

# Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



## Éditorial

n°71

À la Une de ce nouveau numéro de Références, la publication du VII<sup>e</sup> rapport d'évaluation de la loi CMU, fruit d'un travail important mené par le fonds en 2016 avec les différents acteurs institutionnels et associatifs de la santé et communiqué tous les deux ans au Parlement. Peu de lois font l'objet d'un tel suivi aussi longtemps après leur promulgation. Mais il est vertueux, sur des sujets aussi importants pour des millions de nos concitoyens, d'éclairer régulièrement les décisions prises par le pouvoir législatif.

Parmi les membres de l'Assemblée nationale siège précisément la nouvelle présidente du conseil de surveillance du fonds nommée par arrêté de la Ministre des Solidarités et de la Santé et du Ministre de l'Action et des Comptes publics en date du 19 janvier 2018. Emmanuelle Fontaine-Domeizel, députée de la 2<sup>e</sup> circonscription des Alpes-de-Haute-Provence, infirmière libérale de profession, connaît bien les sujets d'accès aux droits et aux soins. Membre de la commission des affaires sociales, où elle a été nommée référente Handicap en février dernier, elle fait partie de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain, dont la première réunion s'est tenue le 29 mars dernier. Elle participe également aux groupes d'études relatifs notamment à l'intégration des personnes handicapées, à l'économie sociale et solidaire et aux droits de l'enfant. Nous sommes heureux de pouvoir bénéficier de son expérience de plus de quinze ans des problématiques d'accès aux soins et lui souhaitons la bienvenue à la présidence du conseil de surveillance.

Marianne CORNU-PAUCHET, Directrice du Fonds CMU-C



Emmanuelle FONTAINE-DOMEIZEL,  
Présidente du conseil de surveillance du fonds

## Le VII<sup>e</sup> rapport d'évaluation de la loi CMU

La loi ayant institué la couverture maladie universelle prévoit que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation portant sur l'application des dispositions de cette loi. Par lettre de mission du directeur de la sécurité sociale, en date du 4 mai 2016, le Fonds CMU-C a été chargé de réaliser le VII<sup>e</sup> rapport d'évaluation.

Cette lettre de mission préconisait de porter une attention particulière aux actions mises en œuvre pour favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS, de réaliser un état des lieux des problématiques de refus de soins et d'analyser l'adéquation du panier de soins dentaires des bénéficiaires de la CMU-C à leurs besoins.

Le rapport présente les analyses du fonds sur ces sujets ainsi que sur la situation des bénéficiaires et émet vingt-trois propositions et onze pistes de travail.

Compte tenu du changement de gouvernement, ce rapport finalisé au début de l'année 2017 est rendu public en avril 2018. Parmi les propositions et pistes de travail émises par le Fonds CMU-C, quelques-unes sont d'ores et déjà déployées ou en cours de mise en œuvre.

L'analyse de la prise en charge des soins dentaires par la CMU-C a permis d'enrichir la réflexion pour la refonte du panier de soins dentaires CMU-C en mars 2017.

Plusieurs propositions visent à mieux suivre les droits associés à CMU-C et l'ACS et à affiner les connaissances sur ces dispositifs. Il s'agit notamment de suivre la bonne application de l'opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS aussi bien par les médecins que par les chirurgiens-dentistes. Ces suivis devront être mis en place en collaboration avec les régimes obligatoires. Par ailleurs, pour mieux comprendre la dépense CMU-C, il est recommandé de créer un observatoire en s'appuyant sur des CPAM. Les travaux d'analyse de la dépenses ont d'ores et déjà été lancés en début d'année 2017 par le Fonds CMU-C en partenariat avec une dizaine de CPAM.

Pour faciliter l'accès aux droits et lutter contre le non-recours, le rapport préconise notamment la simplification du formulaire de demande CMU-C / ACS et l'allègement des pièces justificatives. Cette démarche a été initiée depuis plusieurs mois et devrait se concrétiser prochainement par la mise à disposition d'un formulaire simplifié et un allègement des pièces justificatives. Plusieurs propositions ont aussi pour objectif de faciliter l'attribution et le renouvellement des droits pour des populations spécifiques comme les allocataires du RSA et les allocataires de l'AAH.

