

Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Éditorial

n°76

À la Une de ce numéro, la couverture maladie universelle complémentaire devient la complémentaire santé solidaire !

Ce changement de nom de la CMU-C à la faveur de l'extension de cette couverture aux personnes éligibles à l'ACS sera effectif à compter du 1^{er} novembre 2019. Il illustre le renforcement de la solidarité vis-à-vis de personnes en situation de grande fragilité porté par la réforme : elle permettra aux personnes pauvres également en situation de handicap ou vieillissantes d'accéder désormais à un large panier de soins sans frais (allocataires de l'AAH, du minimum vieillesse...).

S'il donne une meilleure lisibilité au dispositif, ce changement de nom devra néanmoins s'accompagner d'une communication large visant à mieux faire connaître ce droit à une couverture complémentaire et à mettre en évidence ses avantages.

L'accès aux droits et aux soins des personnes concernées par la réforme - en particulier celles qui cumulent les facteurs de handicap et de précarité - appelle le déploiement de mesures complémentaires. Dans un rapport de juillet 2018, co-écrit avec Philippe Denormandie¹, nous avons formulé plusieurs propositions en ce sens, dont certaines ont d'ores et déjà trouvé leur traduction concrète en LFSS pour 2019, dans les orientations établies par le comité interministériel du handicap..., et d'autres font l'objet de travaux en cours.

Dans son rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2020², la CNAM reprend une partie de ces propositions. "Allers-vers" en adaptant le dispositif *Pfidass* (plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) de la CNAM pour repérer les personnes en situation de handicap qui renoncent aux soins et les accompagner vers le droit et le soin. Intégrer dans la formation initiale et continue des professionnels de santé la dimension handicap et développer les outils d'accompagnement sur la prise en charge du handicap. Recenser et faire connaître les professionnels de santé formés à la prise en charge du handicap en ville. Étendre le champ des majorations conventionnelles mises en place par les dentistes et orthophonistes pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap à d'autres professions de santé.

Le Fonds CMU-C - qui changera prochainement de nom lui aussi - sera attentif à la mise en œuvre de ces prescriptions et contribuera à mesurer l'impact de la réforme sur l'accès aux droits et aux soins des dix millions de personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire.

Marianne CORNU-PAUCHET,
Directrice du Fonds CMU-C

¹ Denormandie P, Cornu-Pauchet M. "L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité". http://www.cmu.fr/rapports_evaluation.php

² "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2020". Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2020 (loi du 13 août 2004)

La CMU-C et l'ACS donnent naissance à la complémentaire santé solidaire

La CMU-C et l'ACS sont des dispositifs majeurs en matière d'accès aux soins pour les personnes les plus modestes. Or, les évaluations du Fonds CMU-C¹ montrent que l'ACS ne rencontre pas son public et laisse à la charge de personnes en situation de précarité des frais conséquents (restes à payer sur la prime des contrats de complémentaire santé, restes à charge sur leurs frais de santé).

Un nouveau dispositif, issu de la fusion entre la CMU-C et l'ACS, entrera en vigueur le 1^{er} novembre 2019 sous le nom de "complémentaire santé solidaire". Plus compréhensible, le nouveau nom met en avant la solidarité, valeur de notre société à l'origine-même de ce droit, et illustre le changement à l'œuvre. Cette solidarité s'exerce à l'égard des personnes en situation de précarité et leur permet d'accéder à des soins de qualité sans reste à charge, pour une participation financière nulle ou limitée.

Ainsi, les assurés dont les ressources sont inférieures à 745 euros (plafond actuel de la CMU-C pour une personne seule) auront toujours accès au panier de soins de la CMU-C, gratuitement. Les personnes dont les ressources sont comprises entre 745 et 1007 euros, aujourd'hui éligibles à l'ACS, accéderont au même panier de soins sans restes à charge sur leurs frais de santé, en contrepartie d'une participation financière.

Le dispositif sera co-géré par les organismes d'assurance maladie de base et les organismes complémentaires. Les assurés seront libres de choisir l'organisme de leur choix.

Les textes réglementaires fixant les modalités de mise en œuvre pratique de la complémentaire santé solidaire ont été publiés au Journal officiel le 23 juin 2019 (cf. textes à la une, page 4). Ils comportent les dispositions relatives à la demande et à l'utilisation de la complémentaire santé solidaire par les assurés, aux relations entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire, au remboursement des dépenses ainsi qu'à l'activité du Fonds CMU-C.

Les complémentaires santé ont jusqu'au 31 juillet 2019 pour s'inscrire sur la liste des organismes habilités à gérer la complémentaire santé solidaire auprès du Fonds CMU-C. Ce report de la date initialement prévue leur permet de prendre connaissance de l'ensemble des textes publiés, des impacts de la réforme sur leur organisation ainsi que du montant de la participation financière et des modalités de remboursement des dépenses et des frais de gestion.

