE COÛT DE L'ACS RESTE MINIME

### 2.2.1. Le coût global

Le coût global de l'ACS en 2013 s'est élevé à 234 millions d'euros (195 millions en 2012), ce qui correspond à la couverture de 840 000 personnes en moyenne et une augmentation annuelle de 20 %.

Ce chiffre peut être comparé à celui du remboursement estimé des dépenses de CMU-C en direction des OC : 270 millions en 2013 pour 712 000 bénéficiaires en moyenne.

Le coût global de l'ACS est sensiblement plus faible que celui de la CMU-C même si progressivement, un effet de rattrapage est constaté.

### 2.2.2. La dépense moyenne par bénéficiaire et par tranche d'âge

Le montant moyen annuel de la déduction s'établit à 278 euros en 2013. Ce chiffre peut être rapproché du coût moyen de la CMU-C pour les OC qui est évalué autour de 380 euros en 2012. 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 chiffres à l'appui qu'il est loin d'être négligeable.

Le montant de 500 euros<sup>16</sup> attribué aux 60 ans et plus, dépasse largement le montant du forfait CMU-C mais ce dernier, on le sait est loin de couvrir en moyenne, le montant de la part complémentaire pour cette tranche d'âge de la population.

## 2.3. L'IMPACT DES DERNIÈRES MESURES

Le nombre total des attributions CMU-C liées à la mesure pauvreté en 2013 dépasse légèrement des 100 000 bénéficiaires pour l'ensemble des régimes, alors que les dernières évaluations du Fonds CMU laissaient entrevoir une montée en charge de 160 000 bénéficiaires supplémentaires en 2013.

La mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond CMU-C se basait sur une population cible initiale, dans la tranche P+7 %<sup>17</sup>, de l'ordre de 500 000 personnes, avec un taux de recours à 80 %, soit 400 000 bénéficiaires attendus.

Une nouvelle évaluation de la population cible a été publiée en septembre 2013 par la DREES.

D'une part, la population cible pour la tranche P+7 % a été réévaluée à la baisse, d'autre part, le taux de recours a été resitué entre 66 % et 79 %, soit, pour la mesure, une population cible réévaluée de moins de 420 000 personnes, pour une fourchette de nouveaux bénéficiaires se situant entre 276 000 et 330 000 pour l'ensemble du territoire.

En ce qui concerne l'ACS, il est comptabilisé plus de 60 000 bénéficiaires supplémentaires sur l'année 2013 liés à la mesure de revalorisation des plafonds de ressources.

La montée en charge est donc proche mais plus faible que celle attendue. Toutefois, le Fonds CMU estime que le retard observé en 2013 et 2014 sera rattrapé au cours de l'année 2015.

Compte tenu de ces éléments, le coût de la mesure de revalorisation des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS est estimé à 17 millions d'euros en 2013 (12 millions au titre de la CMU-C et 5 millions au titre de l'ACS).

<sup>16</sup> Revalorisé à 550 euros au 1/01/2014 Art. 56 LFSS pour 2014.

<sup>17</sup> Plafond CMU-C 2012 + 7 %

## 3 Les comptes du Fonds CMU

### 3.1. UNE STABILISATION DE LA CROISSANCE DU CHIFFRE D'AFFAIRES DES OC

#### 3.1.1. L'évolution globale entre 2012 et 2013

Sur l'année 2013, l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance collectée par les OC au profit du Fonds CMU (TSA), déclarée par les OC auprès du Fonds CMU, s'établit à 32 879 millions d'euros, en hausse de + 2,3 % par rapport à 2012.

La hausse s'établit à + 1,5 % pour les mutuelles, + 1,1 % pour les institutions de prévoyance et + 4,6 % pour les sociétés d'assurance.

► Assiette de la TSA déclarée par les OC en 2013 (en milliers d'euros)

	2012	Evol 2012 / 2011	T1 2013	T2 2013	T3 2013	T4 2013	Total 2013	Evol 2013 / 2012
<b>Mutuelles</b>	17 578 939	2,2%	4 769 565	4 389 985	4 309 656	4 377 065	<b>17 846 271</b>	<b>1,5%</b>
<b>IP</b>	5 745 579	11,5%	1 428 630	1 398 041	1 420 640	1 558 818	<b>5 806 129</b>	<b>1,1%</b>
<b>Assurances</b>	8 820 048	7,2%	3 360 750	1 819 457	1 943 195	2 102 725	<b>9 226 128</b>	<b>4,6%</b>
	<b>32 144 566</b>	<b>5,1%</b>	<b>9 558 945</b>	<b>7 607 483</b>	<b>7 673 492</b>	<b>8 038 609</b>	<b>32 878 528</b>	<b>2,3%</b>
<b>Evol T / T N-1</b>			<b>3,2%</b>	<b>3,2%</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,9%</b>		

Sources : déclaration des OC auprès du Fonds CMU.

Les chiffres affichés sont des chiffres bruts qui prennent en compte des changements de méthodes de comptabilisation et/ou des décalages de déclarations d'un exercice sur l'autre. Afin d'approcher une évolution « à méthode de comptabilisation inchangée » pour traduire l'évolution réelle du marché, il convient donc de neutraliser les effets de ceux dont on a connaissance suite à une analyse affinée des situations individuelles.

On citera le cas d'une institution de prévoyance de taille importante, qui a déclaré 156 millions sur le T4 2012 alors que ce montant aurait dû être déclaré sur 2013 si un changement de méthode de comptabilisation n'était pas intervenu. La neutralisation de cette situation<sup>18</sup> clairement identifiée porte l'évolution constatée entre 2012 et 2013 de + 2,3 % à + 3,3 % (+ 1 point d'évolution).

L'application du même raisonnement sur l'ensemble des situations identifiées comme susceptibles d'être redressées, porterait l'évolution globale de la TSA sur 2013 autour de + 3,5 %.

Ce même travail de retraitement a été réalisé sur l'année 2012 en référence à 2013 mais également en référence à l'année 2011. L'évolution brute constatée en 2012 par rapport à 2011 était de + 5,1 %. L'évolution une fois pris en compte les redressements identifiés est assez comparable avec celle constatée sur 2013.

On constate donc une relative stabilité dans l'évolution du marché sur la période 2011 à 2013.

<sup>18</sup> La neutralisation consiste à soustraire 156 millions sur 2012 et ajouter 156 millions sur 2013.



► Mutuelles

Class. 2012	Siren	Nom	Assiette 2012 (chiffres bruts en €)	Evol / 2011	
1	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	1 358 816 909	1,6%	
2	442 224 671	Prévadiès	1 012 929 065	7,4%	
3	775 685 340	MG - Mutuelle générale	798 487 321	8,0%	
4	500 751 789	Mutuelle Harmonie mutualité	648 449 482	2,4%	
5	503 380 081	Mutuelle UNEO	567 586 108	0,6%	
6	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	546 628 448	-0,9%	
7	311 799 878	Mutuelle ADREA	497 843 561	414,9%	Fusion identifiée
8	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	442 065 198	-2,7%	
9	317 442 176	Eovi - Novalia mutuelle	430 110 778	1288,2%	Fusion identifiée
10	331 542 142	MAAF santé	425 119 048	1,2%	
11	775 659 907	Mutuelle mieux-être	325 305 188	-0,7%	
12	779 558 501	MACIF mutualité	321 647 731	1,0%	
13	775 627 391	Mutuelle Apreva	281 276 742	-1,9%	
14	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	276 723 035	2,1%	
15	382 565 745	Primamut	236 231 404	3,3%	
16	775 685 365	Mutuelle Intériale	219 739 589	5,0%	
17	775 688 658	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	218 068 388	-2,1%	
18	302 927 553	Mutuelle Micils	216 480 655	13,1%	
19	434 243 085	Mutuelle Ociane	202 080 023	0,5%	
20	777 927 120	VIASANTE	183 510 759	1166,7%	Fusion identifiée

Class. 2013	Siren	Nom	Assiette 2013 (chiffres bruts en €)	Evol / 2012	
1	538 518 473	Harmonie Mutuelle	2 033 314 811	-	Création par absorption
2	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	1 430 308 228	5,3%	
3	775 685 340	MG - Mutuelle générale	786 503 129	-1,5%	
4	503 380 081	Mutuelle UNEO	563 529 706	-0,7%	
5	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	541 819 434	-1,2%	
6	311 799 878	Mutuelle ADREA	518 361 569	4,1%	
7	331 542 142	MAAF santé	454 593 521	6,9%	
8	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	448 499 238	4,3%	
9	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	441 667 295	-0,1%	
10	779 558 501	MACIF mutualité	324 810 115	1,0%	
11	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	304 698 907	10,1%	
12	775 627 391	Mutuelle Apreva	288 169 147	2,5%	
13	382 565 745	Primamut	243 997 894	3,3%	
14	775 688 658	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	224 519 055	3,0%	
15	775 685 365	Mutuelle Intériale	221 428 580	0,8%	
16	434 243 085	Mutuelle Ociane	202 257 586	0,1%	
17	775 659 907	Mutuelle mieux-être	199 470 506	-38,7%	
18	775 671 993	Mutuelle bleue	193 751 512	37,7%	
19	777 927 120	VIASANTE	188 609 819	2,8%	
20	783 711 997	Mutuelle Humanis Familiale	185 597 920	90,4%	Fusion identifiée

● Institutions de prévoyance

Class. 2012	Siren	Nom	Assiette 2012 (chiffres bruts en €)	Evol / 2011
1	784 621 468	BTP prévoyance - CNPBTP	1 138 525 917	8,8%
2	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	701 420 945	8,3%
3	410 005 110	Humanis Prévoyance	691 099 900	36,4%
4	333 232 270	AG2R prévoyance	600 847 417	10,3%
5	318 990 736	Uniprévoyance	378 804 843	9,6%
6	329 233 266	APRI prévoyance	307 488 548	8,2%
7	341 403 178	IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	262 417 640	57,1%
8	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	253 570 688	2,6%
9	341 334 795	Réunica prévoyance	222 597 495	4,1%
10	321 862 500	APICIL prévoyance	199 083 416	5,3%
11	384 268 413	Audiens prévoyance	133 960 512	5,5%
12	384 496 493	IPECA prévoyance	126 281 869	8,3%
13	403 498 215	Vauban Humanis prévoyance	103 753 410	12,6%
14	775 666 357	IPSEC prévoyance	82 286 757	-4,6%
15	315 588 376	Arpège Prévoyance	79 299 338	8,0%
16	348 855 388	CARCEPT prévoyance	62 441 157	-2,2%
17	401 095 146	CAPAVES prévoyance	61 874 578	-16,6%
18	429 351 703	ANIPS - Association nationale interprofessionnelle de prévoyance des salariés	58 139 381	-2,0%
19	397 506 171	ISICA prévoyance	54 744 322	7,8%
20	423 959 295	CAMARCA prévoyance	44 659 118	3,2%

Class. 2013	Siren	Nom	Assiette 2013 (chiffres bruts en €)	Evol / 2012
1	784 621 468	BTP prévoyance	1 180 217 527	3,7%
2	410 005 110	Humanis Prévoyance	878 813 963	27,2%
3	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	827 737 798	18,0%
4	333 232 270	AG2R prévoyance	652 233 476	8,6%
5	318 990 736	Uniprévoyance	383 761 365	1,3%
6	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	270 520 777	6,7%
7	341 403 178	IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	266 506 055	1,6%
8	321 862 500	APICIL prévoyance	220 796 765	10,9%
9	341 334 795	Réunica prévoyance	211 950 986	-4,8%
10	384 268 413	Audiens prévoyance	137 387 682	2,6%
11	384 496 493	IPECA prévoyance	127 248 073	0,8%
12	775 666 357	IPSEC prévoyance	87 053 370	5,8%
13	315 588 376	Arpège Prévoyance	82 986 955	4,7%
14	348 855 388	CARCEPT prévoyance	71 117 813	13,9%
15	429 351 703	ANIPS - Association nationale interprofessionnelle de prévoyance des salariés	59 425 954	2,2%
16	401 095 146	CAPAVES prévoyance	55 818 550	-9,8%
17	397 506 171	ISICA prévoyance	53 876 893	-1,6%
18	423 959 295	AGRI Prévoyance	48 076 756	7,7%
19	784 411 134	CPCEA - Caisse de prévoyance cadre des entreprises agricoles	45 110 953	1,8%
20	397 895 202	Caisse réunionnaise de prévoyance	32 195 574	6,3%

Fusion identifiée

► Sociétés d'assurance

Class. 2012	Siren	Nom	Assiette 2012 (chiffres bruts en €)	Evol / 2011
1	310 499 959	AXA France vie	1 252 090 873	4,4%
2	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	944 982 674	0,1%
3	542 110 291	Allianz IARD	587 624 087	9,2%
4	602 062 481	Generali vie	512 290 934	36,9%
5	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	415 070 544	2,9%
6	340 427 616	Groupama Gan Vie	403 268 437	2,6%
7	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	400 151 378	7,8%
8	440 048 882	MMA IARD	391 222 902	-0,4%
9	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	336 549 423	7,7%
10	306 522 665	AVIVA assurances	256 100 937	3,3%
11	340 234 962	Allianz Vie	254 603 486	25,6%
12	552 062 663	Generali assurances IARD	224 363 050	8,7%
13	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	200 905 334	5,6%
14	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	192 736 585	2,0%
15	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	167 511 606	5,7%
16	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	162 513 407	7,3%
17	542 063 797	GAN assurances IARD	146 806 717	-2,2%
18	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	143 769 226	3,0%
19	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	128 590 851	0,7%
20	342 954 690	Legal and général - Risques divers	126 491 662	-4,1%

Class. 2013	Siren	Nom	Assiette 2013 (chiffres bruts en €)	Evol / 2012
1	310 499 959	AXA France vie	1 324 390 161	5,8%
2	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	920 350 453	-2,6%
3	602 062 481	Generali vie	700 798 782	45,3%
4	542 110 291	Allianz IARD	618 373 111	5,2%
5	340 427 616	Groupama Gan Vie	443 104 665	9,9%
6	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	439 469 457	5,9%
7	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	422 070 044	5,5%
8	440 048 882	MMA IARD	415 536 937	6,2%
9	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	396 064 891	17,7%
10	340 234 962	Allianz Vie	348 848 554	37,0%
11	306 522 665	AVIVA assurances	266 566 855	4,1%
12	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	207 555 111	3,3%
13	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	188 136 766	-2,4%
14	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	170 869 160	2,0%
15	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	167 349 369	3,0%
16	542 063 797	GAN assurances IARD	158 271 802	7,8%
17	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	138 410 502	-3,7%
18	342 954 690	Legal and général - Risques divers	131 806 493	4,2%
19	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	126 715 710	-1,5%
20	381 043 686	GROUPAMA Centre-Atlantique	119 534 874	4,8%

Transfert identifié

En 2013, les institutions de prévoyance représentent 18 % du marché alors qu'elles regroupent 5 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (25 des 28 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 16 % 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, 55 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 2,3 millions d'euros. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne mais dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles regroupent 79 % des organismes et 54 % 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

En référence aux contrôles conduits par les URSSAF sur le champ de la CMU-C, l'enjeu financier représenté par le contrôle de l'assiette est sensiblement plus important que celui portant sur les déductions, dans une proportion estimée à 80 % / 20 %. Il constitue de fait une priorité de la politique de contrôle conduite par le Fonds CMU.

Le Fonds avait demandé que les textes évoluent sur cette question afin de prendre en compte cette situation, ce qui a été acté par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 : le a) de l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale dispose en effet désormais que « *Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe* ».

On rappellera que le travail du Fonds CMU s'est intensifié sur ce champ depuis 2009, et qu'un nouveau palier avait été franchi en 2011, du fait du changement de la contribution en taxe et de la parution de la circulaire n° DSS/5D/2011/133 du 8 avril 2011 sur le sujet.

Selon la procédure arrêtée, le Fonds conduit une analyse statistique fine des données déclarées, et contacte directement les OC en évolution anormale.

### En savoir plus sur le contrôle mis en place par le Fonds CMU

La concentration du chiffre d'affaires des OC est une caractéristique essentielle dont on doit tenir compte lorsqu'on évoque le contrôle :

- les 10 OC de taille la plus importante représentent 33 % de l'assiette totale,
- les 20 OC de taille la plus importante 48 %,
- enfin, les 50 premiers OC déclarent près de 69 % de l'assiette totale.

Les informations détenues par le Fonds CMU font également l'objet de rapprochements avec d'autres sources d'informations, notamment avec les publications annuelles de l'Argus de l'Assurance. Cependant, l'exercice est délicat car des différences de périmètre au niveau de la définition de l'assiette sont généralement à l'origine des divergences constatées en première analyse.

Dans un objectif de contrôle et de mise en cohérence des informations détenues par le Fonds CMU et la branche recouvrement (URSSAF de Paris et de la région parisienne), un rapprochement est systématiquement effectué entre les données déclaratives trimestrielles détenues par chacun des deux partenaires : cotisants, assiette et effectifs.

Des rencontres sont également organisées régulièrement entre le Fonds CMU et l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) pour s'assurer de l'exhaustivité de la liste des cotisants. La dernière réunion portant sur l'année 2013 s'est déroulée le 7 janvier 2014.

Ce sont au total 51 OC qui ont été interrogés au cours de l'année 2013 (50 OC en 2012), ce qui montre l'ampleur du travail effectué.

Sur 2013, près de 2 millions d'euros de taxe ont ainsi pu être directement récupérés par le Fonds CMU suite à la détection de deux erreurs de déclaration qui ont abouti à l'établissement de déclarations « annule et remplace » par les 2 OC concernés.

Le contrôle porte sur les OC présents l'année en cours et l'année précédente, mais également, et c'est très important de le rappeler dans un contexte d'évolution rapide du monde de la couverture de 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.

L'enjeu financier est quant à lui très important car il représente potentiellement 100 % des montants vérifiés. A l'issue de l'année 2013, ce sont au total 35 OC qui ont été contrôlés dans ce cadre. Aucune anomalie n'a été constatée.

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<sup>ème</sup> trimestre qui permettent un bilan de l'année écoulée. A cette occasion, les OC de taille importante peuvent être interrogés en dehors du constat d'évolutions anormales (faible baisse en particulier).

Le contrôle de l'assiette tel qu'il a été défini par le Fonds CMU conduit en outre à accompagner les OC sur des sujets techniquement complexes et en évolution permanente. D'ailleurs, dans quelques cas, suite aux contrôles opérés par le Fonds CMU, des OC se sont aperçus qu'à tort, ils avaient trop déclaré. D'un point de vue général, le contrôle dans la très grande majorité des cas est perçu par les OC comme un outil d'accompagnement.

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 les réponses apportées posent question. Les priorités sont logiquement 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.

Grâce à ses contrôles, le Fonds CMU a identifié des sujets sensibles sur lesquels il conviendrait de préciser la circulaire DSS du 8 avril 2011. Les modalités déclaratives mériteraient d'être clarifiées dans des cas très précis :

- La question des délégations de gestion ;
- La question des contrats collectifs d'entreprises ;
- Les notions de primes émises non acquises / acquises non émises.

Le Fonds CMU va proposer à la direction de la sécurité sociale de constituer un groupe de travail, le but étant d'aboutir sur ce sujet d'ici la fin de l'année 2014.

### 3.1.3 Le contrôle des bénéficiaires

Au-delà du contrôle de l'assiette de la TSA évoqué dans la partie 3.1.2 de ce rapport, le Fonds CMU a également pour mission de contrôler les déductions (CMU-C et ou ACS) opérées par les OC sur leurs déclarations. Il s'agit de vérifier l'exactitude des déductions relatives à la CMU complémentaire et à l'ACS (que ces déclarations aient fait l'objet d'un paiement ou non). Dans ce cadre, le Fonds établit un plan de contrôle annuel.

La première étape du contrôle vise à vérifier les listes de bénéficiaires tenues à sa disposition. La liste doit correspondre aux déductions effectuées sur la déclaration du trimestre contrôlé. Ce contrôle de liste est alors ou non suivi d'un contrôle approfondi. Il s'agit, en ce cas, de confronter les informations mentionnées dans la liste relative aux bénéficiaires avec celles mentionnées sur les attestations de droits et ce, à partir d'un échantillon tiré aléatoirement.

#### Le contrôle à partir des listes de bénéficiaires

S'agissant de la CMU-C, 201 OC ont été contrôlés sur l'année : 195 contrôles ont porté sur l'examen des données déclarées dans le cadre des régularisations CMU-C pour l'année 2012, soit 86 % des effectifs et 8 dans le cadre des déclarations initiales 2013. On a abouti à un taux d'anomalie de 0,05 % dans le premier cas et de 0,01 % dans le second cas, ce qui est très faible.

18 contrôles ont porté sur l'ACS où on a abouti à un taux d'anomalies également très faible : 0,36 %.

Dans tous les cas, l'enjeu financier du contrôle est concentré sur un très faible nombre d'OC.

#### Le contrôle approfondi à partir des attestations de droit

Ce contrôle est plus complet que celui du simple examen de la liste des bénéficiaires puisque le Fonds CMU contrôle une partie des attestations de droits.

Plus lourd à mettre en œuvre, il ne porte que sur un échantillon des bénéficiaires déclarés sur l'échéance contrôlée :

- 150 bénéficiaires pour moins de 10 000 bénéficiaires déclarés ;
- 300 bénéficiaires pour un chiffre égal ou supérieur à 10 000 bénéficiaires.

8 contrôles approfondis ont été mis en œuvre en 2013. Ils ont permis de constater un taux d'anomalies de 0,01 % sur la CMU-C et 0,01 % sur l'ACS ce qui est encore nettement plus faible que ce qui a été constaté sur les listes de bénéficiaires.

Toutefois, sur ces 8 contrôles engagés, 3 sont encore en cours car les OC concernés ont dû relancer des caisses d'Assurance Maladie pour obtenir des attestations de droits encore manquantes à ce jour.

## 3.2. LE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS

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<sup>er</sup> 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. Les changements introduits par les lois de financement de la sécurité sociale et de finances pour 2013

#### Les dépenses de CMU-C

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.

Les dépenses constatées dépassaient ce montant pour les bénéficiaires gérés par le régime général avec, en 2012, une dépense moyenne par bénéficiaire de 446 €. Le montant moyen de dépense par bénéficiaire était équivalent au forfait pour le régime agricole, et inférieur pour le régime des indépendants. De fait, la CNAMTS supportait une charge de 262 millions d'euros au titre de la CMU-C en 2012. C'est la raison pour laquelle de 2009 à 2012, la loi prévoyait que le Fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAMTS : ce versement s'est élevé à 126 millions d'euros en 2012.

Ce mode de remboursement s'avérait inégalitaire, car les organismes ayant une dépense moyenne inférieure au forfait ressortaient bénéficiaires, tandis que les autres devaient assumer un reste à charge 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 à compter de 2013. Ces derniers, sont désormais remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel de 400 €, indexé 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 2013. 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 2013) ainsi que, depuis 2005, le crédit d'impôt lié à l'aide à l'ACS (195 millions d'euros en 2012).

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 (197 organismes complémentaires concernés en 2012).

La CNAMTS, qui gère les droits de 77 % 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°2102-1404 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* ».

Le II de cet article ajoute : « *À titre exceptionnel en 2013, la majoration du remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [...] tient compte des sommes engagées par la caisse au titre des exercices 2013 et 2012 dans la limite du résultat comptable du fonds en 2013* ».

Ainsi, les excédents dégagés par le Fonds en 2013 permettraient de compléter le remboursement de la CNAMTS quasiment à hauteur de ses dépenses réellement engagées.



### ***Les recettes du Fonds CMU***

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).

La convention financière qui règle les modalités de versement de cette taxe sur les tabacs a été signée le 13 novembre 2013.

### ***La liste des OC gestionnaires de la CMU-C***

Le passage d'un remboursement forfaitaire à un remboursement sur la base des dépenses réellement engagées a pour conséquence de réduire les excédents réalisés par certains organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C.

Conscient de cette réalité, le Fonds CMU est attentif aux désengagements des organismes complémentaires qui pourraient être liés à la mise en place de cette mesure.

Pour l'année 2014, 23 organismes complémentaires se sont désinscrits volontairement de la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

Ces organismes géraient la CMU-C de 26 200 bénéficiaires (effectif moyen sur les trois premiers trimestres de 2013). Quelques-uns d'entre eux ont exprimé les raisons pour lesquelles ils se désengageaient, la principale raison évoquée est la modification des modalités de remboursement des dépenses de CMU-C apportée par l'article 22 de la LFSS pour 2013 et ses conséquences : déséquilibre financier, complexité de gestion.

## **3.2.2. Les comptes du Fonds pour 2013**

### ***3.2.2.1. Un résultat toujours excédentaire***

Pour l'exercice 2013, les recettes présentent une évolution de + 16,8 % avec les droits tabacs.

En ce qui concerne l'évolution du chiffre d'affaires, les données techniques laissent apparaître une hausse de 2,3 % par rapport à 2012 (données brutes). Les données comptables, issues des notifications de l'ACOSS, qui sont reprises dans les tableaux budgétaires, laissent apparaître une évolution proche de + 2,0 % (en incluant les provisions sur les recettes).

En ce qui concerne les dépenses, l'année 2013 a été marquée par le relèvement des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013. Par ailleurs, l'évolution « naturelle » des effectifs de la CMU-C s'est accélérée dès le mois de mai 2013, compte tenu du contexte de crise économique qui se poursuit.

L'exercice 2013 dégage un excédent de 337 millions d'euros, somme reversée intégralement à la CNAMTS conformément à l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.



➤ Récapitulatif des comptes du Fonds

En millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Produits</b>														
Dotations de l'État	800	889	1 150	970	1 037	695	346	109	47	0	0	0	0	0
Taxe alcool						386	404	480	349	0	0	0	0	0
Taxe tabac							217	411	372	0	0	0	42	352
Contribution ACS						13	40	65	87	0	0	0	0	0
Contribution des organismes complémentaires	247	223	223	245	291	302	492	494	569	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22	25	35	28	79	93	10	11	16
<b>Total produits</b>	<b>1 047</b>	<b>1 206</b>	<b>1 532</b>	<b>1 358</b>	<b>1 530</b>	<b>1 418</b>	<b>1 524</b>	<b>1 595</b>	<b>1 452</b>	<b>1 870</b>	<b>1 949</b>	<b>1 940</b>	<b>2 084</b>	<b>2 434</b>
<b>Charges</b>														
Paieement aux régimes de base	908	1 189	1 164	1 210	1 357	1 270	1 438	1 442	1 263	1 429	1 444	1 369	1 403	1 581
Organismes complémentaires	10	22	47	62	73	78	81	88	80	323	464	431	458	498
Annulation produits antérieurs					2									
Dotations aux provisions	94	159	143	202	22	25	35	28	79	98	12	11	17	17
Gestion administrative	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total charges</b>	<b>1 013</b>	<b>1 371</b>	<b>1 355</b>	<b>1 475</b>	<b>1 455</b>	<b>1 374</b>	<b>1 555</b>	<b>1 559</b>	<b>1 423</b>	<b>1 851</b>	<b>1 921</b>	<b>1 814</b>	<b>1 879</b>	<b>2 097</b>
<b>Résultat de l'année (2)</b>	<b>34</b>	<b>-165</b>	<b>177</b>	<b>117</b>	<b>75</b>	<b>44</b>	<b>-31</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>126</b>	<b>205</b>	<b>337</b>
<b>Résultat cumulé</b>	<b>34</b>	<b>-131</b>	<b>47</b>	<b>-70</b>	<b>5</b>	<b>48</b>	<b>17</b>	<b>53</b>	<b>83</b>	<b>101</b>	<b>129</b>			

(1) Données provisoires.

(2) A compter de 2013, les excédents dégagés en n sont reversés à la CNAMTS et sont comptabilisés en charge au titre de l'exercice n.

### 3.2.2.2. Une trésorerie désormais suffisante

La trésorerie dégagée par les encaissements de la taxe tabacs à la fin de l'année 2013, encaissements directement reversés par l'ACOSS à la CNAMTS, ont permis au Fonds CMU de rembourser l'intégralité de la charge à payer 2012, soit une somme de 110 millions d'euros. Par ailleurs, un acompte exceptionnel de 107 millions d'euros a été versé à la CNAMTS au titre de la régularisation des dépenses de CMU-C de l'exercice 2013 qui devrait intervenir avant la fin de septembre 2014.

Il est à noter également que l'ensemble des conventions financières avec les régimes obligatoires a été revu en 2013 pour tenir compte des nouvelles modalités de prises en charge des dépenses de CMU-C. Cette refonte a également permis de revoir le calendrier clôture des comptes entre l'ensemble des partenaires (Fonds CMU, ACOSS, CNAMTS et autres régimes).

