



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2018

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

Sommaire

AVANT-PROPOS	4
ÉDITOS	7
PRESENTATION DES DISPOSITIFS	8
CHIFFRES CLES 2018	10
I. LE FONDS CMU-C	12
1. Les missions du Fonds CMU-C	13
2. La gouvernance du Fonds CMU-C	15
2.1. Le conseil d'administration	15
2.2. Le conseil de surveillance	16
3. Les faits marquants pour le Fonds CMU-C en 2018	18
4. L'équipe du Fonds CMU-C	20
II. LE SUIVI DE LA CMU-C ET DE L'ACS	22
1. Les effectifs	23
1.1. La hausse des effectifs de la CMU-C	23
1.2. La poursuite de la progression des effectifs de l'ACS en 2018	32
1.3. L'évolution du recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA	46
2. La dépense	47
2.1. L'augmentation du coût moyen de la CMU-C	47
2.2. L'effet pour les organismes complémentaires de la prise en charge des dépenses CMU-C « au réel »	53
2.3. Des crédits d'impôts ACS estimés à 390 millions d'euros au titre de 2018	56
3. L'évaluation de l'incidence des réformes	57
3.1. Le bilan de la réforme de l'ACS de juillet 2015	57
3.2. L'opposabilité des tarifs pour les honoraires médicaux et le plafonnement des tarifs pour les soins prothétiques dentaires influencent fortement le niveau de garantie des contrats ACS	59
III. LA MISSION D'ANALYSE DES DISPOSITIFS	62
1. Les modalités d'analyse	63
1.1. Les différents rapports du Fonds CMU-C	63
1.2. Le pilotage de travaux d'étude et de recherche	64
2. Formuler des propositions : en 2018, le rapport d'évaluation du Fonds CMU-C	65
2.1. Un rapport inscrit dans la LFSS pour 2018 : contexte et principes retenus	65
2.2. Douze principales recommandations et 42 propositions détaillées	65
3. Suivre et analyser le non-recours au droit	68
3.1. Un taux de recours estimé à 60 % pour la CMU-C et à 50 % pour l'ACS	68
3.2. Un taux d'utilisation des attestations ACS stable à 77 % qui varie avec l'âge des bénéficiaires et selon les départements	69

4. Suivre et analyser les conditions de santé et d'accès aux soins	72
4.1. L'analyse des restes à charge ACS en santé	72
4.2. Les restes à charge sur les dispositifs médicaux	76
4.3. Le suivi de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C et le respect du parcours de soins	80
4.4. La poursuite des travaux sur les refus de soins	83
IV. LA MISSION DE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS	85
1. Le financement de la CMU-C et de l'ACS	86
1.1. Les ressources et charges du Fonds CMU-C	86
1.2. Le circuit de financement des dispositifs	90
1.3. Bilan 2018 de la convention de délégation du recouvrement de la TSA	92
2. Le suivi et le contrôle des recettes	94
2.1. Une assiette de la TSA en hausse modérée de 1,0 % en 2018	94
2.2. Le suivi des redevables	95
2.3. Un effet modéré de l'ANI	99
2.4. Bilan 2018 des vérifications opérées par le fonds	101
2.5. Bilan 2017 des contrôles comptables d'assiette de la branche recouvrement	103
3. Le suivi et le contrôle des dépenses	106
3.1. La méthode de vérification des déductions de tsa	106
3.2. Un taux de couverture en amélioration	108
V. LES COMPTES ET LA TRESORERIE 2018	109
1. Les comptes 2018 du Fonds CMU-C	110
1.1. Le compte de résultat 2018	110
2. La trésorerie 2018	112
2.1. Une trésorerie mutualisée avec celle de l'Acoss	112
2.2. Le profil 2018 du Compte de Suivi Financier du fonds	112
2.3. La trésorerie 2018	113
3. Les perspectives financières	113
3.1. Les exercices de projection	113
3.2. Perspectives 2019	113
VI. LA MAITRISE DES RISQUES	114
1. L'approfondissement de la démarche de maîtrise des risques au sein du Fonds CMU-C	115
1.1. La mise en place d'un comité opérationnel de maîtrise des risques	115
1.2. La finalisation de la cartographie des processus et l'extension de la cartographie des risques à la gestion de l'établissement	115
1.3. La validation du plan d'actions par le conseil d'administration	116
2. Le bilan du plan d'actions 2018	117
3. La gestion de la liste des organismes complémentaires	118
3.1. La gestion de la liste des organismes redevables de TSA	118
3.2. La gestion de la liste des organismes gérant la CMU-C	118
3.3. Les OC proposant des contrats éligibles à l'ACS	121
VII. L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION	122
1. L'information des usagers	123
1.1. Les sites internet	123

1.2. L'accueil téléphonique et par courriel	124
1.3. La participation du fonds à la simplification des dispositifs	126
2. Les publications et les données mises à disposition	127
2.1. La note de conjoncture	127
2.2. La lettre Références CMU	127
2.3. Les données statistiques	127
3. L'information des partenaires	128
3.1. les comités de suivi avec les régimes, la DSS et la DREES	128
3.2. Les comités de suivi avec les associations	128

VIII. ANNEXES

129

Annexe 1. Glossaire	130
Annexe 2. Présentation des dispositifs	132
1. La protection universelle maladie (PUMA)	132
2. La CMU complémentaire (CMU-C)	133
3. L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)	134
Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2018	136
Annexe 4. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2018 au regard de l'assiette TSA	139

Encadrés

Encadré 1 - Perspective 2019 : l'extension de la CMU-C	9
Encadré 2 – Définitions des catégories de demandeurs d'emploi	32
Encadré 3 – Les aides supplémentaires à l'ACS attribuées par le régime général	41
Encadré 4 – Rapport 2018 sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2017	55
Encadré 5 – La souscription des contrats ACS a un effet protecteur contre les dépassements d'honoraires des médecins	60
Encadré 6 – Les 12 principales recommandations du rapport sur l'accès au droit et aux soins des personnes en situation de handicap et de personnes en situation de précarité	67
Encadré 7 – Les impacts de la mise en place des tarifs plafonds pour les prothèses dentaires et l'orthodontie pour les bénéficiaires de l'ACS	74
Encadré 8 – Affectation entre attributaires du produit de TSA en 2016 et 2017	87
Encadré 9 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires	98

Avant-propos

Le présent rapport d'activité rend compte des travaux accomplis par le Fonds CMU-C en 2018 et dresse un état des lieux des dispositifs d'aide à la couverture complémentaire maladie qu'il finance - la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ce rapport met en évidence les progrès accomplis pour gagner en efficacité et contribuer concrètement à l'amélioration de la couverture maladie complémentaire des personnes en situation de précarité. Fin 2018, près de 7 millions de personnes étaient couvertes par la CMU-C (5,63 millions) ou par un contrat ACS (1,27 million). La dépense prise en charge par le fonds à ce titre s'est établie à 2,7 milliards d'euros.

L'année 2018 a été marquée par un agenda particulièrement riche : lancement de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, définition de la stratégie de transformation du système de santé, préparation de la réforme du « 100 % Santé » et de la réforme de la CMU-C. Dans ce contexte, le fonds a poursuivi ses travaux selon trois axes principaux : contribuer à la mise en œuvre des politiques publiques en matière de complémentaire santé et évaluer leurs effets, participer à la modernisation du service public de la Sécurité sociale et améliorer la performance de gestion de l'établissement.

Ces travaux s'appuient sur des analyses de plus en plus précises et objectivées menées par l'établissement, mobilisant les données centralisées par le fonds en provenance des différents opérateurs ainsi que les résultats des études et recherches financées par le fonds. Ils s'appuient également sur le réseau partenarial du fonds (organismes complémentaires d'assurance maladie, associations œuvrant en faveur des populations démunies, caisses d'assurance maladie, Drees, Irdes, universités, défenseur des droits, etc.) au travers d'échanges et de travaux communs formalisés dans le cadre de comités de suivi pilotés par le fonds ou de réunions régulières.

En 2018, deux chantiers majeurs ont jalonné l'activité du Fonds CMU-C : le rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et la préparation de la réforme de la CMU-C.

Le dispositif ACS sera supprimé en 2019. En dépit des diverses refontes précédentes qui ont permis d'améliorer le recours à une complémentaire santé des personnes en situation de précarité (création de l'ACS en 2004, réforme de l'ACS de juillet 2015), le non-recours à l'ACS restait élevé en 2017, entre 41 % et 59 % selon la DREES. Afin de rendre la couverture complémentaire des personnes démunies plus lisible, d'un accès plus simple, et de lever les barrières financières d'accès à la santé pour les bénéficiaires de l'ACS, le Gouvernement a opté pour la mise en place d'un dispositif CMU-C unifié, voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. À compter du 1^{er} novembre 2019, la CMU-C sera ouverte aux personnes éligibles à l'ACS, en contrepartie d'une participation financière maîtrisée. Cette extension bénéficiera à des publics qui cumulent des facteurs de vulnérabilité et de sur-morbidité (handicap, précarité, vieillissement), mais ne remplissent pas les conditions de ressources pour accéder à la CMU-C (la majorité des titulaires de l'AAH, retraités modestes qui perçoivent l'ASPA, etc.). Elle offrira aux personnes éligibles une couverture santé large, sans restes à charge.

Le fonds a contribué, par ses analyses, à la genèse de la réforme. Depuis deux ans, il a en effet dégagé plusieurs constats inédits dans le cadre des éditions de son rapport annuel sur l'ACS, en produisant une évaluation des restes à charge des personnes couvertes par un contrat ACS après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. À partir des données remontées par les onze groupements gestionnaires de l'ACS, le rapport de 2018 confirme que les restes à charge sur prestations des personnes couvertes par un contrat ACS peuvent atteindre des niveaux très élevés pour les soins coûteux : les prothèses dentaires, les audioprothèses, l'optique mais aussi d'autres dispositifs médicaux.

Le fonds a également participé à l'instruction et à l'analyse d'impact *ex-ante* des différentes options de réforme. Il a contribué aux travaux sur l'articulation de cette réforme avec la mise en place du « 100% Santé » - notamment dans le cadre de sa participation au groupe de travail inscrit dans la dernière convention des chirurgiens-dentistes. Il a par ailleurs échangé sur ces sujets avec les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) et les différents opérateurs de l'assurance maladie.

S'agissant du rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap prévu par la LFSS 2018, le Gouvernement a confié au Docteur Philippe Denormandie, membre du conseil d'administration de la CNSA, et à la directrice du Fonds CMU-C, la mission d'élaborer ce rapport en trois mois. Dans ce contexte, l'équipe du Fonds CMU-C a été mobilisée et a apporté son appui aux rapporteurs. Transmis au Parlement courant septembre 2018, le rapport émet 42 propositions concrètes et 12 principales recommandations. Une bonne partie des propositions ont d'ores et déjà été reprises dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, de la LFSS pour 2019, de la stratégie santé, ou des priorités fixées par le comité interministériel du handicap.

Concernant l'analyse des réformes engagées par les pouvoirs publics et le suivi des dispositifs, le fonds a également piloté une recherche-action de la 57^{ème} promotion de l'EN3S pour évaluer les conditions de mise en œuvre et les conséquences de l'introduction de tarifs plafonds pour les soins prothétiques dentaires applicables aux bénéficiaires de l'ACS depuis le 1^{er} octobre 2017. Cette recherche-action a notamment mis en évidence l'hétérogénéité des conditions de mise en œuvre selon les territoires et les premiers effets positifs pour les assurés. A l'issue de ces travaux, les élèves ont formulé sept recommandations visant à renforcer l'accompagnement des assurés et le suivi de ce type de mesures.

Le Fonds CMU-C a également approfondi son analyse de l'évolution des dépenses de CMU-C, qui représentent près de 90 % des dépenses totales financées par l'établissement. Les travaux de recherche statistiques et économétriques confiés à l'IRDES ont montré que la baisse de la dépense de CMU-C par bénéficiaire observée depuis 2012 dans un contexte général de progression dynamique des dépenses d'assurance maladie est principalement due au rajeunissement relatif de la population CMU-C par rapport à la population non bénéficiaire de la CMU-C. L'arrivée de nouveaux bénéficiaires consécutive à la revalorisation du plafond de ressources CMU-C de 2013 est également un facteur explicatif, ces bénéficiaires ayant un recours plus faible aux soins. Établis au niveau national, les travaux de recherche de l'IRDES s'inscrivent dans l'observatoire de la dépense CMU-C mis en place par le Fonds CMU-C en partenariat avec une douzaine de CPAM. De premières analyses issues de ces travaux ont été intégrées dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur le coût moyen CMU-C.

Enfin, le fonds a poursuivi ses investissements en études et recherches sur les questions d'accès aux droits et aux soins des personnes démunies, a piloté l'ensemble de ces travaux dans le cadre de comités de suivi scientifiques, restitué les résultats au conseil de surveillance ou au conseil d'administration et noué de nouveaux partenariats (avec le Défenseur des droits et la Chaire santé de l'université Dauphine notamment).

S'agissant du financement des dispositifs, l'année a été marquée par un changement notable. Les modalités d'affectation des recettes de TSA au Fonds CMU-C ont été à nouveau modifiées par la loi de financement de la sécurité sociale. Alors que le fonds était auparavant attributaire d'une fraction prédéterminée du produit de la TSA, la LFSS pour 2018 a instauré de nouvelles modalités de financement du fonds visant à équilibrer strictement ses charges par l'affectation *ex-post* de recettes de TSA. La LFSS pour 2018 a également prévu une réduction exceptionnelle des recettes du fonds au titre de l'exercice 2018 à hauteur de 150 M€, au profit de la branche maladie du régime général. La conjugaison de ces deux mesures (prélèvement exceptionnel de 150 M€ en 2018 et affectation de recettes de TSA à hauteur des charges du fonds) se traduit par un résultat net comptable déficitaire de 150 M€ pour l'exercice 2018.

L'année 2018 marque également la mise en œuvre du compte de suivi financier du fonds ouvert au sein de la comptabilité de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Régi par la convention financière signée avec l'ACOSS le 29 novembre 2017, ce compte a permis de sécuriser 4 Md€ de flux de trésorerie échangés entre le fonds et ses principaux partenaires – lesquels disposent déjà de comptes similaires au sein de l'agence centrale.

Le fonds a également régulièrement transmis à ses ministères de tutelle une analyse détaillée de l'évolution de l'assiette de TSA à partir des données déclarées par les OCAM et fournies par l'ACOSS en application de la convention du 1^{er} juin 2018. Le second bilan relatif au recouvrement, au contrôle et au reversement de la TSA en 2017 a par ailleurs été établi par l'ACOSS et l'URSSAF Île-de-France. Il fait état d'une amélioration sensible du respect des exigibilités déclaratives par les organismes complémentaires et permet d'identifier les voies d'amélioration du portail déclaratif.

En 2018, l'assiette de la TSA a crû modérément, de 1,0 % après 2,3 % en 2017, portant l'assiette totale à 37,4 Md€ et la recette totale de TSA à 4,95 Md€.

Dans le cadre de sa mission de financement des dispositifs d'aide à la complémentaire santé, le Fonds CMU-C

est habilité à procéder auprès des organismes complémentaires redevables à toute vérification relative à l'assiette de la TSA ou aux déductions de CMU-C ou d'ACS. Au vu des résultats de ces vérifications, il définit, en liaison avec l'ACOSS, les orientations en matière de contrôle des OC. En 2018, les vérifications relatives à l'assiette de TSA ont porté sur 11 % des redevables et sur 36 % de l'assiette TSA totale déclarée en 2018. Le fonds a par ailleurs renforcé sa politique de vérification des déductions opérées par les OC : un plan de vérification des dépenses constituées par les crédits de TSA accordés aux OC a en particulier été mis en place, visant à couvrir au moins une fois la totalité des organismes gestionnaires de la CMU-C ou de l'ACS sur une période triennale et à améliorer le ciblage des OC.

S'agissant de la performance de gestion de l'établissement, le fonds a poursuivi en 2018 l'amélioration de la couverture et du pilotage de son dispositif de maîtrise des risques (couverture étendue aux processus liés à la gestion de l'établissement, mise en place d'un comité opérationnel interne de maîtrise des risques, etc.). En application de la circulaire du 09 juillet 2018 relative à la gestion budgétaire et comptable publique, la cartographie des risques et le plan d'actions 2019 ont été validés par le conseil d'administration du 26 novembre 2018 et adressés aux ministères de tutelle.

L'année 2019 sera principalement dédiée à la mise en œuvre de la réforme de la CMU-C. Réforme sociale d'envergure, l'extension de la CMU-C implique aussi une transformation fondamentale des métiers du fonds sur le champ de l'ensemble de ses missions (financement, reporting statistique, études, comptabilité, budget, contrôle, communication, etc.). En 2018, l'établissement a cartographié tous les impacts prévisibles, en intégrant les évolutions dans son plan d'action de maîtrise des

risques pour 2019 et en identifiant les éléments nécessaires (données, évolutions juridiques) à la bonne mise en œuvre de la réforme. En 2019, le fonds contribuera à l'installation de la réforme en partenariat avec les acteurs concernés et adaptera ses activités en conséquence (cf. encadré 1, perspectives 2019).

Il poursuivra également ses travaux sur le refus de soins, d'une part dans le cadre des commissions d'évaluation du refus de soins placées auprès des ordres professionnels des médecins libéraux, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, et d'autre part en partenariat avec le Défenseur des droits.

En conclusion de cet avant-propos, je souhaite remercier vivement Véronique Wallon, qui a assuré la présidence du conseil d'administration du Fonds CMU-C pendant 5 ans jusqu'en 2018. Sa grande disponibilité, ses conseils avisés et son engagement furent un soutien pour le fonds.

Je suis très honorée qu'Isabelle Yéni, actrice discrète de la création de la CMU et de la CMU-C, ait accepté de présider le conseil d'administration du Fonds CMU-C et lui souhaite la bienvenue.

Enfin, j'exprime ma reconnaissance à l'ensemble des membres de l'équipe du Fonds CMU-C, pour la qualité de leur travail, la constance de leur mobilisation et leur capacité d'adaptation qui permettent au fonds, en dépit de sa taille réduite (10,2 personnes en équivalent temps plein), de mener à bien ses larges missions.

Marianne CORNU-PAUCHET

Directrice du Fonds CMU-C

Éditos



Isabelle YENI

Présidente du conseil d'administration
Inspectrice générale des affaires
sociales

C'est avec émotion que, succédant à Véronique Wallon, j'ai pris les fonctions de présidente du conseil d'administration du Fonds CMU-C : conseillère technique au cabinet de Mme Martine Aubry, j'ai eu l'honneur, sous son autorité, de participer à l'élaboration de la CMU et de la CMU-C, votées en 1999. Depuis lors, l'apport de la CMU-C est partout souligné ce que confirment les analyses du Fonds CMU-C : 5,6 millions de personnes en situation de pauvreté accèdent sans frais à des soins de qualité. Pour autant, des marges de progrès subsistent. Établir des propositions afin d'améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de précarité ou de handicap, fut la mission confiée en 2018 par le Gouvernement à la Directrice du Fonds CMU-C, Mme Cornu Pauchet et au Dr. Philippe Denormandie. Le rapport transmis au Parlement à l'automne dernier, insiste sur l'ampleur des actions qui restent à mettre en œuvre.

Le rapport préconise tout d'abord, pour agir contre les obstacles financiers à l'accès à la santé, de réduire, voire d'annuler, la participation financière des personnes fragiles à leurs frais de santé, d'aller au-devant de celles qui ne recourent pas à la CMU-C et à l'ACS, d'octroyer ou de renouveler automatiquement ces droits, en particulier pour les allocataires de minimas sociaux qui y sont de fait éligibles (allocataires du RSA socle, de l'AAH,...), et d'étendre la couverture santé de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS qui financent une partie encore importante de leurs frais de santé.

Pour faciliter l'accès à la santé, la mission recommande d'inverser la logique du système de santé et de se porter au-devant des personnes qui renoncent aux soins plutôt que d'attendre d'elles l'effort inverse. Une telle démarche nécessite notamment de repérer et d'orienter vers l'offre de soins les personnes qui se trouveraient dans une telle situation de renoncement, de mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sur chaque territoire, de développer les dispositifs mobiles (équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et PASS).

Améliorer l'accès à la santé des populations fragiles c'est également mieux prendre en compte le temps passé par les professionnels auprès des patients et la complexité de cette prise en charge en cabinet comme dans les structures sanitaires et médico-sociales et les valoriser.

Les auteurs du rapport dont les propositions ne sont ici qu'évoquées soulignent que les améliorations suggérées doivent être garanties par la mise en place d'une démocratie sanitaire effective. Certaines de leurs propositions ont d'ores et déjà trouvé leur traduction concrète en LFSS pour 2019 (renouvellement automatique de la CMU-C pour les allocataires du RSA, élargissement de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS), et ont été intégrées à la stratégie pauvreté ou encore dans les orientations du CIH. Nous espérons tous que la richesse de ce rapport et de ses 42 propositions donnera encore lieu à d'autres mesures concrètes, travaux et réflexions.



Emmanuelle FONTAINE-DOMEIZEL

Présidente du conseil de surveillance
Députée des Alpes-de-Haute-Provence

Il y a 20 ans, Martine Aubry, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité dans le gouvernement Jospin, présentait le projet de loi relative à la couverture maladie universelle à l'Assemblée nationale. Il fut adopté malgré une forte opposition.

Face à l'instabilité des parcours et aux incertitudes de l'avenir, plus fortes aujourd'hui que par le passé, la Sécurité sociale doit continuer à jouer un rôle éminemment protecteur.

Les choix politiques retenus dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté prolongent l'engagement des pouvoirs publics en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Face à l'urgence sociale, l'un des enjeux consiste notamment à lutter contre le non-recours aux droits par une simplification drastique des démarches administratives. C'est à ce titre que la loi de financement de la sécurité sociale 2019 a prévu l'automatisation du renouvellement de la CMU-C pour les allocataires du RSA. Depuis le 1^{er} avril 2019, ce sont désormais 670 000 foyers qui bénéficient de cette mesure. Avec le même souci d'améliorer le recours aux droits et à la santé, la CMU-C sera étendue dès le 1^{er} novembre 2019 aux personnes éligibles à l'ACS. Sous réserve d'une participation financière maîtrisée, les bénéficiaires de cette couverture auront accès à un panier de soins plus large, à moindre coût et de façon plus simple.

Cependant, même si ces mesures de simplification et de réduction des freins financiers à l'accès à la santé constituent des avancées notables, il demeure nécessaire d'améliorer la détection des personnes qui méconnaissent leurs droits administratifs ou qui rencontrent des difficultés pour accéder aux soins. Des actions d'accompagnement ont été déployées et tendent à se généraliser. Je pense notamment aux plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) de l'assurance maladie qui donnent des résultats encourageants.

En revanche et comme le précise le rapport de Philippe Denormandie et de Marianne Cornu-Pauchet sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, des progrès doivent encore être accomplis pour détecter l'ensemble des personnes en situation de renoncement aux soins.

En particulier, la démarche PFIDASS doit permettre de mieux repérer et accompagner les personnes en situation de grande fragilité, telles que les personnes sans domicile fixe, les migrants ou encore les personnes en situation de handicap. Pour ces dernières, il s'agit précisément de l'une des priorités fixées par le comité interministériel au handicap pour l'année 2019. Des mesures complémentaires de détection et du suivi des personnes qui passent sous les radars de l'administration et du système de santé permettront ainsi à cet outil remarquable d'améliorer l'accès aux soins de chaque concitoyen.

Présentation des dispositifs

CMU-C

UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ GRATUITE

La **couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** permet aux personnes ayant de faibles ressources d'accéder aux soins.

Elle prend en charge la part complémentaire (ticket modérateur) de tous les soins médicalement prescrits et remboursables par l'assurance maladie à hauteur de 100 % du tarif de responsabilité de la sécurité sociale (consultations, médicaments, hospitalisation, etc.).

Elle offre la prise en charge d'une paire de lunettes par an, des prothèses dentaires, des frais d'orthodontie, des dispositifs médicaux et des audio-prothèses. La prise en charge se fait à hauteur de forfaits fixés venant en complément des tarifs de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires de la CMU-C ont un droit à la dispense totale d'avance des frais et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires.

La CMU-C est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par l'organisme d'assurance maladie en charge de sa protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU-C.



ACS

UNE AIDE POUR FINANCER UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

L'**aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)** s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C.

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge :

Tranches d'âge	Montant de l'ACS
Moins de 16 ans	100 € par an
De 16 à 49 ans	200 € par an
De 50 à 59 ans	350 € par an
60 ans et plus	550 € par an

L'ACS est à utiliser sur des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité/prix. Le bénéficiaire de l'aide obtient une réduction sur le coût de sa complémentaire santé, en présentant son attestation auprès de l'organisme complémentaire choisi.

L'ACS offre également un droit à la dispense totale d'avance des frais et à des tarifs plafonnés pour les soins dentaires. Par ailleurs, les médecins ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires avec les patients bénéficiaires de l'ACS.



Encadré 1 - Perspectives 2019 : l'extension de la CMU-C

Dans son article 52, la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit l'extension de la CMU-C à compter du 1^{er} novembre 2019.

Cette réforme vise à étendre la couverture de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS et à supprimer progressivement l'ACS. À terme, il n'y aura plus qu'un seul dispositif : la CMU-C, sans ou avec participation financière, selon les plafonds de ressources qui existent actuellement. Toutes les personnes bénéficiaires de ce dispositif élargi auront droit à la même couverture, c'est-à-dire à un accès à des soins de qualité sans reste à charge. Par rapport à l'ACS, les modalités d'accès au dispositif sont simplifiées. La diminution conséquente des restes à charge associée à une moindre complexité des démarches devrait entraîner une augmentation du recours aux droits. Pour les personnes en situation de précarité éligibles à l'ACS, cette mesure est une réelle avancée ; elle leur permettra d'accéder plus facilement à une protection complémentaire santé et de bénéficier du large panier de soins de la CMU-C sans restes à charge.

La mise en œuvre de la CMU-C étendue demande un travail important et concerté de l'ensemble des acteurs (les pouvoirs publics, le Fonds CMU-C, l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires d'assurance maladie, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale - ACOSS -, l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales - URSSAF – d'Île-de-France, les associations, etc.). Ce sont en effet des adaptations des métiers, des systèmes d'information et des échanges entre les interlocuteurs qui doivent être mises en place pour garantir le succès de la réforme.

Pour le Fonds CMU-C, les impacts sont nombreux. Gestion de la liste des organismes complémentaires participant à la CMU-C, suivi statistique de la montée en charge du dispositif, remboursement des dépenses aux organismes gestionnaires, contrôle des dépenses, accompagnement des assurés, etc. : les missions principales du fonds sont amenées à évoluer. C'est dans cette perspective que travaille l'équipe du fonds, pour permettre à tous les organismes et personnes concernés de s'approprier le nouveau dispositif. L'année 2019 va donc être une année de changements.

En plus de ses missions et activités habituelles, le Fonds CMU-C va œuvrer tout au long de l'année pour la mise en place de cette réforme. En partenariat avec les autres acteurs concernés, il suivra les différents chantiers relatifs à l'extension de la CMU-C. Il communiquera sur les évolutions en cours et à venir. Le site internet du fonds sera mis à jour régulièrement pour informer le grand public mais aussi les organismes et les associations ainsi que pour fournir des documents pratiques et utiles. L'équipe sera disponible pour répondre aux questions de ses partenaires et des assurés.

Pour le Fonds CMU-C, cette mesure d'envergure répond efficacement aux problématiques de difficultés d'accès aux droits et, en conséquence, de non-recours aux soins. L'extension du dispositif solidaire qu'est la CMU-C ne peut être que bénéfique. C'est pourquoi le fonds est attaché à ce que l'installation de la réforme se fasse dans les meilleures conditions possibles pour les assurés comme pour les organismes qui participent à la CMU-C.

Chiffres clés 2018

CMU-C

Effectifs
(tous régimes)

5,63 millions



métropole et Dom,
estimation au 31/12/2018

Évolution effectifs
(tous régimes)

+ 1,8 %



par rapport à fin décembre 2017,
métropole et Dom

Dépense totale de CMU-C

2 298 M€



pour l'ensemble des régimes et des OC
au titre de l'exercice 2018
(2095 M€ pour les régimes et
estimation de 202 M€ pour les OC)

DÉPENSE PAR BÉNÉFICIAIRE

RSI

351 €



MSA

356 €



Organismes
complémentaires

382 €



Régime général

422 €



Évaluation au 31/12/2018

ACS

<p>Bénéficiaires d'attestations (tous régimes)</p> <p>1,65 million</p> <p>cumul sur les 12 derniers mois au 31/12/2018</p>	<p>Évolution du nombre de bénéficiaires d'attestations (tous régimes)</p> <p>+ 4,7 %</p> <p>cumul Janvier - décembre 2018, par rapport au cumul Janvier - décembre 2017</p>	<p>Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation (tous régimes)</p> <p>1,27 million</p> <p>au 31/12/2018</p>	<p>Crédits d'impôt ACS</p> <p>390 M€</p> <p>montant déclaré par les OC au titre de 2018</p>
--	---	---	---

TSA

<p>Assiette de la TSA 2018</p> <p>37 378 M€</p> <p>sur la base des déclarations trimestrielles, avant réception du récapitulatif annuel (juin 2019)</p>	<p>Évolution de l'assiette</p> <p>+ 1,0 %</p> <p>entre 2017 et 2018</p>	<p>Nombre d'OC redevables 2018 ¹</p> <p>490</p> <p>ayant déclaré une assiette de la TSA supérieure à 0</p>	<p>Nombre d'OC gestionnaires de la CMU-C</p> <p>232</p> <p>nombre d'OC inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C pour 2018</p>
---	---	---	--

PLAFONDS D'ATTRIBUTION AU 1^{er} AVRIL 2018

CMU-C	ACS
<p> Métropole : 734 €/mois Dom : 817 €/mois</p>	<p> Métropole : entre 735 et 991 €/mois Dom : entre 818 et 1 226 €/mois</p>
<p> Métropole : 1 101 €/mois Dom : 1 226 €/mois</p>	<p> Métropole : entre 1 102 et 1 487 €/mois Dom : entre 1 227 et 1 655 €/mois</p>

¹ nombre de comptes Urssaf redevables de la TSA : 490 en 2018 contre 507 en 2017

I. Le Fonds CMU-C

1. Les missions du Fonds CMU-C

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C) est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999.

Son fonctionnement est précisé par les articles R. 862-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les missions principales confiées au Fonds CMU-C sont :

- le financement de la CMU complémentaire et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé et le contrôle des dépenses liées à ces dispositifs ;
- le suivi et l'analyse du fonctionnement des dispositifs et à ce titre la formulation de propositions d'évolution ;
- l'élaboration et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

Outre les missions définies par les textes, le Fonds CMU-C a considérablement élargi son champ d'action au cours de ces dernières années. Il diffuse notamment la liste des organismes complémentaires proposant des contrats éligibles à l'ACS et informe, *via* ses sites internet, les différents usagers des évolutions réglementaires. Il est par ailleurs devenu un acteur incontournable reconnu auprès de l'ensemble des partenaires sur tous les sujets en rapport avec l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité. Enfin, il a un rôle d'observatoire des complémentaires santé : il suit et analyse l'évolution de l'assiette de la TSA déclarée par les organismes complémentaires et mène des études sur les contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS.

Pour mener à bien ses différentes missions, l'équipe du Fonds CMU-C est constituée de 11 personnes : une directrice, une directrice adjointe, un agent comptable en adjonction de service, une fondée de pouvoir de l'agent comptable, un comptable, quatre conseillers techniques et deux assistantes.

■ La mission de financement des dispositifs et de contrôle des dépenses

L'une des premières missions confiées au Fonds CMU-C par le législateur est de « *financer la couverture des dépenses de santé* » de la CMU-C et « *d'assurer la gestion* » de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (article L.862-1 du code de la sécurité sociale).

Pour assurer le financement de ces dispositifs, l'article L.862-3 du code de la sécurité sociale prévoit l'attribution au fonds d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé.

Dans ce cadre, l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale dispose que le fonds « *est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés aux a et b de l'article L. 862-2* » (assiette de la TSA, déductions CMU-C et ACS et remboursement des dépenses aux régimes d'assurance maladie).

Cette mission de financement donne ainsi lieu :

- à la vérification des assiettes et des déductions CMU-C et ACS déclarées par les organismes complémentaires en lien avec l'URSSAF Île-de-France chargée du recouvrement de la TSA ;
- à l'orientation et à l'accompagnement du contrôle comptable d'assiette effectué par les inspecteurs du recouvrement ;
- au contrôle des attributions de TSA effectuées par l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) ;
- au suivi des dépenses (régimes obligatoires et organismes complémentaires) ;
- au contrôle des dépenses et effectifs fournis par les régimes dans le cadre des remboursements.

■ La mission de suivi, d'évaluation et d'analyse

Le Fonds CMU-C réalise un important suivi des dispositifs. Il s'agit d'un suivi statistique des effectifs et de la dépense, mais également d'une analyse de l'incidence des dispositifs, tant sur le plan financier que sanitaire ou social.

Cette mission s'est considérablement amplifiée compte tenu des dernières évolutions législatives. Ainsi, la mesure de revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS en 2013 a conduit à un suivi et une analyse d'impact par le fonds. Plus récemment, la mise en œuvre de la réforme de l'ACS de juillet 2015 a impliqué un suivi mensuel de la montée en charge de la réforme, ainsi qu'une analyse d'incidence de la réforme sur le recours, le prix et la qualité des contrats ACS.

Le Fonds CMU-C pilote et finance également des études et recherches, réalisées en collaboration avec différents partenaires (DREES, IRDES, EN3S, ODENORE, CREDOC, organismes complémentaires, caisses d'assurance maladie, universitaires, sociologues, etc.).

Les analyses produites en propre ou pilotées par le fonds permettent d'alimenter les rapports d'évaluation de la loi CMU confiés au fonds tous les deux ans. Les difficultés d'application de la loi sont identifiées et des propositions d'évolutions sont formulées. Le Fonds CMU-C a été ainsi directement à l'origine de nombreuses décisions prises par les pouvoirs publics.

L'ensemble des travaux du fonds fait l'objet de rapports - rapport d'activité, rapport annuel sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, rapports d'études et de recherche.

■ La gestion de la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C

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

► *Tableau 1 – Les missions du Fonds CMU-C*

Le financement des dispositifs	Le suivi des dispositifs	L'analyse et l'évaluation des dispositifs	Les autres missions
La fiabilisation de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle et l'orientation du contrôle comptable d'assiette	Le suivi statistique : le recueil des données, l'alimentation des bases de données, la diffusion des données	L'élaboration de rapports et d'études	La gestion de la liste des OC gérant la CMU-C et celle des OC proposant des contrats ACS
Le contrôle des dépenses : la dépense de CMU-C et la dépense d'ACS	Le suivi financier	Le recueil des remontées du terrain	La communication et l'information des usagers et des partenaires

2. La gouvernance du Fonds CMU-C

2.1. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

2.1.1. Rôle du conseil d'administration

Conformément à l'article R. 862-4 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration du Fonds CMU-C 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 relatives à la gestion des dépenses de santé de CMU-C et aux déductions d'ACS.

Le conseil d'administration du Fonds CMU-C se réunit au moins deux fois par an.

En 2018, il s'est réuni le 28 mars et le 26 novembre.

Lors de sa première séance de l'année, le conseil d'administration a adopté le rapport d'activité et le compte financier pour l'exercice 2017.

Au cours de sa seconde séance, le conseil d'administration a approuvé le budget initial pour l'exercice 2019. Il a par ailleurs validé l'échéancier 2019 de versement de la TSA ainsi que le plan de maîtrise des risques 2019 du fonds. Les dispositions du PLFSS pour 2019 relatives à l'extension de la CMU-C ont été détaillées. En outre, les préconisations du rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap ainsi que les nouveautés du rapport annuel sur l'ACS ont été présentés aux membres du conseil.

2.1.2. Membres du conseil d'administration au 31 décembre 2018

Le conseil d'administration est composé de sept membres : le président, trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale, deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'économie.

■ Présidente

- Isabelle Yeni

■ En qualité de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale

- Denis Le Bayon
- Sarah Sauneron
- Eve Sintas

■ En qualité de représentants du ministre chargé du budget

- Antoine Letiers
- Valérie Pétilion-Boisselier

■ En qualité de représentante du ministre chargé de l'économie

- Françoise Georgin

Assistent également aux délibérations du conseil avec voix consultative : la directrice du Fonds CMU-C, l'agent comptable et le contrôleur budgétaire du Fonds CMU-C.

2.2. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

2.2.1. Rôle du conseil de surveillance

Les missions du conseil de surveillance du Fonds CMU-C sont définies à l'article R.862-8 du code de la sécurité sociale.

Le conseil de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il concourt au suivi et à l'analyse de la mise en œuvre des dispositifs d'aide à la complémentaire santé dans leurs aspects financiers, sanitaires et sociaux. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds.

Il se réunit au moins deux fois par an.

En 2018, il s'est réuni le 7 juin et le 13 décembre.

Lors de sa première séance de l'année, le conseil de surveillance a émis un avis favorable sur le rapport d'activité 2017. Le conseil a été informé des suites données aux propositions formulées par le fonds dans le cadre du septième rapport d'évaluation de la loi CMU. Les travaux de recherche diligentés par le fonds ont été présentés : la recherche de Caroline Desprès menée auprès de praticiens sur les logiques psychosociales qui sous-tendent le refus de soins ainsi que l'étude de l'IRDES relative à l'analyse et à la prévision du coût moyen CMU-C.

À l'ordre du jour de la seconde séance du conseil de surveillance figuraient : les mesures de la LFSS pour 2019 relatives à l'extension de la CMU-C, le rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité ou de handicap, le rapport annuel du fonds sur l'ACS, le rapport annuel sur la pauvreté en France du Secours catholique ainsi que les conclusions de l'étude de l'IRDES sur l'évolution du coût moyen CMU-C.

2.2.2. Membres du conseil de surveillance en 2018

■ Présidente

- Emmanuelle Fontaine-Domeizel

■ Membres de l'Assemblée nationale

- Michèle De Vaucouleurs
- Alain Ramadier

■ Membres du Sénat

- Yves Daudigny
- Alain Milon
- Didier Rambaud

■ Représentants des organismes œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies

- Croix-Rouge française : Stéphanie Giron
- Secours populaire français : Hélène Hercyk
- Secours catholique : Fabrice Molliex
- UNIOPSS : Manon Jullien
- Médecins du Monde : Bernard Moriau
- ATD Quart Monde : Huguette Boissonnat-Pelsy
- France Assos Santé : Patrick Mony
- Union nationale des associations familiales : Stéphane Bernardelli

- **Représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie**
 - William Gardey
 - Stéphane Lévêque
- **Représentants de la Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants**
 - Louis Grassi
 - Christian Coeuré
- **Représentants de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole**
 - Pascal Cormery
 - Pierre Berthelot
- **Représentants des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale de la mutualité française**
 - Sandrine Bonnet
 - Maria Jesus-Fortes
 - Alain Chartier
- **Représentant des organismes mutualistes désignés par la Fédération des mutuelles de France**
 - Pascale Vatel
- **Représentant des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles**
 - Philippe Delemarre
- **Représentants de la Fédération française d'assurance**
 - Véronique Cazals
 - Norbert Bontemps
 - Éric Duten
- **Représentants désignés par le Centre technique des institutions de prévoyance**
 - Jean-Paul Lacam
 - Evelyne Guillet

3. Les faits marquants pour le Fonds CMU-C en 2018

Janvier

MODIFICATION DES MODALITÉS DE FINANCEMENT DU FONDS CMU-C

Les modalités de financement sont modifiées afin d'équilibrer strictement les recettes du fonds, qui ne sera financé qu'à hauteur de ses réels besoins.

OUVERTURE D'UN NOUVEAU COMPTE

Le Fonds CMU-C ouvre un compte de suivi financier auprès de l'ACOSS. Permettant de mutualiser les trésoreries publiques, ce compte vise à réduire de 4 milliards d'euros les échanges interbancaires entre le fonds et l'ACOSS.

Avril

PUBLICATION DU VII^{ÈME} RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA LOI CMU

Le Fonds CMU-C analyse les actions mises en œuvre pour favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS, fait un état des lieux des problématiques de refus de soins et s'intéresse à la situation des bénéficiaires ainsi qu'à l'adéquation du panier de soins dentaires CMU-C aux besoins des bénéficiaires. Ce rapport émet vingt-trois propositions et onze pistes de travail.

FIXATION DE L'ABATTEMENT SUR LE MONTANT DE L'AAH, DE L'ASPA ET DE L'ASV PRIS EN COMPTE POUR L'ÉLIGIBILITÉ À LA CMU-C ET À L'ACS

L'arrêté du 20 avril 2018 définit le calcul de l'abattement qui s'applique aux allocations aux adultes handicapés, de solidarité aux personnes âgées et supplémentaire vieillesse afin que des revalorisations exceptionnelles ne conduisent pas à rendre inéligibles certains de leurs allocataires à la CMU-C et à l'ACS.

ÉTUDE SUR LA NON UTILISATION DES ATTESTATIONS ACS

Le Fonds CMU-C a confié au COMPAS une étude visant à identifier les différents facteurs de non utilisation des chèques ACS. Le premier comité de suivi des travaux, composé du Fonds CMU-C, du Compas, de la CNAM et de quatre CPAM s'est tenu le 17 avril.

Juin

MISE EN PLACE DU NOUVEAU FORMULAIRE DE DEMANDE DE CMU-C ET D'ACS

Pour faciliter l'accès aux droits, le nouveau formulaire est allégé et simplifié. Les pièces justificatives demandées sont moins nombreuses.

SIGNATURE DE LA CONVENTION TSA

La convention bilatérale ACOSS / Fonds CMU-C relative au recouvrement, au contrôle et au reversement de la taxe de solidarité additionnelle est signée le 1^{er} juin. Elle prévoit de nouveaux indicateurs de suivi de la qualité du recouvrement et la production de bilans annuels.

PUBLICATION DU RAPPORT D'ACTIVITÉ 2017

Suite à sa validation par les membres du conseil d'administration le 28 mars, le rapport d'activité 2017 a été publié en juin après présentation aux membres du conseil de surveillance.

Juillet

RAPPORT SUR L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Dans ce rapport, le Docteur Philippe DE NORMANDIE et Mme Marianne CORNU-PAUCHET émettent 42 propositions concrètes, articulées autour de quatre principes :

redonner une place centrale à l'individu, inverser le modèle en généralisant la démarche du « *aller-vers* » (faire en sorte que le soin aille à la personne), repenser la responsabilité et l'implication de l'ensemble des acteurs et favoriser des solutions qui s'intègrent dans le droit commun.

Certaines de ces propositions ont été reprises par le plan pauvreté présenté par le Président de la République en septembre 2018 et par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ; d'autres figurent dans les orientations du Comité interministériel du handicap d'octobre 2018.

Août**PUBLICATION DE LA CONVENTION NATIONALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES**

La convention nationale prévoit notamment la mise en place d'un groupe de travail afin de préparer la négociation d'un avenant pour adapter les tarifs plafonds de la CMU-C et ACS aux évolutions de la CCAM. Le Fonds CMU-C participe au groupe de travail qui se réunit en septembre et rappelle sa volonté que les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS puissent avoir accès au moins à l'ensemble des actes du panier « 100 % Santé ».

Octobre**POURSUITE DES TRAVAUX SUR LES REFUS DE SOINS**

Le Fonds CMU-C continue de participer en 2018 aux commissions d'évaluation des pratiques de refus de soins. La commission placée auprès du conseil national de l'ordre des médecins rend son rapport annuel à la Ministre le 9 octobre 2018. Celle placée auprès du conseil national de l'ordre des sages-femmes remet son rapport annuel le 20 décembre 2018.

Novembre**FINALISATION DE L'ÉTUDE SUR LA CONSOMMATION DE SOINS DES BÉNÉFICIAIRES CMU-C**

Afin de mieux comprendre et de mieux prévoir l'évolution spécifique du coût moyen CMU-C par rapport à la dépense en population générale, le Fonds CMU-C a confié un projet de recherche à l'IRDES. Le rapport a été publié et a fait l'objet de présentations auprès des instances du fonds.

LANCEMENT DE L'OBSERVATOIRE TERRITORIAL DE LA DÉPENSE CMU-C ET ACS

Le 6 novembre, le Fonds CMU-C a organisé la première réunion de l'observatoire territorial de la dépense de CMU-C et d'ACS, réunissant douze caisses primaires d'assurance maladie.

APPROBATION DU BUDGET 2019

Réuni le 26 novembre, le conseil d'administration du Fonds CMU-C a approuvé le budget initial pour l'exercice 2019.

Décembre**MISE EN PLACE DU COMITÉ DE SUIVI INTER-RÉGIMES**

Afin de favoriser les échanges d'informations et les synergies dans le cadre de la réforme de la CMU-C, le Fonds CMU-C a fusionné les comités de suivi des régimes. Le nouveau comité de suivi inter-régimes réunissant la CNAM, la CCMSA, la CNDSSSTI ainsi que la DSS et la DREES s'est réuni pour la première fois le 3 décembre.

RÉUNION DU COMITÉ DE SUIVI / ASSOCIATIONS

Le comité s'est tenu le 7 décembre, réunissant Aides, le CIPBMS, le Comede, la Croix-rouge française, la Fédération des acteurs de la solidarité, France Assos Santé, Médecins du Monde et l'UNIOPSS. Les participants ont notamment échangé sur le rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. La réforme à venir de la CMU-C a été présentée. Les participants ont également pu prendre connaissance du rapport annuel du fonds sur l'ACS.

