

Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Éditorial

n°70

À la une de ce premier numéro de l'année, les principaux enseignements du rapport annuel du Fonds CMU-C sur la dépense de CMU-C. Ce rapport montre que la composition de la dépense de complémentaire santé pour les personnes les plus démunies est proche de celle de la population générale, avec toutefois un poids plus important des soins dentaires et des médicaments, et un poids plus faible des dispositifs médicaux (audioprothèses, optique, appareillages divers). Ce dernier poste représente en effet moins de 10 % des dépenses de CMU-C contre près d'un quart de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par les OC en population générale.

La couverture des trois contrats ACS laisse quant à elle des restes à charge (RAC) potentiellement élevés pour les bénéficiaires de l'ACS qui peuvent atteindre, dans certains cas, des montants équivalant à un mois de ressources après intervention de l'AMO et de l'AMC. À l'origine de ces restes à charge figurent bien sûr les soins prothétiques dentaires, l'optique et l'audioprothèse.

Cependant, réduire les RAC des bénéficiaires de l'ACS ne suffira pas si le dispositif ne rencontre pas son public. Pour la CMU-C, il est frappant de constater que 18 ans après sa mise en place, encore 30 % de personnes éligibles n'y recourent pas, alors même qu'elles pourraient bénéficier d'une couverture maladie complémentaire gratuite. La hausse du recours à l'ACS constitue un enjeu encore plus fort. Après 14 ans d'existence, environ 55 %¹ des personnes éligibles à l'ACS, 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.

Ce sujet fondamental du non recours renvoie 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...

En 2018, le Fonds CMU-C, du fait de sa position centrale au cœur de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire des personnes en situation de pauvreté, contribuera à la préparation des réformes en cours et élargira encore ses travaux d'analyse sur les dispositifs : travaux sur le "RAC 0", 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 d'un observatoire national mobilisant plusieurs partenaires (IRDES, DREES, CPAM...). 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. Je souhaite à chacun et chacune d'entre vous une très bonne année 2018.

Marianne CORNU-PAUCHET
Directrice du Fonds CMU-C

¹ 16 % de la population éligible à l'ACS est déjà couverte par un contrat collectif d'entreprise (Source : DREES). Le pourcentage de 16 % a donc été déduit de la population éligible estimée.

La CMU-C est une complémentaire santé analogue aux autres

En application de l'article L.862-2 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU-C établit chaque année la dépense de CMU-C par bénéficiaire. Ce travail s'effectue à partir des données fournies par les différents organismes gestionnaires de la CMU-C : caisses nationales de sécurité sociale (CNAMTS, CNRSI, CCMSA, régimes spéciaux) et organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance). Il donne chaque année lieu à un rapport du Fonds CMU-C.

En 2016, 5,5 millions de personnes bénéficient de la CMU-C pour l'ensemble des régimes et du territoire, en moyenne annuelle. 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 en trésorerie par bénéficiaire pour la part couverte par la CMU-C en 2016, varie entre 417 € pour la CNAMTS et 337 € pour la CNRSI, pour l'ensemble du territoire. 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 381 €.

Des différences se retrouvent également au niveau des territoires. Pour la dépense de ville en trésorerie, 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 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. Le poids de la dépense hospitalière (y compris forfaits journaliers d'hébergement) varie de 19 % au régime des indépendants à 27 % au régime général.

Ainsi la CMU-C prend mieux en charge les soins dentaires et les médicaments que les organismes complémentaires pour la population générale, mais elle prend moins bien en charge les équipements médicaux. La part de la dépense totale de consommation en soins et biens médicaux (CSBM) financée par les organismes complémentaires pour les postes dentaires et les médicaments est en effet inférieure à celle couverte par la CMU-C.

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 indicateurs de repère retenus par le Fonds CMU-C : la CSBM, pour la prise en charge par les organismes complémentaires et la dépense des ressortissants du régime général au titre du seul ticket modérateur. La baisse concerne 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 conduit

L'équipe du Fonds CMU-C vous présente ses meilleurs vœux pour l'année 2018

Le Fonds CMU-C à développer des outils d'observation qui devraient apporter leurs premiers éclairages dans le prochain rapport annuel sur le coût moyen CMU-C.

