



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2017

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

Sommaire

AVANT-PROPOS	4
ÉDITOS	7
LA CMU-C ET L'ACS	8
CHIFFRES CLÉS EN 2017	9
I. LE FONDS CMU-C	11
1. Les missions du Fonds CMU-C	12
2. La gouvernance du Fonds CMU-C	14
2.1. Le conseil d'administration	14
2.2. Le conseil de surveillance	15
3. Les faits marquants pour le Fonds CMU-C en 2017	17
4. L'équipe du Fonds CMU-C	18
II. LE SUIVI DE LA CMU-C ET DE L'ACS	19
1. Les effectifs	20
1.1. Les effectifs de la CMU-C restent au même niveau qu'en 2016	20
1.2. La poursuite de la progression des effectifs de l'ACS en 2017	31
1.3. L'évolution des effectifs de la PUMA : bénéficiaires affiliés au titre du RSA	43
2. La dépense	44
2.1. Le recul du coût moyen de la CMU-C	44
2.2. L'effet pour les organismes complémentaires de la prise en charge des dépenses CMU-C « au réel »	49
2.3. Une croissance des dépenses de l'ACS liée à l'augmentation des effectifs	52
3. L'évaluation de l'incidence des réformes	53
3.1. Le bilan de la réforme de l'ACS de juillet 2015	53
3.2. L'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS	55
4. Les modalités de suivi des données de la CMU-C et de l'ACS	58
4.1. Le suivi des données du point de vue de la réglementation	58
4.2. De la donnée à l'analyse prospective	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 d'études et de travaux de recherche	64
2. Suivre et analyser le non-recours au droit	65
2.1. Un taux de recours estimé à 70 % pour la CMU-C et à près de 45 % pour l'ACS	65

2.2. Un taux d'utilisation des attestations ACS qui varie avec l'âge des bénéficiaires et selon les départements	66
3. Suivre et analyser les conditions de santé et d'accès aux soins	70
3.1. L'analyse des restes à charge ACS en santé	70
3.2. L'analyse de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C (cetaf)	74
3.3. La poursuite des travaux sur les refus de soins : la participation du fonds aux commissions de refus de soins	75
IV. LA MISSION DE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS	76
1. Le financement de la CMU-C et de l'ACS	77
1.1. Les ressources et charges du Fonds CMU-C	77
1.2. Le circuit de financement des dispositifs	80
1.3. Bilan 2016 de la convention de délégation du recouvrement de la TSA	82
2. Le suivi et le contrôle des recettes	84
2.1. Le suivi et l'analyse de l'évolution de l'assiette de la TSA	84
2.2. Le suivi des redevables	85
2.3. Bilan 2017 des vérifications opérées par le fonds	89
2.4. bilan 2016 des contrôles d'assiette opérés par la branche recouvrement	93
3. Le suivi et le contrôle des dépenses	95
3.1. La méthode de contrôle des déductions dont bénéficient les organismes complémentaires	95
3.2. Le bilan du contrôle	95
V. LES COMPTES ET LA TRÉSORERIE 2017	97
1. Les comptes 2017 du Fonds CMU-C	98
1.1. le compte de résultat 2017	98
2. La trésorerie 2017	100
2.1. Le profil de trésorerie 2017	100
2.2. L'ouverture d'un compte de suivi financier dans les livres de l'Acos	100
3. Les perspectives financières	101
3.1. Les exercices de projection	101
3.2. Perspectives 2018	101
VI. LA MAÎTRISE DES RISQUES	102
1. La cartographie des risques 2017	103
2. Le plan d'action 2017	104
2.1. Les incidences de réforme de la TSA	104
2.2. Les modifications de recettes prévues dans la LFSS 2017	104
3. La gestion de la liste des organismes complémentaires	105
3.1. La gestion de la liste des organismes redevables de TSA	105
3.2. La gestion de la liste des organismes gérant la CMU-C	105
3.3. Les OC proposant des contrats éligibles à l'ACS	107
VII. L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION	108
1. L'information des usagers	109
1.1. Les sites internet	109
1.2. L'accueil téléphonique et par courriel	110

1.3. La participation du fonds à la simplification des dispositifs et à la généralisation des téléservices	110
2. Les publications	111
2.1. La note de conjoncture	111
2.2. La lettre Références CMU	111
2.3. L'annuaire statistique	111
3. L'information des partenaires	112
VIII. ANNEXES	113
Annexe 1. Glossaire	114
Annexe 2. Présentation des dispositifs	116
1. La protection universelle maladie (PUMA)	116
2. La CMU complémentaire (CMU-C)	117
3. L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)	118
Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2017	120
Annexe 4. Organigramme du Fonds CMU-C	122
Annexe 5. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2017	123

Encadrés

Encadré 1 – Définitions des catégories de demandeurs d'emploi	30
Encadré 2 – Les aides supplémentaires à l'ACS attribuées par le régime général	38
Encadré 3 – Rapport 2017 sur la dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2016	51
Encadré 4 – Les restes à charge globaux des bénéficiaires de l'ACS	73
Encadré 5 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires	88

Avant-propos

Depuis sa création en 2000, le Fonds CMU-C publie un rapport d'activité qui vise à rendre compte des travaux accomplis par l'établissement durant l'exercice écoulé mais qui établit également une synthèse de la progression des dispositifs d'aide à la couverture complémentaire maladie qu'il finance. Année après année, ce rapport met en évidence les ajustements effectués et les progrès accomplis pour gagner en efficacité et contribuer concrètement à l'amélioration de la couverture maladie complémentaire des personnes en situation de précarité.

L'exercice 2017 ne déroge pas à la règle. Dans un contexte marqué par un changement de législature et par le lancement de réflexions sur les restes à charge et sur le rôle des complémentaires santé dans l'accès aux soins, le fonds a poursuivi en 2017 le travail engagé depuis sa création selon trois axes principaux : financer la CMU-C et l'ACS, suivre les effets des politiques publiques en matière de complémentaire santé et contribuer à la modernisation du service public de la Sécurité sociale.

Ce travail s'appuie sur des analyses de plus en plus précises et objectivées menées par l'établissement, mobilisant les quelques trois millions de données centralisées par le fonds en provenance des différents opérateurs ainsi que les résultats des études et recherches financées par le fonds.

S'agissant du financement des dispositifs, l'année 2017 a été marquée par une évolution dynamique des contrats de complémentaire santé assujettis à la TSA portant l'assiette totale à près de 37 Md€ – soit une hausse de 2,0 % après 1,3 % en 2016. Cette évolution résulte notamment de l'augmentation sensible des primes liées aux contrats classiques responsables (+ 3,4 %) qui représentent 90 % de l'assiette de la TSA.

En application des dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 qui ont modifié les modalités de financement du fonds, la TSA affectée au fonds est désormais assise sur les huit natures de contrats assujettis à la taxe. À la suite de cet élargissement et de la hausse concomitante des parts affectées au fonds, la TSA recouvrée par l'Urssaf Ile-de-France pour le compte du fonds a progressé de 26,6 % pour atteindre 2,8 Md€. Cette augmentation sensible des recettes s'est traduite par une variation de trésorerie annuelle de 341 M€. En tenant compte de la réfaction

de recettes de 150 M€ prévue par la LFSS 2018 pour diminuer les excédents du fonds, les produits du fonds se sont élevés en 2017 à 2,6 Md€.

Ces recettes ont permis de financer les dépenses complémentaires maladie des bénéficiaires de la CMU-C à hauteur de 2,19 Md€ et de contribuer, pour un montant total de 324 M€, au financement des contrats de complémentaire santé souscrits par les bénéficiaires de l'ACS – soit un montant en hausse de 3,5 % par rapport à l'année précédente traduisant l'augmentation dynamique du nombre de bénéficiaires.

À la suite de la réforme de la TSA mise en œuvre en 2016 – qui s'est traduite par la fusion de la TSA et de la TSCE et par la dématérialisation des déclarations – le fonds a poursuivi tout au long de l'année 2017 le contrôle de la qualité des données déclaratives transmises par l'Urssaf Ile-de-France ainsi que des notifications de produits et d'encaissements adressées par l'Acoss. Il a notamment porté une attention particulière à l'intégration et à l'analyse des données issues du tableau récapitulatif 2016 que les organismes complémentaires ont télédéclaré pour la première fois en juin 2017.

À la faveur de la rationalisation des déclarations et du recouvrement de la taxe, le fonds et l'Acoss ont formalisé une nouvelle convention visant à définir les modalités de recouvrement et de contrôle de la taxe ainsi que les modalités de transmission au fonds des données sur les assiettes et les effectifs. Conformément au plan de maîtrise des risques du fonds, cette convention prévoit pour la première fois la réalisation de bilans annuels de gestion et la transmission par la branche du recouvrement d'indicateurs sur la qualité du recouvrement et sur l'efficacité du pilotage de l'activité par les Urssaf.

En application de l'article D.225-2 du Code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 20 décembre 2016, le fonds a par ailleurs ouvert un compte de suivi des opérations financières au sein de la comptabilité de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Destiné à rationaliser les flux de trésorerie entre le fonds et ses principaux partenaires – lesquels disposent déjà de comptes similaires au sein de l'agence centrale – ce compte permettra de sécuriser près de 4,5 Md€ de flux échangés annuellement entre le fonds et l'Acoss. La convention financière régissant les modalités de fon-

tionnement de ce compte a été signée le 29 novembre 2017 pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018.

Concernant le suivi des dispositifs et des réformes engagées par les pouvoirs publics, plusieurs chantiers d'envergure ont marqué l'année :

En ce qui concerne l'ACS, le fonds a produit un bilan consolidé des incidences de la réforme de juillet 2015 et confirmé ses effets positifs : hausse du nombre de personnes couvertes, amélioration significative du niveau des garanties des contrats souscrits et baisse de la participation financière des assurés au paiement de leurs cotisations. Pour la première fois, le fonds a pu rendre compte de la structure de la consommation de soins des bénéficiaires de l'ACS. Il a établi un diagnostic relatif à la contribution globale des assurés au financement de leurs dépenses de santé et à leurs restes à charge sur chaque poste de soins après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire. Les données centralisées par le fonds ont également permis de mettre en évidence les disparités territoriales importantes en matière d'utilisation de l'aide pour souscrire un contrat, ce taux variant de 47 % à 91 % selon le département.

Par ailleurs, le fonds a suivi les négociations avec les professionnels de santé traitant de sujets afférents à la CMU-C et à l'ACS (avenant à la convention dentaire) et a contribué dans ce cadre aux travaux préparatoires à la transposition aux bénéficiaires de l'ACS des tarifs plafonds opposables appliqués aux bénéficiaires de la CMU-C, mesure mise en œuvre à compter du 1^{er} octobre 2017.

Le fonds a également engagé un vaste travail d'observation et d'analyse du coût moyen CMU-C : en lien avec un groupe de douze CPAM et d'autres partenaires concernés (DREES, IRDES, CNAMTS), il a mis en place un observatoire d'analyse de l'évolution de la dépense moyenne de santé au titre de la CMU-C afin d'identifier l'ensemble des facteurs expliquant l'évolution du coût moyen CMU-C.

Il a poursuivi ses investissements en études et recherches sur les questions d'accès aux droits et aux soins des personnes démunies, a recueilli les observations des organismes complémentaires et des associations sur la mise en œuvre des dispositifs et sur les freins qui peuvent demeurer dans l'accès aux droits et aux soins et a contribué aux travaux des commissions de refus de soins mises en place dans le cadre de la loi santé de janvier 2016.

S'agissant enfin de la modernisation du service public, l'année a notamment été marquée par la participation du fonds aux travaux de simplification du formulaire de demande de la CMU-C engagés par la DSS en lien avec les régimes de base d'assurance maladie, et au suivi des téléservices.

L'année 2017 a par ailleurs été une année intense en réflexions internes pour le fonds, réflexions qui ont visé à définir des objectifs pluriannuels et à poser les premières briques d'un contrat d'objectifs et de performance qui sera discuté avec les tutelles et les partenaires du fonds en 2018.

Comme chaque année, le rapport évoque également les actions d'information et de communication qui, si elles ne sont pas explicitement mentionnées dans les missions confiées au fonds par le législateur, demeurent essentielles pour l'accompagnement des usagers et la meilleure compréhension des enjeux par l'ensemble des parties prenantes.

Ce rapport d'activité documente ainsi des sujets pour lesquels les analyses du fonds permettent un apport original, notamment : mesure du reste à charge pour les bénéficiaires de l'ACS, cartographie territoriale de l'utilisation des attestations, évolution et répartition des contrats assujettis à la TSA entre les trois familles d'organismes complémentaires.

Les constats des rapports successifs confortent ainsi le rôle d'organe de synthèse et d'analyse confié au fonds. Ils mettent également en évidence son rôle d'accompagnement des usagers et des différents opérateurs dans la mutation permanente des dispositifs et de leur financement.

À l'issue de cette année et malgré les efforts portés par l'ensemble des opérateurs pour identifier les personnes éligibles et faciliter leur accès aux droits – efforts qui se sont traduits par une augmentation sensible des personnes protégées par l'ACS – le non-recours à ce dispositif demeure très important. Après 14 ans d'existence de l'ACS, environ 55 % des personnes éligibles ne recourent pas au dispositif, taux qui atteint 65 % si l'on tient compte des 23 % de personnes qui n'utilisent pas leur chèque ACS pour adhérer à un contrat de complémentaire santé. Les travaux menés en 2017 par le fonds démontrent par ailleurs que, malgré l'amélioration notable des garanties suite à la réforme du dispositif en 2015, un effet de seuil perdure pour les bénéficiaires de l'ACS dont les restes à charge sur les soins prothétiques dentaires, l'optique ou l'audioprothèse peuvent parfois atteindre des montants équivalents à un mois de ressources.

Ces sujets fondamentaux du non-recours et des restes à charge renvoient à des solutions identifiées par le fonds depuis plusieurs années : simplification du formulaire de demande de la CMU-C/ACS, suppression des demandes de pièces déjà disponibles auprès d'autres administrations, automatisation des processus de renouvellement, mise en place de télé services, réduction des restes à charge pour les soins coûteux, etc.

Au regard de ces constats, le Fonds CMU-C contribuera en 2018 à la préparation des réformes en cours et élargira encore ses travaux d'analyse sur les dispositifs : travaux sur le "RAC O", analyse du marché de la complémentaire santé, accompagnement des pouvoirs publics et des OC dans le cadre du renouvellement de l'appel d'offres ACS, contribution à la démarche de simplification, étude sur les facteurs de non-utilisation du chèque ACS en collaboration avec des CPAM, analyse de l'évolution des dépenses de CMU-C au moyen de l'observatoire national mobilisant plusieurs partenaires (IRDES, DREES, CNAM, CPAM, etc.). Enfin, le fonds devrait être à nouveau chargé d'établir le rapport d'évaluation bisannuel du Gouvernement au Parlement inscrit dans la loi CMU de 1999.

En application des dispositions prévues par la LFSS 2018, il bénéficiera pour ce faire de conditions financières sécurisées puisque ses recettes 2018 seront strictement déterminées en fonction de ses besoins de financement.

En conclusion de cette introduction, je souhaite rendre hommage aux membres de l'équipe du fonds qui, dans

une logique d'amélioration permanente, travaillent sans relâche et avec un engagement toujours renouvelé pour adapter les processus et les outils aux modifications réglementaires, pour accompagner chaque jour les usagers et les partenaires du fonds et pour éclairer au mieux les décisions à venir des pouvoirs publics.

Ces quelques lignes d'introduction me donnent également l'occasion de saluer l'action de Gérard Bapt qui, en qualité de président du conseil de surveillance du Fonds CMU-C pendant près de cinq ans, a apporté au fonds son engagement et ses valeurs solidaires. Elles me permettent également de souhaiter la bienvenue à Emmanuelle FONTAINE-DOMEIZEL qui lui succède à la présidence du conseil de surveillance et qui saura, j'en suis sûre, faire bénéficier notre organisme de son dynamisme et de son expérience de plus de quinze ans dans l'accès aux soins.

Enfin, je souhaite remercier vivement Gwénaëlle LE BOHEC, qui a pris ses fonctions de directrice adjointe du fonds en avril 2017, et dont l'investissement, le niveau d'exigence, la hauteur de vue permettent au Fonds CMU-C de s'inscrire quotidiennement dans une démarche de progression.

Marianne CORNU-PAUCHET

Directrice du Fonds CMU-C

Éditos



Véronique WALLON

Présidente du conseil d'administration
Inspectrice générale des affaires
sociales



Emmanuelle FONTAINE-DOMEIZEL

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

Le rapport d'activité confirme pour 2017 les effets positifs de la réforme de juillet 2015 relative à l'aide à la complémentaire santé (ACS) : le nombre de personnes couvertes progresse régulièrement, le niveau des garanties s'améliore de manière significative et la participation financière des assurés au paiement de leurs cotisations a diminué.

La couverture complémentaire des personnes en situation de précarité, donc leur accès aux soins - en tous cas aux soins primaires - s'améliore donc globalement. Mais deux sujets de grande préoccupation restent largement non résolus.

Dix-huit ans après sa création, et malgré une action constante, patiente, et professionnelle du Fonds CMU-C, encore 30% des personnes éligibles à la CMU-C n'y recourent pas. Ce non-recours est en partie imputable à la complexité de l'accès au droit, dont l'ouverture et le renouvellement ne sont pas automatiques. De plus, une partie significative des assurés à la CMU-C renonce aux soins, par crainte du refus de soins ou de la stigmatisation, ou pour des raisons de rareté médicale. Il faut redire ici, dans le contexte des réflexions actuelles sur le reste à charge « zéro », que le « juste droit » c'est d'abord l'exercice effectif du droit par tous ceux pour qui en sont détenteurs ou qui peuvent s'en prévaloir.

Par ailleurs, si la couverture complémentaire des personnes en situation de précarité contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins, les inégalités de santé demeurent encore très importantes en France. Selon un récent rapport de l'Académie de médecine le risque de dépression est multiplié par 2,4 parmi les plus précaires, celui de maladies métaboliques par 2,9, de maladies cardio-vasculaires par 1,4. Certaines complications du diabète et de l'hypertension artérielle sont plus fréquentes, l'état bucco-dentaire des enfants est plus mauvais et la prévalence de l'obésité plus importante. On constate également une mortalité prématurée liée à des maladies cardio-neurovasculaires et au moindre recours aux dépistages du cancer.

Les efforts de prévention devraient ainsi être prioritairement dirigés vers les personnes les plus vulnérables et, parmi eux, vers les enfants. La qualification « d'investissement social » de la politique de prévention, pour reprendre les termes de la Ministre de la santé, et sa place en tête de la Stratégie de transformation du système de santé – sont majeurs.

Le Fonds CMU-C, chargé, dans le cadre du rapport d'évaluation de la loi CMU, d'élaborer de nouvelles propositions en matière d'amélioration de la prévention, de l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité particulièrement éloignées de l'offre de santé, y prendra toute sa place.

Le Fonds CMU-C finance et contrôle une politique publique qui montre toute l'implication de la société française dans sa volonté de protéger les plus fragiles des siens. C'est donc avec responsabilité que j'ai pris la présidence du Conseil de surveillance.

C'est également avec volonté, volonté de travailler en étroite coopération avec tous les acteurs du fonds : l'équipe dirigeante, le Conseil d'administration et bien entendu, les membres du Conseil de surveillance.

Ce travail commun est nécessaire car le champ d'intervention du fonds concerne des publics sur lesquels nous devons porter toute notre attention. Les plus précaires d'entre nous ne doivent pas rester en marge, cette solidarité va bien au-delà de la question de l'accès aux soins, elle montre aussi notre capacité à faire de l'inclusion avec les personnes qui, quelles qu'en soient les raisons, se retrouvent en difficulté.

À titre personnel, j'attache une attention toute particulière aux personnes en situation de handicap. Bien souvent, celles-ci se retrouvent éligibles à la CMU-C ou à l'ACS, malgré les revenus compensatoires qui peuvent exister par ailleurs. Nous devons attacher une grande attention au fait qu'elles aient bien accès aux droits et aux soins qui leur sont dus.

Les parlementaires ont entamé, avec le Gouvernement, un grand chantier sur la question du handicap, dans le prolongement de la loi 11 février 2005, pour améliorer significativement la situation des personnes en situation de handicap. Ainsi, la loi de finances pour 2018 a renforcé le budget afin de revaloriser l'allocation aux adultes handicapés. Cette revalorisation sera compensée par un abattement de sorte à permettre aux allocataires concernés de pouvoir continuer à bénéficier de l'ACS. Elle fera par ailleurs l'objet d'une montée en charge progressive permettant, d'année en année, de protéger encore plus de personnes. Ainsi, grâce à un effort de 2 milliards d'euros porté sur l'ensemble du quinquennat, cette allocation devrait s'ouvrir à 34 000 allocataires supplémentaires et monter, à taux plein, jusqu'à 900 euros par mois.

La CMU-C et l'ACS

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.

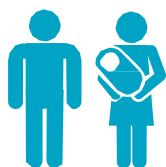


Chiffres clés en 2017

CMU-C

Effectifs
(tous régimes)

5,52 M



métropole et Dom,
estimation au 31/12/2017

Évolution effectifs
(tous régimes)

+ 0,4 %



par rapport à fin décembre 2016,
métropole et Dom

Dépense CMU-C

2 195 M€



pour l'ensemble des régimes et des OC
au titre de l'exercice 2017
(1 973 M€ pour les régimes et
estimation de 222 M€ pour les OC)

DÉPENSE PAR BÉNÉFICIAIRE

RSI

333 €



MSA

345 €



Organismes
complémentaires

384 €



Régime général

410 €



Évaluation au 31/12/2017

ACS

Bénéficiaires d'attestation (tous régimes)	Évolution du nombre de bénéficiaires d'attestation (tous régimes)	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation (tous régimes)	Coût de l'ACS en 2017
1,58 M cumul sur les 12 derniers mois au 31/12/ 2017	+ 7,9 % cumul sur les 12 derniers mois à décembre 2017, par rapport au cumul sur les 12 derniers mois à décembre 2016	1,20 M au 31/12/2017	324 M€ montant retenu dans l'arrêté des comptes 2017

TSA

Assiette de la TSA 2017	Évolution de l'assiette	Nombre d'OC déclarants 2017	Nombre d'OC gestionnaires de la CMU-C
36 919 M€ sur la base des déclarations trimestrielles, avant réception du récapitulatif annuel (juin 2018)	+ 2,0 % entre 2016 et 2017	477 ayant déclaré une assiette de la TSA supérieure à 0	251 nombre d'OC inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C pour 2017

PLAFONDS D'ATTRIBUTION AU 1/04/2017

CMU-C	ACS
 Métropole : 727 €/mois Dom : 809 €/mois	 Métropole : entre 728 et 981 €/mois Dom : entre 810 et 1 092 €/mois
 Métropole : 1 090 €/mois Dom : 1 214 €/mois	 Métropole : entre 1 091 et 1 472 €/mois Dom : entre 1 215 et 1 638 €/mois

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 : un directeur, un directeur adjoint, un agent comptable en adjonction de service, un fondé de pouvoir de l'agent comptable, une comptable, quatre conseillers techniques et deux assistantes.

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

L'une des premières missions confiée 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. Celle-ci fait l'objet d'une publication au Bulletin Santé Protection sociale Solidarités du mois de février 2017.

► *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
L'orientation du contrôle d'assiette de la taxe de solidarité additionnelle	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

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

Conformément à l'article R. 862-4 du code de la sécurité sociale, il a notamment pour rôle :

- d'adopter le budget du fonds ;
- d'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;
- de proposer au gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;
- d'autoriser le directeur à passer les conventions relatives à la gestion des dépenses de santé de CMU-C et aux déductions d'ACS.

En 2017, le conseil d'administration du Fonds CMU-C s'est réuni deux fois :

- le 3 avril, il a adopté le rapport d'activité et le compte financier pour l'exercice 2016 ;
- le 29 novembre, il a tenu sa seconde séance de l'année. Au cours de cette séance, le conseil d'administration a approuvé le budget initial pour l'exercice 2018. Il a également été tenu informé de l'ouverture d'un compte de suivi financier au nom du fonds dans les livres de l'Acos à compter du 1^{er} janvier 2018, ainsi que des travaux de contrôle interne menés par le fonds.

Le conseil d'administration est composé de 7 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. Assistent également au conseil : le directeur du Fonds CMU-C, le directeur adjoint, l'agent comptable et le contrôleur financier du Fonds CMU-C.

2.1.2. Membres du conseil d'administration au 31 décembre 2017

■ **Présidente**

- Véronique Wallon

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

- Benjamin Voisin
- Sarah Sauneron
- Fanny Chauviré

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

- Jean-Philippe Espic
- Antoine Letiers

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

- Françoise Georgin

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. Il se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président.

Il est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il 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.

En 2017, le conseil de surveillance du Fonds CMU-C s'est réuni le 23 mai 2017. Au cours de cette séance, il a émis un avis favorable sur le rapport d'activité 2016.

Lors de cette séance, ont été présentés les résultats d'une recherche-action menée par la 55^{ème} promotion de l'EN3S concernant les leçons à tirer de la mise en œuvre du nouveau dispositif de l'ACS de 2015 (enquête auprès des acteurs et des bénéficiaires) et les résultats d'une enquête approfondie du CREDOC sur le non recours à l'ACS.

Les élections législatives et sénatoriales intervenues en juin et septembre ont modifié la configuration du conseil de surveillance à la suite de la non-représentation et/ou non-réélection de parlementaires membres du conseil. La seconde séance annuelle n'a, par conséquent, pas pu se tenir.

Madame Emmanuelle Fontaine-Domeizel a été nommée présidente du conseil de surveillance par arrêté du 19 janvier 2018.

2.2.2. Membres du conseil de surveillance en 2017

■ Président

- Gérard Bapt jusqu'au 18 juin (remplacé par Emmanuelle Fontaine-Domeizel nommée présidente par arrêté du 19 janvier 2018)

■ Membres de l'Assemblée nationale

- Martine Carrillon-Couvreur (remplacée par Michèle De Vaucouleurs désignée le 17 novembre 2017)
- Dominique Tian (remplacé par Alain Ramadier désigné le 17 novembre 2017)

■ Membres du Sénat

- Gérard Roche (remplacé par Yves Daudigny désigné le 30 novembre 2017)
- Alain Milon
- Didier Rambaud (désigné le 13 décembre 2017)

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

- La Croix-Rouge française : Stéphanie Giron
- Secours populaire français : Hélène Hercyk
- Secours catholique : Fabrice Molliex
- UNIOPSS : Bruno Grouès
- 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 des travailleurs salariés**
 - William Gardey
 - Stéphane Lévêque
- **Représentants du Régime social des 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 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 2017

Janvier

MODIFICATION DES RECETTES AFFECTÉES AU FONDS

À compter du 1^{er} janvier, la fraction des droits tabac (3,5 %) affectée au fonds depuis 2013 est supprimée. Afin de compenser cette perte de recette le Fonds CMU-C se voit attribuer une part supplémentaire de TSA.

Avril

LA POURSUITE DES TRAVAUX SUR LES REFUS DE SOINS : UNE ANALYSE DES DISCOURS DES MÉDECINS ET DES DENTISTES

Le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits ont conduit une étude afin de mieux comprendre les logiques psychosociales du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C (et d'éventuelles autres catégories de patients).

Juin

LA CARACTÉRISATION DE LA POPULATION ÉLIGIBLE À L'ACS ET LES MOTIFS DE NON-RECOURS

Afin de mieux comprendre les raisons du non-recours à l'ACS, le Fonds CMU-C a confié au CRÉDOC un projet de recherche visant à caractériser la population éligible à l'ACS et à analyser l'incidence du parcours de vie sur les conditions d'accès au dispositif.

LA SIMPLIFICATION DE L'ACCÈS À LA CMU-C ET À L'ACS

À compter du 1^{er} juin, la prise en compte des revenus procurés par les capitaux placés est simplifiée. Par ailleurs, à défaut d'indication dans le formulaire de demande, l'organisme compétent pour gérer la CMU-C du bénéficiaire est l'organisme d'assurance maladie obligatoire.

Octobre

ÉVOLUTIONS DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DENTAIRES POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C ET DE L'ACS

À compter du 1^{er} octobre, les tarifs de prise en charge des soins prothétiques proposés aux bénéficiaires de la CMU-C sont revalorisés. Ces nouveaux tarifs ainsi que les tarifs d'orthodontie sont désormais également opposables aux chirurgiens-dentistes pour les bénéficiaires de l'ACS.

Novembre

LANCEMENT D'UNE ÉTUDE SUR L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE 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 a confié un projet de recherche à l'IRDES. Le premier comité de suivi des travaux composé du fonds, de l'IRDES, de la CNAM, de la DSS et de la DREES s'est réuni le 17 novembre.

Décembre

LE COMITÉ DE SUIVI FONDS CMU-C / ASSOCIATIONS

Réunissant le Secours catholique, la Croix rouge française, Médecins du Monde, France Assos Santé, l'UNAF, la Fédération des acteurs de la solidarité, un membre de l'Académie nationale de Médecine. Les échanges ont notamment porté sur les difficultés d'accès aux soins et aux droits des bénéficiaires (refus de soins, non recours aux droits, difficultés administratives).

4. L'équipe du Fonds CMU-C



**Marianne
CORNU-PAUCHET**
Directrice



Gwénaëlle LE BOHEC
*Directrice adjointe
depuis avril 2017*



**Frédéric
PANNIER**
Agent comptable



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

1. Les effectifs

1.1. LES EFFECTIFS DE LA CMU-C RESTENT AU MÊME NIVEAU QU'EN 2016

En 2017, les effectifs de la CMU-C ont régressé pendant quelques mois, pour revenir en fin d'exercice au même niveau qu'à fin 2016, soit 5,5 millions de bénéficiaires. Cette baisse n'a concerné que le régime général et plus particulièrement les départements d'outre-mer, qui restent en diminution fin 2017.

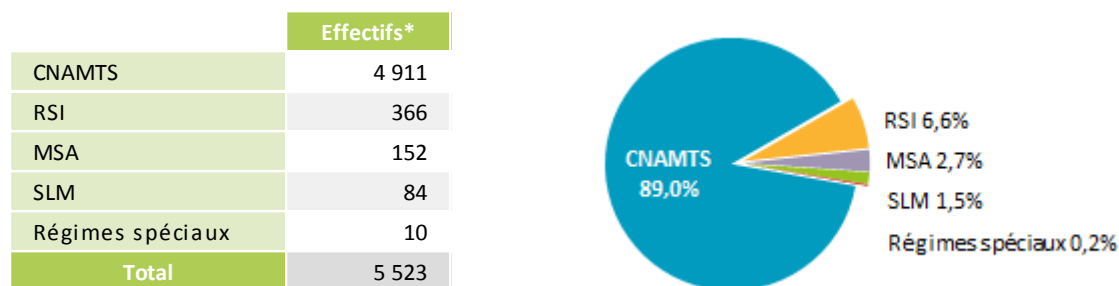
La diminution des allocataires du RSA en 2017, ainsi que du nombre de demandeurs d'emploi en 2016 explique en partie cette stabilisation des effectifs de la CMU-C.

1.1.1. La répartition des bénéficiaires en 2017

1.1.1.1. La répartition par régime

La CMU-C est une prestation servie essentiellement par le régime général (89 %). Les bénéficiaires des autres régimes relèvent du régime des indépendants (7 %), du régime agricole (3 %), des sections locales mutualistes (1,5 %) et des régimes spéciaux qui ne regroupent que très peu de bénéficiaires (0,2 %).

Figure 1 – Effectifs de la CMU-C, répartition par régime de base



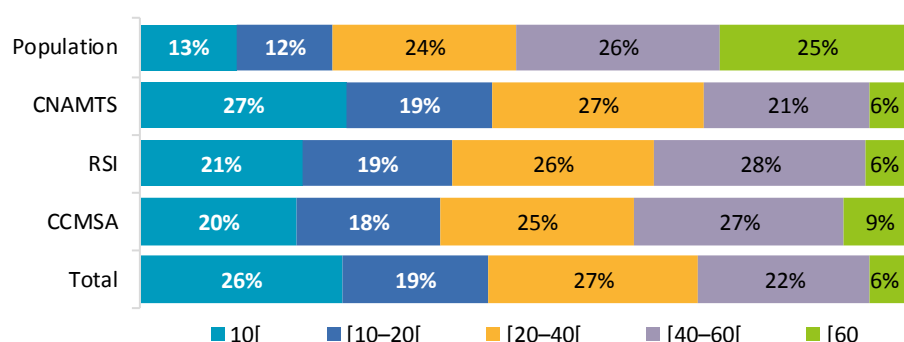
*En milliers, estimation à fin 2017, métropole et Dom – Source : Tous régimes

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

La CMU-C bénéficie globalement aux personnes de moins de 60 ans et pour une large part aux enfants. Au régime général, la part des moins de 10 ans parmi les bénéficiaires de la CMU-C (27 %) est deux fois plus élevée qu'en population générale (12,5 %). En revanche, la proportion de 25 % des plus de 60 ans au sein de la population française est 4,5 fois supérieure à celle des bénéficiaires de la CMU-C. Les bénéficiaires de la CMU-C au régime des indépendants et au régime agricole sont néanmoins un peu plus âgés qu'au régime général.