● Trésorerie - Année 2013

	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Commentaires
1 janv. 13	7 240 756,49			
7 janv. 13	6 077 756,49	1 163 000,00		Gestion administrative
21 janv. 13	5 949 577,49	128 179,00		Règlement aux organismes complémentaires
28 janv. 13	4 582 310,49	1 367 267,00		Règlement aux organismes complémentaires
30 janv. 13	2 474 929,99	2 107 380,50		Règlement aux organismes complémentaires
1 févr. 13	825 942,99	1 648 987,00		Règlement aux organismes complémentaires
5 févr. 13	825 828,01	114,98		Gestion administrative
15 févr. 13	53 029 980,60	332 000 000,00	384 204 152,59	Acomptes Régimes + versement ACOSS
18 févr. 13	47 250 150,60	5 779 830,00		Règlement aux organismes complémentaires
21 févr. 13	47 034 367,60	215 783,00		Règlement aux organismes complémentaires
25 févr. 13	46 623 393,60	410 974,00		Règlement aux organismes complémentaires
5 mars 13	46 623 290,40	103,20		Gestion administrative
28 mars 13	46 452 535,40	170 755,00		Règlement aux organismes complémentaires
3 avril 13	24 802 102,95	117,54		Gestion administrative
5 avril 13	46 306 567,86	145 942,50	92,50	Règlement des CAP petits régimes + Régularisation CMU OC 2012
8 avril 13	46 221 837,86	84 730,00		Régularisation CMU OC 2012
12 avril 13	46 222 300,36		462,50	Régularisation CMU OC 2012
15 avril 13	45 849 432,86	372 867,50		Régularisation CMU OC 2012
19 avril 13	42 825 378,86	3 024 054,00		Règlement aux organismes complémentaires + Régularisation CMU OC 2012
25 avril 13	41 827 803,86	997 945 700	370,00	Règlement aux organismes complémentaires + Régularisation CMU OC 2012
26 avril 13	41 131 388,86	696 507,50	92,50	Règlement aux organismes complémentaires + Régularisation CMU OC 2012
6 mai 13	37 732 726,36	3 399 402,50	740,00	Règlement aux organismes complémentaires + Régularisation CMU OC 2012
7 mai 13	37 732 448,97	277,39		Gestion administrative
13 mai 13	37 733 743,97	92,50	1387,50	Régularisation CMU OC 2012
15 mai 13	49 581 046,41	517 425 181,25	529 282 483,69	Acomptes Régimes + versement ACOSS + remboursement partiel de la CAP CNAMTS
15 mai 13	46 766 796,41	2 824 250,00		Règlement aux organismes complémentaires + Régularisation CMU OC 2012
17 mai 13	46 476 262,41	293 534,00		
21 mai 13	45 812 812,41	660 450,00		
22 mai 13	45 367 915,41	445 822,00	925,00	Règlement aux organismes complémentaires Régularisation CMU OC 2012
27 mai 13	45 140 180,41	227 735,00		Régularisation CMU OC 2012
28 mai 13	45 149 522,91		9 342,50	Régularisation CMU OC 2012
31 mai 13	44 348 842,91	800 680,00		Régularisation CMU OC 2012
4 juin 13	44 348 738,25	104,66		Gestion administrative
4 juin 13	44 326 475,25	22 263,00		Règlement aux organismes complémentaires
10 juin 13	44 289 475,25	37 000,00		Régularisation CMU OC 2012
11 juin 13	44 293 822,75		4 347,50	Régularisation CMU OC 2012
12 juin 13	43 964 152,75	329 670,00		Régularisation CMU OC 2012
1 juil. 13	43 964 024,42	128,33		Gestion administrative
1 juil. 13	43 964 394,42		370,00	Régularisation CMU OC 2012
5 juil. 13	40 424 831,92	3 539 562,50		Versement des acomptes Petits Régimes
22 juil. 13	40 236 891,92	187 940,00		Règlement aux organismes complémentaires
26 juil. 13	37 810 459,92	2 426 432		Règlement aux organismes complémentaires

	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Commentaires
29 juil. 13	37 797 964,42	12 495,00		Règlement aux organismes complémentaires
31 juil. 13	34 397 114,42	3 400 850,00		Règlement aux organismes complémentaires
2 août 13	33 486 653,42	910 461,00		Règlement aux organismes complémentaires
5 août 13	33 486 399,10	254,32		Gestion administrative
5 août 13	33 174 236,10	312 163,00		Règlement aux organismes complémentaires
16 août 13	391 953 374,68		358 779 138,58	Versement ACOSS
19 août 13	32 020 657,88	359 932 717,00		Versement acompte des Grands Régimes + Règlement aux organismes complémentaires
20 août 13	31 159 486,68	861 171,00		Règlement aux organismes complémentaires
2 sept. 13	31 159 001,77	484,91		Gestion administrative
7 sept. 13	31 140 614,77	18 387,00		Règlement aux organismes complémentaires
30 sept. 13	31 140 484,76	130,01		Gestion administrative
7 oct. 13	31 135 5674,76	4810,00		Régularisation CMU OC 2012
21 oct. 13	30 866 407,26	269 267,50		Régularisation CMU OC 2012
24 oct. 13	30 474 986,26	391 421,00		Règlement aux organismes complémentaires
30 oct. 13	28 216 405,26	2 258 581,00		Règlement aux organismes complémentaires
5 nov. 13	23 331 302,26	4 885 103,00		Règlement aux organismes complémentaires
8 nov. 13	20 666 505,26	2 2264 797,00		Règlement aux organismes complémentaires
14 nov. 13	19 663 366,26	1 003 139,00		Règlement aux organismes complémentaires
15 nov. 13	388 389 679,92		358 726 313,66	Versement ACOSS
15 nov. 13	379 369 144,92	9 020 535,00		MSA versement acompte 2013+régularisation des dépenses 2012
15 nov. 13	349 552 647,42	29 816 497,50		RSI versement acompte 2013+régularisation des dépenses 2012
15 nov. 13	238 674 909,92	110 877 737,50		CNAMTS régularisation des dépenses 2012
15 nov. 13	189 530 807,69	49 144 102,23		CNAMTS versement acompte (330 M€-280 M € taxe tabacs)
3 déc. 13	189 514 897,69	15 910,00		Régularisation CMU OC 2012
23 déc. 13	189 225 465,19	289 432,50		Régularisation CMU OC 2012
30 déc. 13	82 225 465,19	107 000 000,00		CNAMTS acompte exceptionnel sur régularisation 2013

Source : Fonds CMU

### 3.2.2.3. Présentation des travaux de rapprochements comptables

La base de données du Fonds CMU retrace l'ensemble des données déclaratives transmises par les organismes complémentaires. A chaque échéance trimestrielle, un premier rapprochement est réalisé avec l'URSSAF de Paris (organisme unique chargé de la gestion des bordereaux de TSA).

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 de Paris.

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

- 1<sup>er</sup> trimestre N correspondant à la déclaration du 30 avril N
- 2<sup>nd</sup> trimestre N correspondant à la déclaration du 31 juillet N
- 3<sup>ème</sup> trimestre N correspondant à la déclaration du 31 octobre N
- 4<sup>ème</sup> 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.

Ces travaux de rapprochement en cours ont permis d'expliquer la plus grande partie des écarts constatés.

### *Travaux de rapprochement réalisés en 2013 sur l'exercice 2012*

Les produits comptabilisés et les prévisions sur la gestion technique présentaient un écart de 26,5 millions d'euros.

Après rapprochement, il s'avère que cet écart se justifie par les reprises sur provisions (11 millions d'euros), les produits à recevoir (41,3 millions d'euros), la comptabilisation par le Fonds CMU des notifications reçues de janvier à mars 2012 pour le 4<sup>ème</sup> trimestre 2011, la comptabilisation des notifications concernant des exercices antérieurs.

L'écart final serait légèrement supérieur à 90 000 €.

Les charges comptabilisées et les prévisions sur la gestion technique présentaient un écart de 1 million d'euros et portaient sur la déduction des organismes complémentaires. Après rapprochement, l'écart atteindrait 360 000 euros.

Ces écarts résultent probablement de déclarations « annule et remplace » non prises en compte par le fonds ou l'URSSAF de PARIS.

Le même travail de rapprochement est en cours sur l'exercice 2013. Par ailleurs, des échanges avec l'URSSAF de Paris doivent encore être développés en 2014 avec la création d'un tableau de bord comptable trimestriel.

## 4 Les activités du Fonds CMU

### 4.1. LE VIÈME RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA LOI CMU

En application de l'article 34 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation de l'application de la loi.

Par une lettre de mission du 28 juin 2013, 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.

Au travers des développements, il apparaît que la couverture complémentaire, dans un contexte de paupérisation de la population, demeure un facteur déterminant dans la réduction des inégalités de santé. En effet, en 2011, 8,7 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire (977 euros par mois) ; la moitié d'entre elles vivent avec moins de 790 euros par mois<sup>19</sup>. Le taux de pauvreté monétaire concerne ainsi 14,3 % de la population. En hausse de 0,3 point par rapport à 2010, il atteint son plus haut niveau depuis 1997. La pauvreté s'accroît davantage parmi les chômeurs et les jeunes âgés de 18 à 29 ans.

Le gouvernement a mesuré pleinement l'ampleur du phénomène et a souhaité mettre en œuvre un plan d'action structurant son intervention en matière de solidarité tout au long du quinquennat. Ainsi, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, fruit d'un travail de concertation avec l'ensemble des acteurs de la solidarité, a été adopté le 21 janvier 2013, et a vocation à améliorer la cohérence et la lisibilité de l'action gouvernementale dans les domaines concernés. Il s'articule autour de trois grands axes de réforme : réduire les inégalités et prévenir les ruptures, venir en aide et accompagner vers l'insertion, coordonner l'action sociale et valoriser ses acteurs.

Le rapport d'évaluation présente les premiers résultats d'une des mesures de ce plan, à savoir l'impact du relèvement des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS.

Un des principaux problèmes qui demeure est celui du non recours aux dispositifs. Alors qu'une grande majorité des éligibles à la CMU-C exerce son droit à ce dispositif, le nombre de personnes qui se voient délivrer une attestation de droits à l'ACS reste largement inférieur à la population cible. Sur la base des différentes études réalisées sur le sujet, le rapport explique les causes du non recours à ce dispositif : la méconnaissance et la complexité des dispositifs restent les principales raisons avancées. Les réflexions en cours sur la complexité des démarches doivent conduire à des propositions concrètes afin de simplifier pour l'utilisateur l'accès aux dispositifs (simplification du dossier de demande, attributions automatiques, développement des échanges dématérialisés...).

Le rapport d'évaluation aborde l'échec du « label ACS » et formule d'ores et déjà des propositions pour la mise en œuvre de la procédure de mise en concurrence des contrats ACS prévue par l'article 56 de la LFSS pour 2014, notamment sur les conséquences à l'égard des personnes déjà présentes dans le dispositif.

Ce projet vise un double objectif : favoriser le recours au dispositif par la création d'un panier de soins au meilleur rapport qualité coût et améliorer la lisibilité du dispositif en sélectionnant un nombre restreint d'organismes. Il mobilisera largement le Fonds CMU au cours de l'année 2014.

Le rapport comporte 21 propositions et 23 pistes de travail, qui visent à :

- Favoriser le recours aux droits et aux soins
- Simplifier les dispositifs et automatiser l'attribution des droits
- Détecter les bénéficiaires potentiels et mieux informer les partenaires
- Lutter contre les refus de soins et le non-respect des tarifs opposables
- Mieux prendre en compte certaines situations particulières
- Améliorer le suivi et l'évaluation des dispositifs

<sup>19</sup> Un individu est considéré comme pauvre quand son niveau de vie (après impôts et prestations sociales) est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil habituellement utilisé était de 50 % du niveau de vie médian en France, tandis qu'Eurostat (organisme européen) et l'INSEE privilégient le seuil à 60 % qui est désormais le plus fréquemment publié. Le niveau de vie médian coupe la population en deux : autant gagne moins, autant gagne davantage.

## 4.2. LES TRAVAUX VISANT À OFFRIR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE QUALITÉ AU MEILLEUR COÛT

La complémentaire santé est d'autant plus indispensable que le revenu des personnes est faible. Toutes les études démontrent en effet que son absence accentue le renoncement et le report des soins des populations en situation de précarité.

Par l'attribution d'une aide destinée à financer toute ou partie d'un contrat de complémentaire santé, l'ACS poursuit le but d'améliorer l'accès aux soins de ces bénéficiaires. Néanmoins, force est de constater que cet objectif n'est pas pleinement atteint. En effet, outre le non recours élevé à ce dispositif, les rapports annuels sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, mettent nettement en lumière une qualité très moyenne des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS. Ils montrent également les difficultés que ces derniers peuvent rencontrer dans le choix d'un contrat.

Partant de ces constats, le législateur a pris deux initiatives : le label ACS (article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012), dont l'échec a conduit à la mise en place d'une procédure de mise en concurrence (article 56 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2014). Cette procédure de mise en concurrence est prévue par l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'ACS est réservée « *aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Celle-ci vise à sélectionner des contrats répondant au meilleur prix et offrant des garanties au moins aussi favorables que celles prévues par l'article L.871. Elle est menée de façon transparente, objective et non discriminatoire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État* ».

Le but de cette mesure est de renforcer l'attractivité du dispositif en améliorant le rapport qualité/prix des contrats souscrits pour dépasser le blocage rencontré à l'occasion des tentatives de mise en œuvre du « label ACS » prévu par la LFSS 2012.

Le nouveau projet tire les enseignements des analyses et propositions qui figuraient dans le rapport du HCAAM publié en juin dernier. Partant du constat que « *la labellisation de contrats ACS n'a pas franchi l'accord nécessaire de l'UNOCAM qui reprochait à la proposition ministérielle d'être sous une double contrainte*

*garanties / prix (contrats repères peu compatibles avec la liberté des complémentaires)* », le HCAAM a émis deux propositions d'évolution : des contrats de groupe pour les bénéficiaires de l'ACS sélectionnés par le biais d'une procédure d'appel d'offre ou la mise en place d'une CMU payante. C'est la première des 2 hypothèses qui a donc été retenue par les pouvoirs publics.

L'amélioration sensible du rapport qualité-prix des contrats souscrits oblige en particulier à une réelle action sur le prix des contrats, ce que seule une réelle mise en concurrence permet d'obtenir. À cet égard, l'impact du label sur le prix des contrats était incertain. De surcroît, l'hostilité marquée des représentants des OC à tout encadrement a conduit le législateur à retenir une procédure de mise en concurrence.

C'est le 23 septembre 2013, dans le cadre de la présentation de la stratégie nationale de santé que la ministre, Marisol Touraine, a précisé les modalités de la généralisation d'une complémentaire santé de qualité. À cette occasion, elle a annoncé : « *Nous organiserons l'accès à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ACS, sur la base d'un appel d'offre national* ».

L'idée est de permettre aux organismes complémentaires de candidater à un avis d'appel à concurrence.

Les contrats sélectionnés devront offrir au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues pour les contrats solidaires et responsables, dont le contenu doit être par ailleurs revu.

La date de la mise en œuvre est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

La mise en concurrence suppose la sélection d'un nombre limité d'OC. Les bénéficiaires actuels de l'ACS, dont les droits et/ou le contrat seront renouvelés en 2015, devront éventuellement choisir un autre contrat parmi les organismes sélectionnés. Ce basculement doit donc être anticipé et faire l'objet de la plus grande attention en dégageant les moyens de communication nécessaires et en mobilisant l'ensemble des acteurs.



### 4.3. L'ÉVOLUTION DU PANIER DE SOINS DE LA CMU-C

#### 4.3.1. La révision du panier de soins pour l'optique et l'audioprothèse

Dans le V<sup>ème</sup> rapport d'évaluation, le Fonds CMU avait proposé de revoir le panier de soins pour l'optique et pour l'audioprothèse. Ce point a été acté par le Premier Ministre le 21 janvier 2013.

Pour ces deux catégories de prestations, les limites tarifaires de prise en charge en sus des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale sont fixées par l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002. Il n'y a pas eu de modification depuis.

Pour l'optique, le Fonds CMU partait du constat que le panier CMU-C actuel n'intègre pas les coûts liés à l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections. En effet, les verres épais sont particulièrement inconfortables, ce qui ne permet pas de porter les lunettes en permanence, là où les personnes ne peuvent justement pas effectuer les actes de la vie courante sans lunettes, et stigmatisants de par leur effet « loupe ».

La proposition était que les forfaits actuels pourraient être revus pour offrir des verres amincis pour les plus fortes corrections. Cette révision s'appliquerait à l'intérieur du panier de soins pour les adultes et viendrait s'ajouter à la prise en charge actuelle sur la base de la LPP pour les enfants, diminuant ainsi le montant du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMU-C qui financent aujourd'hui intégralement cet amincissement.

Le projet retenu par le gouvernement porte sur une revalorisation de 50 % du panier de soins CMU-C pour les verres à très fortes corrections.

Pour l'audioprothèse, la demande de changement consistait à intégrer, en adéquation avec la LPP, la prise en charge d'un équipement stéréophonique complet tous les deux ans pour les personnes âgées de plus de 20 ans (les enfants et les personnes atteintes de cécité étant prises en charge sur la base du tarif de remboursement de la sécurité sociale).

Le projet retenu porte sur une prise en charge totale à 700 € par appareil (AMO, CMU-C et forfait CMU-C), pour des appareils de catégorie C a minima, avec une garantie de 4 ans assurée par les distributeurs, et un renouvellement autorisé tous les 4 ans.

Les arrêtés pour les paniers de soins optique et audioprothèse sont en cours de publication.

#### 4.3.2. La révision du panier de soins pour le dentaire

Dans le V<sup>ème</sup> rapport d'évaluation, le Fonds CMU avait mis en avant des restes à charge parfois importants sur le dentaire, à partir d'une étude de la CNAMTS, sur la base de l'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB), et de deux études commanditées par le Fonds auprès de la CPAM des Hauts-de-Seine et de la MSA de Gironde.

Par ailleurs, les tarifs des actes dentaires revalorisés par l'avenant n°3 à la convention dentaire seront applicables au 1<sup>er</sup> juin 2014. L'avenant qui transpose la CCAM, fixe pour la première fois les tarifs maxima des actes du panier de soins CMU-C et propose d'y introduire les bridges. Un arrêté devra intervenir avant cette date pour valider ce nouveau panier de soins dentaire. Dans ce calendrier, des propositions d'évolution des niveaux de prise en charge au titre de la CMU-C sont à expertiser.

Dans cette optique, le Fonds CMU a demandé au régime général, au régime agricole et au régime des indépendants de mettre à jour les restes à charge sur les soins inclus dans le panier de soins dentaire ou dans l'accord portant sur l'alternative thérapeutique, en analysant la situation des actes les plus souvent pratiqués. Le régime général et le régime agricole n'ont pas pu mener cette étude à bien. En effet, ces deux régimes stockent leur données dans le SNIIRAM<sup>20</sup>, à partir duquel il n'a pas été possible d'isoler les dépenses acte par acte. Seul le RSI a pu répondre à la demande, pour les principaux actes, en reprenant des données stockées dans son propre système d'information.

L'objectif était de partir des RAC identifiés et quantifiés pour analyser les situations qui, de par leur fréquence pourraient justifier d'une mise à jour des montants pris en charge.

<sup>20</sup> Système national d'informations inter régimes de l'assurance maladie.



L'étude du RSI a porté sur les bénéficiaires de la CMU-C en gestion de droits par le régime obligatoire, pour les soins dentaires réalisés en 2012 par les médecins spécialistes en stomatologie, les chirurgiens-dentistes et les chirurgiens-dentistes en orthopédie dento-faciale. Les centres de soins ne sont pas inclus. Une recodification a permis l'appariement de 99,1 % des actes.

La population étudiée a été de 77 720 bénéficiaires de la CMU-C au RSI, avec au moins une feuille de soins dentaires facturée en 2012. La prise en charge a porté sur 24,2 millions d'euros de dépenses engagées, dont 0,9 millions d'euro portant sur le RAC (3,9 % de la dépense).

Le RAC concerne 4,8 % des consommateurs. Il est en moyenne de 228 €. La dépense moyenne engagée est de 285 € lorsqu'il n'y a pas de RAC, et de 827 € lorsqu'il y a un RAC.

Les 10 % de bénéficiaires avec le RAC le plus important concentrent 51 % du RAC.

Le RAC est marginal pour les actes de consultations et les soins conservateurs, et ce pour des montants moyens faibles. Sa fréquence est par contre de 12,7 % pour les soins prothétiques, pour un montant moyen de 378 € et de 9,3 % pour les traitements d'orthodontie faciale pour un montant moyen de 229 €.

Pour l'acte le plus fréquent en soins prothétiques, la couronne dentaire céramo-métallique (FDC 3), la dépense moyenne est de 377 €, pour 375 € de prise en charge ; le RAC concerne 1,6 % des bénéficiaires de soins dentaires avec RAC et son montant moyen est de 269 €, ce qui ramène l'acte au prix du marché pour les non bénéficiaires de la CMU-C.

Le supplément pour base métallique (FDA 22) est concerné par le RAC pour 1,8 % des bénéficiaires de soins dentaires avec RAC, pour un montant moyen de RAC de 265 €. Cet acte est un des points sensibles du panier de soins CMU-C. En effet, les appareillages sur base plastique sont estimés pas assez solides dans le temps par la profession, et ce par plusieurs sources croisées, et sujets à de nombreuses réparations. Le supplément base métallique s'avère donc un complément indispensable à tout appareillage.

Il n'a pas été possible de disjoindre la réparation de la fracture de la plaque base en matière plastique (FDR 19) du 1<sup>er</sup> élément de dent ou crochet remplacés ou ajoutés sur un appareil existant (FDR 20), ce qui aurait permis de mieux cerner la question d'éventuels RAC sur les réparations.

Parmi les actes les plus pratiqués en orthodontie, le traitement des dysmorphoses avec multi-attaches n'est que peu concerné par le RAC, avec 1,9 % des bénéficiaires avec RAC, mais sur un montant de RAC moyen de 202 €.

➤ Récapitulatif des principaux actes du panier de soins CMU-C concernés par un RAC

Panier de soins CMU-C									
Code de transposition CMU-C	Acte ou traitement	Nb Bénéficiaires	Pourcent pop avec soins prothétiques	Nb Actes	Dépense moyenne	Prix maximum autorisé	Pourcent Bénéficiaires avec RAC	Dépense moyenne si RAC	RAC moyen
<b>FDC 1</b>	Couronne dentaire ajustée ou coulée métallique	6 350	43,0%	10 810	233 €	230 €	2,5%	610 €	207 €
<b>FDC 3</b>	Couronne dentaire céramo-métallique	5 100	34,0%	11 300	377 €	375 €	1,6%	950 €	269 €
<b>FDA 6</b>	Appareillage de 1 à 3 dents, sur base plastique	2 180	15,5%	2 710	202 €	193 €	3,4%	565 €	320 €
<b>FDA 7</b>	Appareillage de 4 dents sur base plastique	620	4,0%	670	349 €	349 €	3,4%	422 €	78 €
<b>FDA 22</b>	Supplément pour base métallique	2 070	15,0%	2 800	304 €	300 €	1,8%	628 €	265 €
<b>FDR 19</b>	Réparation de fracture de la plaque base en matière plastique								
<b>FDR 20</b>	Dents ou crochets ajoutés ou remplacés sur appareil en matière plastique ou à châssis métallique - 1 <sup>er</sup> élément	1 040	7,0%	1 290	65 €	65 €	4,5%	117 €	33 €
<b>FDO 28</b>	Traitement des dysmorphoses sans multi-attaches	240	4,0%	260	339 €	333 €	5,5%	526 €	142 €
<b>FDO 29</b>	Traitement des dysmorphoses avec multi-attaches	3 230	53,0%	4 340	467 €	464 €	1,9%	872 €	202 €

Source : RSI

Pour l'alternative thérapeutique (cf. encadré), sur les actes les plus pratiqués, il est à noter que le RAC concerne 29,5 % des bénéficiaires avec RAC pour les couronnes FPC 40 et FPC 41 confondues alors que ces actes ne regroupent que 1,5 % de la population avec soins prothétiques. Toutefois, même si le RAC moyen est de 232 € lorsqu'il y a RAC, la dépense moyenne reste de 278 € pour un prix maximum pris en charge de 230 €.

► Récapitulatif des principaux actes compris dans l'alternative thérapeutique CMU-C concernés par un RAC

Panier de soins CMU-C									
Code de transposition CMU-C	Acte ou traitement	Nb Bénéficiaires	Pourcent pop avec soins prothétiques	Nb Actes	Dépense moyenne	Prix maximum autorisé	Pourcent Bénéficiaires avec RAC	Dépense moyenne si RAC	RAC moyen
<b>FPC 40</b>	Couronne à incrustation vestibulaire sur 2 <sup>e</sup> prémolaire ou molaire	220	1,5%	310	278 €	230 €	29,5%	530 €	232 €
<b>FPC 41</b>	Couronne céramo-métallique sur 2 <sup>e</sup> prémolaire ou molaire								
<b>FPO 54</b>	Multi-attaches en céramique	250	4,0%	300	473 €	464 €	12,2%	601 €	178 €

Source : RSI

Par rapport à l'étude de la CNAMTS sur le RAC<sup>21</sup> citée dans le précédent rapport d'évaluation, les résultats paraissent cohérents. Dans cette étude, 5 % des bénéficiaires ayant eu des soins dentaires avaient subi un RAC, avec un RAC moyen de 180 €.

Dans l'étude du RSI, les RAC concernent 4,8 % de la population concernée par les soins dentaires, avec un RAC moyen de 228 €.

Au final, il s'avère que le RAC pour les soins dentaires ne relève, pour les bénéficiaires de la CMU-C, que d'une pratique marginale concernant les actes de consultation et les soins conservateurs et faible pour les soins prothétiques et les soins d'orthodontie. Pour autant, il ne devrait pas exister pour les actes du panier de soins CMU-C et rester faible pour les actes relevant de l'alternative thérapeutique.

<sup>21</sup> Point repère n°35, Septembre 2011.

Par ailleurs, les représentants des professionnels de santé, rencontrés lors des travaux préparatoires au rapport d'évaluation, ont fait état de situations d'abandon de soins de la part des bénéficiaires de la CMU-C. Pour ces cas-là, les praticiens ne peuvent pas obtenir de paiement de la part des caisses, compte tenu qu'ils ne sont payés

que pour les actes aboutis. Ces situations méritent d'être mieux appréhendées, tant en terme d'accompagnement des patients concernés, de formation des praticiens à l'accueil des personnes en situation précaires, que de compensation financière pour les cas d'abandons non résolus.

## *Rappel sur la prise en charge des soins dentaires dans le cadre de la CMU-C*

### **Les actes dentaires**

Pour les actes dentaires (consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, assimilations, actes de radiodiagnostic), le professionnel de santé (PS) est tenu de respecter les tarifs conventionnels en vigueur, ceux fixés par la NGAP, et d'appliquer le tiers payant avec dispense totale d'avance des frais à un patient bénéficiaire de la CMU-C, sous réserve que ce dernier ait justifié de ses droits à la CMU-C.

Le professionnel de santé ne peut pas facturer de dépassements d'honoraires (DE), sauf en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (exemple : rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation). Dans cette situation le dépassement, n'est jamais pris en charge par l'Assurance maladie ; il n'est pas non plus pris en charge par la CMU-C. Il reste à la charge du patient qui le règle directement au professionnel de santé.

### **Les actes inclus dans le panier de soins CMU-C**

Les prothèses dentaires et les traitements d'ODF sont pris en charge au titre de la CMU-C au-delà des montants remboursables par l'Assurance maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêtés<sup>22</sup>. C'est ce que l'on appelle le « Panier de soins CMU-C ». Le PS est tenu de respecter ces tarifs et d'appliquer le tiers payant avec dispense totale d'avance de frais à un patient bénéficiaire de la CMU-C, sous réserve que celui-ci ait justifié ses droits à la CMU-C. Les honoraires du PS sont versés directement par l'Assurance maladie.

Avant de commencer le traitement concernant les prothèses dentaires, le PS doit établir et remettre au patient un devis avec la mention « CMU complémentaire ». Ce devis est remis à titre d'information au patient.

Avant de commencer un traitement d'ODF, le PS doit établir une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis avec la mention « CMU complémentaire » à adresser au chirurgien-dentiste-conseil de la CPAM du patient. La CPAM notifie un accord de prise en charge sur le montant couvert.

### **Les actes au-delà du panier de soins**

Certains actes de prothèses dentaires et de traitement d'ODF peuvent, en cas d'exigence particulière du bénéficiaire de la CMU-C, faire l'objet d'une « alternative thérapeutique » au-delà de ce que prévoit le panier de soins CMU-C. C'est le cas, par exemple, d'une couronne céramo-métallique sur une molaire alors que le panier de soins CMU-C ne prévoit qu'une couronne métallique sur cette dent.

