

# Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



## Éditorial

n°66

Alors que l'INSEE vient de publier une estimation "avancée" du taux de pauvreté pour 2015 qui s'établirait à 14,3 %, soit 1,0 point de plus qu'en 2008, les inégalités d'accès aux soins persistent et ce sont toujours les plus démunis qui renoncent davantage aux soins comme l'ont confirmé diverses études récentes de la DREES et de l'IRDES. Disposer d'aides au financement des frais de complémentaire santé constitue plus que jamais un prérequis nécessaire pour l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté. Pour autant, le recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) reste stable (taux de recours de 70 % et 40 %), même si la réforme de l'ACS mise en œuvre au 1<sup>er</sup> juillet 2015 semble avoir eu un léger effet positif sur le recours à l'ACS.

La dernière étude de l'observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE), financée par le Fonds CMU dans le cadre de ses missions d'analyse, montre que le non-recours à la complémentaire gratuite que constitue la CMU-C, s'explique par un phénomène de non demande plutôt que par une non connaissance des droits. Parmi les populations précaires interrogées, la majorité connaît la CMU-C, en a déjà bénéficié par le passé mais ne la demande pas. La principale explication reste la complexité des démarches administratives.

Participant d'une démarche générale de simplification (révision du formulaire de demande, mise en place de "téléservices"), l'article 61 de la LFSS pour 2017 revoit les conditions d'examen des revenus des demandeurs de la CMU-C/ACS. Les revenus du patrimoine, difficiles à justifier, seront récupérés par les caisses auprès de la DGFIP et certains éléments seront désormais exclus de l'examen : revenus du capital non imposables, etc.

Enfin, cette nouvelle année 2017 qui commence ouvre la voie à des réflexions et des débats de fond sur la place de l'assurance maladie complémentaire dans notre système d'assurance maladie. Ces réflexions devront inclure les dispositifs d'aide à la complémentaire santé pour les plus démunis, en tenant compte de leur rôle majeur dans l'accès aux soins des plus pauvres et la réduction des inégalités.

Je vous présente à tous mes meilleurs vœux pour cette nouvelle année.

**Marianne Cornu-Pauchet**  
Directrice du Fonds CMU

## Un bilan positif de la réforme ACS

Le rapport annuel du Fonds CMU sur l'ACS, paru le 4 novembre 2017, dresse un premier bilan de la réforme du 1<sup>er</sup> juillet 2015. L'ACS est désormais réservée aux trois types de contrats sélectionnés par l'État : un contrat d'entrée de gamme A, intermédiaire B et de gamme supérieure C.

L'accroissement des effectifs des personnes protégées s'est poursuivi à un rythme satisfaisant, malgré le changement occasionné par la réforme.

### La population protégée par l'ACS est plus âgée que la population générale

L'âge moyen des personnes qui ont souscrit un nouveau contrat ACS est de 44 ans contre 41 ans pour la population française. Les personnes de plus de 60 ans sont surreprésentées au détriment des "16 - 39 ans".

Le niveau de garantie souscrit augmente avec l'âge : 42 ans sur le contrat A, 43 ans sur le contrat B et 47 ans sur le contrat C. On constate en effet une surreprésentation des "60 - 69 ans" au sein du contrat C.

### Les bénéficiaires se sont tournés vers des contrats offrant des niveaux de garantie plus élevés

Les garanties des contrats ACS étant plus faibles que celles d'un contrat individuel moyen, les contrats ACS sont classés dans les trois catégories de contrats présentant les moins bons niveaux de garantie, d'après la classification en cinq classes utilisée par la DREES pour son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits (contrats modaux). Le contrat A d'entrée de gamme est classé en E, catégorie des contrats les moins couvrants, le contrat B de gamme intermédiaire équivaut à un contrat de classe D et le contrat C de niveau supérieur à un contrat de classe C.

Toutefois, les bénéficiaires des nouveaux contrats ACS ayant majoritairement choisi des contrats C et B, la qualité de leur couverture s'est améliorée d'une classe. Ainsi, seuls 22,8 % des personnes ont opté pour le contrat d'entrée de gamme ; ils étaient 43,1 % à choisir ce type de contrat avant réforme.

