

Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Éditorial

n°53

Si Alexandre Dumas a écrit "Vingt ans après", je pourrais pour ma part parler de dix ans après. Il aura fallu plus de dix années pour que le rapport que j'ai remis en mars 2003, au Ministre en charge de la Sécurité Sociale, sur la place respective des assurances maladie obligatoires et complémentaires, voie enfin mise en œuvre sa préconisation clef.

Les avantages fiscaux et sociaux des contrats collectifs santé sont revus et réorientés par l'article 5 du Projet de Loi de finances pour 2014 qui revient, sans les supprimer, sur une partie des exonérations fiscales et sociales dont bénéficient les contrats collectifs obligatoires, situation que j'ai donc été le premier à dénoncer. Les complémentaires santé et leurs dizaines de milliers de contrats différents sont, dans le domaine de l'accès aux soins, la plus grande source d'inégalité entre les assurés. Qu'y a-t-il de commun entre un contrat très haut de gamme d'un cadre supérieur d'une grande entreprise et le contrat très bas de gamme d'un pauvre bénéficiant de l'ACS ou du smicard d'une TPE ? Or, le premier est aidé par ces exonérations fiscalosociales, alors que le second ne l'est pas.

Le Président de la République n'avait pas dit autre chose en octobre 2012 au congrès de la Mutualité à Nice en qualifiant ces exonérations de "grande injustice et de gâchis financier".

Le Fonds CMU a pour première mission de veiller à l'accès aux soins de la partie la plus pauvre de la population. Pour ces quelques 8 millions de personnes qui sont en dessous du seuil de pauvreté, les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS leur permettent d'avoir, en plus de l'assurance maladie de base, une complémentaire santé, tant il est vrai que c'est pour eux que la complémentaire est indispensable, alors qu'elle l'est beaucoup moins au fur et à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus.

Outre l'article 5 du PLF, déjà cité, l'article 45 du PLFSS apporte des novations majeures. La CMU-C est étendue à certains étudiants précaires. Les règles des contrats responsables évoluent en définissant des niveaux minimum et surtout maximum de garantie. Comme l'indique l'exposé des motifs pour "éviter de solvabiliser des pratiques tarifaires excessives".

La disposition la plus importante de l'article 45 est la création d'une mise en concurrence pour les contrats ACS. Les garanties des contrats ACS sont hélas très faibles. Cet article vise à améliorer la qualité et le prix de ces contrats. Sans aller jusqu'à un strict appel d'offre, trop contraignant, cette mise en concurrence va permettre de relancer le processus de labellisation prévu par l'article 55 de la LFSS 2012. Tout était prêt pour la labellisation, des blocages regrettables n'ont pas permis qu'elle aboutisse. Le nouveau dispositif de l'article 45 devrait permettre de relancer un processus malheureusement abandonné. Je ne peux que souhaiter voire aboutir ce dossier avec la participation, que j'espère active, de toutes les familles de complémentaire santé.

Jean-François CHADELAT
Président d'Honneur du Fonds CMU

Les mesures du PLF et du PLFSS pour 2014

Le Président de la République, lors de son discours au congrès de la Mutualité le 20 octobre 2012, avait annoncé avoir demandé au gouvernement de réorienter les aides qui bénéficient aux contrats de complémentaire santé collectifs pour en élargir le nombre de bénéficiaires afin de "généraliser à l'horizon de 2017 l'accès à la couverture complémentaire de qualité".

Le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 contiennent plusieurs mesures en réponse à cet objectif.

La réduction de l'exonération fiscale de la participation de l'employeur aux contrats collectifs de complémentaire santé

Actuellement, la totalité de la cotisation (part salariale et part patronale) est déductible du revenu imposable du salarié dans la limite de 7 % du PASS (plafond annuel de la Sécurité Sociale) et 3 % du salaire annuel brut, sans que le total ne puisse excéder 3 % de 8 PASS.

L'article 5 du projet de loi de finances pour 2014 prévoit d'intégrer la participation de l'employeur dans la rémunération prise en compte pour la détermination des bases d'imposition.

Par ailleurs, le plafond d'exonération serait révisé à la baisse : 5 % du PASS et 2 % du salaire annuel brut, sans que le total ne puisse excéder 2 % de 8 PASS.

