

L'ACS EN CHIFFRES : Le nombre de personnes protégées par un contrat ACS a progressé de près de 9 % sur une année

→ Lire la suite P.2

TEXTES À LA UNE : Report de la prochaine procédure de mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS

→ Lire la suite P.4

OCTOBRE 2017

# Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Éditorial

n°69

À la une de ce numéro, la revalorisation des montants maximaux des dépassements applicables aux bénéficiaires de la CMU-C pour les soins prothétiques dentaires et l'application de ces tarifs aux bénéficiaires de l'ACS. De nouveaux tarifs plafonds ont été définis par règlement arbitral, pris après l'échec des négociations entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie (arrêté du 29 mars 2017).

Souhaitant renouer le dialogue social avec la profession, la nouvelle Ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé le report de l'entrée en vigueur des dispositions générales du règlement arbitral, du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 1<sup>er</sup> janvier 2019. Les mesures permettant d'améliorer la couverture des bénéficiaires de la CMU-C et de faire bénéficier les bénéficiaires de l'ACS de tarifs plafonnés sur les prothèses dentaires et l'orthodontie ont cependant été maintenues, avec une entrée en vigueur, comme prévu, au 1<sup>er</sup> octobre 2017. Pour ces derniers, la mise en place de tarifs opposables aura une incidence majeure : les bénéficiaires de l'ACS subissent en effet des restes à charge importants sur les soins prothétiques dentaires, même lorsqu'ils ont opté pour le contrat le plus couvrant en termes de garanties dentaires, parmi les trois contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS<sup>1</sup>. Leurs restes à charge baisseront pour tous les actes prothétiques dentaires, et seront même nuls pour une bonne partie des actes (de 45 % des actes pour les bénéficiaires ayant souscrit un contrat ACS d'entrée de gamme A à 70 % des actes pour ceux couverts par le contrat C qui offre la prise en charge la plus importante sur ce type de soins). Pour autant, cette nette amélioration de l'accès financier aux soins dépendra de la bonne application de ces tarifs maximaux et des moyens mis en œuvre pour en assurer l'effectivité (contrôle de l'application, communication auprès des assurés, information des organismes complémentaires d'assurance maladie, coordination entre l'assurance maladie obligatoire et les OCAM, etc.).

À l'heure où nous rédigeons, les grandes lignes des projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ont été rendues publiques. Ces derniers comportent des mesures en faveur des personnes en situation de précarité : outre la revalorisation de l'allocation adulte handicapé et du minimum vieillesse, près de 50 millions d'euros seront notamment consacrés au renforcement des dispositifs facilitant l'accès aux soins et la prise en charge des patients précaires au sein des établissements de santé. Cette enveloppe supplémentaire permettra de financer l'activité croissante des permanences d'accès aux soins en santé (PASS), et d'augmenter les crédits alloués aux établissements afin d'accompagner la forte croissance du nombre de patients précaires (ACS, CMU-C et AME) notamment dans les territoires d'outre-mer.

1 Cf. rapport annuel du Fonds CMU-C sur l'ACS à paraître en octobre 2017.

Marianne CORNU PAUCHET  
Directrice du Fonds CMU-C

## Prise en charge des soins prothétiques et orthodontiques : des évolutions pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

La CMU-C finance la prise en charge de la part complémentaire des soins dentaires, prothétiques et orthodontiques à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (TRSS). Pour les prothèses dentaires et l'orthodontie, des montants maximaux de dépassement ont été définis par un arrêté du 30 mai 2006. Hormis l'introduction des bridges de trois dents, le panier de soins dentaires CMU-C était resté inchangé depuis 2006.

Au 1<sup>er</sup> octobre 2017, les tarifs maximaux de prise en charge des soins prothétiques applicables aux bénéficiaires de la CMU-C sont revalorisés. Ces évolutions ont été décidées dans le prolongement des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et la profession des chirurgiens-dentistes initiées en fin d'année 2016 et qui ont abouti, faute d'accord, à la publication d'un règlement arbitral approuvé par arrêté du 29 mars 2017.

