



VII^{ème} RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA LOI CMU

2016

RÉALISÉ PAR LE
FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION
COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE
UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE
EN APPLICATION DE LA LOI N° 99-641
DU 27 JUILLET 1999

Synthèse

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 crée une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie (CMU de base) ainsi qu'un droit à une assurance complémentaire santé pour les personnes les plus démunies (CMU complémentaire).

Il est prévu que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation sur l'application des dispositions de cette loi. L'élaboration du VII^{ème} rapport a été, à l'instar des précédents, confiée au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C) par lettre de mission du directeur de la sécurité sociale (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable. Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Ce VII^{ème} rapport d'évaluation s'inscrit dans un contexte nettement différent de celui du dernier rapport paru en 2014. Sont intervenues depuis des mesures visant à simplifier, à généraliser l'accès aux soins pour tous et à réduire les inégalités d'accès aux soins. Cependant, l'accès aux soins des populations les plus défavorisées, auquel contribuent les aides à la complémentaire santé financées par le Fonds CMU-C, reste un enjeu majeur au regard de la persistance de la crise économique et de la précarité sociale associée au chômage.

Renforcement du rôle central des aides à la complémentaire santé pour les plus démunis

Selon la dernière estimation¹ du taux de pauvreté fournie par l'INSEE, ce dernier s'établit à 14,3 % en 2015, soit 0,3 point de plus qu'en 2013. Depuis le début de la crise, entre 2008 et 2015, ce taux aura progressé de 1 point, avec parallèlement une hausse de l'intensité de la pauvreté. Les inégalités d'accès aux soins persistent et ce sont toujours les plus démunis qui renoncent davantage aux soins : diverses études récentes (DREES, IRDES) ont confirmé que leurs restes à charge en matière de frais de santé, après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sont proportionnellement plus importants que pour les autres ménages. Ces restes à charge peuvent atteindre dans certains cas des niveaux très élevés, pour les soins de ville comme pour les soins dispensés à l'hôpital. Par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire santé, qui ne concerne que

5 % de la population française, touche surtout les plus modestes.

Dans ce contexte, les aides à la couverture complémentaire santé conservent un rôle central pour le financement des frais de santé des personnes démunies. La CMU-C, complémentaire gratuite pour les plus démunis et l'ACS, aide financière à la souscription d'un contrat de complémentaire santé, contribuent en effet à la généralisation de la couverture. Comme l'a notamment souligné la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C de juin 2015, « La CMU-C a contribué à hauteur de cinq points à l'augmentation de la part de la population couverte par une complémentaire santé entre 1999 et 2010 (où elle a atteint 95 %) et procure des prestations complémentaires élevées (accès à un « panier de soins » étendu et de bon niveau) ».

Évolution du contexte réglementaire depuis 2014

La CMU-C offre aux personnes dont les revenus individuels sont inférieurs à 721 € par mois en 2016², et résidentes en France de manière stable et régulière, une complémentaire santé gratuite (prise en charge du ticket modérateur, couverture de certains dépassements pour les soins les plus coûteux, exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1€, etc.).

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, est une aide financière à la souscription d'un contrat de complémentaire santé privé, modulée selon l'âge et la composition familiale. Elle a pour objet initial de lisser l'effet de seuil pour les personnes dont les revenus sont un peu supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C mais restent peu élevés (entre 721 € et 973 € par mois pour une personne seule en 2016). Elle vise ainsi à améliorer l'accès aux soins des personnes non couvertes par la CMU-C et sans couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise. Jusqu'en 2015, l'effet de seuil restait toutefois important par rapport à la CMU-C. Les bénéficiaires de l'ACS étaient confrontés à une forte diversité des contrats, rendant quasi impossible un choix éclairé, à des niveaux de garantie offerts nettement inférieurs au reste du marché, à des restes à charge significatifs sur le prix d'acquisition du contrat et sur les prestations.

