

# Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



## Éditorial

n°73

À la une de ce numéro de Références, le renforcement des dispositifs d'aide à la complémentaire santé pour les plus démunis, avec l'extension de la couverture santé CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS, contre versement d'une participation financière variable en fonction de l'âge, d'au maximum 1 € par jour. Inscrite dans le PLFSS pour 2019, cette réforme mettra fin à un système "à deux étages" qui comportait un effet de seuil significatif. Elle étend aux personnes dont les ressources mensuelles sont comprises entre 734 € et 991 €<sup>1</sup> l'accès à un large panier de soins sans restes à charge. Le Fonds CMU-C a pointé la nécessité de mieux couvrir ces assurés, compte tenu de leur état de santé en moyenne plus dégradé (personnes en situation de handicap, bénéficiaires de pension d'invalidité, retraités modestes, etc.), et de réduire les restes à charge importants auxquels certains font face aujourd'hui sur leurs frais de santé comme sur leurs primes de complémentaire santé.

L'annonce de cette mesure dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté constitue un signal positif important. Un bon état de santé est une condition *sine qua non* pour sortir de la pauvreté. D'autres mesures participeront à l'amélioration de l'accès à la santé des personnes en situation de précarité. Le renouvellement automatique de la CMU-C pour les titulaires du RSA devrait ainsi être effectif à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019. Cette mesure constitue déjà un premier pas, même si l'on peut regretter que le droit CMU-C ne soit pas également automatiquement attribué lors de l'accès au RSA, les personnes concernées étant de fait éligibles à la CMU-C.

Comme le soulignent Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon dans leur rapport sur la "juste prestation" mais également la Cour des comptes dans son dernier rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, les conditions techniques pour personnaliser et automatiser les prestations sont réunies (déploiement de la Déclaration sociale nominative (DSN), création du portail national des droits sociaux, mise en place du prélèvement à la source, etc.). La DSN et le prélèvement à la source (PAS) ouvriront ainsi des voies nouvelles pour identifier les assurés qui répondent aux conditions de ressources et octroyer plus simplement le droit. Gageons que ces réformes structurelles contribueront à l'amélioration sensible du taux de recours aux prestations, en particulier à la future couverture maladie universelle complémentaire élargie.

1/ Pour une personne seule.

Marianne CORNU-PAUCHET, Directrice du Fonds CMU-C

## L'extension de la couverture santé de la CMU-C

Annoncée par la Ministre des solidarités et de la santé lors du lancement de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté le 8 septembre 2018, l'extension de la couverture santé de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS constitue une avancée majeure pour l'accès à la santé des personnes en situation de précarité. Si la réforme de l'ACS de juillet 2015 a amélioré l'accès des personnes modestes à des contrats de complémentaire santé de meilleure qualité, le dispositif ne rencontre pas tout son public. Bien qu'en augmentation entre 2014 et 2016, le taux de recours à l'ACS reste faible, entre 36 % et 51 % en 2016 selon la dernière évaluation de la DREES. Entre 1,1 et 2,3 millions de personnes n'auraient pas recours à l'ACS alors qu'elles y sont théoriquement éligibles. En outre, plus de 20 % des personnes ayant obtenu l'aide ne l'utilisent pas pour souscrire un contrat auprès des organismes complémentaires gestionnaires de l'ACS.

Bien plus que la complexité des démarches pour obtenir l'aide et l'utiliser, ce sont les restes à charge sur les frais de santé et le reste à payer sur la prime du contrat de complémentaire santé qui expliquent le non recours au dispositif. Ce constat d'un faible recours pour raisons financières est mis en exergue par le Fonds CMU-C depuis deux ans dans son rapport annuel d'évaluation de l'ACS<sup>1</sup>. La participation financière des assurés à leurs dépenses de santé, après remboursements par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, atteint notamment des niveaux élevés pour les prothèses dentaires, l'audiologie, l'optique et les autres dispositifs médicaux. La participation financière totale lors du recours à un acte prothétique dentaire s'établit par exemple en 2017 à environ 550 € annuels (restes à charge sur les soins et restes à payer sur la prime du contrat de complémentaire santé). En audiologie, elle peut dépasser 800 €. Les dispositifs médicaux sans prix limite de vente ou avec un prix limite de vente supérieur au tarif de remboursement génèrent également des restes à charge importants, les contrats ACS ne prenant en charge que le ticket modérateur.

