



# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2012

---

Fonds de financement de la protection  
complémentaire de la couverture  
universelle du risque maladie

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS

☎ 01 58 10 11 90 📠 01 58 10 11 99

[www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

[accueil@fonds-cmu.gouv.fr](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr)

L'ensemble des thèmes abordés dans ce rapport, des données statistiques plus détaillées ainsi que les documents auxquels il est fait référence, sont disponibles sur le site du Fonds CMU :

[www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

**Qu'est ce que la CMU ?**  
C'est la Couverture Maladie Universelle.  
Le droit pour tous d'accéder à une prise en charge de ses soins.  
Vous êtes ici sur le site du Fonds CMU,  
le fonds de financement de la CMU Complémentaire et de l'Aide pour une complémentaire santé  
[Lire la suite](#)

Recherche:  OK

Présentation des dispositifs d'aide | Démarches et formulaires | Législation et réglementation | Rapports et études | Espace partenaires | A propos du Fonds CMU

**Vous êtes demandeur ou bénéficiaire**  
Vous recherchez une information pratique et directement accessible.  
[Cliquez ici pour tout savoir sur vos droits et vous permettre d'en bénéficier.](#)

**Vous êtes un organisme complémentaire**  
Vous avez des questions concernant la CMU-C ou l'ACS ? Ou bien concernant la taxe de solidarité additionnelle ?  
[Cliquez ici pour accéder à votre espace.](#)

**Vous êtes une caisse d'assurance maladie**  
Vous avez des questions concernant l'instruction d'un dossier ?  
[Cliquez ici pour accéder à votre espace.](#)

**Vous êtes une association**  
Informez-vous sur les dispositifs d'aide pour mieux en parler ensuite.  
[Cliquez ici pour accéder à votre espace.](#)

**À la Une**  
**Vous avez du mal à faire face à vos dépenses de santé ?**  
Allimentation + Electricité + Loyer + Charges  
**Santé ?**  
L'ACS : une aide pour financer votre complémentaire santé  
[Lire la suite](#)  
La mise en place d'un simulateur de droits à la CMU-C ou à l'ACS sur [ameil.fr](http://ameil.fr)  
[Lire la suite](#)

3 clés pour bien choisir sa complémentaire santé  
[Lire la suite](#)

[TOUTES LES ACTUALITÉS](#)

Présentation des dispositifs d'aide  
Démarches et formulaires  
Législation et réglementation  
Rapports et études  
Espace partenaires  
A propos du Fonds  
Nous contacter

Formulaires  
Plafonds  
Agenda du Fonds  
Actualités  
Accessibilité  
Plan du site  
Mentions Légales

SITES PARTENAIRES  
[www.ameil.fr](http://www.ameil.fr)  
[www.ssi.fr](http://www.ssi.fr)  
[www.msa.fr](http://www.msa.fr)  
[www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)  
[www.cleiss.fr](http://www.cleiss.fr)  
[www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)  
[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

ESPACE PRESSE

# SOMMAIRE

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SOMMAIRE</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>AVANT PROPOS</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>1. L'accès aux soins des populations précaires dans un contexte de crise économique qui perdure</b> .....          | <b>9</b>  |
| <b>1.1. Les effets visibles de la crise sur les effectifs de la CMU-C</b> .....                                       | <b>9</b>  |
| 1.1.1. Une progression lente et régulière .....   | 10        |
| 1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C .....   | 10        |
| 1.1.3. La santé des bénéficiaires de la CMU-C .....   | 19        |
| <b>1.2. Les actions mises en place pour favoriser l'accès à l'ACS</b> .....   | <b>24</b> |
| 1.2.1. La revalorisation sensible du plafond de ressources de l'ACS .....   | 24        |
| 1.2.2. Le rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2011 .....                                     | 30        |
| 1.2.3. La création d'un label ACS .....   | 33        |
| 1.2.4. L'étude sur les données comparatives ACS et CMU-C .....  | 36        |
| <b>1.3. La légère reprise à la hausse des effectifs de la CMU de base</b> .....                                       | <b>42</b> |
| 1.3.1. Une évolution lente et contrastée .....  | 42        |
| 1.3.2. L'approche par département .....   | 43        |
| 1.3.3. L'approche par régime d'attribution .....  | 45        |
| 1.3.4. Le recours à la CMU-C des assurés affiliés au régime 806 .....   | 48        |
| <b>2. Les dépenses restent contenues malgré un contexte économique peu favorable</b> .....                            | <b>51</b> |
| <b>2.1. L'évolution modérée des dépenses de CMU-C</b> .....   | <b>51</b> |
| 2.1.1. Le montant des dépenses globales .....   | 51        |
| 2.1.2. L'évolution du coût moyen par régime .....   | 54        |
| 2.1.3. Focus sur les dépenses des bénéficiaires du régime général .....   | 56        |
| 2.1.4. Les travaux préparatoires dans le cadre des nouvelles modalités de prise en charge des dépenses de CMU-C ..... | 63        |
| <b>2.2. Les dépenses de l'ACS progressent au même rythme que le nombre d'utilisateurs</b> .....                       | <b>64</b> |
| 2.2.1. Un coût global qui demeure plus faible que celui de la CMU-C .....   | 64        |
| 2.2.2. La dépense moyenne par bénéficiaire .....  | 65        |
| <b>3. Les comptes du Fonds CMU</b> .....  | <b>66</b> |
| <b>3.1. Une évolution du chiffre d'affaires des OC supérieure aux attentes</b> .....                                  | <b>66</b> |
| 3.1.1. Une évolution sensiblement supérieure aux prévisions .....   | 66        |
| 3.1.2. Le contrôle et le suivi du chiffre d'affaires .....  | 69        |
| 3.1.3. Les OC cotisants au Fonds CMU .....  | 71        |
| <b>3.2. Le résultat des comptes du Fonds CMU</b> .....  | <b>74</b> |

|  |            |
|--|------------|
| 3.2.1. Un résultat toujours excédentaire .....   | 74         |
| 3.2.2. Une trésorerie insuffisante.....  | 76         |
| <b>4. Les activités du Fonds CMU .....</b>   | <b>79</b>  |
| 4.1. La Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ..... | 79         |
| 4.2. La communication du Fonds CMU .....   | 80         |
| 4.2.1. Un évènement majeur : la refonte du site internet .....                             | 80         |
| 4.2.2. Références CMU, la lettre d'information du Fonds CMU.....                           | 81         |
| 4.2.3. Les autres supports de communication.....   | 82         |
| 4.3. Les indicateurs du programme 183 de la LOLF et les indicateurs PQE... 82              |            |
| 4.3.1. Les indicateurs de la Loi de finances .....   | 82         |
| 4.3.2. Les indicateurs du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale .....        | 84         |
| 4.4. La liste des organismes gérant la CMU-C.....  | 85         |
| 4.5. Les refus de soins .....  | 86         |
| 4.6. Le contrôle des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS .....                           | 88         |
| 4.7. Les études du Fonds CMU.....  | 90         |
| 4.7.1. Le partenariat avec les CCAS .....  | 90         |
| 4.7.2. Les restes à charge et la révision du panier de soins CMU-C.....                    | 90         |
| 4.7.3. La satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C.....                                  | 91         |
| 4.7.4. Les effets d'une complémentaire santé sur l'accès aux soins .....                   | 92         |
| 4.8. La poursuite du partenariat avec les associations .....                               | 94         |
| <b>GLOSSAIRE .....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>ANNEXES .....</b>   | <b>96</b>  |
| <b>ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU.....</b>   | <b>97</b>  |
| <b>ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS .....</b>                                 | <b>99</b>  |
| <b>ANNEXE 3 : PRINCIPAUX TEXTES 2012 RELATIFS AU FONDS CMU, À LA CMU ET À L'ACS.....</b>   | <b>104</b> |
| <b>ANNEXE 4 : CONSEIL D'ADMINISTRATION .....</b>   | <b>108</b> |
| <b>ANNEXE 5 : CONSEIL DE SURVEILLANCE .....</b>  | <b>110</b> |
| <b>ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU .....</b>  | <b>112</b> |



## AVANT PROPOS

---

Beaucoup de dossiers et d'évènements sont venus impacter le Fonds CMU en 2012.

Il n'est pas dans mon propos de dresser une longue liste énumérative et exhaustive des multiples tâches dont nous avons eu la charge en cours de l'année écoulée.

Je m'en voudrais si je dérogeais à la tradition en commençant cet avant-propos par un grand remerciement pour les 9,1 agents qui travaillent au Fonds CMU. La charge de travail par agent est très lourde. Personne n'a ménagé sa peine. Les nombreux rapports, dont le législateur nous a confié la production, ont tous été remis en temps et en heure.

Je souhaite associer à ces remerciements tous nos partenaires. Je vise ici aussi bien les administrations de l'État que les organismes de Sécurité Sociale, les organismes d'assurance maladie complémentaires, les associations œuvrant dans le domaine médico-caritatif.

Les élections nationales du printemps 2012 ont conduit au changement de présidence de notre Conseil de surveillance. Jean-Marie Rolland a présidé pendant deux mandatures soit au total 10 ans les destinées de cette instance. Je salue le travail qu'il a accompli et le soutien qu'il nous a apporté. C'est Gérard Bapt, Député de la Haute-Garonne qui lui a succédé. C'est avec plaisir que nous avons accueilli un spécialiste aussi éminent de la protection sociale; il est entre autres, rapporteur du PLFSS devant l'Assemblée nationale.

Gérard Bapt a présidé son premier conseil de surveillance le 20 décembre 2012.

J'aborde maintenant les grands dossiers de l'année 2012. Il ne faut chercher dans cette liste aucun classement, ni par importance, ni par chronologie, ni par charge de travail.

Le premier sujet que je souhaite évoquer est celui de l'application de l'article 55 de la LFSS pour 2012, ou plutôt de sa non mise en œuvre. Cette disposition concerne la labellisation des contrats ACS avec un objectif : organiser la mise en place, pour les bénéficiaires de l'ACS, de contrats complémentaires santé offrant les meilleurs garanties aux meilleurs prix.

Dès lors que le rapport prix/contenu, produit chaque année par le Fonds CMU en application de la loi du 13 août 2004, fait apparaître que les utilisateurs du « chèque santé » optent pour des contrats bas de gamme (catégorie D), il était naturel de les aider à obtenir des contrats de niveau supérieur.

Dès le début de l'année 2012, nous avons travaillé sur cette question. L'article 55 de la LFSS prévoyait une convention tripartite pour la labellisation entre l'Etat, le Fonds CMU et l'UNOCAM. Sans vouloir porter quelque jugement que ce soit, force est de constater que l'UNOCAM n'a pas véritablement manifesté une volonté déterminée dans cette direction. La convention tripartite n'a jamais vu le jour.

Le Fonds CMU a toutefois travaillé toute l'année sur ce domaine. Nous avons construit avec l'aide d'un cabinet d'actuaire conseil, un exemple, et ce n'est qu'un exemple, de contrat apportant de bonnes garanties. Nous l'avons tarifé pour mesurer ce que pourrait être un prix abordable avec un reste à charge modéré sur l'achat du contrat après déduction de l'ACS.

Plusieurs initiatives individuelles ont conduit à des contrats, proposés à des bénéficiaires de l'ACS. Je voudrais tout particulièrement saluer celle d'un groupe de 4 importantes mutuelles : Adréa Mutuelle, Mutuelle Apréva, Eovi Mutuelle et Harmonie. Le contrat qu'ils ont construit pour le proposer aux bénéficiaires de l'ACS est à l'évidence labellisable. J'ai reçu les présidents de ces 4 mutuelles. Je tiens à leur renouveler nos remerciements dans ce rapport d'activité.

Je traiterai un second sujet qui va déborder sur l'année 2013 et les années suivantes. Il s'agit de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté qui s'est tenue dans les locaux du conseil économique et social environnemental (CESE) les 10 et 11 décembre 2012.

Le Fonds CMU a été fortement impliqué dans la perspective de cette conférence et dans les 7 groupes de travail qui ont conduit à autant de rapports présentés à la séance plénière, que Monsieur Jean-Marc Ayrault, Premier ministre, est venu conclure.

Cette conclusion s'est assortie d'annonces en direction de nos concitoyens les plus défavorisés. Une de ces annonces impacte directement le Fonds CMU. Il s'agit du relèvement supplémentaire (par rapport à l'inflation) du plafond de ressources de la CMU-C et par voie de conséquence du plafond de l'ACS, de manière à y faire entrer 750 000 nouveaux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Cette mesure entrera en vigueur en 2013.

S'agissant des plafonds de ressources, l'année 2012 a vu le relèvement au 1<sup>er</sup> janvier 2012 du plafond de ressources de l'ACS qui est passé de + 26 % au-dessus du plafond CMU-C, à + 35 %. Nous avons prévu une augmentation de 30 % des bénéficiaires de l'ACS. Les faits nous ont donné raison.

C'est ainsi qu'au 31 décembre 2012, le nombre d'attestations ACS délivrées par les caisses des régimes de base d'assurance maladie a franchi, pour la première fois, le seuil hautement symbolique du million.

L'annonce faite par le Premier Ministre à la Conférence pauvreté devrait porter le plafond de ressources de l'ACS au niveau du seuil de pauvreté (60 % du revenu médian). Cette annonce doit être saluée car elle montre à quel point l'accès aux soins de la part la plus pauvre de la population constitue un enjeu majeur.

Le troisième point que je souhaite aborder est la refonte du site internet du Fonds CMU. Avec l'aide d'une société de service obtenue sur appel d'offres, nous avons sans doute connu une des tâches les plus lourdes de l'année 2012. Le 17 septembre 2012, la bascule sur le nouveau site s'est effectuée.

Je ne peux être que pleinement satisfait des très nombreuses félicitations qui nous ont été adressées par les utilisateurs du nouveau site. Nos lourds efforts ont été récompensés et le Fonds CMU, se voulant au service de tous les bénéficiaires et de tous les acteurs a conçu un espace aussi efficace que convivial.

Bien d'autres tâches sont venues peser sur la petite équipe du Fonds CMU. Je ne rallongerai pas cet avant-propos en fournissant une longue énumération. Je me contenterai de dire ici que le Fonds CMU a su acquérir, au fil des années, une réputation et une notoriété qui n'est pas contestée.

Le Fonds CMU est devenu une inévitable référence dans deux domaines : celui de l'accès aux soins des plus pauvres et celui des complémentaires santé.

Bien sûr, une telle constatation ne peut que me satisfaire pleinement et me donner le sentiment du devoir accompli. Devoir que j'ai accompli comme Directeur du Fonds CMU jusqu'au 5 octobre 2012, date de mon 65<sup>ème</sup> anniversaire où le couperet fatal de la limite d'âge s'est abattu sur moi. Mais si je signe encore cet avant-propos c'est que le conseil d'administration du Fonds CMU a bien voulu me nommer Président d'honneur.

Jean-François CHADELAT  
Président d'honneur du Fonds CMU



## 1. L'ACCES AUX SOINS DES POPULATIONS PRECAIRES DANS UN CONTEXTE DE CRISE ECONOMIQUE QUI PERDURE

Avant de s'intéresser au bilan de l'année 2012 pour chacun des dispositifs, il est important de rappeler en propos introductifs les derniers chiffres clés relatifs aux populations cibles desquels découlent les calculs des taux de recours et de non recours.

En juillet 2011, la DREES avait publié des chiffres qui estimait le nombre de personnes éligibles à la CMU-C à 4,6 millions de personnes, et le nombre de personnes éligibles à l'ACS (plafond CMU-C + 35 %) à 4,8 millions de personnes (en 2009, ménages ordinaires de France métropolitaine).

A la demande du Fonds CMU, des travaux ont été mis en œuvre par la DREES, en 2012, pour réviser ces données. A cette occasion, la DREES a revu ses méthodes de calcul, pour tenir compte d'améliorations méthodologiques apportées au programme d'estimation de la population éligible à la CMU-C et à l'ACS et par la refonte générale du modèle INES<sup>1</sup> en 2011 (réintégration des allocataires du RSA socle à la CMU-C).

Du fait d'un grand nombre de personnes autour des plafonds d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS, toute modification apportée au modèle a un impact non négligeable sur l'estimation de la population cible de ces deux dispositifs. Cela a conduit la DREES à présenter désormais la population cible et les taux de non recours sous la forme d'intervalles<sup>2</sup>.

Les nouvelles estimations fournies donnent pour la même année 2009, en métropole, un nombre de personnes éligibles à la CMU-C très proche de la cible précédemment calculée : entre 4,3 et 5,1 millions de personnes. En revanche la population cible ACS (plafond CMU-C + 35 %) a été fortement revue à la baisse : entre 2,6 et 3,7 millions de personnes.

### 1.1. Les effets visibles de la crise sur les effectifs de la CMU-C

En tenant compte de la dernière estimation de la DREES, soit une médiane de 4,7 millions de personnes potentiellement éligibles au dispositif, et sur la base de 4 millions de bénéficiaires de la CMU-C en métropole fin 2012, le taux de recours est évalué à 85 % (intervalle entre 76 et 90 % selon la DREES), soit un taux de non recours de 15 %. Ce chiffre devrait toutefois évoluer, avec l'élargissement de la population cible consécutive à la mesure de relèvement du plafond de la CMU-C de + 7 % en 2013, annoncée à l'issue de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Même si ce taux de non recours reste très inférieur à celui de l'ACS, le Fonds CMU reste attentif à l'évolution des effectifs et des dépenses dans un contexte de crise économique peu favorable.

---

<sup>1</sup> Le modèle de microsimulation INES est actuellement développé conjointement par l'INSEE et la DREES. Il est fondé sur l'enquête Revenus Fiscaux de l'INSEE. Il s'agit d'une opération annuelle d'appariement statistique entre les données de l'enquête Emploi, décrivant la situation familiale et professionnelle des ménages, et les fichiers fiscaux de la Direction générale des impôts, qui constituent une source très détaillée.

<sup>2</sup> L'estimation se situe désormais à l'intérieur d'une fourchette entre une hypothèse basse et une hypothèse haute.

### 1.1.1. Une progression lente et régulière

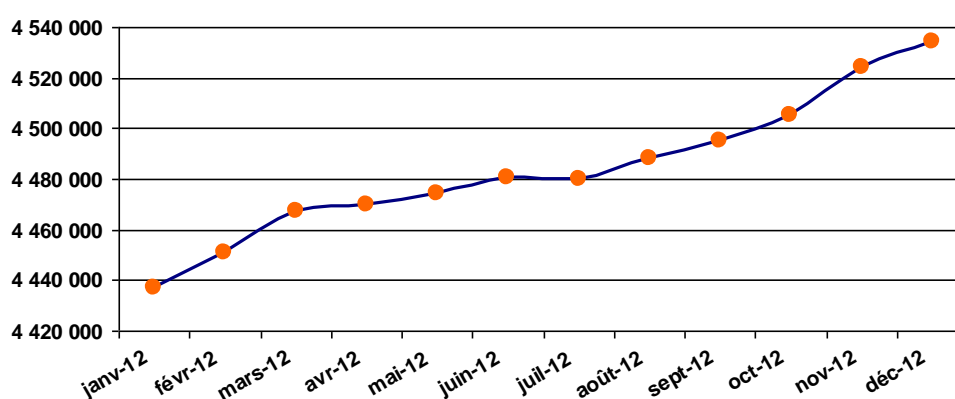
Tous régimes confondus, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à plus de 4,5 millions fin 2012, dont près de 4,1 millions au régime général. La progression a été lente mais régulière au cours de l'année 2012 : + 2,6 % pour l'ensemble des régimes. Cette progression ne porte toutefois que sur la métropole, les Dom étant stables sur l'ensemble de l'année, voire en légère régression sur le deuxième semestre.

*Effectifs et évolutions des bénéficiaires de la CMU-C à fin décembre 2012*

| Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2012 |           |         |           |
|---|-----------|---------|-----------|
| Régime d'attribution  | Métropole | DOM     | Total     |
| Régime général  | 3 555 581 | 534 080 | 4 089 661 |
| Évolution sur 6 mois  | 1,2%      | -0,6%   | 1,0%      |
| Évolution sur un an   | 2,5%      | 0,0%    | 2,2%      |
| Tous régimes *  | 3 967 175 | 567 132 | 4 534 307 |
| Évolution sur 6 mois  | 1,5%      | -0,7%   | 1,2%      |
| Évolution sur un an   | 2,9%      | 0,2%    | 2,6%      |

\* Données estimées. Sources : tous régimes

*Évolution des effectifs CMU-C, de janvier à décembre 2012, tous régimes, métropole et Dom*



Données estimées. Sources : tous régimes

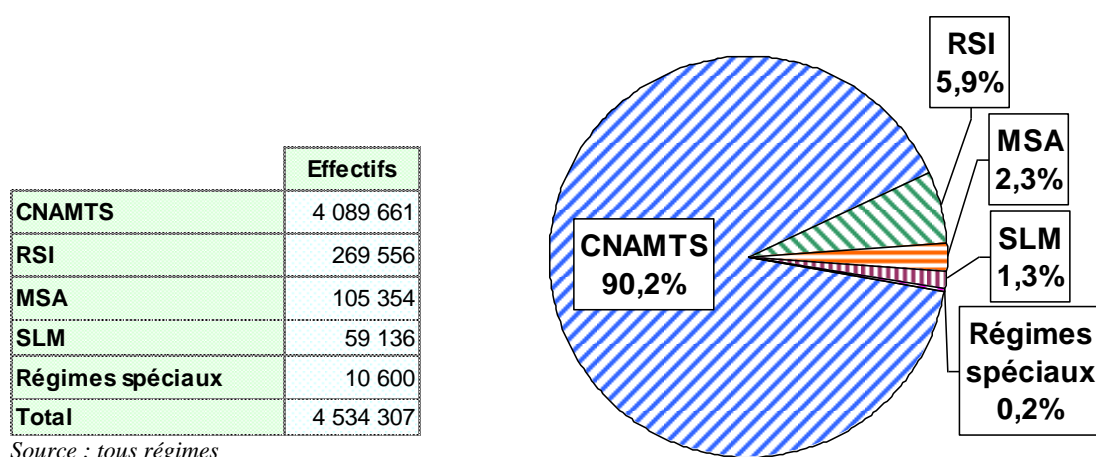
Compte tenu de la conjoncture économique difficile des dernières années et de la courbe du chômage qui ne cesse de croître, les effectifs de la CMU-C devraient continuer leur progression en 2013.

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

#### 1.1.2.1. 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, estimés au 31 décembre 2011



Source : tous régimes

Les taux d'évolution entre 2011 et 2012 (au 31 décembre de chaque année) sont contrastés : + 2,2 % pour le régime général, + 12,0 % pour le RSI, - 4,1 % pour la CCMSA et + 2,5 % pour les régimes spéciaux et les SLM.

Évolution des effectifs par régime, métropole et Dom, entre fin 2011 et fin 2012

| Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 décembre 2011 au 31 décembre 2012 * |              |              |              |              |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Régime d'attribution  | Métropole    | DOM          | Total        | Dont OC      |
| Régime général  | +2,5%        | +0,0%        | +2,2%        | +0,4%        |
| Régime social des indépendants  | +12,0%       | +12,7%       | +12,0%       | +3,0%        |
| Régime agricole   | -3,9%        | -5,8%        | -4,1%        | -5,4%        |
| Autres régimes et SLM   | +2,4%        | +3,0%        | +2,5%        | -0,5%        |
| <b>Total</b>  | <b>+2,9%</b> | <b>+0,2%</b> | <b>+2,6%</b> | <b>+0,4%</b> |

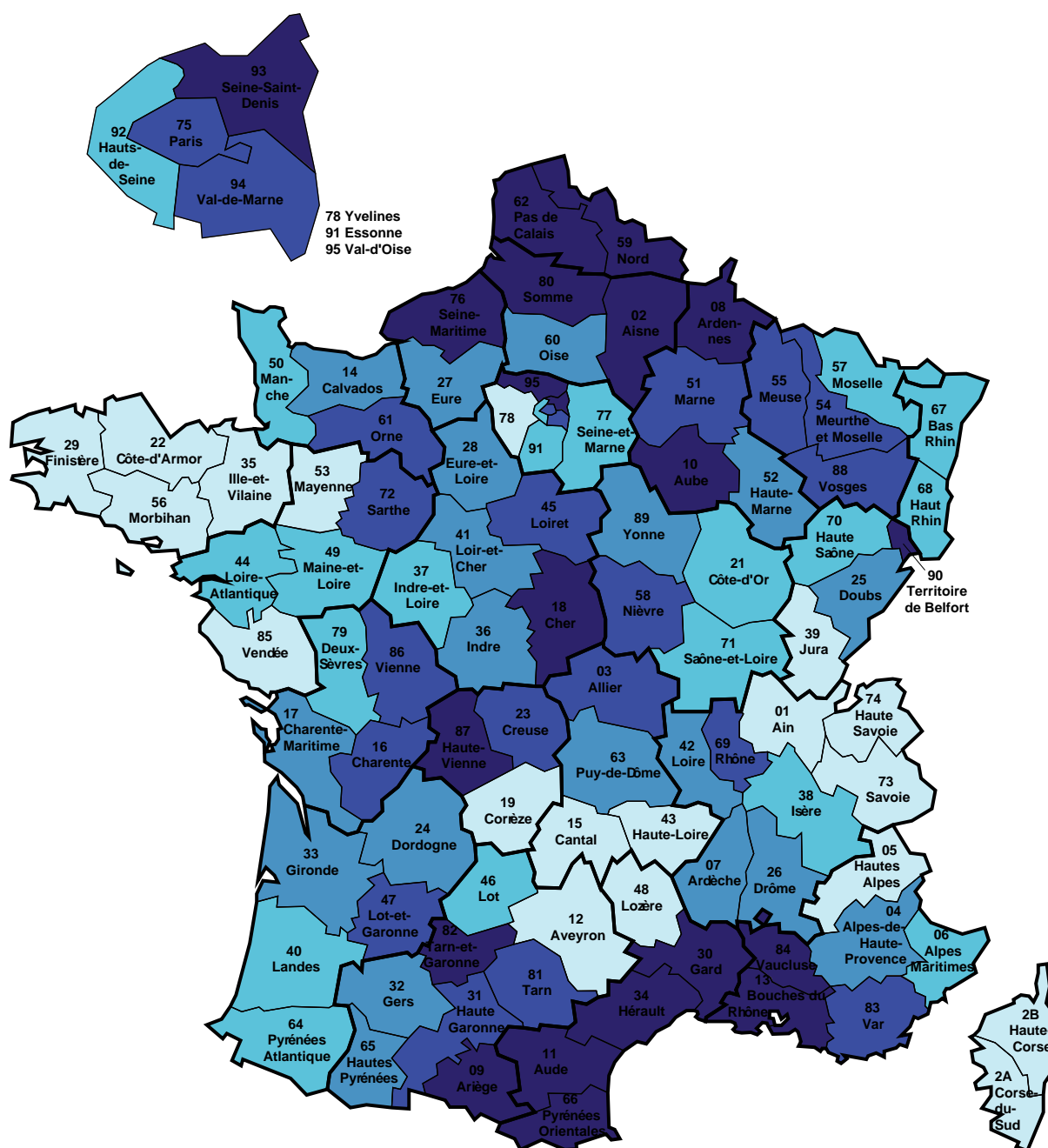
Source : tous régimes

### 1.1.2.2. Répartition par département

En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 6,1 % de la population pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) et 29,8 % 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.

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 2012



| Couleur         | Pourcentage population |          | Nombre    | Pourcent Effectifs |
|-----------------|------------------------|----------|-----------|--------------------|
| Dark Blue       | >= 6,6%                | <= 11,9% | 20        | 38,6%              |
| Dark Blue       | >= 5,8%                | < 6,6%   | 19        | 21,3%              |
| Medium Blue     | >= 5,0%                | < 5,8%   | 19        | 13,3%              |
| Light Blue      | >= 4,3%                | < 5,0%   | 19        | 18,5%              |
| Very Light Blue | >= 2,3%                | < 4,3%   | 19        | 8,3%               |
|                 |                        |          | <b>96</b> | <b>100,0%</b>      |

Outil carte : Philcarto

En métropole, cinq départements rassemblent 24,3 % 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 2012*

| Rang CMUC    | Num Dpt | Département       | Total CMUC     | Population       | Pourcent CMUC / Population |
|--------------|---------|-------------------|----------------|------------------|----------------------------|
| 1            | 59      | Nord              | 269 693        | 2 617 939        | 10,3%                      |
| 2            | 13      | Bouches-du-Rhône  | 204 444        | 2 000 550        | 10,2%                      |
| 3            | 93      | Seine-Saint-Denis | 182 070        | 1 534 895        | 11,9%                      |
| 4            | 62      | Pas-de-Calais     | 151 574        | 1 489 209        | 10,2%                      |
| 5            | 75      | Paris             | 142 233        | 2 268 265        | 6,3%                       |
| <b>Total</b> |         |                   | <b>950 014</b> | <b>9 910 858</b> |                            |

Dans les Dom les taux de bénéficiaires par rapport à la population se situent entre 23,9 % et 35,5 %, avec un taux global de 29,8 %.

| Num Dpt          | Département | Total CMUC     | Population       | CMUC / Population |
|------------------|-------------|----------------|------------------|-------------------|
| 971              | Guadeloupe  | 99 164         | 409 905          | 24,2%             |
| 972              | Martinique  | 95 707         | 400 535          | 23,9%             |
| 973              | Guyane      | 67 867         | 231 167          | 29,4%             |
| 974              | La-Reunion  | 294 330        | 829 903          | 35,5%             |
| <b>Total Dom</b> |             | <b>557 068</b> | <b>1 871 510</b> | <b>29,8%</b>      |

### 1.1.2.3. Répartition par région

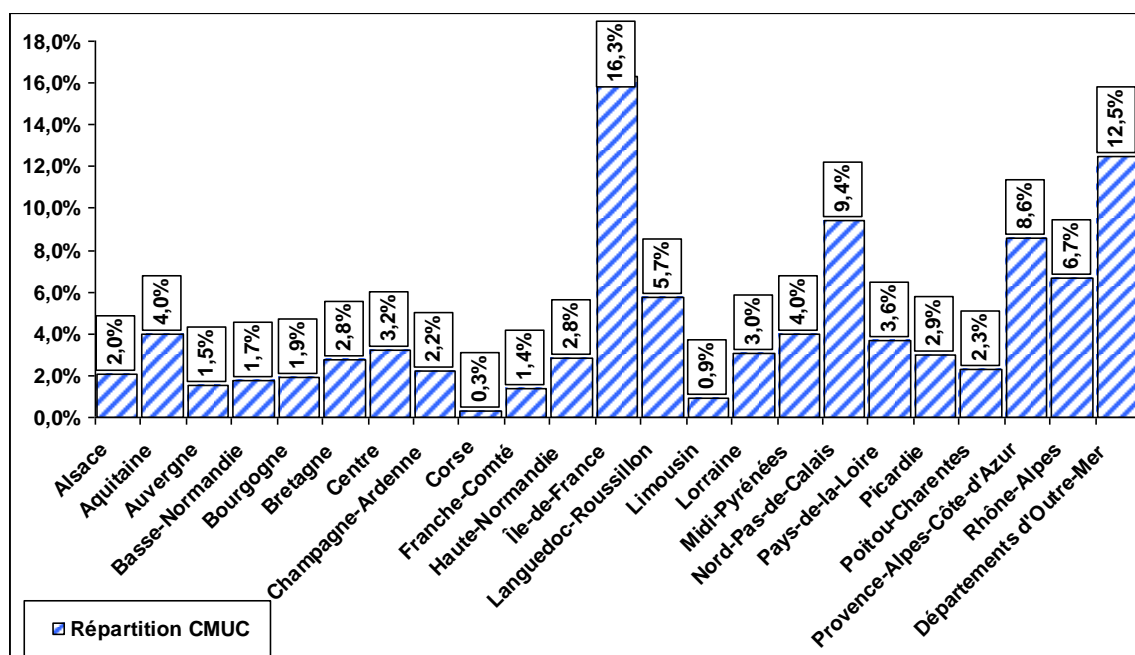
Les cinq régions : Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon, concentrent 45,6 % de la population et 46,8 % des effectifs de la CMU-C (pour les trois régimes CNAMTS, RSI, CCMSA). Avec un total de 729 645 bénéficiaires, la région Île-de-France représente 16,3 % des effectifs.

Les Dom<sup>3</sup> regroupent 12,5 % des bénéficiaires de la CMU-C alors qu'ils ne représentent que 2,8 % de la population.

---

<sup>3</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 2012*



Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

### 1.1.2.4. 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 44,4 % des bénéficiaires et les plus de 60 ans n'en représentent que 4,6 %. Cette faible proportion des séniors s'explique 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 se voient attribuer l'ASPA<sup>4</sup>. Or, cette allocation dépasse le montant du plafond de la CMU-C, orientant ainsi les personnes concernées vers l'ACS.

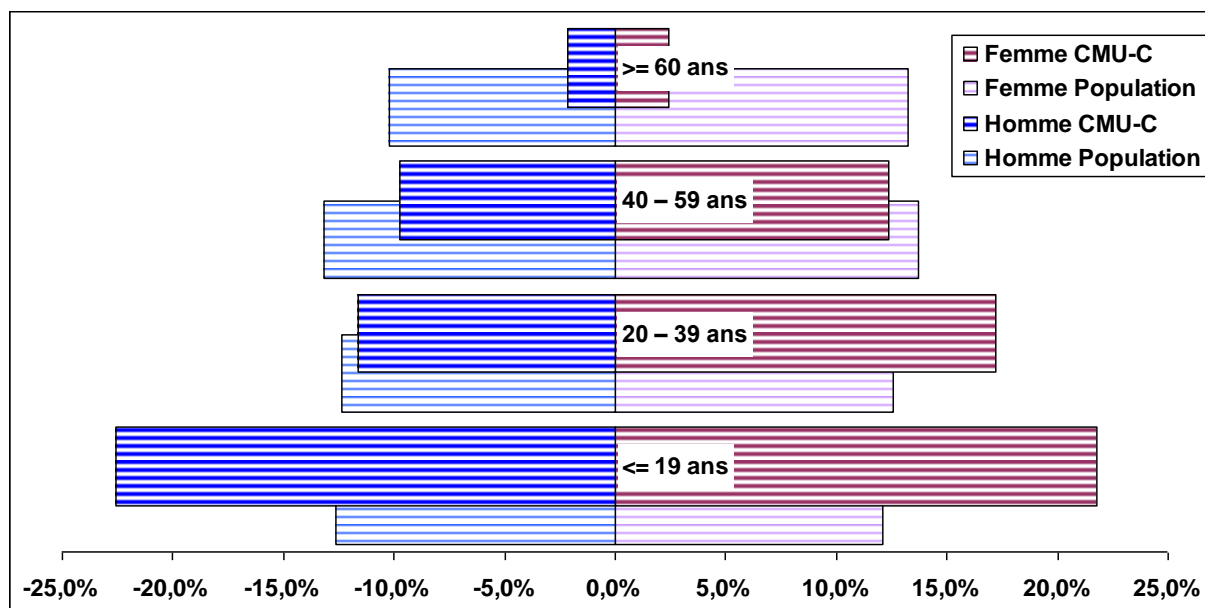
En dehors des moins de 19 ans, les femmes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âge. Ce constat est à mettre en lien dans, la répartition « assurés / ayants-droit », avec une majorité de femmes assurées dans ces tranches d'âges.