Concernant l'amélioration des prises en charge, le Fonds CMU-C suggère d'étudier les besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap. Une autre piste de travail repose sur l'intégration de soins parodontaux dans le panier de soins dentaires CMU-C. Ces sujets peuvent être intégrés aux réflexions actuelles sur le reste à charge zéro et aux travaux menés dans le cadre des nouvelles négociations pour les conventions des chirurgiens-dentistes avec l'assurance maladie obligatoire.

Pour lutter contre le refus de soins, le rapport souligne l'importance de définir précisément la notion de refus de soins dans toutes ses formes et de renforcer les outils juridiques de lutte contre le refus de soins. De premiers travaux ont été engagés à ce sujet dans le cadre des commissions chargées d'évaluer les pratiques de refus de soins mises en place en application de la loi de modernisation de notre système de santé.

Ce rapport est le fruit d'un riche partenariat avec les acteurs institutionnels et associatifs de la santé, il sera disponible sur notre site [www.cmu.fr/rapports\\_evaluation.php](http://www.cmu.fr/rapports_evaluation.php)

## La CMU-C en chiffres

## ■ En données provisoires, une légère reprise des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C

Fin janvier 2018, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à 5,53 millions pour la France entière, tous régimes confondus.

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

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 359	563	4 922	450
Régime social des indépendants	348	17	365	47
Régime agricole	143	9	152	22
Autres régimes et SLM	81	14	95	27
<b>Total Janvier 2018</b>	<b>4 931</b>	<b>602</b>	<b>5 534</b>	<b>544</b>

Données provisoires / Source : tous régimes

Une légère hausse, de 0,8 % pour l'ensemble du territoire confirme la reprise amorcée en novembre 2017. Au régime général, l'augmentation est de 0,5 %, mais le contraste entre la métropole, + 0,7 % et les Dom, - 0,3 % se prolonge. Pour le régime des indépendants et le régime agricole, la hausse est plus marquée avec, respectivement, 6,1 % et 2,8 %. La baisse de 8,1 % pour les autres régimes et SLM est liée à celle d'un important SLM, pour lequel une consolidation des évolutions est en cours. La part des bénéficiaires de la CMU-C ayant fait le choix d'un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits est en retrait de 10,6 % pour l'ensemble des régimes.

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

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+0,7 %	-0,3 %	+0,5 %	-10,8 %
Régime social des indépendants	+5,8 %	+13,8 %	+6,1 %	-3,5 %
Régime agricole	+3,5 %	-7,4 %	+2,8 %	-5,3 %
Autres régimes et SLM	-10,4 %	+6,8 %	-8,1 %	-20,5 %
<b>Total Janvier 2018</b>	<b>+0,9 %</b>	<b>+0,1 %</b>	<b>+0,8 %</b>	<b>-10,6 %</b>

Données provisoires / Sources : tous régimes

## L'ACS en chiffres

## ■ L'ACS poursuit sa progression sur le début de l'année 2018

La délivrance des attestations par les caisses d'assurance maladie continue de progresser à un rythme satisfaisant : à fin février 2018, sur les 12 derniers mois (en année complète mobile), le nombre de personnes ayant obtenu une attestation de droit à l'ACS s'établit à 1,59 million. Cela correspond à une hausse de 7,2 % en référence aux 12 mois précédents.

Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS A, B ou C s'établit à 1,21 million à la même date (stock). Il augmente de 8,3 % sur une année. Les variations infra-annuelles du stock de personnes protégées reflètent le calendrier des adhésions aux contrats ACS, les souscriptions et fins de contrat étant concentrées en fin d'année / début d'année suivante. On constate ainsi un ralentissement en décembre, une baisse en janvier puis une reprise à partir de février sur 2017 et 2018.

Le taux d'utilisation du chèque auprès d'un organisme complémentaire santé est stable à 76 %.

La répartition des personnes protégées par type de contrat n'évolue quasiment pas dans le temps : le contrat C reste prédominant puisqu'il regroupe à lui seul 40 % des utilisateurs. Plus des trois quarts des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur (contrat C) et / ou intermédiaire (contrat B).