Les pouvoirs publics l'avaient annoncé : le montant maximal de la participation financière ne dépasse pas 1 euro par jour. Cette participation financière est progressive avec l'âge. Pour les moins de 29 ans, son montant est de 8 euros par mois et il atteint 30 euros par mois pour les 70 ans et plus.

Les organismes gestionnaires (CPAM, MSA ou organisme complémentaire) seront remboursés au réel de leurs dépenses de complémentaire santé solidaire. Pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière, les frais de gestion des organismes complémentaires seront en outre pris en charge à hauteur d'un montant forfaitaire par bénéficiaire.

La réussite de la réforme repose sur une mobilisation importante et coordonnée de l'ensemble des acteurs concernés par sa mise en œuvre (les pouvoirs publics, le Fonds CMU-C, l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires d'assurance maladie, l'ACOSS, les associations et acteurs locaux, etc.). Le Fonds CMU-C, attaché à ce que l'installation de la réforme se fasse dans les meilleures conditions possibles pour les assurés comme pour les organismes, accompagne d'ores et déjà les acteurs dans la phase de préparation de la réforme et communique sur le dispositif (cf. notamment la *Faq sur le site du fonds*, <http://www.cmu.fr/faqreformecmuc.php>).

¹ Rapports annuels du Fonds CMU-C sur l'ACS, http://www.cmu.fr/rapports_prix_contenu.php

La CMU-C en chiffres

■ Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C continuent de progresser

Fin avril 2019, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C tous régimes confondus est évalué à 5,71 millions, en hausse de 3 %. La progression se répartit entre 3,1 % en métropole et 2,7 % dans les DOM.

La hausse concerne les 3 principaux régimes d'affiliation : 3,6 % au régime général, 3,3 % au régime des indépendants et 2,6 % au régime agricole.

Les nouveaux travailleurs indépendants sont affiliés au régime général depuis le 1^{er} janvier 2019 et l'ensemble des ressortissants du régime des indépendants intégrera le régime général au 1^{er} janvier 2020. Toutefois, les effectifs du régime pour la CMU-C avaient augmenté de manière très dynamique jusqu'à la fin 2018, de 5,1 % en moyenne. C'est ce qui explique, de manière mécanique, la progression de 3,3 % pour les bénéficiaires de la CMU-C entre avril 2018 et avril 2019, alors que le régime des indépendants n'a plus enregistré de nouveaux ressortissants depuis le 1^{er} janvier 2019.

Les sections locales mutualistes (SLM) sont en baisse de 27,7 % consécutivement à l'intégration progressive des étudiants au régime général depuis le 1^{er} septembre 2018. L'ensemble des étudiants sera rattaché aux régimes de base à partir de la rentrée 2019.

Le nombre de bénéficiaires qui ont choisi un organisme complémentaire (OC) pour la gestion de leur CMU-C a diminué de 8,9 %, pour un total de 490 000 personnes.

Effectifs CMU-C – Avril 2019

En milliers

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 526	569	5 095	406
Régime social des indépendants	363	18	380	45
Régime agricole	148	9	157	18
Sections locales mutualistes	61	7	68	20
Régimes spéciaux	7	5	12	1
Total Avril 2019	5 104	607	5 711	490

Effectifs CMU-C – Avril 2018 - Avril 2019

En %

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3,7	2,9	3,6	-7,5
Régime social des indépendants	3,1	6,7	3,3	-1,2
Régime agricole	3,0	-3,7	2,6	-14,7
Sections locales mutualistes	-28,4	-20,1	-27,7	-34,8
Régimes spéciaux	-0,9	24,1	7,6	-18,8
Évolution M-12 – Avril 2019	3,1	2,7	3,0	-8,9

Données provisoires
Source : tous régimes

■ La dépense moyenne par bénéficiaire se maintient en évolution dynamique

La dépense pour la part CMU-C est estimée à 2,1 milliards d'euros à fin avril 2019, en cumul sur douze mois glissants, pour l'ensemble des trois principaux régimes. Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 416 €, dont 422 € pour le régime général, 353 € pour les indépendants et 364 € pour le régime agricole. Il est en hausse de 1,8 %.

Le montant moyen par bénéficiaire pour les soins de ville est de 313 €, en augmentation de 2 %. Avec un montant moyen de 81 €, les forfaits CMU-C ne représentent qu'un quart de la dépense de ville, mais leur progression de 9,8 % contribue fortement à la croissance de la dépense. Les forfaits pour les soins dentaires sont notamment en hausse de 19,1 %, pour un montant moyen de 61 €.

Le montant moyen pour les soins hospitaliers est de 102 €, en progression de 1,2 % par rapport à avril 2018. L'augmentation tarifaire du forfait journalier hospitalier au 1^{er} janvier 2018 continue de porter la hausse. Le poste pour ces forfaits est en évolution de 4,2 %, pour une dépense moyenne de 26 € par bénéficiaire.