### Le prix moyen des contrats a baissé de 10 %

En 2016, le prix moyen d'un contrat ACS s'établit à 824 € pour 1,57 personne couverte en moyenne, soit 525 € par personne. En 2015, il était de 916 € pour 1,59 personne, soit 576 € par personne. Le prix moyen a ainsi baissé de 10 %. Par rapport à l'ancien dispositif, les prix des nouveaux contrats ACS sont plus bas, quelle que soit la tranche d'âge et le type de contrat (A, B ou C).

Désormais, 62 % du prix du contrat est pris en charge par l'ACS *versus* 55 % avant réforme (situation à fin 2014).

Le taux d'effort moyen pour acquérir une complémentaire santé s'établit à 2,8 % des revenus alors qu'il s'élevait à 3,9 % dans l'ancien dispositif. Il a baissé de près de 30 %.

### L'application de la mesure d'opposabilité des tarifs par les médecins constitue un enjeu central

Une nouvelle méthode établie par la DREES permet de prendre en compte l'opposabilité des tarifs des médecins dans l'appréciation du niveau des contrats.

Le niveau de garantie des contrats ACS augmente alors d'un niveau dans la classification de la DREES : les contrats A sont classés en D, les contrats B en C, et les contrats C en B. L'enjeu rattaché à l'application effective de la mesure d'opposabilité est ainsi clairement mesuré et sous cette hypothèse, le niveau de garantie des contrats ACS dépasserait très largement celui constaté sur le marché des principaux contrats individuels.

Le rapport est disponible sur [www.cmu.fr/rapports\\_prix\\_contenu.php](http://www.cmu.fr/rapports_prix_contenu.php)

## La CMU en chiffres

### ■ 5,5 millions de bénéficiaires de la CMU-C

Au 30 septembre 2016, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est de 5,5 millions, pour la France entière, tous régimes confondus.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, en millions, au 30 septembre 2016

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4,36	0,59	4,94	0,53
Régime social des indépendants	0,33	0,01	0,34	0,05
Régime agricole	0,14	0,01	0,15	0,02
Autres régimes et SLM	0,07	0,01	0,08	0,02
<b>Total Septembre 2016</b>	<b>4,89</b>	<b>0,62</b>	<b>5,51</b>	<b>0,63</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes

La croissance annuelle des effectifs de la CMU-C se stabilise autour de 3 % (progression de 3,4 % en métropole, baisse de 0,8 % dans les Dom). L'écart entre l'évolution de la métropole et celle des Dom se creuse depuis janvier 2015.

Parallèlement, le nombre de bénéficiaires dont les droits sont gérés par les organismes complémentaires est en baisse de 7,6 % sur un an.

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 30 septembre 2015 au 30 septembre 2016

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+ 3,3 %	- 1,0 %	+ 2,7 %	- 8,6 %
Régime social des indépendants	+ 3,5 %	+ 7,0 %	+ 3,6 %	- 2,8 %
Régime agricole	+ 11,0 %	- 8,7 %	+ 9,5 %	+ 1,9 %
Autres régimes et SLM	+ 0,9 %	+ 7,8 %	+ 1,9 %	- 5,0 %
<b>Total Septembre 2016</b>	<b>+ 3,4 %</b>	<b>- 0,8 %</b>	<b>+ 3,0 %</b>	<b>- 7,6 %</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes

### ■ L'évolution de la dépense individuelle au régime général est contrastée selon les postes de dépenses

Au 30 septembre 2016, la dépense totale de soins prise en charge pour les bénéficiaires de la CMU-C au régime général représente 1,83 Md€ (dépense

en trésorerie). Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 418 € (métropole et Dom) ; il est en baisse de 1,6 % sur une année complète mobile. Ce coût est légèrement plus élevé en métropole que dans les Dom (respectivement 421 € et 401 €).

Le coût moyen pour les soins hospitaliers est de 107 € pour l'ensemble du territoire. La diminution de 5 % est portée conjointement par les prestations hospitalières (- 4,9 %) et par le forfait journalier (- 5,3 %). Elle concerne 73 départements en métropole et 3 dans les Dom.