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, par âge et sexe, CNAMTS et répartition de la population, métropole et Dom estimation au 31 décembre 2012*

|                     | Homme<br>CMU-C | Femme<br>CMU-C | Total<br>CMU-C |                     | Homme<br>Population | Femme<br>Population | Total<br>Population |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>&lt;= 19 ans</b> | 22,6%          | 21,8%          | 44,4%          | <b>&lt;= 19 ans</b> | 12,6%               | 12,1%               | 24,7%               |
| <b>20 – 39 ans</b>  | 11,6%          | 17,2%          | 28,8%          | <b>20 – 39 ans</b>  | 12,4%               | 12,6%               | 25,0%               |
| <b>40 – 59 ans</b>  | 9,8%           | 12,4%          | 22,2%          | <b>40 – 59 ans</b>  | 13,2%               | 13,7%               | 26,9%               |
| <b>&gt;= 60 ans</b> | 2,2%           | 2,4%           | 4,6%           | <b>&gt;= 60 ans</b> | 10,2%               | 13,2%               | 23,4%               |
| <b>Total</b>        | 46,2%          | 53,8%          | 100,0%         | <b>Total</b>        | 48,4%               | 51,6%               | 100,0%              |

<sup>4</sup> ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (777,16 € pour une personne seule au 01/04/2012).

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 2012



Sources : CNAMTS, INSEE

### 1.1.2.5. Répartition assurés/ayants-droit

Sur l'ensemble des bénéficiaires, la proportion des ayants-droits est de 48,1 %. Les femmes représentent 55,3 % des bénéficiaires assurés. Elles sont en ce cas principalement âgées entre 20 et 59 ans.

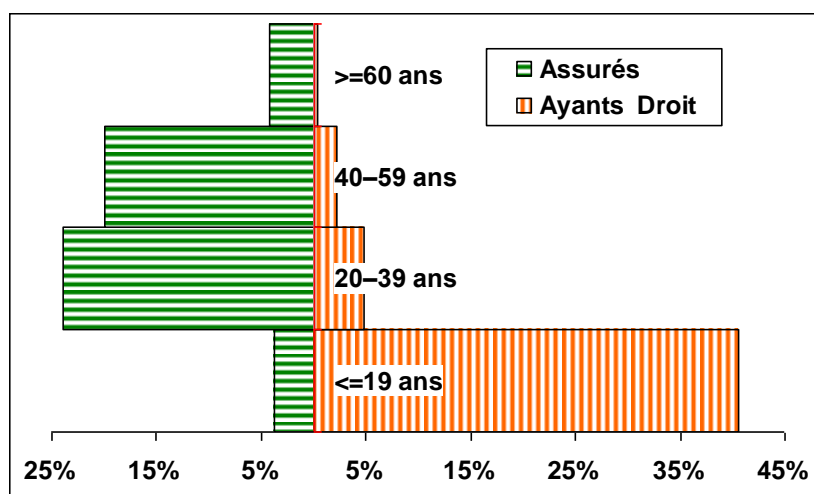
Les jeunes bénéficiaires sont principalement des ayants-droit. Ils sont rattachés à des personnes des classes d'âges situées entre 20 et 59 ans, tranche d'âge où les femmes sont les plus nombreuses en tant que bénéficiaires assurées. Ainsi, la CMU-C est essentiellement une protection complémentaire maladie familiale, ces familles ayant plus souvent que d'autres la particularité d'être mono-parentales, avec une femme comme chef de famille.

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, assurés et ayants-droit, CNAMTS, métropole et Dom estimation au 31 décembre 2012

|              | Assurés      |              |               | Ayants Droit  |               |                | Total |       |       |
|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|-------|-------|-------|
|              | Assurés      | Ayants Droit | Total         | Homme         | Femme         | Total          | Homme | Femme | Total |
| <=19 ans     | 3,8%         | 40,6%        | 44,4%         | 50,49%        | 49,51%        | 100,00%        |       |       |       |
| 20-39 ans    | 24,0%        | 4,8%         | 28,8%         | 41,70%        | 58,30%        | 100,00%        |       |       |       |
| 40-59 ans    | 19,9%        | 2,3%         | 22,2%         | 46,40%        | 53,60%        | 100,00%        |       |       |       |
| >=60 ans     | 4,2%         | 0,4%         | 4,6%          | 48,54%        | 51,46%        | 100,00%        |       |       |       |
| <b>Total</b> | <b>51,9%</b> | <b>48,1%</b> | <b>100,0%</b> | <b>44,70%</b> | <b>55,30%</b> | <b>100,00%</b> |       |       |       |



Pyramide répartition des bénéficiaires de la CMU-C, assurés et ayants-droit, CNAMTS, métropole et Dom estimation au 31 décembre 2012

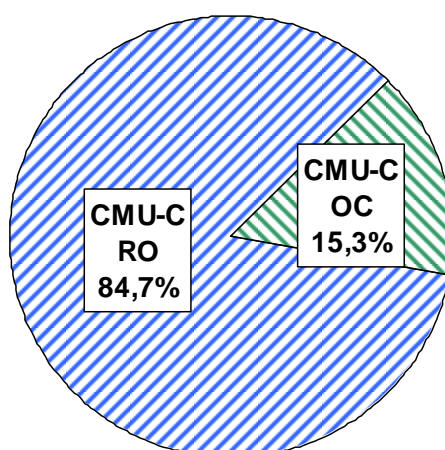


Source : CNAMTS

### 1.1.2.6. 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, 84,7 % des bénéficiaires choisissent la gestion par leur caisse d'assurance maladie.

Répartition de la gestion de la CMU-C, métropole et Dom, estimation au 31 décembre 2012

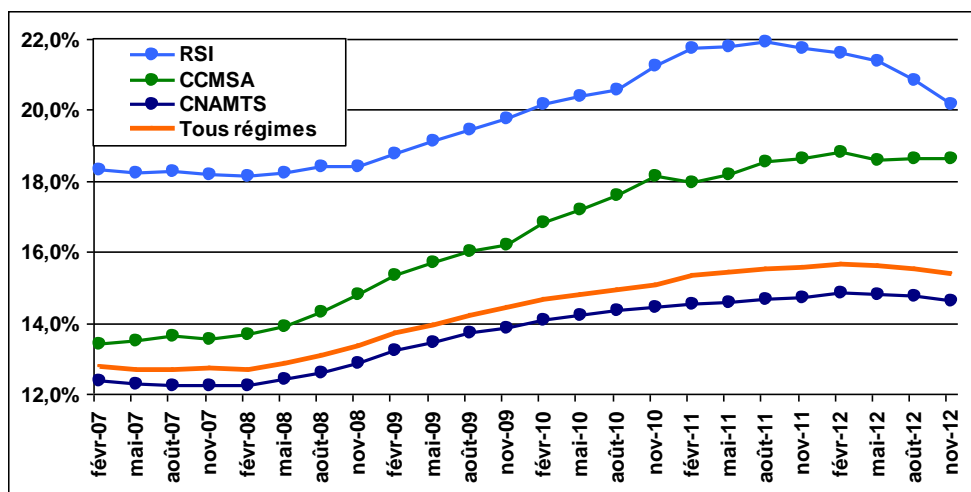


Source : Tous régimes

Fin novembre 2012, la part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour la gestion de leurs droits est de 15,3 % pour l'ensemble des régimes (le maximum a été 15,6 %, aux échéances de février et mai 2011) et de 14,6 % au régime général (le maximum a été 14,8 %, aux échéances de février et mai 2012). La baisse est plus marquée au régime des indépendants, qui est historiquement le régime qui a toujours compris la plus forte proportion de bénéficiaires qui ont fait le choix d'un OC pour gérer leurs droits à la CMU-C. Après un taux maximum de 21,9 % à l'échéance d'août 2011, ce taux baisse à 20,1 % en novembre 2012.



Évolutions de part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi l'option de gestion de leurs droits par un OC, de février 2007 à novembre 2012, métropole et Dom, RSI, CCMSA, CNAMTS et tous régimes

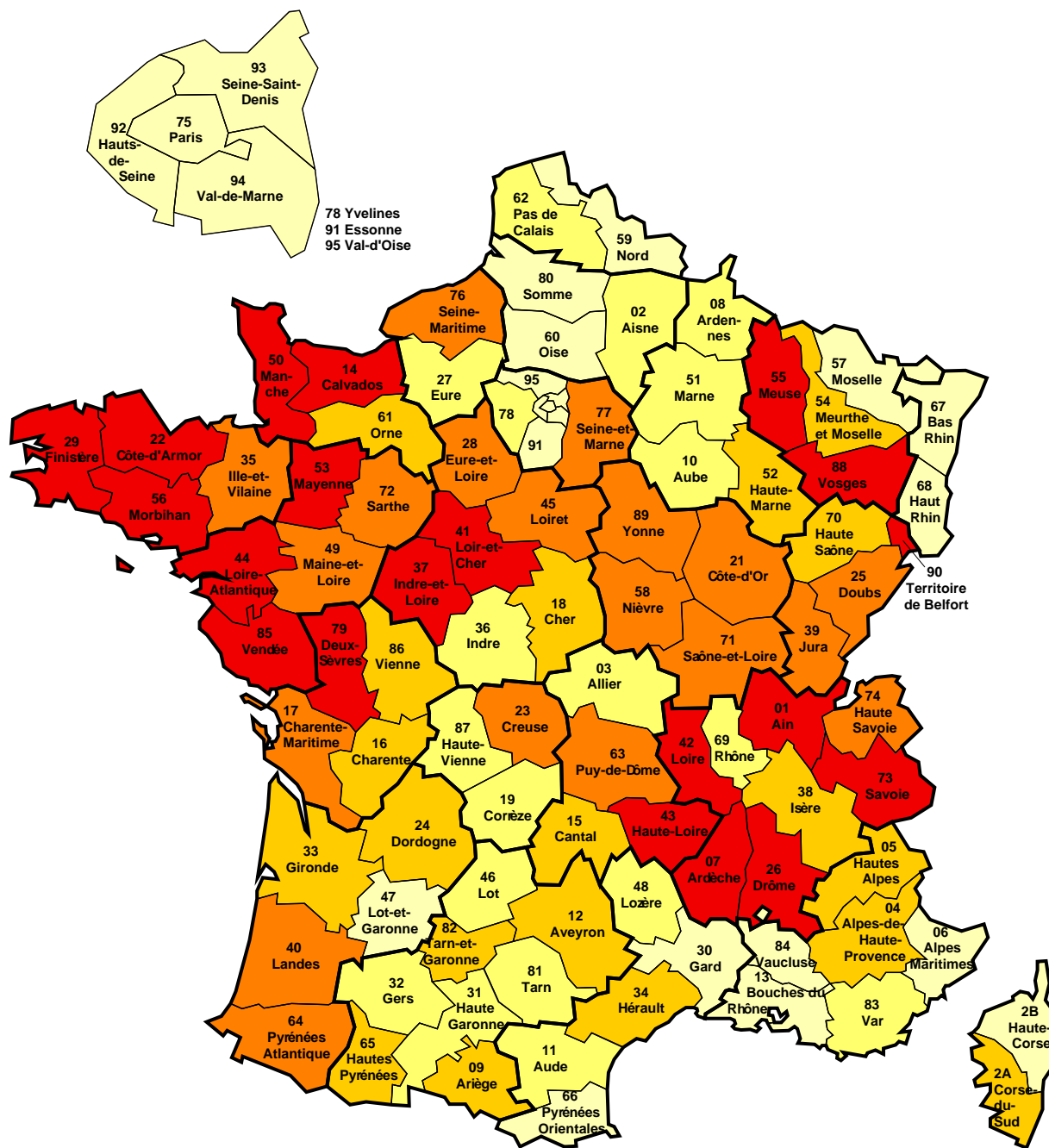


Sources : Tous régimes

Comme cela a été précédemment avancé, les 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>5</sup> dans l'année suivant la fin du droit à la CMU-C, lorsque celle-ci a été gérée par un OC.

<sup>5</sup> Contrat de sortie : A 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.

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 2012



| Couleur       | Pourcentage OC |          | Nombre    | Effectifs CMUC   | Pourcent Effectifs CMUC |
|---------------|----------------|----------|-----------|------------------|-------------------------|
| Red           | >= 27,9%       | <= 57,6% | 20        | 470 606          | 12,0%                   |
| Orange        | >= 20,4%       | < 27,9%  | 19        | 598 246          | 15,3%                   |
| Yellow-Orange | >= 15,1%       | < 20,4%  | 19        | 494 176          | 12,6%                   |
| Yellow        | >= 11,6%       | < 15,1%  | 19        | 772 686          | 19,8%                   |
| Light Yellow  | >= 2,4%        | < 11,6%  | 19        | 1 571 722        | 40,2%                   |
|               |                |          | <b>96</b> | <b>3 907 436</b> | <b>100,0%</b>           |

Outil carte : Philcarto – Source : CNAMTS, RSI, MSA

### **1.1.3. La santé des bénéficiaires de la CMU-C**

#### **1.1.3.1. Les indicateurs du CETAF sur le non recours au médecin et au dentiste**

Ces données sont intégrées dans l'action 1 du programme 183 « protection maladie » pour 2012 de la LOLF (cf. partie 4.3) et sont issues des questionnaires distribués aux consultants des CES (centre d'examens de santé) du CETAF (centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé).

##### **1.1.3.1.1 Écart de santé global avec les autres populations**

Ce sous-indicateur est déterminé à partir de 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 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. Comme pour le renoncement aux soins, ces chiffres sont disponibles dans le courant de l'année n pour l'année n-1, donc en 2011 pour l'année 2010. On estime qu'une personne a la perception d'être en bonne santé à partir du moment où la note atteint au moins 7.

En données non redressées, l'écart entre les notes de santé perçue est de 0,48 point (en valeur absolue) entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C.

La note de santé perçue pour 2011 est de 6,71 sur 10 pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 7,19 pour les non bénéficiaires. Même si l'écart diminue, l'objectif reste que la note de santé perçue pour les bénéficiaires de la CMU-C atteigne au moins 7.

En 2000, l'écart était de 0,65 point. Sa diminution se retrouve dans l'augmentation régulière de la note de santé perçue pour les bénéficiaires (+ 0,22 point entre 2000 et 2010), là où la note pour les non bénéficiaires (7,19) revient presque à celle de 2000 (7,17) après avoir toujours passé la barre de 7,20 entre 2001 et 2010.

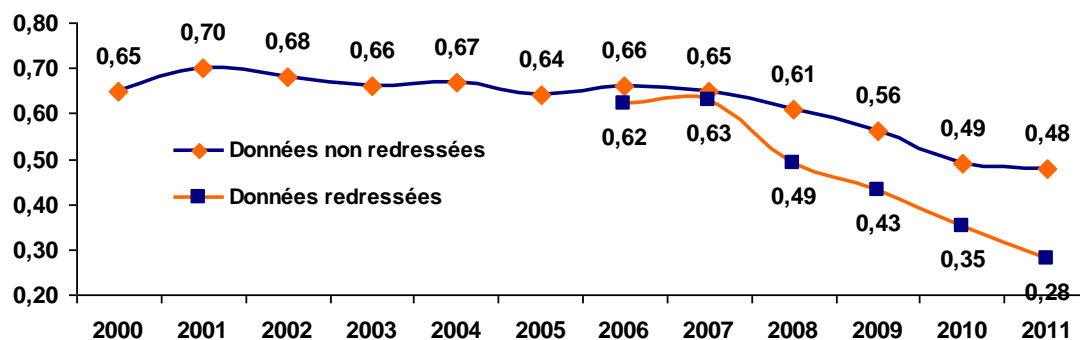
En données redressées, l'écart entre les notes de santé perçue est de 0,28 (en valeur absolue) entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C. Il est moins élevé qu'en données non redressées (0,48), ceci en lien avec une meilleure note de la santé perçue des bénéficiaires de la CMU-C (6,92) qu'en données non redressées (6,71).

Évolution de la note de santé perçue pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2000 – 2011, données non redressées et données redressées

| Données non redressées | Note de santé |          |       | Données redressées    | Note de santé |          |       |
|------------------------|---------------|----------|-------|-----------------------|---------------|----------|-------|
|                        | CMUC          | Non_CMUC | Écart |                       | CMUC          | Non_CMUC | Écart |
| 2000                   | 6,52          | 7,17     | 0,65  |                       |               |          |       |
| 2001                   | 6,52          | 7,22     | 0,70  |                       |               |          |       |
| 2002                   | 6,54          | 7,22     | 0,68  |                       |               |          |       |
| 2003                   | 6,58          | 7,24     | 0,66  |                       |               |          |       |
| 2004                   | 6,57          | 7,24     | 0,67  |                       |               |          |       |
| 2005                   | 6,59          | 7,23     | 0,64  |                       |               |          |       |
| 2006                   | 6,60          | 7,26     | 0,66  | 2006                  | 6,61          | 7,23     | 0,62  |
| 2007                   | 6,61          | 7,26     | 0,65  | 2007                  | 6,57          | 7,20     | 0,63  |
| 2008                   | 6,62          | 7,23     | 0,61  | 2008                  | 6,73          | 7,22     | 0,49  |
| 2009                   | 6,70          | 7,26     | 0,56  | 2009                  | 6,80          | 7,23     | 0,43  |
| 2010                   | 6,74          | 7,23     | 0,49  | 2010                  | 6,89          | 7,24     | 0,35  |
| 2011                   | 6,71          | 7,19     | 0,48  | 2011                  | 6,92          | 7,20     | 0,28  |
| Évolution 2000 - 2011  | 0,19          | 0,02     | -0,17 | Évolution 2006 - 2011 | 0,31          | -0,03    | -0,34 |
| Évolution 2010 - 2011  | -0,03         | -0,04    | -0,01 | Évolution 2010 - 2011 | 0,03          | -0,04    | -0,07 |

Source : CETAF

Évolution de l'écart entre la note de santé perçue des bénéficiaires de la CMU-C et celle des non bénéficiaires, 2000 – 2011, données non redressées et données redressées



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 2011, la prévalence pour les bénéficiaires de la CMU-C est de 45,9. Elle a augmenté d'un point par rapport à 2010 mais elle était de 47,9 en 2000, soit une baisse de 2,0 points. Parallèlement, la prévalence augmente également légèrement entre 2010 et 2011 pour les non bénéficiaires (+ 0,4 point). L'écart entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 14,2 points en 2011, il marque une diminution de - 2,4 points, par rapport à 2000 mais une augmentation de + 0,4 point en un an.

En données redressées, la prévalence est de 42,2 pour les bénéficiaires de la CMU-C et l'écart est de 9,5 points, soit une baisse de - 0,6 point en un an. Les données redressées apportent en ce sens un complément d'information qui permet d'avoir une approche plus équilibrée de la situation.

Évolution de la perception négative de la santé (note < 7 vs. note >= 7), 2000 – 2011, données non redressées et données redressées

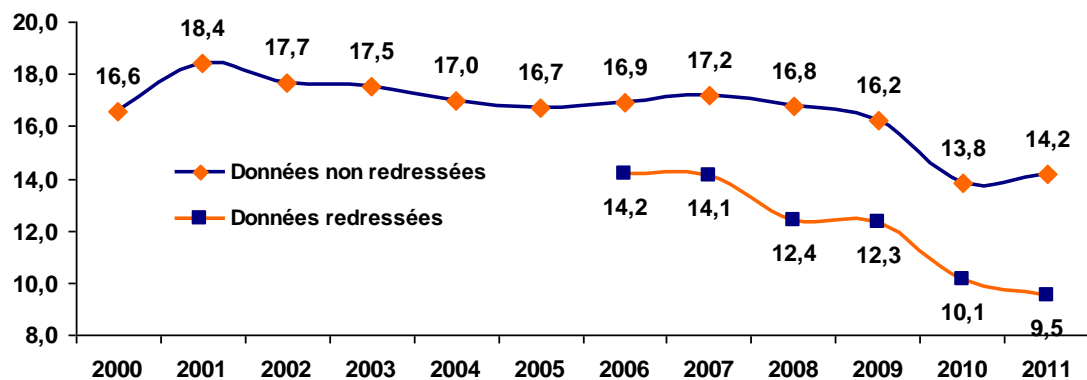
| Données non redressées | Prévalence Note de santé perçue < 7 |          |       |
|------------------------|-------------------------------------|----------|-------|
|                        | CMUC                                | Non_CMUC | Écart |
| 2000                   | 47,9                                | 31,3     | 16,6  |
| 2001                   | 48,7                                | 30,3     | 18,4  |
| 2002                   | 47,5                                | 29,8     | 17,7  |
| 2003                   | 46,8                                | 29,3     | 17,5  |
| 2004                   | 46,6                                | 29,6     | 17,0  |
| 2005                   | 46,9                                | 30,2     | 16,7  |
| 2006                   | 46,7                                | 29,8     | 16,9  |
| 2007                   | 46,9                                | 29,7     | 17,2  |
| 2008                   | 47,5                                | 30,7     | 16,8  |
| 2009                   | 46,3                                | 30,1     | 16,2  |
| 2010                   | 44,9                                | 31,1     | 13,8  |
| 2011                   | 45,9                                | 31,7     | 14,2  |
| Évolution 2000 - 2011  | -2,0                                | 0,4      | -2,4  |
| Évolution 2010 - 2011  | 1,00                                | 0,60     | 0,40  |

| Données redressées    | Prévalence Note de santé perçue < 7 |          |       |
|-----------------------|-------------------------------------|----------|-------|
|                       | CMUC                                | Non_CMUC | Écart |
| 2006                  | 45,7                                | 31,5     | 14,2  |
| 2007                  | 45,5                                | 31,4     | 14,1  |
| 2008                  | 44,2                                | 31,8     | 12,4  |
| 2009                  | 43,6                                | 31,3     | 12,3  |
| 2010                  | 42,1                                | 32,0     | 10,1  |
| 2011                  | 42,2                                | 32,7     | 9,5   |
| Évolution 2006 - 2011 | -3,5                                | 1,2      | -4,7  |
| Évolution 2010 - 2011 | 0,10                                | 0,70     | -0,60 |

Source : CETAF

Évolution de l'écart de la perception négative de la santé (note < 7 vs. note >= 7) entre les bénéficiaires de la CMU-C et les non bénéficiaires, 2000 – 2011, données non redressées et données redressées



Source : CETAF

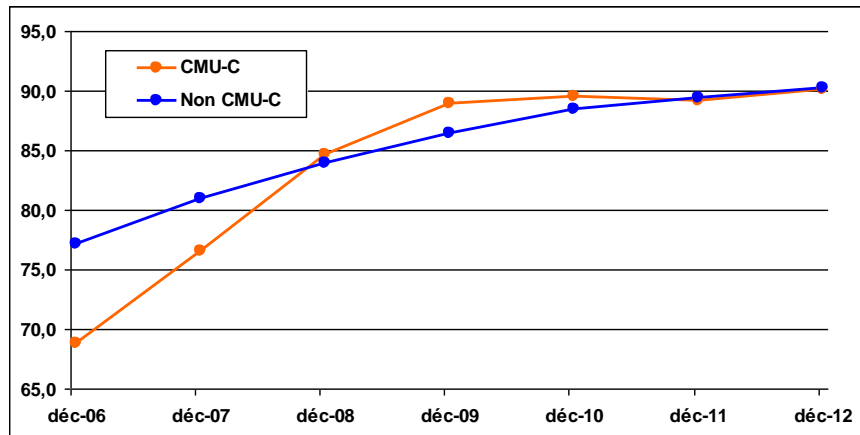
### 1.1.3.2. Les indicateurs de la CNAMTS sur le choix du médecin traitant et respect du parcours de soins

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>6</sup>.

<sup>6</sup> Même si le décret pénalisant le remboursement en cas de non déclaration n'a jamais été publié.

Les écarts de déclaration de médecin traitant entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés n'ont cessé de se resserrer depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés. Au régime général, fin décembre 2012, 90,1 % des bénéficiaires de la CMU-C avaient désigné un médecin traitant (ils n'étaient que 68,8 % à fin décembre 2006), soit un pourcentage équivalent à celui des non bénéficiaires de la CMU-C (90,2 %).

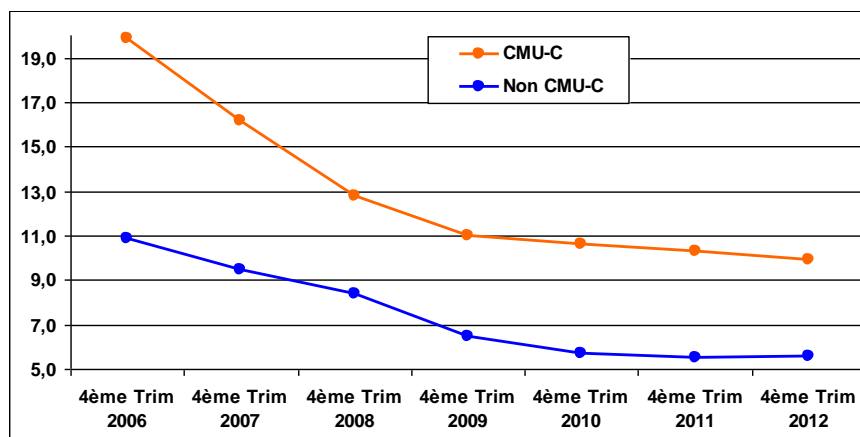
*Proportion de personnes ayant déclaré un médecin traitant*



Source : CNAMTS

Au quatrième trimestre 2012, 9,9 % des consultations ont eu lieu hors parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 5,6 % pour les autres assurés (en 2006, 19,9 % des consultations avaient eu lieu en dehors du parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 10,9 % pour les autres assurés). Cet écart doit être nuancé par le fait que, pour les bénéficiaires de la CMU-C, 47,2 % des consultations ne sont pas considérées comme hors parcours de soins au 4<sup>ème</sup> trimestre 2012, contre 28,0 % pour les non bénéficiaires<sup>7</sup>.

*Part des visites et consultations hors parcours de soins*



Source : CNAMTS

<sup>7</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.

## **ENCADRÉ 1 :**

### **Comparaison des taux de recours aux soins dentaires et aux appareillages d'optique entre les bénéficiaires de la CMU-C/ACS et la population générale**

Cette étude a été produite par la CNAMTS–DSES (Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques) dans le cadre du rapport « Charges et produits ».

Trois populations ont été différenciées parmi les bénéficiaires du régime général : les bénéficiaires de la CMU-C, les bénéficiaires de l'ACS qu'ils aient ou non une complémentaire santé et les non bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, qu'ils aient ou non une complémentaire santé (population générale).

Les bénéficiaires de l'ACS ont été identifiés sur la base d'une délivrance d'attestation entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2011, s'ils ont consommé au moins un soin en 2011 et s'ils n'ont pas consommé de soins en tant que bénéficiaires de la CMU-C dans cette même période. Les taux de recours moyens des trois populations ont été calculés en s'ajustant sur la structure âge/sexe des bénéficiaires de la CMU-C.

L'ensemble du territoire, métropole et Dom a été étudié.

Pour les prestations, ont été retenus les soins dentaires, y compris prothèses et orthodontie ainsi que les lunettes (montures et verres avec une distinction entre unifocaux et multifocaux ou progressifs).

Les taux de recours sont globalement supérieurs pour la population générale (à l'exception des soins prothétiques). Ceux des bénéficiaires de la CMU-C se situent en position intermédiaire, avant ceux des bénéficiaires de l'ACS.

Les montants moyens après la prise en charge de la part obligatoire sont plus élevés pour la population générale, avant ceux des bénéficiaires de l'ACS, puis des bénéficiaires de la CMU-C.

Le fait que les tarifs soient réglementés pour les bénéficiaires de la CMU-C concourt certainement à un meilleur taux de recours que celui des bénéficiaires de l'ACS.

### **La prévention et la prise en charge des maladies cardio-vasculaires chez les bénéficiaires de la CMU-C**

Cette étude donnera lieu à une publication par la CNAMTS<sup>8</sup>.

La problématique est de mesurer si les personnes bénéficiant de la CMU-C ont une prise en charge adaptée des maladies cardio-vasculaires.

L'étude porte sur une population de consommateurs âgés de 20 à 59 ans, sur la France entière, en 2010. Ces personnes ont eu au moins un dosage biologique, sans avoir suivi au préalable un traitement des facteurs de risque, ce dosage ayant été ensuite éventuellement suivi par la mise en place d'un traitement.

Les femmes ont plus fréquemment un dosage des lipides, indépendamment du bénéfice de la CMU-C. La fréquence du traitement qui peut s'en suivre est légèrement supérieure pour les bénéficiaires de la CMU-C mais il faut retenir qu'un traitement ultérieur à un dosage n'est prescrit que dans 3 % des cas.

Pour les dosages de la glycémie et d'HbA1c (marqueur du diabète), les prélèvements sont plus fréquents pour les bénéficiaires de la CMU-C et surtout les traitements qui s'en suivent. Mais il faut tenir compte du fait que les bénéficiaires de la CMU-C souffrent plus fréquemment du diabète que les non bénéficiaires.

.../...

---

<sup>8</sup> CNAMTS, DSES/DEP



**(Suite)**

Les traitements pour l'hypertension sont plus fréquents pour les bénéficiaires de la CMU-C et plus spécifiquement pour les femmes.

Une approche complémentaire des facteurs de risque cardiovasculaire, par application d'un indice de défavorisation géographique, s'illustre par des taux de risque sensiblement plus élevés dans le dernier quintile de défavorisation.

Les taux ajustés d'hospitalisation « cardio-vasculaires » pour les personnes ayant un risque sont de 17,5 % pour les bénéficiaires de la CMU-C contre 13,2 % pour les non bénéficiaires.

Dans la filière des urgences cardio-vasculaires, les personnes relevant de la CMU-C bénéficient des mêmes prises en charge, mais nous ne disposons pas de chiffres sur les suivis antérieurs et postérieurs à l'évènement.

Il reste que si les prises en charges sont équivalentes, le taux de morbidité sur un an est le double pour un bénéficiaire de la CMU-C, quel que soit l'âge, mais il conviendrait d'étudier le sujet en détaillant des sous-populations qui sont très hétérogènes.

## **1.2. Les actions mises en place pour favoriser l'accès à l'ACS**

Sur la base de la dernière estimation de la DREES, le taux de non recours à l'ACS atteint entre 62 % et 73 %, par rapport au nombre d'attestations délivrées.

Bien qu'atténué, il demeure très élevé.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette situation, dont, pour les plus couramment avancées :

- la méconnaissance du dispositif et a fortiori, de ce que recouvre le dispositif, en l'absence d'une information suffisamment accessible, compréhensible et personnalisée ;
- les difficultés pour faire valoir ses droits du fait de la complexité des démarches administratives ;
- le reste à charge potentiellement élevé sur le prix du contrat à acquérir mais également, une fois la démarche accomplie, sur les prestations, ce qui peut décourager les bénéficiaires potentiels ou constituer un frein au moment du renouvellement des droits ;
- les attitudes de repli ou la crainte d'une stigmatisation.

### **1.2.1. La revalorisation sensible du plafond de ressources de l'ACS**

L'article 27 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2011 avait prévu deux revalorisations successives du plafond d'attribution de l'ACS. La première, intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2011, a fixé le plafond d'attribution de l'ACS à + 26 % au-dessus du plafond de la CMU-C (contre 20 % auparavant). La seconde devait porter ce plafond ACS à + 30 % au-dessus du plafond de la CMU-C au 1<sup>er</sup> janvier 2012.



Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus modestes, le gouvernement a souhaité accentuer encore l'effort de revalorisation envisagé. Ainsi, en application de l'article 55 de la loi n° 2011-1906 de financement de la Sécurité Sociale pour 2012, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, peuvent prétendre à l'ACS, les personnes dont les revenus sont situés entre le plafond d'attribution de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %<sup>9</sup>.

Cette mesure s'est appliquée aux décisions prononcées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Pour mémoire, le bilan de l'année 2011 a été globalement positif puisque l'évolution du nombre de bénéficiaires s'est établie à + 21,7 %.

### 1.2.1.1. La barre hautement symbolique du million de bénéficiaires d'attestations a été dépassée en 2012

En glissement annuel, 1 005 161 personnes se sont vues délivrer une attestation de droit à l'ACS sur l'année 2012, correspondant à une hausse de + 30,8 % par rapport à 2011.

L'évolution s'établit à + 31,1 % pour la CNAMTS, + 29,6 % pour le RSI et de + 26,1 % pour la CCMSA. Elle est donc conforme aux prévisions du Fonds CMU pour l'année 2012 : + 30 % sur le nombre de bénéficiaires d'attestations ACS en 2012 par rapport à 2011.

Un suivi attentif des évolutions caisse par caisse est réalisé conjointement par le Fonds CMU et la CNAMTS en vue de mettre en évidence d'éventuelles incohérences, et d'interroger les caisses concernées. Un gros travail a été réalisé sur le début de l'année. Des explications ont été fournies et la situation apparaît désormais stabilisée.

|              | 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 2012    | 88 959                  | 30,90%                          | 82 408      | 31,84%                                 | 789 462                                    | -   | -                        |
| Fév 2012     | 86 281                  | 31,39%                          | 79 730      | 32,41%                                 | 810 076                                    | 636 573   | 276 €                    |
| Mars 2012    | 88 075                  | 17,08%                          | 81 523      | 16,84%                                 | 822 925                                    | -   | -                        |
| Avril 2012   | 74 244                  | 25,81%                          | 68 340      | 25,68%                                 | 838 157                                    | -   | -                        |
| Mai 2012     | 79 721                  | 13,95%                          | 73 817      | 12,99%                                 | 847 914                                    | 685 103   | 275 €                    |
| Juin 2012    | 89 837                  | 42,89%                          | 83 932      | 44,12%                                 | 874 880                                    | -   | -                        |
| Juillet 2012 | 76 881                  | 33,93%                          | 71 778      | 34,02%                                 | 894 359                                    | -   | -                        |
| Août 2012    | 77 959                  | 34,53%                          | 72 856      | 34,66%                                 | 914 370                                    | 738 623   | 276 €                    |
| Sept 2012    | 77 289                  | 31,54%                          | 72 186      | 31,45%                                 | 932 900                                    | -   | -                        |
| Oct 2012     | 91 402                  | 47,68%                          | 85 596      | 48,90%                                 | 962 412                                    | -   | -                        |
| Nov 2012     | 91 206                  | 39,22%                          | 85 400      | 39,75%                                 | 988 106                                    | 773 881   | 275 €                    |
| Déc 2012     | 83 307                  | 25,74%                          | 77 501      | 25,31%                                 | 1 005 161                                  | -   | -                        |

<sup>9</sup> Soit depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, entre 661 € et 893 € par mois, pour une personne seule, en métropole.