## ■ La dépense individuelle de CMU-C est toujours en diminution début 2018

En janvier, la dépense de soins prise en charge pour les bénéficiaires dont la CMU-C est gérée par le régime général représente 1,83 Md€ (dépense en trésorerie). Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 411 € (métropole et Dom) ; il est en baisse de 2 %. Le coût moyen diminue en métropole (413 € / - 2 %) et dans les Dom (397 € / - 1,6 %).

Le coût moyen pour les soins hospitaliers est de 104 € pour l'ensemble du territoire. Les postes des prestations hospitalières et du forfait journalier baissent au même rythme (prestations : 77 € / - 2,9 % - forfait journalier : 26 € / - 2,8 %).

Le coût moyen pour la ville est de 307 €. Il baisse de 1,6 %. Les postes des honoraires des médecins généralistes (40 €) et des honoraires des médecins spécialistes (28 €) continuent de présenter des évolutions fortement contrastées : - 9,5 % versus + 13,2 %, l'écart croît depuis le début de l'exercice 2017.

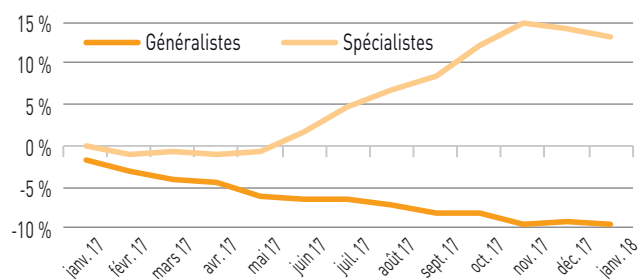
Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 janvier 2018 – Régime général – Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 369 M€	-0,9 %	307 €	-1,6 %
Hôpital	464 M€	-2,1 %	104 €	-2,9 %
<b>Total</b>	<b>1 832 M€</b>	<b>-1,2 %</b>	<b>411 €</b>	<b>-2,0 %</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 CMU-C est gérée par le régime obligatoire (4,46 M de bénéficiaires), Métropole et Dom

Évolution des coûts moyens CMU-C des honoraires des généralistes et des spécialistes



Suivi du nombre de personnes protégées par un contrat ACS depuis juillet 2017

	Flux d'entrants au cours du mois	Flux de sortants au cours du mois	Stocks fin de mois	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Évolution mensuelle du stock	Taux d'utilisation des attestations ACS
31/07/17	76 059	66 122	1 163 280	8,6 %	9 937	77,1 %
31/08/17	69 694	60 840	1 172 134	8,1 %	8 854	77,1 %
30/09/17	70 582	62 649	1 180 067	7,9 %	7 933	77,1 %
31/10/17	78 851	70 908	1 188 010	7,5 %	7 943	77,3 %
30/11/17	79 910	70 426	1 197 494	7,6 %	9 484	76,5 %
31/12/17	76 129	74 084	1 199 539	7,5 %	2 045	75,8 %
31/01/18	99 431	103 491	1 195 479	8,2 %	-4 060	75,7 %
28/02/18	90 353	80 410	1 205 422	8,3 %	9 943	76,2 %

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, CNAM, CCMSA, CNDSSI

## Fréquence OC

## ■ Une progression annuelle de 2 % de l'assiette de la TSA en 2017

L'assiette de la TSA se décompose en huit "sous assiettes" liées aux caractéristiques des garanties et détaillées dans le tableau *infra*. Les contrats classiques représentent 93 % de l'assiette totale, dont 3,6 % correspondent à des contrats non responsables.

En 2017, l'assiette de la TSA augmente de 727 millions d'euros, soit une progression de 2,0 % par rapport à l'année précédente. Cette hausse résulte de variations contrastées entre les différentes assiettes. Les explications sur les évolutions sont en cours d'approfondissement.

Jusqu'en 2016, la TSA sur les cinq premières assiettes finançait le Fonds CMU-C. Le champ a été étendu aux trois dernières assiettes en 2017 (contrats 1<sup>er</sup> euro, contrats IJ responsables et non responsables). En raison de cet élargissement, l'assiette de la TSA finançant le Fonds CMU-C est en hausse de 5,8 %, dont + 2,3 % au titre de l'évolution à champ constant de l'assiette 2016.

Par ailleurs, le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration.

