



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2019

FONDS DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Sommaire

AVANT-PROPOS	4
ÉDITOS	8
LES DISPOSITIFS	9
CHIFFRES CLES EN 2019	10
LES FAITS MARQUANTS EN 2019	12
I. LE FONDS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	14
1. Les missions du Fonds de la Complémentaire santé solidaire	15
2. La gouvernance du Fonds de la Complémentaire santé solidaire	17
2.1. Le conseil d'administration	17
2.2. Le conseil de surveillance	18
3. L'équipe du Fonds de la Complémentaire santé solidaire	20
II. LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES	21
1. Les effectifs	22
1.1. Des effectifs de la CMU-C en forte hausse à fin octobre 2019	22
1.2. Un ralentissement de la progression des effectifs de l'ACS À fin octobre 2019	34
1.3. Les effectifs de la Complémentaire santé solidaire au dernier trimestre 2019	48
2. La dépense	51
2.1. Vers une stabilisation du coût moyen de la CMU-C	51
2.2. L'effet pour les OC de la prise en charge des dépenses CMU-C au réel	55
2.3. Des crédits d'impôts ACS à hauteur de 393 millions d'euros au titre de 2019	58
III. LA PRÉPARATION ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA RÉFORME DES DISPOSITIFS	60
1. Le fonds, acteur pivot de la réforme de la Complémentaire santé solidaire	61
1.1. L'appui à la définition du nouveau dispositif	61
1.2. La préparation de la mise en œuvre et du suivi de la réforme	61
2. L'inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la Complémentaire santé solidaire	63
2.1. La campagne d'inscription des organismes complémentaires	63
2.2. Les informations centralisées par le fonds	64
2.3. Les caractéristiques des organismes complémentaires inscrits	65
3. La modification des modalités de remboursement des dépenses	67
3.1. La révision des conventions financières avec les régimes de base	67
3.2. La modification des règles déclaratives des OC	68
3.3. La modification des modalités d'affectation des recettes en trésorerie	69

4. L'information et l'accompagnement des usagers	71
4.1. Les différentes communications aux usagers	71
4.2. L'évolution du site internet pour informer les usagers	71
5. De premières remontées de terrain après trois semaines de mise en oeuvre	73
IV. LA MISSION D'ANALYSE DES DISPOSITIFS	75
1. Les modalités d'analyse	76
1.1. Les différents rapports du fonds	76
1.2. Le pilotage des travaux d'études et de recherche	77
2. Suivre et analyser le non-recours au droit	78
2.1. Un taux de non-recours persistant malgré les actions mises en oeuvre	78
2.2. Les facteurs de non-utilisation des attestations ACS	79
3. Suivre et analyser les conditions d'accès aux soins	82
3.1. L'amélioration progressive de l'accès financier aux soins pour les bénéficiaires de l'ACS	82
3.2. Un recours différent à l'offre de soins et à l'automédication	83
3.3. L'impact de l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C sur l'activité des médecins et des dentistes libéraux	84
3.4. L'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C	86
3.5. Des refus de soins discriminatoires : résultat du premier testing national	91
V. LA MISSION DE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS	93
1. Le financement des dispositifs	94
1.1. Les ressources et charges du fonds	94
1.2. Le circuit de financement des dispositifs	98
1.3. Mesure de la qualité du recouvrement de la TSA	101
2. Le suivi et le contrôle des recettes	102
2.1. Le suivi et l'analyse de l'évolution de la TSA : une recette en hausse de 3,3 % en 2019	102
2.2. Le suivi des OC redevables de la TSA : un marché concentré	103
2.3. Bilan 2019 des vérifications opérées par le fonds	108
2.4. Bilan 2018 des contrôles d'assiette opérés par la branche recouvrement	111
3. Le suivi et le contrôle des dépenses	114
3.1. La méthode de contrôle des déductions dont bénéficient les organismes complémentaires	114
3.2. Le bilan du contrôle	115
VI. LES COMPTES ET LA TRESORERIE 2019	118
1. Les comptes 2019	119
1.1. Le compte de résultat 2019	119
2. La trésorerie 2019	121
2.1. Le profil 2019 du compte de suivi financier du fonds	121
2.2. La trésorerie 2019	122
3. Les perspectives financières	122
3.1. Les exercices de projection	122
3.2. Perspectives 2020	122
VII. LA MAITRISE DES RISQUES	123
1. Les risques liés aux missions d'intervention du fonds	124
2. Les risques liés à la gestion de l'établissement	125

VIII. L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION	127
1. L'information des usagers	128
1.1. Les sites internet	128
1.2. L'accueil téléphonique et par courriel	131
1.3. La participation du fonds à la simplification des démarches	132
2. Les publications	134
2.1. La note de conjoncture	134
2.2. La lettre Références	134
2.3. L'open data	134
3. L'information des partenaires	135
3.1. les comités de suivi avec les régimes, la DSS et la DREES	135
3.2. Les comités de suivi avec les associations	135
IX. ANNEXES	136
Annexe 1. Glossaire	137
Annexe 2. Présentation des dispositifs	139
1. La protection universelle maladie (PUMA)	139
2. La CMU complémentaire (CMU-C)	140
3. L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)	142
4. La Complémentaire santé solidaire	143
Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2019	146
Annexe 4. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2019	149

Encadrés

Encadré 1 – Définitions des catégories de demandeurs d'emploi	33
Encadré 2 – Les aides supplémentaires à l'ACS attribuées par le régime général	43
Encadré 3 – Le recueil des données par le CETAF	86
Encadré 4 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires	106

Avant-propos

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire assure une mission d'intérêt général : le financement des aides publiques à la couverture complémentaire santé pour les personnes en situation de précarité et l'évaluation de ces aides. Il éclaire les pouvoirs publics en formulant des propositions d'amélioration des dispositifs dans le cadre de ses rapports annuels et des rapports d'évaluation de la loi CMU du 27 juillet 1999 qui lui sont confiés.

■ Mise en place de la Complémentaire santé solidaire : le rôle essentiel du fonds

Les évaluations annuelles de l'ACS par le fonds¹ ont ainsi démontré que malgré les améliorations successives apportées au dispositif (baisse des prix moyen des contrats, hausse du niveau de couverture, etc.), les contrats ACS laissaient une charge financière importante aux assurés, une partie de la cotisation du contrat restant à leur charge ainsi que des frais potentiellement importants lors de la réalisation de certains soins. À ces facteurs financiers s'ajoutaient un déficit de connaissance du dispositif et des démarches administratives complexes.

Face au taux de non-recours à l'ACS, estimé par la DREES dans une fourchette entre 53 et 67 % en 2018², et dans un contexte de mise en œuvre du 100 % santé, il a été décidé de réformer radicalement les dispositifs de soutien à la couverture santé des personnes en situation de précarité. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont donné naissance à la Complémentaire santé solidaire. L'ACS est supprimée et les personnes éligibles à cette aide peuvent désormais bénéficier de la même couverture santé que ceux éligibles à la CMU-C, en contrepartie toutefois du versement d'une participation financière d'au maximum 1 € par jour pour les plus âgés.

En 2019, l'activité du fonds fut ainsi principalement dédiée à la mise en place de la Complémentaire santé solidaire. Acteur de la mise en place opérationnelle de cette réforme, le fonds a joué un rôle majeur d'interface entre les pouvoirs publics, les caisses nationales et locales d'assurance maladie et les organismes complémentaires d'assurance maladie (OC). Il a dès le

mois de mars effectué un sondage auprès de l'ensemble des entreprises d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance intervenant en santé, pour informer sur la réforme et recenser les intentions de participation au nouveau dispositif. Les organismes ont ensuite été informés du lancement de la campagne d'inscription auprès du fonds. À fin décembre 2019, 131 OC gèrent la Complémentaire santé solidaire (85 % sont des mutuelles, 15 % des entreprises d'assurances). Compte tenu de la concentration importante de ces opérateurs, ils représentent une grande partie des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS gérés par les OC avant réforme : 82 % des bénéficiaires de la CMU-C et 70 % des bénéficiaires de l'ACS.

Le fonds a également été le premier vecteur d'informations auprès des usagers, du grand public et des différents opérateurs de l'accès aux droits et aux soins sur les territoires, via ses publications et son site internet avec notamment la mise en place de la première FAQ sur la réforme au mois d'avril.

Tout au long de l'année, le fonds a également assuré un travail quotidien de "front office" pour répondre aux questions et sollicitations des assurés, des OC et des CPAM dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme, ou encore pour signaler des dysfonctionnements à compter du 1^{er} novembre 2019. À l'interface des usagers et des différents opérateurs de la réforme, il a ainsi contribué à résoudre les difficultés opérationnelles inhérentes au lancement de tout nouveau dispositif.

Enfin, dans le cadre de ses missions de suivi et d'évaluation, le fonds est chargé par la loi d'établir chaque année un rapport sur la Complémentaire santé solidaire. Il a ainsi défini très en amont avec les régimes d'assurance maladie et les OC les données nécessaires au suivi statistique du dispositif. Pour le suivi de la montée en charge, il a élargi son observatoire territorial de la dépense à des CPAM supplémentaires pour disposer d'un échantillon plus représentatif, avec 15 départements suivis qui représentent 40 % des ex bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C. Le fonds a également constitué en partenariat avec les OC un panel pour le suivi mensuel

¹ Rapport annuel sur l'ACS, bilan du dispositif, décembre 2019, https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/rapports_prix_contenu.php

² En tenant compte des salariés couverts par un contrat collectif d'entreprise éligibles à l'ACS s'ils remplissent les conditions

de ressources. En revanche, ces chiffres ne tiennent pas compte des 25 % de personnes qui n'utilisent pas leur attestation ACS pour souscrire un contrat.

des bénéficiaires ayant choisi de faire gérer leur complémentaire santé par un organisme privé et conçu à cette occasion un portail de saisie des données par les OC. Ce panel couvre 85 % des bénéficiaires de l'ACS et 75 % des bénéficiaires de la CMU-C avant réforme.

■ **En 2019, une forte dynamique des effectifs couverts par la CMU-C et des recettes de TSA**

Avant mise en œuvre de la Complémentaire solidaire, la progression des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C était particulièrement dynamique : + 240 000 bénéficiaires entre fin octobre 2018 et fin octobre 2019, soit une hausse de 4,3 % sur un an, contre +1,8 % en 2018. La dynamique de souscription des contrats ACS, bien qu'inférieure à celle observée en 2018 (+5,5 % à fin décembre), est également restée soutenue, autour de 4 %. Ainsi, à fin octobre 2019, près de 7,2 millions de personnes étaient couvertes par la CMU-C (5,85 millions) ou par un contrat ACS (1,30 million).

En mars 2020, les données d'effectifs de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire sur les deux derniers mois de l'année 2019 ne sont pas toutes disponibles. La mise en place de la Complémentaire santé solidaire s'est effectuée dans des délais très restreints. Les évolutions des systèmes d'informations des organismes gestionnaires, et notamment des régimes d'assurance maladie obligatoire, pour assurer le suivi statistique des nouvelles prestations étaient encore en cours à fin 2019. Ainsi, les données portant sur les effectifs sont partiellement fournies par la CNAM et les OC et font l'objet d'évaluation pour la CCMSA. Des rétropolations seront effectuées dès que les nouveaux outils de suivi seront pleinement opérationnels. D'après les données consolidées par le fonds, en première approche et en raison vraisemblablement des délais opérationnels de souscription des contrats (envoi et retour des bulletins d'inscription et des autorisations de prélèvement), le nombre total de personnes couvertes par un contrat ACS ou un contrat de Complémentaire santé solidaire avec participation financière (CSSP) aurait sensiblement baissé entre la fin du mois d'octobre et la fin de l'année avec un effet rattrapage attendu sur les premiers mois de l'année 2020. Ces premiers constats seront approfondis dans le rapport annuel du fonds sur la Complémentaire santé solidaire prévu à l'automne 2020.