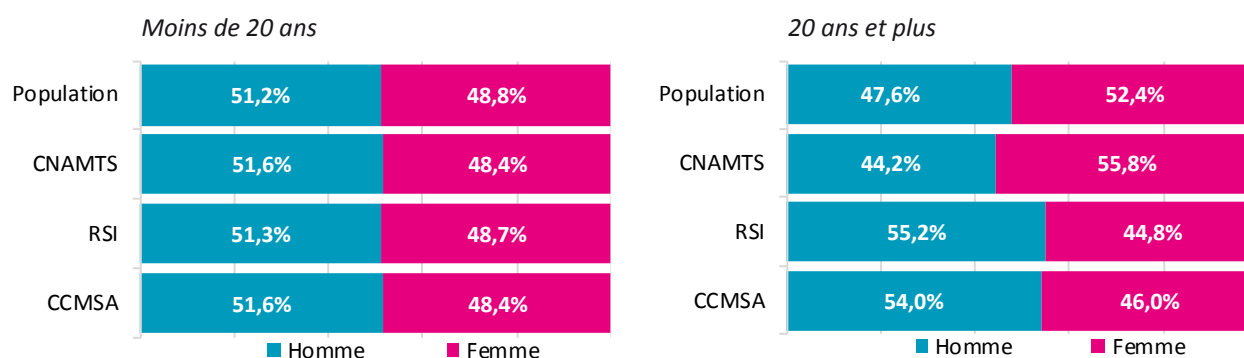
Les femmes sont majoritaires dans la population française et, avec un pourcentage de 52 %, elles le sont encore plus parmi les bénéficiaires de la CMU-C au régime général, 56 %.

Figure 2 – Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par tranche d'âge



Métropole, estimation à fin 2017 – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

Figure 3 – Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par sexe, enfants / adultes



Métropole, estimation à fin 2017 – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

1.1.1.3. La distribution par département

Les bénéficiaires de la CMU-C des trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) représentent 7,4 % 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 départements du quintile ayant les plus fortes densités de bénéficiaires, entre 8,2 % et 14,3 %.

Parallèlement, cinq départements regroupent 23 % des bénéficiaires de la CMU-C, alors qu'ils ne représentent que 15 % de la population. Les quatre premiers départements ont des taux de bénéficiaires supérieurs à 10 % : Nord, Seine-Saint-Denis, Bouches-du-Rhône et Pas-de-Calais. Le cinquième département, le Rhône, affiche un plus faible taux, de 8 %.

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 2,8 % et 5,1 %, 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 21,2 % en Martinique et 36,3 % à la Réunion.

Tableau 2 – Effectifs de la CMU-C dans les 5 premiers départements, en métropole, en milliers

Num Dpt	Département	Effectifs*	Population*	Effectifs / Population
59	Nord	324	2 641	12,3%
13	Bouches-du-Rhône	229	2 035	11,2%
93	Seine-Saint-Denis	226	1 582	14,3%
62	Pas-de-Calais	167	1 498	11,2%
69	Rhône	147	1 833	8,0%
Total		1 094	9 589	11,4%
Métropole		4 843	65 453	7,4%

* Effectifs et population en milliers, estimation à fin 2017 – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

Tableau 3 – Effectifs de la CMU-C dans les Dom, en milliers

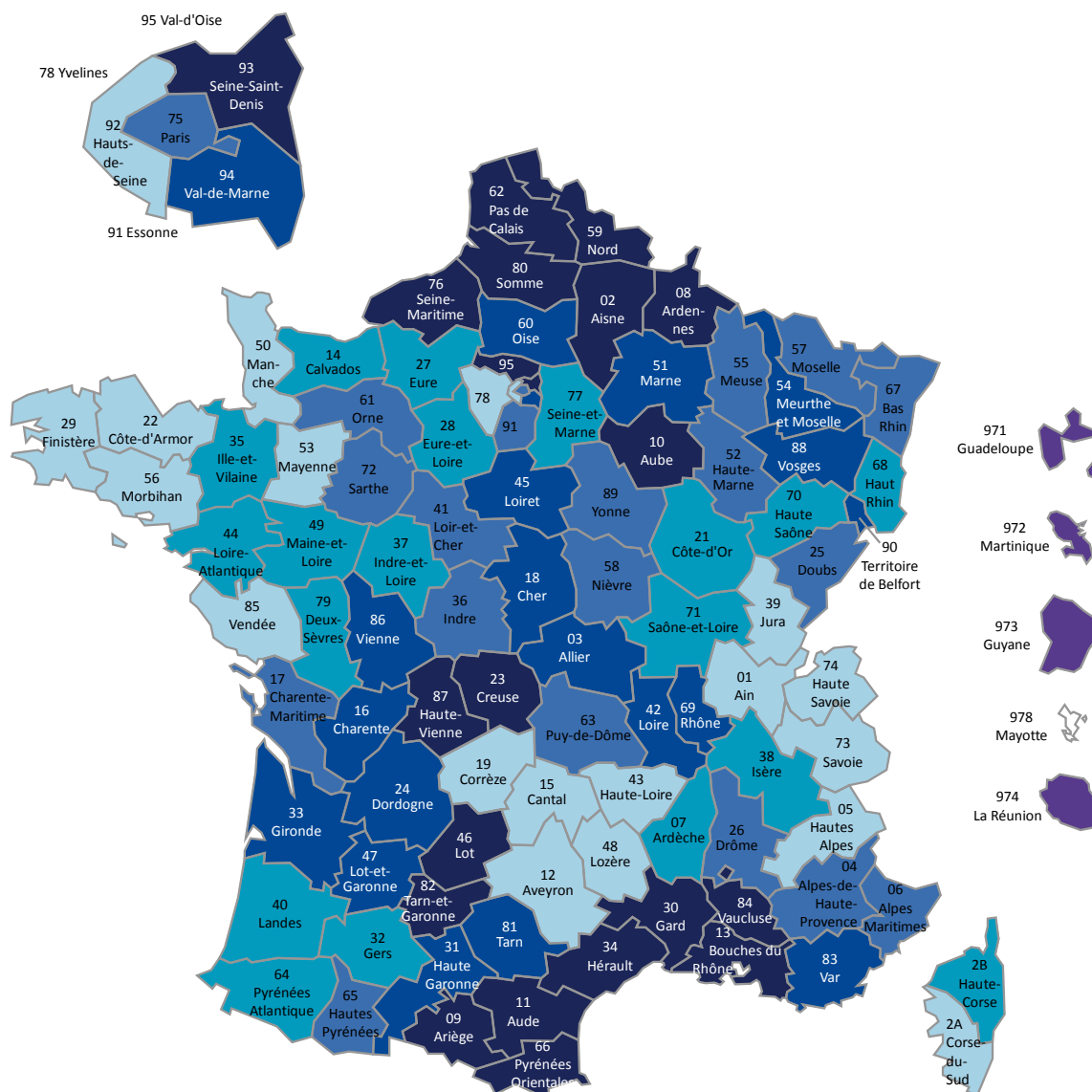
Num Dpt	Département	Effectifs*	Population*	Effectifs / Population
971	Guadeloupe	111	407	27,3%
972	Martinique	83	390	21,2%
973	Guyane	83	255	32,5%
974	La-Reunion	310	853	36,3%
Dom		586	1 904	30,8%

* Effectifs et population en milliers, estimation à fin 2017 – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

■ Indications techniques

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

Figure 4 – Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage population				Nombre Dpts	Effectifs*	Pourcent. Effectifs
	>=	2,8%	<	5,1%	19	446	9,2%
	>=	5,1%	<	6,3%	19	728	15,0%
	>=	6,3%	<	7,1%	19	796	16,4%
	>=	7,1%	<	8,2%	19	1 074	22,2%
	>=	8,2%	<=	14,3%	20	1 799	37,2%
					96	4 843	100,0%
Répartition Dom							
Couleur	Pourcentage population				Nombre Dpts	Effectifs*	Pourcent. Effectifs
	>=	21,2%	<=	36,3%	4	586	100%

* Effectifs en milliers, estimation à fin décembre 2017, par département, métropole et Dom, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) – Mayotte : NR – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE – Outil Philcarto

1.1.1.4. La répartition par organisme gestionnaire

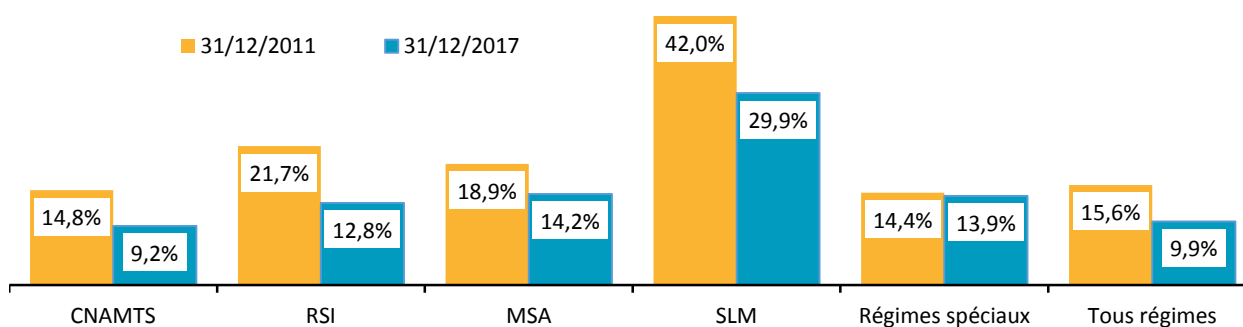
Pour la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir entre leur organisme d'assurance maladie d'affiliation et un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C. En l'absence 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 2017, moins de 10 % des bénéficiaires de la CMU-C ont opté pour la gestion par un organisme complémentaire, tous régimes confondus et pour l'ensemble du territoire. Après un maximum atteint fin 2011 avec un taux à hauteur de 15,6 %, la diminution de ce taux a été régulière et concernait tous les régimes à fin 2017. Aucune accélération de cette baisse n'a été constatée par le fonds depuis le mois de juin 2017, date de mise en application du décret 2017-533 précité.

La baisse la plus conséquente de la part de CMU-C en gestion OC porte sur les SLM, avec – 12% entre 2011 et 2017. Elle s'explique par le retrait de mutuelles étudiantes de la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C à la suite de la prise en compte des dépenses réelles à partir de 2013¹, ces OC ayant alors une dépense moyenne inférieure au forfait annuel.

Pour les autres régimes de base, diverses raisons techniques sont avancées localement pour expliquer la diminution du choix d'un OC pour la gestion de la CMU-C, mais les régimes n'ont pas procédé à des évaluations sur le plan national.

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



Estimation à fin décembre 2017, métropole et Dom – Source : tous régimes

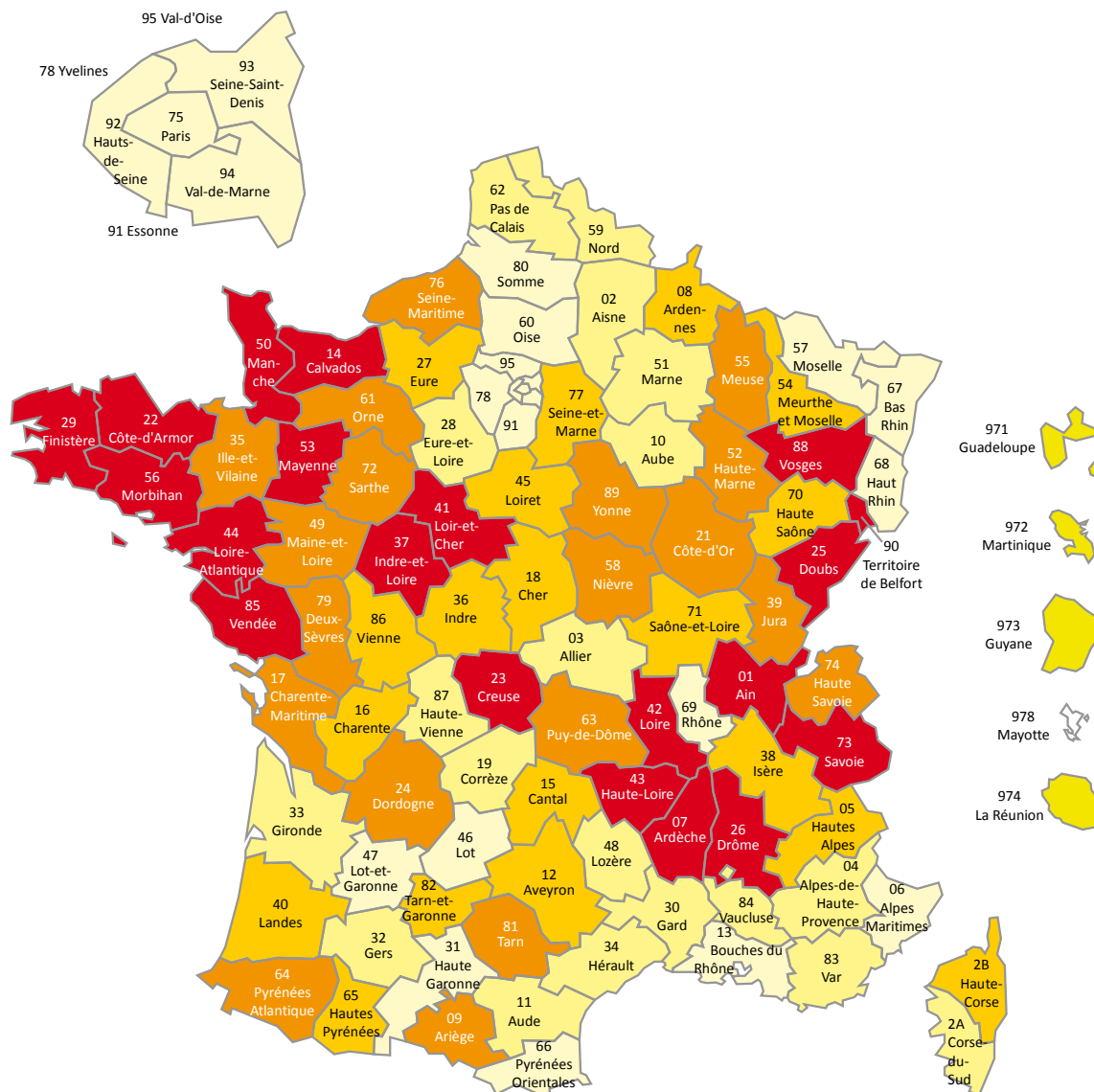
Pour les trois principaux régimes, le recours à un OC pour la gestion de la CMU-C est le plus souvent choisi dans les départements de l'Ouest, de l'Est, hors Alsace et Moselle et sur l'axe Creuse – Drôme : entre 19 % dans la Creuse et 33,5 % en Haute-Loire pour les 20 % des départements qui présentent les taux de gestion OC les plus élevés (dernier quintile).

Les départements les plus impliqués dans la participation des OC à la gestion de la CMU-C 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 11,7 % à 33,5 % pour le choix d'un OC comme organisme gestionnaire, ne rassemblent que 37,5 % des effectifs de la métropole.

Dans les départements d'outre-mer, le choix d'un OC comme organisme gestionnaire de la CMU-C ne concerne qu'une poignée de personnes dans les départements de la Guyane et de la Réunion, et la proportion est modérée dans les départements de la Guadeloupe (7,5 %) et de la Martinique (12,4 %).

¹ Loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, article 22

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



Répartition métropole						
Couleur	Pourcentage OC				Nombre Dpts	Effectifs*
	>=	1,3%	<	7,7%	19	1 786
	>=	7,7%	<	11,7%	19	1 240
	>=	11,7%	<	14,1%	19	583
	>=	14,1%	<	19,0%	19	635
	>=	19,0%	<=	33,5%	20	599
					96	4 843
Répartition Dom						
Couleur	Pourcentage OC				Nombre Dpts	Effectifs*
	>=	0,1%	<=	12,4%	4	586
						100,0%

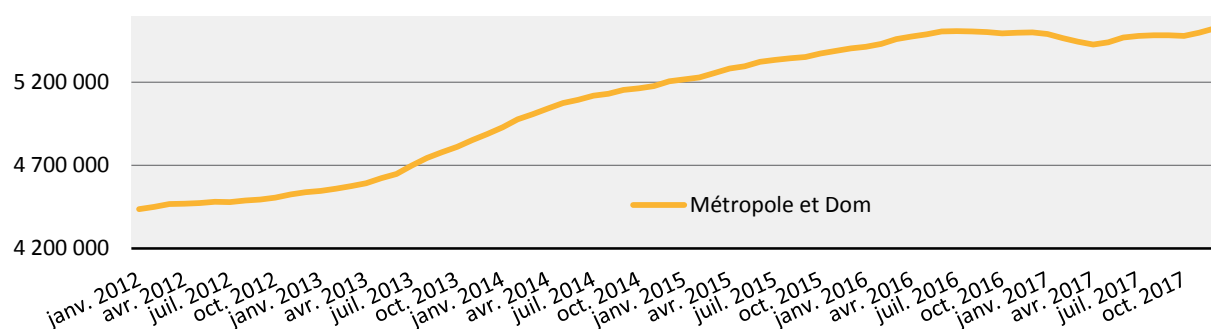
* Effectifs en milliers, estimation à fin décembre 2017, par département, métropole et Dom, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), estimation à fin 2017, effectifs en milliers – Mayotte : NR – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outil Philcarto

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

1.1.2.1. Une évolution dynamique sur les cinq dernières années

En six ans, les effectifs de la CMU-C ont augmenté de 24 %, soit 1,1 million de bénéficiaires en plus entre janvier 2012 et décembre 2017.

Figure 7 – Effectifs CMU-C de 2012 à 2017



Évolution à M-12, de janvier 2014 à décembre 2017, métropole, Dom, estimation à fin 2017 – Source : tous régimes

1.1.2.2. Une stabilisation en 2017 sur le total des bénéficiaires

Les effectifs de la CMU-C finissent l'exercice 2017 à 5,52 millions, en très légère augmentation par rapport à la fin 2016, de 0,4 %, mais après avoir baissé entre mars et octobre.

La baisse pour la métropole n'a concerné que les mois d'avril et de mai 2017, pour un très faible taux de – 0,3 %. Pour les Dom, le recul s'est amorcé en mars 2016, accentué mi 2017, jusqu'à – 5,9 % en juillet, et ralenti au dernier trimestre, à – 1,5 %. Ces diminutions régulières n'ont, en fait, concerné que le régime général qui concentre 89 % des bénéficiaires.

Tableau 4 – Effectifs de la CMU-C, ensemble des régimes, en millions

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
Tous régimes *	4,93 M	0,60 M	5,52 M
Évolution sur 6 mois	1,0%	1,0%	1,0%
Évolution sur un an	0,6%	-1,5%	0,4%
Régime général	4,35 M	0,56 M	4,91 M
Évolution sur 6 mois	1,0%	1,4%	1,0%
Évolution sur un an	0,3%	-1,4%	0,1%

* Dont 0,55 million de bénéficiaires gérés par les organismes complémentaires – Métropole et Dom, estimation à fin décembre 2017 – Source : tous régimes

Figure 8 – Évolution des effectifs CMU-C

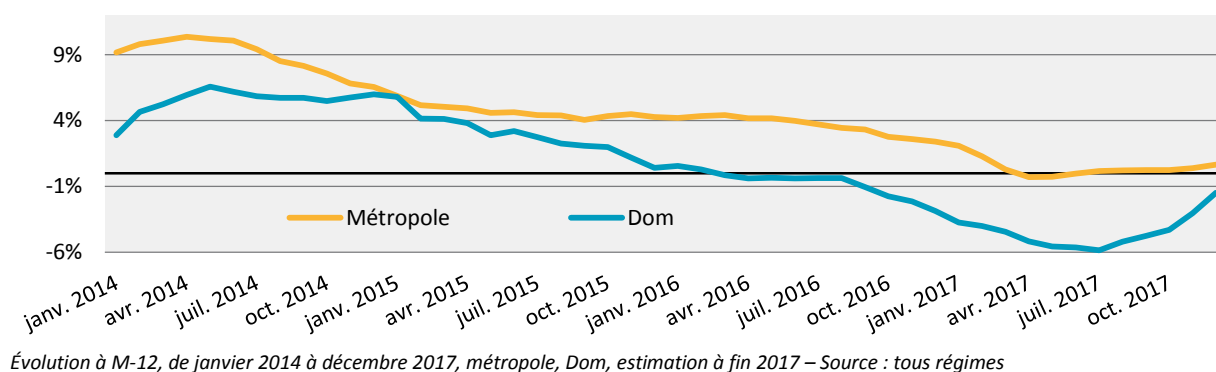


Tableau 5 – Effectifs de la CMU-C, ensemble des régimes, de décembre 2016 à décembre 2017, en milliers

Mois	Total	M – 1	M – 12	% M – 1	% M – 12	% ACM
2016 déc	5 501	1,4	96,3	0,0%	1,8%	3,1%
2017 janv	5 490	-10,6	76,2	-0,2%	1,4%	2,9%
2017 févr	5 467	-23,2	36,1	-0,4%	0,7%	2,6%
2017 mars	5 445	-21,5	-14,2	-0,4%	-0,3%	2,3%
2017 avr	5 428	-17,5	-47,2	-0,3%	-0,9%	1,9%
2017 mai	5 441	13,5	-48,2	0,2%	-0,9%	1,5%
2017 juin	5 470	28,7	-36,6	0,5%	-0,7%	1,2%
2017 juil	5 479	9,4	-28,4	0,2%	-0,5%	0,9%
2017 août	5 483	3,9	-22,4	0,1%	-0,4%	0,6%
2017 sept	5 484	0,5	-18,3	0,0%	-0,3%	0,3%
2017 oct	5 479	-4,7	-15,1	-0,1%	-0,3%	0,1%
2017 nov	5 499	20,4	0,1	0,4%	0,0%	0,0%
2017 déc	5 523	23,9	22,6	0,4%	0,4%	-0,1%

Évolutions par rapport à M-1, M-12, et en année complète mobile (ACM), estimation à fin 2017 – Source : tous régimes

1.1.2.3. Des évolutions différenciées par régime

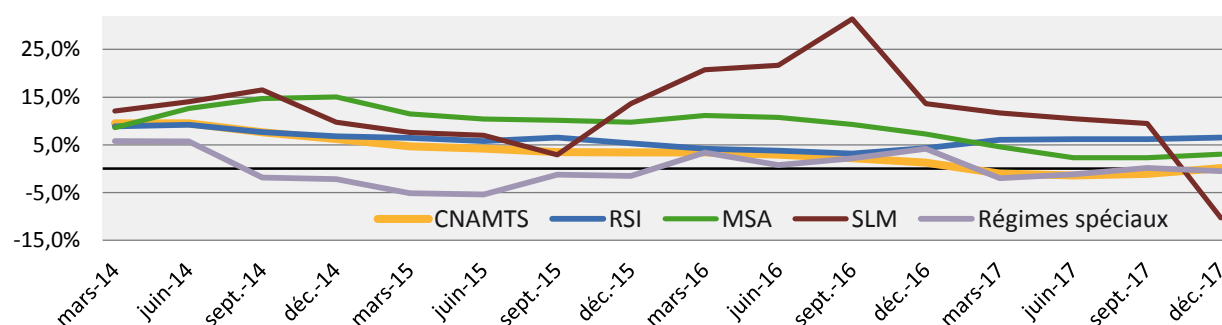
Au régime général, les effectifs à fin 2017 retrouvent le niveau de la fin 2016, à 4,91 millions de bénéficiaires, après avoir été en diminution entre mars et novembre. Le régime des indépendants, avec 3,66 millions de bénéficiaires, et le régime agricole, 1,52 million, maintiennent des croissances soutenues, respectivement de 6,5 % et de 3,1 %. Pour ces deux régimes, les évolutions dans les Dom ne peuvent pas être retenues comme des tendances, compte tenu de problèmes techniques rencontrés par les caisses locales dans le dénombrement des bénéficiaires en 2016.

Tableau 6 – Effectifs de la CMU-C, évolution des effectifs par régime

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 350	561	4 911	453
Régime social des indépendants	349	17	366	47
Régime agricole	143	9	152	22
Autres régimes et SLM	83	11	94	27
Total Décembre 2017	4 926	597	5 523	549
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+0,3%	-1,4%	+0,1%	-11,3%
Régime social des indépendants	+6,2%	+14,6%	+6,5%	-3,7%
Régime agricole	+3,9%	-8,4%	+3,1%	-6,1%
Autres régimes et SLM	-7,9%	-18,3%	-9,3%	-19,6%
Total Décembre 2017	+0,6%	-1,5%	+0,4%	-10,9%

Évolutions par rapport à M-12, estimation à fin 2017, métropole et Dom – Source : tous régimes

Figure 9 – Évolution des effectifs de la CMU-C par régime, de 2014 à 2017



Évolutions par rapport à M-12, estimation à fin 2017, métropole et Dom – Source : tous régimes

1.1.2.4. L'évolution des effectifs de la CMU-C comparée à celle des bénéficiaires du RSA

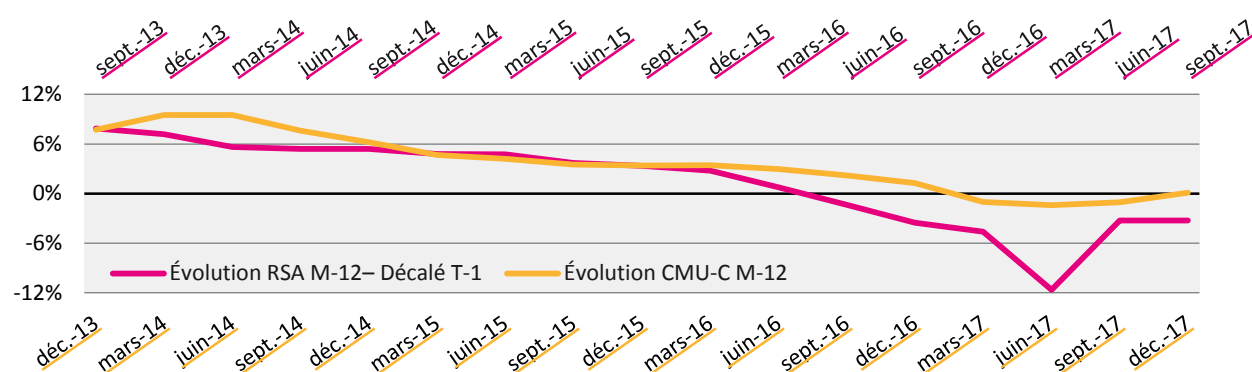
Par croisement de différentes sources, le Fonds CMU-C évalue à 50 % la proportion d'allocataires du RSA parmi les bénéficiaires de la CMU-C². Cette part est suffisamment conséquente pour que l'évolution du RSA ait une influence sur celle de la CMU-C. Ainsi, la baisse des effectifs du RSA contribue à limiter l'évolution des effectifs de la CMU-C.

De mars à décembre 2014, la hausse des effectifs en CMU-C était supérieure à celle des allocataires du RSA trois mois plus tôt. Ce décrochage se situe dans une période de montée en charge de la mesure exceptionnelle de revalorisation du plafond de la CMU-C de juillet 2013. L'évolution de la CMU-C se rapproche ensuite de celle du RSA qui décroît jusqu'à chuter en mars 2017. Cet événement est retenu comme une rupture de série par le Fonds CMU-C. Un équilibre entre les effectifs des deux prestations se reconstruit au dernier trimestre 2017.

² – Rapprochement entre le nombre de foyers bénéficiaires du RSA et le nombre de foyers bénéficiaires de la CMU-C (croisement bases CNAF / CNAMTS) : environ 64 % des foyers bénéficiaires du RSA font valoir leurs droits à la CMU-C en 2012. Il convient d'effectuer un abattement sur cette proportion pour la ramener au nombre total d'allocataires.

– Panoramas de la DREES, Social, Minima sociaux et prestations sociales, DREES, édition 2017

Figure 10 – Comparatif évolutions effectifs RSA / CMU-C, de fin 2013 à fin 2017, France entière



Évolutions par rapport à M-12, estimation à fin 2017, métropole – Source : CMU-C CNAM, CAF

■ Indications techniques

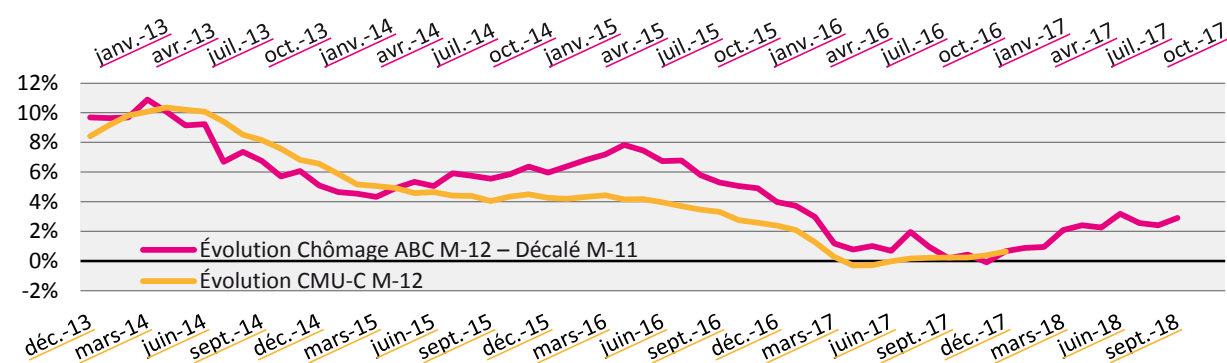
Le rapport entre l'évolution du nombre de bénéficiaires du RSA et celui des bénéficiaires de la CMU-C se mesure avec un décalage qui a été situé à un trimestre. Les données de la CAF (Cafdata) sont mises à disposition seulement par trimestre. Ainsi, lorsque la meilleure corrélation est évaluée avec un décalage à un trimestre, il peut s'agir, dans les faits, d'un décalage qui se situe entre un et trois mois.

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

A. Mesure des évolutions

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 situé à 11 mois³. La hausse du nombre de demandeurs d'emploi entre juillet 2014 et juillet 2015 ne s'est pas traduite 11 mois plus tard par une progression du nombre de bénéficiaires de la CMU-C. Sur les cinq dernières années, une nette corrélation entre les deux indicateurs est toutefois observable. La remontée du nombre de demandeurs d'emploi à partir de janvier 2017 peut expliquer la reprise des effectifs de la CMU-C sur la fin de l'exercice. Cette hypothèse sera à valider lors de la mise à disposition des données définitives pour la CMU-C, mi 2018.

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



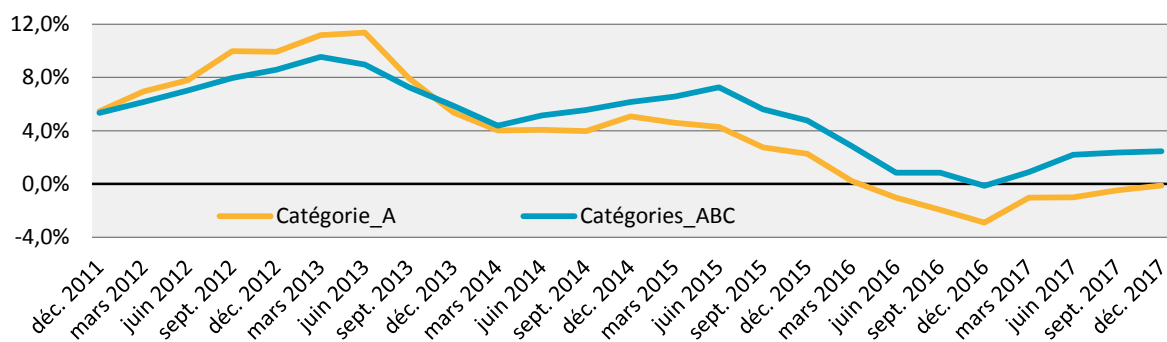
Évolutions par rapport à M-12, estimation à fin 2017 pour la CMU-C, métropole – Source : Pôle emploi, tous régimes d'assurance maladie

³ Ce décalage permet de tenir compte de la baisse progressive des revenus, à partir du moment où une personne perd son emploi, mais ne signifie en aucun cas que toute personne qui a perdu son emploi voit ses revenus passer sous la barre du plafond de la CMU-C au bout de 11 mois, ni, inversement, qu'il faille attendre dans tous les cas un délai de 11 mois avant de pouvoir prétendre au bénéfice de la CMU-C.

B. Rappel sur les données suivies par le Fonds CMU-C concernant les demandeurs d'emploi

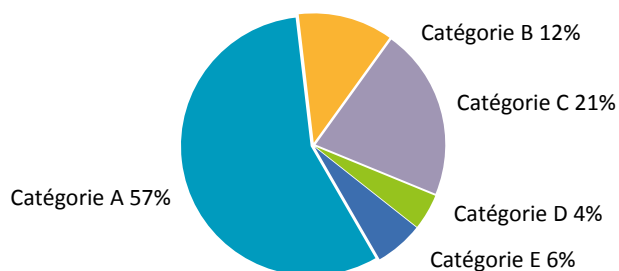
Fin décembre 2017, en métropole, la catégorie A est en décroissance de 0,1 % à M-12 (hors suivi des variations saisonnières). Cependant, pour ses statistiques, le Fonds CMU-C retient l'évolution du total des catégories A, B et C en métropole, lequel est en hausse de 2,4 % à fin décembre 2017.

Figure 12 – Évolutions du nombre de demandeurs d'emploi pour les catégories ABC



Métropole – Source : Pôle emploi

Figure 13 – Répartition des catégories de demandeurs d'emploi



Métropole – Données à fin 2017 – Source : Pôle emploi

Encadré 1 – 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)

1.2. LA POURSUITE DE LA PROGRESSION DES EFFECTIFS DE L'ACS EN 2017

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

En 2017, 1,58 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 2017, elles étaient 1,20 million, soit un taux d'utilisation de l'attestation approchant les 80 %.

1.2.1. La répartition des bénéficiaires en 2017

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 OC.

1.2.1.1. 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 leur poids dans la population française, au détriment des [16-29 ans].