Le panier de soins dentaires CMU-C intègre désormais sept nouveaux actes, des montants de dépassements autorisés plus élevés pour cinquante-sept actes, ainsi qu'un forfait de prise en charge des dépassements pour les quarante-cinq actes qui n'en faisaient pas l'objet.

L'inlay-onlay (restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté) et les prothèses amovibles de transition à plaque base résine, de 1 à 3 dents jusqu'à 8 dents sont introduits dans le panier de soins.

Les couronnes métalliques et céramo-métalliques, les prothèses amovibles définitives ainsi que les bridges bénéficient d'une revalorisation conséquente du dépassement. Les inlay-core, et tous les actes de réparation, d'adjonctions et de remplacement font désormais l'objet d'un forfait de prise en charge par la CMU-C, ce qui offre aux professionnels de santé une plus large palette de plans de soins.

Le coût de ces évolutions est évalué à 39 millions d'euros en année pleine pour la CMU-C.

S'agissant de l'ACS, les trois niveaux de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS comportent une prise en charge des soins dentaires, prothétiques et orthodontiques à hauteur de 125 % du TRSS pour le contrat A, 225 % pour le contrat B et 300 % pour le contrat C.

Les nouveaux tarifs de prise en charge des soins prothétiques ainsi que les tarifs des soins orthodontiques applicables aux bénéficiaires de la CMU-C sont désormais également opposables aux chirurgiens-dentistes pour les bénéficiaires de l'ACS.

L'application de ces tarifs plafond pour les bénéficiaires de l'ACS entraîne une baisse du reste à charge pour ces patients. 45% des actes sont intégralement pris en charge pour les souscripteurs d'un contrat A, 62 % des actes pour les souscripteurs d'un contrat B et 70 % pour le contrat C.

## La CMU en chiffres

## ■ Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C en diminution au régime général

Fin juillet 2017, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à 5,46 millions pour la France entière, tous régimes confondus.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, en milliers, au 31 juillet 2017

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 298,8	543,3	4 842,1	470,0
Régime social des indépendants	342,5	15,7	358,2	47,6
Régime agricole	140,4	8,9	149,3	21,8
Autres régimes et SLM	91,6	14,1	105,7	34,7
<b>Total Juillet 2017</b>	<b>4 873,3</b>	<b>582,0</b>	<b>5 455,3</b>	<b>574,1</b>

\*Données provisoires / Source : tous régimes.

Une baisse de 1 % est constatée par rapport au mois de juillet 2016, toujours portée par le régime général, en retrait de 1,7 %. Le régime des indépendants et le régime agricole se maintiennent en hausse, respectivement de 6,7 % et de 2,4 %.

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 juillet 2016 au 31 juillet 2017

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	-0,9 %	-7,7 %	-1,7 %	-13,1 %
Régime social des indépendants	+6,4 %	+16,0 %	+6,7 %	-4,7 %
Régime agricole	+3,5 %	-11,6 %	+2,4 %	-9,3 %
Autres régimes et SLM	+5,6 %	-1,9 %	+4,5 %	-0,1 %
<b>Total Juillet 2017</b>	<b>-0,2 %</b>	<b>-7,1 %</b>	<b>-1,0 %</b>	<b>-11,7 %</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes.

La diminution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C au régime général est corrélée à la baisse du nombre de demandeurs d'emplois - avec un décalage d'un an -, et du nombre d'allocataires du RSA.

## L'ACS en chiffres

## ■ Le nombre de personnes protégées par un contrat ACS a progressé de près de 9 % sur une année

La délivrance des attestations par les caisses d'assurance maladie continue de progresser : à fin juillet 2017, sur les douze derniers mois (en année complète mobile), le nombre de personnes ayant reçu une attestation ACS s'établit à 1,52 million. Cela correspond à une hausse de 7,3 % en référence aux douze mois précédents. Sur les sept premiers mois de l'année, la hausse est de 6,7 % en période comparable à l'année précédente.

Le taux d'utilisation de ces attestations s'inscrit à la hausse depuis février 2017. Il atteint 77,3 % à fin juillet 2017.