Trois types d'actes peuvent faire l'objet d'une alternative thérapeutique :

- en matière d'actes de prothèses dentaires : les couronnes à incrustation vestibulaires ou céramo-métalliques sur 2<sup>ème</sup> prémolaire ou molaire, le remplacement de dent(s) absente(s) par une prothèse fixée ;
- en matière d'actes d'ODF : les multi attaches en céramique.

Pour ces actes, la facturation du dépassement d'honoraires au patient bénéficiaire de la CMU-C est possible après consentement éclairé de ce dernier. Dans cette situation, le PS est tenu, avant de commencer le traitement, de remettre au patient un devis descriptif<sup>23</sup> avec une information claire sur le montant restant à sa charge.

<sup>22</sup> Point repère n°35, Septembre 2011.

<sup>23</sup> À l'instar du devis prévu par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour les traitements pouvant faire l'objet d'une entente directe.

Lors de la facturation, la mention ED (entente directe) est portée et les codes de transposition FPC<sup>24</sup> et FPO<sup>25</sup> sont utilisés.

En tout état de cause, les actes hors nomenclature ne peuvent faire l'objet ni d'une prise en charge dans le cadre du « panier de soins », ni d'une alternative thérapeutique. Il ne pourrait être envisagé une évolution du panier de soins, ou une alternative thérapeutique, que dans la mesure où ces actes seraient préalablement pris en charge, pour la part obligatoire de l'assurance maladie, pour l'ensemble des assurés, bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C.

#### **Les prothèses dentaires et les traitements d'ODF non compris dans le panier de soins**

Les frais afférents aux soins dentaires qui ne sont pas inscrits à la nomenclature ne sont pas remboursables et ne peuvent faire l'objet d'aucune prise en charge.

Toutefois, ces actes hors nomenclature peuvent être facturés aux bénéficiaires de la CMU-C, à leur demande et après consentement éclairé.

Un devis descriptif doit être remis à l'assuré.

Les actes hors nomenclature ne doivent pas être facturés sur une feuille de soins.

<sup>24</sup> FPC : Forfait prothèses conjointes hors panier de soins CMU-C. Ce code regroupe les couronnes à incrustation vestibulaire ou céramo-métallique sur 2<sup>ème</sup> prémolaire ou molaire et le remplacement de dent(s) absente(s) sur prothèses fixée.

<sup>25</sup> FPO : Forfait orthèses hors panier de soins CMU-C. Ce code correspond au traitement d'ODF avec attaches céramiques.

## 4.4. LA COMMUNICATION SUR LES DISPOSITIFS ET LE DÉVELOPPEMENT DES PARTENARIATS

### 4.4.1. La communication sur les dispositifs

#### 4.4.1.1 Les actions de communication

Afin de promouvoir l'ACS qui reste encore insuffisamment connue du grand public, une annonce a été diffusée en juillet et septembre 2013 dans le journal gratuit MétroNews.

Financée par le Fonds CMU, cette campagne de communication est le fruit d'une collaboration avec le ministère des affaires sociales et de la santé, le ministère délégué aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion, les caisses nationales d'assurance maladie, quelques associations et un comité d'usagers.

**“ Parce que ma santé et celle de ma famille sont prioritaires, je demande l'aide pour une complémentaire santé. ”**

Vos ressources sont faibles ? Vous n'avez pas de complémentaire santé ou vous rencontrez des difficultés pour payer votre cotisation ?

### UNE AIDE EXISTE : L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

- Grâce à l'ACS, tout ou partie de votre cotisation est pris en charge. Le montant annuel de cette aide varie entre 100€ (pour les moins de 16 ans) à 500€ (pour les plus de 60 ans).
- Grâce à l'ACS, vous pouvez mieux vous soigner. Chez votre médecin, vous ne payez qu'une partie de vos dépenses de santé et sans dépassement de tarifs.
- Grâce à l'ACS, vous bénéficiez de réductions sur vos factures d'énergie (gaz et électricité).

Pour demander l'ACS, c'est simple : téléchargez le formulaire sur [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) ou contactez votre caisse d'assurance maladie. Des conseillers dédiés vous répondent au 0 811 365 364 (prix d'un appel local depuis un poste fixe).

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, le plafond de ressources ouvrant droit à l'ACS est revalorisé. Pour savoir si vous pouvez bénéficier d'une aide, faites une simulation sur [www.ameil.fr](http://www.ameil.fr)

Logos : République Française, CMU, Assurance Maladie, RSI (Régime Social des Indépendants), Santé Famille Reproche Services.

Par ailleurs, des affiches de sensibilisation sur le dispositif ont été réalisées à destination des bénéficiaires de l'ASPA et de l'AAH.

**Vous bénéficiez de l'ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées) ?**  
Vérifiez votre droit à l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé)

**Vous bénéficiez de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) ?**  
Vérifiez votre droit à l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé)

Les deux affiches contiennent des pictogrammes et des listes de conditions à vérifier pour bénéficier de l'ACS, ainsi que des étapes à suivre pour demander l'aide.



#### 4.4.1.2 Le site internet

Il donne accès à un grand nombre d'informations d'ordre pratique, juridique et statistique.

Ce site s'avère être une base documentaire : toutes les études menées par le Fonds, ainsi que certaines études émanant d'autres organismes y sont accessibles. Par ailleurs, des synthèses sont proposées pour les documents les plus importants. La majorité des 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 caisses d'assurance maladie, des organismes d'assurance complémentaire et des associations sont disponibles afin de répondre au mieux aux besoins des internautes en fonction de leur profil.

Une refonte globale du site a eu lieu en 2012. Les visites sont en augmentation constante. En 2013, on comptabilise 1 589 484 visites, soit une augmentation de 21,7 % par rapport à 2012.

Au cours de l'année 2013, des pics de fréquentation ont été relevés lors d'événements marquants tels que l'annonce du plan de lutte contre la pauvreté, la revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS et la diffusion de l'annonce dans les journaux gratuits...

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

Les assurés peuvent également signaler des situations de refus de soins ou des difficultés d'application des dispositifs. Le Fonds CMU est alors amené à informer les bénéficiaires concernés sur les démarches à effectuer.

Plus 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.

#### 4.4.1.3 L'annuaire statistique

Ce document regroupe la plupart des données statistiques relatives à la CMU-C et à l'ACS (effectifs, dépenses des bénéficiaires, évolutions annuelles, mensuelles, plafonds d'attribution, budget du Fonds CMU) et à la CMU de base (évolutions des effectifs). Il est produit deux fois par an et est disponible sur le site du Fonds CMU.

#### 4.4.1.4 La note de conjoncture

À parution trimestrielle, cette note synthétique recense 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 à la disposition de la presse sur le site du Fonds CMU.

#### 4.4.1.5 Références CMU

Près de 4 000 exemplaires de cette publication sont diffusés chaque trimestre. Ses destinataires sont les caisses d'assurance maladie, les caisses d'allocation 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 et au coût des dispositifs. Références permet également de mettre en lumière les études ou les rapports ayant trait à la CMU 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.

#### 4.4.2. 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 (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 actualités sociales.

En 2013, deux comités de suivi ont eu lieu.



#### 4.5. 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 2013, le Fonds CMU a donc 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 préfetures.

Afin de faciliter les échanges entre caisses et organismes complémentaires, la liste envoyée aux caisses d'assurance maladie a été enrichie de certaines informations : 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 le 15 février 2013 au Bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarité du ministère de la santé.

Pour l'année 2013, seuls 8 retraits sont volontaires, les autres sont le résultat d'opérations de fusions-absorptions (23 OC).

Le taux du nombre d'OC inscrits comparé à l'ensemble d'OC cotisants, atteint 67 % (68 % en 2012). Les mutuelles sont inscrites à 71 %, les institutions de prévoyance à 85 % et les assurances à 37 % pour gérer la CMU-C en 2013.

##### ► Mouvements enregistrés pour l'année 2013

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances	Total
<b>Organismes maintenus dans le dispositif</b>	343	23	35	401
<b>Organismes sortis du dispositif</b>	27	2	2	31
<b>Organismes entrés dans le dispositif</b>	3	0	0	3
<b>Total dans dispositif</b>	<b>346</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>404</b>
<b>Hors dispositif</b>	140	4	59	203
<b>Pourcentage d'organismes inscrits</b>	<b>71%</b>	<b>85%</b>	<b>37%</b>	<b>67%</b>

Source : Fonds CMU

##### ► Historique du nombre d'organismes complémentaires cotisants

Année	Mutuelle	Assurance	Institution de Prévoyance	Total
2001	1 520	117	57	1 694
2002	1 372	122	51	1 545
2003	1 068	116	50	1 234
2004	1 016	110	50	1 176
2005	919	107	48	1 074
2006	849	99	46	994
2007	811	93	38	942
2008	751	93	36	880
2009	657	93	35	785
2010	589	94	34	717
2011	560	96	29	685
2012	512	96	29	637
2013	486	94	27	607

Source : Fonds CMU

Historique du nombre d'organismes complémentaires participant à la CMU-C<sup>26</sup>

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

Source : Fonds CMU

Le chiffre d'affaires des OC inscrits dans le dispositif atteint 88,1 % du montant total du chiffre d'affaires des organismes cotisants, ce qui représente, par nature d'OC, 93,1 % du chiffre d'affaires total des mutuelles inscrites dans le dispositif, 86,2 % pour les institutions de prévoyance et 79,5 % pour les assurances.

Pour l'année 2014, 23 organismes complémentaires se sont désinscrits volontairement de la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

Ces organismes géraient la CMU-C de 26 200 bénéficiaires (effectif moyen sur les trois premiers trimestres de 2013). Quelques-uns d'entre eux ont exprimé les raisons pour lesquelles ils se désengageaient, la principale raison évoquée est la modification des modalités de remboursement des dépenses de CMU-C apportée par l'article 22 de la LFSS pour 2013 et ses conséquences : déséquilibre financier, complexité de gestion.

Selon certains organismes complémentaires, le remboursement au réel ne permettrait pas de prendre en compte les frais de gestion liés aux bénéficiaires de la CMU-C.

Le Fonds CMU restera particulièrement attentif aux désengagements qui pourraient intervenir en nombre plus important lors de la consultation de la liste pour 2015.

Une étude a été commandée auprès des élèves de l'École Nationale Supérieure de sécurité sociale (EN3S) par le Fonds CMU afin d'étudier les déterminants du choix de gestion de la CMU-C par les bénéficiaires (Cf. partie 4.6.3. de ce rapport).

<sup>26</sup> L'article 88 de loi de finances rectificative pour 2006, jamais appliqué, consistait à soumettre de manière très progressive les mutuelles à la taxe professionnelle et à l'impôt sur les sociétés jusqu'alors applicable aux institutions de prévoyance et sociétés d'assurance. Parallèlement, ce même article prévoyait, pour l'ensemble des OC, des mesures d'exonération de l'impôt sur les sociétés et de la taxe professionnelle sur les contrats dits «solidaires et responsables». Cette exonération était soumise au respect de plusieurs conditions, dont notamment celles d'être inscrit sur la liste des organismes complémentaires volontaires pour gérer la CMU complémentaire. Cette mesure a donc incité de nombreux organismes complémentaires à s'inscrire comme organisme gestionnaire. En 2007, la Commission européenne a ouvert une enquête afin de vérifier la compatibilité de cette mesure avec les règles existantes en matière d'aides d'État. Dans sa décision du 26 janvier, 2011 la Commission a conclu au non-respect de deux des trois conditions posées par le traité, à savoir le transfert effectif des avantages aux consommateurs individuels et le caractère non discriminatoire de l'aide. En effet, selon elle, les mesures ne peuvent garantir une répercussion certaine des avantages fiscaux sur l'assuré et risquent de créer une discrimination au profit des opérateurs historiques, telles que les mutuelles, qui sont légalement tenues de n'offrir que des contrats solidaires et responsables.

## 4.6. LES ÉTUDES DU FONDS CMU

### 4.6.1. Le non recours à l'ACS<sup>27</sup>

#### Le non recours à l'Aide Complémentaire Santé : les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille

(Sophie Guthmuller, Florence Jusot, Thomas Renaud et Jérôme Wittwer, Université Paris-Dauphine)

L'enquête exploitée dans le rapport a été conduite par téléphone de septembre à décembre 2009 auprès d'un échantillon d'assurés sociaux de la CPAM de Lille-Douai identifiés comme potentiellement éligibles et non recourant à l'ACS dans le cadre de la campagne nationale d'information sur le dispositif ACS lancée en 2008. Les assurés ont été identifiés sur la base de leur déclaration de ressources 2007 donnant droit aux prestations délivrées par la CAF de Lille.

1 449 interviews ont pu être menées. In fine, 1 038 ménages ont été retenus du fait du niveau de leurs ressources. L'échantillon ainsi constitué ne peut être considéré comme représentatif de la population éligible française pour trois raisons : la population éligible de Lille n'est pas représentative de la population éligible en France. Le taux de réponse à l'enquête est de 45 % soit conforme aux enquêtes par téléphone sur ces populations. L'identification par les fichiers de la CAF conduit à une sous-représentation des personnes âgées.

Depuis la réalisation de l'enquête en 2009, les conditions d'attribution du dispositif ACS ont évolué et divers moyens de communication visant à promouvoir le dispositif ont été employés sur le territoire. Les enseignements de cette enquête n'en restent pas moins pertinents aujourd'hui.

En effet, même si la population éligible au dispositif ACS s'est élargie, les motifs de non recours invoqués restent valides et le questionnaire de l'enquête permet notamment d'étudier de manière précise les difficultés socio-économiques et d'accès aux droits, l'état de santé et le recours aux soins de cette population.

Notons cependant que l'échantillon est unique par sa taille et son mode de sélection sur fichiers administratifs ; il rassemble des données administratives de la CAF et de la CPAM (consommation de soins) et des données d'enquête.

#### Une population majoritairement active occupée mais en situation de précarité

L'âge moyen des individus de l'échantillon est de 45 ans. La majorité des personnes interrogées dans l'enquête sont actives occupées (53,8 % contre 59,6 % dans ESPS 2008). Cependant, cette population se révèle plus souvent en situation de précarité que la population générale.

Parmi les personnes salariées, 33,4 % sont à temps partiel (contre 16,9 % de la population en emploi selon l'enquête emploi de l'INSEE en 2008), 26,0 % ont un contrat précaire (CDD, intérim, saisonnier, contrat aidé - contre 11,7 % de la population salariée en 2008 / enquête emploi 2008).

Les chômeurs représentent 11,7 % de l'échantillon (5,7 % dans ESPS 2008), les inactifs 19,9 % (4,5 % dans ESPS<sup>28</sup> 2008), les retraités 14,6 % (30,1 % dans ESPS 2008).

Un peu plus d'un quart de la population enquêtée déclare rencontrer des difficultés de lecture ou d'écriture.

#### La population étudiée présente un état de santé un peu plus dégradé mais elle est en contact avec le système de soins

41,6 % des individus de l'échantillon déclarent ne pas avoir un bon état de santé perçu (c'est le cas de 27,5 % dans la population âgée de 18 ans et plus interrogée dans ESPS 2008), 35,6 % déclarent avoir une maladie chronique (contre 27,1 % dans ESPS 2008), 32,9 % être fonctionnellement limités (contre 19,7 % dans ESPS 2008), 47,7 % déclarent suivre un traitement régulier et 27,7 % bénéficient d'une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale en raison d'un problème de santé (contre 16,4 % dans ESPS 2008).

Pourtant, cette population entretient des contacts réguliers avec le système de soins. Par exemple, 96,2 % de l'échantillon a déclaré un médecin traitant auprès de la sécurité sociale. Au cours des douze derniers mois, 88,5 % ont vu au moins une fois un généraliste, 51,2 % au moins une fois un spécialiste et 52,5 % un dentiste.

#### Une population très majoritairement couverte par une couverture de complémentaire santé

87,0 % des individus sont couverts par une complémentaire santé dont 63,9 % par un contrat individuel éligible à l'ACS (contre 52 % de la population française en incluant les bénéficiaires de l'ACS ; Arnould et Vidal, 2008) et 23,1 % sont couvertes dans le cadre d'un contrat collectif (34 % en population générale ; Arnould et Vidal, 2008).

N'ayant par recours à l'aide qui constitue pourtant pour eux un effet d'aubaine (individus couverts par un contrat individuel), laisse à penser que les questions d'information et de difficultés d'accès aux droits sont des causes premières du non recours.

Il faut dire que 66 % des personnes interrogées n'ont jamais entendu parler de l'ACS bien qu'elles aient été rendues destinataires du courrier d'information de la CPAM par le passé.

<sup>27</sup> Disponible sur [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php)

<sup>28</sup> ESPS est l'« Enquête sur la santé et la protection sociale », coordonnée par l'Institut de recherche et d'information en économie de la santé, (IRDES). Cette enquête biennale est représentative à environ 96 % de la population vivant en France métropolitaine.

### Les motifs du non recours à l'ACS avancés par les individus de l'échantillon

Les trois motifs principalement évoqués par les enquêtés pour expliquer l'absence de démarche pour obtenir l'ACS sont (pourcentages non cumulatifs) :

- le fait de penser ne pas être éligible (40,1 %),
- le manque d'information (39,9 %),
- la complexité des démarches (18,1 %).

Le prix de la complémentaire santé est un motif faiblement invoqué par l'ensemble des répondants (5,6 %) mais c'est assez logique dans la mesure où une grande majorité des personnes possèdent déjà une mutuelle.

Une partie non négligeable de la population couverte par un contrat collectif obligatoire non éligible à l'aide, une amplitude des revenus pour prétendre à l'aide très faible (à l'époque) dans le cadre d'un dispositif dont le coût des démarches est souvent mis en avant, peuvent expliquer l'importance du premier motif (penser ne pas être éligible).

Il conviendrait de relancer rapidement une étude sur le non recours visant à revisiter les constats présentés et ce alors que la connaissance et la pénétration du dispositif se sont améliorées depuis 2008 - 2009.

Cette étude montre qu'il conviendrait de sensibiliser davantage les OC sur leur rôle de relais d'informations en direction de leurs assurés sur l'ACS.

#### 4.6.2. Le non renouvellement de l'ACS<sup>29</sup>

Cette étude a été réalisée, en collaboration avec la direction de la sécurité sociale et un groupe d'étudiants de la 52<sup>ème</sup> promotion de l'EN3S.

Elle s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche-action sur le thème de « l'accès aux soins » piloté par la direction de la sécurité sociale.

La CPAM de Nîmes a accepté d'être partenaire de ce projet, notamment en autorisant et en participant activement à la réalisation d'une enquête auprès d'assurés du département du Gard.

Le concours de cette caisse est particulièrement intéressant puisque la CPAM de Nîmes a été chargée de piloter une mission nationale sur les « publics vulnérables » dans laquelle le non recours apparaît comme l'un des sujets majeurs.

Les éléments présentés constituent un premier point d'étape, sachant que le rapport définitif sera publié sur le site du Fonds CMU ([www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)) dans le courant du premier semestre 2014 (après la soutenance qui interviendra en juin 2014).

Le taux de renouvellement est aujourd'hui évalué par les caisses d'assurance maladie à 37 %, chiffre qui pose question, compte tenu du taux de renouvellement observé en CMU-C (entre 65 % et 75 %) et des éléments recueillis auprès de quelques organismes complémentaires qui laissent apparaître un taux de renouvellement proche de 50 %.

L'objectif poursuivi par la recherche-action consistait donc à analyser les motifs de non renouvellement de l'ACS et proposer des actions visant à réduire ce phénomène.

#### Le déroulement de l'étude :

La population étudiée, composée d'actifs, de retraités, d'invalides et de bénéficiaires de l'AAH, a été constituée par des foyers ayant reçu une attestation entre 2008 et 2011.

Deux modes de sondage ont été retenus :

- une enquête par questionnaire
- une enquête par phoning

L'enquête par questionnaire a porté sur 2 populations :

- les assurés n'ayant pas renouvelé (1 090 personnes)
- les assurés ayant renouvelé (3 984 personnes)

Le taux de retour a été très important pour le questionnaire sur le renouvellement (43 %) et un peu moindre pour le questionnaire sur le non renouvellement (22 %).

Les résultats sont présentés en 3 grands items :

- la qualité de l'information auprès des bénéficiaires
- la complexité des démarches
- le reste à charge et le choix du contrat de complémentaire santé

<sup>29</sup> Cette étude sera disponible sur [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) d'ici le mois de juillet 2014

La qualité de l'information auprès des bénéficiaires

Résultats	Actions possibles
<p>45 % des motifs de non renouvellement sont liés à une absence d'information ou une mauvaise compréhension de celle-ci par les assurés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19,1 % pensent que le renouvellement est automatique</li> <li>• 14,4 % considèrent que leur revenu était trop élevé</li> <li>• 10,6 % pensaient y avoir droit une seule fois</li> </ul> <p>Le public qui n'a pas renouvelé semble avoir moins bien reçu cette information :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 % ont déclaré avoir reçu une information contre 84% pour la population qui a renouvelé</li> <li>• 75 % à avoir trouvé cette information claire contre 88 % pour la population qui a renouvelé.</li> </ul>	<p>Développer l'information sur le tiers payant social</p> <p>Développer l'information par les CPAM pour les assurés en situation de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des relances ciblées à par les CPAM (cela suppose la fiabilisation du lien Noémie)</li> <li>• Proposer un document type sur le renouvellement de l'ACS à fournir aux OC</li> </ul> <p>Proposer une information personnalisée pour les assurés qui n'ont pas renouvelé</p> <p>Mettre en œuvre des actions de communication spécifiques auprès des professionnels de santé</p> <p>Le message : insister sur les conditions de renouvellement et le tiers payant social</p> <p>Les supports : affiches dans les cabinets ; information en ligne sur Espace Pro...</p>

La complexité des démarches

Résultats	Actions possibles
<p>La complexité des démarches ne paraît pas être le principal facteur (cité) de non renouvellement (8,9 % des raisons évoquées par les assurés n'ayant pas renouvelé) mais reste toutefois un levier d'action possible (19 % de la population pensait que le renouvellement était automatique).</p> <p>53 % de la population qui n'a pas renouvelé estime avoir eu des difficultés à entamer les démarches contre 20 % pour la population qui a renouvelé</p> <p>37 % de la population qui n'a pas renouvelé considère que le dossier est difficile à remplir contre 25 % pour la population qui a renouvelé.</p> <p>Les difficultés de réalisation des démarches semblent plus prégnantes que la complexité même du dossier.</p>	<p>Simplifier le dossier de renouvellement (Longueur, Items, PJ à fournir).</p> <p>Simplifier les démarches de renouvellement.</p> <p>Automatiser la procédure de versement de l'aide auprès des OC (sélectionnés par appel d'offre).</p> <p>Simplifier l'articulation ACS / Tiers Payant social.</p> <p>Une seule attestation, une même période de validité.</p> <p>Faire évoluer le format actuel de l'attestation (attribution d'une carte plutôt qu'un papier libre).</p> <p>Intégrer l'information sur le droit au TPS au compte en ligne « assurés » ouvert aux PS.</p> <p>Simplifier l'articulation aide légale / aide extra-légale</p> <p>Verser l'aide aux OC en même temps que l'aide légale.</p>

► *Le reste à charge et le choix d'une complémentaire santé*

Résultats	Actions possibles
Le choix d'une complémentaire santé apparaît compliqué pour la population qui n'a pas renouvelé (46%).	Argumenter, analyser les mesures en cours de discussion au niveau national :
36,9 % des personnes ayant renouvelé ne sont pas satisfaits de la couverture de leur mutuelle.	Organiser une mise en concurrence et sélectionner les OC habilités à proposer ces contrats en fonction du coût et de la qualité de l'offre.
35 % des personnes interrogées pensent que le contrat n'est pas adapté à leurs besoins.	
70 % de ceux qui n'ont pas de mutuelles évoquent le fait que le coût d'une mutuelle reste trop élevé malgré l'aide.	Définir des paniers de soins spécifiques ACS (soins inclus dans les remboursements et coût du contrat associé).
Une personne sur deux déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.	

En ce qui concerne l'étude par phoning, les résultats (40 bénéficiaires) confirment que le principal motif de non renouvellement reste l'absence ou la mauvaise compréhension de l'information sur les modalités de renouvellement. Le reste à charge sur le prix du contrat et la complexité des démarches sont des motifs qui sont cités en second plan.

**À noter :** le principe du tiers payant associé à l'ACS est peu connu par la population interrogée.

#### 4.6.3. La gestion des bénéficiaires de la CMU-C par les organismes complémentaires agréés<sup>30</sup>

Cette étude a été réalisée par la 52<sup>ème</sup> promotion de l'EN3S. Elle s'inscrit dans un contexte particulier : le taux de bénéficiaires choisissant un OC pour la gestion de leurs droits n'a cessé d'augmenter de janvier 2008 à mars 2012.

Cette Recherche-Action s'appuie à la fois sur une recherche littéraire et sur une étude de terrain.

Un échantillon de neuf CPAM a été retenu parmi des organismes représentatifs de la variation des taux de bénéficiaires ayant confié leurs droits à un OC : un premier lot était constitué de caisses à faible taux historique, un deuxième de caisses à fort taux historique, un troisième était composé de caisses ayant connu les plus fortes augmentations de ce taux sur les cinq dernières années. En complément, un entretien a été mené auprès de la CPAM du Rhône dont le taux est proche de la moyenne. Deux entretiens ont été menés auprès d'organismes complémentaires : les plus importants dans le dispositif, en nombre d'assurés gérés, ont été ciblés : il s'agit de la MAAF, de Prévadies, des groupes Harmonie et Eovi.

Le questionnaire a été construit en lien avec la CPAM du Rhône. En réalité, ce sont deux questionnaires qui ont été élaborés : le premier s'adressait aux bénéficiaires ayant opté pour un OC, et le second, aux bénéficiaires ayant opté pour la CPAM. Collégalement, il a été décidé que 1 000 questionnaires seraient envoyés, dont 500 aux optant-CPAM, et 500 aux optant-OC.

Trois thèmes ont été mis en exergue : le profil des bénéficiaires (catégorie socioprofessionnelle, situation personnelle, niveau d'études...), les motivations des bénéficiaires (avantages financiers, inconvénients pratiques, éléments subjectifs de confiance...), et la politique de communication dont ils ont fait l'objet (information précise, personnalisée, contenu de l'information...).

Des résultats du questionnaire, ainsi que de la restitution des entretiens, ressortent deux grands déterminants pour le choix de gestion.

Tout d'abord, le rôle et l'influence des organismes paraît avoir des conséquences sur l'option.

En premier lieu, malgré la volonté de conserver une neutralité dans le discours, la communication parfois partielle des CPAM quant aux inconvénients et avantages de chaque option peut influencer le choix des bénéficiaires. Il a en effet été mis en exergue que les efforts de communication des CPAM sont inégaux. En effet, ils varient tout d'abord lors de l'instruction du dossier par les agents d'accueil qui présumant du profil des bénéficiaires (en termes de précarité, fragilité, autonomie).

<sup>30</sup> Cette étude sera disponible sur : [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php) d'ici le mois de juillet 2014



Il varie également selon les difficultés de productivité et d'efficacité des organismes (le choix d'option pour un OC emporte des actes d'instruction supplémentaires du dossier). Il diffère enfin selon l'implantation géographique de la CPAM, sachant que certains territoires ont une tradition mutualiste plus forte que d'autres.

En deuxième lieu, en ce qui concerne les organismes complémentaires, il est apparu que leur rôle était contraint dans la gestion du dispositif, et que leur politique de communication, et donc leur influence, étaient limitées.

En effet, les modalités de gestion du dispositif réduisent les marges de manœuvre des OC. L'essentiel de la gestion appartient à la CPAM : les OC ne connaissent pas leurs assurés et les assurés n'ont pas de contact avec leur OC. Par ailleurs, la politique de communication, comme le positionnement stratégique vis-à-vis du dispositif, varie en fonction des OC concernés. Il est essentiellement contraint par l'organisation du dispositif, même si certains OC ont une politique de communication plus offensive vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C.

En troisième lieu, des partenariats avec les organismes sociaux se développent. La CAF a notamment un rôle non négligeable dans la communication sur le dispositif, dans le cadre de l'instruction du Revenu de Solidarité Active et l'affiliation systématique des bénéficiaires à la CMU-C.

Ensuite, le second déterminant résultant de l'enquête, est relatif aux bénéficiaires, et concerne leurs profils et leurs motivations. En effet, le profil socio-économique des bénéficiaires varie en fonction de leur choix de gestion. Les bénéficiaires optant pour la gestion par une CPAM ont un profil plus précaire que les optant-OC : ils bénéficient davantage du RSA, sont plus au chômage et affiliés à la CMU-C depuis plus longtemps, ont un niveau d'études inférieur, et sont davantage représentatifs des catégories socioprofessionnelles des employés et ouvriers. Il ressort également que les critères « subjectifs » de motivation, prévalent sur les critères objectifs (argument financier, plus grande simplicité...) : les optant-CPAM ont mis en relief la confiance dans la CPAM comme déterminant de leur choix, tandis que les optant-OC ont souligné leur attachement traditionnel à leur mutuelle, et le refus d'être stigmatisé par rapport aux autres assurés.