Dépense moyenne par bénéficiaire – Avril 2019

Régime	CNAM	CNDSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	316 €	287 €	274 €	313 €
<i>dont forfaits CMU-C</i>	<i>82 €</i>	<i>67 €</i>	<i>79 €</i>	<i>81 €</i>
Hôpital	105 €	66 €	90 €	102 €
<i>dont forfaits journaliers hospitaliers</i>	<i>28 €</i>	<i>11 €</i>	<i>12 €</i>	<i>26 €</i>
Total	422 €	353 €	364 €	416 €

Évolution dépense moyenne par bénéficiaire – Avril 2018 - Avril 2019 En %

Régime	CNAM	CNDSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	1,9	2,9	1,7	2,0
<i>dont forfaits CMU-C</i>	<i>10,0</i>	<i>8,5</i>	<i>8,0</i>	<i>9,8</i>
Hôpital	0,9	4,5	13,4	1,2
<i>dont forfaits journaliers hospitaliers</i>	<i>4,2</i>	<i>5,0</i>	<i>14,3</i>	<i>4,2</i>
Total	1,7	3,2	4,4	1,8

Données provisoires pour les effectifs
Source : CNAM, CNDSSTI, CCMSA

Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des bénéficiaires des trois régimes dont la CMU-C est gérée par le régime obligatoire (5,1 millions de bénéficiaires)

ACM : année complète mobile

L'ACS en chiffres

■ Un rythme d'évolution annuel de 5 % pour l'ACS

À fin avril 2019 et sur une année, 1,68 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. Les effectifs ont augmenté de 4,8 % par rapport à la même période une année plus tôt. La croissance se poursuit tout en ralentissant par rapport aux deux années précédentes (+ 8 %). Ces hausses soutenues étaient liées à la mise en place de la réforme de juillet 2015 et la communication qui l'avait accompagnée.

Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS A, B ou C s'établit à près de 1,28 million à fin avril 2019. Il a augmenté de 5,1 % sur une année. Comme le nombre d'attestations délivrées, la souscription à un

contrat ACS a décéléré, en particulier par rapport à 2017 et au début de l'année 2018, période sur laquelle la progression était de 8 % en moyenne. L'évolution à un rythme comparable entre délivrance des attestations et utilisation conduit à une stabilité du taux d'utilisation qui oscille entre 76 % et 77 %.

Depuis la réforme de juillet 2015, les effectifs ont progressé de près de 30 %, soit 270 000 bénéficiaires supplémentaires du dispositif.

La répartition des personnes protégées par type de contrat n'évolue pas dans le temps : le contrat C est prédominant, regroupant à lui seul 40 % des utilisateurs. Au global, plus des trois quarts des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur (contrat C) et / ou intermédiaire (contrat B).

Pour les 10 groupements en mesure de transmettre l'information (92 % des personnes protégées), à fin avril 2019, le nombre de personnes couvertes par un contrat de sortie s'établit à 170 000, soit l'équivalent de 15 % du nombre de personnes protégées par un contrat ACS (hors contrats de sortie).

Les contrats ACS : évolution sur les douze derniers mois

	Nombre total de personnes couvertes en fin de mois	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Évolution mensuelle du nombre de personnes couvertes	Taux d'utilisation des attestations
2018 mai	1 228 109	7,0 %	7 768	76,6 %
2018 juin	1 236 198	7,2 %	8 089	77,0 %
2018 juillet	1 243 959	6,9 %	7 761	77,2 %
2018 août	1 245 306	6,2 %	1 347	76,7 %
2018 sept	1 245 101	5,5 %	-205	76,6 %
2018 oct	1 256 405	5,8 %	11 304	77,0 %
2018 nov	1 264 117	5,6 %	7 712	76,8 %
2018 déc	1 265 319	5,5 %	1 202	76,3 %
2019 janv	1 259 226	5,3 %	-6 093	76,2 %
2019 févr	1 266 022	5,0 %	6 796	76,4 %
2019 mars	1 275 037	4,9 %	9 015	76,8 %
2019 avr	1 282 432	5,1 %	7 395	76,9 %

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

Fréquence OC

■ Inscription sur la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la complémentaire santé solidaire au plus tard le 31 juillet 2019

Les OC souhaitant participer à la gestion de la complémentaire santé solidaire (qui comprend la partie sans participation financière et celle avec participation financière) doivent s'inscrire auprès du Fonds CMU-C, en remplissant la déclaration de participation au dispositif disponible sur le site internet du fonds. Cette démarche concerne également les OC déjà inscrits sur la liste 2019 des organismes habilités à gérer la CMU-C.

La date limite d'inscription est fixée au 31 juillet 2019. La liste prendra effet au 1^{er} novembre 2019, pour une période de quatorze mois, soit jusqu'au

1^{er} janvier 2021. Sauf demande de retrait formulé par l'OC, l'inscription se renouvellera ensuite automatiquement par période de douze mois.