Des contrats spécifiquement réservés aux bénéficiaires de l'ACS

L'article 55 de la LFSS pour 2012 prévoyait la mise en place d'un "label ACS" dont les modalités de mise en œuvre devaient être déterminées par une convention conclue entre l'Etat, le Fonds CMU et l'UNOCAM. La création d'un label ACS visait à aider les bénéficiaires dans le choix d'un contrat de complémentaire santé, en améliorant le contenu des garanties proposées.

La définition de ce label n'ayant jamais abouti, l'article 45 du PLFSS pour 2014, suivant les préconisations faites par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie dans son rapport sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé, prévoit de réserver le bénéfice de l'ACS à des contrats d'assurance complémentaire santé individuels sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. L'objectif de cette procédure est la sélection de contrats répondant au meilleur prix et offrant des garanties au moins aussi favorables que celles requises dans le cadre d'un contrat responsable (la notion de contrat solidaire et responsable est d'ailleurs revue dans le cadre du PLFSS pour 2014). Une liste des contrats sélectionnés serait ainsi communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'ACS. Les modalités de déroulement de cette procédure doivent être précisées par décret.

Par ailleurs, à l'instar de ce qui existe aujourd'hui pour les bénéficiaires de la CMU-C, l'article 45 de la LFSS pour 2014 instaure également un contrat de sortie à tarif préférentiel pour les bénéficiaires de l'ACS.

Des critères renforcés pour les contrats solidaires et responsables

Le PLFSS modifie l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale notamment, en vue d'améliorer la prise en charge des soins dentaires prothétiques, d'orthopédie dentofaciale et optique et d'encadrer la solvabilisation des dépassements d'honoraires.

Il s'agit donc de fixer des critères plus rigoureux pour les contrats solidaires et responsables, qui bénéficient d'une fiscalité alléguée. Les dépassements d'honoraires pris en charge par ces contrats devront notamment être plafonnés.

Les mesures précises d'application de ces dispositions seront prises par décret.

L'accès des étudiants aux dispositifs d'accès aux soins

Le PLFSS pour 2014 introduit une disposition permettant aux étudiants bénéficiant de certaines prestations définies par le code de l'éducation, de bénéficier de la CMU-C.

Les prestations ouvrant droit à la CMU-C doivent être déterminées par décret.

La CMU en chiffres

■ Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Au 31 juillet 2013, on dénombre 4 719 989 bénéficiaires de la CMU-C, pour la France entière, tous régimes confondus.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 juillet 2013 *

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 710 087	554 794	4 264 881	594 173
Régime social des indépendants	269 371	12 123	281 494	51 854
Régime agricole	94 671	10 578	105 249	19 441
Autres régimes et SLM	57 768	10 597	68 365	24 841
Total Juillet 2013	4 131 897	588 092	4 719 989	690 309

*Données provisoires / Sources : tous régimes

L'évolution des effectifs de la CMU C est de + 5,4 % en un an. Elle s'est accélérée en mai et juin (+ 3,4 et + 3,9 % par rapport à M - 12), puis en juillet 2013, pour ce dernier mois en lien avec la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond CMU C de + 8,3 % au 1^{er} juillet 2013.

Un suivi du relèvement du plafond pour la CMU C et l'ACS a été mis en œuvre mensuellement avec la collaboration de onze CPAM. Les éléments recueillis permettront à terme d'évaluer plus précisément les effets de cette mesure sur l'évolution des effectifs.

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 juillet 2012 au 31 juillet 2013 *

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

*Données provisoires / Sources : tous régimes

■ Dépense individuelle moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, pour la part complémentaire au régime général

Au 31 juillet 2013, la dépense moyenne (en trésorerie) pour la part complémentaire du régime général, en métropole et Dom, est de 444,71 € en année complète mobile (+ 2,3 % pour la dépense totale).

La dépense hospitalière continue de progresser (+ 4,5 % pour la dépense totale et + 1,4 % pour la dépense unitaire), avec un contraste entre les prestations hospitalières (+ 4,3 %) et les forfaits journaliers (5,6 %). La dépense de ville évolue peu pour la dépense totale (+ 1,4 %) et baisse pour la dépense unitaire (- 1,6 %). Pour référence, le taux de croissance annuel, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général est de + 1,6 % en juillet 2013.