La dépense prise en charge sur l'année par le fonds au titre de la CMU-C, de l'ACS et de la Complémentaire santé solidaire s'est établie à 2,64 milliards d'euros (charges totales du fonds). Dans l'attente d'une adaptation des systèmes comptables des régimes d'assurance

maladie obligatoire, la ventilation des dépenses entre Complémentaire sans participation financière (CSS) et CSSP a été obtenue par application d'une clé de répartition provisoire.

S'agissant du financement des dispositifs, le fonds a poursuivi un reporting régulier à ses ministères de tutelle sur l'évolution de l'assiette de TSA à partir des données déclarées par les OC et fournies par l'ACOSS en application de la convention entre le fonds et l'ACOSS du 1^{er} juin 2018.

En 2019, la recette de TSA a fortement progressé, de 3,4 %, après + 1,2 % en 2018, pour atteindre un total de 5,2 Md€. Assise sur les cotisations de huit contrats de santé, selon des taux variables en fonction du type de contrat, cette progression est déterminée par la croissance des primes émises dans le cadre des contrats de santé responsables (+3,5 %) qui représentent 90 % de l'assiette. Au total, l'assiette de la TSA s'élève à 38,7 milliards d'euros en 2019.

Compte tenu du principe d'équilibrage des charges instauré par la LFSS 2018 et du montant des charges constaté sur l'exercice 2019, un montant de 2,64 Md€ de TSA a été affecté au fonds pour le financement des dispositifs (soit 52 % du montant total de la taxe). Le solde (2,48 Md€) a été affecté à la CNAM.

■ **Un contrôle renforcé de la TSA et des déductions accordées aux OC**

Dans le cadre de sa mission de financement des dispositifs d'aide à la complémentaire santé, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire est habilité à procéder auprès des organismes complémentaires redevables à toute vérification relative à l'assiette de la TSA ou aux déductions de CMU-C, d'ACS et de Complémentaire santé solidaire. Au vu des résultats de ces vérifications, il définit, en liaison avec l'ACOSS, les orientations en matière de contrôle des OC. En 2019, les opérations menées par le fonds de fiabilisation de l'assiette de TSA ont porté sur 8 % des OC redevables qui représentaient 13 % de l'assiette TSA totale déclarée en 2019.

Sur la dernière période triennale de 2017 à 2019, 30 % des redevables ayant déclaré 70 % de l'assiette ont été interrogés dans ce cadre.

Ce taux important de couverture permet non seulement d'améliorer le rendement de la taxe mais permet également d'apporter un appui aux OC pour la bonne application des règles d'assujettissement et de déclaration de la TSA ou du forfait médecin traitant. Entre 2017 et 2019, le rendement financier total des vérifications du fonds représente 27 M€.

Le fonds a par ailleurs parachevé sa politique de vérification des déductions de TSA opérées par les OC. 94 opérations de vérification des listes de bénéficiaires auprès de 59 organismes ont été diligentées. L'application de nouveaux critères de sélection des OC et notamment le déploiement des contrôles de doublons entre dispositifs s'est traduit par une légère réduction du taux de couverture des contrôles en pourcentage du nombre d'OC gestionnaires de la CMU-C et une augmentation sensible du taux de contrôle des OC gestionnaires de l'ACS. Ces contrôles ont ainsi porté sur 29 % des OC gestionnaires de la CMU-C et 61 % des OC gestionnaires de l'ACS. Sur la période 2018-2019, le nombre d'OC contrôlés s'élève à 122, soit un taux de contrôle de 54 % sur cette période. Les demandes de correction se sont élevées à plus de 600 000 euros.

■ En 2019, l'aboutissement de travaux d'études et de recherche novateurs

A la suite du renforcement des investissements en études et recherches sur les questions d'accès aux droits et aux soins des personnes démunies, l'année 2019 a été marquée par l'aboutissement de plusieurs travaux qui ont permis d'établir un bilan de la CMU-C et de l'ACS, dans la perspective de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire.

Un module spécifique sur les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS a été introduit dans l'enquête « Conditions de vie et aspirations des français » du CRÉDOC afin de caractériser ces populations et de connaître leurs préférences relatives aux interlocuteurs privilégiés en cas de difficulté de santé (professionnel libéral, hôpital, centre de santé, etc.) ainsi que leurs préférences en matière d'automédication. L'enquête montre que les personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS jugent leur état de santé moins bon que le reste de la population et qu'un tiers des personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS se restreignent sur les soins médicaux. En cas de problème de santé, les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS s'adresseraient davantage au pharmacien que le reste de la population et moins au médecin de ville³.

Les travaux de recherche de la chaire Santé Dauphine soutenus par le fonds portent sur l'impact de l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C sur l'activité et la rémunération des médecins et des dentistes. Ces travaux montrent que l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CMU-C conduit à des baisses significatives de la rémunération de l'acte lorsque la proportion de patients bénéficiaires de la CMU-C

augmente. Toutefois, la perte d'honoraires par acte ne se traduit pas par une diminution des honoraires totaux significative pour les médecins du secteur 2 qui acceptent les patients bénéficiaires de la CMU-C.

S'agissant de l'analyse du refus de soins, un testing mesurant le refus de soins discriminatoire à l'égard des bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C a été réalisé, par une équipe de chercheurs de la fédération TEPP du CNRS. Co-financé par le Fonds et le Défenseur des droits, le testing concernait trois spécialités médicales (gynécologie, chirurgie dentaire, psychiatrie). Ce testing apporte deux avancées majeures : il est le premier testing représentatif au niveau national ainsi que le premier sur l'ACS. Une forte discrimination à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS est mise en évidence. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, sont le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Une analyse toutes choses égales par ailleurs révèle que ces discriminations sont plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que pour les profils relevant de la CMU-C. Elles sont par ailleurs plus marquées en secteur 2 qu'en secteur 1 et sont indépendantes de la densité médicale locale. Ces travaux, présentés au Conseil de surveillance du fonds ont débouché sur des propositions du Conseil à la Ministre de la santé pour lutter contre le refus de soins.

Enfin, le fonds a renforcé l'implication de son Conseil de surveillance dans la définition de son programme d'études prévisionnel présenté pour avis lors de la séance du 13 juin 2019 du conseil. Cette nouvelle démarche de co-construction du programme d'études s'inscrit pleinement dans les attributions du conseil de surveillance.

S'agissant de la performance de gestion de l'établissement, le fonds a parachevé en 2019 la couverture et le pilotage de son dispositif de maîtrise des risques, en intégrant les risques potentiels liés à la mise en place de la Complémentaire santé solidaire. En application de la circulaire du 9 juillet 2018 relative à la gestion budgétaire et comptable publique, la cartographie des risques et le plan d'actions 2020 ont été validés par le Conseil d'administration du 27 novembre 2019 et adressés aux ministères de tutelle.

■ Les perspectives pour l'année 2020

Le fonds est un acteur essentiel de la mise en œuvre de la Complémentaire santé solidaire. Son autonomie en tant qu'établissement public lui confère une position de tiers de confiance garantissant l'exercice efficient de ses

³ Références Etudes n°1.

missions de concertation comme de celles d'analyse, de financement et de front office. Comme en atteste ce rapport d'activité, il contribue par ailleurs chaque jour aux objectifs fixés par le cadre de la transformation de l'État (maîtrise de la dépense, amélioration de la qualité de service auprès des usagers, etc.).

Le 15 novembre 2019, le 4^{ème} comité interministériel de la transformation publique a toutefois annoncé la suppression du Fonds de la Complémentaire santé solidaire à l'horizon 2021, décision qui devra être traduite dans la loi pour être opérationnelle.

Dans ce contexte, je tiens à saluer l'engagement des partenaires du fonds, en particulier les associations, pour leurs alertes et actions auprès du gouvernement en faveur du maintien de l'établissement. Je remercie les membres du Conseil de surveillance qui lors de la séance de décembre 2019 ont souligné la grande qualité de la concertation et des travaux assurés par le fonds sur les questions d'accès aux droits et à la santé des personnes en situation de précarité, et ont transmis à la Ministre de la santé et au Président de la République une motion demandant le maintien de l'établissement.

Je remercie la présidente du Conseil de surveillance, Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Députée des Alpes de Haute Provence, pour son soutien infaillible et ses engagements politiques forts en faveur de l'amélioration de l'accès à la santé de plus précaires.

Surtout, je souhaite faire part de ma reconnaissance à chacun des membres de l'équipe du fonds, qui en dépit des incertitudes sur leur devenir professionnel, ont fait preuve de constance et su poursuivre les missions qu'ils exercent avec beaucoup d'engagement personnel. Je les remercie également de la confiance qu'ils accordent à la direction du fonds dans ce contexte.

Parallèlement au maintien des activités principales du fonds, l'année 2020 sera consacrée à l'instruction par le fonds des voies et moyens de transfert des missions, en lien avec les ministères de tutelle et à la préparation de la fermeture, sur le plan opérationnel et administratif.

Les activités du fonds sont essentielles au bon fonctionnement des dispositifs et à l'amélioration régulière de l'accès aux droits et à la santé des personnes en situation de précarité. Alors que la crise sanitaire du Covid-19, que la France traverse au moment où nous rédigeons ce rapport, aura certainement des incidences sur ces personnes, le transfert de ces activités dans des conditions d'efficience à tout le moins identiques, constitue un enjeu majeur.

Marianne CORNU-PAUCHET

Directrice du Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Éditos



Isabelle YENI

Présidente du conseil d'administration
Inspectrice générale des affaires
sociales

Vingt ans après la création de la CMU-C, 2019 a vu la naissance de la Complémentaire santé solidaire. Destinée à se substituer à la CMU-C et à l'ACS, la CSS permet enfin aux personnes dont les ressources dépassent le plafond CMU-C de bénéficier de soins sans reste à charge. Déjà en discussion lors des débats relatifs à la loi du 31 juillet 1999, cette diminution des freins financiers à l'accès aux soins bénéficie à une population majoritairement plus âgée que celle des bénéficiaires de la CMU-C. Elle concerne également de nombreuses personnes en situation de handicap. L'épidémie de COVID-19 que nous avons traversée au début de l'année 2020 n'a malheureusement fait que démontrer une nouvelle fois la très forte exposition aux risques sanitaires de ces populations et conforter la conduite d'une politique de santé ambitieuse tournée vers les personnes en situation de fragilité ou de précarité. Le déploiement de la Complémentaire santé solidaire en constitue un volet important. Pour une partie des assurés concernés, les pouvoirs publics ont choisi de conditionner son bénéfice à une participation financière fonction de l'âge. Il est encore trop tôt pour tirer un bilan de la montée en charge de cette nouvelle couverture complémentaire - qui a été perturbée par la période de confinement - mais il conviendra d'être très attentif à l'efficacité de ce dispositif - et notamment à son accessibilité financière - dans un contexte où la crise économique et sociale qui s'annonce se traduira vraisemblablement par une hausse importante du nombre de bénéficiaires et une dégradation probable de leur situation financière et de leur état de santé.

Vingt ans après la création du Fonds CMU-C, 2019 est également l'année où, dans le cadre du plan de réduction du nombre des établissements publics, les pouvoirs publics ont décidé de supprimer le désormais Fonds de la complémentaire santé solidaire : ce même fonds qui a œuvré tout au long de l'année 2019 pour préparer la réforme dans toutes ses dimensions ; qui a éclairé, assisté, accompagné les pouvoirs publics, les opérateurs et les usagers et qui, selon la LFSS 2019, devait paradoxalement suivre la montée en charge du dispositif et rendre compte de ses effets sur l'accès aux soins.

Je tiens ici à rendre un hommage appuyé à l'équipe du fonds qui, malgré le caractère pour le moins surprenant de cette décision, a su rester entièrement mobilisée au service de cette politique publique prioritaire qu'est l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité. Au regard de la période particulièrement difficile qui s'ouvre pour nos concitoyens, je souhaite sincèrement que le transfert des activités du fonds permette à chacune des parties prenantes du dispositif de continuer à disposer d'un appui et d'un éclairage aussi précieux que ceux dont ils bénéficiaient auprès du fonds.