■ Une augmentation de 4,5 % de l'assiette de la TSA sur le premier trimestre 2019

Sur le 1^{er} trimestre 2019, l'assiette augmente fortement : + 4,5 % par rapport au 1^{er} trimestre 2018. L'amplitude élevée s'explique en partie par un effet base car l'assiette du 1^{er} trimestre 2018 n'avait pas augmenté par rapport à celle du 1^{er} trimestre 2017 (- 0,1 %).

Les données du 1^{er} trimestre ne permettent pas de disposer d'une visibilité suffisante pour établir une prévision annuelle 2019.

L'assiette de la TSA sur le 1^{er} trimestre 2019

Montants en millions d'euros

	Contrats classiques resp.	Contrats classiques non resp.	Contrats 1 ^{er} art. C998CGI	Contrats agricoles resp.	Contrats agricoles non resp.	Contrats au 1 ^{er} euro	Contrats IJ resp.	Contrats IJ non resp.	Totale assiette TSA
T1 2019	9 790	404	69	562	7	53	100	191	11 177
Répartition T1 2019	87,6 %	3,6 %	0,6 %	5,0 %	0,1 %	0,5 %	0,9 %	1,7 %	100,0 %
Évol. / T1 2018 (montants)	492	3	4	-4	-1	2	-32	17	481
Évol. (%)	5,3 %	0,7 %	6,3 %	-0,7 %	-17,3 %	3,6 %	-24,2 %	9,5 %	4,5 %

Champ : tous redevables de la TSA ayant déclaré une assiette sur le premier trimestre 2019

Source : télédéclarations des OC - Situation arrêtée au 18 06 2019

Études et Rapports

■ Le pharmacien : un interlocuteur privilégié par les personnes en situation de pauvreté

Chaque année, le CRÉDOC réalise une enquête sur les conditions de vie et aspirations des Français. En 2019, le fonds a souhaité y participer afin de caractériser les bénéficiaires actuels et potentiels de la CMU-C et de l'ACS, d'identifier leur interlocuteur privilégié en cas de préoccupation pour leur santé et de mieux connaître leurs pratiques en matière d'automédication. Composée de plus de 200 questions, l'enquête a été réalisée en ligne en janvier 2019 auprès d'un échantillon représentatif de 2 976 personnes.

Selon les résultats de cette enquête, lorsqu'un problème de santé les préoccupe personnellement, les trois quarts des Français indiquent s'adresser de préférence à un médecin. Les populations éligibles aux deux complémentaires santé mentionnent moins souvent le médecin comme interlocuteur privilégié en premier lieu. En particulier, seul un bénéficiaire de la CMU-C sur deux mentionne le médecin mais 15 % d'entre eux privilégient le pharmacien en cas de problème de santé, soit 6 points de plus que l'ensemble de la population. En outre, 12 % des personnes éligibles à l'ACS et 10 % des personnes éligibles à la CMU-C indiquent l'hôpital comme interlocuteur privilégié, soit 2 à 2,5 fois plus que le reste de la population. Selon l'étude, ces choix seraient avant tout dictés par le souci de la confiance, la proximité du domicile et la rapidité d'accès, notamment pour les personnes éligibles à l'ACS.

Les résultats de l'étude montrent par ailleurs que la moitié seulement de la population éligible à la CMU-C recourt à l'automédication contre 61 % en population générale. Lorsqu'elle est pratiquée, l'automédication est justifiée par la qualité des conseils donnés en pharmacie et la volonté de gagner du temps. Bien qu'il reste minoritaire, le critère économique est davantage cité par les personnes éligibles à l'ACS pour expliquer le recours à l'automédication. Pour ceux qui n'ont pas recours à cette pratique, ce sont le souhait de limiter la consommation de médicaments et la préférence de consulter un médecin qui justifient ce choix. À l'inverse de la population générale, les personnes éligibles à l'ACS ne pratiquant pas l'automédication évoquent davantage le coût trop élevé du tarif des médicaments pour justifier l'absence d'automédication que le souci d'avoir "toujours l'avis du médecin".

🔗 <http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php> : À paraître

■ Non-utilisation des chèques ACS : des freins identiques et des disparités territoriales expliquées

Au regard des disparités territoriales importantes constatées par le Fonds CMU-C, le Compas a réalisé une étude sur la non-utilisation des attestations chèque ACS (non-recours aux contrats de complémentaire santé ACS). Elle s'est déroulée sur quatre territoires (Gard, Orne, Seine-et-Marne et Seine-Saint-Denis) en partenariat avec les CPAM concernées.

L'objectif était de mieux connaître les non-utilisateurs et leurs motifs, de vérifier s'ils connaissent les avantages associés à l'ACS, de mettre en évidence des facteurs susceptibles d'expliquer la non-utilisation et d'identifier les pratiques d'accompagnement des CPAM.

L'étude s'est déroulée en trois phases : la phase d'analyse statistique, la phase d'entretiens téléphoniques et la phase d'entretiens en face-à-face menés avec les bénéficiaires de l'ACS (focus group) et avec les professionnels des CPAM.