Les dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 juillet 2013 Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 142 114 670 €	+ 1,4 %	320,17 €	- 1,6 %
Hôpital	444 251 546 €	+ 4,5 %	124,54 €	+ 1,4 %
Total	1 586 366 215 €	+ 2,3 %	444,71 €	- 0,8 %

* ACM : année complète mobile

** Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM dont la CMUC est gérée par le régime obligatoire (3 567 165 bénéficiaires)

Source : CNAMTS

■ Les bénéficiaires de la CMU de base

Avec 2 161 897 bénéficiaires à fin juillet 2013, les effectifs de la CMU de base ont régressé de - 2,3 % en un an pour l'ensemble du territoire. La baisse s'est engagée depuis le début de l'année 2013.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU de base au 31 juillet 2013 *

	Métropole	DOM	Total
Régime général	1 830 742	331 155	2 161 897
Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base du 31 juillet 2012 au 31 juillet 2013 *	- 1,8 %	- 5,2 %	- 2,3 %

* Données provisoires - Source : CNAMTS

La CMU en analyse

■ La dépense complémentaire par bénéficiaire en 2011 et en 2012

Le Fonds CMU a réalisé, comme chaque année, son rapport sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C.

Les effectifs moyens de la CMU-C atteignent presque 4,5 millions en 2012. Ils comprennent une majorité de personnes jeunes. Une autre partie, minoritaire, a connu un parcours de vie très accidenté, qui débouche sur un état de santé plus dégradé. Ce sont les soins engagés pour ces personnes qui pèsent le plus dans la dépense des organismes gestionnaires. Cette diversité de parcours se retrouve dans un coût moyen pour la part couverte par la CMU-C qui varie, en 2012 et en métropole, entre 451 € à la CNAMTS, qui gère les droits de 77 % des bénéficiaires et qui regroupe les personnes les plus en

difficulté, 374 € pour la MSA et 339 € pour le RSI. Enfin, les organismes complémentaires, qui gèrent les droits de 15 % des bénéficiaires, ont un coût moyen de 384 €.

Les différences se retrouvent également au niveau des territoires. Ainsi, le coût moyen au régime général, en métropole, se situe, pour 2011, entre 347 € dans l'Yonne et 563 € dans les Bouches-du-Rhône¹ et, pour les départements d'outre-mer, entre 302 € en Martinique et 495 € en Guyane.

Toutefois, si les montants varient d'un organisme à l'autre, des proportions similaires se retrouvent entre les différents postes de dépense, surtout dans la dépense de ville, sachant que, avec 28 % de la dépense totale, la part pour la dépense hospitalière est plus forte au régime général.

Suite de La CMU en analyse

En 2011, le forfait CMU est de 370 € par an et par bénéficiaire. Le coût moyen annuel, en métropole, au régime général, dépasse ce forfait de 81 € par bénéficiaire et celui pour les organismes complémentaires le dépasse de 14 €. Il augmente mais dans des proportions très maîtrisées. Pour 2011, en métropole, on estime cette évolution à + 3,6 % au régime général et à + 3,5 % pour les organismes complémentaires.

1 Hors les départements de la Lozère, de la Corrèze et du Cantal dont les coûts moyens sont très élevés (993 €, 655 € et 606 €) du fait de la concentration d'établissements de longs séjours.

Le rapport est disponible sur www.cmu.fr

Dépense individuelle par organisme, en droits constatés, de 2009 à 2012*, en métropole en droits constatés

	2009	2010	2009-2010	2011	2010-2011	2012*	2011-2012
CNAMTS + SLM	425 €	438 €	2,9 %	453 €	3,6 %	451 €	- 0,4 %
RSI	334 €	313 €	- 6,4 %	330 €	5,4 %	339 €	2,7 %
CCMSA	370 €	366 €	- 1,2 %	372 €	1,7 %	374 €	0,6 %
Organismes complémentaires	367 €	370 €	0,9 %	383 €	3,5 %	384 €	0,3 %

* Pour 2012, la dépense au titre des exercices antérieurs fait l'objet d'une estimation transmise par les organismes gestionnaires

L'ACS en chiffres

■ La délivrance des attestations par les caisses d'assurance maladie

Sur le 1^{er} semestre 2013, le nombre de bénéficiaires d'attestations ACS aura été en hausse de + 11,6 % par rapport au 1^{er} semestre 2012, tous régimes confondus. Cette évolution s'est établie à : + 12,3 % pour la CNAMTS, + 13,6 % pour le RSI et - 2,9 % pour la CCMSA.