4. L'équipe du Fonds CMU-C



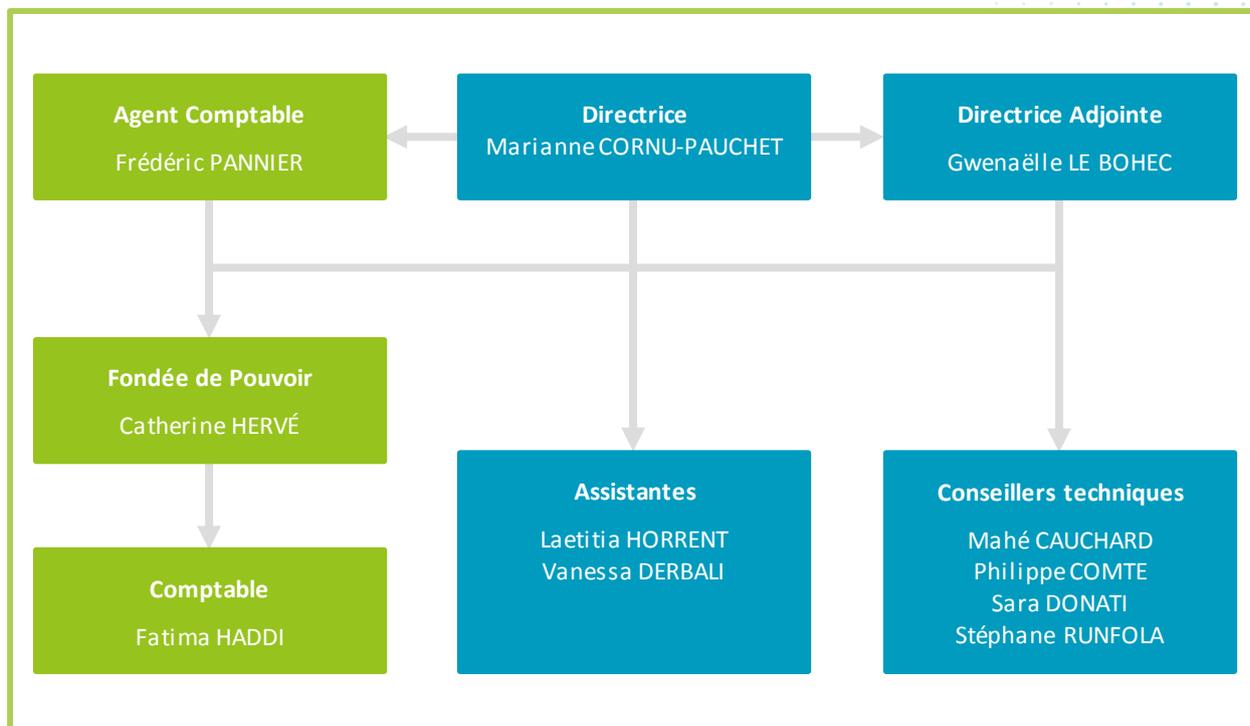
**Marianne
CORNU-PAUCHET**
Directrice



**Gwénaëlle
LE BOHEC**
Directrice adjointe



**Frédéric
PANNIER**
Agent comptable



II. Le suivi de la CMU-C et de l'ACS

1. Les effectifs

1.1. LA HAUSSE DES EFFECTIFS DE LA CMU-C

En 2018, dans le prolongement d'une croissance du chômage un an plus tôt, les effectifs de la CMU-C ont progressé pour l'ensemble des régimes de base. En fin d'exercice, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C tous régimes confondus est évalué à 5,6 millions, en hausse de 1,8 %.

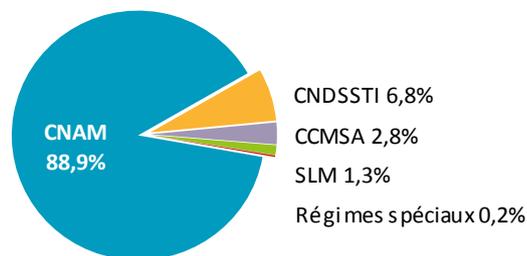
1.1.1. La répartition des bénéficiaires en 2018

1.1.1.1. La répartition par régime

Le régime général regroupe l'essentiel des effectifs de la CMU-C (89 %). Les bénéficiaires des autres régimes relèvent du régime des indépendants (7 %), du régime agricole (3 %), des sections locales mutualistes (1,3 %) et des régimes spéciaux qui ne regroupent que très peu de bénéficiaires (0,2 %). Ces répartitions sont stables par rapport à 2017.

Figure 1 – Effectifs CMU-C, répartition par régime obligatoire

Effectifs	en milliers
CNAM	5 001
CNDSSTI	383
CCMSA	159
SLM	72
Régimes spéciaux	11
Total	5 626



Lecture : estimation à fin 2018

Champ : France entière

Source : Tous régimes

1.1.1.2. La répartition par tranche d’âge et par sexe

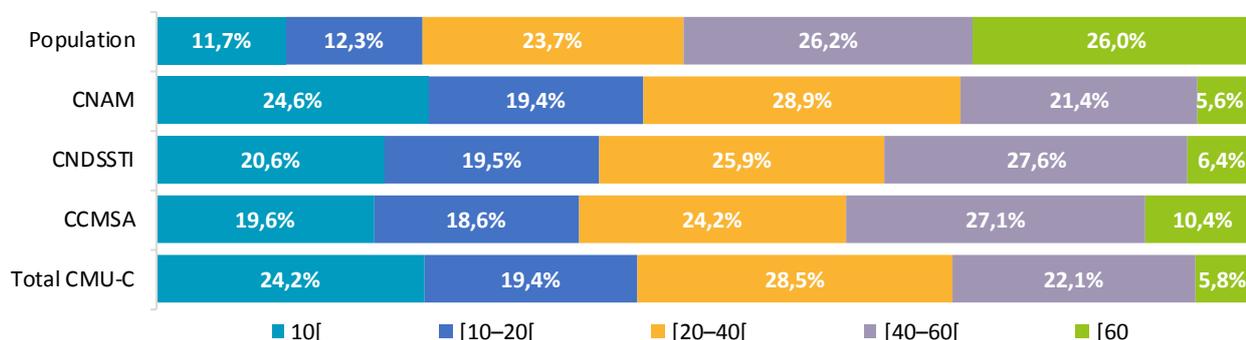
Alors que la population française se répartit à parts presque égales entre quatre tranches d’âge ([0–20[, [20–40[, [40–60[, [60– +[), la population des bénéficiaires de la CMU-C est composée pour moitié d’adultes de 20 à 59 ans et pour 44 % d’enfants et de jeunes de moins de 20 ans.

Les personnes âgées de 40 ans et plus sont plus représentées au régime des indépendants et au régime agricole qu’au régime général, mais les personnes de 60 ans et plus sont très minoritaires dans tous les régimes. En effet, dans la plupart des cas, les personnes en âge de prendre leur retraite et disposant de faibles revenus relèvent de minima sociaux¹ dont les montants sont supérieurs au plafond à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMU-C.

Depuis 2013, la part des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population générale a progressé de près de 2 points, passant de 24,1 % à 26 %. Parallèlement, la part des personnes âgées de 60 ans et plus parmi les bénéficiaires de la CMU-C est passée de 4,5 % à 5,8 %, tous régimes confondus.

Chez les jeunes de moins de 20 ans, la répartition par sexe des bénéficiaires de la CMU-C est équivalente à celle de la population générale : 51,2 % d’hommes vs 48,8 % de femmes. À l’âge adulte, la tendance s’inverse avec, en population générale, 52,5 % pour les femmes vs 47,5 % pour les hommes. Les bénéficiaires de la CMU-C au régime général sont encore plus majoritairement des femmes, avec un taux de 55,6 %, mais elles sont minoritaires au régime des indépendants (44,4 %) et au régime agricole (46,5 %), régimes où la proportion d’hommes parmi les affiliés est plus importante.

Figure 2 – Effectifs CMU-C, répartition des bénéficiaires par tranche d’âge

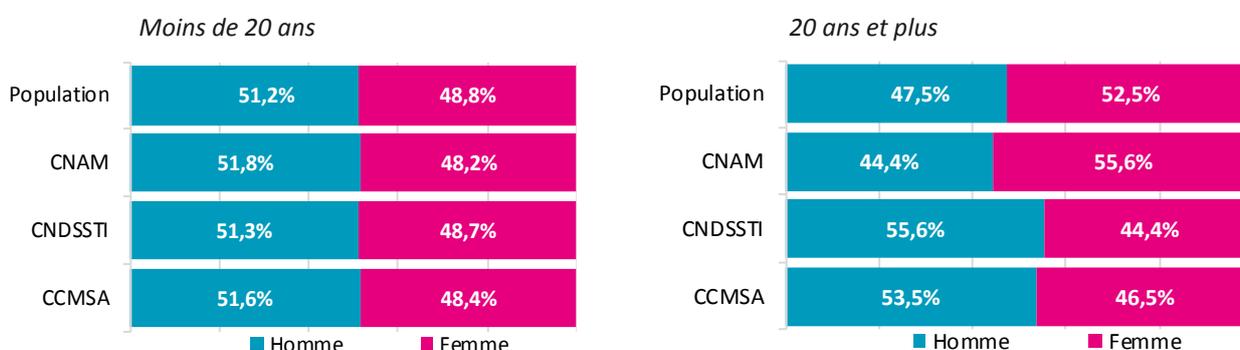


Lecture : estimation à fin décembre 2018

Champ : métropole

Source : CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, INSEE

Figure 3 – Effectifs CMU-C, répartition des bénéficiaires par sexe, enfants / adultes



Lecture : estimation à fin décembre 2018

Champ : métropole

Source : CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, INSEE

¹ Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et minimum vieillesse pour les retraites liquidées avant 2006

1.1.1.3. La distribution par département

En termes d’effectifs², cinq départements regroupent 22,4 % des bénéficiaires de la CMU-C, alors qu’ils ne représentent que 15,3 % de la population. Parmi eux, les quatre premiers départements ont des taux de bénéficiaires supérieurs à 11 % : Nord, Seine-Saint-Denis, Bouches-du-Rhône et Pas-de-Calais. Le cinquième département, Paris, affiche un plus faible taux, de 6,7 %.

En densité de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population Insee, les bénéficiaires de la CMU-C des trois principaux régimes (CNAM, CNDSSSTI, CCMSA) représentent 7,7 % de la population en métropole et leur densité est quatre fois supérieure dans les DOM, à hauteur de 30,8 %.

En métropole, le Nord, le Sud-Est et la région parisienne concentrent les 20 % des départements ayant les plus fortes densités de bénéficiaires, entre 8,7 % et 14,7 % (dernier quintile). Les départements de métropole du premier quintile se répartissent entre la Bretagne, le Massif central et l’Est. Ils présentent des taux de bénéficiaires trois fois moindres – entre 3,1 % et 5,2 % – que ceux du dernier quintile. Dans les départements d’outre-mer, les taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population se situent entre 20,7 % en Martinique et 36,1 % à la Réunion³.

Tableau 2 – Effectifs CMU-C dans les cinq premiers départements de la métropole en termes d’effectifs

Num Dpt	Département	en milliers		Effectifs / Population
		Effectifs	Population	
59	Nord	325	2 605	12,5%
13	Bouches-du-Rhône	239	2 017	11,9%
93	Seine-Saint-Denis	234	1 593	14,7%
62	Pas-de-Calais	165	1 473	11,2%
75	Paris	149	2 206	6,7%
Total		1 111	9 894	11,2%
Métropole		4 959	64 752	7,7%

Lecture : estimation à fin décembre 2018

Champ : métropole

Source : CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, INSEE

Tableau 3 – Effectifs CMU-C dans les DOM

Num Dpt	Département	en milliers		Effectifs / Population
		Effectifs	Population	
971	Guadeloupe	108	398	27,2%
972	Martinique	79	381	20,7%
973	Guyane	94	260	36,3%
974	La Reunion	306	851	36,0%
Dom		588	1 889	31,1%

Lecture : estimation à fin décembre 2018

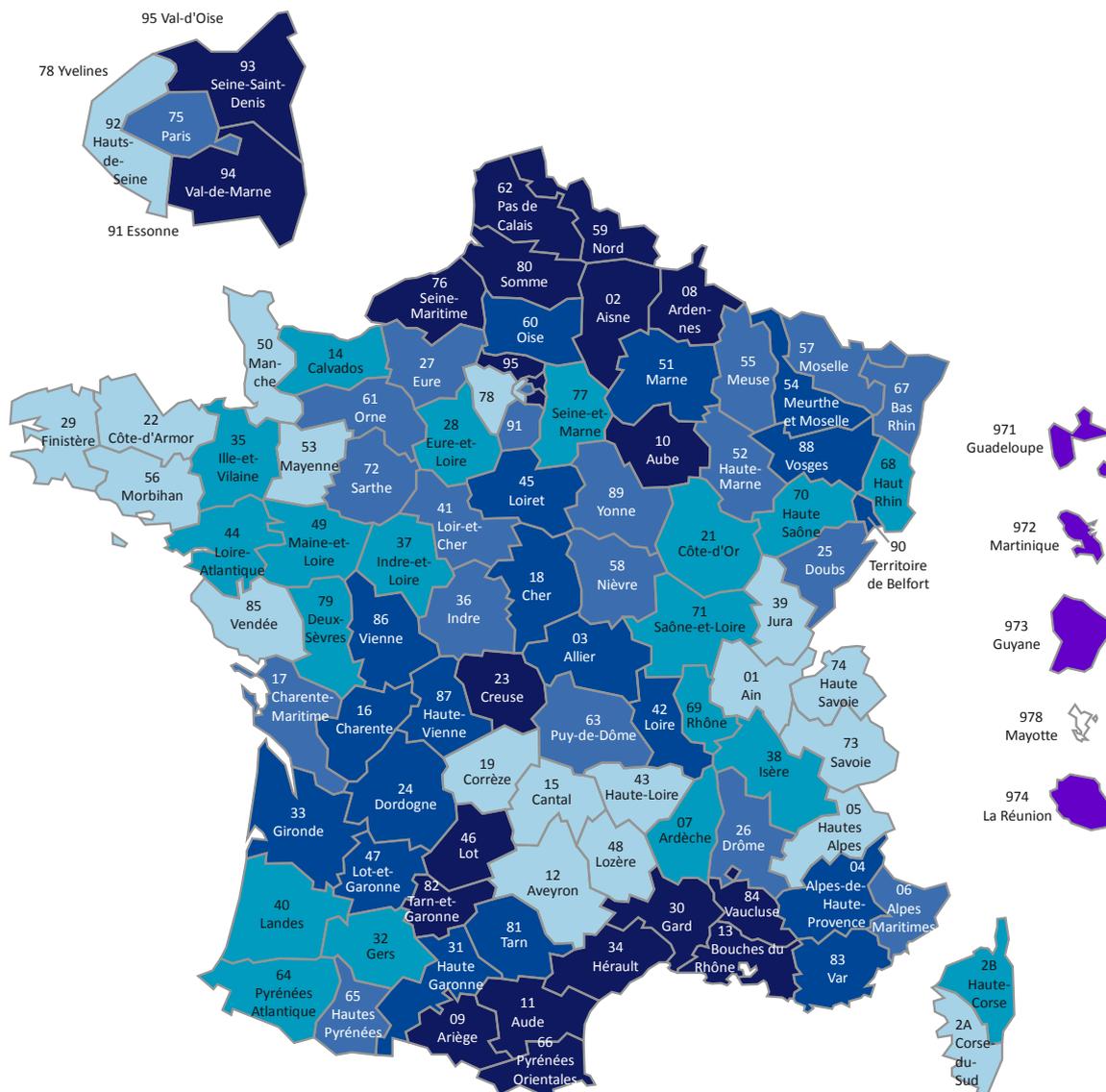
Champ : DOM

Source : CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, INSEE

² Les effectifs des régimes spéciaux et les SLM ne sont pas connus par département. De fait, le total des effectifs par département est légèrement inférieur au total général, puisqu’il n’inclut que les effectifs de la CNAM, de la CNDSSSTI et de la CCMSA.

³ Mayotte est un département d’Outre-mer, mais la CMU-C n’y est pas applicable. De manière exceptionnelle, un ressortissant de Mayotte peut avoir la CMU-C. Il s’agit en ce cas de personnes ayant obtenu les droits lorsqu’elles résidaient dans un autre département et ayant emménagé à Mayotte au cours des douze mois suivants. Ce cas ne concerne qu’une dizaine de personnes par an.

Figure 4 – Effectifs CMU-C, densité des bénéficiaires par rapport à la population



Répartition métropole					en milliers		
Couleur	Pourcentage population				Nombre Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs
	>=	3,1%	<	5,2%	19	460	9,3%
	>=	5,2%	<	6,6%	19	850	15,6%
	>=	6,6%	<	7,4%	19	841	15,8%
	>=	7,4%	<	8,7%	19	882	20,5%
	0	8,7%	<=	17,7%	20	1 925	38,9%
					96	4 959	100,0%
Répartition Dom					en milliers		
Couleur	Pourcentage population				Nombre Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs
	>=	20,7%	<=	36,1%	4	583	100%

Lecture : estimation à fin décembre 2018

Champ : France entière, Mayotte : NR

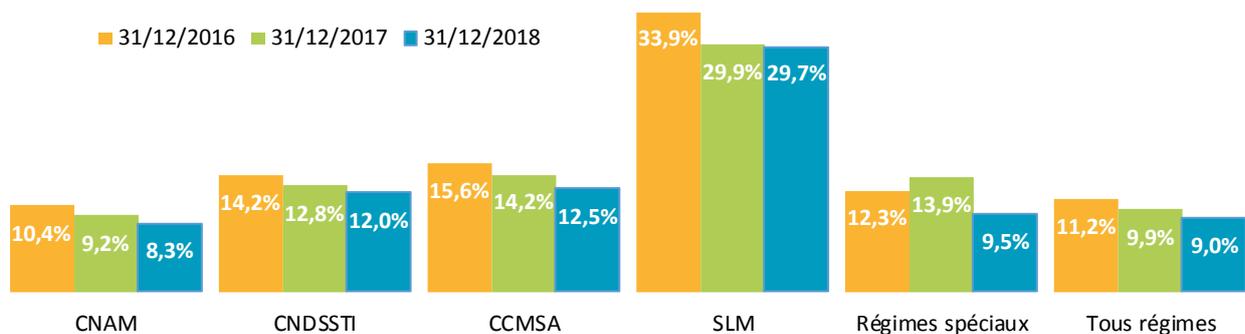
Source : CNAM, CNDSS, CCMSA, INSEE - Outil Philcarto

1.1.1.4. La répartition par organisme gestionnaire

Pour la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir entre leur organisme d'assurance maladie d'affiliation et un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C (mutuelle, assurance, institution de prévoyance). En l'absence de choix par l'assuré de l'organisme gestionnaire de sa CMU-C, le décret 2017-533 du 12 avril 2017 portant simplification de l'accès à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé prévoit que l'organisme d'assurance maladie obligatoire est désigné par défaut.

Fin 2018, 9 % des bénéficiaires de la CMU-C ont opté pour la gestion par un organisme complémentaire, tous régimes confondus et pour l'ensemble du territoire contre 10 % en 2017 et 11 % en 2016. Après un maximum atteint fin 2011 avec un taux à hauteur de 15,6 %, la diminution de ce taux a été régulière et elle a concerné tous les régimes à fin 2018 ; la mise en œuvre du décret 2017-533 du 12 avril 2017 n'a pas eu d'effet massif sur la baisse de la part des contrats CMU-C gérés par les OC.

Figure 5 – Effectifs CMU-C, part des bénéficiaires ayant opté pour la gestion de leurs prestations par un OC



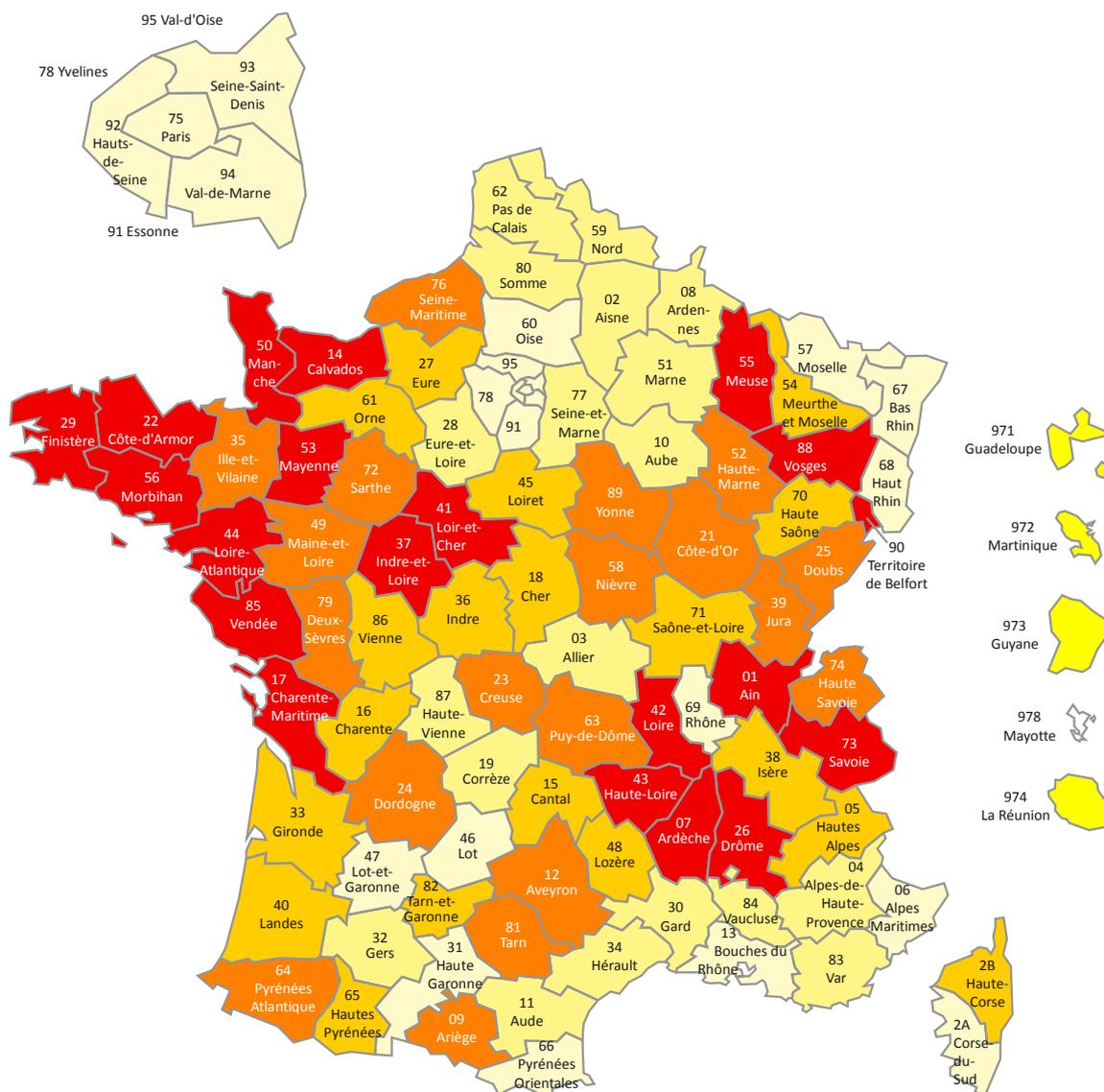
Lecture : estimation à fin décembre 2018
Champ : France entière
Source : tous régimes

Pour les trois principaux régimes, le recours à un OC pour la gestion de la CMU-C est le plus souvent choisi dans les départements de l'Ouest, de l'Est, hors Alsace et Moselle et sur l'axe Creuse – Drôme : entre 17,2 % en Indre-et-Loire et 30,4 % en Haute-Loire pour les 20 % des départements qui présentent les taux de gestion OC les plus élevés (dernier quintile).

Les départements où la participation des OC à la gestion de la CMU-C est la plus élevée ne regroupent par ailleurs qu'une minorité d'effectifs. Ce sont des départements peu peuplés, avec des densités de bénéficiaires de la CMU-C globalement parmi les moins élevées, surtout dans l'Ouest. Les 58 départements des trois derniers quintiles, avec une part allant de 10,4 % à 30,4 % pour le choix d'un OC comme organisme gestionnaire, ne rassemblent que 37,3 % des effectifs de la métropole.

S'agissant des départements d'outre-mer, le choix d'un OC comme organisme gestionnaire de la CMU-C ne concerne que quelques personnes dans les départements de la Guyane et de la Réunion, et la proportion est modérée dans les départements de la Guadeloupe (6,1 %) et de la Martinique (11,6 %).

Figure 6 – Effectifs CMU-C, densité des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour la gestion de leurs prestations



Répartition métropole				en milliers		
Couleur	Pourcentage OC		Nombre Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs	
	>= 1,2%	< 7,0%	19	1 801	36,3%	
	>= 7,0%	< 10,4%	19	1 310	26,4%	
	>= 10,4%	< 12,9%	19	602	12,1%	
	>= 12,9%	< 17,2%	19	630	12,7%	
	>= 17,2%	<= 30,4%	20	616	12,4%	
			96	4 950	100,0%	
Répartition Dom				en milliers		
Couleur	Pourcentage OC		Nombre Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs	
	>= 0,1%	<= 11,6%	4	583	100,0%	

Lecture : estimation à fin décembre 2018

Champ : France entière, Mayotte : NR

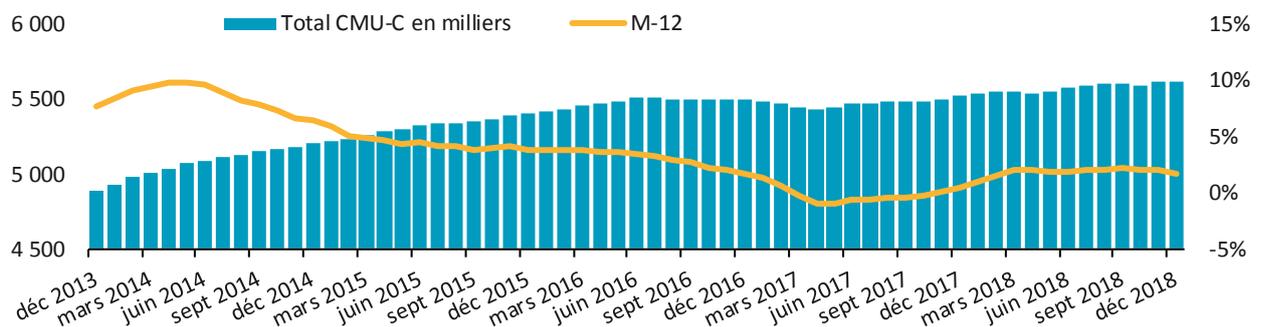
Source : CNAM, CNDSS, CCMSA, INSEE - Outil Philcarto

1.1.2. L'évolution des effectifs de la CMU-C

1.1.2.1. Une évolution dynamique sur les cinq dernières années

En cinq ans, les effectifs de la CMU-C ont progressé de 15 %, soit 736 000 bénéficiaires de plus entre fin 2013 et fin 2018.

Figure 7 – Effectifs CMU-C, tous régimes, de décembre 2013 à décembre 2018



Champ : France entière

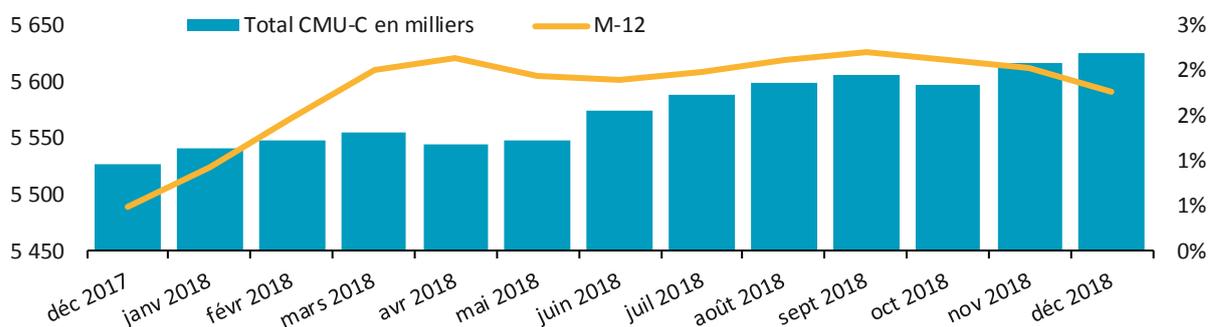
Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

1.1.2.2. Une hausse quasi continue en 2018

Fin 2018, les effectifs de la CMU-C sont de 5,6 millions. Ils sont en augmentation de 1,8 % sur un an, après avoir évolué de + 0,5 % en 2017. Les effectifs en métropole ont globalement progressé tout au long de l'exercice ; ceux des DOM ont vu leur diminution ralentir les premiers mois de l'année, puis ils se sont maintenus à la hausse à compter du mois de juin, avec un certain fléchissement à partir du mois d'octobre.

Pour mémoire, le plafond de la CMU-C a été revalorisé de 1 % en 2018, après ne l'avoir été que de 0,8 % en 2017 et de seulement 0,1 % en 2016.

Figure 8 – Effectifs CMU-C, tous régimes, évolution décembre 2017 à décembre 2018



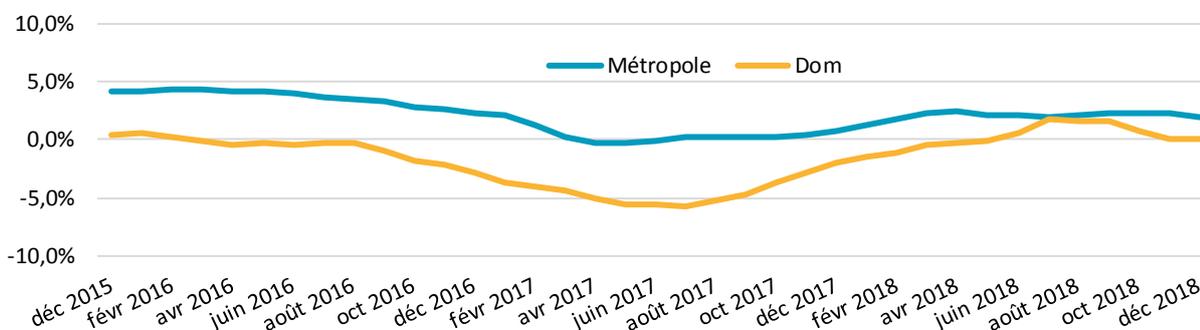
Champ : France entière – Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

Tableau 4 – Effectifs CMU-C, tous régimes, de décembre 2017 à décembre 2018

Mois	En milliers			% M-1	% M-12	% ACM
	Total	M-1	M-12			
déc 2017	5 528	23	27	0,4%	0,5%	-0,1%
janv 2018	5 541	13	51	0,2%	0,9%	-0,2%
févr 2018	5 548	7	80	0,1%	1,5%	-0,1%
mars 2018	5 555	8	110	0,1%	2,0%	0,1%
avr 2018	5 545	-11	117	-0,2%	2,1%	0,3%
mai 2018	5 548	3	106	0,1%	1,9%	0,6%
juin 2018	5 575	27	104	0,5%	1,9%	0,8%
juil 2018	5 589	14	109	0,3%	2,0%	1,0%
août 2018	5 599	11	116	0,2%	2,1%	1,2%
sept 2018	5 606	6	122	0,1%	2,2%	1,4%
oct 2018	5 598	-8	116	-0,1%	2,1%	1,6%
nov 2018	5 617	19	112	0,3%	2,0%	1,8%
déc 2018	5 625	8	98	0,1%	1,8%	1,9%

Lecture : évolutions par rapport à M-1, M-12, et en année complète mobile (ACM), estimation à fin 2018 – Champ : France entière – Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

Figure 9 – Effectifs CMU-C, évolutions métropole et DOM, de décembre 2015 à décembre 2018



Champ : France entière

Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

1.1.2.3. Des évolutions différenciées par régime

Les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C des régimes obligatoires sont tous en progression en 2018. La CNAM, avec 5 millions de bénéficiaires à fin décembre, est en hausse de 1,7 %. Le régime des indépendants et le régime agricole enregistrent des hausses plus dynamiques, respectivement de 5,1 % et de 4,7 %, ce dernier taux de croissance étant également celui des régimes spéciaux.

Les sections locales mutualistes (SLM) sont en baisse, du fait de l'intégration progressive des SLM étudiants aux régimes de base, et principalement au régime général, à compter de la rentrée universitaire 2018. À l'échéance du 30 novembre 2018, les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C pour les SLM étudiants sont de 56 100, en baisse de 12 700 personnes par rapport à novembre 2017 et de 20 000 personnes par rapport au trimestre précédent.

Tableau 5 – Effectifs CMU-C, évolution par régime

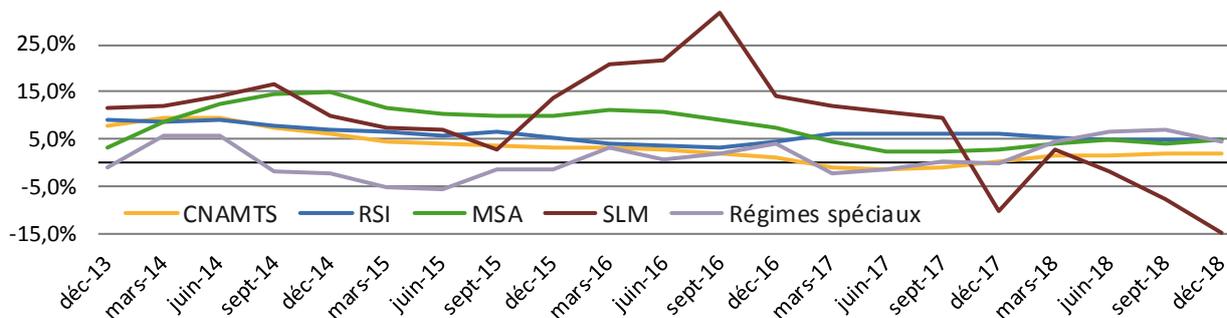
Effectifs CMU-C au 31/12/2018	en milliers			
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 444	556	5 001	417
Régime social des indépendants	365	18	383	46
Régime agricole	151	9	159	20
Sections locales mutualistes	64	8	72	21
Régimes spéciaux	7	4	11	1
Total Décembre 2018	5 030	595	5 626	505
Évolution du 31/12/2017 au 31/12/2018				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	1,9%	0,3%	1,7%	-8,0%
Régime social des indépendants	4,9%	8,2%	5,1%	-1,8%
Régime agricole	5,4%	-3,0%	4,9%	-8,0%
Sections locales mutualistes	-14,0%	-21,0%	-14,8%	-15,2%
Régimes spéciaux	1,8%	9,8%	4,7%	-28,6%
Total Décembre 2018	2,0%	0,1%	1,8%	-7,9%

Lecture : évolutions par rapport à M-12, estimation à fin 2018

Champ : France entière

Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

Figure 10 – Effectifs CMU-C, suivi des évolutions par régime, de décembre 2013 à décembre 2018



Champ : France entière

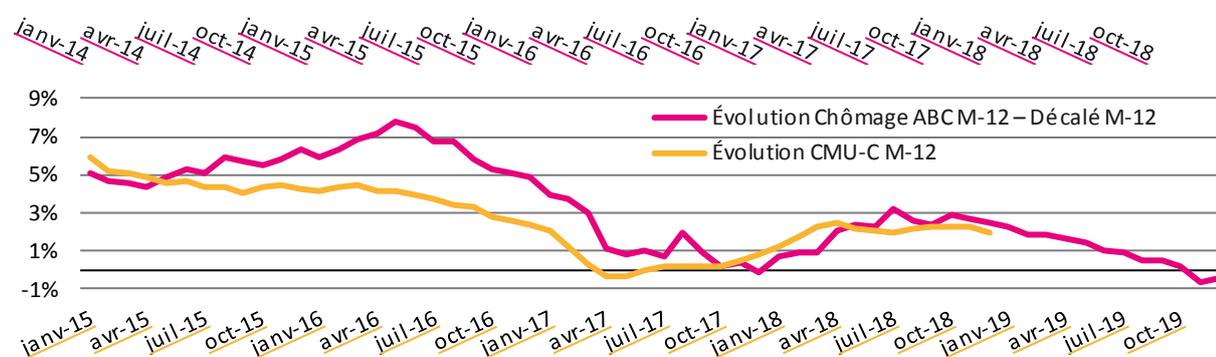
Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

1.1.2.4. L'évolution des effectifs de la CMU-C comparée à celle des demandeurs d'emploi

Le rapport entre l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi et celui des bénéficiaires de la CMU-C en métropole se mesure avec un décalage qui a été évalué à 12 mois⁴. Sur les quatre dernières années, une corrélation entre les deux indicateurs est observable, et plus particulièrement depuis 2016. La remontée du nombre de demandeurs d'emploi à partir de janvier 2017 peut, en ce sens, contribuer à expliquer la reprise des effectifs de la CMU-C sur la fin de l'exercice 2018. Suivant cette logique, l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C devrait ralentir en 2019.

⁴ Ce décalage permet de tenir compte de la baisse progressive des revenus, à partir du moment où une personne perd son emploi, mais ne signifie en aucun cas que toute personne qui a perdu son emploi voit ses revenus passer sous la barre du plafond de la CMU-C au bout de 12 mois, ni, inversement, qu'il faille attendre dans tous les cas un délai de 12 mois avant de pouvoir prétendre au bénéfice de la CMU-C.

Figure 11 – Évolutions des effectifs de la CMU-C et du nombre de demandeurs d'emploi



Lecture : estimation à fin 2018 pour la CMU-C

Champ : métropole

Source : Pôle emploi, tous régimes d'assurance maladie

Encadré 2 – Définitions des catégories de demandeurs d'emploi

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

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

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

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

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

Le Fonds CMU-C suit l'évolution du total des catégories A, B et C en métropole.

1.2. LA POURSUITE DE LA PROGRESSION DES EFFECTIFS DE L'ACS EN 2018

L'attestation ACS donne droit à une réduction sur les cotisations lors de la souscription d'un contrat de complémentaire santé éligible à l'aide : contrats A, B ou C.

En 2018, 1,65 million de personnes ont reçu une attestation ACS ; on parle alors de bénéficiaires de l'aide.

Les personnes qui ont utilisé leur chèque ACS pour souscrire un contrat sont appelées utilisateurs de l'aide et / ou personnes protégées par l'aide. Fin 2018, elles étaient 1,27 million, soit un taux d'utilisation de l'attestation stable autour des 77 %.

1.2.1. Le nombre de bénéficiaires d'attestations est en hausse de 4,7 % en 2018

Au cours de l'année 2018, 1,65 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. Les effectifs ont augmenté de 4,7 % par rapport à 2017. La croissance se poursuit mais elle marque un ralentissement par rapport aux deux années précédentes où les hausses avaient été particulièrement élevées - respectivement + 8,2 % en 2016 et + 7,9 % en 2017 - à la suite de la mise en place de réforme de juillet 2015.

Tableau 6 – Nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS en 2018

	Flux mensuel d'entrées en nombre de bénéficiaires (tous régimes)	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Nombre de bénéficiaires entrés au cours des 12 derniers mois (tous régimes)	Année complète mobile (12 M N / 12 M N-1)
2017 déc	134 979	-3,1%	1 578 768	7,9%
2018 janv	142 852	2,9%	1 582 858	6,7%
2018 févr	130 192	4,3%	1 588 220	7,2%
2018 mars	145 239	-3,2%	1 583 435	5,7%
2018 avr	127 952	18,3%	1 603 246	7,6%
2018 mai	132 744	1,0%	1 604 496	6,6%
2018 juin	141 155	4,4%	1 610 403	6,8%
2018 juil	126 510	10,7%	1 622 588	6,7%
2018 août	117 984	2,9%	1 625 915	6,3%
2018 sept	135 825	5,1%	1 632 557	6,2%
2018 oct	163 206	9,0%	1 646 017	5,1%
2018 nov	158 994	7,9%	1 657 631	4,7%
2018 déc	129 892	-3,8%	1 652 543	4,7%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS

Source : CNAM, CCMSA, CNDSSSTI

Le régime général couvre 93,3 % des bénéficiaires. Ses effectifs sont en hausse de 4,9 % (+ 7,8 % en 2017). Les effectifs de la CCMSA, qui représentent 4,2 % des bénéficiaires, diminuent de 1,5 % (+ 7,6 % en 2017). La CNDSSSTI, quant à elle, couvre 2,5 % des effectifs lesquels augmentent de 6,5 % (+ 10,3 % en 2017).

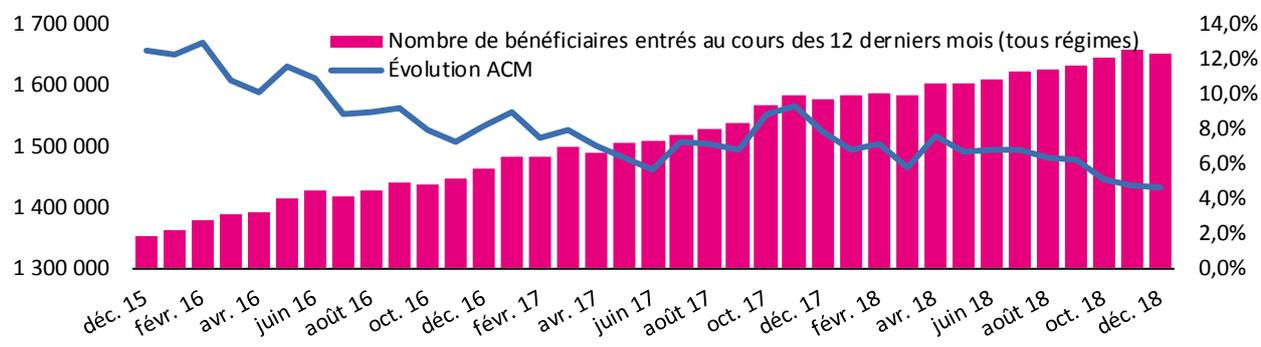
Tableau 7 – Nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS en 2018, répartition selon les trois grands régimes d'assurance maladie obligatoire

	2018	2017	Evolution 2018/2017	Structure 2018
CNAM	1 542 445	1 470 099	4,9%	93,3%
CCMSA	69 133	70 197	-1,5%	4,2%
RSI	40 965	38 472	6,5%	2,5%
Total	1 652 543	1 578 768	4,7%	100,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS

Source : CNAM, CCMSA, CNDSSSTI

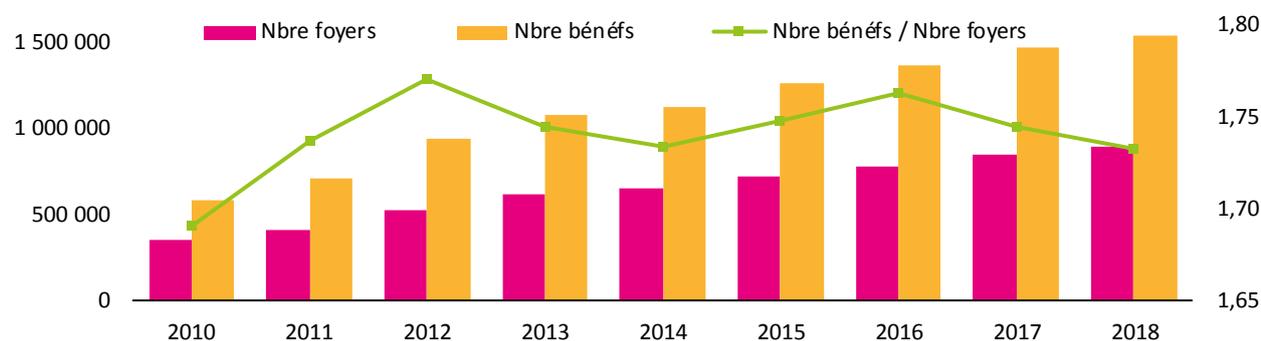
Figure 12 – Évolution du nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS de décembre 2015 à décembre 2018



Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS
 Source : CNAM, CCMSA, CNDSSSTI

Le régime général communique au fonds le nombre de personne couvertes par une attestation ACS mais également le nombre de foyers concernés. Le nombre moyen de personnes couvertes par foyer ACS reste stable dans le temps : autour de 1,75 personne (1,73 personne en 2017).

Figure 13 – Nombre de personnes couvertes en moyenne par foyer ACS



Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le régime général
 Source : CNAM

1.2.2. La répartition des bénéficiaires en 2018

La répartition concerne ici les bénéficiaires de l'aide, c'est-à-dire ceux qui ont reçu une attestation au cours de l'année, qu'ils l'aient ou non utilisée ensuite auprès d'un organisme complémentaire pour souscrire un contrat.

1.2.2.1. Une répartition selon l'âge comparable à l'ensemble de la population française

La répartition selon l'âge de la population bénéficiaire d'une attestation ACS est proche de celle de la population française dans son ensemble. Les [0-15 ans] ainsi que les plus âgés (60 ans et plus) sont toutefois légèrement surreprésentés par rapport à leurs poids respectifs dans la population française, au détriment des [16-29 ans].

Tableau 8 – Structure par âge des bénéficiaires d'attestations ACS au regard de la population française en 2018

Tranches d'âges	Bénéf. d'attestations ACS	Population française	Écarts en points
Moins de 16 ans	22,8%	19,1%	3,7
16-29 ans	12,7%	16,5%	-3,8
30-39 ans	10,8%	12,4%	-1,5
40-49 ans	11,6%	13,1%	-1,5
50-59 ans	12,2%	13,2%	-1,0
60-69 ans	14,8%	12,0%	2,8
70 ans et plus	15,0%	13,7%	1,3
Total	100,0%	100,0%	

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par les trois grands régimes, population française estimée pour 2018
Source : CNAM, CCMSA, CNDSSSTI, INSEE

La structure par âge des personnes ayant obtenu une attestation ACS est néanmoins nettement différente entre le régime général et la CCMSA ou la CNDSSSTI où l'on observe une population plus âgée. En particulier, les 60 ans et plus représentent 48 % des bénéficiaires à la CCMSA et 47 % au RSI, soit quasiment le double de ce qui est constaté au régime général où cette tranche d'âge ne représente que 29 % des effectifs. Ces spécificités reflètent pour partie le profil d'âge et/ou de revenu des affiliés à ces régimes. Ainsi, les pensions de retraite des artisans et commerçants sont particulièrement faibles. À titre d'exemple, la pension moyenne d'un artisan en 2017 était de 544 € par mois et celle d'un commerçant de 360 €⁵.

Tableau 9 – Structure par âge des bénéficiaires d'attestations ACS : situation comparative des trois grands régimes en 2018

Bénéficiaires par tranche d'âges	CNAM	CCMSA	CNDSSSTI	Total 3 grands régimes
Moins de 16 ans	23,2%	16,3%	19,1%	22,8%
16-29 ans	13,0%	10,0%	6,7%	12,7%
30-39 ans	11,1%	7,7%	7,5%	10,8%
40-49 ans	11,8%	8,4%	9,5%	11,6%
50-59 ans	12,4%	10,1%	9,9%	12,2%
60-69 ans	14,7%	16,1%	16,6%	14,8%
70 ans et plus	13,9%	31,6%	30,7%	15,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par les trois grands régimes
Source : CNAM, CCMSA, CNDSSSTI

⁵ Ces montants sont servis aux pensionnés qui ont exercé leur activité uniquement en tant qu'artisan ou commerçant au titre de la retraite de base (source : CNDSSSTI)

1.2.2.2. C'est dans le Nord et dans le Sud que la densité de bénéficiaires de l'ACS est la plus élevée

En 2018, les bénéficiaires de l'ACS représentent 2,5 % de la population française contre 2,2 % en 2017.