Pour pallier ces inconvénients, l'ACS a été réformée au 1^{er} juillet 2015. Sont désormais éligibles à l'aide trois

¹ Estimation avancée parue début décembre 2016, reposant sur une méthode de simulation. Le taux de pauvreté pour 2015 sera définitivement connu en septembre 2017.

² Pour une personne seule en France métropolitaine.

types de contrats d'assurance sélectionnés par l'État dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence des organismes complémentaires. Les contrats sélectionnés comportent tous un socle commun de prise en charge du ticket modérateur et de prise en charge intégrale sans limitation de durée du forfait journalier à l'hôpital et en établissement psychiatrique, comme pour la CMU-C. Un deuxième étage de couverture, variable selon le contrat, s'ajoute à ce socle pour les soins les plus coûteux (optique, prothèses dentaires et audioprothèses). Les contrats A « d'entrée de gamme » et B « de gamme intermédiaire » permettent la couverture d'une partie des soins prothétiques dentaires et des frais d'optique ; la prise en charge des audioprothèses est prévue dans le contrat C de gamme supérieure.

D'autres avantages sont par ailleurs accordés en 2015 aux bénéficiaires de l'ACS (bénéfice du tiers payant intégral en cas de souscription d'un contrat éligible au dispositif, exonération des franchises médicales et participations forfaitaires dès obtention du droit) ; ils viennent compléter l'interdiction des dépassements d'honoraires introduite en 2013. L'ACS présente ainsi désormais des avantages connexes similaires à la CMU-C.

A noter de manière plus globale, parmi les réformes d'ampleur en matière de prise en charge des frais de santé, l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 de la protection universelle maladie (Puma) qui garantit la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie obligatoire à toute personne qui réside en France de façon stable et régulière et/ou y exerce une activité professionnelle. Cette réforme « absorbe » de fait la CMU de base et renforce l'universalisation de la prise en charge des frais de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire, en simplifiant les démarches pour les assurés, en garantissant la continuité des droits lors des changements de situation professionnelle, et en supprimant la notion d'ayant-droit majeur³. Cette réforme est sans incidence sur la CMU complémentaire et sur l'ACS, dont le droit et les conditions d'ouverture sont inchangés.

L'année 2016 est aussi l'année de mise en place de l'obligation de couverture complémentaire en santé collective pour tous les salariés, conformément aux dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, qui

³ Le présent rapport n'a pas vocation à étudier les incidences de cette réforme, qui de fait, ne modifie pas le niveau des droits pour les assurés.

transposent les termes de l'accord national interprofessionnel (ANI) de janvier 2013.

Des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS en moins bon état de santé que le reste de la population

Fin juin 2016, 6,9 millions de personnes bénéficiaient d'une aide à la complémentaire santé financée par le Fonds CMU-C, soit 5,5 millions de la CMU-C et 1,4 million d'une attestation ACS.

Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS relèvent en majorité du régime général, compte tenu du poids de ce régime dans l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Leur profil d'âge est cependant différent : les assurés qui bénéficient de la CMU-C sont beaucoup plus jeunes que les bénéficiaires de l'ACS. Les personnes de plus de 60 ans représentent en effet moins de 10 % des bénéficiaires de la CMU-C, les personnes retraitées qui perçoivent l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'étant généralement pas éligibles à la CMU-C du fait de leur niveau de ressources. Elles sont en revanche éligibles à l'ACS, le plafond de l'ASPA étant inférieur au plafond de l'ACS.

L'étude publiée par la CNAMTS dans son rapport charges et produits 2016 montre que l'état de santé des bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C est nettement plus dégradé que celui de la population du régime général. À structure d'âge et de sexe comparable, ils sont plus exposés au risque de pathologies lourdes, en particulier les bénéficiaires de l'ACS qui perçoivent l'AAH ou une pension d'invalidité. Ces résultats suggèrent que les dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS reflètent les seules dépenses correspondant à leurs réels besoins en santé, et infirment l'hypothèse d'une surconsommation de soins.