Le coût moyen pour la ville est de 312 €. Il baisse très légèrement (- 0,4 %).

Les évolutions du coût moyen sont contrastées par poste de dépense : en hausse pour l'ensemble des soins dentaires, curatifs et prothétiques, (87 € / 1,6 %), en recul plus accentué pour les honoraires des généralistes (44 € / - 3,7 %) et le médicament (78 € / - 3,8 %).

Le contraste est également territorial : sur les 25 départements les plus importants en termes de montant total de la dépense, 14 ont une évolution du coût moyen en hausse.

Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 30 septembre 2016  
Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 365 M€	4,2 %	312 €	- 0,4 %
Hôpital	468 M€	- 0,6 %	107 €	- 5,0 %
<b>Total</b>	<b>1 833 M€</b>	<b>3,0 %</b>	<b>418 €</b>	<b>- 1,6 %</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 CMUC est gérée par le régime obligatoire (4,38 M de bénéficiaires), Métropole et Dom

### ■ Baisse du nombre de bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA

À fin septembre 2016, 1,80 million<sup>1</sup> de personnes sont affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence au titre du RSA (régime 806). Ce chiffre est en baisse de 6,1 % par rapport à septembre 2015. Le fléchissement est confirmé par les données définitives de juin 2016 : 1,78 million de bénéficiaires, soit - 5,1 % par rapport à juin 2015.

<sup>1</sup> Données brutes, métropole et DOM

## La CMU en analyse

### ■ L'évolution de la dépense de ville pour la part CMU-C est comparable à celle de la population générale

Le Fonds CMU établit chaque année le coût moyen de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1, à partir des données fournies par les différents organismes : caisses nationales de sécurité sociale et organismes complémentaires.

En 2015, 5,3 millions<sup>1</sup> de personnes bénéficient de la CMU-C pour l'ensemble des régimes et du territoire. Ces effectifs ont augmenté de 4,4 % en un an, en net ralentissement par rapport à 2014 (+ 8,5 %), en raison de la fin de la montée en charge de la mesure de revalorisation exceptionnelle des plafonds de juillet 2013.

En métropole, la dépense moyenne par bénéficiaire pour la CMU-C, évaluée en droits constatés, varie entre 426 € pour la CNAMTS<sup>2</sup> et 325 € pour le RSI en 2015. Elle se situe à 52 € pour le régime agricole. Les organismes complémentaires, qui gèrent les droits de 13 % des bénéficiaires, ont un coût moyen de 377 €.

Pour la dépense de ville, le coût moyen au régime général s'établit à 314 € en 2014, en métropole. Il varie entre 222 € dans l'Yonne et 429 € dans les Bouches-du-Rhône et, pour les Dom, entre 259 € en Guyane et 335 € à la Réunion. Pour la dépense hospitalière, le coût moyen au régime général en métropole s'établit à 118 € et il varie entre 82 € en Moselle et 668 €

en Lozère. La caisse locale de ce département, celle du Gers et le Fonds CMU, ont étudié les facteurs concourant à des montants moyens si élevés : l'hospitalisation de longue durée de bénéficiaires de l'AAH en maison d'accueil spécialisée en est la principale explication. Pour les Dom, la dépense hospitalière se situe entre 72 € pour la Réunion et 153 € pour la Guadeloupe.

Les coûts moyens baissent, tant en 2014 qu'en 2015, et leur évolution est inférieure à celle des principaux indicateurs de dépense de santé. La baisse reste influencée en partie par la forte augmentation des effectifs, notamment dans le cadre du relèvement du plafond de ressource. La comparaison entre l'évolution de la dépense de ville moyenne de la CMU-C au régime général avec celle de la dépense de l'ensemble des ressortissants du régime permet de mesurer, qu'en dehors de cet épisode, la dépense de la CMU-C évolue au même rythme que celle de l'ensemble des consommateurs.