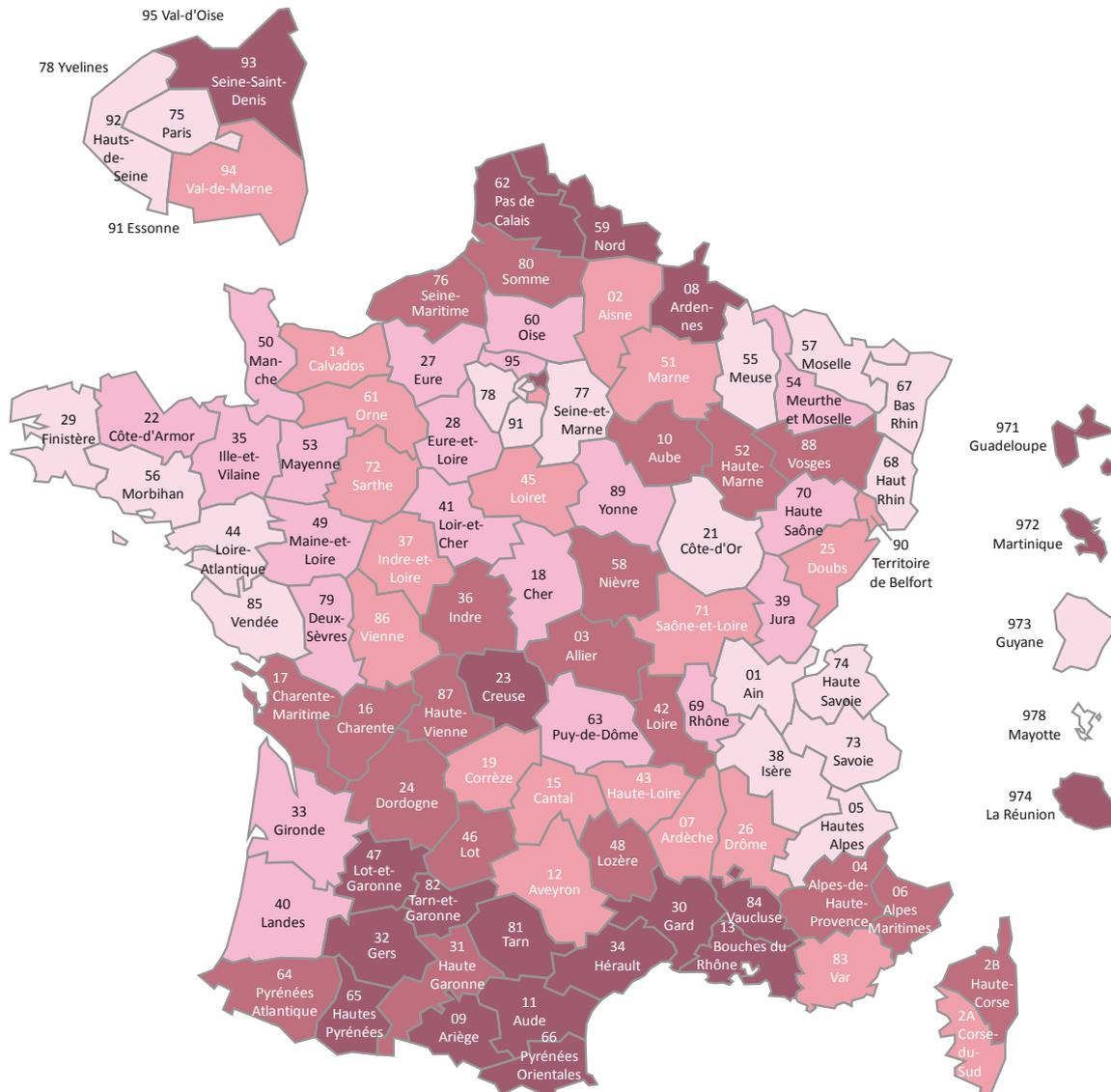
Ce pourcentage s'établit à 2,4 % en métropole et à 5,6 % dans les DOM (respectivement 2,1 % et 5,6 % en 2017).

À l'instar des bénéficiaires de la CMU-C, les effectifs de l'ACS sont géographiquement concentrés puisque les cinq premiers départements regroupent 19,2 % des effectifs, et les 10 premiers totalisent 31,1 % des bénéficiaires.

Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre. Les départements de la Bretagne, de la région Rhône-Alpes et de l'Alsace Moselle présentent les plus faibles taux.

Les DOM sont caractérisés par une plus forte densité des bénéficiaires d'attestations ACS que les départements de la métropole. Ils regroupent 6,4 % des effectifs de l'ACS, dont 4,1 % pour la Réunion.

Figure 14 – Densité des bénéficiaires de l'ACS par rapport à la population, par département, trois grands régimes en 2018, effectifs en milliers



Répartition métropole et Dom							
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs en milliers	Pourcentage Effectifs		
	>=	0,8%	<	2,0%	20	318	19,2%
	>=	2,0%	<	2,3%	20	289	17,5%
	>=	2,3%	<	2,5%	20	240	14,5%
	>=	2,5%	<	2,9%	20	265	16,0%
	>=	2,9%	<=	7,9%	20	543	32,8%
					100	1 654	100,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par les trois grands régimes, population française estimée pour 2018

Source : CNAM, CCMSA, CNDSS, INSEE

Outil Philcarto

1.2.3. Un taux de refus plus faible et un taux de renouvellement plus élevé pour les personnes âgées

Les données présentées sont fournies par la CNAM qui regroupe 93,3 % des bénéficiaires.

1.2.3.1. Un taux de refus plus faible chez les personnes âgées

■ Le volume des refus augmente lorsque le plafond des ressources est relevé

Jusqu'en 2016, le décompte des demandes et des refus était effectué sur la base du nombre de foyers. Le suivi est également réalisé sur la base du nombre de personnes depuis 2017.

En 2018, sur la base de décomptes exprimés en nombre de personnes, 74 % des demandes ont abouti à la délivrance d'attestations et 26 % ont donné lieu à un refus, chiffres identiques à 2017.

Par le passé, on a constaté une augmentation du nombre des refus consécutivement aux relèvements du plafond des ressources (2011 à 2013 en particulier). En effet, les personnes sont alors davantage incitées à déposer des demandes, y compris celles qui ne réunissent pas les conditions d'éligibilité.

En 2015 et en 2016, il est probable que les demandes aient été encouragées dans le cadre de la mise en place du nouveau dispositif ACS et des campagnes de communication qui l'ont accompagné, avec un effet possible à la hausse sur les refus. L'automatisation des bases ressources mise en place par les caisses depuis 2016 a pu avoir également un effet positif sur le décompte des refus qui ont pu être mieux pris en compte.

En 2017 et 2018, la situation s'est stabilisée, les refus ayant augmenté à un rythme proche de celui des accords. Le dispositif mis en place en juillet 2015 est entré dans un rythme de croisière.

► **Tableau 10 – Part des accords et des refus dans le total des demandes d'ACS entre 2011 et 2018 (foyers) au régime général**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Accords	71,8%	77,9%	77,9%	80,3%	79,7%	76,2%	76,8%	77,2%
Refus	28,2%	22,1%	22,1%	19,7%	20,3%	23,8%	23,2%	22,8%
Total demandes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : tous demandeurs d'attestations ACS auprès du régime général

Source : CNAM

► **Tableau 11 – Évolution annuelle du volume des demandes, des accords et des refus d'ACS entre 2011 et 2018 (foyers) au régime général**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Accords	16,4%	29,1%	18,1%	4,2%	11,6%	7,0%	9,0%	5,7%
Refus	-11,2%	-6,4%	18,2%	-9,9%	15,5%	31,2%	5,6%	3,1%
Total demandes	7,0%	19,1%	18,1%	1,1%	12,4%	11,9%	8,2%	5,1%

Champ : tous demandeurs d'attestations ACS auprès du régime général

Source : CNAM

■ Un taux de refus plus faible pour les plus âgés

Par tranche d'âges, la répartition des accords et refus fait état d'une surreprésentation des refus dans la tranche des 16 à 49 ans et à l'inverse, une sous-représentation chez les plus âgés.

Parmi les plus âgés, le plus faible taux de refus s’explique notamment par le fait que bon nombre de personnes bénéficient de l’allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) dont le montant est inférieur au plafond d’attribution de l’ACS. Ils sont éligibles à l’ACS, leurs ressources sont stables et ils bénéficient depuis 2016 d’une procédure allégée de demande de renouvellement de l’ACS.

Tableau 12 – Structures comparatives par âge des accords et des refus en 2018 au régime général, en nombre de bénéficiaires (premières demandes et renouvellements)

	Moins de 16 ans	De 16 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Total
Accords	74,4%	69,9%	72,3%	80,9%	74,1%
Refus	25,6%	30,1%	27,7%	19,1%	25,9%

Champ : tous demandeurs d’attestations ACS auprès du régime général
Source : CNAM

1.2.3.2. Un taux de renouvellement plus élevé chez les personnes âgées

■ Un taux de renouvellement en hausse tendancielle sur les dernières années

Un dossier rentre dans la catégorie des renouvellements si le droit est ouvert dans un délai inférieur ou égal à un mois après l’interruption du droit précédent.

Appréciée en nombre de bénéficiaires, la part des renouvellements au sein des attributions de l’ACS au régime général a augmenté régulièrement entre 2013 et 2018, excepté en 2016 où pour la première fois une baisse a été constatée.

Sur l’ensemble de la période considérée, la hausse des effectifs a été portée par celle des renouvellements, sauf en 2016.

La hausse de la part des renouvellements peut s’expliquer par plusieurs facteurs :

- une part progressivement croissante des 60 ans et plus dans la population : leur part est en effet progressivement passée de 21,4 % en 2012 à 28,6 % en 2018. Or, le taux de renouvellement est plus important chez les personnes plus âgées (cf. *infra*) ;
- un meilleur décompte des renouvellements par les caisses locales.

Tableau 13 – Part relative des premières demandes et des renouvellements dans les accords ACS de 2012 à 2018 au régime général, en nombre de bénéficiaires

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Adhésions	65,1%	61,7%	58,6%	54,3%	57,4%	53,9%	52,0%
Renouvellements	34,9%	38,3%	41,4%	45,7%	42,6%	46,1%	48,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : tous bénéficiaires d’attestations ACS délivrées par le régime général
Source : CNAM

Tableau 14 – Évolution des effectifs ACS selon la distinction premières demandes / renouvellements de 2012 à 2018 au régime général, en nombre de bénéficiaires

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Adhésions	30,7%	10,0%	-2,1%	4,9%	14,0%	1,4%	1,1%
Renouvellements	34,2%	27,1%	11,4%	25,0%	0,7%	16,5%	9,4%

Champ : tous bénéficiaires d’attestations ACS délivrées par le Régime général
Source : CNAM

■ Un taux de renouvellement plus élevé chez les personnes âgées

La structure par âge des assurés qui accèdent à l'ACS en première demande se distingue de celle des bénéficiaires qui renouvellent leur demande de prestation. On observe une surreprésentation marquée des renouvellements chez les plus âgés et à l'inverse une sous-représentation chez les plus jeunes. Le taux de renouvellement augmente régulièrement avec l'âge.

La stabilité des ressources des plus âgés (ASPA) et des besoins de santé marqués expliquent ce constat. La mise en place de l'automatisation du renouvellement de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA en 2016 a probablement amplifié ce constat.

La situation des plus jeunes est moins stable. Celle des moins de 16 ans (faible part des renouvellements par rapport aux primo-demandes) pose question et mériterait d'être approfondie.

► Tableau 15 – Structures comparatives par âge entre primo demandeurs et renouvellements en 2018 au régime général, en nombre de bénéficiaires

Bénéficiaires par tranches d'âge	Primo-demandeurs	Renouvellements de droits	Écart en points	Total Bénéficiaires
Moins de 16 ans	30,0%	15,8%	-14,2	23,2%
16-29 ans	17,1%	8,6%	-8,5	13,0%
30-39 ans	13,8%	8,1%	-5,8	11,1%
40-49 ans	12,9%	10,6%	-2,3	11,8%
50-59 ans	11,0%	13,8%	2,8	12,4%
60-69 ans	9,4%	20,4%	11,0	14,7%
70 ans et plus	5,7%	22,8%	17,1	13,9%
Total	100,0%	100,0%		100,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le régime général

Source : CNAM

Encadré 3 – Les aides supplémentaires à l'ACS attribuées par le régime général

Deux types d'aides sont attribuées par les CPAM au titre de leur action sociale : les aides complémentaires à l'ACS qui consistent en un versement d'une aide financière complémentaire à l'ACS et les aides dites « effets de seuil » qui sont accordées aux personnes dont le niveau des ressources dépasse le plafond d'attribution de l'ACS.

■ Aides 2017

En 2017, 134 538 aides ont été attribuées (contre 172 145 en 2016) : 69 543 aides complémentaires à l'ACS (contre 125 441 en 2016) et 64 995 aides « effet de seuil » (contre 46 704 en 2016). Elles représentent un montant total de 19 042 223 € dont 75 % pour les aides « effet de seuil ».

35 % des bénéficiaires ont 60 ans et plus, 33 % ont entre 16 et 49 ans.

En se basant sur le régime d'appartenance de l'ouvreur de droit, on constate que les principaux bénéficiaires de ces aides sont des retraités (28 %), des salariés (22 %), des allocataires de l'AAH (17 %) et des demandeurs d'emploi (15 %).

■ Aides 2018

En 2018, 94 174 aides ont été attribuées : 35 164 aides complémentaires à l'ACS et 59 010 aides « effet de seuil ». Elles représentent un montant total de 14 804 602 € dont 76 % pour les aides « effet de seuil ».

34 % des bénéficiaires ont 60 ans et plus, 32 % ont entre 16 et 49 ans.

En se référant au régime d'appartenance de l'ouvreur de droit, on constate que les principaux bénéficiaires de ces aides sont des retraités (26 %), des salariés (21 %), des demandeurs d'emploi (18 %) et des allocataires de l'AAH (12 %).

Source : CNAM

1.2.4. À la fin de l'année 2018, 1,27 million de personnes sont protégées par un contrat ACS

Le décompte de personnes protégées par un contrat ACS (A, B, C) est transmis mensuellement au Fonds CMU-C par les 11 groupements gestionnaires de l'aide dès le mois suivant l'enregistrement des données.

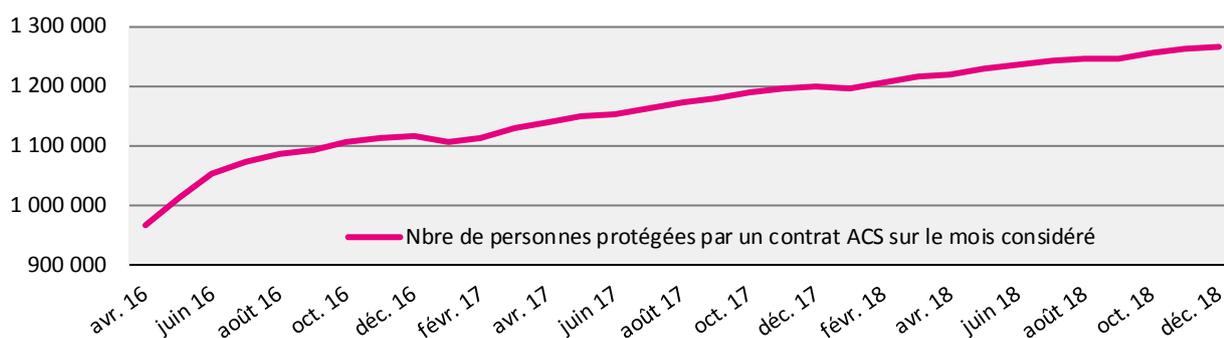
1.2.4.1. En 2018, le nombre de personnes protégées par un contrat ACS a progressé de 5,5 % pour atteindre 1,27 million à fin décembre

Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS A, B ou C s'établit à près de 1,27 million à fin décembre 2018 (stock⁶). Il a augmenté de 5,5 % sur une année.

L'augmentation décélère en référence à 2017 et au début de l'année 2018 où la croissance annuelle se situait entre 7 et 8 %. Cette décélération est corrélée à celle constatée sur la délivrance des attestations.

Depuis la réforme de juillet 2015, les effectifs ont progressé de près de 30 %, soit 270 000 bénéficiaires supplémentaires du dispositif.

Figure 15 – Évolution du nombre de personnes couvertes par un contrat ACS d'avril 2016 à décembre 2018



Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

⁶ À partir de juillet 2016, l'ensemble des personnes protégées par un contrat ACS ont migré sur un contrat A, B ou C. Ce n'est qu'à compter de cette date que le stock de personnes remonté par les 11 groupements correspond à la totalité des personnes couvertes (disparition des anciens contrats ACS).

Le croisement des deux informations entrées / stock permet de déduire le flux des sortants sur une base précise à partir du mois d'août 2016.

Tableau 16 – Nombre de personnes protégées par un contrat ACS entre décembre 2017 et décembre 2018

	Stocks fin de mois	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Évolution mensuelle du stock	Taux d'utilisation des attestations
2017 déc	1 199 539	7,5%	2 045	75,8%
2018 janv	1 195 479	8,2%	-4 060	75,7%
2018 févr	1 205 422	8,3%	9 943	76,2%
2018 mars	1 215 397	7,7%	9 975	76,5%
2018 avr	1 220 341	7,1%	4 944	77,1%
2018 mai	1 228 109	7,0%	7 768	76,6%
2018 juin	1 236 198	7,2%	8 089	77,0%
2018 juil	1 243 959	6,9%	7 761	77,2%
2018 août	1 245 306	6,2%	1 347	76,7%
2018 sept	1 245 101	5,5%	-205	76,6%
2018 oct	1 256 405	5,8%	11 304	77,0%
2018 nov	1 264 117	5,6%	7 712	76,8%
2018 déc	1 265 319	5,5%	1 202	76,3%

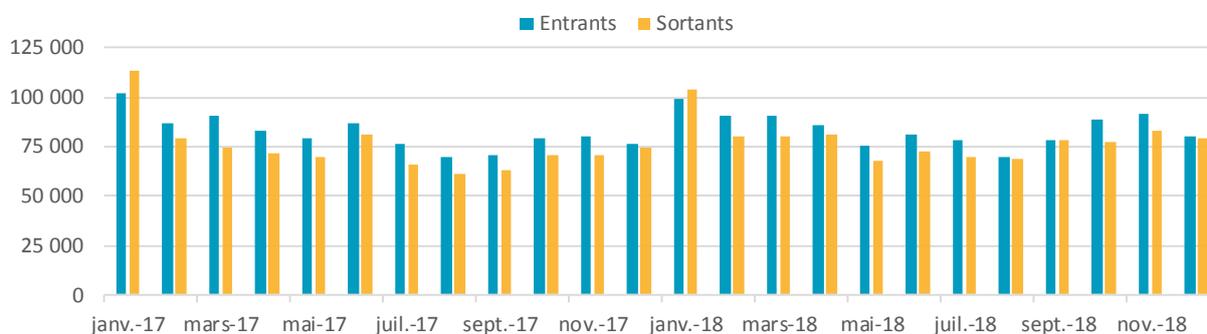
Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS et tous bénéficiaires d'une attestation ACS délivrée par les trois grands régimes

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS, CNAM, CCMISA, CNDSSSTI

Les évolutions infra-annuelles des effectifs protégés reflètent celles des entrées et sorties du dispositif.

La montée en charge de la réforme de l'ACS de juillet 2015 s'est en effet traduite par des entrées massives en contrat A, B et C en décembre 2015 et janvier 2016. Ces entrées correspondent depuis à des sorties plus importantes - janvier correspondant en général au seul mois où les sorties dépassent les entrées.

Figure 16 – Flux des entrants et des sortants des personnes protégées par un contrat ACS depuis janvier 2017



Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

1.2.4.2. Le taux d'utilisation des attestations ACS est stable autour de 77 % en 2018

Le taux d'utilisation⁷ reste stable dans le temps, situé entre 76 % et 77 % sur 2017 et 2018. La stabilité constatée résulte d'une progression de niveau comparable entre délivrance et utilisation.

Le taux baisse sur les mois de décembre et janvier en lien avec le tassement des effectifs protégés évoqué *infra* ; il reprend sa valeur d'équilibre sur les mois suivants.

Figure 17 – Le taux d'utilisation des attestations ACS entre 2017 et 2018



Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS, CNAM, CCMSA, CNDSSTI

1.2.4.3. La répartition des effectifs selon le contrat est parfaitement stable dans le temps

La répartition des personnes protégées par type de contrat reste parfaitement stable dans le temps : à fin décembre, le contrat C reste prédominant en regroupant à lui seul 40 % des utilisateurs. Plus des trois quarts des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur (contrat C) ou intermédiaire (contrat B).

C'est généralement le contrat C qui prédomine parmi les groupements comptant le plus grand nombre de personnes protégées à l'exception d'un groupement où les adhérents des anciens contrats ACS ont été basculés sur le contrat B, compte tenu d'une proximité entre niveaux de garantie⁸.

Tableau 17 – La répartition des effectifs protégés par l'ACS selon le type de contrat choisi (à fin décembre 2018)

	A	B	C	Total
2018 déc	290 346	469 703	505 270	1 265 319
Répartition	22,9%	37,1%	39,9%	100,0%

Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

⁷ Le taux d'utilisation est calculé sur un mois M de la manière suivante : (nombre de personnes protégées par un contrat ACS sur M) / (nombre de personnes ayant reçu une attestation ACS sur les 12 mois précédents)

⁸ Les adhérents étaient ensuite libres de choisir un autre contrat. In fine, le contrat B est resté majoritaire au sein de ce groupement.

1.2.4.4. Le nombre de personnes couvertes par un contrat de sortie ACS représente 15 % du nombre de personnes protégées par un contrat ACS (hors contrats de sortie)

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale pour 2014 a instauré un contrat de sortie ACS.

À l'expiration de son droit à l'ACS, toute personne ayant bénéficié d'un « contrat ACS » doit ainsi se voir proposer une prolongation pour une période d'un an ou la souscription d'un nouveau contrat parmi les trois contrats ACS par son organisme complémentaire, à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS. Le bénéficiaire ne dispose cependant plus du chèque ACS et des avantages liés à l'aide (opposabilité des tarifs, exonération des franchises médicales et de la participation de 1€ aux consultations médicales, etc.).

Cette disposition s'applique aux contrats de complémentaire santé individuels souscrits ou renouvelés depuis le 1^{er} juillet 2015.

Pour les dix groupements en mesure de transmettre l'information (qui représentent 93 % des personnes protégées), à fin décembre 2018, le nombre de personnes couvertes par un contrat de sortie s'établit à 170 000, soit l'équivalent de 15 % du nombre de personnes protégées par un contrat ACS (hors contrats de sortie).

La possibilité de souscrire un contrat collectif obligatoire pour les personnes retrouvant un emploi et le renchérissement du coût des contrats (primes et restes à charge), peut limiter le recours aux contrats de sortie. Des groupements évoquent également des contrats dans leur portefeuille plus avantageux en termes de rapport qualité /prix que les contrats de sortie ACS dès lors que l'aide n'est plus applicable.

Certains OC utilisent également le contrat de sortie dans l'attente éventuelle d'une nouvelle attestation ACS pour le renouvellement du contrat.

Le pourcentage de recours varie cependant fortement parmi les groupements : de 2 % à 35 %.

Des taux de souscription différenciés peuvent traduire des politiques plus ou moins volontaristes de la part des groupements, mais aussi des difficultés à diffuser l'information dans le cadre de gestions souvent déléguées.

1.2.4.5. 98 % des actes dispensés aux personnes couvertes par un contrat ACS sont remboursés dans le cadre du tiers payant intégral

Le bénéfice du tiers-payant intégral (TPI) a été étendu aux bénéficiaires de l'ACS en juillet 2015. La dispense d'avance de frais au titre des dépenses couvertes par le régime obligatoire et le régime complémentaire concerne l'ensemble des actes et prestations dispensés par les professionnels de santé et les établissements dans le cadre du parcours de soins.

L'application de la pratique du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS est évaluée périodiquement par les régimes d'assurance maladie de base.

Selon les dernières données communiquées par la CNAM, 97,6 % des actes réalisés au cours du troisième trimestre 2018 en direction des personnes protégées par un contrat ACS ont été remboursés dans le cadre du tiers payant intégral et 1,8 % au titre uniquement de la part régime de base. Seuls 0,7 % des actes ont dû faire l'objet d'une avance totale de frais par les assurés.

Ce taux est en progression permanente sur l'ensemble des spécialités.

Des travaux ont été menés par le fonds et la CNAM courant 2018 afin d'améliorer la fiabilisation des liens NOEMIE entre OC gestionnaires du dispositif et régimes obligatoires et concourir ainsi à un meilleur fonctionnement de la procédure de tiers payant intégral.

1.3. L'ÉVOLUTION DU RECOURS A LA CMU-C POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PUMA AU TITRE DU RSA

1.3.1. Les effectifs de la PUMA au titre du RSA

S'ils ne peuvent être couverts à aucun autre titre pour leurs droits à l'assurance maladie obligatoire, les allocataires du RSA bénéficient de la PUMA au titre même du RSA (régime 806). Ils ont également un accès de plein droit à la CMU-C, sans étude complémentaire de leurs ressources par les CPAM. Ils doivent néanmoins en faire la demande.

Le nombre de bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA est en baisse de 11 % à fin septembre 2018, avec 1,45 million de personnes et un taux de recours à la CMU-C de 80,9 %. Au nombre de 1,17 million, les bénéficiaires qui ont fait valoir leur droit à la CMU-C représentent 23,6 % des effectifs de la CMU-C au régime général, avec une baisse de 2,5 points par rapport à 2017. Les nouvelles règles de gestion des droits de base introduites par la PUMA au 1^{er} janvier 2016 ont amené les caisses à revoir progressivement la situation des bénéficiaires de l'ex CMU de base. Ces mises à jour influent sur la baisse des effectifs de la PUMA au titre du RSA.

1.3.2. Le recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA

Il n'existe pas de suivi du nombre total de bénéficiaires du RSA (avec ou sans PUMA au titre du régime 806) également bénéficiaires de la CMU-C, via un croisement des données entre la CNAF et la CNAM. Il reste cependant possible d'évaluer qu'en juin 2018, 31,4 % des 3,7 millions de bénéficiaires du RSA sont à la fois bénéficiaires de la PUMA au régime 806 et bénéficiaires de la CMU-C.

D'un département à l'autre de métropole, les taux de recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA varient avec une amplitude de 31,4 points : de 60,1 % en Corse du Sud à 91,5 % dans le Jura, ces deux départements ayant l'un et l'autre peu de bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA (<= 2 500 personnes).

Les vingt-cinq premiers départements de métropole en termes d'effectifs pour le régime 806 représentent 64 % des bénéficiaires. Leurs taux de recours à la CMU-C sont plus resserrés autour de la moyenne nationale de 80,9 % à fin juin 2018 : 69,1 % pour les Yvelines à 89,5 % dans les Pyrénées-Orientales, soit une amplitude de 20,4 points.

Dans les DOM, le taux de recours se situe entre 75,2 % en Martinique et 89,2 % en Guyane.

Tableau 18 – PUMA, répartition par département des bénéficiaires au titre du régime 806 avec CMU-C

Répartition métropole				en milliers		
Rapport CMUC / PUMA 806		Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs		
>=	60,1%	<	77,3%	19	216	23%
>=	77,3%	<	79,5%	19	129	13%
>=	79,5%	<	81,3%	19	177	18%
>=	81,3%	<	83,7%	19	189	20%
>=	83,7%	<=	91,5%	20	251	26%
				96	961	100,0%
Répartition Dom				en milliers		
Rapport CMUC / CMUB 806		Nb Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs		
>=	75,2%	<=	89,2%	4	206	100,0%

Lecture : estimation à fin 2018

Champ : 2018, France entière

Source : CNAM

2. La dépense

2.1. L'AUGMENTATION DU COUT MOYEN DE LA CMU-C

La dépense pour la part CMU-C est estimée à 2,3 milliards d'euros en 2018, tous modes de gestion confondus, soit un coût moyen par bénéficiaire de 415 € pour l'ensemble des régimes, en hausse de 3 %, et estimé à 382 € pour les organismes complémentaires (OC).

En 2018, le montant forfaitaire de remboursement est de 408 €. Le régime général ainsi que deux régimes spéciaux enregistrent des dépenses moyennes unitaires au-delà de ce plafond. Pour les autres régimes, le Fonds CMU-C prendra en charge la totalité de la dépense engagée. Compte tenu du plafond, 90 % de la dépense engagée par les organismes complémentaires serait reversée aux OC pour 2018⁹.

2.1.1. L'évolution de la dépense moyenne en trésorerie

En année complète mobile, l'évolution des effectifs de la CMU-C est de 1,9 % en 2018, pour 5,58 millions de bénéficiaires, et celle de la dépense est de 4,8 %, pour un montant évalué à 2,3 milliards d'euros.

Le régime général concentre, avec les SLM, 82 % des effectifs et 84 % de la dépense, pour un coût moyen de 422 €, en hausse de 2,9 % par rapport à 2017.

Les organismes complémentaires représentent 9,5 % des effectifs et 8,8 % de la dépense, avec un coût moyen prévisionnel de 382 €.

Le régime des indépendants compte pour 6,5 % des effectifs et 5 % de la dépense. Son coût moyen de 351 €, en progression de 5,4 %, reste inférieur à celui des deux autres principaux régimes (régime général et régime agricole) et à celui des OC.

Le régime agricole¹⁰ représente 2,4 % des effectifs et de la dépense, avec un coût moyen modéré de 356 €, en hausse de 3 %.

S'agissant des autres régimes, le régime social des marins (ENIM) et le régime des clercs de notaires (CRPCEN) présentent un coût par bénéficiaire supérieur au forfait (respectivement 561 € et 526 €).

⁹ Évaluation effectuée sur la base des déclarations par les OC auprès de l'URSSAF Île-de-France au titre du tableau récapitulatif (TR) 2017

¹⁰ Régime des salariés et régime des exploitants agricoles confondus

Tableau 19 – Dépense CMU-C par organisme, 2018

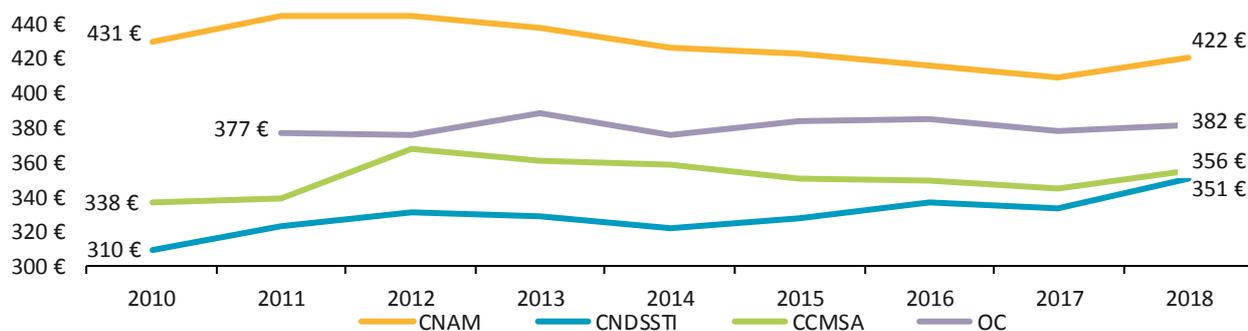
2018	en millions €	en milliers	Coût moyen	Évolution dépense	Évolution effectifs	Évolution coût moyen
	Dépense	Effectifs Moyens				
CNAM	1 929	4 517	422 €	5,8%	2,8%	2,9%
SLM		60				
CNDSSTI	115	327	351 €	12,2%	6,4%	5,4%
CCMSA	48	135	356 €	8,9%	5,7%	3,0%
CANSSM	0,04	0,12	331 €	97,5%	-10,4%	120,4%
CAVIMAC	0,81	2,61	312 €	4,2%	5,9%	-1,6%
CNMSS	1,20	4,97	241 €	18,9%	19,0%	-0,1%
CRPCEN	0,07	0,14	526 €	72,0%	13,3%	51,9%
ENIM	0,92	1,63	561 €	11,9%	-9,5%	23,7%
RATP	0,07	0,17	391 €	3,5%	0,9%	2,6%
SNCF	0,07	0,23	289 €	51,3%	-4,9%	59,2%
CMUC_RO	2 095	5 049	415 €	6,2%	3,1%	3,0%
CMUC_OC	202	530	382 €	-7,4%	-8,2%	0,9%
Total	2 298	5 579	412 €	4,8%	1,9%	2,9%

Lecture : dépense en trésorerie, données estimées pour les effectifs 2018 de la CNAM, de la CNDSSTI et de la CCMSA et pour la dépense OC 2018

Champ : France entière

Source : tous régimes et OC

Figure 18 – Dépense moyenne CMU-C, évolutions par organisme de 2010 à 2018



Lecture : données estimées pour les effectifs 2018 de la CNAM, de la CNDSSTI et de la CCMSA et pour la dépense OC 2018

Champ : France entière

Source : tous régimes et OC

■ Indications techniques

La dépense pour les OC fait l'objet d'une évaluation, pour 2011 et 2012, à partir des données fournies par les 55 OC participant à l'enquête annuelle sur les coûts moyens, puis à partir de 2013 sur la base des bordereaux récapitulatifs annuels de l'année N-1, soit, pour 2018, sur la base du coût moyen 2017. Le montant définitif sera évalué en août 2019, après exploitation des bordereaux récapitulatifs de 2018. La dépense totale est estimée en multipliant le coût moyen des OC par le nombre de bénéficiaires de la CMU-C gérés par un OC, sur la base des effectifs transmis par les régimes obligatoires pour l'exercice concerné.

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

2.1.2. La dépense en trésorerie pour les trois principaux régimes (CNAM, CNDSSSTI, CCMSA)

Pour le total du régime général, du régime des indépendants et du régime agricole, la dépense moyenne de la CMU-C sur l'ensemble du territoire est constituée aux trois quarts de soins de ville et pour un quart de soins à l'hôpital (313 € vs 102 €), avec une évolution plus dynamique pour les soins de ville (3,3 % vs 2,1 %).

La dépense moyenne en métropole est supérieure de 20 euros à celle des départements d'outre-mer (417 € vs 397 €), avec de forts contrastes dans la répartition ville / hôpital. La dépense moyenne en métropole est inférieure de 8 euros à celle des DOM pour les soins de ville (312 € vs 320 €) alors qu'elle est supérieure de 28 euros pour l'hôpital (105 € vs 77 €).

Tableau 20 – Dépense CMU-C pour la CNAM, la CNDSSSTI et la CCMSA, 2018

Coût unitaire en ACM* au 31 décembre 2018 CNAM, CNDSSSTI, CCMSA – Métropole et Dom					Évolution Coût unitaire – Métropole et Dom				
Régime	CNAM	CNDSSSTI	CCMSA	Ensemble	Régime	CNAM	CNDSSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	316 €	286 €	272 €	313 €	Ville	3,2%	5,4%	1,7%	3,3%
Hôpital	105 €	65 €	83 €	102 €	Hôpital	2,0%	5,6%	7,7%	2,1%
Total	422 €	351 €	356 €	415 €	Total	2,9%	5,4%	3,0%	3,0%

Coût unitaire en ACM* au 31 décembre 2018 CNAM, CNDSSSTI, CCMSA – Métropole					Coût unitaire – Métropole – Évolution				
Régime	CNAM	CNDSSSTI	CCMSA	Ensemble	Régime	CNAM	CNDSSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	316 €	284 €	271 €	312 €	Ville	3,3%	5,2%	1,4%	3,4%
Hôpital	109 €	65 €	84 €	105 €	Hôpital	3,1%	6,0%	6,7%	3,2%
Total	425 €	349 €	355 €	417 €	Total	3,3%	5,4%	2,6%	3,3%

Coût unitaire en ACM* au 31 décembre 2018 CNAM, CNDSSSTI, CCMSA – Dom					Coût unitaire – Dom – Évolution				
Régime	CNAM	CNDSSSTI	CCMSA	Ensemble	Régime	CNAM	CNDSSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	320 €	324 €	294 €	320 €	Ville	2,7%	7,2%	5,9%	2,8%
Hôpital	77 €	65 €	75 €	77 €	Hôpital	-9,1%	-1,5%	25,1%	-8,6%
Total	398 €	389 €	368 €	397 €	Total	0,1%	5,6%	9,3%	0,4%

Lecture : ACM : année complète mobile, Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants des régimes dont la CMU-C est gérée par le régime obligatoire, données estimées pour les effectifs 2018

Sources : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

2.1.2.1. Répartition de la dépense par poste de soins

Pour les trois principaux régimes, CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, le total de dépense pour la part CMU-C est de 2,1 milliards d'euros en 2018. Un quart de la dépense, 484 M€, concerne les honoraires des médecins généralistes et spécialistes et des professions paramédicales. Viennent ensuite les forfaits CMU-C (prise en charge des dépassements d'honoraires), pour un cinquième de la dépense, 408 M€, puis les prestations hospitalières, 18,2 % pour 382 M€, et les médicaments, 17 %, pour 355 M€.

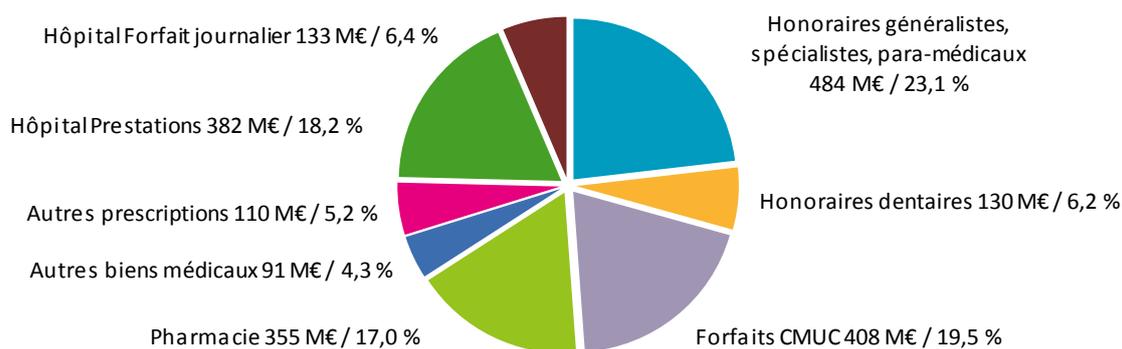
La part du total de la part prise en charge au titre des soins dentaires¹¹, d'un montant de 490 M€, est supérieure de 5,4 points à celle du poste des médicaments, 355 M€, (23,4 % vs 17 %).

¹¹ Total soins dentaires pour la part CMU-C : Ticket modérateur™ + forfaits CMU-C prothèses, + forfaits CMU-C orthodontie

Les soins dentaires prothétiques et orthodontiques représentent la majeure partie de la prise en charge des forfaits CMU-C :

- prothèses dentaires et orthodontie : 360 M€ / 88,2 % ;
- optique (montures et verres) : 37 M€ / 9,2 % ;
- audioprothèses : 10 M€ / 2,6 %.

Figure 19 – Répartition de la dépense par poste



Lecture : Modèle Comptes nationaux de la santé DREES avec ventilation hôpital

Champ : France entière

Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

2.1.2.2. Évolution du coût moyen par poste

La progression de 3 % du coût moyen en 2018 est portée par la montée en charge de la nouvelle grille de forfaits dentaires CMU-C, mise en œuvre au 1^{er} octobre 2017. Ce poste d'un montant de 61 € de dépense moyenne par bénéficiaire évolue de 19,1 % sur l'exercice. Si la dépense pour les forfaits dentaires CMU-C en 2018 était restée identique à celle de 2017, le coût moyen pour les trois régimes aurait été de 404 €, au lieu de 415 €, avec une progression de seulement 0,2 %.

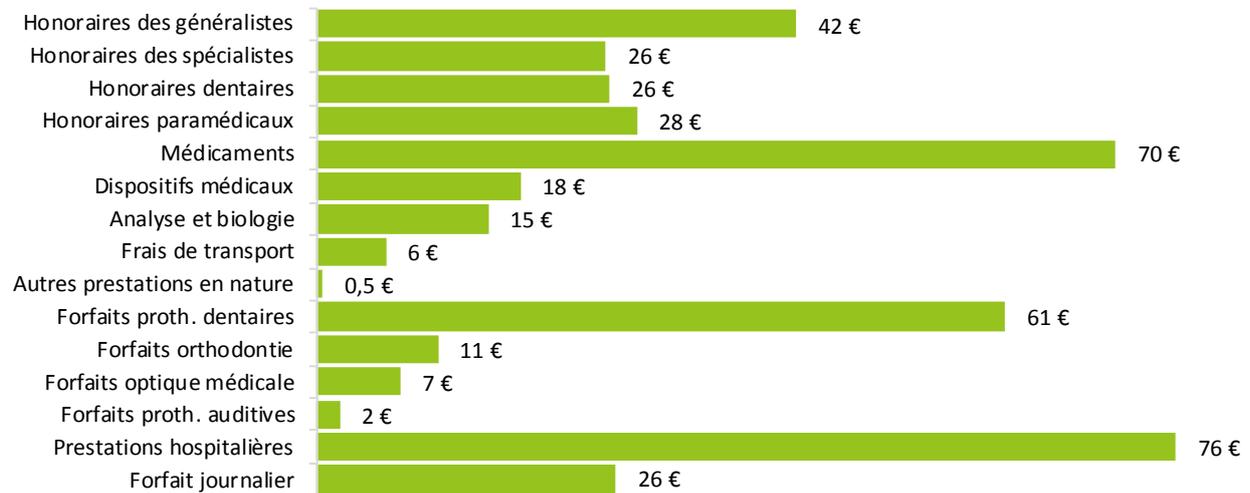
En 2017, les évolutions pour les médecins généralistes, en baisse de 9 %, et les médecins spécialistes, en hausse de 14 %, avaient paru disproportionnées¹². La tendance s'est inversée en 2018, avec 7,9 % d'augmentation pour les généralistes – pour un coût moyen de 42 € – contre une baisse de 10,2 % pour les spécialistes, dont le coût moyen est de 26 €. *In fine*, les deux postes devraient retourner à l'équilibre initial. Ces évolutions atypiques, liées à des raisons techniques, n'ont par ailleurs concerné que le régime général.

Les médicaments, avec un coût moyen de 70 €, continuent de baisser en 2018 (- 2,3 %), alors que les prestations hospitalières ont repris une légère progression (+ 0,9 %) pour un montant moyen de 76 €.

Au 1^{er} janvier 2018, les forfaits journaliers hospitaliers sont passés à 20 € en hôpital ou en clinique et à 15 € pour un service psychiatrique d'un établissement de santé. Ces nouveaux tarifs se traduisent par une progression de 5,9 % du poste, avec 26 € de coût moyen.

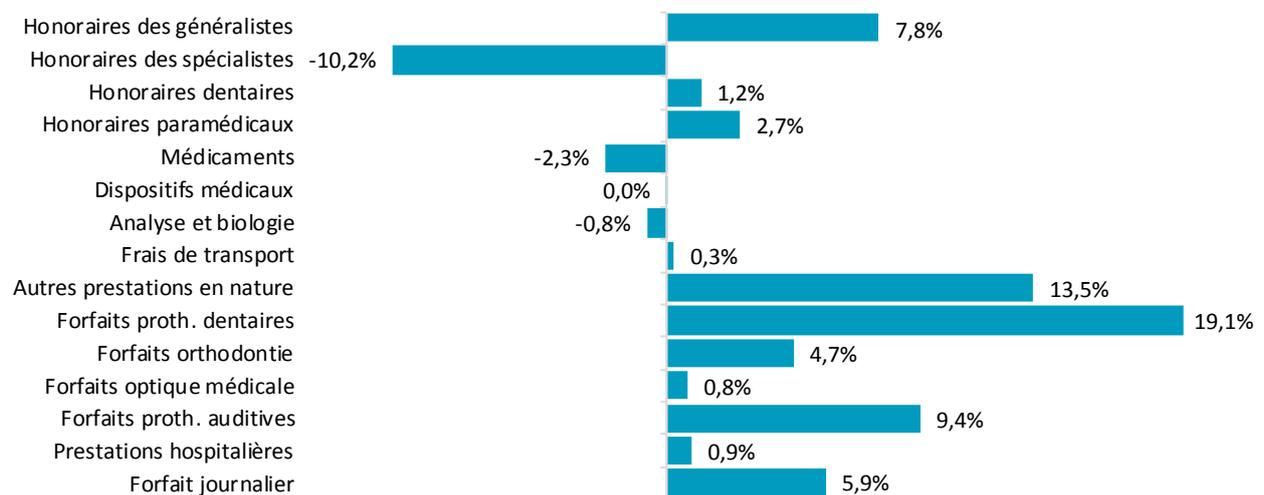
¹² Ces évolutions atypiques n'ont concerné que le régime général

Figure 20 – Dépense CMU-C, répartition de la moyenne par poste



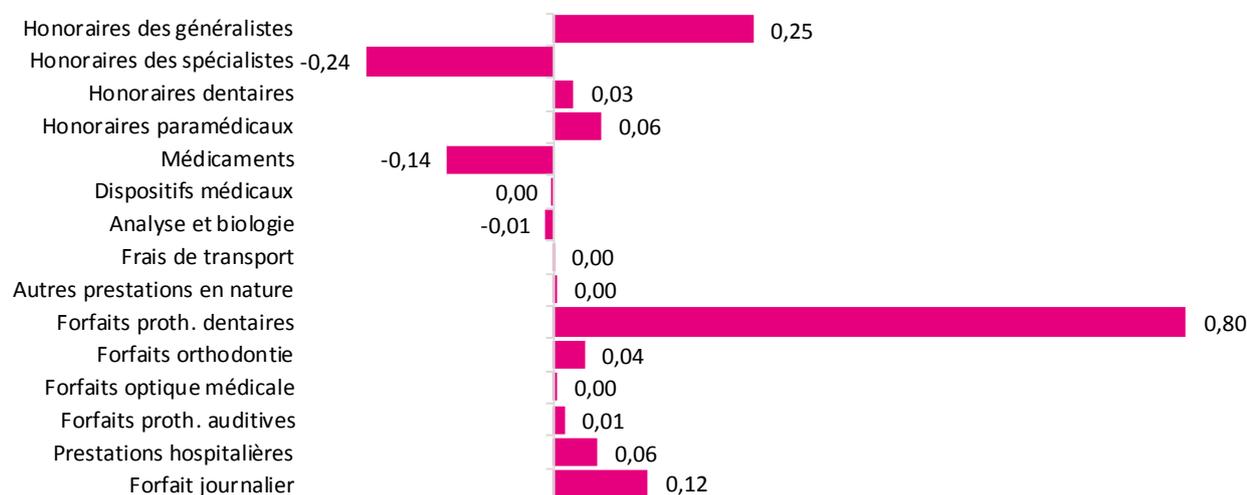
Lecture : données estimées pour les effectifs
Champ : France entière
Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

Figure 21 – Dépense CMU-C, dispersion des évolutions de la dépense moyenne par poste



Lecture : données estimées pour les effectifs
Champ : France entière
Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

Figure 22 – Dépense CMU-C, contribution des postes à l'évolution de la dépense moyenne, en point



Lecture : données estimées pour les effectifs

Champ : France entière

Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

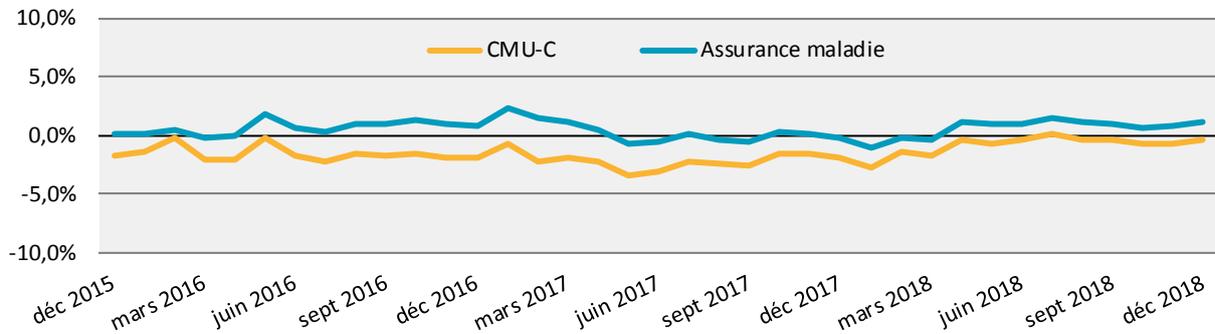
2.1.3. La dépense de ville pour la part CMU-C évolue à un rythme proche de la dépense de la population générale

En 2018, l'évolution de la dépense mensuelle en soins de ville pour la CMU-C (ticket modérateur, hors dépassements) a suivi celle de la dépense de ville au titre du ticket modérateur des affiliés à la CNAM, tout en restant inférieure.