Emmanuelle FONTAINE-DOMEIZEL

Présidente du conseil de surveillance
Députée des Alpes-de-Haute-Provence

La crise du coronavirus a sonné comme un rappel pour l'ensemble de la nation de l'importance de l'Etat Providence et de sa mission de soutien aux plus fragiles d'entre nous. Une couverture santé pour ces publics apparaît plus que jamais essentielle. Dans un contexte de crise sanitaire sans équivalent dans l'histoire moderne, le Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire s'est fortement mobilisé pour accompagner et limiter les conséquences de la crise du Covid-19 sur les personnes les plus fragiles.

Néanmoins les personnes les plus précaires sont les plus exposées. D'abord aux impondérables risques sanitaires liés au Covid-19 mais aussi aux risques induits par la prochaine disparition du Fonds comme entité indépendante, acteur majeur de la mise en œuvre des aides à la complémentaire santé. Or c'est bien l'autonomie du Fonds qui lui assure l'efficacité de son action. Au plus fort de la crise du Covid-19, le Fonds a par exemple travaillé pour qu'une ordonnance soit prise en faveur des personnes arrivant en fin de droits et répondu aux assurés ainsi qu'aux organismes complémentaires. Le Fonds a su s'adapter à cette crise.

La disparition annoncée du Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire ouvre de nombreuses interrogations notamment sur les difficultés rencontrées par les assurés effectuant leurs premières démarches dans un contexte de saturation des services des Caisses d'assurance maladie. De même il faut souligner qu'aucun report de la TSA, demandé par les OCAM, n'a été prévu dans le cadre du report des échéances fiscales et sociales lié à la crise.

Il est donc d'une importance majeure que l'Etat s'engage et offre des garanties solides pour que l'accès à la santé pour les plus fragiles de notre pays ne devienne pas un luxe inaccessible.

Le Conseil de surveillance du Fonds en a été la force et le lanceur d'alerte. Dans le cadre du transfert des missions du Fonds, il est souhaitable de préserver cette instance. La précarité a évolué, la Complémentaire santé solidaire devra s'adapter en cohérence avec les réalités.

Pour ce dernier édit, je souhaite remercier toutes ces femmes et ces hommes engagés pour supprimer les inégalités dans notre pays. Vous en avez été les acteurs et la fierté. Merci.

Les dispositifs

CMU-C

Une complémentaire santé gratuite

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permettait aux personnes ayant de faibles ressources d'accéder aux soins.

Elle prenait en charge la part complémentaire (ticket modérateur) de tous les soins médicalement prescrits et remboursables par l'assurance maladie à hauteur de 100 % du tarif de responsabilité de la sécurité sociale (consultations, médicaments, hospitalisation, etc.).

Elle offrait la prise en charge des lunettes, des prothèses dentaires, des frais d'orthodontie, des dispositifs médicaux et des audio-prothèses. La prise en charge se faisait à hauteur de forfaits fixés venant en complément des tarifs de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires de la CMU-C avaient un droit à la dispense totale d'avance des frais et ne pouvaient se voir facturer de dépassements d'honoraires.

ACS

Une aide pour financer une complémentaire santé

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) s'adressait aux personnes dont les ressources dépassaient de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C.

Le montant de l'ACS variait en fonction de l'âge : de 100 € pour les moins de 16 ans à 550 € pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

L'ACS était à utiliser sur des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité/prix. Le bénéficiaire de l'aide obtenait une réduction sur le coût de sa complémentaire santé, en présentant son attestation auprès de l'organisme complémentaire choisi.

L'ACS offrait également un droit à la dispense totale d'avance des frais et à des tarifs plafonnés pour les soins dentaires. Par ailleurs, les médecins ne pouvaient pas pratiquer de dépassements d'honoraires avec les patients bénéficiaires de l'ACS.

Depuis le 1^{er} novembre 2019

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Un dispositif unique d'aide à la complémentaire santé

La Complémentaire santé solidaire est une couverture complémentaire, issue de la fusion de la CMU-C et de l'ACS. Elle est attribuée à titre gratuit aux personnes dont les ressources sont inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C et en contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources correspondent à l'attribution de l'ACS. Cette participation financière est définie selon l'âge de l'assuré, de 8 € à 30 € par mois.

Le niveau de couverture correspond à celui de la CMU-C (prise en charge de la part complémentaire - ticket modérateur - de tous les soins médicalement prescrits et remboursables par l'assurance maladie à hauteur de 100 % du tarif de responsabilité de la sécurité sociale (consultations, médicaments, hospitalisation, etc.)) et les paniers de soins en dentaire, optique et pour les aides auditives ont été mis en cohérence avec les paniers de soins 100 % Santé.

Les bénéficiaires ont un droit à la dispense totale d'avance des frais et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires.

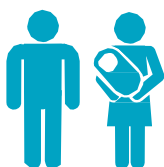
La Complémentaire santé solidaire est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par l'organisme d'assurance maladie en charge de sa protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires.

Chiffres clés en 2019

CMU-C / CSS

Effectifs
(tous régimes)

5,85 millions



métropole et Dom,
estimation au 31/10/2019

Évolution effectifs
(tous régimes)

+ 4,3 %



par rapport à fin octobre 2018,
métropole et Dom

Dépense CMU-C / CSS

2,4 Mds €



pour l'ensemble des régimes et des OC
au titre de l'exercice 2019
(2 182 M€ pour les régimes et
estimation de 194 M€ pour les OC)

DÉPENSE CMU-C PAR BÉNÉFICIAIRE

MSA

360 €



CNSSTI

367 €



Organismes
complémentaires

394 €



Régime général

422 €



Évaluation au 31/10/2019


ACS

Bénéficiaires d'attestation (tous régimes)	Évolution du nombre de bénéficiaires d'attestation (tous régimes)	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation (tous régimes)	Coût de l'ACS en 2019
1,71 million cumul sur les 12 derniers mois au 31/10/2019	+ 4,0 % cumul sur les 12 derniers mois à octobre 2019, par rapport au cumul sur les 12 derniers mois à octobre 2018	1,30 million au 31/10/2019	393 M€ Sur la base des déclarations trimestrielles, avant réception du récapitulatif annuel (juin 2020)

TSA

Assiette de la TSA 2017	Évolution de l'assiette	Nombre d'OC déclarants 2019	Nombre d'OC gestionnaires de la CMU-C / CSS-CSSP
38 657 M€ sur la base des déclarations trimestrielles, avant réception du récapitulatif annuel (juin 2020)	+ 3,4 % entre 2018 et 2019	473 ayant déclaré une assiette de la TSA supérieure à 0	218 / 131 nombre d'OC inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C pour 2019 puis à compter du 1 ^{er} novembre 2019

PLAFONDS D'ATTRIBUTION AU 1/04/2019

CMU-C	ACS
 Métropole : 746 €/mois Dom : 830 €/mois	 Métropole : entre 747 et 1007 €/mois Dom : entre 831 et 1 121 €/mois
 Métropole : 1 119 €/mois Dom : 1 245 €/mois	 Métropole : entre 1 120 et 1 510 €/mois Dom : entre 1 246 et 1 681 €/mois

Les faits marquants en 2019

JANVIER

Mise en œuvre du nouveau panier de soins CMU-C pour les aides auditives

Au 1^{er} janvier 2019, la nomenclature des aides auditives est modifiée en vue de la mise en œuvre du 100% Santé. Dès cette date, et en cohérence avec cette évolution, le panier de soins applicable aux bénéficiaires de la CMU-C est amélioré.

AVRIL

Mise en œuvre du nouveau panier de soins CMU-C et ACS pour les prothèses dentaires

Au 1^{er} avril 2019, la nomenclature dentaire est modifiée en vue de la mise en œuvre du 100% Santé. Dès cette date, et en cohérence avec cette évolution, le panier de soins applicable aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS est amélioré.

Publication du nouveau modèle de la déclaration de participation à la protection complémentaire en matière de santé

En vue de la mise en œuvre de la Complémentaire santé solidaire, le nouveau modèle de déclaration pour les organismes complémentaires souhaitant gérer le dispositif est publié le 9 avril. À compter de cette date, la campagne d'inscription est ouverte jusqu'au 31 juillet inclus.

Réunion de l'observatoire territorial de la dépense

Créé en 2018 par le fonds, l'observatoire réunit douze caisses primaires d'assurance maladie. Dans le cadre de la réforme de la Complémentaire santé solidaire, et afin de suivre sa montée en charge et ses impacts en termes de structure de la population bénéficiaire, l'observatoire est élargi à 7 nouvelles caisses.

JUIN

Publication des décrets et de l'arrêté relatifs à la mise en œuvre de la Complémentaire santé solidaire

Trois textes réglementaires sont publiés pour préciser les modalités de mise en œuvre de la Complémentaire santé solidaire : modalités pratiques (demande, traitement du dossier, souscription, procédure en cas de non-paiement), organisation du fonds, modalités de remboursement des dépenses engagées, montants de la participation financière mensuelle des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière.

Publication du rapport d'activité 2018

Le rapport d'activité 2018 du fonds est publié le 21 juin après validation par le conseil d'administration et le conseil de surveillance de l'établissement.

SEPTEMBRE

Réunion entre la DSS, la CNAM, la MSA, le fonds et les organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire

Le 18 septembre, les principes de la réforme et les modalités techniques de sa mise en œuvre sont présentés aux organismes complémentaires inscrits pour gérer le dispositif.

Réunion du comité de suivi avec les associations

Le fonds réunit les associations afin de leur présenter la réforme et ses impacts pour les bénéficiaires.

OCTOBRE

Conférence de presse pour le lancement de la Complémentaire santé solidaire

Le 15 octobre, la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn annonce à la presse le lancement de la Complémentaire santé solidaire au 1^{er} novembre.

Publication de la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire

La liste des organismes complémentaires gestionnaires du nouveau dispositif à compter du 1^{er} novembre est publiée au Bulletin officiel du 15 octobre.

Mise en ligne du nouveau guide pratique sur la déclaration de la taxe de solidarité additionnelle (TSA)

Le 16 octobre, le nouveau guide pratique élaboré par l'Acos, la DSS et le fonds afin de préciser les évolutions du formulaire de déclaration de la TSA est mis en ligne sur le portail déclaratif Urssaf.fr.

Présentation et publication du testing sur les refus de soins discriminatoires

À la demande du fonds et du Défenseur des droits, le laboratoire ERUDITE a réalisé un testing sur les refus de soins discriminatoires auprès de trois spécialités médicales. Les résultats sont publiés en octobre et mettent en évidence une forte discrimination selon la situation de vulnérabilité économique.

NOVEMBRE

Mise en place de la Complémentaire santé solidaire

Au 1^{er} novembre, la Complémentaire santé solidaire s'applique. A partir de cette date, la CMU-C est supprimée et plus aucun contrat ACS ne peut être souscrit et renouvelé.

Évolution de l'identité visuelle et du site du fonds

En cohérence avec la mise en place du nouveau dispositif, le fonds fait évoluer son identité visuelle, change le nom de son site internet et le met entièrement à jour.

Déplacement du fonds dans des CAF et des CPAM

Trois semaines après le démarrage de la Complémentaire santé solidaire, la présidente du Conseil de surveillance du fonds de la Complémentaire santé solidaire et la Direction du fonds recueillent de premières observations auprès de caisses locales de sécurité sociale et d'associations représentantes des personnes en situation de précarité.

Création d'un observatoire avec les organismes complémentaires

Afin de pouvoir suivre la montée en charge de la Complémentaire santé solidaire en termes d'effectifs et de dépenses, le fonds crée un observatoire composé de 25 organismes complémentaires.