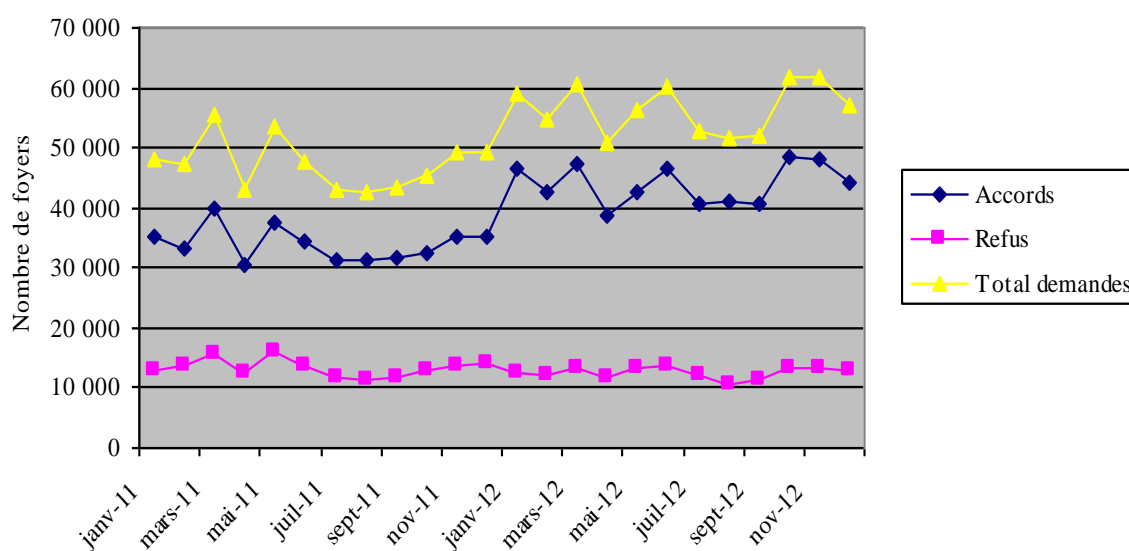
### La hausse du volume des accords et la baisse des refus

D'après des informations complémentaires mises à disposition par la CNAMTS, il ressort que sur 2012, le volume des accords est en hausse sensible de + 28,9 %. Cette évolution est cohérente avec celle du nombre de demandes de + 18,9 %, sachant par ailleurs que l'on constate une baisse des refus de - 6,7 %.

Une approche graphique de la situation montre l'impact primordial des accords au sein des demandes.

*Nota : les données sur les demandes, les accords et les refus sont uniquement disponibles en nombre de foyers (et non en nombre de bénéficiaires).*

Volume des demandes, des accords et des refus depuis janvier 2011 (en nombre de foyers)



Source : CNAMTS

### Le suivi du relèvement du plafond de l'ACS mis en place au niveau local

Le Fonds CMU a mis en place un suivi auprès de 4 CPAM qui fournit de précieux résultats sur la répartition des bénéficiaires selon leur niveau de revenu et ce qui en découle, l'impact des revalorisations successives.

*Suivi au cours de l'année 2012 du relèvement du plafond de l'ACS auprès de 4 CPAM*

|                     | <b>Evol Effectifs ACS liée au passage P+20% à P+26% (en %) (1)</b> | <b>Evol Effectifs ACS liée au passage P+26% à P+35% (en %) (2)</b> | <b>Périodes étudiées</b> | <b>(P26-P35)/(P-P20) (en %) (3)</b> |
|---------------------|--|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Cpam 29</b>      | 67%  | 22%  | janv-déc 2012            | 36%                                 |
| <b>Cpam 76</b>      | 55%  | 15%  | janv-mai 2012            | 24%                                 |
| <b>Cpam 92</b>      | 42%  | 19%  | janv-déc 2012            | 27%                                 |
| <b>Cpam 93</b>      | 30%  | 19%  | janv-déc 2012            | 25%                                 |
| <b>Total groupe</b> | <b>40%</b>   | <b>19%</b>   |                          | <b>27%</b>                          |

(1)  $(P20-P26)/(P-P20)$

(2)  $(P26-P35)/(P-P26)$

(3)  $(P26-P35)/(P-P20)$

Sur la base des chiffres fournis on constate une augmentation de + 19 % des effectifs liée à la tranche des revenus Plafond CMU-C + 26 % à Plafond CMU-C + 35 %.

Il est observé par ailleurs une augmentation de + 40 % des effectifs liée à la tranche des revenus P + 20 % à P + 26 %. On se situait entre + 20 % et + 25 % en moyenne sur la base des chiffres remontés à l'issue de l'année 2011 sur ce même groupe de caisses. Il existe donc un effet retard du relèvement du plafond de P + 20 % à P + 26 %. Ce constat est intéressant dans la mesure où le même décalage de l'effet du relèvement du plafond de P + 26 % à P + 35 % pourrait avoir lieu en 2013.

### **Le suivi des refus au niveau local**

Les mêmes 4 caisses qui suivent l'effet du relèvement du plafond de l'ACS, ont également mis en place un suivi affiné des refus à la demande du Fonds CMU et ce, en termes de niveau de dépassement des ressources.

Les données concernent les instructions intervenues sur l'ensemble de l'année 2012 pour les CPAM du 29, 92, et 93, de janvier à mai pour la CPAM du 76. En tout, l'étude porte sur 23 532 bénéficiaires. Sur cette base, on constate notamment au sein des refus que :

- 20 % des personnes ont vu leur dossier refusé pour un dépassement situé entre P + 35 % et P + 40 % par rapport au plafond de la CMU-C,
- 28 % des personnes ont vu leur dossier refusé pour un dépassement situé entre P + 40 % et P + 50 % par rapport au plafond de la CMU-C.

*Suivi au cours de l'année 2012 des refus ACS auprès de 4 CPAM*

|  | Nombre de dossiers | Nombre de bénéficiaires | Répart Refus selon dépassement (dossiers) | Répart Refus selon dépassement (bénéfs) |
|--|--------------------|-------------------------|---|---|
| Dossiers ACS refusés : entre > à + 35 % et =< à + 40 %   | 2 427              | 4 720                   | 20%                                       | 20%                                     |
| Dossiers ACS refusés : entre > à + 40 % et =< à + 50 %   | 3 259              | 6 683                   | 27%                                       | 28%                                     |
| Dossiers ACS refusés : entre > à + 50 % et =< à + 60 %   | 1 999              | 4 007                   | 16%                                       | 17%                                     |
| Dossiers ACS refusés : plafond ACS > + 60 % et davantage | 4 432              | 8 122                   | 37%                                       | 35%                                     |
| <b>Total refus</b>                                       | <b>12 117</b>      | <b>23 532</b>           | <b>100%</b>                               | <b>100%</b>                             |

En réalisant une simulation sur la base des chiffres de 2012, on constate que si le plafond de l'ACS avait été relevé à + 50 % par rapport au plafond de la CMU-C au 1<sup>er</sup> janvier 2012, mécaniquement, 50 % des refus auraient été acceptés, ce qui aurait représenté environ 140 000 bénéficiaires d'attestations ACS de plus à l'issue de l'année 2012.

**La structure par âges des bénéficiaires**

On ne constate aucune déformation significative de la structure par âge des bénéficiaires depuis le début de l'année 2012, ainsi que par rapport à 2011, même si sur les deux derniers mois de 2012, une hausse de la part des plus de 60 ans est constatée.

|                    | janv-12 | févr-12 | mars-12 | avr-12 | mai-12 | juin-12 |
|--------------------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|
| moins de 16 ans    | 26,4%   | 26,5%   | 26,6%   | 26,4%  | 26,5%  | 26,4%   |
| entre 16 et 49 ans | 39,7%   | 40,0%   | 39,9%   | 40,0%  | 39,3%  | 40,4%   |
| entre 50 et 59 ans | 12,8%   | 12,4%   | 12,2%   | 12,2%  | 12,4%  | 12,4%   |
| plus de 60 ans     | 21,2%   | 21,0%   | 21,3%   | 21,4%  | 21,8%  | 20,9%   |

|  | juil-12 | août-12 | sept-12 | oct-12 | nov-12 | déc-12 |
|--|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
|  | 25,9%   | 26,3%   | 27,3%   | 28,0%  | 26,5%  | 25,9%  |
|  | 39,4%   | 40,9%   | 39,4%   | 39,6%  | 39,3%  | 38,7%  |
|  | 12,2%   | 11,9%   | 12,6%   | 11,9%  | 12,4%  | 12,6%  |
|  | 22,5%   | 20,9%   | 20,7%   | 20,5%  | 21,8%  | 22,8%  |

| Moyenne 2012 |
|--------------|
| 26,6%        |
| 39,7%        |
| 12,3%        |
| 21,4%        |

| Moyenne 2011 |
|--------------|
| 26,3%        |
| 40,4%        |
| 12,8%        |
| 20,6%        |

Source : CNAMTS

## Les renouvellements

Appréciés en nombre de bénéficiaires, en comparaison avec l'année 2011, on observe une grande stabilité pour ce qui concerne la part des renouvellements au sein des accords : le chiffre était de 34,2 % en 2011, il s'établit à 34,9 % en 2012.

*A la demande du Fonds CMU et en collaboration avec l'EN3S, un groupe d'élèves de la 51<sup>ème</sup> promotion s'intéressera en 2013 à la satisfaction (ou la non satisfaction) des bénéficiaires de l'ACS, à l'issue d'une année d'utilisation de l'aide.*

### **1.2.1.2. La hausse sensible enregistrée sur la délivrance d'attestations impacte l'utilisation effective de l'aide auprès d'un OC**

Il convient de rappeler préalablement que les données relatives à l'utilisation des attestations ACS sont recueillies à partir des déclarations trimestrielles à la taxe CMU 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.

En parallèle de la hausse sensible constatée sur la délivrance, une hausse est concomitamment constatée sur le nombre d'utilisateurs d'attestations ACS qui s'élève à 773 881 à fin novembre 2012, soit : + 24,8 % par rapport à fin novembre 2011.

*L'utilisation des attestations ACS auprès des OC entre février 2011 et novembre 2012*

|           | Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date | Evolution / T-1 | Evolution / N-1 | Taux d'utilisation des attestations * |
|-----------|---|-----------------|-----------------|---------------------------------------|
| Fév 2012  | 528 404   | -0,8%           | 7,1%            | 82,0%                                 |
| Mai 2011  | 561 614   | 6,3%            | 8,6%            | 84,4%                                 |
| Août 2011 | 595 936   | 6,1%            | 11,0%           | 84,8%                                 |
| Nov 2011  | 619 957   | 4,0%            | 16,3%           | 83,9%                                 |
| Fév 2012  | 636 573   | 2,7%            | 20,5%           | 80,6%                                 |
| Mai 2012  | 685 103   | 7,6%            | 22,0%           | 81,7%                                 |
| Août 2012 | 738 623   | 7,8%            | 23,9%           | 82,6%                                 |
| Nov 2012  | 773 881   | 4,8%            | 24,8%           | 80,4%                                 |

Source : Fonds CMU

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

Il existe logiquement un décalage entre délivrance et utilisation compte-tenu du délai pour utiliser son attestation.

Certains organismes complémentaires peuvent également effectuer des régularisations (décalages dans les déclarations), qu'il est difficile d'anticiper. L'ensemble des chiffres déclarés par les OC dans le cadre de leurs déclarations sont cependant systématiquement contrôlés afin de déceler d'éventuelles ruptures anormales.

En forte période de montée en charge comme actuellement, on peut ainsi constater des fluctuations sur le taux d'utilisation trimestriel des attestations.

Le taux d'utilisation ressort à 80,4 % à fin novembre 2012. Le recul observé n'est peut être pas significatif et devra être suivi sur les prochains trimestres.

Le montant annuel de la déduction s'élève à 275 euros à la même date.

## **ENCADRÉ 2 :**

### **La quasi-totalité des CPAM proposent désormais des aides extra légales en lien avec l'ACS**

En 2010, les dispositifs locaux d'aides complémentaires à l'ACS et d'aides visant à atténuer l'effet de seuil de l'ACS mis en place par les CPAM, s'étaient maintenus à un niveau élevé, par rapport à 2009, même s'ils avaient marqué une pause par rapport à la forte évolution qui avait été constatée entre 2008 et 2009 : + 6 % sur le nombre de bénéficiaires et - 2 % par rapport aux montants accordés entre 2009 et 2010.

Les caisses avaient en effet fonctionné avec des budgets provisoires jusqu'au mois d'octobre 2010. Par ailleurs, en comparaison avec l'année 2009 où les caisses avaient une visibilité sur les crédits disponibles, elles se sont vraisemblablement montrées plus prudentes en 2010, dans un contexte de première année de COG (Convention d'objectifs et de gestion).

En 2011, on a assisté à une reprise très sensible puisque le nombre de bénéficiaires a cru de + 48 % et les montants accordés de + 41 %.

On assiste à une généralisation progressive puisque 67 CPAM ont développé les 2 types de dispositifs (37 en 2010), 32 CPAM un seul (46 en 2010). Seules 3 CPAM n'ont aucun dispositif (19 en 2010).

Au sein de ces aides :

- les « compléments ACS » ont touché 163 942 bénéficiaires et représenté 18,1 millions d'euros (respectivement + 48 % et + 42 % par rapport à 2010). 70 % des CPAM concernées proposent systématiquement cette aide.
- les aides « effet de seuil ACS » ont concerné 37 508 bénéficiaires correspondant à 7,7 millions d'euros (respectivement + 48 % et + 39 % par rapport à 2010). 68 % des CPAM concernées proposent systématiquement cette aide.

Les compléments ACS touchent 81 % des bénéficiaires et 70 % des montants proviennent d'aides extra légales accordées par les CPAM.

Le montant moyen (par bénéficiaire) des compléments ACS s'établit à 110 euros, quasiment le double pour les aides effets de seuil : 205 euros.

La dépense représente 30 % (23 % en 2010) de la dotation paramétrique consommée en 2011.

## **1.2.2. Le rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ACS en 2011**

En application de l'article L.863-5 du code de la Sécurité Sociale, le Fonds CMU rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution des prix et des contenus des contrats ayant ouvert droit à l'ACS. Cette enquête contribue à l'élaboration d'un panorama des contrats de complémentaire santé.

Elle est particulièrement représentative car basée sur la réponse de 55 organismes complémentaires couvrant 66 % des bénéficiaires de l'ACS (246 944 contrats et 407 861 bénéficiaires).

Depuis l'enquête 2010 sont abordés à la fois la question du RAC sur le prix des contrats mais également le RAC sur prestations (ce qui reste dû par l'assuré une fois les remboursements du régime de base et du régime complémentaire effectués).

### Synthèse des principales données

Le prix annuel moyen du contrat ressort à 841 € (par contrat couvrant en moyenne 1,65 personne, soit 510 € pour une personne).

|  | Enquête<br>2011 | Enquête<br>2010 | Evolution |
|--|-----------------|-----------------|-----------|
| Nombre d'OC  | 55              | 57              |           |
| Nombre contrats  | 246 944         | 219 093         |           |
| Nombre personnes enquêtées                               | 407 861         | 355 469         |           |
| Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête           | 66%             | 66%             |           |
| Nombre personnes par contrat                             | 1,65            | 1,62            |           |
| Prix moyen par contrat (couvrant 1,65 personnes en 2011) | 841 €           | 782 €           | 7,5%      |
| Prix moyen d'un contrat ACS par personne couverte        | 510 €           | 483 €           | 5,5%      |
| Montant déduction moyenne par contrat                    | 448 €           | 439 €           | 2,1%      |
| RAC moyen par contrat                                    | 393 €           | 344 €           | 14,2%     |
| Taux RAC moyen   | 44%             | 42%             |           |
| Taux d'effort par foyer                                  | 3,9%            | 3,6%            |           |

Source : Fonds CMU

Il est en évolution sensible de + 7,5 % par rapport à l'enquête 2010 (+ 5,5 % pour le prix par personne couverte). Mais ce chiffre doit être ramené à + 6,7 % si on raisonne à périmètre comparable. Pour mémoire, l'évolution du chiffre d'affaires des OC en 2011 a atteint + 3,5 % par rapport à 2010. En ajoutant la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) (3,5 %), on retrouve une hausse presque identique à celle observée dans l'enquête (3,5 + 3,5 = 7 %). Mécaniquement, le RAC moyen connaît une forte hausse (+ 14,2 %).

Le taux d'effort des ménages pour acquérir une complémentaire santé représente 3,9 % de leur revenu annuel (3,6 % en 2010). Il est en deçà de celui des cadres et des professions intellectuelles situé autour de 4 % en moyenne. Néanmoins, près d'un demi mois de revenu est nécessaire pour financer leur 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.

### Mesure de l'impact sur le prix des contrats des différents facteurs étudiés

Comme cela a déjà été démontré lors des précédentes enquêtes, il est constaté que le prix des contrats est impacté principalement par la taille de la famille, en second lieu par l'âge des bénéficiaires.

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



*Importance relative de chaque facteur (en %)*

| <b>Facteurs explicatifs</b> | <b>Part de la variance expliquée pour le log du prix de vente</b> |
|-----------------------------|---|
| Nombres de bénéficiaires    | 35,8 (39,2)   |
| Age                         | 26,8 (25,1)   |
| Niveau de garantie          | 2,3 (1,6)   |
| Total expliqué              | 64,9 (65,8)   |
| Résidus                     | 35,1 (34,2)   |

*En italiques et parenthèses : résultats de l'étude 2010 à titre de comparaison.*

**Comparaison des niveaux de garantie**

En ayant recours à la classification de la DREES, les contrats ACS montrent des niveaux de garanties nettement moins élevés que les autres contrats individuels dans leur ensemble.

*Répartition des contrats par classes de garanties*

|                 | <b>Contrats ACS 2011</b> | <b>Contrats individuels (DREES 2010)</b> | <b>Contrats ACS 2010</b> | <b>Contrats individuels (DREES 2009)</b> |
|-----------------|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <b>Classe A</b> | 0,7                      | 4,3                                      | 0,8                      | 4,3                                      |
| <b>Classe B</b> | 9                        | 41,1                                     | 10,1                     | 40,6                                     |
| <b>Classe C</b> | 43,6                     | 46,5                                     | 49,3                     | 45                                       |
| <b>Classe D</b> | 46,7                     | 8,2                                      | 39,9                     | 10,1                                     |
| <b>Total</b>    | <b>100</b>               | <b>100</b>                               | <b>100</b>               | <b>100</b>                               |

La différence est particulièrement marquée pour la classe B (+ 32,1 points pour les contrats individuels DREES) et la classe D (+ 38,5 points pour les contrats ACS). On observe d'ailleurs que cette tendance s'amplifie progressivement dans le temps : l'écart était de + 29,8 points au sein de la classe D en 2010.

Il existe donc davantage de souscriptions dans les contrats les plus faibles.

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

Le travail initié dans l'enquête 2010 sur les RAC sur prestations, a été approfondi en 2011, avec un point de situation comparatif entre les contrats ACS et les autres contrats individuels. La complémentaire santé peut en effet, 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 |
|---|-----------|
| <b>Consultations de spécialistes</b>                  | 8,60 €    |
| <b>Prothèses dentaires céramo métallique (SPR 50)</b> | 355 €     |
| <b>Paires de lunettes (détail) :</b>                  |           |
| verres simples  | 50 €      |
| verres complexes                                      | 150 €     |
| montures  | 50 €      |
| <b>Paires de lunettes (forfaits)</b>                  | 150 €     |

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

|   | Ecart |
|---|-------|
| <b>Consultations de spécialistes</b>                  | 99%   |
| <b>Prothèses dentaires céramo métallique (SPR 50)</b> | 5%    |
| <b>Paires de lunettes (détail) :</b>                  |       |
| verres simples  | 17%   |
| verres complexes                                      | 35%   |
| montures  | 71%   |
| <b>Paires de lunettes (forfaits)</b>                  | 20%   |

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 apparait 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.

### 1.2.3. La création d'un label ACS

#### 1.2.3.1. La présentation de l'article 55 de la LFSS pour 2012

Année après année, l'enquête du Fonds CMU portant sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ACS, dont nous venons de présenter les résultats pour l'année 2012, montre que les contrats souscrits par les utilisateurs de l'ACS auprès des OC, sont de niveau plus faibles en

termes de remboursement que ceux souscrits sur le marché de la complémentaire santé individuelle (en référence à l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats les plus souscrits). L'écart est logiquement encore plus fort en comparaison avec les contrats collectifs. Or, ce constat pourrait amener des personnes à se détourner du dispositif face à des restes à charge sur prestations potentiellement importants. Au-delà, le Fonds CMU relève la très grande hétérogénéité des contrats et son corollaire, la quasi impossibilité pour un public non spécialisé d'effectuer un choix avisé.

Partant de ces constats, l'article 55 de la LFSS pour 2012 a introduit un article L.863-7 selon lequel : « *Bénéficiaire du label intitulé « Label ACS » les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées* ».

La création d'un label vise à aider les ménages modestes dans leur choix de contrat de complémentaire santé, en améliorant la qualité des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS. Il vise donc à améliorer la lisibilité et la crédibilité du dispositif ACS pour permettre l'augmentation du taux de recours et son corollaire, la diminution du renoncement aux soins pour une frange de la population qui se trouve être en dessous du seuil de pauvreté.

### **ENCADRÉ 3 :**

#### **Article L.863-7 du Code de la Sécurité Sociale (article 55 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la Sécurité Sociale pour 2012)**

*« Bénéficiaire du label intitulé " Label ACS " les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'Etat, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé ».*

### **1.2.3.2. Les travaux engagés par le Fonds CMU**

Dès la parution de l'article 55, le Fonds CMU a réfléchi à un cadre de mise en œuvre du label ACS en partant du principe qu'un contrat de référence, le « contrat label ACS », constituerait le noyau du dispositif autour duquel pourraient s'articuler des contrats labellisés. Ce contrat devrait proposer un niveau minimum de garanties prédéfinies, dont le prix serait ajusté et plafonné selon les tranches d'âges retenues pour l'ACS.

Le travail initié par le Fonds CMU et prolongé par une collaboration avec un cabinet d'actuaire conseil a montré qu'il était possible de bâtir un contrat offrant les meilleures garanties au meilleur prix pour les bénéficiaires de l'ACS, sans distorsion avec le prix du marché.

Un contrat de référence a ainsi été élaboré prévoyant des niveaux de remboursement très corrects au regard des prix de marché tout en étant maîtrisés, notamment :

- 100 % pour les remboursements de médecins spécialistes (opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS),
- 248 euros pour une couronne céramo métallique (part complémentaire),
- 300 euros pour une paire de lunettes à verres complexes (part complémentaire).

L'objectif initial de ne pas dépasser un RAC mensuel de 30 euros a quasiment été atteint. En tout état de cause, de nombreuses CPAM intervenant désormais de manière complémentaire à l'ACS sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale, cet objectif est de fait largement dépassé.

### 1.2.3.3. Le label ACS est une démarche qui reçoit un écho favorable de la part des acteurs de la complémentaire santé

De nombreuses initiatives calées sur le même principe d'élaboration d'un contrat de référence pour les bénéficiaires de l'ACS émanent des OC eux-mêmes : contrat Malakoff-Médéric, contrat ATD Quart-Monde, initiative de la CPAM de Saint-Lô où plusieurs OC ont répondu à un appel d'offre.

Plus récemment, Adréa Mutuelle, Mutuelle Apréva, Eovi Mutuelle et Harmonie, qui représentent 20 % des parts de marché au sein des mutuelles, se sont regroupées et s'engagent à proposer une couverture complémentaire santé qui puisse répondre aux besoins spécifiques de cette population en situation de précarité, à la fois en ce qui concerne les garanties et le prix du contrat. Après examen du projet, le Fonds CMU en a conclu que l'offre formulée par les 4 mutuelles était parfaitement cohérente avec le contrat label tel qu'il était ressorti de ses propres réflexions.

*Contrat Adréa Mutuelle, Mutuelle Apréva, Eovi Mutuelle et Harmonie - Prix et RAC sur les prix*

| Garanties                       | Niveaux de remboursement   |  |  |
|---------------------------------|----------------------------|--|--|
| Honoraires généralistes         | 100%                       |  |  |
| Honoraires spécialistes         | 100%                       |  |  |
| Pharmacie                       | 100%                       |  |  |
| FJH                             | Illimité (45 jours en psy) |  |  |
| TM hospitalier                  | 100%                       |  |  |
| Couronne céramo métallique      | 300%                       |  |  |
| Montures lunettes               | 33€ + remb SS              |  |  |
| 2 verres simples                | 110€ + remb SS             |  |  |
| 2 verres complexes              | 188€ + remb SS             |  |  |
| Appareil auditif (par appareil) | 350€ + 80€ + remb SS       |  |  |

| Annuel         |  | Prix TTC (*) | RAC TTC |
|----------------|--|--------------|---------|
| Moins 16 ans   |  | 216 €        | 116 €   |
| 16-49 ans      |  | 360 €        | 160 €   |
| 50-59 ans      |  | 564 €        | 214 €   |
| Plus de 60 ans |  | 804 €        | 304 €   |

| Mensuel        |  | Prix TTC (*) | RAC TTC |
|----------------|--|--------------|---------|
| Moins 16 ans   |  | 18 €         | 10 €    |
| 16-49 ans      |  | 30 €         | 13 €    |
| 50-59 ans      |  | 47 €         | 18 €    |
| Plus de 60 ans |  | 67 €         | 25 €    |

(\*) y compris frais de gestion fixés à 15 %

Cette garantie aurait clairement pu constituer une référence si le dossier label avait abouti.

## ENCADRÉ 4 :

### Des complémentaires santé de qualité pour tous d'ici 2017

Tel est l'objectif ambitieux affiché par le Président de la République lors de son discours devant le Congrès de la mutualité organisé à Nice le 20 octobre 2012.

Pour sa mise en œuvre, il souhaite privilégier l'incitation plutôt que l'obligation d'assurance.

- La question des aides sociales et fiscales à l'acquisition d'une complémentaire santé a été abordée, soulignant qu'elles atteignent « 4 milliards d'euros ». Elles représentent cependant à la fois « un gâchis financier et une injustice sociale » dans la mesure où « ceux qui en profitent sont plutôt des cadres de grandes entreprises que des salariés à temps partiel. Quant aux chômeurs et aux retraités, ils ont les plus grandes difficultés à s'offrir une complémentaire santé ». « J'ai donc demandé au gouvernement de réorienter ces aides pour en élargir le nombre de bénéficiaires ».

- Quant à la fiscalité qui pèse sur les complémentaires, elle sera revue. Le Président a proposé « une modulation beaucoup plus forte de la taxe sur les contrats responsables afin qu'ils deviennent véritablement attractifs ». Être responsable, c'est garantir, sans discrimination d'âge ou de situation de santé, les patients. C'est aussi permettre un large niveau de couverture tout en maîtrisant les dépenses. Favoriser les parcours de soins, assurer de meilleurs remboursements des soins optique et dentaire seront des objectifs assignés à cette révision qui pourrait aboutir concrètement dès 2014.

- Le Président est revenu sur l'ACS : « Quant à l'aide accordée aux français les plus modestes pour souscrire une complémentaire santé, elle est si compliquée, elle est si lourde, que seuls 650 000 d'entre eux la perçoivent, alors que 4 millions pourraient en bénéficier ».

- Au-delà de la question des dépassements, la question du coût de la santé a également été abordée : « Son inflation doit être contenue ». Pour y parvenir, « les mutuelles doivent pouvoir négocier les meilleurs tarifs pour leurs adhérents. C'est l'enjeu du conventionnement, faculté aujourd'hui ouverte sans restriction aux compagnies d'assurance et aux institutions de prévoyance, et qui vous est, pour l'heure, interdite. Je m'engage à corriger cette anomalie ».

### 1.2.4. L'étude sur les données comparatives ACS et CMU-C<sup>10</sup>

Il est 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 selon les situations de compléter l'analyse sur la base du ratio : « nombre de bénéficiaires ACS / population du département ».

---

<sup>10</sup> Données ACS : régime général, données CMU-C : CNAMTS, RSI, CCMSA

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

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

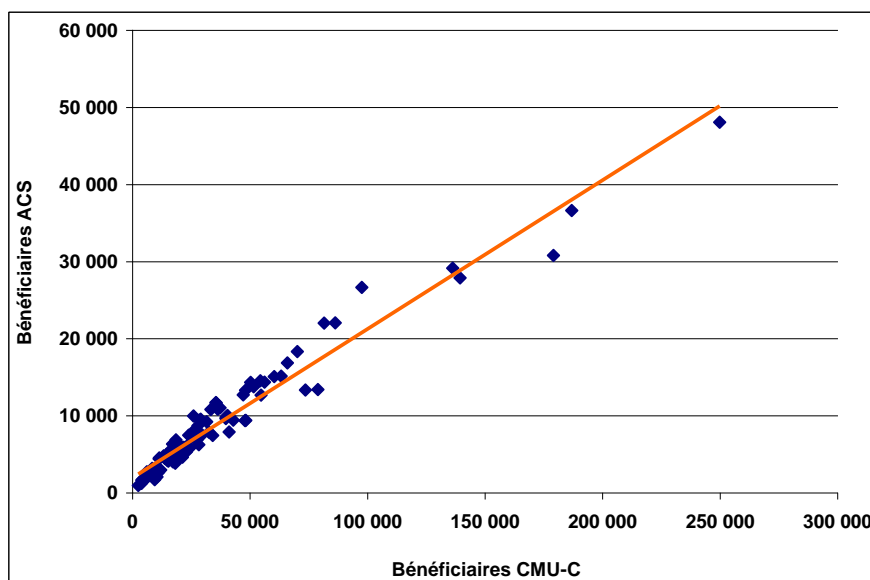
Le classement à partir du ratio étudié pour le régime général en métropole conduit à des résultats très homogènes dans leur ensemble.

Le coefficient de corrélation très élevé (0,98), traduit une très forte homogénéité des résultats.

Le taux moyen « ACS / CMU-C » ressort à 24,7 % (18,7 % en 2011). Cette hausse est logique compte tenu du fort relèvement du plafond ACS intervenu au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Aucune situation ne ressort comme atypique.

*Total effectifs ACS/Total effectifs CMU C par département, métropole, 2012*



*Source : CNAMTS (ACS), tous régimes (CMU-C)*

### 1.2.4.1.2 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, 2012*

| N° Dpt | Nom Département         | Effectifs CMU-C 2012 | Effectifs ACS 2012 | Ratio ACS / CMU-C 2012 | Classement ACS / CMU-C 2012 |
|--------|-------------------------|----------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------|
| 43     | Haute-Loire             | 6 111                | 2 725              | 44,59%                 | 1                           |
| 202    | Haute-Corse             | 6 033                | 2 540              | 42,10%                 | 2                           |
| 15     | Cantal                  | 3 927                | 1 642              | 41,81%                 | 3                           |
| 201    | Corse-du-Sud            | 4 382                | 1 772              | 40,44%                 | 4                           |
| 48     | Lozère                  | 2 419                | 962                | 39,77%                 | 5                           |
| 73     | Savoie                  | 11 412               | 4 529              | 39,69%                 | 6                           |
| 4      | Alpes-de-Haute-Provence | 7 056                | 2 768              | 39,23%                 | 7                           |
| 65     | Hautes-Pyrénées         | 11 317               | 4 403              | 38,91%                 | 8                           |
| 64     | Pyrénées-Atlantiques    | 25 919               | 9 978              | 38,50%                 | 9                           |
| 12     | Aveyron                 | 8 377                | 3 182              | 37,98%                 | 10                          |
| 32     | Gers                    | 7 674                | 2 909              | 37,91%                 | 11                          |
| 85     | Vendée                  | 16 977               | 6 330              | 37,29%                 | 12                          |
| 23     | Creuse                  | 5 986                | 2 225              | 37,17%                 | 13                          |
| 22     | Côtes-d'Armor           | 18 525               | 6 866              | 37,06%                 | 14                          |
| 7      | Ardèche                 | 13 318               | 4 814              | 36,15%                 | 15                          |

| N° Dpt | Nom Département       | Effectifs CMU-C 2012 | Effectifs ACS 2012 | Ratio ACS / CMU-C 2012 | Classement ACS / CMU-C 2012 |
|--------|-----------------------|----------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------|
| 94     | Val-de-Marne          | 78 846               | 13 411             | 17,01%                 | 96                          |
| 93     | Seine-Saint-Denis     | 179 086              | 30 783             | 17,19%                 | 95                          |
| 95     | Val-d'Oise            | 73 593               | 13 343             | 18,13%                 | 94                          |
| 9      | Ariège                | 9 446                | 1 714              | 18,15%                 | 93                          |
| 80     | Somme                 | 41 067               | 7 892              | 19,22%                 | 92                          |
| 59     | Nord                  | 249 877              | 48 060             | 19,23%                 | 91                          |
| 57     | Moselle               | 48 179               | 9 396              | 19,50%                 | 90                          |
| 67     | Bas-Rhin              | 47 922               | 9 387              | 19,59%                 | 89                          |
| 13     | Bouches-du-Rhône      | 186 893              | 36 617             | 19,59%                 | 88                          |
| 55     | Meuse                 | 10 435               | 2 074              | 19,88%                 | 87                          |
| 62     | Pas-de-Calais         | 139 388              | 27 870             | 19,99%                 | 86                          |
| 90     | Territoire-de-Belfort | 10 045               | 2 049              | 20,40%                 | 85                          |
| 18     | Cher                  | 18 164               | 3 835              | 21,11%                 | 84                          |
| 75     | Paris                 | 136 195              | 29 156             | 21,41%                 | 83                          |
| 56     | Morbihan              | 21 221               | 4 635              | 21,84%                 | 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 26,1 % de la population de la métropole (contre 7,0 % pour les départements du premier tableau).

Ainsi, l'amélioration de la situation des plus gros départements (en termes de population) pourrait avoir un impact sur le résultat global.

## 1.2.4.2.L'analyse des situations à partir du ratio « ACS / population »

### 1.2.4.2.1 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, 2012*

| N° Dpt                        | Nom Département | Population | CMU-C 2012 | ACS 2012 | Taux CMU-C 2012 | Classement CMU-C 2012 | Taux ACS 2012 | Classement ACS 2012 | ACS / CMU-C 2012 | Classement ACS / CMU-C 2012 |
|-------------------------------|-----------------|------------|------------|----------|-----------------|-----------------------|---------------|---------------------|------------------|-----------------------------|
| 971                           | Guadeloupe      | 409 905    | 91 891     | 8 639    | 22,42%          | 4                     | 2,11%         | 4                   | 9,40%            | 99                          |
| 972                           | Martinique      | 400 535    | 91 936     | 12 510   | 22,95%          | 3                     | 3,12%         | 2                   | 13,61%           | 98                          |
| 973                           | Guyane          | 231 167    | 72 743     | 2 542    | 31,47%          | 2                     | 1,10%         | 76                  | 3,49%            | 100                         |
| 974                           | La-Reunion      | 829 903    | 277 443    | 53 295   | 33,43%          | 1                     | 6,42%         | 1                   | 19,21%           | 93                          |
| <b>Moyenne France Entière</b> |                 | 66 078 560 | 4 002 379  | 935 067  | <b>6,06%</b>    |                       | <b>1,42%</b>  |                     | <b>23,36%</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 est donc possible de réitérer l'hypothèse formulée en 2011 et 2012, à savoir un effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-C qui domine fortement. C'est en réalité logique, car on est en présence d'une population très précaire où la CMU-C l'emporte largement (Cf. taux de CMU-C et classement 2012).

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

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 ».