L'écart récurrent s'explique par des différences de structures démographiques (la population CMU-C est plus jeune que la population générale).

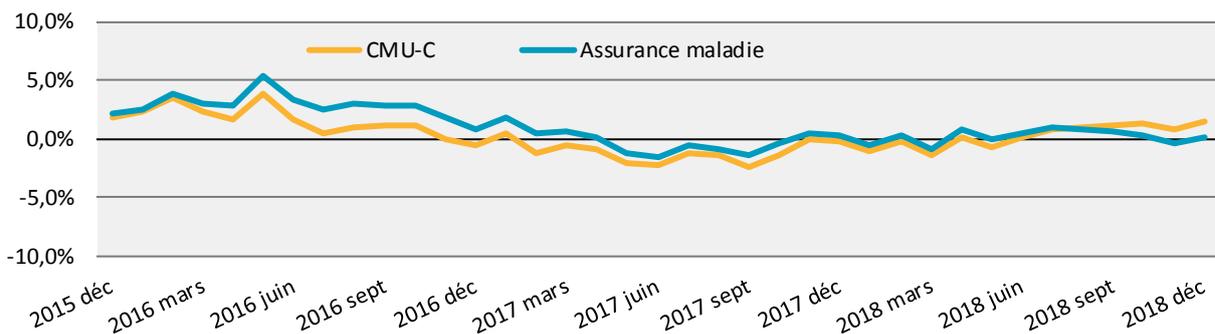
Le rapprochement observé à partir de la fin 2017 est lié au fait que la part de la dépense au titre du ticket modérateur (TM) des soins dentaires pour la CMU-C a progressé un peu plus rapidement que la part TM pour l'ensemble du régime. En effet la meilleure prise en charge des dépassements pour les soins dentaires prothétiques à compter du 1^{er} octobre 2017 a généré une augmentation du nombre de soins et des montants par acte, sachant que, pour les soins prothétiques dentaires, une partie est prise en charge au titre du ticket modérateur dans la même rubrique « soins dentaires », que ces derniers soient curatifs ou prothétiques.

Figure 23 – Évolutions de la dépense pour la part TM pour l'ensemble des ressortissants de la CNAM et du coût moyen soins de ville pour la CMU-C



Champ : Dépense : 8 principaux postes de soins de ville, TM uniquement, Population : population de l'ensemble du régime général (non CMU-C et CMU-C) / bénéficiaires de la CMU-C, métropole
Source : CNAM, SNIIRAM, SLM

Figure 24 – Évolutions de la dépense pour la part TM, soins dentaires



Champ : Soins dentaires, TM uniquement, Population : population de l'ensemble du régime général (non CMU-C et CMU-C) / bénéficiaires de la CMU-C, métropole
Source : CNAM, SNIIRAM, SLM

2.2. L'EFFET POUR LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DES DEPENSES CMU-C « AU REEL »

2.2.1. La situation par rapport au forfait CMU-C en 2017

Sur 227 OC ayant déclaré des éléments concernant la CMU-C dans le tableau récapitulatif annuel 2017, 221 ont renseigné concomitamment des effectifs ainsi qu'un montant de dépenses engagées¹³.

Ces OC rassemblent une moyenne de 572 000 bénéficiaires, pour une dépense de 238 M€.

Les deux tiers de ces 221 OC ont une dépense moyenne inférieure au forfait de 415 €, ils concentrent 90 % des effectifs et de la dépense pour la part CMU-C gérée par des organismes complémentaires.

66 OC déclarent une dépense moyenne supérieure au forfait (pour un montant moyen global unitaire de 477 €). Pour 2017, le fonds rembourse les dépenses à hauteur du forfait annuel. Le reste à charge total pour ces OC est en

¹³ Un OC sorti de la liste des OC habilités à gérer la CMU-C peut déclarer des bénéficiaires ainsi que de la dépense – essentiellement présentée au titre des exercices antérieurs - tout au long de l'exercice qui suit son retrait. Dans ce cadre, 7 OC hors liste déclarent des bénéficiaires et de la dépense au titre de 2017, 2 OC ne déclarent que des effectifs, 4 OC ne déclarent que de la dépense.

conséquence évalué à 4 M€. La perte s'échelonne entre 49 €, pour un OC qui ne gère que sept bénéficiaires, et 1 M€, pour un OC gérant 15 300 bénéficiaires de la CMU-C.

Le coût moyen pour l'ensemble des 221 OC est de 379 €. Sur ce total, 208 OC sont inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C en 2017. Pour l'ensemble de ces 208 OC, le coût moyen est de 379 €.

Tableau 21 – Répartition des OC selon la position de leur coût moyen par rapport au forfait de 415 € en 2017

Forfait		Nb OC	en milliers		en millions d'euros		Coût moyen
			Effectifs	Dépense	Montant forfaitaire	Dpse - Mnt forfaitaire	
<=	415 €	155	510	187	212	24,6	367 €
>	415 €	66	63	30	26	-3,9	477 €
Total		221	572	217	238	20,8	379 €

Note de lecture : le montant forfaitaire correspond au montant maximum de la dépense remboursable (montant forfaitaire = effectifs annuels moyens * forfait annuel). La dépense est la dépense totale engagée par l'organisme complémentaire. En 2017, près de 30 % des organismes complémentaires participant à la gestion de la CMU-C ont engagé une dépense supérieure à la dépense remboursée (au forfait).

Champ : France entière

Source : OC, tableau récapitulatif annuel 2017

■ Indications techniques

En 2016, l'URSSAF Île-de-France est devenue l'interlocutrice unique des OC pour les déclarations trimestrielles et les déclarations des tableaux récapitulatifs annuels (TR). Les systèmes d'information de l'ACOSS et de l'URSSAF ont pu intégrer la gestion des déclarations trimestrielles à partir de télédéclarations mais des ajustements sont encore en cours pour intégrer les éléments issus des TR dans les bases de données.

La dépense des OC pour 2018 sera connue en juillet 2019, à l'issue de la transmission par l'URSSAF des données issues des TR 2018.

2.2.2. La distribution par nombre de bénéficiaires

La gestion de la CMU-C par les OC est le reflet de la concentration progressive du monde de la complémentaire santé : les 5 OC qui gèrent entre 25 000 et 150 000 bénéficiaires de la CMU-C rassemblent la moitié des effectifs et de la dépense de la CMU-C gérée par les OC. À l'inverse, les 151 OC qui gèrent moins de 1 000 bénéficiaires ne regroupent que 4,5 % des effectifs et de la dépense.

Tableau 22 – Distribution des OC gestionnaires de la CMU-C par tranche d'effectifs de bénéficiaires de la CMU-C en 2017

Tranche	Nb OC	en milliers						
		Effectifs	Dépense	Coût moyen	Montant remboursé	% OC	% Bénéf.	% Dépense
[1 – 1 000[	151	25,2	9,8 M€	389 €	8,9 M€	68,3%	4,4%	4,5%
[1 000 – 5 000[	51	113,9	43,4 M€	381 €	41,8 M€	23,1%	19,9%	20,0%
[5 000 – 25 000[	14	158,5	60,1 M€	379 €	58,7 M€	6,3%	27,7%	27,7%
[25 000 – 100 000[	4	138,0	52,9 M€	383 €	52,9 M€	1,8%	24,1%	24,4%
[100 000 – 150 000]	1	136,8	50,6 M€	370 €	50,6 M€	0,5%	23,9%	23,3%
Total	221	572,4	216,8 M€	379 €	212,9 M€	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : France entière

Source : OC, tableau récapitulatif annuel 2017

Encadré 4 – Rapport 2018 sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2017

La dépense relative à la part complémentaire des frais de santé des bénéficiaires de la CMU-C est évaluée à 2,2 milliards d'euros (Md€) en 2017, pour une moyenne annuelle de 5,48 millions de personnes couvertes. Les effectifs sont stables entre 2016 et 2017 (- 0,1 %) ; la dépense est en baisse de 1,7 %. Sur ces bases, le coût moyen unitaire annuel serait de 400 € en 2017, en diminution de 1,6 % par rapport à 2016. La CNAM, la CNDSSSTI et la CCMSA ont géré les droits de 4,89 millions de bénéficiaires de la CMU-C, pour un montant total de dépense de 1,97 Md€. Le coût moyen unitaire pour les trois régimes est de 403 €, en baisse de 1,7 %. Pour rappel le montant du forfait CMU-C en 2017 est de 415 €. Le régime général affiche le coût moyen le plus élevé, de 410 €, le régime des indépendants et le régime agricole ont des coûts moyens plus rapprochés, respectivement de 333 € et de 345 €. Les organismes complémentaires ont géré 10,5 % des effectifs de la CMU-C, pour un montant total estimé à 219 millions d'euros (M€), avec un coût moyen évalué à 379 €. Les sept régimes spéciaux impliqués dans la gestion de la CMU-C rassemblent 9 100 bénéficiaires, pour une dépense totale de 2,77 M€. Le coût moyen est de 305 €, mais avec des montants par régime se situant entre 150 € pour la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et 453 € pour l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM).

En 2017, le Fonds CMU-C a engagé une démarche d'analyse approfondie de l'évolution de la dépense des bénéficiaires de la CMU-C, *via* la mise en place d'un observatoire de la dépense. Cette approche, qui se déroulera sur plusieurs exercices, a déjà donné lieu à des travaux de recherche réalisés par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), et à la mise en place d'un suivi avec douze caisses locales d'assurance maladie du régime général.

Les travaux de l'IRDES expliquent la baisse de la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C observée depuis 2012. Ils montrent que ce sont les différences d'évolution entre la composition de la population des bénéficiaires de la CMU-C et celle de la population générale, notamment le différentiel de vieillissement, et l'arrivée après 2013 de bénéficiaires ayant un recours aux soins plus faible, qui expliquent l'écart de croissance des dépenses entre ces deux populations. L'IRDES a également construit un outil de prévision de l'évolution des dépenses, en cours de transmission au Fonds CMU-C.

Concernant le suivi par les caisses locales d'assurance maladie du régime général, l'échantillon rassemble, en 2017, 13,4 millions de personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire dont 8,8 millions couvertes par un organisme complémentaire, 1,8 million de bénéficiaires de la CMU-C et 308 250 personnes couvertes par un contrat souscrit avec une aide au paiement à la complémentaire santé (ACS). Ces derniers représentent respectivement 35 % et 25 % des personnes protégées par la CMU-C et un contrat ACS. La dépense remboursable moyenne¹⁴ des bénéficiaires de la CMU-C est similaire à celle des personnes couvertes par une mutuelle. Pour les soins de ville, les plus grands écarts en termes de dépense sont plus liés au bénéfice ou non d'une affection de longue durée (ALD) qu'au type de complémentaire santé. S'agissant des médicaments, des consultations de généralistes et des soins dentaires, les bénéficiaires de la CMU-C adultes ont néanmoins des montants moyens de dépense supérieurs à ceux des bénéficiaires d'une couverture complémentaire classique.

Enfin, le Fonds CMU-C a opéré un rapprochement entre la CMU-C et la consommation de soins et biens médicaux en population générale sur une longue période, de 2005 à 2016. Les soins de ville constituent le premier poste financé par la CMU-C, avec les trois quarts de la dépense (un quart pour l'hôpital). Cette répartition entre soins de ville et hôpital est restée stable de 2005 à 2016. *A contrario*, pour l'assurance maladie de base, les soins hospitaliers occupent la première place, avec 55 % de la dépense totale (proportion régulière sur la période étudiée). Pour la part complémentaire, les changements sur les onze dernières années portent sur la baisse générale de la part des médicaments, l'augmentation du poids des soins dentaires pour la CMU-C (soins courants et soins prothétiques), et l'augmentation de la part des dispositifs médicaux pour la seule population générale.

¹⁴ Part régime obligatoire et ticket modérateur, hors dépassements

2.3. DES CREDITS D'IMPOTS ACS ESTIMES A 390 MILLIONS D'EUROS AU TITRE DE 2018

2.3.1. La dépense totale

Le montant total des crédits d'impôts ACS déclarés par les organismes complémentaires (OC) au titre de 2018 est estimé à 390 M€ pour 2018. En comparaison, le remboursement aux OC des déductions CMU-C est estimé à 202 M€ (530 000 personnes protégées).

La dépense prise en charge par le fonds dans ce cadre dépasse donc largement celle consacrée à la CMU-C gérée par les OC.

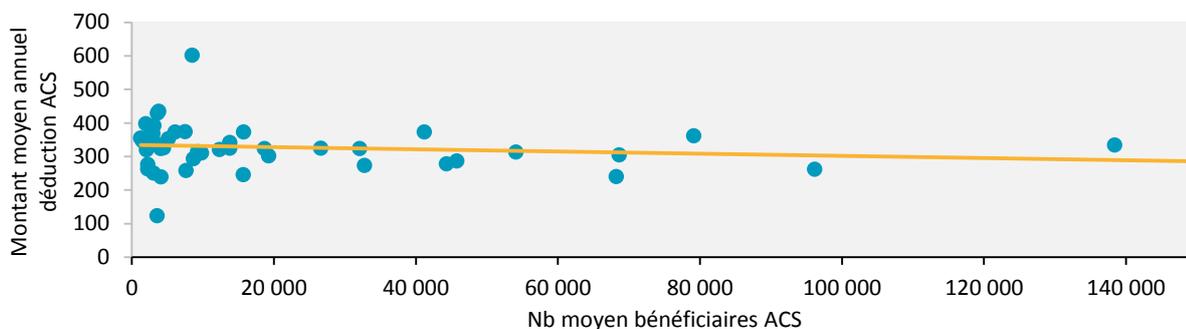
Il s'agit néanmoins de dépenses de natures très différentes puisque l'une consiste à prendre en charge une partie du financement des primes des contrats de complémentaire santé (remboursement des chèques ACS) tandis que l'autre vise à financer les dépenses de complémentaire santé des bénéficiaires (CMU-C).

2.3.2. Un montant moyen de la déduction par bénéficiaire en baisse

Le montant moyen annuel de la déduction ACS est estimé à 314 € par personne couverte en 2018¹⁵ contre 309 € en 2017.

Une certaine dispersion est cependant constatée autour de cette moyenne comme en atteste la figure ci-dessous reprenant la situation des 50 OC couvrant le plus grand nombre de bénéficiaires. Toutefois, plus le nombre de personnes couvertes est important, plus la moyenne de l'OC converge vers la moyenne générale.

Figure 25 – Déductions moyennes ACS en 2018 par OC (50 redevables déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires)



Champ : 50 redevables de la TSA ayant déclaré le nombre de bénéficiaires de l'ACS le plus élevé en 2018

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 16 février 2019

¹⁵ Estimation sur la base des déclarations trimestrielles initiales redressées d'un coefficient correcteur constaté sur le TR 2017 mais ne tenant pas compte des régularisations éventuellement opérées sur le TR 2018

3. L'évaluation de l'incidence des réformes

3.1. LE BILAN DE LA REFORME DE L'ACS DE JUILLET 2015

Cette partie reprend plusieurs résultats présentés dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur l'ACS paru en novembre 2018 (situation de l'ACS au 31 décembre 2017)¹⁶.

3.1.1. L'ACS a été transformée en 2015

Depuis la réforme du 1^{er} juillet 2015, l'ACS est utilisée sur des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité/prix dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Le bénéficiaire de l'aide obtient une réduction sur le coût de sa complémentaire santé, en présentant son chèque ACS auprès de l'organisme complémentaire choisi.

Les contrats proposent au minimum la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %), la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie.

À ces garanties socle, s'ajoutent trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète pour l'optique, l'audioprothèse et les prothèses dentaires :

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

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

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

Depuis le 1^{er} octobre 2017, les tarifs de prise en charge des soins prothétiques dentaires et orthodontiques applicables aux bénéficiaires de la CMU-C sont désormais également opposables aux chirurgiens-dentistes pour les bénéficiaires de l'ACS.

La sélection des contrats ACS initialement prévue pour une durée de trois ans devait arriver à échéance le 1^{er} juillet 2018. Cette échéance a été reportée au 31 décembre 2018 par le décret n° 2017-1363 du 19 septembre 2017, afin de permettre un bilan exhaustif de la première procédure de mise en concurrence. Au regard de la nécessité d'articuler les contrats ACS avec la réforme du « 100 % Santé » (pas de reste à charge sur l'optique, les prothèses dentaires et les audioprothèses), le décret n°2018-225 du 30 mars 2018 prorogé de nouveau l'échéance jusqu'au 31 décembre 2019. Pour tenir compte des contraintes que pourrait faire peser ce report de la procédure sur les organismes complémentaires proposant des contrats ACS, le décret les autorise à demander le retrait de leurs contrats de la liste de ceux sélectionnés à compter du 1^{er} janvier 2019.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 instaure un nouveau dispositif qui met fin *de facto* à la procédure de mise en concurrence. À partir du 1^{er} novembre 2019, les bénéficiaires de l'ACS auront accès, à la place de l'ACS, à la CMU-C, en contrepartie d'une participation financière et pourront ainsi accéder aux soins inclus dans le panier de soins CMU-C sans restes à charge. Comme la CMU-C actuelle, la CMU-C avec participation financière sera

¹⁶ Cf. http://www.cmu.fr/rapports_prix_contenu.php

gérée par la caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire privé. Le bénéficiaire choisira son organisme gestionnaire dans le formulaire de demande CMU-C. Il n'y aura plus d'attestation chèque ACS à transmettre à son organisme complémentaire. En revanche, le bénéficiaire devra transmettre une autorisation de prélèvement à sa CPAM ou à son organisme complémentaire pour s'acquitter de la participation financière due.

L'année 2020 est une année de transition où la nouvelle CMU-C coexistera avec les contrats ACS qui prendront fin petit à petit jusqu'à fin octobre 2020. Il sera possible, pour les bénéficiaires d'un contrat ACS, de le résilier sans frais ni pénalités pour passer à la CMU-C avec participation financière avant l'échéance de leur contrat.

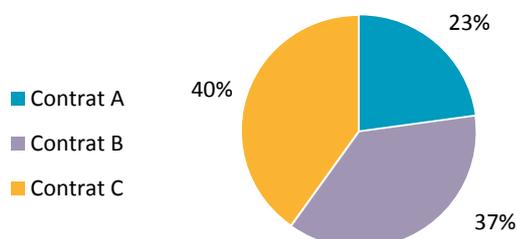
3.1.2. Les effectifs couverts par un contrat ACS ont continué de progresser et deux tiers de ces personnes se sont tournées vers les contrats de niveau supérieur ou intermédiaire

Depuis juillet 2015, le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS est passé de 980 000 à 1 270 000, soit une augmentation de près de 300 000 personnes (+ 30 %) en trois ans et demi.

La répartition des personnes protégées par type de contrat n'évolue pas dans le temps : le contrat C, qui offre le niveau de garanties le plus élevé, reste prédominant avec 40 % des personnes couvertes par un contrat ACS. Plus des trois quarts des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur (contrat C) et / ou intermédiaire (contrat B).

Ils sont désormais 23 % à choisir le plus faible niveau de garantie, le contrat A, alors qu'ils étaient 43 % à fin 2014 (avant réforme) à avoir choisi des contrats de niveau équivalent au contrat A.

Figure 26 – Répartition des personnes couvertes par les contrats ACS selon le niveau de garantie



Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2017

3.1.3. Le prix des contrats ACS a baissé de 10 % depuis la mise en place de la réforme

Au 31 décembre 2017, le prix moyen du contrat ACS s'établit à 827 € pour 1,61 personne couverte en moyenne, soit 514 € par personne et par an. Le prix par personne a augmenté de 1,1 % par rapport au 31 décembre 2016. Cette évolution peut s'expliquer par l'augmentation de l'âge moyen des bénéficiaires de l'ACS (+ 1 an) et la revalorisation des tarifs dans la limite de l'ONDAM (+ 1,75 %) pour 9 groupements¹⁷.

Dans le même temps, le montant moyen de déduction ACS est stable : + 0,2 %.

Au global, le montant du reste à payer moyen par contrat a augmenté de 2,1 % entre 2016 et 2017, passant de 317 € à 324 € (+ 7 €). En moyenne, 62 % du prix du contrat est pris en charge par l'ACS.

Par rapport à la situation avant la réforme à fin novembre 2014, le prix du contrat a baissé de 9,8 % sur trois ans alors même que les prix du marché ont progressé de manière significative sur la période. Le montant moyen par contrat restant à payer par les bénéficiaires a diminué de 26 %. Ces résultats confirment la baisse importante du prix des contrats consécutive à la réforme de 2015 alors même que le niveau moyen des garanties s'est nettement amélioré (cf. rapport annuel ACS, novembre 2018).

¹⁷ Deux groupements n'ont pas fait évoluer leurs grilles tarifaires

Par personne, le gain est encore un peu plus marqué : le prix moyen du contrat par bénéficiaire a reculé de 10,7 % depuis 2014 et le reste à payer individuel moyen sur la prime a baissé de 26,6 %.

Ce sont cependant toujours les plus âgés qui sont confrontés aux restes à payer les plus élevés. En effet, la prime augmente avec l’âge alors que le montant de l’ACS reste stable après 60 ans.

En outre, l’analyse des grilles tarifaires montre qu’il existe des écarts entre les 11 offres. Ces écarts ont tendance à s’accroître avec l’âge. Les tarifs et les restes à charge des 11 offres sont plus élevés et plus dispersés pour les personnes les plus âgées.

Tableau 23 – Les principaux chiffres de l’enquête sur l’ACS selon les contrats souscrits : prix, reste à payer, taux d’effort au 31 décembre 2017

	Moyenne 3 contrats ACS	A	B	C	Évolution / fin 2014 (avant réforme)
Nombre personnes par contrat	1,61	1,76	1,68	1,47	1,1%
Prix moyen par contrat	827 €	695 €	827 €	889 €	-9,8%
Prix moyen par personne	514 €	396 €	491 €	603 €	-10,7%
Montant déduction moyenne par contrat	503 €	507 €	515 €	492 €	5,1%
Montant déduction moyenne par personne	313 €	289 €	306 €	334 €	3,9%
Reste à payer moyen par contrat	324 €	189 €	312 €	397 €	-25,9%
Reste à payer moyen par personne	202 €	107 €	186 €	270 €	-26,6%
Taux de reste à payer moyen par contrat	37,8%	25,5%	37,1%	44,3%	-16,8%
Taux d’effort par foyer	2,8%	1,5%	2,6%	3,5%	-29,3%

Source : 11 groupements gestionnaires de l’ACS (Enquête annuelle sur l’ACS – novembre 2018)

3.2. L’OPPOSABILITE DES TARIFS POUR LES HONORAIRES MEDICAUX ET LE PLAFONNEMENT DES TARIFS POUR LES SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES INFLUENCENT FORTEMENT LE NIVEAU DE GARANTIE DES CONTRATS ACS

Depuis février 2013, les bénéficiaires de l’ACS ne peuvent se voir facturer de dépassement d’honoraires pour toutes les consultations de médecine en ville ou à l’hôpital. Les contrats ACS ne prévoient donc aucun remboursement associé à ces dépassements. Or, avec la méthodologie usuelle de classement des contrats dans la typologie de la DREES, cela aboutit à classer ces contrats dans les catégories aux niveaux de garanties les plus faibles et donc, à sous-estimer le niveau de couverture réel des frais de santé des souscripteurs des contrats ACS.

L’objectif est donc de valoriser l’opposabilité des tarifs pour les honoraires médicaux dans le classement des contrats. Pour y parvenir, une méthode de classement a été spécialement mobilisée par la DREES dès 2016 (cf. http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2018-11-29_RapportAnnuel_ACS_2017_Internet.pdf).

Cette méthode a été enrichie afin de prendre en compte l’effet de la mise en place de tarifs plafonds sur les prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l’ACS à compter du 1^{er} octobre 2017.

La méthode retenue repose sur un score, calculé pour chaque contrat complémentaire : il reflète le niveau de prise en charge du reste à charge après intervention du régime d’assurance maladie obligatoire, sur chacune des garanties classantes retenues par la typologie de la DREES.

En 2016, sur le marché individuel, les 10 % de personnes les mieux couvertes sont remboursées par leur contrat complémentaire d’au moins 78 % de leur reste à charge après intervention du régime obligatoire sur le panier de soins défini par la DREES dans le cadre du score. Les 10 % des personnes les moins bien couvertes sont remboursées de moins de 43 % de leur reste à charge après intervention du régime obligatoire.

■ Effet de la prise en compte de l'opposabilité des tarifs sur les honoraires médicaux en ville et à l'hôpital sur le niveau de couverture complémentaire

Sans respect de l'opposabilité des tarifs, le contrat C serait situé dans le deuxième décile de la population couverte en individuel (les 20 % les moins bien couverts) : 48 % du reste à charge de référence est pris en charge par le contrat.

Avec la prise en compte de l'opposabilité des tarifs sur les honoraires médicaux en ville et à l'hôpital, le contrat C est situé dans le troisième quartile de la population couverte par un contrat individuel : 70 % du reste à charge de référence est alors pris en charge par le contrat.

Encadré 5 – La souscription des contrats ACS a un effet protecteur contre les dépassements d'honoraires des médecins

Les bénéficiaires d'attestations ACS ne peuvent théoriquement pas se voir appliquer de dépassements d'honoraires par les médecins, que ces derniers exercent en ville ou à l'hôpital et quel que soit leur secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2). Ce principe s'applique à tout détenteur d'attestation ACS qu'il ait ou non souscrit un contrat ACS.

Aujourd'hui, l'opposabilité des tarifs n'est pas toujours appliquée aux bénéficiaires de l'ACS par les médecins. Cela est notamment rappelé dans le rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité élaboré en 2018 par Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet (cf. http://www.cmu.fr/rapports_evaluation.php).

Selon les données transmises par la CNAM, la très grande majorité des médecins exerçant en secteur 1 appliquent la convention. En revanche, une part importante des médecins exerçant en secteur 2 ne respecte pas l'opposabilité des tarifs, ce qui induit des restes à charge importants pour les assurés concernés ou du renoncement aux soins – les contrats ACS ne prenant en charge aucun remboursement de dépassement d'honoraires.

Néanmoins, le taux de dépassement est plus faible lorsque le bénéficiaire est couvert par un contrat ACS : 1,7 % contre 4,7 % pour les bénéficiaires n'ayant pas souscrit de contrat ACS. Ces résultats mettent en évidence le caractère protecteur des contrats ACS contre les dépassements des médecins. Cela peut s'expliquer par la mise en place du tiers payant intégral pour ces contrats qui figure sur la carte vitale du bénéficiaire couvert.

► Tableau 24 – Taux de dépassement par les médecins à décembre 2017 (dépassement sur base de remboursement)

	Total	Secteur 1	Secteur 2
Bénéficiaires de l'ACS couverts par un contrat A, B ou C	1,7%	0,4%	7,2%
Bénéficiaires de l'ACS non couverts par un contrat A, B ou C	4,7%	0,8%	24,5%

Source : CNAM

■ Effet de la prise en compte du plafonnement des tarifs prothétiques dentaires sur le niveau de couverture complémentaire

La mise en place au 1^{er} octobre 2017 de tarifs opposables sur les prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS améliore la prise en charge offerte par l'ACS. En effet, sans modifier le niveau des garanties dans les contrats (125 %

du tarif de la sécurité sociale pour les contrats A, 225 % pour les contrats B, 300 % pour les contrats C), elle diminue le reste à charge auquel les bénéficiaires de l’ACS peuvent être exposés *via* le plafonnement des tarifs.

En appliquant les tarifs plafonds, le contrat C passe du 3^{ème} quintile au dernier décile de la population couverte en individuel, soit parmi les 10 % les mieux couverts en individuel. Le score évolue de 0,70 à 0,80 (+ 10 points) : 80 % du reste à charge de référence est alors pris en charge par le contrat.

On passe des 20 % les moins bien couverts aux 10 % les mieux couverts si on prend pour référence l’absence totale d’opposabilité.

Tableau 25 – Mesure des effets de l’opposabilité sur les honoraires médicaux et le plafonnement des tarifs des soins prothétiques dentaires, sur le classement des contrats ACS

Déciles ou quintiles de bénéficiaires		Marché individuel 2016 : valeur de quantile de score	Classement des contrats ACS					
			Sans opposabilité		Avec opposabilité sur les honoraires médicaux			
					Avant réforme en dentaire		Après réforme en dentaire	
Quantile		Nom du contrat	Score du contrat	Nom du contrat	Score du contrat	Nom du contrat	Score du contrat	
Q5	D10	1,00					C	0,80
	D9	0,77						
Q4		0,73						
Q3		0,72			C	0,70	B	0,64
Q2		0,61			B	0,54		
Q1	D2	0,51	C	0,48			A	0,43
	D1	0,43	B A	0,32 0,10	A	0,32		

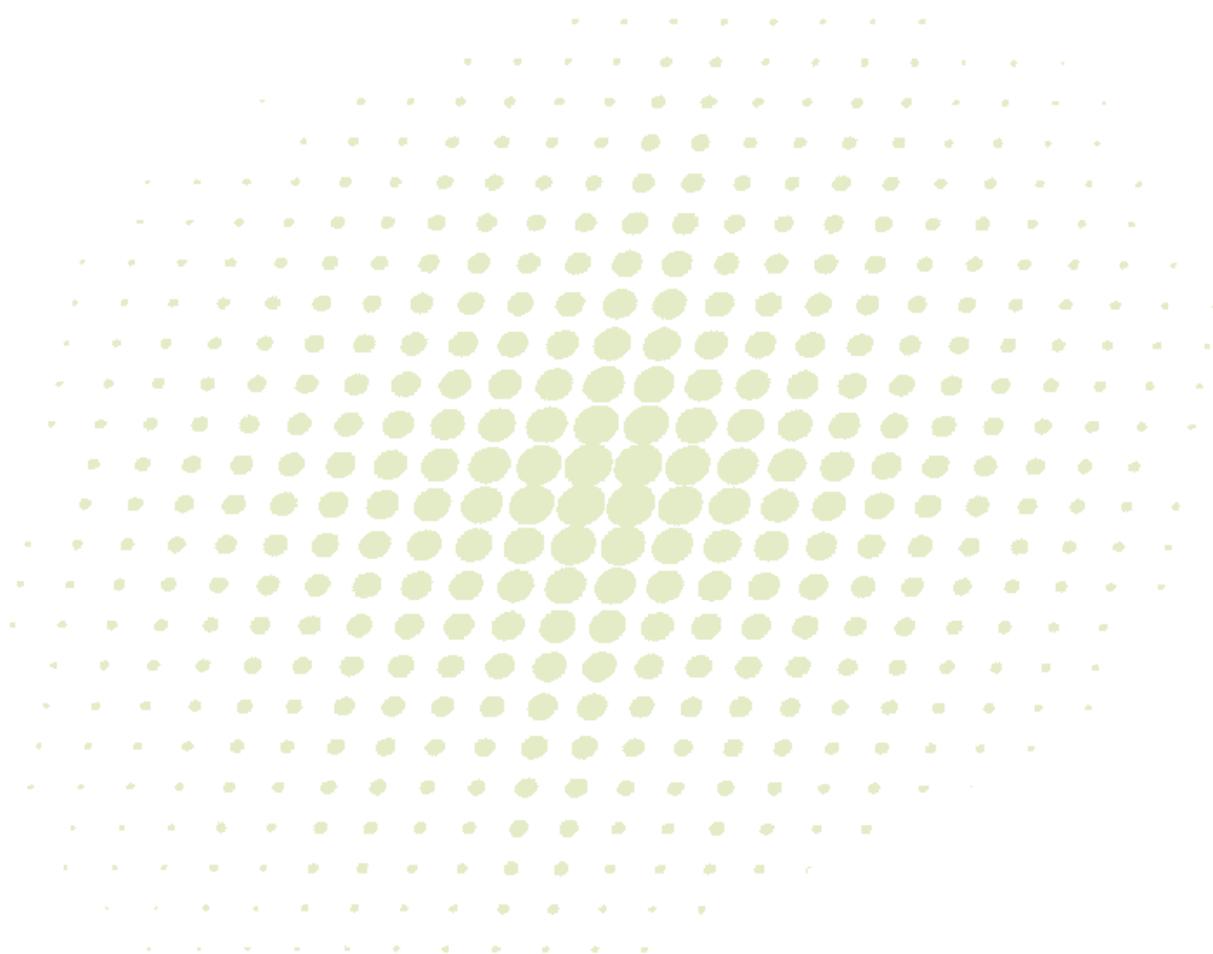
Note de lecture : sur le marché individuel, les 10 % des bénéficiaires de contrats possédant les scores les plus élevés ont un score supérieur à 0,77. Ces personnes sont donc remboursées par leur contrat d’au moins 77 % de leur reste à charge après intervention du régime obligatoire sur le panier de soins défini par la DREES dans le cadre du score (référence : les personnes protégées par un contrat ACS en 2016).

Champ : contrats modaux individuels en 2016 représentant hors ACS et CMU – C (autour de 50 % du marché individuel – enquête DREES 2016), et contrats ACS avant/après mise en place de tarifs opposables sur les honoraires médicaux

Méthode : extrapolation des contrats modaux à l’ensemble des contrats

Sources : Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé 2016, décret instaurant les garanties des contrats ACS après appel d’offres, DCIR 2013 (profil de consommation sur les soins autres que dentaire), DCIR 2016 (profil de consommation sur les soins dentaires), calculs DREES

III. La mission d'analyse des dispositifs



1. Les modalités d'analyse

1.1. LES DIFFERENTS RAPPORTS DU FONDS CMU-C

Dans le cadre de sa mission d'analyse des dispositifs, le Fonds CMU-C produit plusieurs rapports.

Ces rapports sont envoyés aux administrations, aux partenaires du fonds (associations, caisses nationales, fédérations, organismes complémentaires, etc.) et aux journalistes.

Ils sont également disponibles en version dématérialisée sur le site du fonds et accessibles à tous.

1.1.1. Les rapports d'évaluation

En application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, le Gouvernement présente, tous les deux ans, au Parlement un rapport d'évaluation de la loi instituant la couverture maladie universelle. L'élaboration des huit derniers rapports d'évaluation a été confiée au Fonds CMU-C.

Ce document dresse un état des lieux des dispositifs et contient un ensemble de propositions et de pistes de travail dans la perspective d'améliorer le fonctionnement et l'accès à la CMU-C et à l'ACS.

Les partenaires du Fonds CMU-C (associations, caisses nationales, fédérations, organismes complémentaires, etc.) sont sollicités pour contribuer à la réalisation de ce rapport.

En 2018, le fonds a publié deux rapports d'évaluation :

- le rapport d'évaluation 2016 ;
- le rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité¹⁸.

1.1.2. Les rapports annuels d'activité

Le rapport d'activité du Fonds CMU-C reprend les éléments quantitatifs et qualitatifs relatifs aux dispositifs. Il présente l'activité du Fonds CMU-C ainsi que les éléments budgétaires et financiers de l'exercice.

Les rapports annuels d'activité sont approuvés par le conseil d'administration et présentés au conseil de surveillance pour avis.

1.1.3. Les rapports annuels sur l'ACS

Prévu par l'article L.863-5 du code de la sécurité sociale, ce rapport présente chaque année une analyse du prix et du contenu des contrats ACS, ainsi que des éléments sur le profil des bénéficiaires et sur leurs dépenses de santé (analyse des restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire).

Ce rapport est remis au Parlement par le Gouvernement.

1.1.4. Les rapports sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C

Prévu par l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale, ce rapport présente chaque année la dépense moyenne de santé par bénéficiaire, au titre de la CMU-C. L'analyse est faite pour les régimes obligatoires et les organismes complémentaires.

Ce rapport est remis au Parlement par le Gouvernement.

¹⁸ Cf. chapitre III.2 du présent rapport

1.1.5. Les rapports d'études et de recherche

Le Fonds CMU-C publie également les résultats des études réalisées en collaboration avec différents partenaires (DREES, IRDES, EN3S, ODÉNORE, CRÉDOC, Défenseur des Droits, organismes complémentaires, associations, caisses d'assurance maladie, etc.).

1.2. LE PILOTAGE DE TRAVAUX D'ETUDE ET DE RECHERCHE

Dans le cadre de ses missions d'analyse des dispositifs d'aide à la complémentaire santé et outre les analyses statistiques qu'il peut mener directement, le Fonds CMU-C établit un programme pluriannuel d'études destinées à éclairer la mise en œuvre des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS dans leurs aspects financiers, sanitaire et social. Le Fonds CMU-C s'appuie ainsi pour partie sur les conclusions de ces études pour formuler des préconisations en vue d'améliorer l'accès aux droits et aux soins.

En termes de méthodologie, ces études pilotées par le Fonds CMU-C couvrent un large spectre : il s'agit à la fois d'enquêtes quantitatives pour disposer d'informations statistiques fiables, d'enquêtes qualitatives approfondies pour comprendre un phénomène, de travaux de recherche sociologiques, etc. Ces travaux sont menés avec l'appui de chercheurs et parfois en collaboration avec d'autres partenaires comme des CPAM, des associations ou des étudiants de l'EN3S.

L'année 2018 a été marquée par l'aboutissement de plusieurs travaux de recherche qui ont permis d'alimenter une réflexion prospective sur les dispositifs ou d'établir un bilan de réformes passées :

- l'analyse de l'IRDES sur la baisse de la dépense moyenne de CMU-C par bénéficiaire depuis 2012 ;
- la recherche d'ATD-Quart Monde sur le développement de la médecine ambulatoire pour les personnes précaires relevant de la CMU-C et de l'ACS. ;
- la recherche action de l'EN3S sur l'introduction des tarifs plafonds applicables aux soins prothétiques dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS depuis le 1^{er} octobre 2017.

L'ensemble de ces travaux a été présenté au conseil de surveillance du Fonds CMU-C et mis à disposition du grand public sur le site du Fonds CMU-C.

En 2018, le fonds a également commandé une étude auprès du COMPAS (Centre d'observation et de mesure des politiques d'action sociale) pour comprendre les motifs de non-utilisation des attestations ACS. Les résultats de cette analyse, menée en partenariat avec quatre CPAM, sont attendus au printemps 2019.

2. Formuler des propositions : en 2018, le rapport d'évaluation du Fonds CMU-C

2.1. UN RAPPORT INSCRIT DANS LA LFSS POUR 2018 : CONTEXTE ET PRINCIPES RETENUS

Par lettre de mission du 9 avril 2018, le Gouvernement a confié au Docteur Philippe DENORMANDIE, membre du conseil d'administration de la CNSA, et à Mme CORNU-PAUCHET, directrice du Fonds CMU-C, le soin d'élaborer en trois mois le rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité inscrit à l'article 64 de la LFSS pour 2018.

Mobilisant les travaux et rapports existants sur le constat des difficultés d'accès aux soins de ces populations, la mission a adopté une démarche de consultation la plus large possible des acteurs œuvrant pour l'accès aux droits et aux soins. Transmis au Parlement courant septembre 2018, le rapport émet 12 principales recommandations et 42 propositions concrètes.

Les conclusions du rapport ont été présentées à de nombreux interlocuteurs concernés par l'accès à la santé des personnes en situation de précarité et de handicap : cabinets du Premier Ministre, de la Ministre des solidarités et de la santé et de la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, secrétaire d'Etat auprès de la Ministre de la santé, instances de gouvernance du fonds, associations partenaires du fonds, conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), conseil national de lutte contre l'exclusion (CNLE), agences régionales de santé (ARS), commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, etc.

Une partie des propositions ont d'ores et déjà été reprises dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, de la LFSS pour 2019, de la stratégie « ma santé 2022 », ou des priorités fixées par le comité interministériel du handicap (CIH).

Les rapporteurs ont retenu quatre grands principes tout au long de la mission pour établir leurs propositions :

- 1. Redonner une place centrale à l'individu : partir des besoins et de la vision des personnes vulnérables ;
- 2. Inverser le modèle du système de santé en généralisant la démarche du « aller-vers » : passer d'une logique de droits et de soins « quérables », pour tendre vers une logique pro-active (faire en sorte que le droit à une couverture maladie, le soin et la prévention aillent à la personne plutôt que l'inverse) ;
- 3. Repenser la responsabilité et l'implication de l'ensemble des acteurs, la santé n'apparaissant pas comme une priorité en particulier dans le champ du handicap ;
- 4. Favoriser des solutions qui s'intègrent dans le droit commun dans une approche sociétale inclusive, toute mesure visant à développer une offre de soins spécifique devant être construite en vue de réintégrer les personnes dans le droit commun.

Enfin, les freins à l'accès aux soins courants des personnes fragiles mettent en évidence des difficultés qui peuvent concerner toute la population. Aussi, les rapporteurs recommandent que les solutions présentées dans ce rapport préfigurent pour certaines ce que pourraient être les solutions pour faire évoluer le système de santé.

2.2. DOUZE PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET 42 PROPOSITIONS DÉTAILLÉES

Les propositions du rapport sont articulées autour de quatre objectifs :

- 1. Lever les barrières financières d'accès à la santé ;
- 2. Faciliter l'accès à la santé en développant la démarche du « aller vers » ;

- 3. Mieux valoriser la spécificité de la prise en charge (en médecine de ville ou dans les établissements sanitaires et médico-sociaux), et décloisonner les prises en charge (les financements) ;
- 4. Assurer un pilotage efficient de la santé de la population à tous les niveaux, en développant également une démarche participative d'évaluation des mesures mises en place par les personnes concernées.

Ainsi, le rapport préconise de rendre automatique l'ouverture du droit à une couverture santé et son renouvellement pour des populations qui de par leur situation de fragilité, ont du mal à accéder au droit : attribuer et renouveler automatiquement la CMU-C aux allocataires du RSA, renouveler automatiquement le bénéfice de l'ACS aux allocataires de l'AAH,.... Ayant par ailleurs observé une hétérogénéité importante de l'instruction du droit à l'AME, la mission recommande d'harmoniser l'instruction de l'AME à la faveur de sa centralisation sur trois CPAM en 2019, et de mettre en place des comités de suivi entre l'Assurance maladie et les associations.

Lever les barrières financières d'accès à la santé en offrant aux personnes fragiles une couverture protectrice sans restes-à-charge sur leurs dépenses de santé constitue une autre proposition centrale du rapport. L'extension de la couverture CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS inscrite en LFSS 2019 répond à cet enjeu. Elle permettra à des personnes particulièrement vulnérables (en situation de handicap allocataires de l'AAH ou retraités percevant le minimum vieillesse) d'accéder gratuitement à des soins ou dispositifs médicaux pour lesquels elles ont aujourd'hui des restes à charge potentiellement élevés.

Les auteurs proposent également de généraliser la démarche du « aller vers » au moyen du développement d'un système « universel » de repérage, d'orientation et d'accompagnement pour ramener les personnes fragiles vers le soin sur le modèle du dispositif PFIDASS de la CNAM. Ils proposent également de renforcer les dispositifs mobiles du « aller-vers » existants.

Par ailleurs, faciliter l'accès à la santé passe par une amélioration de la valorisation du temps et de la complexité de la prise en charge des populations concernées, en ville comme dans les structures sanitaires et médico-sociales, ainsi que par une clarification des frontières de la prise en charge (en particulier pour le panier de soins des établissements médico-sociaux).

Enfin, les auteurs recommandent de renforcer le pilotage de la santé à tous les niveaux : intégrer des indicateurs de suivi de la santé de ces populations dans la certification et l'évaluation des établissements sanitaires et médico-sociaux et dans les CPOM, et mettre en place des observatoires nationaux de la santé de ces populations.

Encadré 6 – Les 12 principales recommandations du rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et de personnes en situation de précarité

Rendre effectif le droit à une couverture santé

- Rendre automatique l'ouverture du droit (CMU-C aux bénéficiaires du RSA) et son renouvellement (ACS aux bénéficiaires de l'AAH en situation de précarité)
- Sécuriser et harmoniser l'instruction du droit à l'AME sur le territoire en s'appuyant notamment sur des comités de suivi entre l'assurance maladie et les associations

Rendre les soins financièrement accessibles

- Offrir aux bénéficiaires de l'ACS une couverture santé aussi protectrice que la CMU-C, sans reste à charge sur leurs dépenses de santé
- Réduire et harmoniser les restes à charge pour les dispositifs médicaux

Faciliter l'accès à la santé

- Repérer, orienter et accompagner les personnes en s'appuyant sur le dispositif PFIDASS (plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) de la CNAM et en développant les partenariats
- Doter les dispositifs mobiles du « aller-vers » de financements pérennes et assurer une meilleure couverture de ces dispositifs sur le territoire
- Doter les structures d'hébergement social et les SIAO de compétences soignantes capables d'orienter les personnes vers les structures sanitaires et médico-sociales adaptées

Mieux valoriser les spécificités de la prise en charge

- Valoriser le temps et la complexité de prise en charge dans les soins de ville, les structures sanitaires et médico-sociales
- Finaliser, rendre transparent et homogène sur le territoire le panier de soins des établissements médico-sociaux

Assurer un pilotage efficient de la santé de ces populations à tous les niveaux

- Intégrer des indicateurs de suivi de la santé de ces populations dans la certification et l'évaluation des établissements et services sanitaires et médico-sociaux
- Mettre en place un observatoire de la santé et de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ainsi qu'un observatoire de la santé et de l'accès aux soins des migrants
- Fournir annuellement au Parlement des indicateurs relatifs à l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et en situation de précarité

3. Suivre et analyser le non-recours au droit

3.1. UN TAUX DE RECOURS ESTIMÉ À 60 % POUR LA CMU-C ET À 50 % POUR L'ACS

La DREES évalue la population éligible à la CMU-C et à l'ACS vivant dans un ménage ordinaire et en métropole. À l'automne 2018, elle a présenté l'estimation pour 2017 et a revu celles des années 2015 et 2016.

Les taux de recours présentés ne sont pas directement comparables à ceux parus dans les rapports précédents compte tenu des corrections apportées dans les modes de calcul¹⁹.

Les estimations sont par ailleurs présentées sous forme de fourchettes.