Depuis juillet 2016, on observe une certaine stabilité du flux des entrants : autour de 85 000 personnes entrent en moyenne chaque mois dans le dispositif (nouveaux entrants et renouvellements) avec un pic en janvier 2017 (102 000 entrants).

Entre le mois d'août 2016<sup>1</sup> et le mois de janvier 2017, le nombre de sorties a augmenté progressivement pour rejoindre le niveau des entrées et le dépasser sur janvier 2017. Cette tendance s'est inversée ensuite.

Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS s'établit en conséquence à 1 165 679 à fin juillet 2017 (stock). Il est en hausse de 8,8 % en référence à juillet 2016.

## ■ La dépense individuelle de CMU-C reste à un niveau inférieur à celui de 2016

En juillet, la dépense totale de soins prise en charge pour les bénéficiaires dont la CMU-C est gérée par le régime général représente 1,83 Md€ (dépense en trésorerie). Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 412 € (métropole et Dom) ; il est en baisse de 1,3 %. Ce coût moyen est en baisse en métropole (413 € / -1,6 %), mais il est en légère hausse dans les Dom (0,4 % / 401 €).

Le coût moyen pour les soins hospitaliers est de 106 € pour l'ensemble du territoire, avec des évolutions contrastées entre les prestations, qui sont en légère progression de 0,2 % pour un coût moyen de 79 €, et les forfaits journaliers, qui sont en diminution de 3,3 %, avec un coût moyen de 27 €. Le coût moyen pour la ville est de 306 €. Il baisse de 1,5 %. Ce mouvement ne concerne que la moitié des postes de soins de ville, mais inclut les médicaments et les consultations des généralistes et le dentaire (soins et prothèses), qui concentrent à eux-seuls 47 % de la dépense. La tendance à la baisse sur le dentaire pourrait prochainement s'inverser, avec l'application du nouveau panier de soins dentaires au 1<sup>er</sup> octobre 2017 (voir article à la Une de ce numéro).

Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 juillet 2017 - Régime général - Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 357 M€	0,3 %	306 €	-1,5 %
Hôpital	469 M€	1,1 %	106 €	-0,7 %
<b>Total</b>	<b>1 826 M€</b>	<b>0,5 %</b>	<b>412 €</b>	<b>-1,3 %</b>

\* 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 CMU-C est gérée par le régime obligatoire (4,43 M de bénéficiaires), Métropole et Dom.

## ■ Les bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA sont moins nombreux

En avril 2017, 1,65 million de personnes sont affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence au titre du RSA. Ce chiffre est en baisse de 6,6 % par rapport à avril 2016. Les trois quarts des affiliés ont recours à la CMU-C (77,4 %). Le taux de recours baisse régulièrement depuis le début du deuxième semestre 2016 : en avril 2017 il est inférieur de 2 points à celui d'avril 2016.

Métropole et Dom - données définitives.

La répartition des personnes protégées par type de contrat n'évolue quasiment pas dans le temps : à fin juillet 2017, 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) et / ou intermédiaire (contrat B).

1 Mois de mise en œuvre du suivi des sorties.

Suivi du nombre de personnes protégées par un contrat ACS depuis janvier 2017

	Flux d'entrants au cours du mois	Flux de sortants au cours du mois	Stocks fin de mois	Évolution mensuelle du stock	Taux d'utilisation des attestations ACS
31/01/17	101 782	112 872	1 105 257	-11 090	75,5 %
28/02/17	86 818	79 320	1 112 755	7 498	75,0 %
31/03/17	90 119	74 452	1 128 422	15 667	76,1 %
30/04/17	82 515	71 744	1 139 193	10 771	76,1 %
31/05/17	78 936	69 929	1 148 200	9 007	77,1 %
30/06/17	89 843	82 600	1 155 443	7 243	76,8 %
31/07/17	79 305	69 069	1 165 679	10 236	77,3 %

Sources : 11 groupements d'organismes complémentaires santé gestionnaires de l'ACS - CNAMTS, CCMSA, CNRSI.

## Fréquence OC

## ■ Une évolution de l'assiette de la TSA assez dynamique au premier semestre 2017

Au premier semestre 2017, l'assiette globale de la TSA évolue de 2,3 %<sup>1</sup>. Les garanties "contrats classiques solidaires et responsables" représentent 89 % de l'assiette totale.