Ainsi, sur 477 OC ayant déclaré une assiette non nulle en 2017 : les 10 premiers déclarent 35 % de l'assiette totale ; les 50 premiers déclarent 74 % de l'assiette totale. Cette forte concentration oblige à une approche ciblée que ce soit en termes d'observation des tendances d'évolution ou de contrôle.

En effet, les cinq OC enregistrant, en 2017, les plus fortes baisses d'assiette représentent 38 % du montant total des baisses ; à l'inverse, les cinq OC qui ont les plus fortes hausses d'assiette représentent 40 % du montant total des hausses.

## Études et Rapports

## ■ Le rapport d'activité 2017 du Fonds CMU-C

Le rapport d'activité 2017 du Fonds CMU-C a été adopté par son conseil d'administration le 28 mars 2018 et sera présenté pour avis à son prochain conseil de surveillance. Il sera ensuite transmis au Parlement.

Outre la synthèse de la progression des dispositifs d'aide à la complémentaire santé financés par le fonds, ce rapport rend compte des travaux accomplis par l'établissement durant l'exercice écoulé.

Dans un contexte marqué par un changement de législature et par le lancement de réflexions sur les restes à charge et sur le rôle des complémentaires santé dans l'accès aux soins, le fonds a poursuivi en 2017 le travail engagé depuis sa création selon trois axes principaux : financer la CMU-C et l'ACS, suivre les effets des politiques publiques et contribuer à la modernisation du service public de la sécurité sociale.

S'agissant du financement des dispositifs, l'année 2017 a été très fructueuse et a permis de tirer toutes les conséquences des quatre réformes consécutives relatives au financement du fonds (réforme de la TSA en 2016, modification du financement du fonds en 2017, ouverture d'un compte de suivi financier dans les livres de l'Acoss et préparation de la réforme du financement du fonds en 2018). Le fonds a ainsi engagé des travaux avec l'Acoss sur l'ensemble de ces chantiers visant à déterminer les modalités de mise en œuvre mais également à définir des modalités de mesure et de suivi du recouvrement et du contrôle de la TSA. Grâce aux données transmises par la branche du recouvrement, le rapport présente pour la première fois la décomposition de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle et fait le bilan des contrôles effectués par les Urssaf. Il présente également les vérifications opérées par le fonds auprès des organismes complémentaires.

Concernant le suivi des dispositifs et des réformes engagées par les pouvoirs publics, plusieurs chantiers d'envergure ont marqué l'année. En 2017, le Fonds CMU-C a produit un deuxième bilan de la réforme de l'ACS de juillet 2015 qui a permis de mettre en évidence les incidences positives de la réforme pour les bénéficiaires mais également, pour la première fois, les montants qui demeurent à la charge des assurés. Le fonds a par ailleurs poursuivi ses recherches sur les questions d'accès aux droits et aux soins des personnes démunies et a engagé un vaste travail d'observation et d'analyse du coût moyen CMU-C.

## L'assiette de la TSA – Évolution entre 2016 et 2017 (en milliers d'euros)

	Contrats classiques resp.	Contrats classiques non resp.	Contrats 1 <sup>er</sup> art. C998CGI	Contrats agricult. resp.	Contrats agricult. non resp.	Contrats au 1 <sup>er</sup> euro	Contrats IJ resp.	Contrats IJ non resp.	Assiette de la TSA
2016	32 039 957	1 232 230	470 185	1 129 929	11 594	64 589	744 242	499 174	36 191 900
2017	33 118 593	1 250 988	254 359	1 051 827	16 901	132 732	584 129	509 053	36 918 582
Répartition 2017	89,7%	3,4%	0,7%	2,8%	0,0%	0,4%	1,6%	1,4%	100,0%
Évol. 2017/2016 (montants)	1 078 636	18 757	-215 826	-78 102	5 307	68 143	-160 114	9 880	726 682
Évol. 2017/2016 (%)	3,4%	1,5%	-45,9%	-6,9%	45,8%	105,5%	-21,5%	2,0%	2,0%

Champ : tous redevables de la TSA en 2016 et 2017

Source : télédéclarations des redevables à la TSA auprès de l'URSSAF Île de France

## ■ Procédure de régularisation annuelle des dépenses de CMU-C

Depuis l'an dernier, la déclaration du tableau récapitulatif se fait via la plateforme de télédéclaration mise en place sur le site internet de l'URSSAF, avant le 30 juin.