■ Population éligible à la CMU-C

En 2017, la population éligible à la CMU-C en métropole est comprise entre 6,6 et 7,9 millions de personnes, chiffres parfaitement stables par rapport à 2016. Avec une moyenne de 4,4 millions de bénéficiaires, le taux de recours au dispositif se situe entre 55 % et 66 %, avec un milieu d'intervalle à hauteur de 60 %.

■ Population éligible à l'ACS

Le nombre de personnes éligibles à l'ACS se situe entre 2,9 et 4,2 millions de personnes en 2017, stable par rapport à 2016 (entre 3,0 et 4,3 millions). Parmi ces personnes éligibles, on estime qu'une proportion de 20 % dispose d'un contrat collectif obligatoire d'entreprise en 2016 et 2017 (vs. 16 % en 2015). Leur nombre est ici retranché de la population cible même si en droit ces personnes sont bien éligibles à l'ACS²⁰.

Avec une moyenne de 1,4 million de bénéficiaires d'attestations ACS en 2017, le taux de recours au dispositif se situe entre 41 % et 59 %, avec un milieu d'intervalle à hauteur de 50 %. C'est la première fois que ce seuil est atteint s'agissant de l'estimation du taux de recours à l'ACS.

Tableau 26 – Populations éligibles et taux de recours à la CMU-C et à l'ACS entre 2015 et 2017

	CMU-C			ACS		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Personnes éligibles, borne inférieure en millions	6,4	6,6	6,6	3,4	3,0	2,9
Personnes éligibles, borne supérieure en millions	7,7	7,9	7,9	4,8	4,3	4,2
Effectif moyen annuel, en millions	4,3	4,5	4,4	1,2	1,2	1,4
Taux de recours inférieur	56%	57%	55%	29%*	36%*	41%*
Taux de recours supérieur	67%	68%	66%	42%*	52%*	59%*

*Note : Pour l'ACS, le nombre de personnes éligibles a été réduit de la part des bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires estimée à 20 % en 2016 et 2017 (16 % en 2015).

Source : DREES, Champ : métropole, ménages ordinaires

La progression sensible du recours à l'ACS depuis la mise en place de la réforme de juillet 2015 fait notamment suite à la campagne de communication lancée en avril 2016 – et reconduite périodiquement – par la branche maladie du régime général avec pour objectif de faire connaître l'existence de l'ACS et d'inciter tout particulièrement les jeunes

¹⁹ Les changements concernent : la part des ménages ordinaires au sein des personnes couvertes par la CMU-C et l'ACS : effet à la baisse sur les deux taux de recours (baisse de 5 à 6 points pour la CMU-C et de 2 à 3 points pour l'ACS) ; la part des personnes couvertes par un contrat collectif obligatoire d'entreprise : effet à la hausse sur les taux de recours 2016 et 2017 de l'ACS

²⁰ En application de l'article D.911-2 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS peuvent bénéficier d'une dispense d'adhésion au contrat collectif obligatoire. Cette dispense est valable jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de l'ACS ou de la CMU-C

de moins de 25 ans, les demandeurs d'emploi et les seniors à effectuer une simulation de droits sur internet. Diffusée à l'aide de spots radio, de bannières sur internet et de flyers, la campagne s'est traduite par des pics de fréquentation sur le simulateur CMU-C/ACS du portail Ameli et un nombre accru de téléchargements du formulaire de demande.

3.2. UN TAUX D'UTILISATION DES ATTESTATIONS ACS STABLE A 77 % QUI VARIE AVEC L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES ET SELON LES DÉPARTEMENTS

Le taux d'utilisation correspond au nombre de personnes couvertes par un contrat ACS à une date donnée rapporté à la somme des personnes ayant reçu une attestation ACS sur les 12 mois précédents.

En 2018 en moyenne, parmi les personnes ayant reçu une attestation ACS, 77 % l'ont effectivement utilisée pour souscrire un contrat de complémentaire santé.

L'attestation ACS donne droit à :

- des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre du parcours de soins coordonnés, quel que soit le médecin, même s'il pratique des honoraires libres (« secteur 2 ») ;
- des tarifs faisant l'objet d'un montant maximum de dépassement pour les soins de prothèse dentaire et d'orthodontie (depuis le 1^{er} octobre 2017) ;
- l'exonération du paiement de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales ;
- la dispense d'avance de frais pour la partie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (tiers-payant social).

Afin d'accéder à tous les avantages associés à l'ACS, le bénéficiaire doit utiliser son aide en souscrivant un contrat de complémentaire santé éligible à l'ACS. Il pourra ainsi, en plus :

- faire valoir son chèque sur le montant de son contrat de complémentaire santé ;
- avoir droit à la dispense totale d'avance des frais lors des consultations médicales (tiers payant intégral) ;
- bénéficier de garanties santé de qualité.

3.2.1. Le taux d'utilisation augmente avec l'âge

Au 31 décembre 2017, le taux d'utilisation est stable sur les classes d'âges les plus jeunes (« 0 – 15 ans », « 16 – 29 ans » et « 30 – 39 ans ») et proche de 70 %. Il augmente ensuite progressivement avec l'âge pour atteindre 93 % chez les personnes les plus âgées (« 70 ans et plus »).

D'après les données de la CNAM, au 31 décembre 2017, 58 % des personnes de plus de 60 ans protégées par un contrat ACS sont en situation de renouvellement. Le taux de renouvellement, qui s'établit à 33 % pour les moins de 60 ans, augmente régulièrement avec l'âge.

Plus les personnes sont âgées, plus elles sont installées durablement dans le droit. Parmi les plus âgées, un bon nombre bénéficie en effet de l'ASPA. Une fois entrées dans le dispositif ACS, la stabilité de leurs ressources liées au versement de l'ASPA contribue à les y maintenir. La mesure de renouvellement automatique des droits pour les bénéficiaires de l'ASPA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, conforte probablement cette situation.

Tableau 27 – Le taux d'utilisation des attestations ACS selon les classes d'âges

	Taux d'utilisation des attestations au 31 12 2017
0 - 15 ans	69,6%
16 - 29 ans	69,5%
30 - 39 ans	67,6%
40 - 49 ans	72,1%
50 - 59 ans	79,3%
60 - 69 ans	86,8%
70 ans et plus	92,6%
Total	76,6%

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2017, CNAM, CCMSA, CNDSSI

Champ : France entière

Note : Le ratio est calculé de la manière suivante : Nombre de personnes couvertes par un contrat ACS à fin décembre 2017 / nombre de personnes ayant reçu une attestation au cours de l'année 2017 par les trois principaux régimes

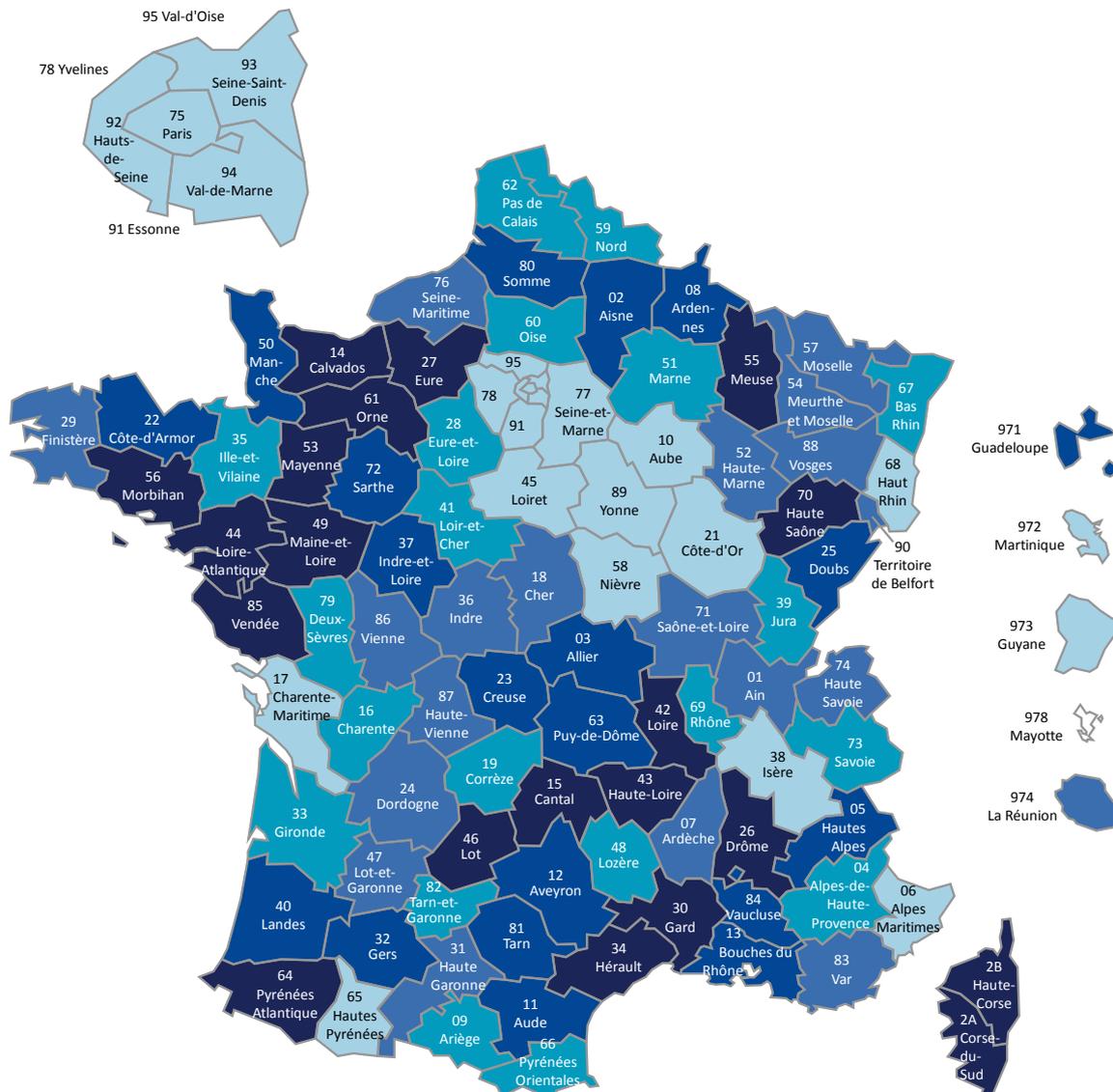
3.2.2. Le taux d'utilisation varie fortement selon les départements

Le taux d'utilisation varie de 47 % 87 % selon les départements à fin 2017.

Le taux est plus faible en Île-de-France. À l'inverse, il est globalement le plus élevé dans des départements ruraux à faible densité : à l'ouest et au centre en particulier.

Le Fonds CMU-C a sollicité le COMPAS (Centre d'observation et de mesure des politiques d'action sociale) pour mener une étude en partenariat avec quatre CPAM (Gard, Orne, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis). L'objectif est d'identifier les motifs des écarts observés entre les départements. Les résultats sont attendus d'ici la fin du 1^{er} semestre 2019.

Figure 27 – Taux d'utilisation des attestations ACS par département, situation au 31 décembre 2017



Couleur	Taux d'utilisation 2017		Nombre Dpts		
	>=	47,4%	<	75,1%	20
	>=	75,1%	<	78,6%	20
	>=	78,6%	<	80,2%	20
	>=	80,2%	<	81,6%	20
	>=	81,6%	<=	87,4%	20
				100	

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2017, CNAM, CCMSA, CNDSSSTI
Outil Philcarto
Champ : France entière

4. Suivre et analyser les conditions de santé et d'accès aux soins

4.1. L'ANALYSE DES RESTES A CHARGE ACS EN SANTE

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'ACS de 2015, les groupements d'organismes complémentaires (OC) proposant des contrats ACS sont tenus de transmettre annuellement au Fonds CMU-C les données de consommation des bénéficiaires protégés : dépenses de soins, remboursements pour les parts obligatoire et complémentaire et montants restant à la charge des assurés.

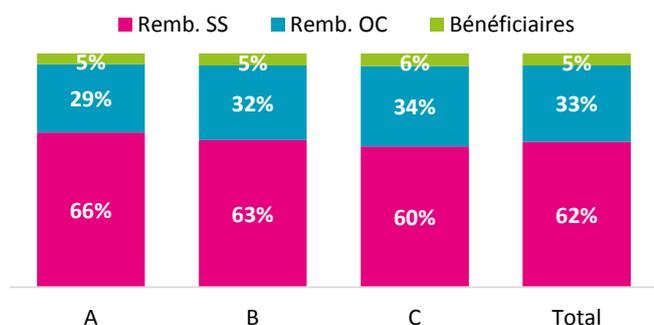
Les données concernant l'année 2017 ont été présentées dans le rapport annuel sur l'ACS paru en novembre 2018.

Sur certains postes de soins, les restes à charge restent élevés pour les bénéficiaires de l'ACS, ce qui justifie la réforme à venir de l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS.

4.1.1. Outre le financement de leur contrat, les bénéficiaires de l'ACS couvrent en moyenne 5 % de leurs dépenses de santé

La dépense de santé restant à la charge des bénéficiaires de l'ACS après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire représente 5 % de leur dépense totale²¹ pour les soins réalisés en 2017. Cette part est stable même si le niveau de prise en charge varie entre les contrats A, B et C. Cela rend compte de différences de consommation de soins selon le niveau de couverture.

Figure 28– Poids de chaque financeur dans la dépense totale de soins



Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2017

Note : dépense totale hors soins non pris en charge par les OC : les soins remboursés à 100 % (ALD, maternité), les médicaments remboursés à 15 % par la sécurité sociale, ceux ne faisant l'objet d'aucune prise en charge.

Sur certains postes de soins, la participation de l'assuré reste toutefois importante : les bénéficiaires de l'ACS financent directement entre un tiers et deux-tiers de leur dépense en prothèses dentaires selon le contrat souscrit. Cette participation est encore plus élevée pour l'audioprothèse (elle est égale aux trois-quarts de la dépense pour l'audioprothèse pour les contrats A et B).

²¹ Dépense totale hors soins non pris en charge par les OC : les soins remboursés à 100 % (ALD, maternité), les médicaments remboursés à 15 % par la sécurité sociale, ceux ne faisant l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires.

4.1.2. Pour l’optique, les prothèses dentaires et l’audioprothèse, les restes à charge par consommant ont tendance à diminuer avec le niveau de garantie, mais restent élevés

Le recours aux soins²² s’accroît avec le niveau de garantie du contrat, en particulier pour les prothèses dentaires, l’optique et les audioprothèses. Sur ces postes de soins, la dépense totale par consommant augmente aussi avec le niveau de garantie.

Les restes à charge, quant à eux, ont tendance à diminuer avec le niveau de couverture du contrat tout en restant néanmoins élevés.

4.1.2.1. Les soins prothétiques dentaires

À la différence des soins dentaires curatifs pris en charge à 100 % quel que soit le contrat, les soins prothétiques font l’objet d’une prise en charge différenciée. Ils sont remboursés à 125 % du TRSS pour le contrat A, 225 % du TRSS pour le contrat B et 300 % du TRSS pour le contrat C.

Pour les personnes ayant reçu des soins prothétiques dentaires en 2017, la dépense annuelle moyenne est comprise entre 651 € lorsqu’elles sont protégées par le contrat A et 1 095 € lorsqu’elles sont couvertes par le contrat C (+ 68 % par rapport au contrat A).

Compte tenu de la prise en charge croissante des prothèses dentaires, le reste à charge par consommant diminue avec le niveau de couverture (du contrat A au contrat C). Il reste néanmoins important, passant de 443 € pour le contrat A à 324 € pour le contrat B puis 290 € pour le contrat C.

Tableau 28 – Prothèses dentaires : Dépense moyenne annuelle par consommant répartie par financeur

		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Prothèses dentaires	A	669 €	138 €	89 €	443 €
	B	782 €	164 €	293 €	324 €
	C	1 027 €	208 €	529 €	290 €

Source : 11 groupements gestionnaires de l’ACS - Enquête annuelle sur l’ACS 2017

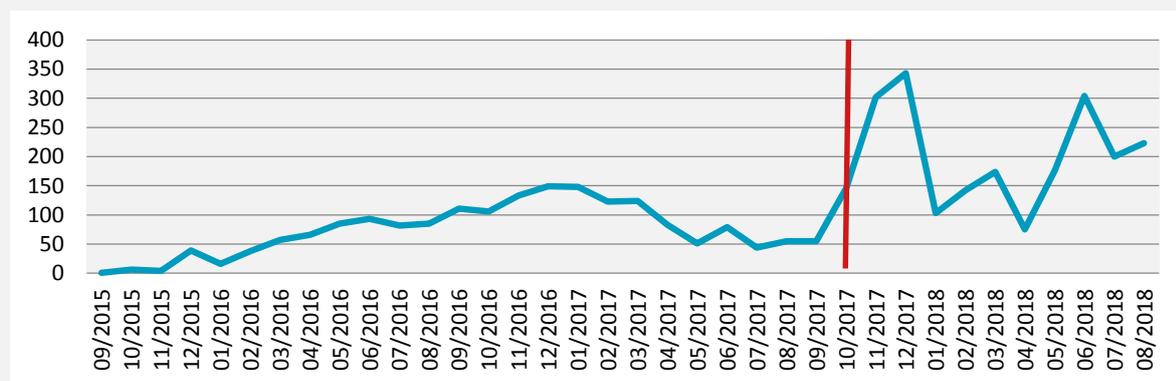
²² Taux de recours = nombre de consommateurs recensés en 2016 / stock mensuel moyen des personnes protégées en 2016

Encadré 7 – Les impacts de la mise en place des tarifs plafonds pour les prothèses dentaires et l'orthodontie pour les bénéficiaires de l'ACS

Les données agrégées transmises par les OC concernant les soins réalisés en 2017 et présentent donc peu de recul par rapport à l'introduction des tarifs opposables en octobre 2017. C'est la raison pour laquelle le Fonds CMU-C a sollicité un groupement afin d'obtenir des données détaillées par actes dans le but d'analyser les effets de la mise en place de tarifs plafonds pour les soins de prothèses dentaires et d'orthodontie des bénéficiaires de l'ACS.

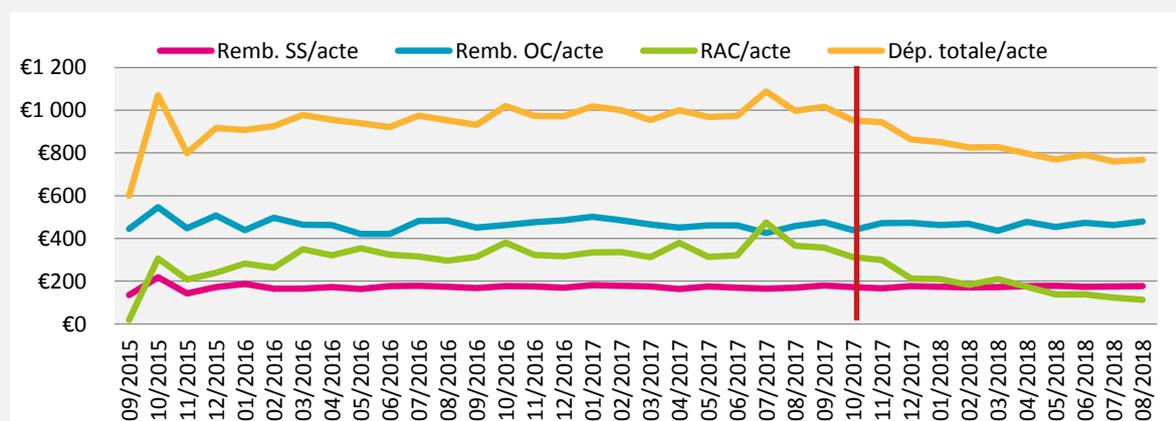
L'analyse porte sur la consommation des prothèses dentaires de septembre 2015 à août 2018. Elle met en évidence, à partir d'octobre 2017, l'augmentation globale du nombre d'actes de prothèses dentaires et la diminution de la dépense moyenne par acte qui témoigne surtout de la baisse du reste à charge.

Figure 29 – Évolution du nombre mensuel d'actes de prothèses dentaires de septembre 2015 à août 2018



Source : 1 groupement gestionnaire de l'ACS

Figure 30 – Évolution de la dépense moyenne par acte de prothèses dentaires de septembre 2015 à août 2018



Source : 1 groupement gestionnaire de l'ACS

4.1.2.2. L'optique

Pour l'optique, trois sous-postes sont analysés : monture, verres simples, verres complexes. Pour rappel, les prises en charges prévues pour l'optique sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 29 – Niveau de prise en charge des équipements d'optique (monture + 2 verres) par les contrats ACS

	Contrat A	Contrat B	Contrat C
Monture + 2 verres simples	TM	100 € (TM compris)	150 € (TM compris)
Monture + 2 verres complexes	TM	200 € (TM compris)	350 € (TM compris)
Monture + verre simple + 1 verre complexe	TM	150 € (TM compris)	250 € (TM compris)

La dépense totale moyenne rattachée aux montures seules varie de 78 € pour le contrat A à 115 € pour le contrat C avec un reste à charge situé entre 65 € et 31 €.

Parmi les personnes s'étant équipées de deux verres simples, la dépense totale par consommant hors monture est comprise entre 107 € pour le contrat A et 175 € pour le contrat C. Le reste à charge est maximal pour le contrat A qui ne couvre que le ticket modérateur.

Les dépenses relatives aux verres complexes concernent les personnes s'étant équipées de deux verres complexes mais aussi celles qui disposent à la fois d'un verre simple et d'un verre complexe. La dépense globale moyenne est de 219 € pour les personnes couvertes par le contrat A, 245 € pour celles couvertes par le contrat B et 318 € pour celles couvertes par le contrat C. Le reste à charge moyen très élevé de 197 € pour le contrat A résulte de la prise en charge du ticket modérateur seul par la complémentaire santé. Pour les contrats B et C qui prévoient des prises en charge forfaitaires de 200 € et 350 € montures comprises, le reste à charge est respectivement de 88 € et 65 €.

Pour les soins d'optique, le reste à charge sur prestation est divisé par deux pour les personnes couvertes par le contrat B par rapport à celles couvertes par le contrat A.

Tableau 30 – Optique : Dépense moyenne annuelle par consommant répartie par financeur, détail monture, verres simples, verres complexes

		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Montures seules	A	78 €	7 €	5 €	65 €
	B	95 €	6 €	51 €	38 €
	C	115 €	5 €	79 €	31 €
Verres simples (hors monture)	A	107 €	11 €	7 €	89 €
	B	120 €	10 €	71 €	39 €
	C	175 €	10 €	122 €	44 €
Verres complexes (hors monture)	A	219 €	13 €	10 €	197 €
	B	245 €	12 €	145 €	88 €
	C	318 €	13 €	240 €	65 €

Source : 9 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2017

4.1.2.3. Les audioprothèses

Concernant les appareils auditifs, la prise en charge par les contrats A et B se limite au ticket modérateur alors qu'elle s'élève à 450 € par appareil pour le contrat C.

La dépense totale par consommant est mesurée sur l'ensemble des personnes qui se sont équipées en audioprothèses mais aussi celles qui ont utilisé les accessoires associés : embouts auriculaires, écouteurs, microphones, etc. La dépense est respectivement de 771 € et 732 € par an pour les contrats A et B. Ces montants élevés montrent que des bénéficiaires couverts par ces contrats se sont équipés en appareils auditifs malgré une prise en charge très faible.

Cependant, la proportion de ces bénéficiaires parmi l'ensemble des consommateurs (ceux qui consommé des appareils auditifs et ceux qui ont consommé des accessoires) est plus faible que pour le contrat C. En effet pour ce contrat, la dépense moyenne est de 1 219 €.

Les personnes souhaitant s'équiper en audioprothèses ont tendance à choisir le contrat C qui prévoit un meilleur remboursement des aides auditives que les contrats A et B (comportement d'antisélection).

Le montant moyen pris en charge par le contrat C est environ sept fois supérieur aux montants pris en charge par les contrats A et B. Les restes à charge sur prestation, sont quant à eux, relativement proches, ils se situent à peu près entre 550 € et 577 €.

Les dépenses totales en audioprothèses augmentent fortement pour le contrat C. Cependant, le reste à charge est proche pour les trois contrats du fait du niveau de remboursement plus élevé prévu par le contrat C.

Tableau 31 – Audioprothèses : Dépense moyenne annuelle par consommant répartie par financeur

		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Audioprothèses	A	771 €	124 €	70 €	577 €
	B	732 €	114 €	68 €	550 €
	C	1 219 €	196 €	468 €	555 €

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2017

4.1.2.4. Les autres dispositifs médicaux

Les bénéficiaires de l'ACS financent directement 5 % de leurs dépenses en dispositifs médicaux (hors optique et audioprothèses). Pour ces appareillages, la dépense moyenne annuelle par consommant se situe entre 157 € et 169 €. Le remboursement prévu par les contrats A, B et C pour ces dispositifs médicaux correspond au ticket modérateur, soit en général 40 % du tarif de responsabilité. Un reste à charge moyen allant de 7 € à 9 € est observé pour les trois contrats. En effet, si une partie des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations est soumise à un prix limite de vente (PLV), souvent égal au tarif de responsabilité, l'autre partie n'a pas de prix imposé, ce qui peut engendrer un reste à charge pour les patients.

Tableau 32 – Appareillage : Dépense moyenne annuelle par consommant répartie par financeur

		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Appareillage (hors audioprothèses et optique)	A	157 €	105 €	45 €	7 €
	B	166 €	110 €	47 €	9 €
	C	169 €	113 €	47 €	9 €

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2017

Une analyse plus détaillée ciblée sur les dispositifs médicaux laissant des restes à charge est présentée dans le paragraphe ci-dessous.

4.2. LES RESTES A CHARGE SUR LES DISPOSITIFS MEDICAUX

L'analyse présentée ici a été rendue possible grâce à la communication par la CNAM de données détaillées extraites du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) dans le cadre de l'élaboration du rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité²³. Le périmètre est celui des dispositifs médicaux laissant des restes à charge, hors dispositifs d'optique et audioprothèses.

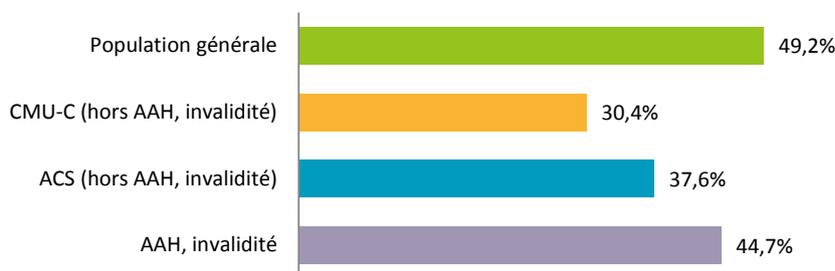
Les dispositifs sans prix limite de vente (PLV) ou avec un PLV supérieur au tarif de remboursement sont susceptibles de générer des restes à charge. Dans la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance maladie, ces dispositifs laissant des restes à charge représentent près de 1 150 codes (hors optique et audioprothèses). Pour

²³ Inscrit à l'article 64 de la LFSS 2018. Cf. http://www.cmu.fr/rapports_evaluation.php

faciliter l’analyse, ces codes ont été regroupés par la CNAM en 41 catégories. Les données sont issues du Datamart Consommation Inter Régime DCIR-SNIIRAM pour des soins réalisés en 2016 sur le périmètre de la France entière.

Au global, sur l’ensemble des dispositifs médicaux sélectionnés pour l’étude, près de la moitié de la population générale a été confrontée en 2016 à un dépassement au-delà du tarif de responsabilité de sécurité sociale. Un tiers des bénéficiaires de la CMU-C et près de 40 % des bénéficiaires de l’ACS consommant ces dispositifs ont connu des dépassements, car les prises en charge prévues pour la CMU-C²⁴ et l’ACS ne vont pas au-delà du tarif de responsabilité. Les personnes en situation handicap²⁵ (qu’elles aient ou non la CMU-C ou l’ACS) sont encore plus fréquemment exposées à un dépassement lorsqu’elles se procurent des dispositifs médicaux (45 %).

Figure 31 – Part des personnes ayant connu des dépassements sur les dispositifs médicaux parmi les consommateurs en 2016

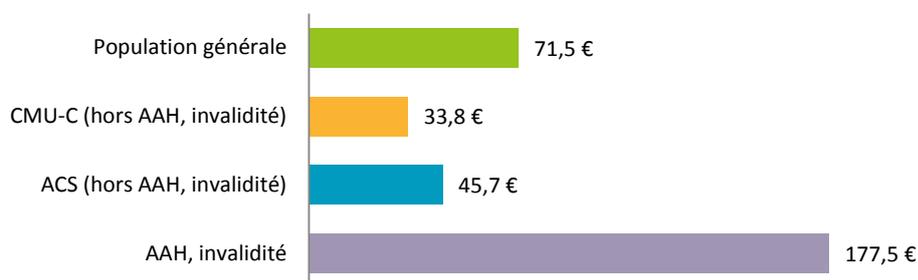


Source : CNAM, DCIR - SNIIRAM - France entière, année de soins 2016 - Traitement Fonds CMU-C

Note : Un consommant correspond à une personne ayant consommé au moins un dispositif médical dans l’année. La population générale englobe ici l’ensemble des assurés, y compris les bénéficiaires de la CMU-C, de l’ACS, de l’AAH et les personnes en invalidité. Pour les titulaires de l’AAH ou d’une pension d’invalidité, la couverture complémentaire n’est pas identifiée : ils peuvent être bénéficiaires de l’ACS, de la CMU-C ou non.

Ce sont les personnes en situation de handicap qui connaissent les montants de dépassement les plus importants. Parmi elles, compte tenu de leur niveau de ressources, notamment celui de l’AAH, la plupart sont éligibles à l’ACS et parfois à la CMU-C selon leur configuration familiale.

Figure 32 – Dépassement moyen annuel pour les personnes connaissant un dépassement sur les dispositifs médicaux



Source : CNAM, DCIR - SNIIRAM - France entière, année de soins 2016 - Traitement Fonds CMU-C

L’analyse détaillée par catégorie de dispositifs médicaux met en évidence les types de dispositifs pour lesquels la part des consommateurs connaissant des dépassements est la plus importante.

²⁴ Pour les bénéficiaires de la CMU-C, les prix maximums prévus par l’arrêté de 2002 pour certains dispositifs médicaux sont égaux au tarif de responsabilité

²⁵ L’identification de cette catégorie dans le SNIIRAM n’est pas exhaustive. Seules les personnes affiliées au régime général au titre de l’AAH ou de la pension invalidité sont identifiées. Les personnes en situation de handicap affiliées pour un autre motif ne sont pas incluses dans cette catégorie.

Pour les populations vulnérables, les dispositifs fréquemment utilisés qui représentent souvent des restes à charge unitaires supérieurs à 150 € sont :

- les postiches ;
- les aliments sans gluten et solutés de réhydratation ;
- les semelles orthopédiques.

► Tableaux 33 – Dispositifs médicaux avec les dépassements les plus fréquents parmi les consommateurs

Bénéficiaires CMU-C (hors AAH et invalidité) :

	Nb consommateurs	% consommateurs avec dépassement	Dépassement moyen pour les personnes avec dépassement
Postiches	1 136	78,3%	322,9 €
Aliments sans gluten, solutés de réhydratation et autres	773	88,7%	179,4 €
Semelles	39 879	92,2%	144,1 €
Nutriments pour supplémentation orale	7 449	90,2%	135,8 €
Dispositifs injectables viscoélastiques	924	97,0%	118,5 €
Génito-urinaire, matériel pour sondage vésical (Non significatif)*	61	82,0%	87,0 €
Prothèses externes mammaires	219	65,3%	69,3 €
Dispositifs contraceptifs	103	98,1%	31,3 €
Nutrition, dispositifs divers, dont tire-laits	36 506	64,1%	21,0 €
Pansements primaires ou actifs	5 196	76,0%	11,3 €

Bénéficiaires ACS (hors AAH et invalidité) :

	Nb consommateurs	% consommateurs avec dépassement	Dépassement moyen pour les personnes avec dépassement
Postiches	695	86,0%	349,8 €
Aliments sans gluten, solutés de réhydratation et autres	328	93,0%	189,2 €
Semelles	17 989	98,3%	149,8 €
Nutriments pour supplémentation orale	1 091	93,7%	136,1 €
Dispositifs injectables viscoélastiques	539	98,3%	116,0 €
Diverses orthèses (coque+therabite+montage appareil marche)	101	60,4%	108,2 €
Prothèses externes mammaires	188	64,4%	86,3 €
Génito-urinaire, matériel pour sondage vésical	129	86,0%	67,6 €
Dispositifs contraceptifs (Non significatif)*	21	100,0%	30,8 €
Nutrition, dispositifs divers, dont tire-laits	8 249	66,3%	21,9 €

AAH et invalidité :

	Nombre consommants	% consommants avec dépassement	Dépassement moyen pour les pers. avec dépassement
Postiches	2 770	90,4%	390,3 €
Aliments sans gluten, solutés de réhydratation et autres	751	91,6%	228,6 €
Semelles	39 654	98,5%	155,5 €
Génito-urinaire, matériel pour sondage vésical	564	82,4%	135,1 €
Dispositifs injectables viscoélastiques	1 580	98,4%	122,2 €
Prothèses externes mammaires	778	76,7%	98,1 €
Dispositifs contraceptifs (Non significatif)*	15	100,0%	33,1 €
Nutrition, dispositifs divers, dont tire-laits	1 797	64,6%	28,3 €
Nutriments pour supplémentation orale	53	83,0%	27,6 €
Respiratoire : chambres d'inhalation, stimulateurs, implants et autres	4 875	81,3%	11,2 €

Source : CNAM, DCIR - SNIIRAM - France entière, année de soins 2016 - Traitement Fonds CMU-C

Note de lecture : Parmi les bénéficiaires de la CMU-C, 39 879 personnes se sont équipées de semelles dont 92,2 % ont connu un dépassement. Pour ces dernières, le dépassement moyen annuel s'élève à 144,10 €/ * Résultats non significatifs compte tenu du faible nombre de consommateurs

Pour les personnes en situation de handicap, dont une partie est éligible à l'ACS, les dispositifs médicaux pouvant présenter des dépassements supérieurs²⁶ à 1 000 € sont :

- les fauteuils roulants électriques ;
- les lits médicaux à l'achat ;
- les implants ORL dont les implants cochléaires.

Tableau 34 – AAH et invalidité : Dispositifs médicaux avec les dépassements les plus élevés

	Nb consommants	% consommants avec dépassement	Dépassement moyen pour les personnes avec dépassement
Fauteuils roulants électriques	13 509	43,4%	2 864,1 €
Lits médicaux, achat	874	57,2%	1 674,4 €
Implants ORL dont implants cochléaires	516	30,8%	1 370,9 €
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, tricycles)	2 974	15,8%	943,9 €
Fauteuils roulants manuels, achat	28 454	24,9%	911,9 €
Lits médicaux, accessoires et réparations	256	14,8%	904,2 €
Postiches	2 770	90,4%	390,3 €
Aliments sans gluten, solutés de réhydratation et autres	751	91,6%	228,6 €
Dispositifs trachéaux, prestation ventilation, prothèses respiratoires et vocales	3 615	3,0%	175,7 €
Semelles	39 654	98,5%	155,5 €

Source : CNAM, DCIR - SNIIRAM - France entière, année de soins 2017 - Traitement Fonds CMU-C

²⁶ Pour certaines personnes en situation de handicap, une partie de la dépense peut être prise en charge dans le cadre de la Prestation de compensation du handicap (PCH).

4.3. LE SUIVI DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C ET LE RESPECT DU PARCOURS DE SOINS

Depuis 1946, le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer aux assurés du régime général et aux membres de leurs familles un examen de santé gratuit. Pour remplir leurs missions, les organismes de sécurité sociale ont donc progressivement créé des centres d'examens de santé (CES) qui proposent des bilans de santé à leurs ayants droit. En application de l'arrêté du 20 juillet 1992, les examens de santé doivent être tournés prioritairement vers les assurés les plus fragiles, notamment ceux en situation de précarité²⁷. Réalisés par un réseau de 85 centres d'examens de santé, les examens de prévention en santé (EPS) sont ainsi destinés en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité, qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier réalisé par le médecin traitant ni des dispositifs d'offre de prévention organisée. Les EPS comprennent une information sur les droits en santé, le parcours de soins, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (CMU-C et ACS).

Créé en 1994 à l'initiative de la CNAM, le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF) a notamment pour mission d'accompagner les CES dans l'enrichissement et la mise en œuvre de leur offre de services et dans le recueil de données de santé anonymisées à des fins d'études statistiques.

Dans ce cadre, le CETAF centralise et analyse chaque année les questionnaires de santé renseignés par les personnes venues effectuer un bilan – ou consultants – auprès des centres d'examens de santé. En 2017, le nombre de consultants s'est élevé à 442 000, dont 97 800 personnes bénéficiaient de la CMU-C, soit 22 %.

Le partenariat construit par le Fonds CMU-C avec le CETAF consiste à produire annuellement et à suivre au cours du temps des indicateurs de non-recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. Quatre indicateurs sont étudiés : la santé perçue, l'évaluation de la précarité et des inégalités de santé, le non-recours au médecin et le non-recours au dentiste. Les évolutions au cours du temps sont analysées depuis 2000 ainsi que les évolutions des écarts entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C.

Parallèlement, la CNAM transmet également chaque année au Fonds CMU-C des éléments statistiques sur le recours au médecin traitant, ainsi que sur le respect du parcours de soins, pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C.

L'ensemble de ces éléments fait l'objet du développement ci-dessous.

4.3.1. Les indicateurs de santé, de précarité et de recours aux soins issus des centres d'examens de santé

■ Le non-recours aux consultations de médecins et de dentistes se maintient

Les notes de santé perçues²⁸ pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C qui ont passé des examens de prévention en santé en 2017 sont très proches et se situent autour de 7 sur 10. La note pour les bénéficiaires de la CMU-C s'est améliorée en 10 ans, passant de 6,57 en 2007 à 6,85 en 2017. La note pour les non bénéficiaires est restée la même, de 7,2. Mécaniquement, la fréquence d'une note de santé perçue inférieure à 7 a baissé de 3,9 points sur la même période pour les bénéficiaires de la CMU-C, avec un taux de 45,5 % en 2007, puis de 41,6 % en 2017.

²⁷ Les centres d'examens de santé sont exclusivement tournés vers des missions de prévention. Ils ne peuvent pratiquer aucun soin ce qui les distingue des centres de santé avec lesquels ils ne doivent pas être confondus.

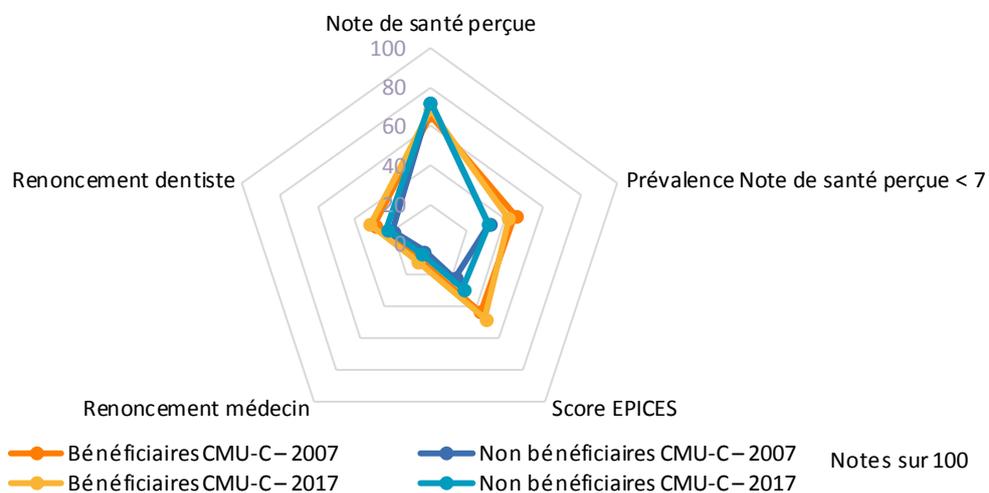
²⁸ Note de santé perçue : La santé ressentie est mesurée par une note de 0 à 10, auto-attribuée par chaque personne, en réponse à la question : « Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez ». Cette donnée est recueillie systématiquement lors des examens périodiques de santé.

Parallèlement, le score EPICES²⁹ (indice de précarité) a augmenté de 4,1 points pour les bénéficiaires de la CMU-C (47,7 % en 2017 vs 43,7 % en 2007) et de 7,2 points pour les non bénéficiaires, évoluant de 21,8 % en 2007 à 29 % en 2017. Un écart de 18,7 points persiste entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires.

Le renoncement aux soins, quant à lui, augmente modérément pour les deux populations, tant pour les consultations de médecins que de dentistes. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le renoncement aux consultations de médecins de 9,6 % en 2007, a atteint 11,6 % en 2017 et le renoncement aux consultations de dentistes est passé de 29,3 % en 2007 à 31,8 % en 2017. Pour les non bénéficiaires de la CMU-C, le renoncement aux consultations de médecins reste inférieur d’environ 4,5 points à celui des bénéficiaires, avec 5,3 % en 2007 et 7 % en 2017. Le renoncement aux consultations dentaires est inférieur d’environ 9 points à celui des bénéficiaires de la CMU-C, avec 19,8 % en 2007, puis 23,1 % en 2017.

Pour autant, ces chiffres ne permettent pas de conclure que la précarité a augmenté ces dix dernières années dans de telles proportions, ni que la santé de l’ensemble des bénéficiaires de la CMU-C s’est réellement améliorée. D’une part, les consultants des CES ne constituent qu’une partie de la population concernée par la précarité. D’autre part le rajeunissement des consultants des CES sur dix ans est marquant. La tranche d’âge des 16 – 35 ans est passée de 28,9 % en 2007 à 37,1 % en 2017, soit une augmentation de 8,2 points. Parallèlement, sur la même période, les CES ont progressivement concentré le recrutement des consultants sur les personnes les plus en difficulté. Ces deux éléments peuvent expliquer que les notes de santé perçue s’améliorent ou restent stables, alors que la situation de précarité des consultants, mesurée à travers le score Epices, est croissante. En effet, toutes choses égales par ailleurs, il est probable que l’âge influe plus que la situation de précarité sur la perception de la santé et, de surplus, qu’une personne qui se sent en bonne santé ait moins tendance à consulter un médecin ou un dentiste.

Figure 33 – Note de santé perçue, prévalence note <7, score EPICES et renoncements au médecin et au dentiste



Lecture : la note de santé perçue, évaluée sur 10, a été recalculée sur 100 pour plus de cohérence avec les autres indicateurs
 Champ : consultants des centres d’examens de santé, métropole
 Source : CETAF

²⁹ EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d’Examens de Santé, est un score individuel qui prend en compte le caractère multifactoriel de la précarité. Il est déterminé à partir 11 questions binaires qui résument à 90 % la situation de précarité d’un sujet. La réponse à chaque question est affectée d’un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Les questions se rapportent à 7 thèmes : l’emploi, les ressources, la famille, le logement, l’éducation et la culture, la protection sociale et la santé.

■ Les consultants des centres de santé bénéficiaires de la CMU-C du CETAF constituent le panel le plus important d'attributaires depuis la création du dispositif.

Les 97 800 consultants bénéficiaires de la CMU-C en 2017 constituent l'échantillon le plus important de bénéficiaires dont l'état de santé soit suivi dans le temps³⁰.

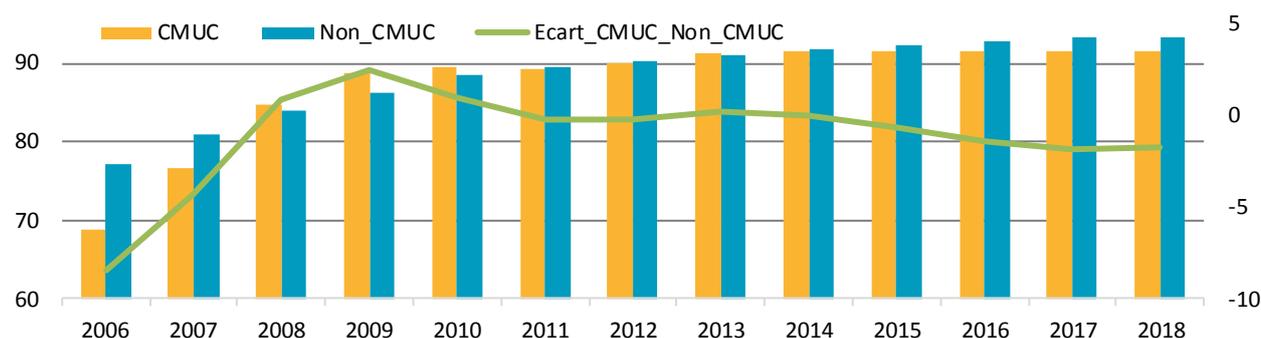
Toutefois la comparaison avec les non bénéficiaires doit être effectuée avec prudence, même si, depuis 2006 le Fonds CMU-C suit des données redressées³¹. D'une part les bénéficiaires de la CMU-C sont sur représentés dans les centres d'examen de santé (22 % des consultants vs 6,8 % de la population³²), d'autre part le recrutement des centres d'examen de santé a évolué dans le temps, avec des politiques volontaristes d'accueil des personnes fragiles. Ainsi, le public des non bénéficiaires de la CMU-C peut comprendre des personnes non couvertes par une complémentaire santé dans de plus grandes proportions qu'aux débuts de la CMU-C, ou couvertes par des complémentaires santé d'entrée de gamme, qui ne couvrent notamment que très partiellement les dépassements sur les soins prothétiques dentaires.

4.3.2. Médecin traitant

Les bénéficiaires de la CMU-C sont tenus de déclarer un médecin traitant dès l'âge de 16 ans, au même titre que la population générale. La mesure est respectée par plus de 91 % des personnes concernées depuis fin 2013, tant par les bénéficiaires de la CMU-C que par les non bénéficiaires. Toutefois, depuis 2015, un léger écart a commencé à se creuser entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires. Ainsi, fin 2018, le taux de déclaration d'un médecin traitant est de 91,7 % pour les bénéficiaires de la CMU-C contre 93,4 % pour les non bénéficiaires, en données redressées sur l'âge des bénéficiaires.

La question peut se poser de difficultés croissantes à accéder à un médecin traitant pour les personnes en situation de précarité, dans un contexte de baisse de la densité de médecins généralistes sur certains territoires, notamment les plus défavorisés.

Figure 34 – Part des déclarations du médecin traitant



En pourcentage

Champ : Régime général, hors SLM, hors DOM, patients âgés de 16 ans et plus

Source : CNAM, SNIIRAM EGB (échantillon au 1/100e)

³⁰ Il ne s'agit toutefois pas d'une cohorte.

³¹ Pour les années 2006 à 2017, les indicateurs sont calculés après redressement de la population des CES sur le sexe, l'âge, le niveau d'étude, le statut actif/chômeur/inactif et le taux de bénéficiaires de la CMU-C. Pour l'année 2017, le redressement des données a été réalisé à partir des données Insee-enquête Emploi 2017 et des données Fonds CMU-C au 31 décembre 2017.