De ces différents constats éclairant le choix d'option des bénéficiaires, extraits des résultats des études qualitative et quantitative, il a pu être formulé des préconisations, afin de faciliter la gestion du dispositif et d'en améliorer la transparence.

En effet, lors des entretiens est unanimement apparu la difficulté de manipuler la liste des OC agréés pour gérer les droits CMU-C. Les préconisations formulées en la matière concernent à la fois l'ergonomie et la mise à jour de la liste. La CPAM de l'Isère a mis à disposition pour toute la région Rhône-Alpes un outil afin de faciliter la gestion de la liste par les agents d'accueil : cette application, simple d'utilisation, permet de rechercher les organismes complémentaires par numéro de mutuelle, nom ou ville.

Par ailleurs, les CPAM pâtissent de l'absence de dématérialisation des flux entre OC et CPAM en ce qui concerne l'ouverture des droits des bénéficiaires. Une action est sans doute à engager en ce sens afin de fluidifier les échanges entre les organismes.

Ensuite, un manque de transparence sur le dispositif a été mis en évidence. En effet, la méconnaissance des différents acteurs concernant le dispositif met en avant un certain manque d'information et de communication à plusieurs niveaux.

Les OC n'ont pas de contact avec leurs assurés. Les agents d'accueil de la CPAM connaissent mal et communiquent peu sur les tarifs préférentiels et le contrat de sortie dont les assurés peuvent bénéficier s'ils choisissent l'option-OC. Enfin, les bénéficiaires paraissent peu informés de la possibilité de confier leurs droits à un OC. En ce sens, il serait souhaitable de redynamiser la communication au sein du réseau de l'Assurance Maladie. La CNAMTS, en renforçant la communication sur la réglementation, permettrait d'harmoniser les pratiques des différentes CPAM dans le réseau, et de rappeler les modes opératoires dans le cadre du parcours attentionné. Les CPAM pourraient en conséquence mettre en place une politique de formation des agents qui renforcerait leur connaissance sur le dispositif, afin qu'ils puissent communiquer les avantages et inconvénients de chaque option.

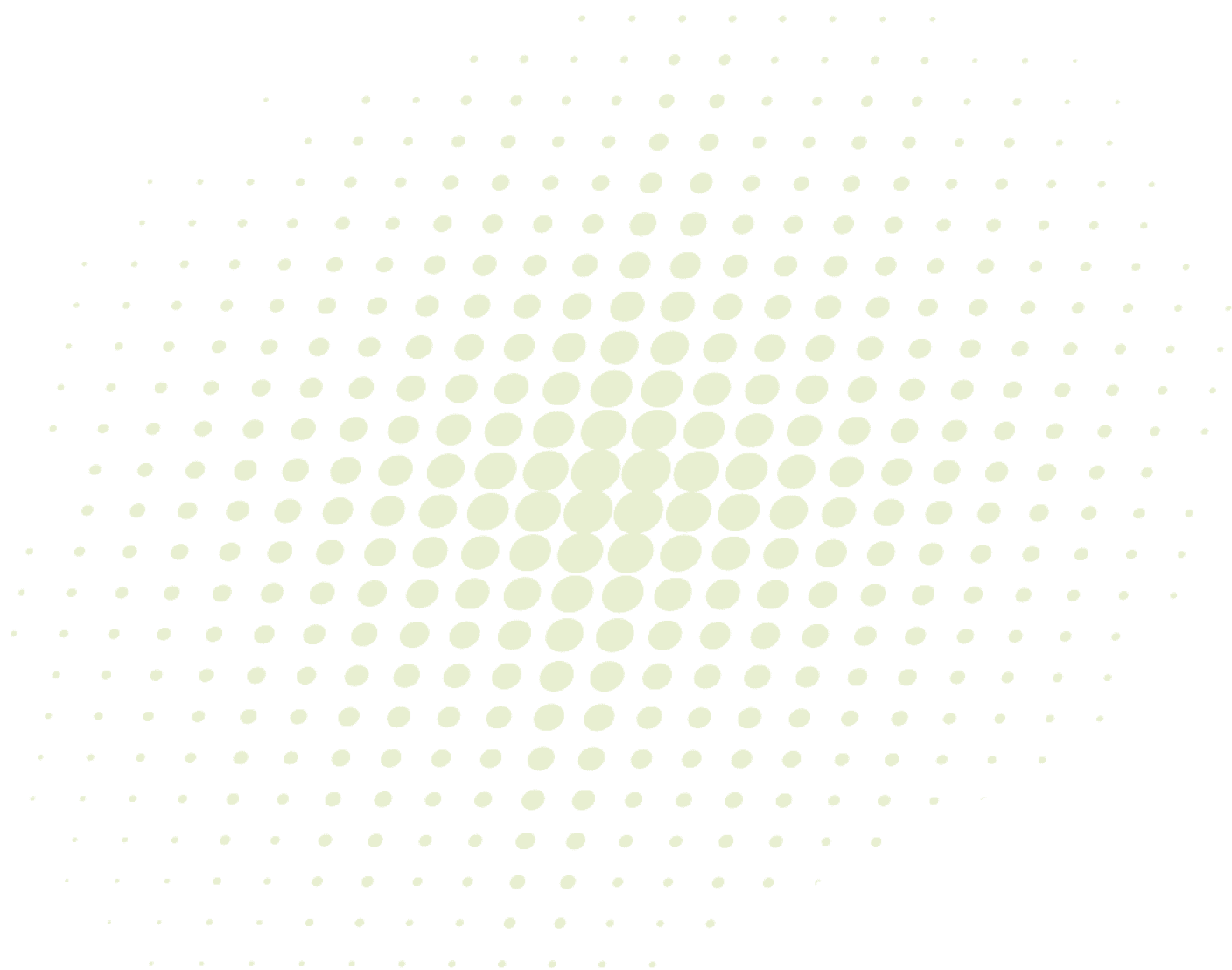
Pour garantir la liberté de choix des bénéficiaires, une politique d'accueil sur rendez-vous pour l'ouverture des droits permettrait d'adapter l'information et la communication de l'agent d'accueil aux différents publics.

Pour terminer, les partenariats de l'Assurance Maladie devraient être consolidés. Ainsi, la coordination entre Caisses Nationales en la matière permettrait de fluidifier les rapports entre CAF, CPAM et CARSAT. Il s'agirait par exemple d'intégrer le choix d'option CMU-C au processus d'ouverture de droits au RSA, par voie dématérialisée.



# Glossaire

<b>ACOSS</b>	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
<b>ACS</b>	Aide pour une complémentaire santé
<b>ACM</b>	Année complète mobile
<b>ALD</b>	Affections de Longue Durée
<b>ANI</b>	Accord national interprofessionnel
<b>BO</b>	Bulletin Officiel
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CCMSA</b>	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
<b>CES</b>	Centre d'examens de santé
<b>CETAF</b>	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé de la caisse nationale des travailleurs salariés
<b>CGSS</b>	Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) pour les DOM
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>CMU-B</b>	Couverture maladie universelle de base
<b>CMU-C</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>Dom</b>	Département d'outre-mer
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>EN3S</b>	Ecole nationale supérieure de sécurité sociale
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
<b>JO</b>	Journal officiel
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la Sécurité Sociale
<b>LOLF</b>	Loi organique relative aux lois de finances
<b>OC</b>	Organisme complémentaire
<b>ODENORE</b>	Observatoire des non-recours aux droits et services
<b>PQE</b>	Programme de qualité et d'efficience
<b>RAC</b>	Reste à charge
<b>RMI</b>	Revenu minimum d'insertion
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active
<b>RSI</b>	Régime social des indépendants
<b>SLM</b>	Section locale mutualiste
<b>TSA</b>	Taxe de solidarité additionnelle (« taxe CMU »)
<b>TSCA</b>	Taxe sur les conventions d'assurance
<b>UNCCAS</b>	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
<b>UNOCAM</b>	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
<b>URSSAF</b>	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'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.

Le Fonds CMU se voit confier trois missions principales :

- financer la CMU complémentaire et l'Aide pour une Complémentaire Santé ;
- suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et à ce titre formuler des propositions d'évolution ;
- élaborer et publier 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 9,1 personnes : un directeur, un directeur adjoint, un agent comptable en adjonction de service (0,1), un fondé de pouvoir de l'agent comptable, un comptable, trois conseillers techniques et deux assistantes.

### 1. LA MISSION DE FINANCEMENT

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 (dite « taxe CMU ») et une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs.

Ces recettes, comme les dépenses donnent lieu à un contrôle par les agents du 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.

### 2. 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, ODENORE, 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.

### 3. 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• La taxe de solidarité additionnelle</li> <li>• La taxe tabac</li> </ul>	Le suivi statistique <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le recueil des données</li> <li>• L'alimentation des bases de données</li> <li>• La diffusion des données</li> </ul>	L'élaboration de rapports et d'études	La gestion de la liste des OC gestionnaires de la CMU-C
Le contrôle des dépenses <ul style="list-style-type: none"> <li>• La dépense de CMU-C</li> <li>• La dépense d'ACS</li> </ul>	Le suivi financier	Le recueil des remontées du terrain	La communication et l'information des usagers et des partenaires

## ANNEXE 2 : Présentation de la CMU et de l'ACS

Les lois des 27 juillet 1999 et 13 août 2004 ont créé plusieurs 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 BASE<sup>31</sup>

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

#### 1- 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.)<sup>32</sup>. 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.

#### 2- Résider en France de manière stable

À l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas : personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié, personnes ayant accompli un volontariat international à l'étranger...<sup>33</sup>

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)<sup>34</sup>.

Un contrôle annuel de la résidence est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

<sup>31</sup> Article L.380-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>32</sup> 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).

<sup>33</sup> Article R.380-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>34</sup> Article R.115-6 du code de la sécurité sociale.

### 3- 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 maintien de droits, en tant qu'ayant-droit d'un assuré, au titre d'un autre régime<sup>35</sup>.

#### 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'année civile précédente. Au-delà de 9 534 € (plafond fixé pour la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 septembre 2014) la cotisation due s'élève à 8 %. Elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 534 €<sup>36</sup>.

La CMU de base est gratuite pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'ACS<sup>37</sup>.

Un contrôle annuel des ressources est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

### LA CMU COMPLÉMENTAIRE (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 maladie<sup>38</sup>.

De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient<sup>39</sup>.

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 gestionnaires<sup>40</sup>.

<sup>35</sup> Article L.380-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>36</sup> Article L.380-2 et D.380-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>37</sup> Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>38</sup> 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.

<sup>39</sup> Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>40</sup> Article L.322-4 du code de la sécurité sociale.

### Les 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 plafond<sup>41</sup>.

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<sup>42</sup>.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2013, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 593 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 9 564 € pour une personne seule<sup>43</sup>.

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 placés<sup>44</sup>.

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 2014, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule est de 59,92 €)<sup>45</sup>.

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 compte<sup>46</sup>.

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 conventionnelle<sup>47</sup>.

<sup>41</sup> Article L.861-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>42</sup> Article D.861-1 du code de la sécurité sociale.  
Article R.861-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>43</sup> Les dispositifs de la CMU-B, CMU-C et ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

<sup>44</sup> Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>45</sup> Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

<sup>46</sup> Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

<sup>47</sup> Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

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 complémentaire<sup>48</sup>.

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 2013, 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 soins<sup>49</sup>.

Ce contrat de sortie peut être cumulé avec l'aide pour une complémentaire santé (ACS).

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 droit<sup>50</sup>.

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 sociaux<sup>51</sup> de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

## L'AIDE POUR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)<sup>52</sup>

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, 500 € porté à 550 € pour celles de 60 ans et plus (pour les attestations ACS utilisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014).

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 annuelle.

Depuis le 1<sup>er</sup> 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 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<sup>er</sup> 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'énergie<sup>53</sup>.

<sup>48</sup> Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

<sup>49</sup> 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.

<sup>50</sup> Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

<sup>51</sup> 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 comme produit de première nécessité.

<sup>52</sup> Article L.863-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>53</sup> 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.



### 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<sup>er</sup> juillet 2013, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 600 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 12 911 € 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.<sup>54</sup>

Pour récupérer le montant de l'ACS déduit des cotisations de l'adhérent, l'organisme complémentaire défalque chaque trimestre 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.<sup>55</sup>

L'aide complémentaire santé est également applicable sur les contrats de sortie CMU-C.

## ANNEXE 3 : Rappel sur les dernières évolutions législatives et réglementaires

### LES MESURES VISANT À LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

#### La revalorisation du plafond de la CMU-C et de l'ACS au 1<sup>er</sup> juillet 2013

Le décret n° 2013-507 du 17 juin 2013, a relevé, au 1<sup>er</sup> juillet 2013, les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS de 8,3 % : 1,3 % au titre de l'inflation et 7,0 % de revalorisation exceptionnelle.

Cette revalorisation est intervenue en application de la mesure annoncée dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale officiellement adopté le 21 janvier 2013 lors de la réunion du Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE). Elle porte à 8 593 € par an le plafond d'attribution de la CMU-C pour une personne seule en métropole, soit 716 € par mois et à 11 600 € pour l'ACS, soit 967 € par mois. Avec cette revalorisation, le plafond d'attribution de l'ACS atteint quasiment le seuil de pauvreté (977 € par mois en métropole - seuil à 60 % du niveau de vie médian en 2011 qui est la dernière année connue).

#### La possibilité pour les étudiants en situation d'isolement de déposer une demande de CMU-C à titre individuel

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 complète l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale en permettant aux étudiants bénéficiaires de certaines prestations délivrées par les CROUS et caractérisant une situation d'isolement de faire une demande de CMU-C à titre personnel. Les prestations visées sont les aides d'urgence annuelles allouées aux étudiants par les directeurs des centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires.

#### L'augmentation du montant de l'ACS pour les bénéficiaires âgés de 60 ans et plus

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifie l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale et fixe à 550 € le montant de l'ACS pour les bénéficiaires âgés de 60 ans et plus (s'applique aux attestations utilisées à compter du 01/01/2014).

<sup>54</sup> Article R.863-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>55</sup> Article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

## LES DISPOSITIONS VISANT À AMÉLIORER LA COUVERTURE SANTÉ

### *La sélection par une mise en concurrence de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS*<sup>56</sup>

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit la sélection, par le biais d'une procédure de mise en concurrence, de contrats de complémentaire santé offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles requises dans le cadre d'un contrat responsable.

Le bénéfice de l'ACS est réservé aux seuls contrats sélectionnés dans le cadre de cette mise en concurrence.

### *Le renforcement des critères de caractérisation des contrats solidaires et responsables*<sup>57</sup>

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifie l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale notamment en vue d'améliorer la prise en charge des soins dentaires prothétiques, d'orthopédie dentofaciale et optique et d'encadrer la solvabilisation des dépassements d'honoraires.

### *L'accès aux soins à tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS*

L'avenant n° 8 du 25 octobre 2012 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 26 juillet 2011 a été approuvé par arrêté ministériel du 29 novembre 2012.

Son article premier, dispose que les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent pratiquent leurs actes aux tarifs opposables pour les patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS.

### *L'instauration d'un contrat de sortie ACS*<sup>58</sup>

À l'instar de ce qui existe pour la CMU-C, l'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 instaure, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, un contrat de sortie ACS.

Ainsi, à l'expiration de son droit au bénéfice de l'ACS, toute personne ayant bénéficié d'un contrat sélectionné par le biais de la procédure de mise en concurrence sur lequel s'appliquait l'ACS, reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire

un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence mentionnée à l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale.

Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'ACS avant déduction.

### *L'encadrement des tarifs des soins thermaux pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS*

L'article 66 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 impose aux établissements thermaux de proposer aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, les soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité.

## LES AUTRES DISPOSITIONS

### *La dispense d'adhésion aux contrats obligatoires et collectifs pour les bénéficiaires de la CMU-C et l'ACS*

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale prévoit une exclusion de l'assiette des cotisations sociales pour les entreprises participant au financement des dispositifs de protection sociale complémentaire (santé, prévoyance et retraite), à condition que ceux-ci soient institués au sein de la branche professionnelle, de l'entreprise ou de l'établissement, à titre collectif et obligatoire. Un dispositif est collectif s'il offre des garanties à l'ensemble des personnels ou à une catégorie d'entre eux, sous réserve que cette catégorie soit établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'État.

Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012, établit la liste des critères permettant de définir une catégorie objective, précise les dérogations possibles à l'uniformité des garanties et des cotisations pour l'ensemble des salariés ou l'ensemble des salariés d'une catégorie, ainsi que les dérogations possibles au caractère obligatoire du dispositif.

Ainsi, il dispose que l'acte juridique instituant les garanties collectives obligatoires, peut, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, prévoir notamment, une dispense d'adhésion au contrat collectif obligatoire, pour les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS jusqu'à l'échéance de la CMU-C ou du droit à l'aide.

La circulaire n°DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 précise les dispenses existant pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS en indiquant que cette faculté de

<sup>56</sup> S'applique aux contrats de complémentaire santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

<sup>57</sup> Cette disposition entrera en vigueur selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

<sup>58</sup> S'applique aux contrats de complémentaire santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

dispense peut s'exercer jusqu'à ce que le droit CMU-C ou ACS dont bénéficie le salarié cesse et, indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié vient à le faire bénéficier de cette aide.

#### ***L'exonération de la condition de stabilité de la résidence aux personnes ayant effectué un volontariat international à l'étranger***

Le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 étend la liste des personnes pour lesquelles le délai de résidence de trois mois n'est pas exigible lors d'une demande de CMU, aux volontaires internationaux ayant effectué une mission à l'étranger dans le cadre du service national universel et qui, lors de leur retour en France, ne sont pas assurés à un autre titre (soit au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, soit en tant qu'ayants droit).

#### ***La modification des conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès***

Le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 allège les conditions annuelles d'ouverture du droit aux prestations en nature.

Pour avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, l'assuré doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir effectué un nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au SMIC. Le décret n° 2013-1260 ramène les conditions exprimées en heures travaillées ou en « assiette cotisée » au cours d'une année civile, de respectivement 1 200 heures ou 2 030 SMIC à 400 heures ou 400 SMIC. Il procède également à une simplification des conditions d'accès aux indemnités journalières au-delà du sixième mois d'arrêt de travail, ainsi qu'à l'assurance invalidité.

#### ***La prolongation de la durée d'ouverture des droits aux prestations en nature***

Le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 étend la durée des droits aux prestations en nature, dès lors que les conditions d'ouverture sont remplies, à deux ans (au lieu d'un an), auxquels s'ajoute un an de maintien de droits. Il prévoit que les assurés bénéficiant d'un maintien de leurs droits à la date de publication du décret, bénéficient d'une année supplémentaire de maintien de droits.

En outre, il étend également à dix-huit mois la durée pendant laquelle sont présumées remplies les conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature pour les travailleurs salariés ou assimilés entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ou reprenant une activité salariée ou assimilée.

#### ***Les nouvelles modalités de remboursement des dépenses de CMU-C***

L'article 22 de la loi n° 2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a modifié les modalités de remboursement des dépenses de CMU-C engagées par les organismes gestionnaires. Ces derniers sont dorénavant remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire revalorisé au 1er janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année.

Les décrets n° 2013-827 et n° 2013-829 du 16 septembre 2013 précisent les modalités de déclaration des dépenses de CMU-C par les organismes gestionnaires (régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires), les modalités de remboursement par le Fonds CMU et fixent le montant forfaitaire annuel à 400 € par bénéficiaire pour l'année 2013 (montant fixé à 405 € pour 2014).

#### ***La diversification des recettes du Fonds***

L'article 24 de la loi n° 2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013 diversifie 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 et supprime la dotation d'équilibre de l'État.

#### ***La tarification du contrat de sortie CMU-C***

L'arrêté du 8 mars 2013 modifiant l'arrêté du 27 avril 2001, fixe à 370 € le tarif annuel maximum auquel les organismes complémentaires proposent la prolongation d'adhésion ou de contrat pour une durée d'un an comportant les mêmes prestations dues à toute personne ayant bénéficié par leur entremise de la CMU-C.

#### ***L'obligation d'information de la date de fin de contrat aux bénéficiaires de l'ACS***

L'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 institue une obligation incombant aux organismes complémentaires d'informer le bénéficiaire de l'ACS de la date d'échéance du contrat ainsi que de la possibilité de renouveler ou non ce contrat avec le bénéfice de l'ACS, au minimum deux mois avant l'échéance de ce contrat.

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2013	Loi n° 2012-1404	De financement de la Sécurité Sociale pour 2013  Article 22 : Modifie les modalités de remboursement des organismes gestionnaires  Article 24 : Modifie les recettes du Fonds (suppression de la dotation budgétaire d'équilibre de l'État et allocation d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs)	Parlement	17/12/2012	18/12/2012 JORF n° 0294
01/01/2013	Arrêté	Portant modification de l'arrêté du 27 avril 2001 fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé	Ministère des affaires sociales et de la santé	08/03/2013	19/03/2013 JORF n° 0066
01/01/2013	Décision	Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2013	Fonds CMU	07/01/2012	15/03/2012 BO Santé protection sociale solidarité n°2
01/01/2013	Arrêté	Portant modification de l'arrêté du 27 avril 2001 fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé	Ministère des affaires sociales et de la santé  Ministère de l'économie et des finances	08/03/2013	19/03/2013 JORF n° 0066
01/07/2013	Décret n° 2013-507	Relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Ministère des affaires sociales et de la santé	17/06/2013	18/06/2013 JORF n° 0139
19/07/2013	Décret	Portant nomination de la présidente du conseil d'administration du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie - Mme WALLON (Véronique)	Ministère des affaires sociales et de la santé	25/07/2013	27/07/2013 JORF n° 0173
23/08/2013	Arrêté	Portant nomination d'un membre du conseil de surveillance : Madame Stéphanie Giron représentante de la Croix rouge en remplacement de Madame Judith Penguilly	Ministère des affaires sociales et de la santé	09/08/2013	22/08/2013 JORF n° 0194

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
19/09/2013	Décret n° 2013-827	Relatif aux obligations des organismes gestionnaires de la CMU et portant diverses dispositions en matière de protection sociale	Ministère des affaires sociales et de la santé	16/09/2013	18/09/2013 JORF n° 0217
19/09/2013	Décret n° 2013-829	Relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire	Ministère des affaires sociales et de la santé	16/09/2013	18/09/2013 JORF n° 0217
25/09/2013	Circulaire DSS/SD5B/2013-344	Relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire	Ministère des affaires sociales et de la santé Ministère de l'économie et des finances	25/09/2013	www.circulaires.legifrancegouv.fr
01/10/2013	Arrêté	Fixant le plafond de revenu applicable pour la cotisation sociale due au titre de la CMU de base en application de l'article D.380-4 du code de la sécurité sociale	Ministère des affaires sociales et de la santé	02/09/2013	10/09/2013 JORF n° 0264
15/11/2013	Arrêté	Portant nomination de Monsieur Bernard Moriau (Médecins du Monde) au Conseil surveillance du Fonds CMU	Ministère des affaires sociales et de la santé	25/10/2013	14/11/2013 JORF n° 0210
30/12/2013	Décret	Portant modification des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès	Ministère des affaires sociales et de la santé	27/12/2013	29/12/2013 JORF n° 0302
01/01/2014	Arrêté	Portant nomination du directeur du Fonds CMU (nomination de Monsieur Vincent Beaugrand)	Ministère des affaires sociales et de la santé	20/12/2013	31/12/2013 JORF n° 0304
01/01/2014	Décret	Portant revalorisation du revenu de solidarité active (forfait logement)	Ministère des affaires sociales et de la santé	27/12/2013	29/12/2013 JORF n° 0302

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2014	Loi	De financement de la sécurité sociale pour 2014  article 4 : institue une participation aux modes 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 sélections 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	Parlement	23/12/2013	24/12/2013 JORF n° 0298
01/01/2014	Loi	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 €	Parlement	29/12/2013	30/12/2013 JORF n° 0303
01/01/2014	Décision	Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2014	Fonds CMU	08/01/2014	15/02/20134 BO Santé protection sociale solidarité
01/01/2014	Arrêté	Fixant pour 2014 le montant du forfait annuel défini au deuxième alinéa 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€)	Ministère des affaires sociales et de la santé  Ministère délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	13/02/2014	18/09/2013 JORF n° 0049



## ANNEXE 4 : Composition 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 2013, le conseil d'administration du Fonds s'est réuni trois fois.

Une première fois, de façon exceptionnelle le 22 février 2013, sous la présidence de Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales, pour intégrer dans le budget 2013 les nouvelles dispositions introduites par les articles 22 et 24 de loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité Sociale pour 2013 (l'intégration d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs dans les recettes du Fonds et les dispositions

concernant les remboursements des dépenses de CMU-C aux organismes gestionnaires).

Le conseil d'administration du Fonds, s'est réuni une deuxième fois le 19 juillet 2013, sous la présidence de Véronique Wallon, inspectrice générale des affaires sociales, nouvellement nommée. Au cours de cette séance, le conseil d'administration a adopté le rapport d'activité et le compte financier du Fonds pour 2012.

Le troisième conseil d'administration du Fonds, qui a eu lieu le 16 octobre 2013, sous la présidence de Véronique Wallon, a adopté le budget primitif du Fonds CMU pour l'année 2014.

### Présidente

- Véronique WALLON

### En qualité de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale

- Jean-Benoît DUJOL
- Olivier BACHELLERY
- Bruno MORIN

### En qualité de représentants du ministre chargé du budget

- Pierre FAROUILH
- Aude VALERY

### En qualité de représentante du ministre chargé de l'économie

- Françoise GEORGIN

## ANNEXE 5 : Composition 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 oeuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social.

Le conseil de surveillance du Fonds s'est réuni le 18 avril 2013, sous la présidence de Gérard Bapt, député

de la Haute-Garonne et rapporteur du PLFSS 2014 à l'Assemblée Nationale, nommé le 4 octobre 2012. Au cours de cette séance, le conseil de surveillance a examiné le rapport d'activité 2012 sur lequel il a émis un avis favorable. Le conseil a ensuite pris connaissance du rapport relatif au prix et au contenu des contrats ayant bénéficié de l'ACS en 2012 et du rapport sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C en 2011 et 2012.

Le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion de l'année le 28 novembre 2013, sous la présidence de Gérard Bapt.



Une discussion s'est notamment ouverte sur le PLFSS, en présence de Thomas Fatome, directeur de la Sécurité Sociale, qui a présenté les principales mesures tendant à la généralisation de l'accès à une couverture complémentaire santé de qualité, conformément à l'engagement présidentiel.