Le rapport est disponible sur [www.cmu.fr/rapports\\_depense\\_moyenne\\_cmu.c.php](http://www.cmu.fr/rapports_depense_moyenne_cmu.c.php)

<sup>1</sup> Calcul en moyenne annuelle

<sup>2</sup> Le régime général gère 79 % 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

## L'ACS en chiffres

## ■ L'ACS poursuit sa progression

Le nombre d'attestations ACS délivrées par les caisses d'assurance maladie poursuit sa progression à un rythme satisfaisant : sur les dix premiers mois de l'année, 1 112 277 attestations ont été délivrées, soit une hausse de 7,7 % par rapport aux dix premiers mois de l'année 2015.

L'augmentation est de 7,4 % au régime général, de 20,3 % à la CCMSA et de 4,4 % au RSI<sup>1</sup>.

À fin octobre 2016, sur les douze derniers mois, 1,44 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS s'établit à 1 119 997 au 31 octobre 2016 (stock). Après avoir augmenté de près de 13 000 personnes en septembre, les effectifs augmentent d'environ 15 000 personnes en octobre.

Au regard de l'évolution actuelle de la délivrance, un maintien du taux d'utilisation des attestations ACS suppose une progression annuelle des effectifs couverts par un contrat située entre 8 % et 10 %, ce qui correspond à une hausse mensuelle des effectifs protégés de l'ordre de 8 000 personnes.

À fin octobre, le taux d'utilisation des attestations approche les 78 %.

La répartition par formule A, B, C des effectifs protégés par l'ACS n'évolue quasiment pas dans le temps. Le contrat C reste prédominant puisqu'il regroupe à lui seul plus de 40 % des personnes protégées par un contrat ACS. Près de 80 % des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur et / ou intermédiaire (B ou C).

Un groupement regroupe 30 % des utilisateurs de l'aide ; viennent ensuite trois groupements dont la part dépasse les 10 %.

## Nombre de personnes protégées par un contrat ACS depuis le mois d'avril 2016

Mois	Nombre de personnes ayant souscrit un nouveau contrat ACS au cours du mois considéré (flux)	Nombre de personnes avec un nouveau contrat ACS actif à la fin du mois considéré (stock)	Taux d'utilisation des attestations ACS
30/04/2016	74 570	968 621	-
31/05/2016	61 552	1 013 077	-
30/06/2016	58 915	1 056 199	-
31/07/2016	51 145	1 077 596	75,5 %
31/08/2016	43 729	1 092 535	77,1 %
30/09/2016	51 865	1 105 282	77,4 %
31/10/2016	50 557	1 119 997	77,8 %

Nota : le taux d'utilisation est calculable à partir du mois de juillet puisque c'est à partir de cette date que les contrats A, B et C sont devenus les seuls en vigueur

Source : 11 groupements gestionnaires de l'aide

<sup>1</sup> Ces évolutions sont celles constatées à fin septembre pour la CCMSA et le RSI. L'évolution à fin octobre ne peut être calculée. En effet, les effectifs ne sont suivis mensuellement que depuis janvier 2016 au RSI, juillet 2016 à la CCMSA. Antérieurement, ils étaient suivis trimestriellement.

## Fréquence OC

L'assiette de la TSA s'élève à 34,57 Md€ au 30 septembre 2016 (chiffres bruts déclarés par les OC sur douze mois glissants). Au troisième trimestre, elle évolue de + 2,3 % et porte l'évolution des neuf premiers mois de l'année à + 0,6 %.

Compte tenu des informations recueillies auprès des OC, il existe un potentiel de rattrapage sur le quatrième trimestre 2016. Selon les prévisions du Fonds CMU, l'évolution devrait atteindre 1,3 % sur l'ensemble de l'année. Le ralentissement constaté sur 2015 se poursuivrait en 2016. L'évolution constatée sur l'assiette est toujours portée par un faible nombre d'OC. Il est délicat dans ce contexte de dégager des tendances générales. Les évolutions d'un trimestre donné s'expliquent davantage par des contextes individuels que les contrôles conduits par le Fonds permettent d'éclairer.