Tableau 7 – Structure par âge : délivrance de l'ACS en 2017 / population française en 2017

Bénéficiaires par tranche d'âges	Total 3 grands régimes	Population française en 2017	Écarts en points
Moins de 16 ans	22,9%	19,4%	-3,5
16-29 ans	13,1%	16,4%	3,3
30-39 ans	10,9%	12,4%	1,4
40-49 ans	11,9%	13,1%	1,2
50-59 ans	12,2%	13,1%	0,9
60-69 ans	14,6%	11,9%	-2,7
70 ans et plus	14,4%	13,7%	-0,7
Total	100,0%	100,0%	

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE

La structure par âge des personnes ayant obtenu une attestation ACS est néanmoins nettement différente entre le régime général et la CCMSA ou le RSI où l'on observe une population plus âgée. En particulier, les 60 ans et plus représentent 46 % des bénéficiaires à la CCMSA et 49 % au RSI, soit quasiment le double de ce qui est constaté au régime général où cette tranche d'âge ne représente que 28 % des effectifs. Ces spécificités reflètent pour partie le profil d'âge et/ou de revenu des affiliés à ces régimes.

La CCMSA compte 41,0 % de personnes âgées de plus de 60 ans.

Par ailleurs, les pensions de retraite des artisans et commerçants sont particulièrement faibles. À titre d'exemple, la pension moyenne d'un artisan en 2016 était de 544 € par mois et celle d'un commerçant de 360 €⁴.

⁴ 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 : RSI)

Tableau 8 – Structure par âge : délivrance de l'ACS en 2017 – Situation comparative des trois grands régimes

Bénéficiaires par tranche d'âges	CNAMTS	CCMSA	RSI	Total 3 grands régimes
Moins de 16 ans	23,3%	16,8%	18,3%	22,9%
16-29 ans	13,4%	10,6%	6,5%	13,1%
30-39 ans	11,2%	7,8%	7,3%	10,9%
40-49 ans	12,1%	8,8%	9,3%	11,9%
50-59 ans	12,4%	10,2%	9,7%	12,2%
60-69 ans	14,5%	15,1%	17,1%	14,6%
70 ans et plus	13,1%	30,7%	31,8%	14,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI

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

Au régime général, en 2017 et sur la France entière, les bénéficiaires de l'ACS représentent 2,2 % de la population, en hausse de 7,9 %.

Ce pourcentage s'établit à 2,1 % en métropole et à 5,6 % dans les Dom avec des effectifs respectivement en hausse de 8,1 % et de 4,8 % par rapport à 2016.

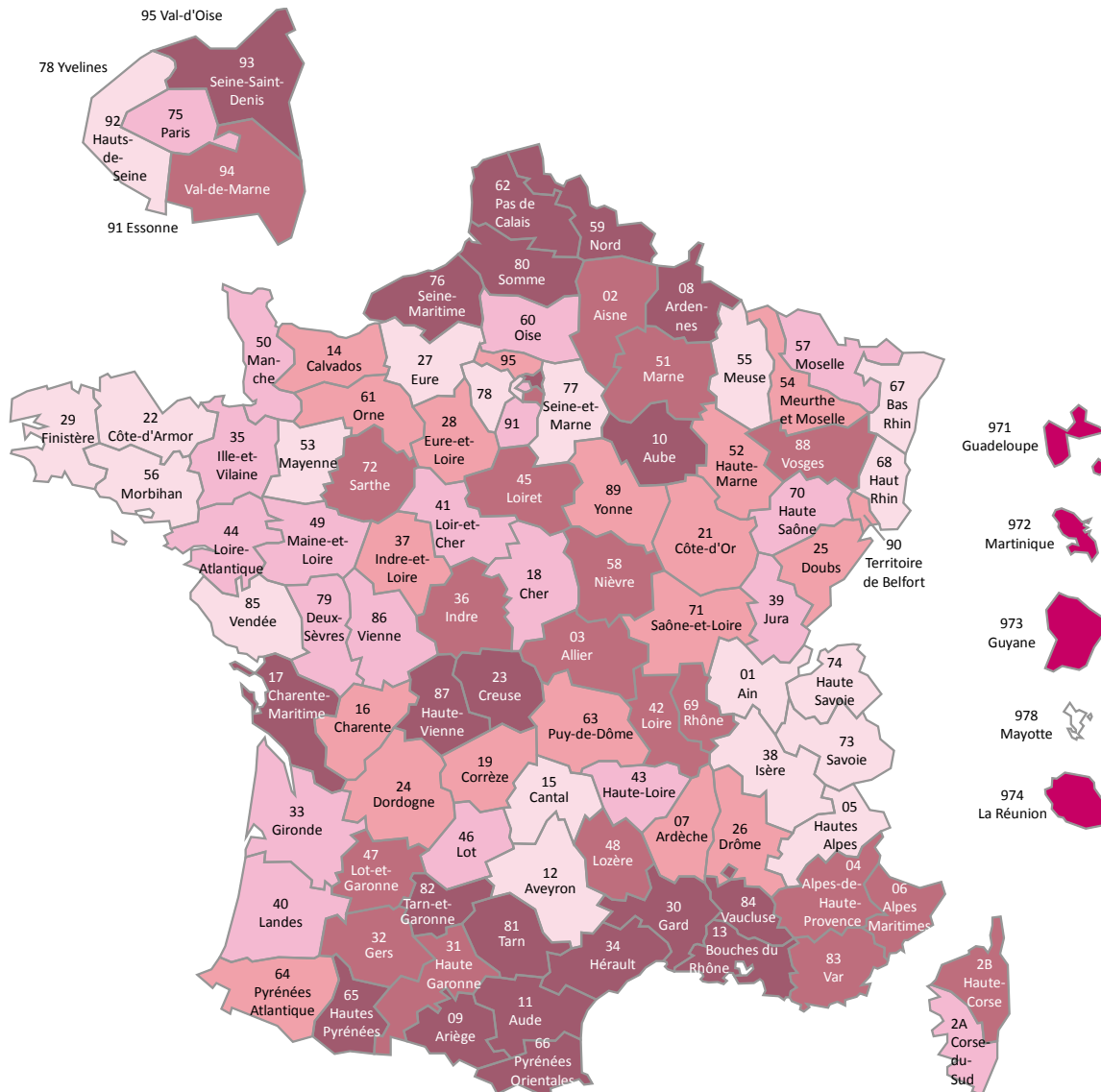
À l'instar des bénéficiaires de la CMU-C, les effectifs de l'ACS sont géographiquement concentrés puisque les 5 premiers départements regroupent 16,9 % des effectifs, et les 10 premiers totalisent 27,4 % des bénéficiaires.

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 7,2 % des effectifs de l'ACS, dont 4,7 % pour la Réunion.

En 2017, seuls 14 départements regroupant 15,1 % des effectifs totaux ont constaté une baisse du nombre de bénéficiaires.

Figure 14 – Densité des bénéficiaires de l'ACS par rapport à la population, par département, en métropole, pour le régime général en 2017, effectifs en milliers



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage population				Nombre	Effectifs	Pourcentage Effectifs
	>=	1,0%	<	1,6%	19	204	14,9%
	>=	1,6%	<	1,9%	19	244	17,9%
	>=	1,9%	<	2,2%	19	194	14,3%
	>=	2,2%	<	2,4%	19	272	20,0%
	>=	2,4%	<=	3,8%	20	449	32,9%
					96	1 364	100,0%
Répartition Dom							
	>=	1,0%	<=	8,1%	4	106	100,0%

Source : CNAMTS, INSEE – Outil Philcarto

1.2.2. Le nombre de bénéficiaires est en hausse de 7,9 % en 2017

Au cours de l'année 2017, 1,58 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. Les effectifs ont évolué de + 7,9 % par rapport à 2016 contre 8,2 % l'année précédente, soit une progression relativement stable du dispositif.

Tableau 9 – Nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS en 2017

	Flux mensuel d'entrées en nombre de bénéficiaires (tous régimes)	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Nombre de bénéficiaires au cours des 12 derniers mois (tous régimes)	Année complète mobile (12 M N / 12 M N-1)
2016 déc	139 231	12,5%	1 463 641	8,2%
2017 janv	138 762	16,1%	1 482 833	9,0%
2017 févr	124 829	-0,6%	1 482 119	7,4%
2017 mars	150 024	11,3%	1 497 386	8,0%
2017 avr	108 141	-6,4%	1 489 990	7,0%
2017 mai	131 494	12,4%	1 504 467	6,4%
2017 juin	135 248	2,7%	1 508 008	5,7%
2017 juil	114 325	11,8%	1 520 106	7,3%
2017 août	114 657	9,2%	1 529 753	7,1%
2017 sept	129 183	6,6%	1 537 747	6,8%
2017 oct	149 746	23,1%	1 565 856	8,9%
2017 nov	147 380	13,2%	1 583 020	9,3%
2017 déc	134 979	-3,1%	1 578 768	7,9%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI

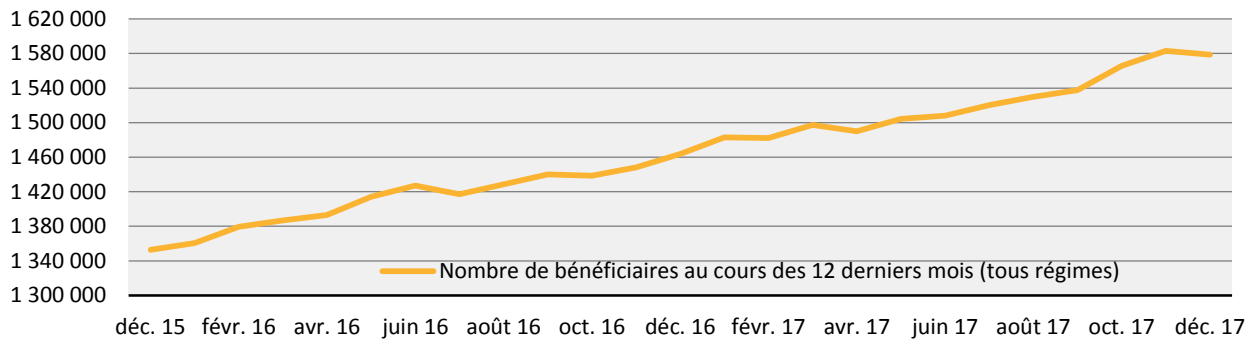
Le régime général couvre 93,1 % des bénéficiaires. Ses effectifs sont en hausse de 7,8 % (+ 7,9 % en 2016). Les effectifs de la CCMSA, qui représentent 4,4 % des bénéficiaires, augmentent de 7,6 % (+ 17,9 % en 2016). Le RSI quant à lui couvre 2,4 % des effectifs. Ils augmentent de 10,3 % (+ 2,3 % en 2016).

Tableau 10 – Nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS en 2017, répartition selon les trois grands régimes

	2017	2016	Evolution 2017/2016	Structure 2017
CNAMTS	1 470 099	1 363 506	7,8%	93,1%
CCMSA	70 197	65 250	7,6%	4,4%
RSI	38 472	34 885	10,3%	2,4%
Total	1 578 768	1 463 641	7,9%	100,0%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI

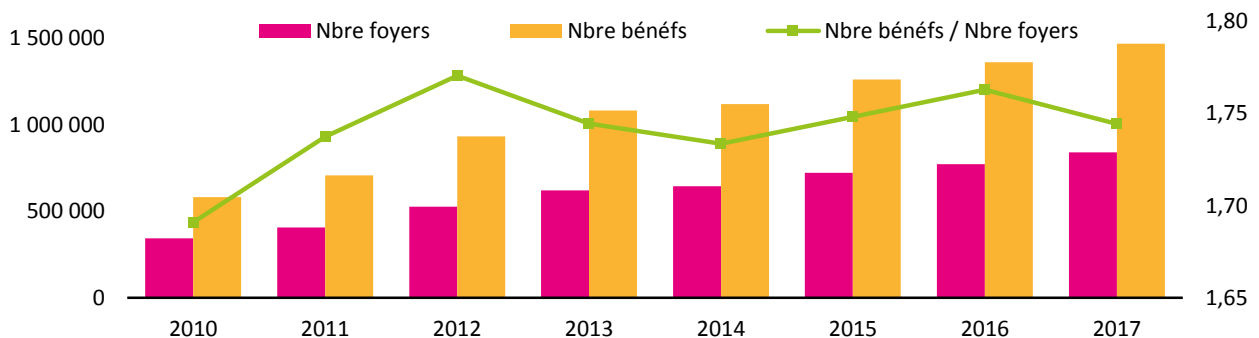
Figure 15 – Évolution du nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS de décembre 2015 à décembre 2017



Champ : tous bénéficiaires d'une attestation ACS – Source : CNAMTS, CCMSA, RSI

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

Figure 16 – Nombre de personnes couvertes en moyenne par foyer ACS



Champ : tous bénéficiaires d'une attestation ACS – Source : CNAMTS

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

Les données étudiées sont fournies par la CNAMTS qui regroupe 93 % 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

En 2017, 74 % des demandes ont été suivies par la délivrance d'attestations et 26 % ont donné lieu à un refus. Le chiffre est respectivement de 77 % et 23 % exprimés en nombre de foyers⁵.

Sur la période 2011-2017, on constate une part plus importante 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

⁵ Jusqu'en 2016, l'information sur les refus étaient uniquement exprimée en nombre de foyers. À partir de 2017, elle est également disponible en nombre de bénéficiaires.

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, la situation s'est stabilisée, les refus n'ont augmenté que de 6 %, un rythme assez proche des accords (+ 9 %). Le nouveau dispositif est entré dans un rythme de croisière.

Tableau 11 – Le volume des demandes d'ACS entre 2011 et 2017 (foyers) au régime général – Distinction entre accords et refus

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Accords	407 563	525 998	621 165	647 397	722 700	773 450	842 780
Refus	159 707	149 482	176 718	159 172	183 851	241 122	254 598
Total demandes	567 270	675 480	797 883	806 569	906 551	1 014 572	1 097 378

Source : CNAMTS

Tableau 12 – Part des accords et des refus dans le total des demandes d'ACS entre 2011 et 2017 (foyers) au régime général

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

Source : CNAMTS

Tableau 13 – Évolution annuelle du volume des demandes, des accords et des refus d'ACS entre 2011 et 2017 (foyers) au régime général

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

Source : CNAMTS

■ Un taux de refus plus faible pour les plus âgés

Par tranches 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'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 14 – Structures comparatives par âge des accords et des refus en 2017 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	23,3%	36,7%	12,4%	27,6%	100,0%
Refus	22,0%	44,5%	13,9%	19,7%	100,0%
Écarts en points	1,4	-7,9	-1,5	8,0	

Source : CNAMTS

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 2017, 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 (cf. Tableau 17).

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 27,6 % en 2017. Or, le taux de renouvellement est plus important chez les plus âgés (cf. *infra*) ;
- un meilleur décompte des renouvellements par les caisses locales.

● Tableau 15 – Part relative des premières demandes et des renouvellements dans les accords ACS de 2012 à 2017 au régime général, en nombre de bénéficiaires

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

Source : CNAMTS

● Tableau 16 – Évolution des effectifs ACS selon la distinction premières demandes / renouvellements de 2012 à 2017 au régime général, en nombre de bénéficiaires

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

Source : CNAMTS

■ 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 17 – Structures comparatives par âge entre primo demandeurs et renouvellements en 2017 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	29,5%	16,0%	-13,5	23,3%
16-29 ans	17,4%	8,7%	-8,8	13,4%
30-39 ans	13,7%	8,2%	-5,6	11,2%
40-49 ans	13,2%	10,9%	-2,3	12,1%
50-59 ans	11,1%	13,8%	2,7	12,4%
60-69 ans	9,5%	20,4%	10,8	14,5%
70 ans et plus	5,5%	22,1%	16,6	13,1%
Total	100,0%	100,0%		100,0%

Source : CNAMTS

Encadré 2 – Les aides supplémentaires à l'ACS attribuées par le régime général

Deux types d'aides sont attribués 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 « effets de seuil » qui sont accordées aux personnes dont le niveau des ressources dépasse le plafond d'attribution de l'ACS.

En 2016, 172 145 aides ont été attribuées : 125 441 aides complémentaires à l'ACS et 46 704 aides effet de seuil. Elles représentent un montant total de 18 857 558 € dont 52 % pour les aides effet de seuil.

36 % 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 (21 %), des demandeurs d'emploi (19 %) et des allocataires de l'AAH (17 %).

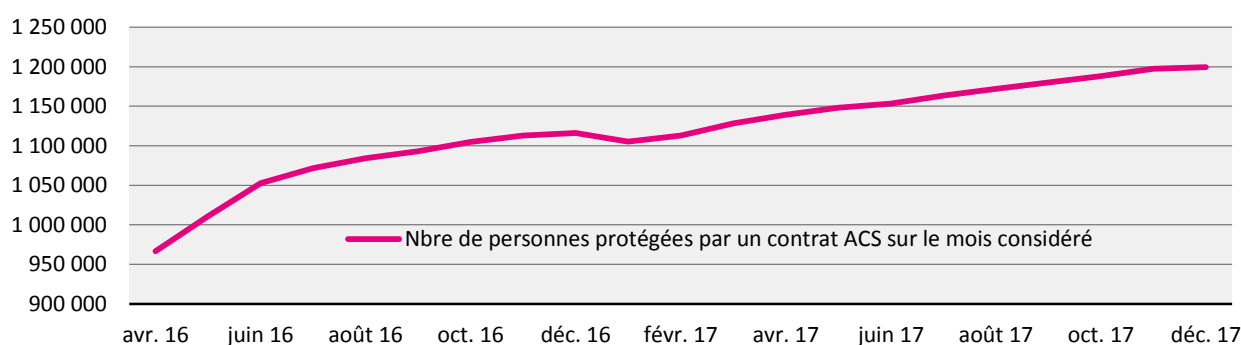
1.2.4. À la fin de l'année 2017, l'ACS protège 1,20 million de personnes

À fin décembre 2017, 1,20 million de personnes sont protégées par un contrat ACS (A, B, C). Le décompte 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 2017, le nombre de personnes protégées par un contrat ACS a progressé de 7,5 % pour atteindre 1,20 million à fin décembre

Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS A, B ou C s'établit à près de 1,2 million à fin décembre 2017 (stock⁶). Il a augmenté de 7,5 % en une année. Avant réforme, sur le début de l'année 2015, la progression se situait en moyenne autour de 7 %.

Figure 17 – Évolution du nombre de personnes couvertes par un contrat ACS d'avril 2016 à décembre 2017



Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS – Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

Après avoir progressé rapidement en 2016, ce chiffre a été pour la première fois en baisse en janvier 2017 (- 11 100 personnes). Il est toutefois reparti à la hausse les mois suivants : + 9 200 personnes en moyenne entre février et novembre 2017.

La progression des effectifs a ralenti sur les mois de décembre 2016 et 2017.

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 fin 2015 et début 2016. Ces entrées correspondent à des contrats qui sont arrivés à échéance en fin d'année 2016 et en début d'année 2017. Un délai peut ensuite être nécessaire pour que les contrats soient renouvelés.

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 18 – Nombre de personnes protégées par un contrat ACS entre juillet 2016 et décembre 2017

	Flux d'entrants au cours du mois	Flux de sortants au cours du mois	Stocks fin de mois	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Évolution mensuelle du stock
31/12/16	85 293	81 721	1 116 347	–	3 572
31/01/17	101 782	112 872	1 105 257	–	-11 090
28/02/17	86 817	79 319	1 112 755	–	7 498
31/03/17	90 119	74 452	1 128 422	–	15 667
30/04/17	82 516	71 745	1 139 193	–	10 771
31/05/17	78 935	69 928	1 148 200	–	9 007
30/06/17	86 539	81 396	1 153 343	–	5 143
31/07/17	76 059	66 122	1 163 280	8,6%	9 937
31/08/17	69 694	60 840	1 172 134	8,1%	8 854
30/09/17	70 582	62 649	1 180 067	7,9%	7 933
31/10/17	78 851	70 908	1 188 010	7,5%	7 943
30/11/17	79 910	70 426	1 197 494	7,6%	9 484
31/12/17	76 129	74 084	1 199 539	7,5%	2 045

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

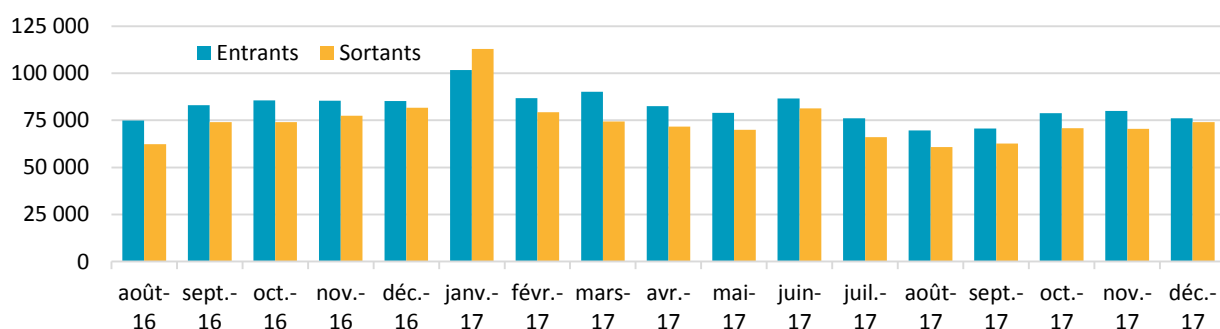
Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

Nota : juillet 2016 correspond à la date à partir de laquelle toutes les personnes protégées par un contrat ACS ont migré sur les nouveaux contrats (A, B, C)

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

Depuis juillet 2016, on observe une relative stabilité du flux des entrants : 82 000 personnes entrent en moyenne chaque mois dans le dispositif (nouveaux entrants et renouvellements) avec un pic sur janvier 2017 (102 000 entrants). Entre le mois d'août 2016⁷ et le mois de janvier 2017, le nombre de sorties a augmenté progressivement pour rejoindre le niveau des entrées et le dépasser ponctuellement en janvier 2017.

Figure 18 – Flux des entrants et des sortants des personnes protégées par un contrat ACS depuis août 2016



Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS – Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

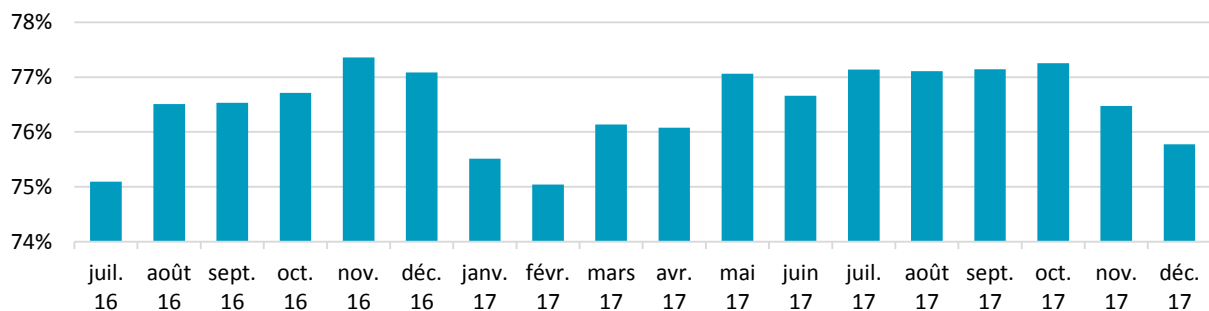
1.2.4.2. Le taux d'utilisation des attestations ACS s'est situé au-dessus de 76 % en 2017

Après un taux d'utilisation relativement faible constaté en début d'année suite au tassement des effectifs protégés en janvier 2017, le taux d'utilisation a été très stable au niveau de 77 % entre mai et octobre. Il a ensuite légèrement

⁷ Mois de mise en œuvre du suivi des sorties

baissé sur les deux derniers mois de l'année : 76,5 % en novembre et 75,8 % en décembre. Cela s'explique notamment par le délai moyen de plus d'un mois entre la délivrance et l'utilisation de l'attestation : le niveau particulièrement élevé de la délivrance sur octobre et novembre⁸ ne se traduisant sur l'augmentation du taux qu'à partir de janvier 2018. L'augmentation du nombre de personnes protégées a de plus ralenti en décembre.

Figure 19 – Le taux d'utilisation des attestations ACS entre juillet 2016 et décembre 2017



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

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS, CNAMTS, CCMSA, RSI

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 n'évolue quasiment pas dans le temps : à fin octobre, le contrat C reste prédominant puisqu'il regroupe 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).

Cette répartition peut cependant varier selon les groupements. Elle peut aller :

- de 70 % à 27 % pour le contrat C ;
- de 43 % à 18 % pour le contrat B ;
- de 30 % à 8 % pour le contrat A.

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 garantie. Les adhérents étaient ensuite libres de choisir un autre contrat. *In fine*, le contrat B est resté majoritaire.

Tableau 19 – La répartition des effectifs protégés par l'ACS selon le type de contrat choisi (à fin décembre 2017)

	Stocks fin de mois : nombre de personnes protégées par un contrat ACS			
	A	B	C	Total
31/12/17	275 088	443 636	480 815	1 199 539
Répartition	22,9%	37,0%	40,1%	100,0%

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

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

⁸ 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). Le niveau de délivrance élevé sur octobre et novembre a donc un effet à la baisse sur les taux d'utilisation de novembre et décembre sachant de surcroît qu'en décembre, la croissance de l'utilisation s'est ralentie.

1.2.4.4. Le nombre de personnes couvertes par un contrat de sortie ACS représente 14 % 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 1er juillet 2015.

Pour les 10 groupements en mesure de transmettre l'information (93 % des personnes protégées), à fin décembre 2017, le nombre de personnes couvertes par un contrat de sortie s'établit à 151 000, soit l'équivalent de 14 % 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 et l'opposabilité ne sont plus applicables.

Le pourcentage varie cependant fortement parmi les 10 groupements : de 0,8 % à 28 %.

Du fait de la spécificité de sa population, le groupement enregistrant un taux de contrat de sortie de 0,8 % n'enregistre quasiment pas de sorties du dispositif ACS. Le suivant enregistre un taux de 2,2 %.

Les taux de souscription différenciés constatés 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 le plus souvent déléguées.

1.2.4.5. 97 % 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 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 réelle de la pratique du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS est évaluée périodiquement par les régimes d'assurance maladie de base.

Entre 2015 et le deuxième trimestre 2017, le taux de pratique pour les bénéficiaires de l'ACS a progressé de 1,2 %⁹.

Selon les données communiquées par la CNAMTS, 97 % des actes réalisés au cours du troisième trimestre 2017 en direction des personnes protégées par un contrat ACS ont été remboursés dans le cadre du tiers payant intégral et 2% au titre uniquement de la part régime de base. Seuls 1 % des actes ont dû faire l'objet d'une avance totale de frais par les assurés.

Ce taux est en progression constante pour toutes les spécialités. À fin 2017, il s'établit à 85 % pour les médecins et à 99 % pour les auxiliaires médicaux. Des travaux seront menés par le fonds et la CNAMTS courant 2018 afin de fiabiliser encore les liens NOEMIE entre OC gestionnaires du dispositif et régimes obligatoires et concourir ainsi à un meilleur fonctionnement de la procédure de tiers payant intégral (TPI).

⁹ Cf. rapport AMO-AMC sur les conditions d'application du tiers payant pour tous les bénéficiaires, septembre 2017

1.3. L'ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA PUMA : BÉNÉFICIAIRES AFFILIÉS 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 CMUC, 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 9,8 % à fin septembre 2017, avec 1,63 million de personnes et un taux de recours à la CMU-C de 78 %. Au nombre de 1,27 million, les bénéficiaires qui ont fait valoir leur droit à la CMU-C représentent 26,1 % des effectifs de la CMU-C, avec une baisse de 2,9 points par rapport à 2016. 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 CNAMTS. Il reste possible d'évaluer qu'en juin 2017, 35 % des 3,7 millions de bénéficiaires du RSA sont bénéficiaires de la PUMA au régime 806 et également 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 34 points : de 56 % en Corse du Sud à 90 % dans la Creuse, ces deux départements ayant l'un et l'autre peu de bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA (<= 1 500 personnes).

Les vingt-cinq premiers départements de métropole en termes d'effectifs pour le régime 806 représentent 63 % des bénéficiaires. Leurs taux de recours à la CMU-C sont plus resserrés autour de la moyenne nationale : 63 % pour Paris à 86 % en Seine-Maritime, soit une amplitude de 23 points.

Dans les Dom, le taux de recours se situe entre 70 % en Martinique et 88,5 % en Guyane.

Tableau 20 – Répartition par département des bénéficiaires de la PUMA au titre du régime 806 avec CMU-C, en milliers

Répartition métropole						
Rapport CMUC / PUMA 806				Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs
>=	56,1%	<	73,9%	19	245	23%
>=	73,9%	<	77,0%	19	197	19%
>=	77,0%	<	79,3%	19	144	14%
>=	79,3%	<	82,2%	19	222	21%
>=	82,2%	<=	90,2%	20	248	24%
				96	1 057	100,0%
Répartition Dom						
Rapport CMUC / CMUB 806				Nb Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs
>=	70,0%	<=	88,5%	4	223	100,0%

En milliers – Métropole et Dom – Source : CNAMTS

2. La dépense

2.1. LE REcul DU COÛT MOYEN DE LA CMU-C

La dépense pour la part CMU-C est estimée à 2,2 milliards d'euros en 2017, tous modes de gestion confondus, soit un coût moyen par bénéficiaire de 403 € pour l'ensemble des régimes, en baisse de 1,7 %, et estimé à 384 € pour les OC.

En 2017, le montant forfaitaire de remboursement est de 415 €. Le Fonds CMU-C prendra en charge la totalité de la dépense engagée par les régimes (sauf pour un régime spécial) et pourrait rembourser 98 % de la dépense engagée par les organismes complémentaires¹⁰.

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 - 0,1 % en 2017, pour 5,47 millions de bénéficiaires, et celle de la dépense est de - 1,4 %, pour un montant évalué à 2 195 millions d'euros.

Le régime général concentre, avec les SLM, 81 % des effectifs et 83 % de la dépense, pour un coût moyen de 410 €, en baisse de 1,6 % par rapport à 2016.

Les organismes complémentaires pèsent pour 11 % des effectifs et 10 % de la dépense, avec un coût moyen prévisionnel de 384 €, identique à celui de 2016.

Le régime des indépendants compte pour 6 % des effectifs et 5 % de la dépense. Son coût moyen de 333 €, en baisse de 1,3 %, reste le plus faible des trois principaux régimes (régime général, régime des indépendants, régime agricole) et il est également inférieur à celui des OC.

Le régime agricole¹¹ représente 2 % des effectifs et de la dépense, avec un coût moyen modéré de 345 € en baisse dans les mêmes proportions que le régime général et celui des indépendants (- 1,2 %).

L'arrêté du 14 décembre 2016 a fixé le forfait CMU-C pour 2017 à 415 euros. Les régimes et les organismes pour lesquels la dépense moyenne est inférieure à ce montant sont remboursés sur la base de leur dépense en trésorerie réellement engagée et ceux pour qui la dépense est supérieure verront leur dépense plafonnée au montant forfaitaire. Pour la première fois, le coût moyen de la CNAMTS est inférieur au forfait. S'agissant des autres régimes, seul le régime social des marins (ENIM) avec un coût moyen de 455 € présente un coût par bénéficiaire supérieur au forfait.

¹⁰ Évaluation effectuée sur la base des déclarations 2016 par les OC auprès de l'URSSAF Île-de-France au titre du tableau récapitulatif (TR)

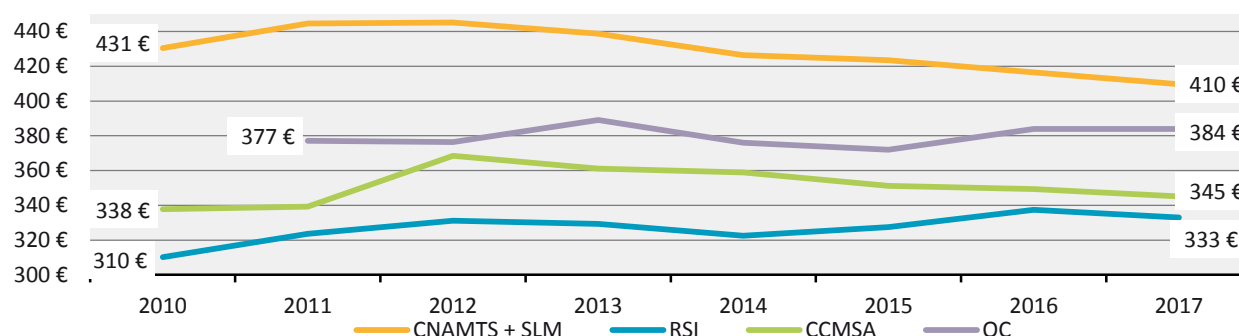
¹¹ Régime des salariés et régime des exploitants agricoles confondus

Tableau 21 – Dépense par organisme en trésorerie, 2017

2017	Dépense en M€	Effectifs Moyens en milliers	Coût moyen	Évolution dépense	Évolution effectifs	Évolution coût moyen
CNAMTS	1 824	4 391	410 €	-0,8%	0,7%	-1,6%
SLM		62		0,0%	10,2%	0,0%
RSI	102	308	333 €	6,5%	7,9%	-1,3%
CCMSA	44	127	345 €	4,4%	5,7%	-1,2%
CANSSM	0,02	0,13	150 €	-44,6%	-4,7%	-41,9%
CAVIMAC	0,78	2,46	317 €	16,7%	9,0%	7,1%
CNMSS	1,01	4,18	241 €	1,9%	-3,4%	5,5%
CRPCEN	0,04	0,12	347 €	-4,3%	12,6%	-15,0%
ENIM	0,82	1,80	455 €	-8,4%	-12,8%	5,1%
RATP	0,06	0,16	381 €	-7,7%	-14,3%	7,7%
SNCF	0,04	0,24	182 €	-7,2%	-2,0%	-5,3%
CMUC_RO	1 973	4 897	403 €	-0,4%	1,3%	-1,7%
CMUC_OC	222	577	384 €	-11,1%	-11,1%	0,0%
Total	2 195	5 474	401 €	-1,6%	-0,1%	-1,4%

* Effectifs en milliers, Données estimées pour les effectifs 2017 de la CNAMTS, du RSI et de la CCMSA et pour la dépense OC 2017, métropole et Dom – Source : tous régimes et OC

Figure 20 – Dépense moyenne CMU-C, CNAMTS et SLM, RSI, CCMSA, OC, de 2010 à 2017



Dépense en trésorerie, données estimées pour les effectifs 2017 de la CNAMTS, du RSI et de la CCMSA et pour la dépense OC 2017, métropole et Dom

Source : CNAMTS + SLM, RSI, CCMSA, OC

■ Indications techniques

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

La dépense pour les OC fait l'objet d'une évaluation, pour 2011 et 2012, à partir des données fournies par les 55 OC participant à l'enquête annuelle coûts moyens, de 2013 à 2016, à partir des bordereaux récapitulatifs annuels, pour 2017, sur la base du coût moyen 2016. Le montant définitif sera évalué en août 2018, après exploitation des bordereaux récapitulatifs de 2017. 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 métropole et Dom entre 2011 et 2012.