Progression constante du nombre de bénéficiaires (6,9 millions en 2016)

Le nombre important de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS résulte d'une progression continue depuis la mise en place de ces dispositifs, liée à la fois à la dégradation de la situation économique, qui s'est traduite par une hausse de la pauvreté, et aux politiques actives mises en œuvre pour étendre l'accès à ces dispositifs.

Au cours des cinq dernières années, les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C ont progressé de 25 %, ceux ayant obtenu une attestation ACS ont plus que doublé. Pour l'ACS comme pour la CMU-C, l'ampleur de cette croissance résulte principalement de la hausse excep-

tionnelle de 7 %⁴ des plafonds de juillet 2013 inscrite dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Elle s'est traduite par près de 1 million d'entrées supplémentaires dans les deux dispositifs.

Pour autant, la dépense de santé des bénéficiaires de la CMU-C (pour la partie complémentaire de cette dépense) évolue à un rythme inférieur à celui de la dépense de l'ensemble des assurés du régime général. Le comparatif sur trois ans entre la dépense de ville au régime général au titre du ticket modérateur et la dépense CMU-C au même titre, montre que la trajectoire d'évolution de la dépense prise en charge pour la part CMU-C est parallèle à celle de la dépense de l'ensemble de la population, avec toutefois un rythme d'évolution généralement inférieur pour la dépense CMU-C. Ainsi, la dépense de CMU-C semble globalement obéir aux mêmes déterminants que la dépense de santé dans son ensemble.

Amélioration des « paniers de soins » pris en charge

S'agissant de la CMU-C, le panier des soins pris en charge a été revalorisé pour certains soins (audioprothèses en 2014) alors que d'autres prises en charge sont restées quasiment inchangées, en particulier celles relatives aux soins dentaires prothétiques qui n'ont pas fait l'objet de négociations depuis 2006. La lettre de mission confiant au Fonds CMU-C l'élaboration du rapport d'évaluation de la loi CMU met l'accent sur l'étude du panier de soins dentaire pris en charge dans le cadre de la CMU-C.

Sur fond de préparation de la nouvelle convention des chirurgiens-dentistes, des scénarios d'évolution du panier de soins ont été élaborés par le Fonds CMU-C à partir de données fournies par la CNAMTS et la CCMSA. Certains de ces scénarios ont pu constituer des propositions d'évolution répondant à la fois à une meilleure prise en charge des soins prothétiques et aux attentes des professionnels (accroissement de la prise en charge des couronnes métalliques dentoportées ainsi que des actes de réparation des prothèses). Les changements proposés se situaient à périmètre constant du panier de soins existant quoiqu'un élargissement du panier de soins dentaires ait pu être envisageable par ailleurs, afin de prendre en compte un certain nombre de soins parodontiques.

Ces premiers scénarios ont permis de poser les bases d'une réflexion, qui a abouti en mars 2017 à une re-

fonte globale du panier de soins dentaires CMU-C (hausse des montants pris en charge au titre de la CMU-C et des tarifs plafonds des actes du panier applicables par les chirurgiens-dentistes, et introduction de nouveaux actes ; cf. arrêtés du 29 mars et du 19 avril 2017). 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.

En ce qui concerne l'ACS, la réforme de juillet 2015 s'est traduite par une amélioration de la qualité de la couverture santé. Dans son dernier rapport annuel sur l'ACS, le Fonds CMU-C dresse le premier bilan de la réforme de l'ACS. Fruit d'un travail de collaboration entre le Fonds CMU-C et les organismes complémentaires, ce rapport a été réalisé grâce aux données de qualité fournies par les 11 groupements d'organismes gestionnaires des contrats sélectionnés. Une concertation avec les organismes a également permis d'affiner l'analyse.