Par ailleurs, la tendance à la baisse du coût moyen pourrait s'inverser partiellement fin 2017 et de manière plus accentuée en 2018, du fait de l'entrée

en vigueur de plusieurs mesures tarifaires, dont la mise en application du nouveau panier de soins dentaires à compter du 1^{er} octobre 2017 et la hausse du forfait journalier à l'hôpital à compter du 1^{er} janvier 2018.

Le rapport 2017 sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C en 2015 et 2016 est disponible sur www.cmu.fr

La CMU-C en chiffres

■ Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C poursuivent leur diminution au régime général

Fin octobre 2017, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à 5,48 millions pour la France entière, tous régimes confondus.

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

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 310	544	4 855	460
Régime social des indépendants	346	16	362	47
Régime agricole	145	9	153	22
Autres régimes et SLM	91	14	105	34
Total Octobre 2017	4 892	583	5 475	563

Données provisoires / Source : tous régimes

Une baisse de 0,3 % est constatée par rapport au mois d'octobre 2016, portée par le régime général, en retrait de 1 %. La diminution des effectifs au régime général n'est pas homogène : - 0,3 % en métropole pour - 5,8 % dans les Dom. Le régime des indépendants et le régime agricole restent en hausse, respectivement de 6,6 % et de 3,9 %. La part des bénéficiaires de la CMU-C ayant fait le choix d'un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits est en retrait de 10,4 % pour l'ensemble des régimes, dont - 12,1 % au régime général.

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

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	- 0,3 %	- 5,8 %	- 1,0 %	- 12,1 %
Régime social des indépendants	+ 6,2 %	+ 15,0 %	+ 6,6 %	- 4,1 %
Régime agricole	+ 5,1 %	- 12,6 %	+ 3,9 %	- 6,5 %
Autres régimes et SLM	+ 1,1 %	- 1,3 %	+ 0,7 %	+ 3,9 %
Total Octobre 2017	+ 0,3 %	- 5,3 %	- 0,3 %	- 10,4 %

Données provisoires / Sources : tous régimes

L'ACS en chiffres

■ L'ACS poursuit sa progression

La délivrance des attestations par les caisses d'assurance maladie continue de progresser à un rythme satisfaisant : à fin septembre 2017, sur les 12 derniers mois (en année complète mobile), le nombre de personnes ayant obtenu une attestation de droit à l'ACS s'établit à 1,54 million. Cela correspond à une hausse de 6,8 % en référence aux 12 mois précédents.

Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS A, B ou C s'établit à près de 1,19 million à fin octobre 2017 (stock). Il a augmenté de 7,5 % en une année.

■ La dépense individuelle de CMU-C reste en diminution

En octobre, la dépense totale de soins prise en charge pour les bénéficiaires dont la CMU-C gérée par le régime général représente 1,82 Md€ (dépense en trésorerie). Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 410 € (métropole et Dom) ; il est en baisse de 1,7 %. Le coût moyen diminue en métropole (412 € / - 2 %), mais il reste en légère hausse dans les Dom (402 € / 0,1 %).

Le coût moyen pour les soins hospitaliers est de 104 € pour l'ensemble du territoire. Les postes des prestations hospitalières et du forfait journalier sont l'un et l'autre en baisse (prestations : 77 € / - 2,6 % ; forfait journalier : 27 € / - 3,2 %).

Le coût moyen pour la ville est de 306 €. Il baisse de 1,3 %. Les postes des honoraires des médecins généralistes (40 €) et des honoraires des médecins spécialistes (28 €) présentent des évolutions fortement contrastées : - 8,1 % versus + 12,2 %, l'écart croît depuis le début de l'exercice 2017.