2.1.2. La dépense en trésorerie au régime général

Au régime général, la dépense moyenne de la CMU-C pour l'ensemble du territoire est constituée aux trois quarts de soins de ville et pour un quart de soins à l'hôpital (306 € vs 103 €), avec des logiques d'évolution différenciées. Fin 2017, le coût moyen de la dépense hospitalière recule en effet trois fois plus que celui de la dépense de ville (-3,4 % vs -1 %).

La dépense moyenne en métropole est supérieure de 14 euros à celle des départements d'outre-mer (411 € vs 397 €), avec de forts contrastes dans la répartition ville / hôpital. La dépense moyenne de la métropole est inférieure de 6 euros à celle des Dom pour les soins de ville (306 € vs 312 €) alors qu'elle est supérieure de 21 euros pour l'hôpital (106 € vs 85 €).

Tableau 22 – Dépenses des 12 derniers mois à fin 2017

Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2017 – Régime général – Métropole et Dom				
Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 364 M€	-0,2%	306 €	-1,0%
Hôpital	460 M€	-2,6%	103 €	-3,4%
Total	1 824 M€	-0,8%	410 €	-1,6%

* ACM : année complète mobile – ** Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM dont la CMUC est gérée par le régime obligatoire (4,41 M de bénéficiaires)

Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2017 – Régime général – Métropole					Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2017 – Régime général – Dom				
Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire	Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 194 M€	0,4%	306 €	-1,1%	Ville	170 M€	-4,5%	312 €	-0,1%
Hôpital	414 M€	-2,0%	106 €	-3,5%	Hôpital	46 M€	-8,1%	85 €	-3,9%
Total	1 608 M€	-0,2%	411 €	-1,7%	Total	216 M€	-5,3%	397 €	-1,0%

Dépense en trésorerie (date de remboursement), métropole et Dom – Source : CNAMTS et SLM

2.1.2.1. Répartition de la dépense agrégée

Un quart de la dépense pour la part CMU-C concerne les honoraires des médecins généralistes et spécialistes et des professions paramédicales. Les médicaments et les prestations hospitalières pèsent chacun pour un cinquième et un sixième de la dépense est consacré à la prise en charge des dépassements d'honoraires (prothèses dentaires, orthodontie, audioprothèse, optique).

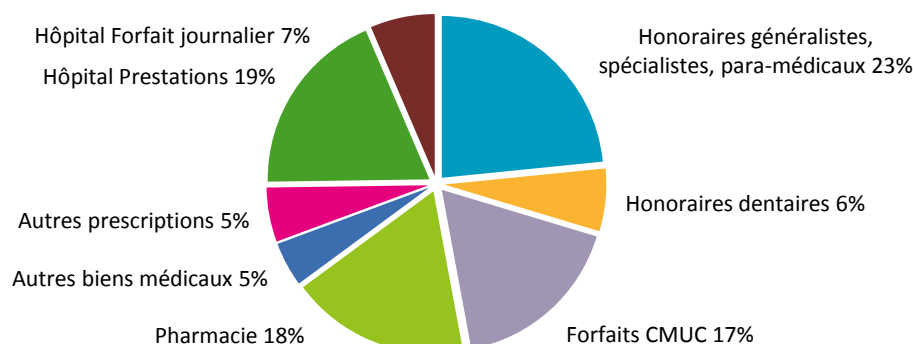
Le total de la prise en charge des soins dentaires¹² est supérieur au poste des médicaments (21,4 % vs 17,8 %).

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

- prothèses dentaires et orthodontie : 86,9 % ;
- optique (montures et verres) : 10,4 % ;
- audioprothèses : 2,7 %.

¹² Ensemble des soins dentaires : 6,2 % honoraires, 12,6 % dépassements prothèses, 2,5 % dépassements orthodontie

Figure 21 – Répartition de la dépense par poste au régime général, 2017



Dépense en trésorerie (date de remboursement), métropole et Dom – Source : CNAMTS + SLM

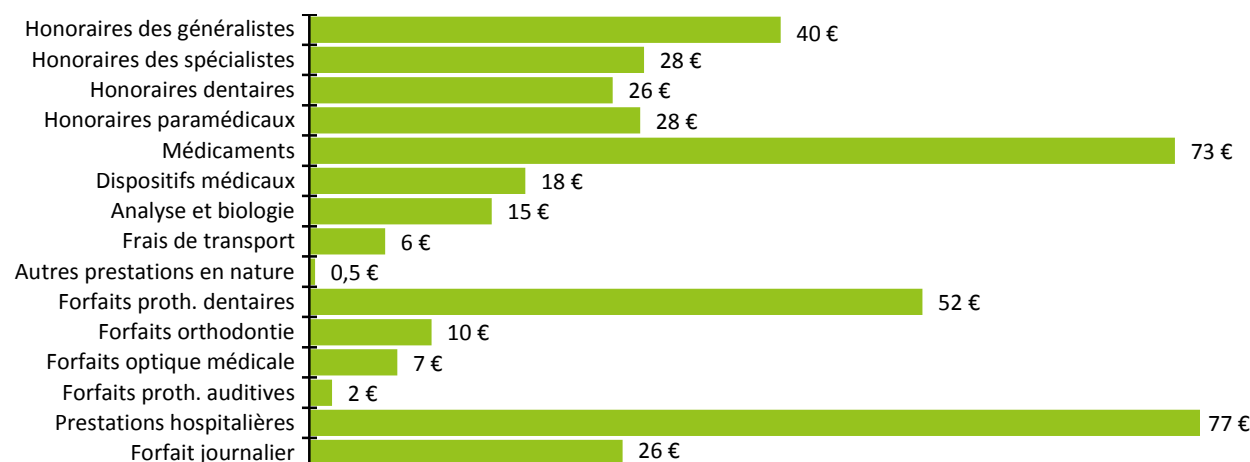
2.1.2.2. Évolution du coût moyen par poste

L'évolution du coût moyen en 2017 n'est pas homogène entre les postes de dépense. Compte tenu du poids des postes, la baisse n'est réellement portée que par le médicament (73 € / - 5,4 %) et les prestations hospitalières (77 € / - 3,5 %) car les évolutions respectives des consultations des médecins généralistes et des spécialistes se neutralisent.

Les évolutions pour les médecins généralistes, à la baisse de 9 %, et les médecins spécialistes, à la hausse de 14 %, posent question. Ces tendances inversées depuis le début de l'année 2017, avec un écart croissant tout au long de l'exercice, sont contemporaines des revalorisations tarifaires et ne concernent que la CMU-C ; le suivi de la dépense au titre du ticket modérateur pour l'ensemble du régime s'illustre par une progression régulière de chacun des deux postes. Le Fonds CMU-C a interpellé la CNAM sur les règles de gestion appliquées lors de la mise en œuvre progressive de la révision des actes des médecins, afin de détecter d'éventuelles atypies.

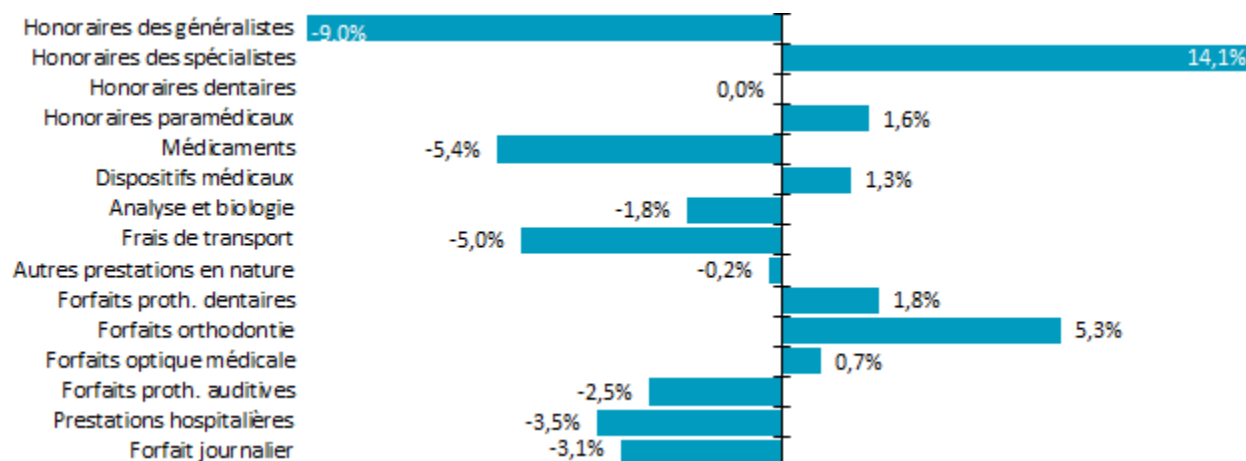
Un autre point d'évolution notable pour 2017 relève des soins dentaires prothétiques. La mise en application du règlement arbitral au 1^{er} octobre 2017, concernant la prise en charge des dépassements pour les bénéficiaires de la CMU-C sur les soins prothétiques, s'est traduite par une reprise de l'augmentation de la dépense sur le poste dès le mois de novembre 2017, après une période de baisse continue sur les douze mois précédents.

Figure 22 – Dépense moyenne par poste au régime général



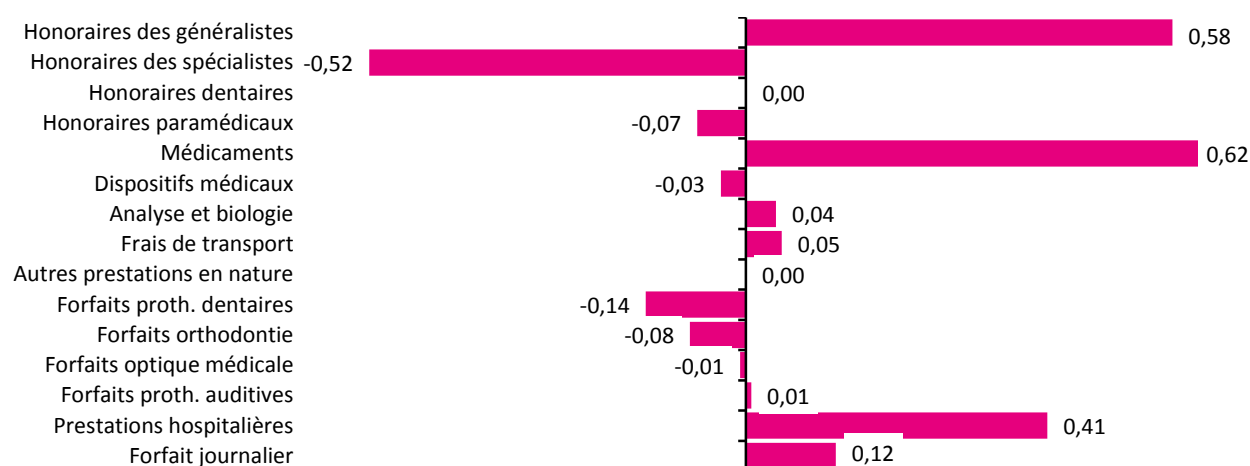
Données estimées pour les effectifs, métropole et Dom – Source : CNAMTS + SLM

Figure 23 – Dispersion des évolutions de la dépense moyenne par poste



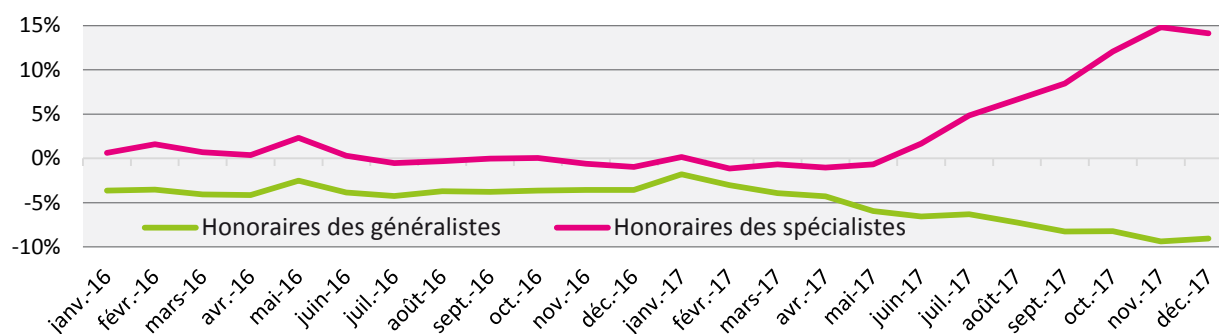
Données estimées pour les effectifs, métropole et Dom – Source : CNAMTS + SLM

Figure 24 – Contribution des postes à l'évolution de la dépense moyenne



Données estimées pour les effectifs, métropole et Dom – Source : CNAMTS + SLM

Figure 25 – Évolutions du coût moyen pour les honoraires des généralistes et des spécialistes



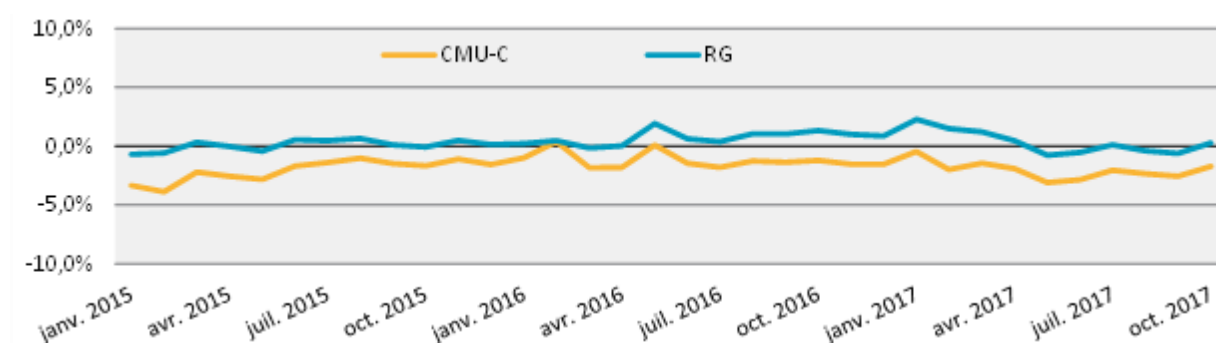
Données estimées pour les effectifs, métropole et Dom – Source : CNAMTS + SLM

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

Le Fonds CMU-C a mis en place un suivi portant sur huit postes de la dépense de ville¹³, sur la base du ticket modérateur en date de remboursement, pour l'ensemble du régime général et pour la part CMU-C (bénéficiaires au régime général).

L'évolution de la dépense moyenne pour la CMU-C continue de suivre les tendances constatées pour la dépense au titre du ticket modérateur pour l'ensemble du régime, tout en restant en deçà. En octobre 2017, l'évolution pour les huit postes concernés est en très légère hausse de 0,3 % pour l'ensemble du régime, et se maintient en baisse de 1,7 % pour la CMU-C.

Figure 26 – Évolutions de la dépense pour la part TM pour l'ensemble des ressortissants de la CNAMTS et du coût moyen soins de ville pour la CMU-C



Métropole, 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 – De janvier 2015 à octobre 2017 – Source : CNAMTS, SNIIRAM, SLM

2.2. L'EFFET POUR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES CMU-C « AU RÉEL »

L'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a modifié les modalités de prise en charge des dépenses des organismes par le Fonds CMU-C. Auparavant forfaitaire (370 € par an et par bénéficiaire de 2009 à 2012), la prise en charge correspond désormais à la dépense réelle dans la limite d'un plafond fixé par décret : 400 € par bénéficiaire pour 2013, puis 405 € pour 2014, 408 € pour 2015 et 412 € pour 2016. Le montant est indexé sur la progression de l'inflation. Pour 2017, le forfait est de 415 €¹⁴.

2.2.1. Situation par rapport au forfait

Sur 233 OC ayant déclaré des éléments concernant la CMU-C dans le tableau récapitulatif annuel 2016, 227 ont renseigné concomitamment des effectifs ainsi qu'un montant de dépenses engagées¹⁵. Ces OC rassemblent une moyenne de 618 000 bénéficiaires, pour une dépense de 238 M€. Le coût moyen pour l'ensemble des 227 OC est de 385 €.

Les trois-quarts des 227 OC ont une dépense moyenne inférieure au forfait de 412 €, ils concentrent 90 % des effectifs et de la dépense pour la part CMU-C gérée par des organismes complémentaires. Le reste à charge pour les 64

¹³ Médicaments, dispositifs médicaux, frais de transport, analyse et biologie, honoraires des généralistes, honoraires des spécialistes, honoraires dentaires, honoraires paramédicaux et sages-femmes.

¹⁴ Le forfait au titre de 2018 a fait l'objet de nouvelles modalités de calcul et a été fixé à 408 € pour cet exercice.

¹⁵ Un OC récemment sorti de la liste des OC portés volontaires pour gérer la CMU-C peut déclarer des bénéficiaires tout au long de l'exercice qui suit son retrait, ainsi que de la dépense, essentiellement présentée au titre des exercices antérieurs : 22 OC déclarent des bénéficiaires et de la dépense au titre de 2016, 1 OC ne déclare que des effectifs, 5 OC ne déclarent que de la dépense.

OC dont la dépense moyenne dépasse le forfait de 412 € est évalué à 3,76 M€. La perte s'échelonne entre 300 €, pour un OC qui ne gère qu'un seul bénéficiaire, et 743 000 €, pour un OC gérant 3 400 bénéficiaires de la CMU-C¹⁶.

Tableau 23 – Distribution des OC selon la position de leur coût moyen par rapport au forfait de 412 €, nombre d'OC et de bénéficiaires, montant de dépense engagée, assiette*, exercice 2016

Forfait	Nb OC	Effectifs en milliers	Dépense	Assiette	Assiette – Dépense	Coût moyen
412]	163	570	214,3 M€	234,6 M€	20,3 M€	376 €
]412	64	48	23,7 M€	19,9 M€	-3,8 M€	490 €
Total	227	618	237,9 M€	254,5 M€	16,6 M€	385 €

* Assiette : montant maximum de la dépense remboursable (assiette = effectifs annuels moyens * forfait annuel) – Métropole et Dom – Source : OC, tableau récapitulatif annuel 2016

Le Fonds CMU-C opère chaque année un rapprochement entre la liste des organismes complémentaires déclarant une dépense et/ou des effectifs de la CMU-C et la liste des organismes qui se sont portés volontaires pour gérer la CMU-C sur le même exercice. En effet, un OC, pour l'année qui suit son retrait de la liste des organismes portés volontaires pour gérer la CMU-C, peut déclarer une dépense au titre de la CMU-C au titre d'un exercice antérieur et/ou des effectifs et de la dépense, pour les bénéficiaires dont les droits à la CMU-C se terminent au fil de l'exercice suivant l'année du retrait. Après rapprochement, 205 OC sur les 227 ayant déclaré une dépense et des effectifs au titre de la CMU-C sont effectivement inscrits sur la liste des organismes gestionnaires en 2016. Pour l'ensemble de ces 205 OC, le coût moyen est de 384 €. C'est ce montant qui est retenu comme référence, dans le suivi de la dépense en trésorerie des OC pour la CMU-C.

■ 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 les déclarations trimestrielles 2016 à partir de télédéclarations mais des ajustements sont encore en cours pour intégrer dans les bases de données les éléments issus des TR. Les informations présentées ci-dessus sont établies par retraitement manuel des déclarations des OC et ne sont pas totalement exhaustives.

2.2.2. 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, alors que les 155 OC qui gèrent moins de 1 000 bénéficiaires ne regroupent que 4 % des effectifs et de la dépense.

Tableau 24 – Distribution des OC par tranche d'effectifs de bénéficiaires de la CMU-C, exercice 2016

Tranche	Nb OC	Effectifs en milliers	Dépense	Coût moyen	Montant remboursé	% OC	% Bénéf.	% Dépense
[1 – 1 000[	155	25,5	10,2 M€	401 €	9,2 M€	68,3%	4,1%	4,3%
[1 000 – 5 000[	52	128,1	49,6 M€	387 €	47,7 M€	22,9%	20,7%	20,9%
[5 000 – 25 000[	15	174,7	67,6 M€	387 €	66,8 M€	6,6%	28,3%	28,4%
[25 000 – 100 000[	4	149,1	57,9 M€	388 €	57,9 M€	1,8%	24,1%	24,3%
[100 000 – 150 000]	1	140,4	52,6 M€	375 €	52,6 M€	0,4%	22,7%	22,1%
Total	227	617,8	237,9 M€	385 €	234,2 M€	100,0%	100,0%	100,0%

Source : OC, tableau récapitulatif annuel 2016

¹⁶ Les OC qui ont une dépense moyenne supérieure au montant du forfait ont de faibles effectifs de bénéficiaires de la CMU-C. L'effet de mutualisation ne peut pas jouer si un noyau de bénéficiaires de la CMU-C présente une forte consommation de soins.

Encadré 3 – Rapport 2017 sur la dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2016

En 2016, 5,5 millions¹⁷ de personnes bénéficient de la CMU-C pour l'ensemble des régimes et du territoire. Ces effectifs ont augmenté de 3,1 % en un an, en ralentissement par rapport à 2015 (+ 4,4 %).

Les bénéficiaires de la CMU-C se composent de deux populations distinctes. Une grande part de personnes très jeunes, pour lesquelles la CMU-C permet d'arriver à l'âge adulte en bonne santé, et une part de personnes pour lesquelles ce dispositif apparaît d'autant plus nécessaire qu'elles sont plus fréquemment atteintes de pathologies lourdes et chroniques. La concentration de cette partie des bénéficiaires au régime général explique une dépense moyenne par bénéficiaire plus élevée pour ce régime.

Ainsi, la dépense moyenne par bénéficiaire pour la part couverte par la CMU-C, évaluée en droits constatés, en 2016 et en métropole, varie entre 417 € pour la CNAMTS¹⁸ et 343 € pour la CNRSI. La CCMSA se situe dans une position intermédiaire avec 350 €. Les organismes complémentaires, qui gèrent les droits de 12 % des bénéficiaires, ont un coût moyen de 383 €.

Des différences se retrouvent également au niveau des territoires. Pour la dépense de ville, le coût moyen au régime général en métropole, de 309 € en 2016, varie entre 218 € dans l'Yonne et 435 € dans les Bouches-du-Rhône et, pour les départements d'outre-mer, entre 269 € en Guyane et 341 € à la Réunion. Pour la dépense hospitalière, le coût moyen au régime général en métropole s'établit à 110 € et il varie entre 72 € dans le Bas-Rhin et 585 € en Lozère. Pour les départements d'outre-mer, la dépense hospitalière se situe entre 72 € pour la Réunion et 117 € pour la Guadeloupe.

Les postes de dépense, quant à eux, se répartissent dans des proportions assez proches, quel que soit l'organisme gestionnaire de la CMU-C. Pour les principaux postes, leur part dans la dépense se situe respectivement autour de 20 % pour le dentaire et pour les médicaments, entre 15 % et 21 % pour les consultations des médecins, et une part plus variable pour la dépense hospitalière (y compris forfaits journaliers d'hébergement), de 19 % au régime des indépendants à 27 % au régime général.

Le coût moyen au régime général baisse en 2016, dans la continuité des trois années précédentes, et son évolution est inférieure à celle des deux principaux points de repère retenus par le Fonds CMU-C : dépenses de consommation en soins et biens médicaux (CSBM) prises en charge par les organismes complémentaires, dépenses de l'ensemble des ressortissants du régime général pour la part du ticket modérateur. La baisse est généralisée à l'ensemble du territoire, puisque quatre-vingt-sept départements y contribuent, mais elle reste inégalement répartie, tant entre les postes de dépense qu'entre les départements. Ces différences locales de coût moyen et d'évolution ont amené le Fonds CMU-C à développer des outils d'observation en lien avec différents partenaires.

¹⁷ Calcul en moyenne annuelle

¹⁸ Le régime général gère 80 % des bénéficiaires de la CMU-C et regroupe les personnes les plus malades. Sur l'état de santé de santé des bénéficiaires de la CMU-C, voir le rapport charges et produits 2016 de la CNAMTS

2.3. UNE CROISSANCE DES DÉPENSES DE L'ACS LIÉE À L'AUGMENTATION DES EFFECTIFS

2.3.1. La dépense totale

Le coût global de l'ACS pour le fonds s'est élevé à 324 M€ en 2017 contre 313 M€ en 2016. Il est en hausse de 3,5 %, en lien avec l'augmentation de 7,5 % du nombre de personnes couvertes.

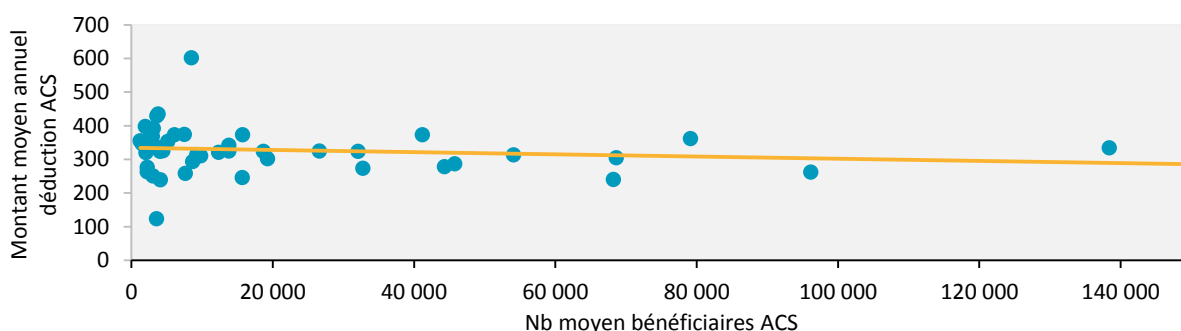
En comparaison, le remboursement des déductions CMU-C opéré par les OC est estimé à 209 M€ en 2017 pour environ 575 000 personnes protégées. La dépense consacrée par le fonds à l'ACS dépasse donc largement celle relative à la CMU-C gérée par les OC. Il s'agit néanmoins de dépenses de natures très différentes puisque l'une consiste à prendre en charge une partie du financement des contrats de complémentaire santé (ACS) tandis que l'autre vise à financer les dépenses de santé complémentaires 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 s'établit à 309 € par bénéficiaire en 2017 contre 313 € en 2016. Cette évolution à la baisse résulte probablement d'une modification de la structure des personnes couvertes avec une diminution de l'âge moyen des personnes protégées par un contrat, hypothèse qui sera examinée dans le cadre des analyses effectuées pour le prochain rapport annuel du Fonds CMU-C sur l'ACS¹⁹.

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

Figure 27 – Déductions moyennes ACS en 2017 par OC (50 redevables déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires)



Source : déclarations de la TSA opérées par les OC auprès de l'URSSAF Île-de-France

Le montant moyen des déductions opérées par les OC pour les bénéficiaires de l'ACS est nettement inférieur au montant moyen des déductions opérées pour les bénéficiaires de la CMU-C par les OC²⁰ ou au coût unitaire moyen facturé par les régimes de base, estimés respectivement à 384 € et 403 € en 2017. Toutefois, contrairement à la CMU-C, ce montant ne reflète pas le montant des dépenses de santé au titre de la couverture complémentaire par bénéficiaire de l'ACS²¹.

¹⁹ dont la publication aura lieu au dernier trimestre 2018.

²⁰ OC inscrits sur la liste des organismes portés volontaires pour gérer la CMU-C

²¹ Le montant moyen des dépenses de santé complémentaires des personnes couvertes par un contrat ACS (consommant des soins ou non), s'élevait en 2016 à 373 euros (selon les données communiquées par les groupements).

3. L'évaluation de l'incidence des réformes

3.1. LE BILAN DE LA RÉFORME 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 octobre 2017.

3.1.1. Un dispositif réformé depuis le 1^{er} juillet 2015 avec des avantages désormais proches de ceux de la CMU-C

Le dispositif ACS, créé en 2005, a été réformé le 1^{er} juillet 2015 en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015. Désormais, seuls les contrats sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité / prix peuvent bénéficier de l'ACS.

Cette réforme s'est appuyée sur les constats récurrents formulés dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS :

- une forte diversité des contrats rendant quasi impossible un choix éclairé par les bénéficiaires ;
- des contrats proposant des niveaux de garantie nettement inférieurs au reste du marché ;
- au-delà du reste à charge sur le prix des contrats, l'existence de restes à charge sur les prestations.

La réforme engagée par le Gouvernement a eu pour but de faciliter l'accès du dispositif au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence, de manière à offrir une plus grande lisibilité des offres, de meilleures garanties à des prix plus bas.

Les contrats doivent proposer au minimum la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) et 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, les audioprothèses 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.

Les organismes complémentaires ont été invités à proposer des offres attractives pour ces trois niveaux de contrat, par un appel à la concurrence lancé le 17 décembre 2014. Onze offres ont été sélectionnées. Principalement proposées par des groupements d'organismes, elles ont été publiées dans les arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015, fixant la liste des contrats de complémentaire santé ouvrant droit à la déduction ACS.

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

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

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

3.1.2. Les effectifs de l'ACS poursuivent leur progression deux ans après la réforme de 2015

À partir de juillet 2016, l'ensemble des personnes protégées par un contrat ACS ont migré sur un contrat A, B, 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).

À fin décembre 2017, le nombre de personnes protégées par un contrat ACS s'établit à 1,2 million de personnes, en hausse de 21 % par rapport à fin mai 2015 (dernier chiffre connu avant la réforme).

3.1.3. Deux tiers des bénéficiaires protégés choisissent les contrats de niveau supérieur ou intermédiaire

La DREES a établi une typologie des contrats de couverture complémentaire santé en cinq classes homogènes en termes de niveau de garantie : A, B, C, D, E (de la meilleure à la moins bonne couverture). Cette typologie est réalisée sur la base des informations collectées dans le cadre de l'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires sur les contrats les plus souscrits en individuel et en collectif.

Les garanties des contrats ACS étant relativement faibles au regard du marché, l'application directe de la typologie de la DREES à ces derniers aboutit à les classer de la manière suivante : les contrats A sont classés en E²² dans la typologie de la DREES, les contrats B en D et les contrats C en C.

Néanmoins, les bénéficiaires de l'ACS se sont tournés majoritairement vers les contrats C (classe C) et B (classe D).

Ils ont donc bénéficié d'une amélioration de leur couverture puisque avant la réforme, ils choisissaient majoritairement des contrats classés en D ou E. Dans le nouveau dispositif comparativement à l'ancien, les contrats sont beaucoup plus représentés en classe C et à l'inverse moins représentés en classe E, dans une moindre mesure en classe D.

Tableau 25 – Les contrats ACS dans la classification DREES – Situation comparative entre avant et après réforme

Classe contrat (classification DREES)	Hors prise en compte de l'opposabilité des tarifs des		Ecart en points : (1) - (2)
	Après réforme	Avant réforme	
	Contrat ACS 2016 (enquête annuelle au 31 12 2016) (1)	Contrat ACS 2014 (enquête annuelle au 30 11 2014) (2)	
A	0,0%	0,4%	-0,4
B	0,0%	3,9%	-3,9
C	40,5%	8,6%	31,9
D	36,8%	44,0%	-7,2
E	22,6%	43,1%	-20,5
Total	100,0%	100,0%	

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS (Enquête annuelle sur l'ACS 2016)

3.1.4. Le prix des contrats ACS a baissé de 11 % depuis la mise en place de la réforme

Au 31 décembre 2016, le prix moyen des contrats souscrits s'établit à 819 € pour 1,61 personne couverte en moyenne, soit 509 € par an et par personne.

²² Les contrats ACS de type A sont les moins couvrants ; les contrats B présentent une couverture intermédiaire et les contrats C sont les plus couvrants.

En moyenne, 63 % du prix du contrat est pris en charge par l'ACS.

Par rapport à la situation avant la réforme, le prix du contrat a baissé de 10,6 %. Le montant moyen de la cotisation restant à la charge des bénéficiaires a diminué de 27,5 %. Dans le même temps, l'effet a été significatif sur le taux d'effort qui a baissé de 30 % pour s'établir à 2,7 % (3,9 % à fin 2014). Ces résultats confirment la baisse importante du prix des contrats alors même que le niveau moyen des garanties s'est amélioré.