DÉCEMBRE

Mise en place d'une passerelle informatique entre le site Ameli et le site du fonds

Pour faciliter l'accès des demandeurs de la Complémentaire santé solidaire à la liste des organismes complémentaires gestionnaires, le fonds finalise un partenariat avec la CNAM afin de mettre cette liste directement à disposition sur la plateforme de demande en ligne.

Lancement de la publication Références Études

Le fonds pilote et finance des études et recherches, réalisées en collaboration avec divers partenaires, essentiellement sur des problématiques d'accès aux droits et d'accès aux soins. Pour mettre en avant ces études, le fonds lance Références Études, une nouvelle publication périodique en supplément de la lettre Références.

I. Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire

1. Les missions du Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999.

Son fonctionnement est précisé par les articles R. 862-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les missions principales confiées au Fonds de la Complémentaire santé solidaire sont :

- le financement de la Complémentaire santé solidaire et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et le contrôle des dépenses liées à ces dispositifs ;
- le suivi et l'analyse du fonctionnement des dispositifs et à ce titre la formulation de propositions d'évolution ;
- l'élaboration et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire.

Outre les missions définies par les textes, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a considérablement élargi son champ d'action au cours de ces dernières années :

- il a notamment un rôle d'observatoire des complémentaires santé : il suit et analyse l'évolution de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) déclarée par les organismes complémentaires et, pour la première fois en 2019, dispose du nombre de personnes couvertes par grande nature de contrat ;
- via son site internet et ses publications, il est un vecteur d'informations auprès des usagers, du grand public mais également auprès des différents opérateurs de l'accès aux droits et aux soins sur les territoires ;
- il est par ailleurs devenu un acteur incontournable reconnu auprès de l'ensemble des partenaires sur tous les sujets en rapport avec l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité ;
- enfin, il contribue à la mise en œuvre opérationnelle des réformes relatives aux dispositifs qu'il finance.

Pour mener à bien ses différentes missions, l'équipe du Fonds de la Complémentaire santé solidaire est constituée de 11 personnes : une directrice, une directrice adjointe, un agent comptable en adjonction de service, une fondée de pouvoir de l'agent comptable, une comptable, quatre conseillers techniques et deux assistantes.

■ La mission de financement des dispositifs et de contrôle des dépenses

L'une des premières missions confiées au Fonds de la Complémentaire santé solidaire par le législateur est de « *financer la couverture des dépenses de santé* » des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (article L.862-1 du code de la sécurité sociale). Il est également chargé, jusqu'à la disparition des derniers contrats, de financer les crédits d'impôts afférents aux contrats ACS.

Pour assurer le financement de ces dispositifs, l'article L.862-3 du code de la sécurité sociale prévoit l'attribution au fonds d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé.

Dans ce cadre, le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe ou aux demandes de remboursement opérées par les régimes d'assurance maladie obligatoire ou par les organismes complémentaires d'assurance maladie au titre des dépenses de Complémentaire santé solidaire et, pour ces derniers, au titre des crédits d'impôts afférents aux contrats ACS.

Cette mission de financement donne ainsi lieu :

- à la vérification des assiettes et des déductions déclarées par les organismes complémentaires ;
- à l'orientation et à l'accompagnement du contrôle comptable d'assiette effectué par les inspecteurs du recouvrement ;
- au contrôle des attributions de TSA effectuées par l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) ;

- au suivi des dépenses (régimes obligatoires et organismes complémentaires) ;
- au contrôle des dépenses et effectifs fournis par les régimes dans le cadre des remboursements.

■ **La mission de suivi, d'évaluation et d'analyse**

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire réalise un important suivi des dispositifs. Il s'agit d'un suivi statistique des effectifs et de la dépense, mais également d'une analyse de l'incidence des dispositifs, tant sur les plans financier que sanitaire ou social.

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire pilote et finance également des études et recherches, réalisées en collaboration avec différents partenaires (DREES, IRDES, EN3S, CREDOC, organismes complémentaires, caisses d'assurance maladie, universitaires, sociologues, etc.).

Les analyses produites en propre ou pilotées par le fonds permettent d'alimenter les rapports d'évaluation de la loi CMU confiés désormais au fonds tous les quatre ans. Les difficultés d'application de la loi sont identifiées et des propositions d'évolutions sont formulées. Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a été ainsi directement à l'origine de nombreuses décisions prises par les pouvoirs publics.

L'ensemble des travaux du fonds fait l'objet de rapports - rapport d'activité, rapport annuel sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C / Complémentaire santé solidaire, rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, rapports d'études et de recherche.

■ **La gestion de la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire**

En application des articles R. 861-19 et suivants du code de la sécurité sociale, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a pour mission d'assurer chaque année la gestion (inscription, retrait, radiation) et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire.

2. La gouvernance du Fonds de la Complémentaire santé solidaire

2.1. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

2.1.1. Rôle du conseil d'administration

Conformément à l'article R. 862-4 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration du Fonds de la Complémentaire santé solidaire a notamment pour rôle :

- d'adopter le budget du fonds ;
- d'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;
- de proposer au gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;
- d'autoriser le directeur à passer les conventions relatives à la gestion des dépenses de santé de la Complémentaire santé solidaire.

Le conseil d'administration du Fonds de la Complémentaire santé solidaire se réunit au moins deux fois par an.

En 2019, il s'est réuni le 4 avril et le 27 novembre.

Lors de sa première séance de l'année, le conseil d'administration a adopté le rapport d'activité et le compte financier pour l'exercice 2018.

Au cours de sa seconde séance, le conseil d'administration a été l'occasion d'aborder des sujets importants concernant l'avenir du fonds. À la suite de l'annonce par le 4^{ème} comité interministériel de transformation publique (CITP) de la suppression programmée du fonds en 2021, les représentants de la DSS ont assuré que les activités du fonds seraient toutes maintenues selon un scénario instruit en partenariat avec la direction de l'établissement ; ils ont également apporté des garanties concernant le devenir professionnel des salariés de l'établissement.

Une présentation complète de la réforme de la Complémentaire santé solidaire et des mesures introduites par la LFSS pour 2020 a été faite aux membres du conseil. Au regard des nouvelles modalités de remboursement des dépenses engagées par les régimes prévues par la loi à compter du dernier trimestre 2019, le conseil a donné autorisation à la directrice de signer des avenants aux conventions passées avec la CNAM et la CCMSA ainsi qu'un avenant à la convention financière passée avec l'ACOSS. Il a également validé le plan de maîtrise des risques 2020 du fonds. Enfin, il a approuvé le budget rectificatif pour l'exercice 2019 et le budget initial pour 2020.

2.1.2. Membres du conseil d'administration au 31 décembre 2019

Le conseil d'administration est composé de sept membres : le président, trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale, deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'économie.

■ Présidente

- Isabelle Yeni

■ En qualité de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale

- Caroline Coz
- Anna Gomez-Colombani
- Denis Le Bayon

■ En qualité de représentants du ministre chargé du budget

- Charles Boyer
- Valérie Pétillon-Boisselier

■ **En qualité de représentante du ministre chargé de l'économie**

– Françoise Georgin

Assistent également aux délibérations du conseil avec voix consultative : la directrice, l'agent comptable et le contrôleur budgétaire du Fonds de la Complémentaire santé solidaire.

2.2. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

2.2.1. Rôle du conseil de surveillance

Les missions du conseil de surveillance du Fonds de la Complémentaire santé solidaire sont définies à l'article R.862-6 du code de la sécurité sociale.

Le Conseil de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il concourt au suivi et à l'analyse de la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé dans ses aspects financier, sanitaire et social. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

Il se réunit au moins deux fois par an.

En 2019, il s'est réuni le 13 juin et le 16 décembre.

La première séance de l'année a été consacrée à la présentation de la réforme de la Complémentaire santé solidaire et à la détermination du programme des études à mener en 2020 co-construit avec les membres du Conseil de surveillance. Ont également été présentées trois études diligentées par le fonds et relatives respectivement à l'effet des perceptions et des préférences des bénéficiaires de la CMU-C sur leur recours aux soins (Chaire Santé de l'Université Paris-Dauphine), aux consultations de premier recours et à la pratique de l'automédication (CREDOC) et à la non-utilisation des attestations chèques ACS (COMPAS).

Lors de la seconde séance, les échanges ont principalement porté sur l'annonce du CIP de suppression du fonds à horizon 2021. Les représentants des associations et des organismes complémentaires d'assurance maladie ont notamment fait état de leur incompréhension et de leur inquiétude concernant le devenir des missions du fonds et ont demandé la rédaction d'une motion demandant le maintien du fonds.

Un retour sur la Complémentaire santé solidaire après trois semaines de mise en œuvre a été fait aux membres du conseil, appuyé par des constats de terrain à la suite d'un déplacement de la présidente du Conseil et de la direction du fonds en CPAM et CAF. À l'ordre du jour figuraient également des travaux de la CNAM sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et de la Chaire Santé de l'Université Paris-Dauphine sur l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C. Enfin, le conseil de surveillance s'est conclu par la présentation des résultats du testing national relatif aux refus de soins diligenté par le fonds et le Défenseur des droits et des résultats de l'observatoire du refus de soins de la Fédération des acteurs de la solidarité.

2.2.2. Membres du conseil de surveillance au 31 décembre 2019

■ **Présidente**

– Emmanuelle Fontaine-Domeizel

■ **Membres de l'Assemblée nationale**

– Michèle De Vaucouleurs
– Alain Ramadier

■ **Membres du Sénat**

– Yves Daudigny

- Alain Milon
- Didier Rambaud

■ **Représentants des organismes œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations le plus démunies**

- Croix-Rouge française : Emilie Marin
- Secours populaire français : Hélène Hercyk
- Secours catholique : Fabrice Molliex
- UNIOPSS : Manon Jullien
- Médecins du Monde : Bernard Moriau
- ATD Quart Monde : Huguette Boissonnat-Pelsy
- France Assos Santé : Patrick Mony
- Union nationale des associations familiales : Stéphane Bernardelli

■ **Représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie**

- Fabrice GOMBERT (nommé en janvier 2020)
- Stéphane Lévêque

■ **Représentants de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole**

- Pascal Cormery
- Pierre Berthelot

■ **Représentants des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale de la mutualité française**

- Sandrine Bonnet
- Maria Jesus-Fortes
- Alain Chartier
- Pascale Vatel

■ **Représentant des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale indépendante des mutuelles**

- Philippe Delemarre

■ **Représentants de la Fédération française d'assurance**

- Véronique Cazals
- Norbert Bontemps
- Éric Duten

■ **Représentants désignés par le Centre technique des institutions de prévoyance**

- Marie-Laure Dreyfuss
- Évelyne Guillet

3. L'équipe du Fonds de la Complémentaire santé solidaire



**Marianne
CORNU-PAUCHET**
Directrice



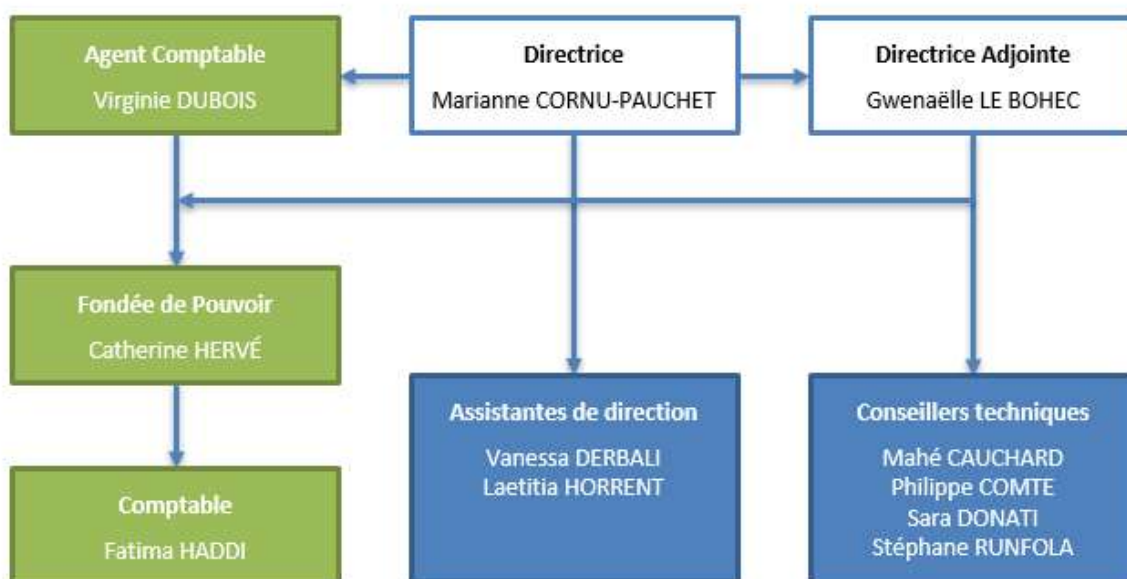
Gwénaëlle LE BOHEC
Directrice adjointe



Virginie DUBOIS
*Agent comptable
depuis le 20/11/19*



Frédéric PANNIER
*Agent comptable
jusqu'au 19/11/19*



II. Le suivi des bénéficiaires et des dépenses

1. Les effectifs

1.1. DES EFFECTIFS DE LA CMU-C EN FORTE HAUSSE A FIN OCTOBRE 2019

Avant la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, à fin octobre 2019, les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C sont estimés à 5,85 millions de personnes, en augmentation de 4,3 % sur un an, après + 1,8 % en 2018. La hausse entre les mois d'octobre 2018 et d'octobre 2019 s'établit ainsi à 240 000 bénéficiaires. La mise en œuvre de simplifications administratives des demandes⁴ a probablement contribué à cet accroissement global.