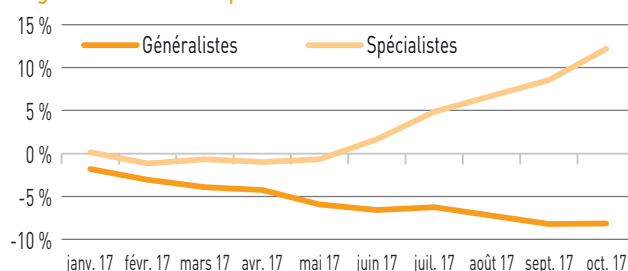
Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 octobre 2017 – Régime général – Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 360 M€	- 0,3 %	306 €	- 1,3 %
Hôpital	462 M€	- 1,8 %	104 €	- 2,8 %
Total	1 822 M€	- 0,7 %	410 €	- 1,7 %

* 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 (4,44 M de bénéficiaires), Métropole et Dom

Évolution de la dépense de CMU-C par bénéficiaire pour les honoraires des généralistes et des spécialistes



Après avoir progressé rapidement, 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 octobre 2017.

Le taux d'utilisation du chèque auprès d'un organisme complémentaire santé est stable à 77 %.

La répartition des personnes protégées par type de contrat n'évolue quasiment pas dans le temps : à fin août 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).

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	86 817	79 319	1 112 755	7 498	75,0 %
31/03/17	90 119	74 452	1 128 422	15 667	76,1 %
30/04/17	82 516	71 745	1 139 193	10 771	76,1 %
31/05/17	78 935	69 928	1 148 200	9 007	77,1 %

	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
30/06/17	86 539	81 396	1 153 343	5 143	76,7 %
31/07/17	76 059	66 122	1 163 280	9 937	77,1 %
31/08/17	69 694	60 840	1 172 134	8 854	77,1 %
30/09/17	70 582	62 649	1 180 067	7 933	77,1 %
31/10/17	78 851	71 123	1 187 795	7 728	77,2 %

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, CNAM, CCMSA, CNRSI

L'ACS en analyse

■ Rapport annuel sur l'ACS : de nouveaux éclairages sur l'utilisation des attestations ACS et sur les restes à charge des bénéficiaires après intervention de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Le dernier rapport annuel sur l'ACS paru en octobre 2017 permet de dresser un état des lieux du dispositif deux ans après la réforme de juillet 2015.

Le taux d'utilisation des chèques ACS s'élève en moyenne à 77 %. Il augmente progressivement avec l'âge pour atteindre 91 % chez les plus âgés (70 ans et plus). L'utilisation de l'aide pour souscrire un contrat est inégale sur le territoire : le taux d'utilisation varie de 47 % à 91 % selon le département.

La réforme a conduit à une amélioration significative du niveau de garantie des contrats souscrits et ce, alors même que leurs prix ont baissé de plus de 10 %. Pour les organismes complémentaires, l'équilibre technique des contrats ACS, mesuré par le ratio prestations / cotisations, est fragile. En 2016, les contrats ACS ressortent globalement en léger déséquilibre en raison du déséquilibre du contrat C.

Par ailleurs, l'analyse des dépenses de santé des assurés montre que les bénéficiaires de l'ACS contribuent directement pour 6 % au financement de ces dépenses, la participation de l'assurance maladie obligatoire s'établissant à 60 % et celle de l'assurance complémentaire à 34 %. Pour certains postes toutefois, la participation de l'assuré reste plus importante : les bénéficiaires de l'ACS financent directement entre un tiers et deux-tiers de leur dépense en prothèses dentaires selon le contrat souscrit. Pour l'audioprothèse, la participation des personnes couvertes par les contrats A ou B est encore plus élevée puisqu'elle est égale aux trois quarts de la dépense.

Le taux de recours à ces soins coûteux est limité et les restes à charge des personnes concernées peuvent atteindre des niveaux relativement élevés, même s'ils ont tendance à décroître avec le niveau des garanties souscrites. À titre d'exemple, pour les prothèses dentaires, le reste à charge moyen par consommant s'établit à 432 € pour le contrat A et 329 € pour le contrat C. Pour l'audioprothèse, il peut atteindre 617 €.

Au-delà du reste à charge (RAC) sur prestations, le consommant est également exposé au reste à charge sur le prix de son contrat (prix du contrat - montant de l'ACS). La somme des deux RAC constitue la dépense totale de santé financée par le consommant. Le RAC sur prestations a tendance à décroître avec le niveau de garantie alors que c'est l'inverse pour le RAC sur le prix.