L'extension de la CMU-C permettra d'offrir aux bénéficiaires de l'ACS une couverture santé sur un large panier de soins sans restes à charge. Cette réforme bénéficiera à des publics qui cumulent des facteurs de vulnérabilité et de surmorbidity (handicap, précarité, vieillissement), mais ne remplissent pas les conditions de ressources pour accéder à la CMU-C : la majorité des titulaires de l'AAH<sup>2</sup>, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité en situation de pauvreté, les retraités modestes qui perçoivent l'ASPA ou le minimum vieillesse.

Le texte du PLFSS pour 2019 définit les modalités concrètes de mise en œuvre de la réforme. Au 1<sup>er</sup> novembre 2019, la couverture santé CMU-C sera étendue aux personnes éligibles à l'ACS *via* la création d'une CMU-C contributive. La CMU-C demeurera gratuite jusqu'aux plafonds de ressources actuels de la CMU-C et sera soumise à participation financière pour les personnes disposant de revenus compris entre les plafonds actuels de la CMU-C et de l'ACS (plafond CMU-C majoré de 35 %). Le montant de cette participation sera variable en fonction de l'âge et défini par arrêté. Le dispositif sera cogéré par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires (OC), inscrits sur une liste publiée annuellement par le Fonds CMU-C. Les dépenses de CMU-C seront remboursées aux régimes d'assurance maladie et aux organismes complémentaires par le Fonds CMU-C "au réel" (suppression du plafond forfaitaire de remboursement) et les frais de gestion de la CMU-C contributive seront également compensés par le fonds.

1/ Cf. rapport annuel 2017-2018 sur l'ACS du Fonds CMU-C, à paraître (octobre 2018) et rapport annuel 2016-2017 [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_ACS\\_2016-2017.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_ACS_2016-2017.pdf)

2/ Le montant de l'AAH étant supérieur au plafond actuel d'éligibilité à la CMU-C ces derniers ne sont pas éligibles à la CMU-C - sauf dans certaines configurations familiales particulières. La part de ceux qui sont éligibles à la CMU-C est estimée à 11 %.

## La CMU-C en chiffres

### ■ Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C maintiennent leur progression pour les trois principaux régimes

Fin juillet 2018, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à 5,61 millions pour la France entière, tous régimes confondus.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, en milliers, au 31 juillet 2018

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 418	557	4 975	435
Régime social des indépendants	356	17	373	46
Régime agricole	147	9	156	21
Autres régimes et SLM	92	13	105	32
<b>Total Juillet 2018</b>	<b>5 013</b>	<b>596</b>	<b>5 609</b>	<b>534</b>

Données provisoires / Source : tous régimes

La hausse, de 2,3 % par rapport à juillet 2017, concerne les trois principaux régimes, avec + 2,3 % au régime général, + 4,6 % au régime des indépendants et + 4,4 % au régime agricole. Au régime général, les effectifs en métropole sont en progression de 2,4 % et de 1 % dans les Dom. Les Dom ne sont en hausse que depuis le mois de mai 2018.

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 juillet 2017 au 31 juillet 2018

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+2,4 %	+1,0 %	+2,3 %	-7,8 %
Régime social des indépendants	+4,4 %	+9,5 %	+4,6 %	-3,1 %
Régime agricole	+4,8 %	-1,6 %	+4,4 %	-3,0 %
Autres régimes et SLM	-5,0 %	-3,3 %	-4,8 %	-7,9 %
<b>Total Juillet 2018</b>	<b>+2,5 %</b>	<b>+1,0 %</b>	<b>+2,3 %</b>	<b>-7,2 %</b>

### ■ La dépense individuelle de CMU-C en légère progression

En juillet 2018, le total de la dépense prise en charge au titre de la CMU-C au régime général représente 1,89 Md€ (dépense en trésorerie). Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 418 € (métropole et Dom) ; il est en hausse de 1,7 %. Ce coût augmente en métropole (421 € / + 1,9 %) comme dans les Dom (401 € / + 0,1 %).

Pour les soins hospitaliers, le coût moyen est de 105 € pour l'ensemble du territoire. La baisse du poste des prestations hospitalières, amorcée en novembre 2013, se poursuit (dépense mensuelle par bénéficiaire de 78 € / - 1,5 %), tandis que la dépense moyenne de forfait journalier (27 €),

en progression depuis avril sous l'effet de l'augmentation de ce forfait au 1<sup>er</sup> janvier 2018, est en hausse de 2,4 % à fin juillet.

