

Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Éditorial

n°67

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité occupe une place importante dans l'actualité.

En début d'année, le panier de soins dentaires de la CMU-C a fait l'objet d'un réexamen dans le cadre de la négociation de l'avenant à la convention tarifaire des chirurgiens-dentistes. Tout l'enjeu de la révision de ce panier de soins, quasiment inchangé depuis 2006, résidait dans l'appréciation de la pertinence des revalorisations de tarifs à opérer eu égard aux besoins des bénéficiaires de la CMU-C. Bien que la négociation entre l'UNCAM et les chirurgiens-dentistes n'ait pas abouti, le règlement arbitral, approuvé par arrêté du 29 mars 2017, a débouché sur une hausse des tarifs plafonds des actes du panier applicables par les chirurgiens-dentistes. Le financement, au-delà du tarif de sécurité sociale, d'une partie des dépassements d'honoraires est désormais prévu pour tous ces actes. Si ces ajustements se traduiront de fait par des dépenses supplémentaires pour le Fonds CMU-C, il faut espérer qu'ils contribueront à mieux solvabiliser les soins et à améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.

Autre avancée majeure, les tarifs plafonds opposables du panier de soins dentaires CMU-C seront applicables aux bénéficiaires de l'ACS, ce qui permettra de limiter ou d'annuler leurs restes à charge sur ces soins.

Par ailleurs, le refus de soins est récemment revenu au premier plan de l'actualité avec, en ce début d'année, la saisine du Défenseur des droits sur des cas de professionnels de santé qui affichent sur internet "pas de CMU" ou "pas d'AME". Même s'il s'agit de peu de cas, ils témoignent de la réalité du refus de soins et de son caractère désormais librement affiché.

La réalité du refus de soins n'est cependant pas une découverte. Elle a été à de nombreuses reprises mise en évidence au moyen de testings commandités par le Fonds CMU-C et d'études en partenariat avec le Défenseur des droits. Les derniers travaux pilotés par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits, réalisés par Caroline Desprès et Pierre Lombrail du laboratoire LEPS de Paris XIII¹ sont riches d'enseignement. Ils montrent que la construction de catégories "CMU-C" ou "ACS", associées à la pauvreté, favorise des pratiques différenciées dans la prise en charge, qui relèvent dans certains cas d'une discrimination et débouchent sur du refus de soins.

Pour clore cet édito, je souhaite la bienvenue à Gwenaëlle Le-Bohec qui a quitté l'Acoss pour rejoindre le Fonds CMU-C à compter du 1^{er} avril, en tant que directrice adjointe.

Marianne CORNU-PAUCHET

Directrice du Fonds CMU-C

¹ "Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes"

L'inflexion constatée en 2015 sur l'assiette de la TSA se confirme en 2016

En 2016, l'assiette brute de la TSA déclarée par les organismes complémentaires (OC) s'élève à 34,9 milliards d'euros (Md€). Elle progresse de 1,3 % par rapport à l'assiette déclarée en 2015 (34,4 Md€). Il s'agit de la plus faible augmentation depuis 2000, date de mise en place de la CMU-C.

Après une hausse de 3,0 % en 2014, une rupture s'est dessinée en 2015 avec une progression de 1,5 %.

Assiette déclarée de la TSA en 2015 et 2016 (en milliers d'euros)

	T1 2015	T2 2015	T3 2015	T4 2015	Total 2015
Assiette TSA	10 319 031	7 896 059	8 110 319	8 072 838	34 398 247
	T1 2016	T2 2016	T3 2016	T4 2016	Total 2016
Assiette TSA	10 010 797	8 187 787	8 297 430	8 362 858	34 858 872
Évolution 2015 -2016	-3,0 %	3,7 %	2,3 %	3,6 %	1,3 %

Sources : déclarations des OC auprès de l'URSSAF d'Ile-de-France et du Fonds CMU-C en 2015, tédéclarations des OC auprès de l'URSSAF d'Ile-de-France en 2016

L'évolution de l'assiette est portée par un faible nombre d'OC, qu'il s'agisse des évolutions à la hausse ou à la baisse. Cela rend compte de la concentration du marché lui-même.