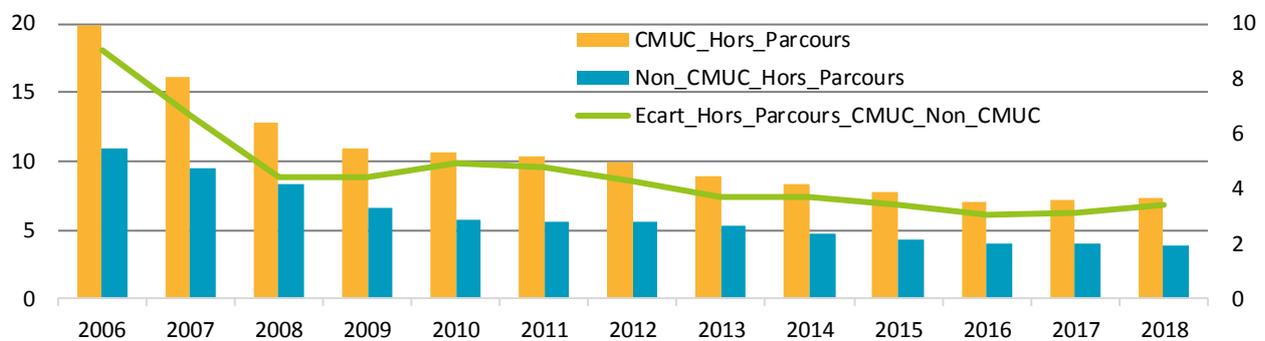
³² Rapport entre les bénéficiaires de la CMU-C au régime général et la population en métropole en 2017

4.3.3. Parcours de soins

Outre la désignation d'un médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne également tous les usagers de l'Assurance maladie. Pour les patients âgés de plus de seize ans, il consiste à consulter en priorité le médecin traitant³³.

Après une diminution sensible de la part des soins hors parcours depuis 2006, le taux de soins hors parcours pour les bénéficiaires de la CMU-C est légèrement remonté depuis 2016. En 2018, il est de 7,3 %, alors que le résultat pour les non bénéficiaires n'est que de 3,9 %. Ces évolutions sont à rapprocher de l'écart qui se creuse entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C pour la déclaration du médecin traitant.

Figure 35 – Part des consultations hors parcours de soins



En pourcentage

Champ : Régime général, hors SLM, France entière, patients couverts au titre du risque maladie

Source : CNAM, SNIIR-AM DCIR

4.4. LA POURSUITE DES TRAVAUX SUR LES REFUS DE SOINS

L'article 85 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a confié aux ordres professionnels, en lien avec des associations de patients agréées, la mission d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins et de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'ils jugent appropriés.

Trois commissions placées respectivement auprès du conseil national de l'ordre des médecins, de l'ordre national des chirurgiens-dentistes et du conseil national de l'ordre des sages-femmes, composées chacune de quatorze membres (professionnels de santé, représentants d'associations d'usagers du système de santé [Aides, APF France handicap, France Assos Santé, UNAPEI, MFPPF], Fonds CMU-C, CNAM), sont chargées d'évaluer les pratiques de refus de soins. Elles remettent un rapport annuel à la ministre chargée de la santé, rendu public. Les commissions ont été mises en place au cours du second semestre de l'année 2017.

Le fonds a participé à chacune des réunions des commissions. En 2018, les travaux ont notamment porté sur la préparation des rapports annuels. La commission placée auprès du conseil national de l'ordre des médecins a rendu son rapport à la Ministre le 9 octobre 2018. Celle placée auprès du conseil national de l'ordre des sages-femmes a remis son rapport le 20 décembre 2018.

Par ailleurs, ces commissions ont travaillé sur les outils de lutte contre le refus de soins créés et publiés par le Défenseur des droits le 18 décembre 2018. Afin d'aider les assurés à faire valoir leurs droits, un dépliant a notamment été élaboré à destination des bénéficiaires d'une couverture santé (CMU-C, ACS, AME, etc.) susceptibles d'être victimes de refus de soins. Une fiche a également été conçue à l'attention des professionnels de santé afin de leur rappeler leurs obligations légales et de contribuer à l'amélioration de leurs pratiques.

³³ Le parcours de soins ne concerne pas les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres ou neuropsychiatres, ni les stomatologues

Pour le Fonds CMU-C, ces deux outils d'action contre le refus de soins offrent une ressource accessible et complète pour les assurés comme pour les professionnels de santé et doivent faire l'objet d'une large diffusion. C'est pourquoi, le fonds a communiqué sur ces outils dès leur publication et les propose depuis en téléchargement sur son site internet³⁴.

³⁴ Le dépliant est accessible sur la page d'accueil du fonds (www.cmu.fr) ainsi que dans la rubrique sur les refus de soins (http://www.cmu.fr/vous_avez_ete_victime_refus_de_soin.php). La fiche est disponible dans l'espace à destination des professionnels de santé (http://www.cmu.fr/espace_partenaires_autres_professionnel_sante.php)

IV. La mission de financement des dispositifs



1. Le financement de la CMU-C et de l'ACS

1.1. LES RESSOURCES ET CHARGES DU FONDS CMU-C

1.1.1. La taxe de solidarité additionnelle désormais affectée en fonction des besoins du fonds

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, le fonds n'est plus affectataire de droits de consommation sur les tabacs. La taxe de solidarité additionnelle (TSA) représente en conséquence désormais 100 % de ses recettes.

Assise sur les cotisations des contrats de santé, selon des taux variables en fonction du type de contrat, la TSA est recouvrée par l'URSSAF Île-de-France auprès des organismes complémentaires.

Tableau 35 – Part de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds CMU-C en 2018

Contrats	Taux de TSA	Part affectée au fonds en 2018 (1)	Part affectée à la CNAM en 2018
Contrats classiques responsables	13,27%	affectation ex post	solde
Contrats classiques non responsables	20,27%		
Contrats 1° art.998 CGI	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats exonérés de TSA			
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	20,27%	0,00%
Contrats au 1er euro	14,00%	14,00%	0,00%
Contrats exonérés de TSA			
Contrats IJ responsables	7,00%	7,00%	0,00%
Contrats IJ non responsables	14,00%	14,00%	0,00%

Nota : les contrats IJ rattachés à des "contrats 1° art. 998 CGI" ou à des "contrats agriculteurs" sont exonérés de TSA

Encadré 8 – Affectation du produit de TSA en 2016 et 2017

Depuis la fusion de la TSA et de la TSCA en 2016, la répartition du produit de TSA fusionnée a évolué entre ses trois attributaires :

► **Tableau 36 – Affectation du produit de TSA fusionnée en 2016**

Contrats	Taux de TSA	Part affectée au fonds	Part affectée à la CNAM	Part affectée à la CNAF
Contrats classiques responsables	13,27%	6,27%	3,50%	3,50%
Contrats classiques non responsables	20,27%	6,27%	7,00%	7,00%
Contrats 1° art.998 CGI	6,27%	6,27%	0,00%	0,00%
Contrats agricoles				
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0,00%	0,00%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	6,27%	7,00%	7,00%
Contrats au 1er euro	14,00%	0,00%	7,00%	7,00%
Contrats IJ				
Contrats IJ responsables	7,00%	0,00%	3,50%	3,50%
Contrats IJ non responsables	14,00%	0,00%	7,00%	7,00%

Source : Fonds CMU-C

► **Tableau 37 – Affectation du produit de TSA fusionnée en 2017**

Contrats	Taux de TSA	Part affectée au fonds	Part affectée à la CNAM
Contrats classiques responsables	13,27%	7,68%	5,59%
Contrats classiques non responsables	20,27%	9,10%	11,17%
Contrats 1° art.998 CGI	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agricoles			
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	9,10%	11,17%
Contrats au 1er euro	14,00%	2,83%	11,17%
Contrats IJ			
Contrats IJ responsables	7,00%	1,41%	5,59%
Contrats IJ non responsables	14,00%	2,83%	11,17%

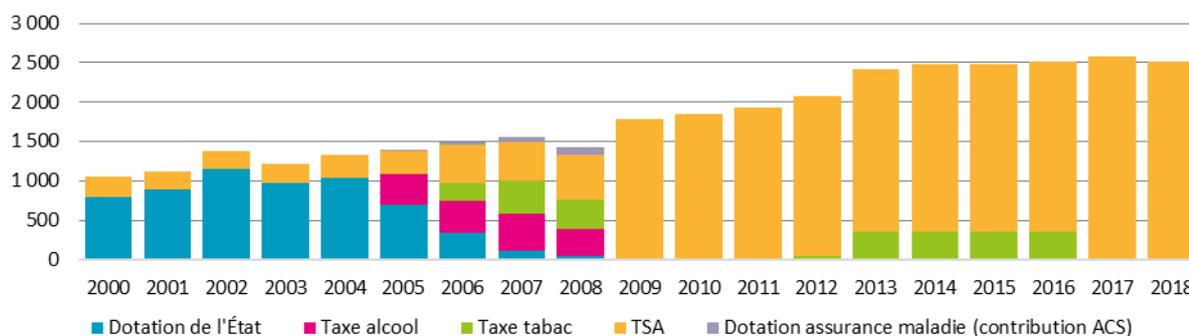
Source : Fonds CMU-C

L'article 28 de la LFSS pour 2018 a modifié les modalités de financement du fonds de sorte à équilibrer strictement ses dépenses. Ainsi le fonds est désormais seul attributaire du produit de la taxe sur les garanties mentionnées au II bis de l'article L.862-4 du code de la sécurité sociale³⁵. Le produit de la taxe concernant les garanties santé mentionnées au II de l'article L.862-4³⁶ est quant à lui attribué au fonds à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche maladie du régime général.

Afin de réduire les excédents du fonds, l'article 28 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a prévu une diminution des recettes du fonds à hauteur de 150 millions en 2018 et ce, au bénéfice de la CNAM, autre affectataire de la TSA.

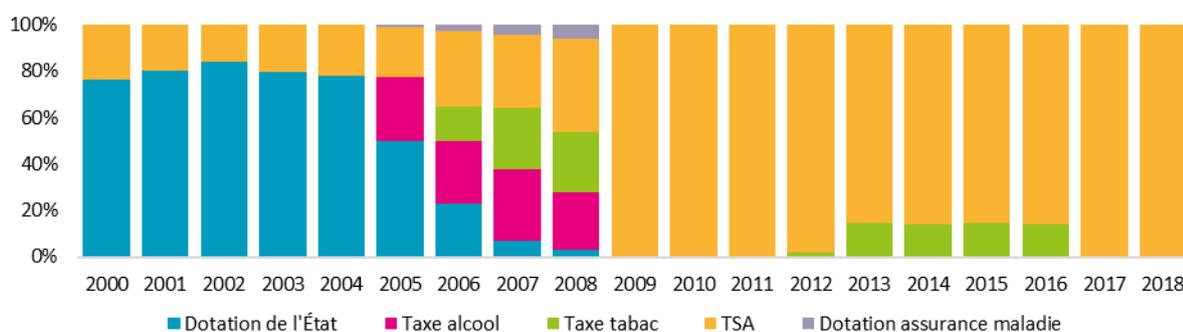
En tenant compte de cette mesure et du montant des dépenses (2,705 Md€), les produits du fonds en droits constatés s'élèvent à 2 555 millions d'euros en 2018³⁷.

Figure 36 – Évolution des recettes du Fonds CMU-C depuis sa création, en millions d'euros



Source : Fonds CMU-C – après réfaction de 150 millions au titre de 2017 et 2018

Figure 37 – Évolution de la structure des recettes du Fonds CMU-C depuis sa création



Source : Fonds CMU-C

³⁵ Garanties en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts [assurances de groupe souscrites dans le cadre professionnel], garanties santé couvrant des personnes physiques ou morales exerçant des professions agricoles, contrats au 1^{er} euro couvrant des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières de sécurité sociale

³⁶ Contrats d'assurance maladie complémentaire visés au 1^{er} et au 4^{ème} alinéas du II de l'article L.862-4

³⁷ Les produits en droits constatés comprennent les reprises sur provisions ainsi que des produits perçus en 2018 mais relatifs à des recettes au titre d'années antérieures

1.1.2. Les charges du Fonds CMU-C

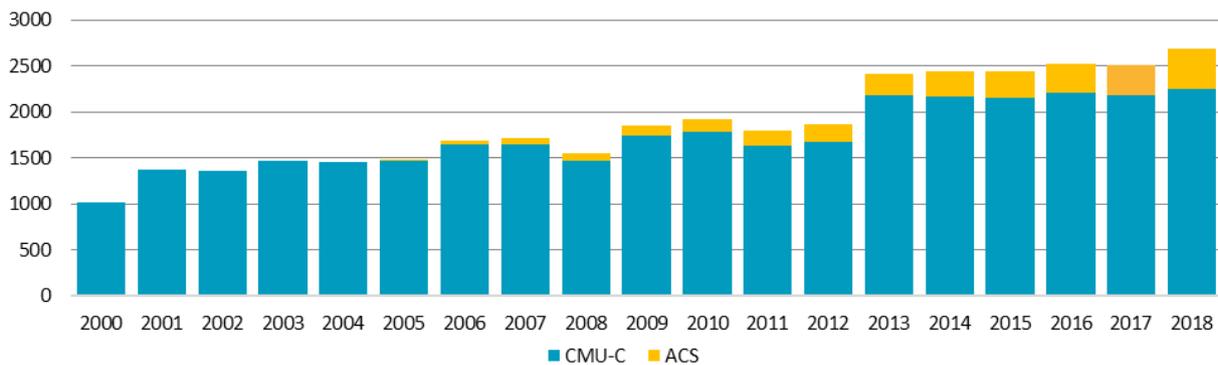
En 2018, les charges du Fonds CMU-C se sont établies à 2,706 Md€, dont 2,24 Md€ au titre de la CMU-C et 439 M€ au titre de l'ACS³⁸.

Les dépenses du Fonds CMU-C sont ainsi majoritairement composées de la prise en charge des dépenses de santé au titre de la CMU-C³⁹ engagées par les organismes gestionnaires du dispositif (régimes d'assurance maladie de base ou organismes complémentaires). En 2018, ces dépenses ont représenté 84 % du total des charges du Fonds CMU-C.

Les crédits d'impôt accordés aux organismes complémentaires qui proposent des contrats ACS ont représenté 16 % des dépenses contre 13 % en 2017. Cette augmentation sensible de la part des charges au titre de l'ACS s'explique principalement par des remboursements des OC au titre d'exercices antérieurs à hauteur de 50 M€.

Depuis sa création, les dépenses du fonds ont été multipliées par 2,7. Cette évolution importante résulte de l'augmentation des effectifs, mais également de la variation des coûts unitaires et de la compensation des dépenses au réel depuis 2013.

Figure 38 – Évolution des charges du Fonds CMU-C depuis sa création, en millions d'euros



Source : Fonds CMU-C

Champ : charges techniques du fonds, hors gestion administrative.

Figure 39 – Évolution de la structure des charges du Fonds CMU-C depuis sa création



Source : Fonds CMU-C

Champ : charges techniques du fonds, hors gestion administrative.

³⁸ Hors dotation aux provisions

³⁹ Correspondant à la seule part complémentaire des dépenses d'assurance maladie des bénéficiaires de la CMU-C

Tableau 38 – Récapitulatif des comptes du Fonds CMU-C depuis 2008

	en millions d'euros										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Produits											
Dotation de l'État	47	0	0	0	0	-	-	-	-	-	
Taxe alcool	349	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Taxe tabac	372	0	0	0	42	352	354	360	354	0	0
Contribution ACS	87	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TSA	569	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066	2 130	2 119	2 185	2 583	2 518
Reprises sur provisions	28	79	93	10	11	16	9	20	20	11	38
Total Produits	1 452	1 870	1 949	1 940	2 084	2 434	2 493	2 499	2 558	2 594	2 556
Charges											
Paieement aux régimes de base	1 263	1 429	1 444	1 369	1 403	1 581	1 895	1 925	1 981	1 973	2 033
Organismes complémentaires	80	323	464	431	458	498	553	521	546	537	651
Annulation Produits											
Dotation aux provisions	79	98	12	11	17	17	19	6	2	47	21
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 423	1 851	1 921	1 814	1 879	2 097	2 468	2 453	2 530	2 558	2 706
Résultat de l'année (1)	29	19	28	126	205	0	25	46	28	36	-150
Résultat cumulé	83	101	129	153	205	205	210	257	285	321	171

(1) Entre 2013 et 2017, les excédents dégagés en N ont été reversés à la CNAM, dans la limite des dépenses CMU-C réellement engagées, et ont été comptabilisés en charge au titre de l'exercice N

(2) Un changement dans la méthode d'estimation des provisions par l'ACOSS a conduit le Fonds CMU-C à diminuer son report à nouveau 2014 de 20 M€ en 2015

Source : Fonds CMU-C

1.2. LE CIRCUIT DE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS

Le circuit et les modalités de financement varient en fonction du dispositif (CMU-C ou ACS) et de l'organisme qui gère la dépense (régime d'assurance maladie ou organisme privé de complémentaire santé).

Concernant les dépenses engagées par les régimes d'assurance maladie au titre de la CMU-C, elles sont directement remboursées par le fonds selon des dispositions fixées par conventions.

Les dépenses engagées par les organismes complémentaires privés (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) au titre de la CMU-C et de l'ACS donnent droit, quant à elles, à des déductions ou des crédits d'impôt sur les montants de taxe de solidarité additionnelle dus par ces organismes.

Les recettes de TSA sont versées chaque trimestre par l'ACOSS au Fonds CMU-C.

1.2.1. Le circuit des recettes

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le versement des recettes est opéré selon les modalités définies par la convention signée le 29 novembre 2017 relative à la gestion du compte de suivi financier ouvert par le fonds dans les livres de l'ACOSS (cf. *infra*).

Les versements sont déterminés par échéancier annuel proposé par le fonds. En application des dispositions prévues par la LFSS 2018 visant l'affectation des recettes en fonction des dépenses, le montant total des acomptes est déterminé en fonction des dépenses prévisionnelles. Les acomptes sont positionnés quelques jours après les exigibilités relatives aux déclarations TSA, soit les 05 février, 05 mai, 05 août et 5 novembre.

À la clôture des comptes, une régularisation des recettes est opérée afin que les produits de TSA équilibrent strictement les dépenses comptabilisées par le fonds⁴⁰.

1.2.2. Les modalités de prise en charge des dépenses

Avant 2013, le remboursement des dépenses de CMU-C par le fonds s'effectuait sur une base forfaitaire sans prise en compte des dépenses réelles ; les organismes gestionnaires prenaient en charge un éventuel surcoût ou bénéficiaient d'un gain lorsque leurs dépenses étaient inférieures au forfait. Depuis le 1^{er} janvier 2013, le Fonds CMU-C rembourse les dépenses de CMU-C prises en charge par les organismes qui en ont la gestion sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un montant forfaitaire annuel par bénéficiaire (article 22 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012).

L'arrêté du 31 décembre 2017 a fixé le forfait CMU-C pour 2018 à 408 euros contre 415 euros en 2017.

Le coût moyen de la CNAM se situe au-dessus du montant du forfait. À la suite de l'abrogation de l'article D862-6 du code de la sécurité sociale par la LFSS pour 2018⁴¹, le montant restant à la charge de la CNAM au titre de 2018 ne doit pas faire l'objet d'un versement complémentaire⁴².

Lorsque les dépenses de CMU-C sont engagées par les régimes de base d'assurance maladie, la prise en charge par le fonds de ces dépenses s'effectue au moyen du versement d'acomptes.

Pour les trois plus grands régimes (régime général, CNDSS, CCMSA), ces acomptes sont versés trimestriellement. Le montant de l'acompte est calculé sur la base des effectifs estimés transmis par ces régimes et des 9/10^{ème} du quart du forfait annuel (soit 91,80 € par bénéficiaire sur la base du forfait annuel de 408 € en 2018). Il fait ensuite l'objet de régularisations afin de tenir compte des effectifs définitifs (facturation provisoire au 31 janvier et définitive au 30 juin de l'année suivante).

Pour les autres régimes de base (régime des mines, régime des marins, SNCF, RATP, CRPCEN, etc.), l'acompte est versé annuellement et fait également l'objet de régularisations l'année suivante.

En ce qui concerne les organismes complémentaires, la prise en charge des prestations au titre de la CMU-C ne donne concrètement pas lieu à un versement par le Fonds CMU-C : les charges correspondantes sont déduites par les organismes complémentaires des montants dus au titre de la TSA chaque trimestre. La « déduction » au titre de la CMU-C est calculée comme pour les régimes sur la base des 9/10^{ème} du quart du forfait annuel.

Pour l'ACS, les organismes complémentaires gestionnaires de l'ACS déduisent le montant total des chèques ACS octroyés aux bénéficiaires dont ils gèrent la couverture du montant de TSA dont ils sont redevables.

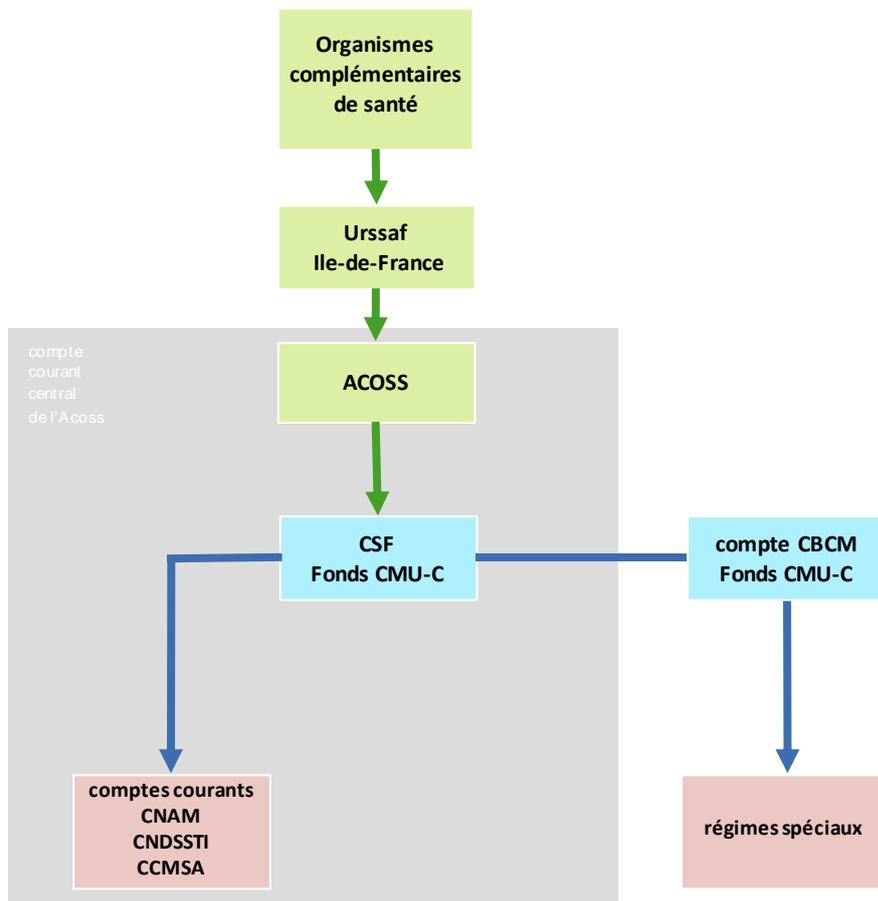
Dans les cas où le montant des déductions est supérieur au montant de la TSA, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance concernées sont remboursées. Jusqu'en 2015, le fonds effectuait ces remboursements. Depuis 2016, ces remboursements sont effectués par l'URSSAF Île-de-France. Toutefois, le Fonds CMU-C intervient en appui à l'URSSAF pour contrôler les organismes en situation créditrice (cf. partie 3).

⁴⁰ Avant refaçon des produits à hauteur de 150 M€ prévue par la LFSS 2018 sur l'exercice 2018

⁴¹ En application du décret n° 2017-1869 du 30 décembre 2017 modifiant le décret n° 2013-829 du 16 septembre 2013 relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire

⁴² En pratique, les nouvelles modalités de financement du Fonds CMU-C – attribution de la TSA à hauteur des dépenses du fonds et affectation du solde à la CNAM – permettront de compenser financièrement la suppression pour la CNAM du versement complémentaire

Figure 40 – Schéma simplifié des flux financiers du Fonds CMU-C en 2018



→ Recette de TSA (nette des déductions ACS et CMU-C)

→ Remboursement des dépenses CMU-C

1.3. BILAN 2018 DE LA CONVENTION DE DELEGATION DU RECOUVREMENT DE LA TSA

1.3.1. Un bilan de gestion du recouvrement de la TSA prévu par la convention du 1^{er} juin 2018

En application des termes de la convention entre le Fonds CMU-C et l’ACOSS relative au recouvrement, au contrôle et au reversement de la taxe de solidarité additionnelle – convention prévue à l’article L.862-4 du code de la Sécurité sociale et signée le 1^{er} juin 2018 – le second bilan de gestion relatif au recouvrement de la TSA a été établi par l’ACOSS et l’URSSAF Île-de-France au titre de 2017.

Visant à apprécier la qualité du recouvrement de la taxe à chaque étape du traitement, ce bilan retrace notamment les actions de communication menées auprès des organismes complémentaires, propose un suivi du pilotage de la taxe et de la gestion de l’activité par l’Urssaf Île-de-France et rend compte du respect des échéances de transmission des données déclaratives au fonds.

Il revêt une importance d'autant plus grande que, depuis la dématérialisation des déclarations en 2016, le fonds n'est plus directement destinataire des déclarations de TSA et ne peut donc plus opérer un suivi direct de la régularité des déclarations.

Une réunion s'est tenue le 30 novembre 2018 entre les trois partenaires afin de valider les résultats 2017 et de discuter les pistes d'amélioration envisagées pour 2019. Sur l'ensemble des champs étudiés, des améliorations importantes sont d'ores et déjà constatées.

1.3.2. Amélioration du respect des exigences déclaratives par les OC

Au titre de l'échéance annuelle, 99 % des organismes redevables de TSA ont déposé leurs tableaux récapitulatifs avant le terme toléré.

S'agissant des échéances trimestrielles, l'examen des délais de dépôt montre une nette amélioration du taux de réception entre le 1^{er} trimestre 2016 (année de mise en œuvre du portail déclaratif) et le 1^{er} trimestre 2017. Sur l'ensemble de l'année, le nombre moyen de retardataires a baissé de 39 % par rapport à 2016 et le taux de respect des exigences déclaratives s'est amélioré de 1,02 %. La diminution du nombre de retardataires se traduit par une baisse de 56 % du nombre de sanctions pour défaut ou retard de déclaration appliquées par l'Urssaf (majorations de retard ou pénalités).

Cette amélioration du respect des exigences s'explique par la meilleure appropriation du dispositif déclaratif par les OC mais également par les campagnes d'information et de relance menées par l'Urssaf Île-de-France avant les échéances telles que prévues lors de l'analyse du bilan au titre de 2016.

1.3.3. Des échéances de transmission des flux par l'Acoss de mieux en mieux respectées

Le décret n° 2016-272 du 4 mars 2016 relatif aux modalités de déclaration et de recouvrement applicables à la taxe de solidarité additionnelle prévoit que la branche Recouvrement du régime général communique au fonds les éléments portés sur les déclarations de TSA.

En application du décret, les informations déclaratives sont adressées au fonds par l'Urssaf sous forme de fichiers cryptés, *via* un portail partenaire dédié.

En 2017, ces fichiers étaient mis à disposition du fonds à raison de deux fois par mois.

Les dates de traitement des données relatives aux échéances trimestrielles 2017 avant mise à disposition des données déclaratives au fonds ont été fréquemment décalées engendrant un retard moyen de 5 jours dans la mise à disposition des fichiers. Ces difficultés ont été résolues en 2018.

À la demande du fonds, la fréquence de mise à disposition des données est mensuelle depuis le mois de février 2018. Des extractions supplémentaires peuvent être effectuées en particulier dans le cadre de la clôture des comptes.

1.3.4. Des pistes d'amélioration du portail déclaratif

Afin d'améliorer la qualité déclarative des enregistrements opérés par les redevables de la TSA, différentes pistes d'évolution du portail déclaratif sont envisagées :

- mise en place d'interfaces de saisie avec des contrôles de cohérence embarqués ;
- possibilité pour les organismes de saisir un annule et remplace au lieu du système d'additif actuel ;
- mise en place d'un tableau récapitulatif annuel pré renseigné ;
- accessibilité au tableau récapitulatif annuel pour les organismes radiés.

Par ailleurs, le portail sera adapté aux évolutions introduites par la LFSS 2019 : remboursement au réel des dépenses de CMU-C, élargissement de la CMU-C et prise en compte des participations financières des assurés et des frais de gestion, suivi des effectifs couverts par l'ensemble des garanties santé, etc.

2. Le suivi et le contrôle des recettes

2.1. UNE ASSIETTE DE LA TSA EN HAUSSE MODERÉE DE 1,0 % EN 2018

2.1.1. Évolution des différentes assiettes

Les contrats soumis à la TSA sont les contrats individuels ou collectifs⁴³ d’assurance maladie souscrits auprès des sociétés ou entreprises d’assurances, mutuelles ou institutions de prévoyance⁴⁴, soit par des assurés sociaux pour compléter les remboursements effectués par leur régime de sécurité sociale (assurance maladie complémentaire), soit par des non assurés sociaux (travailleurs frontaliers, etc.).

L’assiette de la TSA se décompose en huit « sous assiettes » liées aux caractéristiques des garanties. Les contrats classiques représentent 93 % de l’assiette totale – dont 3,7 % correspondent à des contrats non responsables. Il s’agit des contrats d’assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles ou collectives.

En 2018, avant exploitation des données du tableau récapitulatif 2018 exigible au 30 juin 2019, l’assiette de la TSA augmente de 386 millions d’euros, soit une progression modérée de 1,0 % par rapport à l’année précédente.

Cette hausse résulte de variations contrastées entre les différentes assiettes. Notamment, la baisse constatée sur les contrats IJ responsables (- 24,2 %) s’explique par la poursuite d’ajustements à la suite d’erreurs d’interprétation par les organismes complémentaires lors de la mise en place de la TSA fusionnée en 2016⁴⁵. Les montants concernés ont été réaffectés par ces OC à la rubrique des contrats classiques responsables en 2018.

Tableau 39 – L’assiette de la TSA – Évolution entre 2017 et 2018 (en milliers d’euros)

	Contrats classiques responsables	Contrats classiques non responsables	Contrats 1er art. C998CGI	Contrats agriculteurs responsables	Contrats agriculteurs non responsables	Contrats au 1er euro	Contrats IJ responsables	Contrats IJ non responsables	Assiette de la TSA
2017	33 172 057	1 262 587	255 171	1 060 881	15 577	131 440	585 939	508 670	36 992 321
2018	33 537 612	1 398 959	229 031	1 043 065	16 444	145 376	444 140	563 757	37 378 384
Répartition 2018	89,7%	3,7%	0,6%	2,8%	0,0%	0,4%	1,2%	1,5%	100,0%
Évol. 2018 / 2017 (montants)	365 555	136 372	-26 140	-17 815	867	13 936	-141 800	55 087	386 062
Évol. 2018 / 2017 (%)	1,1%	10,8%	-10,2%	-1,7%	5,6%	10,6%	-24,2%	10,8%	1,0%

Champ : tous redevables de la TSA en 2017 et 2018

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 16 février 2019 – Données issues du tableau récapitulatif annuel (TR) pour 2017 et des 4 trimestres initiaux pour 2018

Indications : les contrats visés au 1° de l’article 998 du code général des impôts concernent certains contrats d’assurance groupe ; les contrats dits « au 1er euro » visent les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d’assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d’un régime obligatoire d’assurance maladie français (travailleur frontalier assuré auprès d’une assurance de base à l’étranger).

L’évolution constatée est toujours fortement influencée par un faible nombre d’OC, qu’il s’agisse des évolutions à la hausse ou à la baisse. Cela résulte de la forte concentration du marché.

Ainsi, les cinq OC enregistrant les plus fortes baisses d’assiette représentent 47 % du montant total des baisses. À l’inverse, les cinq OC qui ont les plus fortes hausses d’assiette représentent 39 % du montant total des hausses.

⁴³ Contrats à adhésion obligatoire ou facultative, solidaires ou non, responsables ou non, souscrits à titre professionnel ou dans un cadre privé, quel que soit le mode de leur financement (employeur ou assuré).

⁴⁴ Ou unions de mutuelles ou d’IP

⁴⁵ Ces contrats étaient auparavant soumis à la seule TSCA

2.1.2. Une hausse de 1,5 % du rendement de la TSA

En 2018, la TSA recouvrée par l'Urssaf Île-de-France a atteint un total de 4,95 milliards d'euros, en progression de 1,5 % par rapport à 2017, soit un rendement supplémentaire de 73 millions d'euros. Le différentiel constaté par rapport à l'évolution de l'assiette (+ 1,0 %) s'explique principalement par la hausse constatée sur les garanties santé non responsables qui progressent à un rythme de 10,8 % (+ 28 millions d'euros).

Tableau 40 – Évolution de la TSA entre 2017 et 2018 (en milliers d'euros)

	13,27%	20,27%	6,27%	6,27%	20,27%	14,00%	7,00%	14,00%	
	Contrats classiques responsables	Contrats classiques non responsables	Contrats 1er art. C998CGI	Contrats agriculteurs responsables	Contrats agriculteurs non responsables	Contrats au 1er euro	Contrats IJ responsables	Contrats IJ non responsables	Produit de la TSA
2017	4 401 932	255 926	15 999	66 517	3 157	18 402	41 016	71 214	4 874 163
2018	4 450 441	283 569	14 360	65 400	3 333	20 353	31 090	78 926	4 947 472
Répartition 2018	90,0%	5,7%	0,3%	1,3%	0,1%	0,4%	0,6%	1,6%	100,0%
Évol. 2018 / 2017 (montants)	48 509	27 643	-1 639	-1 117	176	1 951	-9 926	7 712	73 309
Évol. 2018 / 2017 (%)	1,1%	10,8%	-10,2%	-1,7%	5,6%	10,6%	-24,2%	10,8%	1,5%

Champ : tous redevables de la TSA en 2017 et 2018

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 16 février 2019 – Données issues du tableau récapitulatif annuel (TR) pour 2017 et des 4 trimestres initiaux pour 2018

2.2. LE SUIVI DES REDEVABLES

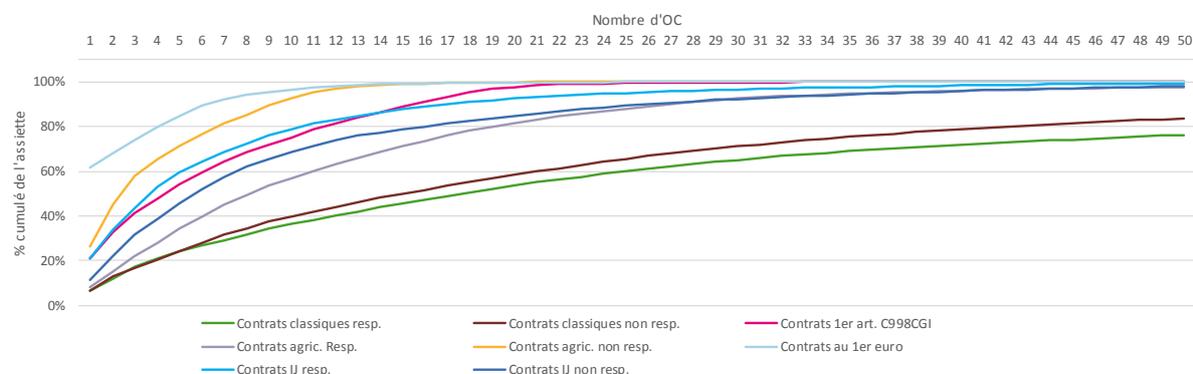
2.2.1. Un marché en constante évolution caractérisé par une forte concentration

Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration. Ainsi, sur 490 OC ayant déclaré une assiette non nulle en 2018⁴⁶ :

- les 10 premiers déclarent 35 % de l'assiette totale ;
- les 50 premiers déclarent 74 % de l'assiette totale⁴⁷.

Cette forte concentration oblige à une approche ciblée que ce soit en termes d'observation des tendances d'évolution ou de contrôle.

Figure 41 – Concentration des huit assiettes constitutives de la TSA en 2018



Champ : tous redevables de la TSA en 2018 - Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 16 février 2019
Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette relative aux contrats au 1^{er} euro en 2018 : 4 OC déclarent 80 % de l'assiette concernée, les 25 premiers OC en déclarent 100 %.

⁴⁶ Assiette totale de la TSA

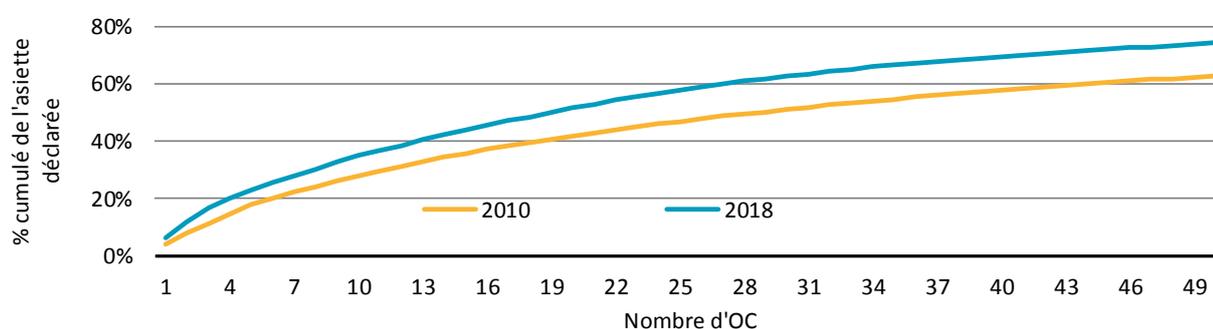
⁴⁷ Voir en annexe 4 la liste des 50 premiers OC au regard de l'assiette TSA

Par ailleurs, la concentration du secteur s'accroît progressivement, au gré notamment des regroupements d'organismes dans le cadre de fusions ou absorptions.

En 2018, le regroupement le plus important concerne deux organismes redevables ayant déclaré respectivement 132 et 116 millions d'euros en 2017. Le second a absorbé le premier et a déclaré une assiette totale de TSA de 257 millions d'euros en 2018.

Des regroupements d'ampleur sont d'ores et déjà annoncés pour 2019.

Figure 42 – Concentration de la déclaration de l'assiette de la TSA en 2018 par rapport à 2010



Champ : tous redevables de la TSA en 2018 et en 2010

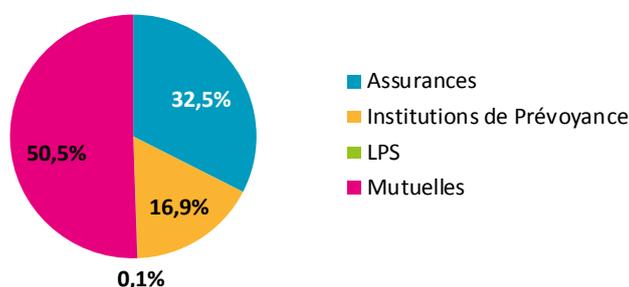
Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 16 février 2019

Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette en 2018 : 28 OC déclarent 61 % de l'assiette totale déclarée par l'ensemble des OC, les 50 premiers OC en déclarent 74 %

2.2.2. Des caractéristiques différentes en fonction de la nature des organismes

En 2018, l'assiette de la TSA reste majoritairement composée des primes des contrats proposés par les mutuelles qui représentent encore 51 % des montants. Les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance représentent respectivement 32 % et 17 % des primes assujetties à la taxe.

Figure 43 – Répartition de l'assiette de la TSA entre les différentes natures d'organismes complémentaires en 2018



Champ : tous redevables de la TSA en 2018

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 16 février 2019

Précision : les « LPS » correspondent à des organismes étrangers intervenant en libre prestation de services en France

L'appréciation des évolutions par nature d'OC se révèle délicate dans un contexte où les logiques de marché conduisent couramment à des imbrications entre organismes de nature différente. La logique concurrentielle oblige en effet les acteurs à devenir des opérateurs globaux et à dépasser le strict cadre de la santé. Les organismes sont désormais incités à proposer à leurs clients également des garanties en matière de prévoyance, de retraite, d'assurance automobile et habitation. Cela passe notamment par des alliances entre structures de natures différentes.

La caractérisation des OC selon leur nature montre cependant des différences marquées.

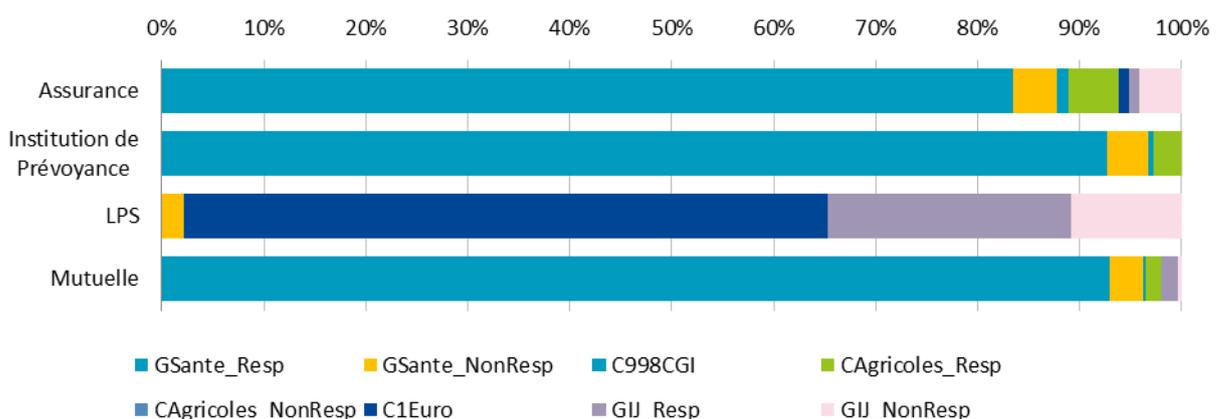
Les 26 institutions de prévoyance recensées comme redevables de la TSA regroupent 17 % de l'assiette totale et 5 % des organismes. Composée quasi uniquement de garanties classiques, de contrats d'assurance groupe et de contrats agricoles responsables, l'assiette TSA déclarée s'élève en moyenne à 243 millions d'euros en 2018, en baisse de 17 M€ par rapport à 2017. Il s'agit dans l'ensemble de grandes structures : 22 des 26 institutions de prévoyance déclarent un montant supérieur à 10 M€, dont 11 avec une assiette supérieure à 100 M€. La plus grande institution de prévoyance, BTP Prévoyance, déclare un montant d'1,3 Md€, la suivante AG2R Réunica Prévoyance déclare un montant d'1,1 Md€. Les institutions de prévoyance font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les 114 sociétés d'assurance représentent 23 % des organismes et 33 % de l'assiette. Présentes sur l'ensemble des garanties, elles représentent notamment 86 % des cotisations relatives aux contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. Le montant moyen déclaré s'élève à 107 M€ contre 102 M€ en 2017. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. 56 sociétés d'assurance déclarent une assiette supérieure à 10 M€, dont 27 à plus de 100 M€. L'assiette la plus importante est déclarée par Axa France Vie avec 2,1 Md€ suivie de Générali Vie avec 1,0 Md€. Les autres sociétés d'assurance déclarent en moyenne une assiette de 2,5 M€. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne, dont l'activité santé est marginale.

Quant aux 331 mutuelles recensées, avec un montant moyen d'assiette de 57 M€, en hausse de 5 M€ par rapport à 2017, elles regroupent 68 % des organismes – contre 73 % en 2017 – et 51 % de l'assiette déclarée. À l'instar des institutions de prévoyance, les contrats classiques responsables représentent 93 % de l'assiette totale déclarée. Le montant le plus important est déclaré par Harmonie Mutuelle avec 2,3 Md€ suivie de la MGEN (1,9 Md€). Le monde de la mutualité, malgré les mutations en cours, demeure très morcelé. On dénombre par ailleurs des mutuelles, généralement de petite taille, qui existent encore juridiquement mais qui sont substituées par des structures plus importantes. Dans la plupart des cas, leur déclaration est intégrée à celle de leur « substituante ».

Les redevables de TSA incluent également 19 déclarants pour le compte d'organismes complémentaires étrangers intervenant en libre prestation de services (LPS). Leur part est négligeable dans l'assiette totale (0,1 %).

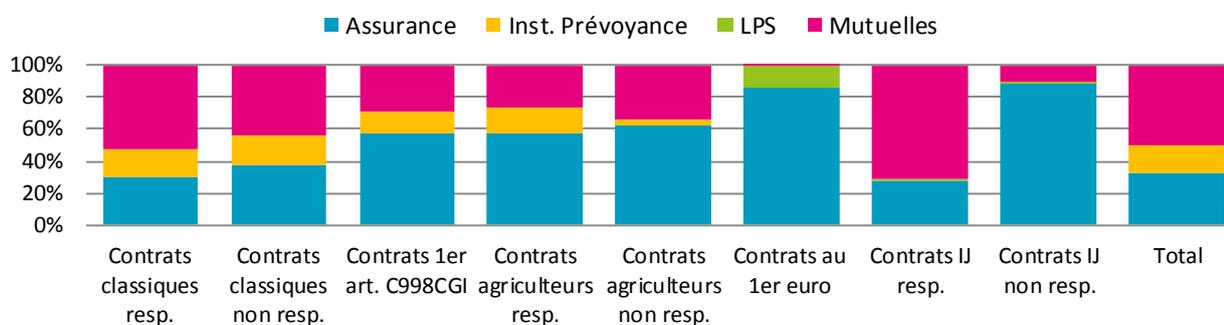
Figure 44 – Proportion de chaque assiette constitutive de la TSA au sein de chaque nature d'OC en 2018



Champ : tous redevables de la TSA en 2018

Source : télédéclarations des redevables de la TSA. Situation déclarative arrêtée au 16 février 2019

Figure 45 – Part respective par nature d'OC au sein de chaque assiette constitutive de la TSA en 2018



Champ : tous redevables de la TSA en 2018

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 16 février 2019

Encadré 9 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires

Le rapport 2018 présente les résultats pour 2017. Il couvre l'exhaustivité de l'assiette de la TSA déclarée auprès du Fonds CMU-C.

■ La santé est l'activité principale des mutuelles et des institutions de prévoyance mais une activité mineure pour les sociétés d'assurance

La santé représente 15 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance. Son poids dans l'ensemble de l'activité d'assurance a plutôt eu tendance à légèrement augmenter ces dernières années.

Elle représente 85 % des primes collectées par l'ensemble des mutuelles, lesquelles sont donc spécialisées sur ce risque. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance (en moyenne 50 % des primes collectées). Elle est très minoritaire au sein des sociétés d'assurance où elle ne représente que 5 % de l'activité.

■ Les mutuelles sont plutôt positionnées sur l'individuel, les institutions de prévoyance spécialisées en collectif

L'individuel représente 53 % des primes collectées par les OC. La part de l'individuel qui représentait 56 % des primes collectées en 2015 diminue lentement mais progressivement.