L'assiette de la TSA finançant le Fonds CMU-C est en hausse de 6,3 % au premier semestre 2017 (par rapport au premier semestre 2016), dont + 2,7 % au titre de l'évolution à champ constant de l'assiette affectée au fonds en 2016<sup>2</sup>.

L'évolution de + 3,2 % de l'assiette à champ constant au premier trimestre 2017 était attendue compte tenu d'un effet base négatif au premier trimestre 2016 (- 3,0 % par rapport au premier trimestre 2015). La hausse de 2,1 % constatée au deuxième trimestre est quant à elle dynamique dans la mesure où le deuxième trimestre 2016 était en augmentation de 3,6 %.

La recette de TSA affectée au Fonds CMU-C est en hausse de 26,8 % par rapport au premier semestre 2016, soit un rendement supplémentaire à hauteur de 306 millions d'euros. Cette hausse très importante découle essentiellement des effets de la LFSS 2017 qui se traduit par un surcroît de recettes de 275 M€ sur la période.

<sup>1</sup> La recette de TSA est attribuée à la CNAMTS et au Fonds CMU-C - Chiffres arrêtés au 19 septembre 2017.

<sup>2</sup> L'élargissement de l'assiette découlant de la LFSS 2017 correspond à un montant de 640 millions d'euros (contrats 1<sup>er</sup> euro et contrats IJ) sur le premier trimestre 2017.

## L'assiette de la TSA sur le premier semestre 2017

	T1 2017	T1 2016	Évolution	T2 2017	T2 2016	Évolution	S1 2017	S1 2016	Évolution
Assiette TSA finançant le Fonds CMU-C	10 708 312	10 010 797	7,0 %	8 630 741	8 190 356	5,4 %	19 339 053	18 201 153	6,3 %
Dont champ constant assiette 2016	10 332 097	10 010 797	3,2 %	8 364 013	8 190 356	2,1 %	18 696 110	18 201 153	2,7 %
Dont élargissement assiette aux contrats 1 Euro et aux contrats IJ	376 215	-	-	266 728	-	-	642 944	-	-

Source : Télédéclarations des organismes complémentaires auprès de l'URSSAF Île-de-France.

## ■ Inscription ou retrait de la liste des organismes gestionnaires de la CMU-C pour 2018

Les organismes complémentaires souhaitant s'inscrire ou se retirer de la liste des organismes volontaires pour gérer la CMU-C pour 2018, ont jusqu'au 31 octobre 2017 pour adresser leur demande au Fonds CMU-C par courrier.

Pour l'inscription, le formulaire est disponible sur le site internet : [www.cmu.fr/faq\\_oc\\_cmuc.php](http://www.cmu.fr/faq_oc_cmuc.php)

Le retrait de la liste se fait par courrier simple. Un accusé de réception est adressé à l'organisme.

## Études et Rapports

## ■ CNAMTS - Rapport Charges et Produits : Lutter contre les inégalités sociales de santé par la prévention

La CNAMTS remet chaque année au Gouvernement et au Parlement le rapport Charges et produits qui comporte des propositions pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses.

Dans le dernier rapport rendu public en juillet 2017, la CNAMTS rappelle que la prévention demeure une priorité. Parmi les actions de prévention déjà engagées figurent les examens bucco-dentaires à destination des enfants et des adolescents, mis en place par la convention du 14 juin 2006 entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance maladie.

L'évaluation de ce dispositif de prévention bucco-dentaire inclut en 2016 une analyse spécifique des jeunes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. Ces jeunes présentent un indice carieux (mesure du nombre de dents cariées, absentes pour carie ou obstruées) plus important que les autres. À titre d'exemple, pour les enfants de 6 ans, l'indice carieux est 1,17 pour les enfants bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS contre 0,51 pour la population générale. À l'issue des programmes de soins, l'indice carieux des enfants relevant de la CMU-C ou de l'ACS diminue même si la baisse est moins importante que pour la population générale. Pour les enfants de 6 ans bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, l'indice carieux est ramené à 0,39 tandis qu'il s'établit à 0,14 pour enfants de 6 ans en population générale.