Le prix moyen du contrat A est de 693 €, celui du contrat B s'élève à 820 € et celui du contrat C à 877 €. Le prix moyen du contrat augmente avec le niveau de couverture même si le nombre moyen de personnes couvertes par contrat diminue.

Le reste à charge moyen sur le prix du contrat est compris entre 186 € pour le contrat A et 386 € pour le contrat C. L'ACS solvabilise ainsi entre 56 % (contrat C) et 75 % (contrat A) de la cotisation.

Tableau 26 – Les principaux chiffres de l'enquête selon les contrats souscrits

	A	B	C
Nombre personnes par contrat	1,78	1,69	1,47
Prix moyen par contrat	693 €	820 €	877 €
Prix moyen par personne	389 €	485 €	596 €
Montant déduction moyenne par contrat	508 €	514 €	490 €
RAC moyen par contrat	186 €	306 €	386 €
RAC moyen par personne	104 €	181 €	263 €
Taux RAC moyen par contrat	24,9%	36,5%	43,7%
Taux d'effort par foyer	1,5%	2,5%	3,4%

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS (Enquête annuelle sur l'ACS 2016)

Ce sont cependant toujours les plus âgés qui sont confrontés aux restes à charge les plus élevés sur le prix du contrat. En effet, la prime augmente significativement 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.

3.2. L'AVANTAGE PROCURÉ PAR L'OPPOSABILITÉ DES TARIFS POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS

Depuis février 2013, le principe d'opposabilité des tarifs est applicable aux bénéficiaires de l'ACS qui ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires pour toutes les consultations de médecins en ville ou à l'hôpital.

De fait, les contrats ACS ne prévoient 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. Cela conduit en effet à sous-estimer la prise en charge réelle des frais de santé des bénéficiaires de l'ACS.

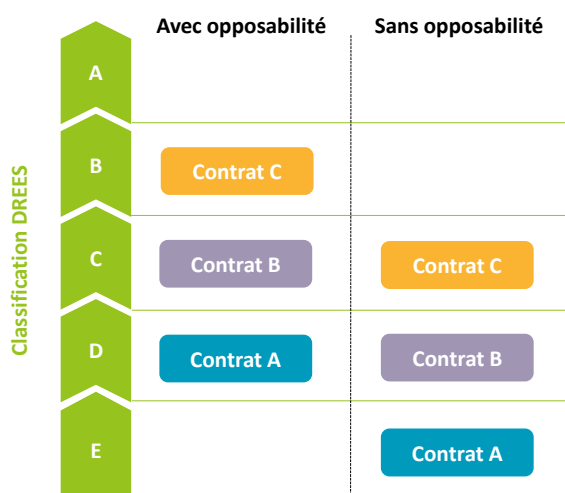
Pour prendre en compte l'opposabilité des tarifs, une méthode de classement complémentaire a été spécialement mobilisée par la DREES. Elle repose sur un score, calculé pour chaque contrat, qui reflète le niveau de prise en charge du reste à charge après intervention du régime obligatoire, sur chacune des garanties classantes retenues par la typologie de la DREES²³.

²³ Les six prestations retenues par la dernière typologie DREES sont celles pour lesquelles les prises en charge des contrats se distinguent le plus : dépassement d'honoraires pour une consultation chez un spécialiste, dépassement d'honoraires pour un acte chirurgical, prothèse dentaire, audioprothèse, optique complexe et chambre particulière en médecine (MCO).

La classification des contrats ACS intègre l'ensemble de ces garanties à l'exception du remboursement de la chambre particulière en hospitalisation. En effet, au moment de la réforme, les garanties des nouveaux contrats ACS ont été établies sans tenir compte de ce poste, l'objectif étant d'aboutir à des contrats au meilleur prix, couvrant l'essentiel des dépenses de soins des bénéficiaires.

Avec l'application du score, les contrats ACS de type A sont classés en D dans la classification de la DREES, ceux de type B en C, et enfin les contrats ACS de type C se retrouvent dans la classe B. Ainsi, en tenant compte de l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs, le niveau de garantie des contrats ACS grimpe mécaniquement d'un niveau dans la classification de la DREES. L'opposabilité des tarifs des médecins influence donc significativement le niveau de garantie des contrats ACS

Figure 28 – Classement des contrats ACS selon la prise en compte ou non de la mesure d'opposabilité des tarifs



Source : DREES, traitement Fonds CMU-C – Nota : La DREES ne tient pas compte de la chambre particulière dans le score

La comparaison de la répartition par niveau de garantie des personnes couvertes par l'ACS (y compris le bénéfice de l'opposabilité des tarifs) avec celle des personnes couvertes par un contrat sur le marché individuel en 2014²⁴, met en évidence une forte sur-représentation des contrats ACS en classe B et à l'inverse une sous-représentation en classe E, D et C.

En cas d'application effective de la mesure d'opposabilité, les bénéficiaires disposeraient alors en moyenne de niveaux de couverture nettement supérieurs à ceux constatés sur le marché individuel. Dans le cas contraire, la situation se situerait légèrement en deçà de celle observée sur le marché individuel.

²⁴ Dernière situation connue dans le cadre de l'enquête de la DREES sur la situation des contrats les plus souscrits. Cette enquête est désormais réalisée tous les 2 ans, et non plus tous les ans

Tableau 27 – Les contrats ACS dans la classification DREES – Situation comparative selon la prise en compte de l'opposabilité des tarifs des médecins

Classe contrat (classification DREES)	Contrat ACS 2016 / <u>Avec</u> opposabilité (1)	Contrat ACS 2016 / <u>Sans</u> opposabilité (2)	Contrat individuels DREES 2014 (3)	Ecart : (1) - (3)	Ecart : (2) - (3)
A	0,0%	0,0%	2,6%	-2,6	-2,6
B	40,5%	0,0%	6,8%	33,7	-6,8
C	36,8%	40,5%	48,3%	-11,5	-7,8
D	22,6%	36,8%	25,4%	-2,8	11,4
E	0,0%	22,6%	16,9%	-16,9	5,7
Total	100,0%	100,0%	100,0%		

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS (Enquête annuelle sur l'ACS 2016)

4. Les modalités de suivi des données de la CMU-C et de l'ACS

En qualité de fonds de financement, le Fonds CMU-C est habilité à centraliser des données relatives à la CMU-C, à l'ACS ou à la TSA. La mission de traitement des données revêt une importance majeure dans le dispositif de maîtrise des risques du fonds. En effet, outre le reporting sur l'évolution des dispositifs, les données alimentent différents processus : élaboration du budget du fonds, prévisions de dépenses et recettes, simulation d'impact de réformes, maîtrise des risques (contrôle interne), etc.

La mission de suivi des données statistiques fournies par les organismes gestionnaires de la CMU-C et de l'ACS est encadrée par les textes. Dans ce seul cadre, en 2017, les données fournies au Fonds CMU-C par les régimes, les OC et l'URSSAF Île-de-France ont représenté 272 370 lignes engrangées en base de données, soit 3 268 130 données²⁵.

De natures multiples, les données centralisées par le fonds permettent également de produire du savoir au service des pouvoirs publics et des partenaires du fonds - organes de gouvernance du fonds, tutelles, législateur, organes de contrôle, régimes d'assurance maladie, OCAM, associations représentant des assurés, DREES, IRDES, etc. - et concourent à la réflexion prospective sur les dispositifs d'aide à la complémentaire santé. Elles font à ce titre l'objet d'une réflexion continue et partagée avec les différents partenaires de l'établissement.

4.1. LE SUIVI DES DONNÉES DU POINT DE VUE DE LA RÉGLEMENTATION

Le code de la sécurité sociale régit les relations entre le Fonds CMU-C et les organismes gestionnaires de la CMU-C et de l'ACS (régimes et organismes complémentaires). Il précise les éléments d'information à fournir au fonds, ainsi que leur traitement, en vue de leur communication annuelle au Gouvernement. S'agissant des données en provenance des régimes d'assurance maladie de base et de la branche du recouvrement, la mise en œuvre de ces obligations juridiques a été précisée par voie de conventions passées par le fonds avec ces différents partenaires.

■ Code de la sécurité sociale pour la CMU-C

– Article L. 862-2 du CSS

Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L.861-3 (dépenses de CMU-C).

– Article 862-7 du CSS

Le Fonds est habilité à procéder à toute vérification relative au calcul des demandes de remboursement au titre de la CMU-C par les organismes gestionnaires (régimes et OC).

■ Code de la sécurité sociale pour l'ACS

– Article R. 862-12 du CSS

Les [OC] sont tenus de communiquer au fonds [...], sur sa demande, tous renseignements nécessaires à l'élaboration du rapport pris pour l'application de l'article L. 863-5 et tous renseignements statistiques relatifs aux bénéficiaires du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2.

– Article L. 863-5 du CSS

Le fonds [...] rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt (contrats ACS).

²⁵ Total des données par table = nombre de lignes par table * nombre de champs par table

Total des données saisies = somme des totaux des données par table

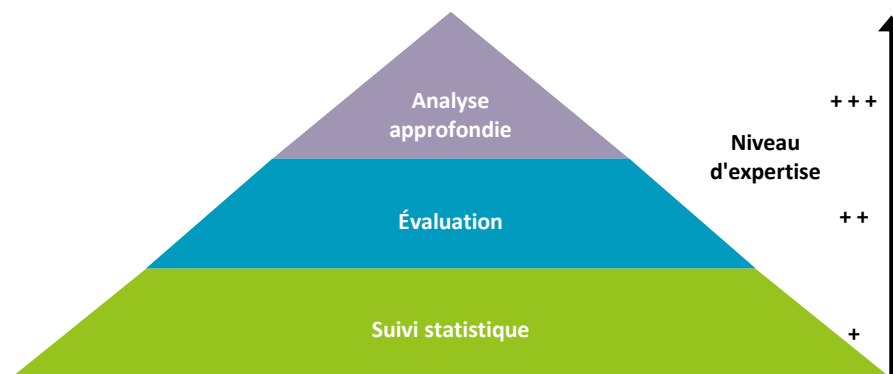
4.2. DE LA DONNÉE À L'ANALYSE PROSPECTIVE

Pour le suivi des dispositifs, le Fonds CMU-C dépend entièrement des données fournies par les différents opérateurs. Il en est toutefois souvent le seul destinataire et, de ce fait, le dépositaire référent. Il rapproche et analyse ces données et les enrichit par des informations contextuelles : données sur le chômage, le RSA, la pauvreté, etc.

À partir d'un socle commun de données, le Fonds CMU-C mobilise ainsi trois niveaux d'expertise :

- le suivi statistique qui repose sur le recueil, le traitement et la fiabilisation des données fournies à titre réglementaire ;
- l'évaluation qui porte sur l'explicitation des données, la lecture de tendances et leur mise en perspective dans le contexte économique et social ;
- l'analyse approfondie des évolutions qui passe par plusieurs étapes séquentielles. Ces étapes peuvent mobiliser des informations connexes, nécessiter l'application de méthodes évoluées d'analyse statistiques et convoquer d'autres domaines d'expertises (équipes pluridisciplinaires de recherche, actuaires, etc.).

Figure 29 – Niveau de suivi des données et niveau d'expertise



Suivant la logique développée ci-dessus chaque activité s'appuie sur des niveaux différents de granularité des données, partant des données qui font l'objet de transmission par flux périodiques et dont la fourniture est réglementée par le Code de la sécurité sociale, pour aller jusqu'aux données approfondies transmises par les différents opérateurs à la demande du fonds.

Figure 30 – Classification des données

Données d'évaluation et de prospective	Données détaillées	Données approfondies
	Données agrégées	Données contextuelles
		Données de suivi
Données réglementées		Données de flux

 Tableau 28 – Détail des données de flux traitées par le Fonds CMU-C en 2017

Table	Lignes	Champs	Produit
Tbl_Depense_CNAMTS	816	10	8 160
Tbl_Depense_CNAMTS_Regime	1 053	6	6 318
Tbl_Depense_MSA	748	10	7 480
Tbl_Depense_Par_Caisse_CNAMTS	5 088	10	50 880
Tbl_Depense_Poste_Caisse_CNAMTS	219 420	12	2 633 040
Tbl_Depense_Regimes_Speciaux	15	10	150
Tbl_Depense_RSI	816	10	8 160
Tbl_Effectifs_Par_Dpt_CNAMTS_Apres_2005	7 800	9	70 200
Tbl_Effectifs_Par_Dpt_MSA_DOM_Apres_2005	384	9	3 456
Tbl_Effectifs_Par_Dpt_MSA_Metropole_Apres_2005	4 656	9	41 904
Tbl_Effectifs_Par_Dpt_RSI_Apres_2005	4 848	9	43 632
Tbl_Effectifs_Petits_Regimes_Apres_2005	744	8	5 952
Tbl_Effectifs_SLM	96	7	672
Tbl_Effectifs_SLM_Complets	8 984	11	98 824
Sous-total CMU-C	255 468	130	2 978 828
Dépense OC	12 989	9	116 901
Saisie ACS	1 272	7	8 904
Déclarations URSSAF	2 637	62	163 494
Sous-total OC ACS URSSAF	16 898	78	289 299
Total	272 366	208	3 268 127

■ Données de flux – Nature – Taxes – Dépense et effectifs des bénéficiaires de prestations – Organismes gestionnaires de la CMU-C – Origines – URSSAF, régimes, OC – Agences comptables – Services statistiques et/ou contrôle de gestion – Utilisation – Contrôle et paiement : – des recettes par les organismes collecteurs – de la dépense engagée par les organismes gestionnaires de la CMU-C et de l'ACS – Suivi statistique au niveau national et inter-organismes – Liste des OC gestionnaires de la CMU-C	■ Données de suivi – Nature – Population cible – État de santé, recours et renoncement aux soins – Bénéficiaires par genre et tranche d'âge – Suivi du parcours de soins, médecin traitant – Refus de soins – Dépense par consommant – Origines – Régimes et organismes complémentaires – Partenaires institutionnels : CETAF, DREES, etc. – Utilisation – Aller au-delà des données « légales » pour mieux définir des bénéficiaires CMU-C et ACS et suivre leurs évolutions (rapports du Fonds, indicateurs PQE, demandes ponctuelles [DSS, IGAS, Plan pauvreté, etc.])
■ Données contextuelles – Nature – Population (nationale, par département, genre et tranches d'âge, etc.) – Demandeurs d'emploi – Bénéficiaires de minima sociaux – Taux de pauvreté par département – Population et dépense au niveau des régimes – Origines – Pôle emploi, CAF, INSEE, etc. – Régimes de sécurité sociale – Utilisation – Situer la CMU-C et l'ACS dans les contextes nationaux et européens, ou par rapport à la population totale des régimes (rapports, notes de prévisions, demandes ponctuelles, etc.)	■ Données approfondies – Nature – Dépenses détaillées par soins – Dépenses détaillées par bénéficiaire – Ressources des bénéficiaires – Origines – Bases de données des régimes : SNIIRAM et SNDS/EGB – Requêtes d'organismes partenaires : Caisses locales, OC – Études ou publications d'autres organismes – Utilisation – Préparation et suivi des mesures d'évolutions (panier de soins, relèvement des plafonds, contrats ACS, etc.) – Études longitudinales sur les populations ou la consommation, par le Fonds CMU-C ou par des partenaires

III. La mission d'analyse des dispositifs

1. Les modalités d'analyse

1.1. LES DIFFÉRENTS RAPPORTS DU FONDS CMU-C

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

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 sept 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.

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. En 2017, ce rapport a été enrichi d'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.

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 D'ÉTUDES ET DE TRAVAUX DE RECHERCHE

Dans le cadre de ses missions d'analyse des dispositifs d'aide à la complémentaire santé, le Fonds CMU-C commande chaque année des travaux d'étude et/ou de recherche destinés à faire progresser la connaissance des dispositifs, de leur fonctionnement, des raisons du non recours, de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, etc.

Ces travaux éclairent la mise en œuvre des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS dans leurs aspects financiers, sanitaire et social ; ils permettent d'alimenter une réflexion prospective. Le Fonds CMU-C s'appuie ainsi pour partie sur les conclusions de ces études pour formuler des préconisations en vue d'améliorer les dispositifs. L'ensemble de ces travaux est présenté au conseil de surveillance du Fonds CMU-C et mis à disposition du grand public sur le site du Fonds CMU-C.

En termes de méthodologie, les travaux de fond pilotés 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 (non-recours), de testings (dans le domaine du refus de soins), de travaux de recherche sociologiques, de recherche-action (EN3S), etc.

En 2017, le Fonds CMU-C a présenté les résultats de deux études : une enquête qualitative sur la caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non recours à l'ACS (CREDOC), un rapport de recherche co-financée avec le Défenseur des droits sur le refus de soins (C. DESPRES, Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes). Il a par ailleurs diligenté de nouveaux travaux relatifs à l'analyse de l'évolution de la dépense moyenne de CMU-C par bénéficiaire (IRDES) et participé au lancement d'une 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.

2. Suivre et analyser le non-recours au droit

2.1. UN TAUX DE RECOURS ESTIMÉ À 70 % POUR LA CMU-C ET À PRÈS DE 45 % POUR L'ACS

La DREES évalue la population éligible à la CMU-C et à l'ACS en métropole. À l'automne 2017, elle a mis à jour l'évaluation des populations éligibles de 2014 à 2016.

■ Population éligible à la CMU-C

En 2016, la population éligible à la CMU-C est comprise entre 6,4 et 7,7 millions de personnes, en hausse par rapport à 2015 (fourchette de 6,3 à 7,6 millions). Avec une moyenne de 4,9 millions de bénéficiaires, le taux de recours au dispositif se situe entre 64 % et 76 %, soit un taux en très légère progression par rapport aux années antérieures.

■ Population éligible à l'ACS

Le nombre de personnes éligibles à l'ACS se situe entre 3,0 et 4,4 millions de personnes en 2016 ; il se situait entre 3,4 et 4,9 millions en 2015. C'est la première année que la DREES observe une baisse après plusieurs années successives de hausse.

Avec une moyenne de 1,3 million de bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS en 2016 en métropole, le taux de recours au dispositif se situe entre 30 % et 43 %.

Parmi ces personnes éligibles, on estime qu'une proportion de 16 % dispose d'un contrat collectif obligatoire d'entreprise. En retranchant la part des personnes couvertes par un contrat collectif, le taux de recours se situe alors entre 36 % et 51 % en 2016, soit une progression de 10 points par rapport au taux de recours estimé au titre de 2014.

Tableau 29 – Populations éligibles et taux de recours à la CMU-C et à l'ACS entre 2014 et 2016

	CMU-C			ACS		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Personnes éligibles, borne inférieure en millions	6,0	6,3	6,4	3,2	3,4	3,0
Personnes éligibles, borne supérieure en millions	7,2	7,6	7,7	4,6	4,9	4,4
Effectif moyen annuel, en millions	4,5	4,7	4,9	1,1	1,3	1,3
Taux de recours inférieur	62%	62%	64%	28%*	31%*	36%*
Taux de recours supérieur	75%	74%	76%	41%*	44%*	51%*

*Note : Pour l'ACS, le nombre de personnes éligibles a été réduit de la part des bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires estimée à 16 %.

Source : DREES, Champ : métropole

La progression sensible du recours à l'ACS en 2016 fait notamment suite à la campagne de communication lancée en avril 2016 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 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 CMUC/ACS du portail Ameli et un nombre de téléchargements du formulaire de demande en augmentation de 65 % par rapport à la même période en 2015.

Face à la persistance d'un non-recours néanmoins très important et qui concernait encore 2 à 3 millions de personnes en 2016, le Fonds CMU-C a rendu public en juin 2017 les résultats du projet de recherche confié au CRÉDOC visant à caractériser la population éligible à l'ACS et à comprendre l'incidence du parcours de vie sur les conditions d'accès au dispositif (cf. *infra*).

2.2. UN TAUX D'UTILISATION DES ATTESTATIONS ACS QUI VARIE AVEC L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES ET SELON LES DÉPARTEMENTS

En 2017 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 :

- profiter d'une réduction sur le prix de son contrat de complémentaire santé ;
- avoir droit à la dispense totale d'avance des frais lors des consultations médicales (tiers payant intégral).

2.2.1. Le taux d'utilisation des attestations ACS augmente avec l'âge

Le taux d'utilisation des attestations ACS pour souscrire un contrat est croissant avec l'âge. Il est stable pour les moins de 40 ans, à hauteur de 69 %, puis il augmente progressivement pour atteindre 91 % chez les 70 ans et plus.

Tableau 30 – Le taux d'utilisation des attestations ACS selon les classes d'âges

	Taux d'utilisation des attestations en 2016
0 - 15 ans	69,2%
16 - 29 ans	68,5%
30 - 39 ans	67,7%
40 - 49 ans	72,7%
50 - 59 ans	81,5%
60 - 69 ans	89,2%
70 ans et plus	91,4%
Total	76,9%

Nota : Le ratio est calculé de la manière suivante : Nombre de personnes couvertes par un contrat ACS à fin décembre 2016 / nombre de personnes ayant reçu une attestation au cours de l'année 2016 sur l'ensemble des trois principaux régimes

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS (Enquête annuelle sur l'ACS 2016), CNAMTS, CCMSA, CNRSI

D'après les données de la CNAMTS, au 31 décembre 2016, 66 % des personnes de plus de 60 ans protégées par un contrat ACS étaient en situation de renouvellement de leur droit à l'ACS. Ce taux s'établissait à 37 % pour les moins de 60 ans. En affinant l'analyse, on observe que le taux de renouvellement augmente régulièrement avec l'âge.

Plus les personnes sont âgées, plus elles semblent 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, a probablement conforté cette situation.

2.2.2. Le taux d'utilisation des attestations ACS varie fortement selon les départements

Au régime général, en 2016 et pour la France entière, les bénéficiaires d'un chèque ACS représentent 2,0 % de la population.

Ce pourcentage s'établit à 1,9 % en métropole et à 5,3 % dans les Dom.

Les Dom sont ainsi caractérisés par une plus forte densité des bénéficiaires d'attestations ACS que les départements de la métropole. Par ailleurs, ils regroupent à eux seuls 7,4 % des effectifs de l'ACS, dont 4,8 % pour la Réunion.

Les bénéficiaires de l'attestation sont géographiquement concentrés puisque les cinq et dix premiers départements de métropole regroupent respectivement 20,5 % et 32,8 % des effectifs.

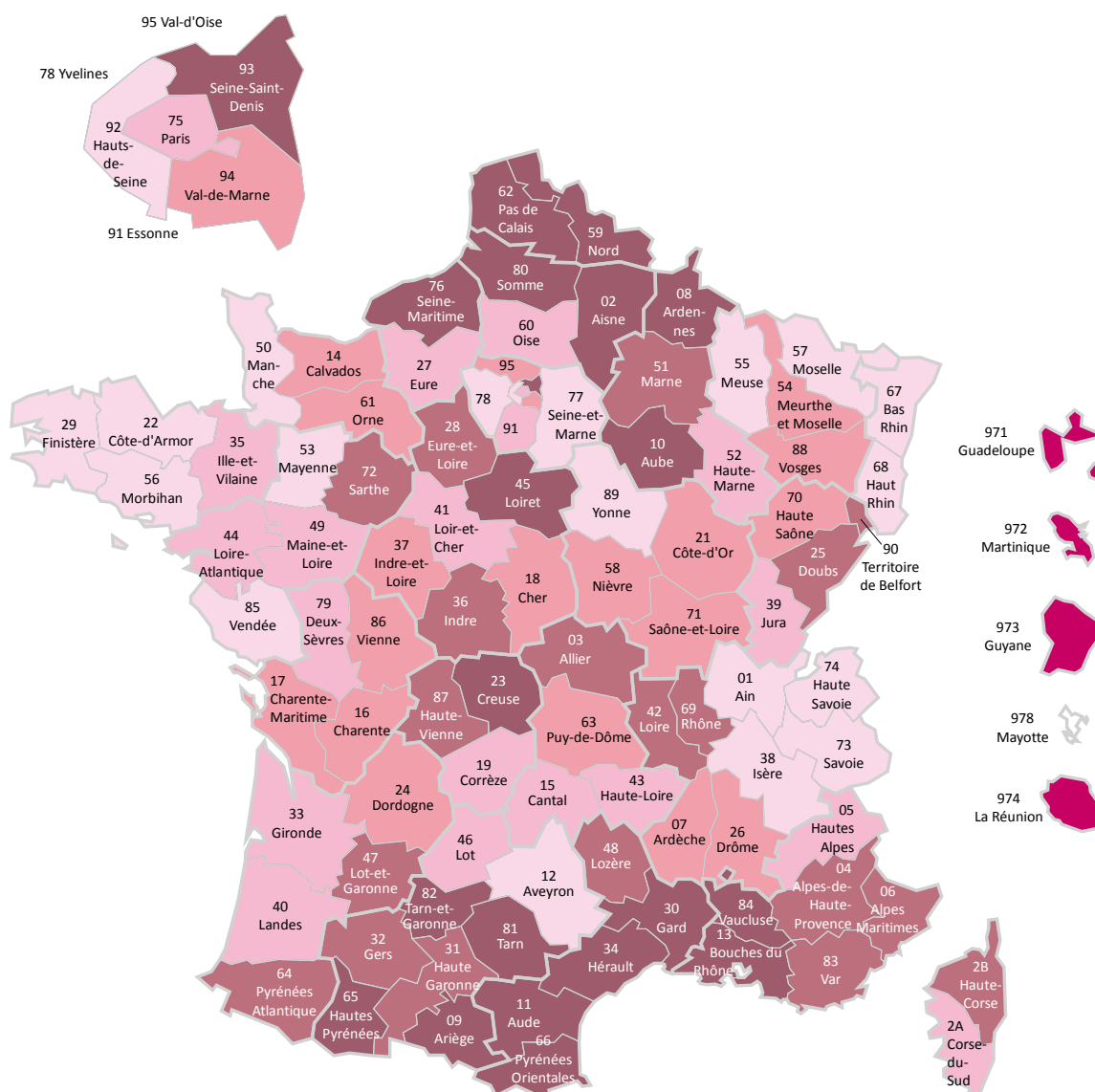
Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux d'assurés détenteurs de l'aide sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre. Les départements de la Bretagne, de la région Rhône-Alpes et de l'Alsace Moselle présentent les plus faibles taux.

Pour la première fois, le Fonds CMU-C a pu établir un taux d'utilisation des attestations par département. Ce taux varie fortement, de 47,4 % à 91,2 %. Il s'agit de taux bruts non standardisés sur l'âge qui a une influence importante sur le taux d'utilisation (cf. *supra*).

Il est généralement le plus faible dans les départements où la densité de population générale est importante et notamment dans toute l'Île-de-France et dans les Bouches-du-Rhône. À l'inverse, il est globalement le plus élevé dans des départements ruraux à faible densité : à l'ouest et au centre en particulier.

Les résultats ne tiennent ni compte de la structure par âge, ni du volume de personnes ayant reçu des attestations ACS au sein du département. L'analyse permet néanmoins d'identifier les départements où il existe potentiellement des opportunités d'accroître le taux de recours. Le Fonds CMU-C prévoit de conduire en 2018 une étude sur quelques caisses afin de mieux comprendre les motifs de la non-utilisation des attestations ACS, en tenant compte de la démographie et de la situation économique du territoire, et d'identifier les marges de progrès potentielles.

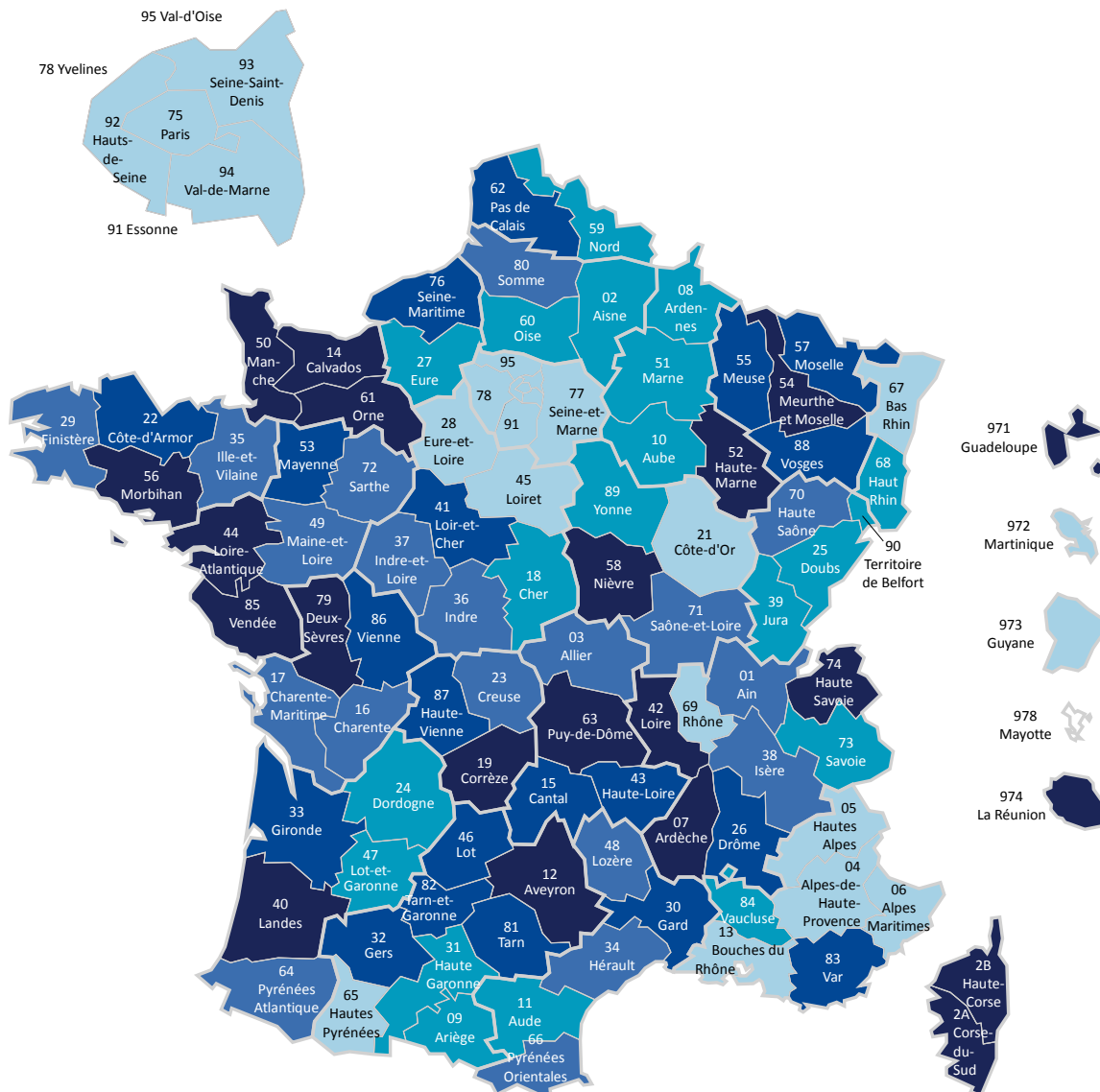
Figure 31 – Densité des bénéficiaires de l'ACS par rapport à la population, par département, en métropole, pour le régime général en 2016



Répartition métropole						
Couleur	Pourcentage population			Nombre	Effectifs	Pourcentage Effectifs
	>=	0,9%	< 1,5%	19	201 509	16,0%
	>=	1,5%	< 1,8%	19	202 869	16,1%
	>=	1,8%	< 2,0%	19	201 087	15,9%
	>=	2,0%	< 2,3%	19	230 617	18,3%
	>=	2,3%	<= 3,3%	20	426 344	33,8%
				96	1 262 426	100,0%
Répartition Dom						
	>=	1,3%	<= 7,6%	4	101 080	100,0%

Source : CNAMTS, INSEE – Outil Philcarto

Figure 32 – Taux d'utilisation des attestations ACS par département, situation au 31 décembre 2016



Couleur	Taux d'utilisation 2016				Nombre Dpts
	>=	47,4%	<	74,2%	20
	>=	74,2%	<	78,7%	20
	>=	78,7%	<	80,5%	20
	>=	80,5%	<	83,7%	20
	>=	83,7%	<=	91,2%	20
					100

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS (Enquête annuelle sur l'ACS 2016), CNAMTS, CCMSA, CNRSI – Outil Philcarto

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

3.1. L'ANALYSE DES RESTES À CHARGE ACS EN SANTÉ

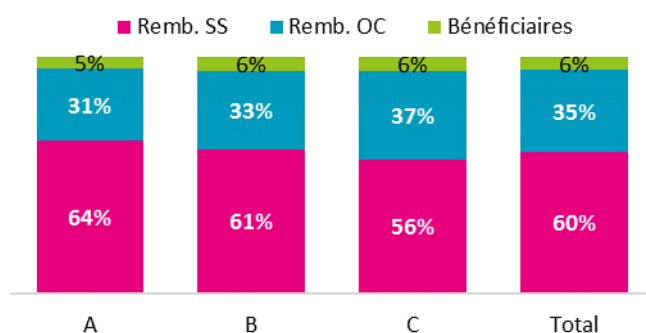
Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'ACS de 2015, les groupements d'OC proposant des contrats ACS sont tenus de transmettre annuellement au Fonds CMU-C les données de consommation des bénéficiaires protégés : dépenses de soins, remboursements pour les parts obligatoire et complémentaire et montants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

Ces données ont fait l'objet d'une analyse présentée dans le rapport annuel sur l'ACS d'octobre 2017 qui comporte des informations inédites sur les restes à charge des bénéficiaires de l'ACS.

3.1.1. Outre le financement de leur contrat, les bénéficiaires de l'ACS couvrent en moyenne 6 % 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 environ 6 % de leur dépense totale²⁶ pour les soins réalisés en 2016. 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 33 – Poids de chaque financeur dans la dépense totale de soins



Source : 10 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2016

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'optique²⁷ et l'audioprothèse. Elle est notamment égale aux trois quarts de la dépense pour l'audioprothèse pour les contrats A et B.