*Rapport ACS/CMU-C et taux d'ACS dans les Dom, quinze caisses de métropole connaissant le taux ACS/CMU-C le plus faible, 2012*

| N° Dpt | Nom Département       | Population | CMU-C 2012 | ACS 2012 | Taux CMU-C 2012 | Classement CMU-C 2012 | ACS / Population 2012 | Classement ACS / Population 2012 | ACS / CMU-C 2012 | Classement ACS / CMU-C 2012 |
|--------|-----------------------|------------|------------|----------|-----------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|-----------------------------|
| 94     | Val-de-Marne          | 1 340 868  | 78 846     | 13 411   | 5,88%           | 19                    | 1,00%                 | 82                               | 17,01%           | 96                          |
| 93     | Seine-Saint-Denis     | 1 534 895  | 179 086    | 30 783   | 11,67%          | 1                     | 2,01%                 | 6                                | 17,19%           | 95                          |
| 95     | Val-d'Oise            | 1 187 836  | 73 593     | 13 343   | 6,20%           | 16                    | 1,12%                 | 69                               | 18,13%           | 94                          |
| 9      | Ariège                | 157 582    | 9 446      | 1 714    | 5,99%           | 18                    | 1,09%                 | 73                               | 18,15%           | 93                          |
| 80     | Somme                 | 583 388    | 41 067     | 7 892    | 7,04%           | 11                    | 1,35%                 | 37                               | 19,22%           | 92                          |
| 59     | Nord                  | 2 617 939  | 249 877    | 48 060   | 9,54%           | 2                     | 1,84%                 | 11                               | 19,23%           | 91                          |
| 57     | Moselle               | 1 066 667  | 48 179     | 9 396    | 4,52%           | 52                    | 0,88%                 | 92                               | 19,50%           | 90                          |
| 67     | Bas-Rhin              | 1 115 226  | 47 922     | 9 387    | 4,30%           | 61                    | 0,84%                 | 94                               | 19,59%           | 89                          |
| 13     | Bouches-du-Rhône      | 2 000 550  | 186 893    | 36 617   | 9,34%           | 4                     | 1,83%                 | 12                               | 19,59%           | 88                          |
| 55     | Meuse                 | 200 509    | 10 435     | 2 074    | 5,20%           | 33                    | 1,03%                 | 79                               | 19,88%           | 87                          |
| 62     | Pas-de-Calais         | 1 489 209  | 139 388    | 27 870   | 9,36%           | 3                     | 1,87%                 | 9                                | 19,99%           | 86                          |
| 90     | Territoire-de-Belfort | 146 475    | 10 045     | 2 049    | 6,86%           | 12                    | 1,40%                 | 35                               | 20,40%           | 85                          |
| 18     | Cher                  | 319 600    | 18 164     | 3 835    | 5,68%           | 23                    | 1,20%                 | 56                               | 21,11%           | 84                          |
| 75     | Paris                 | 2 268 265  | 136 195    | 29 156   | 6,00%           | 17                    | 1,29%                 | 47                               | 21,41%           | 83                          |
| 56     | Morbihan              | 744 663    | 21 221     | 4 635    | 2,85%           | 89                    | 0,62%                 | 96                               | 21,84%           | 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 :

- 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 concernés sont :

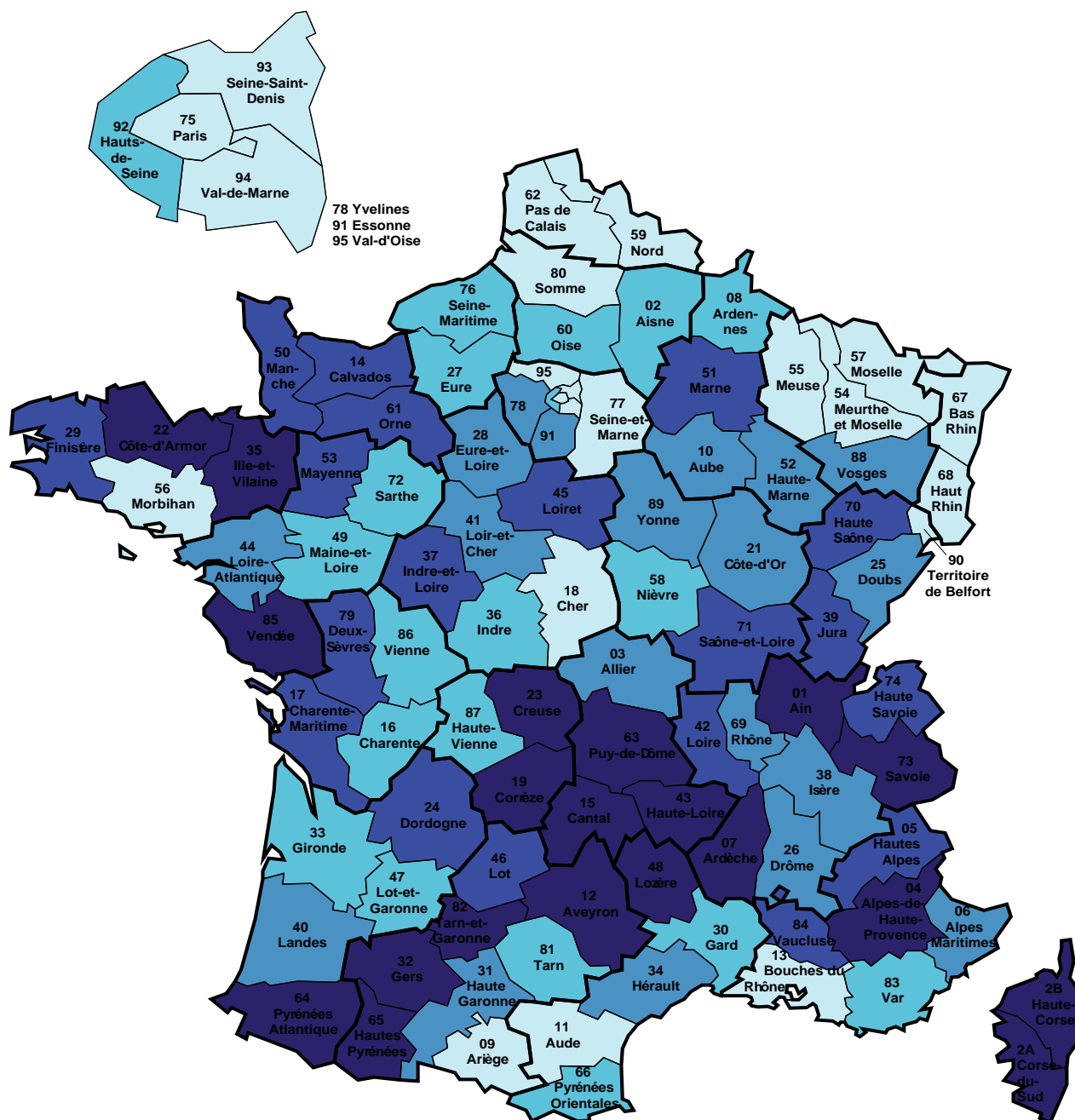
- la Seine-Saint-Denis (95<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>),
- le Nord (91<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup>),
- les Bouches du Rhône (88<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>),
- le Pas de Calais (86<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>).

Pour ces départements à forte population, on relève une grande proximité de leurs résultats, ce qui interpelle. L'effet taille, notamment dans le contexte de la région parisienne ou du Nord Pas-de-Calais, pourrait peut-être expliquer ce constat.

- Second groupe : les départements qui restent « mal placés » sur la base du ratio « ACS / CMU-C », mais également à partir du ratio « ACS / population totale » :
  - le Val de Marne (96<sup>ème</sup> et 82<sup>ème</sup>),
  - le Val d'Oise (94<sup>ème</sup>, 69<sup>ème</sup>).



Ratio ACS/CMU-C en métropole en 2012



| Couleur | Pourcentage       | Nombre |
|---------|-------------------|--------|
|         | >= 17,0% < 23,3%  | 19     |
|         | >= 23,3% < 26,0%  | 19     |
|         | >= 26,0% < 28,9%  | 19     |
|         | >= 28,9% < 33,0%  | 19     |
|         | >= 33,0% <= 44,6% | 20     |
|         |                   | 96     |

## 1.3. La légère reprise à la hausse des effectifs de la CMU de base

### 1.3.1. Une évolution lente et contrastée

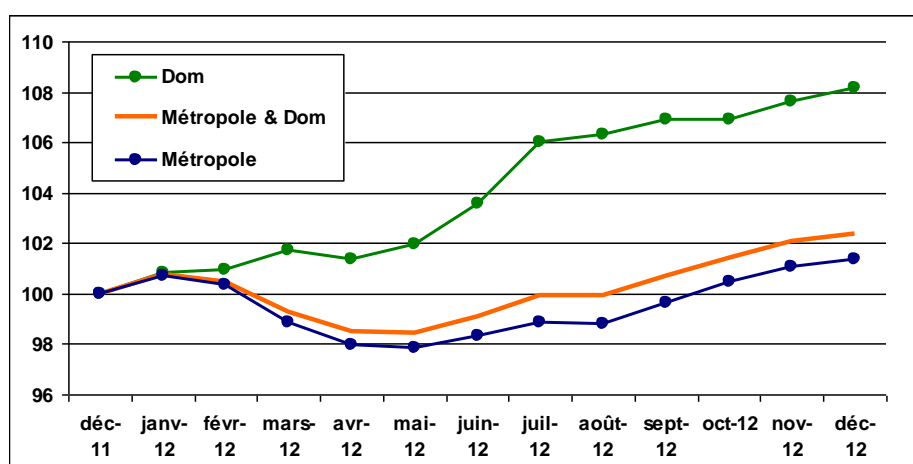
Avec 2 267 926 bénéficiaires au 31 décembre 2012<sup>11</sup> (assurés et ayants-droit), les effectifs de la CMU de base ont progressé de + 2,4 % depuis fin décembre 2011. Cette évolution a été lente, avec une baisse de février à avril. Elle est très contrastée entre la métropole, qui a évolué de + 1,4 % par rapport à la fin 2011 et les Dom : + 8,2 %.

*Effectifs de la CMU-B de décembre 2011 à décembre 2012, métropole et Dom*

| Mois      | Métropole & Dom |       | Métropole |       | Dom     |       |
|-----------|-----------------|-------|-----------|-------|---------|-------|
| 2011 déc  | 2 215 387       |       | 1 885 853 |       | 329 534 |       |
| 2012 janv | 2 231 894       | 0,7%  | 1 899 685 | 0,7%  | 332 209 | 0,8%  |
| 2012 févr | 2 225 380       | -0,3% | 1 892 783 | -0,4% | 332 597 | 0,1%  |
| 2012 mars | 2 199 098       | -1,2% | 1 863 924 | -1,5% | 335 174 | 0,8%  |
| 2012 avr  | 2 181 751       | -0,8% | 1 847 633 | -0,9% | 334 118 | -0,3% |
| 2012 mai  | 2 180 789       | 0,0%  | 1 844 789 | -0,2% | 336 000 | 0,6%  |
| 2012 juin | 2 195 897       | 0,7%  | 1 854 640 | 0,5%  | 341 257 | 1,6%  |
| 2012 juil | 2 213 441       | 0,8%  | 1 864 049 | 0,5%  | 349 392 | 2,4%  |
| 2012 août | 2 213 532       | 0,0%  | 1 863 229 | 0,0%  | 350 303 | 0,3%  |
| 2012 sept | 2 231 059       | 0,8%  | 1 878 696 | 0,8%  | 352 363 | 0,6%  |
| 2012 oct  | 2 246 581       | 0,7%  | 1 894 302 | 0,8%  | 352 279 | 0,0%  |
| 2012 nov  | 2 260 853       | 0,6%  | 1 906 247 | 0,6%  | 354 606 | 0,7%  |
| 2012 déc  | 2 267 926       | 0,3%  | 1 911 511 | 0,3%  | 356 415 | 0,5%  |

Source : CNAMTS

*Évolution des effectifs de la CMU-B, métropole, Dom, métropole et Dom, depuis décembre 2011, en base 100*



Source : CNAMTS

<sup>11</sup> Effectifs estimés sur la base du 2<sup>ème</sup> passage, les données définitives (4<sup>ème</sup> passage) pour le mois de décembre 2012 ne pouvant être disponibles qu'à partir du 15 mai 2013.

### 1.3.2. 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 19,0 % 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 56,5 % des bénéficiaires. Plus d'un quart des effectifs de la CMU-B (27,3 %) 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 2,3 % en Gironde (33) et 6,2 % en Seine-Saint-Denis (93). Le nombre de bénéficiaires de la CMU-B n'est pas toujours associé à une population élevée. Dans le département du Rhône (69), qui est le sixième en termes d'effectifs, seulement 3 % de la population est concernée par la CMU-B.

*Effectifs de la CMU-B et rapport effectifs / population générale dans les 20 premiers départements, au 31/12/2012*

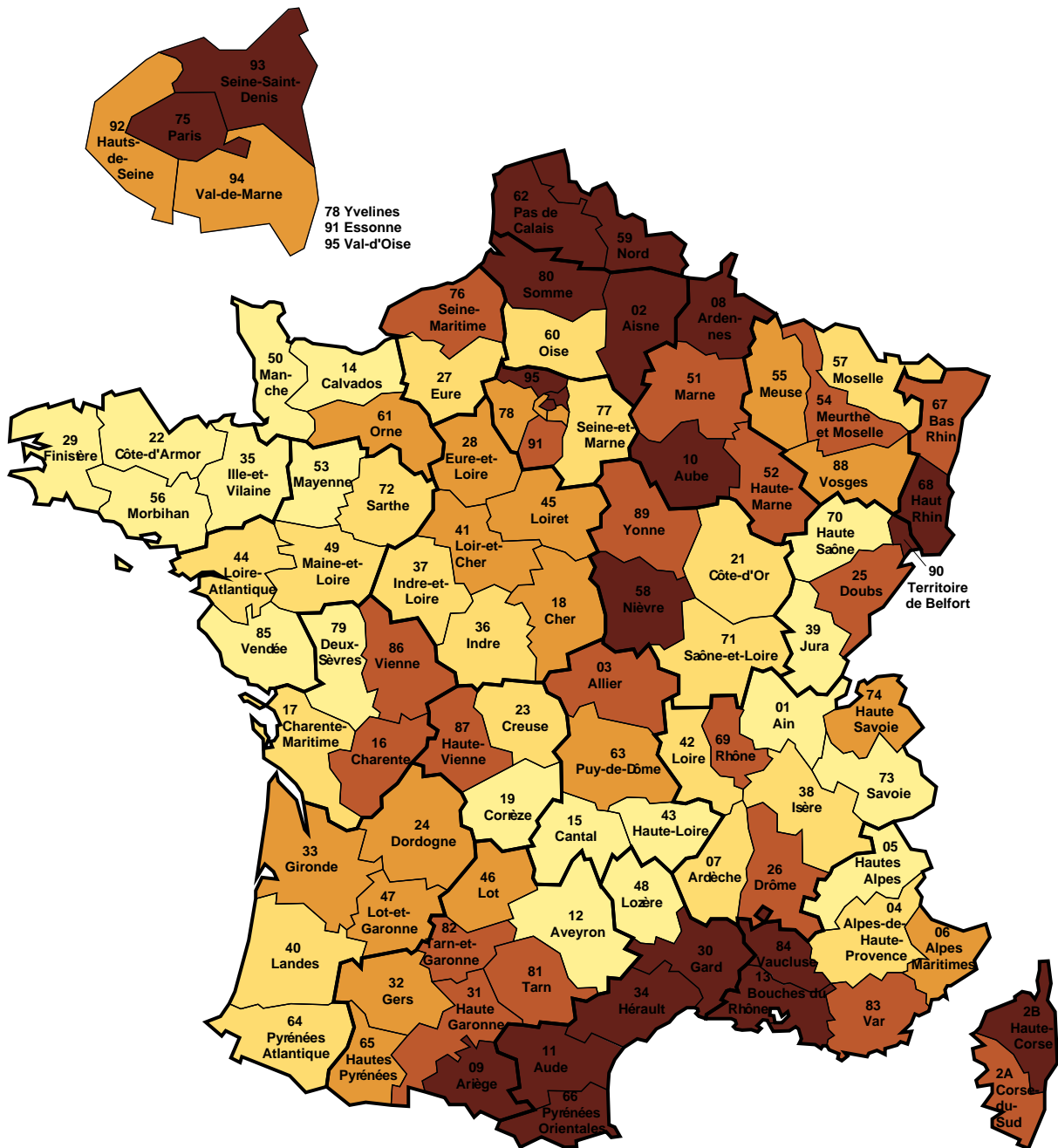
| Rang_CMU_Base            | Num Dpt | CMU_Base         | Population        | CMU_Base_Population |
|--------------------------|---------|------------------|-------------------|---------------------|
| 1                        | 59      | 128 155          | 2 617 939         | 4,9%                |
| 2                        | 13      | 119 273          | 2 000 550         | 6,0%                |
| 3                        | 75      | 99 813           | 2 268 265         | 4,4%                |
| 4                        | 93      | 94 666           | 1 534 895         | 6,2%                |
| 5                        | 62      | 80 493           | 1 489 209         | 5,4%                |
| 6                        | 69      | 53 412           | 1 756 069         | 3,0%                |
| 7                        | 95      | 48 941           | 1 187 836         | 4,1%                |
| 8                        | 34      | 47 993           | 1 062 617         | 4,5%                |
| 9                        | 92      | 38 979           | 1 590 749         | 2,5%                |
| 10                       | 76      | 38 630           | 1 275 952         | 3,0%                |
| 11                       | 91      | 36 011           | 1 233 645         | 2,9%                |
| 12                       | 31      | 34 807           | 1 268 370         | 2,7%                |
| 13                       | 30      | 34 380           | 726 285           | 4,7%                |
| 14                       | 78      | 34 272           | 1 435 448         | 2,4%                |
| 15                       | 67      | 33 710           | 1 115 226         | 3,0%                |
| 16                       | 94      | 33 644           | 1 340 868         | 2,5%                |
| 17                       | 33      | 33 406           | 1 479 277         | 2,3%                |
| 18                       | 83      | 33 095           | 1 026 222         | 3,2%                |
| 19                       | 77      | 28 680           | 1 347 008         | 2,1%                |
| 20                       | 68      | 27 499           | 765 634           | 3,6%                |
| <b>Total 20</b>          |         | <b>1 079 859</b> | <b>28 522 064</b> | <b>3,8%</b>         |
| <b>Total métropole</b>   |         | <b>1 911 511</b> | <b>64 207 050</b> | <b>3,0%</b>         |
| <b>Pourcent 20/Métro</b> |         | <b>56,5%</b>     | <b>44,4%</b>      |                     |

Sources : CNAMTS, INSEE

Au total, 29 départements ont un taux de bénéficiaires supérieur à 3,0 %, et ils représentent 54,5 % des bénéficiaires.

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 2012



| Couleur | Pourcentage population | Nombre    | Effectifs        |
|---------|------------------------|-----------|------------------|
|         | >= 3,4% <= 6,2%        | 20        | 831 515          |
|         | >= 2,7% < 3,4%         | 19        | 386 670          |
|         | >= 2,2% < 2,7%         | 19        | 299 928          |
|         | >= 1,8% < 2,2%         | 19        | 263 452          |
|         | >= 1,1% < 1,8%         | 19        | 129 946          |
|         |                        | <b>96</b> | <b>1 911 511</b> |

Outil carte : Philcarto – Source : CNAMTS

Dans les Dom, 356 415 personnes sont couvertes par la CMU-B, soit 19,0 % de la population, avec un taux de 26,0 % en Guyane (973).

*Effectifs de la CMU-B et rapport effectifs / population générale dans les Dom, au 31/12/2012*

| Num Dpt          | CMU_Base       | Population       | CMU_Base_Population |
|------------------|----------------|------------------|---------------------|
| 974              | 137 598        | 829 903          | 16,6%               |
| 972              | 83 154         | 400 535          | 20,8%               |
| 971              | 75 580         | 409 905          | 18,4%               |
| 973              | 60 083         | 231 167          | 26,0%               |
| <b>Total Dom</b> | <b>356 415</b> | <b>1 871 510</b> | <b>19,0%</b>        |

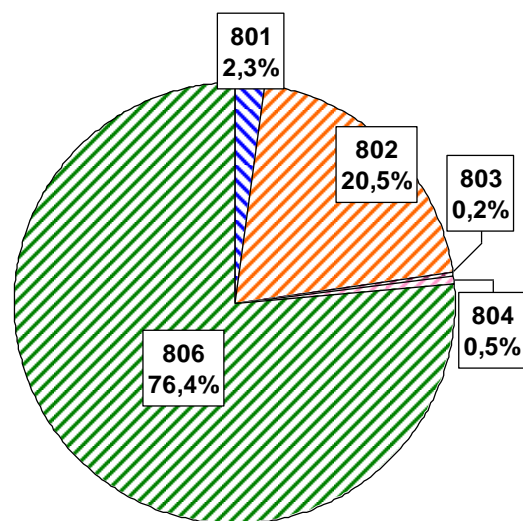
Source CNAMTS

### 1.3.3. 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. Il est le principal régime d'affiliation à la CMU-B (76,4 %). Le régime 802 est le deuxième régime de la CMU-B. Sans cotisation et sur critère de résidence, il représente 20,5 % des effectifs. Les deux régimes avec cotisation (801 et 804) ne représentent respectivement que 2,3 % et 0,5 % des effectifs.

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-B, selon le régime de base, décembre 2011, métropole et Dom, au 30 juin 2012*

| 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                   |



Source : CNAMTS

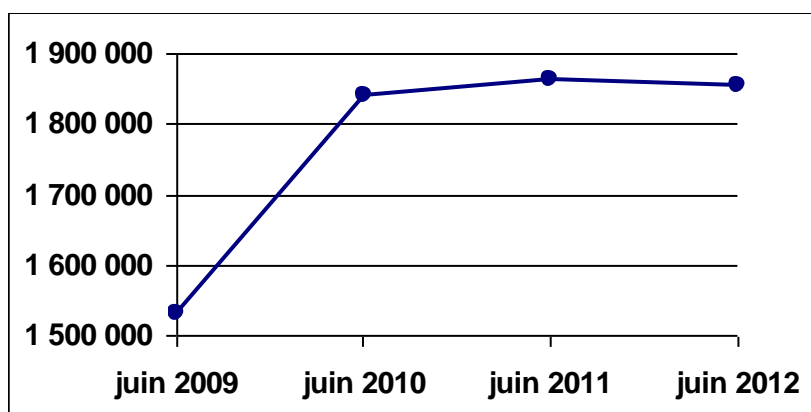
Une forte évolution des effectifs de la CMU-B a été contemporaine de la mise en application, début 2009, du décret n° 2007-199 du 14 février 2007, dont l'article 9 a réduit la durée du maintien des droits à l'assurance maladie de 4 ans à 1 an.

L'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-B est essentiellement portée par le régime 806.

La hausse, après septembre 2010, correspond à la période choisie par la CNAMTS pour le basculement dans le régime 806, des personnes bénéficiaires de l'allocation parent isolé relevant d'un régime spécifique jusqu'à l'entrée en vigueur du RSA, mais elle se situe dans des proportions moindres par rapport à la hausse portée par l'application de la nouvelle condition d'attribution des droits de base en 2009.

Par ailleurs, une fois la remise à jour des droits des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 stabilisée en 2010, la progression de la proportion du régime 806 peut également signifier que le nombre de personnes durablement éloignées du travail augmente, puisque ces dernières ont épuisé les droits acquis au titre de leur situation antérieure.

*Graphique évolution des effectifs de la CMU-B de juin 2009 à juin 2012*

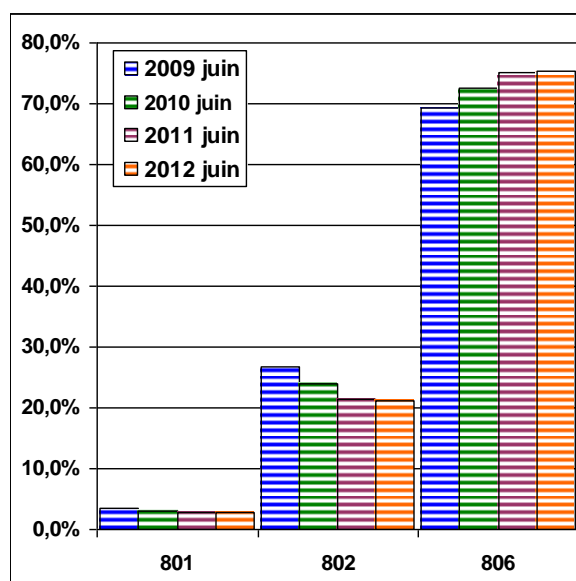


Source : CNAMTS

*Effectifs des bénéficiaires de la CMU-B, par régime d'attribution  
juin 2009, 2010, 2011, 2012, en métropole*

| Mois/Régime | 2009 juin | Part juin 2009 | 2010 juin | Part juin 2010 | 2011 juin | Part juin 2011 | 2012 juin | Part juin 2012 |
|-------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| 803         | 3 374     | 0,2%           | 2 568     | 0,1%           | 5 262     | 0,3%           | 2 228     | 0,1%           |
| 804         | 2 143     | 0,1%           | 7 709     | 0,4%           | 9 458     | 0,5%           | 10 390    | 0,6%           |
| 801         | 52 094    | 3,4%           | 53 853    | 2,9%           | 50 322    | 2,7%           | 50 367    | 2,7%           |
| 802         | 410 890   | 26,8%          | 438 712   | 23,9%          | 400 294   | 21,5%          | 392 414   | 21,2%          |
| 806         | 1 063 544 | 69,4%          | 1 336 314 | 72,7%          | 1 399 052 | 75,0%          | 1 399 240 | 75,4%          |
| 833         | 41        | 0,0%           | 10        | 0,0%           | 2         | 0,0%           | 1         | 0,0%           |
|             | 1 532 086 | 100,0%         | 1 839 166 | 100,0%         | 1 864 390 | 100,0%         | 1 854 640 | 100,0%         |

Évolutions de la répartition des trois principaux régimes, 801, 802, 806, en métropole



Source : CNAMTS

La structure des bénéficiaires entre assurés et ayants-droit a continué d'évoluer entre juin 2011 et juin 2012. La part des ayants-droit, pour les allocataires du RSA socle affiliés à la CMU-B est de 51,3 % fin juin 2011, soit une hausse de + 0,6 point (+ 2,9 points entre juin 2010 et juin 2011). L'augmentation des effectifs de la CMU-B au titre du régime 806 concerne donc essentiellement des familles, ce qui s'explique également par le basculement en septembre 2010 au régime 806, des bénéficiaires de l'ex allocation pour parent isolé (cf. ci-dessus).

Répartition assurés / ayants-droit pour la CMU-B,  
par régime d'attribution, juin 2011, juin 2012, en métropole

| Mois/Régime | 2011 juin |              |                   | 2012 juin |              |                   | Évol Part Ayants Droits |
|-------------|-----------|--------------|-------------------|-----------|--------------|-------------------|-------------------------|
|             | Assurés   | Ayants_Droit | Part Ayants Droit | Assurés   | Ayants_Droit | Part Ayants Droit |                         |
| 801         | 30 566    | 19 756       | 39,3%             | 30 868    | 19 499       | 38,7%             | -0,5%                   |
| 802         | 299 943   | 100 351      | 25,1%             | 297 770   | 94 644       | 24,1%             | -1,0%                   |
| 803         | 2 669     | 2 593        | 49,3%             | 1 371     | 857          | 38,5%             | -10,8%                  |
| 804         | 4 961     | 4 497        | 47,5%             | 5 634     | 4 756        | 45,8%             | -1,8%                   |
| 806         | 688 958   | 710 094      | 50,8%             | 681 261   | 717 979      | 51,3%             | 0,6%                    |
| 833         | 1         | 1            | 50,0%             | 1         | 0            | 0,0%              | -50,0%                  |
|             | 1 027 098 | 837 292      | 44,9%             | 1 016 905 | 837 735      | 45,2%             | 0,3%                    |
|             | 1 864 390 |              |                   | 1 854 640 |              |                   |                         |



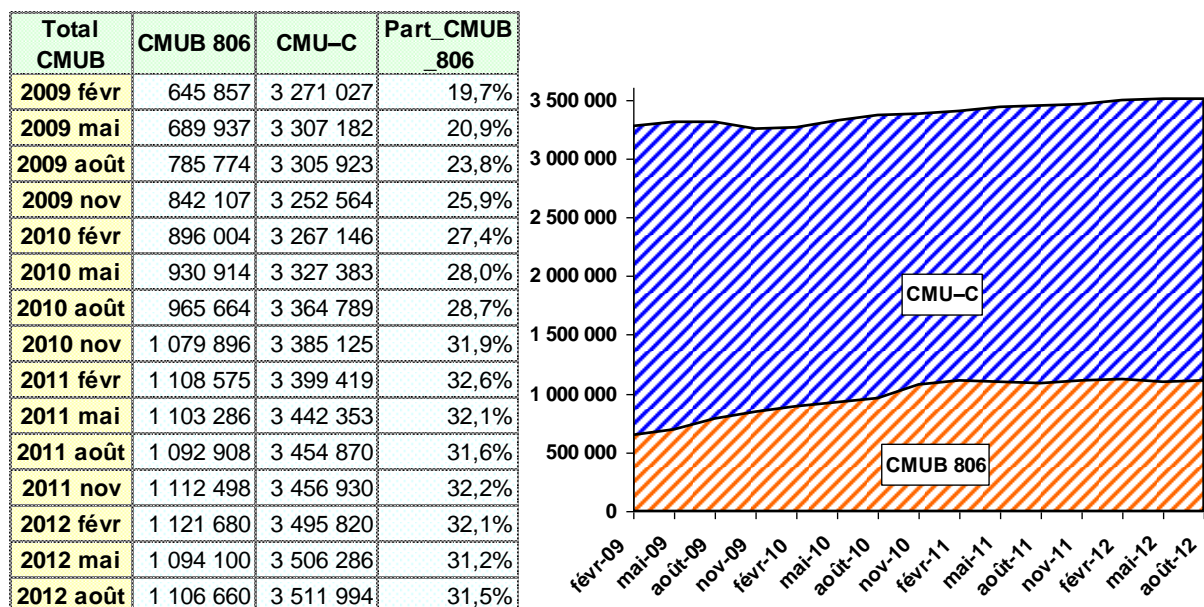
### 1.3.4. Le recours à la CMU-C des assurés affiliés au régime 806

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.

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. En effet, 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.

Il est possible cependant d'observer que, depuis la fin 2010, par rapport au total des effectifs de la CMU-C, la part 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 tendance à légèrement fléchir en 2012 (31,5 % à l'échéance d'août 2012), mais ceci est principalement dû à l'arrivée de nouveaux bénéficiaires de la CMU-C qui ont encore des droits de base ouverts à un autre régime que le régime 806.

*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 août 2012*



Parallèlement, le taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 se stabilise autour de 78,5 %. Pour rappel, des actions d'information avaient été développées par la CNAMTS 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.

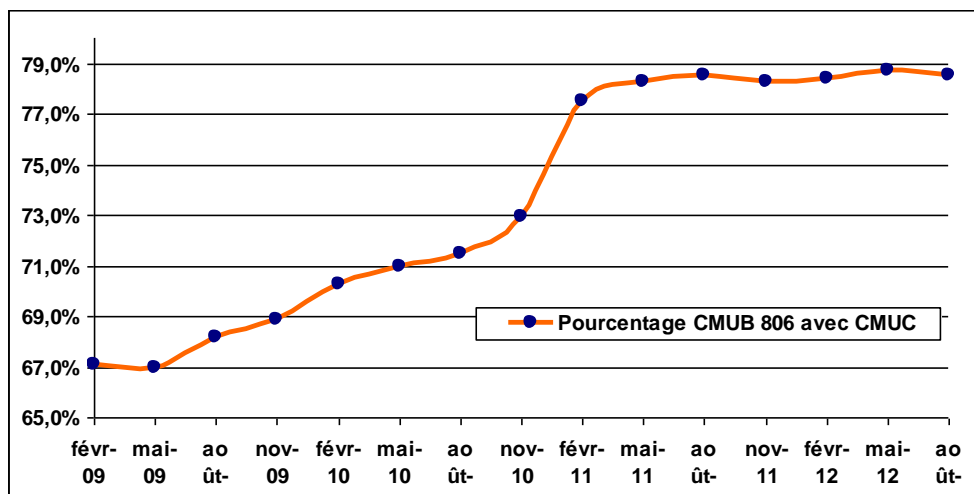
Par ailleurs, une étude menée également par la CNAMTS en 2010 tendait à prouver que les bénéficiaires du régime de base sans CMU-C enregistrent de faibles consommations de soins.



Au total, la part de la population relevant de la CMU-C au titre du RSA socle (et ex-RMI), mais ne disposant pas de CMU-C tout en consommant régulièrement, se situerait entre 3 et 4 %. Toutefois, la question reste de savoir si les personnes qui sont de faibles consommateurs le sont parce qu'elles n'ont pas de problèmes de santé qui les inciteraient à demander le bénéfice d'une couverture complémentaire ou si elles n'ont pas recours aux soins faute de faire valoir leurs droits à la CMU-C.

*Évolution du taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806 de la CMU-B en métropole*

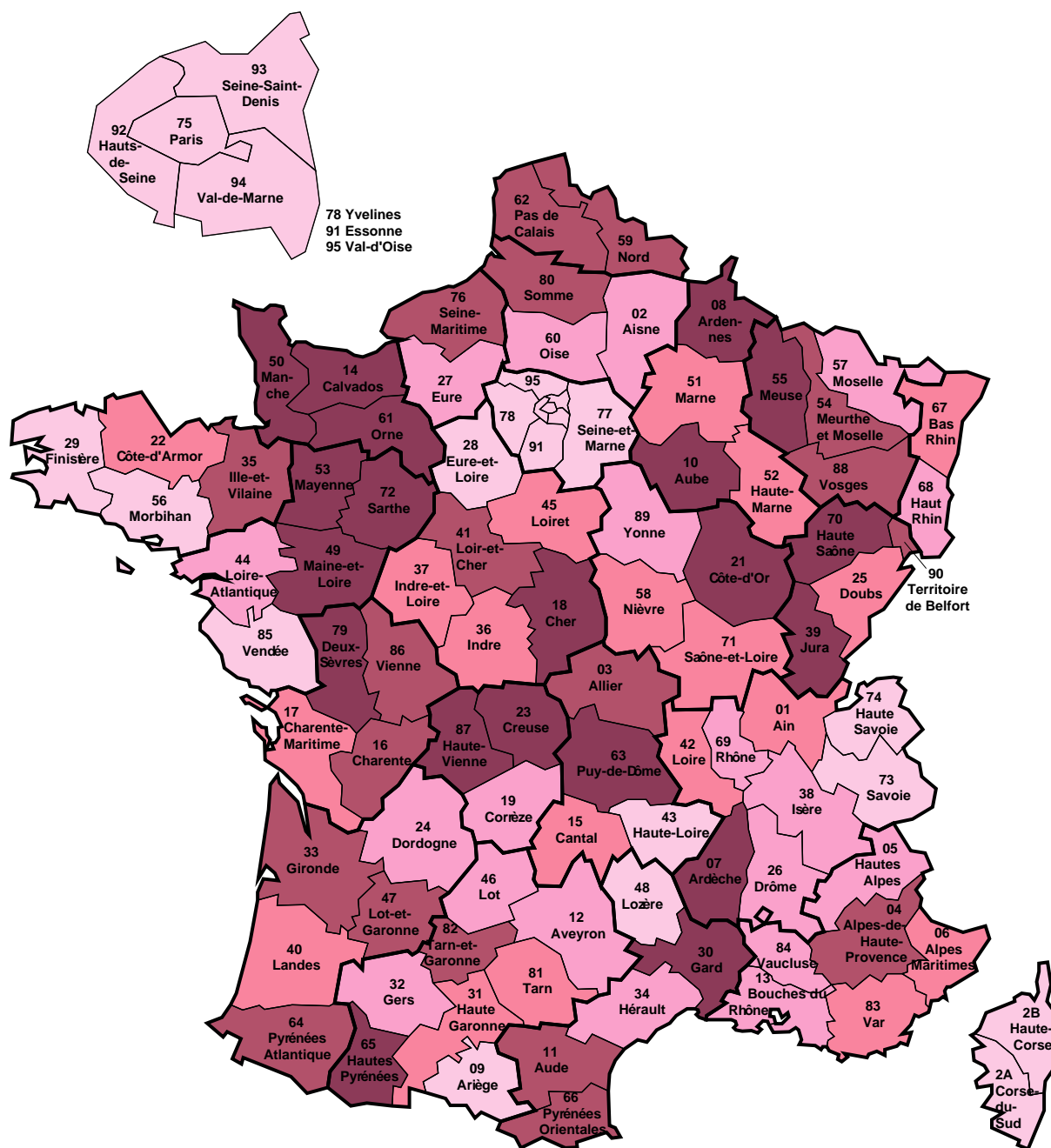
| Mois/Régime | 806       |           |
|-------------|-----------|-----------|
|             | Sans CMUC | Avec CMUC |
| 2009 févr   | 32,9%     | 67,1%     |
| 2009 mai    | 33,0%     | 67,0%     |
| 2009 août   | 31,8%     | 68,2%     |
| 2009 nov    | 31,1%     | 68,9%     |
| 2010 févr   | 29,7%     | 70,3%     |
| 2010 mai    | 29,0%     | 71,0%     |
| 2010 août   | 28,5%     | 71,5%     |
| 2010 nov    | 27,1%     | 72,9%     |
| 2011 févr   | 22,5%     | 77,5%     |
| 2011 mai    | 21,7%     | 78,3%     |
| 2011 août   | 21,5%     | 78,5%     |
| 2011 nov    | 21,7%     | 78,3%     |
| 2012 févr   | 21,6%     | 78,4%     |
| 2012 mai    | 21,3%     | 78,7%     |
| 2012 août   | 21,5%     | 78,5%     |



Source : CNAMTS

Au 30 juin 2012, le taux de recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la CMU-B au régime 806 est de 78,7 % en métropole et de 77,8 % dans les Dom. En métropole, la répartition du taux de recours se répartit, selon les départements, entre 56,9 % dans le Finistère (29) et 90,0 % dans le Jura (39). L'Île-de-France concentre des taux de recours inférieurs au taux de recours de la métropole. Les taux de recours des deux premiers quintiles, se situant entre 83,7 % et 90,0 %, rassemblent 44 % des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806.