Le coût moyen pour la ville est de 313 €, en progression de 1,7 % à fin juillet 2018. Deux postes sont particulièrement porteurs de cette évolution. Les consultations des médecins généralistes et spécialistes (69 € / + 1,9 %) sont en hausse depuis février 2018, en raison des revalorisations tarifaires des actes médicaux. La hausse particulièrement dynamique du poste des forfaits pour les prothèses dentaires (dépassements d'honoraires pris en charge par la CMU-C) rend compte de la montée en charge des mesures de revalorisation des actes mises en œuvre au 1<sup>er</sup> octobre 2017 (58 € / + 16,5 %).

L'évolution de la dépense de ville pour la part du ticket modérateur prise en charge par la CMU-C reste similaire à celle de la même part pour l'ensemble des ressortissants du régime général, tout en restant inférieure du fait de différences dans les répartitions démographiques (la population CMU-C est plus jeune que la population générale).

### Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 juillet 2018 – Régime général – Métropole et Dom

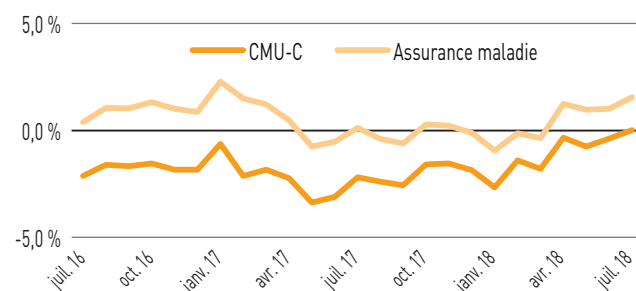
Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 418 M€	4,5 %	313 €	2,5 %
Hôpital	476 M€	1,5 %	105 €	-0,5 %
<b>Total</b>	<b>1 894 M€</b>	<b>3,7 %</b>	<b>418 €</b>	<b>1,7 %</b>

\* ACM : année complète mobile

\*\* Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAM et des SLM dont la CMU-C est gérée par le régime obligatoire (4,53 M de bénéficiaires), Métropole et Dom

Source : CNAM

### Évolutions du ticket modérateur pour les huit principaux postes de soins de ville



Source : CNAM

## L'ACS en chiffres

### ■ À fin juillet 2018, 1,24 million de personnes sont couvertes par un contrat ACS (+ 6,9 % sur une année)

À fin juillet 2018, le nombre de personnes ayant reçu une attestation ACS s'établit à 1,62 million sur les douze derniers mois (en année complète mobile). Cela correspond à une hausse de 6,7 % en référence aux douze mois précédents.

À la même date, le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS (A, B ou C) s'établit à 1 243 959 (stock). Il a augmenté de 6,9 % sur une année et de 25 % depuis l'entrée en vigueur de la réforme de juillet 2015 (soit autour de 250 000 personnes supplémentaires). Avant réforme, sur le début de l'année 2015, la progression se situait en moyenne autour de 7 %.

Le taux d'utilisation des attestations est stable autour de 77 %.

La répartition des personnes protégées par type de contrat est stable dans le temps : 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).

### Les effectifs protégés par un contrat ACS à fin juillet 2018

Mois	Suivi des effectifs protégés par un contrat ACS				En taux Utilisation attestations
	En milliers				
	Souscription contrats	Sorties contrats	Contrats en cours	Evolution mensuelle	
	Flux		Stock		
28/02/18	90	80	1 205	10	76,2 %
31/03/18	90	80	1 215	10	76,5 %
30/04/18	86	81	1 220	5	77,1 %
31/05/18	75	68	1 228	8	76,6 %
30/06/18	81	73	1 236	8	77,0 %
31/07/18	78	70	1 244	8	77,2 %

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

## Fréquence OC

## ■ Inscription ou retrait de la liste des organismes gestionnaires de la CMU-C pour 2019

Les organismes complémentaires souhaitant s'inscrire ou se retirer de la liste des organismes volontaires pour gérer la CMU-C pour 2019 ont jusqu'au 31 octobre 2018 pour adresser leur demande au Fonds CMU-C par courrier.

Pour l'inscription, le formulaire est disponible sur :

[http://www.cmu.fr/faq\\_oc\\_cmuc\\_inscription\\_retrait\\_liste\\_oc.php](http://www.cmu.fr/faq_oc_cmuc_inscription_retrait_liste_oc.php)

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

## ■ Une assiette de la TSA quasiment stable sur le premier semestre de l'année

Au premier semestre 2018, une inflexion est constatée sur l'assiette de la TSA : elle évolue de + 0,2 % en référence au premier semestre 2017 (- 0,1 % sur le premier trimestre, + 0,6 % sur le deuxième trimestre).