Sur le champ des soins courants de ville, une faible part des dépenses reste à la charge des bénéficiaires de l'ACS. Elle représente en moyenne 2 % de la dépense totale pour l'ensemble des personnes protégées par un contrat ACS.

Pour les personnes ayant effectivement consommé des soins courants durant l'année 2016, le reste à charge moyen peut représenter jusqu'à 8 % de la dépense totale selon le type de soins considéré : 2 % pour les honoraires de

²⁶ 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.

²⁷ Excepté pour les assurés ayant souscrit un contrat C : la part des dépenses d'optique restant à leur charge est un peu inférieure à leur participation aux dépenses de prothèses dentaires.

généralistes et 8 % pour les honoraires de spécialistes. Ce reste à charge moyen résulterait à la fois de situations où la consultation est facturée au tarif de responsabilité par les médecins et d'autres situations où les bénéficiaires sont confrontés à des dépassements d'honoraires. Ceci révélerait le non-respect de l'opposabilité des tarifs par certains médecins en dépit de l'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de l'ACS.

Ce constat établi sur des données de l'année 2016 fait écho au rapport de la Cour des comptes (rapport sur le Fonds CMU-C, mai 2015) qui précisait sur la base des données de la CNAMTS : « 61,6 % des titulaires de l'ACS ayant consulté un médecin de secteur II au cours du premier semestre 2014 (64 % pour les spécialistes et 41,7 % pour les généralistes), soit plus de 163 000 assurés, ont connu un dépassement d'honoraires représentant en moyenne 25,5 % du tarif opposable (26,7 % pour les spécialistes et 14,7 % pour les généralistes), ces données étant en progrès par rapport à 2013. Les dépassements les plus importants peuvent être observés pour les gynécologues médicaux et mixtes, les dermatologues et les ophtalmologistes. »

3.1.2. 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 soins²⁸ 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 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 mais restent néanmoins élevés.

3.1.2.1. Les soins prothétiques dentaires

À la différence des soins dentaires curatifs pris en charge à hauteur du ticket modérateur quel que soit le contrat (soit 40 % du tarif de responsabilité de sécurité sociale TRSS), 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 2016, 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. Il reste néanmoins important, passant de 432 € pour le contrat A à 341 € pour le contrat B (- 21 % par rapport au contrat A) puis 329 € pour le contrat C (- 24 % par rapport au contrat A et - 3 % par rapport au contrat B)

Tableau 31 – Prothèses dentaires : taux de recours et dépense moyenne annuelle par consommant répartie par financeur

		Taux de recours	Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Prothèses dentaires	A	3%	651 €	133 €	86 €	432 €
	B	5%	781 €	157 €	283 €	341 €
	C	8%	1 095 €	216 €	551 €	329 €

Source : 10 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2016

3.1.2.2. L'optique

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

²⁸ Taux de recours = nombre de consommateurs recensés en 2016 / stock mensuel moyen des personnes protégées en 2016

Tableau 32 – Niveau de prise en charge des équipements d'optique 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 moyenne par consommant rattachée aux montures augmente avec le niveau de garantie. Elle est de 76 € pour le contrat A, 93 € pour le contrat B et 117 € pour le contrat C. Compte tenu de l'accroissement de la prise en charge avec le niveau de garantie, le reste à charge sur la monture s'atténue mécaniquement.

Parmi les personnes s'étant équipées de deux verres simples, la dépense moyenne est comprise entre 107 € pour le contrat A et 165 € pour le contrat C. Les ordres de grandeur des restes à charge sont proches de ceux observés pour les montures.

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 totale moyenne par consommant est comprise entre 237 € pour les personnes couvertes par le contrat A et 335 € pour celles couvertes par le contrat C. Le reste à charge moyen très élevé de 211 € pour le contrat A s'explique par le faible niveau de couverture de ce contrat (prise en charge du seul ticket modérateur par la complémentaire santé). Concernant les contrats de niveaux supérieurs, qui prévoient des prises en charge forfaitaires de 200 € et 350 € montures comprises, le reste à charge est 2,5 fois plus faible pour le contrat B et 3 fois plus faible pour le contrat C.

De manière générale, pour les soins d'optique, le reste à charge sur prestation diminue fortement pour les personnes couvertes par le contrat B par rapport à celles couvertes par le contrat A. Cette baisse est plus faible pour les personnes couvertes par le contrat C par rapport à celles couvertes par le contrat B.

Tableau 33 – Optique : taux de recours et dépense moyenne annuelle par consommant répartie par financeur, détail monture, verres simples, verres complexes

		Taux de recours	Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Montures	A	6%	76 €	7 €	6 €	63 €
	B	17%	93 €	6 €	48 €	39 €
	C	20%	117 €	5 €	81 €	30 €
Verres simples	A	5%	107 €	11 €	8 €	88 €
	B	12%	114 €	9 €	71 €	34 €
	C	13%	165 €	10 €	120 €	35 €
Verres complexes	A	2%	237 €	13 €	13 €	211 €
	B	8%	261 €	12 €	159 €	89 €
	C	10%	335 €	13 €	254 €	68 €

Source : 8 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2016

3.1.2.3. Les audioprothèses

Concernant les appareils auditifs, la dépense moyenne est mesurée sur l'ensemble des personnes qui se sont équipées en audioprothèses mais aussi celles qui ont utilisé les accessoires associés beaucoup moins coûteux : embouts auriculaires, écouteurs, microphones, etc. La dépense est respectivement de 795 € et 700 € 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 limitée au ticket modérateur. La proportion de ces bénéficiaires parmi l'ensemble des consommateurs (ceux qui consommé des appareils auditifs et ceux qui ont consommé des accessoires) est

cependant plus faible que pour le contrat C. En effet pour ce dernier, la dépense moyenne est de 1 299 €. Le remboursement plus important prévu par le contrat C, de 450 € par appareil, conduit les souscripteurs du contrat C à s'équiper davantage en audioprothèses que s'ils avaient été couverts par les contrats A ou B, où la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

Le montant moyen pris en charge par le contrat C est environ 7 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 540 € et 600 €.

À l'image des prothèses dentaires, la dépense en audioprothèses augmente avec le niveau de garantie. Elle traduit une structure de consommation différente selon le contrat souscrit : taux de recours, type et prix de biens consommés différents entre les contrats A, B et C. Toutefois, le niveau de remboursement augmentant avec le niveau de garantie, *in fine*, le reste à charge sur prestations est proche selon le contrat. L'écart est en effet compensé par le niveau de remboursement prévu par le contrat de complémentaire santé. Si les titulaires d'un contrat A consommaient de la même manière que les titulaires d'un contrat C, leur reste à charge sur prestation augmenterait fortement.

Tableau 34 – Audioprothèses : taux de recours et dépense moyenne annuelle par consommant répartie par financeur

		Taux de recours	Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Audioprothèses	A	0,7%	795 €	130 €	76 €	589 €
	B	0,9%	700 €	103 €	62 €	536 €
	C	1,2%	1 299 €	201 €	480 €	617 €

Source : 10 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2016

Encadré 4 – Les restes à charge globaux des bénéficiaires de l'ACS

Le Fonds CMU-C a également mesuré les restes à charge globaux des bénéficiaires de l'ACS²⁹. Il s'agit des dépenses totales de santé restant *in fine* à la charge des consommateurs, c'est-à-dire la somme des restes à charge en santé et des primes payées aux organismes complémentaires après déduction de l'ACS.

L'analyse porte principalement sur les postes les moins bien couverts par les garanties des contrats A, B et C (soins prothétiques dentaires, optique et audioprothèse) pour lesquels les restes à charge globaux sont plus importants.

En faisant l'hypothèse que le recourant moyen consomme sur un seul poste de soins, les restes à charge globaux, considérés à la fois sur les prix et sur les prestations, sont en moyenne plus importants pour les personnes couvertes par le contrat C. Ce résultat est lié à une prime plus élevée mais aussi à des consommations de montants plus importants laissant des restes à charge en santé non négligeables, malgré une couverture de niveau plus élevé.

Ce constat peut changer lorsque le bénéficiaire consomme plusieurs types de soins. En effet, l'écart croissant observé entre les contrats A, B et C sur les primes après déduction de l'ACS peut être compensé par l'accumulation de restes à charge sur prestations, qui sont plus élevés pour le contrat A et plus faibles pour le contrat C.

²⁹ Rapport annuel sur l'ACS, Octobre 2017 – 5.5 Les restes à charges globaux des bénéficiaires l'ACS

Tableau 35 – Exemple de reste à charge global par consommant sur les prothèses dentaires et l'optique

	RAC prothèses dentaires	RAC monture + verres complexes	RAC sur le prix du contrat	RAC total
A	432 €	274 €	104 €	810 €
B	341 €	128 €	181 €	649 €
C	329 €	98 €	263 €	690 €

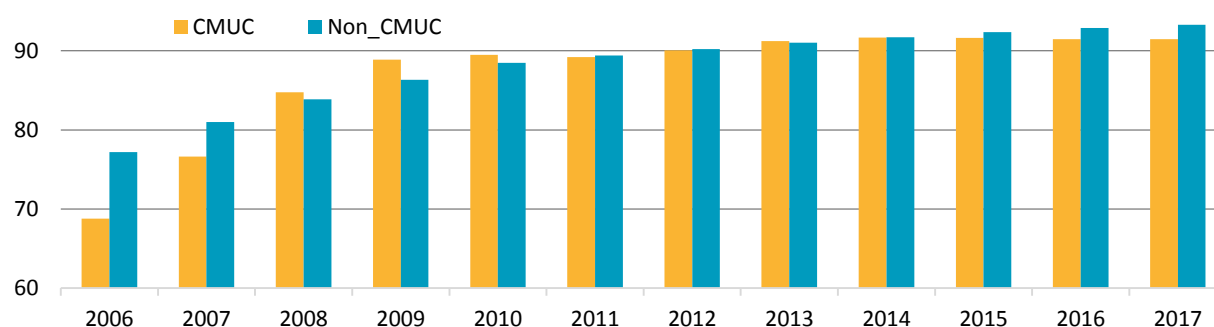
Source : 10 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2016

3.2. L'ANALYSE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C (CETAF)

3.2.1. 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 intégrée par plus de 90 % des personnes concernées depuis fin 2012, tant par les bénéficiaires de la CMU-C que par les non bénéficiaires. Toutefois, avec 93,3 % de déclarations pour la population générale *versus* 91,5 % pour les bénéficiaires de la CMU-C à fin 2017, le léger écart constaté depuis fin 2014 s'est creusé pour atteindre 1,8 point.

Figure 34 – Part des déclarations du médecin traitant



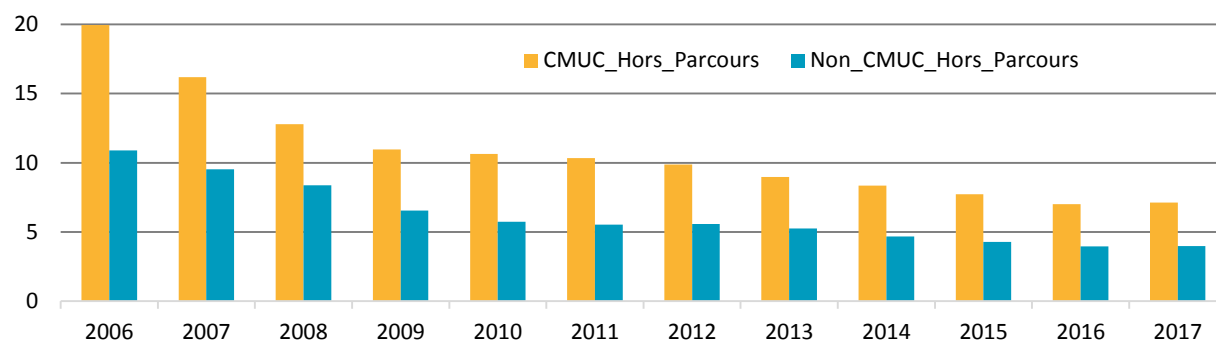
En pourcentage – Source : CNAMTS – SNIIRAM EGB (échantillon au 1/100e)

3.2.2. Parcours de soins

À l'instar de la population générale, le parcours de soins est de mieux en mieux respecté par les bénéficiaires de la CMU-C avec une observance qui s'est améliorée de 12,8 points en onze ans, soit deux fois plus rapidement que pour les autres assurés. Cependant, le taux de non-respect du parcours de soins s'élève encore à 7,1 % pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 4 % pour la population générale.

En l'absence de décret sur l'application de pénalités pour les bénéficiaires de la CMU-C, les soins hors parcours sont pris en charge en totalité.

Figure 35 – Part des consultations hors parcours de soins



En pourcentage – Source : CNAMTS – SNIIRAM DCIR

3.3. LA POURSUITE DES TRAVAUX SUR LES REFUS DE SOINS : LA PARTICIPATION DU FONDS AUX COMMISSIONS DE 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 Assos Santé, UNAPEI, MFPP], Fonds CMU-C, CNAM), sont chargées d'évaluer les pratiques de refus de soins et de remettre un rapport annuel au ministre chargé 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 commissions. Les premiers travaux ont notamment consisté en l'exposé par chacun des membres des problématiques liées à la discrimination dans l'accès aux soins et en la rédaction d'une définition du refus de soins partagée par les acteurs.

Les travaux des commissions se poursuivent en 2018 avec la préparation du rapport annuel.

Par ailleurs, dans le prolongement de la recherche « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes³⁰ », publiée en 2017 et cofinancée par le fonds et le Défenseur des droits, le fonds a poursuivi en 2017 sa collaboration avec le Défenseur des droits.

³⁰ « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes », Caroline DESPRES sous la responsabilité de Rémi GAGNAYRE et Pierre LOMBRAIL, www.cmu.fr/etudes-du-fonds.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, unique ressource depuis 2017

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 représente en conséquence désormais 100 % de ses recettes. En contrepartie, une part plus importante de TSA lui est attribuée en 2017.

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 Ile-de-France auprès des organismes complémentaires. Une part différente selon l'assiette est affectée au fonds.

Tableau 36 – Part de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds CMU-C avant et après mesures de la LFSS pour 2017

Contrats	Taux de la nouvelle TSA	Part affectée au Fonds (1)	Part restante (2)	Part supplémentaire affectée au Fonds CMU (20,18%*(2)) (3)	Part totale affectée au Fonds après mesure (1) +(3)
Contrats classiques responsables	13,27%	6,27%	7%	1,41%	7,68%
Contrats classiques non responsables	20,27%	6,27%	14%	2,83%	9,10%
Contrats 1° art.998 CGI	6,27%	6,27%	0%	0,00%	6,27%
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0%	0,00%	6,27%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	6,27%	14%	2,83%	9,10%
Contrats au 1er euro	14,00%	0,00%	14%	2,83%	2,83%
Contrats IJ responsables*	7,00%	0,00%	7%	1,41%	1,41%
Contrats IJ non responsables*	14,00%	0,00%	14%	2,83%	2,83%

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

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)

En 2017, la TSA recouvrée par l'Urssaf Ile-de-France pour le compte du fonds a atteint un total de 2,768 Md€³¹, en progression de 26,6 % par rapport à 2016, soit un rendement supplémentaire de 581 millions d'euros.

Cette hausse très importante découle essentiellement des effets de la LFSS pour 2017 : la hausse de la part affectée au financement du fonds prévue à l'article 34 de la loi de financement – augmentation des taux affectés et affectation d'une part de la TSA assise sur les contrats au 1^{er} euro et indemnités journalières – se traduit par 530 millions d'euros de recettes supplémentaires pour le fonds au titre de 2017.

³¹ Total issu des bordereaux déclaratifs, soit hors TSA au titre des années antérieures, hors reprises sur provisions (11 M€) et hors réfaction de 150 M€ prévue par la LFSS pour 2018

Tableau 37 – Évolution du montant de la TSA affectée au Fonds CMU-C entre 2016 et 2017 (milliers d'euros)

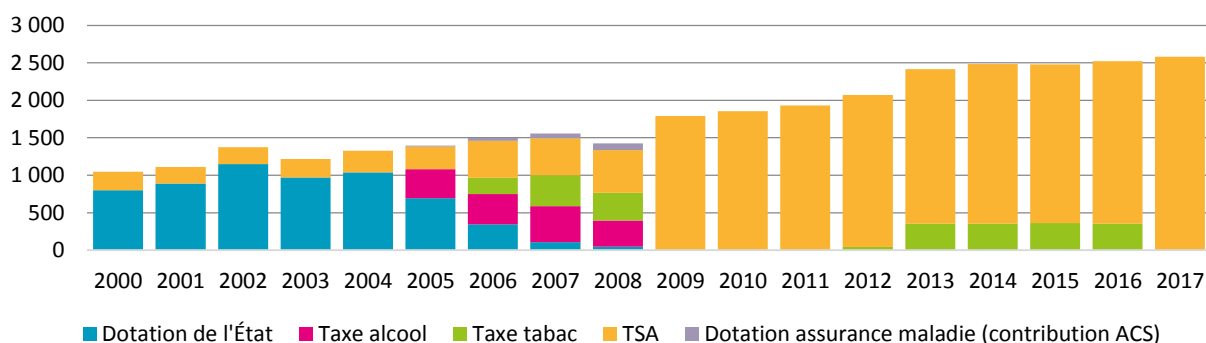
Rendement de la TSA finançant le Fonds CMU-C	2017	2016	Evolution
Dont rendement constant 2016 (6,27%)	2 237 930	2 187 220	2,3%
Dont rendement TSA hausse de taux	503 654	–	–
Dont élargissement assiette aux contrats 1 Euro et IJ	26 383	–	–
Total	2 767 967	2 187 220	26,6%
Accroissement 2017/2016	580 747		
dont Gain extension 2017	530 037		

Source : Télédéclarations des OC auprès de l'URSSAF. Fonds CMU-C – avant réfaction de 150 millions d'euros

Afin de réduire les excédents du fonds, l'article 3 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 2017 et ce, au bénéfice de la CNAMTS, autre affectataire de la TSA.

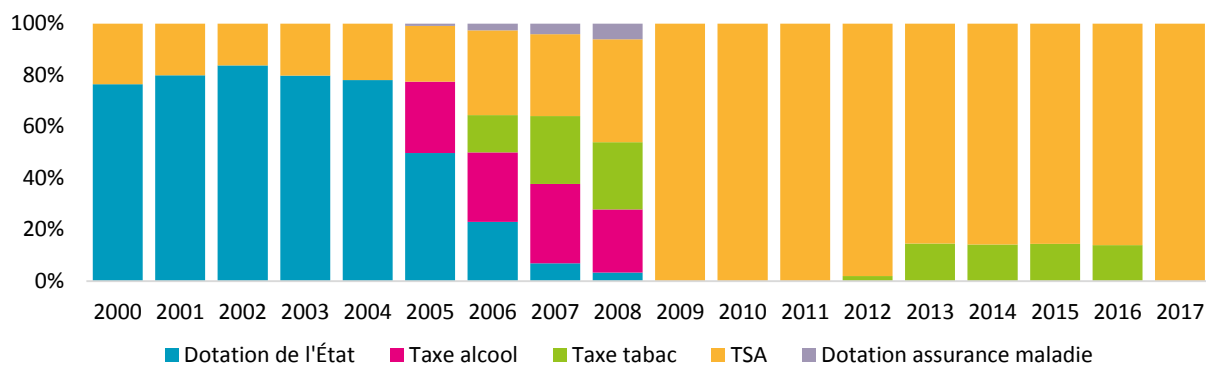
En tenant compte de cette mesure, les produits du fonds en droits constatés s'élèvent à 2 594 millions d'euros en 2017³².

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

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



Source : Fonds CMU-C

³² Les produits en droits constatés comprennent les reprises sur provisions ainsi que des produits perçus en 2017 mais relatifs à des recettes au titre d'années antérieures.

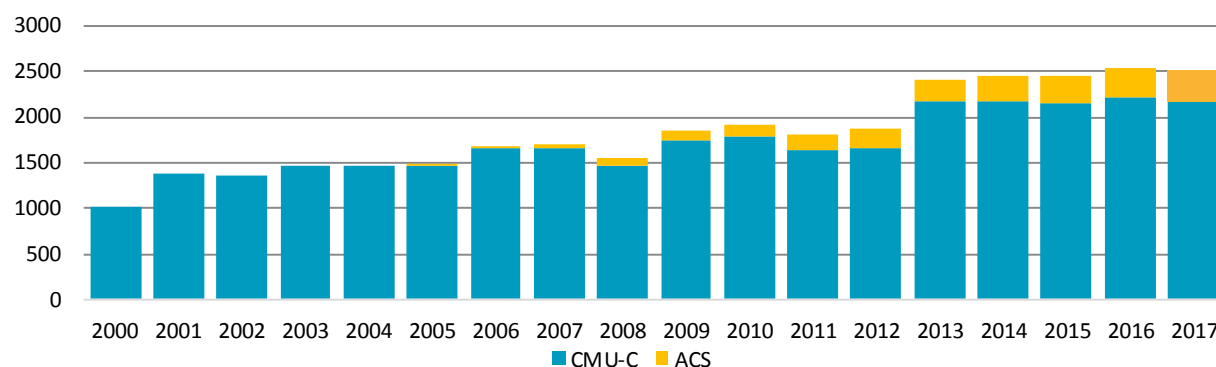
1.1.2. Les dépenses

Les dépenses du Fonds CMU-C sont majoritairement composées de la prise en charge des dépenses de santé au titre de la CMU-C³³ engagées par les organismes gestionnaires du dispositif (régimes d'assurance maladie de base ou organismes complémentaires). Ces dépenses représentent 87 % du total des charges techniques du Fonds CMU-C ; les 13 % restants correspondent au coût des déductions de TSA accordées aux organismes complémentaires qui proposent des contrats ACS.

En 2017, les dépenses du Fonds CMU-C se sont établies à 2,51 Md€, dont 2,19 Md€ au titre de la CMU-C et 324 M€ au titre de l'ACS.

Depuis sa création, les dépenses du fonds ont été multipliées par 2,5. 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.

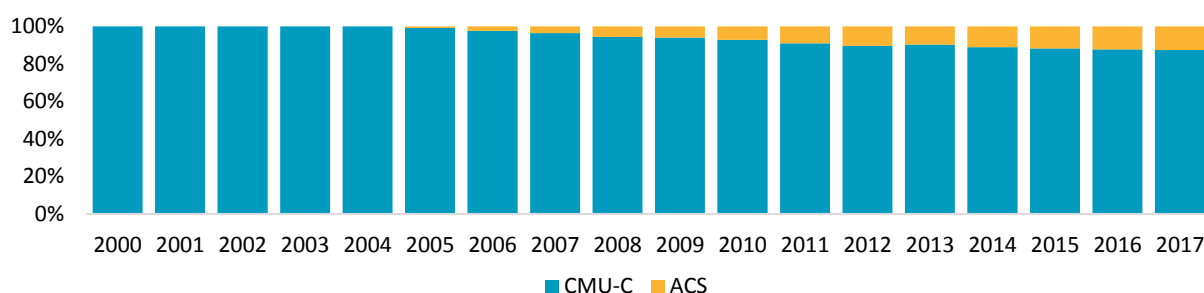
Figure 38 – Évolution des dépenses du Fonds CMU-C depuis sa création, en millions d'euros



Source : Fonds CMU-C

Champ : charges techniques du fonds, hors gestion administrative.

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



Source : Fonds CMU-C

Champ : charges techniques du fonds, hors gestion administrative.

³³ 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 2007

	en millions d'euros										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits											
Dotation de l'État	109	47	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Taxe alcool	480	349	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxe tabac	411	372	0	0	0	42	352	354	360	354	0
Contribution ACS	65	87	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TSA	494	569	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066	2 130	2 119	2 185	2 583
Reprises sur provisions	35	28	79	93	10	11	16	9	20	20	11
Total Produits	1 595	1 452	1 870	1 949	1 940	2 084	2 434	2 493	2 499	2 558	2 594
Charges											
Paiement aux régimes de base	1 442	1 263	1 429	1 444	1 369	1 403	1 581	1 895	1 925	1 981	1 973
Organismes complémentaires	88	80	323	464	431	458	498	553	521	546	537
Annulation Produits											
Dotation aux provisions	28	79	98	12	11	17	17	19	6	2	47
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 559	1 423	1 851	1 921	1 814	1 879	2 097	2 468	2 453	2 530	2 558
Résultat de l'année (1)	36	29	19	28	126	205	0	25	46	28	36
Résultat cumulé	53	83	101	129	153	205	205	210	257	285	321

(1) À compter de 2013, les excédents dégagés en N sont reversés à la CNAMTS, dans la limite des dépenses CMU-C réellement engagées, et sont comptabilisés en charge au titre de l'exercice N

(2) Un changement dans la méthode d'estimation des provisions par l'ACOSS a conduit le Fonds CMU-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).

Pour les régimes d'assurance maladie, le circuit de financement des dispositifs (perception des recettes et prise en charge des dépenses) est régi selon un calendrier et des règles établies par des conventions financières, conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale.

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

Concernant les dépenses, lorsque la CMU-C est gérée par un régime d'assurance maladie, le Fonds CMU-C rembourse directement les dépenses au régime. 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 crédits d'impôt sur les montants de taxe de solidarité additionnelle dus.

1.2.1. Le circuit des recettes

En application de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, les flux financiers entre l'ACOSS et ses partenaires ont été modifiés : le Fonds CMU-C n'est désormais plus attributaire de droits tabac.

Les modalités de versement des recettes de TSA au Fonds CMU-C ont été définies par une convention financière entre le Fonds CMU-C et l'ACOSS en date du 12 décembre 2012. À chaque fin d'exercice N, un échéancier prévisionnel des versements trimestriels est établi par le Fonds CMU-C pour l'année N+1 ; il donne lieu à un avenant à la convention financière soumis au conseil d'administration du Fonds. Le Fonds CMU-C perçoit le montant de ces acomptes chaque trimestre (le 15 février, le 15 mai, le 15 août, le 15 novembre), ajustés par l'ACOSS en fonction des encaissements réels de TSA comptabilisés.

À compter de 2018, le versement des recettes sera 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*).

1.2.2. Les modalités de prise en charge par le Fonds 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, les dépenses de CMU-C sont financées à leur coût réel (article 22 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012). 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.

Le forfait est déterminé chaque année par arrêté et revalorisé en fonction de l'inflation. Il a été fixé à 415 € pour l'année 2017 contre 412 € en 2016.

Compte tenu du niveau important des dépenses de CMU-C de la branche maladie du régime général, l'article 22 de la LFSS pour 2013 a par ailleurs prévu un remboursement complémentaire au-delà du plafond de remboursement forfaitaire. La totalité des dépenses engagées par la CNAMTS au titre de la CMU-C est ainsi remboursée. Cependant, ce versement complémentaire est effectué dans la limite du fonds de roulement disponible. Lorsque le montant est supérieur au résultat annuel du Fonds CMU-C, les capitaux propres sont mobilisés mais ce versement ne peut avoir pour effet de rendre négatif le résultat cumulé du Fonds CMU-C. Dans ce cas, le versement à la CNAMTS est écrêté à due concurrence.

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, RSI, 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 de 415 € (soit 93,38 € par bénéficiaire en 2017). Il fait ensuite l'objet de régularisations afin de tenir compte des effectifs définitifs (facturation encore provisoire au 31 janvier de l'année suivante et définitive au 30 juin).

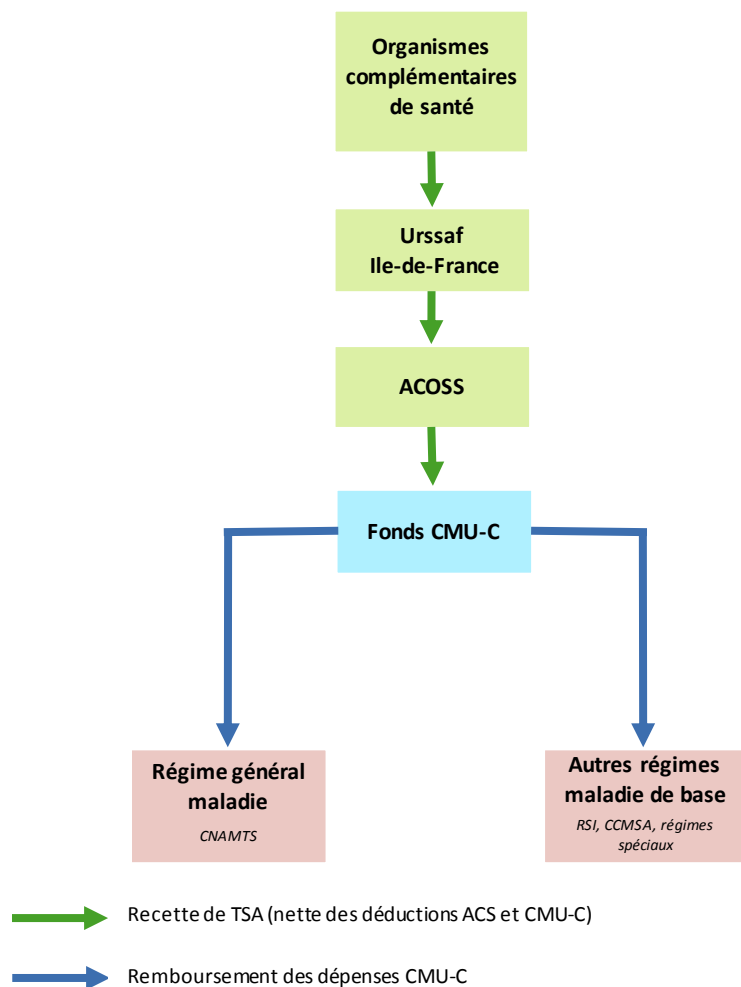
Pour les autres régimes de base (régime des mines, régime des marins, SNCF, RATP, CRPCEN, etc.), l'acompte est versé annuellement et fait également l'objet de régularisations l'année suivante.

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, l'organisme complémentaire qui propose un contrat de complémentaire santé à un bénéficiaire de l'ACS déduit le montant de l'aide de la TSA due.

Dans les cas où le montant des déductions est supérieur au montant de la TSA, les mutuelles, institutions de prévoyance et société 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 Île-de-France pour contrôler les organismes en situation créditrice (*cf. partie 3*).

Figure 40 – Schéma des flux financiers du Fonds CMU-C en 2017



1.3. BILAN 2016 DE LA CONVENTION DE DÉLÉGATION DU RECOUVREMENT DE LA TSA

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 prévue à l'article L862-4 du code de la Sécurité sociale - dont la signature est prévue courant 2018 - un premier bilan de gestion a été établi par l'Acoss et l'Urssaf Île-de-France concernant le recouvrement de la TSA au titre de 2016.

Visant à apprécier la qualité du recouvrement de la taxe à chaque étape du traitement, ce bilan retrace notamment les actions de communication menées en 2016 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 taux de complétude et de la qualité de répartition des données communiquées 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.

Si le taux de respect des échéances trimestrielles n'a pas connu d'évolution significative entre 2015 et 2016, ce premier bilan a notamment permis de constater une nette amélioration du taux de respect de l'exigibilité de l'échéance annuelle en hausse de 14 points entre 2015 et 2016 (83 % à 97 %).

Une amélioration de la complétude des données déclaratives est par ailleurs clairement observée : le nombre de signalements à traiter par l'Urssaf est ainsi passé de 1585 en 2015 à 53 en 2016.

S'agissant de la qualité de répartition des montants de TSA entre affectataires, le taux d'anomalie s'est élevé à 1,60 % et a nécessité des corrections à hauteur de 69 M€ sur un total de 4,3 Md€ de TSA recouvrée.

À l'issue de ce travail de synthèse, des indicateurs de suivi complémentaires seront mis en place en 2018 permettant de mieux apprécier l'évolution du comportement déclaratif et de paiement des OC : taux de restes à recouvrer à 15 mois et taux de taxation forfaitaire sur compte TSA. Des améliorations du portail déclaratif TELEDEP et de certains processus de production seront par ailleurs mises en œuvre. Des actions ciblées de communication seront en outre engagées vis-à-vis des organismes étrangers et des organismes défaillants récidivistes.

2. Le suivi et le contrôle des recettes

2.1. LE SUIVI ET L'ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE L'ASSIETTE DE LA TSA

2.1.1. L'assiette de la TSA est en hausse de 2,0 % en 2017

Les contrats soumis à la TSA sont les contrats individuels ou collectifs³⁴ d'assurance maladie souscrits auprès des sociétés ou entreprises d'assurances, mutuelles ou unions de mutuelles ou institutions de prévoyance ou unions, 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 et détaillées dans le Tableau 39 *infra*. Les contrats classiques représentent 93 % de l'assiette totale – dont 3,6 % correspondent à des contrats non responsables. Il s'agit des contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles ou collectives.

En 2017, l'assiette de la TSA augmente de 730 millions d'euros, soit une progression de 2,0 % par rapport à l'année précédente. Cette hausse résulte de variations contrastées entre les différentes assiettes : les primes relatives aux contrats classiques responsables ont augmenté de près de 1,1 Md€ – soit une hausse de 3,4 % – tandis que les cotisations relatives aux contrats d'assurance de groupe³⁵ (contrats visés au 1° de l'article 998 du CGI) et aux contrats IJ responsables ont enregistré des baisses sensibles (respectivement - 46 % et - 22 %).

Toutefois, les variations les importantes constatées sur certaines assiettes s'expliquent par des ajustements opérés en 2017 suite à des erreurs d'interprétation lors de la mise en place de la TSA fusionnée en 2016.