L'année 2019 a été marquée par deux évolutions concomitantes : le régime général a accueilli les nouveaux affiliés en tant que travailleurs indépendants et a intégré l'ensemble des étudiants auparavant protégés par des SLM.

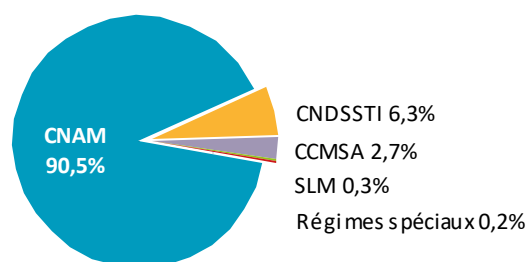
1.1.1. La répartition des bénéficiaires en 2019

1.1.1.1. La répartition par régime d'assurance maladie

Le régime général regroupe l'essentiel des effectifs de la CMU-C (90,5 %). Les autres bénéficiaires relèvent du régime des indépendants (6,3 %), du régime agricole (2,7 %), des sections locales mutualistes (0,3 %) et des régimes spéciaux qui ne regroupent que très peu de bénéficiaires (0,2 %). Ces répartitions ont évolué par rapport à 2018, consécutivement aux évolutions réglementaires avec une hausse du poids du régime général de 1,6 point et une baisse de la part des indépendants de -0,5 point et des SLM, de -1 point. Pour le régime des indépendants, les nouveaux ressortissants sont directement affiliés au régime général à compter du 1^{er} janvier 2019. Le transfert du stock s'effectue entre janvier et février 2020. Pour les SLM, les nouveaux étudiants restent sur leur régime de base d'origine depuis la rentrée universitaire de 2018 et le stock a basculé avant la rentrée universitaire 2019. Ainsi, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C affiliés à une SLM en tant que régime obligatoire est passé de 72 000 personnes à fin 2018 à 17 500 à fin octobre 2019.

■ Figure 1 – Effectifs CMU-C, répartition par régime obligatoire

Effectifs	en milliers
CNAM	5 290
CNDSSTI	368
CCMSA	159
SLM	17
Régimes spéciaux	12
Total	5 845



Lecture : estimation à fin octobre 2019

Champ : France entière

Source : Tous régimes

⁴ Développement des dossiers de demande en ligne, montée en charge du @rsa, arrêt de la fourniture des justificatifs sur les ressources des produits d'épargne non imposables et des feuilles de paie, nouveau formulaire de demande simplifié, etc.

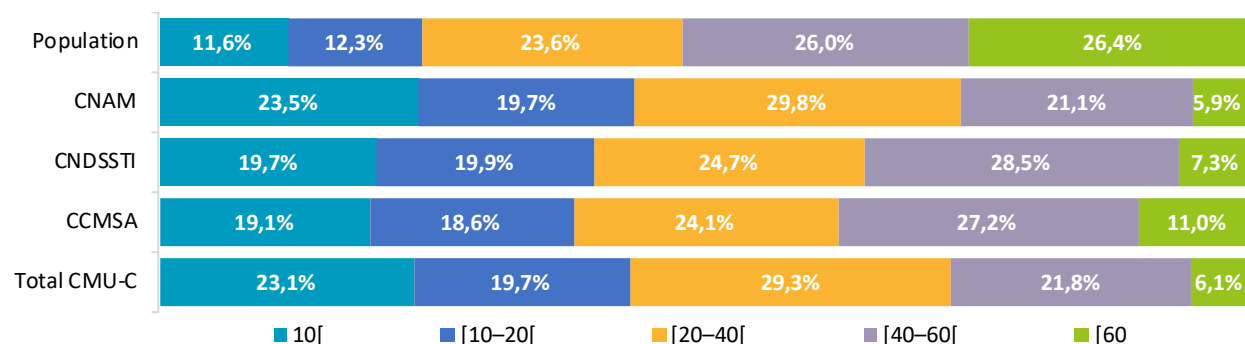
1.1.1.2. La répartition par tranche d'âge et par sexe

Alors que la population française se répartit à parts presque égales entre quatre tranches d'âge ([0–20[, [20–40[, [40–60[, [60–+]), la population des bénéficiaires de la CMU-C est composée à 94 % de personnes de moins de 60 ans, dont 43 % d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans.

Les personnes âgées de 40 ans et plus sont plus représentées au régime des indépendants et au régime agricole qu'au régime général, mais les personnes de 60 ans et plus sont très minoritaires dans tous les régimes. En effet, dans la plupart des cas, les personnes en âge de prendre leur retraite et disposant de faibles revenus relèvent de minima sociaux⁵ dont les montants sont supérieurs au plafond à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMU-C. Le régime agricole est le seul pour lequel la part des bénéficiaires de la CMU-C âgés de plus de 60 ans dépasse la proportion des 10 %.

Le vieillissement de la population et le recul de l'âge de la retraite à 62 ans ont toutefois une incidence sur la part des plus de 60 ans parmi les bénéficiaires de la CMU-C. Depuis 2016, la part de cette population dans la population générale a progressé de 1,2 point, passant de 25,2 % à 26,4 %. Parallèlement, la part des personnes âgées de 60 ans et plus parmi les bénéficiaires de la CMU-C est passée de 5,2 % à 6,1 %, tous régimes confondus.

■ Figure 2 – Effectifs CMU-C, répartition des bénéficiaires par tranche d'âge, fin 2019

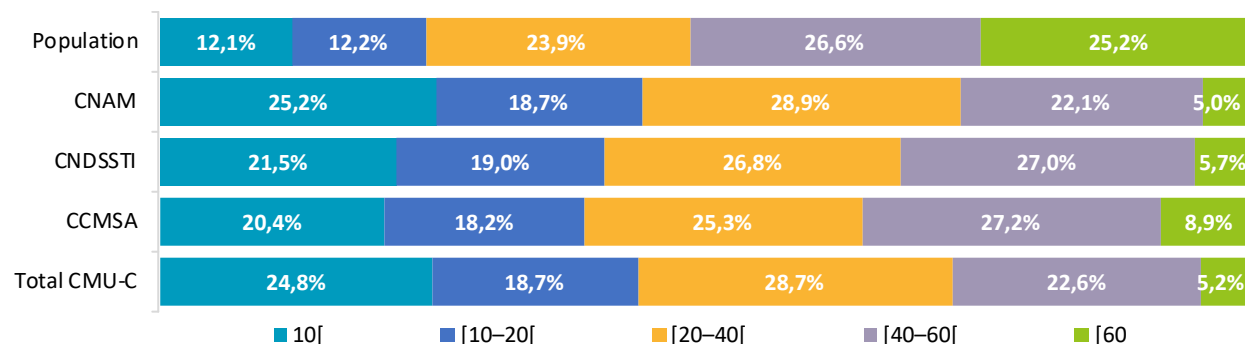


Lecture : estimation à fin 2019

Champ : métropole

Source : CNAM, CNDSTI, CCMSA, INSEE

■ Figure 3 – Effectifs CMU-C, répartition des bénéficiaires par tranche d'âge, fin 2016



Lecture : estimation à fin 2019

Champ : métropole

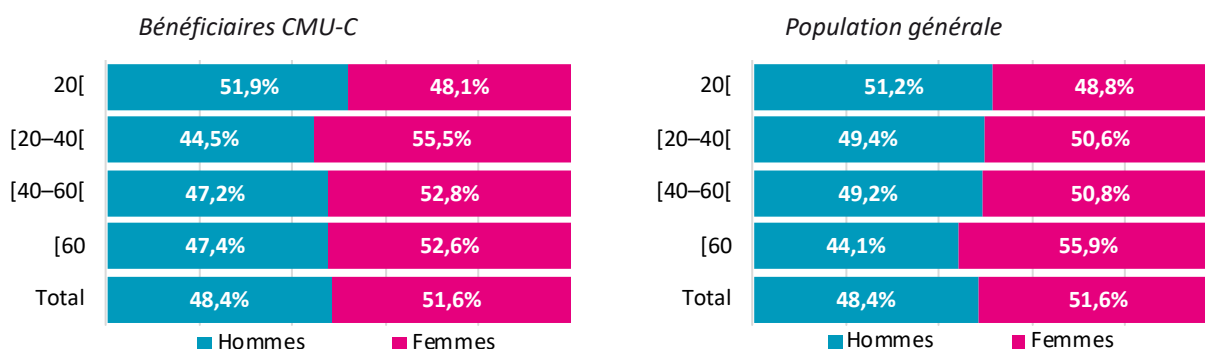
Source : CNAM, CNDSTI, CCMSA, INSEE

La répartition hommes / femmes est similaire entre les bénéficiaires de la CMU-C pour l'ensemble des trois principaux régimes et la population générale, avec une proportion de femmes qui devient majoritaire après vingt ans.

⁵ Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et minimum vieillesse pour les retraites liquidées avant 2006

Cependant, entre 20 et 40 ans, la proportion de femmes bénéficiaires de la CMU-C est 5 points plus élevée que la proportion des femmes pour l'ensemble de la population. Ces chiffres sont à rapprocher de la forte proportion d'enfants parmi les bénéficiaires de la CMU-C et restent un marqueur fort du risque de précarité pour les femmes seules avec enfants.

■ Figure 4 – Effectifs CMU-C, répartition des bénéficiaires par sexe et tranche d'âge



Lecture : estimation à fin 2019

Champ : métropole

Source : CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, INSEE

1.1.1.3. La distribution par département

En densité de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population générale, les bénéficiaires des trois principaux régimes (CNAM, CNDSSSTI, CCMSA) représentent 8,1 % de la population en métropole et leur part est quatre fois supérieure dans les Dom, à hauteur de 31,4 %.

En termes d'effectifs de la CMU-C⁶, cinq départements regroupent 23 % des bénéficiaires de la CMU-C, alors qu'ils ne représentent que 15 % de la population. Le département de Seine-Saint-Denis atteint une proportion de 16,7 % de bénéficiaires, les départements du Nord, du Pas-de-Calais et des Bouches-du-Rhône se situent entre 11,3 % et 12,5 % et Paris affiche un taux de 7,6 %, plus faible que celui de la métropole.