Il ressort que les jeunes utilisent moins leur attestation ACS du fait de leurs situations familiales et professionnelles évolutives (mise en couple, arrivée d'un enfant, séparation, alternance emploi/chômage...). En fonction du territoire, entre 32 % et 57 % des jeunes âgés de 16 à 24 ans bénéficiaires d'une attestation ne l'utilisent pas, alors que cette part oscille entre 7,5 % et 27 % chez les 60 ans et plus. Les taux d'utilisation sont plus forts pour les retraités et les personnes en invalidité présentant des situations plus stables.

Les couples avec enfant à charge et les familles monoparentales sont nombreux parmi les bénéficiaires sans contrat ACS. Le reste à payer sur la prime du contrat ACS et l'instabilité socio-économique en sont les principaux facteurs.

Parmi les bénéficiaires d'un contrat collectif rencontrés lors des focus-groups, seul un tiers des salariés connaissait la possibilité de le rompre pour un contrat ACS. La démarche de demande auprès de son entreprise se révèle difficile et stigmatisante, particulièrement pour les personnes

en activité précaire. La barrière de la langue constitue également un obstacle notable du fait du champ lexical administratif, notamment en Seine-Saint-Denis.

Plusieurs freins à l'usage du chèque ACS sont exprimés à la fois par les bénéficiaires de l'ACS et les professionnels des CPAM : complexité des démarches administratives (choix du niveau de garanties entre les trois niveaux des contrats ACS, A, B et C), illettrisme... Par ailleurs, les messages sur le compte Ameli ne sont pas toujours consultés par les utilisateurs.

Les méthodes d'accompagnement des professionnels des CPAM sont hétérogènes. Le manque d'accompagnement dans le choix d'un organisme complémentaire est pointé par les bénéficiaires de l'ACS durant les focus groups. Les assurés déplorent ne pas avoir de réponse pour leur demande, ou d'être renvoyés sur internet. La CPAM du Gard développe une forte politique de démarches à la fois proactives et intégrées à l'ensemble de ses services, ce qui explique le faible taux de non-utilisation sur son territoire.

Enfin, les bénéficiaires et les professionnels ont été interrogés sur l'extension de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS à compter du 1^{er} novembre. Cette réforme simplifiera les démarches. Des points d'attention seront toutefois nécessaires, notamment quant au renvoi de l'autorisation de prélèvement à l'organisme gestionnaire.

<http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php> : À paraître

Textes à la une

■ Textes réglementaires pour la mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire

Trois textes réglementaires visant à mettre en œuvre la complémentaire santé solidaire ont été publiés au Journal officiel le 23 juin 2019.

Le décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 prévoit toutes les modalités d'ouverture des droits : demande de l'assuré auprès de l'assurance maladie obligatoire, traitement du dossier par celle-ci, processus de souscription de la complémentaire santé auprès d'un organisme gestionnaire, procédure en cas de non-paiement de la participation financière, etc. Ce texte définit également l'organisation du Fonds CMU-C et ses missions.

Le décret n° 2019-623 du 21 juin 2019 est relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé.

L'arrêté du 21 juin 2019 fixe les montants de la participation financière mensuelle des bénéficiaires à la complémentaire santé solidaire. Cette participation progresse avec l'âge : 8 euros pour les 29 ans et moins, 14 euros pour les 30-49 ans, 21 euros pour les 50-59 ans, 25 euros pour les 60-69 ans et 30 euros pour les 70 ans et plus. Ces montants sont réduits pour les bénéficiaires relevant du régime local d'Alsace-Moselle. L'arrêté fixe également les montants forfaitaires remboursés par le Fonds CMU-C aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion. Les dépenses engagées par les organismes gestionnaires au titre de la complémentaire santé solidaire seront en effet remboursées au réel. Pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière, ces dépenses seront minorées des participations dues par les bénéficiaires.

Ils se sont réunis

■ Conseil de surveillance du Fonds CMU-C

Le 36^e conseil de surveillance du Fonds CMU-C s'est réuni le 13 juin 2019 sous la présidence d'Emmanuelle Fontaine-Domeizel dans l'enceinte du palais Bourbon. Après un discours introductif rappelant le rôle dévolu au fonds CMU-C et à son conseil de surveillance en termes d'analyse des dispositifs d'aide à la complémentaire santé dans leurs aspects financiers, sanitaire et social, la séance a été consacrée à la présentation de la réforme 2019 et à la détermination du programme des études à

Pour les OC, elles seront en outre majorées des frais de gestion. Le montant qui s'applique est fixé pour chaque bénéficiaire dont l'organisme complémentaire gère la complémentaire santé solidaire au dernier jour du trimestre civil considéré. Le montant par bénéficiaire par trimestre est de 8 euros en 2019 et 2020, 7,5 euros en 2021 et 7 euros à compter du 1^{er} janvier 2022.