Répartition du taux de recours à la CMU-C pour les allocataires du RSA socle affiliés au régime 806 de la CMU-B, par département de la métropole, au 30 juin 2012



| Couleur | Pourcentage Recours CMU-C | Nombre    | Pourcent Effectifs Recours CMUC |
|---------|---------------------------|-----------|---------------------------------|
|         | >= 83,7% <= 90,0%         | 20        | 21,0%                           |
|         | >= 82,2% < 83,7%          | 19        | 23,0%                           |
|         | >= 79,1% < 82,2%          | 19        | 15,5%                           |
|         | >= 76,5% < 79,1%          | 19        | 28,7%                           |
|         | >= 56,9% < 76,5%          | 19        | 11,8%                           |
|         |                           | <b>96</b> | <b>100,0%</b>                   |

Outil carte : Philcarto – Source : CNAMTS

## 2. LES DEPENSES RESTENT CONTENUES MALGRE UN CONTEXTE ECONOMIQUE PEU FAVORABLE

### 2.1. L'évolution modérée des dépenses de CMU-C

Les données définitives connues concernent l'exercice 2011. Au régime général, avec une dépense globale de 1 527 082 391 € (+ 5,7 % par rapport à 2010) et un effectif moyen de 3 428 218 bénéficiaires (+ 1,9 % par rapport à 2010), la dépense moyenne définitive pour cet exercice s'établit à 445,44 € (453,33 € pour la métropole et 396,94 € pour les Dom) soit une évolution de + 3,7 % par rapport à 2010.

Cette stabilité est à rapprocher de l'évolution modérée des dépenses de l'ensemble des assurés au régime général (+ 0,7 % pour les soins de ville, évolution en données brutes ACM en décembre 2012).

*Montant de la dépense globale, métropole et Dom, en droits constatés, CNAMTS, RSI, CCMSA*

|                  | 2007            | 2008            | 2009            | 2010            | 2011            |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>CNAMTS</b>    | 1 443 355 707 € | 1 401 991 001 € | 1 401 026 079 € | 1 445 293 430 € | 1 527 082 391 € |
| <b>Évolution</b> |                 | -2,9%           | -0,1%           | 3,2%            | 5,7%            |
| <b>RSI</b>       | 47 859 527 €    | 50 053 467 €    | 49 387 824 €    | 50 178 427 €    | 58 496 691 €    |
| <b>Évolution</b> |                 | 4,6%            | -1,3%           | 1,6%            | 16,6%           |
| <b>CCMSA</b>     | 42 523 264 €    | 40 552 262 €    | 37 716 652 €    | 33 109 644 €    | 30 937 150 €    |
| <b>Évolution</b> |                 | -4,6%           | -7,0%           | -12,2%          | -6,6%           |

*Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA*

Les données 2012 qui sont présentées dans les parties ci-dessous ne sont que provisoires. En effet, la dépense en droits constatés au titre de l'exercice 2012 ne sera connue dans sa totalité qu'à la fin de l'exercice 2013. De même, le nombre moyen de bénéficiaires de la CMU-C ne sera stabilisé qu'après le décompte définitif de décembre 2012, qui sera effectué en mai 2013.

#### 2.1.1. Le montant des dépenses globales

En 2012, la dépense globale du régime général (métropole et Dom) en droits constatés est estimée à 1 551 725 178 €, (+ 1,6 % par rapport à 2011). Les effectifs moyens des bénéficiaires dont les droits à la CMU-C sont gérés par le régime sont de 3 488 452 (+ 1,8 % par rapport à 2011). La dépense moyenne définitive pour cet exercice s'établit à 444,82 € (451,42 € pour la métropole et 403,38 € pour les Dom) soit un montant quasiment stable par rapport à 2011 (- 0,1 %).

La dépense du régime des indépendants, est estimée à 68 597 818 € (+ 17,3 % par rapport à 2011). Les effectifs moyens des bénéficiaires dont les droits à la CMU-C sont gérés par le régime sont de 202 204 (+ 14,0 % par rapport à 2011). La dépense moyenne définitive pour cet exercice s'établit à 339,25 € (338,54 € pour la métropole et 352,08 € pour les Dom) soit une évolution de 2,8 % par rapport à 2011. La hausse des effectifs est liée à celle du régime, elle-même en lien avec le développement du statut d'auto-entrepreneur.

La dépense du régime agricole, est estimée à 32 229 525 € en 2012 et elle augmente de + 4,2 % par rapport à 2011. Mais la dépense globale de la CCMSA dans les Dom est passée de 1 018 363 € en 2011 à 3 442 546 € en 2012.

Ceci est lié au fait que la dépense pour les CGSS de la Martinique et de la Réunion, qui jusqu'alors n'était pas décomptée par le régime agricole, a pu être différenciée de la dépense du régime général. Un rattrapage a été effectué fin 2012 pour la dépense engagée sur l'ensemble de l'exercice pour ces deux CGSS. C'est ce rattrapage qui influe sur le niveau de l'augmentation de dépense métropole et Dom entre 2011 et 2012. La moyenne des effectifs est de 87 628 ( - 5,2 % par rapport à 2011). Le coût moyen pour l'ensemble métropole et Dom est évalué à 367,80 €, mais il n'est pas comparable à celui de 2011, compte tenu de l'apport de nouvelles données pour la dépense dans les Dom en 2012. Il convient donc de se baser sur la métropole pour mesurer une baisse de la dépense en rapport avec la baisse des effectifs de la CMU-C, elle-même en lien avec la baisse des effectifs du régime. Dans ce cas, la dépense en métropole est de 28 786 978 € (+ 3,8 % par rapport à 2011), les effectifs moyens sont de 76 956 ( - 4,3 % par rapport à 2011) et le coût moyen de 374,07 € (+ 0,6 % par rapport à 2011).

Au final, pour les trois régimes, 2012 apporte un équilibre entre dépenses et effectifs.

*Montant de la dépense globale, des effectifs moyens et des coûts moyens, pour les bénéficiaires dont les droits à la CMU-C sont gérés par leur régime d'appartenance, métropole et Dom, en droits constatés, CNAMTS et SLM, RSI*

| Calculs 2012* | Exercice        | Provision     | Total           | Effectifs Moyens Annuels | Coût Moyen |
|---------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------------|------------|
| <b>CNAMTS</b> | 1 427 845 388 € | 123 879 790 € | 1 551 725 178 € | 3 488 452                | 444,82 €   |
|               |                 |               | 1,6%            | 1,8%                     | -0,1%      |
| <b>RSI</b>    | 60 193 682 €    | 8 404 136 €   | 68 597 818 €    | 202 204                  | 339,25 €   |
|               |                 |               | 17,3%           | 14,0%                    | 2,8%       |

\*Données provisoires – Sources : CNAMTS, SLM, RSI

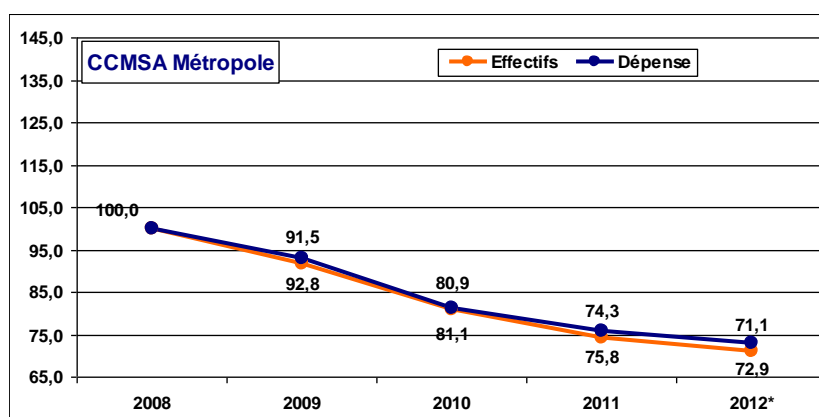
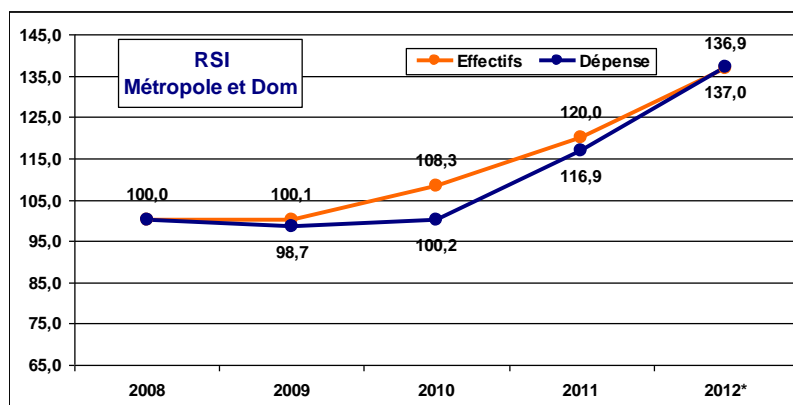
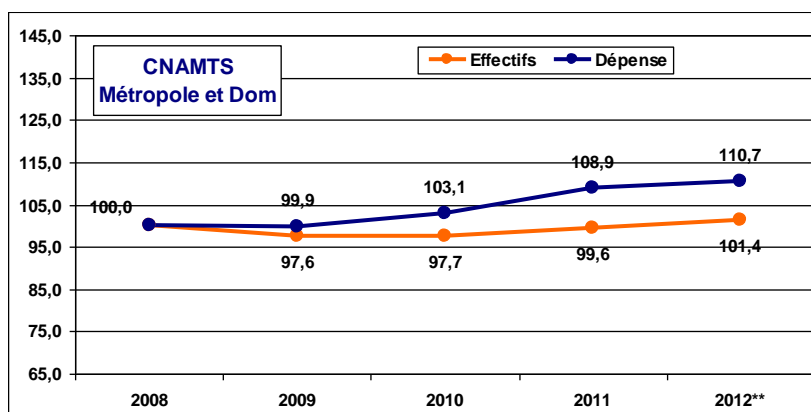
*Montant de la dépense globale, des effectifs moyens et des coûts moyens, pour les bénéficiaires dont les droits à la CMU-C sont gérés par leur régime d'appartenance, en droits constatés, détail métropole et Dom pour la CCMSA*

| Calculs 2012*    | Exercice     | Provision   | Total        | Effectifs Moyens Annuels | Coût Moyen |
|------------------|--------------|-------------|--------------|--------------------------|------------|
| <b>Métropole</b> | 26 294 678 € | 2 492 301 € | 28 786 978 € | 76 956                   | 374,07 €   |
|                  |              |             | -3,8%        | -4,3%                    | 0,6%       |
| <b>Dom</b>       | 3 163 746 €  | 278 800 €   | 3 442 546 €  | 10 672                   | 322,57 €   |
|                  |              |             | 238,0%       | -10,8%                   | 279,0%     |

\*Données provisoires – Source : CCMSA

Dans les graphiques suivants, la progression de la dépense est un peu plus rapide que celle des effectifs pour la CNAMTS jusqu'en 2011 puis se stabilise en 2012, un rattrapage s'effectue entre la dépense et les effectifs pour le RSI et, concernant la CCMSA, en métropole, la baisse de la dépense suit la baisse des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C.

Évolution de la dépense globale et des effectifs CMU-C gérés par la CNAMTS, le RSI, la CCMSA, métropole et Dom, de 2008 à 2012, en base 100



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

## 2.1.2. L'évolution du coût moyen par régime

### 2.1.2.1. Le coût moyen par régime en métropole

Le Fonds CMU détermine, à partir des données fournies par les régimes et les organismes complémentaires, le coût moyen d'un bénéficiaire de la CMU-C pour la part complémentaire de ses dépenses<sup>12</sup>.

En 2012, le coût moyen prévisionnel d'un bénéficiaire géré par la CNAMTS est estimé, pour la métropole à 451,42 €. Ce montant est nettement supérieur au coût moyen de la CCMSA (374,07 €) et du RSI (338,54 €). Cet écart s'explique par le nombre plus important de bénéficiaires gérés par le régime général dont l'état de santé est dégradé. Le RSI intègre par ailleurs des bénéficiaires dont le recours aux soins est plus faible que celui des salariés, ces personnes rencontrent moins de problèmes de santé et ont plus souvent recours à la médecine de ville. Les bénéficiaires de la CCMSA se trouvent dans une situation intermédiaire.

Le coût moyen des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un organisme complémentaire est quant à lui estimé à 386,02 € pour 2012.

*Montant et évolution du forfait et des coûts moyens, en métropole, de 2007 à 2012.  
L'année dernière, nous avons présenté le tableau métropole + Dom sauf CCMSA et OC.*

|                                   | 2007     | 2008     | 2009     | 2010     | 2011     | 2012**   |
|-----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Montant forfait</b>            | 340,00 € | 340,00 € | 370,00 € | 370,00 € | 370,00 € | 370,00 € |
| <b>CNAMTS*</b>                    | 404,72 € | 413,89 € | 425,19 € | 437,63 € | 453,33 € | 451,42 € |
| <b>Évolution</b>                  |          | 2,3%     | 2,7%     | 2,9%     | 3,6%     | -0,4%    |
| <b>RSI</b>                        | 337,46 € | 339,40 € | 334,42 € | 312,91 € | 329,83 € | 338,54 € |
| <b>Évolution</b>                  |          | 0,6%     | -1,5%    | -6,4%    | 5,4%     | 2,6%     |
| <b>CCMSA</b>                      | 371,36 € | 364,82 € | 370,02 € | 365,61 € | 371,99 € | 374,07 € |
| <b>Évolution</b>                  |          | -1,8%    | 1,4%     | -1,2%    | 1,7%     | 0,6%     |
| <b>Organismes complémentaires</b> | 349,70 € | 362,20 € | 366,61 € | 367,50 € | 376,60 € | 386,02 € |
| <b>Évolution</b>                  |          | 3,6%     | 1,2%     | 0,2%     | 2,5%     | 2,5%     |

Source : CNAMTS + SLM, RSI, MSA, OC

En 2011<sup>13</sup>, le coût moyen du régime général, en métropole, progresse de +3,6 % par rapport à l'année précédente. Avec une évolution moins linéaire dans le temps, le coût moyen du RSI connaît une augmentation de + 5,4 %. Le coût moyen de la CCMSA enregistre une augmentation de +1,7 %.

L'évolution du coût moyen des organismes complémentaires entre 2010 et 2011 est estimée à + 2,5 %, mais les données définitives ne seront connues qu'à partir de juin 2013.

<sup>12</sup> Pour cette partie, le coût moyen retenu est celui de la métropole, afin de pouvoir comparer la CCMSA et les organismes complémentaires, dont les données ne sont pas complètes pour les Dom, avec la CNAMTS et le RSI.

<sup>13</sup> S'agissant de chiffres prévisionnels, les données pour 2012 n'ont pas été incluses dans l'analyse ni dans le graphique explicatif de cette partie.

## 2.1.2.2. Le coût moyen et la dépense moyenne de ville par régime en métropole

S'agissant des dépenses moyennes de ville, le coût moyen en 2011 a été de 326,33 € pour le régime général, de 265,32 € pour le régime des indépendants et de 285,22 € pour le régime agricole.

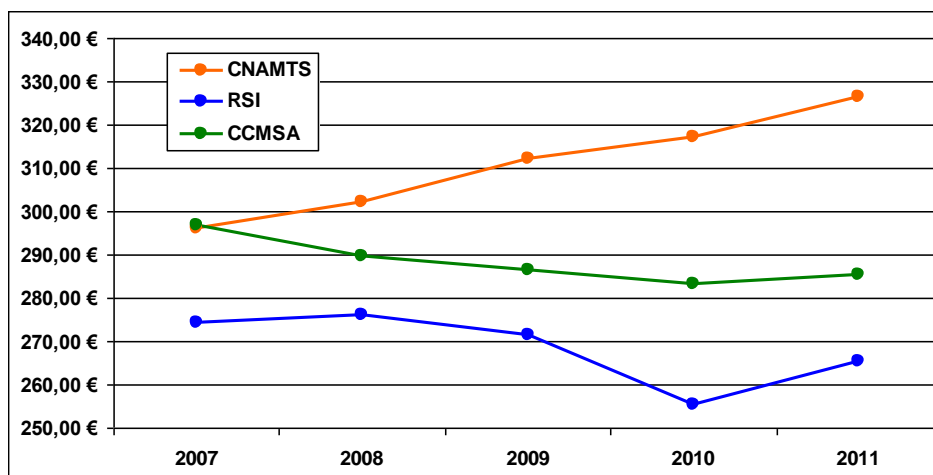
*Coût moyen, dépense de ville, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, en droits constatés de 2007 à 2011*

|                   | 2007     | 2008     | 2009     | 2010     | 2011     |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>CNAMTS</b>     | 296,03 € | 302,28 € | 312,21 € | 317,11 € | 326,33 € |
| <b>Évolution</b>  |          | 2,1%     | 3,3%     | 1,6%     | 2,9%     |
| <b>Part ville</b> | 73,1%    | 73,0%    | 73,4%    | 72,5%    | 72,0%    |
| <b>RSI</b>        | 274,22 € | 276,01 € | 271,60 € | 255,20 € | 265,32 € |
| <b>Évolution</b>  |          | 0,7%     | -1,6%    | -6,0%    | 4,0%     |
| <b>Part ville</b> | 81,3%    | 81,3%    | 81,2%    | 81,6%    | 80,4%    |
| <b>CCMSA</b>      | 296,81 € | 289,67 € | 286,29 € | 283,15 € | 285,22 € |
| <b>Évolution</b>  |          | -2,4%    | -1,2%    | -1,1%    | 0,7%     |
| <b>Part ville</b> | 79,9%    | 79,4%    | 77,4%    | 77,4%    | 76,7%    |

Source : CNAMTS, RSI, MSA

Le montant moyen de la dépense de ville au régime général augmente régulièrement, tandis qu'il a globalement diminué au régime agricole sur les cinq dernières années. Au RSI, la tendance vers un rééquilibrage se confirme.

*Évolutions des montants du coût moyen, dépense de ville, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, en droits constatés, de 2007 à 2011*

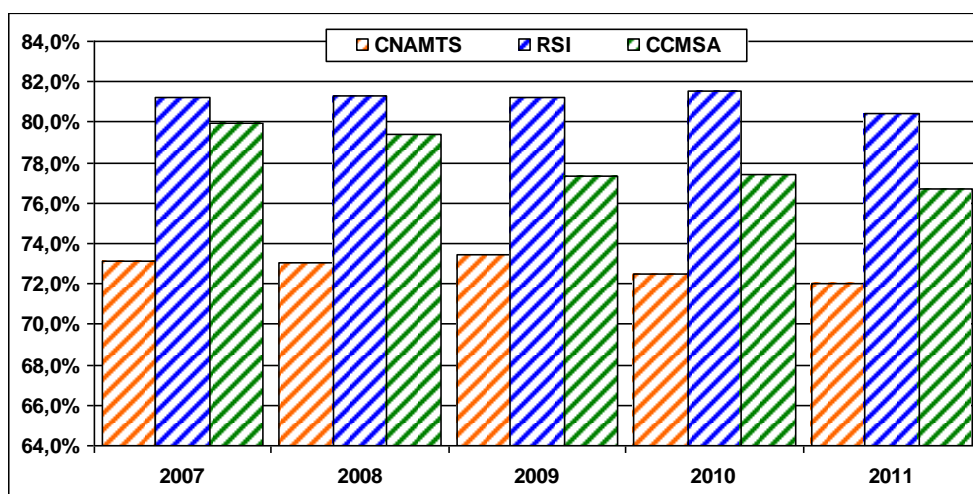


Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

Pour les trois régimes, la part consacrée aux dépenses de ville est très supérieure à celle de l'hôpital. Au régime général, elle est de 72,0 % ce qui est moins élevé qu'au régime des indépendants (80,4 %) ainsi qu'au régime agricole (76,7 %). Cette part baisse en 2011 pour les trois régimes.



Part du coût moyen de la dépense de ville, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, en droits constatés, de 2007 à 2011



Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

### 2.1.3. Focus sur les dépenses des bénéficiaires du régime général

#### 2.1.3.1. Comparaison des dépenses de soins de ville entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires du régime général

Cet indicateur est calculé à partir du ratio entre les dépenses moyennes en ville des neuf premiers mois de l'année des bénéficiaires de la CMU-C et celles des autres bénéficiaires du régime général.

*Pour faciliter la compréhension, le tableau ci-dessous doit être lu de la manière suivante : en 2012, à âge et sexe identique, hors ALD, un bénéficiaire de la CMU-C a une dépense moyenne de ville supérieure de 31 % à celle d'un autre assuré du régime général, non bénéficiaire de la CMU-C. L'écart 2012 reste stable par rapport à 2011.*

Évolution de l'écart de la dépense de ville de 2005 à 2012 sur les 9 premiers mois de chaque année

|                         | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ecart dépense ville n % | 27   | 27   | 27   | 28   | 30   | 31   | 31   |

Source : CNAMTS

*Ratio « CMU/non CMU » pour les 9 premiers mois de l'année de soins : détail par principaux postes*

| Postes   | Ratio<br>9 mois<br>2006 | Ratio<br>9 mois<br>2007 | Ratio<br>9 mois<br>2008 | Ratio<br>9 mois<br>2009 | Ratio<br>9 mois<br>2010 | Ratio<br>9 mois<br>2011 | Ratio<br>9 mois<br>2012 | Variation<br>2011/2012 |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Consultations des omnipraticiens                                       | 1,58                    | 1,58                    | 1,58                    | 1,57                    | 1,60                    | 1,55                    | 1,58                    | 0,03                   |
| Consultations des spécialistes et des autres praticiens (*)            | 0,87                    | 0,84                    | 0,85                    | 0,86                    | 0,86                    | 0,94                    | 0,87                    | -0,07                  |
| Visites (y compris frais de déplacement)                               | 2,02                    | 2,14                    | 2,30                    | 2,33                    | 2,41                    | 2,58                    | 2,61                    | 0,03                   |
| Actes techniques (y compris radiologie)                                | 1,02                    | 1,02                    | 1,02                    | 1,00                    | 1,05                    | 1,05                    | 1,04                    | -0,01                  |
| Forfaits techniques (IRMN, scanner, ...)                               | 0,95                    | 0,96                    | 1,04                    | 1,01                    | 0,97                    | 0,98                    | 1,06                    | 0,08                   |
| Honoraires dentaires   | 1,25                    | 1,30                    | 1,26                    | 1,33                    | 1,37                    | 1,43                    | 1,40                    | -0,03                  |
| Actes des infirmiers (y compris frais de déplacement)                  | 1,53                    | 1,41                    | 1,60                    | 1,78                    | 1,67                    | 1,84                    | 1,67                    | -0,17                  |
| Actes des kinésithérapeutes (y compris frais de déplacement)           | 0,89                    | 0,90                    | 0,91                    | 0,87                    | 0,92                    | 0,93                    | 0,89                    | -0,04                  |
| Actes des orthophonistes (y compris frais de déplacement)              | 1,06                    | 1,06                    | 1,15                    | 1,22                    | 1,22                    | 1,19                    | 1,17                    | -0,02                  |
| Actes des autres auxiliaires médicaux (y compris frais de déplacement) | 0,83                    | 0,72                    | 0,71                    | 0,75                    | 0,75                    | 0,73                    | 0,78                    | 0,05                   |
| Biologie   | 1,21                    | 1,20                    | 1,20                    | 1,18                    | 1,22                    | 1,22                    | 1,22                    | 0,00                   |
| Pharmacie  | 1,41                    | 1,41                    | 1,40                    | 1,41                    | 1,42                    | 1,45                    | 1,45                    | 0,00                   |
| LPP  | 1,22                    | 1,13                    | 1,18                    | 1,22                    | 1,25                    | 1,28                    | 1,27                    | -0,01                  |
| Transports   | 2,31                    | 2,08                    | 2,42                    | 2,73                    | 2,36                    | 2,24                    | 2,85                    | 0,61                   |
| <b>Total Soins de ville</b>  | <b>1,27</b>             | <b>1,27</b>             | <b>1,27</b>             | <b>1,28</b>             | <b>1,30</b>             | <b>1,31</b>             | <b>1,31</b>             | <b>0,00</b>            |

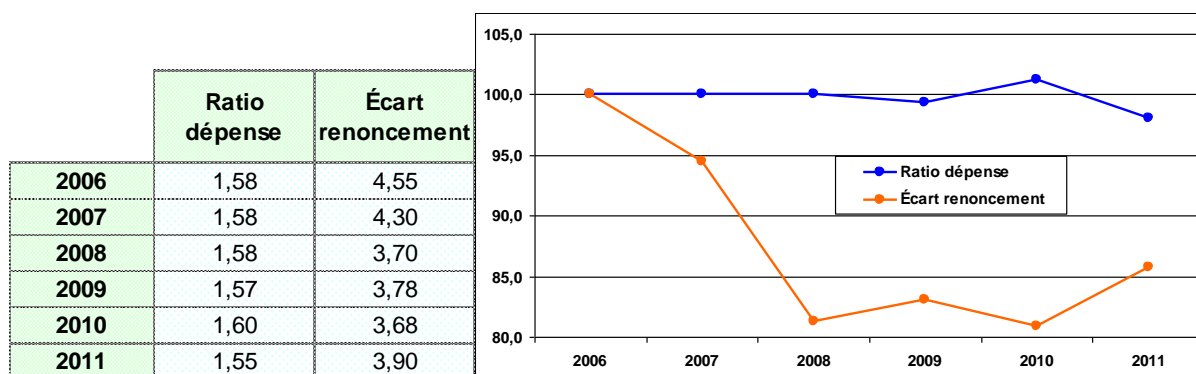
(\*) *Autres praticiens : neuropsychiatres, dentistes, sages-femmes, médecine hospitalière – Source CNAMTS*

*Les calculs sont faits à partir de l'échantillon EGB (Échantillon généraliste de bénéficiaires) (1/100ème), pour les bénéficiaires du régime général, hors SLM, y compris Dom, ayant consommé des soins de ville durant les 9 premiers mois de l'année 2012 et n'étant pas en ALD.*

Les quatre principaux postes de dépense (consultation des omnipraticiens, pharmacie, honoraires dentaires et actes techniques, y compris radiologie) comptent pour 68,5 % des dépenses. Les variations des écarts de consommation entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C sont assez faibles pour ces quatre postes. Il est toutefois intéressant de rapprocher ces évolutions d'écart de consommation avec les écarts de non recours<sup>14</sup>. On observe que pour les consultations des omnipraticiens, en données redressées, en 2009, l'écart de non recours augmente légèrement et l'écart de consommation baisse. En 2010, l'écart de non recours baisse et l'écart de consommation augmente. L'année 2011 reprend le mouvement de 2009. Pour les honoraires dentaires, la baisse de l'écart de non recours est quasi proportionnellement inverse à l'augmentation de l'écart de consommation CMU-C non CMU-C.

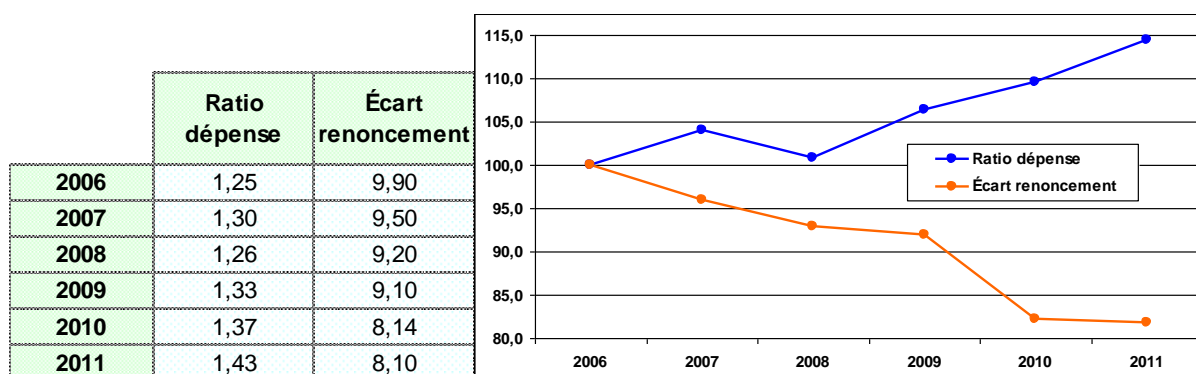
<sup>14</sup> Le non recours signifie que la personne n'a pas consulté un médecin ou un dentiste au cours des deux dernières années. L'écart de non recours, ou de renoncement, est la différence entre le non recours des bénéficiaires de la CMU-C et le non recours des non bénéficiaires.

Ratio dépense et écart renoncement CMU-C / Non CMU-C pour les consultations des omnipraticiens, graphique en base 100 (en 2006)



Source : CNAMTS

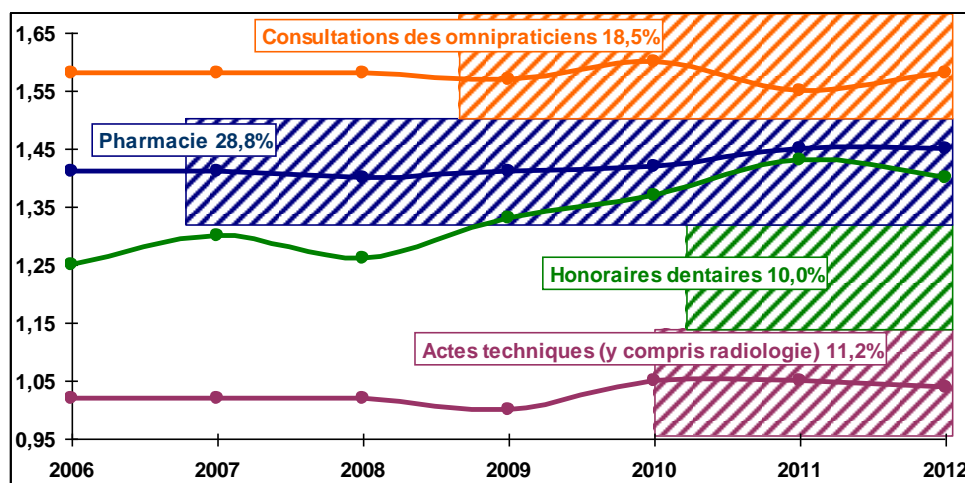
Ratio dépense et écart renoncement CMU-C / Non CMU-C pour les consultations des chirurgiens dentistes, graphique en base 100 (en 2006)



Source : CNAMTS

Ces constats pourraient confirmer l'hypothèse selon laquelle lorsque l'écart de consommation augmente ce n'est pas le signe d'une surconsommation des bénéficiaires de la CMU-C mais d'un plus faible renoncement aux soins.

Proportion des principaux postes de dépense des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la dépense de ville 2012 et évolutions des écarts CMU C / Non CMU-C pour ces postes de 2006 à 2012

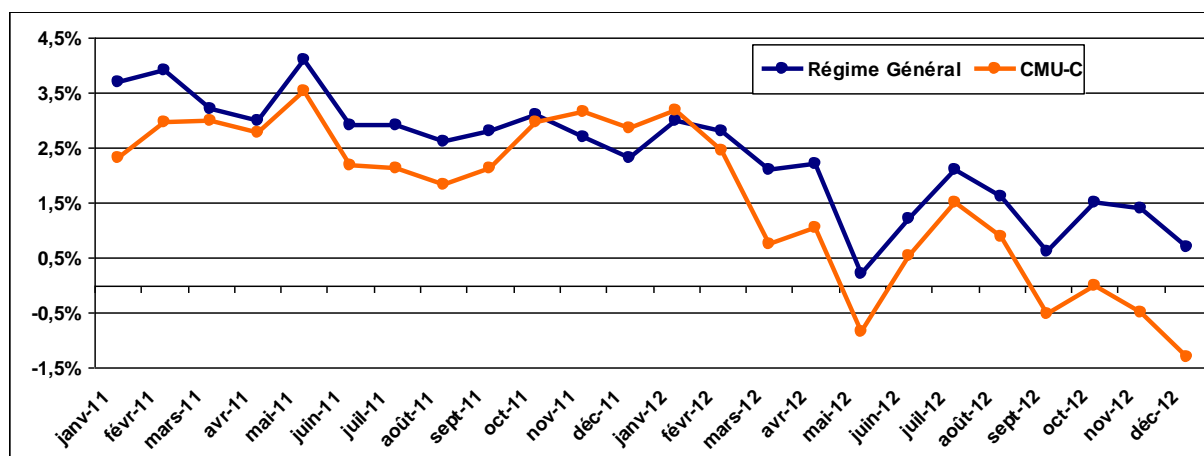


Source : CNAMTS

Pour expliquer cette différence, nous retiendrons que les bénéficiaires de la CMU-C se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population. La surexposition des bénéficiaires à des maladies graves, mais aussi à des facteurs de risque tels que le tabac, l'alcool, l'obésité et les troubles psychiques impacteraient de manière conséquente les dépenses de médicaments, qui représentent près de 29,0 % des dépenses de ville en 2012.