#### 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 MOLLIEUX

Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés, sanitaires et sociaux

■ Bruno GROUES

Médecins du Monde

■ Bernard MORIAU

ATD Quart Monde

■ Huguette BOISSONNAT-PELSY

Collectif interassociatif sur la santé - CISS

■ Patrick MONY

Union nationale des associations familiales - UNAF

■ Christiane BASSET

#### Représentants des régimes obligatoires d'Assurance Maladie

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés - CNAMTS

■ Michel REGEREAU ■ Daniel BOGUET

Régime social des indépendants - RSI

■ Gérard QUEVILLON ■ Christian COEURÉ

Caisse centrale de mutualité sociale agricole - MSA

■ Gérard PELHATE ■ Pierre BERTHELOT

#### Représentants des organismes de protection sociale complémentaire

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale de la mutualité française - FNMF

■ Fabrice HENRY ■ Dominique JOSEPH ■ Josiane MAERTEN

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération des mutuelles de France - FMF

■ Pascale VATEL

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles - FNIM

■ Philippe DELEMARRE

Entreprises d'assurance sur désignation de la Fédération française des sociétés d'assurance - FFSA

■ Alain ROUCHÉ ■ Norbert BONTEMPS

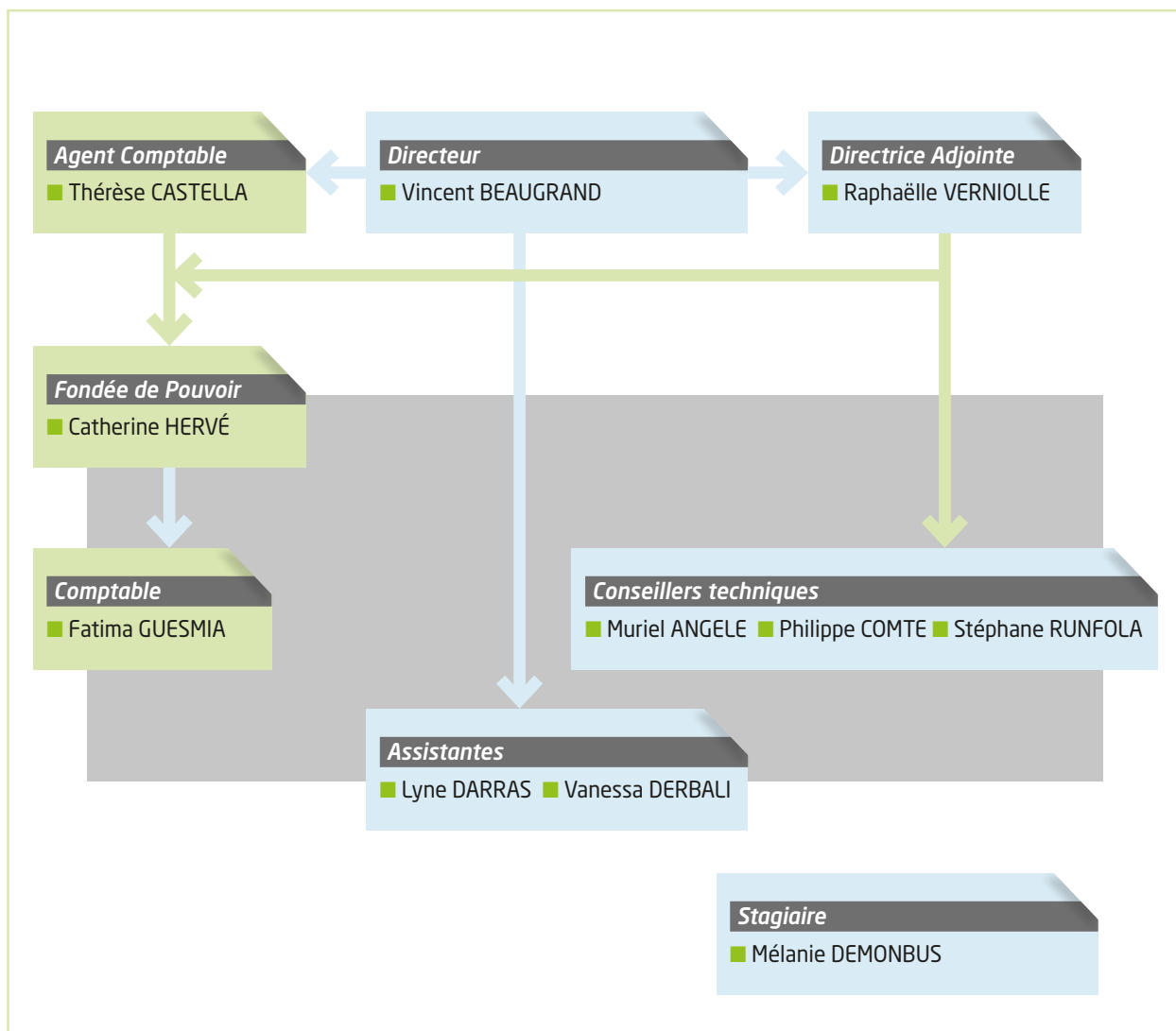
Entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - GEMA

■ Jean-François PLUCHET

Institutions de prévoyance sur désignation du Centre technique des institutions de prévoyance - CTIP

■ Jean-Louis FAURE ■ Evelyne GUILLET

## ANNEXE 6 : Organigramme du Fonds CMU au 01/01/2014



## ANNEXE 7 : Les 100 premiers OC (chiffre d'affaires et effectifs)

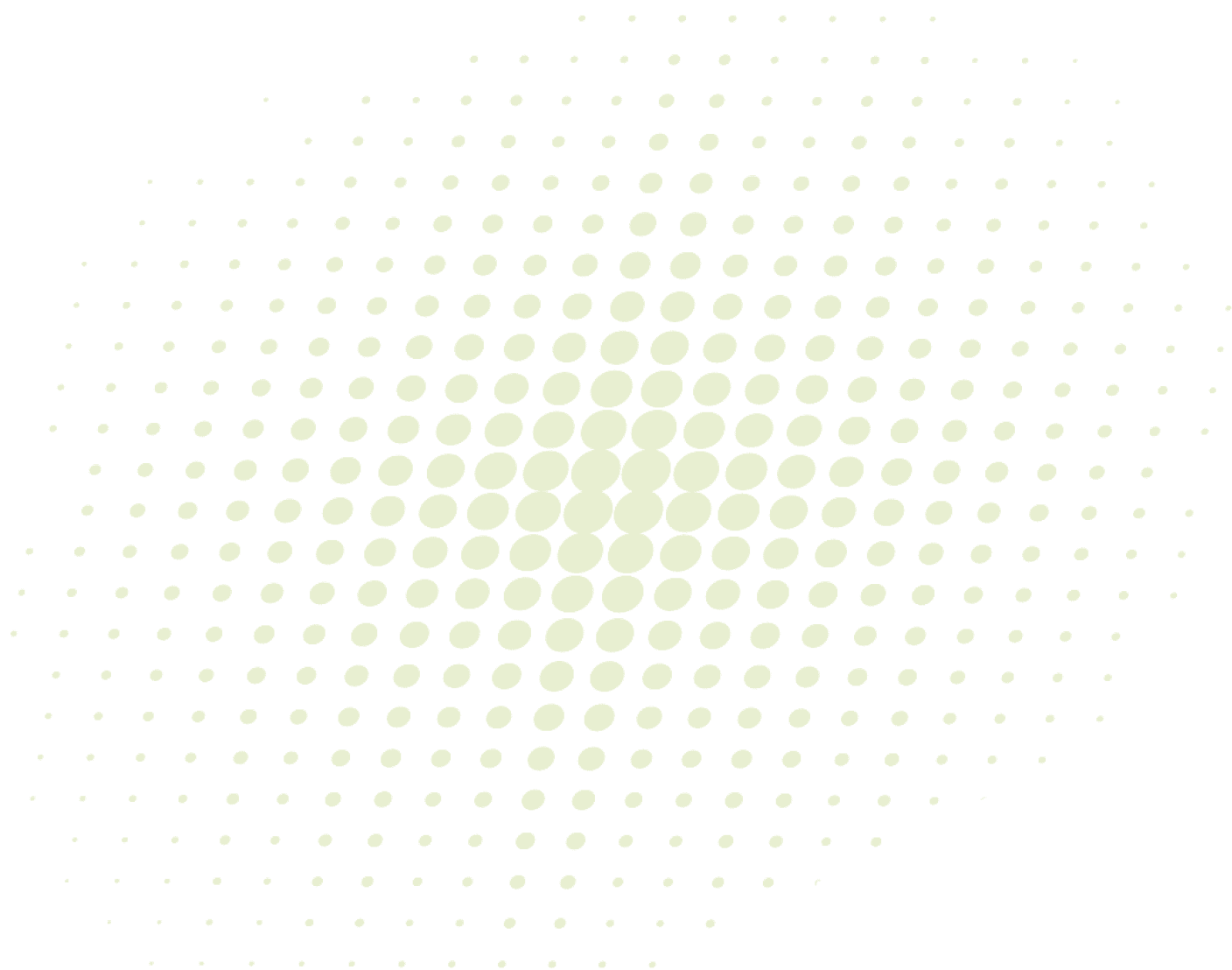
Nature OC	Siren	Nom	Code postal	Assiette 2013	Nombre bénéficiaires moyen CMU-C 2013	Nombre bénéficiaires moyen ACS 2013
M	538 518 473	Harmonie Mutuelle	75015	2 033 314 811	116 856	85 796
M	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75015	1 430 308 228	10 451	8 324
A	310 499 959	AXA France vie	92727	1 324 390 161	16 165	28 270
IP	784 621 468	BTP prévoyance	75294	1 180 217 527	15 345	10 654
A	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	92682	920 350 453	12 703	21 277
IP	410 005 110	Humanis Prévoyance	75116	878 813 963	804	363
IP	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	75317	827 737 798	1 264	647
M	775 685 340	MG - Mutuelle générale	75634	786 503 129	9 198	10 119
A	602 062 481	Generali vie	75009	700 798 782	0	4 726
IP	333 232 270	AG2R prévoyance	75680	652 233 476	0	1 217
A	542 110 291	Allianz IARD	75113	618 373 111	21 583	23 372
M	503 380 081	Mutuelle UNEO	92120	563 529 706	1 728	1 092
M	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	45213	541 819 434	6 325	4 690
M	311 799 878	Mutuelle ADREA	69003	518 361 569	24 394	20 244
M	331 542 142	MAAF santé	79030	454 593 521	57 286	31 902
M	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	84023	448 499 238	37 035	24 437
A	340 427 616	Groupama Gan Vie	92082	443 104 665	240	558
M	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	441 667 295	6 596	6 060
A	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	439 469 457	16 257	13 674
A	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75015	422 070 044	21 122	21 893
A	440 048 882	MMA IARD	72030	415 536 937	13 645	15 143
A	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	75423	396 064 891	0	6 468
IP	318 990 736	Uniprévoyance	94307	383 761 365	1	465
A	340 234 962	Allianz Vie	75002	348 848 554	0	0
M	779 558 501	MACIF mutualité	79037	324 810 115	17 570	26 251
M	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75317	304 698 907	719	1 717
M	775 627 391	Mutuelle Apreva	59306	288 169 147	11 140	14 145
IP	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	270 520 777	341	192
A	306 522 665	AVIVA assurances	92271	266 566 855	6 857	11 327
IP	341 403 178	IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	75012	266 506 055	43	0
M	382 565 745	Primamut	75680	243 997 894	0	4 125
M	775 688 658	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	75762	224 519 055	7 254	12 109
M	775 685 365	Mutuelle Intérieure	31131	221 428 580	171	292
IP	321 862 500	APICIL prévoyance	69300	220 796 765	0	92
IP	341 334 795	Réunica prévoyance	92599	211 950 986	152	21
A	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	207 555 111	4 164	4 083
M	434 243 085	Mutuelle Ociane	33054	202 257 586	14 290	13 068
M	775 659 907	Mutuelle mieux-être	75544	199 470 506	599	2 405
M	775 671 993	Mutuelle bleue	77014	193 751 512	9 479	13 133
M	777 927 120	VIASANTE	19311	188 609 819	5 897	9 447
A	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	75009	188 136 766	1 363	3 258

M : Mutuelle IP : Institution de Prévoyance A : Assurance.

Nature OC	Siren	Nom	Code postale	Assiette 2013	Nombre bénéficiaires moyen CMU-C 2013	Nombre bénéficiaires moyen ACS 2013
M	783 711 997	Mutuelle Humanis Familiale	59024	185 597 920	4 966	5 852
M	499 982 098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	180 218 167	268	288
M	302 927 553	Mutuelle Micils	69300	179 813 558	1 813	1 806
A	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	31131	170 869 160	3 703	5 652
A	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69251	167 349 369	4 614	4 892
M	784 669 954	Mutuelle SMI	75374	165 675 097	3 734	5 887
M	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17034	161 725 392	4 460	20 691
A	542 063 797	GAN assurances IARD	75008	158 271 802	2 691	2 931
M	324 310 614	Groupe SMISO Mutuelle des cadres	75009	158 026 393	1 869	5 554
M	782 814 818	Mutuelle de France Plus	13010	150 488 571	921	11 590
M	775 671 894	MGP santé - Mutuelle générale de la police	94027	150 284 827	199	134
M	442 574 166	Mutex Union	75719	145 721 547	0	0
M	775 671 902	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	144 342 688	219	344
M	775 671 910	MGET - Mutuelle Générale Environnement et Territoires	94274	140 840 340	373	434
A	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	45166	138 410 502	1 594	2 354
IP	384 268 413	Audiens prévoyance	92177	137 387 682	0	2
M	776 950 669	PREVIFRANCE	47910	133 800 099	3 712	4 967
A	342 954 690	Legal and général - Risques divers	75009	131 806 493	0	0
M	419 049 499	MUTIEG - Mutuelle des industries électriques et gazières	75009	128 098 027	26	7
IP	384 496 493	IPECA prévoyance	75740	127 248 073	13	6
A	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	67012	126 715 710	3 388	2 966
M	529 168 007	UMC Santé	75534	125 516 057	1 008	5 317
M	775 678 550	MGC - Mutuelle générale des cheminots	75637	121 305 918	2 916	4 660
A	381 043 686	GROUPAMA Centre-Atlantique	79044	119 534 874	2 281	3 025
M	339 358 681	Mutuelle Humanis Nationale	41931	118 045 343	188	1 146
M	379 718 653	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air-France	95725	107 989 306	76	62
M	784 442 915	Mutuelle familiale	75010	107 383 164	2 955	5 976
M	379 655 541	Identités Mutuelle	75017	106 465 184	836	2 542
A	383 853 801	GROUPAMA Centre-Manche	72043	105 649 409	1 770	1 885
A	383 987 625	GROUPAMA Nord-Est	51686	101 082 505	1 956	1 974
M	340 359 900	Mutuelle Intégrance	75018	100 205 626	0	23 529
M	780 508 073	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	60014	96 600 057	1 655	1 774
M	782 395 511	Les mutuelles du soleil	06005	95 434 781	0	7 776
A	341 737 062	CNP invalidité accident maladie	75716	88 936 196	0	0
M	784 492 084	Groupe France mutuelle	75551	88 754 719	0	1 287
M	414 261 032	MNAM - Mutuelle nationale aviation marine	75015	87 544 908	496	241
A	350 663 860	BPCE ASSURANCES	75641	87 108 681	0	6 410
IP	775 666 357	IPSEC prévoyance	75848	87 053 370	5	9
M	382 968 865	Mutuelle Myriade	33079	86 312 750	3 932	4 234

M: Mutuelle IP: Institution de Prévoyance. A: Assurance.

Nature OC	Siren	Nom	Code postale	Assiette 2013	Nombre bénéficiaires moyen CMU-C 2013	Nombre bénéficiaires moyen ACS 2013
M	429 211 469	MGD - CPMS - Mutuelle générale de la distribution	75009	86 263 715	0	0
M	776 398 786	Miel mutuelle - Mutuelle interprofessionnelle économique ligérienne	42021	85 945 047	889	1 652
M	344 033 360	Klésia mutuelle	07504	85 731 103	139	6 810
M	784 621 476	Mutuelle civile de la Défense	75739	85 353 603	210	92
IP	315 588 376	Arpège Prévoyance	68067	82 986 955	145	2
A	379 834 906	CRAMA Méditerranée	34261	82 728 618	3 582	4 857
M	780 004 099	ACORIS Mutuelles	54042	81 232 448	3 999	2 705
M	775 709 710	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	79077	81 095 279	6 616	4 856
M	781 166 293	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	16920	80 018 344	3 850	4 914
A	332 074 384	SAF BTP IARD	75006	74 437 397	0	85
M	775 657 521	Mutuelle du ministère de la justice	75038	72 628 210	114	146
M	483 747 333	Radiancé Groupe Humanis Grand Est	69453	72 597 008	3 661	2 581
M	776 466 963	BPCE Mutuelle	51686	72 464 346	198	61
M	775 641 681	Mut'Est	67082	71 970 280	1 023	414
IP	348 855 388	CARCEPT prévoyance	75545	71 117 813	0	28
M	401 285 309	Mutualia Grand Ouest	56000	70 555 582	2 504	2 796
M	775 671 969	Mutuelle du personnel du groupe RATP	75582	69 171 046	122	59
M	775 558 778	Mutuelle Entrain	13001	68 562 469	431	688
M	784 227 894	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	75003	68 082 454	638	665
M	784 647 299	MPA - Mutuelle des professions de l'automobile	75783	68 008 498	38	310



# Annuaire statistique

## 1 Chiffres clés

### 1.1. CMU-C

- **Effectifs - tous régimes : 4 879 929**, dont 715 485 en gestion OC, métropole et Dom, au 31/12/2013
- **Évolution effectifs tous régimes par rapport à fin décembre 2013 : + 7,5 %**, métropole et Dom (avec la revalorisation des plafonds CMU-C et ACS au 1<sup>er</sup> juillet 2013)
- **Dépense part CMU-C - régime général : 1 613 M€**, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, au 31/12/2013
- **Estimation dépense part CMU-C, pour l'ensemble des régimes et les OC<sup>59</sup> : 1 924,5 M€ (1 655,7 M€ pour les régimes et 268,8 M€ pour les OC) en 2012**
- **Dépense par bénéficiaire - régime général : 438,91 €**, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, au 31/12/2013 (444,64 € en métropole)
- **Dépense de ville par bénéficiaire - régime général : 318,74 €**, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, au 31/12/2013

### 1.2. AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

- **Bénéficiaires d'attestations - tous régimes : 1 157 149**, cumul sur les 12 derniers mois au 31/12/2013 (avec la revalorisation des plafonds CMU-C et ACS au 1<sup>er</sup> juillet 2013)
- **Évolution du nombre de bénéficiaires d'attestation - tous régimes : + 15,1 %** au 31/12/2013, (12 mois glissants)
- **Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation - tous régimes : 885 312**, évaluation au 30/11/2013
- **Évolution du nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation, par rapport à novembre 2012 : + 14,4 %**

### 1.3. CMU DE BASE

- **Effectifs : 2 250 192**, métropole et Dom, au 31/12/2013
- **Évolution effectifs par rapport à fin décembre 2012 : - 1,2 %**, métropole et Dom

### 1.4. TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE (TSA)

- **Assiette de la TSA 2013 : 32 878 M€**
- **Nombre d'OC déclarants 2013 : 604** 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 2013 : 404**

<sup>59</sup> Chiffres définitifs pour les régimes et reconstruction pour les OC, en partant d'un échantillon représentatif de plus de 80 % des bénéficiaires de la CMU-C gérés par les OC.



## 1.5. PLAFONDS DE RESSOURCES

- **Pour bénéficiaire de la CMU-C : le plafond est fixé à 8 593 € par an** sur les 12 derniers mois, soit **716 €** en moyenne mensuelle. Plafond applicable à compter du 01/07/2013, pour une personne seule, en métropole.
- **Pour bénéficiaire de l'ACS : le plafond est fixé à +35 % au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C.** Les ressources annuelles doivent être comprises **entre 8 594 € et 11 600 €**, sur les 12 derniers mois, soit des ressources mensuelles comprises entre 717 € et 967 €. Plafond applicable à compter du 01/07/2013, 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 bénéficiaire de la CMU de base sans cotisation : le plafond annuel est fixé à 9 534 €**, le montant pris en compte est le revenu fiscal de référence figurant sur le dernier avis d'imposition, montant applicable pour la période du 01/10/2013 au 30/09/2014.

## 2 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<sup>ère</sup> requête effectuée le 15 février de l'année n + 1, 2<sup>ème</sup> le 15 mars, 3<sup>ème</sup> le 15 avril, 4<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2010, ce mode englobe maintenant l'exhaustivité des bénéficiaires. Une réropolation 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 celle 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.

## 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 2013, on retient le montant de la dépense au titre de l'exercice 2013 (soins effectués et remboursés en 2013), et le montant de la dépense au titre de l'exercice antérieur (soins effectués en 2012, voire avant 2012, mais remboursés en 2013).

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 faudra 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). En l'attente, pour évaluer la dépense 2013 en droits constatés, on ajoute un montant provisionnel de la dépense au titre de l'exercice antérieur, à la dépense payée en 2013 au titre de l'exercice 2013. Ce montant est communiqué par les régimes et estimé pour les OC. Les dépenses payées en 2013 au titre des exercices antérieurs qui pourraient être partiellement connues étant retirées.

## 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<sup>er</sup> 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.

## 3 Effectifs CMU-C

### 3.1. TOTAL DES EFFECTIFS CMU-C PAR RÉGIME OBLIGATOIRE

► Au 31 décembre 2013

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2013 *				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 854 371	547 708	4 402 079	617 706
Régime social des indépendants	282 369	11 654	294 023	52 085
Régime agricole	96 814	10 503	107 317	20 452
Autres régimes et SLM	64 850	11 660	76 510	25 242
<b>Total Décembre 2013</b>	<b>4 298 404</b>	<b>581 525</b>	<b>4 879 929</b>	<b>715 485</b>

\* Données provisoires / Sources : tous régimes

► Au 31 décembre 2012

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2012 *				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 558 123	537 308	4 095 431	593 998
Régime social des indépendants	256 457	12 047	268 504	53 569
Régime agricole	94 149	11 151	105 300	19 541
Autres régimes et SLM	59 691	10 063	69 754	25 284
<b>Total Décembre 2012</b>	<b>3 968 420</b>	<b>570 569</b>	<b>4 538 989</b>	<b>692 392</b>

\* Données définitives / Sources : tous régimes

### 3.2. ÉVOLUTIONS MENSUELLES DES EFFECTIFS CMU-C (TOUS RÉGIMES)

► De Janvier 2008 à Décembre 2013

Mois	CMUC RO			CMUC OC			Total CMUC	Taux croissance Mois M-1	Taux croissance Mois M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total			
2008 janv	3 293 228	520 350	3 813 578	488 949	64 191	553 140	4 366 717	-0,62%	-2,81%
2008 févr	3 280 817	518 699	3 799 516	487 755	64 826	552 581	4 352 096	-0,33%	-3,30%
2008 mars	3 264 799	516 968	3 781 767	487 962	64 733	552 695	4 334 461	-0,41%	-3,81%
2008 avr	3 255 435	515 682	3 771 117	487 657	64 816	552 473	4 323 589	-0,25%	-4,10%
2008 mai	3 245 766	514 313	3 760 079	488 516	65 125	553 641	4 313 719	-0,23%	-4,30%
2008 juin	3 231 703	511 896	3 743 599	488 192	65 554	553 746	4 297 344	-0,38%	-4,62%
2008 juil	3 200 057	509 100	3 709 157	487 861	65 382	553 243	4 262 399	-0,81%	-5,01%
2008 août	3 178 451	505 831	3 684 282	488 829	65 348	554 177	4 238 458	-0,56%	-5,39%
2008 sept	3 167 256	503 997	3 671 253	490 083	65 165	555 248	4 226 500	-0,28%	-5,37%
2008 oct	3 149 341	501 024	3 650 365	494 179	64 910	559 089	4 209 453	-0,40%	-5,10%
2008 nov	3 130 855	497 971	3 628 826	496 140	63 896	560 036	4 188 861	-0,49%	-4,69%
2008 déc	3 123 645	498 916	3 622 561	499 266	65 039	564 305	4 186 865	-0,05%	-4,71%
2009 janv	3 116 827	501 079	3 617 906	502 513	66 534	569 047	4 186 953	0,00%	-4,12%
2009 févr	3 121 448	510 253	3 631 701	506 737	70 208	576 945	4 208 646	0,52%	-3,30%
2009 mars	3 127 741	513 955	3 641 696	513 046	70 718	583 764	4 225 460	0,40%	-2,51%
2009 avr	3 138 682	516 070	3 654 752	519 569	70 740	590 309	4 245 061	0,46%	-1,82%
2009 mai	3 145 018	515 824	3 660 842	524 127	69 765	593 892	4 254 733	0,23%	-1,37%

Mois	CMUC RO			CMUC OC			Total CMUC	Taux croissance Mois M-1	Taux croissance Mois M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total			
2009 juin	3 149 395	513 123	3 662 518	528 435	69 445	597 880	4 260 397	0,13%	-0,86%
2009 juil	3 135 940	510 679	3 646 619	532 328	69 144	601 472	4 248 091	-0,29%	-0,34%
2009 sept	3 119 857	507 766	3 627 623	534 209	69 160	603 369	4 230 992	-0,13%	0,11%
2009 oct	3 085 972	501 890	3 587 862	532 326	68 587	600 913	4 188 774	-1,00%	-0,49%
2009 nov	3 078 677	500 285	3 578 962	534 129	68 597	602 726	4 181 688	-0,17%	-0,17%
2009 déc	3 076 085	497 657	3 573 742	538 000	67 574	605 574	4 179 316	-0,06%	-0,18%
2010 janv	3 066 754	497 172	3 563 926	541 003	67 011	608 014	4 171 940	-0,18%	-0,36%
2010 févr	3 076 274	497 184	3 573 458	546 622	66 139	612 761	4 186 218	0,34%	-0,53%
2010 mars	3 094 555	500 310	3 594 865	552 047	66 256	618 303	4 213 168	0,64%	-0,29%
2010 avr	3 113 174	503 963	3 617 137	558 075	67 135	625 210	4 242 347	0,69%	-0,06%
2010 mai	3 126 687	504 139	3 630 826	562 143	67 320	629 463	4 260 289	0,42%	0,13%
2010 juin	3 137 877	504 048	3 641 925	566 513	67 330	633 843	4 275 768	0,36%	0,36%
2010 juil	3 140 252	501 142	3 641 394	569 892	67 429	637 321	4 278 715	0,07%	0,72%
2010 août	3 152 935	498 810	3 651 745	573 452	67 399	640 851	4 292 596	0,32%	1,33%
2010 sept	3 170 020	497 788	3 667 808	578 701	68 088	646 789	4 314 597	0,51%	1,98%
2010 oct	3 163 547	495 744	3 659 291	578 881	67 750	646 631	4 305 922	-0,20%	2,80%
2010 nov	3 166 333	496 370	3 662 703	581 987	67 266	649 253	4 311 956	0,14%	3,12%
2010 déc	3 177 902	495 499	3 673 401	586 779	66 301	653 080	4 326 481	0,34%	3,52%
2011 janv	3 154 339	504 921	3 659 260	595 096	66 547	661 643	4 320 903	-0,13%	3,57%
2011 févr	3 167 483	504 864	3 672 347	599 731	66 053	665 784	4 338 131	0,40%	3,63%
2011 mars	3 177 751	505 785	3 683 536	602 684	65 956	668 640	4 352 176	0,32%	3,30%
2011 avr	3 187 713	502 908	3 690 621	606 366	65 705	672 071	4 362 692	0,24%	2,84%
2011 mai	3 206 161	503 461	3 709 622	609 791	65 947	675 738	4 385 360	0,52%	2,94%
2011 juin	3 221 064	505 157	3 726 221	615 252	66 538	681 790	4 408 011	0,52%	3,09%
2011 juil	3 214 019	503 469	3 717 488	616 393	66 278	682 671	4 400 159	-0,18%	2,84%
2011 août	3 218 895	506 205	3 725 100	618 282	65 840	684 122	4 409 222	0,21%	2,72%
2011 sept	3 225 144	508 279	3 733 423	618 988	65 361	684 349	4 417 772	0,19%	2,39%
2011 oct	3 212 748	504 303	3 717 051	616 803	64 403	681 206	4 398 257	-0,44%	2,14%
2011 nov	3 221 284	502 777	3 724 061	620 797	64 662	685 459	4 409 520	0,26%	2,26%
2011 déc	3 229 505	501 451	3 730 956	625 318	64 624	689 942	4 420 898	0,26%	2,18%
2012 janv	3 240 583	503 009	3 743 592	629 260	64 375	693 635	4 437 227	0,37%	2,69%
2012 févr	3 251 110	503 725	3 754 835	631 816	64 587	696 403	4 451 238	0,32%	2,61%
2012 mars	3 262 657	505 518	3 768 175	633 924	65 089	699 013	4 467 188	0,36%	2,64%
2012 avr	3 263 633	506 651	3 770 284	634 134	65 154	699 288	4 469 572	0,05%	2,45%
2012 mai	3 268 065	507 039	3 775 104	633 844	65 102	698 946	4 474 050	0,10%	2,02%
2012 juin	3 276 393	506 254	3 782 647	632 866	64 821	697 687	4 480 334	0,14%	1,64%
2012 juil	3 280 344	504 574	3 784 918	630 556	64 509	695 065	4 479 983	-0,01%	1,81%
2012 août	3 288 509	503 736	3 792 245	631 441	64 547	695 988	4 488 233	0,18%	1,79%
2012 sept	3 297 062	503 784	3 800 846	630 297	64 371	694 668	4 495 514	0,16%	1,76%
2012 oct	3 308 706	503 736	3 812 442	629 316	63 917	693 233	4 505 675	0,23%	2,44%
2012 nov	3 327 083	504 705	3 831 788	630 593	63 538	694 131	4 525 919	0,45%	2,64%
2012 déc	3 339 374	507 223	3 846 597	629 046	63 346	692 392	4 538 989	0,29%	2,67%
2013 janv	3 349 054	508 781	3 857 835	626 773	62 597	689 370	4 547 205	0,18%	2,48%
2013 févr	3 363 970	509 331	3 873 301	625 274	61 688	686 962	4 560 263	0,29%	2,45%
2013 mars	3 381 122	509 149	3 890 271	623 217	61 087	684 304	4 574 575	0,31%	2,40%
2013 avr	3 399 926	509 543	3 909 469	621 515	60 910	682 425	4 591 894	0,38%	2,74%
2013 mai	3 428 392	511 334	3 939 726	623 142	60 757	683 899	4 623 625	0,69%	3,34%
2013 juin	3 452 218	513 590	3 965 808	623 046	60 674	683 720	4 649 528	0,56%	3,78%
2013 juil	3 491 571	517 399	4 008 970	628 997	60 589	689 586	4 698 556	1,05%	4,88%
2013 août	3 526 851	519 162	4 046 013	637 079	60 872	697 951	4 743 964	0,97%	5,70%
2013 sept	3 556 423	520 146	4 076 569	641 931	60 744	702 675	4 779 244	0,74%	6,31%
2013 oct	3 584 993	520 583	4 105 576	645 331	60 139	705 470	4 811 046	0,67%	6,78%
2013 nov	3 615 603	519 596	4 135 199	651 168	60 057	711 225	4 846 424	0,74%	7,08%
2013 déc	3 642 782	521 662	4 164 444	655 622	59 863	715 485	4 879 929	0,69%	7,51%

Sources : tous régimes

### 3.3. ÉVOLUTIONS DES MOYENNES ANNUELLES DES EFFECTIFS

De 2007 à 2013

Année	Moyenne	Taux croissance N-1
<b>Données connues</b>		
2007	4 473 266	
2008	4 275 039	-4,43%
2009	4 220 538	-1,27%
2010	4 265 000	1,05%
2011	4 385 258	2,82%
2012	4 484 494	2,26%
2013	4 692 188	4,63%

Sources : tous régimes

### 3.4. EFFECTIFS CMU-C PAR RÉGION

CNAMTS, RSI, CCMSA / Décembre 2013

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.