En dehors des situations de fusions/absorptions, parmi les OC enregistrant les évolutions les plus importantes en montants, on citera :

- l'assiette de deux OC qui augmente respectivement de 175 et 145 millions d'euros ;
- à l'inverse, l'assiette d'un OC qui diminue de 126 millions d'euros.

Sachant qu'à une variation de 100 millions d'euros correspond une évolution globale de l'assiette de 0,3 point environ.

Pour expliquer les évolutions, l'accord national interprofessionnel (ANI) est cité par certains OC questionnés. La situation généralement évoquée dans ce cadre est celle de résiliations de contrats individuels pour rejoindre des contrats collectifs commercialisés par un autre OC. Toutefois, au regard des éléments disponibles, on ne peut parler d'un effet significatif, d'autant que si certains acteurs y perdent une partie de leur portefeuille, d'autres en gagnent.

La presse spécialisée évoque couramment le fait que les portefeuilles individuels auraient mieux résisté que prévu. L'analyse des assiettes déclarées confirme ce constat d'absence de transfert significatif des mutuelles, dont les portefeuilles sont majoritairement constitués de contrats individuels, vers les institutions de prévoyance entre 2015 et 2016. Ainsi, la part des mutuelles n'a que très légèrement diminué sur la période (- 0,4 point), prolongeant une légère baisse régulière observée de longue date. La part des institutions de prévoyance est quant à elle restée stable.

Par ailleurs, les deux situations correspondant aux plus importantes hausses en 2016 (hausses de respectivement 175 et 145 millions d'euros) ne découlent pas d'un effet positif de l'ANI qui refléterait un accroissement du volume de contrats dû à l'adhésion de nouvelles entreprises non couvertes jusqu'alors.

La baisse de 126 millions d'euros observée par une institution de prévoyance correspond quant à elle à l'impact de la renégociation d'importants contrats collectifs. En ce cas, les contrats perdus par cet OC ont été gagnés par la concurrence par le simple jeu du marché. La baisse provient également de l'abandon de contrats structurellement déficitaires. L'ANI n'est donc clairement pas en cause.

Dans les autres situations rencontrées en 2016, on peut notamment citer des OC investissant sur le courtage (assiette en hausse) ou s'en dégageant (assiette en baisse), des modifications d'apérateurs dans le cadre de la gestion de situations de coassurance, etc.

La CMU en chiffres

■ Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C sont en progression ralentie en métropole et en baisse dans les départements d'outre-mer

Fin 2016, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à 5,49 millions pour la France entière, tous régimes confondus.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, en milliers, au 31 décembre 2016

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 343,9	570,8	4 914,7	511,6
Régime social des indépendants	329,7	14,6	344,2	48,7
Régime agricole	138,1	9,4	147,5	23,2
Autres régimes et SLM	73,4	13,4	86,8	22,0
Total Décembre 2016	4 885,0	608,2	5 493,2	605,4

*Données provisoires / Sources : tous régimes

L'augmentation annuelle des effectifs de la CMU-C est de 1,9 % pour l'ensemble du territoire, mais elle se décompose entre une progression de 2,4 % en métropole et une baisse de 2,4 % dans les Dom. Les effectifs des départements d'outre-mer sont en régression depuis le mois de mars 2016. Pour rappel, fin 2015, l'accroissement des effectifs par rapport à fin 2014 était de 4 % pour la métropole et de 0,2 % pour les Dom. L'écart entre l'évolution de la métropole et celle des Dom a augmenté d'un point en 2016 (3,9 points fin 2015 vs 4,8 points fin 2016).

Sur l'exercice, le nombre de bénéficiaires dont les droits sont gérés par les organismes complémentaires est en baisse de 9,6 % sur un an.

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 décembre 2015 au 31 décembre 2016

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+2,0 %	-2,9 %	+1,4 %	-11,0 %
Régime social des indépendants	+4,3 %	+10,3 %	+4,6 %	-3,8 %
Régime agricole	+8,6 %	-8,7 %	+7,3 %	-2,8 %
Autres régimes et SLM	+5,7 %	+16,0 %	+7,2 %	+5,1 %
Total Décembre 2016	+2,4 %	-2,4 %	+1,9 %	-9,6 %

*Données provisoires / Sources : tous régimes

L'ACS en chiffres

■ Une évolution positive de l'ACS en 2016

Au cours de l'année 2016, près de 1,5 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. Les effectifs ont évolué de + 8,2 % par rapport à 2015. Ce chiffre est encourageant dans la mesure où la hausse avait été de 12,5 % en 2015 et que l'on doit donc prendre en considération un effet base.