Pour compléter cette approche et pour point de repère, on observe que l'évolution de la dépense moyenne de ville en trésorerie, pour la part CMU-C, suit le même mouvement que l'évolution en données brutes des dépenses du régime général, tout en restant globalement inférieure. Pour la part CMU-C, la dépense de ville correspond à 73 % de la dépense totale. La stagnation de la dépense entre 2011 et 2012 n'est donc pas propre à la part CMU-C, mais liée à une maîtrise globale des dépenses pour les soins de ville. Ce fait corrobore que l'augmentation de l'écart de consommation entre non bénéficiaires et bénéficiaires de la CMU-C ne résulte d'aucune dérive de la part de ces derniers.

*Évolutions, pour la dépense de ville, du taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses du régime général et du coût moyen pour la CMU-C, en métropole, de janvier 2011 à décembre 2012, dépense en trésorerie, en ACM*



Source : CNAMTS

### 2.1.3.2. Dépenses par poste en métropole

En 2011, la dépense moyenne des bénéficiaires de la CNAMTS en ville est de 326,33 € (métropole et Dom). Pour l'hôpital, la dépense est de 127,00 €. La tendance à la baisse de la part de la ville est liée à l'augmentation de la dépense hospitalière depuis deux exercices. Cette augmentation est régulière et se porte sur la dépense au titre des exercices en cours. Elle n'est donc pas liée à de forts rattrapages, comme il avait été constaté antérieurement. Elle est également répartie sur l'ensemble du territoire. L'hypothèse avancée est celle d'une amélioration dans la ventilation puis dans la transmission de la dépense par les hôpitaux, l'augmentation étant portée par les honoraires.

En droits constatés, en métropole, la dépense moyenne pour la ville (326,33 €) augmente de + 2,9 % par rapport à 2010. En trésorerie, cette même dépense est de 326,55 €, avec une évolution ACM également de + 2,9 %. Pour rappel, le taux de croissance annuel en données brutes pour la dépense de ville du régime général, en métropole, à la fin décembre 2011 est de + 2,3 %. Pour 2011, contrairement aux années précédentes, l'évolution de la dépense moyenne de la ville pour les bénéficiaires de la CMU-C est donc supérieure à celle de l'ensemble des assurés de la CNAMTS, mais sans dérapage.

En 2011, 72,0 % de la dépense moyenne totale est consacrée à la ville. Les principaux postes, pour la dépense de ville, relèvent des honoraires des généralistes et spécialistes (22,0 % de la dépense totale), suivi par les médicaments (21,3 %) et les forfaits CMU-C (14,7 %).

Pour l'hôpital (28,0 % de la dépense totale), les honoraires représentent 19,5 % de la dépense totale et les forfaits hospitaliers 8,5 %.

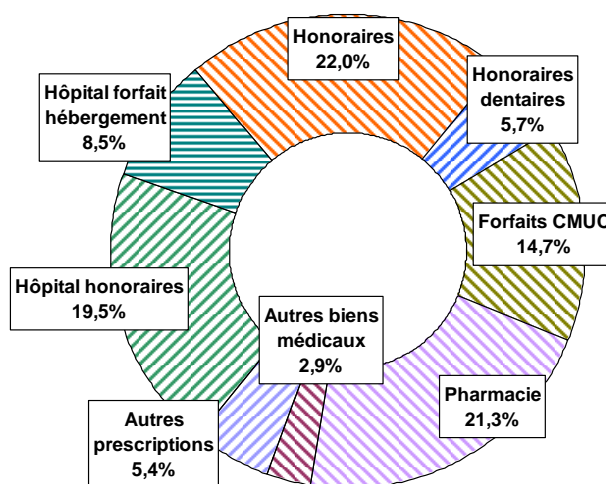
Pour mémoire, la dépense en droits constatés ne peut être détaillée que pour l'année n-1, la dépense de l'année n fait l'objet d'une provision globale sur les montants au titre de l'exercice antérieur, qui seront versés en 2012.

*Répartition du coût moyen, métropole, en droits constatés, pour la CNAMTS de 2007 à 2011*

|  | 2007     | 2008     | 2009     | 2010     | 2011            |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| <b>Dépense totale</b>                    | 404,72 € | 413,89 € | 425,19 € | 437,63 € | <b>453,33 €</b> |
| <b>Ville</b>                             | 296,03 € | 302,28 € | 312,21 € | 317,11 € | 326,33 €        |
| <b>Pourcentage Dépense Ville</b>         | 73,1%    | 73,0%    | 73,4%    | 72,5%    | 72,0%           |
| <b>Total des trois principaux postes</b> | 187,09 € | 187,94 € | 194,45 € | 195,86 € | 200,24 €        |
| <b>Médicaments</b>                       | 97,37 €  | 95,35 €  | 95,59 €  | 95,76 €  | 96,59 €         |
| <b>Honoraires des généralistes</b>       | 45,86 €  | 47,45 €  | 50,85 €  | 49,33 €  | 52,03 €         |
| <b>Forfaits proth. dentaires</b>         | 43,86 €  | 45,14 €  | 48,01 €  | 50,77 €  | 51,62 €         |
| <b>Hôpital</b>                           | 108,69 € | 111,61 € | 112,98 € | 120,52 € | 127,00 €        |
| <b>Pourcentage Dépense Hôpital</b>       | 26,9%    | 27,0%    | 26,6%    | 27,5%    | 28,0%           |
| <b>Honoraires</b>                        | 74,27 €  | 73,12 €  | 75,96 €  | 80,53 €  | 88,53 €         |
| <b>Forfait journalier</b>                | 34,42 €  | 38,49 €  | 37,02 €  | 39,99 €  | 38,47 €         |

Source : CNAMTS

*Répartition de la dépense par poste en coût moyen, métropole, en droits constatés, pour la CNAMTS, en 2011*



### 2.1.3.3. Coût moyen par département

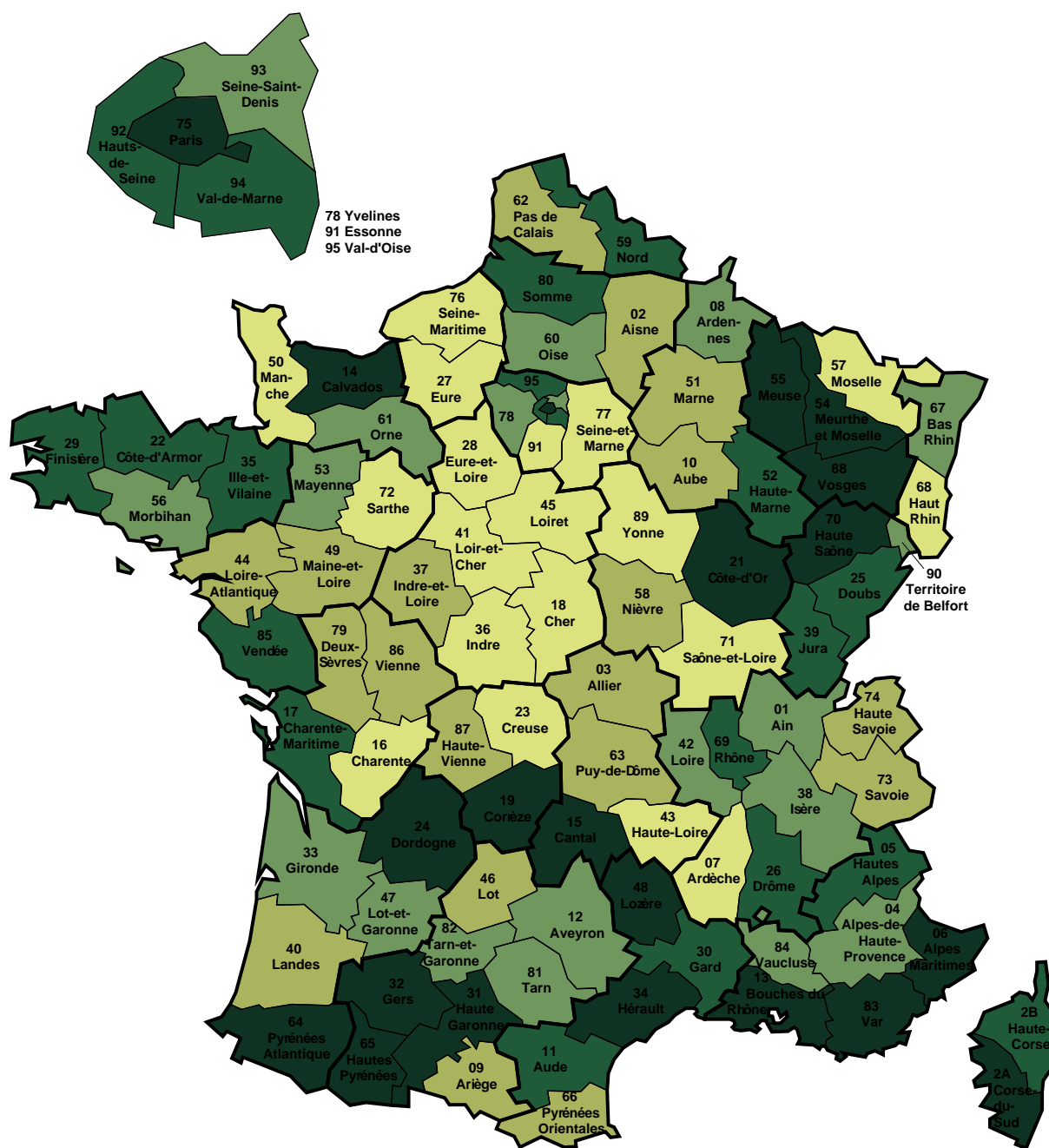
En comparaison avec la dépense moyenne du régime général en droits constatés, en métropole, qui est de 453,33 € en 2011, on trouve deux extrêmes : le département de l'Yonne (89) présente le coût moyen le plus faible avec 347,43 € et le département de la Lozère (48) le plus élevé avec un coût moyen de 993,14 €.

Les départements de la Lozère (48), de la Corrèze (19) (654,97 €) et du Cantal (15) (606,00 €) doivent leur montant moyen élevé à une très forte dépense sur le poste du forfait hospitalier, liée à des accueils de longs séjours. Après ces trois départements, la dépense moyenne la plus élevée est celle du département des Bouches-du-Rhône (562,54 €). La dépense médiane est de 432,93 €.

Les dix premiers départements en termes de dépense totale concentrent 43,1 % de la dépense de la métropole et concernent 40,7 % des effectifs.

Dans les départements d'outre-mer, le coût moyen en 2011 est de 396,94 € avec une évolution de + 3,8 % par rapport à 2010. Ils sont compris entre 301,56 € en Martinique et 495,24 € en Guyane.

Dépense moyenne par département en droits constatés, métropole, 2010, CNAMTS



| Couleur | Montants                | Nombre    | Dépense                   | Pourcent Dépense |
|---------|-------------------------|-----------|---------------------------|------------------|
|         | >= 475,49 € <= 993,14 € | 20        | 381 734 044,58 €          | 28,6%            |
|         | >= 442,90 € < 475,49 €  | 19        | 351 539 916,28 €          | 26,3%            |
|         | >= 424,34 € < 442,90 €  | 19        | 245 638 130,36 €          | 18,4%            |
|         | >= 401,48 € < 424,34 €  | 19        | 192 454 833,17 €          | 14,4%            |
|         | >= 347,43 € < 401,48 €  | 19        | 165 464 314,59 €          | 12,4%            |
|         |                         | <b>96</b> | <b>1 336 831 238,98 €</b> | <b>100,0%</b>    |

Source : CNAMTS



## **2.1.4. Les travaux préparatoires dans le cadre des nouvelles modalités de prise en charge des dépenses de CMU-C**

### **2.1.4.1. L'article 22 de la LFSS pour 2013**

Pour 2012, le Fonds CMU verse aux organismes gestionnaires de la CMU-C une participation forfaitaire fixée depuis 2009 à 370 € par an et par bénéficiaire.

L'article 22 de la LFSS pour 2013 prévoit d'importantes évolutions quant à la participation financière du Fonds CMU auprès des organismes gestionnaires de la CMU-C.

La prise en charge des bénéficiaires de la CMU-C par le Fonds CMU est désormais plafonnée à la dépense réelle, limitée à 400 € par bénéficiaire pour 2013 (montant fixé par décret dont la parution est prévue au printemps 2013). Pour assurer un financement soutenable de ce dispositif, le Fonds CMU se voit affecté, dans la loi de finances pour 2013, une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs.

Le but de cette évolution est de diminuer le reste à charge des organismes gestionnaires, notamment pour la CNAMTS et de dégager une vision complète de l'effort public engagé en faveur du dispositif de la CMU-C.

Les éventuels excédents du Fonds CMU devront toujours être versés à la CNAMTS, avec une disposition à titre exceptionnel en 2013, visant à la majoration du remboursement effectué à la CNAMTS, en tenant compte des sommes engagées par la caisse au titre des exercices 2013 ainsi que 2012, dans la limite du résultat comptable du Fonds en 2013.

Le Fonds CMU s'est mobilisé tout au long du 4<sup>ème</sup> trimestre 2012, afin d'anticiper sur les conséquences de ces évolutions en matière de gestion, mais également en matière comptable.

### **2.1.4.2. Situation des organismes gestionnaires de la CMU-C par rapport au forfait actuel**

En 2012, lorsque les dépenses réelles dépassent le montant du forfait, ce sont les gestionnaires qui supportent la différence. A contrario, lorsque la dépense est inférieure au forfait de remboursement, les gestionnaires bénéficient de cet excédent.

À la lumière des estimations réalisées pour 2012, le coût moyen CMU-C, en droits constatés, de la CNAMTS (444,82 €) excède d'environ 74,82 € le montant du remboursement. Étant donné que la CNAMTS a géré, en moyenne annuelle, près de 3,5 millions de bénéficiaires CMU-C (métropole et Dom), le déficit lié à la gestion de ce dispositif serait de près de 261 M€ en 2012.

Pour la CCMSA, en retenant l'hypothèse selon laquelle la dépense au titre de l'exercice est remontée dans son exhaustivité pour les Dom en 2012, le coût moyen pour l'ensemble du territoire pourrait être estimé à 367,80 €, soit 2,20 € de moins que le forfait de 370 €.

Le RSI reste excédentaire dans la gestion du dispositif, le montant moyen estimé de ses dépenses en 2012 (339,25 €) étant inférieur de 30,75 € au forfait de 370 €, soit un montant de 6,2 millions d'euros au profit du régime.

Le coût moyen pour les organismes complémentaires est estimé à 386,02 € 2012 pour la métropole. On évalue, en complément, qu'en 2012, à partir des données de 2010 et 2011, 60 % des OC gestionnaires de la CMU-C auraient un coût moyen supérieur à 370 € et qu'ils regrouperaient 70 % des bénéficiaires de la CMU-C ayant fait le choix de gestion de leur CMU-C par un OC.

*Situation des organismes gestionnaires de la CMU-C en 2012 par rapport au forfait de 370 €, sur la base du coût moyen métropole et Dom*

|                                     | 2012     | 370,00 € |
|-------------------------------------|----------|----------|
| <b>CNAMTS*</b>                      | 444,82 € | -74,82 € |
| <b>RSI</b>                          | 339,25 € | 30,75 €  |
| <b>CCMSA</b>                        | 367,80 € | 2,20 €   |
| <b>Organismes complémentaires**</b> | 386,02 € | -16,02 € |

\* y compris SLM – \*\* Coût moyen métropole – Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Organismes complémentaires

*Situation des organismes complémentaires en 2012 par rapport au forfait de 370 €*

| 370 €                    | Pourcent OC | Pourcent Bénéf | Pourcent Dépense |
|--------------------------|-------------|----------------|------------------|
| <b>Inférieur</b>         | 41%         | 30%            | 27%              |
| <b>Supérieur ou égal</b> | 59%         | 70%            | 73%              |
| <b>Total</b>             | 100%        | 100%           | 100%             |

## 2.2. Les dépenses de l'ACS progressent au même rythme que le nombre d'utilisateurs

### 2.2.1. Un coût global qui demeure plus faible que celui de la CMU-C

Le coût global de l'ACS, hors dotation aux provisions, s'élève à 195 millions d'euros (157 millions en 2011), correspondant à la couverture de près de 710 000 personnes en moyenne et une augmentation annuelle de + 24 %.

Ce chiffre peut-être comparé à celui constaté définitivement (y compris régularisations) sur la gestion de la CMU-C par les OC en 2011 et qui s'est élevé à 254 millions d'euros (680 000 bénéficiaires), 260 millions estimés en 2012.

Progressivement, la dépense de l'ACS se rapproche de celle des OC pour la gestion de la CMU-C.

### Montant de la dépense ACS depuis 2009

|      | Dépenses ACS<br>(milliers d'€) |
|------|--------------------------------|
| 2009 | 109 877                        |
| 2010 | 134 927                        |
| 2011 | 157 277                        |
| 2012 | 195 282                        |

#### 2.2.2. La dépense moyenne par bénéficiaire

Le montant moyen trimestriel de la déduction est resté stable sur l'année à hauteur de 69 euros correspondant à un montant annuel de 275 euros (273 euros en 2011).

Le chiffre de 275 euros peut être rapproché de celui du montant du forfait CMU-C (370 euros). Toutefois, dans le cas de la CMU-C, le reste à charge sur prestations est censé être nul pour le bénéficiaire alors que cela n'est pas le cas pour un bénéficiaire de l'ACS qui est couvert par un contrat classique proposé sur le marché.

Ce dernier subit alors le reste à charge sur le prix de son contrat qui représente entre 40 % et 50 % environ de ce même prix d'après l'enquête conduite annuellement par le Fonds CMU sur l'ACS. Au-delà, le bénéficiaire subit 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 attribué aux 60 ans et plus, dépasse largement le montant du forfait CMU-C mais ce dernier est on le sait est loin de couvrir en moyenne, le montant de la part complémentaire pour cette tranche de la population.

### 3. LES COMPTES DU FONDS CMU

En ce qui concerne les recettes, entre 2009 et 2011, le Fonds CMU était exclusivement financé par une contribution des organismes complémentaires. Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, le taux de cette contribution est passé de 2,5 % à 5,9 %, avec des tentatives de transferts d'opportunité de la part de certains organismes. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la contribution CMU est devenue une taxe, et son taux est passé de 5,9 % à 6,27 %, sans conséquence pour le Fonds CMU puisque le chiffre d'affaires est calculé hors taxe.

Pour mémoire, la loi de finances pour 2011 a également assujéti à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) les contrats « solidaires et responsables » au taux réduit de 3,5 %, les contrats non responsables étant taxés à hauteur de 9 %. La loi de finances rectificative pour 2011 a ensuite porté cette taxe sur les conventions d'assurance à 7 % pour les premiers, et au taux de droit commun de 9 % pour les seconds.

Ces mesures successives impactent l'évolution du chiffre d'affaires des organismes complémentaires puisque les taxes sont in fine répercutées sur le prix des contrats et le Fonds CMU est obligé d'en tenir compte dans ses prévisions budgétaires, même si la TSCA n'impacte pas directement ses comptes.

Par ailleurs, l'article 24 de la loi de finances pour 2013 modifie les recettes du Fonds qui sont désormais constituées, en plus, du produit de la taxe de solidarité additionnelle due par les organismes complémentaires, d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs de 3,15 %. Un produit à recevoir de près de 42 millions d'euros a été comptabilisé dès l'exercice 2012.

Au global, les recettes 2012 sont en évolution de + 7,4 % avec les droits tabacs.

En ce qui concerne les dépenses, l'année 2012 a été marquée par le relèvement du plafond ACS au niveau du plafond CMU-C majoré de 35 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Par ailleurs, l'évolution des effectifs de la CMU-C a été moins importante que celle attendue et les dépenses ont donc été réajustées en conséquence dans les prévisions budgétaires.

#### 3.1. Une évolution du chiffre d'affaires des OC supérieure aux attentes

##### 3.1.1. Une évolution sensiblement supérieure aux prévisions

Sur l'année 2012, l'« assiette taxe » s'établit à 32 142 millions d'euros, en hausse de + 5,1 %<sup>15</sup> par rapport à 2011. On précisera que les OC ne déclarent plus d'« assiette de la contribution » depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

---

<sup>15</sup> Pour que l'évolution entre 2011 et 2012 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 (HT, HC).

En première analyse, dans un contexte de revalorisation sensible de la TSCA en 2011, l'évolution s'avère supérieure à celle qui était attendue.

*Assiette taxe CMU déclarée par les OC en 2012 (en K euros)*

|                   | T1               | T2               | T3               | T4               | Total 2012        | Structure      | Total 2011<br>(HT, HC) |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|----------------|------------------------|
| <b>Mutuelles</b>  | 4 723 733        | 4 271 014        | 4 325 208        | 4 268 911        | 17 588 866        | 54,72%         | 17 202 909             |
| <b>IP</b>         | 1 390 111        | 1 344 086        | 1 403 554        | 1 607 828        | 5 745 579         | 17,88%         | 5 151 064              |
| <b>Assurances</b> | 3 149 184        | 1 757 424        | 1 893 993        | 2 007 092        | 8 807 693         | 27,40%         | 8 226 941              |
|                   | <b>9 263 028</b> | <b>7 372 525</b> | <b>7 622 754</b> | <b>7 883 831</b> | <b>32 142 139</b> | <b>100,00%</b> | <b>30 580 914</b>      |

Si l'évolution a du sens au niveau global, l'évolution par nature d'OC est perturbée compte tenu de changements de méthodes de comptabilisation et / ou des décalages de déclarations de 2011 vers 2012 opérés par quelques organismes (2 institutions de prévoyance et 4 sociétés d'assurance), mais dont l'impact est relativement important. En neutralisant leurs effets (redressements correspondant à + 176 millions sur 2011 et - 287 millions sur 2012), l'évolution « à méthode de comptabilisation » inchangée s'établirait selon les familles d'OC à : + 2,2 % sur les mutuelles, + 6,8 % sur les institutions de prévoyance et + 4,9 % sur les sociétés d'assurance.

*Données brutes concernant les 20 mutuelles déclarant le chiffre d'affaires santé le plus élevé en 2012.*

| Siren       | Nature   | Nom  | Assiette_2011 (HC, HT) | Assiette_2012 | 2012/2011 |        |
|-------------|----------|--|------------------------|---------------|-----------|--------|
| 775 685 399 | Mutuelle | MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale                  | 1 337 665 710          | 1 358 816 909 | 1,6%      |        |
| 442 224 671 | Mutuelle | Préviadiès   | 943 496 954            | 1 012 929 065 | 7,4%      |        |
| 775 685 340 | Mutuelle | MG - Mutuelle générale   | 739 110 697            | 798 487 321   | 8,0%      |        |
| 500 751 789 | Mutuelle | Mutuelle Harmonie mutualité  | 632 998 398            | 648 449 482   | 2,4%      |        |
| 503 380 081 | Mutuelle | Mutuelle UNEO  | 564 027 396            | 567 586 108   | 0,6%      |        |
| 775 606 361 | Mutuelle | MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de | 551 338 482            | 546 628 448   | -0,9%     |        |
| 311 799 878 | Mutuelle | Mutuelle ADREA   | 96 688 143             | 497 843 561   | 414,9%    | Fusion |
| 775 678 584 | Mutuelle | MNT - Mutuelle nationale territoriale                              | 454 431 850            | 442 065 198   | -2,7%     |        |
| 317 442 176 | Mutuelle | Eovi - Novalia mutuelle  | 30 983 743             | 430 110 778   | 1288,2%   | Fusion |
| 331 542 142 | Mutuelle | MAAF santé   | 420 020 467            | 425 119 048   | 1,2%      |        |
| 775 659 907 | Mutuelle | Mutuelle mieux-être  | 327 702 661            | 325 305 188   | -0,7%     |        |
| 779 558 501 | Mutuelle | MACIF mutualité  | 318 422 879            | 321 647 731   | 1,0%      |        |
| 775 627 391 | Mutuelle | Mutuelle Apreva  | 286 835 501            | 281 276 742   | -1,9%     |        |
| 784 718 256 | Mutuelle | Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M                                  | 271 012 737            | 276 723 035   | 2,1%      |        |
| 382 565 745 | Mutuelle | Primamut   | 228 777 226            | 236 231 404   | 3,3%      |        |
| 775 685 365 | Mutuelle | Mutuelle Intériale   | 209 352 892            | 219 739 589   | 5,0%      |        |
| 775 688 658 | Mutuelle | MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire                | 222 858 385            | 218 068 388   | -2,1%     |        |
| 302 927 553 | Mutuelle | Mutuelle Micils  | 191 463 152            | 216 480 655   | 13,1%     |        |
| 434 243 085 | Mutuelle | Mutuelle Ociane  | 201 001 771            | 202 080 023   | 0,5%      |        |
| 777 927 120 | Mutuelle | VIASANTE   | 14 486 926             | 183 510 759   | 1166,7%   | Fusion |

Source : Fonds CMU

*Données brutes déclarées par les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance  
(les 20 OC déclarant le CA le plus élevé au sein de chacune des deux catégories)*

| Siren       | Nature                    | Nom  | Assiette_2011 (HC, HT) | Assiette_2012 | 2012/2011 |
|-------------|---------------------------|--|------------------------|---------------|-----------|
| 784 621 468 | Institution de Prévoyance | BTP prévoyance - CNPBTP  | 1 046 370 345          | 1 138 525 917 | 8,8%      |
| 775 691 181 | Institution de Prévoyance | Malakoff Médéric prévoyance  | 647 396 242            | 701 420 945   | 8,3%      |
| 410 005 110 | Institution de Prévoyance | Humanis Prévoyance   | 506 518 375            | 691 099 900   | 36,4%     |
| 333 232 270 | Institution de Prévoyance | AG2R prévoyance  | 544 691 225            | 600 847 417   | 10,3%     |
| 318 990 736 | Institution de Prévoyance | Uniprévoyance  | 345 646 500            | 378 804 843   | 9,6%      |
| 329 233 266 | Institution de Prévoyance | APRI prévoyance  | 284 285 046            | 307 488 548   | 8,2%      |
| 341 403 178 | Institution de Prévoyance | IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay                  | 167 088 620            | 262 417 640   | 57,1%     |
| 304 217 904 | Institution de Prévoyance | APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salarié | 247 030 519            | 253 570 688   | 2,6%      |
| 341 334 795 | Institution de Prévoyance | Réunica prévoyance   | 213 768 338            | 222 597 495   | 4,1%      |
| 321 862 500 | Institution de Prévoyance | APICIL prévoyance  | 188 995 130            | 199 083 416   | 5,3%      |
| 384 268 413 | Institution de Prévoyance | Audiens prévoyance   | 126 935 055            | 133 960 512   | 5,5%      |
| 384 496 493 | Institution de Prévoyance | IPECA prévoyance   | 116 640 254            | 126 281 869   | 8,3%      |
| 403 498 215 | Institution de Prévoyance | Vauban Humanis prévoyance  | 92 149 263             | 103 753 410   | 12,6%     |
| 775 666 357 | Institution de Prévoyance | IPSEC prévoyance   | 86 222 604             | 82 286 757    | -4,6%     |
| 315 588 376 | Institution de Prévoyance | Arpège Prévoyance  | 73 404 882             | 79 299 338    | 8,0%      |
| 348 855 388 | Institution de Prévoyance | CARCEPT prévoyance   | 63 833 899             | 62 441 157    | -2,2%     |
| 401 095 146 | Institution de Prévoyance | CAPAVES prévoyance   | 74 154 201             | 61 874 578    | -16,6%    |
| 429 351 703 | Institution de Prévoyance | ANIPS - Association nationale interprofessionnelle de prévoyance d | 59 350 499             | 58 139 381    | -2,0%     |
| 397 506 171 | Institution de Prévoyance | ISICA prévoyance   | 50 784 194             | 54 744 322    | 7,8%      |
| 423 959 295 | Institution de Prévoyance | CAMARCA prévoyance   | 43 262 522             | 44 659 118    | 3,2%      |

Source : Fonds CMU

| Siren       | Nature    | Nom  | Assiette_2011 (HC, HT) | Assiette_2012 | 2012/2011 |
|-------------|-----------|--|------------------------|---------------|-----------|
| 310 499 959 | Assurance | AXA France vie                                     | 1 199 778 312          | 1 252 090 873 | 4,4%      |
| 322 215 021 | Assurance | SwissLife prévoyance et santé                      | 943 877 167            | 944 982 674   | 0,1%      |
| 542 110 291 | Assurance | Allianz IARD                                       | 537 920 636            | 587 624 087   | 9,2%      |
| 602 062 481 | Assurance | Generali vie                                       | 374 176 137            | 512 290 934   | 36,9%     |
| 352 406 748 | Assurance | Assurances du crédit mutuel - IARD SA              | 403 536 574            | 415 070 544   | 2,9%      |
| 340 427 616 | Assurance | Groupama Gan Vie                                   | 392 881 632            | 403 268 437   | 2,6%      |
| 352 358 865 | Assurance | Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole | 371 267 211            | 400 151 378   | 7,8%      |
| 440 048 882 | Assurance | MMA IARD   | 392 949 269            | 391 222 902   | -0,4%     |
| 412 367 724 | Assurance | Quatrem - Assurances collectives                   | 312 494 937            | 336 549 423   | 7,7%      |
| 306 522 665 | Assurance | AVIVA assurances                                   | 247 803 263            | 256 100 937   | 3,3%      |
| 340 234 962 | Assurance | Allianz Vie  | 202 729 650            | 254 603 486   | 25,6%     |
| 552 062 663 | Assurance | Generali assurances IARD                           | 206 417 633            | 224 363 050   | 8,7%      |
| 383 844 693 | Assurance | GROUPAMA Loire-Bretagne                            | 190 300 896            | 200 905 334   | 5,6%      |
| 353 457 245 | Assurance | AXA assurances vie mutuelles                       | 188 961 382            | 192 736 585   | 2,0%      |
| 391 851 557 | Assurance | GROUPAMA d'Oc                                      | 158 524 837            | 167 511 606   | 5,7%      |
| 779 838 366 | Assurance | GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne                      | 151 423 070            | 162 513 407   | 7,3%      |
| 542 063 797 | Assurance | GAN assurances IARD                                | 150 060 435            | 146 806 717   | -2,2%     |
| 382 285 260 | Assurance | GROUPAMA Paris-Val-de-Loire                        | 139 595 381            | 143 769 226   | 3,0%      |
| 379 906 753 | Assurance | GROUPAMA Grand-Est                                 | 127 699 740            | 128 590 851   | 0,7%      |
| 342 954 690 | Assurance | Legal and général - Risques divers                 | 131 835 817            | 126 491 662   | -4,1%     |

Source : Fonds CMU



## ENCADRÉ 5 :

### Bouleversement en tête du classement des mutuelles

Deux fusions de taille ont bousculé la tête du classement en 2012 :

- les 8 mutuelles qui composaient le groupe Adréa ont fusionné pour donner naissance à la Mutuelle Adréa qui ressort en 8<sup>ème</sup> position du classement établi par l'Argus de l'assurance ;
- un processus identique au sein du groupe Eovi a donné naissance à Eovi Mutuelle, désormais 10<sup>ème</sup> du classement.

Du coup, les mutuelles de la fonction publique voient leur poids se réduire peu à peu dans le top 10 du classement et ce, au profit des mutuelles interprofessionnelles.

L'Argus de l'assurance, dans son édition du 30 novembre 2012, rappelle que les changements vont se poursuivre puisque la MGEN perdra son titre de première mutuelle en 2013 au profit d'Harmonie mutuelle qui va fusionner les structures Prévadiès, Harmonie mutualité, la mutuelle Existence, Santévie et Sphéria Val de France. La nouvelle entité ainsi créée va donner naissance à la première complémentaire santé toutes familles confondues.

S'agissant des 2 nouveaux entrants dans le top 10, l'Argus nous interpelle sur le fait que « Adréa et Eovi n'ont pas fini de grandir » :

- Une fusion entre Adrea et la SMI pourrait intervenir en 2013 : la SMI, mutuelle parisienne, réalise l'essentiel de son activité en collective, alors qu'Adréa est très majoritairement dans le secteur individuel ».
- De son côté, Eovi devrait fusionner en 2014 avec Myriade. Elle a aussi signé un protocole d'accord avec la MCD. « D'ici à deux ans, la fusion Eovi-MCD-Myriade créera une mutuelle regroupant plus de 1,5 millions de personnes protégées et pesant plus de 800 millions d'euros ».

### 3.1.2. Le contrôle et le suivi du chiffre d'affaires

En 2012, le Fonds CMU a poursuivi son action de contrôle de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires. Il convient de rappeler à cet égard que seul le contrôle des effectifs relevait officiellement jusqu'alors de la compétence du Fonds CMU (cf. partie 4.6.).

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2013 vient de faire évoluer la situation sur ce point puisque désormais, en vertu du a) de l'article L.862-7 du code de la Sécurité Sociale : « *Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe* ».

On rappellera, en référence aux contrôles conduits par les URSSAF sur le champ de la CMU-C, que l'enjeu financier représenté par le contrôle de l'assiette est sensiblement plus important que celui portant sur les déductions.

Il constitue de fait une priorité de la politique de contrôle conduite par le Fonds CMU.

Le travail s'est logiquement intensifié sur ce champ depuis 2009, et un nouveau pallier avait été franchi en 2011, du fait du changement de la contribution en taxe et de la parution de la circulaire 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.



Ce sont au total 50 OC qui ont été interrogés au cours de l'année 2012 : 15 OC sur l'échéance du 1<sup>er</sup> trimestre, 10 sur le 2<sup>ème</sup> trimestre, 16 sur le 3<sup>ème</sup> trimestre, et 9 sur le 4<sup>ème</sup> trimestre.

Il est envisagé de rencontrer prochainement certains d'entre eux. Les vérifications opérées cette année permettront de préparer, en collaboration avec l'ACOSS, le plan de contrôle 2013/2014 des inspecteurs URSSAF en ciblant certains OC pour lesquels les réponses apportées continuent de poser question. On précisera que sur l'année 2012, après avoir effectué une analyse approfondie des situations déclaratives, une dizaine de contrôles ont été demandés par le Fonds CMU à l'ACOSS pour l'année 2013. Les priorités sont logiquement les organismes où des problèmes ont été rencontrés lors des contrôles déjà évoqués. Au-delà, il convient que les OC représentant les enjeux les plus importants soient régulièrement vérifiés.

Il faut rappeler que le contrôle du Fonds CMU sur l'assiette de la taxe CMU, outre de mettre en évidence d'éventuelles situations d' « optimisations abusives », consiste en premier lieu 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, et également de compréhension des évolutions du marché de la couverture complémentaire santé.

A la demande du Fonds CMU, suite à ses propres vérifications, un contrôle a été effectué par l'URSSAF sur un organisme de taille importante. Ce contrôle était en cours à la fin 2012 et le litige portait sur les gestions en délégation et les modalités de leurs déclarations.

Pour l'URSSAF, dont l'interprétation rejoint celle du Fonds CMU, dans les situations de délégation de gestion, les primes ne pouvant pas être soumise lors de leur émission, les dispositions édictées par la circulaire ministérielle précitée permettrait d'exiger un versement provisionnel sur les cotisations appelées puis le solde éventuel lors de leur encaissement.

Il en résulte que la date déterminant le versement de la taxe serait celle à laquelle le recouvrement de la prime a été opéré auprès de l'assuré et non la date à laquelle les primes ont été reversées à l'assureur par le délégataire, peu importe que cette opération ait été confiée à un tiers dans le cadre d'un contrat de délégation.