Dans les cas de baisse d'assiette, les OC concernés évoquent souvent l'ANI qui peut avoir un effet :

- sur leur portefeuille de contrats individuels : les contrats migrent sur des contrats collectifs proposés par d'autres OC ;
- sur les contrats collectifs car certains contrats peuvent être remis en cause suite à des mises en concurrence.

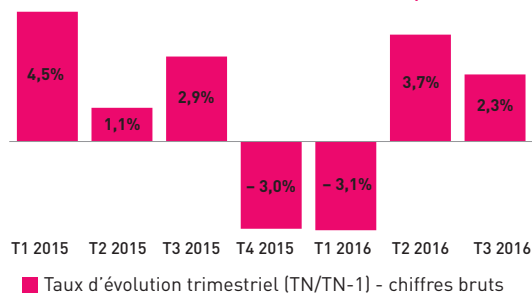
## Études et Rapports

## ■ ODENORE : Enquête sur le non recours à la CMU-C auprès de populations précaires

À la demande du Fonds CMU, l'observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) a mené une étude permettant d'actualiser les explications du non-recours à la CMU-C.

La démarche consiste à repérer les non-recourants au sein de structures locales qui accompagnent au quotidien des personnes en situation de précarité : les centres de distribution alimentaire et d'accueil de jour de

## Évolution trimestrielle de l'assiette de la TSA depuis 2015



Sources : OC déclarants à la TSA

## ■ La liste des organismes gérant la CMU-C pour 2017

La liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C pour l'année 2017 est disponible sur le site [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) et sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité du 15 février prochain. Pour l'année 2017, 252 organismes complémentaires sont volontaires pour gérer la CMU-C (contre 273 en 2016).

7 organismes se sont retirés volontairement de la liste. Les autres retraits sont principalement dus à des opérations de fusion-absorption entre organismes (bilan provisoire).

la Croix Rouge et les structures d'insertion par le travail et la formation continue partenaires de l'agence nationale de lutte contre l'illettrisme. Cette approche permet ainsi d'interroger des personnes qui n'auraient sans doute pas été identifiées si l'analyse avait reposé sur la méthode classique de détection dans les fichiers d'assurés sociaux.

Le non recours à la CMU-C concerne principalement des personnes jeunes ou des personnes isolées. La moitié des répondants a entre 18 et 35 ans, 79 % déclarent vivre seuls et 68 % n'ont pas d'enfant à charge. L'ODENORE rappelle que "le constat relatif au fait de vivre seul(e), souvent sans enfant

à charge, a son importance. Il renvoie à des "facteurs d'activation" du non-recours que les travaux de recherche sur le phénomène ont mis en avant".

Le non recours relève plus d'une non demande que de la méconnaissance du droit. Un tiers des personnes interrogées ne connaît pas la CMU-C. Cette ignorance découle souvent d'une méconnaissance globale du système de protection sociale. Les deux tiers restant savent ce qu'est la CMU-C mais ne la demandent pas alors que parmi ces personnes, la majorité pensent pouvoir en bénéficier ou même en ont bénéficié par le passé.

Le principal motif de la non demande est la complexité des démarches administratives.

Par ailleurs, l'étude montre que le risque de non demande est aggravé par l'illettrisme, en dépit d'un niveau de connaissance identique. En effet, les

personnes en situation d'illettrisme sont plus nombreuses à mettre en avant la complexité des démarches pour demander la CMU-C.

D'autres explications sont mises en évidence tels que : le fait de se suffire d'une prise en charge à 100 % en ALD, de ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, etc.

Enfin, deux tiers des non-recourants interrogés déclarent rencontrer parfois un travailleur social. L'ODENORE souligne que ce constat interroge sur la pratique et les moyens des travailleurs sociaux en matière d'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux et pour le renouvellement des droits.

Le rapport est disponible sur [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php)

## Textes à la une

### Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

La loi n°2016-1827 de financement de la sécurité sociale pour 2017 a été publiée au Journal officiel du 24 décembre 2016.

#### La modification des recettes affectées au Fonds CMU (article 34)

L'article 34 simplifie et clarifie la répartition de certaines recettes affectées à la sécurité sociale, notamment en affectant exclusivement à la branche maladie les produits des droits de consommation sur les tabacs. Elle supprime, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, la fraction des droits tabacs (3,5 %) affectée au Fonds depuis 2013.