Du fait de la concentration du marché, les évolutions de l'assiette résultent d'un faible nombre d'organismes complémentaires. Les 10 organismes enregistrant les plus fortes baisses (jusqu'à 15 M€) représentent ainsi 60 % du montant total des baisses. Les hausses sont également concentrées sur un faible nombre d'organismes.

Au sein des huit assiettes constitutives de la TSA, les garanties "contrats classiques solidaires et responsables" représentent 90 % de l'assiette

totale. Elles progressent de 0,4 % au premier semestre 2018 par rapport au premier semestre 2017.

Le rendement de la TSA s'établit quant à lui à 2,55 Md€, en hausse de 0,5 % par rapport à la même période de l'année précédente.

## L'assiette de la TSA au premier semestre 2018 (en milliards d'euros)

	Montants	Répartition	Evol / N-1 (PCAP)
Garanties santé responsables	17,2	88,8 %	0,4 %
Garanties santé non responsables	0,7	3,6 %	5,8 %
Contrats 998 CGI	0,1	0,7 %	-4,0 %
Contrats agricoles responsables	0,7	3,7 %	-2,5 %
Contrats agricoles non responsables	0,0	0,1 %	-14,3 %
Contrats 1 <sup>er</sup> Euro	0,1	0,4 %	17,8 %
Garanties IJ responsables	0,2	1,2 %	-21,0 %
Garanties IJ non responsables	0,3	1,5 %	4,3 %
<b>Assiette TSA</b>	<b>19,4</b>	<b>100,0 %</b>	<b>0,2 %</b>

Source : Télédéclarations des redevables auprès de l'URSSAF Île-de-France, Fonds CMU-C  
Extraction des données au 17 août 2018

## Études et Rapports

## ■ Effet de l'ANI, études et résultats n°1074, DREES-IRDES

Suite à la mise en place de l'ANI, le taux de salariés couverts par la couverture complémentaire santé de leur entreprise a fortement augmenté.

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) menée en 2017 par l'IRDES auprès des établissements<sup>1</sup> éclaire sur la mise en œuvre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016, s'agissant du volet relatif à la complémentaire santé obligatoire d'entreprise.

Le taux de couverture des salariés par la complémentaire santé de leur entreprise est passé de 60 % en 2009 à 82 % en 2017.

84 % des établissements regroupant 96 % des salariés proposent une complémentaire santé à leurs salariés contre 51 % (75 % des salariés) avant la mise en place de la loi du 14 juin 2013. Compte tenu des dispenses d'adhésion<sup>2</sup>, la proportion de salariés couverts par leur entreprise atteint désormais 82 %.

Les 16 % d'établissements non concernés le sont principalement en raison de dispenses d'adhésion de l'ensemble de leurs salariés.

Depuis l'ANI, les très petits établissements sont deux fois plus nombreux à proposer une complémentaire santé mais ils demeurent les moins couverts

Avant l'ANI, la mise en place d'une couverture était décidée librement au niveau des entreprises ou des branches, ce qui entraînait de fortes disparités selon la taille, en défaveur des plus petits établissements. L'ANI a réduit ces disparités, la progression du taux de couverture étant la plus forte pour les établissements auparavant les moins bien couverts : en 2017, les établissements rattachés à des entreprises d'au moins cinq salariés sont plus de 90 % à proposer une complémentaire santé d'entreprise (98 % si on compte plus de 50 salariés).

Néanmoins, un quart des établissements de moins de cinq salariés ne propose pas encore de complémentaire santé (même si leur taux de couverture a le plus augmenté avec un doublement en quelques mois).

Parmi les établissements qui ne proposent pas de complémentaire santé (16 % du total des établissements), six sur dix invoquent une dispense d'adhésion de l'ensemble des salariés et quatre sur dix le fait que les salariés n'en veulent pas.

La participation moyenne des employeurs est restée stable avec la réforme

Suite à la mise en place de la réforme, la participation moyenne des employeurs à la complémentaire santé de leurs salariés est restée stable en s'établissant à 58 % en 2017 (56 % en 2009). Le taux moyen de participation varie cependant selon la taille de l'établissement. Il est un peu plus élevé au sein des plus petits et des plus grands établissements. Enfin, 18 % des établissements ayant une complémentaire santé avant la généralisation évoquent un changement du niveau de garantie à la hausse ou à la baisse, ce qui ne permet pas de confirmer l'hypothèse d'un nivellement par le bas du niveau de garantie des contrats suite à la mise en place de l'ANI.