L'impossibilité de connaître le montant des primes qui ont été émises ne résulte pas réellement « *du mode de calcul contractuel des primes* » mais du mode de gestion choisi par l'assureur.

## ENCADRÉ 6 :

### Pour en savoir plus sur le contrôle du chiffre d'affaires des OC ...

Une caractéristique importante du contrôle de l'assiette est sa très forte concentration puisque le montant déclaré par :

- les 10 OC de taille la plus importante représente près de 30 % de l'assiette totale,
- les 20 OC de taille la plus importante 45 %,
- enfin, les 50 premiers OC déclarent près de 70 % 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 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 2 fois par an entre le Fonds CMU et le l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) pour s'assurer de l'exhaustivité de la liste des cotisants.

### 3.1.3. Les OC cotisants au Fonds CMU

Au 31 décembre 2012, le nombre d'organismes ayant déclaré une assiette santé auprès du Fonds CMU s'établit à 637 (685 en 2011). Il est en constante diminution depuis que le Fonds CMU dispose de ces données (près de 1 800 OC recensés en 2000).

Cette diminution est due essentiellement à des regroupements d'organismes et des disparitions de mutuelles dont le mouvement se poursuit et devrait perdurer.

Les mutuelles sont au nombre de 512, les sociétés d'assurance de 96, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 29 (respectivement 560, 96 et 29 en 2011).

*Recensement des organismes déclarant un chiffre d'affaires santé auprès du Fonds CMU  
selon leur nature*

| Année | Mutuelle | Assurance | Institution de Prévoyance | Total |
|-------|----------|-----------|---------------------------|-------|
| 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   |

Source : Fonds CMU

Les institutions de prévoyance représentent 17 % de ce marché alors qu'elles regroupent 5 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (27 des 29 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à

10 millions d'euros dont 13 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 15 % des organismes, réalisent 27 % du chiffre d'affaires. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. Sur 97 sociétés d'assurance recensées, 53 ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 23 à plus de 100 millions d'euros). Les autres ont en moyenne une assiette se situant autour de 2,1 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 80 % des organismes et 56 % 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). En 2012, 172 mutuelles déclarent une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 41 à plus de 100 millions d'euros). Les autres déclarent une assiette moyenne de 2,6 millions d'euros.

Les OC déclarant un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 millions d'euros représentent : 89 % de l'assiette déclarée au sein des institutions de prévoyance (45 % de l'effectif), 86 % au sein des sociétés d'assurance (24 % de l'effectif), enfin, 68 % au sein des mutuelles (8 % de l'effectif).

## **ENCADRÉ 7 :**

### Le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC

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

Le 4<sup>ème</sup> rapport rédigé par la DREES présente les résultats obtenus pour les années allant de 2009 à 2011.

#### **Un poids de la couverture complémentaire santé dans l'ensemble de l'activité très variable selon la nature des organismes**

La couverture complémentaire santé représente 88 % du chiffre d'affaire global des mutuelles, 47 % de celui des institutions de prévoyance (IP), 13 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et 7 % pour les sociétés d'assurance « mixte ».

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

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

*Poids de l'individuel / collectif dans l'activité santé des OC en 2010 (%)*

|                             | <b>Individuel</b> | <b>Collectif</b> |
|-----------------------------|-------------------|------------------|
| <b>Mutuelles</b>            | 73                | 27               |
| <b>IP</b>                   | 15                | 85               |
| <b>Sociétés d'assurance</b> | 57                | 43               |

.../...

(Suite)

L'individuel prédomine clairement chez les mutuelles même si on constate une baisse par rapport à 2010 (75 %). C'est l'inverse que l'on constate pour les institutions de prévoyance. Les sociétés d'assurance quand à elles se situent dans une situation intermédiaire mais la part de l'individuel a eu tendance à augmenter entre 2010 et 2011 (55 % en 2010).

**Quelle que soit la nature de l'organisme, le résultat technique « santé » est tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs**

*Résultats techniques santé des OC en 2010 (%)*

|                             | <b>Individuel</b> | <b>Collectif</b> | <b>Ensemble</b> |
|-----------------------------|-------------------|------------------|-----------------|
| <b>Mutuelles</b>            | 4,1 (3,4)         | -4,4 (-5,3)      | 1,8 (1,2)       |
| <b>IP</b>                   | 3,5 (2,0)         | -5,4 (-4,5)      | -4,0 (-3,5)     |
| <b>Sociétés d'assurance</b> | 3,4 (5,0)         | -2,9 (2,1)       | 0,7 (3,7)       |

*Entre parenthèses : ratio 2009*

Par rapport à l'année 2010, on constate une dégradation des résultats techniques pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance et a contrario, une amélioration de la situation des mutuelles :

+ 0,6 points pour les mutuelles, - 0,5 points pour les institutions de prévoyance, - 3,0 points pour les sociétés d'assurance.

L'évolution favorable des mutuelles s'explique par une augmentation des primes (+ 1,3 %) couplée à une diminution de leurs charges de prestations (- 0,8 %).

En revanche, pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, l'augmentation des charges de prestations est supérieure à celle des primes : respectivement + 6,7 % et + 5,2 % pour les sociétés d'assurance, + 6,1 % et + 4,8 % pour les institutions de prévoyance.

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

### **Les contrats collectifs dégagent moins de marges que les contrats individuels**

On rappellera en préalable que la DREES dans son enquête annuelle sur les contrats modaux a montré que les niveaux de garantie des contrats collectifs sont sensiblement plus élevés que ceux des contrats individuels.

L'examen des comptes, montre quant à lui que quel que soit le type d'organismes, le ratio « charges de prestations<sup>16</sup> / primes » des contrats collectifs en santé est supérieur à celui des contrats individuels.

.../...

---

<sup>16</sup> Sinistres payés + frais de gestion sur prestations

(Suite)

Ratio « charges de prestations / primes » en 2010 (%)

|                      | Individuel | Collectif | Ensemble |
|----------------------|------------|-----------|----------|
| Mutuelles            | 82 (84)    | 91 (93)   | 85 (86)  |
| IP                   | 91 (93)    | 97 (95)   | 96 (95)  |
| Sociétés d'assurance | 74 (74)    | 91 (87)   | 81 (80)  |

Entre parenthèses : ratio 2009

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

Ce résultat renforce celui tiré de l'enquête DREES sur les contrats modaux. On constate dans les deux cas que les contrats collectifs ont un retour sur primes plus important, ce qui interpelle quant à leur tarification.

## 3.2. Le résultat des comptes du Fonds CMU

### 3.2.1. Un résultat toujours excédentaire

Le rapport de l'année dernière qui concernait l'exercice 2011 avait souligné l'existence d'évolutions atypiques (tant en produits qu'en charges) entre les données comptables issues des notifications de l'ACOSS et les données techniques constituées à partir des déclarations trimestrielles transmises par les organismes complémentaires.

Cette année, en ce qui concerne l'évolution du chiffre d'affaire, les données techniques laissent apparaître une hausse de + 5,1 % par rapport à 2011 (données brutes). Au niveau des données comptables, issues des notifications de l'ACOSS, qui sont reprises dans les tableaux budgétaires, l'évolution de + 5,2 %.

Les évolutions sont donc cohérentes d'une année sur l'autre entre 2012 et 2011, ce qui signifie que le décalage récurrent observé les années antérieures existe toujours en 2012.

Ce constat laisse apparaître une nouvelle fois l'impérieuse nécessité pour le Fonds CMU d'obtenir de la part de la branche du recouvrement des explications complémentaires sur les montants notifiés. En l'état actuel des choses, le Fonds CMU ne peut pas recouper ces notifications avec ses propres informations, obtenues à partir de la saisie des bordereaux déclaratifs des organismes complémentaires.

Des réunions devront être organisées en 2013 entre les agences comptables du Fonds CMU, de l'ACOSS et de l'URSSAF Ile-de-France.

## RÉCAPITULATIF DES COMPTES DU FONDS

*En millions d'euros*

|   | 2000         | 2001         | 2002         | 2003         | 2004         | 2005         | 2006         | 2007         | 2008         | 2009         | 2010        | 2011         | 2012 (1)     |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| <b>Produits</b>                             |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |             |              |              |
| Dotation de l'État                          | 800          | 889          | 1 150        | 970          | 1 037        | 695          | 346          | 109          | 47           | 0            | 0           | 0            | 0            |
| Taxe alcool                                 |              |              |              |              |              | 386          | 404          | 480          | 349          | 0            | 0           | 0            | 0            |
| Taxe tabac                                  |              |              |              |              |              |              | 217          | 411          | 372          | 0            | 0           | 0            | 42           |
| Contribution ACS                            |              |              |              |              |              | 13           | 40           | 65           | 87           | 0            | 0           | 0            | 0            |
| Contribution des organismes complémentaires | 247          | 223          | 223          | 245          | 291          | 302          | 492          | 494          | 569          | 1791         | 1856        | 1 930        | 2 031        |
| Reprises sur provisions                     |              | 94           | 159          | 143          | 202          | 22           | 25           | 35           | 28           | 79           | 93          | 10           | 11           |
| <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>1870</b>  | <b>1949</b> | <b>1 940</b> | <b>2 084</b> |
| <b>Charges</b>                              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |             |              |              |
| Paiement aux régimes de base                | 908          | 1 189        | 1 164        | 1 210        | 1 357        | 1 270        | 1 438        | 1 442        | 1 263        | 1 429        | 1444        | 1 369        | 1 403        |
| Organismes complémentaires                  | 10           | 22           | 47           | 62           | 73           | 78           | 81           | 88           | 80           | 323          | 464         | 431          | 458          |
| Annulation produits antérieurs              |              |              |              |              | 2            |              |              |              |              |              |             |              |              |
| Dotations aux provisions                    | 94           | 159          | 143          | 202          | 22           | 25           | 35           | 28           | 79           | 98           | 12          | 11           | 17           |
| Gestion administrative                      | 0,5          | 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>1559</b>  | <b>1 423</b> | <b>1 851</b> | <b>1921</b> | <b>1 814</b> | <b>1 879</b> |
| <b>Résultat de l'année</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>   |

*(1) Données provisoires*

**NB** : Le 15 novembre 2012, le Fonds CMU a versé à la CNAMTS le résultat de l'année 2011, soit 126 M€.

### 3.2.2. Une trésorerie insuffisante

Le profil de trésorerie du Fonds CMU sera en principe modifié à compter de l'exercice 2013 puisque les recettes sont désormais constituées par :

- la taxe des organismes complémentaires reversée par l'ACOSS au Fonds CMU, le 15 du deuxième mois de chaque trimestre civil ;
- une fraction de la taxe sur les tabacs reversée par l'ACOSS au Fonds CMU, selon des modalités qui restent à définir par convention. Les premières notifications de l'ACOSS sont intervenues en 2013 pour des faits afférents à l'exercice 2012. Des produits à recevoir ont pour le moment été comptabilisés en 2012.

En matière de dépenses, les acomptes vis-à-vis des régimes sont déterminés par convention. Le Fonds CMU tente d'ajuster les acomptes au mieux, pour faire supporter au minimum les décalages de versement aux régimes tout en prenant en compte son propre profil de trésorerie prévisionnel (le Fonds CMU ne peut être en négatif sur son compte).

Par construction, même si les comptes du Fonds sont équilibrés, sa trésorerie permet difficilement d'ajuster ses versements pour les rendre neutres en trésorerie pour les régimes, en fonction du profil de ses recettes.



## TRÉSORERIE - ANNÉE 2012

|             | Réalisation<br>(solde) | Dépenses       | Recettes       | Commentaires  |
|-------------|------------------------|----------------|----------------|---|
| 1-janv.-12  | 15 822 119,61          |                |                |   |
| 2-janv.-12  | 15 822 047,56          | 72,05          |                | Gestion administrative  |
| 3-janv.-12  | 14 661 747,56          | 1 160 300,00   |                | Gestion administrative  |
| 5-janv.-12  | 14 635 896,56          | 25 851,00      |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 6-janv.-12  | 14 605 555,56          | 30 341,00      |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 31-janv.-12 | 14 605 487,63          | 67,93          |                | Gestion administrative  |
| 9-févr.-12  | 6 794 735,13           | 7 810 752,50   |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 15-févr.-12 | 65 557 041,70          | 329 869 852,50 | 388 632 168,19 | Acomptes Régimes + versement ACOSS  |
| 27-févr.-12 | 64 730 552,70          | 826 489,00     |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 1-mars-12   | 61 594 556,70          | 3 135 996,00   |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 6-mars-12   | 61 594 484,03          | 72,67          |                | Gestion administrative  |
| 28-mars-12  | 26 493 551,53          | 35 100 932,50  |                | Règlement des charges à payer des petits régimes et charge à payer partielle CNAMTS |
| 3-avr.-12   | 26 493 465,45          | 86,08          |                | Gestion administrative  |
| 23-avr.-12  | 24 802 102,95          | 1 692 565,00   | 1 202,50       | Régularisation CMU OC 2011  |
| 25-avr.-12  | 24 806 542,95          |                | 4 440,00       | Régularisation CMU OC 2011  |
| 3-mai-12    | 24 631 681,95          | 174 861,00     |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 4-mai-12    | 24 123 528,61          | 508 153,34     |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 10-mai-12   | 24 125 657,61          |                | 2 129,00       | Régularisation CMU OC 2011  |
| 11-mai-12   | 19 587 052,11          | 4 538 605,50   |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 14-mai-12   | 18 093 302,61          | 1 493 749,50   |                | Règlement aux organismes complémentaires + Régularisation CMU OC 2011               |
| 15-mai-12   | 149 417 627,40         | 375 000 000,00 | 506 324 324,79 | Acomptes Régimes + versement ACOSS  |
| 22-mai-12   | 149 427 709,90         |                | 10 082,50      | Régularisation CMU OC 2011  |
| 23-mai-12   | 147 866 998,40         | 1 560 711,50   |                | Règlement aux organismes complémentaires + Régularisation CMU OC 2011               |
| 4-juin-12   | 146 847 555,90         | 1 019 442,50   |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 4-juin-12   | 146 847 475,94         | 79,96          |                | Gestion administrative  |
| 5-juin-12   | 31 823 272,94          | 115 024 203,00 |                | Règlement aux organismes complémentaires + Charge à payer CNAMTS                    |
| 11-juin-12  | 31 434 715,94          | 388 557,00     |                | Règlement aux organismes complémentaires + régularisation CMU OC 2011               |
| 12-juin-12  | 31 438 243,94          |                | 3 528,00       | Régularisation CMU OC 2011  |
| 19-juin-12  | 31 177 578,94          | 260 665,00     |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 3-juil.-12  | 31 177 499,60          | 79,34          |                | Gestion administrative  |
| 5-juil.-12  | 27 658 499,60          | 3 519 000,00   |                | Acompte petits régime   |
| 9-juil.-12  | 26 661 707,44          | 996 780,00     |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 13-juil.-12 | 26 360 655,44          | 301 052,00     |                | Règlement aux organismes complémentaires+ Régularisation CMU OC 2011                |

|             | Réalisation<br>(solde) | Dépenses       | Recettes       | Commentaires  |
|-------------|------------------------|----------------|----------------|---|
| 24-juil.-12 | 23 773 593,44          | 2 587 062,00   |                | Règlement aux organismes complémentaires +<br>Régularisation CMU OC 2011  |
| 30-juil.-12 | 23 773 495,26          | 98,18          |                | Gestion administrative  |
| 1-août-12   | 20 505 757,76          | 3 267 737,50   |                | Règlement aux organismes complémentaires +<br>Régularisation CMU OC 2011  |
| 8-août-12   | 19 548 132,76          | 962 850,00     | 5 225,00       | Régularisation ENIM et RATP (Régie autonome<br>des transports parisiens)  |
| 8-août-12   | 16 768 260,76          | 2 779 872,00   |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 10-août-12  | 16 520 854,26          | 247 406,50     |                | Règlement aux organismes complémentaires +<br>Régularisation CMU OC 2011  |
| 16-août-12  | 21 969 741,39          | 319 309 175,00 | 324 758 068,21 | Versement des acomptes Grands régimes et<br>acompte reçu de l'ACOSS   |
| 17-août-12  | 21 962 302,39          | 7 439,00       |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 21-août-12  | 21 869 696,39          | 92 606         |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 27-août-12  | 21 888 163,89          |                | 18 467,50      | Régularisation GAMEX (Groupement des<br>Assureurs Maladie des Exploitants agricoles)                                    |
| 3-sept.-12  | 21 669 678,89          | 218 485,00     |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 3-sept.-12  | 21 669 559,52          | 119,37         |                | Gestion administrative  |
| 14-sept.-12 | 21 658 751,52          | 10 808,00      |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 17-sept.-12 | 21 621 289,02          | 37 462,50      |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 19-sept.-12 | 21 621 339,02          |                | 50,00          | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 2-oct.-12   | 21 621 242,80          | 96,22          |                | Gestion administrative  |
| 8-oct.-12   | 21 419 407,80          | 201 835,00     |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 17-oct.-12  | 21 242 027,80          | 177 380,00     |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 29-oct.-12  | 20 737 937,80          | 504 090,00     |                | Règlement aux organismes complémentaires +<br>Régularisation CMU OC 2011  |
| 31-oct.-12  | 19 287 766,12          | 1 450 158,00   |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 2-nov.-12   | 15 997 001,84          | 3 291 228,00   |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 6-nov.-12   | 15 996 889,48          | 112,36         |                | Gestion administrative  |
| 6-nov.-12   | 15 996 425,76          | 463,72         |                | Gestion administrative  |
| 14-nov.-12  | 10 712 006,76          | 5 284 419,00   |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 15-nov.-12  | 7 585 203,18           | 360 124 839,55 | 356 998 035,97 | Versement des acomptes Grands régimes (dont<br>report à nouveau CNAMTS : 126 105 194,55€)<br>et acompte reçu de l'ACOSS |
| 15-nov.-12  | 7 521 803,18           | 63 400,00      |                | Règlement aux organismes complémentaires  |
| 19-nov.-12  | 7 502 128,18           | 19 675,00      |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 23-nov.-12  | 7 500 093,18           | 2 035,00       |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 3-déc.-12   | 7 499 968,64           | 124,54         |                | Gestion administrative  |
| 17-déc.-12  | 7 481 746,14           | 18 222,50      |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 17-déc.-12  | 7 240 876,14           | 240 870,00     |                | Régularisation CMU OC 2011  |
| 18-déc.-12  | 7 240 756,49           | 119,65         |                | Gestion administrative  |

Source : Fonds CMU (hors frais bancaires)

## 4. LES ACTIVITES DU FONDS CMU

### 4.1. La Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

L'un des engagements de campagne du Président de la République était l'élaboration d'un plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté.

Sept groupes de travail ont été constitués et ont remis chacun un rapport sur les thèmes de l'accès aux droits et aux biens essentiels, la santé et l'accès aux soins, le surendettement, l'emploi, le logement, l'enfance, la réussite éducative, l'inclusion bancaire...

Ces travaux ont été présentés lors de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui s'est déroulée les 10 et 11 décembre 2012 au Conseil économique, social et environnemental.

Le groupe de travail « Santé et accès aux soins » dont faisait partie le Fonds CMU, a développé plusieurs préconisations visant à favoriser l'accès aux soins des plus démunis, notamment l'élévation progressive du plafond d'attribution de la CMU-C, la revalorisation du panier de soins de la CMU-C en optique et en dentaire et la mise en place d'une labellisation des contrats d'assurance complémentaire permettant d'offrir aux personnes à bas revenus un contrat de bonne qualité et répondant à leurs besoins.

Le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault, a clôturé cette conférence en présentant les grands axes du plan pluriannuel contre la pauvreté qui a été adopté par le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion, le 21 janvier 2013. Parmi les mesures annoncées : la revalorisation du plafond d'attribution de la CMU-C de 7 % qui permettra d'intégrer 750 000 personnes supplémentaires dans les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS et qui permettra au plafond de ressources de l'ACS de se trouver au même niveau que le seuil de pauvreté.

Par ailleurs, le gouvernement a également annoncé dans le cadre de cette conférence l'extension des tarifs sociaux du gaz et de l'électricité aux personnes éligibles à l'ACS, soit à plus de 800 000 personnes supplémentaires.

#### ENCADRÉ 8 :

##### Extraits de l'une des préconisations du groupe de travail Santé et accès aux soins : « Garantir une plus grande accessibilité au système de soins et de santé »

*« - Par une diminution des restes à charge : généraliser le tiers payant pour les médecins participants au service public local de santé ; suppression des franchises pour les ALD ; lutte contre les dépassements d'honoraires ; rappel des tarifs opposables ; encadrement des tarifs des dispositifs audioprothèses, dentaire et optique ; passer de 30 jours consécutifs d'hospitalisation à 30 jours au cours des 12 derniers mois pour la prise en charge à 100 % ; ouverture systématique des droits par le retour au principe de la primauté du déclaratif, avec le maintien de contrôles a posteriori, et l'automatisme plus grande du lien entre accès à des prestations sociales et ouverture des droits aux soins.*

.../...

(Suite)

- **Par une extension de la CMU de base et de la CMU-C** : élévation progressive du plafond de la CMU-C pour atteindre ensuite le seuil de pauvreté ; indexation du seuil de la CMU et de la CMU-C sur l'évolution du revenu médian ; revalorisation du panier de soins de la CMU – optique, dentaire, ophtalmologie ; compléter la garantie santé de la CMU-C par une garantie obsèques ; simplifier l'accès à l'ACS avec deux aides financières, l'une pour les actifs et l'autre pour les inactifs ; développer la pré instruction des dossiers CMU et ACS par les CCAS ; remobiliser les acteurs locaux de santé sur le suivi et le signalement des refus de soins.

- **Par un accès à des complémentaires de qualité à des coûts maîtrisés pour les plus démunis** : application de la législation prévoyant une labellisation des contrats d'assurances complémentaires permettant de construire une offre de complémentaires de qualité accessible aux populations à bas revenus; élaboration et proposition d'un contrat complémentaire socle en dessous duquel un niveau de prestations ne serait pas acceptable ; engager avec les organisations de consommateurs une comparaison publique des offres d'assurances complémentaires pour permettre une meilleure connaissance du dispositif ; organisation d'une campagne de publicité pour la promotion de l'accès à l'aide à la complémentaire santé. »

## 4.2. La communication du Fonds CMU

Par la mise en ligne de nombreuses données statistiques et d'actualités techniques et juridiques concernant les dispositifs de la CMU de base, de la CMU-C et de l'ACS, le Fonds CMU est vecteur et relai d'informations.

La diffusion de l'information se fait par le biais de plusieurs supports.

### 4.2.1. Un évènement majeur : la refonte du site internet

Le site internet du Fonds CMU ([www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)) donne accès à un grand nombre d'informations d'ordre pratique, juridique et statistique.

Mis en ligne à la création du Fonds CMU, il a fait l'objet d'une refonte en 2004, mais a vite montré ses limites face à la richesse des informations contenues. En 2012, une refonte globale du site a eu lieu. Un appel d'offres a été lancé et un travail de plusieurs mois a permis d'aboutir à un site totalement revu, dans la forme et dans le fond, mis en ligne au cours du mois de septembre.

Des espaces dédiés ont été créés afin de répondre au mieux aux besoins des internautes en fonction de leur profil.

Plusieurs aspects ont été mis en avant :

- la pédagogie, la praticité afin d'offrir des informations plus claires dans un langage moins administratif,
- l'expertise, en mettant à destination des professionnels des informations juridiques et techniques,
- le dynamisme, le site arbore désormais des illustrations, des couleurs vives et offre la possibilité de mettre en ligne plusieurs actualités sur la page d'accueil.

Ce site s'avère être une base documentaire : toutes les études menées par le Fonds, ainsi que certaines études émanant d'autres institutions y sont accessibles. Par ailleurs, des synthèses sont proposées pour les documents les plus importants. Tous les textes législatifs, réglementaires et les circulaires relatifs aux dispositifs sont recensés.

Le site est une base de renseignements pour les assurés, qui peuvent, en outre, accéder aux différents formulaires, à la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU (adresses des sièges sociaux et des points d'accueil). Il met également à la disposition des organismes complémentaires, des informations spécifiques et ces derniers peuvent en outre, pour ceux qui gèrent la CMU, actualiser certaines données les concernant (coordonnées, points d'accueil...).

Les visites du site sont en augmentation constante. En 2012, on comptabilise 1 305 947 connections, soit une augmentation de 32,6 % par rapport à 2011.

Via le site, le Fonds CMU peut être également saisi directement par courriel sur le fonctionnement des dispositifs. Il s'efforce de répondre le plus précisément et le plus rapidement possible (72 heures en moyenne).

Les assurés peuvent également signaler des situations de refus de soins ou des difficultés d'application relatifs aux dispositifs. Le Fonds CMU est alors amené à renseigner les assurés 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...

#### **4.2.2. Références CMU, la lettre d'information du Fonds CMU**

Plus de 4 000 exemplaires de cette publication sont diffusés chaque trimestre. Ses destinataires sont les caisses d'assurance maladie, les URSSAF, les organismes complémentaires, les associations, les administrations, la presse ...

Chaque numéro reprend notamment les données relatives au nombre de bénéficiaires, au coût des dispositifs et l'actualité juridique. Chaque parution est l'occasion de mettre en lumière les études ou les rapports ayant trait à la CMU ou à l'ACS et de faire un point sur les textes, législatifs ou réglementaires récemment parus.

A partir des bordereaux déclaratifs de la taxe CMU adressés chaque trimestre au Fonds, Références informe sur l'évolution du chiffre d'affaires (hors taxe) des organismes complémentaires.

Chaque numéro est téléchargeable sur le site du Fonds CMU (dans la rubrique « Rapports et études »).

En fin d'année 2012, dans la lignée de la refonte du site internet, le Fonds CMU a procédé à un relooking de la maquette de Références CMU. Le premier numéro revu est paru en janvier 2013.

### 4.2.3. Les autres supports de communication

#### L'annuaire statistique

Ce document regroupe, de façon exhaustive, toutes les 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).

#### La note de conjoncture

A 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 au chiffre d'affaire santé des organismes complémentaires.

Elle est adressée à un nombre restreint de personnes, principalement aux membres du conseil d'administration du Fonds CMU.

## 4.3. Les indicateurs du programme 183 de la LOLF et les indicateurs PQE

### 4.3.1. Les indicateurs de la Loi de finances

Les indicateurs du programme 183 « Protection maladie » de la LOLF (loi organique relative aux lois de finances) visent à assurer, en complément des politiques publiques de sécurité sociale, une mesure de l'effort de la solidarité nationale en termes d'accès aux soins et d'indemnisation des publics les plus défavorisés.

L'action 1 du programme 183 « protection maladie » se concentre sur un objectif, « Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources », décliné en deux indicateurs :  
– accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C ;  
– divergence entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées.

#### **ENCADRÉ 9 :**

##### Indicateur du programme 183 - CMU-C

| Num Sous Indicateur | Sous-Indicateur  | Source Données         | Année |
|---------------------|--|------------------------|-------|
| 1.1.1               | Écart de non recours au médecin et au dentiste avec les autres   | CETAF                  | 2011  |
| 1.1.2               | Écart de santé global avec les autres populations  | CETAF                  | 2011  |
| 1.1.3               | A : Dépense des soins de ville des 9 premiers mois de l'année des bénéficiaires du Régime général et des bénéficiaires de la CMUC<br>B : Dépenses de CMUC de l'année n et de l'année n-1 | CNAMTS<br>DSES         | 2012  |
| 1.2                 | A : Nombre de contrôles auprès de la CAF et de la DGI<br>B : Nombre de dossiers de bénéficiaires de la CMUC<br>C : Nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées            | CNAMTS<br>DDO-DRA-DGCR | 2012  |

*Les résultats des indicateurs sur l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C sont présentés dans la partie 1.1.3 « La santé des bénéficiaires de la CMU-C ».*

*Les résultats des indicateurs sur la comparaison des dépenses entre les bénéficiaires du régime général et la CMU-C sont intégrés dans la partie 2.1.3.1 « Comparaison des dépenses de soins de ville entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires du régime général ».*

**Part des contrôles des bénéficiaires de la CMU-C par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

Pour l'exercice 2012, les 106 caisses du régime général d'Assurance Maladie<sup>17</sup> ont renseigné l'indicateur. Avec un taux de contrôle de 96,51 %, les caisses ont détecté 2,19 % de dossiers qui présentaient des divergences par rapport aux ressources déclarées.

Par ailleurs, le taux de contrôle en 2012 est inférieur de 1,56 point par rapport à 2011. Le nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées diminue : - 19 % entre 2010 et 2011 (131 224 en 2010 pour 106 514 en 2011) et - 35 % entre 2011 et 2012 (106 514 en 2011 pour 69 000 en 2012). La CNAMTS a été interrogée sur ces évolutions.

*Contrôle des ressources, taux de contrôle et taux de divergence*

|   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   |
|---|--------|--------|--------|--------|
| <b>Contrôle des ressources – Taux de contrôle (A/B)</b>   | 98,74% | 98,43% | 98,07% | 96,51% |
| <b>Contrôle des ressources – Taux de divergence (C/A)</b> | 5,45%  | 4,86%  | 3,57%  | 2,19%  |

Source : CNAMTS

*Contrôle des ressources, nombres de contrôles auprès de la CAF et de la DGI (Direction générale des Impôts),  
nombre de dossiers de bénéficiaires, nombre de divergences constatées*

|   | 2009      | 2010      | 2011      | 2012      |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>A Nombre de contrôles auprès de la CAF et de la DGI</b>          | 2 376 572 | 2 701 417 | 2 984 717 | 3 144 459 |
| <b>B Nombre de dossiers de bénéficiaires de la CMUC</b>             | 2 406 926 | 2 744 382 | 3 043 355 | 3 258 191 |
| <b>C Nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées</b> | 129 581   | 131 224   | 106 514   | 69 000    |

Source : CNAMTS

Comme l'avait souhaité à plusieurs reprises le Fonds CMU, l'indicateur en 2013 devrait être complété par la mesure du nombre de divergences ayant conduit à une remise en cause de l'ouverture ou du refus du droit à la CMU-C.

<sup>17</sup> L'indicateur porte sur l'exhaustivité des caisses depuis 2010. En 2008 il avait porté sur 90 caisses, avec des caisses à forts effectifs parmi les caisses non participantes et en 2009 il avait porté sur 99 caisses.



### 4.3.2. Les indicateurs du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale

L'indicateur 1-3 du programme « maladie » des Programmes de Qualité et d'Efficiences consiste à suivre le recours à une complémentaire santé pour les plus démunis. Pour ce faire, le Fonds CMU transmet au fil de l'eau les données nécessaires.

Une nouveauté cette année : un sous-indicateur relatif à la CMU-C, est venu compléter celui sur l'ACS.

#### ENCADRÉ 10 :

Les programmes de qualité et d'efficacité du PLFSS 2012 : de meilleures performances sociales dans un contexte financier troublé (extrait de la synthèse disponible sur le portail du service public de la Sécurité Sociale : [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)).

*« S'agissant en particulier des personnes à revenus modestes, il convient de rappeler qu'elles peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui leur garantit une prise en charge intégrale de leurs soins et l'application des tarifs de responsabilité des actes et des dispositifs médicaux, sans possibilité pour les professionnels de santé de pratiquer des dépassements tarifaires. En 2010, 4,3 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C. En outre, les personnes dont les revenus sont immédiatement supérieurs au seuil de ressources pour l'accès à la CMU-C peuvent bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS), qui consiste en une prise en charge par le Fonds de financement de la CMU d'une partie du coût d'acquisition d'une couverture maladie complémentaire.*

*Fin novembre 2010, 533 000 personnes utilisaient leur attestation ACS. Les revalorisations du plafond de ressources de l'ACS, au 1er janvier 2011 et 2012 prévues dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2011 permettront de maintenir dans ce dispositif les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse, en dépit de la forte progression de ces allocations depuis 2007.*

*Ainsi l'ACS continuera de contribuer à limiter l'impact de la hausse du reste à charge sur les frais de santé supportés par les ménages modestes. De fait, les indicateurs disponibles montrent que le reste à charge des 10 % de personnes les plus modestes reste contenu, de l'ordre de 2,1 % du revenu disponible.*

*Il reste que, par ailleurs, l'enquête « Santé et protection sociale » réalisée par l'IRDES en 2008 révèle que la proportion de personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour des raisons financières a notablement augmenté entre 2006 et 2008, y compris parmi les personnes bénéficiant de la CMU-C. Toutefois, elle note également que les CMU-Cistes renoncent beaucoup moins souvent à des soins que les personnes n'ayant pas de complémentaire, ce qui tend à confirmer l'impact positif de la CMU-C. Une vigilance doit donc être maintenue sur cet enjeu d'accessibilité aux soins des personnes à faibles revenus, qu'il serait souhaitable de parvenir à mieux documenter à l'aide d'études socio-économiques permettant d'affiner la compréhension de l'appréciation par les individus de leurs besoins de santé et la perception consécutive des attentes non satisfaites à l'égard du système de santé. Un programme d'études actuellement en cours, coordonné par la DREES et auxquels sont associés la CNAMTS, le Fonds CMU et l'IRDES, devrait permettre d'améliorer la connaissance dans ce domaine. »*

#### 4.4. La liste des organismes gérant la CMU-C

En 2012, le nombre d'organismes gestionnaires de la CMU-C est de 438 (décision du 05/01/2012, publiée au BO Santé protection sociale solidarité du 15/02/2012) contre 475 en 2010, soit 68,7 % de l'ensemble des organismes complémentaires cotisant à la taxe de solidarité additionnelle pour le financement de la CMU-C. Le chiffre d'affaires des OC inscrits dans le dispositif atteint 88 % du montant total du chiffre d'affaires (le chiffre d'affaires des mutuelles participant à la gestion de la CMU-C atteint 57,8 % du montant total du chiffre d'affaires des OC cotisants, celui des sociétés d'assurance 24,7 %, celui des institutions de prévoyance 17,5 %).

##### ENCADRÉ 11 :

Pour mémoire, 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.

*Nombre d'organismes participant à la CMU-C<sup>18</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   |

Source : Fonds CMU

---

<sup>18</sup> L'augmentation de l'engagement des OC dans le dispositif de gestion de la CMU-C à partir de 2007, est certainement la conséquence de la loi de finances rectificative pour 2006. En effet, l'article 88 de cette loi (jamais appliqué), avait pour objet de 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.

*Ratio Nombre Organismes cotisants / Organismes participants CMU-C*

| Année | Mutuelle | Assurance | Institution de Prévoyance | Total |
|-------|----------|-----------|---------------------------|-------|
| 2005  | 27,0%    | 24,3%     | 20,8%                     | 26,4% |
| 2006  | 25,4%    | 27,3%     | 21,7%                     | 25,5% |
| 2007  | 25,2%    | 24,7%     | 21,1%                     | 24,9% |
| 2008  | 65,8%    | 36,6%     | 83,3%                     | 63,4% |
| 2009  | 71,7%    | 36,6%     | 82,9%                     | 68,0% |
| 2010  | 73,5%    | 36,2%     | 82,4%                     | 69,0% |
| 2011  | 73,8%    | 38,5%     | 86,2%                     | 69,3% |
| 2012  | 73,6%    | 37,1%     | 86,2%                     | 68,7% |

Source : Fonds CMU

### **L'enrichissement de la liste nationale pour 2013**

Au cours de l'année 2012, le Fonds CMU, en collaboration avec les régimes d'assurance maladie et les fédérations d'organismes complémentaires, a repris les travaux qui avaient été engagés sur la dématérialisation du formulaire de choix de l'organisme gestionnaire de la CMU-C. En effet, la transmission du formulaire « papier » engendre un certain nombre de difficultés techniques dans les échanges entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires (problème de lisibilité des formulaires, envoi de copie d'écran sans détail de la composition du foyer, envoi ou réception tardive du formulaire, utilisation de mauvais codes Noémie...).