Parmi ces personnes, 1,12 million ont souscrit un contrat A, B ou C, à fin décembre 2016. Entre avril et décembre 2016, le nombre de personnes protégées est passé de 966 000 à 1 116 000, soit une augmentation de 15,5 % sur neuf mois.

Sur la même période, le taux d'utilisation des attestations ACS est passé de 70 % à près de 78 %. Alors que la délivrance des attestations par les caisses d'assurance maladie a progressé de manière significative, l'utilisation a évolué à un rythme encore plus marqué. Ainsi, alors que l'on aurait pu craindre un décrochage au moment de la transition des anciens vers les nouveaux contrats, on a assisté à une consolidation du dispositif durant cette période.

Sur la période allant de mai à décembre 2016, on constate une très forte hausse du nombre de personnes protégées par un contrat ACS en mai et juin (respectivement +45 000 et +42 000 personnes), puis un décrochage progressif qui aboutit à une très faible augmentation entre novembre et décembre (+ 3 600 personnes). Cela s'explique par une augmentation progressive du volume des sorties alors que le nombre d'entrants se maintient. Une stabilisation des effectifs semble se dessiner à la fin de l'année 2016.

■ La baisse de la dépense individuelle au régime général concerne l'ensemble des principaux postes de dépense

En 2016, la dépense totale de soins prise en charge pour les bénéficiaires de la CMU-C au régime général représente 1,84 Md€ (dépense en trésorerie). Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 417 € (métropole et Dom) ; il est en baisse de 1,6 % sur l'année. Ce coût est légèrement plus élevé en métropole que dans les Dom (respectivement 419 € et 401 €).

Le coût moyen pour les soins hospitaliers est de 107 € pour l'ensemble du territoire. La diminution de 3,2 % est portée conjointement par les prestations hospitalières (- 2,4 %) et par le forfait journalier (- 5,7 %). Elle concerne soixante-dix départements en métropole et les quatre départements d'outre-mer.

Le coût moyen pour la ville est de 310 €. Il baisse de 1 %. Ce mouvement concerne les principaux postes, tels que les honoraires des médecins et des dentistes ainsi que les médicaments. Parmi les postes les plus importants, seul le poste des honoraires paramédicaux est en hausse, de 2,7 %, en lien avec l'augmentation des honoraires.

La baisse a tendance à s'étendre sur l'ensemble du territoire. Elle concerne soixante-douze départements de la métropole et trois départements d'outre-mer.

Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2016 Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 367 M€	3,1%	310 €	-1,0 %
Hôpital	473 M€	0,8%	107 €	-3,2 %
Total	1 840 M€	2,5%	417 €	-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), Métropole et Dom

■ Les bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA font moins valoir leurs droits à la CMU-C

Fin octobre 2016, 1,82 million¹ de personnes sont affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence au titre du RSA (régime 806), soit une baisse de 1,4 % par rapport à octobre 2015. Les 78,7 % de bénéficiaires qui ont fait valoir leurs droits à la CMU-C sont un peu moins nombreux qu'en 2015 (79,8 %).

¹ Données définitives, métropole et DOM

La répartition des personnes protégées par type de contrat n'évolue quasiment pas dans le temps : à fin décembre, le contrat C reste prédominant puisqu'il regroupe à lui seul plus de 40 % des utilisateurs. Plus des trois-quarts des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur (contrat C) et / ou intermédiaire (contrat B).

Le nombre de personnes protégées par un contrat ACS sur la période allant d'avril à décembre 2016

	Nombre de personnes protégées par l'ACS à date de fin de mois (stock)	Évolution mensuelle
30/04/16	966 472	-
31/05/16	1 011 168	44 696
30/06/16	1 052 826	41 658
31/07/16	1 071 586	18 760
31/08/16	1 084 176	12 590
30/09/16	1 093 301	9 125
31/10/16	1 104 794	11 492
30/11/16	1 112 775	7 981
31/12/16	1 116 347	3 572

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ade

Fréquence OC

■ Procédure de régularisation annuelle des dépenses de CMU-C

Les modalités de remboursement introduites par la LFSS pour 2013 conduisent à opérer des régularisations en année N+1 entre la somme totale des acomptes enregistrés en année N et le montant définitif des dépenses de CMU-C réellement engagées en année N dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire fixé à 412 € pour 2016. Cette régularisation intervient dans le cadre d'un "tableau récapitulatif annuel" qui doit être complété par les OC avant le 30 juin de l'année N+1.