Le passage de l'ancien dispositif, caractérisé par une multitude de contrats souscrits auprès de multiples assureurs, au nouveau dispositif circonscrit à un nombre limité d'organismes et d'offres éligibles à l'ACS, s'est effectué sans difficulté apparente. Le risque « d'évaporation » d'une partie de la population des utilisateurs de l'ACS, souligné par la Cour des comptes dans son rapport de 2015 sur le Fonds CMU-C, ne s'est pas réalisé. Les campagnes de communication, les documents d'information fournis aux bénéficiaires de l'ACS, la mise en place du site www.info-acs.fr, le comparateur des offres mis en ligne par le Fonds CMU-C, la mission d'information des bénéficiaires confiée aux assureurs, la possibilité d'utiliser le reliquat d'ACS lors du passage à un nouveau contrat,... ont permis d'assurer avec succès le basculement des bénéficiaires vers les nouveaux contrats.

Les bénéficiaires se sont tournés vers des contrats de meilleure qualité. Ils ont opté majoritairement pour les contrats de gamme supérieure ou de gamme intermédiaire (C et B). Au regard de la typologie usuelle de la DREES qui classe les principaux contrats de complémentaire santé individuels sur une échelle à 5 niveaux (du meilleur niveau de garantie A au moins bon niveau E), les contrats ACS étaient classés en D et E avant réforme (80 % des contrats). Ils sont désormais majoritairement en C et D.

L'amélioration des niveaux de garantie s'accompagne d'une baisse du prix moyen des contrats significative (-

⁴ En plus de l'inflation, soit au total une hausse totale de 8,3 % du plafond de ressources.

10 %) dont le corollaire immédiat est la baisse des restes à charge des ménages à l'acquisition du contrat de complémentaire santé. Ce reste à charge a baissé de 25 % ; l'ACS finance aujourd'hui 62 % du coût d'un contrat contre 55 % avant réforme. Les prix sont plus faibles et les restes à charge moins importants quel que soit l'âge du bénéficiaire et le niveau de garantie souscrit (y compris pour le contrat C).

Par ailleurs, des travaux spécifiques de la DREES permettent d'intégrer dans la classification des contrats l'avantage procuré par la mesure d'opposabilité des tarifs qui interdit l'application de tout dépassement d'honoraire aux bénéficiaires de l'ACS. Lorsque cet avantage est pris en compte, les contrats ACS montent d'un niveau et sont classés sur l'échelle des contrats DREES en B et C (80 % des contrats). Relativement aux autres contrats individuels sur le marché, les contrats ACS comportent alors une qualité de garantie très supérieure (seuls 7 % sont classés en B sur le marché versus 41 % pour les contrats ACS). L'enjeu attaché à l'application effective de l'opposabilité des tarifs sur le terrain est ainsi clairement mesuré.

Parallèlement, en 2015, le taux de recours à l'ACS a légèrement progressé, entre 2 et 4 points selon les dernières estimations de la DREES. Même s'il s'agit d'une estimation, il est probable que ce taux a progressé sous l'effet de la réforme des contrats intervenue au 1^{er} juillet 2015 et des campagnes de communication qui ont alors été déployées. Il reste que l'ACS souffre toujours d'un manque de visibilité et d'attrait : environ 60 % des personnes potentiellement éligibles n'y recourent pas.

Un non recours subsistant au droit et les actions pour y remédier

Le niveau encore élevé du non recours à l'ACS (et dans une moindre mesure du non recours à la CMU-C) rend compte des difficultés subsistantes d'accès aux droits, en dépit des efforts de sensibilisation et de simplification engagés par les pouvoirs publics et des nombreuses actions locales menées pour y remédier.

D'après les dernières données de la DREES, en 2015, le nombre de personnes éligibles à la CMU-C, mais qui n'y recourent pas, est compris entre 1,45 et 2,7 millions. Pour l'ACS, cela concerne entre 2,1 et 3,6 millions de personnes.

Pour comprendre les raisons du non-recours, le Fonds CMU-C produit des travaux en propre et sollicite régulièrement des organismes d'étude et de recherche. De nombreuses enquêtes rendent compte de la persis-

tance du non recours à une complémentaire santé et de ses effets sur l'accès aux soins en population générale. Mais peu s'intéressent aux raisons pour lesquelles des populations en situation de précarité économique et sociale ne recourent pas à leur droit à la CMU-C.