Les mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels qui représentent 70 % des primes collectées contre 30 % pour le collectif. C'est l'inverse pour les institutions de prévoyance au sein desquelles l'individuel ne représente que 13 % des primes⁴⁸ (87 % pour le collectif). Les sociétés d'assurance se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 49 % des primes (51 % pour le collectif). En 2014, la part de l'individuel représentait respectivement 71 %, 15 % et 56 % chez ces mêmes organismes. Depuis la mise en place de l'ANI, c'est donc au sein des sociétés d'assurance que la part du collectif a le plus augmenté.

⁴⁸ Contrats destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées et à leurs ayant-droit

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

Le résultat technique en santé représente la différence entre les produits et les charges liés à l'activité santé pour une année donnée⁴⁹. Sur les dernières années, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, alors que c'est l'inverse pour les contrats individuels. Le résultat technique santé est donc tiré à la baisse par les contrats collectifs.

Quel que soit le type d'OC, le ratio S/P (Sinistres⁵⁰ / Primes collectées) est supérieur pour les contrats collectifs. Ces contrats collectifs ont un retour sur primes plus important ce qui les rend plus avantageux pour les assurés et moins rentables pour les assureurs.

Au global, pour l'ensemble des organismes, le résultat technique santé est excédentaire en 2017 : + 501 M€ correspondant à 1,4 % des primes collectées (contre 0,3 % en 2016 et 2015 et 0,8 % en 2014).

2017	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	4,0 (2,2)	-1,0 (-5,0)	2,5 (0,1)
IP	11,3 (9,8)	-5,0 (-5,7)	-2,9 (-3,8)
Assurances	7,5 (7,1)	-3,2 (-1,2)	2,0 (2,7)
Total	5,3 (4,0)	-3,1 (-4,0)	1,4 (0,3)

■ Une solidité financière confirmée des OC gérant le risque santé

La solidité financière d'un OC sur une année donnée peut s'apprécier à partir de son « résultat net » total, calculé sur l'ensemble de son activité (santé et autres). Ce résultat s'élève à 4,4 % pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (4,0 % en 2016), à 1,7 % pour les mutuelles (0,7 % en 2016) et -1,4 % pour les IP (0 % en 2016 et 2015).

Le rapport précise que les excédents ont souvent été portés par les activités d'assurance Vie et dans une moindre mesure Non vie, tandis que les activités non techniques ont plutôt tiré à la baisse le résultat net global chaque année.

La grande majorité des OC intervenant sur le champ de la couverture complémentaire santé respectent également les deux principaux ratios prudentiels qui leur sont imposés dans le cadre de solvabilité 2.

2.3. UN EFFET MODERE DE L'ANI

Les informations mises à disposition par la DREES dans le cadre de son enquête sur la situation financière des organismes complémentaires (OC) offrent un premier éclairage sur ce qui s'est passé depuis la mise en place de l'ANI en 2015. Par rapport aux informations issues des déclarations de TSA, les chiffres de la DREES présentent deux avantages :

- il n'y a pas eu de changement de périmètre pour caractériser l'activité de complémentaire santé des OC depuis le début de l'enquête en 2011 ;
- la DREES distingue l'individuel du collectif.

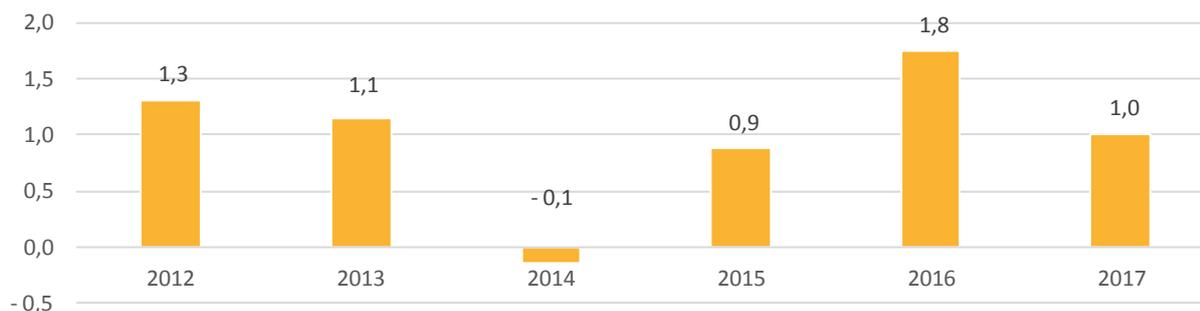
Il existe des différences de champ entre les deux sources mais ces dernières sont mineures et les évolutions entre elles sont cohérentes.

⁴⁹ Les produits correspondent principalement aux primes collectées hors taxes. Les charges sont essentiellement constituées par les charges de prestations issues de l'activité d'indemnisation des assurés, dans une moindre mesure, des frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux en particulier) et des frais d'administration liés à la gestion des contrats et des systèmes d'informations.

⁵⁰ Sinistres : sinistres payés aux assurés + frais de gestion des sinistres + autres charges de prestations

Contrairement aux effets attendus de l’ANI - basculement de l’individuel vers le collectif avec pour conséquence une augmentation de la part des institutions de prévoyance au détriment des mutuelles – la part du collectif a continué à progresser depuis 2015 à un rythme proche de l’évolution constatée sur les années 2012 et 2013.

Figure 46 – Évolution annuelle en points de la part des contrats collectifs dans l’activité de couverture complémentaire santé des OC

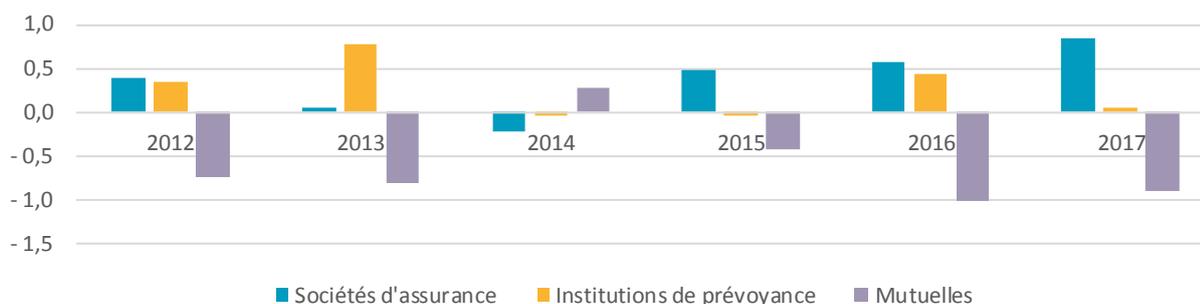


Champ : tous OC ayant répondu à l’enquête ACPR / DREES permettant d’élaborer le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC
 Source : OC / ACPR / DREES / Fonds CMU-C

En outre, la répartition de l’activité de couverture complémentaire santé par nature d’OC montre que la part des mutuelles a baissé mais que le mouvement était déjà engagé avant la mise en place de l’ANI ; on ne note pas d’accélération significative à la suite de la mise en place de l’ANI.

La situation des institutions de prévoyance a peu évolué et la perte relative constatée sur les mutuelles a pour corollaire une hausse de la part de marché des sociétés d’assurance.

Figure 47 Évolution annuelle en points de la part de chaque nature d’OC dans l’activité de couverture complémentaire santé



Champ : tous OC ayant répondu à l’enquête ACPR / DREES permettant d’élaborer le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC
 Source : OC / ACPR / DREES / Fonds CMU-C

Ces constats sont cohérents avec le premier bilan réalisé par la DREES et l’IRDES dans le cadre de l’enquête Protection sociale complémentaire d’entreprise (PSCE) menée en 2017.

L’enquête montre que l’ANI a permis d’élargir le marché du collectif aux très petits établissements bien que ces derniers demeurent encore les moins bien équipés. En outre, ces établissements nouvellement couverts se sont tournés davantage vers les sociétés d’assurance. Le développement a cependant été freiné par les dispenses d’adhésion touchant principalement ces établissements. Plusieurs motifs permettent en effet aux salariés d’obtenir une dispense d’adhésion au contrat collectif d’entreprise : bénéficier de la CMU-C ou de l’ACS, être déjà salarié de l’entreprise au moment de la mise en place du contrat décidé de façon unilatérale par l’employeur, être couvert par le contrat de son conjoint, avoir une couverture individuelle (et ce jusqu’à l’échéance de ce contrat), travailler en contrat à durée déterminée (CDD) depuis moins de trois mois ou à temps très partiel, dépendre du régime d’Alsace-Moselle.

2.4. BILAN 2018 DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LE FONDS

Assise sur huit natures de contrats différentes selon des taux variés, la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est une taxe qui nécessite une bonne appropriation par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie redevables.

En charge du financement des dispositifs d'aide à la complémentaire santé qui repose sur cette seule ressource, le fonds est chargé de procéder à la vérification de ces assiettes et d'orienter le contrôle opéré par les URSSAF.

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

L'article L. 862 5 précise par ailleurs que « *Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés* ».

Les travaux de vérification et d'orientation du contrôle menés par le fonds permettent non seulement de fiabiliser ses recettes et d'assurer la régularité de ses comptes mais ils contribuent également au meilleur recouvrement d'une partie des recettes attribuées à la branche maladie du régime général, également attributaire de la TSA.

2.4.1. Les méthodes de vérification de l'assiette mises en place par le Fonds CMU-C

Les vérifications du fonds ciblent les évolutions atypiques ou importantes d'assiette. Ces variations correspondent principalement à :

- des effets de structure (fusions, absorptions) ;
- des effets volume (évolution des parts de marché, croissance du chiffre d'affaires, etc.) ou des effets prix (évolution des primes attachées aux contrats d'assurance) ;
- des évolutions techniques qui peuvent être consécutives à des changements de méthode comptable, à des erreurs de comptabilisation ou à une méconnaissance des règles d'assujettissement ou des formalités déclaratives.

En application de son dispositif de contrôle interne, le Fonds CMU-C réalise un suivi de l'ensemble des déclarations trimestrielles et annuelles effectuées par les organismes complémentaires (OC) auprès de l'URSSAF Île-de-France.

Après des travaux visant à garantir la qualité des données transmises par l'URSSAF (recherche des déclarations manquantes, contrôle de l'intégrité des fichiers, exactitude de la répartition, etc.), le fonds mène trois natures de vérification : vérification de l'exhaustivité des redevables, suivi de l'évolution des assiettes unitaires, vérification de l'habilitation des organismes complémentaires à opérer des déductions.

■ Vérification de l'exhaustivité des redevables

Les travaux de vérification des déclarations doivent tenir compte de l'évolution permanente du monde de la complémentaire santé, et en particulier des créations et des disparitions d'OC constatées chaque année, notamment à la suite de fusions et absorptions.

Un suivi est réalisé au fil de l'eau sur la base de l'exploitation des journaux officiels (créations, suppressions, transferts de portefeuilles etc.).

Des rapprochements sont par ailleurs ponctuellement effectués avec les registres de l'ACPR.

Une attention particulière est portée sur la recherche des montants déclarés par les OC absorbés au cours d'une année. Il s'agit alors d'identifier la destination des montants concernés et de vérifier si l'évolution constatée sur l'organisme « absorbant » est cohérente avec cette intégration. Cette démarche s'applique également aux transferts de portefeuilles qui sont identifiés. Les enjeux financiers concernent alors 100 % des montants concernés.

■ Suivi de l'évolution des assiettes unitaires

À l'issue de chaque échéance déclarative, le fonds mène un travail de suivi et de rapprochement des assiettes déclarées de sorte à identifier des évolutions atypiques pour chaque OC et chaque assiette, au regard de l'évolution d'ensemble ou des données antérieures de l'OC concerné. Ce sont ainsi 19 600 données⁵¹ qui ont été suivies en 2018.

Le fonds interroge systématiquement les organismes dont l'une ou plusieurs assiettes (s) présente (nt) une évolution sensible négative ou positive.

Cette démarche s'appuie sur des critères de sélection croisés : enjeux financiers, criticité, équité de traitement devant le prélèvement fiscal.

Les échanges avec les OC dans ce cadre ont également pour but de les accompagner dans l'appropriation des règles en vigueur. Ils permettent également de mieux appréhender les tendances de marché.

■ Vérification de l'habilitation des OC à opérer des déductions

La TSA due et versée par les OC peut être minorée des déductions opérées par ces organismes au titre du remboursement des dépenses de CMU-C et des chèques ACS.

Le fonds est donc également chargé de vérifier que les déductions effectivement opérées l'ont été à bon droit, et que les OC concernés étaient bien habilités à gérer les dispositifs. Le fonds effectue pour ce faire un croisement entre les données déclaratives et le fichier des organismes habilités à gérer la CMU-C et/ou retenus pour gérer les contrats ACS à l'issue de l'appel d'offres de 2015.

2.4.2. Les vérifications du fonds ont porté sur les deux tiers de l'assiette de la TSA en trois ans

En 2018, 51 OC ont été interrogés par le fonds au regard de l'évolution de l'assiette de la TSA déclarée.

Le fonds a par ailleurs vérifié la destination des montants déclarés par 21 OC ayant été absorbés en 2018 et qui représentaient un montant total d'assiette de 186 M€ en 2017, soit 25 M€ de taxe.

En tenant compte des vérifications portant sur les OC absorbés, l'ensemble des vérifications a couvert 11 % des redevables et 36 % de l'assiette TSA totale déclarée en 2018. Sur la dernière période triennale de 2016 à 2018, 27 % des redevables ayant déclaré 72 % de l'assiette ont été interrogés dans ce cadre.

Ce taux important de couverture permet non seulement au fonds de veiller à un juste recouvrement de la TSA, mais également d'assurer un rôle d'accompagnement des organismes complémentaires, participant en cela à une action préventive de couverture des risques.

Les réponses apportées par les OC interrogés correspondent parfois à des événements particuliers mais renvoient également souvent à des situations similaires sur un marché par ailleurs fortement concurrentiel. Ainsi les évolutions les plus importantes se situent-elles généralement sur le segment de la couverture collective : perte d'un contrat collectif à la suite de nouvelles mises en concurrence, résiliations de contrat consécutives aux relèvements tarifaires nécessaires pour satisfaire aux critères de solvabilité et/ou de rentabilité, baisse importante du montant des cotisations appelées à la suite d'une négociation de branche⁵², régularisations importantes sur exercices antérieurs⁵³, etc.

Les évolutions sensibles peuvent également être consécutives à un changement de méthode de comptabilisation de l'assiette. Par ailleurs, la mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN) a, dans certains cas, entraîné des décalages dans les déclarations de certains OC.

En 2018, les vérifications menées par le fonds n'ont pas conduit à des régularisations de TSA. En 2017, elles avaient donné lieu à 33 millions d'euros de corrections.

⁵¹ Hors données relatives aux déductions

⁵² Un des organismes interrogés a ainsi baissé de 60 % son appel de cotisation sur un contrat collectif. Dans le cadre de la négociation avec la branche concernée, il a été décidé de financer la baisse tarifaire par un appel aux réserves constituées par le passé

⁵³ La déclaration de certains contrats collectifs sur une base provisionnelle peut conduire d'un exercice sur l'autre à des régularisations sur exercices antérieurs significatives

2.5. BILAN 2017 DES CONTROLES COMPTABLES D’ASSIETTE DE LA BRANCHE RECouvreMENT

2.5.1. Un contrôle qui s’inscrit dans un cadre juridique précis

L’article L. 862-5 du code de la Sécurité sociale précise que « *les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés* » (article L.862-5 du Code de la sécurité sociale). Le Fonds CMU-C intervient en amont du contrôle des URSSAF sur la base d’un contrôle de vraisemblance des données déclaratives sur les cinq échéances annuelles (quatre échéances trimestrielles et le tableau récapitulatif annuel).

Ces vérifications permettent de rectifier des situations mais également d’orienter le contrôle sur place des URSSAF, effectués par des agents agréés et assermentés en situation de pouvoir procéder à des redressements.

Le plan de contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA a deux origines :

- Les contrôles réalisés à la demande du Fonds CMU-C en application des critères de sélection déterminés par ce dernier ;
- Les contrôles menés dans le cadre des contrôles comptables d’assiette des cotisations sociales qui sont étendus à l’assiette TSA dès lors que les employeurs contrôlés sont identifiés comme redevables de la taxe.

Les contrôles menés par les inspecteurs Urssaf sur le champ de la TSA requièrent des connaissances spécifiques. Un groupe de travail dédié au sujet met régulièrement à jour la formation, la méthodologie et les outils de contrôle. Le reporting des actions menées et les procès-verbaux des contrôles centralisés par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) permettent d’apprécier les différents motifs de redressement et les enjeux financiers attachés. La coordination des actions est assurée dans le cadre de réunions régulières entre le fonds et l’ACOSS au cours desquelles les bilans respectifs sont présentés et la liste des contrôles proposés par le fonds est validée.

2.5.2. Les contrôles des URSSAF ont porté sur un peu moins d’un-tiers de l’assiette sur la période 2015 – 2017

Les URSSAF ont effectué 16 contrôles relatifs à la TSA en 2017 (procès-verbaux de contrôles déposés en 2017) répartis sur 6 régions. Ces contrôles ont porté sur 3 % des organismes complémentaires redevables et sur 12 % de l’assiette de la TSA. Sur la période triennale 2015 – 2017 les contrôles ont couvert 11 % des redevables et 31 % de l’assiette.

En tenant compte des vérifications menées par le fonds sur le champ de l’assiette, près de 35 % des organismes représentant 80 % de l’assiette ont fait l’objet d’un examen sur la période 2016-2018.

► **Tableau 41 – Le contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA**

Année	Champ couvert par les contrôles URSSAF	
	En % du Nbre de redevables de la TSA	En % de l’assiette TSA
2012	2%	9%
2013	2%	3%
2014	3%	7%
2015	4%	12%
2016	4%	7%
2017	3%	12%

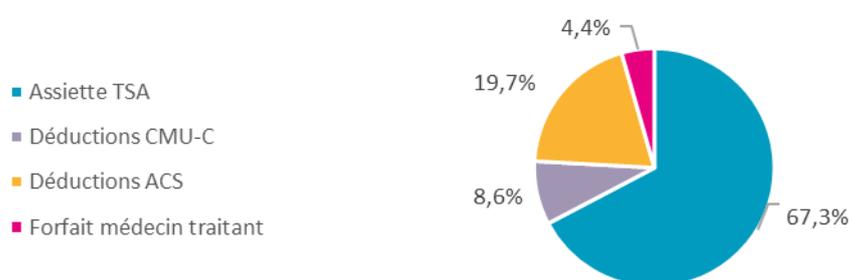
Source : ACOSS

Le nombre total de régularisations et d'observations à l'issue de ces contrôles s'élève à 53 dont 25 motifs de redressements positifs et 13 motifs de restitution. La majorité des motifs et observations ont porté sur l'ACS (38 %) et sur la TSA (32 %).

Les contrôles aboutis en 2017 ont conduit à 4,3 M€ de redressements en valeur absolue avec 3,3 M€ de redressements positifs et 0,9 M€ de redressements négatifs.

S'agissant des redressements positifs, plus des deux tiers ont porté sur l'assiette en 2017.

Figure 48 – Répartition des montants des redressements positifs selon l'objet du contrôle



Champ : ensemble des contrôles URSSAF conduits sur le champ de la déclaration TSA et clôturés en 2017
Source : ACOSS

Les contrôles URSSAF sur le champ de la TSA présentent deux caractéristiques observées dans le temps et confirmées en 2017 :

- l'enjeu principal des redressements porte sur l'assiette de la TSA ; l'assiette a représenté 70 % du montant total des régularisations en valeur absolue alors que les déductions CMU-C et les crédits d'impôts ACS n'ont représenté respectivement que 7 % et 15 % des redressements⁵⁴ ;
- l'enjeu du contrôle est très fortement concentré sur un faible nombre d'OC.

Sur l'assiette, les principaux motifs de redressement varient selon les contrôles et il est intéressant de se référer à un historique des situations rencontrées.

⁵⁴ Les redressements relatifs au forfait médecin traitant ont représenté 4 % du montant total des redressements

Tableau 42 – Les principaux motifs de redressement des contrôles URSSAF sur le champ de la TSA entre 2014 et 2017

Année	Représentativité des redressements positifs les plus importants	Objet du redressement positif	Détail objet du redressement positif	Montant total des redressements positifs	Montant total des redressements négatifs	Part des redr. négatifs / positifs
2017	1 contrôle sur 16 : 74 % des redressements positifs	Assiette (68 %) + ACS (6 %)	Assiette : non prise en compte des intérêts pour paiement échelonné de la cotisation ; ACS : absence de justificatifs sur certains dossiers	3 336 667 €	921 628 €	27,6%
	1 contrôle sur 16 : 17 % des redressements positifs	Assiette (6 %) + ACS (11 %)	Assiette : erreur de paramétrage du système de gestion d'un courtier; ACS : sous-déclaration de contrats gérés en coassurance			
2016	1 contrôle sur 21 : 94 % des redressements positifs	Assiette	Absence de déclaration d'un contrat « Accident famille ». L'objet même de ce contrat de prévoyance est de prendre en charge tous les frais engagés pour que l'assuré puisse se soigner en cas d'accident corporel de la vie quotidienne.	3 508 460 €	1 073 900 €	30,6%
2015	1 contrôle sur 24 : 51 % des redressements positifs	Assiette	64 % de ce redressement avait pour origine une discordance entre le montant des primes comptabilisées et l'assiette déclarée non justifiée; 36 % concernait des contrats frontaliers complémentaires au remboursement de la Sécurité sociale pour lesquels l'OC n'a pas été en mesure de justifier la non résidence française des personnes concernées	2 231 484 €	181 473 €	8,1%
2014	1 contrôle sur 16 : 48 % des redressements positifs	Assiette	Majoration de primes lorsque les assurés paient en plusieurs fois non comptabilisées à tort	6 513 206 €	906 004 €	13,9%
	1 contrôle sur 16 : 38 % des redressements positifs	Assiette	Discordance entre le montant des primes comptabilisées et l'assiette déclarée non justifiée			

Source : ACOSS

En moyenne, le taux de redressement positif⁵⁵ qui ressort des contrôles URSSAF clôturés en 2017 représente 0,4 % sur la taxe TSA, 1 % sur les déductions CMU-C et 0,3 % sur les déductions ACS.

En extrapolant ces résultats à l'ensemble des déclarations en 2017, l'enjeu financier théorique s'élève à 19 M€ sur la taxe, à 3 M€ sur les déductions CMUC et à 1 M€ sur les crédits d'impôt ACS. Cette extrapolation n'est présentée qu'à titre d'illustration dans la mesure où les résultats des contrôles peuvent varier fortement selon les exercices compte tenu notamment de leur nombre restreint⁵⁶.

⁵⁵ Montant des redressements sur montants de l'assiette contrôlée de la période contrôlée

⁵⁶ Ainsi, un calcul identique pour les contrôles clôturés en 2016 donne des résultats différents : taux d'anomalie de 1,4 % sur la taxe, de 0,0 % sur les déductions CMUC et de 0,3 % sur les déductions ACS conduisant à des montants d'enjeux financiers totaux (appliqués à l'ensemble des redevables) de respectivement 31 M€, 0,2 M€ et 1 M€

3. Le suivi et le contrôle des dépenses

3.1. LA METHODE DE VERIFICATION DES DEDUCTIONS DE TSA

Outre les dépenses de CMU-C engagées par les régimes d'assurance maladie de base, le Fonds CMU-C finance les dépenses de CMU-C des organismes de complémentaire santé d'assurance maladie (OC) gestionnaires du dispositif, ainsi que les chèques ACS utilisés par les bénéficiaires auprès des onze groupements habilités. Ce financement prend la forme de déductions opérées par les OCAM sur les montants de la TSA dont ils sont redevables.

Déclarés par les organismes, ces crédits donnent lieu à des vérifications par le Fonds CMU-C, lesquelles sont encadrées par les dispositions de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale qui dispose que le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative au calcul des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de la CMU-C et au calcul des dépenses constituées par les crédits d'impôts accordés aux OC.

En 2018, les vérifications ont porté sur cinq échéances déclaratives :

- le quatrième trimestre et le tableau récapitulatif relatifs à l'année 2017 ;
- les trois premiers trimestres de l'année 2018.

Les déclarations relatives au dernier trimestre 2018 et au tableau récapitulatif 2018 seront contrôlées courant 2019.

3.1.1. Méthode de sélection des OC contrôlés

■ Les OC en situation créditrice

Le recouvrement de la TSA est opéré par l'URSSAF Île-de-France sur la base de déclarations dématérialisées. En application de l'article L.862-6 du CSS, lorsque le montant de la taxe collectée est inférieur au montant des imputations correspondant aux dépenses de CMU-C et aux crédits d'impôt ACS, les OC demandent au fonds le versement de cette différence.

En pratique, c'est l'URSSAF Île-de-France qui opère les remboursements après vérification des données déclaratives par le fonds. Après chaque échéance déclarative, l'Urssaf transmet en conséquence au fonds la liste des organismes complémentaires en situation dite 'créditrice' pour lesquels le fonds doit procéder au contrôle des listes de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Au titre du quatrième trimestre 2017 et du premier trimestre 2018 – dont les exigibilités étaient respectivement fixées au 30 janvier et au 30 avril 2018 - tous les OC dont la créance sur l'Urssaf était supérieure ou égale à 300 000 € – soit sept OC – ont fait l'objet de vérifications par le fonds avant éventuel remboursement. Quatre autres OC en situation de crédit au titre du premier trimestre 2018 en-deçà du seuil de 300 000 € ont fait l'objet de vérifications *a posteriori*.

À compter de l'échéance relative au deuxième trimestre 2018, afin de pouvoir respecter les délais de remboursement prévus par la réglementation⁵⁷ et par décision commune entre l'URSSAF Île-de-France et le Fonds CMU-C, seules des vérifications *a posteriori* ont été conduites pour les OC en situation créditrice lors des échéances trimestrielles.

S'agissant des déclarations annuelles, les dix OC enregistrant une créance supérieure à 500 000 euros sur l'Urssaf au titre du tableau récapitulatif 2017 ont fait l'objet d'une vérification *a priori* par le fonds. Le fonds a par ailleurs diligemment neuf autres vérifications sur cette échéance. Il a également poursuivi les vérifications au titre des tableaux récapitulatifs 2015 et 2016.

⁵⁷ En application de l'article D. 862-4 lorsque, pour un trimestre donné, la somme de l'acompte défini à l'article D. 862-2 et du versement défini à l'article D. 862-3 excède le montant de la taxe collectée en application des I et II de l'article L. 862-4, le fonds procède au versement de la différence au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré

À compter du tableau récapitulatif 2018 exigible avant le 30 juin 2019, seuls les OC dont la créance sur l’URSSAF sera supérieure à 500 000 euros feront l’objet d’une vérification *a priori* par le fonds avant remboursement. Le fonds vérifiera par ailleurs que les demandes de modification identifiées lors des contrôles trimestriels auront bien été prises en compte par les OC concernés.

■ Un objectif de couverture de 100 % sur trois ans

Les vérifications opérées pour le compte de l’URSSAF conduisent à des contrôles récurrents d’un faible nombre d’organismes et ne permettent pas à elles seules d’assurer l’équité de traitement des redevables. En complément de ces vérifications, le fonds a déterminé en conséquence un plan de contrôle annuel avec comme objectif principal de contrôler au moins une fois la totalité des organismes gestionnaires sur une période triennale. De nouveaux critères de sélection ont été déterminés permettant de tenir compte des taux d’évolution des effectifs, de la cohérence entre les déclarations trimestrielles et le tableau récapitulatif annuel et de l’évolution du coût moyen.

Une partie des OC sont gestionnaires des deux dispositifs de couverture. Les 46 OC ayant déclaré des effectifs CMU-C et ACS au titre du premier trimestre 2018 couvraient 389 000 bénéficiaires de la CMU-C (soit 74 % du nombre total de bénéficiaires gérés par les OC et 74 % des dépenses CMU-C prises en charge par les OC) et 906 184 bénéficiaires de l’ACS (soit 71 % du nombre total de bénéficiaires ACS et 53 % des dépenses ACS). Le fonds a donc introduit en 2018 un nouveau type de contrôle visant à vérifier l’absence de doublons entre les listes de bénéficiaires de la CMU-C et celles des bénéficiaires de l’ACS pour un même organisme gestionnaire. Les premiers contrôles seront opérés en 2019 au titre du quatrième trimestre 2018.

Au regard du nombre moyen d’OC qui opèrent des déductions CMU-C et/ou ACS – soit 223 en 2018 – le plan de contrôle 2018 a permis d’arrêter une liste de 82 organismes à contrôler en 2018 sur au moins l’une des trois premières échéances déclaratives au titre de l’exercice 2018.

3.1.2. Méthode de contrôle

Les contrôles opérés par le fonds visent à couvrir le risque de déductions erronées : bénéficiaires déclarés deux fois, dates de droit non cohérentes avec les prescriptions réglementaires, montant déduit supérieur au montant réglementaire.

Afin de vérifier l’ensemble de ces points, le fonds demande aux organismes sélectionnés de fournir la liste des bénéficiaires CMU-C et/ou ACS correspondante à l’échéance concernée par le contrôle. Il est également susceptible de demander les attestations d’ouverture des droits sur un échantillon de bénéficiaires.

Pour les échéances trimestrielles, la méthode de contrôle consiste à vérifier à partir des éléments figurant sur les listes de bénéficiaires :

- la cohérence des dates d’entrée et de sortie des bénéficiaires par rapport à la date de référence du calcul des déductions (dernier jour du 2^{ème} mois du trimestre correspondant à l’échéance déclarative)⁵⁸;
- le nombre de bénéficiaires déclarés par rapport à la liste fournie (nombre identique, absence de doublons par contrôle des noms, prénoms et dates de naissance des bénéficiaires) ;
- la cohérence du montant de la déduction ACS en fonction de l’âge du bénéficiaire.

S’agissant du contrôle des tableaux récapitulatifs annuels, il consiste à vérifier les mêmes éléments que ceux décrits *supra* ainsi que :

- la cohérence du montant inscrit sur l’état détaillé des dépenses avec le montant inscrit sur le tableau récapitulatif ;
- le nombre moyen des bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux listes transmises ;
- les reports des montants déclarés lors des échéances trimestrielles.

⁵⁸ La date de début des droits ne doit pas être postérieure au dernier jour du second mois du trimestre civil ; la date de fin de droits ne doit pas être antérieure au dernier jour du second mois du trimestre civil

Lorsque des anomalies sont constatées, le fonds demande aux organismes complémentaires de les justifier ; à défaut de justification, il leur est demandé de faire une déclaration rectificative auprès de l'URSSAF et d'indiquer l'échéance déclarative sur laquelle seront opérées les rectifications (trimestre concerné ou tableau récapitulatif annuel).

3.2. UN TAUX DE COUVERTURE EN AMÉLIORATION

3.2.1. L'amélioration du taux de couverture en nombre d'OC

Outre les 82 contrôles réalisés sur au moins l'une des trois premières échéances déclaratives au titre de l'exercice 2018 déterminés en application des critères de sélection développés *supra*, le fonds a contrôlé 32 organismes au titre du quatrième trimestre et du tableau récapitulatif 2017. Ce sont donc en tout 114 opérations qui ont été menées dans le courant de l'année, dont 32 au titre des contrôles opérés sur les organismes en situation créditrice (contre 59 en 2017).

L'application de nouveaux critères de sélection des OC a permis d'améliorer sensiblement le taux de couverture des contrôles par rapport au nombre total d'organismes gestionnaires. Ces contrôles ont ainsi porté sur 31 % des OC gestionnaires de la CMU-C et 40 % des OC gestionnaires de l'ACS⁵⁹ contre respectivement 11 % et 47 % en 2017.

Les OC contrôlés représentent 49 % des effectifs et 48 % des déductions CMU-C sur la période concernée. En ce qui concerne l'ACS, les vérifications menées ont couvert 66 % des bénéficiaires ACS et 51 % des crédits d'impôt déclarés par les OC.

Tableau 43 – Taux de couverture des contrôles menés par le fonds en 2017 et 2018 sur le champ des déductions

Année	taux de couverture des contrôles					
	en % du nombre d'OC gestionnaires		En % du nombre de bénéficiaires		En % des dépenses	
	CMU-C	ACS	CMU-C	ACS	CMU-C	ACS
2017	11%	47%	44%	50%	58%	51%
2018	31%	40%	49%	66%	48%	51%

Source : Fonds CMU-C

Champ : plan de contrôle Fonds CMU-C et contrôles des OC créditeurs pour le compte de l'URSSAF

3.2.2. Des corrections à hauteur de 663 000 €

Les taux moyens d'anomalies au titre des cinq échéances déclaratives contrôlées s'élèvent à 0,7 % pour les contrôles relatifs à la CMU-C et 0,02 % pour ceux relatifs à l'ACS. Rapportés à l'ensemble des déductions, ces taux d'anomalie permettent d'évaluer à hauteur de 1,4 million d'euros l'enjeu financier global lié aux anomalies déclaratives.

Les vérifications menées sur les cinq échéances contrôlées se sont traduites par des demandes de correction à hauteur de 44 000 €.

Par ailleurs, les contrôles relatifs aux tableaux récapitulatifs 2016 conduits en 2018 ont abouti à des régularisations de dépenses ACS à hauteur de 619 000 €.

Le montant total des corrections demandées aux OC en 2018 s'élève en conséquence à 663 000 €.

⁵⁹ Le taux de couverture en nombre d'organismes est minoré du nombre d'OC qui n'ont pas adressé les listes demandées

V. Les comptes et la trésorerie 2018

1. Les comptes 2018 du Fonds CMU-C

1.1. LE COMPTE DE RESULTAT 2018

En 2018, après réfaction de 150 M€ de TSA en application de la LFSS 2018, le résultat annuel du Fonds CMU-C s'établit à – 150 M€. Le résultat cumulé atteint quant à lui 171 M€.

Les produits du fonds s'élèvent au total à 2 556 M€⁶⁰ (dont recettes annexes et reprises sur provisions), soit une évolution de - 1,5 % par rapport à l'exercice 2017.

La dépense totale au titre du financement de la CMU-C atteint 2 244 M€, soit une évolution de 2,8 %. Cette somme se décompose en 2 033 M€ de versements aux régimes de base d'assurance maladie et 212 M€⁶¹ de déductions CMU-C accordées aux organismes complémentaires.

Les déductions ACS atteignent 438 M€, soit une évolution de 35,4 % contre 3,6 % en 2017. Cette augmentation sensible des charges au titre des crédits d'impôt ACS s'explique en partie par des régularisations à hauteur de 50 M€ au titre d'exercices antérieurs.

Au total, les dépenses au profit des organismes complémentaires s'élèvent à 651 M€ contre 537 M€ en 2017.

⁶⁰ Les produits et les charges du compte de résultat comprennent des recettes perçues en 2018 au titre d'exercices antérieurs

⁶¹ Ce chiffre est inférieur de 4 M€ à la dépense totale au titre de la CMU-C gérée par les OC : il correspond à la seule partie financée par le Fonds CMU-C en deçà du plafond forfaitaire de 408 €

Tableau 44 – Compte de résultat détaillé 2018

CHARGES	2018	2017	PRODUITS	2018	2017
CHARGES DE FINANCEMENT			PRODUITS DE FINANCEMENT		
Versements aux régimes de base	2 032 736 567,62	1 973 213 023,71	Droit de consommation sur les tabacs	0,00	0,00
<i>dont CNAM</i>	1 866 999 840,00	1 824 108 258,83			
<i>dont CCMSA</i>	47 869 653,89	43 955 379,48			
<i>dont CNSSDTI</i>	114 895 906,48	102 433 593,90	TSA art L 862-4 Code Sécurité Sociale	2 517 631 409,31	2 582 826 783,26
<i>dont autres régimes</i>	2 971 167,25	2 715 791,50	<i>dont TSA AcoSS</i>	2 517 647 554,31	2 582 969 423,26
<i>dont verst complémentaire cnam</i>	0,00	0,00	<i>dont TSA fonds</i>	-16 145,00	-142 640,00
Déductions aux organismes complémentaires	651 247 485,75	536 610 609,49			
<i>dont déductions CMU-C</i>	211 716 239,10	209 256 049,91			
<i>dont déductions ACS</i>	438 895 311,61	324 077 684,90			
<i>dont autres charges CMU-C AcoSS</i>	635 935,04	3 276 874,68			
<i>dont charges exceptionnelles</i>		0,00	Produits exceptionnels GT	26 739,41	22 431,95
Dotations aux provisions techniques	20 501 529,49	46 762 811,95	Reprises sur provisions techniques	38 057 300,88	11 373 764,73
<i>dont déductions CMU-C AcoSS</i>		410 872,00			
<i>dont déductions ACS AcoSS</i>		0,00			
<i>dont régularisations CMU-C fonds</i>	15 602 315,63	35 076 434,71			
<i>autres dotations aux provisions</i>	4 899 213,86	11 275 505,24			
Sous-total charges de financement	2 704 485 583	2 556 586 445,15	Sous-total produits de financement	2 555 715 450	2 594 222 980
CHARGES DE FONCTIONNEMENT			PRODUITS DE FONCTIONNEMENT		
Charges de personnel	914 620,84	969 356,17	Produits d'exploitation	223,00	13 274,41
<i>Salaires, traitements et charges sociales</i>	836 205,11	884 401,27	<i>Prestations de services</i>	223,00	13 274,41
<i>Impôts, taxes et versements assimilés</i>	78 415,73	84 954,90	<i>subvention</i>		
Autres charges d'exploitation	426 332,02	387 303,91	Produits exceptionnels	110 863,12	103 393,04
<i>Achats non stockés de matières et fournitures</i>	9 324,76	13 595,66	<i>Sur opérations de gestion courante</i>	7 671,82	1 246,63
<i>Services extérieurs</i>	314 367,02	247 187,27	<i>Reprise sur provisions</i>	103 191,30	102 146,41
<i>Impôts et taxes et versements assimilés</i>	3 563,00	3 504,00			
<i>Charges exceptionnelles</i>	14,36	0,00	transfert de charges		
<i>Dotations aux amortissements et provisions GA</i>	99 062,88	123 016,98			
Sous-total charges de fonctionnement	1 340 953	1 356 660	Sous-total produits de fonctionnement	111 086,12	116 667,45
Total charges :	2 705 826 535,72	2 557 943 105,23	Total Produits :	2 555 826 535,72	2 594 339 647,39
Solde créditeur (excédent) :		36 396 542,16	Solde débiteur (déficit) :	150 000 000,00	
TOTAL GENERAL :	2 705 826 535,72	2 558 327 183,06	TOTAL GENERAL :	2 705 826 535,72	2 558 327 183,06

2. La trésorerie 2018

2.1. UNE TRESORERIE MUTUALISEE AVEC CELLE DE L'ACOSS

En application des dispositions de l'article D. 225-2 du code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 20 décembre 2016, le Fonds CMU-C a ouvert un compte de suivi des opérations financières au sein de la comptabilité de l'ACOSS. Les modalités de fonctionnement, le périmètre des flux concernés et les restitutions comptables ont été définis par convention bilatérale entre le fonds et l'ACOSS en date du 29 novembre 2017 pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018.

Destiné à mutualiser la trésorerie au sein de la sphère sociale, à réduire l'exposition de l'ACOSS aux risques financiers (risque de liquidité, risque d'écarts prévisions/réalisations, risques de débit intra-journalier) et à faciliter le suivi des relations financières entre le régime général et le fonds, ce compte retrace l'ensemble des encaissements centralisés par l'Acoss au bénéfice du fonds et l'ensemble des versements et des paiements effectués par l'ACOSS en son nom.

Les versements de TSA au crédit du compte du fonds sont effectués par acomptes trimestriels déterminés par échéancier annuel. Les remboursements des régimes restent régis par les conventions financières mais, s'agissant du régime général, du régime agricole et des dépenses liées aux indépendants, sont désormais effectués par mouvement de compte à compte – la CNAM, la CCMSA et la CNDSSSTI bénéficiant déjà de comptes courants comptables dans les livres de l'ACOSS.

Le déploiement d'un compte de suivi financier au nom du Fonds CMU-C permet ainsi de simplifier les flux de trésorerie entre le Fonds CMU-C et ses partenaires et de sécuriser près de 4 Md€ de flux échangés annuellement entre ce dernier et l'ACOSS.

2.2. LE PROFIL 2018 DU COMPTE DE SUIVI FINANCIER DU FONDS

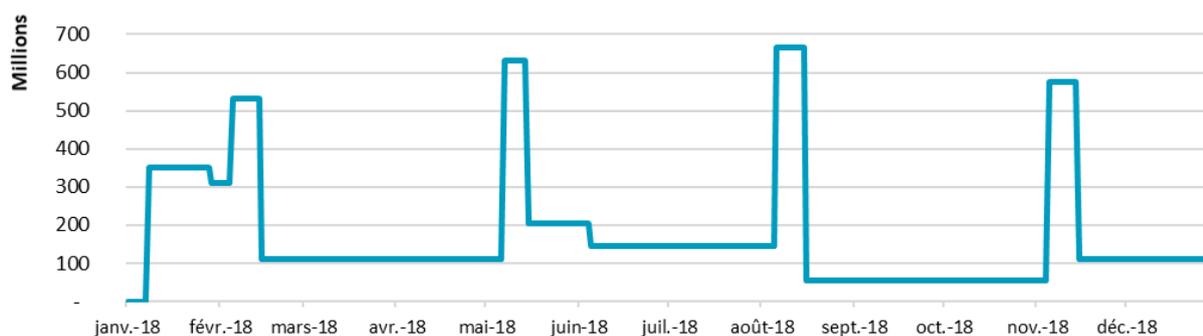
En application de la convention du 29 novembre 2017, le solde du compte de suivi financier (CSF) a été abondé par le fonds le 08 janvier 2018 à hauteur de ses disponibilités.

Par ailleurs, en vertu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, une régularisation négative à hauteur de 150 millions d'euros a été opérée en date de valeur du 05 février 2018.

Le point haut a été enregistré le 06 août 2018 à hauteur de 665 M€. Le solde du compte au 31 décembre 2018 s'établit à 110 M€. Le solde moyen annuel s'élève à 175 M€.

Ce solde a permis de limiter à due proportion les emprunts de l'ACOSS auprès d'entités non publiques.

Figure 49– Profil de trésorerie du compte de suivi financier du fonds de janvier à décembre 2018, en millions d'euros



Source : Fonds CMU-C

2.3. LA TRESORERIE 2018

Les fonds gérés par l'ACOSS sur le compte de suivi financier relèvent des disponibilités du Fonds CMU-C, c'est-à-dire d'actifs monétaires détenus par le fonds, convertibles pour leur montant nominal. Les opérations entre le Fonds CMU-C et l'ACOSS sont donc suivies dans les comptes du Fonds CMU-C comme des opérations de trésorerie.

Le Fonds CMU-C est soumis au décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. En application de l'article 47 de ce décret, le fonds est par ailleurs tenu de déposer une partie de ses fonds au Trésor. Il dispose à ce titre de deux comptes de disponibilités qui lui permettent d'effectuer ses opérations de gestion administrative et de rembourser les dépenses de CMU-C engagées par les régimes spéciaux. Ces comptes ne peuvent pas présenter de découvert.

En tenant compte de ses deux comptes au Trésor et du solde du CSF, la variation 2018 de trésorerie du fonds s'établit à - 244,4 M€ contre une variation positive de 340,6 M€ en 2017. Le solde de trésorerie s'établit à 117,9 M€ au 31 décembre 2018.

3. Les perspectives financières

3.1. LES EXERCICES DE PROJECTION

Le Fonds CMU-C réalise périodiquement un exercice technique de prévision pluriannuelle à un horizon de cinq ans. Cet exercice s'inscrit dans le cadre des grandes échéances annuelles du pilotage des comptes de la sécurité sociale que sont les commissions des comptes de la sécurité sociale et le projet de loi de financement de la sécurité sociale, en juin et septembre. L'exercice est également réalisé en vue de l'établissement du budget initial N+1 du Fonds CMU-C en novembre de chaque année N. Ainsi, trois exercices de prévisions sont transmis chaque année, en mai, septembre et novembre.

Les prévisions intègrent les dernières données disponibles relatives à l'évolution de l'assiette de la TSA, aux effectifs et au coût moyen de la CMU-C et de l'ACS. Elles tiennent compte des mesures nouvelles inscrites dans les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances antérieures qui ont une incidence sur le budget du Fonds CMU-C.

3.2. PERSPECTIVES 2019

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, le financement du fonds est exclusivement assuré par la TSA dont le produit est réparti entre le Fonds CMU-C et la CNAM.

Afin d'éviter que les aléas liés à l'évolution de la recette de TSA amènent à abonder excessivement ou insuffisamment les réserves du fonds, la LFSS pour 2018 a adapté les modalités de financement du fonds. Ainsi, seul le montant de TSA nécessaire pour financer les dépenses de l'année est désormais attribué au fonds, le solde revenant à la CNAM. Ces nouvelles modalités de financement permettent de ne financer le fonds qu'à hauteur de ses stricts besoins et d'améliorer à due concurrence le solde de la branche maladie du régime général.

Ces nouvelles dispositions permettent de couvrir mécaniquement les dépenses induites par l'évolution dynamique des bénéficiaires de l'ACS et par les mesures prévues à court ou à moyen terme : application de l'avenant à la convention dentaire, revalorisation des plafonds au 1^{er} avril 2019 et mise en œuvre de l'élargissement de la CMU-C à compter du 1^{er} novembre 2019.

VI. La maîtrise des risques

Du fait de la sensibilité économique et sociale des missions qui lui sont confiées, du caractère déclaratif des informations à partir desquelles il exerce son activité, de sa dépendance à d'autres opérateurs, de la sensibilité des recettes et des dépenses à l'évolution des agrégats économiques et démographiques et des volumes financiers qu'il doit contrôler, le fonds est exposé à des risques spécifiques.

Ses activités de maîtrise des risques relèvent à la fois de ses missions en qualité d'établissement dépositaire d'un service public et de gestion interne propre à l'établissement. À ce double titre, il doit notamment :

- veiller à l'efficacité sociale des deniers publics ;
- participer à la bonne compliance des OC au versement de la TSA ;
- contribuer à suivre et à prévoir les dépenses publiques.

Il doit également se conformer à l'article 47-2 de la Constitution qui a étendu à l'ensemble des administrations publiques les principes de régularité, de sincérité et d'image fidèle des comptes. L'article 215 du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP) prévoit par ailleurs l'obligation du déploiement d'un dispositif de contrôle interne budgétaire (CIB) et de contrôle interne comptable (CIC).

Organe de synthèse et d'analyse des données, le travail du fonds repose en majeure partie sur le traitement de données communiquées par des partenaires extérieurs. Qu'il s'agisse des différentes missions d'intervention – suivi et contrôle de la TSA, suivi et contrôle des dépenses, mise à jour de la liste des OC – ou des missions support – communication, comptabilité, etc. – la qualité de la gestion du fonds repose en conséquence en grande partie sur la fiabilité des informations qu'il analyse concernant la TSA, les effectifs des bénéficiaires et les dépenses. En la matière, il est exposé à différents risques : non-complétude des données, mauvais paramétrages, perte d'intégrité, erreurs déclaratives, etc. Le Fonds CMU-C mène en conséquence depuis quelques années une démarche de maîtrise des risques financiers et comptables qui associe tous les acteurs de l'établissement aussi bien du côté ordonnateur que comptable. La démarche de fiabilisation et d'actualisation régulière de ce dispositif se déroule selon les prescriptions prévues pour les établissements publics.