Ces résultats confortent la CNAMTS dans son souhait d'amplifier les démarches de prévention notamment auprès des plus défavorisés.

● Rapport Charges et produits pour l'année 2018 - CNAMTS - Juillet 2017

## ■ Le Défenseur des droits dénonce les conséquences de la lutte contre la fraude aux prestations sociales sur les droits des usagers

Le Défenseur des droits a rendu public un rapport visant à identifier et évaluer les effets des dispositifs de lutte contre la fraude sur les droits des usagers du service public.

À l'origine de cette démarche, le constat fait depuis 2014, d'une hausse des signalements effectués auprès de ses services concernant des difficultés rencontrées par les usagers des services de protection sociale, liées au "durcissement de la lutte contre la fraude aux prestations sociales".

Pour mener à bien ce rapport, le Défenseur des droits a interrogé les principaux acteurs de la mise en œuvre de la lutte contre la fraude afin de recueillir leurs observations (CNAF, CNAV, CNRSI, CNAMTS, CCMISA, le Pôle Emploi...). De ces observations et des signalements recueillis auprès des usagers, le Défenseur des droits dresse plusieurs constats et donne seize recommandations, notamment :

- Il constate qu'une interprétation extensive de la notion de fraude conduit souvent à assimiler l'erreur ou l'oubli à la fraude. Il recommande donc une modification des dispositions du code de la sécurité sociale afin que l'intention frauduleuse soit un élément constitutif de la fraude.
- Le Défenseur des droits déplore une "appréciation subjective souvent erronée de la notion de concubinage<sup>1</sup> par les organismes" et recommande à la direction de la sécurité sociale de diffuser des instructions détaillées sur cette notion. En outre, il recommande aux organismes de former leurs agents aux particularités de l'enquête visant à établir un concubinage.
- Le Défenseur aborde le sujet du ciblage des "suspects" : dans un but de rationalisation des contrôles, la Délégation nationale de lutte contre les fraudes (DNLF) préconise l'utilisation du data mining c'est-à-dire l'exploitation automatisée des données afin de cibler, par des techniques d'algorithme, les dossiers ayant la plus forte probabilité de présenter une anomalie. Le Défenseur souligne que tous les organismes sont engagés, à des stades différents, dans le développement du data mining sous l'impulsion de la DNLF. Il alerte sur le caractère potentiellement discriminatoire des critères utilisés et recommande à la DNLF d'engager une réflexion sur les alternatives au data mining afin de mieux garantir l'égalité de traitement des usagers.

Dans un contexte de développement des procédures déclaratives simplifiées propices aux erreurs, le Défenseur des droits conclut son rapport en préconisant la généralisation d'un droit à l'erreur pour les demandeurs et bénéficiaires de prestations afin de garantir un meilleur respect de leurs droits face à la lutte contre la fraude.

● Rapport "Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?" - Défenseur des droits - Septembre 2017

<sup>1</sup> Le concubinage doit être déclaré pour la perception de certaines prestations car les ressources du concubin sont prises en compte lors de l'étude du droit (RSA, ASPA, CMU-C, ACS, etc.).

## ■ Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes alerte sur l'état de santé et le difficile accès aux soins des femmes en situation de précarité

Selon un récent rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes publié le 29 mai dernier, la santé et l'accès aux soins des femmes en situation de précarité se dégradent : moindre suivi gynécologique, prévalence plus importante des grossesses à risque et des troubles psychologiques, mortalité prématurée liée à des maladies cérébro-vasculaires, moindre dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, augmentation des maladies professionnelles...

D'après les résultats d'une étude de juin 2016<sup>1</sup>, ce sont près de 9,5 millions de femmes qui avaient reporté ou renoncé à des soins au cours des douze derniers mois.

Les auteurs rappellent que les problématiques en santé et d'accès aux soins des femmes en situation de précarité tiennent à la fois à des spécificités liées au genre et à des inégalités sociales de santé. Le manque de moyens financiers constitue, parmi d'autres facteurs, la première cause de renoncement aux soins. Les femmes représentent ainsi notamment 53 % des personnes pauvres et constituent la majorité des personnes en situation de précarité.