L'évolution est plus faible que celle attendue, compte tenu de l'effet report envisagé suite au passage de P + 26 % à P + 35 % au 1^{er} janvier 2012.

Le 1^{er} juillet 2013 marque l'entrée en vigueur du relèvement du plafond de l'ACS consécutivement à celui de la CMU-C. Seuls les chiffres du mois de juillet et du mois d'août sont à ce jour disponibles et uniquement pour la CNAMTS.

Pour le mois de juillet 2013, on constate une hausse très importante par rapport à juillet 2012 : + 37,5 %. En revanche, la hausse est très faible sur août : + 2,5 %.

Le saut constaté sur juillet peut laisser supposer qu'on a assisté à un report de l'étude des dossiers de juin sur juillet (évolution particulièrement faible sur juin), afin de permettre aux demandeurs de bénéficier des conditions plus favorables en vigueur. En revanche, le chiffre d'août interpelle, même si le mois d'août 2012 avait été particulièrement élevé par rapport au mois d'août 2011. Les chiffres de septembre devront être étudiés avec la plus grande attention.

À fin août, sur 12 mois glissants, le nombre de bénéficiaires s'établit à 1 094 690 (données estimées pour la CCMSA et le RSI).

■ L'utilisation auprès des OC des attestations délivrées

À fin mai 2013, le nombre de personnes ayant effectivement utilisé leur attestation auprès d'un OC s'établit 822 216 (+ 20 % en référence à fin mai 2012). Les évolutions peuvent être erratiques selon les trimestres (faible évolution toujours constatée sur le mois de février). Certains OC peuvent effectuer des régularisations (décalages dans les déclarations), qu'il est difficile d'anticiper.

Le taux d'utilisation était de 76,5 % à février 2013. Il s'est relevé à hauteur de 78,5 % à fin mai (+ 2 points).

Le montant annuel de la déduction s'élève à 277 euros à la même date.

	Nbre mensuel de bénéfés	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
Janv 2013	98 007	1 014 209	-	-
Fév 2013	90 040	1 017 968	776 374	278 €
Mars 2013	97 800	1 027 693	-	-
Avril 2013	94 607	1 048 056	-	-
Mai 2013	91 899	1 060 234	822 216	277 €
Juin 2013	93 758	1 064 155	-	-
Juillet 2013	104 671	1 091 945	-	-
Août 2013	80 704	1 094 690	ND	ND

L'ACS en analyse

■ Les aides extra légales en lien avec l'ACS versées par les CPAM en 2012

En 2012, les dispositifs locaux d'aides extra légales à l'ACS ont poursuivi et amplifié leur progression : le nombre de bénéficiaires a augmenté de + 61 % (+ 48 % entre 2010 et 2011) par rapport à 2011, les montants accordés de + 48 % (+ 41 % entre 2010 et 2011).

La dépense totale représente désormais 39 % de la dotation paramétrique des CPAM (30 % en 2011, 23 % en 2010).

On est en situation de généralisation puisque seule une caisse n'est pas concernée.

On rappellera que 2 types d'aides sont proposés par les caisses dans ce cadre : l'aide qui vient compléter le montant d'ACS accordé (les compléments ACS) et l'aide destinée aux personnes dont les ressources dépassent le plafond prévu pour l'ACS (les aides "effet de seuil").

- **les compléments ACS en 2012** : 100 CPAM ont développé ce type d'aide qui connaît la plus forte progression : 284 000 bénéficiaires (+ 73 %), 29 millions d'euros (+ 63 %). Son montant moyen s'élève à 104 euros. Sur

100 CPAM concernées, 68 ont un dispositif proposant systématiquement cette aide. Les caractéristiques de la nature de l'aide allouée varient. Ainsi, 58 CPAM modulent leur aide en fonction de l'âge. 46 CPAM déterminent le montant de l'aide en appliquant un pourcentage du montant de l'ACS. 47 CPAM limitent leur aide dans le temps (à une année pour 27 d'entre elles). On notera enfin que 24 CPAM ne visent qu'une seule classe d'âges. 58 % des bénéficiaires sont primo demandeurs ACS et seulement 34 % son déjà titulaires d'une complémentaire santé.

- **les aides "Effet de seuil" en 2012** : 72 CPAM ont mis en place ce type d'aide qui concerne 40 773 bénéficiaires (+ 9 %), pour un montant de 8,5 millions d'euros (+ 11 %). Son montant moyen s'élève à 210 euros, soit le double par rapport aux compléments ACS.

20 % des CPAM fixent le plafond de revenu pour l'octroi de l'aide aux barèmes appliqués dans le cadre des autres aides supplémentaires versées par les caisses, 18 % à "plafond CMU-C + 50 %", 17 % à "plafond CMU-C + 40 %", 7 % à "au-delà de plafond CMU-C + 50 %", 7 % au cas par cas.

Fréquence OC

■ Une assiette de la taxe CMU en hausse de + 3,3 % sur le premier semestre 2013

Sur le 1^{er} semestre de l'année 2013, le chiffre d'affaires santé déclaré par les OC est en hausse de + 3,3 %, en référence au 1^{er} semestre 2012 (+ 3,2 % sur le 1^{er} trimestre et + 3,4 % sur le 2^e trimestre).

Sur 12 mois glissants, la hausse s'élève à + 4,9 %.

	Total 2012	T1 2013	T2 2013	1 ^{er} semestre 2013 / 1 ^{er} semestre 2012
Mutuelles	17 577 281	4 770 110	4 408 103	2,1 %
IP	5 745 579	1 428 630	1 398 041	3,4 %
Assurances	8 816 815	3 359 918	1 818 581	5,5 %
	32 139 675	9 558 659	7 624 725	3,3 %

Les chiffres affichés sont bruts, dans la mesure où le Fonds CMU peut ensuite être amené à opérer des redressements, afin de rétablir des évolutions "à méthode comparables de comptabilisation" : neutralisation des changements de méthodes de comptabilisation d'un exercice sur l'autre ou neutralisation de décalages de déclarations (montants 2012 déclarés sur 2013 par exemple).

Il conviendra donc d'attendre la fin de l'exercice pour en mesurer les conséquences, en particulier s'agissant des évolutions selon les natures d'OC.

■ Procédure d'inscription et de retrait de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C en 2014

Les organismes complémentaires souhaitant s'inscrire ou se retirer de la liste des organismes volontaires pour gérer la CMU-C en 2014 doivent adresser leur demande au Fonds CMU, par courrier, avant le 31 octobre 2013 (Fonds CMU- Liste OC-10 rue Vandrezanne, Tour ONYX - 75013 PARIS), ou par courriel à : accueil@fonds-cmu.gov.fr

Études et Rapports

■ Le rapport du HCAAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé

Le HCAAM a été saisi par le ministre des Affaires sociales et de la Santé afin d'établir un diagnostic de la situation de l'assurance maladie complémentaire et formuler des propositions destinées à favoriser la généralisation de la complémentaire santé.

Le rapport, adopté et publié le 18 juillet 2013, revient sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire puis détaille les voies et moyens de la généralisation annoncée par le Président de la République. Partant du constat que la détention d'une couverture complémentaire santé est une des clés indispensables à l'accès aux soins, surtout pour les revenus les plus faibles, il évoque les pistes d'amélioration des deux dispositifs CMU-C et ACS.

S'agissant de la CMU-C, il prône l'amélioration du panier de soins sur l'optique et l'audioprothèse.

Pour l'ACS, il recommande une évolution du dispositif, afin de faciliter le choix d'une complémentaire santé d'un bon rapport qualité/prix, en évoquant les pistes d'un appel d'offre et de la mise en place d'une CMU-C payante. Il propose également de permettre l'utilisation de l'ACS pour le paiement des cotisations à la complémentaire santé collective.

L'amélioration de l'information doit également permettre de "rendre effectif le recours aux dispositifs".

Sil'ANI étend considérablement le champ de la couverture complémentaire santé, une attention particulière devra porter sur ceux qui sont exclus de toute aide, bien que disposant de faibles revenus, en particulier les retraités modestes ainsi que les chômeurs.

Pour le HCAAM, le montant des dépenses nouvelles liées à la généralisation de la couverture collective conduit à s'interroger sur la possibilité d'un redéploiement partiel des aides dédiées aux contrats collectifs, sur lesquelles le rapport revient en détail, au profit de la couverture individuelle des ménages, notamment les plus modestes dont les garanties sont aujourd'hui moins bonnes.

Le HCAAM insiste également sur la nécessité de renforcer les principes de solidarité et propose une augmentation de l'écart du taux de TSCA entre les contrats responsables et non responsables.

■ Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs ?

Depuis 2011, l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits permet d'approcher les pratiques tarifaires des OC, dont les principales caractéristiques sont reprises dans le numéro 850 d'Études et résultats.

– **La tarification selon l'âge** concerne uniquement les contrats individuels, les contrats collectifs n'étant pas autorisés à utiliser l'âge comme critère individuel de tarification.

93 % des bénéficiaires ont un contrat dont le tarif dépend de l'âge (la quasi-totalité pour les sociétés d'assurance, plus de 90 % des mutuelles). Après 60 ans, les tarifs des sociétés d'assurance augmentent plus vite que ceux des mutuelles.

Les plus âgés se retrouvent davantage au sein des contrats individuels des mutuelles : 60 % des plus de 60 ans sont couverts par un contrat individuel d'une mutuelle, contre 18 % par un contrat individuel d'une société d'assurance. Pour les contrats individuels, les sociétés d'assurance appliquent en effet plus fréquemment des limites d'âges à la souscription (56 % des bénéficiaires) que les mutuelles (12 % des bénéficiaires).

En 2011, 42 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire sont couverts par un contrat collectif et 58 % au titre d'un contrat individuel.

– **Des contrats collectifs plus favorables aux familles que les contrats individuels** dans la mesure où trois quart des bénéficiaires de contrats collectifs bénéficient d'une gratuité à partir du 1^{er} enfant contre seulement 7 % des bénéficiaires d'un contrat individuel. 83 % des contrats individuels prévoient une gratuité à partir du 2^e, 3^e ou 4^e enfant (23 % pour les contrats collectifs).

– **Compte tenu des contraintes qui pèsent sur les contrats collectifs** (pas de tarification en fonction de l'âge, du sexe ou du lieu de résidence) et de leur caractère obligatoire, les contrats collectifs opèrent davantage de transferts via les cotisations que les contrats individuels. Toutefois, cette mutualisation ne concerne qu'une partie de la population.

● *Études et résultats, n° 850, septembre 2013. Drees.*

■ Les difficultés d'utilisation des aides financières pour les soins dentaires

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) développent des secours d'action sociale pour aider notamment à la prise en charge des soins dentaires. Cette aide particulière est financée sur les fonds des CPAM dédiés à l'action sociale. Dans chaque caisse, son volume global est déterminé par les ressources que les Conseils des CPAM décident de lui accorder. Ainsi, les ressources consacrées à l'aide au financement de soins dentaires s'élevèrent en 2012 à plus de 185 000 euros à la CPAM du Gard, où une étude a été réalisée en juillet 2013 par l'ODENORE (Observatoire des non recours aux Droits et Services).

Cette aide financière peut intervenir pour des frais liés à la réalisation de prothèses dentaires, de traitements orthodontiques pour des enfants ou des adultes, d'actes hors nomenclature après avis d'un dentiste conseil. Elle est attribuée en fonction des ressources de l'assuré et est calculée sur la base des tarifs plafond mutualistes pratiqués. Elle est limitée à 1 000 euros par an et par bénéficiaire.

En 2012, 576 demandes complètes sont parvenues aux services de la CPAM du Gard. 34 % concernaient des hommes et 66 % des femmes. 49,5 % des demandeurs avaient entre 50 et 69 ans et 52 % étaient en Affection de longue durée (ALD). Ces demandes ont principalement concerné la réalisation de prothèses dentaires (82 % des demandes). Cette même année, 333 aides ont été accordées et versées et 62 autres ont été annulées faute d'utilisation dans les six mois de délai imparti. Au total, 395 demandeurs étaient éligibles parmi les 576, soit 68 %.

24 entretiens ont été réalisés dans le cadre de cette étude. 8 hommes et 17 femmes ont été interrogés. 12 d'entre eux ont entre 50 et 69 ans. 14 sont en ALD. 20 demandes concernaient la réalisation de prothèses dentaires. Il ressort de cette étude que, dans la majeure partie des cas, cette aide permet réellement aux assurés qui en bénéficient d'accéder à des soins auxquels, sans elle, ils auraient dû renoncer.

En revanche, l'accès administratif à l'aide reste complexe pour certains et le traitement des demandes semble connaître parfois quelques dysfonctionnements internes (pièces perdues, dossiers mal dirigés).

Surtout, le système comporte des obstacles majeurs. Les entretiens révèlent que les assurés ont une connaissance aléatoire de l'aide. Les sources d'information sont très diverses. Le temps qui s'écoule entre le moment où les problèmes dentaires sont diagnostiqués et celui où l'assuré apprend l'existence de cette aide, peut être très long. L'obligation d'avance des frais, lorsqu'ils ne consultent pas au sein d'un centre mutualiste, est un autre obstacle.

En résumé, ce système d'aide de secours semble fonctionner convenablement. Cette offre est bien perçue par les assurés qui en bénéficient. Les aménagements qui pourraient être apportés ne concerneraient donc pas tant son contenu que ses modalités d'accès et sa mise en œuvre. Pour améliorer l'efficacité de ce dispositif, il s'agirait avant tout de le faire connaître auprès des publics que la CPAM veut cibler, afin de les guider au mieux dans son accès.

■ L'étude est disponible sur www.cmu.fr/autres_publications

Textes à la une

■ CMU de base

L'arrêté du 2 septembre 2013 fixe le plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base à 9 534 € pour la période allant du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014 (JO du 10 septembre 2013).

■ La revalorisation du revenu de solidarité active au 1^{er} septembre : augmentation du forfait logement

Le RSA a été revalorisé de 2 % au 1^{er} septembre 2013 (décret 2013-793 du 30 août 2013). Ce qui porte son montant à 492,90 €. Cette revalorisation s'inscrit dans le cadre de la revalorisation exceptionnelle de 10 % du RSA socle d'ici 2017, annoncée dans le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Le montant du forfait logement, ajouté aux ressources du demandeur de la CMU-C, de l'ACS, ou de l'AME, bénéficiant d'une aide au logement,

propriétaire ou hébergé à titre gratuit, représente 12 % du montant du montant forfaitaire du RSA, soit 56,04 € par mois pour une personne seule (pour les mois de la période de référence situés du 1^{er} septembre au 31 décembre 2013).

■ Modalités de déclaration et de remboursement des dépenses de CMU-C aux organismes gestionnaires

Les décrets d'application des articles 22 et 24 de la LFSS pour 2013 sont parus au Journal Officiel du 18 septembre 2013. Ils déterminent les modalités de déclaration des dépenses de CMU-C par les organismes gestionnaires (régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires) et les modalités de remboursement par le Fonds CMU.

■ Décrets 2013-827 et 2013-829 du 16 septembre 2013

Actualités

■ Le 6^e rapport d'évaluation de la loi CMU

Le Fonds CMU a été missionné par le directeur de la sécurité sociale afin de réaliser le 6^e rapport d'évaluation de la loi CMU (CMU de base, CMU-C, ACS).

En dehors d'une analyse sur les effectifs et les dépenses, ce rapport présentera les actions mises en œuvre pour développer le recours aux dispositifs, le bilan des actions engagées afin d'améliorer la qualité de la couverture santé des bénéficiaires de l'ACS et les premiers effets des mesures issues du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Conformément à l'article 34 de la loi CMU, ce rapport sera présenté au Parlement par le Gouvernement. Un premier point d'étape est attendu avant la fin de l'année 2013.

■ La déclinaison locale du protocole d'accord CNAMTS-UNCCAS

Le 30 avril dernier l'UNCCAS (Union nationale des centres communaux d'action sociale) et la CNAMTS (Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ont signé une convention pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation précaire.

Le Fonds CMU s'est associé à deux caisses et deux CCAS afin de suivre la mise en œuvre de ce partenariat. Ainsi, deux conventions ont été signées, la première en juin, avec la CGSS de la Martinique et le CCAS de Schœlcher et la seconde, en septembre, avec la CPAM de la Seine-Saint-Denis et le CCAS d'Aubervilliers. Un bilan de cette expérimentation sera réalisé avant la fin de l'année 2013.

■ Signature d'une convention de collaboration entre le Fonds CMU et l'UNCCAS

Le 2 octobre, à Tours, lors du congrès de l'UNCCAS, le Fonds CMU et l'UNCCAS ont signé une convention ayant pour objet d'une part, de réaliser une enquête menée auprès de plusieurs CCAS pour obtenir un état des lieux des aides attribuées et d'autre part, de recenser les actions engagées en matière d'accès aux soins, notamment concernant la mission de préinstruction des demandes de CMU-C.

■ Les Comptes nationaux de la santé 2012

Les Comptes nationaux de la santé 2012, produits par la DREES, donnent une évaluation chaque année du montant total des soins et des biens médicaux consommés en France et permettent ainsi l'analyse de leur évolution.

En 2012, le montant de la dépense courante de santé (DCS) s'élève à 243 milliards d'euros, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui représente les trois quarts de la DCS, atteint pour sa part 183,6 milliards d'euros. Sa progression en valeur est sensiblement inférieure à 3 % pour la troisième année consécutive : + 2,2 % en 2012, + 2,5 % en 2011 et + 2,4 % en 2010. La progression du prix moyen de la CSBM recule légèrement (- 0,4 %), en raison notamment de la diminution du prix des soins hospitaliers et la poursuite de la baisse de prix des médicaments (-0,9 %), qui ont compensé la hausse de prix des soins de ville (+3,2 %).

En 2012 comme en 2011, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 %, celle prise en charge par les organismes complémentaires de 13,7 %. Quant au reste à charge des ménages, il est stable à 9,6 % depuis 2009.

● *Comptes nationaux de la santé 2012 - Document de travail, Série statistiques, n° 185, septembre 2013*

■ Cour des Comptes

La Cour des comptes a rendu public, le 17 septembre 2013, son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Ce rapport s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement.

Dans ce rapport, la Cour recommande notamment une remise à plat du système de remboursement des lunettes (et des audioprothèses). Elle appelle également à une clarification de ce marché et au développement des réseaux de soins pour réellement faire baisser les prix.

● *Le rapport est disponible sur le site de la Cour des comptes : www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2012*

■ L'accès aux soins des plus démunis

Le 24 septembre, la sénatrice de Seine-Saint-Denis, Aline Archimbaud a remis au Premier ministre son rapport sur l'accès aux soins des plus démunis réalisé dans le cadre de la mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Quarante propositions sont formulées pour lutter contre les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de précarité pour accéder aux soins et faire valoir leurs droits. Notamment, le rapport propose d'attribuer automatiquement le bénéfice de la CMU-C aux bénéficiaires de l'AAH et de l'ASPA et de faciliter le renouvellement des droits pour les personnes dont la situation, au regard des ressources perçues, évolue peu.

● *Le rapport est disponible sur le site www.cmu.fr/autres_publications*

■ La communication ACS

Comme annoncé dans le précédent numéro de Références, quatre encarts sur le dispositif ACS ont été diffusés dans la presse gratuite (1^{ère} semaine de juillet et de septembre). En espérant que cette campagne de communication puisse contribuer à une meilleure connaissance du dispositif.

Ils se sont réunis

■ Conseil d'administration

Le conseil d'administration du Fonds qui s'est réuni le 19 juillet dernier, a été heureux d'accueillir sa nouvelle présidente, Véronique WALLON (IGAS). Après de nombreuses péripéties, le décret portant sa nomination a été signé par la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'économie et des finances. Véronique WALLON succède ainsi à Michel THIERRY qui présidait le conseil d'administration du Fonds CMU depuis sa création.

Au cours de cette séance, le conseil d'administration a adopté le rapport d'activité et le compte financier du Fonds pour 2012.

Les recettes propres du Fonds atteignent 2 084 M€ en 2012 (taxe CMU : 2 042 M€ et produit à recevoir de la taxe tabacs : 42 M€). Le résultat de l'exercice 2012 est arrêté à + 204 M€.

Pour mémoire, 126 M€ ont été reversés à la CNAMTS fin 2012 au titre du report à nouveau de l'année précédente.

Le rapport d'activité 2012 a été transmis au Parlement en application de l'article R. 862-8 du code de la sécurité sociale.

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 - Directeur de la publication : Raphaëlle Verniolle -
Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 Dépôt légal : Octobre 2013