■ Contrats responsables et "100% Santé"

L'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales vient préciser les dispositions que doivent respecter les contrats responsables des organismes complémentaires suite aux modifications apportées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret du 11 janvier 2019. Il explique notamment comment sont pris en charge les prothèses dentaires, les équipements d'optique et les aides auditives selon qu'ils font partie ou non des paniers de soins "100 % Santé". Il définit aussi les critères à remplir pour qu'un contrat de surcomplémentaire soit considéré comme responsable.

L'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires garantis sans reste à charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales est venu préciser à quelles dates les prothèses dentaires sont intégrées au panier de soins "100 % Santé". En dentaire en effet, le "100 % Santé" entre en vigueur en deux étapes : les couronnes et les bridges du panier sont intégralement pris en charge à compter du 1^{er} janvier 2020 et les autres actes (adjonctions ou changements et prothèses amovibles) à partir du 1^{er} janvier 2021.

mener en 2020. A l'ordre du jour figurait également la présentation de trois études diligentées par le fonds et relatives respectivement à l'effet des perceptions et des préférences des bénéficiaires de la CMU-C sur leur recours aux soins – étude confiée à la Chaire Santé Dauphine – aux consultations de premier recours et à la pratique de l'automédication – enquête menée par le CREDOC – et à la non-utilisation des attestations-chèques ACS – étude présentée par le COMPAS (cf. *Études et Rapports*).

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 : Juillet 2019

CMU-C, ACS ET ASSIETTE DE LA TSA EN 2018

■ Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

En 2018, les effectifs pour la CMU-C sont de 5,58 millions, en moyenne annuelle, métropole et DOM. Ils progressent de 1,9 % par rapport à 2017, dont 2,1 % en métropole et 0,4 % dans les DOM.

Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, moyenne 2018, en milliers

2018 - Organisme de gestion	Métropole	DOM	Total
CNAM	3 979	540	4 519
CNDSSTI	311	16	327
CCMSA	126	9	135
Autres régimes et SLM	59	11	70
Sous-Total	4 474	576	5 051
Organismes complémentaires	509	20	530
Total	4 983	597	5 580

Source : tous régimes

Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C ; évolution 2017 – 2018

Évolution 2017 – 2018	Métropole	DOM	Total
CNAM	3,2 %	0,8 %	2,9 %
CNDSSTI	6,2 %	9,4 %	6,4 %
CCMSA	6,3 %	-1,8 %	5,7 %
Autres régimes et SLM	-1,4 %	-1,9 %	-1,5 %
Sous-Total	3,4 %	0,9 %	3,1 %
Organismes complémentaires	-8,1 %	-10,9 %	-8,2 %
Total	2,1 %	0,4 %	1,9 %

Source : tous régimes

■ Gestion par les organismes complémentaires

Sur les 480 OC ayant effectué une déclaration auprès de l'URSSAF Île-de-France en 2018, 232 organismes, soit 48 %, sont inscrits sur la liste des organismes habilités par le Fonds CMU-C à gérer la CMU-C.

Évolution du nombre d'OC redevables de la TSA et du nombre d'OC inscrits sur la liste des organismes gérant la CMU-C

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nb total d'OC	717	685	637	607	576	534	499	483	480
Nb des OC inscrits	495	475	438	404	356	321	273	251	232
Part des OC inscrits dans le nb total des OC	69 %	69 %	69 %	67 %	62 %	60 %	55 %	52 %	48 %

Source : Déclarations TSA – Fonds CMU-C

■ Répartition des organismes complémentaires

212 organismes complémentaires sur les 232 inscrits sur la liste des organismes gestionnaires ont déclaré des bénéficiaires de la CMU-C en 2018. Les mutuelles représentent 83 % des OC concernés et concentrent 81 % des 508 000 bénéficiaires.

OC ayant déclaré des bénéficiaires de la CMU-C en 2018 – Répartition des bénéficiaires et des OC par type d'organismes

Nature Cotisant	Nombre bénéficiaires en milliers	Répartition bénéficiaires	Nombre OC	Répartition OC
Mutuelle	409	80,5 %	175	82,5 %
Institution de Prévoyance	3	0,7 %	10	4,7 %
Assurance	95	18,8 %	27	12,7 %
Total	508	100,0 %	212	100,0 %

Source : Déclarations trimestrielles TSA

Le nombre de bénéficiaires communiqué ici ne tient pas compte des données définitives transmises par les OC dans le cadre du tableau récapitulatif annuel 2018.

■ Répartition géographique des bénéficiaires de la CMU-C

La CMU-C couvre 7,6 % de la population en métropole et 30,9 % dans les DOM, en moyenne annuelle, pour les trois principaux régimes (CNAM, CNDSSTI, CCMSA).

En métropole, les pourcentages de bénéficiaires par rapport à la population (CMU-C / Population) sont compris entre 4,8 % en Bretagne et 11 % dans les Hauts-de-France.

La part des bénéficiaires ayant fait le choix de gestion de leurs prestations par un OC (Pourcent OC) varie, en métropole, entre 3,7% en Île-de-France et 21,4 % en Bretagne. Elle est de 3,1 % dans les DOM.