Région	Effectifs CMUC	Population	CMUC / Population	Répartition CMUC	Répartition Population	Pourcent RO	Pourcent OC
Alsace	101 174	1 880 860	5,4%	2,1%	2,8%	90,2%	9,8%
Aquitaine	189 872	3 321 058	5,7%	4,0%	5,0%	81,7%	18,3%
Auvergne	74 174	1 388 779	5,3%	1,5%	2,1%	76,0%	24,0%
Basse-Normandie	81 704	1 518 103	5,4%	1,7%	2,3%	70,4%	29,6%
Bourgogne	89 224	1 693 742	5,3%	1,9%	2,6%	77,2%	22,8%
Bretagne	133 492	3 301 802	4,0%	2,8%	5,0%	68,3%	31,7%
Centre	156 039	2 619 613	6,0%	3,2%	4,0%	77,7%	22,3%
Champagne-Ardenne	107 232	1 373 935	7,8%	2,2%	2,1%	86,4%	13,6%
Corse	16 519	314 867	5,2%	0,3%	0,5%	83,3%	16,7%
Franche-Comté	67 744	1 208 268	5,6%	1,4%	1,8%	74,1%	25,9%
Haute-Normandie	136 521	1 879 146	7,3%	2,8%	2,8%	80,1%	19,9%
Île-de-France	782 408	11 938 714	6,6%	16,3%	18,1%	93,9%	6,1%
Languedoc-Roussillon	278 108	2 693 275	10,3%	5,8%	4,1%	88,6%	11,4%
Limousin	47 082	764 935	6,2%	1,0%	1,2%	83,9%	16,1%
Lorraine	154 155	2 406 524	6,4%	3,2%	3,6%	82,8%	17,2%
Midi-Pyrénées	191 454	2 964 308	6,5%	4,0%	4,5%	84,8%	15,2%
Nord-Pas-de-Calais	453 430	4 107 148	11,0%	9,4%	6,2%	89,2%	10,8%
Pays-de-la-Loire	179 924	3 676 582	4,9%	3,7%	5,6%	71,8%	28,2%
Picardie	143 351	1 962 150	7,3%	3,0%	3,0%	88,3%	11,7%
Poitou-Charentes	110 712	1 824 367	6,1%	2,3%	2,8%	79,4%	20,6%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	409 171	4 984 058	8,2%	8,5%	7,5%	93,9%	6,1%
Rhône-Alpes	330 019	6 384 816	5,2%	6,9%	9,7%	76,4%	23,6%
Départements d'Outre-Mer	569 865	1 871 510	30,4%	11,9%	2,8%	89,7%	10,3%
<b>Métropole</b>	<b>4 233 509</b>	<b>64 207 050</b>	<b>6,6%</b>	<b>88,1%</b>	<b>97,2%</b>	<b>85,1%</b>	<b>14,9%</b>
<b>France entière</b>	<b>4 803 374</b>	<b>66 078 560</b>	<b>7,3%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>85,6%</b>	<b>14,4%</b>

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

### 3.5. EFFECTIFS CMU-C PAR DEPARTEMENT

► CNAMTS, RSI, CCMSA / Décembre 2013

Num Dpt	Département	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C / Population
01	Ain	13 895	7 782	21 677	614 331	3,5%
02	Aisne	41 459	6 846	48 305	555 094	8,7%
03	Allier	19 479	3 362	22 841	353 124	6,5%
04	Alpes-de-Haute-Provence	7 709	1 351	9 060	165 155	5,5%
05	Hautes-Alpes	4 404	796	5 200	142 312	3,7%
06	Alpes-Maritimes	56 712	3 203	59 915	1 094 579	5,5%
07	Ardèche	10 683	6 647	17 330	324 885	5,3%
08	Ardennes	25 328	4 090	29 418	291 678	10,1%
09	Ariège	10 925	2 305	13 230	157 582	8,4%
10	Aube	22 497	2 919	25 416	311 720	8,2%
11	Aude	32 862	4 720	37 582	365 854	10,3%
12	Aveyron	8 842	2 222	11 064	288 364	3,8%
13	Bouches-du-Rhône	208 745	4 908	213 653	2 000 550	10,7%
14	Calvados	24 942	13 949	38 891	699 561	5,6%
15	Cantal	4 688	1 176	5 864	154 135	3,8%
16	Charente	21 270	4 163	25 433	364 429	7,0%
17	Charente-Maritime	29 344	8 128	37 472	640 803	5,8%
18	Cher	18 540	3 379	21 919	319 600	6,9%
19	Corrèze	8 992	1 373	10 365	252 235	4,1%
201	Corse-du-Sud	6 160	1 270	7 430	145 998	5,1%
202	Haute-Corse	7 606	1 483	9 089	168 869	5,4%
21	Côte-d'Or	19 490	6 183	25 673	538 505	4,8%
22	Côtes-d'Armor	16 965	8 448	25 413	612 383	4,1%
23	Creuse	6 977	2 356	9 333	127 919	7,3%
24	Dordogne	20 421	5 841	26 262	426 607	6,2%
25	Doubs	23 762	7 848	31 610	542 509	5,8%
26	Drôme	14 866	13 976	28 842	499 313	5,8%
27	Eure	30 996	5 671	36 667	603 194	6,1%
28	Eure-et-Loir	19 472	4 901	24 373	440 291	5,5%
29	Finistère	21 426	11 826	33 252	929 286	3,6%
30	Gard	72 260	7 912	80 172	726 285	11,0%
31	Haute-Garonne	73 945	11 755	85 700	1 268 370	6,8%
32	Gers	9 152	1 485	10 637	195 489	5,4%
33	Gironde	70 733	15 600	86 333	1 479 277	5,8%
34	Hérault	89 844	14 247	104 091	1 062 617	9,8%
35	Ille-et-Vilaine	34 044	11 308	45 352	1 015 470	4,5%
36	Indre	11 717	2 218	13 935	238 261	5,8%
37	Indre-et-Loire	22 842	8 492	31 334	605 819	5,2%
38	Isère	46 561	11 075	57 636	1 233 759	4,7%
39	Jura	8 325	2 990	11 315	271 973	4,2%
40	Landes	16 085	3 771	19 856	397 766	5,0%
41	Loir-et-Cher	12 097	6 972	19 069	340 729	5,6%
42	Loire	33 448	15 299	48 747	766 729	6,4%
43	Haute-Loire	4 505	3 569	8 074	231 877	3,5%
44	Loire-Atlantique	44 916	20 359	65 275	1 317 685	5,0%
45	Loiret	36 567	8 842	45 409	674 913	6,7%
46	Lot	7 735	1 228	8 963	181 232	4,9%
47	Lot-et-Garonne	21 735	2 323	24 058	342 500	7,0%
48	Lozère	2 711	493	3 204	81 281	3,9%
49	Maine-et-Loire	31 420	10 015	41 435	808 298	5,1%
50	Manche	17 114	6 641	23 755	517 121	4,6%
51	Marne	35 148	5 243	40 391	579 533	7,0%
52	Haute-Marne	9 649	2 358	12 007	191 004	6,3%

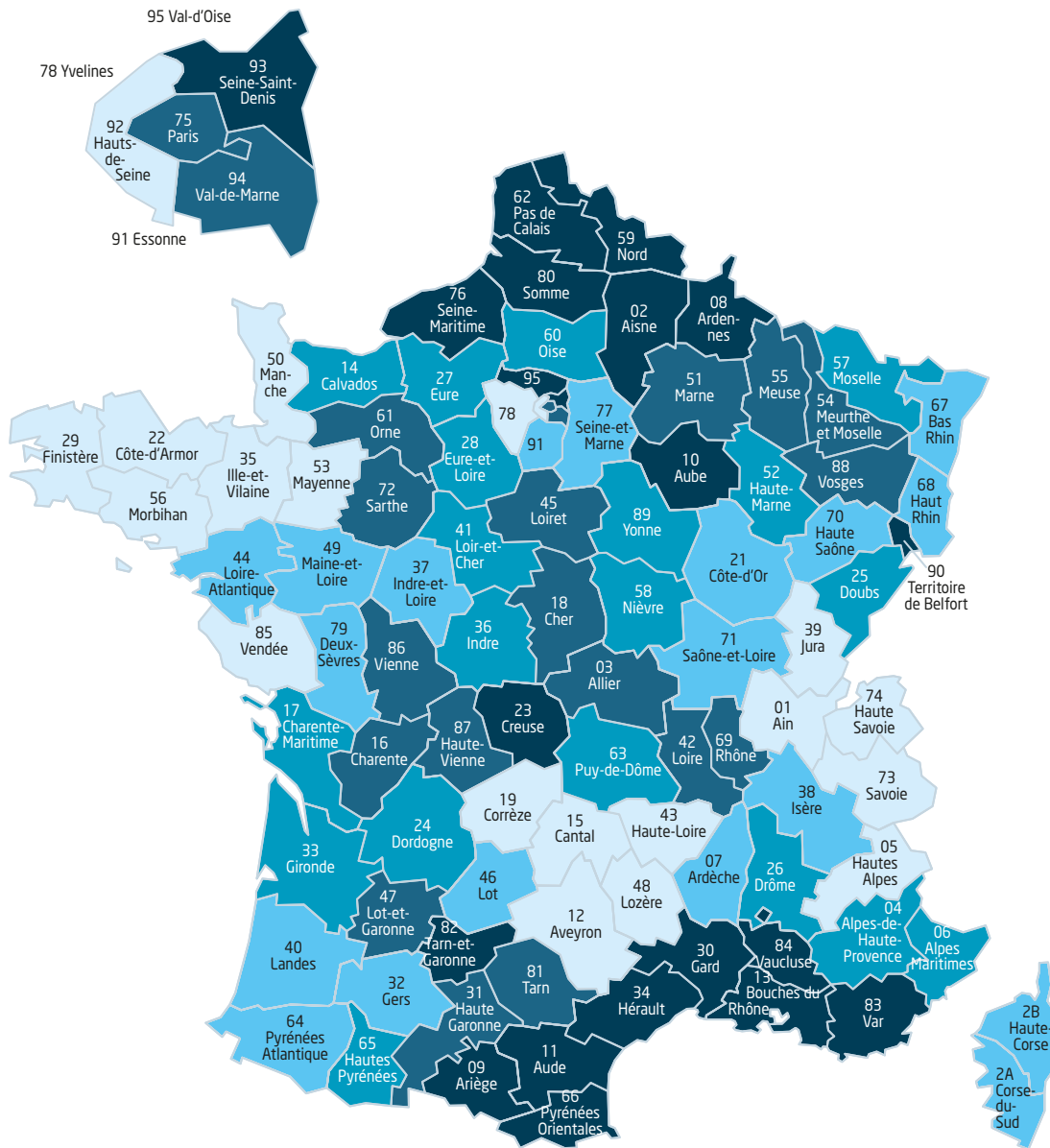


Num Dpt	Département	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C / Population
53	Mayenne	9 665	3 970	13 635	317 006	4,3%
54	Meurthe-et-Moselle	43 561	9 572	53 133	746 502	7,1%
55	Meuse	9 412	3 392	12 804	200 509	6,4%
56	Morbihan	18 782	10 693	29 475	744 663	4,0%
57	Moselle	56 313	5 637	61 950	1 066 667	5,8%
58	Nièvre	10 948	2 760	13 708	226 997	6,0%
59	Nord	262 469	31 435	293 904	2 617 939	11,2%
60	Oise	41 506	5 538	47 044	823 668	5,7%
61	Orne	15 467	3 591	19 058	301 421	6,3%
62	Pas-de-Calais	141 794	17 732	159 526	1 489 209	10,7%
63	Puy-de-Dôme	27 729	9 666	37 395	649 643	5,8%
64	Pyrénées-Atlantiques	26 063	7 300	33 363	674 908	4,9%
65	Hautes-Pyrénées	12 124	2 584	14 708	237 945	6,2%
66	Pyrénées-Orientales	48 690	4 369	53 059	457 238	11,6%
67	Bas-Rhin	54 760	5 241	60 001	1 115 226	5,4%
68	Haut-Rhin	36 470	4 703	41 173	765 634	5,4%
69	Rhône	108 914	13 349	122 263	1 756 069	7,0%
70	Haute-Saône	10 442	2 348	12 790	247 311	5,2%
71	Saône-et-Loire	21 835	6 686	28 521	574 874	5,0%
72	Sarthe	28 678	8 694	37 372	579 497	6,4%
73	Savoie	9 117	4 859	13 976	428 751	3,3%
74	Haute-Savoie	14 716	4 832	19 548	760 979	2,6%
75	Paris	138 108	6 999	145 107	2 268 265	6,4%
76	Seine-Maritime	78 423	21 431	99 854	1 275 952	7,8%
77	Seine-et-Marne	52 878	13 458	66 336	1 347 008	4,9%
78	Yvelines	50 099	6 012	56 111	1 435 448	3,9%
79	Deux-Sèvres	13 136	5 057	18 193	380 569	4,8%
80	Somme	43 556	4 446	48 002	583 388	8,2%
81	Tarn	22 726	4 330	27 056	387 099	7,0%
82	Tarn-et-Garonne	16 865	3 231	20 096	248 227	8,1%
83	Var	63 836	9 735	73 571	1 026 222	7,2%
84	Vaucluse	42 656	5 116	47 772	555 240	8,6%
85	Vendée	14 434	7 773	22 207	654 096	3,4%
86	Vienne	24 101	5 513	29 614	438 566	6,8%
87	Haute-Vienne	23 540	3 844	27 384	384 781	7,1%
88	Vosges	18 339	7 929	26 268	392 846	6,7%
89	Yonne	16 607	4 715	21 322	353 366	6,0%
90	Territoire-de-Belfort	7 645	4 384	12 029	146 475	8,2%
91	Essonne	63 989	1 799	65 788	1 233 645	5,3%
92	Hauts-de-Seine	66 067	3 306	69 373	1 590 749	4,4%
93	Seine-Saint-Denis	192 437	8 440	200 877	1 534 895	13,1%
94	Val-de-Marne	83 287	5 778	89 065	1 340 868	6,6%
95	Val-d'Oise	87 587	2 164	89 751	1 187 836	7,6%
971	Guadeloupe	67 629	39 173	106 802	409 905	26,1%
972	Martinique	71 458	19 086	90 544	400 535	22,6%
973	Guyane	67 419	174	67 593	231 167	29,2%
974	La-Reunion	304 848	78	304 926	829 903	36,7%
<b>Total métropole</b>		<b>3 601 781</b>	<b>631 728</b>	<b>4 233 509</b>	<b>64 207 050</b>	<b>6,6%</b>
<b>Total Dom</b>		<b>511 354</b>	<b>58 511</b>	<b>569 865</b>	<b>1 871 510</b>	<b>30,4%</b>
<b>Total métropole et Dom</b>		<b>4 113 135</b>	<b>690 239</b>	<b>4 803 374</b>	<b>66 078 560</b>	<b>7,3%</b>

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE



► Proportion des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population totale, par département (métropole), CNAMTS, RSI, CCMSA, décembre 2013



Couleur	Pourcentage population	Nombre	Effectifs	Pourcent Effectifs
Dark Blue	≥ 7,2% < 13,1%	20	1 659 641	39,2%
Dark Blue	≥ 6,3% < 7,2%	19	903 622	21,3%
Blue	≥ 5,5% < 6,3%	19	620 563	14,7%
Light Blue	≥ 4,7% < 5,5%	19	620 823	14,7%
Light Blue	≥ 2,6% < 4,7%	19	428 860	10,1%
		<b>96</b>	<b>4 233 509</b>	<b>100,0%</b>

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

## 4 Dépenses pour la part CMU-C

### 4.1. DÉPENSE EN TRÉSORERIE - ACM

● CNAMTS (SLM inclus) / Décembre 2013

Métropole et Dom

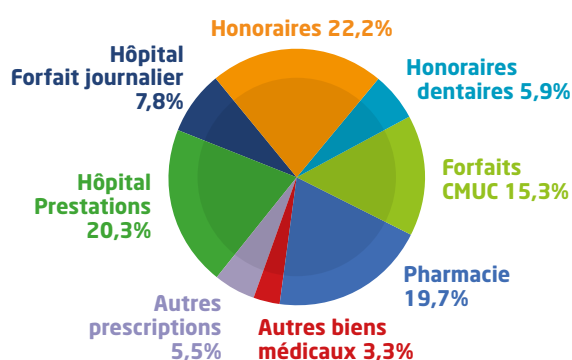
Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
décembre 2013	Métropole et Dom	Exercice et Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM - CNAMTS + SLM	3 674 108	Indice ACM	5,3%	
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
<b>Total</b>	<b>1 612 615 006,87 €</b>	<b>3,8%</b>	<b>438,91 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>-1,4%</b>
Ville	1 171 083 165,14 €	4,6%	318,74 €	72,6%	-0,7%
Hôpital	441 531 841,73 €	1,8%	120,17 €	27,4%	-3,3%

Métropole et Dom

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
décembre 2013	Métropole et Dom	Exercice et Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM - CNAMTS + SLM	3 183 690	Indice ACM	5,8%	
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
<b>Total</b>	<b>1 415 611 519,80 €</b>	<b>4,0%</b>	<b>444,64 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>-1,7%</b>
Ville	1 018 161 215,95 €	5,0%	319,81 €	71,9%	-0,8%
Hôpital	397 450 303,85 €	1,7%	124,84 €	28,1%	-3,9%

Sources : CNAMTS et SLM

● Répartition par poste de dépenses en trésorerie, CNAMTS, métropole, décembre 2013



Sources : CNAMTS et SLM

## 4.2. ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE TRÉSORERIE - ACM

► CNAMTS et SLM - Métropole et Dom / Décembre 2013

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%	1 471 876 853,01 €	8,0%	405,80 €	8,2%
2008 déc	3 441 547	-5,1%	1 409 727 258,91 €	-4,2%	409,62 €	0,9%
2009 déc	3 358 181	-2,4%	1 399 942 525,09 €	-0,7%	416,88 €	1,8%
2010 déc	3 363 069	0,1%	1 447 922 790,80 €	3,4%	430,54 €	3,3%
2011 déc	3 428 218	1,9%	1 524 442 633,77 €	5,3%	444,67 €	3,3%
2012 déc	3 489 112	1,8%	1 553 358 003,42 €	1,9%	445,20 €	0,1%
2011 janv	3 370 505	0,5%	1 454 985 913,05 €	3,9%	431,68 €	3,4%
2011 févr	3 378 152	0,9%	1 466 960 352,71 €	4,7%	434,25 €	3,8%
2011 mars	3 385 031	1,2%	1 474 674 583,68 €	4,4%	435,65 €	3,1%
2011 avr	3 390 617	1,4%	1 474 957 503,64 €	4,3%	435,01 €	2,8%
2011 mai	3 396 571	1,7%	1 495 737 415,26 €	5,3%	440,37 €	3,5%
2011 juin	3 402 799	1,9%	1 486 892 825,05 €	4,2%	436,96 €	2,2%
2011 juil	3 408 292	2,1%	1 488 355 813,35 €	4,6%	436,69 €	2,4%
2011 août	3 413 440	2,2%	1 496 563 252,88 €	4,6%	438,43 €	2,3%
2011 sept	3 417 782	2,3%	1 504 138 489,47 €	4,9%	440,09 €	2,6%
2011 oct	3 421 304	2,2%	1 513 237 518,62 €	5,8%	442,30 €	3,5%
2011 nov	3 424 904	2,1%	1 519 373 697,27 €	5,7%	443,63 €	3,6%
2011 déc	3 428 218	1,9%	1 524 442 633,77 €	5,3%	444,67 €	3,3%
2012 janv	3 433 935	1,9%	1 537 545 415,76 €	5,7%	447,75 €	3,7%
2012 févr	3 439 446	1,8%	1 538 123 297,02 €	4,9%	447,20 €	3,0%
2012 mars	3 444 966	1,8%	1 532 067 831,73 €	3,9%	444,73 €	2,1%
2012 avr	3 449 861	1,7%	1 537 462 680,98 €	4,2%	445,66 €	2,4%
2012 mai	3 453 659	1,7%	1 527 154 039,77 €	2,1%	442,18 €	0,4%
2012 juin	3 456 774	1,6%	1 540 088 401,60 €	3,6%	445,53 €	2,0%
2012 juil	3 460 595	1,5%	1 550 960 002,23 €	4,2%	448,18 €	2,6%
2012 août	3 464 300	1,5%	1 550 759 565,05 €	3,6%	447,64 €	2,1%
2012 sept	3 468 054	1,5%	1 539 806 245,91 €	2,4%	444,00 €	0,9%
2012 oct	3 474 179	1,5%	1 555 083 721,73 €	2,8%	447,61 €	1,2%
2012 nov	3 481 364	1,6%	1 559 726 280,89 €	2,7%	448,02 €	1,0%
2012 déc	3 489 112	1,8%	1 553 358 003,42 €	1,9%	445,20 €	0,1%
2013 janv	3 496 739	1,8%	1 556 507 091,64 €	1,2%	445,13 €	-0,6%
2013 févr	3 504 757	1,9%	1 560 690 900,95 €	1,5%	445,31 €	-0,4%
2013 mars	3 513 045	2,0%	1 556 504 164,70 €	1,6%	443,06 €	-0,4%
2013 avr	3 522 885	2,1%	1 569 306 248,44 €	2,1%	445,46 €	0,0%
2013 mai	3 534 740	2,3%	1 578 246 474,26 €	3,3%	446,50 €	1,0%
2013 juin	3 548 043	2,6%	1 574 299 327,43 €	2,2%	443,71 €	-0,4%
2013 juil	3 564 733	3,0%	1 586 366 215,23 €	2,3%	445,02 €	-0,7%
2013 août	3 583 856	3,5%	1 585 489 343,60 €	2,2%	442,40 €	-1,2%
2013 sept	3 604 801	3,9%	1 595 683 719,21 €	3,6%	442,66 €	-0,3%
2013 oct	3 626 965	4,4%	1 600 719 870,29 €	2,9%	441,34 €	-1,4%
2013 nov	3 649 964	4,8%	1 596 787 917,32 €	2,4%	437,48 €	-2,4%
2013 déc	3 674 108	5,3%	1 612 615 006,87 €	3,8%	438,91 €	-1,4%

Sources : CNAMTS et SLM

RSI - Métropole et Dom / Décembre 2013

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%	48 152 181,99 €	15,1%	338,32 €	10,5%
2008 déc	147 731	3,8%	49 854 965,51 €	3,5%	337,47 €	-0,3%
2009 déc	147 823	0,1%	49 581 096,87 €	-0,5%	335,41 €	-0,6%
2010 déc	160 018	8,2%	49 621 555,31 €	0,1%	310,10 €	-7,5%
2011 déc	177 334	10,8%	57 372 645,61 €	15,6%	323,53 €	4,3%
2012 déc	202 109	14,0%	66 927 220,19 €	16,7%	331,14 €	2,4%
2011 janv	161 292	8,8%	50 178 753,33 €	1,8%	311,11 €	-6,4%
2011 févr	162 619	9,2%	50 682 002,02 €	3,0%	311,66 €	-5,8%
2011 mars	163 815	9,5%	51 013 375,50 €	3,6%	311,41 €	-5,4%
2011 avr	165 048	9,8%	51 069 929,81 €	4,0%	309,42 €	-5,3%
2011 mai	166 301	9,9%	52 570 666,78 €	6,7%	316,12 €	-2,9%
2011 juin	167 733	10,1%	53 002 040,48 €	7,5%	315,99 €	-2,4%
2011 juil	169 153	10,2%	53 469 914,18 €	9,0%	316,10 €	-1,1%
2011 août	170 612	10,2%	54 343 287,60 €	10,5%	318,52 €	0,3%
2011 sept	172 168	10,1%	55 252 596,93 €	12,4%	320,92 €	2,1%
2011 oct	173 793	10,3%	56 197 073,65 €	14,7%	323,36 €	4,0%
2011 nov	175 523	10,5%	56 724 376,80 €	15,2%	323,17 €	4,2%
2011 déc	177 334	10,8%	57 372 645,61 €	15,6%	323,53 €	4,3%
2012 janv	179 151	11,1%	58 483 616,99 €	16,6%	326,45 €	4,9%
2012 févr	181 008	11,3%	59 023 724,66 €	16,5%	326,08 €	4,6%
2012 mars	183 028	11,7%	59 831 419,53 €	17,3%	326,90 €	5,0%
2012 avr	185 113	12,2%	61 036 329,94 €	19,5%	329,72 €	6,6%
2012 mai	187 179	12,6%	60 851 426,41 €	15,8%	325,10 €	2,8%
2012 juin	189 121	12,8%	61 661 291,74 €	16,3%	326,04 €	3,2%
2012 juil	191 215	13,0%	62 974 323,49 €	17,8%	329,34 €	4,2%
2012 août	193 388	13,3%	63 498 079,72 €	16,8%	328,35 €	3,1%
2012 sept	195 536	13,6%	63 730 585,12 €	15,3%	325,93 €	1,6%
2012 oct	197 709	13,8%	65 089 605,37 €	15,8%	329,22 €	1,8%
2012 nov	199 905	13,9%	66 306 446,62 €	16,9%	331,69 €	2,6%
2012 déc	202 109	14,0%	66 927 220,19 €	16,7%	331,14 €	2,4%
2013 janv	204 330	14,1%	68 177 898,21 €	16,6%	333,67 €	2,2%
2013 févr	206 516	14,1%	69 231 626,13 €	17,3%	335,24 €	2,8%
2013 mars	208 734	14,0%	69 742 602,35 €	16,6%	334,12 €	2,2%
2013 avr	210 885	13,9%	70 862 181,83 €	16,1%	336,02 €	1,9%
2013 mai	213 052	13,8%	71 724 950,97 €	17,9%	336,65 €	3,6%
2013 juin	215 268	13,8%	72 172 100,04 €	17,0%	335,27 €	2,8%
2013 juil	217 484	13,7%	73 143 296,77 €	16,1%	336,32 €	2,1%
2013 août	219 702	13,6%	72 918 405,25 €	14,8%	331,90 €	1,1%
2013 sept	221 854	13,5%	73 800 458,51 €	15,8%	332,65 €	2,1%
2013 oct	224 071	13,3%	74 367 429,52 €	14,3%	331,89 €	0,8%
2013 nov	226 275	13,2%	74 417 521,19 €	12,2%	328,88 €	-0,8%
2013 déc	228 525	13,1%	75 204 880,48 €	12,4%	329,09 €	-0,6%