Tableau 39 – L'assiette de la TSA – Évolution entre 2016 et 2017 (en milliers d'euros)

	Contrats classiques resp.	Contrats classiques non resp.	Contrats 1er art. C998CGI	Contrats agricult. resp.	Contrats agricult. non resp.	Contrats au 1er euro	Contrats IJ resp.	Contrats IJ non resp.	Assiette de la TSA
2016	32 039 957	1 232 230	470 185	1 129 929	11 594	64 589	744 242	499 174	36 191 900
2017	33 119 426	1 251 372	254 837	1 052 219	17 294	133 125	584 521	509 446	36 922 240
Répartition 2017	89,7%	3,4%	0,7%	2,8%	0,0%	0,4%	1,6%	1,4%	100,0%
Évol. 2017 / 2016 (montants)	1 079 469	19 142	-215 348	-77 710	5 699	68 535	-159 721	10 272	730 340
Évol. 2017 / 2016 (%)	3,4%	1,6%	-45,8%	-6,9%	49,2%	106,1%	-21,5%	2,1%	2,0%

Source : télédéclarations des redevables à la TSA auprès de l'URSSAF Île de France. Situation déclarative au 18 mars 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).

³⁴ 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).

³⁵ Les assurances de groupe définies ci-dessus doivent être souscrites soit par une entreprise, un groupe d'entreprises, un groupement professionnel représentatif d'entreprises, une organisation représentative d'une profession non salariée ou une organisation représentative d'agents de collectivités publiques; soit dans le cadre de régimes collectifs de retraite et donner lieu au paiement d'une prime ou d'une cotisation dont 80 % au moins du montant total sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident

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 38 % du montant total des baisses.

À l'inverse, les cinq OC qui ont les plus fortes hausses d'assiette représentent 40 % du montant total des hausses.

Tableau 40 – Les 5 organismes complémentaires présentant les plus fortes baisses / hausses de l'assiette de la TSA en 2017

Classement des 5 OC constatant les plus forts montants à la baisse de leur assiette	Montant de la baisse (M€)	% de l'OC dans la somme des baisses d'assiette	Classement des 5 OC constatant les plus fortes hausses de leur assiette	Montant de la hausse (M€)	Classement des 5 OC constatant les plus forts montants à la hausse de leur
OC -1	-75	-13,6%	OC 1	164	11,3%
OC -2	-38	-7,3%	OC 2	152	10,5%
OC -3	-34	-6,4%	OC 3	101	7,0%
OC -4	-28	-5,4%	OC 4 (*)	85	5,9%
OC -5	-26	-5,0%	OC 5	73	5,0%
		-37,7%			39,6%

Champ : tous redevables de la TSA en 2016 et 2017. Assiette de la TSA finançant le Fonds CMU-C (champ 2016)

Source : télédéclarations des redevables de TSA auprès de l'URSSAF Île de France. Situation déclarative au 18 mars 2018.

2.1.2. L'assiette de la TSA affectée au fonds augmente de 5,8 % en 2017

Jusqu'en 2016, la TSA sur les cinq premières assiettes finançait le Fonds CMU-C. Le champ a été étendu aux trois dernières assiettes en 2017 (contrats 1^{er} euro, contrats IJ responsables et non responsables). En raison de cet élargissement, l'assiette de la TSA finançant le Fonds CMU-C est en hausse de 5,8 %, dont + 2,3 % au titre de l'évolution à champ constant de l'assiette 2016.

Tableau 41 – L'assiette de la TSA finançant le Fonds CMU-C – Évolution entre 2016 et 2017 (en milliers d'euros)

	2017	2016	Evolution
Assiette TSA finançant le Fonds CMU-C	36 922 240	34 883 895	5,8%
Dont champ constant assiette 2016	35 695 148	34 883 895	2,3%
Dont élargissement assiette aux contrats 1 Euro et aux contrats IJ	1 227 091		

Champ : tous redevables de la TSA en 2016 et 2017

Source : télédéclarations des redevables de TSA auprès de l'URSSAF Île de France. Situation déclarative au 18 mars 2018.

2.2. LE SUIVI DES REDEVABLES

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

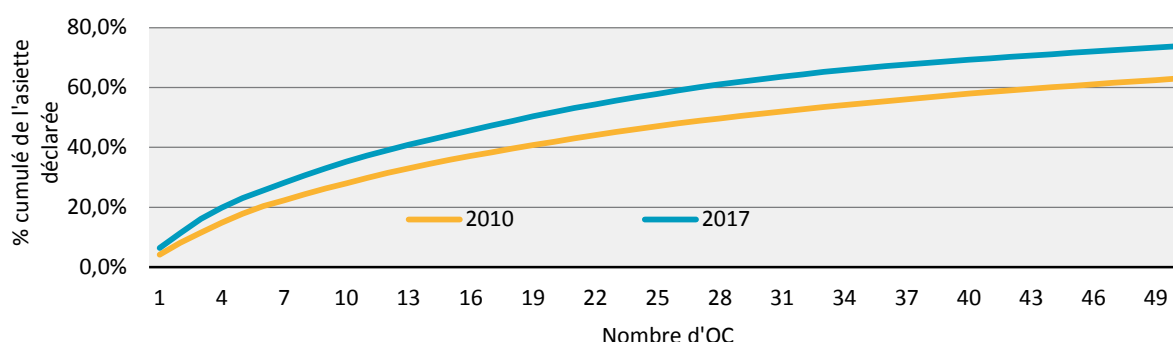
Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration.

Ainsi, sur 477 OC ayant déclaré une assiette non nulle en 2017³⁶ :

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

Cette forte concentration oblige à une approche ciblée que ce soit en termes d'observation des tendances d'évolution ou de contrôle. Elle augmente d'ailleurs progressivement dans le temps, au gré notamment des regroupements d'organismes dans le cadre de fusions ou absorptions.

Figure 41 – Concentration de la déclaration de l'assiette de la TSA en 2017 par rapport à 2010



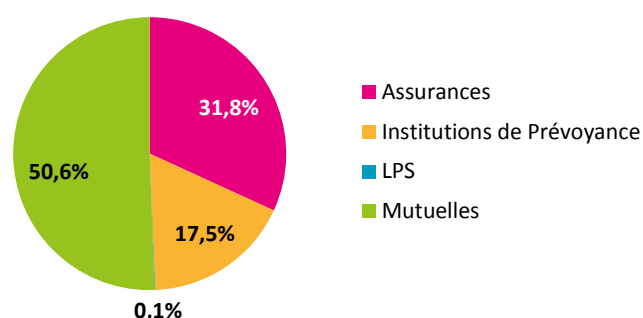
Source : déclarations des OC en 2017

Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette en 2017 : 28 OC déclarent 60 % 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 2017, 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 42 – Répartition de l'assiette de la TSA entre les différentes natures d'organismes complémentaires en 2017



LPS : organismes étrangers intervenant en libre prestation de services en France

Champ : tous redevables de la TSA en 2017. Source : déclarations des OC en 2017

L'appréciation des évolutions par nature d'OC s'avère 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 nature différente.

³⁶ Périmètre 2016 de l'assiette des contrats « finançant le fonds ».

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

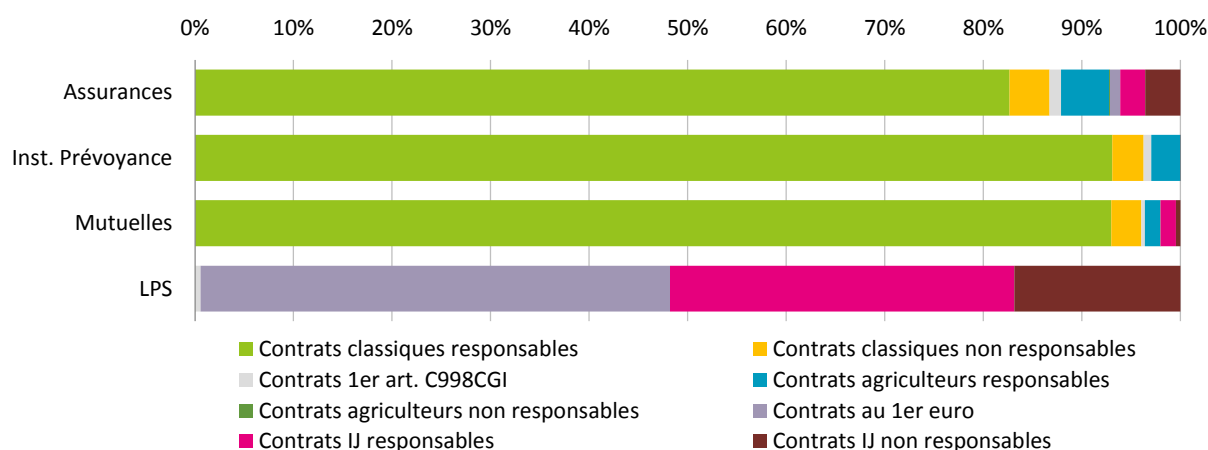
Les institutions de prévoyance regroupent 17 % de l'assiette totale et 5 % des organismes. Composée quasi uniquement de garanties classiques, de contrats d'assurance groupe et de contrats agricoles responsables, l'assiette TSA déclarée s'élève en moyenne à 260 millions d'euros en 2017. Il s'agit dans l'ensemble de grandes structures : 22 des 25 institutions de prévoyance avec une assiette non nulle déclarent un montant supérieur à 10 M€, dont 10 avec une assiette supérieure à 100 M€. La plus grande institution de prévoyance, BTP Prévoyance, déclare un montant d'1,3 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 sociétés d'assurance représentent 22 % des organismes et 32 % de l'assiette. Présentes sur l'ensemble des garanties, elles représentent notamment 63 % des cotisations prélevées auprès des expatriés (contrats 1^{er} euro). Le montant moyen déclaré s'élève à 102 M€. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. Sur 115 sociétés d'assurance ayant déclaré une assiette non nulle, 55 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€. Les autres sociétés d'assurance déclarent en moyenne une assiette de 2,4 M€. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne, dont l'activité santé paraît marginale.

Quant aux mutuelles, avec un montant moyen d'assiette de 52 M€, elles regroupent 73 % des organismes 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€. 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 quelques 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 %).

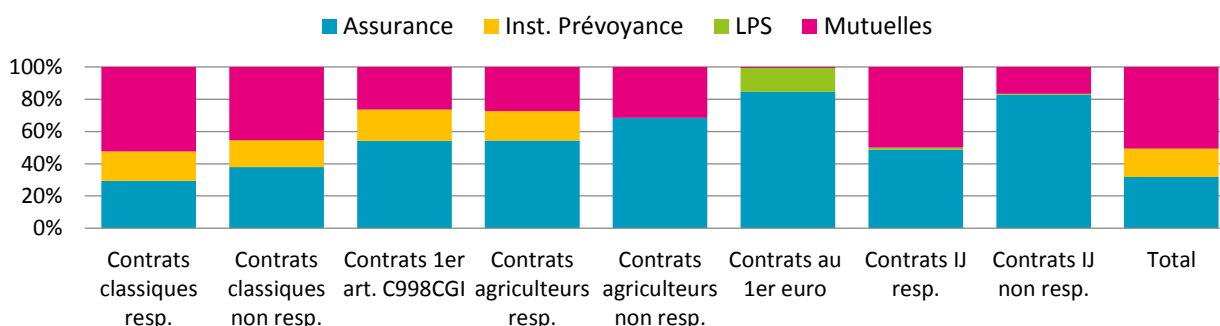
Figure 43 – Proportion de chaque assiette constitutive de la TSA au sein de chaque nature d'OC en 2017



Champ : tous redevables de la TSA en 2017

Source : déclarations des OC en 2017

Figure 44 – Part respective par nature d'OC au sein de chaque assiette constitutive de la TSA en 2017



Champ : tous redevables de la TSA en 2017 – Source : déclarations des OC en 2017

Encadré 5 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires

Le rapport 2017 présente les résultats pour 2016. 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 plus 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 84 % 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 47 % 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 54 % des primes collectées par les OC. La part de l'individuel qui représentait 56 % des primes collectées en 2015 diminue progressivement.

Les mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels : 71 % des primes collectées (29 % pour le collectif). C'est l'inverse pour les institutions de prévoyance au sein desquelles l'individuel ne représente que 12 % des primes³⁷ (88 % pour le collectif). Les sociétés d'assurance se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 51 % des primes (49 % pour le collectif). En 2015, la part de l'individuel représentait respectivement 70 %, 14 % et 54 % chez ces mêmes organismes.

³⁷ 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 liées à l'activité santé pour une année donnée³⁸. 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 (Sinistres³⁹ / 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 2016 : + 104 M€ correspondant à 0,3 % des primes collectées (0,3 % en 2015, 0,8 % en 2014).

	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	2,2 (2,0)	-5,0 (-4,9)	0,1 (0,0)
IP	9,8 (10,0)	-5,7 (-4,5)	-3,8 (-2,5)
Assurances	7,1 (5,7)	-1,2 (-1,0)	3,0 (2,7)
Total	4,0 (3,4)	-4,0 (-3,5)	0,3 (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). De ce point de vue, et lorsqu'elles exercent une activité santé, les trois familles d'OC ont dégagé en moyenne des résultats nets positifs ou nuls en 2016. Rapporté à l'ensemble des primes, ce résultat net s'élève à 4,0 % pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (4,5 % en 2015), à 0,7 % pour les mutuelles (1,2 % en 2015) et 0 % pour les IP (idem 2015).

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. BILAN 2017 DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LE FONDS

Assise sur huit natures de contrats différentes selon des taux variés, la taxe de solidarité additionnelle est une taxe qui nécessite une bonne appropriation par les différents 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* ».

Le recouvrement de cette taxe se caractérise par une forte évolutivité des redevables et des assiettes.

³⁸ 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.

³⁹ Sinistres : sinistres payés aux assurés + frais de gestion des sinistres + autres charges de prestations

Les vérifications du fonds ciblent principalement 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 évolutions de méthode comptable, à des erreurs de comptabilisation ou à une méconnaissance des règles d'assujettissement ou des formalités déclaratives.

2.3.1. Un nouveau contexte qui consolide le rôle central du Fonds CMU-C sur le champ du contrôle de l'assiette de la TSA

■ Un enjeu financier plus que doublé à partir de 2016

Avant 2016, le contrôle de la TSA relevait de la compétence de la DGFiP. Suite à la mise en place de la TSA fusionnée qui regroupe les anciennes TSA et TSCA, la compétence du fonds sur la vérification et le contrôle de l'assiette s'étend désormais au champ de l'ancienne TSCA pour la fraction portant sur les contrats de complémentaire santé.

Sur la base des données déclaratives de l'ensemble de l'année 2016, ce changement s'est traduit par une augmentation de 116 % de l'enjeu financier des vérifications opérées par le fonds.

Cependant, cette extension conduit en réalité à une rationalisation du contrôle : 95 % de l'assiette de la TSA fusionnée entrait déjà dans le cadre du contrôle de vraisemblance conduit par le fonds ainsi que dans le champ du contrôle des URSSAF. L'enjeu financier augmente mécaniquement par l'application d'un taux de taxe plus important sur une assiette qui faisait déjà partie de la cible du contrôle : de 6,27 % à 13,27 % dans le cas des garanties santé responsables qui, à elles seules, représentent 90 % du rendement total de la taxe.

Tableau 42 – Assiette et rendement de la TSA fusionnée en 2016 : un enjeu financier majoré du contrôle (en milliers d'euros)

Assiette Intitulés	Assiette Montants	"Ancienne" TSA Rendement	Taux	"Ancienne" TSCA Rendement	Taux	Total Rendement	Part dans rendement
Garanties santé responsables	32 039 957	2 008 905	6,27%	2 242 797	7%	4 251 702	89,8%
Garanties santé non responsables	1 232 230	77 261	6,27%	172 512	14%	249 773	5,3%
Contrats 998 code général des impôts	470 185	29 481	6,27%	NC	NC	29 481	0,6%
Contrats agricoles responsables	1 129 929	70 847	6,27%	NC	NC	70 847	1,5%
Contrats agricoles non responsables	11 594	727	6,27%	1 623	14%	2 350	0,0%
Contrats 1 Euro	64 589	NC	NC	9 042	14%	9 042	0,2%
Garanties indemnités journalières responsables	744 242	NC	NC	52 097	7%	52 097	1,1%
Garanties indemnités journalières non responsables	499 174	NC	NC	69 884	14%	69 884	1,5%
Total	36 191 900	2 187 220		2 547 956		4 735 176	100,0%
Dont "ancienne" TSA	34 883 895						

Nota : NC=non concerné – Source : télédéclarations de la TSA effectuées par les OC en 2016

Dans le cadre de l'exercice de ses nouvelles attributions de contrôle des montants qui entraient auparavant dans le champ de la TSCA, le fonds souhaitait pouvoir disposer d'un historique des déclarations déposées auprès de la DGFIP afin d'opérer un rapprochement des données déclarées à partir de 2016 avec les données de 2015. En effet, une analyse approfondie de l'évolution de l'assiette de l'ancienne TSCA, qui permet de repérer les situations atypiques, ne peut être conduite que sur la base des informations détaillées organisme complémentaire par organisme complémentaire. Cependant, les informations déclaratives de la TSCA de l'année 2015 n'ont pas été conservées dans le système d'information de la DGFIP (MEDOC).

Le rendement total 2016 sur le champ de l'ancienne TSCA s'est avéré cependant cohérent avec celui qui avait été enregistré en 2015.

■ Une mission de vérification assurée pour compte propre et pour compte de tiers

En application de la LFSS pour 2017, la TSA est répartie entre deux affectataires – le Fonds CMU-C et la CNAMTS – selon des clés différentes en fonction des assiettes. En application de ces modalités de répartition, en 2017, la TSA a été affectée⁴⁰ à hauteur de 2,1 Md€ à la CNAMTS, soit 43 % du montant total de la taxe recouvrée.

Les travaux de vérification et d'orientation du contrôle menés par le fonds permettent en conséquence non seulement de fiabiliser ses recettes et d'assurer la régularité de ses comptes, mais contribuent également au meilleur recouvrement d'une partie des recettes attribuées à la branche maladie du régime général.

Il s'agit d'une nouvelle responsabilité dans la mesure où le contrôle est désormais réalisé pour une part importante pour le compte de tiers.

2.3.2. Le fonds opère des vérifications systématiques des assiettes

En application de son dispositif de contrôle interne, le Fonds CMU-C réalise un suivi systématique et exhaustif de l'ensemble des déclarations trimestrielles et annuelles effectuées par les organismes complémentaires (OC) auprès de l'Urssaf Ile-de-France.

Après des travaux visant à garantir la qualité des données transmises par l'Urssaf (recherche des doublons, 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 nombreuses disparitions d'OC constatées chaque année, notamment suite à des fusions et absorptions.

Après avoir identifié l'ensemble des organismes complémentaires disparus au cours d'une année, le fonds cherche à identifier la destination des montants concernés et à 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.

À l'issue de l'année 2016, 21 OC ayant déclaré une assiette la même année ont ainsi disparu. Les vérifications sur ce champ ont consisté, dès la première échéance de l'exercice 2017, à identifier la destination des montants concernés. L'enjeu financier correspondant à ce contrôle s'est élevé à 18 millions d'euros de taxe (134 millions d'euros d'assiette).

■ 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 au regard de l'ensemble des OC ou des données antérieures de l'OC concerné.

⁴⁰ Hors prise en compte des droits constatés

Il interroge systématiquement les organismes dont l'une ou plusieurs assiette(s) présente(nt) une évolution sensible négative ou positive⁴¹.

Cette démarche s'appuie sur des critères de sélection croisés : enjeux financiers, criticité, équité de traitement devant le prélèvement fiscal.

■ 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, soit 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.

2.3.3. Les vérifications du fonds se sont traduites par 33 millions d'euros de corrections en 2017

En 2017, 55 OC ont été interrogés par le Fonds CMU-C au regard de l'évolution de l'assiette de la TSA déclarée. Cela correspond à 11 % des redevables et à 44 % de l'assiette totale enregistrée contre respectivement 12 % et 38 % en 2016. Sur les deux années considérées et depuis la mise en place de la TSA fusionnée, les OC interrogés par le fonds CMU-C représentent 60 % de l'assiette déclarée (certains OC ont été interrogés à plusieurs reprises).

En 2017, les vérifications du fonds se sont traduites par 33 millions de corrections de la TSA dont 10 millions de corrections en faveur des contribuables de la taxe (Fonds CMU-C et CNAMTS).

À titre d'illustration, une vérification a permis d'identifier une sur-déclaration par erreur d'un OC correspondant à un montant 168 millions d'euros d'assiette (22 millions d'euros de taxe). À l'inverse, deux vérifications conduites dans le cadre de l'échéance annuelle récapitulative pour 2016 ont permis de récupérer 570 000 € de taxe sur 2017 dont 300 000 € au bénéfice de la CNAMTS. Par ailleurs le fonds a rappelé les modalités déclaratives relatives aux contrats collectifs définies par la circulaire N° DSS/SD5D/2015/380 du 28 décembre 2015 et obtenu la modification d'une déclaration trimestrielle permettant de récupérer près de 10 M€ de taxe au titre de 2017⁴².

Les montants des corrections déclaratives et de paiement opérées à la demande du fonds illustrent l'importance d'un contrôle de vraisemblance conduit dès réception des données déclaratives qui permet non seulement de réduire le risque financier mais également de contribuer à une information plus juste sur l'évolution de l'assiette.

Ce bilan illustre le rôle central joué par le fonds. Sa présence active permet non seulement de veiller à un juste recouvrement de la TSA, mais aussi d'assurer un rôle d'accompagnement des organismes complémentaires.

Les vérifications sont également l'occasion d'identifier des sujets à risques ou qui posent des questions d'interprétation des textes.

Ainsi, si la circulaire DSS/SD5D/2015/380 du 28 décembre 2015 relative à la fusion de la TSA et la TSCA au 1^{er} janvier 2016 apporte des précisions sur le champ d'application et la territorialité de la taxe, son assiette, les contrats et garanties concernés ainsi que les taux applicables, les modalités déclaratives et les règles de recouvrement et de contrôle, les échanges du fonds avec les OC et les contrôles réalisés par le passé ont permis de mettre en évidence les difficultés d'appréciation des OC sur certains points. Ainsi, l'assujettissement des garanties ayant un lien avec la santé intégrées dans les contrats dont la santé n'est pas l'objet principal (ex : contrat auto) semble complexe à appréhender alors même qu'il peut représenter des sommes non négligeables⁴³. Par ailleurs, la question des primes

⁴¹ Une analyse des évolutions n'est cependant possible qu'à partir de 2017, compte tenu de l'absence d'historique sur le champ de l'ancienne TSCA. Des croisements d'informations ont d'ores et déjà été lancés avec les informations contenues dans le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC, notamment sur les champs des contrats IJ et un euro.

⁴² Cette opération trouvera ses effets comptables et de trésorerie en 2018 et n'est pas prise en compte dans les chiffres présentés dans ce rapport

⁴³ Une vérification réalisée dans le cadre du tableau récapitulatif annuel de 2016 a montré qu'un organisme d'assurance assujéti uniquement au titre des contrats accessoires a déclaré une assiette de TSA de 35 millions d'euros en 2016 puis en 2017.

acquises non émises (PANE) et des primes émises non acquises (PENA) en lien avec la notion d'émission est une question qui ressort régulièrement lors des vérifications.

Enfin, le travail de vérification mené par le fonds, s'il contribue à mettre en évidence d'éventuelles erreurs ou des situations d'optimisations non autorisées par les textes, permet également de recueillir une information précieuse sur ce qui sous-tend les évolutions du marché de la complémentaire santé. C'est particulièrement le cas lors de l'échéance du quatrième trimestre de chaque année, qui permet d'établir un bilan de l'année écoulée, de mesurer l'incidence éventuelle de certaines réformes (ANI) et d'identifier les tendances dont la prise en compte est indispensable à la fiabilité des prévisions budgétaires.

2.4. BILAN 2016 DES CONTRÔLES D'ASSIETTE OPÉRÉS PAR LA BRANCHE RECOUVREMENT

Le fonds oriente le contrôle de l'assiette de la TSA conduit par la branche du recouvrement du régime général.

2.4.1. Un rôle qui s'inscrit dans un cadre juridique précis

L'article L. 862-5 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 5 échéances annuelles (4 trimestres 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 classiques 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.

La coordination des actions est assurée dans le cadre de réunions régulières entre le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) au cours desquelles les bilans respectifs sont présentés et la liste des contrôles proposés par le fonds est validée.

2.4.2. Les contrôles des URSSAF ont porté sur 26 % de l'assiette sur la période 2014-2016

Les URSSAF ont effectué 21 contrôles en 2016 (procès-verbaux de contrôles déposés en 2016), qui ont conduit à 6,5 M€ de redressements positifs et 0,9 M€ de redressements négatifs.

En 2016, les contrôles URSSAF ont ainsi porté sur 4 % des organismes complémentaires redevables et 7 % de l'assiette de la TSA. Sur la période triennale la plus récente, 2014–2016, ces contrôles ont porté sur 26 % de l'assiette.

Les contrôles URSSAF sur le champ de la TSA présentent deux caractéristiques observées dans le temps et confirmées en 2016 :

- L'enjeu principal porte sur l'assiette de la TSA et non sur les déductions opérées au titre de la CMU-C et de l'ACS ;
- L'enjeu du contrôle est très fortement concentré sur un faible nombre d'OC.

Tableau 43 – Les principaux motifs de redressement des contrôles URSSAF sur le champ de la TSA entre 2014 et 2016

Année	Représentativité	Objet du redressement	Objet du redressement
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 couvrir une garantie en lien avec la santé. Il permet en effet d'être assisté et indemnisé, en cas d'accident corporel de la vie quotidienne. Il prend en charge tous les frais engagés pour que l'assuré puisse se soigner suite à cet accident.
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
2014	1 contrôle sur 16 : 48 % des redressements positifs	Assiette	Majoration de primes lorsque les assurés paient en plusieurs fois non comptabilisées à tort
	1 contrôle sur 16 : 38 % des redressements positifs	Assiette	Discordance entre le montant des primes comptabilisées et l'assiette déclarée non justifiée

Source : ACOSS

Tableau 44 – 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%

Source : ACOSS

3. Le suivi et le contrôle des dépenses

3.1. LA MÉTHODE DE CONTRÔLE DES DÉDUCTIONS DONT BÉNÉFICIENT LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Les dépenses financées par le Fonds CMU-C comportent les crédits de TSA accordés aux organismes de complémentaire santé qui participent à la mise en œuvre de l'ACS et de la CMU-C. Déclarés par les organismes, ces crédits donnent lieu à des vérifications et contrôles de cohérence par le Fonds CMU-C, encadrés par les dispositions de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale⁴⁴.

L'article 22 de la LFSS N° 2014-1554 du 22 décembre 2014 a fusionné la TSA et la TSCA en une seule taxe et introduit la simplification de la déclaration et du recouvrement de cette taxe à compter du 1^{er} janvier 2016. Le recouvrement de cette taxe est fait par l'URSSAF île de France et la déclaration est dématérialisée, effectuée par les organismes complémentaires sur le portail URSSAF.

Du fait de la dématérialisation de la déclaration, le Fonds CMU-C n'est plus destinataire des bordereaux déclaratifs des organismes complémentaires, mais reçoit des flux émanant de la déclaration en ligne via l'ACOSS.

Depuis l'échéance du 1^{er} trimestre 2016, le fonds ne procède plus au remboursement des bordereaux déclaratifs négatifs. Toutefois, il reste un interlocuteur privilégié de l'URSSAF concernant les organismes complémentaires en situation de remboursement. Le fonds ayant les compétences pour effectuer les vérifications des données déclaratives des déductions CMU-C et ACS, l'URSSAF lui demande son accord pour le règlement de ces dossiers. Dans ce cadre, l'URSSAF transmet après chaque échéance trimestrielle la liste des organismes complémentaires pour lesquels le fonds doit procéder au contrôle des listes de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Il en est de même pour l'échéance du tableau récapitulatif qui récapitule les déclarations trimestrielles de l'année.

En plus des contrôles effectués pour le compte de l'URSSAF, le fonds procède toujours aux contrôles *ex post* qu'il opérait auparavant.

La méthode de contrôle du fonds des listes de bénéficiaires de la CMU-C et ACS consiste à vérifier :

- la cohérence des dates d'entrée et de sortie par rapport à la date de référence ;
- 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.

La méthode de contrôle dans le cadre du tableau récapitulatif consiste non seulement à vérifier les mêmes éléments que ceux contrôlés trimestriellement, mais encore à vérifier la cohérence du montant inscrit sur l'état détaillé des dépenses et le montant inscrit sur le tableau récapitulatif, le nombre moyen des bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux listes transmises, ainsi que les reports du montant des déclaratifs de l'année.

Lorsque des anomalies sont constatées, le fonds demande aux organismes complémentaires de les justifier ; si l'OC n'est pas en mesure de les justifier, il lui est demandé de faire une déclaration rectificative auprès de l'URSSAF.

3.2. LE BILAN DU CONTRÔLE

Au cours des deux dernières années, le Fonds CMU-C a procédé à une centaine de contrôles *a priori* des listes de bénéficiaires d'OC en situation de remboursement, pour le compte de l'URSSAF Ile-de-France. Outre ces contrôles, il a également procédé au contrôle *a posteriori* des listes de bénéficiaires de plus de 90 organismes complémentaires dans le cadre du TR.

⁴⁴ Cet article 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 OCAM.

En 2017, le fonds a diligenté 59 contrôles à la demande de l'URSSAF île de France dans le cadre des vérifications opérées pour les organismes en situation de remboursement, pour les échéances déclaratives trimestrielles et le tableau récapitulatif annuel. Certains contrôles sont encore en attente de retour des organismes complémentaires suite à des demandes de régularisations.

Les taux d'anomalies détectées par ces vérifications sont relativement faibles, de l'ordre de 2 % pour les contrôles des listes de bénéficiaires de la CMU-C et de moins de 0,5 % pour les contrôles de listes de bénéficiaires de l'ACS, avec en regard des enjeux financiers rattachés à ces anomalies limités.

V. Les comptes et la trésorerie 2017

1. Les comptes 2017 du Fonds CMU-C

1.1. LE COMPTE DE RÉSULTAT 2017

En 2017, après refaction de 150 M€ de TSA en application de la LFSS 2018, le résultat annuel du Fonds CMU-C s'établit à + 36,4 M€. Le résultat cumulé atteint quant à lui 321 M€.

Les produits du fonds s'élèvent au total à 2 594 M€⁴⁵ (dont recettes annexes et reprises sur provisions), soit une évolution de + 1,4 % par rapport à l'exercice 2016.

La dépense totale au titre du financement de la CMU-C atteint 2 183 M€, soit une évolution de -1,4 %. Cette somme se décompose en 1 973 M€ de versements aux régimes de base d'assurance maladie et 210 M€⁴⁶ de déductions CMU-C accordées aux organismes complémentaires.

Avec un montant moyen annuel de 309 € par bénéficiaire, les déductions ACS atteignent 324 M€, soit une évolution de 3,6 % contre 9,1 % en 2016.

Au total, les dépenses au profit des organismes complémentaires s'élèvent à 537 M€ contre 546 M€ en 2016.

Tableau 45 – Compte de résultat synthétique 2017

CHARGES	Montant exécutés 2017	Montant exécutés 2016	PRODUITS	Montant exécutés 2017	Montant exécutés 2016
Personnel	969 356,17	877 788,68	Subventions de l'Etat		
dont charges de pensions civiles*	0,00	0,00	Fiscalité affectée	2 582 849 215,21	2 558 282 218,17
Fonctionnement autre que les charges de	264 286,93	296 813,58	Autres subventions		
Intervention (le cas échéant)	2 509 823 633,20	2 528 787 336,96	Autres produits	14 521,04	44 964,89
Dotations aux provisions et amortissements	46 885 828,93		Reprises/dotations provisions et amortissements	11 475 911,14	
TOTAL DES CHARGES (1)	2 557 943 105,23	2 529 961 939,22	TOTAL DES PRODUITS (2)	2 594 339 647,39	2 558 327 183,06
Résultat prévisionnel : bénéfice	36 396 542,16	28 365 243,84	Résultat prévisionnel : perte	0,00	0,00
TOTAL EQUILIBRE du compte de résultat prévisionnel	2 594 339 647,39	2 558 327 183,06	TOTAL EQUILIBRE du compte de résultat prévisionnel	2 594 339 647,39	2 558 327 183,06

⁴⁵ Les produits et les charges du compte de résultat comprennent des recettes perçues en 2017 au titre d'exercices antérieurs.

⁴⁶ Ce chiffre est inférieur de 3,76 M€ à la dépense totale au titre de la CMU-C gérée par les OC (238 M€) : il correspond à la seule partie financée par le Fonds CMU-C en deçà du plafond forfaitaire de 415 €.