En métropole, le Nord, le Sud-Est et la région parisienne concentrent les 20 départements ayant les plus fortes densités de bénéficiaires, entre 8,8 % et 16,7 % (dernier quintile). Les départements de métropole du premier quintile se répartissent entre la Bretagne, le Massif central et l'Est. Ils présentent des taux de bénéficiaires trois fois moindres que ceux du dernier quintile, entre 3,2 % pour la Haute-Savoie et 5,5 % pour les Yvelines. Dans les départements d'outre-mer, les taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population se situent entre 20,3 % en Martinique et 37,4 % à la Réunion⁷.

⁶ Les effectifs des régimes spéciaux et les SLM ne sont pas connus par département. De ce fait, le total des effectifs par département est légèrement inférieur au total général, puisqu'il n'inclut que les effectifs de la CNAM, de la CNDSSSTI et de la CCMSA.

⁷ Mayotte est un département d'Outre-mer, mais la CMU-C n'y est pas applicable. De manière exceptionnelle, un ressortissant de Mayotte peut avoir la CMU-C. Il s'agit en ce cas de personnes ayant obtenu les droits lorsqu'elles résidaient dans un autre département et ayant émigré à Mayotte au cours des douze mois suivants. Ce cas ne concerne qu'une dizaine de personnes par an.

■ Tableau 1 – Effectifs CMU-C dans les cinq premiers départements de la métropole en termes d'effectifs

Rang CMUC	Num Dpt	Département	en milliers		Effectifs / Population
			Effectifs	Population	
1	59	Nord	335	2 604	12,9%
2	93	Seine-Saint-Denis	269	1 607	16,7%
3	13	Bouches-du-Rhône	252	2 020	12,5%
4	75	Paris	167	2 190	7,6%
5	62	Pas-de-Calais	166	1 471	11,3%
		Total	1 188	9 891	12,0%
		Métropole	5 221	64 469	8,1%

Lecture : estimation à fin octobre 2019

Champ : métropole

Source : CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, INSEE

■ Tableau 2 – Effectifs CMU-C dans les DOM

Num Dpt	Département	en milliers		Effectifs / Population
		Effectifs	Population	
971	Guadeloupe	105	394	26,6%
972	Martinique	76	376	20,3%
973	Guyane	95	269	35,3%
974	La-Reunion	319	853	37,4%
	Dom	595	1 893	31,4%

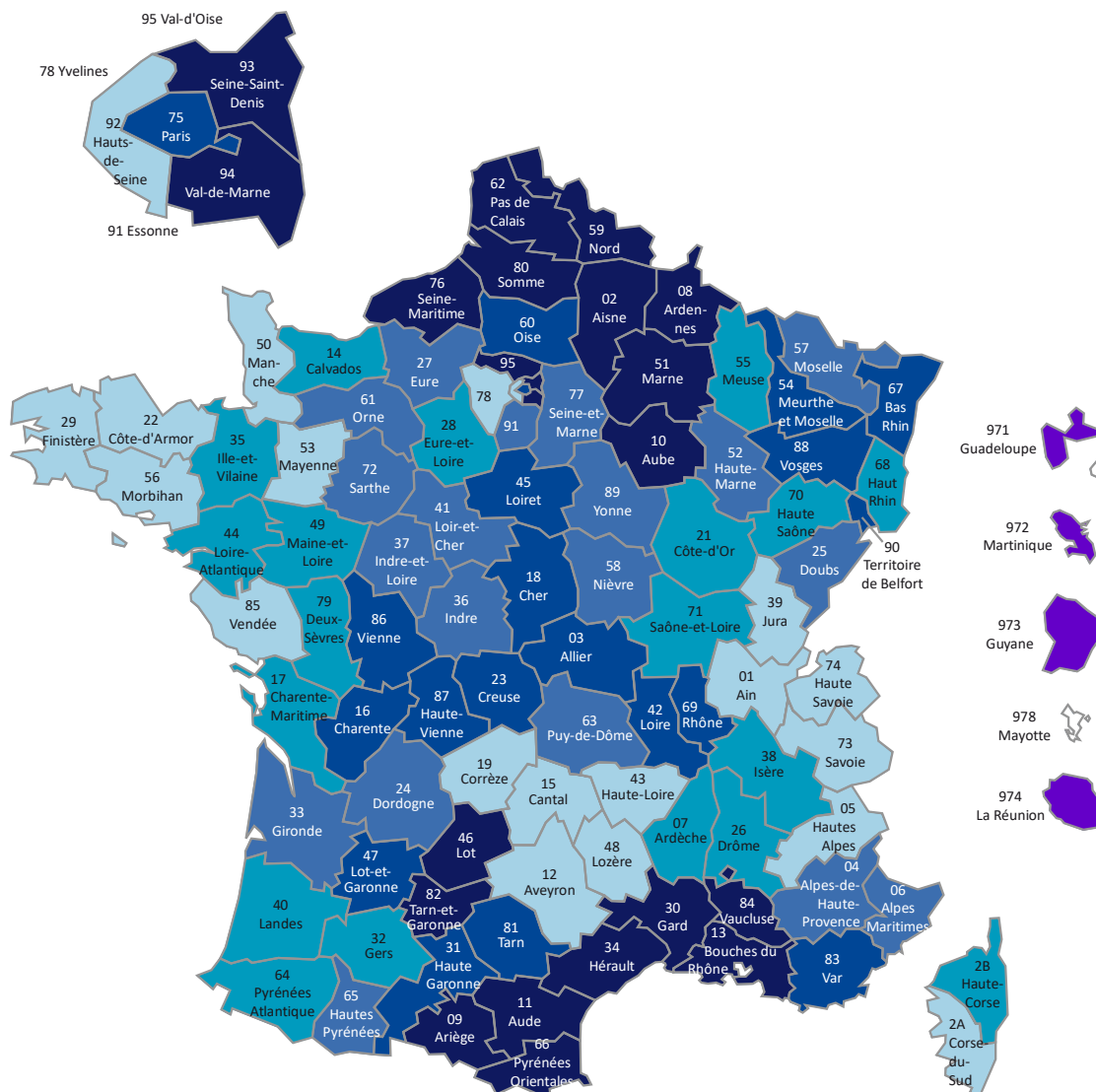
Lecture : estimation à fin octobre 2019

Champ : DOM

Source : CNAM, CNDSSSTI, CCMSA, INSEE

II. Le suivi des bénéficiaires et des dépenses

■ Figure 5 – Effectifs CMU-C, densité des bénéficiaires par rapport à la population



Répartition métropole					en milliers	
Couleur	Pourcentage population				Nombre Dpts	Pourcent. Effectifs
	>=	3,2%	<	5,5%	19	482
	>=	5,5%	<	6,8%	19	689
	>=	6,8%	<	7,6%	19	846
	>=	7,6%	<	8,8%	19	1 134
	>=	8,8%	<=	16,7%	20	2 071
					96	5 221
						100,0%
Répartition Dom					en milliers	
Couleur	Pourcentage population				Nombre Dpts	Pourcent. Effectifs
	>=	20,3%	<=	37,4%	4	595
						100%

Lecture : estimation à fin octobre 2019

Champ : France entière, Mayotte : NR

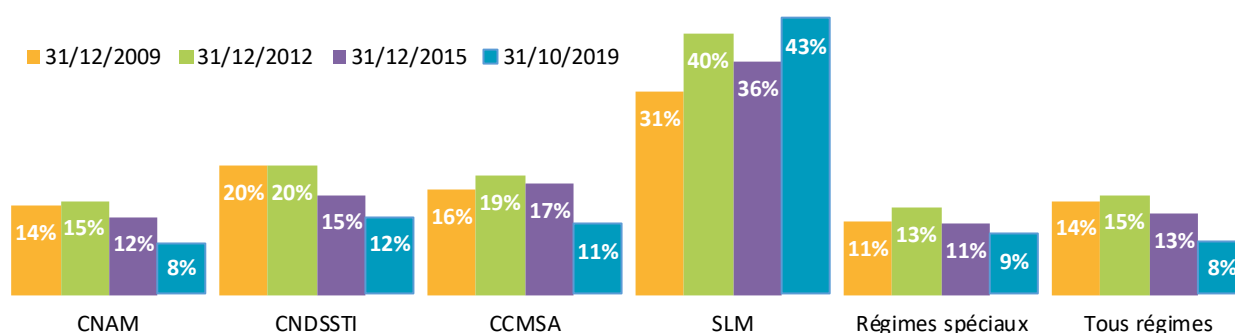
Source : CNAM, CNDSS, CCMSA, INSEE - Outil Philcarto

1.1.1.4. La répartition par organisme gestionnaire

Pour la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir entre leur organisme d'assurance maladie d'affiliation et un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C (mutuelle, assurance, institution de prévoyance). Cette règle est reconduite pour la Complémentaire santé solidaire. En l'absence de choix par l'assuré de l'organisme gestionnaire de sa CMU-C, le décret 2017-533 du 12 avril 2017 portant simplification de l'accès à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé prévoit que l'organisme d'assurance maladie obligatoire est désigné par défaut.

Fin 2019, 8 % des bénéficiaires de la CMU-C ont opté pour la gestion par un organisme complémentaire, tous régimes confondus et pour l'ensemble du territoire contre 13 % quatre ans plus tôt en 2015, et 15 % en 2012. Après un maximum atteint fin 2011 avec un taux à hauteur de 15,6 %, la diminution de ce taux a été régulière et elle a concerné tous les régimes à fin 2019. La mise en œuvre du décret 2017-533 du 12 avril 2017 n'a pas eu d'effet massif sur la baisse de la part des contrats CMU-C gérés par les OC ; elle n'a pas accéléré le recul de la part des OC dans la gestion de la CMU-C. Seuls les SLM ne sont pas concernés par cette baisse à fin 2019. L'augmentation de la part de la gestion OC pour les SLM est liée à une évolution du champ des populations couvertes par ces organismes. En effet la gestion des étudiants par les SLM a été transférée en totalité au régime général courant 2019. À fin octobre 2019, les SLM ne gèrent plus que des fonctionnaires ou assimilés. Du fait que leur régime de base est également un OC, il paraît plus naturel de choisir cet organisme comme gestionnaire de la CMU-C.

■ Figure 6 – Effectifs CMU-C, part des bénéficiaires ayant opté pour la gestion de leurs prestations par un OC