Afin de compenser cette perte de recette et de garantir l'équilibre financier du Fonds CMU, la partie de la TSA antérieurement affectée à parts égales à la CNAF et à la CNAMTS est désormais affectée exclusivement au Fonds CMU et à la CNAMTS. 20,18 % sont affectés au Fonds CMU, le reste étant attribué à la CNAMTS.

#### La définition des revenus du patrimoine pris en compte pour l'étude du droit à la CMU C et à l'ACS (article 61)

Cet article prévoit de préciser par décret en Conseil d'État les modalités spécifiques de prise en compte du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci. Une meilleure description de ces modalités vise à réduire la complexité de la demande et le nombre de pièces justificatives à fournir par le demandeur.

Les revenus du patrimoine pourront ainsi être récupérés à partir des données fiscales ; certains éléments, comme le patrimoine improductif de revenus, pourront être exclus, en deçà d'un seuil. Ce décret devrait permettre d'exclure les revenus du capital non imposables.

#### La prorogation de la participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte (article 31)

Cette participation instituée entre 2013 et 2016 est prorogée pour l'année 2017. Elle est recouvrée concomitamment à la TSA et contrôlée selon les mêmes règles.

#### Montant du forfait annuel de la CMU-C

L'arrêté du 14 décembre 2016 fixe à 415 € le forfait annuel maximum de remboursement des dépenses de CMU-C pour 2017.

#### Approbation de la nouvelle convention médicale

La nouvelle convention médicale signée le 25 août 2016 a été approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016.

#### Versement supplémentaire à la CNAMTS

L'arrêté du 10 novembre 2016 fixe à 66 593 076,84 euros le montant du versement complémentaire à la CNAMTS au titre des dépenses de CMU-C excédant le montant du forfait annuel en 2015.

## Ils se sont réunis

### Conseil d'administration

Le conseil d'administration du Fonds CMU s'est réuni le 25 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 2017. Les états budgétaires ont été présentés en "mode GBCP", c'est-à-dire en intégrant la réforme du cadre général qui structure la gestion budgétaire et comptable de l'État et de ses opérateurs.

Le budget initial 2017 tient compte des mesures de la loi de financement pour la sécurité sociale de 2017 : suppression de l'affectation d'une fraction de 3,15 % de la taxe sur les droits tabacs au Fonds CMU et attribution d'une part supplémentaire de taxe de solidarité additionnelle (TSA). Compte tenu de ces deux mesures, la recette de TSA devrait atteindre 2 594 M€ en 2017, soit une hausse de 19,7 % par rapport à 2016 (2 167 M€ en prévision d'exécution 2016). Le total des recettes en comptabilité budgétaire s'établira à 2 634 M€. En dépense, les crédits de paiement devraient atteindre 2 711 M€ en 2017. Le solde budgétaire du Fonds CMU serait ainsi négatif, de 77 M€.

Le conseil d'administration a également été tenu informé des travaux de contrôle interne menés par le fonds (cartographie des risques 2017).

### Conseil de surveillance

Le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion de l'année le 15 décembre 2016, sous la présidence de Gérard Bapt, député de la Haute Garonne.

À l'ordre du jour de cette séance figurait la présentation des résultats d'une étude de l'observatoire des non recours aux droits et aux services (ODENORE) financée par le Fonds CMU. Explorant les raisons du non recours à la CMU-C via une enquête auprès de populations précaires qui bénéficient de l'accompagnement de structures locales, l'ODENORE met en évidence un non recours plutôt par non demande que par non connaissance du droit (enquête en partenariat avec la Croix rouge et l'agence nationale de lutte contre l'illettrisme).

Ont également été présentés : les principales mesures législatives de la LFSS pour 2017 ayant une incidence sur le Fonds CMU, le rapport annuel du Fonds CMU sur l'ACS, le rapport sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2014 et 2015 et le rapport de l'EN3S consacré à l'effet de la mise en œuvre des "rendez-vous des droits" de la branche famille.

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 : Janvier 2017