Pour une personne consommant des soins d'optique, de prothèses dentaires ou d'audioprothèse, des cas type montrent que l'effet prix du contrat l'emporte et que le RAC total est ainsi plus élevé pour le contrat C. En revanche, le constat change lorsque le bénéficiaire consomme plusieurs types de soins. En effet, l'effet prix est alors 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 : le RAC total diminue alors quand le niveau de garantie augmente.

Dans certaines situations, le RAC total atteint des niveaux équivalant à un mois de ressources.

Des restes à charge sont également observés pour les soins de ville courants (consultations médicales, etc.) suggérant, même s'ils sont faibles, que l'opposabilité des tarifs n'est pas toujours appliquée, et corroborant ainsi le constat établi par la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C de mai 2015.

Le rapport est disponible sur www.cmu.fr

Fréquence OC

■ Une assiette de la TSA en évolution de + 1,9 % sur les neuf premiers mois de l'année 2017

Sur les neuf premiers mois de 2017, l'assiette de la TSA, tous attributaires confondus, évolue de + 1,9 %. Au sein des 8 assiettes constitutives de la TSA, 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 5,8 % dont + 2,2 % au titre de l'évolution à champ constant de l'assiette 2016.

La recette de TSA affectée au Fonds CMU-C est en hausse de 26,4 % par rapport aux 9 premiers mois de 2016, soit un rendement supplémentaire de 439 millions d'euros. Cette hausse très importante découle essentiellement des effets de la LFSS 2017, puisqu'au sein des + 26,4 %, seuls + 2,2 % correspondent à l'évolution du rendement à champ constant par rapport à 2016.

La recette supplémentaire découlant de l'article 34 de la LFSS pour 2017 s'établit à 402 millions d'euros sur la même période.

Évolution de l'assiette de la TSA finançant le Fonds CMU-C sur les 9 premiers mois de 2017 [en millions d'euros]

	9M 2016	9M 2017	Evolution
Assiette TSA finançant le Fonds CMU-C	26 500	28 045	5,8 %
Dont champ constant assiette 2016	26 500	27 089	2,2 %
Dont élargissement assiette aux contrats 1 Euro et aux contrats IJ	-	957	-

Chiffres au 7 novembre 2017
Source : télédéclarations auprès de l'URSSAF de Paris Île-de-France par les OC redevables de la TSA

■ Organismes complémentaire gérant la CMU-C en 2018

La liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C pour l'année 2018 est disponible sur le site www.cmu.fr et sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarités du 15 février prochain. Pour l'année 2018, 232 organismes complémentaires sont volontaires pour gérer la CMU-C (contre 251 en 2017). Huit organismes se sont retirés volontairement de la liste. Les autres retraits sont principalement dus à des opérations de fusion-absorption entre organismes.

Textes à la une

■ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

La loi n°2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a été publiée au Journal officiel du 31 décembre 2017.

La modification des modalités de financement du Fonds CMU-C

Les modalités de financement sont modifiées afin de compenser strictement les dépenses du fonds, qui ne sera financé qu'à hauteur de ses besoins. Par ailleurs, les articles 3 et 28 minorant de 150 M€ les recettes du fonds au titre des exercices 2017 et 2018 afin de réduire le résultat cumulé net du fonds au bénéfice de la branche maladie du régime général.

À partir de 2018, le fonds devient seul attributaire du produit de la taxe sur les garanties mentionnées au II bis de l'article L.862 4 du code de la sécurité sociale (assurances de groupe professionnelles, garanties santé couvrant les professions agricoles, contrats au 1^{er} euro, garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières de sécurité sociale). Le produit de la taxe concernant les garanties santé mentionnées au II de l'article L.862-4 (contrats d'assurance maladie complémentaire solidaires et responsables) est attribué au fonds à hauteur de ses besoins, le solde étant affecté à la CNAMTS. Le reversement à la CNAMTS jusqu'à présent prévu lorsque son coût moyen de dépenses de CMU-C par bénéficiaire dépasse le montant du forfait est supprimé.