Études et Rapports

■ Le bilan qualitatif de la réforme ACS par l'EN3S

Dans le cadre de son programme de recherches-actions auquel le Fonds CMU-C s'associe chaque année, la 55^e promotion de l'EN3S a établi un bilan qualitatif de la mise en œuvre de la réforme de l'ACS en interrogeant des CPAM, CARSAT et des organismes complémentaires (OC).

Les différents acteurs d'organismes de sécurité sociale interrogés reconnaissent en très grande majorité que la réforme de l'ACS apporte dans son ensemble des évolutions positives.

Concernant la procédure de mise en concurrence, les OC estiment que le critère prix a eu un poids trop important lors de l'appel d'offres (80 %). Les groupements retenus ont chacun adopté des logiques de tarifications qui leur sont propres : solidarité intergénérationnelle, tarifs plus favorables à une classe d'âge, etc. La question de l'équilibre financier des comptes des OC reste posée ; un recul d'un à deux ans est nécessaire.

Le bilan des actions de communication destinés à améliorer la visibilité et l'appropriation du dispositif est jugé positif avec plus de 80 % de satisfaction parmi les CPAM et les CARSAT interrogées. Les actions de communication nationales ont été relayées et complétées au niveau local (réunions collectives de sensibilisation, actions de ciblage des bénéficiaires potentiels, relance des personnes qui n'utilisent pas leur chèque après un certain délai). Le rapport de l'EN3S montre toutefois que les actions de communication conduites par les OC apparaissent hétérogènes, certains acteurs semblant plus actifs que d'autres.

Les démarches relatives à l'ACS restent complexes pour les populations concernées, l'accompagnement par les professionnels est considéré comme indispensable. Pour les caisses, l'enjeu est de trouver l'équilibre entre le respect du droit à la libre concurrence et l'accompagnement effectif des assurés dans leurs démarches. En parallèle, le rapport souligne la position de la FNMF selon laquelle il n'est pas du rôle des mutuelles d'informer la population sur les droits ouverts par l'assurance maladie obligatoire.

À la suite de ces constats, la plupart des propositions émises par les étudiants de l'EN3S visent à consolider les acquis de la réforme actuelle et poursuivre le travail de simplification et d'accès aux droits pour les usagers. Une autre proposition, plus en rupture, suggère la refonte de l'ACS sur le modèle de la CMU-C avec une participation forfaitaire des bénéficiaires.

● L'étude est disponible sur le site www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php

■ "Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination"

Réalisée à la demande du Fonds CMU-C et du Défenseur des droits, cette recherche est portée par l'Université Paris 13 et le laboratoire LEPS "Éducatifs et pratiques en santé". Elle a été réalisée par Caroline Desprès, docteur en médecine, en anthropologie et ethnologie.

Elle permet 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), et tend à déterminer dans quelle mesure les personnes en situation de précarité font l'objet d'un traitement différencié qui relève ou non d'une discrimination.

À compter de cette année, la déclaration du tableau récapitulatif se fait via la plateforme de télédéclaration mise en place sur le site internet de l'URSSAF.

Néanmoins, comme chaque année, à des fins de contrôle, il est demandé aux organismes complémentaires de transmettre par mail, au Fonds CMU-C, les listes des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS et l'état détaillé des dépenses de CMU-C.

Elle a consisté en la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de praticiens : médecine de ville et quelques médecins du secteur public (10 dentistes, 18 médecins généralistes, 20 médecins spécialistes).

Les représentations qui ressortent des entretiens sont celles déjà évoquées lors des précédentes études : patients moins rigoureux, rendez-vous non honorés, demande de soins abusive, fraude. Ce discours dominant cohabite avec d'autres représentations de la précarité et des bénéficiaires de la CMU-C qui étaient moins connues jusqu'à présent : les professionnels de santé sont mieux informés sur les problématiques liées à la situation de précarité de ces patients (renoncements aux soins, retards dans la réalisation des soins, difficultés des conditions de vie, priorisation des besoins).