Face à ces constats alarmants, le Haut Conseil à l'Égalité appelle à une politique volontariste de lutte contre les inégalités de santé qui tiennent compte des inégalités de sexe et encourage le développement de dispositifs spécifiques à destination des femmes en situation de précarité. Parmi les nombreuses préconisations, le HCE souhaite notamment une meilleure communication sur les droits et une simplification de l'accès aux prestations sociales en matière de santé (CMU-C, ACS, AME), la mise en place d'un accompagnement pour faciliter les démarches mais également

la généralisation effective du tiers-payant, la réduction des inégalités d'offre de soins sur le territoire et la lutte contre le refus de soins.

■ Rapport "La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité" - Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes - mai 2017

<sup>1</sup> Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses primaires d'assurance maladie, ODENORE/PACTE/CNRS, 2016.

## ■ Baromètre DREES : L'opinion des Français sur l'état de santé et le système de soins

Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête annuelle de suivi de l'opinion des Français depuis 2000 sur la santé, les inégalités, la protection sociale et, depuis 2014, sur la cohésion sociale. L'enquête est effectuée en face à face d'octobre à décembre auprès d'un échantillon d'au moins 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

D'après le dernier Baromètre d'opinion de la DREES, les personnes en situation de pauvreté ont plus souvent que les ménages aisés une opinion défavorable de la qualité des soins délivrés par les hôpitaux (17 % contre 12 %), les dentistes (13 % contre 7 %), les cliniques privées (9 % contre 4 %) et les urgences (31 % contre 21 %). Selon la DREES, ces divergences peuvent refléter des prises en charge de qualité inégale, mais aussi des différences dans le recours au soin, plus tardif chez les plus modestes, en raison d'un non-recours plus important et d'un moindre usage des dispositifs de prévention.

■ Rapport "Les dépenses de santé en 2016 - résultats des comptes de la santé - édition 2017" - Fiche 38 - DREES - Septembre 2017

## Textes à la une

### ■ Revalorisation du RSA au 1<sup>er</sup> septembre : augmentation du forfait logement

Le RSA a été revalorisé au 1<sup>er</sup> septembre 2017. Son montant est de 545,48 € pour une personne seule.

Le montant du forfait logement est pris en compte dans les ressources lors d'une demande de CMU-C, ACS, ou d'AME, par une personne bénéficiant d'une aide au logement, propriétaire ou hébergée à titre gratuit. Il représente 12 % du montant du montant forfaitaire du RSA, soit 65,46 € par mois pour une personne seule.

### ■ Report de la prochaine procédure de mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a mis en place la sélection de contrats d'assurance santé complémentaire éligibles à l'ACS par le biais d'une procédure de mise en concurrence ayant pour objectif de renforcer l'attractivité du dispositif en améliorant le rapport qualité-prix des contrats souscrits. La première sélection issue de cette procédure a pris effet le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Prévue pour une durée de trois ans, elle devait arriver à échéance le 1<sup>er</sup> juillet 2018.

Le décret n° 2017-1363 du 19 septembre 2017 proroge cette échéance jusqu'au 31 décembre 2018, afin de permettre un bilan exhaustif de la première procédure de sélection et d'en tirer tous les enseignements en vue de la prochaine mise en concurrence.

### ■ Décret n° 2017-1247 du 7 août 2017 relatif à la consultation du fichier national des comptes bancaires par les organismes de sécurité sociale

Dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche de simplification du Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique, une mesure prévoit que les usagers des organismes sociaux et du Pôle emploi aient la possibilité de saisir leurs coordonnées bancaires en ligne. Ce décret permet à ces organismes de consulter le fichier FICOBA afin de vérifier la correspondance entre les coordonnées bancaires validées en ligne par les usagers et leur identité.

Pour plus d'informations : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

Références - Lettre d'information éditée par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Adresse : Fonds CMU - Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS - Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99 -

Courriel : [accueil@fonds-cmu.gouv.fr](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr) - Site : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) - Directrice de la publication : Marianne Cornu-Pauchet -

Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 - Dépôt légal : Octobre 2017