Tableau 46 – Compte de résultat détaillé 2017

CHARGES	2017	2016	PRODUITS	2017	2016
Charges de financement			Produits de financement		
Versements aux Régimes de base	1 973 213 023,71	1 980 557 542,69	Droit de consommation sur les tabacs	0,00	353 553 310,03
dont CNAMTS	1824 108 258,83	1818 761 228,00			
dont CCMSA	43 955 379,48	42 109 902,61			
dont CNRSI	102 433 593,90	96 185 753,20	TSA art L 862-4 Code Sécurité Sociale	2 582 826 783,26	2 184 718 347,41
dont autres régimes (Petits régimes)	2 715 791,50	2 713 358,78	dont TSA AcoSS	2 582 969 423,26	2 184 723 321,41
dont versement complémentaire cnamts	0,00	20 787 300,10			
			dont TSA Fonds	-142 640,00	-4 974,00
Déductions des OC	536 610 609,49	546 199 374,27			
dont déductions CMU	209 256 049,91	232 445 291,54			
dont déductions ACS	324 077 684,90	312 758 112,95			
dont autres charges CMU AcoSS	3 276 874,68	995 969,78			
dont charges exceptionnelles	0,00		Produits exceptionnels GT	22 431,95	17 602,10
			Reprises sur provisions techniques	11 373 764,73	19 992 958,63
Dotations aux provisions techniques	46 762 811,95	2 030 420,00			
dont déductions CMU AcoSS	410 872,00	199 212,00			
dont déductions ACS AcoSS	0,00	151 086,00			
dont régularisations CMU Fonds	35 076 434,71	1680 122,00			
autres dotations aux provisions	11 275 505,24				
Sous-total charges de financement	2 556 586 445	2 528 787 337	Sous-total produits de financement	2 594 222 980	2 558 282 218
Charges de financement			Produits de financement		
Charges de personnel	969 356,17	775 642,27	Produit d'exploitation	13 274,41	0,00
Salaires traitements et charges sociales	884 401,27	710 088,39	Prestations de services	13 274,41	
Impôts, taxes et versements assimilés	84 954,90	65 553,88	Subvention		
Autres charges d'exploitation	387 303,91	398 959,99	Produits exceptionnels	103 393,04	44 964,89
Achats non stockés de matières et fournitures	13 595,66	14 847,74	Sur opérations de gestion courante	1246,63	3 947,98
Services extérieurs	247 187,27	254 847,29	Reprise sur provisions	102 146,41	40 833,58
Impôts et taxes et versements assimilés	3 504,00	3 429,00			
Charges exceptionnelles	0,00	0,00	Transfert de charges		183,33
Dotations aux amortissements et provisions GA	123 016,98	125 835,96			
Sous-total charges de fonctionnement	1356 660	1174 602	Sous-total produits de fonctionnement	116 667	44 965
Total charges :	2 557 943 105,23	2 529 961 939,22	Total Produits :	2 594 339 647,39	2 558 327 183,06
Solde créditeur (excédent) :	36 396 542,16	28 365 243,84	Solde débiteur (déficit) :		
TOTAL GENERAL :	2 594 339 647,39	2 558 327 183,06	TOTAL GENERAL :	2 594 339 647,39	2 558 327 183,06

2. La trésorerie 2017

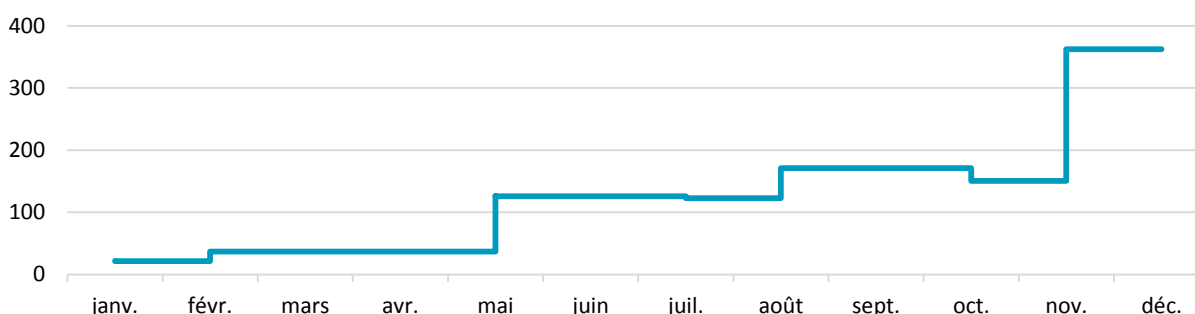
2.1. LE PROFIL DE TRÉSORERIE 2017

Avec un point bas le 1^{er} janvier 2017 à hauteur de 21,7 M€ et un point haut enregistré le 31 décembre 2017 à hauteur de 362,3 M€, la variation de trésorerie 2017 du fonds s'établit à + 340,6 M€ contre une variation négative de 10 M€ en 2016. Cette variation de trésorerie importante est notamment le reflet de l'accroissement des recettes affectées au fonds en application de la LFSS pour 2017. Elle tient également compte d'un « trop versé » de 190 M€ en novembre 2017 probablement lié, selon le fonds, à des incidents dans la mise en œuvre de la télédéclaration du tableau récapitulatif - la première télédéclaration du tableau récapitulatif annuel a en effet eu lieu en 2017 pour les organismes complémentaires au titre des déclarations de l'année 2016. Ce montant a fait l'objet d'une régularisation en trésorerie en février 2018.

En application de la convention Fonds CMU-C / Acof du 29 novembre 2017 relative à l'ouverture d'un compte de suivi financier du fonds dans les livres de l'Acof (voir *infra*), la quasi-totalité de l'encours de trésorerie a été viré le 08 janvier 2018 sur le compte du fonds à l'Acof, contribuant ainsi à la mutualisation des trésoreries publiques.

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. L'article 3 de cette loi prévoit en effet une réduction exceptionnelle des recettes du Fonds CMU-C au titre de l'exercice 2017, au profit de la branche maladie du régime général.

Figure 45– Profil de trésorerie du fonds de janvier à décembre 2017, en millions d'euros



Source : Fonds CMU-C

2.2. L'OUVERTURE D'UN COMPTE DE SUIVI FINANCIER DANS LES LIVRES DE L'ACOF

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'ACOF. Les modalités de fonctionnement, le périmètre des flux concernés et les restitutions comptables ont été définis par convention bilatérale entre le fonds et l'ACOF en date du 29 novembre 2017 pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018.

Destinés à mutualiser la trésorerie au sein de la sphère sociale, à réduire l'exposition de l'Acof 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 ses partenaires, ces comptes retracent l'ensemble des encaissements centralisés par l'Acof à leur bénéfice et l'ensemble des versements et des paiements effectués par l'Acof en leur nom.

Les versements de TSA au crédit du compte du fonds seront effectués par acomptes trimestriels déterminés par échéancier annuel. Les remboursements des régimes resteront régis par les conventions financières mais, s'agissant du régime général, du régime agricole et des dépenses liées aux indépendants, seront effectués par mouvement de compte à compte - la CNAMTS, la CCMSA et la CNRSI bénéficiant déjà de comptes courants comptables dans les livres de l'Acos.

Le déploiement d'un compte de suivi financier au nom du Fonds CMU-C permettra ainsi de simplifier les flux de trésorerie entre le Fonds CMU-C et ses partenaires et de sécuriser près de 4,5 Md€ de flux échangés annuellement entre ce dernier et l'Acos.

En application de la convention du 29 novembre 2017, le solde du CSF a été abondé par le fonds le 08 janvier 2018 à hauteur de ses disponibilités.

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 de chaque année.

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 2018

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, le financement du fonds est exclusivement assuré par la taxe de solidarité additionnelle (TSA) dont le produit est réparti entre le Fonds CMU-C et la CNAMTS.

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 sera reversé au fonds, le solde revenant à la CNAMTS. Ces nouvelles modalités de financement permettront 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 permettront 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 du règlement arbitral sur le panier de soins dentaires de l'ACS, application des nouvelles conventions avec les professionnels de santé, revalorisation des plafonds au 1^{er} avril 2018, hausse du forfait hospitalier en 2018, etc.

Au-delà de cette nouvelle modalité de financement, la LFSS a prévu d'ajuster les réserves constituées jusqu'ici par le fonds. C'est pourquoi les recettes de TSA du fonds seront réduites de 150 M€ en 2017 et de 150 M€ en 2018.

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 assure 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.

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...

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. La cartographie des risques 2017

Le fonds identifie et hiérarchise les risques par processus, en s'appuyant sur une cartographie des risques. Cet outil de pilotage permet d'identifier les risques sur lesquels agir en priorité, d'adapter les contrôles à effectuer, de recenser la documentation utile, d'identifier les procédures à formaliser ou à mettre à jour et les moyens pour assurer la traçabilité des opérations.

Actualisée en fonction des réformes ayant impacté les activités du Fonds CMU-C, elle a été soumise et validée par le Conseil d'administration du fonds qui constitue l'instance de pilotage de la maîtrise des risques.

La cartographie initiale des risques au titre de 2018 a par ailleurs été restructurée et enrichie. Chaque risque a été évalué en fonction de son impact potentiel et de sa probabilité d'occurrence. L'analyse du risque a été conduite avant et après mise en place des moyens de maîtrise (risques inhérents / risques résiduels).

2. Le plan d'action 2017

À partir de la cartographie des risques, les actions de maîtrise des risques au titre de 2017 ont été arrêtées conjointement par la directrice et l'agent comptable dans un plan de maîtrise des risques permettant d'identifier les responsables des actions et de préciser les échéances.

Les principales actions menées par le Fonds CMU-C en 2017 ont notamment concerné les incidences de la réforme de la TSA et les modifications de recettes prévues dans la LFSS 2017.

2.1. LES INCIDENCES DE RÉFORME DE LA TSA

La réforme de la TSA a conduit à de nombreux changements en 2016 :

- la TSCA (taxe spéciale sur les conventions d'assurance) est désormais intégrée à la TSA ;
- les OC effectuent leurs déclarations en ligne auprès de l'URSSAF Île-de-France, interlocuteur unique pour le paiement et la déclaration de la taxe ainsi que pour la gestion des remboursements des OC créditeurs ;
- le Fonds CMU-C n'est plus destinataire des déclarations des OC ; les informations lui sont transmises par l'ACOSS sous forme d'un flux transmis à l'issue de chaque échéance déclarative.

En 2017, les actions de maîtrise des risques du Fonds CMU-C tiennent encore compte des incidences de cette réforme d'ampleur. Le fonds a poursuivi le contrôle de la qualité des données déclaratives transmises et surveillé la répercussion sur les notifications de produits de l'ACOSS. Il a aussi été particulièrement vigilant concernant l'intégration et l'analyse des données du tableau récapitulatif (TR) 2016, qui ont été télé déclarées pour la première fois par les OC en juin 2017.

2.2. LES MODIFICATIONS DE RECETTES PRÉVUES DANS LA LFSS 2017

L'année 2017 a été également marquée par la modification des affectations de TSA. L'affectation de la taxe tabac au fonds est supprimée et la partie de la TSA antérieurement affectée à parts égales à la CNAF et à la CNAMTS est désormais affectée pour 20,18 % au Fonds CMU-C, le reste étant attribué à la CNAMTS.

Le Fonds CMU-C a dû ajuster le paramétrage de son système d'information afin d'appliquer les nouvelles clés de répartition aux données transmises par l'ACOSS.

Pour mesurer l'effet de ces modifications de recettes, le fonds a mis en place un reporting trimestriel, en distinguant les évolutions dues à la hausse de la part de TSA attribuée au fonds des évolutions liées à l'élargissement de l'assiette de la TSA.

Au regard de tous ces changements relatifs à la TSA, le Fonds CMU-C et l'ACOSS ont formalisé une nouvelle convention contribuant à renforcer la maîtrise des risques sur le recouvrement de la TSA. Cette convention fixe les conditions :

- de collecte et de contrôle des déclarations ;
- de recouvrement de la TSA ;
- de transmission des données déclaratives sur les assiettes de la taxe et les effectifs de la CMU-C et de l'ACS.

Cette nouvelle convention avec la branche du Recouvrement prévoit la réalisation de bilans annuels de gestion, la communication d'indicateurs sur la qualité du recouvrement et sur l'efficacité du pilotage de l'activité par les Urssaf, l'organisation de réunions périodiques, et l'élaboration de plans d'actions annuels visant l'amélioration des processus.

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 au recouvrement à bon droit de la TSA, à la vérification des déductions opérées par les OC, à l'information des assurés concernant les organismes gestionnaires.

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 Ile-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 :

- L'exploitation systématique des informations contenues dans les journaux officiels (JO) : créations d'OC, transferts de portefeuilles, etc. ;
- Un croisement avec les informations détenues par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (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 : L'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a transmis au Fonds CMU-C la liste des OC agréés en branche 2 (agrément pour pouvoir intervenir dans le domaine de la santé) ainsi qu'une information sur les organismes substitués. Le fonds a croisé ces informations avec sa propre base. Le but du rapprochement était d'identifier les OC susceptibles d'intervenir dans le domaine de la santé et qui ne déposent pas de déclaration auprès de l'URSSAF. Un courrier a été adressé à 78 OC. Cette opération a surtout eu un rôle de sensibilisation auprès des OC ayant reçu le courrier d'information ; le taux de réponse à cette campagne a en effet été faible ;
- Une corroboration des grandes masses financières avec les informations issues du rapport annuel sur la situation financière des OC réalisé par la DREES. À cet égard, un travail de rapprochement entre les deux sources a été approfondi en 2017 sur la base des données de l'année 2016. Une réunion a été organisée entre la DREES et le Fonds CMU-C pour mieux comprendre des différences de champs, notamment sur les garanties santé accessoires par rapport à un contrat principal d'une autre nature (automobile, etc.), les contrats au 1^{er} euro et les contrats IJ.

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 GÉRANT LA CMU-C

Les prestations de la CMU-C sont servies, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire d'assurance maladie, ou par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

Depuis 2012, le Fonds CMU-C est seul compétent pour l'élaboration et la diffusion de cette liste (décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011).

Pour l'année 2017, 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 2017.

Pour l'année 2017, il est comptabilisé :

- sept retraits volontaires ;

- douze suppressions résultant d'opérations de fusions-absorptions ;
- une suppression résultant d'une liquidation judiciaire.

En 2017, 251 organismes complémentaires sont volontaires pour gérer la CMU-C. 82 % d'entre eux sont des mutuelles.

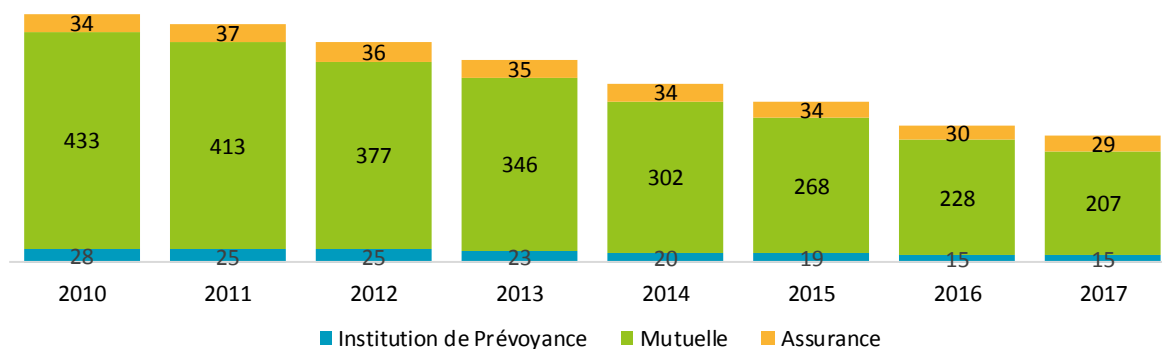
La part des organismes complémentaires inscrits dans l'ensemble des organismes cotisants atteint 52 % (55 % en 2016, 60 % en 2015). Ce taux est variable en fonction de la nature des organismes : seules 29 % des sociétés d'assurances ont demandé l'habilitation contre 58 % des mutuelles et 65 % des institutions de prévoyance.

Tableau 47 – Récapitulatif des mouvements enregistrés pour l'année 2017

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances	Total
Organismes maintenus dans le dispositif	207	15	29	251
Organismes entrant dans le dispositif	0	0	0	0
Organismes sortant du dispositif en 2017	19	0	1	20
Dont retraits volontaires	6	0	1	7
À la suite d'une fusion-absorption	12	0	0	12
À la suite d'une liquidation	1	0	0	1
Total dans le dispositif	207	15	29	251
Hors dispositif	148	8	72	228
Total organismes complémentaires	355	23	101	479
Pourcentage d'organismes inscrits	58%	65%	29%	52%

Source : Fonds CMU-C

Figure 46 – Répartition des organismes gestionnaires depuis 2010



3.3. LES OC PROPOSANT DES CONTRATS ÉLIGIBLES À 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 48 – Les onze offres de contrats éligibles à l'ACS, sélectionnées par l'Etat 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 fin décembre 2017, 188 OC proposent des contrats éligibles à l'ACS. Parmi ces organismes, près de 40 % sont porteurs de risques, les autres sont uniquement distributeurs des offres.

La liste exhaustive de ces OC répartis par groupement est présentée sur le site info-accs.fr à destination des bénéficiaires de l'ACS.

Dans le cadre du suivi des opérations de fusions absorptions, le Fonds CMU-C ajuste régulièrement cette liste. 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.

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.info-acs.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 2017, le site a enregistré 857 117 visites, ce qui représente une augmentation de 40 % par comparaison aux visites enregistrées en 2016. 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.

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.

Toutes les études menées par le fonds, ainsi que certaines études provenant d'autres organismes y sont accessibles.

Le site www.cmu.fr est une base de renseignements pour les assurés qui peuvent, en outre, 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.

En 2017, on comptabilise 2 962 547 visites, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2016. 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/ACS.

Tableau 49 – Statistiques des sites internet pour les années 2016 et 2017

	www.cmu.fr		www.info-acs.fr	
	2017	2016	2017	2016
Nombre de visites	2 962 547	2 683 742	857 117	610 426
Durée moyenne de la visite	00:02:46	00:03:01	00:03:15	00:04:40
Nombre d'utilisateurs	2 133 325	2 002 856	704 904	465 611
dont nouveaux utilisateurs	2 106 051	1 921 712	696 775	455 898
Nombre de pages par visite	1,39	2,84	5,06	6,84
Nombre de pages vues	7 807 645	7 618 812	4 334 222	4 174 632
Pages les plus consultées	Liste des organismes gérant la CMU-C	Liste des organismes gérant la CMU-C	Page d'accueil	Page d'accueil
	CMU-C Démarches	CMU-C Démarches	Comparateur des offres	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
	Formulaires	Présentation générale des dispositifs	Démarches	Démarches

Source : Fonds CMU-C, Google analytics

1.2. L'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE 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. Il gère ainsi plus de 4 000 sollicitations par an 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.

1.3. LA PARTICIPATION DU FONDS À LA SIMPLIFICATION DES DISPOSITIFS ET À LA GÉNÉRALISATION DES TÉLÉSERVICES

En 2017, le Fonds CMU-C a contribué aux démarches de simplification du formulaire de demande de la CMU-C et de l'ACS qui se traduiront en 2018 par l'édition d'un nouveau formulaire Cerfa allégé.

En outre, le fonds a suivi le déploiement et l'avancée des téléservices de la CCMSA et de la CNAMTS permettant la demande en ligne de la CMU-C et l'ACS.

2. Les publications

2.1. LA NOTE DE CONJONCTURE

À parution trimestrielle, 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 RÉFÉRENCES 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.

Ses destinataires sont les caisses d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les URSSAF, les organismes complémentaires, les associations, les centres communaux d'action sociale, les administrations, la presse, etc.

Près de 3 500 exemplaires de cette publication sont diffusés chaque trimestre. Elle est par ailleurs adressée par voie dématérialisée à une centaine de personnes.

2.3. L'ANNUAIRE STATISTIQUE

L'annuaire statistique du fonds regroupe la plupart des données statistiques relatives à la CMU-C et à l'ACS concernant les évolutions mensuelles et annuelles des effectifs et des dépenses. Il permet également de suivre les évolutions législatives réglementaires ainsi que les montants des minima sociaux et des plafonds de revenus à ne pas dépasser pour y accéder. Il rend compte enfin de l'évolution des primes assujetties à la taxe de solidarité additionnelle et des principales données sur le budget du Fonds CMU-C.

Afin de tenir compte des données définitives, l'annuaire statistique relatif à 2016 a fait l'objet d'une publication au cours du second semestre 2017. Il est disponible sur le site du Fonds CMU-C.

3. L'information des partenaires

Les comités de suivi organisés par le fonds avec les branches maladie du régime général, du régime des indépendants et du régime agricole 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.

Temps d'échanges privilégiés, ces comités sont régulièrement l'occasion de partager 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.

Le comité de suivi avec le régime général inclut également la participation de représentants de la Direction de la sécurité sociale et de la DREES. Il s'est réuni quatre fois en 2017. Le comité de suivi avec le régime des indépendants et le régime agricole s'est réuni deux fois.

Des comités sont également périodiquement organisés par le fonds avec les associations membres du conseil de surveillance et d'autres associations partenaires. Deux réunions ont eu lieu en 2017. Les échanges ont porté notamment sur les difficultés d'accès aux soins et aux droits des bénéficiaires (refus de soins, non recours aux droits, difficultés administratives), la mise en œuvre des dernières évolutions législatives et réglementaires et les projets d'études.

VIII. Annexes

Annexe 1. Glossaire

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide pour une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ANI	Accord national interprofessionnel
BO	Bulletin officiel
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CES	Centre d'examens de santé
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-B	Couverture maladie universelle de base
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
Dom	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EN3S	Ecole nationale supérieure de sécurité sociale
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
JO	Journal officiel
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
OC	Organisme complémentaire
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures
PQE	Programme de qualité et d'efficience

RAC	Reste à charge
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SLM	Section locale mutualiste
TSA	Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, « Taxe CMU »
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URSSAF	Union de recouvrement pour la sécurité sociale et les allocations familiales

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 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)⁴⁷ 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. ;⁴⁸
- 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.

La protection universelle maladie (PUMA,) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, 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 santé⁴⁹.

De fait, la CMU de base a disparu.

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

- Avoir une activité professionnelle⁵⁰

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 France⁵¹. La régularité de la résidence est appréciée au jour de la demande⁵².

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 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

⁴⁷ Cette prestation ne fait pas l'objet d'un suivi par le Fonds CMU-C

⁴⁸ Article L.251-2 du code de l'action sociale et des familles

⁴⁹ Article L.160-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁰ Article L.111-2-2 du code de la sécurité sociale

⁵¹ Article L.111-2-3 du code de la sécurité sociale

⁵² Article R.111-3 du code de la sécurité sociale

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.).

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).

1.3. La cotisation

Sont redevables d'une cotisation, 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 COMPLÉMENTAIRE (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 maladie⁵³.

Les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient⁵⁴.

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 gestionnaires⁵⁵.

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.⁵⁶

2.2. Les conditions d'attribution

L'attribution de la CMU-C est soumise à plusieurs conditions :

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la 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, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer⁵⁷.

Au 1^{er} avril 2017, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 723 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer, soit 9 709 € pour une personne seule.⁵⁸

⁵³ 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

⁵⁴ Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale

⁵⁵ Article L.160-15 du code de la sécurité sociale

⁵⁶ Article D.911-2 du code de la sécurité sociale

⁵⁷ Article D.861-1 du code de la sécurité sociale.
Article R.861-3 du code de la sécurité sociale.

⁵⁸ La CMU-C et l'ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

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 imposables⁵⁹.

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 65,46 €)⁶⁰.

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 compte⁶¹.

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 conventionnelle⁶².

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 complémentaire⁶³.

À l'expiration de leur droit à la CMU complémentaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 € par an en 2017, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU complémentaire, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins⁶⁴.

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 droit⁶⁵.

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 complémentaire. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de moins de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'État dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence renouvelable tous les trois ans. 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 et dans certains cas, prend totalement en charge, le montant de la cotisation annuelle.

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.⁶⁶

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

⁵⁹ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

⁶⁰ Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

⁶¹ Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

⁶² Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

⁶³ Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

⁶⁴ Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1999. Arrêté du 27 avril 2001 modifié par l'arrêté du 8 mars 2013, fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

⁶⁵ Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

⁶⁶ Article D.911-2 du code de la sécurité sociale

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 2017, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 776 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les Dom, soit 13 107 € 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 droit⁶⁷.

Les allocataires de l'ASPA ont droit au renouvellement automatique de leur ACS⁶⁸.

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.

⁶⁷ Article R.863-1 du code de la sécurité sociale.

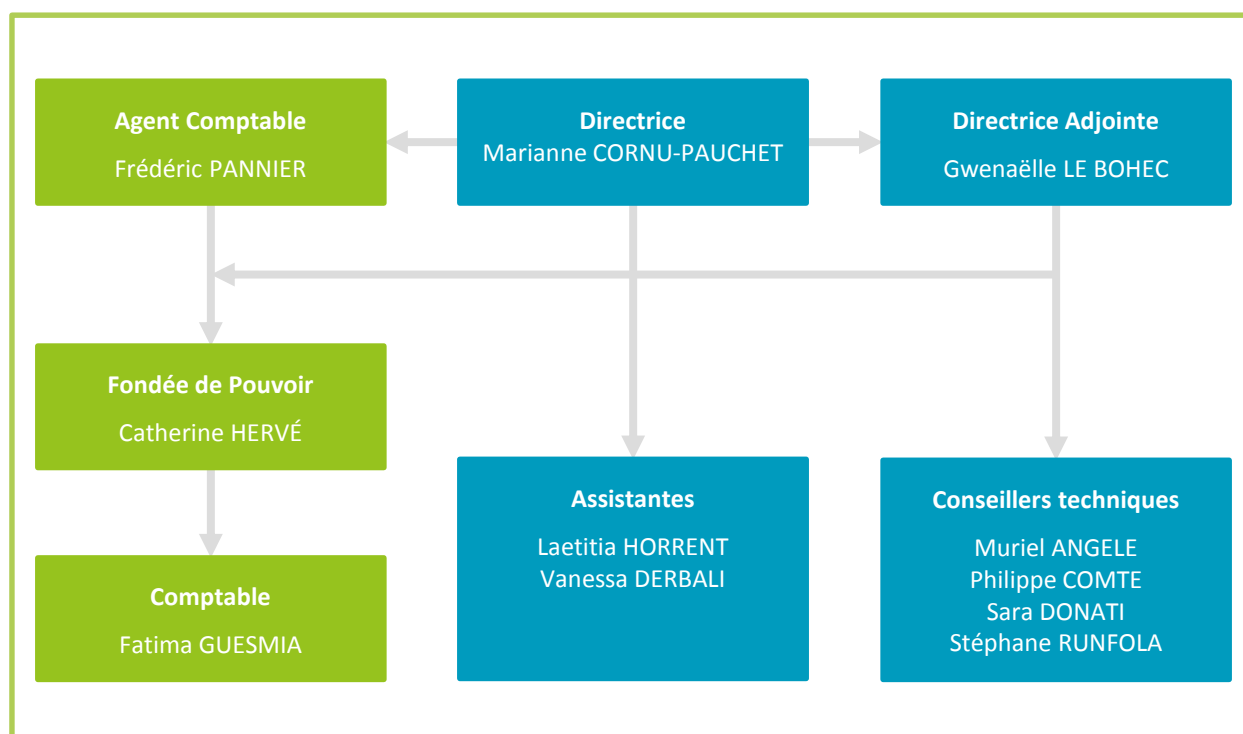
⁶⁸ Article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2017

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Décision	5-janv.-17	15-févr.-17	1-janv.-17		
Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle complémentaire au titre de l'année 2017				Fonds CMU-C	BO Santé Protection sociale Solidarité n°2017/1
Arrêté	29-déc.-16	6-janv.-17	7-janv.-17		
Désignant les associations d'usagers du système de santé participant aux commissions instituées à l'article D. 4122-4-2 du code de la santé publique				JORF n°0005	Ministère des affaires sociales et de la santé
Loi n°2017-86	27-janv.-17	28-janv.-17	29-janv.-17		
Relative à l'égalité et à la citoyenneté Article 63 : "L'article L. 861-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque les conditions de rattachement au foyer prévues par le décret en Conseil d'État mentionné au deuxième alinéa du présent article prennent fin entre la date de la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5, les personnes majeures dont l'âge est inférieur à celui fixé par ce même décret peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3, sous réserve d'attester sur l'honneur qu'elles établiront, pour l'avenir, une déclaration de revenus distincte de celle du foyer fiscal auquel elles étaient antérieurement rattachées. »				JORF n°0024	Parlement
Décret n° 2017-240	24-févr.-17	26-févr.-17	27-févr.-17		
Relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie				JORF n°0049	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2017-739	4-mai-17	5-mai-17	1-avr.-17		
Portant revalorisation du montant forfaitaire du revenu de solidarité active (revalorisation au 01-04 & 01-09) : augmentation du forfait logement				JORF n°0106	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2017-447	30-mars-17	31-mars-17	1-avr.-17		
Relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (8 723 euros pour une personne seule en métropole)				JORF n°0077	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2017-736	3-mai-17	5-mai-17	6-mai-17		
Relatif aux règles d'identification, d'affiliation et de rattachement des bénéficiaires des prestations de sécurité sociale et portant modifications de diverses dispositions relatives à l'assurance maladie				JORF n°0106	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	10-mai-17	11-mai-17	12-mai-17		
Fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale				JORF n°0138	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2017-533	12-avr.-17	14-avr.-17	1-juin-17		
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				JORF n°0089	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2017-811	5-mai-17	7-mai-17	1-juil.-17		
Relatif aux modalités de calcul du revenu de solidarité active et de la prime d'activité pour les travailleurs non salariés				JORF n°0108	Ministère des affaires sociales et de la santé

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Décret n° 2017-1363	19-sept.-17	21-sept.-17	22-sept.-17		
Modifiant le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0221	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	19-avr.-17	25-avr.-17	1-oct.-17		
Pris pour l'application de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale et fixant le niveau maximal de dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0097	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	19-avr.-17	25-avr.-17	1-oct.-17		
Modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0097	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2017-1869	30-déc.-17	31-déc.-17	31-déc.-17		
Modifiant le décret n° 2013-829 du 16 septembre 2013 relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire				JORF n°0305	Ministère des solidarités et de la santé
Loi n° 2017-1836	30-déc.-17	31-déc.-17	1-janv.-18		
De financement de la sécurité sociale pour 2018 Article 3 : minore les recettes du fonds de 150M€ pour 2017 Article 28 : minore les recettes du fonds de 150M€ pour 2018 Article 28 : le fonds devient seul attributaire de la TSA sur les garanties du II bis du L862-4 Article 28: les produits de TSA concernant les garanties du II du L862-4 sont attribués à hauteur des besoins du fonds, le solde est affecté à la CNAM ; le versement complémentaire prévu lorsque les dépenses dépassent le forfait est supprimé. Article 28 : modifie le mode de révision du forfait CMU-C Article 40 : prévoit un abattement sur les ressources des bénéficiaires de l'ASPA, de l'AAH et de l'ASI Article 21: prévoit la participation des OC à la prise en charge des modes de rémunération des médecins (8,10€ pour 2018) Article 64 : prévoit l'élaboration d'un rapport sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et/ou de précarité				JORF n°0305	Parlement
Arrêté	30-déc.-17	31-déc.-17	1-janv.-18		
Fixant pour 2018 la part forfaitaire du remboursement aux organismes gestionnaires des dépenses au titre de la couverture universelle maladie complémentaire (408 €)				JORF n°0305	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	21-déc.-17	4-janv.-18	5-janv.-18		
Fixant les modalités de répartition de la taxe de solidarité additionnelle perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4				JORF n°0002	Ministère des solidarités et de la santé

Annexe 4. Organigramme du Fonds CMU-C



Annexe 5. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2017

Num	Siren	Nom	Type	Assiette TSA (M€)
1	538 518 473	Harmonie Mutuelle	M	2 299
2	310 499 959	AXA France vie	A	2 075
3	775 685 399	MGEN - Mutuelle Générale de l'Education Nationale	M	1 805
4	784 621 468	BTP prévoyance	IP	1 313
5	333 232 270	AG2R prévoyance	IP	1 162
6	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	A	945
7	410 005 110	Humanis Prévoyance	IP	916
8	775 685 340	La Mutuelle Générale	M	911
9	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	IP	838
10	602 062 481	Generali vie	A	833
11	317 442 176	Eovi - MCD Mutuelle	M	729
12	340 234 962	Allianz Vie	A	705
13	542 110 291	Allianz IARD	A	653
14	340 427 616	Groupama Gan Vie	A	621
15	311 799 878	ADREA Mutuelle	M	583
16	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	A	578
17	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages du Crédit agricole	A	575
18	503 380 081	Mutuelle UNEO	M	566
19	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	M	563
20	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	M	538
21	777 927 120	VIASANTE Mutuelle	M	502
22	318 990 736	Uniprévoyance	IP	442
23	440 048 882	MMA IARD	A	442
24	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	M	438
25	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	A	416
26	331 542 142	MAAF santé	M	415
27	779 558 501	MACIF mutualité	M	389
28	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	IP	337
29	775 627 391	Apréva Mutuelle	M	320
30	306 522 665	AVIVA assurances	A	299

Num	Siren	Nom	Type	Assiette TSA (M€)
31	434 243 085	Mutuelle Ociane - Groupe Matmut	M	293
32	302 927 553	Mutuelle Micils	M	290
33	775 685 365	Mutuelle Intériale	M	271
34	397 498 783	Klésia Prévoyance	IP	270
35	775 709 710	APIVIA Mutuelle	M	244
36	321 862 500	APICIL Prévoyance	IP	229
37	499 982 098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	M	212
38	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	A	198
39	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	A	183
40	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	A	183
41	572 084 697	Assurances l'Equité	A	179
42	776 950 669	PREVIFRANCE	M	171
43	339 358 681	MHN -Mutuelle Humanis Nationale	M	170
44	775 671 993	Mutuelle Bleue	M	167
45	383 143 617	Solimut Mutuelle de France	M	165
46	784 669 954	Mutuelle SMI	M	159
47	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	A	156
48	384 268 413	Audiens prévoyance	IP	156
49	783 711 997	M comme mutuelle	M	154
50	449 571 256	Mutualia Territoires Solidaires	M	149

M : mutuelle, A : assurance, I : institution de prévoyance

Source : OC, Fonds CMU-C – Déclarations trimestrielles de TSA

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