Néanmoins, comme chaque année, à des fins de vérifications, il est demandé aux organismes complémentaires de transmettre par mail au fonds, à l'adresse TR@fonds-cmu.gouv.fr, les listes des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS et l'état détaillé des dépenses de CMU-C.

Enfin, l'année 2017 a été marquée par la participation du fonds aux travaux de simplification du formulaire de demande de la CMU-C engagés par la direction de la sécurité sociale en lien avec les régimes de base d'assurance maladie.

## ■ Le rapport 2017 de la DREES sur la situation financière des OC en 2016

Élaboré notamment à partir des données collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par le Fonds CMU-C, le rapport annuel de la DREES sur la situation financière des OC constitue une référence incontournable de la couverture complémentaire santé. Le dernier rapport 2017 présente les résultats pour 2016. Il couvre l'exhaustivité de l'assiette de la TSA déclarée auprès du Fonds CMU-C.

## La santé est l'activité principale des mutuelles et des institutions de prévoyance mais une activité plus mineure pour les sociétés d'assurance

La santé représente 15 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance. Son poids dans l'ensemble de l'activité d'assurance a plutôt eu tendance à légèrement augmenter ces dernières années.

Elle représente 84 % des primes collectées par l'ensemble des mutuelles, lesquelles sont donc spécialisées sur ce risque. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance (en moyenne 47 % des primes collectées). Elle est très minoritaire au sein des sociétés d'assurance au sein desquelles elle ne représente que 5 % de l'activité.

## Les mutuelles sont plutôt positionnées sur l'individuel, les institutions de prévoyance spécialisées en collectif

L'individuel représente 54 % des primes collectées par les OC. La part de l'individuel qui représentait 56 % des primes collectées en 2015 diminue progressivement au sein de chaque grande famille.

Les mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels qui représentent 71 % des primes collectées (70 % en 2015). C'est l'inverse pour les institutions de prévoyance au sein desquelles l'individuel ne représente que 12 % des primes<sup>1</sup> (14 % en 2015). Les sociétés d'assurance

se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 51 % des primes contre 54 % en 2015.

### Un résultat technique santé tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs

Le résultat technique en santé représente la différence entre les produits et les charges liées à l'activité santé pour une année donnée<sup>2</sup>. Sur les dernières années, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, alors que c'est l'inverse pour les contrats individuels. Le résultat technique santé est donc tiré à la baisse par les contrats collectifs.

Quel que soit le type d'OC, le ratio S/P (Sinistres<sup>3</sup> / Primes collectées) est supérieur pour les contrats collectifs. Ces contrats collectifs ont un retour sur primes plus important, ce qui les rend plus avantageux pour les assurés et moins rentables pour les assureurs.

Au global, pour l'ensemble des organismes, le résultat technique santé est excédentaire en 2016 : + 104 M€ correspondant à 0,3 % des primes collectées (0,3 % en 2015, 0,8 % en 2014).

## Textes à la une

### ■ Report de la procédure de mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a réservé l'utilisation de l'ACS à des contrats d'assurance santé complémentaire sélectionnés par le biais d'une procédure de mise en concurrence. La première sélection issue de cette procédure qui devait arriver à échéance le 1<sup>er</sup> juillet 2018, a été prorogée jusqu'au 31 décembre 2018, afin de permettre un bilan exhaustif de la première procédure et d'en tirer tous les enseignements en vue de la prochaine mise en concurrence.

Le 23 janvier, la Ministre des Solidarités et de la Santé a lancé une concertation pour atteindre l'objectif présidentiel du "reste à charge zéro" en optique, dentaire et audioprothèse. Les contrats d'assurance complémentaire couvrant les prestations concernées devront proposer le reste à charge zéro, qui sera inclus dans les obligations des contrats responsables.

Dans le cadre de cette concertation, le dispositif de l'ACS sera adapté afin de répondre aux nouvelles obligations des contrats responsables. La procédure de sélection, qui devait être lancée pour renouveler l'offre de contrats à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, s'en trouve repoussée d'un an pour prendre en compte les nouvelles garanties du reste à charge zéro.