Effectifs et pourcentages des bénéficiaires de la CMU-C par région, pour les trois principaux régimes (CNAM, CNDSSTI, CCMSA), moyenne 2018, en milliers

Région	Total CMU-C	Population	CMU-C / Population	Répartition CMU-C	Répartition Population	Pourcent RO	Pourcent OC
Île-de-France	929	12 082	7,7 %	17,0 %	18,3 %	96,3 %	3,7 %
Centre-Val de Loire	182	2 579	7,1 %	3,3 %	3,9 %	85,9 %	14,1 %
Bourgogne-Franche-Comté	173	2 821	6,1 %	3,2 %	4,3 %	85,1 %	14,9 %
Normandie	249	3 339	7,5 %	4,5 %	5,0 %	83,8 %	16,2 %
Hauts-de-France	659	6 010	11,0 %	12,0 %	9,1 %	92,2 %	7,8 %
Grand Est	420	5 559	7,5 %	7,7 %	8,4 %	91,0 %	9,0 %
Pays de la Loire	210	3 719	5,6 %	3,8 %	5,6 %	80,2 %	19,8 %
Bretagne	160	3 294	4,8 %	2,9 %	5,0 %	78,6 %	21,4 %
Nouvelle-Aquitaine	412	5 911	7,0 %	7,5 %	8,9 %	87,6 %	12,4 %
Occitanie	545	5 774	9,4 %	9,9 %	8,7 %	91,1 %	8,9 %
Auvergne-Rhône-Alpes	483	7 878	6,1 %	8,8 %	11,9 %	85,3 %	14,7 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	457	5 008	9,1 %	8,3 %	7,6 %	95,9 %	4,1 %
Corse	18	327	5,5 %	0,3 %	0,5 %	89,4 %	10,6 %
Métropole	4 897	64 301	7,6 %	89,4 %	97,1 %	90,2 %	9,8 %
Départements d'outre-mer	583	1 889	30,9 %	10,6 %	2,9 %	96,9 %	3,1 %
France entière	5 480	66 190	8,3 %	100,0 %	100,0 %	90,9 %	9,1 %

Source : CNAM hors SLM / CNDSSTI / CCMSA / INSEE

■ Les coûts moyens par bénéficiaire

En 2018, le coût moyen par bénéficiaire de la CNAM est de 421 €, en trésorerie. Il est de 351 € pour la CNDSSTI, 356 € pour la CCMSA. Les coûts moyens des trois régimes sont en hausse, de 2,9 % pour le régime général, de 5,4 % pour le régime des indépendants et de 3 % pour le régime agricole. Le coût moyen des bénéficiaires gérés par un OC est de 379 € en 2017 et il pourrait progresser en 2018, à l'instar de l'augmentation de la dépense des régimes. Le coût moyen en 2018 pour le total des trois principaux régimes est de 415 €.

Coût moyen par organisme, métropole et DOM, en trésorerie

Mois	CNAM + SLM	CNDSSTI	CCMSA	CNAM + CNDSSTI + CCMSA	OC
2010	431 €	310 €	338 €	423 €	
2011	445 €	324 €	339 €	436 €	377 €
2012	445 €	331 €	368 €	437 €	376 €
2013	439 €	329 €	361 €	431 €	389 €
2014	426 €	322 €	359 €	419 €	376 €
2015	423 €	328 €	351 €	416 €	372 €
2016	416 €	337 €	349 €	410 €	384 €
2017	410 €	333 €	345 €	403 €	379 €
2018	421 €	351 €	356 €	415 €	

Données métropole jusqu'en 2012 pour la CCMSA et les OC

Source : CNAM y compris SLM, CNDSSTI, CCMSA, Organismes complémentaires

La dépense se répartit entre un tiers pour l'hôpital et deux tiers pour la ville.

Répartition de la dépense moyenne entre ville et hôpital, en 2018, par organisme, métropole et DOM, en trésorerie

Régime	CNAM	CNDSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	316 €	286 €	272 €	313 €
<i>dont Forfaits CMU-C</i>	82 €	67 €	78 €	81 €
Hôpital	105 €	65 €	83 €	102 €
<i>dont Forfaits Journaliers hospitaliers</i>	28 €	11 €	11 €	26 €
Total	421 €	351 €	356 €	415 €

Source : CNAM y compris SLM, CNDSSTI, CCMSA

Les bénéficiaires de l'ACS

Sur l'année 2018, les effectifs ACS ont poursuivi leur progression dans le prolongement de la mise en place de la réforme de juillet 2015.

En glissement annuel, 1,65 million de personnes ont reçu une attestation ACS. Ce nombre est en hausse de 4,7 % par rapport à 2017 : + 4,9 % pour la CNAM, + 6,5 % à la CNDSSTI et - 1,5 % pour la CCMSA.

1,27 million de personnes étaient couvertes par un contrat ACS à fin décembre, soit une augmentation de 5,5 % sur une année.

À la même date, le taux d'utilisation des attestations découlant du rapprochement des deux chiffres s'établit à 76 %.