Selon une partie des praticiens, le refus de soins est le refus stricto sensu de recevoir un patient dans le cadre d'une urgence. Ainsi, le refus de recevoir hors cas d'urgence, le refus d'appliquer le tiers-payant et l'opposabilité des tarifs peuvent ne pas être perçus comme des refus de soins répréhensibles par la loi. L'étude confirme donc les constats précédents selon lesquels la pratique du refus de soins est "facilitée" du fait d'un contour incertain de sa définition. Elle confirme également la nécessité de poursuivre l'information et la sensibilisation des professionnels de santé.

Cette étude est novatrice en ce sens qu'elle s'appuie sur de longs entretiens avec les professionnels et permet une approche sociologique des pratiques discriminatoires qui restent difficilement appréhendables. Elle permet de mieux comprendre le mécanisme de catégorisation des patients. Elle donnera lieu à des développements ultérieurs en sciences de l'éducation, notamment sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre les discriminations.

● L'étude est disponible sur le site www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php

■ Le rapport d'activité 2016 du Fonds CMU-C

Le rapport d'activité 2016 du Fonds CMU-C a été adopté par son conseil d'administration le 3 avril 2017 et sera présenté pour avis à son prochain conseil de surveillance. Il sera ensuite transmis au Parlement en application de l'article R. 862-8 du code de la sécurité sociale.

Ce rapport a été remanié pour mieux mettre en évidence l'activité du Fonds. Sa structure est désormais ordonnée en fonction des missions du fonds : suivi et analyse statistique de la CMU-C et de l'ACS, mission d'évaluation des mesures ayant une incidence sur les dispositifs, mission d'analyse approfondie du fonctionnement des dispositifs et mission de financement. Au début de chaque partie figure une description des modalités concrètes de suivi et d'analyse.

Le rapport d'activité 2016 rend compte de la richesse des travaux du Fonds CMU-C en 2016. Le Fonds CMU-C a été fortement mobilisé par l'élaboration du rapport d'évaluation de la loi CMU de 1999. Il a également mené à son terme cinq études et/ou rapports de recherche qui éclairent de manière nouvelle les conditions d'accès aux droits et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

La qualité du suivi de la CMU-C et de l'ACS a aussi été renforcée et complétée par des analyses statistiques nouvelles, en particulier sur l'évolution du coût moyen CMU-C.

Fin 2016, 6,95 millions de personnes se sont vues délivrer des droits à la CMU-C ou à l'ACS, dont 5,49 millions pour la CMU-C et 1,46 million pour l'ACS. La progression des effectifs (+ 4,2 %) est portée par la réforme de l'ACS, alors que la croissance des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C ralentit, pour revenir à des niveaux comparables à ceux observés avant la revalorisation des plafonds de ressources de juillet 2013. La dépense progresse quant à elle à un rythme inférieur à celui des effectifs (+ 3,3 %) en raison du recul du coût moyen CMU-C.

En 2016, le Fonds CMU-C a produit un bilan ex-post de la réforme de l'ACS de juillet 2015, bilan détaillé qui met en évidence les incidences positives de la réforme pour les bénéficiaires.

Concernant la mission d'analyse approfondie des dispositifs, les études pilotées par le Fonds CMU-C montrent que les ressorts du non recours vont bien au-delà du frein lié à la complexité administrative des démarches, et qu'ils relèvent de logiques différentes selon le dispositif (CMU-C ou ACS).

Enfin, le rapport présente le compte clos du Fonds CMU-C pour l'exercice 2016. Le résultat comptable du Fonds CMU-C s'établit à + 28,4 millions d'euros.

Textes à la une

■ Revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS au 1^{er} avril

À compter du 1^{er} avril 2017, le plafond annuel d'attribution de la CMU-C est fixé à 8 723 € pour une personne seule en métropole. Pour l'ACS, il est de 11 776 € pour une personne seule.

Dans les Dom, pour une personne seule, les plafonds d'attribution sont de 9 709 € pour la CMU-C et 13 107 € pour l'ACS.