La modification des modalités de révision du forfait CMU-C

Le fonds rembourse aux organismes gestionnaires de la CMU-C les dépenses qu'ils ont prises en charge dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire, revalorisé annuellement en fonction de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport annexé à la loi de finances annuelle. Depuis 2012, le coût moyen des dépenses de CMU-C est en baisse, tandis que le montant du forfait annuel progresse. L'article 28 modifie le mode de révision du forfait qui est désormais fixé en fonction de l'évolution du coût moyen de la CMU-C en N-2. Pour 2018, le forfait est ainsi revalorisé en fonction de l'évolution définitive du coût moyen CMU-C entre 2015 et 2016. Il est fixé à 408 € par l'arrêté du 30 décembre 2017.

Un abattement appliqué sur les ressources des bénéficiaires de l'ASPA, de l'AAH et de l'Allocation supplémentaire d'invalidité

L'article 40 prévoit une revalorisation progressive fixée par décret du montant de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et du minimum vieillesse. Quant à l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), elle sera revalorisée en 2018 et 2019. Actuellement, les niveaux de l'ASPA, du minimum vieillesse, de l'Allocation supplémentaire d'invalidité et de l'AAH permettent à leurs bénéficiaires d'être éligibles à l'ACS. Afin de maintenir l'éligibilité de ces allocataires à l'ACS, le III de l'article 40 instaure un abattement sur ces ressources. Le niveau de l'abattement sera fixé pour chacune des allocations, dans la limite de 15 % de leurs montants maximaux, selon des modalités qui seront fixées par arrêté.

Participation à la prise en charge des modes de rémunération des médecins due par les organismes complémentaires (article 21)

Il est institué pour l'année 2018 une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes complémentaires. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cette participation, due par chaque organisme en activité au 31 décembre 2018, est égale au produit d'un forfait annuel de 8,10 € par le nombre de personnes ayant bénéficié au cours de l'année 2017 de la prise en charge par leur organisme complémentaire, du ticket modérateur, à l'occasion d'une consultation, ou d'une visite effectuée chez leur médecin traitant (à l'exception des bénéficiaires de la CMU-C et des assurés et ayants droit de moins de 16 ans, au 31 décembre 2017).

Élaboration d'un rapport sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité

L'article 64 prévoit la remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Ce rapport porte notamment sur les restes à charge en santé liés au handicap, le niveau des avances de frais et le renoncement aux soins pour motif financier, afin d'identifier les mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales d'accès à la santé pour les personnes fragiles. Ce rapport est remis dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Ils se sont réunis

■ Le comité de suivi Fonds CMU-C - Associations

Il a tenu sa seconde séance de l'année le 13 décembre, 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). Le rapport annuel sur l'ACS, les dernières évolutions législatives et réglementaires, ainsi que les projets d'études du fonds ont également été présentés.

■ Le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration du Fonds CMU-C s'est réuni le 29 novembre dernier, sous la présidence de Véronique Wallon, inspectrice générale des affaires sociales.

Au cours de cette séance, le conseil d'administration a approuvé le budget initial pour l'exercice 2018. Ce budget tient compte des mesures de la loi de financement pour la sécurité sociale de 2018 : modification de l'affectation de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), prélèvement sur les excédents accumulés du fonds de 150 M€ pour chacun des exercices 2017 et 2018 et révision des modalités de détermination du forfait CMU-C. Compte tenu de ces mesures, la recette de TSA devrait atteindre 2 486 M€ en 2018. En dépense, les crédits de paiement devraient atteindre 2 613 M€ en 2017. Le solde budgétaire du Fonds CMU serait ainsi de 127 M€.

Le conseil d'administration a également été tenu informé de l'ouverture d'un compte de suivi financier au nom du fonds dans les livres de l'Accoss à compter du 1^{er} janvier 2018, ainsi que des travaux de contrôle interne menés par le fonds (cartographie des risques 2018).

Pour plus d'informations : 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 - Site : 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 : Janvier 2018