Il est apparu que l'un des moyens pouvant être utilisé pour améliorer ces échanges est la liste annuelle des OC gérant la CMU-C. Le Fonds CMU étant depuis 2012 seul compétent pour l'élaboration et la diffusion de la liste (décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011), une plus grande latitude lui est donc permise pour compléter cette liste avec d'autres informations utiles, comme une adresse de messagerie électronique et un numéro de fax par exemple.

La liste constituée en 2012 pour l'année 2013 a donc été enrichie d'un certain nombre d'informations.

## **4.5. Les refus de soins**

L'article 54 de loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) donne la faculté à la personne s'estimant victime d'un refus de soins de saisir le directeur de la caisse d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement de l'ordre professionnel compétent<sup>19</sup>.

Les victimes des refus de soins sont le plus souvent des bénéficiaires de la CMU-C. Ce phénomène pourrait également concerner les bénéficiaires de l'ACS, compte tenu des dispositions contenues dans l'avenant n°8 (renforcement du tiers payant social et respect des tarifs opposables).

---

<sup>19</sup> Le décret d'application n'a pas été publié à ce jour.

### **Le bilan des caisses primaires d'assurance maladie**

Pour 2011, la mission conciliation de la CNAMTS a recensé 1 153 saisines d'assurés. Les motifs principaux de saisine sont le refus de prise en charge CMU-C (28,9 %), le dépassement d'honoraires (27,4 %), le refus de tiers-payant (22,4 %), le refus de soins non motivé (16,3 %).

|                                       |             |             |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Refus de tiers-payant</b>          | 258         | 22,4%       |
| <b>Refus de prise en charge CMU-C</b> | 333         | 28,9%       |
| <b>Dépassements d'honoraires</b>      | 316         | 27,4%       |
| <b>Refus de soins non motivé</b>      | 188         | 16,3%       |
| <b>Rendez-vous abusivement tardif</b> | 10          | 0,8%        |
| <b>Refus de carte vitale</b>          | 17          | 1,5%        |
| <b>Refus de devis</b>                 | 31          | 2,7%        |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>1153</b> | <b>100%</b> |

La CNAMTS rappelle que ces chiffres ne reflètent pas la réalité car nombre de plaignants n'osent pas s'engager par écrit.

### **Les autres intervenants**

Le Fonds CMU a demandé aux associations de recenser les signalements de refus de soins recueillis sur le terrain. Aucune remontée n'est parvenue en 2012.

Dans le cadre des réponses apportées aux usagers par courriel, le Fonds CMU est parfois directement sollicité pour des cas de refus de soins. Dans ce cas, le bénéficiaire est informé des démarches à accomplir et il lui est demandé d'adresser une copie de ses courriers au Fonds CMU.

En 2012, seule une copie de signalement nous est parvenue concernant un refus de rendez-vous.

### **Les refus de soins en milieu rural**

Plusieurs tests de discrimination (testing) ont été réalisés par le Fonds CMU depuis une dizaine d'années. Ils ont permis de confirmer l'existence de refus de soins de professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et les taux observés dans certaines catégories de professionnels de santé ont contribué à révéler un phénomène qui n'était ni marginal ni anecdotique (Fonds CMU, 2009) sur certains territoires géographiques. Cependant, les professionnels testés étaient tous installés en milieu urbain.

L'objectif de cette recherche était d'analyser les obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de manière plus large les personnes dans des situations de précarité en milieu rural.

Ce nouveau test de discrimination, publié en 2012, a été réalisé dans deux départements ruraux, la Nièvre et l'Orne. Il permet d'enrichir l'analyse des attitudes des praticiens à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans un environnement marqué par une faible démographie médicale.

Une vingtaine d'entretiens auprès de personnes vivant en milieu rural, dans des situations de vie précaires (dont des bénéficiaires de la CMU-C) a également été réalisés pour compléter l'analyse quantitative.

Les résultats du testing établissent l'absence ou le faible nombre de refus de soins, selon le type de praticiens et le département, à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans ces deux départements. Seuls les refus de la part des dentistes et des médecins généralistes apparaissent significatifs dans la Nièvre avec des taux respectivement de 13,6 et 9,1 %. Aucun refus imputable à la CMU-C n'a été observé de la part des médecins spécialistes, pour les spécialités étudiées (gynécologie, gastro-entérologues, ophtalmologues, cardiologues, psychiatres). Il faut noter un taux important de refus de prendre en charge des nouveaux patients (tous usagers), plus prononcé dans l'Orne où les praticiens semblent moins disponibles. Les refus les plus importants concernent les dentistes avec près de 16 % dans la Nièvre et 22 % dans l'Orne. Ces taux s'élèvent à près de 14 % pour les médecins spécialistes de l'Orne et environ 10 % pour les médecins généralistes des deux départements.

En termes de délais de rendez-vous, les moyennes apparaissent relativement élevées, particulièrement pour les médecins spécialistes (plus d'un mois en moyenne) et les dentistes (plus d'un mois en moyenne dans l'Orne).

L'étude qualitative montre que les patients franchissent les frontières départementales pour réduire les délais d'attente ou réduire les temps de parcours ce qui indique les limites d'une telle étude. Elle montre également l'impact financier de ces déplacements et l'importance du maintien par les médecins généralistes de visites à domicile.

L'enseignement le plus important de cette étude est que le « refus de soins » vise en fait tous les assurés et qu'il pose nettement le problème de la démographie médicale dans ces territoires.

*Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre. Després C., Renaud T., Coldefy M., Lucas-Gabrielli V.*

#### **4.6. Le contrôle des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS**

Le Fonds CMU a pour mission de contrôler les déductions opérées par les OC sur leurs déclarations. Il s'agit de vérifier l'exactitude des déductions relatives à la CMU-C 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, 188 OC ont été contrôlés sur l'année :

- 176 contrôles concernant des régularisations CMU-C, représentant environ 76 % des effectifs. Le taux d'anomalie a atteint 0,05 % dans le premier cas et 0,01 % dans le second cas, ce qui est très faible.
- 18 contrôles ont porté sur l'ACS. Le taux d'anomalie a également été très faible : 0,32 %.

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**

Dans ce cadre, le Fonds CMU contrôle l'ensemble 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,
- 300 bénéficiaires pour un chiffre égal ou supérieur à 10 000 bénéficiaires.

8 contrôles approfondis ont été mis en œuvre en 2012. Ils ont permis de constater un taux d'anomalies de 4,78 % sur la CMU-C et 1,67 % sur l'ACS.

## **ENCADRÉ 12 :**

### **Retour sur les régularisations de bénéficiaires de la CMU-C :**

Chaque année, les OC ayant déclaré des bénéficiaires de la CMU-C ont la possibilité d'effectuer une régularisation annuelle au titre de l'année précédente.

Sur les 408 OC ayant déclaré des bénéficiaires de la CMU-C en 2011, la moitié environ (212 OC) ont effectué une régularisation (positive ou négative), ce qui représente en valeur absolue 68 809 régularisations, soit un nombre trimestriel moyen de 17 202 bénéficiaires. Toutefois, ce chiffre n'est pas exhaustif puisque des régularisations de bénéficiaires s'effectuent au fil de l'eau lors des déclarations trimestrielles.

Le taux de régularisation global de bénéficiaires CMU-C atteint 2,49 % (nombre total moyen de régularisations / nombre total moyen de bénéficiaires CMU-C déclarés initial ou définitif).

En métropole, le taux de régularisation s'élève à 2,25 % (3,3 % en 2010).

Dans les Dom, le taux de régularisation s'établit à 6,93 % (2,6 % en 2010).



## 4.7. Les études du Fonds CMU

### 4.7.1. Le partenariat avec les CCAS

Dans le cadre des travaux de recherche menés au cours de l'année 2011 pour le Fonds CMU, par le laboratoire du Centre Michel de l'Hospital de l'Université d'Auvergne, il a été mis en évidence que l'investissement des CCAS n'est pas homogène suivant les municipalités.

Par ailleurs, les CCAS ont signalé l'absence d'interlocuteurs identifiés ou la lourdeur des procédures pour expliquer leur faible engagement dans la pré-instruction de dossiers de CMU-C. Partant de ces premiers constats et dans la mesure où les CCAS constituent des relais locaux importants pour favoriser la promotion et l'accès aux dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, le Fonds CMU a souhaité s'associer à une CPAM et un CCAS volontaires pour la signature d'une convention de partenariat CCAS/CPAM et suivre sa mise en œuvre sur le terrain. En amont, l'UNCCAS et le Fonds CMU ont initié une collaboration pour sensibiliser les CCAS sur le sujet. Les travaux se poursuivront en 2013.

Un modèle de convention a été proposé par le Ministère de la santé, la Direction de la Sécurité Sociale et l'UNCCAS, il sera celui utilisé dans le cadre de cette expérimentation.

### 4.7.2. Les restes à charge et la révision du panier de soins CMU-C

Dans le V<sup>ème</sup> rapport d'évaluation, le Fonds CMU avait approfondi la question des restes à charge pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ce focus s'était appuyé sur une étude de la CNAMTS<sup>20</sup>, ainsi que sur deux études commanditées par le Fonds CMU auprès de la CPAM des Hauts-de-Seine et la MSA de Gironde.

Les trois études mettaient en avant que les principaux RAC portaient sur l'optique, les prothèses dentaires et les audioprothèses. Des propositions avaient été faites sur ces bases par le Fonds CMU, en vue d'une révision du panier de soins sur ces trois postes.

Pour l'optique, suite à une consultation de représentants des opticiens et des enquêtes sur le terrain, la proposition portait sur une meilleure prise en charge des très fortes corrections. En effet, pour ces cas minoritaires, les patients bénéficiaires de la CMU-C ne peuvent pas être correctement appareillés dans le respect du panier de soins. Un projet de décret a été rédigé par la DSS en ce sens et devrait être finalisé en 2013.

Pour l'audioprothèse, le Fonds CMU avait mis en avant la nécessité de la prise en charge de la deuxième prothèse dans le cadre du panier de soins CMU-C. En 2012, le Fonds a rencontré le président de l'UNSAF (Syndicat national des audioprothésistes), en vue de concrétiser les éléments du rapport d'évaluation. Un travail de réflexion a été enclenché avec la DSS suite à cette rencontre. L'annonce de la prise en charge de la deuxième prothèse à l'issue de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a permis d'avancer plus concrètement. De nouvelles mesures seront mises en place en 2013.

---

<sup>20</sup> Points de repère, n° 35, septembre 2011, Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010, CNAMTS, Pauline RICCI.



Pour les prothèses dentaires, le Fonds CMU a complété les études sur le RAC par des rencontres sur le terrain, dans trois centres de santé de dentaires et par des entretiens avec des praticiens libéraux contactés lors de sa participation au Congrès ADF (Association dentaire française) qui s'est tenu en 2012. Il en est ressorti, qu'au-delà de la révision du panier de soins, il est nécessaire de travailler sur une prise en charge des soins mieux adaptée aux personnes les plus précaires. Le premier problème rencontré actuellement est celui de l'abandon des soins prothétiques. Il conviendrait donc, en complément de la révision du panier de soins, qui fera suite à la finalisation de la CCAM (Classification commune des actes médicaux) en 2013, de travailler sur l'information et la formation des praticiens sur la prise en charge globale des bénéficiaires de la CMU-C.

### 4.7.3. La satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C

Sur proposition du Fonds CMU, et en collaboration avec l'EN3S, une recherche action a été menée au cours de l'année 2012 par les élèves de la 50<sup>ème</sup> promotion sur le thème de la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C.

En effet, en dehors des enquêtes réalisées par la CNAMTS qui concernent l'ensemble des assurés sociaux, la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C ne faisait plus l'objet d'aucune évaluation spécifique, l'indicateur de suivi n'étant plus inscrit dans le programme 183 des lois de finances depuis 2009.

L'enjeu de cette recherche-action a été de mesurer la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C sur deux plans :

- la satisfaction administrative, à travers différents items tels que « les conditions d'accès au dispositif », « les contacts avec la caisse d'assurance maladie », « les réclamations » et « la carte Vitale » ;
- la satisfaction sanitaire, à savoir la manière dont les bénéficiaires perçoivent eux-mêmes leur état de santé et le recours aux soins dont ils bénéficient dans le cadre de la CMU-C.

Cette étude a été réalisée en partenariat avec la CPAM du Rhône. Un questionnaire a été envoyé à 6 145 bénéficiaires de la CMU-C. Le taux de retour a atteint 21 %, ce qui est très satisfaisant.

L'analyse des questionnaires montrent que la satisfaction administrative est plutôt bonne, voire meilleure que celle de la population globale. En effet, sur les questions posées en rapport avec l'accueil physique et téléphonique, le site internet de l'Assurance Maladie, le traitement des réclamations et la carte Vitale, les répondants sont en moyenne 78 % à être satisfaits ou très satisfaits. De plus, 82 % des bénéficiaires trouvent que les informations sur le dispositif sont plutôt faciles, voire très faciles à obtenir.

Les résultats sont moins favorables concernant la satisfaction sanitaire : 74 % des répondants estiment être en très bonne ou assez bonne santé (contre 91 % de la population globale<sup>21</sup>). Les répondants sont tout de même satisfaits voire très satisfaits des soins dispensés à 88 %, et 61 % d'entre eux sont sensibles aux actions de prévention.

---

<sup>21</sup> Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), SILC – INSEE, Eurostat – 2009.

Malgré cette bonne satisfaction globale, les résultats font apparaître des points d'insatisfaction :

- 14 % des répondants ont exprimé des craintes de stigmatisation ;
- 55 % des répondants ont rencontré des problèmes lors du renouvellement de leurs droits et 13 % ont même connu, par la suite, des situations de ruptures de droits ;
- 45 % ont exprimé avoir souffert d'une forme de discrimination et d'une restriction du système de soins du fait de leur statut de bénéficiaire de la CMU-C.

L'étude montre par ailleurs que les bénéficiaires de la CMU-C attendent une simplification du dispositif. Ils sont peu favorables aux nouveaux modes de communication (mail, SMS) pour contacter ou être contactés par la CPAM et enfin, ils sont 54 % à être favorables à un accueil spécifique.

En prenant en compte ces attentes ainsi que les points d'insatisfaction, plusieurs pistes d'amélioration sont proposées : la mise en place d'accueils spécifiques sur rendez-vous, une simplification du dossier de demande et de renouvellement, une présentation interactive des formulaires sur le site de l'Assurance Maladie, la création d'une offre de formation continue à l'attention des associations et des travailleurs sociaux, le développement d'actions de prévention spécifiques, la création d'une carte de mutuelle CMU-C rappelant l'étendue des droits des bénéficiaires de la CMU-C, etc.

*Rapport à paraître prochainement sur le site [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)*

#### **4.7.4. Les effets d'une complémentaire santé sur l'accès aux soins**

Cette étude<sup>22</sup> a été menée en 2012 pour mesurer les effets de l'acquisition d'une assurance complémentaire santé, gratuite ou aidée, sur la consommation médicale. Elle prolonge un travail qui avait démontré l'efficacité d'une action d'information ciblée pour faciliter l'accès à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS). Au vu de ce résultat, la CPAM des Alpes de Haute-Provence et le Fonds CMU ont souhaité évaluer sur le même département l'efficacité de l'accès à une complémentaire santé sur la consommation de soins, c'est-à-dire l'accroissement des consommations de soins dû à une meilleure prise en charge.

Les principaux paramètres de l'étude sont les suivants :

- Quatre dispositifs : la CMU-C, l'ACS Légale, l'ACS locale, et l'Aide médicale d'État (AME) ;
- Deux populations : les ouvrants droit et les personnes bénéficiaires de la complémentaire attribuée à l'ouvrant droit (les « ayants droit »).

Les données utilisées sont celles de l'Assurance maladie relatives aux remboursements de soins, de façon à constater des évolutions en nombre d'actes et en montants de remboursements, avant et après acquisition d'une complémentaire santé.

---

<sup>22</sup> Romain Poncet, Philippe Warin, avec la collaboration de Catherine Chauveaud, « Les effets d'une complémentaire santé gratuite ou aidée sur l'accès aux soins. Etude comparée de l'efficacité des dispositifs existants dans le département des Alpes de Haute-Provence », Grenoble, août 2012.

L'étude de la consommation de soins a porté sur deux années (2010 et 2011) et a concerné 1 331 assurés, répartis ainsi :

- 821 assurés sans interruption de contrat dans l'un des quatre dispositifs au cours de la période. Cette population est la population de référence ;
- 235 assurés ayant acquis une complémentaire santé entre novembre 2010 et février 2011. C'est la population test ;
- 264 assurés dont la demande de complémentaire gratuite ou aidée a été refusée par la CPAM, mais qui possèdent une complémentaire gérée hors CPAM.

Cette étude montre que l'acquisition d'un contrat influe fortement sur la consommation de soins puisque la moyenne des consommations pour la population des assurés ayant accédé à une complémentaire augmente de 120 points. C'est une hausse très importante par rapport aux individus qui n'ont pas interrompu leur contrat et ceux qui ont été refusés.

La hausse de la consommation est observée pour tous les types de praticien. Mais elle est davantage visible pour la consommation d'actes chez les généralistes et les dentistes. Entre 2010 et 2011 la consommation d'actes chez des généralistes est en baisse, sauf pour les individus ayant acquis un contrat de complémentaire. La moyenne des consommations a augmenté de 271 points pour eux alors qu'elle a baissé de presque 50 points pour les autres assurés.

Il en est de même pour la consommation d'actes chez les dentistes. Bien que la consommation augmente faiblement pour les individus de la strate « refus », la consommation diminue pour les personnes « sans interruption de contrat ». A contrario, la consommation évolue très fortement pour les personnes ayant acquis un contrat (la moyenne de consommation évolue de 214 points).

Le montant total des remboursements augmente après l'acquisition d'une complémentaire santé. Il passe pour les 235 assurés de 356 791,56 euros à 530 862,64 euros, soit un montant 1,49 fois plus important. Par assuré, la moyenne des remboursements était de 1 518,26 euros avant l'acquisition d'une complémentaire ; elle est de 2 258,99 euros après, alors que la moyenne nationale s'élève à 2 698 euros. Autrement dit, l'accès à une complémentaire maladie augmente significativement le nombre d'actes remboursés, sans pour autant accroître d'autant les montants des remboursements pour l'Assurance Maladie.

Les actes dentaires, généralistes et pharmaceutiques connaissent la plus forte hausse entre les deux périodes, avant et après acquisition d'une complémentaire maladie. La progression n'est pas négligeable non plus pour les autres types d'actes : le nombre d'actes exécutés par des spécialistes et à l'hôpital progresse de plus de 100 %. Les évolutions sont moindres en ce qui concerne les actes pratiqués par les kinésithérapeutes ou concernant les déplacements en taxi (Véhicule Sanitaire Léger ou ambulance).

L'étude montre également :

Pour la consommation moyenne d'actes exécutés par des généralistes :

- Les femmes ont un changement de comportement plus fort que les hommes. En effet, 63 % des femmes qui n'avaient pas consommé en 2010 ont consommé en 2011, alors que 57 % des hommes qui n'avaient pas consommé en 2010 ont consommé en 2011.
- Les moins de 18 ans ont un changement de comportement plus fort que les autres tranches d'âges. En effet, 68 % des individus de moins de 18 ans qui n'avaient pas consommé en 2010 ont consommé en 2011.

Pour la consommation moyenne de médicaments :

- Les femmes ont là aussi un changement de comportement plus fort que les hommes. En effet, 70 % des femmes qui n'avaient pas consommé en 2010 ont consommé en 2011, alors que 60 % des hommes qui n'avaient pas consommé en 2010 ont consommé en 2011.
- Les moins de 36-65 ans ont un changement de comportement plus fort que les autres tranches d'âges. En effet, 73 % des individus de moins de 36-65 ans qui n'avaient pas consommé en 2010 ont consommé en 2011.

Enfin, l'accès à une complémentaire a fait chuter le taux de non-recours à des soins (selon les critères du CETAF) pour les différents actes.

| Type d'actes | Pas de consommation |                   |
|--------------|---------------------|-------------------|
|              | Avant acquisition   | Après acquisition |
| Généraliste  | 55,70%              | 27,70%            |
| Dentiste     | 90,20%              | 70,60%            |
| Infirmier    | 94,50%              | 86,40%            |
| Kiné         | 95,70%              | 92,80%            |
| Pharmacie    | 54,50%              | 21,70%            |
| Taxi         | 96,60%              | 94,00%            |
| Spécialiste  | 77,00%              | 53,20%            |
| Hôpital      | 86,00%              | 73,60%            |

#### 4.8. La poursuite du 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).

Trois réunions ont eu lieu et ont permis 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 ayant rythmé l'année : la mise en place du tiers-payant social pour les bénéficiaires de l'ACS, l'impact de la généralisation des contrats collectifs...

Les travaux se poursuivront en 2013.

# GLOSSAIRE

---

|                |  |
|----------------|--|
| <b>ACOSS</b>   | Agence centrale des organismes de sécurité sociale   |
| <b>ACS</b>     | Aide pour une complémentaire santé   |
| <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>    | Caisses générales 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

---

1. LES MISSIONS DU FONDS CMU

2. PRESENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS

3. PRINCIPAUX TEXTES 2012 RELATIFS AU FONDS CMU, A LA CMU ET A L'ACS

4. CONSEIL D'ADMINISTRATION

5. CONSEIL DE SURVEILLANCE

6. ORGANIGRAMME DU FONDS CMU

## **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'amélioration ;
- Elaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

Pour mener à bien ces différentes missions, l'équipe du Fonds CMU est constituée de 9,1 personnes.

### **MISSION DE FINANCEMENT**

L'une des missions du Fonds CMU est de financer les dispositifs de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et de l'ACS (aide pour une complémentaire santé). A ce titre, le Fonds CMU effectue un suivi rigoureux des effectifs pris en charge par les régimes d'assurance maladie et les organismes complémentaires dans le cadre de la CMU-C et procède au contrôle des déductions déclarées par les organismes complémentaires dans le cadre de l'ACS.

### **MISSION DE SUIVI ET D'ANALYSE**

Le Fonds CMU réalise un suivi quantitatif et qualitatif des dispositifs CMU-C, ACS et CMU de base. Cette mission a pour objectif d'identifier les difficultés d'application de la loi et de proposer les évolutions nécessaires et souhaitables.

La mission d'analyse des dispositifs comporte une fonction d'information dont l'objectif est la diffusion de la documentation et de nombreuses données statistiques disponibles.

C'est dans ce cadre que le Fonds CMU produit plusieurs rapports. Parmi les plus importants, le rapport d'activité et le rapport d'évaluation de la loi CMU, le rapport prix/contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, le rapport sur la dépense moyenne de la CMU-C et l'annuaire statistique.

Le Fonds CMU produit également des études, réalisées en collaboration avec différents partenaires (DREES, IRDES, EN3S, ODÉNORE, caisses d'assurance maladie...)

L'ensemble de ces documents sont disponibles sur le site internet : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)



## **GESTION DE LA LISTE DES ORGANISMES PARTICIPANT À LA CMU-C**

En application du décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011, paru au journal officiel du 29 octobre 2011, le Fonds CMU a pour mission d'assurer la gestion (inscription, retrait, radiation) et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C.

## ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS

### La CMU de base

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, qui ne peut s'ouvrir des droits à l'assurance maladie à un autre titre, de bénéficier des prestations en nature du régime général dans les mêmes conditions que les autres assurés.

Le bénéficiaire paie directement ses dépenses de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux...) et l'Assurance Maladie lui rembourse la part obligatoire.

La part complémentaire, le forfait journalier, la participation forfaitaire et les franchises médicales restent à sa charge.

### **Les conditions d'accès**

Pour bénéficier de la CMU de base, il faut remplir trois conditions :

- 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.).

### **ENCADRÉ 13 :**

#### L'accès à la CMU des ressortissants européens inactifs

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

A 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...).

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).

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

### 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).

#### **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 9 356 € (plafond fixé pour la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 30 septembre 2013) la cotisation due s'élève à 8 %. Elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 356 €.

La CMU de base est gratuite pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'ACS.

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 gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé. Les dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux...) sont donc prises en charge 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 les dispositifs médicaux.

Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. En l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires.

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. 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.

#### **Les conditions d'accès**

Pour bénéficier de la CMU-C, 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.

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 2012, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 7 934 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 8 831 € pour une personne seule).

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.

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 2012, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule bénéficiaire d'une aide au logement est de 56,99 €, 57,99 €, en 2013).

Les versements du RSA, de 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 (art. L.861-2 et R.861-10 du CSS) ne sont pas pris en compte.

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.

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.

A 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 2012, 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.

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

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.

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 de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

### **L'aide pour une complémentaire santé (ACS)**

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de moins de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, article 55 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2012).

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 € pour celles de 60 ans et plus).

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due.

Cette aide peut réduire et dans certains cas prendre totalement en charge le montant de la cotisation annuelle.

### **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 2012, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 10 711 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 11 922 € pour une personne seule).

Les ressources sont étudiées selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la CMU-C.

Elle 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.

Chaque trimestre, l'organisme complémentaire peut déduire du montant de sa contribution due au titre de la contribution à la CMU complémentaire, 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.

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

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 téléservices 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 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011, approuvé par arrêté du 29 novembre 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.

### ANNEXE 3 : PRINCIPAUX TEXTES 2012 RELATIFS AU FONDS CMU, À LA CMU ET À L'ACS

| Date d'application | Statut et références du texte | Libellé / Contenu  | Organisme émetteur                                      | Date de signature du texte | Publication   |
|--------------------|-------------------------------|--|---|----------------------------|---|
| 01/01/2012         | Loi n° 2011-1906              | Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012<br><br>Article 55 : institution d'un « label ACS » afin d'améliorer le contenu des contrats de complémentaire santé, en particulier, ceux souscrits par les bénéficiaires de l'ACS<br><br>Revalorisation du plafond d'attribution de l'aide complémentaire santé (le plafond est fixé à + 35 % au-dessus du plafond CMU-C) | Parlement   | 21/12/2011                 | 22/12/2011<br>JORF n° 0296  |
| 01/01/2012         | Décision                      | Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2012  | Fonds CMU   | 05/01/2012                 | 15/02/2012<br>BO Santé<br>protection<br>sociale solidarité<br>n°1 |
| 01/01/2012         | Décret n° 2012-309            | Relatif à l'automatisation des procédures d'attribution des tarifs sociaux de l'électricité et du gaz naturel  | Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie | 06/03/2012                 | 07/03/2012<br>JORF n° 0057  |
| 12/01/2012         | Décret n° 2012-25             | Relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire   | Ministère du travail, de l'emploi et de la santé        | 09/01/2012                 | 11/01/2012<br>JORF n° 0009  |



| Date d'application | Statut et références du texte | Libellé / Contenu   | Organisme émetteur   | Date de signature du texte | Publication                |
|--------------------|-------------------------------|---|--|----------------------------|----------------------------|
| <b>24/04/2012</b>  | Arrêté                        | Portant nomination au conseil d'administration du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie<br>Nomination de Monsieur Etienne Champion en tant que représentant du ministre chargé de la Sécurité Sociale   | Ministère du travail, de l'emploi et de la santé<br>Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État<br>Porte-parole du Gouvernement<br>Ministère des solidarités et de la cohésion sociale | 24/04/2012                 | 29/04/2012<br>JORF n° 0102 |
| <b>29/06/2012</b>  | Arrêté                        | Portant nomination au conseil d'administration du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie<br>Nomination de Madame Aude Valery en tant que représentante du ministre chargé du budget  | Ministère de l'Économie et des Finances<br>Ministère des affaires sociales et de la santé  | 29/06/2012                 | 13/07/2012<br>JORF n° 0162 |
| <b>01/07/2012</b>  | Décret n° 2012-1080           | 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   | 25/09/2012                 | 27/09/2012<br>JORF n° 0225 |
| <b>02/08/2012</b>  | Arrêté                        | Fixant pour l'année 2012 le montant du report à nouveau du Fonds de financement de la CMU complémentaire affecté à la CNAMTS (montant du RAN : 126 105 194,55 €)  | Ministère de l'Économie et des Finances<br>Ministère des affaires sociales et de la santé  | 02/08/2012                 | 14/08/2012<br>JORF n° 0188 |
| <b>27/09/2012</b>  | Arrêté                        | Portant nomination au conseil d'administration du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie<br>Nomination de Monsieur Jean-Benoît Dujol en tant que représentant du ministre chargé de la Sécurité Sociale, Monsieur Pierre Farouilh en tant que représentant du ministre chargé du budget, Madame Françoise Georgin en tant que représentante du ministre chargé de l'économie | Ministère de l'Économie et des Finances<br>Ministère des affaires sociales et de la santé  | 27/09/2012                 | 09/10/2012<br>JORF n° 0235 |

| Date d'application | Statut et références du texte | Libellé / Contenu  | Organisme émetteur  | Date de signature du texte | Publication                |
|--------------------|-------------------------------|--|---|----------------------------|----------------------------|
| 01/10/2012         | Arrêté                        | Fixant le plafond de revenus applicable pour la cotisation sociale due au titre de la couverture maladie universelle en application de l'article D. 380-4 du code de la Sécurité Sociale   | Ministère de l'Économie et des Finances<br>Ministère des affaires sociales et de la santé | 01/10/2012                 | 05/10/2012<br>JORF n° 0232 |
| 25/10/2012         | Arrêté                        | Portant nomination au conseil de surveillance du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie<br>Nomination de Monsieur Patrick Mony représentant du CISS (Collectif interassociatif sur la santé)  | Ministère de l'Économie et des Finances<br>Ministère des affaires sociales et de la santé | 25/10/2012                 | 07/11/2012<br>JORF n° 0259 |
| 25/10/2012         | Arrêté                        | Portant nomination du président du conseil de surveillance du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie<br>Nomination de Monsieur Gérard Bapt, député  | Ministère de l'Économie et des Finances<br>Ministère des affaires sociales et de la santé | 25/10/2012                 | 08/11/2012<br>JORF n° 0260 |
| 08/12/2012         | Arrêté                        | Portant approbation de l'avenant n°8 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 juillet 2011<br><br>L'article 1 <sup>er</sup> de cet avenant prévoit la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les patients bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS | Ministère des affaires sociales et de la santé  | 29/11/2012                 | 07/12/2012<br>JORF n° 0285 |
| 01/01/2013         | Loi n° 2012-1404              | De financement de la Sécurité Sociale pour 2013<br><br>Article 22 : Modifie les modalités de remboursement des organismes gestionnaires<br><br>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<br>JORF n° 0294 |

### Autres textes ayant retenu notre attention

| Date d'application | Libellé / Contenu   | Statut et références du texte    | Organismes émetteurs | Date de signature du texte | Publication |
|--------------------|---|----------------------------------|----------------------|----------------------------|-------------|
| 2012               | Relative à l'offre de service attentionné pour les personnes susceptibles de bénéficier ou bénéficiaires de l'ACS | Lettre-réseau n° LR-DDO-129/2012 | CNAMTS               |                            |             |

## ANNEXE 4 : 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).

Le conseil d'administration du Fonds s'est réuni une première fois le 25 avril 2012, sous la présidence de Michel Thierry (IGAS-Inspection générale des affaires sociales). Lors de cette séance, il a adopté le rapport d'activité et le compte financier du Fonds pour 2011.

Le conseil d'administration du Fonds, s'est réuni une seconde fois le 3 octobre 2012 avec une légère avance sur le calendrier habituel, sous la présidence de Michel Thierry (IGAS). Il a adopté le budget primitif du Fonds CMU pour l'année 2013.

A l'occasion de ce conseil, monsieur Jean-François Chadelat a été nommé Président d'honneur du Fonds CMU en remerciement des services rendus à l'établissement.

## ***Président***

M. Michel THIERRY  
Inspecteur général des affaires sociales

## ***En qualité de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale***

M. Jean-Benoît DUJOL  
M. Olivier BACHELLERY  
M. Bruno MORIN

## ***En qualité de représentants du ministre chargé du budget***

M. Pierre FAROUILH  
Mme Aude VALERY

## ***En qualité de représentante du ministre chargé de l'économie***

Mme Françoise GEORGIN

## ANNEXE 5 : CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le conseil de surveillance du Fonds s'est réuni le 18 avril 2012, sous la présidence de Jean-Marie ROLLAND, député de l'Yonne.

Après avoir rendu un avis favorable, le rapport d'activité 2011 a été transmis au Parlement en application de l'article R. 862-8 du code de la sécurité sociale.

Le conseil a ensuite pris connaissance du V<sup>ème</sup> rapport d'évaluation de la loi CMU ainsi que du rapport sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2011.

Le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion de l'année le 20 décembre dernier. Cette séance s'est ouverte par l'installation de son nouveau président, Monsieur Gérard Bapt, député de Haute-Garonne et spécialiste des questions de santé (arrêté du 25 octobre 2012, JO du 8/11/12).

Les discussions ont porté notamment sur la présentation des principales mesures de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2013, les principaux résultats du rapport sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2010 et 2011 et les premiers éléments du quatrième rapport relatif à la situation financière des organismes complémentaires santé réalisé par DREES. Le Fonds a également présenté un point de situation détaillé sur l'ACS (dernières données disponibles et état d'avancement du projet de labellisation).

Les membres du conseil sont ensuite revenus assez largement sur les deux journées de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et ont échangé longuement sur la mesure de revalorisation du plafond de la CMU-C annoncée par le premier ministre à cette occasion.

## **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

Secours populaire français

Secours catholique

Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés, sanitaires et sociaux  
Médecins du Monde

ATD Quart Monde

Collectif interassociatif sur la santé - CISS

Union nationale des associations familiales - UNAF

Judith PENGUILLY

Amina NORDMAN

Fabrice MOLLIEUX

Bruno GROUES

Bernard MORIAU

Huguette BOISSONNAT-PELSY

Patrick MONY

Christiane BASSET

## **Représentants des régimes obligatoires d'Assurance Maladie**

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés – CNAMTS

Régime social des indépendants – RSI

Caisse centrale de mutualité sociale agricole - MSA

Michel REGEREAU  
Daniel BOGUET

Gérard QUEVILLON  
Odile BARNAUD

Gérard PELHATE  
Pierre BERTHELOT

## **Représentants des organismes de protection sociale complémentaire**

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale de la mutualité française - FNMF

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération des mutuelles de France - FMF

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles - FNIM

Entreprises d'assurance sur désignation de la Fédération française des sociétés d'assurance - FFSA

Entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - GEMA

Institutions de prévoyance sur désignation du Centre technique des institutions de prévoyance - CTIP

Fabrice HENRY  
Dominique JOSEPH  
Maurice RONAT

Pascale VATEL

Philippe DELEMARRE

Alain ROUCHE  
Norbert BONTEMPS

Jean-François PLUCHET

Jean-Louis FAURE  
Evelyne GUILLET



ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU

