

# Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



## Éditorial

n°65

Présentées le 23 septembre 2016, les principales mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (PLFSS 2017) permettront aux comptes du régime général de renouer avec l'équilibre pour la première fois depuis 15 ans. Concernant les aides à une complémentaire santé pour les personnes démunies, la dynamique spontanée de la principale recette attribuée au Fonds CMU pour le financement de l'ACS et de la CMU-C est incertaine. En effet, l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats de santé déclarée par les organismes complémentaires (OC) a diminué pour la première fois, au dernier trimestre 2015 et au premier trimestre 2016. Cette baisse inattendue, concentrée sur quelques organismes, ne reflète sans doute pas une évolution du marché des contrats, mais rend compte du contexte temporaire d'adaptation des OC aux réformes intervenues récemment (généralisation de la complémentaire santé obligatoire et fusion de la TSA avec la TSCA à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016). Néanmoins, le rythme de croissance de cette assiette devrait rester modéré en 2016 et 2017. Compte tenu parallèlement de la dynamique des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, la situation financière du Fonds CMU serait fragilisée. Le PLFSS 2017 prend acte de cette situation au moyen d'une mesure qui se traduira par une hausse des recettes attribuées au Fonds CMU.

Par ailleurs, selon les derniers chiffres publiés par l'INSEE, le taux de pauvreté s'est stabilisé en 2014. En hausse depuis le début de la crise, la part des personnes sous le seuil de pauvreté monétaire (60 % du niveau de vie médian) a reculé depuis 2012, sous l'effet notamment des mesures mises en place dans le cadre du plan pluri-annuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Cependant, la stabilité de la pauvreté en 2014 s'accompagne d'une hausse de l'intensité de la pauvreté qui mesure l'éloignement des revenus des personnes pauvres du niveau du seuil de pauvreté. L'accès au droit à une complémentaire santé gratuite ou fortement subventionnée pour les plus défavorisés, le recours effectif à ce droit et l'accès aux soins qui en découle, restent ainsi des enjeux capitaux, même si le chemin parcouru est important. La nouvelle ACS rénovée en juillet 2015 a en particulier permis aux populations concernées d'accéder à des garanties de complémentaire santé de meilleure qualité, à des prix plus faibles<sup>1</sup>.

**Marianne Cornu-Pauchet**  
Directrice du Fonds CMU

*1) A paraître : rapport 2016 sur le prix et le contenu des contrats ACS, Fonds CMU.*

## 8,8 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté en 2014

D'après les dernières données publiées par l'INSEE, en 2014, le niveau de vie médian de la population en France s'élève à 20 150 € annuels soit 1 679 € mensuels par unité de consommation. Ce niveau de vie progresse légèrement depuis 2012. Il a cependant reculé depuis le début de la crise, alors que de 1996 à 2008, il avait augmenté de 1,4 % par an en moyenne. Le seuil de pauvreté monétaire, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, est égal à 1 008 € par mois.

8,8 millions de personnes ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté, soit 14,1 % des Français. Ce taux est stable par rapport à 2013. Depuis 2012, la progression de la pauvreté s'est interrompue, notamment sous l'effet des mesures du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Dans le cadre de ce plan, le plafond d'attribution des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS a été exceptionnellement revalorisé de 8,3 % au 1<sup>er</sup> juillet 2013, afin que l'ensemble des personnes sous le seuil de pauvreté puissent être couvertes par une complémentaire santé. En 2014, le plafond de ressources de la CMU-C se situe à 71 % du seuil de pauvreté et celui de l'ACS à 97 %.

Le niveau de vie médian des personnes pauvres se maintient, il s'élève à 805 € par mois. Malgré la poursuite du plan de revalorisation du RSA, l'intensité de la pauvreté, qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté, s'accroît en 2014, passant de 19,8 % en 2013 à 20,1 % en 2014.

Les actifs sont moins touchés par la pauvreté que les inactifs : en 2014, selon l'INSEE, 10,7 % des personnes actives vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14,7 % des inactifs. Néanmoins, les chômeurs sont 36,6 % à vivre sous le seuil de pauvreté.

Parmi les inactifs, les retraités sont les moins affectés par la pauvreté : seuls 7,6 % vivent sous le seuil de pauvreté ce qui rend compte du rôle d'amortisseur que le système de retraite français par répartition exerce en temps de crise. Les autres inactifs, dont les étudiants, sont 31,1 % à vivre sous le seuil de pauvreté.

Enfin, la pauvreté concerne 19,8 % des enfants, soit près d'un enfant sur cinq. Les familles monoparentales, qui ne disposent que d'une seule source de revenus, sont trois fois plus souvent pauvres que les couples avec enfants. Dans les foyers où la personne de référence a moins de 65 ans, le taux de pauvreté est égal à 35,9 % parmi les familles monoparentales, tandis qu'il s'établit à 12,6 % parmi les couples avec enfants.

## Réforme de l'ACS : un niveau de garantie en hausse

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'ACS est réservée à la souscription de contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'Etat pour leur bon rapport qualité/prix. Un an après sa mise en œuvre, au 30 juin 2016, plus d'un million de personnes ont souscrit un contrat sélectionné. Avant la réforme, au 31 mai 2015, environ 958 500 personnes utilisaient leur attestation ACS pour bénéficier d'un contrat de complémentaire santé. Malgré la modification des modalités d'utilisation de l'ACS et la nécessaire adaptation sur le terrain, la croissance des effectifs n'a pas faibli. Au contraire, les effectifs ont augmenté de plus de 10 % en un an.

Surtout, la réforme a effectivement permis d'améliorer le niveau des garanties et de réduire le prix des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS. Ils ont très majoritairement choisi un contrat de bon niveau : 40 % ont opté pour le contrat C qui correspond au niveau supérieur et 37 % ont souscrit un contrat B de niveau intermédiaire.

Le prochain rapport sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS paraîtra d'ici la fin de l'année 2016 ; il présentera une analyse fine de ces nouveaux contrats ACS à la fois en termes de qualité des garanties, de prix, et de position par rapport aux autres contrats de complémentaire santé.

## La CMU en chiffres

## ■ 5,5 Millions de bénéficiaires de la CMU-C

Au 31 juillet 2016, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C franchit le cap des 5,5 millions, pour la France entière, tous régimes confondus.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, en millions, au 31 juillet 2016\*

| Régime d'attribution           | Métropole   | DOM         | Total       | Dont OC     |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Régime général                 | 4,36        | 0,59        | 4,95        | 0,54        |
| Régime social des indépendants | 0,32        | 0,01        | 0,34        | 0,05        |
| Régime agricole                | 0,14        | 0,01        | 0,15        | 0,02        |
| Autres régimes et SLM          | 0,07        | 0,01        | 0,08        | 0,02        |
| <b>Total Juillet 2016</b>      | <b>4,89</b> | <b>0,62</b> | <b>5,51</b> | <b>0,64</b> |

\*Données provisoires / Sources : tous régimes

La croissance annuelle des effectifs de la CMU-C continue de ralentir : elle est de 3,3 % (progression de 3,9 % en métropole, baisse de 0,8 % dans les Dom), mais reste dynamique. Pour référence, en juillet 2012, un an avant le déploiement de la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond de la CMU-C, la croissance annuelle n'était que de 1,8 % et, en cinq ans (juillet 2016 / juillet 2011) les effectifs de la CMU-C ont progressé de plus de 25 %.

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

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 juillet 2015 au 31 juillet 2016\*

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

\*Données provisoires / Sources : tous régimes

## ■ La dépense individuelle au régime général baisse légèrement pour la ville et notablement pour l'hôpital

Au 31 juillet 2016, la dépense annuelle des soins pris en charge pour les bénéficiaires de la CMU-C du régime général (France entière) est de 1 816 M€. Le coût unitaire est de 417 € (311 € pour la ville, 107 € pour l'hôpital), en baisse de 2,4 % sur un an. Il reste plus élevé en métropole que dans les Dom (respectivement 420 € et 400 €).

La diminution du coût moyen global est portée par l'hôpital (- 6,4 %). Pour le total des deux postes (prestations hospitalières et forfait journalier) elle concerne 78 départements en métropole et les 4 Dom. Dans 42 départements, la baisse du coût moyen hospitalier est inférieure ou égale au score national : ces départements représentent autour de 40 % de la dépense totale et des effectifs.

Le coût moyen pour la ville ralentit légèrement (- 0,9 %). La baisse est majoritaire mais elle n'est pas généralisée : elle concerne 66 départements de métropole et 2 Dom. Par poste de soins, les évolutions sont également contrastées, entre le médicament (78 € / - 4,3 %) ou les honoraires des généralistes (44 € / - 4,3 %) et les honoraires paramédicaux (27 € / 3,7 %) ou l'ensemble des forfaits CMU (71 € / 3,2 %).

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

| Lieu         | Dépenses 12 derniers mois | Indices ACM* | Coût unitaire** | Évolution du coût unitaire |
|--------------|---------------------------|--------------|-----------------|----------------------------|
| Ville        | 1 353 M€                  | 3,9 %        | 311 €           | - 0,9 %                    |
| Hôpital      | 464 M€                    | - 1,9 %      | 107 €           | - 6,4 %                    |
| <b>Total</b> | <b>1 816 M€</b>           | <b>2,4 %</b> | <b>417 €</b>    | <b>- 2,4 %</b>             |

\* ACM : année complète mobile

\*\* Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM dont la CMUC est gérée par le régime obligatoire (4,35 M de bénéficiaires), Métropole et Dom

## ■ Un peu moins de 1,8 million de bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA

À fin juillet 2016, 1,79 million de personnes sont affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence au titre du RSA (régime 806)<sup>1</sup>. Ces données ne seront stabilisées qu'en décembre 2016. En données définitives, pour avril 2016, le nombre de bénéficiaires est de 1,76 million, soit 4,4 % de moins qu'un an plus tôt. 79 % des bénéficiaires ont fait valoir leur droit à la CMU-C.

1) Données brutes, métropole et DOM

## L'ACS en chiffres

## ■ Un bilan positif du nouveau dispositif ACS après une année de mise en œuvre

Après une année de mise en place du nouveau dispositif, les contrats A, B et C sont les seuls en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

La délivrance des attestations par les caisses d'assurance maladie se poursuit à un rythme assez soutenu : sur les six premiers mois de l'année, 744 131 attestations ont été délivrées, soit une hausse de 11,1 % par rapport aux six premiers mois de l'année 2015. Au 30 juin 2016, sur les douze derniers mois, 1,43 million de personnes se sont vues délivrer une attestation ACS.

S'agissant de l'utilisation effective des attestations auprès des organismes complémentaires, sur la base des chiffres transmis mensuellement par les 11 groupements au Fonds CMU, au 31 juillet 2016, près d'1,1 million de personnes sont couvertes par un contrat A, B, C.

Enfin, le choix de niveaux de garanties élevées se confirme puisqu'à fin juillet 2016, 40,4 % des utilisateurs de l'ACS ont choisi un contrat C (le contrat de niveau supérieur), 36,8 % un contrat B (niveau intermédiaire) et 22,9 % un contrat A (contrat de premier niveau).

## Suivi de la montée en charge des nouveaux contrats ACS

| Mois     | Nombre de personnes ayant souscrit un nouveau contrat ACS au cours du mois considéré (flux) | Nombre de personnes avec un nouveau contrat ACS actif à la fin du mois considéré (stock) | Évolution mensuelle en nombre de personnes (stocks) |
|----------|---|--|---|
| 31/01/16 | 347 908   | —  | —   |
| 29/02/16 | 92 521  | —  | —   |
| 31/03/16 | 75 000  | —  | —   |
| 30/04/16 | 74 388  | 968 621  | —   |
| 31/05/16 | 61 368  | 1 013 077  | 44 456  |
| 30/06/16 | 58 694  | 1 056 199  | 43 122  |
| 31/07/16 | 50 844  | 1 077 596  | 21 397  |

## La répartition des bénéficiaires du nouveau dispositif ACS selon le contrat souscrit

|                               | Formule A | Formule B | Formule C | Total des 3 formules ACS |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|--------------------------|
| Nombre de personnes couvertes | 246 384   | 396 336   | 434 876   | 1 077 596                |
| Structure                     | 22,9 %    | 36,8 %    | 40,4 %    | 100,0 %                  |

Sources : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

## Fréquence OC

### ■ Une évolution de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires (OC) de + 0,2 % au premier semestre 2016

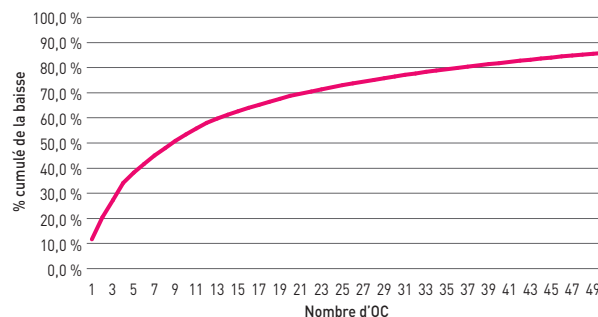
Au 30 juin 2016, l'assiette s'élève à 34,39 Md€ sur un an (chiffres bruts déclarés par les organismes complémentaires). Elle évolue de + 0,2 % au premier semestre : baisse de 2,2 % au premier trimestre 2016, hausse de + 3,3 % au deuxième trimestre 2016 (chiffres redressés).

Les chiffres ont été redressés pour tenir compte de la situation de deux OC qui sont passés d'un paiement de la quasi-totalité de la TSA sur le premier trimestre à une déclaration par quart à partir de 2016 (disposition prévue par la circulaire ministérielle du 28 décembre 2015). Ces changements n'auront pas d'effet sur l'assiette déclarée pour l'ensemble de l'année 2016 et il convient donc d'en neutraliser les effets qui sont importants à la baisse sur le T1 et T2 2016.

L'évolution constatée sur l'assiette est toujours portée par un faible nombre d'OC. Il est délicat dans ce contexte de dégager des tendances générales. Les évolutions d'un trimestre donné s'expliquent davantage par des contextes individuels que les contrôles conduits par le Fonds permettent d'éclairer. Sur l'échéance du T2 2016, sur l'ensemble des OC dont l'assiette baisse (300 OC environ), 20 d'entre eux expliquent 70 % de la baisse et seulement 4 expliquent près de 40 % de la baisse.

Enfin, sur le seul premier semestre 2016, l'enjeu financier du contrôle du Fonds sur l'assiette s'est accru de 1,24 milliard d'euros (produit de la taxe) compte tenu de la mise en place de la TSA fusionnée au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### Courbe de concentration des situations de baisse de l'assiette au 2<sup>e</sup> trimestre 2016



Source : déclarations TSA des OC pour le 2<sup>e</sup> trimestre 2016

Grille de lecture du tableau : au sein des OC ayant constaté une baisse sur le 2<sup>e</sup> trimestre 2016 : un OC concentre 12 % de la baisse, 50 OC concentrent 86 % de la baisse

### ■ Inscription ou retrait de la liste des organismes gestionnaires de la CMU-C pour 2017

Les organismes complémentaires souhaitant s'inscrire ou se retirer de la liste des organismes volontaires pour gérer la CMU-C pour 2017, ont jusqu'au 31 octobre 2016 pour adresser leur demande au Fonds CMU par courrier.

Pour l'inscription, le formulaire est disponible sur : [www.cmu.fr/faq\\_oc\\_cmuc.php](http://www.cmu.fr/faq_oc_cmuc.php)

Le retrait de la liste se fait par simple courrier.

## Textes à la une

### ■ La labellisation des contrats de complémentaire santé pour les personnes de 65 ans et plus

À l'heure où nous rédigeons, deux décrets d'application sont en attente de publication : un décret en Conseil d'État précisant la procédure de labellisation et les modalités d'imputation du crédit d'impôt auquel ouvrent droit les contrats labellisés, et un décret simple précisant les documents à fournir à l'appui de toute demande de labellisation ainsi que les niveaux de garanties minimales et les seuils de prix maximaux que doivent présenter ces contrats.

■ Une page d'information spécifique est disponible sur : [www.cmu.fr/label\\_contrats\\_seniors.php](http://www.cmu.fr/label_contrats_seniors.php)

### ■ Revalorisation du RSA au 1<sup>er</sup> septembre : augmentation du forfait logement

Conformément au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté de janvier 2013, le RSA a été revalorisé de 2 % au 1<sup>er</sup> septembre 2016. Son montant est de 535,17 € pour une personne seule.

Le montant du forfait logement est pris en compte dans les ressources lors d'une demande de CMU-C, ACS, ou d'AME, par une personne bénéficiant d'une aide au logement, propriétaire ou hébergée à titre gratuit. Il représente 12 % du montant du montant forfaitaire du RSA, soit 64,22 € par mois pour une personne seule.

### ■ Refus de soins

L'article 85 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé confie au Conseil national de l'Ordre la mission d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins et de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés.

Le décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016 institue une commission placée auprès du Conseil national de l'ordre des médecins, de l'ordre

des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes, composée de quatorze membres (professionnels de santé, représentants d'associations d'usagers du système de santé, Fonds CMU, CNAMTS). Elle évaluera les pratiques et remettra un rapport annuel au ministre chargé de la santé.

### ■ PUMA : modalités de calcul de la cotisation

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la protection maladie universelle (PUMA) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

Certains bénéficiaires de la PUMA sont redevables d'une cotisation. Le décret n°2016-979 du 19 juillet 2016 détermine les conditions d'assujettissement à cette cotisation prévue à l'article L.380 2 du code de la sécurité sociale. Il définit les règles d'assiette et de taux de cette cotisation.

Ainsi, sont redevables d'une cotisation, les personnes dont les revenus tirés d'une activité professionnelle sont inférieurs à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et dont les revenus du capital sont supérieurs à 25 % du Pass éventuellement majorés des moyens d'existence et éléments de train de vie.

Le taux de cotisation est de 8 %. Le calcul est différent selon que les revenus sont inférieurs à 5 % du Pass ou compris entre 5 et 10 % du Pass. Les éléments nécessaires à la détermination des revenus sont communiqués par l'administration fiscale aux organismes chargés du calcul et du recouvrement des cotisations.

Sont exonérées de cotisation les étudiants, les personnes qui ont reçu une pension de retraite, une rente, une allocation chômage au cours de l'année considérée et les assurés ayant une activité professionnelle qui leur procure un revenu annuel supérieur ou égal à 10 % du Pass. Il en est de même lorsque ces personnes sont pacsées ou mariées à une personne remplissant ces conditions.

## Du côté des associations

### ■ 10<sup>e</sup> Baromètre IPSOS – Secours populaire français 2016

Les résultats du baromètre annuel du Secours populaire sur la perception de la pauvreté par les Français ont été rendus publics le 6 septembre.

Le sondage a été réalisé par téléphone du 11 au 15 juillet 2016 auprès de 1 000 personnes constituant un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus, selon la méthode des quotas : sexe, âge, profession de la personne de référence du foyer, région, etc.

Cette année, une partie est consacrée à l'accès à la santé.

Il ressort que 64 % des ménages ayant un revenu mensuel net de moins de 1 200 € rencontrent des difficultés à payer certains actes médicaux mal remboursés par la sécurité sociale et 53 % rencontrent des difficultés à disposer d'une mutuelle.

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, tous niveaux de revenus confondus, 28 % des personnes déclarent avoir déjà renoncé ou retardé une consultation chez un dentiste et 30 % s'agissant de l'achat de lunettes ou de lentilles de contact.

12 % des parents d'enfants de moins de 18 ans interrogés (33 % de l'échantillon) déclarent avoir déjà renoncé à des soins dentaires pour leur enfant ou les avoir retardé, 10 % pour des soins optiques.

Pour les personnes dont le revenu net du foyer est inférieur à 1 200 €,

le taux de renoncement ou de retard de soins est beaucoup plus élevé et s'est particulièrement accru au cours de ces dernières années. En effet, pour ces mêmes soins (consultation chez un dentiste et achat de lunettes ou de lentilles de contact), le taux de renoncement ou de retard dans la réalisation des soins est respectivement de 50 % (+ 22 points par rapport à 2008) et 42 % (+ 5 points par rapport à 2008). Il est également élevé pour les consultations de médecin spécialiste : 40 % des personnes aux revenus modestes déclarent avoir renoncé ou retardé ces consultations.

### ■ En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté

L'édition 2017 du recueil "En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté" vient de paraître. Dans une démarche d'éducation populaire, l'objectif de cet ouvrage est de répondre à 117 idées reçues concernant les pauvres et la pauvreté.

● "En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté - 2017" - Éditions Quart Monde

## Actualités

### ■ RALFSS 2016

La Cour des comptes a rendu public, le 20 septembre 2016, son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, établi dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement.

La Cour des comptes relève l'érosion des taux de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie : - 1,1 point pour les assurés en ALD (avec un niveau de prise en charge de 93,2 % en moyenne), - 3 points pour les autres assurés (75,4 %). Ce désengagement de l'assurance maladie est particulièrement visible pour les soins bucco-dentaires qui ne sont plus remboursés qu'à hauteur de 33 % ; 39 % des dépenses sont financées par les assurances complémentaires, 25 % par les ménages et 3 % relèvent de financements publics (CMU-C et AME notamment).

En 2012, le renoncement aux soins bucco-dentaires pour raisons financières touchait près d'un assuré sur cinq (17,7 %). Comparativement, en 2012, pour les soins d'optique et les consultations de médecins, le renoncement aux soins pour raisons financières concernait respectivement 9,8 % et 5,5 % des assurés.

La lourdeur des restes à charge favorise le recours croissant aux assurances complémentaires, ce qui n'est pas sans incidence : coût pour les assurés, pour les entreprises et pour la collectivité compte tenu des aides fiscal-sociales octroyées aux contrats collectifs obligatoires d'entreprise.

La Cour formule plusieurs recommandations, notamment :

- l'extension des mesures visant à limiter le reste à charge des ménages résultant des secteurs à liberté tarifaire via le renforcement des critères d'éligibilité des contrats "responsables" ;

- l'instauration de mesures plus contraignantes de limitation des taux de dépassements d'honoraires ;
- la réorientation d'une partie des soutiens publics à la souscription d'une couverture complémentaire vers les assurés aux risques les plus élevés.

### ■ PLFSS 2017

Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, et Christian Eckert, Secrétaire d'État chargé du budget et des comptes publics, ont présenté le 23 septembre le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017. Parmi les mesures contenues dans le PLFSS :

- la progression globale de l'ONDAM pour 2017 est fixée à 2,1 % au lieu du taux de 1,75 % fixé dans le PLFSS pour 2016. Le déficit de la branche maladie, qui s'élevait à - 8,6 milliards d'euros en 2011, atteindra - 2,6 milliards d'euros en 2017 ;
- les recettes du Fonds CMU sont modifiées : l'affectation de la taxe tabac est supprimée, la partie de la TSA antérieurement affectée à parts égales à la CNAF et à la CNAMTS est désormais affectée pour 20,18 % au Fonds CMU, le reste étant attribué à la CNAMTS ;
- l'amélioration de la santé dentaire des Français par la revalorisation de certains actes et l'encadrement des dépassements d'honoraires pour les actes à entente directe ;
- la création d'un fonds national pour la démocratie en santé destiné à financer l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé et la formation des représentants d'usagers.

Pour plus d'informations : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

**Références** - Lettre d'information éditée par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Adresse : Fonds CMU - Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS - Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99 -

Courriel : [accueil@fonds-cmu.gouv.fr](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr) - Site : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) - Directrice de la publication : Marianne Cornu-Pauchet -

Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 - Dépôt légal : Octobre 2016