Source : RSI

● CCMSA - Métropole / Décembre 2013

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	111 778	-6,1%	41 421 369,84 €	4,4%	370,57 €	11,2%
2008 déc	108 247	-3,2%	40 255 875,07 €	-2,8%	371,89 €	0,4%
2009 déc	99 060	-8,5%	36 879 456,86 €	-8,4%	372,29 €	0,1%
2010 déc	87 565	-11,6%	32 356 099,67 €	-12,3%	369,51 €	-0,7%
2011 déc	80 429	-8,1%	30 377 529,94 €	-6,1%	377,69 €	2,2%
2012 déc	76 934	-4,3%	29 021 123,53 €	-4,5%	377,22 €	-0,1%
2011 janv	86 669	-11,8%	32 388 335,70 €	-11,0%	373,70 €	0,9%
2011 févr	85 818	-12,0%	32 172 474,52 €	-10,6%	374,89 €	1,5%
2011 mars	85 020	-12,2%	31 732 679,22 €	-11,6%	373,24 €	0,7%
2011 avr	84 255	-12,1%	31 397 833,72 €	-11,8%	372,65 €	0,3%
2011 mai	83 541	-12,0%	31 598 336,47 €	-10,7%	378,24 €	1,5%
2011 juin	82 896	-11,8%	31 081 443,53 €	-11,1%	374,95 €	0,8%
2011 juil	82 332	-11,4%	30 858 006,25 €	-10,1%	374,80 €	1,5%
2011 août	81 830	-10,9%	30 723 606,86 €	-9,7%	375,46 €	1,4%
2011 sept	81 378	-10,3%	30 594 833,19 €	-9,3%	375,96 €	1,2%
2011 oct	81 013	-9,6%	30 497 891,35 €	-8,1%	376,46 €	1,7%
2011 nov	80 769	-8,8%	30 542 224,70 €	-6,6%	378,14 €	2,4%
2011 déc	80 429	-8,1%	30 377 529,94 €	-6,1%	377,69 €	2,2%
2012 janv	80 058	-7,6%	30 302 365,68 €	-6,4%	378,51 €	1,3%
2012 févr	79 698	-7,1%	30 164 154,10 €	-6,2%	378,48 €	1,0%
2012 mars	79 341	-6,7%	29 912 021,95 €	-5,7%	377,01 €	1,0%
2012 avr	79 108	-6,1%	29 823 210,48 €	-5,0%	376,99 €	1,2%
2012 mai	78 804	-5,7%	29 415 132,77 €	-6,9%	373,27 €	-1,3%
2012 juin	78 475	-5,3%	29 489 531,05 €	-5,1%	375,78 €	0,2%
2012 juil	78 189	-5,0%	29 640 671,56 €	-3,9%	379,09 €	1,1%
2012 août	77 936	-4,8%	29 475 458,64 €	-4,1%	378,20 €	0,7%
2012 sept	77 705	-4,5%	29 134 083,74 €	-4,8%	374,93 €	-0,3%
2012 oct	77 462	-4,4%	29 403 986,52 €	-3,6%	379,59 €	0,8%
2012 nov	77 162	-4,5%	29 257 282,52 €	-4,2%	379,17 €	0,3%
2012 déc	76 934	-4,3%	29 021 123,53 €	-4,5%	377,22 €	-0,1%
2013 janv	76 782	-4,1%	29 064 492,11 €	-4,1%	378,53 €	0,0%
2013 févr	76 628	-3,9%	29 013 870,57 €	-3,8%	378,63 €	0,0%
2013 mars	76 480	-3,6%	28 926 207,52 €	-3,3%	378,22 €	0,3%
2013 avr	76 237	-3,6%	28 896 020,89 €	-3,1%	379,03 €	0,5%
2013 mai	76 083	-3,5%	28 752 584,07 €	-2,3%	377,91 €	1,2%
2013 juin	75 986	-3,2%	28 575 465,47 €	-3,1%	376,06 €	0,1%
2013 juil	75 884	-2,9%	28 499 506,71 €	-3,8%	375,57 €	-0,9%
2013 août	75 817	-2,7%	28 367 845,92 €	-3,8%	374,16 €	-1,1%
2013 sept	75 807	-2,4%	28 483 580,00 €	-2,2%	375,74 €	0,2%
2013 oct	75 918	-2,0%	28 176 221,27 €	-4,2%	371,14 €	-2,2%
2013 nov	76 041	-1,5%	28 034 301,22 €	-4,2%	368,67 €	-2,8%
2013 déc	76 185	-1,0%	28 172 447,04 €	-2,9%	369,79 €	-2,0%

Source : CCMSA

### 4.3. ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE EN DROITS CONSTATÉS<sup>60</sup> PAR POSTE - SUR 3 ANS

► CNAMTS (SLM inclus) - Métropole / Décembre 2012

CNAMTS		Dépense	Montants unitaires			Croissance	
Métropole		2012	2010	2011	2012	2010/2011	2011/2012
	Effectifs CMU-C RO		2 884 334	2 948 918	3 009 400	2,2%	2,1%
	Total	1 362 071 959,79 €	437,63 €	453,33 €	452,61 €	3,6%	-0,2%
	Ville	973 972 583,61 €	317,11 €	326,33 €	323,64 €	2,9%	-0,8%
	Hôpital	388 099 376,18 €	120,52 €	127,00 €	128,96 €	5,4%	1,5%
	Ville	973 972 583,61 €	317,11 €	326,33 €	323,64 €	2,9%	-0,8%
	Honoraires médicaux (1,2)	229 271 125,41 €	74,07 €	77,36 €	76,18 €	4,4%	-1,5%
	Forfaits CMU (10,11,12,13)	202 640 878,08 €	65,65 €	66,78 €	67,34 €	1,7%	0,8%
	Autres (3,4,5,6,7,8,9)	542 060 580,12 €	177,39 €	182,19 €	180,12 €	2,7%	-1,1%
	Hôpital	388 099 376,18 €	120,52 €	127,00 €	128,96 €	5,4%	1,5%
	Honoraires du secteur public et Prestations (14)	277 384 507,03 €	80,53 €	88,53 €	92,17 €	9,9%	4,1%
	Forfait hospitalier (15)	110 714 869,15 €	39,99 €	38,47 €	36,79 €	-3,8%	-4,4%
	Détail	1 362 071 959,79 €	437,63 €	453,33 €	452,61 €	3,6%	-0,2%
1	Honoraires des généralistes	152 016 089,56 €	49,33 €	52,03 €	50,51 €	5,5%	-2,9%
2	Honoraires des spécialistes	77 255 035,85 €	24,75 €	25,33 €	25,67 €	2,3%	1,4%
3	Honoraires dentaires	77 837 527,88 €	25,55 €	25,71 €	25,86 €	0,6%	0,6%
4	Honoraires paramédicaux	70 193 048,30 €	21,19 €	22,16 €	23,32 €	4,6%	5,3%
5	Médicaments	277 681 019,42 €	95,76 €	96,59 €	92,27 €	0,9%	-4,5%
6	Dispositifs médicaux	42 980 357,81 €	11,21 €	13,09 €	14,28 €	16,7%	9,1%
7	Analyse et biologie	48 436 977,61 €	16,21 €	16,54 €	16,10 €	2,1%	-2,7%
8	Frais de transport	22 744 604,32 €	6,77 €	7,41 €	7,56 €	9,5%	2,0%
9	Autres prestations en nature	2 187 044,78 €	0,71 €	0,69 €	0,73 €	-1,7%	4,8%
10	Forfaits proth. dentaires	155 732 093,84 €	50,77 €	51,62 €	51,75 €	1,7%	0,3%
11	Forfaits orthodontie	24 835 955,47 €	7,57 €	7,83 €	8,25 €	3,6%	5,3%
12	Forfaits optique médicale	20 383 114,61 €	6,76 €	6,77 €	6,77 €	0,2%	0,1%
13	Forfaits proth. auditives	1 689 714,16 €	0,56 €	0,56 €	0,56 €	0,9%	-0,1%
14	Honoraires du secteur public/ Prestations hospitalières	277 384 507,03 €	80,53 €	88,53 €	92,17 €	9,9%	4,1%
15	Forfait journalier	110 714 869,15 €	39,99 €	38,47 €	36,79 €	-3,8%	-4,4%

Sources : CNAMTS et SLM

<sup>60</sup> Voir | 2 Points techniques, p.99, Dépense CMU-C - Différence entre dépense en trésorerie et dépense en droits constatés

#### 4.4. DÉPENSE MOYENNE EN DROITS CONSTATÉS FRANCE ENTIÈRE ET PAR DÉPARTEMENT

► CNAMTS (SLM inclus) / Décembre 2012

	Effectifs	Total	Ville		Hôpital	
		Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
<b>Métropole</b>	3 009 400	452,61 €	323,64 €	100,41%	128,96 €	104,17%
<b>Dom</b>	479 712	405,46 €	314,08 €	97,44%	91,38 €	73,82%
<b>France entière</b>	3 489 112	446,12 €	322,33 €	100,00%	123,80 €	100,00%

Sources : CNAMTS

Num Dpt	Département	Effectifs <sup>61</sup>	Total	Ville		Hôpital	
			Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
01	Ain	10 382	430,32 €	261,50 €	81,1%	168,81 €	136,4%
02	Aisne	34 659	421,45 €	290,85 €	90,2%	130,61 €	105,5%
03	Allier	15 936	385,25 €	234,64 €	72,8%	150,61 €	121,7%
04	Alpes-Haute-Provence	6 109	428,61 €	285,40 €	88,5%	143,21 €	115,7%
05	Hautes-Alpes	3 275	428,75 €	267,21 €	82,9%	161,55 €	130,5%
06	Alpes-Maritimes	46 562	524,16 €	396,52 €	123,0%	127,64 €	103,1%
07	Ardèche	8 042	424,01 €	242,03 €	75,1%	181,97 €	147,0%
08	Ardennes	21 859	452,49 €	316,76 €	98,3%	135,73 €	109,6%
09	Ariège	7 977	396,57 €	285,02 €	88,4%	111,56 €	90,1%
10	Aube	18 718	418,40 €	298,76 €	92,7%	119,63 €	96,6%
11	Aude	25 048	451,19 €	334,13 €	103,7%	117,06 €	94,6%
12	Aveyron	6 820	454,18 €	278,97 €	86,5%	175,20 €	141,5%
13	Bouches-du-Rhône	186 037	555,69 €	443,26 €	137,5%	112,43 €	90,8%
14	Calvados	20 404	476,06 €	291,77 €	90,5%	184,29 €	148,9%
15	Cantal	3 340	598,02 €	278,67 €	86,5%	319,35 €	258,0%
16	Charente	16 237	401,04 €	267,87 €	83,1%	133,17 €	107,6%
17	Charente-Maritime	23 391	461,55 €	295,82 €	91,8%	165,74 €	133,9%
18	Cher	15 636	391,62 €	259,76 €	80,6%	131,86 €	106,5%
19	Corrèze	6 586	572,22 €	255,20 €	79,2%	317,02 €	256,1%
201	Corse-du-Sud	3 787	518,02 €	345,43 €	107,2%	172,59 €	139,4%
202	Haute-Corse	5 487	443,14 €	325,75 €	101,1%	117,39 €	94,8%
21	Côte-d'Or	15 944	500,09 €	328,27 €	101,8%	171,81 €	138,8%
22	Côtes-d'Armor	11 963	465,46 €	288,10 €	89,4%	177,36 €	143,3%
23	Creuse	4 759	412,17 €	238,84 €	74,1%	173,33 €	140,0%
24	Dordogne	16 038	458,98 €	256,96 €	79,7%	202,02 €	163,2%
25	Doubs	19 955	464,92 €	312,81 €	97,0%	152,11 €	122,9%
26	Drôme	9 482	440,43 €	296,69 €	92,0%	143,74 €	116,1%
27	Eure	25 306	388,77 €	238,22 €	73,9%	150,55 €	121,6%
28	Eure-et-Loir	15 901	387,53 €	258,27 €	80,1%	129,27 €	104,4%
29	Finistère	18 090	476,99 €	287,64 €	89,2%	189,35 €	153,0%
30	Gard	55 718	450,63 €	347,41 €	107,8%	103,23 €	83,4%
31	Haute-Garonne	62 585	502,95 €	367,21 €	113,9%	135,74 €	109,7%
32	Gers	7 117	496,58 €	288,13 €	89,4%	208,46 €	168,4%
33	Gironde	53 862	440,58 €	323,04 €	100,2%	117,53 €	94,9%
34	Hérault	69 599	513,71 €	396,49 €	123,0%	117,22 €	94,7%
35	Ille-et-Vilaine	27 716	440,44 €	304,58 €	94,5%	135,86 €	109,7%

<sup>61</sup> Les colonnes « Ratio Coût moyen » permettent de situer les dépenses unitaires par département pour la ville et pour l'hôpital par rapport à la dépense unitaire pour ces rubriques pour la France entière.

Exemples : Pour la ville, la dépense unitaire pour la France entière est de 322,33 €, elle est de 261,50 € dans le département de l'Ain, soit de 81,1 % par rapport à la France entière. Pour l'hôpital, la dépense unitaire pour la France entière est de 123,80 €, elle est de 168,81 € dans l'Ain, soit 136,4 % par rapport à la France entière.

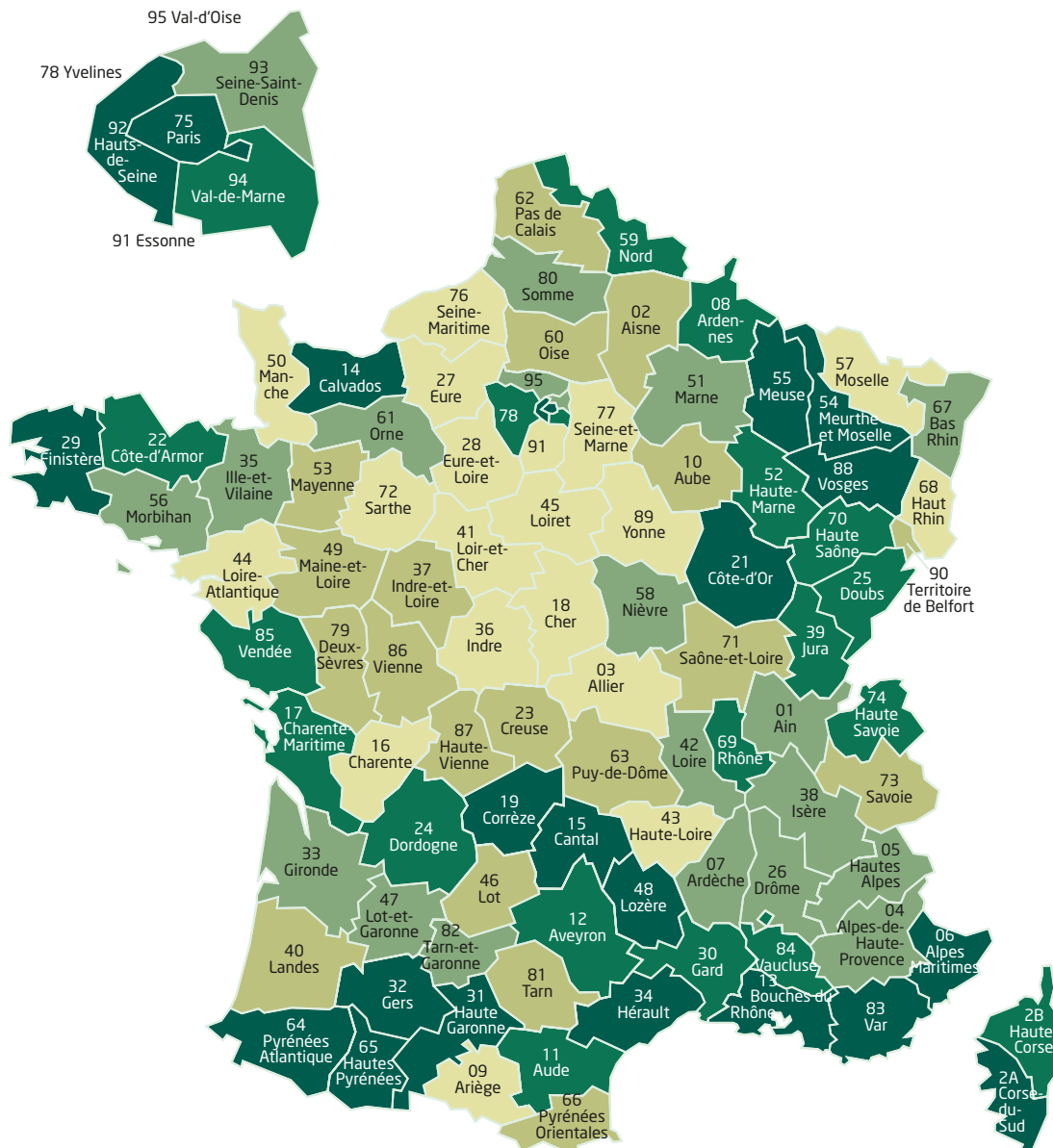
Ceci permet de mesurer que les ratios département / France entière pour les coûts unitaires diffèrent fortement d'un département à l'autre et ne sont pas homogènes pour la ville et pour l'hôpital.



Num Dpt	Département	Effectifs <sup>3</sup>	Total	Ville		Hôpital	
			Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
36	Indre	9 645	370,61 €	260,28 €	80,8%	110,33 €	89,1%
37	Indre-et-Loire	18 966	409,89 €	285,12 €	88,5%	124,77 €	100,8%
38	Isère	39 262	428,00 €	294,47 €	91,4%	133,53 €	107,9%
39	Jura	6 957	464,84 €	288,19 €	89,4%	176,65 €	142,7%
40	Landes	12 055	411,99 €	296,40 €	92,0%	115,59 €	93,4%
41	Loir-et-Cher	9 098	383,68 €	249,20 €	77,3%	134,48 €	108,6%
42	Loire	26 463	433,30 €	290,76 €	90,2%	142,54 €	115,1%
43	Haute-Loire	3 298	393,38 €	241,38 €	74,9%	152,00 €	122,8%
44	Loire-Atlantique	34 167	401,42 €	282,50 €	87,6%	118,93 €	96,1%
45	Loiret	28 788	364,19 €	253,04 €	78,5%	111,16 €	89,8%
46	Lot	6 007	422,36 €	259,64 €	80,6%	162,72 €	131,4%
47	Lot-et-Garonne	15 823	425,07 €	293,38 €	91,0%	131,69 €	106,4%
48	Lozère	2 127	973,24 €	245,38 €	76,1%	727,85 €	587,9%
49	Maine-et-Loire	25 176	406,19 €	264,17 €	82,0%	142,03 €	114,7%
50	Manche	14 566	374,61 €	238,14 €	73,9%	136,48 €	110,2%
51	Marne	28 632	434,63 €	295,41 €	91,6%	139,23 €	112,5%
52	Haute-Marne	7 837	442,24 €	285,26 €	88,5%	156,98 €	126,8%
53	Mayenne	7 683	417,51 €	243,02 €	75,4%	174,49 €	141,0%
54	Meurthe-et-Moselle	35 464	498,14 €	350,05 €	108,6%	148,09 €	119,6%
55	Meuse	7 732	542,54 €	294,13 €	91,3%	248,40 €	200,7%
56	Morbihan	13 300	437,58 €	276,77 €	85,9%	160,81 €	129,9%
57	Moselle	44 387	368,64 €	270,02 €	83,8%	98,62 €	79,7%
58	Nièvre	9 060	432,07 €	258,61 €	80,2%	173,46 €	140,1%
59	Nord	228 852	451,81 €	334,99 €	103,9%	116,81 €	94,4%
60	Oise	36 105	415,00 €	277,04 €	85,9%	137,97 €	111,4%
61	Orne	12 923	428,10 €	253,22 €	78,6%	174,88 €	141,3%
62	Pas-de-Calais	127 596	422,75 €	316,50 €	98,2%	106,25 €	85,8%
63	Puy-de-Dôme	21 845	415,08 €	282,07 €	87,5%	133,01 €	107,4%
64	Pyrénées-Atlantiques	20 371	558,19 €	331,89 €	103,0%	226,30 €	182,8%
65	Hautes-Pyrénées	9 831	478,76 €	302,50 €	93,8%	176,26 €	142,4%
66	Pyrénées-Orientales	38 617	421,57 €	326,64 €	101,3%	94,93 €	76,7%
67	Bas-Rhin	45 651	436,17 €	336,86 €	104,5%	99,31 €	80,2%
68	Haut-Rhin	31 011	349,40 €	257,14 €	79,8%	92,26 €	74,5%
69	Rhône	87 204	462,61 €	323,46 €	100,4%	139,15 €	112,4%
70	Haute-Saône	8 465	460,62 €	262,37 €	81,4%	198,25 €	160,1%
71	Saône-et-Loire	18 156	407,84 €	257,00 €	79,7%	150,84 €	121,8%
72	Sarthe	23 219	394,24 €	245,49 €	76,2%	148,75 €	120,2%
73	Savoie	7 648	402,53 €	257,22 €	79,8%	145,31 €	117,4%
74	Haute-Savoie	13 130	441,62 €	277,16 €	86,0%	164,46 €	132,9%
75	Paris	129 698	568,77 €	427,36 €	132,6%	141,41 €	114,2%
76	Seine-Maritime	67 372	400,02 €	268,43 €	83,3%	131,59 €	106,3%
77	Seine-et-Marne	43 335	380,79 €	265,52 €	82,4%	115,27 €	93,1%
78	Yvelines	45 303	443,61 €	304,33 €	94,4%	139,28 €	112,5%
79	Deux-Sèvres	10 194	407,49 €	244,89 €	76,0%	162,59 €	131,3%
80	Somme	38 786	439,30 €	308,56 €	95,7%	130,74 €	105,6%
81	Tarn	18 609	421,83 €	293,25 €	91,0%	128,58 €	103,9%
82	Tarn-et-Garonne	12 471	426,15 €	299,70 €	93,0%	126,45 €	102,1%
83	Var	50 190	517,31 €	371,25 €	115,2%	146,07 €	118,0%
84	Vaucluse	32 493	452,41 €	332,97 €	103,3%	119,44 €	96,5%
85	Vendée	11 264	445,78 €	278,05 €	86,3%	167,73 €	135,5%
86	Vienne	19 282	421,59 €	268,97 €	83,4%	152,62 €	123,3%
87	Haute-Vienne	18 980	420,08 €	290,10 €	90,0%	129,97 €	105,0%
88	Vosges	15 009	551,69 €	305,49 €	94,8%	246,21 €	198,9%
89	Yonne	13 304	346,37 €	220,58 €	68,4%	125,79 €	101,6%
90	Territoire-de-Belfort	6 381	414,29 €	269,42 €	83,6%	144,88 €	117,0%
91	Essonne	54 320	399,66 €	279,48 €	86,7%	120,18 €	97,1%
92	Hauts-de-Seine	61 969	467,68 €	339,21 €	105,2%	128,48 €	103,8%
93	Seine-Saint-Denis	171 780	426,78 €	340,82 €	105,7%	85,96 €	69,4%
94	Val-de-Marne	76 107	442,19 €	334,60 €	103,8%	107,59 €	86,9%
95	Val-d'Oise	75 109	439,93 €	334,26 €	103,7%	105,66 €	85,4%
971	Guadeloupe	50 761	381,65 €	289,94 €	90,0%	91,71 €	74,1%
972	Martinique	73 594	356,72 €	242,93 €	75,4%	113,79 €	91,9%
973	Guyane	72 438	468,08 €	322,91 €	100,2%	145,17 €	117,3%
974	Reunion	282 918	406,37 €	334,65 €	103,8%	71,72 €	57,9%

Source : CNAMTS

Montant de la dépense moyenne en droits constatés par département, CNAMTS, décembre 2012



Couleur	Montants	Nombre	Dépense	Pourcent Dépense	Effectifs	Pourcent Effectifs
Dark Green	≥ 467,68 € ≤ 973,24 €	20	409 595 712,31 €	30,1%	772 442	25,7%
Medium Green	≥ 441,62 € < 467,68 €	19	318 439 758,93 €	23,4%	703 890	23,4%
Light Green	≥ 424,01 € < 441,62 €	19	263 340 780,05 €	19,3%	608 128	20,2%
Yellow-Green	≥ 402,53 € < 424,01 €	19	188 616 583,45 €	13,8%	451 435	15,0%
Light Yellow	≥ 346,37 € < 402,53 €	19	182 079 125,05 €	13,4%	473 504	15,7%
		<b>96</b>	<b>1 362 071 959,79 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 009 400</b>	<b>100,0%</b>

Sources : CNAMTS

## 5 Effectifs CMU de base

### 5.1. ÉVOLUTION DES EFFECTIFS

#### ► Effectifs mensuels de décembre 2012 à décembre 2013

Mois	Métropole	DOM	Total	Évolution M-1
2012 déc	1 923 240	354 736	2 277 976	
2013 janv	1 944 578	356 272	2 300 850	1,00%
2013 févr	1 934 112	357 523	2 291 635	-0,40%
2013 mars	1 842 608	336 388	2 178 996	-4,92%
2013 avr	1 834 519	334 742	2 169 261	-0,45%
2013 mai	1 849 718	336 396	2 186 114	0,78%
2013 juin	1 864 775	338 682	2 203 457	0,79%
2013 juil	1 877 520	340 753	2 218 273	0,67%
2013 août	1 889 156	342 878	2 232 034	0,62%
2013 sept	1 910 972	344 656	2 255 628	1,06%
2013 oct	1 925 053	344 725	2 269 778	0,63%
2013 nov	1 920 416	342 620	2 263 036	-0,30%
2013 déc	1 909 635	340 557	2 250 192	-0,57%
Évolution depuis Décembre 2012				-1,22%

Sources : tous régimes

#### ► Moyennes 2008 à 2013

Mois	Métropole	DOM	Total	Évolution A-1
2009	1 554 821	302 094	1 856 914	
2010	1 848 554	310 699	2 159 253	16,28%
2011	1 877 343	314 515	2 191 858	1,51%
2012	1 878 274	343 657	2 221 931	1,37%
2013	1 891 922	343 016	2 234 938	0,59%

Sources : tous régimes

## 6 Effectifs Aide Complémentaire Santé

### 6.1. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ATTESTATIONS DELIVREES ET UTILISEES

Mois Années	Mois CPAM		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI - ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Coût trimestriel pour le Fonds CMU	Coût trimestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2005	19 557	25 179				
févr 2005	24 099	46 021		12 805	436 828 €	34 €
mars 2005	18 709	32 841				
avr 2005	16 738	28 912				
mai 2005	20 583	38 031		62 811	2 239 933 €	36 €
juin 2005	15 857	28 779				
juil 2005	11 729	20 911				
août 2005	14 656	26 784		113 731	3 922 656 €	34 €
sept 2005	14 526	27 318				
oct 2005	15 554	29 854				
nov 2005	18 680	35 029		177 710	6 123 611 €	34 €
déc 2005	19 235	35 140	402 261			
<b>TOTAL 2005</b>	<b>209 923</b>	<b>374 799</b>		<b>TOTAL 2005</b>	<b>12 723 028 €</b>	<b>139 €</b>
janv 2006	18 809	34 159	412 241			
févr 2006	18 384	31 455	398 675	202 973	7 772 542 €	38 €
mars 2006	15 936	32 740	399 460			
avr 2006	16 448	27 647	398 195			
mai 2006	16 374	29 646	389 810	226 352	9 507 097 €	42 €
juin 2006	16 893	29 488	390 276			
juil 2006	17 216	29 193	399 058			
août 2006	12 056	20 615	393 389	234 237	10 791 998 €	46 €
sept 2006	15 607	29 112	395 595			
oct 2006	20 405	37 534	403 275			
nov 2006	15 130	29 354	397 600	240 664	12 104 968 €	50 €
déc 2006	17 576	29 418	391 330			
<b>TOTAL 2006</b>	<b>200 834</b>	<b>360 361</b>	<b>Evol / Dec N-1 = -2,7 %</b>	<b>TOTAL 2006</b>	<b>40 176 605 €</b>	<b>177 €</b>
janv 2007	25 512	43 042	401 213			
févr 2007	22 147	38 596	409 354	244 662	12 920 782 €	53 €
mars 2007	29 874	51 614	429 396			
avr 2007	18 995	31 089	433 838			
mai 2007	19 027	33 988	438 680	275 472	14 887 015 €	54 €
juin 2007	22 068	39 183	449 420			
juil 2007	20 310	37 031	458 258			
août 2007	19 602	35 845	474 488	304 774	16 597 216 €	54 €
sept 2007	19 039	35 302	481 430			
oct 2007	21 069	40 627	485 023			
nov 2007	21 230	37 631	493 800	329 669	17 939 202 €	54 €
déc 2007	29 017	44 923	511 119			
<b>TOTAL 2007</b>	<b>267 890</b>	<b>468 871</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 30,6 %</b>	<b>TOTAL 2007</b>	<b>62 344 215 €</b>	<b>216 €</b>