■ Revalorisation du RSA au 1^{er} avril : augmentation du forfait logement

Le RSA a été revalorisé au 1^{er} avril 2016. Son montant est de 536,78 € pour une personne. Le montant du forfait logement, ajouté aux ressources du demandeur de la CMU-C, de l'ACS, ou de l'AME, bénéficiant d'une aide au logement, propriétaire ou hébergé à titre gratuit, représente 12 % du montant du montant forfaitaire du RSA, soit 64,41 € par mois pour une personne.

■ PUMA : le décret n° 2017-240 précise les conditions relatives à la régularité de séjour pour la prise en charge des frais de santé

Depuis le 1^{er} janvier 2016, en application de l'article 59 de la LFSS pour 2016, la protection universelle maladie (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.

Le décret n°2017-240 précise les conditions relatives à la régularité de séjour, les modalités de contrôle de ces conditions et leurs conséquences sur l'ouverture des droits.

Le bénéfice de la PUMA, de la CMU-C et de l'ACS est ouvert aux personnes de nationalité française et aux personnes étrangères en situation régulière, un arrêté à paraître doit établir la liste des documents justifiant la régularité de séjour des personnes qui ne sont pas ressortissantes d'un État membre

de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace social économique européen ou de la Suisse.

Le décret précise que la condition de régularité est appréciée au jour de la présentation de la demande. Sous réserve d'une stabilité de la résidence, les droits à la PUMA et à la CMU-C ne peuvent être fermés avant la fin du douzième mois suivant la date de péremption du titre ou documents justifiant que le séjour était régulier.

Le contrôle de la régularité de séjour et de la stabilité de la résidence est effectué par les caisses d'assurance maladie dans le cadre d'une procédure contradictoire.

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 listés à l'article D.160-2 du code de la sécurité sociale, le décret y ajoute les bénéficiaires de l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine, ainsi que les membres de la famille qui rejoignent ou accompagnent, pour s'y installer, un assuré séjournant en France (jusqu'à présent cette dispense s'appliquait dans le cadre de la procédure de regroupement familial prévu à l'article L.411-1 du CESADA).

■ Ouverture d'un compte de suivi financier dans les livres de l'ACOSS

En application des dispositions de l'article D. 225-2 du code de la sécurité sociale, l'arrêté du 20 décembre 2016 fixe la liste des organismes ou fonds pour lesquels seront ouverts des comptes de suivi des opérations financières au sein de la comptabilité de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Est notamment concerné le Fonds CMU-C dont le compte devra être ouvert au plus tard le 30 juin 2017.

Ce compte devrait permettre de simplifier et d'optimiser les flux de trésorerie entre le Fonds CMU-C et ses partenaires. Les modalités de fonctionnement et le périmètre des flux concernés seront définis par convention bilatérale entre le Fonds CMU-C et l'ACOSS.

Ils se sont réunis

■ Conseil d'administration du Fonds CMU-C

Réuni le 3 avril, sous la présidence de Véronique Wallon, le conseil d'administration du Fonds CMU-C a adopté le rapport d'activité et le compte financier pour l'exercice 2016.

En 2016, les produits du Fonds CMU-C s'élèvent à 2 558 M€, soit une évolution de + 2,4 % par rapport à l'exercice 2015. Le produit de la TSA atteint 2 205 M€ (dont 20 M€ de reprises sur provisions). Le produit de la taxe sur les tabacs est de 354 M€.

La dépense totale de CMU-C atteint 2 214 M€, soit + 2,6 % par rapport à 2015 (1 960 M€ de versements aux régimes de base, 21 M€ de versement complémentaire à la CNAMTS pour prendre en charge son niveau plus

important de dépenses et 233 M€ de déductions CMU-C des organismes complémentaires). Sur la base d'un montant moyen annuel de 313 € par bénéficiaire, les déductions ACS atteignent 313 M€, soit une évolution de + 9,1 % par rapport à 2015.

Au total, les dépenses au profit des organismes complémentaires s'élèvent à 545 M€ (232 M€ de déductions CMU-C et 313 M€ de déductions ACS).

En intégrant 2 M€ de charges de provisions et 1,3 M€ au titre de la gestion administrative, le résultat de l'exercice 2016, avant reversement à la CNAMTS, atteint + 49 M€. Le versement complémentaire à la CNAMTS au titre de la gestion de la CMU-C, est estimé à 21 M€. Après versement complémentaire, le résultat de l'exercice 2016 atteint + 28 M€.

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 : Avril 2017