À la demande du Fonds CMU-C, l'observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) a récemment réexaminé et précisé les raisons du non recours à la CMU-C à partir d'une enquête auprès de populations précaires. L'approche est originale dans la mesure où les bénéficiaires potentiellement éligibles à la CMU-C ne sont pas préalablement sélectionnés dans les fichiers des assurés sociaux mais sont repérés au sein de structures locales qui accompagnent au quotidien des personnes en situation de précarité : les centres de distribution alimentaire et d'accueil de jour de la Croix Rouge et les structures d'insertion par le travail et la formation continue partenaires de l'agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI).

Le non recours à la CMU-C concerne principalement des personnes jeunes ou des personnes isolées. L'ODENORE rappelle que « Le constat relatif au fait de vivre seul(e), souvent sans enfant à charge, a son importance. Il renvoie à des « facteurs d'activation » du non-recours que les travaux de recherche sur le phénomène ont mis en avant ».

Le non recours relève plus d'une « non demande » que de la méconnaissance du droit. Un tiers des personnes interrogées ne connaît pas la CMU-C, forme de non recours qui découle souvent d'une méconnaissance globale du système de protection sociale (confusion entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, difficultés à s'approprier la sémantique de la sécurité sociale, etc.). Les deux tiers restant, qui savent ce qu'est la CMU-C, ne la demandent pas alors qu'ils pensent pouvoir en bénéficier ou même en ont bénéficié par le passé.

Le principal motif de la « non demande » est la complexité des démarches administratives. Cependant, d'autres motifs sont mis en évidence tels que : le fait de se suffire d'une prise en charge à 100 % en ALD, de ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, etc.

Enfin, rencontrer parfois un travailleur social ne préserve pas du non recours. Deux tiers des personnes interrogées déclarent rencontrer parfois un travailleur social. Or, plus que les autres, elles connaissent la CMU-C, l'ont demandée et obtenue dans le passé. D'après l'ODENORE, ce constat interroge sur les moyens donnés aux travailleurs sociaux en matière

d'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux et leur renouvellement.

En ce qui concerne l'ACS, le non recours s'explique, comme pour la CMU-C, par la complexité des démarches, mais également par une incompréhension globale du dispositif et des droits qui y sont attachés. L'enquête récente pilotée par la CNAMTS auprès de plus de 1000 personnes bénéficiant ou non d'un contrat « sélectionné » ACS montre que par rapport à la CMU-C, l'ACS n'est connue que partiellement. Pour la majorité des bénéficiaires, elle se résume à une aide financière à l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé : deux tiers citent spontanément l'aide financière, seulement un tiers cite spontanément le tiers payant, 2 % le non dépassement d'honoraires. Enfin, si la constitution du dossier de demande de l'ACS pose peu de problèmes, les démarches pour souscrire un contrat de complémentaire sont perçues comme moins faciles.

Pour autant, de nombreuses actions pour lutter contre le non recours ont été déployées, qu'il s'agisse de campagnes de communications réitérées régulièrement (CNAMTS), d'actions de promotion de l'ACS en direction des populations éligibles (CNAMTS, CCMISA), d'actions d'accompagnement des plus fragiles (plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures (PLANIR) de la CNAMTS), de mise en place de plateformes dématérialisées, de déploiement massif de « rendez-vous des droits » (CCMISA et CNAF).

Dans une logique de guichet unique, les rendez-vous des droits déployés par la branche famille dans le cadre de la COG 2013-2017 offrent aux assurés l'opportunité de faire le point sur les droits auxquels ils peuvent prétendre, autant pour les droits à des prestations CAF que pour les droits sociaux relevant d'autres organismes (santé, énergie ...). Il s'adressent en priorité aux demandeurs de RSA, aux allocataires bénéficiaires d'une offre systématique de contact dans le cadre des offres de travail social, aux personnes adressées par un organisme partenaire et aux personnes dont le dossier complexe induit un traitement attentionné et une vision globale de leur situation.