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU

Mois Années	Mois CPAM		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI - ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Coût trimestriel pour le Fonds CMU	Coût trimestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2008	21 461	36 949	505 326			
févr 2008	26 025	44 371	511 401	360 095	20 036 646 €	56 €
mars 2008	29 141	50 663	510 395			
avr 2008	23 985	41 779	521 385			
mai 2008	20 729	36 920	525 117	382 069	21 047 049 €	55 €
juin 2008	25 871	43 152	529 791			
juil 2008	21 591	34 877	527 837			
août 2008	21 706	35 521	527 713	410 262	22 590 072 €	55 €
sept 2008	31 917	54 051	546 155			
oct 2008	30 935	53 491	560 319			
nov 2008	41 836	66 318	590 306	442 283	24 272 662 €	55 €
déc 2008	29 433	51 049	596 626			
<b>TOTAL 2008</b>	<b>324 630</b>	<b>549 141</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 16,7 %</b>	<b>Total 2008</b>	<b>87 946 429 €</b>	<b>221 €</b>
janv 2009	32 221	52 062	612 351			
févr 2009	29 766	50 172	618 764	465 316	25 962 400 €	56 €
mars 2009	30 092	50 988	619 467			
avr 2009	24 105	40 995	618 986			
mai 2009	24 791	41 400	623 769	492 419	27 681 090 €	56 €
juin 2009	27 729	46 948	627 708			
juil 2009	25 647	42 510	635 805			
août 2009	21 473	36 467	637 215	500 045	27 613 139 €	55 €
sept 2009	26 939	45 559	629 033			
oct 2009	27 238	46 199	621 610			
nov 2009	27 170	46 309	601 470	501 681	28 620 490 €	57 €
déc 2009	28 487	49 377	599 535			
<b>TOTAL 2009</b>	<b>325 658</b>	<b>548 986</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 0,5 %</b>	<b>Total 2009</b>	<b>109 877 119 €</b>	<b>224 €</b>
janv 2010	30 010	50 336	597 897			
févr 2010	30 637	54 515	602 328	493 325	30 085 477 €	61 €
mars 2010	36 129	60 276	611 796			
avr 2010	29 449	49 732	620 602			
mai 2010	26 607	45 163	624 434	517 177	33 157 727 €	64 €
juin 2010	31 252	52 877	630 432			
juil 2010	25 708	43 310	630 937			
août 2010	24 520	40 809	634 984	536 910	35 739 929 €	67 €
sept 2010	26 235	45 424	634 554			
oct 2010	26 195	45 111	632 926			
nov 2010	27 655	46 723	632 801	532 865	35 943 688 €	67 €
déc 2010	30 320	48 610	631 493			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>344 717</b>	<b>582 886</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 5,3 %</b>	<b>Total 2010</b>	<b>134 926 821 €</b>	<b>259 €</b>

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU

Mois Années	Mois CPAM		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI - ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Coût trimestriel pour le Fonds CMU	Coût trimestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2011	35 270	62 010	643 620			
févr 2011	33 400	59 841	649 399	528 183	36 091 961 €	68 €
mars 2011	39 889	69 384	658 868			
avr 2011	30 461	54 094	663 692			
mai 2011	37 548	64 826	683 817	561 618	38 397 162 €	68 €
juin 2011	34 251	57 816	689 216			
juil 2011	31 310	53 079	699 460			
août 2011	30 785	53 529	712 655	595 940	40 460 334 €	68 €
sept 2011	31 712	54 366	722 071			
oct 2011	32 441	57 016	734 751			
nov 2011	35 357	60 708	749 510	621 380	42 366 650 €	68 €
déc 2011	35 139	61 405	763 079			
<b>TOTAL 2011</b>	<b>407 563</b>	<b>708 074</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 20,8 %</b>	<b>Total 2011</b>	<b>157 316 107 €</b>	<b>273 €</b>
janv 2012	46 552	82 408	784 575			
févr 2012	42 566	79 730	805 562	635 713	43 905 469 €	69 €
mars 2012	47 360	81 523	818 800			
avr 2012	38 864	68 340	834 316			
mai 2012	42 695	73 817	844 577	685 059	47 211 173 €	69 €
juin 2012	46 715	83 932	871 964			
juil 2012	40 571	71 778	891 922			
août 2012	40 909	72 856	912 508	738 021	50 936 277 €	69 €
sept 2012	40 867	72 186	931 587			
oct 2012	48 352	85 596	961 569			
nov 2012	48 288	85 400	987 663	774 041	53 444 209 €	69 €
déc 2012	44 373	77 501	1 005 161			
<b>TOTAL 2012</b>	<b>528 112</b>	<b>935 067</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 31,7 %</b>	<b>Total 2012</b>	<b>195 497 128 €</b>	<b>276 €</b>
janv 2013	50 225	91 067	1 014 209			
févr 2013	45 936	83 100	1 017 968	776 374	53 930 117 €	69 €
mars 2013	50 808	90 859	1 027 693			
avr 2013	49 535	88 699	1 048 171			
mai 2013	49 001	85 991	1 060 464	826 257	57 203 165 €	69 €
juin 2013	50 700	87 849	1 064 499			
juil 2013	57 148	98 671	1 091 674			
août 2013	43 744	74 704	1 093 804	873 677	60 494 763 €	69 €
sept 2013	50 106	84 711	1 106 611			
oct 2013	58 443	99 109	1 120 510			
nov 2013	58 877	100 164	1 135 660	885 312	62 372 655 €	70 €
déc 2013	56 552	98 604	1 157 149			
<b>TOTAL 2013</b>	<b>621 074</b>	<b>1 083 528</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 15,1 %</b>	<b>Total 2013</b>	<b>234 000 700 €</b>	<b>278 €</b>

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU

## 7 Assiette de la contribution / Taxe CMU

### 7.1. ÉVOLUTIONS DE L'ASSIETTE

De 2002 à 2010

Chiffres d'affaires hors taxes mais y compris contribution

	2002	2003	2004	2005	2006
Taux de contribution	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%	2,50%
<b>Mutuelles</b>	11 263 618 214	12 128 660 890	13 366 911 097	14 453 912 101	15 321 070 212
<b>Institutions de prévoyance</b>	3 573 357 370	3 809 369 634	4 040 935 516	4 224 605 945	4 379 285 052
<b>Sociétés d'assurance</b>	3 990 662 128	4 538 495 289	5 238 845 091	5 788 273 111	6 344 137 055
<b>Totaux</b>	<b>18 827 637 712</b>	<b>20 476 525 813</b>	<b>22 646 691 704</b>	<b>24 466 791 157</b>	<b>26 044 492 319</b>
<b>Évolutions annuelles</b>		<b>8,8%</b>	<b>10,6%</b>	<b>8,0%</b>	<b>6,4%</b>

Pour le 4<sup>ème</sup> trimestre 2008 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2009, les chiffres sont bruts. Ils ne tiennent pas compte d'éventuels transferts d'opportunité, à l'occasion du passage du taux de contribution de 2,50 % à 5,90 % en 2009.

	2007	2008	2009	2010
Taux de contribution	2,50%	2,50%	5,90%	5,90%
<b>Mutuelles</b>	15 952 267 290	16 435 139 769	16 931 760 283	17 665 709 609
<b>Institutions de prévoyance</b>	4 694 625 576	5 125 601 475	5 225 174 055	5 261 107 209
<b>Sociétés d'assurance</b>	6 735 591 774	7 561 395 960	7 960 846 975	8 478 783 204
<b>Totaux</b>	<b>27 382 484 640</b>	<b>29 122 137 204</b>	<b>30 117 781 313</b>	<b>31 405 600 021</b>
<b>Évolutions annuelles</b>	<b>5,1%</b>	<b>6,4%</b>	<b>3,4%</b>	<b>4,3%</b>

Source : Fonds CMU

2011

Depuis le 1<sup>er</sup> 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).

	2011
Taux de contribution	6,27% (taxe) et 5,90% (contribution)
<b>Mutuelles</b>	17 203 018 634
<b>Institutions de prévoyance</b>	5 151 064 429
<b>Sociétés d'assurance</b>	8 226 833 435
<b>Totaux</b>	<b>30 580 916 498</b>
<b>Évolutions annuelles</b>	<b>3,5%</b>

\* Taux de contribution à 5,9 % pour les contrats dont la date d'échéance principale du contrat était postérieure 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. Un calcul « redressé » (à méthodes de comptabilisation inchangées) conduirait à une évolution de + 3,5 % sur 2013. Il y aurait logiquement un impact à la baisse sur l'évolution constatée entre 2011 et 2012.

	2012	2013
Taux de contribution	6,27%	6,27%
<b>Mutuelles</b>	17 578 939	17 846 271
<b>Institutions de prévoyance</b>	5 745 579	5 806 129
<b>Sociétés d'assurance</b>	8 820 048	9 226 128
<b>Totaux</b>	<b>32 144 566</b>	<b>32 878 528</b>
<b>Évolutions annuelles</b>	<b>5,1%</b>	<b>2,3%</b>

L'évolution entre 2011 et 2012 est calculée à partir des chiffres d'affaires hors taxes et hors contribution (bases comparables).

► Détail 2013 en milliers d'euros

	T1	T2	T3	T4	Total
Taxe	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%
<b>Mutuelles</b>	4 769 563	4 389 985	4 309 656	4 377 066	17 846 271
<b>Institutions de prévoyance</b>	1 428 630	1 398 041	1 420 640	1 558 818	5 806 129
<b>Sociétés d'assurance</b>	3 360 750	1 819 457	1 943 195	2 102 725	9 226 128
<b>Totaux</b>	<b>9 558 944</b>	<b>7 607 483</b>	<b>7 673 492</b>	<b>8 038 610</b>	<b>32 878 528</b>
				<b>Évolution annuelle</b>	<b>2,3%</b>

► Structure de la répartition du chiffre d'affaires santé selon la nature des organismes en 2002 et en 2013

	2002	2013
<b>Mutuelles</b>	59,8%	54,3%
<b>Institutions de prévoyance</b>	19,0%	17,7%
<b>Sociétés d'assurance</b>	21,2%	28,1%
<b>Totaux</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

► Évolution du chiffre d'affaires santé selon la nature des organismes entre 2002 et 2013

	2002 - 2013
<b>Mutuelles</b>	68,4%
<b>Institutions de prévoyance</b>	72,7%
<b>Sociétés d'assurance</b>	145,7%
<b>Totaux</b>	<b>85,6%</b>

## 7.2. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

De 2002 à 2013

Nombre d'OC ayant déclaré un chiffre d'affaires supérieur à 0

	Nombre OC		Structure Nombre OC	
	2002	2013	2002	2013
Mutuelles	1 359	480	88,8%	79,5%
Institutions de prévoyance	51	28	3,3%	4,6%
Sociétés d'assurance	120	96	7,8%	15,9%
<b>Totaux</b>	<b>1 530</b>	<b>604</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Source : Fonds CMU

## 7.3. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES INSCRITS SUR LA LISTE DES OC GESTIONNAIRES DE LA CMU-C

De 2005 à 2013

Organismes inscrits sur la liste des organismes gestionnaires de la CMU-C

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

## 7.4. LES 50 PREMIERS ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Classement par chiffre d'affaires / Exercice 2013

Aide à la lecture du tableau :

Type d'OC : M : Mutuelle, A : Société d'assurance, IP : Institution de prévoyance

Un déclarant = un numéro SIREN

Type OC	N° SIREN	NOM OC	CP	Assiette Totale	Nb moyen bénéf.	
					OC	N° SIREN
M	538 518 473	Harmonie Mutuelle	75015	2 033 314 811	116 856	85 796
M	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75015	1 430 308 228	10 451	8 324
A	310 499 959	AXA France vie	92727	1 324 390 161	16 165	28 270
IP	784 621 468	BTP prévoyance	75294	1 180 217 527	15 345	10 654
A	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	92682	920 350 453	12 703	21 277
IP	410 005 110	Humanis Prévoyance	75116	878 813 963	804	363
IP	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	75317	827 737 798	1 264	647
M	775 685 340	MG - Mutuelle générale	75634	786 503 129	9 198	10 119

Type OC	N° SIREN	NOM OC	CP	Assiette Totale	Nb moyen bénéf.	
					OC	N° SIREN
A	602 062 481	Generali vie	75009	700 798 782	0	4 726
IP	333 232 270	AG2R prévoyance	75680	652 233 476	0	1 217
A	542 110 291	Allianz IARD	75113	618 373 111	21 583	23 372
M	503 380 081	Mutuelle UNEO	92120	563 529 706	1 728	1 092
M	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	45213	541 819 434	6 325	4 690
M	311 799 878	Mutuelle ADREA	69003	518 361 569	24 394	20 244
M	331 542 142	MAAF santé	79030	454 593 521	57 286	31 902
M	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	84023	448 499 238	37 035	24 437
A	340 427 616	Groupama Gan Vie	92082	443 104 665	240	558
M	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	441 667 295	6 596	6 060
A	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	439 469 457	16 257	13 674
A	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75015	422 070 044	21 122	21 893
A	440 048 882	MMA IARD	72030	415 536 937	13 645	15 143
A	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	75423	396 064 891	0	6 468
IP	318 990 736	Uniprévoyance	94307	383 761 365	1	465
A	340 234 962	Allianz Vie	75002	348 848 554	0	0
M	779 558 501	MACIF mutualité	79037	324 810 115	17 570	26 251
M	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75317	304 698 907	719	1 717
M	775 627 391	Mutuelle Apreva	59306	288 169 147	11 140	14 145
IP	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	270 520 777	341	192
A	306 522 665	AVIVA assurances	92271	266 566 855	6 857	11 327
IP	341 403 178	IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	75012	266 506 055	43	0
M	382 565 745	Primamut	75680	243 997 894	0	4 125
M	775 688 658	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	75762	224 519 055	7 254	12 109
M	775 685 365	Mutuelle Intériale	31131	221 428 580	171	292
IP	321 862 500	APICIL prévoyance	69300	220 796 765	0	92
IP	341 334 795	Réunica prévoyance	92599	211 950 986	152	21
A	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	207 555 111	4 164	4 083
M	434 243 085	Mutuelle Ociane	33054	202 257 586	14 290	13 068
M	775 659 907	Mutuelle mieux-être	75544	199 470 506	599	2 405
M	775 671 993	Mutuelle bleue	77014	193 751 512	9 479	13 133
M	777 927 120	VIASANTE	19311	188 609 819	5 897	9 447
A	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	75009	188 136 766	1 363	3 258
M	783 711 997	Mutuelle Humanis Familiale	59024	185 597 920	4 966	5 852
M	499 982 098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	180 218 167	268	288
M	302 927 553	Mutuelle Micils	69300	179 813 558	1 813	1 806
A	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	31131	170 869 160	3 703	5 652
A	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69251	167 349 369	4 614	4 892
M	784 669 954	Mutuelle SMI	75374	165 675 097	3 734	5 887
M	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17034	161 725 392	4 460	20 691
A	542 063 797	GAN assurances IARD	75008	158 271 802	2 691	2 931
M	324 310 614	Groupe SMISO Mutuelle des cadres	75009	158 026 393	1 869	5 554

## 8 Budget du Fonds CMU

Données budgétaires en millions d'euros / Janvier 2014

	PRÉVISION									
	2010 (déf)	% évol	2011 (déf)	% évol	2012 (déf)	% évol	2013 (prev)	% évol	2014 (prev)	% évol
<b>RECETTES</b>										
<b>Dotation budgétaire de l'Etat (LFI)</b>										
Taxe alcool										
Taxe tabacs					42		346	-	347	0,29%
Taxe des organismes complémentaires	1 856	3,63%	1 940	4,53%	2 042	5,26%	2 103	3,00%	2 166	3,00%
<b>Dotation assurance maladie</b>										
<b>TOTAL RECETTES</b>	<b>1 856</b>	<b>3,63%</b>	<b>1 940</b>	<b>4,53%</b>	<b>2 084</b>	<b>7,42%</b>	<b>2 449</b>	<b>17,53%</b>	<b>2 513</b>	<b>2,62%</b>
<b>DÉPENSES</b>										
Versements aux régimes de base	1 343	-0,22%	1 370	2,01%	1 402	2,34%	1 589	13,34%	1 744	9,75%
Déductions CMU-C	244	6,09%	251	2,87%	258	2,79%	264	2,33%	290	9,85%
Déductions ACS	139	24,11%	157	12,95%	195	24,20%	233	19,49%	313	34,33%
Total déductions organismes complémentaires	383	11,99%	408	6,53%	453	11,03%	497	9,71%	603	21,33%
Provisions et écritures de clôture			35		24	-31,43%	20	-16,67%	20	0,00%
Reversement CNAMTS	101	21,69%					342		145	-57,60%
Gestion administrative	1		1		1		1		1	
<b>TOTAL DÉPENSES</b>	<b>1 828</b>	<b>3,16%</b>	<b>1 814</b>	<b>-0,77%</b>	<b>1 880</b>	<b>3,64%</b>	<b>2 449</b>	<b>30,27%</b>	<b>2 513</b>	<b>2,61%</b>
<b>Rectification par rapport aux comptes (a)</b>										
<b>RESULTAT DE L'ANNEE (après transfert CNAMTS)</b>	<b>28</b>		<b>126</b>		<b>204</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	
<b>RESULTAT CUMULE (après transfert CNAMTS)</b>	<b>129</b>		<b>126</b>		<b>204</b>		<b>204</b>		<b>204</b>	
Pour information : reversement CNAMTS			129		126					

Évolution ACS : 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).

A 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.

## 9 Montants des plafonds de ressources et des minima sociaux

### 9.1. PLAFONDS MENSUELS DE RESSOURCES POUR L'ATTRIBUTION DE LA CMU-C ET DE L'ACS

➤ Au 1<sup>er</sup> juillet 2013

Les plafonds pour la CMU-C et l'ACS sont revalorisés au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année. Les montants indiqués ci-dessous tiennent compte, en sus de la revalorisation indexée sur l'inflation (+1,3 %), de la revalorisation du plafond de la CMU-C prévue dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (+ 7,00 %).

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Par personne supplémentaire
<b>Plafonds CMU-C en Métropole</b>	716 €	1 074 €	1 289 €	1 504 €	+ 286,432 €
<b>Plafonds CMU-C dans les DOM</b>	797 €	1 196 €	1 435 €	1 674 €	+ 318,799 €
<b>Plafonds ACS en Métropole</b>	967 €	1 450 €	1 740 €	2 030 €	+ 386,683 €
<b>Plafonds ACS dans les DOM</b>	1 076 €	1 614 €	1 937 €	2 259 €	+ 430,378 €

Source : Fonds CMU

### 9.2. MONTANTS MENSUELS DES FORFAITS LOGEMENT

➤ Montants applicables en 2014

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 à leurs ressources. Ce montant varie selon la composition familiale. Il est révisé chaque année et doit être déterminé pour chaque mois de la période de référence (les montants mensuels 2013 s'appliquent pour les mois de la période de référence situés en 2013, les montants mensuels 2014 s'appliquent pour les mois de la période de référence situés en 2014).

	Propriétaire ou occupant à titre gratuit		Bénéficiaire d'une aide au logement		
	Montants mensuels pour 2013	Montants mensuels pour 2014	Montants mensuels pour 2013	Montants mensuels pour 2014	
<b>1 personne</b>	12 % du RSA* socle 1 personne, soit 57,99 euros <sup>(1)</sup> 59,15 euros <sup>(2)</sup>	12 % du RSA* socle pour 1 personne 59,92 €	12 % du RSA* socle 1 personne, soit 57,99 euros <sup>(1)</sup> 59,15 euros <sup>(2)</sup>	12 % du RSA* socle pour 1 personne 59,92 €	<p>(1) : montant du forfait logement du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 août 2013</p> <p>(2) : montant du forfait logement du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2013</p> <p>Les personnes ayant à leur disposition un logement pour lequel elles ne s'acquittent pas d'un loyer (propriétaire, personne logée gracieusement) ou bénéficiant d'une aide au logement, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce montant varie selon la composition familiale. Il est révisé chaque année et doit être déterminé pour chaque mois de la période de référence.</p>
	<b>2 personnes</b>	14 % du RSA* socle 2 personnes, soit 101,48 euros <sup>(1)</sup> 103,51 euros <sup>(2)</sup>	14 % du RSA* socle pour 2 personnes 104,86 €	16 % du RSA* socle 2 personnes, soit 115,98 euros <sup>(1)</sup> 118,30 euros <sup>(2)</sup>	
<b>3 personnes ou +</b>		14 % du RSA* socle 3 personnes, soit 121,78 euros <sup>(1)</sup> 124,21 euros <sup>(2)</sup>	14 % du RSA* socle pour 3 personnes 125,83 €	16,5 % du RSA* socle 3 personnes, soit 143,52 euros <sup>(1)</sup> 146,39 euros <sup>(2)</sup>	

\* 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).

### 9.3. PLAFONDS ANNUELS CMU DE BASE

Les plafonds pour la CMU-B s'appliquent du 1<sup>er</sup> octobre de l'année N au 30 septembre de l'année N+1.

Année	2004	2005	2006	2007	2008
<b>CMU de base</b>	6 849 €	6 965 €	7 083 €	8 644 €	8 774 €

Année	2009	2010	2011	2012	2013
<b>CMU de base</b>	9 020 €	9 029 €	9 164 €	9 356 €	9 534 €

Source : Fonds CMU

### 9.4. MONTANT DES FORFAITS CMU-C, PAR BÉNÉFICIAIRE

Montants annuels versés par bénéficiaire de la CMU-C aux organismes gestionnaires de la part complémentaire CMU (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
<b>Remboursement</b>	Forfait					Dépense réelle dans la limite du forfait	
<b>Montant</b>	283,00 €	300,00 €	307,52 €	340,00 €	370,00 €	<b>400,00 €</b>	<b>405,00 €</b>

Source : Fonds CMU

### 9.5. MONTANT ANNUEL DE L'ACS, PAR BÉNÉFICIAIRE

► Historique des montants annuels de l'ACS

Date d'application	moins de 16 ans	de 16 à 24 ans	de 25 à 49 ans	de 50 à 59 ans	à partir de 60 ans	Source législative (art. L.863-1 du CSS)
<b>01/01/2005</b>	75 €	75 €	150 €	150 €	250 €	L 2004-810 du 13/08/2004, art. 56-I-A
<b>01/01/2006</b>	100 €	100 €	200 €	200 €	400 €	LFSS 2006, art. 53-II
<b>01/08/2009</b>	100 €	100 €	200 €	350 €	500 €	L 2009-879 du 21/07/2009, art.58
<b>01/01/2010</b>	100 €	200 €	200 €	350 €	500 €	LFI 2010, art.133
<b>01/01/2014</b>	100 €	200 €	200 €	350 €	550 €	LFSS 2014, art 56

Source : Fonds CMU

## 9.6. MONTANT DES MINIMA SOCIAUX

➤ Au 1<sup>er</sup> janvier 2014

Montants mensuels

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Personne supplémentaire
<b>RSA</b> (Revenu de solidarité active) <b>socle</b>	499,31 €	748,97 €	898,76 €	1 098,48 €	199,72 €
<b>AAH</b> (Allocation Adulte Handicapé)	790,18 €				
<b>AAH + FL</b> (Forfait logement*)	850,10 €				
<b>AAH + MVA</b> (Majoration Vie Autonome**) + <b>FL</b>	954,87 €				
<b>AAH + CPLT de ressources*** + FL</b>	1 029,41 €				
<b>ASS (Allocation de solidarité spécifique)</b>	491,35 €				
<b>ASPA</b> (Allocation de solidarité aux personnes âgées)	787,27 €	1 222,27 €			
<b>ASPA + FL</b>	847,18 €	1 342,11 €			
<b>SMIC net au 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour 35 heures</b> (montant moyen à titre indicatif)	1 128,00 €				

\* Forfait logement : Applicable aux personnes propriétaires de leur logement, hébergées à titre gratuit ou bénéficiaires d'une allocation logement

\*\* Majoration pour vie autonome : Supplément versé aux bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas et disposant d'un logement autonome pour lequel ils perçoivent une aide au logement : 104,77 €

\*\*\* Complément de ressources : Versé aux bénéficiaires de l'AAH ayant une capacité de travail inférieure à 5 % et disposant d'un logement autonome : 179,31 €

## 9.7. COMPARATIFS 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 2011, 2012 et 2013 est calculé sur la base du dernier Seuil de pauvreté connu (2011).

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>CMU-C</b>	<b>Annuel</b>	7 272 €	7 447 €	7 521 €	7 611 €	7 771 €	7 934 €	8 593 €
	<b>Mensuel</b>	606 €	621 €	627 €	634 €	648 €	661 €	716 €
<b>Seuil de pauvreté en € courants à 60 % du revenu médian</b>	<b>Annuel</b>	10 896 €	11 388 €	11 448 €	11 484 €	11 724 €	11 724 €	11 724 €
	<b>Mensuel</b>	908 €	949 €	954 €	957 €	977 €	ND	ND
<b>Taux d'évolution du plafond CMU-C</b>		1,3%	2,4%	1,0%	1,2%	2,1%	2,1%	8,3%
<b>Taux d'évolution du seuil de pauvreté 60%</b>		3,7%	4,5%	0,5%	0,3%	2,1%	ND	ND
<b>Rapport Plafond CMU-C Seuil Pauvreté 60%</b>		66,7%	65,4%	65,7	66,3%	66,3%	67,7%*	73,3%*

Sources : Fonds CMU, INSEE

\* Calcul en référence au seuil de pauvreté 2011



		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ACS	Annuel	8 727 €	8 936 €	9 025 €	9 590 €	9 792 €	10 711 €	11 600 €
	Mensuel	727 €	745 €	752 €	799 €	816 €	893 €	967 €
Seuil de pauvreté en € courants à 60 % du revenu médian	Annuel	10 896 €	11 388 €	11 448 €	11 484 €	11 724 €	11 724 €	11 724 €
	Mensuel	908 €	949 €	954 €	957 €	977 €	ND	ND
Taux d'évolution du plafond ACS		5,7%	2,4%	1,0%	6,3%	2,1%	9,4%	8,3%
Taux d'évolution du seuil de pauvreté 60%		3,7%	4,5%	0,5%	0,3%	2,1%	ND	ND
Rapport Plafond ACS Seuil Pauvreté 60%		80,1%	78,5%	78,8%	83,5%	83,5%*	91,4%*	98,9%*

Sources : Fonds CMU, INSEE

\* Calcul en référence au seuil de pauvreté 2011

## 10 Évolutions législatives et réglementaires

Le tableau ci-dessous fait la synthèse des principaux textes concernant la CMU de base, la CMU complémentaire et l'Aide complémentaire santé, pour l'ensemble de l'année 2013 et, pour 2014, les textes parus à la date de publication du présent annuaire.

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2013	Loi n° 2012-1404	De financement de la Sécurité Sociale pour 2013 Article 22 : Modifie les modalités de remboursement des organismes gestionnaires Article 24 : Modifie les recettes du Fonds (suppression de la dotation budgétaire d'équilibre de l'État et allocation d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs)	Parlement	17/12/2012	18/12/2012 JORF n° 0294
01/01/2013	Arrêté	Portant modification de l'arrêté du 27 avril 2001 fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé	Ministère des affaires sociales et de la santé	08/03/2013	19/03/2013 JORF n° 0066
01/01/2013	Décision	Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2013	Fonds CMU	07/01/2012	15/03/2012 BO Santé protection sociale solidarité n°2
01/01/2013	Arrêté	Portant modification de l'arrêté du 27 avril 2001 fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé	Ministère des affaires sociales et de la santé Ministère de l'économie et des finances	08/03/2013	19/03/2013 JORF n° 0066

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/07/2013	Décret n° 2013-507	Relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Ministère des affaires sociales et de la santé	17/06/2013	18/06/2013 JORF n° 0139
19/09/2013	Décret n° 2013-827	Relatif aux obligations des organismes gestionnaires de la CMU et portant diverses disposition en matière de protection sociale	Ministère des affaires sociales et de la santé	16/09/2013	18/09/2013 JORF n° 0217
19/09/2013	Décret n° 2013-829	Relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire	Ministère des affaires sociales et de la santé	16/09/2013	18/09/2013 JORF n° 0217
25/09/2013	Circulaire DSS/SD5B/2013-344	Relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire	Ministère des affaires sociales et de la santé Ministère de l'économie et des finances	25/09/2013	www.circulaires.legifrancegouv.fr
01/10/2013	Arrêté	Fixant le plafond de revenu applicable pour la cotisation sociale due au titre de la CMU de base en application de l'article D.380-4 du code de la sécurité sociale	Ministère des affaires sociales et de la santé	02/09/2013	10/09/2013 JORF n° 0210
30/12/2013	Décret	Portant modification des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès	Ministère des affaires sociales et de la santé	27/12/2013	29/12/2013 JORF n° 0302
01/01/2014	Décret	Portant revalorisation du revenu de solidarité active (forfait logement)	Ministère des affaires sociales et de la santé	27/12/2013	29/12/2013 JORF n° 0302
01/01/2014	Loi	De financement de la sécurité sociale pour 2014 article 4 : institue une participation aux modes 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 sélections 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	Parlement	23/12/2013	24/12/2013 JRF n° 0298
01/01/2014	Loi	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 €	Parlement	29/12/2013	30/12/2013 JORF n° 0303

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2014	Décision	Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2014	Fonds CMU	08/01/2014	15/02/2014 BO Santé protection sociale solidarité n°1
01/01/2014	Arrêté	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 €)	Ministère des affaires sociales et de la santé Ministère délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	13/02/2014	27/02/2014 JORF n° 0049



**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](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr)

**[www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)**