1/ Ce sont les plus petites unités de décision en matière de couverture collective.

2/ Les motifs de dispenses sont les suivants : bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS ; être déjà salarié de l'entreprise au moment de la mise en place du contrat décidé de façon unilatérale par l'employeur ; être couvert par le contrat de son conjoint ; avoir une couverture individuelle (et ce jusqu'à l'échéance de ce contrat) ; travailler en contrat à durée déterminée (CDD) depuis moins de trois mois ou à temps très partiel ; dépendre du régime d'Alsace-Moselle.

## ■ Étude d'ATD Quart Monde sur la médecine ambulatoire vue par les personnes en situation de précarité

Entre autres actions, ATD Quart Monde œuvre pour le "droit à la protection sociale" pour l'ensemble de la population, notamment pour les personnes en situation de précarité.

Depuis plusieurs années, le laboratoire d'idée santé du Mouvement ATD Quart Monde recueille la parole des plus pauvres et s'interroge sur la réalité de l'accès aux soins. Dans le cadre de ce laboratoire, des personnes bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ont témoigné sur leur vécu et leurs expériences de chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation à domicile et de coordination du circuit entre ville et hôpital. Sur cette base, le laboratoire a pu établir des constats sur les difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité ainsi que des préconisations pour améliorer l'accès aux soins de ces personnes. En parallèle, des professionnels du domaine de la santé et du social se sont réunis et ont pu confronter les conclusions du laboratoire avec leurs pratiques professionnelles et leurs propres expériences.

L'étude d'ATD Quart Monde, en partie subventionnée par le Fonds CMU-C, reprend l'ensemble de ces échanges et fournit ainsi un recueil instructif de témoignages mais aussi des propositions faites par les personnes qui se sont elles-mêmes trouvées dans les situations décrites. Les recommandations sont donc concrètes. Elles pourraient constituer des solutions efficaces d'amélioration de l'accès aux soins et répondre aux attentes des patients, qu'ils soient précaires ou non. Si les constats faits sont exacerbés par la précarité, ils n'en sont pas moins représentatifs des difficultés de tout un chacun pour accéder au système de soins : manque d'informations lors de la sortie de l'hôpital (suite à une hospitalisation ambulatoire), manque d'accompagnement lors de l'hospitalisation à domicile ou dans le circuit ville-hôpital, ou encore manque de prise en charge financière.

Selon ATD Quart Monde, patients et soignants ont tout à gagner à une simplification des démarches administratives, à plus d'informations avant, pendant et après une hospitalisation, à un meilleur financement des frais liés aux soins, en ville et à l'hôpital, et à une utilisation optimale de dispositifs médicaux. Sur ce dernier point, le Fonds CMU-C porte un intérêt particulier à la proposition d'ATD Quart Monde de créer des bourses qui recueilleraient le matériel médical recyclé. Plusieurs démarches d'économie circulaire de type recyclerie sont actuellement menées sur les territoires. Ces recycleries collectent les appareillages usagés, les nettoient et les réparent avant de les proposer aux personnes âgées ou handicapées à des tarifs réduits. L'utilisation de ces dispositifs recyclés pourrait être une solution pour limiter le reste à charge des personnes nécessitant de nombreux appareillages. C'est pourquoi le Fonds CMU-C préconise de réaliser une étude détaillée du marché des dispositifs d'occasion afin d'envisager les pistes de développement et les modalités de prise en charge associées.

L'étude d'ATD Quart Monde sera disponible prochainement sur le site du Fonds CMU-C.

### ■ Permettre à chacun de toucher la "juste prestation"

Confié à la députée Christine Cloarec-Le Nabour et à Julien Damon, professeur associé à Sciences Po, dans le cadre de la préparation de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, le rapport sur la "juste prestation" remis au gouvernement le 5 septembre dernier

propose plusieurs solutions pour réduire le non recours et mieux lutter contre les indus, les erreurs et la fraude aux prestations sociales. Après avoir auditionné les représentants de 31 organismes - dont le Fonds CMU-C, les rapporteurs formulent 40 propositions qui visent à réformer les prestations et à améliorer l'accompagnement des personnes.