1. L'approfondissement de la démarche de maîtrise des risques au sein du Fonds CMU-C

1.1. LA MISE EN PLACE D'UN COMITE OPERATIONNEL DE MAITRISE DES RISQUES

Par nature, la démarche de maîtrise des risques mobilise l'ensemble des acteurs impliqués à différents titres dans les champs budgétaires et/ou comptables.

En 2018, le Fonds CMU-C a mis en place un comité opérationnel de maîtrise des risques dont l'objectif est d'examiner l'état d'avancement et les résultats du plan de maîtrise des risques. Composé des différents collaborateurs du fonds, il a été réuni deux fois au cours du second semestre 2018.

1.2. LA FINALISATION DE LA CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS ET L'EXTENSION DE LA CARTOGRAPHIE DES RISQUES A LA GESTION DE L'ETABLISSEMENT

Outre les processus rattachés aux cinq métiers du fonds – gestion des organismes complémentaires, gestion de la TSA, gestion des dépenses CMU-C et ACS, analyse des dispositifs, communication –, la cartographie des processus a été étendue aux processus liés à la gestion de l'établissement, ce qui porte à 15 le nombre total de processus recensés.

Dans le prolongement des travaux de cartographie des processus et de cartographie des risques sur le champ de ses missions d'intervention, le fonds a engagé le recensement des risques relatifs à la gestion administrative, budgétaire et comptable de l'établissement.

Plusieurs réunions de travail réunissant des représentants de l'ordonnateur et de l'agence comptable ont permis de recenser et de caractériser les risques attachés aux trois processus suivants :

- paie, cotisations, impôt sur le revenu et indemnités ;
- suivi de la trésorerie ;
- inventaire physique et comptable.

La finalisation du recensement des risques liés à la gestion de l'établissement est prévue en 2019.

1.3. LA VALIDATION DU PLAN D' ACTIONS PAR LE CONSEIL D' ADMINISTRATION

Les objectifs de pilotage de la démarche de contrôle interne ont été réaffirmés par la circulaire du 09 juillet 2018 relative à la gestion budgétaire et comptable publique des organismes et des opérateurs de l'État pour 2019.

En application de cette circulaire le conseil d'administration du fonds a, pour la première fois en 2018, validé le plan d'actions de maîtrise des risques 2019 du fonds. Les outils de pilotage (cartographie et plan d'actions) ont ensuite été adressés par le fonds aux ministères de tutelle

Le fonds a par ailleurs renseigné le questionnaire 2018 relatif au déploiement du CIB et du CIC.

2. Le bilan du plan d'actions 2018

À partir de la cartographie des risques, les actions de maîtrise des risques au titre de 2018 ont été arrêtées conjointement par les services de l'ordonnateur et du comptable dans un plan de maîtrise des risques permettant d'identifier les responsables des actions et de préciser les échéances.

Outre la reconduction des actions de maîtrise des risques relatives au contrôle de l'assiette TSA et des dépenses, et dans un contexte de relative stabilité des modalités de financement des aides à la complémentaire santé, les principales actions engagées au cours de l'année 2018 ont notamment concerné :

- la fiabilisation de la liste des redevables de la TSA :
 - une opération de rapprochement de la liste des OC redevables de la TSA avec le registre des organismes actifs tenu par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a permis d'identifier 62 organismes en écart ;
- la gestion de la TSA :
 - en application de la convention de délégation du recouvrement de la TSA, l'ACOSS transmet dorénavant au fonds les indicateurs relatifs à la qualité du recouvrement : taux de respect des exigibilités, taux de restes à recouvrer, nombre de pénalités pour non-respect des exigibilités, etc. ;
 - un bilan annuel sur la transmission des données déclaratives et le reversement de la TSA en provenance de l'ACOSS est par ailleurs également établi : respect des échéances opérationnelles par la branche recouvrement, taux de complétude des données transmises, qualité de la répartition, revue des incidents ;
- l'analyse des dispositifs :
 - le fonds a contribué aux chiffrages des mesures prévues par le PLFSS 2019 : renouvellement automatique de la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA et extension de la CMU-C ;
 - un observatoire sur la dépense CMU-C a été instauré. Dans ce cadre, l'IRDES a mené une étude nationale sur l'évolution de la dépense et douze CPAM communiquent désormais au fonds des données agrégées trimestrielles sur les dépenses de consommation des assurés par poste de soins. Ces données permettent de suivre les évolutions des dépenses des bénéficiaires de la CMU-C et de les comparer avec les dépenses des assurés couverts par d'autres types de complémentaire santé, notamment ceux protégés par des contrats ACS ;
 - concernant l'ACS, le Fonds CMU-C a confié au COMPAS (Centre d'observation et de mesure des politiques d'action sociale) une étude sur la non-utilisation des attestations ACS en partenariat avec quatre CPAM ;
 - le fonds a également réalisé une analyse de l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité ou en situation de handicap lors de la préparation du rapport prévu par l'article 64 de la LFSS pour 2018 ;
- la communication :
 - le Fonds CMU-C a contribué à la finalisation des travaux de simplification du formulaire de demande de la CMU-C et de l'ACS.

3. La gestion de la liste des organismes complémentaires

La mise à jour de la liste des organismes complémentaires constitue une activité du fonds qui irrigue toutes les autres et participe à la maîtrise des risques. Elle contribue notamment à l'information des assurés concernant les organismes gestionnaires, au recouvrement à bon droit de la TSA et à la vérification des déductions opérées par les OC.

3.1. LA GESTION DE LA LISTE DES ORGANISMES REDEVABLES DE TSA

Le recouvrement de la TSA se caractérise par une forte évolutivité des redevables liée à la mutation rapide du marché des complémentaires santé.

En lien avec l'URSSAF Île-de-France, le fonds met périodiquement à jour la liste des organismes assujettis à la taxe afin de garantir l'exhaustivité des redevables.

Les vérifications réalisées par le fonds empruntent trois méthodes. Le fonds :

- exploite systématiquement les informations contenues dans les journaux officiels (JO) : créations d'OC, transferts de portefeuilles, caducité d'agrément, etc. ;
- croise ses informations avec celles détenues par l'ACPR en charge de l'octroi des agréments aux organismes complémentaires pour assurer notamment le risque santé. Une opération de rapprochement a ainsi été conduite en 2015 et s'est achevée en 2016. Une nouvelle campagne sera menée en 2019. Le but du rapprochement est d'identifier les OC susceptibles d'intervenir dans le domaine de la santé et qui ne déposent pas de déclaration auprès de l'URSSAF ;
- corrobore les grandes masses financières avec les informations issues du rapport annuel sur la situation financière des OC réalisé par la DREES.

En application de la convention de délégation du recouvrement de la TSA, la liste des OC assujettis est ensuite croisée avec la base des redevables de la branche du recouvrement.

3.2. LA GESTION DE LA LISTE DES ORGANISMES GERANT LA CMU-C

Les prestations de la CMU-C sont servies, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire d'assurance maladie, ou par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

Depuis 2012, le Fonds CMU-C est seul compétent pour l'élaboration et la diffusion de cette liste (décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011).

3.2.1. La mise à disposition et l'utilisation de la liste

La liste des organismes gérant la CMU-C permet notamment aux personnes demandant la CMU-C de savoir quels OC participent à la CMU-C, de vérifier si leur OC actuel fait partie de la liste et, lorsqu'elles décident de faire gérer leur CMU-C par un OC, de sélectionner celui de leur choix.

La décision du Fonds CMU-C portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle complémentaire est publiée chaque début d'année civile au bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarités. Elle est également disponible sur le site internet du fonds. Une liste plus détaillée (comportant des contacts opérationnels) est transmise aux partenaires du fonds (régimes d'assurance maladie, ACOSS et URSSAF), pour la bonne gestion de la CMU-C et de son contrôle.

La liste est mise à jour sur le site internet du fonds dès qu'une modification intervient (changement de dénomination ou de coordonnées d'un OC, opération de fusion-absorption, radiation d'un OC de la liste, etc.). Les OC inscrits mettent en ligne sur le site du fonds la liste de leurs bureaux d'accueil. De manière régulière, le fonds informe ses partenaires des changements qui ont eu lieu et leur envoie la liste actualisée.

Les régimes peuvent publier sur leur propre site internet la liste des OC gestionnaires ou faire un renvoi vers le site du fonds.

Le Fonds CMU-C prend en compte les questions et suggestions des assurés qui lui sont remontées et améliore en conséquence l'accès et la visibilité de la liste sur son site.

Avec la possibilité récente ouverte à l'ensemble des assurés de faire une demande de CMU-C en ligne, il est indispensable que l'accès à la liste soit simplifié. Le Fonds CMU-C a donc commencé à travailler en 2018 sur une meilleure intégration de la liste pour les demandes dématérialisées. Ces travaux vont continuer en 2019.

3.2.2. La liste 2018

Pour l'année 2018, le Fonds CMU-C a procédé à la mise à jour de la liste des organismes complémentaires participant au dispositif. La liste a été publiée au bulletin officiel santé-protection sociale-solidarités du 15 février 2018.

Pour l'année 2018, il est comptabilisé :

- huit retraits volontaires ;
- onze suppressions résultant d'opérations de fusions-absorptions.

En 2018, 232 organismes complémentaires sont volontaires pour gérer la CMU-C. 81 % d'entre eux sont des mutuelles.

La part des organismes complémentaires inscrits dans l'ensemble des organismes cotisants atteint 48 % (52 % en 2017, 55 % en 2016). Ce taux est variable en fonction de la nature des organismes : seules 26 % des sociétés d'assurances ont demandé l'habilitation contre 56 % des mutuelles et 60 % des institutions de prévoyance.

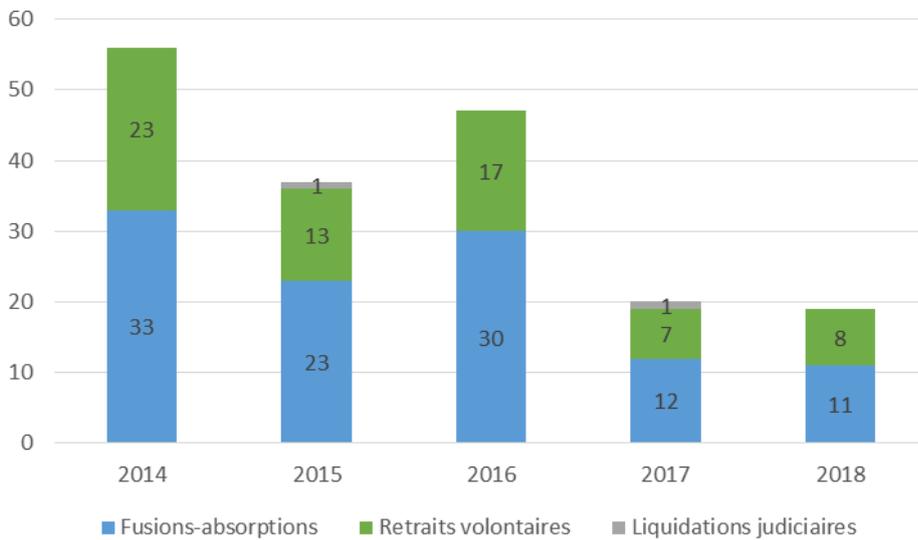
Ces organismes représentent 72,1 % de l'assiette TSA au titre de 2017.

Tableau 45 – Récapitulatif des mouvements enregistrés pour l'année 2018

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances	Organismes en LPS	Total
Organismes dans le dispositif en 2017	207	15	29	0	251
Organismes maintenus dans le dispositif	188	15	29	0	232
Organismes entrant dans le dispositif en 2018	0	0	0	0	0
Organismes sortant du dispositif en 2018	19	0	0	0	19
<i>Dont retraits volontaires</i>	8	0	0	0	8
<i>A la suite d'une fusion-absorption</i>	11	0	0	0	11
Total dans le dispositif en 2018	188	15	29	0	232
Total des organismes hors dispositif en 2018	150	10	83	5	248
Total des organismes complémentaires en 2018	338	25	112	5	480
Pourcentage d'organismes inscrits	56%	60%	26%	0%	48%

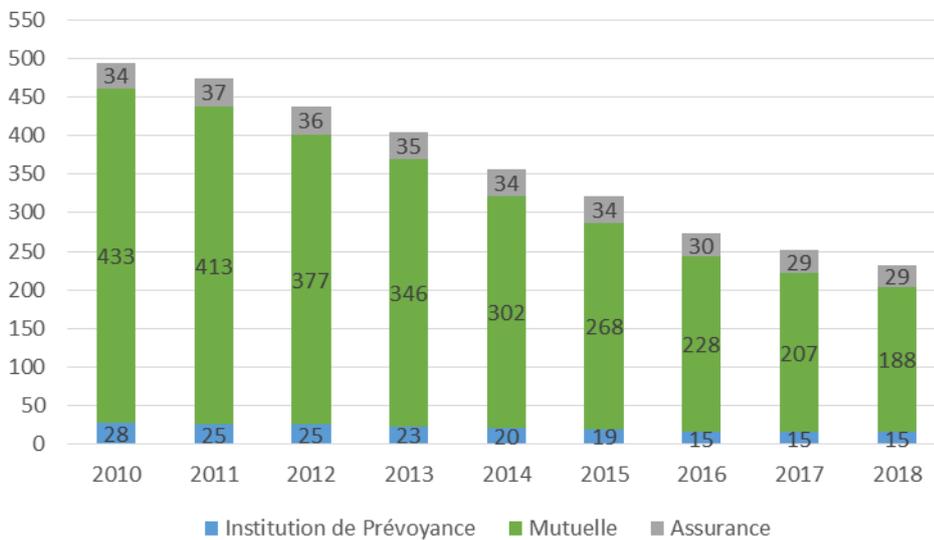
Source : Fonds CMU-C

Figure 50 – Historique des causes de sortie de la liste des organismes gestionnaires de 2014 à 2018



Source : Fonds CMU-C

Figure 51 – Répartition des organismes gestionnaires depuis 2010



Source : Fonds CMU-C

3.3. LES OC PROPOSANT DES CONTRATS ÉLIGIBLES A L'ACS

Onze offres ont été sélectionnées à la suite de la procédure de mise en concurrence des contrats d'assurance complémentaire de santé éligibles à l'ACS de 2015.

► *Tableau 46 – Les onze offres de contrats éligibles à l'ACS, sélectionnées par l'État en 2015*

Offres sélectionnées en 2015
Accès Santé
ACS Couleurs Mutuelles
ASACS La santé solidaire
Assureurs Complémentaires Solidaires
Atout Cœur Santé
Complémentaire Santé Solidaire
Klésia ACS
MTRL Complémentaire Santé ACS
Mutuelle Saint Martin
Oui Santé
Proxime Santé

Ces offres sont principalement proposées par des groupements d'organismes. À l'issue de l'année 2018, 179 OC proposent des contrats éligibles à l'ACS, avec un tiers de porteurs de risques et deux tiers d'OC uniquement distributeurs des offres.

La liste exhaustive de ces OC répartis par groupement est présentée sur le site www.info-acs.fr à destination des bénéficiaires de l'ACS.

Cette liste est régulièrement ajustée par le Fonds CMU-C dans le cadre du suivi des opérations de fusions absorptions. Après échange avec les référents des groupements concernés, le fonds retire les OC qui ont été absorbés et vérifie que les OC absorbant figurent bien dans la liste des OC proposant des contrats ACS. En outre, à fin décembre 2018, le Fonds CMU-C a sorti de la liste deux OC ayant fait une demande de retrait volontaire conformément au décret du 30 mars 2018 prorogeant l'échéance de la remise en concurrence des contrats ACS au 31 décembre 2019.

Selon l'organisation retenue par les groupements, la déclaration des effectifs et des crédits d'impôts peut être centralisée par quelques organismes. Parmi les 159 OC gestionnaires de l'ACS, seuls 61 sont ainsi identifiés comme déclarant des bénéficiaires dans le cadre de la déclaration de TSA.

VII. L'information et la communication

1. L'information des usagers

Du fait de ses missions premières de financement et de suivi des dispositifs, de sa place privilégiée au carrefour de l'assurance maladie de base et de l'assurance complémentaire santé et des études thématiques qu'il diligente, le fonds bénéficie d'une vision globale et dynamique sur les dispositifs d'aides à la complémentaire santé et sur l'évolution du marché des organismes complémentaires. Il rend périodiquement compte du déploiement et de l'efficacité des aides à ses tutelles, à ses partenaires et aux pouvoirs publics. Il contribue également à une meilleure information et appropriation des dispositifs par les usagers et les différents opérateurs.

À cette fin, outre la participation à des congrès ou autres événements publics et la publication des études thématiques, de ses trois rapports annuels (rapport d'activité, rapport sur le coût moyen CMU-C, rapport sur le prix et sur le contenu des contrats ACS) et du rapport d'évaluation de la loi CMU, le Fonds CMU-C a mis en place plusieurs vecteurs de communication adaptés aux différents publics.

1.1. LES SITES INTERNET

Le Fonds CMU-C gère deux sites d'information.

■ Le site www.cmu.fr

Le site www.cmu.fr donne accès à un grand nombre d'informations d'ordre pratique, juridique et statistique.

Il a été conçu à la fois comme une base documentaire, un site pratique à destination des usagers et un site répondant aux interrogations des professionnels.

Les assurés peuvent y accéder aux différents formulaires et à la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C (adresses des sièges sociaux et des points d'accueil).

Des espaces dédiés aux professionnels des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance complémentaires et des associations sont également disponibles afin de répondre aux besoins des internautes en fonction de leur profil.

Toutes les études menées par le fonds, ainsi que certaines études provenant d'autres organismes y sont également accessibles.

En 2018, on comptabilise 2 804 463 visites. Les pages les plus consultées sont celles concernant la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C et les démarches pour la demande de CMU-C et d'ACS.

■ Le site www.info-accs.fr

Le site www.info-accs.fr fournit des informations relatives à l'ACS ; il donne accès aux simulateurs de droits développés par les caisses d'assurance maladie ainsi qu'au détail des offres de complémentaire santé éligibles à l'ACS via un comparateur des offres.

En 2018, le site a enregistré 719 585 visites. Les pages les plus consultées sont notamment celle du comparateur des offres et celle détaillant les prises en charge des trois contrats éligibles à l'ACS.

Tableau 47 – Statistiques des sites internet pour les années 2017 et 2018

	www.cmu.fr		www.info-acs.fr	
	2018	2017	2018	2017
Nombre de visites	2 804 463	2 962 547	719 585	857 117
Durée moyenne de la visite	00:02:42	00:02:46	00:03:54	00:03:15
Nombre d'utilisateurs	1 942 042	2 133 325	539 385	704 904
dont nouveaux utilisateurs	1 925 468	2 106 051	533 099	696 775
Nombre de pages par visite	2,70	1,39	5,89	5,06
Nombre de pages vues	7 576 534	7 807 645	4 238 458	4 334 222
Pages les plus consultées	Liste des organismes gérant la CMU-C	Liste des organismes gérant la CMU-C	Comparateur des offres	Page d'accueil
	CMU-C Démarches	CMU-C Démarches	Page d'accueil	Comparateur des offres
	Page d'accueil	Page d'accueil	Détail des garanties	Détail des garanties
	Présentation de la CMU-C	Présentation de la CMU-C	Simulateur des droits	Simulateur des droits
	Présentation générale des dispositifs d'aide	Formulaires	Démarches	Démarches

Source : Fonds CMU-C, Google Analytics

1.2. L'ACCUEIL TELEPHONIQUE ET PAR COURRIEL

Au regard de la complexité administrative des demandes, de l'évolution régulière des textes qui encadrent les dispositifs, de la persistance de certains freins dans l'accès aux droits et aux soins et de la pluralité des acteurs, le fonds est quotidiennement sollicité pour apporter des précisions sur les dispositifs. En 2018, il a géré plus de 6 000 sollicitations en provenance des assurés, des organismes complémentaires, des CPAM, des professionnels de santé et des intermédiaires dans l'accès aux droits (CCAS, associations, etc.).

Principalement effectuées par téléphone et messagerie, ces demandes concernent le suivi de l'instruction des dossiers personnels, les modalités de constitution des dossiers de demande, les informations relatives aux garanties et aux conditions d'éligibilité. Certaines sollicitations visent à signaler des dysfonctionnements dans la mise en œuvre des dispositifs ou des refus de soins.

S'agissant des dossiers personnels, le fonds réoriente ses interlocuteurs vers les caisses d'assurance maladie. Il invite les assurés à les contacter par téléphone ou *via* leur compte Ameli. S'agissant des autres demandes, le fonds les traite avec efficacité et rapidité, et, pour les sujets qui ne relèvent pas de son champ de compétences, se rapproche de ses partenaires ou des pouvoirs publics afin d'offrir des réponses complètes et adaptées.

En 2018, 1 % des questions des assurés portaient sur des dysfonctionnements : il s'agit notamment de situations de refus de soins de la part de professionnels de santé (médecins, dentistes et opticiens majoritairement), de difficultés d'accès aux droits (dans le dépôt du dossier ou encore pour faire tamponner les devis). Certaines personnes appellent également le fonds car elles n'ont pas pu être remboursées dans le cadre des contrats ACS. Ces

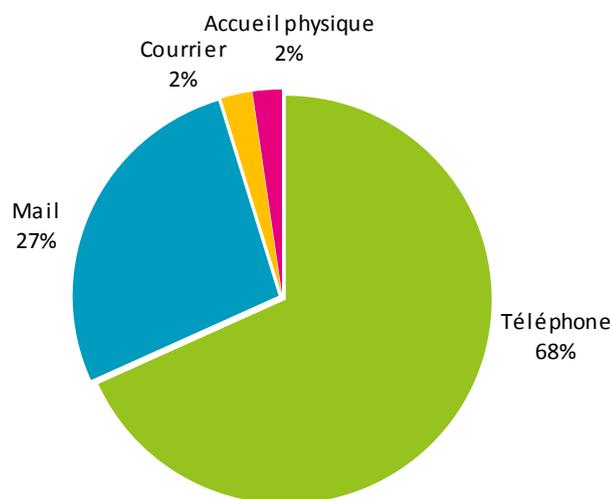
dysfonctionnements peuvent provenir de problèmes techniques ainsi que de la méconnaissance ou de l'incompréhension des dispositifs de la part des assurés comme des professionnels de santé. Le fonds signale ces cas aux organismes concernés (CPAM ou OC) afin que les situations soient résolues dans les plus brefs délais. Il suit, sur la durée, les problématiques qui lui sont remontées afin d'alerter l'assurance maladie obligatoire ou les pouvoirs publics sur des dysfonctionnements répétés. L'objectif, au-delà des situations individuelles, est de faire en sorte que des actions correctives ou préventives soient prises afin d'empêcher la survenance de ces problèmes.

Tableau 48 – Suivi des questions des assurés en 2018

	Téléphone	Mail	Courrier	Accueil physique	TOTAL	
Information sur le dossier personnel	1 898	529	43	19	2 489	41%
Remplissage / Envoi du dossier	906	310	47	90	1 353	22%
Condition d'éligibilité	495	286	2	22	805	13%
Niveau de prise en charge	402	264	3	3	672	11%
Dysfonctionnement	11	25	0	1	37	1%
PS : modalité remboursement	114	86	18	0	218	4%
Autre	330	148	35	5	518	9%
TOTAL	4 156	1 648	148	140	6 092	100%
	68%	27%	2%	2%	100%	

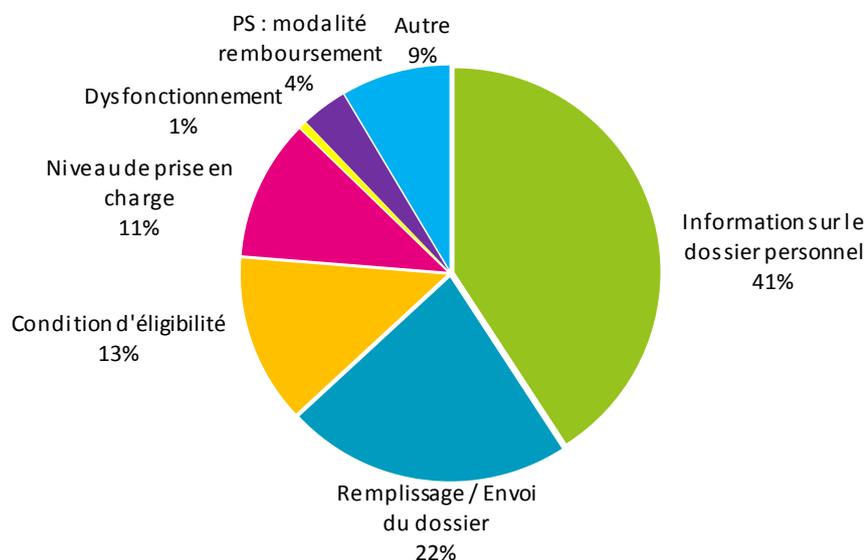
Source : Fonds CMU-C

Figure 52 – Répartition des questions par canal de communication



Source : Fonds CMU-C

Figure 53 – Répartition des questions par thématique



Source : Fonds CMU-C

1.3. LA PARTICIPATION DU FONDS A LA SIMPLIFICATION DES DISPOSITIFS

En lien avec la Direction de la Sécurité sociale et la CNAM, le Fonds CMU-C a participé à la conception d'un formulaire simplifié de demande de la CMU-C et de l'ACS.

À la suite de ces travaux, un nouveau formulaire Cerfa de demande de la CMU-C et de l'ACS a été mis à disposition des assurés à partir du second semestre 2018. Sensiblement simplifié, ce formulaire allège les démarches des usagers et réduit notamment le nombre de pièces justificatives à fournir par les assurés.

Le fonds a par ailleurs suivi le déploiement et l'avancée des téléservices de la CCMSA et de la CNAM permettant la demande en ligne de la CMU-C et l'ACS (effective depuis début janvier 2019) et engagé avec la CNAM des travaux de simplification du parcours de l'utilisateur (accès simplifié à la liste des organismes gestionnaires).

2. Les publications et les données mises à disposition

2.1. LA NOTE DE CONJONCTURE

Chaque trimestre, la note de conjoncture du Fonds CMU-C synthétise les dernières données statistiques connues, concernant le nombre de bénéficiaires, les dépenses et les données relatives à l'assiette de la TSA déclarée par les organismes complémentaires. Elle est adressée aux membres du conseil d'administration du fonds et aux ministères de tutelle. Elle est mise en ligne dans l'espace presse du site du Fonds CMU-C.

2.2. LA LETTRE REFERENCES CMU

À diffusion plus large que la note de conjoncture, la lettre Références CMU reprend les données relatives à l'assiette de la TSA, au nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, au coût des dispositifs et à l'actualité juridique. Chaque parution est également l'occasion de mettre en lumière les études ou les rapports ayant trait à la CMU-C ou à l'ACS. Elle permet également d'informer les destinataires de la publication sur les sujets traités par les instances du fonds.

Ses destinataires sont les caisses d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les URSSAF, les organismes complémentaires, les associations, les centres communaux d'action sociale, les administrations, les journalistes, etc.

Près de 3 300 exemplaires papier de cette publication sont diffusés chaque trimestre. Elle est également adressée par voie dématérialisée à une centaine de personnes. En outre, son contenu fait l'objet de nombreux articles dans la presse.

2.3. LES DONNEES STATISTIQUES

Collecteur et producteur de données relatives aux dispositifs d'aide à la complémentaire santé, le fonds dispose d'informations riches et utiles pour de nombreux acteurs du monde économique, scientifique, pédagogique et civil.

Dans l'esprit de la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique, le fonds contribue à la mise à disposition gratuite de ces données. Il publie notamment sur son site internet www.cmu.fr des données concernant les effectifs par département pour la CMU-C et pour l'ACS.

Dans ses différents rapports – également accessibles de manière gratuite en ligne – ces statistiques sont complétées d'autres données. Pour exemple, le Rapport coût moyen de la CMU-C 2017 intègre des séries sur la dépense unitaire moyenne par poste au titre de la CMU-C pour les organismes complémentaires, la dépense CMU-C pour les trois principaux régimes et la dépense par département au régime général.

3. L'information des partenaires

Le Fonds CMU-C organise des temps d'échanges privilégiés avec ses différents partenaires à travers des comités de suivi. Ces comités sont l'occasion de partager les informations sur les dernières données concernant les prestations, les évolutions réglementaires, les résultats d'études en cours ou d'actions particulières engagées par les régimes, le Fonds CMU-C ou ses partenaires. Des comptes rendus détaillés formalisent les échanges.

3.1. LES COMITES DE SUIVI AVEC LES REGIMES, LA DSS ET LA DREES

Des comités de suivi sont organisés avec les branches maladie du régime général, du régime des indépendants et du régime agricole. Ils ont été mis en place dès la création de la CMU-C. Ils permettent de rendre compte de l'exploitation des données sur les effectifs et les dépenses et de faire ainsi un point périodique sur les évolutions statistiques des prestations. Les évolutions réglementaires, le fonctionnement opérationnel des dispositifs et les opérations de communication vis-à-vis des assurés y sont également présentés.

Le comité de suivi avec le régime général inclut également la participation de représentants de la Direction de la sécurité sociale (DSS) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Il s'est réuni deux fois en 2018. Le comité de suivi avec le régime des indépendants et le régime agricole s'est réuni une fois.

Fin 2018, le Fonds CMU-C a fusionné les comités, afin de faciliter la circulation des informations et des échanges entre les branches d'assurance maladie et avec la DSS et la DREES. Un premier comité s'est tenu en décembre 2018 ; un rythme trimestriel est prévu pour les exercices suivants.

3.2. LES COMITES DE SUIVI AVEC LES ASSOCIATIONS

Des comités sont également périodiquement organisés par le fonds avec les associations membres du conseil de surveillance et d'autres associations partenaires. Des rencontres avec les associations se sont tenues au premier semestre 2018 dans le cadre de l'élaboration du rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Le Fonds CMU-C a en effet auditionné les associations en vue de mieux appréhender certaines problématiques de terrain et de recueillir leurs propositions. Le comité a eu lieu dans une configuration plus formelle le 7 décembre 2018. Les échanges ont notamment porté sur les conclusions du rapport finalisé, sur la réforme à venir de la CMU-C ainsi que sur le rapport annuel sur l'ACS.

VIII. Annexes



Annexe 1. Glossaire

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'Etat
ANI	Accord national interprofessionnel
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
BO	Bulletin officiel
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CES	Centre d'examens de santé
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CIB	Contrôle interne budgétaire
CIC	Contrôle interne comptable
CIH	Comité interministériel du handicap
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNDSSTI	Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CSF	Compte de suivi financier
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EN3S	Ecole nationale supérieure de sécurité sociale
GBCP	Gestion budgétaire et comptable publique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé

JO	Journal officiel
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LPS	Libre prestation de services
OC	Organisme complémentaire
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
PASS	Plafond annuel de la sécurité sociale
PFIDASS	Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
RAC	Reste à charge
RSA	Revenu de solidarité active
SIAO	Services intégrés de l'accueil et de l'orientation
SLM	Section locale mutualiste
TSA	Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
URSSAF	Union de recouvrement pour la sécurité sociale et les allocations familiales

Annexe 2. Présentation des dispositifs

Les lois des 27 juillet 1999 et 13 août 2004 ont créé quatre dispositifs d'accès aux soins :

- la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base qui permet aux personnes résidant en France de bénéficier d'une assurance maladie, si elles ne peuvent être affiliées à un autre titre ;
- la CMU complémentaire (CMU-C) qui permet l'accès aux soins des personnes les plus démunies par l'attribution d'une complémentaire santé gratuite ;
- l'Aide Médicale d'Etat (AME)⁶² qui offre aux personnes en situation irrégulière ayant des ressources inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C la prise en charge des dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximums fixés par l'assurance maladie, pour, notamment, les soins médicaux et dentaires, les médicaments (exceptés ceux au service médical rendu faible), les frais d'analyse, les frais d'hospitalisation, la contraception, etc. ;⁶³
- l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), qui offre aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C une aide pour le financement d'un contrat de complémentaire santé.

Créée par la LFSS de pour 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Elle garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière le droit à la prise en charge de ses frais de santé⁶⁴. De fait, elle a remplacé la CMU de base.

1. LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

1.1. Définition

La PUMA permet à toute personne ayant une activité professionnelle ou résidant en France de manière stable

et régulière de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux, etc.) dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

La part complémentaire des soins, le forfait journalier, la participation forfaitaire et les franchises médicales restent à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé le cas échéant.

1.2. Les conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice de la PUMA est soumis à l'une ou l'autre de ces conditions.

- Avoir une activité professionnelle⁶⁵

Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

- qui exercent sur le territoire français :
 - une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France,
 - une activité professionnelle non salariée ;
- qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.

- Résider en France de manière régulière et stable

La condition de la régularité de la résidence est remplie pour les personnes de nationalité française ou en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France⁶⁶. La régularité de la résidence est appréciée au jour de la demande⁶⁷.

À l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas : personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou 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 ou bénéficiaires de la

⁶² Cette prestation ne fait pas l'objet d'un suivi par le Fonds CMU-C.

⁶³ Article L.251-2 du code de l'action sociale et des familles

⁶⁴ Article L.160-1 du code de la sécurité sociale

⁶⁵ Article L.111-2-2 du code de la sécurité sociale

⁶⁶ Article L.111-2-3 du code de la sécurité sociale

⁶⁷ Article R.111-3 du code de la sécurité sociale

protection subsidiaire ou demandeurs d'asile, personnes de retour en France après avoir accompli un volontariat international à l'étranger, membres de la famille qui accompagnent ou rejoignent pour s'installer en France un assuré déjà rattaché sur critère d'activité professionnelle ou de résidence, mineur ou majeur de moins de 21 ans pris en charge par un établissement, un service social ou médico-social (services de l'Aide sociale à l'enfance, etc.)⁶⁸.

Un contrôle périodique de la stabilité et de la régularité de la résidence est effectué par les caisses d'assurance maladie. La condition de stabilité est alors 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 pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations)⁶⁹.

1.3. La cotisation

Sont redevables d'une cotisation annuelle les personnes dont les revenus tirés d'une activité professionnelle sont inférieurs à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et dont les revenus du capital sont supérieurs à 25 % du Pass éventuellement majorés des moyens d'existence et éléments de train de vie.

Le taux de cotisation est de 8 %. Le calcul est différent selon que les revenus sont inférieurs à 5 % du Pass ou compris entre 5 et 10 % du Pass. Les éléments nécessaires à la détermination des revenus sont communiqués par l'administration fiscale aux organismes chargés du calcul et du recouvrement des cotisations.

Sont exonérés de cotisation les étudiants, les personnes qui ont reçu une pension de retraite, une rente, une allocation-chômage au cours de l'année considérée et les assurés ayant une activité professionnelle qui leur procure un revenu annuel supérieur ou égal à 10 % du Pass. Il en est de même lorsque ces personnes sont pacsées ou mariées à une personne remplissant ces conditions.

2. LA CMU-COMPLEMENTAIRE (CMU-C)

2.1. Définition de la CMU-C

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux, etc.) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux.

Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais, les professionnels de santé sont payés directement par l'assurance maladie⁷⁰.

Les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient⁷¹.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. En revanche, comme l'ensemble des assurés sociaux, ils doivent déclarer un médecin traitant et respecter les parcours de soins. Toutefois, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non-respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires⁷².

Les bénéficiaires de la CMU-C peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire mise en place dans leur entreprise.⁷³

2.2. Les conditions d'attribution

L'attribution de la CMU-C est soumise à deux conditions.

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la PUMA
- Avoir des ressources inférieures à un plafond

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond,

⁶⁸ Article D.160-2 du code de la sécurité sociale

⁶⁹ Article R.111-2 du code de la sécurité sociale

⁷⁰ Article L.861-3 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 30 mai 2006 modifié par l'arrêté du 27 mars 2007

Arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002

⁷¹ Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale

⁷² Article L.160-15 du code de la sécurité sociale

⁷³ Article D.911-2 du code de la sécurité sociale

fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer⁷⁴.

Au 1^{er} avril 2018, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 810 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer, soit 9 806 € pour une personne seule⁷⁵.

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 imposables⁷⁶.

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 (à fin 2017, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule est de 66,11 €)⁷⁷.

Le RSA, la prime d'accueil du jeune enfant, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de rentrée scolaire ne sont pas pris en compte⁷⁸.

Les revenus d'activité perçus durant la période de référence subissent un abattement de 30 % lorsque, au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieure 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 conventionnelle⁷⁹.

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 droit⁸⁰. Depuis le 1^{er} avril 2019, les allocataires du RSA ont droit au renouvellement automatique de leur CMU-C.

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 complémentaire⁸¹.

À l'expiration de leur droit à la CMU-C, 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 2018, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU-C, 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 soins⁸².

3. L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

3.1. Définition de l'ACS

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU-C. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de moins de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'État dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Onze groupements d'organismes complémentaires proposent des contrats éligibles à l'ACS.

Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 550 € pour celles de 60 ans et plus.

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due pour l'acquisition du contrat. Cette aide réduit ou, dans certains cas, prend totalement en charge le montant de la cotisation annuelle.

⁷⁴ Article D.861-1 du code de la sécurité sociale.

Article R.861-3 du code de la sécurité sociale.

⁷⁵ La CMU-C et l'ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

⁷⁶ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

⁷⁷ Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

⁷⁸ Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

⁷⁹ Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

⁸⁰ Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

⁸¹ Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

⁸² Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Arrêté du 27 avril 2001 modifié par l'arrêté du 8 mars 2013, fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

Les bénéficiaires de l'ACS peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire mise en place dans leur entreprise.⁸³

Les bénéficiaires ayant utilisé leur aide en souscrivant un contrat de complémentaire santé éligible à l'ACS ont droit à la dispense intégrale d'avance des frais (tiers payant intégral).

Lorsque les bénéficiaires n'ont pas utilisé leur attestation en souscrivant un contrat sélectionné, cette dispense d'avance de frais est limitée à la partie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ce droit au tiers payant sur la part obligatoire est valable 18 mois à compter de l'attribution de l'ACS. On parle alors de tiers payant social.

Les bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS ont accès à des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, quel que soit le médecin (sauf en cas d'exigences particulières : visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile non justifiée, etc.).

Depuis le 1^{er} octobre 2017, pour les prothèses dentaires et l'orthodontie, les professionnels de santé doivent respecter des tarifs maximums fixés par arrêté et correspondant aux tarifs maximums applicables aux bénéficiaires de la CMU-C.

3.2. Les conditions d'attribution

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 PUMA
- Avoir des ressources inférieures à un plafond correspondant au plafond d'attribution de la CMU-C majoré de 35 %

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1^{er} avril 2018, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 894 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les Dom, soit 13 238 € pour une personne seule.

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

L'ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit⁸⁴.

Les allocataires de l'ASPA ou d'un minimum vieillesse ont droit au renouvellement automatique de leur ACS⁸⁵.

Pour récupérer le montant de l'ACS, déduit des cotisations chaque trimestre, l'organisme complémentaire défalque de sa contribution due au titre de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), un quart du montant de l'aide accordée à ses adhérents.

⁸³ Article D.911-2 du code de la sécurité sociale

⁸⁴ Article R.863-1 du code de la sécurité sociale

⁸⁵ Article L.863-3 du code de la sécurité sociale

Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2018

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Décision	5-janv.-18	15-févr.-18	1-janv.-18		
Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle complémentaire au titre de l'année 2019				BO Santé Protection sociale Solidarité n°2018/1	Fonds CMU-C
Loi n°2018-166	8-mars-18	9-mars-18	10-mars-18		
Relative à l'orientation et à la réussite des étudiants				JORF n°0057	Parlement
Arrêté	26-mars-18	29-mars-18	1-avr.-18		
Fixant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0074	Ministère des solidarités et de la santé
Décret n° 2018-225	30-mars-18	31-mars-18	31-mars-18		
Relatif au premier renouvellement de la procédure de mise en concurrence pour la sélection des contrats d'assurance complémentaires en matière de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0076	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	20-avr.-18	27-avr.-18	28-avr.-18		
Portant mise en oeuvre de l'abattement sur les allocations mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 dans la prise en compte des ressources pour l'attribution de la couverture universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé				JORF n°0098	Ministère des solidarités et de la santé
Ordonnance n°2018-358	16-mai-18	17-mai-18	1-janv.-19		
Relative au traitement juridictionnel du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale				JORF n°0251	Ministère des solidarités et de la santé
Loi n°2018-493	20-juin-18	21-juin-18	25-mai-18		
Relative à la protection des données personnelles				JORF n°0141	Parlement
Décret n°2018-687	1-août-18	3-août-18	4-août-18		
Pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles				JORF n°0177	Ministère de la justice
Loi n°2018-727	10-août-18	11-août-18	12-août-18		
Pour un Etat au service d'une société de confiance				JORF n°0184	Parlement
Arrêté	20-août-18	25-août-18	26-août-18		
Portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie				JORF n°0195	Ministère des solidarités et de la santé
Décision	1-sept.-18	15-oct.-18	31-août-18		
Portant radiation d'une mutuelle de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle complémentaire				BO Santé Protection sociale Solidarité n°2018/9	Fonds CMU-C

Décret n°2018-928	29-oct.-18	30-oct.-18	1-janv.-19		
Relatif au contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale				JORF n°0251	Ministère des solidarités et de la santé
Décret n°2018-948	31-oct.-18	3-nov.-18	1-nov.-18		
Relatif à la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés et à la modification du plafond de ressources pour les bénéficiaires en couple				JORF n°0254	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	14-nov.-18	16-nov.-18	1-janv.-19		
Portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0265	Ministère des solidarités et de la santé
Avis		28-nov.-18	1-janv.-19		
Relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0275	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	03-déc.-18	13-déc.-18	1-janv.-20		
Portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale				JORF n°0288	Ministère des solidarités et de la santé
Ordonnance n°2018-1125	12-déc.-18	13-déc.-18	au plus tard le 1 ^{er} juin 2019		
Prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel				JORF n°0288	Président
Arrêté	21-déc.-18	15-janv.-19	Juin 2018		
Fixant le modèle du formulaire « Demande de couverture maladie universelle complémentaire ou d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé »				JORF n°0012	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	21-déc.-18	23-déc.-18	1-janv.-19		
Fixant pour 2019 la part forfaitaire du remboursement aux organismes gestionnaires des dépenses au titre de la couverture universelle maladie complémentaire (401 €)				JORF n°0297	Ministère des solidarités et de la santé
Loi n°2018-1203	22-déc.-18	23-déc.-18	1-janv.-19		
De financement de la sécurité sociale pour 2019 (1) Article 12 : modification des critères d'assujettissement et les modalités d'établissement de l'assiette de la cotisation subsidiaire maladie Article 17 : transformation de la participation des OC au forfait patientèle médecin traitant en contribution fiscale Article 51 : mise en place du « 100% Santé » Article 52 : extension de la CMU-C et renouvellement automatique du droit à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA Article 53 : exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte Article 68 : ajustement de la revalorisation de certaines prestations sociales Article 77 : évolution des modalités de recouvrement des prestations versées à tort par les organismes de sécurité sociale et, dans le cadre de la CMU-C et de l'ACS, des relations entre caisses et OC				JORF n°0108	Parlement
Arrêté	27-déc.-18	29-déc.-18	1-janv.-19		
Relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0301	Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté	27-déc.-18	29-déc.-18	1-janv.-19		
Relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicables aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé				JORF n°0301	Ministère des solidarités et de la santé
Décret n°2018-1257	27-déc.-18	28-déc.-18	1-janv.-19		
Relatif à la participation de l'assuré aux frais liés à divers actes et prestations (augmentation du forfait actes lourds de 18 à 24 €)				JORF n°0300	Ministère des solidarités et de la santé
Décret n°2018-1257	27-déc.-18	28-déc.-18	1-janv.-19		
Relatif à la participation de l'assuré aux frais liés à divers actes et prestations (augmentation du forfait actes lourds de 18 à 24 €)				JORF n°0300	Ministère des solidarités et de la santé

Annexe 4. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2018 au regard de l'assiette TSA

Num	Siren	Nom	Type	Assiette TSA (M€)
1	538 518 473	Harmonie Mutuelle	M	2 320
2	310 499 959	AXA France vie	A	2 062
3	775 685 399	MGEN - Mutuelle Générale de l'Education Nationale	M	1 915
4	784 621 468	BTP prévoyance	IP	1 301
5	333 232 270	AG2R prévoyance	IP	1 066
6	602 062 481	Generali vie	A	970
7	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	A	956
8	775 685 340	La Mutuelle Générale	M	906
9	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	IP	867
10	410 005 110	Humanis Prévoyance	IP	832
11	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	M	711
12	340 234 962	Allianz Vie	A	697
13	542 110 291	Allianz IARD	A	653
14	340 427 616	Groupama Gan Vie	A	650
15	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages du Crédit agricole	A	635
16	311 799 878	ADREA Mutuelle	M	629
17	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	A	622
18	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	A	593
19	503 380 081	Mutuelle UNEO	M	561
20	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	M	543
21	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	M	528
22	777 927 120	VIASANTE Mutuelle	M	507
23	440 048 882	MMA IARD	A	454
24	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	M	435
25	318 990 736	Uniprévoyance	IP	434
26	779 558 501	MACIF mutualité	M	412
27	331 542 142	MAAF santé	M	409
28	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	IP	335
29	434 243 085	Mutuelle Ociane - Groupe Matmut	M	328
30	775 627 391	Apréva Mutuelle	M	321
31	302 927 553	Mutuelle Micils	M	311
32	775 685 365	Mutuelle Intériale	M	298
33	397 498 783	Klésia Prévoyance	IP	286
34	529 168 007	Klésia Mut'	M	257
35	775 709 710	APIVIA Mutuelle	M	249
36	499 982 098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	M	233
37	321 862 500	APICIL Prévoyance	IP	230
38	306 522 665	AVIVA assurances	A	228
39	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	A	202
40	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	A	190
41	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	A	188
42	350 261 129	AXERIA prévoyance	A	180
43	776 950 669	PREVIFRANCE	M	176
44	334 028 123	PREDICA	A	176
45	383 143 617	Solimut Mutuelle de France	M	175
46	339 358 681	MHN -Mutuelle Humanis Nationale	M	173
47	775 671 993	Mutuelle Bleue	M	173
48	449 571 256	Mutualia Territoires Solidaires	M	164
49	784 669 954	Mutuelle SMI	M	163
50	384 268 413	Audiens prévoyance	IP	157

Source : Fonds CMU-C

Champ : assiette TSA – hors gestion de la CMU-C

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

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS
Tél. : 01 58 10 11 90 / Fax. : 01 58 10 11 99
accueil@fonds-cmu.gouv.fr

www.cmu.fr