Cette approche constitue un levier d'action potentiel pour réduire le non recours à la CMU-C et à l'ACS et le renoncement aux soins, dans la mesure où les droits santé qui n'étaient jusqu'alors abordés qu'avec les demandeurs du RSA sont désormais abordés avec d'autres publics. Le Fonds CMU-C a piloté une recherche-action de l'EN3S sur ces rendez-vous des

droits. À partir de près de 200 questionnaires auprès des agents des caisses, il a été établi que les caisses se sont globalement approprié le dispositif, avec un niveau de mise en œuvre sur le terrain hétérogène dans un contexte de déploiement rapide de ces rendez-vous. Dès 2014, l'objectif de 100 000 rendez-vous annuels inscrit dans la COG a été dépassé (164 000 RDV). Cependant, l'incidence de ces rendez-vous en termes de droits ouverts n'est pas mesurée, les informations recueillies lors des entretiens n'ayant pas été intégrées dans le système d'information de la CNAF en vue d'une telle évaluation.

Enfin, l'accès à la CMU-C et à l'ACS ne garantit pas l'effectivité des droits pour les bénéficiaires. Le « refus de soins » des professionnels de santé, qui prend des formes variées (refus de rendez-vous, refus d'appliquer le tiers payant intégral ou l'opposabilité des tarifs, etc.), reste une pratique difficile à quantifier. Dans le cadre de la loi santé de janvier 2016, une nouvelle commission confiée aux ordres professionnels a été chargée d'évaluer ces pratiques.

Un nécessaire effort de simplification

Réduire le non recours passe nécessairement par un effort de simplification. Depuis la rédaction du dernier rapport d'évaluation, plusieurs mesures de simplification des dispositifs ont été prises : la disparition du formulaire ACS au profit du formulaire unique commun de demande CMU-C/ACS, le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA, la suppression de la procédure de demande dérogatoire pour les travailleurs non-salariés.

La demande de CMU-C/ACS est complexe car elle contient un nombre important de rubriques à compléter relatives à la composition du foyer et aux ressources. Du fait de l'exhaustivité des ressources prises en compte, le demandeur doit fournir de nombreuses pièces justificatives (bulletins de paie, avis d'imposition, attestations des banques concernant les revenus d'épargne, justificatifs de ressources à l'étranger,...).

En particulier, la déclaration des revenus du patrimoine non imposables contraint les demandeurs à obtenir auprès de leurs banques des justificatifs que ces dernières leur facturent. L'article 61 de la LFSS pour 2017 met en place une mesure de simplification pour l'examen des revenus du patrimoine. Ces revenus seront récupérés par les caisses auprès de la DGFIP (déclarations fiscales) et certains éléments seront désormais exclus de l'examen : revenus du capital non imposables (livret A, etc.).

Cette mesure de simplification participe d'une démarche plus générale en cours de mise en œuvre : après la CCMSA, la CNAMTS mettra en place début 2017 un « télé service » à disposition des assurés pour effectuer leur demande de CMU-C/ACS par voie dématérialisée ; le formulaire de demande et les pièces justificatives seront allégés.

Dans un contexte budgétaire contraint, les perspectives de financement des aides semblent assurées à court terme

Le financement du Fonds CMU-C reposait initialement aux trois quarts sur une dotation de l'Etat complétée par une contribution des assureurs sur les primes des contrats d'assurance complémentaire santé. Cette contribution, transformée en 2011 en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA), est progressivement devenue la principale recette affectée au Fonds CMU-C.

En 2015, les recettes du Fonds CMU-C proviennent pour 85 % du rendement de la taxe de solidarité additionnelle (2,1 milliards d'euros), le reste correspondant à une fraction de 3,15 % du produit des taxes sur les droits de consommation des tabacs (360 millions d'euros).