S'agissant des prestations, les auteurs préconisent notamment d'harmoniser les périodes prises en compte pour l'éligibilité aux prestations, voire d'harmoniser les bases ressources. A cet égard, le rapport envisage deux pistes possibles : tenir compte des seules ressources de nature imposable pour la détermination des droits à l'ensemble des prestations, ou unifier les bases ressources sur la base la plus large (RSA ou Prime d'activité). Ils proposent en tout état de cause de supprimer de ces bases les éléments difficilement gérables comme le patrimoine immobilier des allocataires non producteur de revenus. Ils préconisent en outre d'ajuster les prestations aux ressources de l'année en cours des allocataires, estimant sur ce dernier point que la réforme en cours pour les allocations logement pourrait être étendue à d'autres prestations comme les prestations familiales sous conditions de ressources.

Le rapport recommande par ailleurs de personnaliser l'accompagnement des personnes et de désigner pour ce faire un référent unique.

Selon les auteurs, le recours accru à des applications numériques doit permettre de gommer la complexité à laquelle l'utilisateur est confronté pour le traitement de son dossier et d'intégrer plusieurs fonctionnalités dans un portail unique. L'automatisation et la rapidité de la délivrance des prestations passeraient par un allègement des déclarations, dans une logique de "dites-le nous une seule fois" via le partage de données sécurisées ou la constitution d'un "dossier social unique". L'automatisation de l'octroi des prestations fonctionnerait alors selon une logique "opt out" laissant la possibilité aux allocataires de refuser les droits.

Prenant l'exemple de la récente mobilisation par le Fonds CMU-C d'un panel test d'assurés pour valider les nouveaux formulaires de demande de la CMU-C, les auteurs préconisent de renforcer l'association des bénéficiaires lors de l'établissement de nouveaux formulaires.

Enfin, les rapporteurs suggèrent d'intégrer explicitement les missions de lutte contre le non recours dans les missions légales des organismes de sécurité sociale et de produire, chaque année, une présentation globale des indus.

## Textes à la une

### ■ Publication de la convention nationale des chirurgiens-dentistes

La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a été signée le 21 juin 2018 par l'UNCAM, l'UNOCAM, la CNSD et l'UD. L'arrêté d'approbation du 20 août 2018 a été publié au Journal Officiel du 25 août 2018.

La convention nationale a pour objet principal de rééquilibrer progressivement (sur cinq ans) l'activité des cabinets dentaires, en revalorisant des soins de prévention, conservateurs et chirurgicaux et, en contrepartie, en plafonnant les tarifs d'une partie des actes prothétiques qui sont à entente directe avec le patient.

Les négociations conventionnelles se sont inscrites dans le cadre de la préparation du dispositif "100 % Santé". L'annexe V de la convention nationale propose une répartition des actes prothétiques entre les actes sans reste à charge (panier "100 % Santé"), les actes pour lesquels l'entente directe est limitée (panier de soins à reste à charge modéré, dans lequel les tarifs sont plafonnés, mais pour lesquels il n'y a pas d'obligation de prise en charge jusqu'aux plafonds par les organismes complémentaires d'assurance maladie) et les actes pour lesquels l'entente directe reste libre (panier de soins à tarifs libres). La fixation du contenu du panier de soins "100 % Santé" relève du domaine réglementaire. De même que l'obligation pour les organismes

complémentaires d'assurance maladie de prendre en charge les actes de ce panier de soins à hauteur des plafonds. La convention nationale n'est qu'une première étape vers la mise en œuvre du dispositif "100 % Santé".

La convention nationale instaure d'autres mesures importantes : des mesures de prévention à destination des enfants et des jeunes ainsi que des dispositifs d'accompagnement à la prise en charge de patients en situation spécifique, comme les patients diabétiques, les patients atteints de handicap sévère ou encore les patients sous traitements anticoagulants.

L'article 8 de la convention nationale porte sur les dispositions applicables aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Il prévoit notamment la mise en place un groupe de travail, associant les représentants du Ministère et du Fonds CMU-C, afin de préparer la négociation d'un avenant au plus tard en 2019 permettant d'adapter les montants maximaux de la CMU-C et ACS aux évolutions de la CCAM prévues dans la convention nationale.

Ce groupe de travail s'est réuni pour la première fois le 13 septembre 2018. Les échanges ont porté sur le calendrier de travail, sur des propositions d'évolution formulées par la CNAM et sur les attentes des syndicats dentaires. Le Fonds CMU-C a participé aux discussions avec intérêt et vigilance et rappelé son souhait que les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS puissent avoir accès à l'ensemble des actes du panier "100 % Santé".

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 2018