### ■ Revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS au 1<sup>er</sup> avril

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2018, le plafond annuel d'attribution de la CMU-C est fixé à 8 810 € pour une personne seule en métropole.

## Ils se sont réunis

### ■ Conseil d'administration du Fonds CMU-C

Réuni le 28 mars sous la présidence de Véronique Wallon, le conseil d'administration du Fonds CMU-C a approuvé le rapport d'activité et le compte financier pour l'exercice 2017.

À la faveur de l'évolution dynamique de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle et de la modification de la part affectée au financement du fonds, la TSA recouvrée par l'Urssaf Ile-de-France pour le compte du fonds a progressé de 26,6 % pour atteindre 2,8 Md€. En tenant compte de la réfaction de 150 M€ prévue par la LFSS 2018 pour réduire les excédents

### Une solidité financière confirmée des OC gérant le risque santé

La solidité financière d'un OC doit également s'apprécier sur l'ensemble de son activité (santé et autres). Lorsqu'elles exercent une activité santé, les trois familles d'OC ont dégagé en moyenne des résultats nets positifs ou nuls en 2016. Rapporté à l'ensemble des primes, ce résultat net s'élève à 4,0 % pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (4,5 % en 2015), à 0,7 % pour les mutuelles (1,2 % en 2015) et 0 % pour les IP (idem 2015). La grande majorité des OC intervenant sur le champ de la couverture complémentaire santé respectent également les deux principaux ratios prudentiels qui leur sont imposés dans le cadre de solvabilité 2.

1 Contrats destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées et à leurs ayants droit

2 Les produits correspondent principalement aux primes collectées hors taxes. Les charges sont essentiellement constituées des charges de prestations issues de l'activité d'indemnisation des assurés, dans une moindre mesure, des frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux en particulier) et des frais d'administration liés à la gestion des contrats et des systèmes d'informations

3 Sinistres : sinistres payés aux assurés + frais de gestion des sinistres + autres charges de prestations

Pour l'ACS, il est de 11 894 € pour une personne seule. Dans les Dom, pour une personne seule, les plafonds d'attribution sont majorés de 11,3 %.

### ■ Nomination des parlementaires membres du conseil de surveillance du Fonds CMU-C

Les élections législatives et sénatoriales intervenues en juin et septembre 2017 ont modifié la configuration du conseil de surveillance à la suite de la non-représentation et/ou non-réélection de parlementaires qui en étaient membres.

Lors de sa séance du 17 novembre 2017 (JO du 18 novembre), l'Assemblée nationale a désigné en tant que membres du conseil de surveillance, Emmanuelle Fontaine-Domeizel, élue députée de la 2<sup>e</sup> circonscription des Alpes-de-Haute-Provence, Michèle de Vaucouleurs élue députée de la 7<sup>e</sup> circonscription des Yvelines et Alain Ramadier, élu député de la 10<sup>e</sup> circonscription de la Seine-Saint-Denis.

Emmanuelle Fontaine-Domeizel a été nommée présidente du conseil de surveillance par arrêté de la Ministre des Solidarités et de la Santé du 19 janvier 2018 (JO du 21 février).

Lors des séances des 30 novembre et 13 décembre 2017 (JO des 1<sup>er</sup> et 15 décembre) le Sénat a désigné, respectivement, Yves Daudigny élu sénateur de l'Aisne et Didier Rambaud élu sénateur de l'Isère, en tant que membres du conseil de surveillance.

Le mandat du sénateur du Vaucluse, Alain Milon, est toujours en cours.

du fonds, les produits du Fonds CMU-C s'élèvent en 2017 à 2,6 Md€, soit un montant quasi identique à celui enregistré en 2016.

La dépense totale de CMU-C atteint 2,2 Md€ - dont 210 M€ au titre des dépenses avancées par les organismes complémentaires - en retrait de 1,3 % par rapport à 2016. Sur la base d'un montant moyen annuel de 309 € par bénéficiaire, les déductions ACS atteignent 324 M€, soit une hausse de 3,5 % par rapport à 2016.

Le résultat de l'exercice 2017 s'établit en excédent de 36,4 M€. Le conseil a approuvé son affectation au compte de report à nouveau.

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 : Avril 2018