Le montant de la dépense annuelle s'élève à 390 millions d'euros pour le Fonds CMU-C et le montant moyen annuel unitaire de la déduction ACS est de 314 €.

Délivrance et utilisation des attestations ACS par souscription d'un contrat de 2013 à 2018, en milliers, évolutions annuelles

Années	Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAM, CNDSSTI, CCMSA - ACM		Nombre de personnes couvertes par un contrat ACS (A, B ou C)	
	Nombre en milliers	Évol.	Nombre en milliers	Évol.
2013	1 157	15,1 %	895	15,6 %
2014	1 202	3,9 %	944	5,5 %
2015	1 353	12,5 %	984	4,2 %
2016	1 464	8,2 %	1 116	13,5 %
2017	1 579	7,9 %	1 200	7,5 %
2018	1 652	4,7 %	1 265	5,5 %

* Jusqu'à juin 2016, le nombre de personnes protégées par un contrat ACS est recensé à partir des déclarations TSA. Depuis juillet 2016, le nombre de personnes protégées par un contrat ACS est issu des remontées des 11 groupements gestionnaires de l'ACS, auprès du Fonds CMU-C

Source : CNAM, CCMSA, CNDSSTI, 11 groupements gestionnaires de l'ACS, Fonds CMU-C

Coût annuel et unitaire de l'ACS de 2013 à 2018

Années	Coût annuel pour le Fonds CMU-C en M€		Coût annuel unitaire	
	Montant en M€	Évol.	Montant en €	Évol.
2013	235	20,2 %	278 €	0,7 %
2014	273	16,3 %	296 €	6,5 %
2015	300	10,0 %	310 €	4,7 %
2016	315	4,8 %	313 €	1,1 %
2017	354	12,4 %	309 €	-1,3 %
2018	390	10,2 %	314 € ^(*)	1,6 %

* Montant provisoire

Source : déclarations TSA, Fonds CMU-C

Les effectifs des bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA socle en décembre 2018

La mise en place de la protection universelle maladie, introduite par la LFSS 2016, conduit à l'intégration de la CMU de base dans un dispositif plus large et entraîne, depuis 2016, un nouveau mode de suivi des affiliations au titre de la résidence ne portant que sur les personnes affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence au titre du RSA socle (régime 806).

Fin 2018, 1,45 million de personnes sont affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence au titre du RSA. Ce chiffre est en baisse de 8,4 % par rapport à fin 2017. Quatre cinquièmes de ces affiliés ont recours à la CMU-C (81 %) et ces recourants représentent 23 % des bénéficiaires de la CMU-C au régime général.

L'assiette de la TSA

Sur l'année 2018, l'assiette de TSA affectée au financement des dispositifs de la CMU-C, de l'ACS et à la CNAM s'est établie à 37,4 milliards d'euros, en hausse de 1,1 % par rapport à 2017.

Le nombre d'organismes complémentaires redevables de la TSA est passé de 508 à 489 entre 2017 et 2018.

Au sein des huit assiettes constitutives de la TSA, les garanties "contrats classiques solidaires et responsables" qui représentent 90 % de l'assiette totale ont progressé de 1,2 % sur une année.

La TSA recouverte par l'Urssaf Île-de-France atteint un total de 4,95 milliards d'euros, en hausse de 1,5 % par rapport à 2017, soit un rendement supplémentaire de 74 millions d'euros. Le différentiel de 0,4 point constaté par rapport à l'évolution de l'assiette s'explique principalement par la hausse soutenue observée sur les garanties santé non responsables : + 9,8 % (soit 25 millions d'euros de taxe supplémentaire).

Même si l'appréciation des évolutions par nature d'OC s'avère délicate dans un contexte où les logiques de marché conduisent couramment à des imbrications entre organismes de nature différente, l'évolution s'établit à + 1,2 % pour les mutuelles, - 2,5 % pour les institutions de prévoyance et + 3,0 % pour les sociétés d'assurance. La progression de la part des sociétés d'assurance se poursuit lentement.

Les LPS correspondent à des OC étrangers, intervenant sur le champ de la couverture complémentaire santé ; ils ne sont pas établis en France, mais ils sont admis à y opérer en libre prestation de service. Ils ne représentent que 0,1 % du marché.

Assiette de la TSA déclarée par les OC en 2018

	Assiette TSA 2018 (M€) ^(*)	Répartition 2018	Nbre OC 2018 ^(**)
Mutuelles	18 888	50,5 %	329
Institutions de Prévoyance	6 306	16,9 %	26
Assurances	12 175	32,6 %	114
LPS	31	0,1 %	20
Total	37 400	100,0 %	489

[*] Assiette de la TSA fusionnée

[**] OC ayant déclaré une assiette non nulle en 2018. Nombre de comptes ouverts auprès de l'URSSAF Île-de-France

Situations déclaratives arrêtées au 18/06/2019

Source : redevables de la TSA, Fonds CMU-C