Les recettes dédiées au financement de l'ACS et de la CMU-C sont ainsi essentiellement dépendantes de la TSA dont l'assiette correspond au coût de la couverture complémentaire privée en santé. Elle englobe les primes et cotisations émises par les assureurs pour tous les contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits par les assurés (contrats collectifs ou individuels, contrats à adhésion facultative ou obligatoire, responsables ou non responsables, etc.).

Or, l'assiette de la TSA a reculé fin 2015 et début 2016 pour la première fois depuis la création du Fonds CMU-C. Intervenu dans le contexte de la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés au 1er janvier 2016, ce recul pourrait traduire une phase d'adaptation du marché, compte tenu du processus de restructuration globale du marché des contrats de complémentaire santé que produit l'ANI.

Cependant, l'effet net à terme de l'ANI sur la recette de TSA n'est pour l'instant pas mesuré. Certains organismes indiquent que l'ANI se traduit d'ores et déjà par une baisse globale du prix moyen des contrats, en raison de la nouvelle pression concurrentielle exercée sur le marché par les entreprises et branches qui négocient les nouveaux contrats collectifs. Cependant, aucune donnée ne permet de corroborer cette hypothèse, ni

de mesurer si l'accroissement du volume des contrats attendu de l'ANI compenserait ou non cette baisse de prix. Les contrôles effectués par le fonds concluent plutôt au fait que les variations d'assiette de la TSA proviennent d'un nombre limité d'organismes complémentaires du fait de la forte concentration du marché et correspondent à des situations particulières sans lien avec l'ANI.

Dans le contexte de la généralisation de la complémentaire santé, la fiscalité applicable aux contrats a été simplifiée au 1er janvier 2016 en application de la LFSS pour 2015. Les deux taxes applicables à ces contrats, la taxe de solidarité additionnelle (recouvrée par l'URSSAF d'Ile-de-France) et la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA, recouvrée par la DGFIP) ont été regroupées en une TSA « fusionnée » désormais recouvrée par l'URSSAF. Mesure de simplification pour les organismes complémentaires qui n'ont désormais plus qu'un seul interlocuteur, cette fusion permet également de rationaliser le contrôle de ces contrats, effectué désormais par le seul corps de contrôle de la branche recouvrement en lien avec le Fonds CMU-C.

Le rôle du Fonds CMU de vérification et d'orientation du contrôle de l'assiette de la TSA est ainsi étendu au champ de l'ancienne TSCA précédemment contrôlé par la DGFIP. L'enjeu financier des vérifications du Fonds CMU-C est accru et porte sur des recettes qui sont affectées à la CNAMTS et à la CNAF, ce qui se traduit pour le Fonds CMU-C par une nouvelle mission de vérification, pour le compte de tiers.

Lors de la préparation du PLFSS 2017, les projections financières réalisées par le Fonds CMU-C pour la période 2016 à 2020 faisaient apparaître, compte tenu du ralentissement de la croissance de la TSA et de l'évolution des charges de prestations au titre de la CMU-C et de l'ACS, un besoin de financement complémentaire à partir de 2017 pour garantir l'équilibre du Fonds.

La LFSS pour 2017 a remédié à cette situation en affectant au Fonds CMU-C une part de TSA plus importante. La TSA, auparavant partagée entre la branche maladie du régime général, la branche famille et le Fonds CMU-C est réorientée vers la CNAMTS et le Fonds, en cohérence avec l'assiette de cette contribution. Parallèlement, les droits de consommation tabac sont réaffectés pour leur totalité à la branche maladie ; le Fonds n'étant plus affectataire de la fraction de 3,15 % dont il disposait depuis 2013. L'effet cumulé de ces deux mesures se traduirait par un surcroît de recettes estimé à 140 M€ en 2017 pour le Fonds CMU-C.

Cet apport de recettes, combiné au constat de baisse du coût moyen CMU-C, devrait permettre d'assurer l'équilibre financier du Fonds CMU-C en 2017 et 2018.