Lecture : estimation à fin octobre 2019

Champ : France entière

Source : tous régimes

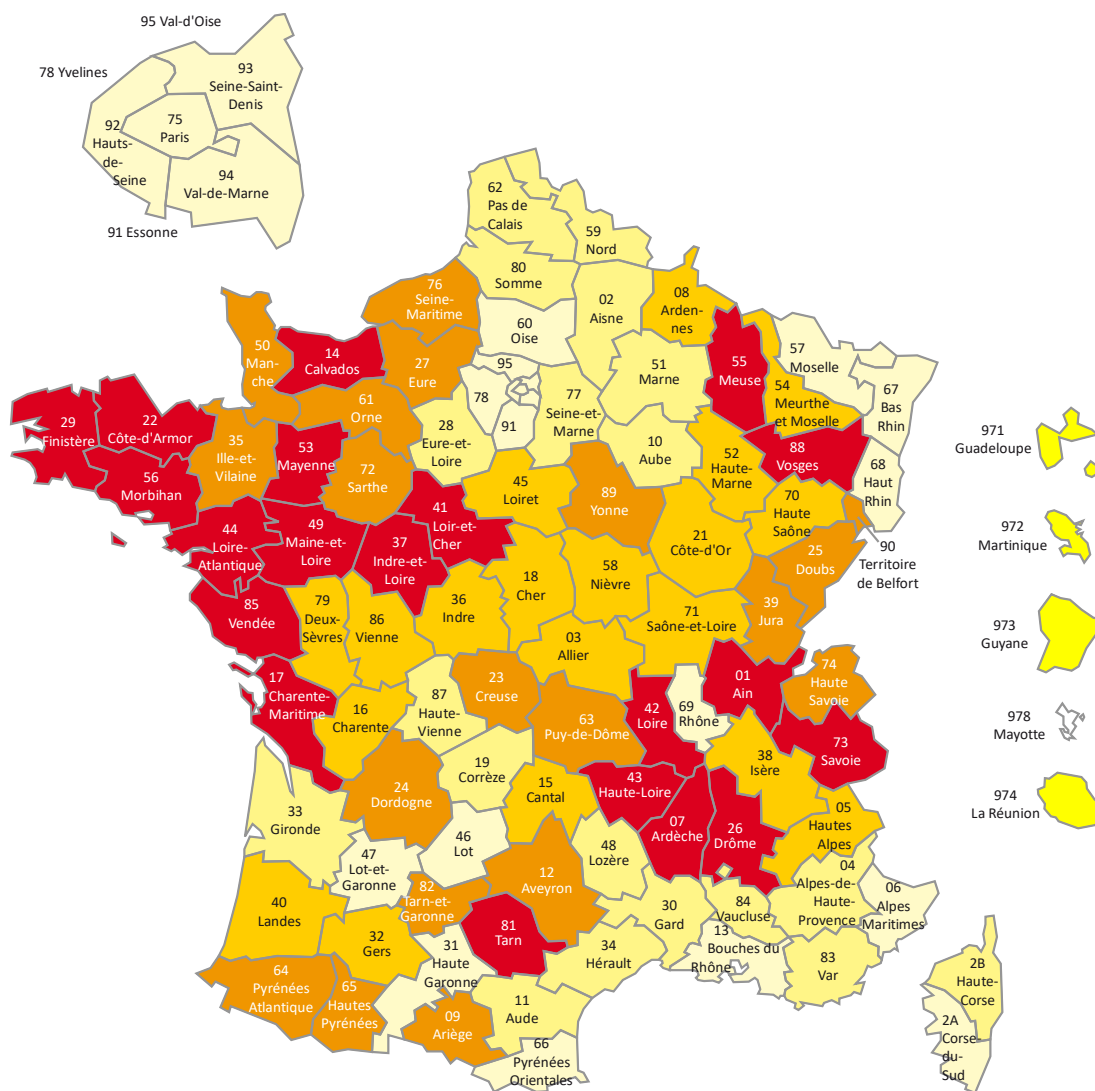
Pour les trois principaux régimes, le recours à un OC pour la gestion de la CMU-C est le plus souvent choisi dans les départements de l'Ouest, de l'Est, hors Alsace et Moselle et sur l'axe Creuse – Drôme : entre 15 % en Indre-et-Loire et 26,3 % en Haute-Loire pour les 20 départements qui présentent les taux de gestion OC les plus élevés (dernier quintile). Dans ces départements, des OC locaux se sont impliqués dès la création de la CMU-C.

Les départements où la participation des OC à la gestion de la CMU-C est la plus élevée ne regroupent par ailleurs qu'une minorité d'effectifs. Ce sont des départements peu peuplés, avec des densités de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins élevées, surtout dans l'Ouest. Les 58 départements des trois derniers quintiles, avec une part allant de 9,6 % à 26,3 % pour le choix d'un OC comme organisme gestionnaire, ne rassemblent que 35,5 % des effectifs de la métropole.

S'agissant des départements d'outre-mer, le choix d'un OC comme organisme gestionnaire de la CMU-C ne concerne que quelques personnes dans les départements de la Guyane et de la Réunion, les mutuelles locales n'étant pas gestionnaires de la CMU-C, et la proportion est modérée dans les départements de la Guadeloupe (5,5 %) et de la Martinique (10 %).

II. Le suivi des bénéficiaires et des dépenses

■ Figure 7 – Effectifs CMU-C, densité des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour la gestion de leurs prestations



Répartition métropole					en milliers	
Couleur	Pourcentage OC				Nombre Dpts	Effectifs*
	>=	1,1%	<	6,3%	19	1 950
	>=	6,3%	<	9,6%	19	1 417
	>=	9,6%	<	12,4%	19	537
	>=	12,4%	<	15,0%	19	628
	>=	15,0%	<=	26,3%	20	689
					96	5 221
						100,0%
Répartition Dom					en milliers	
Couleur	Pourcentage OC				Nombre Dpts	Effectifs*
	>=	0,0%	<=	10,0%	4	595
						100,0%

Lecture : estimation à fin octobre 2019

Champ : France entière, Mayotte : NR

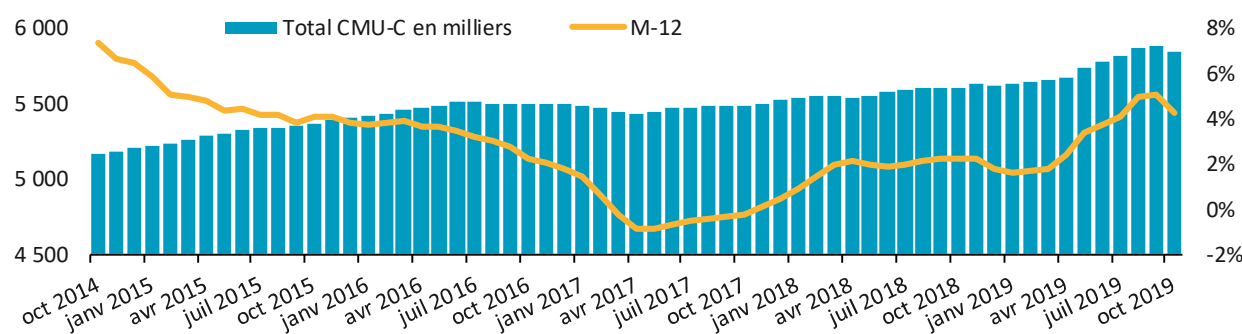
Source : CNAM, CNDSS, CCMSA - Outil Philcarto

1.1.2. L'évolution des effectifs de la CMU-C

1.1.2.1. Une évolution dynamique sur les cinq dernières années

En cinq ans, les effectifs de la CMU-C ont progressé de 13 %, soit 681 000 bénéficiaires de plus entre octobre 2014 et octobre 2019. Même si l'évolution a ralenti jusqu'à la mi 2017, les effectifs sont toujours restés supérieurs à l'effectif enregistré au mois de référence, octobre 2014.

■ Figure 8 – Effectifs CMU-C, tous régimes, octobre 2014 à octobre 2019



Champ : France entière

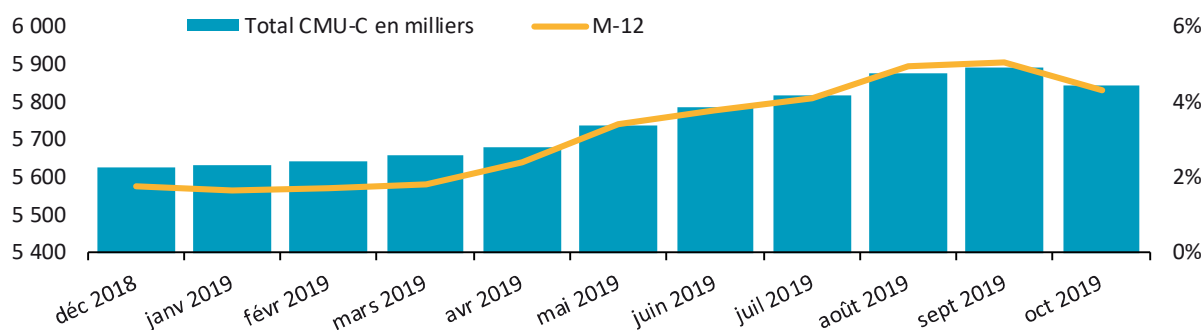
Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

1.1.2.2. Une progression en forte accélération en 2019

Fin octobre 2019, les effectifs de la CMU-C sont de 5,85 millions. Ils sont en augmentation de 4,3 % sur un an, après avoir progressé de 1,8 % en 2018. En 2019, l'augmentation s'est progressivement accélérée à partir du mois de mai, allant jusqu'à 5 % au mois de septembre. Ce mouvement concerne essentiellement la métropole.

L'accroissement des effectifs de la CMU-C ne fait écho à aucun facteur conjoncturel connu, aucune corrélation avec les indicateurs habituels n'étant observée (évolution du nombre de demandeurs d'emploi ou des bénéficiaires du RSA, cf *infra*). Les mesures de simplification des règles d'attribution et la campagne de communication institutionnelle pour la mise en place de la Complémentaire santé solidaire ont probablement contribué à l'accroissement des effectifs de la CMU-C en 2019.

■ Figure 9 – Effectifs CMU-C, tous régimes, évolution de décembre 2018 à octobre 2019



Champ : France entière

Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

■ Tableau 3 – Effectifs CMU-C, tous régimes, d'octobre 2018 à octobre 2019

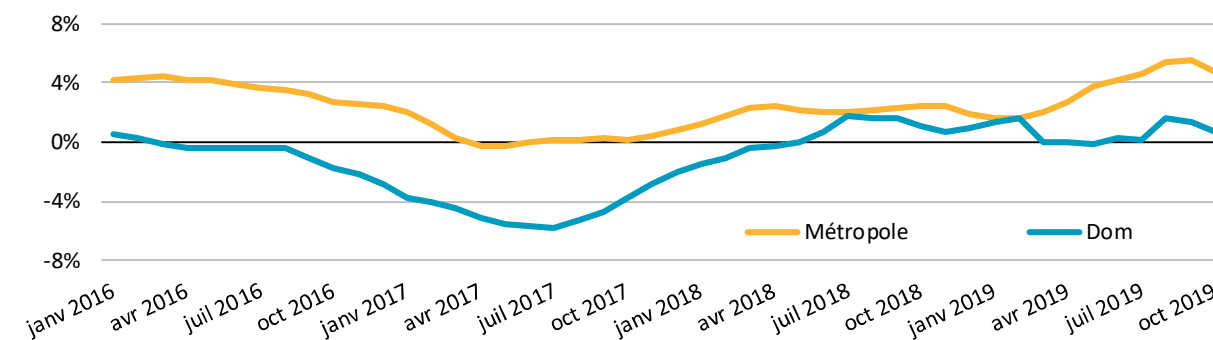
Mois	en milliers					
	Total	M – 1	M – 12	% M – 1	% M – 12	% ACM
oct 2018	5 605	-0,8	123,5	0,0%	2,3%	1,6%
nov 2018	5 626	21,1	121,0	0,4%	2,2%	1,8%
déc 2018	5 625	-1,3	97,2	0,0%	1,8%	1,9%
janv 2019	5 632	7,0	90,7	0,1%	1,6%	2,0%
févr 2019	5 642	9,7	93,8	0,2%	1,7%	2,0%
mars 2019	5 655	13,3	99,6	0,2%	1,8%	2,0%
avr 2019	5 677	22,0	132,7	0,4%	2,4%	2,0%
mai 2019	5 735	58,6	188,3	1,0%	3,4%	2,1%
juin 2019	5 783	48,0	209,3	0,8%	3,8%	2,3%
juil 2019	5 816	33,1	227,7	0,6%	4,1%	2,4%
août 2019	5 876	59,8	276,8	1,0%	4,9%	2,7%
sept 2019	5 888	11,8	282,3	0,2%	5,0%	2,9%
oct 2019	5 845	-42,8	240,3	-0,7%	4,3%	3,1%

Lecture : évolutions par rapport à M-1, M-12, et en année complète mobile (ACM), estimation à fin 2019

Champ : France entière

Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

■ Figure 10 – Effectifs CMU-C, évolutions métropole et DOM, de décembre 2015 à octobre 2019



Champ : France entière

Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

1.1.2.3. La progression des effectifs pour 2019 concerne la quasi-totalité du territoire

Au régime général, la progression des effectifs de la CMU-C sur 12 mois, à fin octobre 2019, est de 6,7 % en métropole et de 1,5 % dans les DOM. L'augmentation des effectifs concerne 88 départements de la métropole et elle se situe entre 0,6 % pour le Pas-de-Calais et 14 % pour Paris. Deux départements d'outre-mer sont en progression : la Guyane avec 1,2 % et la Réunion avec 4,1 %.

Même si le total tous régimes des bénéficiaires de la CMU-C augmente en 2019, il convient toutefois d'interpréter la progression des effectifs du régime général en tenant compte de l'intégration des nouveaux travailleurs indépendants à la CNAM depuis le 1^{er} janvier 2019 et du basculement du stock des étudiants également à la CNAM en amont de la rentrée universitaire.

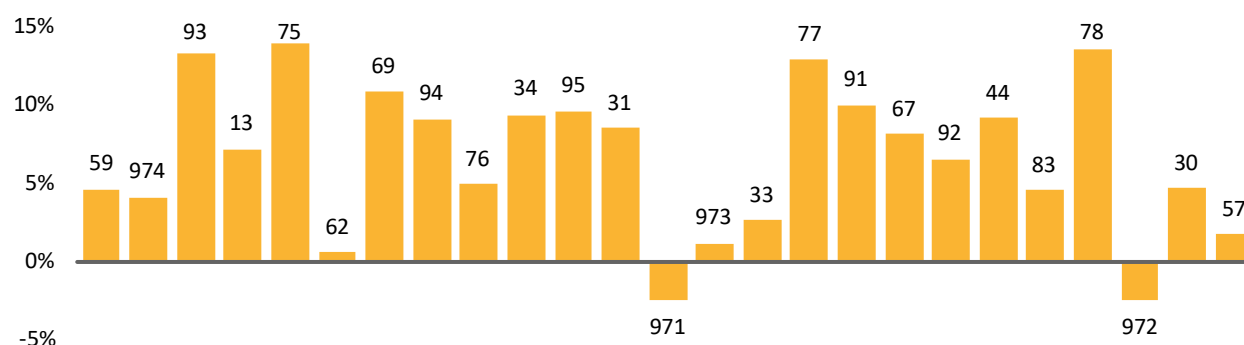
■ Tableau 4 – Effectifs CMU-C, évolutions par département

Métropole	12 mois	ACM	Dom	12 mois	ACM
Min évolution < 0	-2,8%	-4,1%	Min évolution < 0	-2,5%	-4,7%
Max évolution < 0	0,0%	-0,3%	Max évolution < 0	-2,4%	-2,0%
Min évolution >= 0	0,6%	0,1%	Min évolution >= 0	1,2%	1,6%
Max évolution >= 0	14,0%	13,4%	Max évolution >= 0	4,1%	8,1%
Métropole < 0	8	8	Dom < 0	2	2
Métropole >=0	88	88	Dom >=0	2	2

Champ : France entière

Source : CNAM

■ Figure 11 – Effectifs CMU-C, évolutions des 25 premiers départements



Lecture : le département 59 est le premier département en termes d'effectifs de la CMU-C au régime général et, à fin octobre 2019, l'évolution de ses effectifs à M-12 est de 4,7 %

Champ : France entière

Source : CNAM

1.1.2.4. Des évolutions différenciées par régime

Comme vu précédemment, la progression des effectifs de la CMU-C en 2019 ne peut être analysée que sur le champ des effectifs de l'ensemble des régimes.

Pour les travailleurs indépendants, l'intégration des nouveaux affiliés au régime général depuis le 1^{er} janvier 2019, complète progressivement le stock des bénéficiaires de la CNAM alors que, parallèlement, le stock des personnes affiliées antérieurement au régime des indépendants diminue régulièrement, les affiliés sortants n'étant pas remplacés par des entrants.

Pour les étudiants, les nouveaux affiliés depuis la rentrée universitaire de 2018 ont été rejoints au régime général par l'ensemble des étudiants antérieurement affiliés à des SLM (essentiellement la LMDE) en amont de la rentrée universitaire 2019.

■ Tableau 5 – Effectifs CMU-C, évolution par régime

Effectifs CMU-C au 31/10/2019	en milliers			
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 721	569	5 290	406
Régime social des indépendants	350	17	368	44
Régime agricole	150	8	159	17
Sections locales mutualistes	13	4	17	7
Régimes spéciaux	7	4	12	1
Total Octobre 2019	5 241	604	5 845	475
Évolution du 31/10/2018 au 31/10/2019				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	6,7%	1,5%	6,1%	-4,3%
Régime social des indépendants	-3,1%	-1,2%	-3,0%	-4,7%
Régime agricole	0,6%	-5,7%	0,3%	-15,1%
Sections locales mutualistes	-79,3%	-48,2%	-75,8%	-65,2%
Régimes spéciaux	5,4%	3,4%	4,6%	2,0%
Total Octobre 2019	4,7%	0,7%	4,3%	-7,3%

Lecture : évolutions par rapport à M-12, estimation à fin 2019

Champ : France entière

Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire

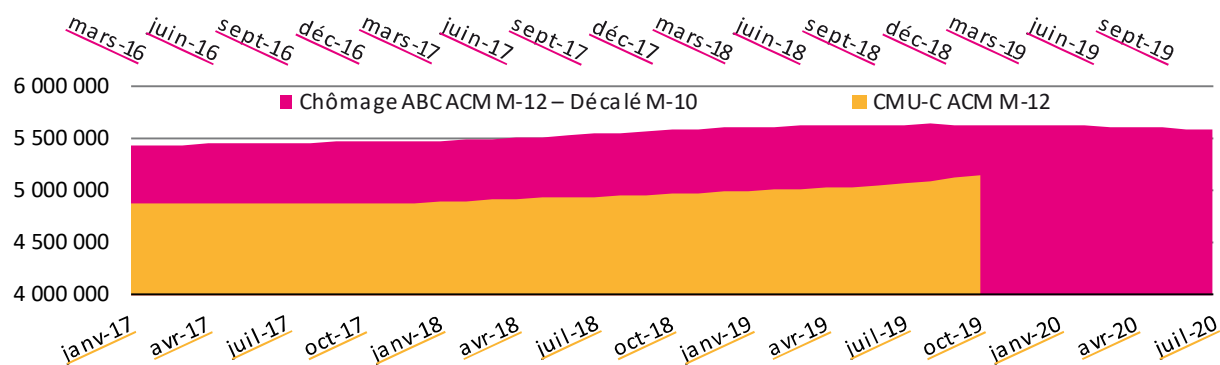
1.1.2.5. L'évolution des effectifs de la CMU-C comparée à celle des demandeurs d'emploi

Le rapport entre le nombre de demandeurs d'emploi et celui des bénéficiaires de la CMU-C en métropole se mesure avec un décalage qui a été évalué à 10 mois⁸. Sur les quatre dernières années, une corrélation entre les deux indicateurs est observable, jusqu'à la mi 2019. À partir du second semestre, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C progresse indépendamment du nombre de demandeurs d'emplois, qui est en légère baisse depuis le mois de novembre 2018.

La progression du nombre de bénéficiaires de la CMU-C dans un contexte de diminution du nombre de demandeurs d'emploi est ainsi probablement liée à des facteurs propres à la gestion de la prestation.

⁸ Ce décalage permet de tenir compte de la baisse progressive des revenus, à partir du moment où une personne perd son emploi, mais ne signifie en aucun cas que toute personne qui a perdu son emploi voit ses revenus passer sous la barre du plafond de la CMU-C au bout de 10 mois, ni, inversement, qu'il faille attendre dans tous les cas un délai de 10 mois avant de pouvoir prétendre au bénéfice de la CMU-C.

■ Figure 12 – Effectifs de la CMU-C et nombre de demandeurs d'emploi



Lecture : effectifs moyens en année complète mobile (ACM) pour la CMU-C et les demandeurs d'emploi

Champ : métropole

Source : Pôle emploi, tous régimes d'assurance maladie

Encadré 1 – Définitions des catégories de demandeurs d'emploi

Catégorie A : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi

Catégorie B : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite courte (i.e. de 78 heures ou moins au cours du mois)

Catégorie C : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite longue (i.e. de plus de 78 heures au cours du mois)

Catégorie D : Demandeurs d'emploi non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi (en raison d'un stage, d'une formation, d'une maladie, etc.), sans emploi

Catégorie E : Demandeurs d'emploi non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, en emploi (par exemple : bénéficiaires de contrats aidés)

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire suit l'évolution du total des catégories A, B et C en métropole.

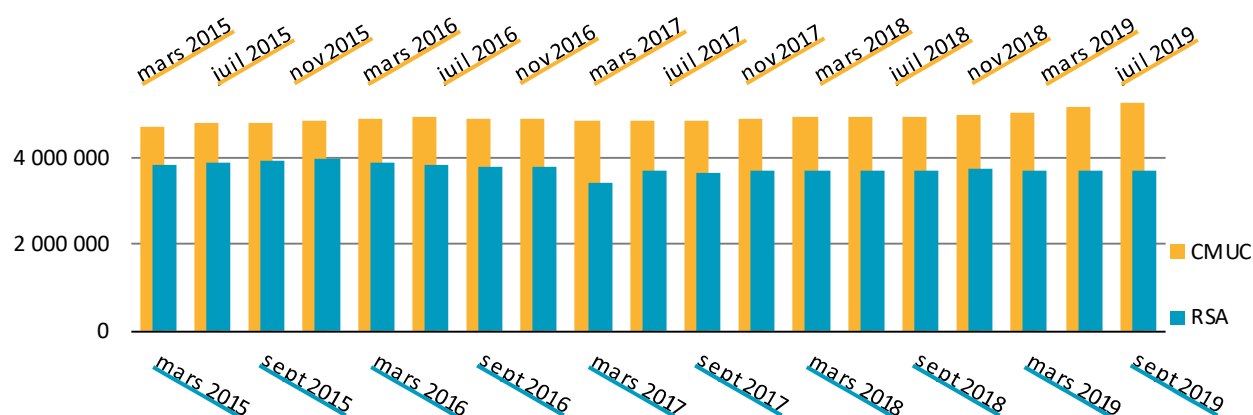
1.1.2.6. L'évolution des effectifs de la CMU-C comparée à celle des bénéficiaires du RSA

Les allocataires du RSA représentent environ 60 % des bénéficiaires de la CMU-C⁹ et bénéficient d'un accès facilité à cette couverture. Pour les primo-demandeurs du RSA, la demande de CMU-C est en principe transmise directement par la CAF à la CPAM concernée si l'allocataire n'en bénéficie pas déjà. Les demandes initiales ou de renouvellement de CMU-C ne font pas non plus l'objet d'un examen des ressources pour les allocataires du RSA socle. En application de la LFSS pour 2019, les allocataires du RSA bénéficient, depuis le 1^{er} avril 2019, d'un renouvellement automatique de leur couverture CMU-C.

Sauf un incident statistique sur le mois de mars 2017, la corrélation entre allocataires du RSA et bénéficiaires de la CMU-C est régulière en 2015 et 2018. Toutefois, l'année 2019 ne marque pas d'accroissement significatif du nombre d'allocataires du RSA. Ce constat confirme l'indépendance de l'évolution croissante des effectifs de la CMU-C en 2019 par rapport à des indicateurs conjoncturels habituellement robustes.

⁹ Sur la base des données issues de l'observatoire CPAM de la montée en charge au titre des trois premiers trimestres 2019

■ Figure 13 – Effectifs de la CMU-C au régime général et nombre d'allocataires du RSA



Lecture : effectifs pour la CMU-C et les allocataires du RSA

Champ : métropole et Dom

Source : CNAF Open Data, CNAM

1.2. UN RALENTISSEMENT DE LA PROGRESSION DES EFFECTIFS DE L'ACS À FIN OCTOBRE 2019

L'attestation ACS donne droit à une réduction sur les cotisations lors de la souscription d'un contrat de complémentaire santé éligible à l'aide : contrats A, B ou C. À fin octobre 2019 et sur une année, 1,71 million de personnes ont reçu une attestation ACS ; on parle alors de bénéficiaires de l'aide.

Les personnes qui ont utilisé leur chèque ACS pour souscrire un contrat sont appelées utilisateurs de l'aide et / ou personnes protégées par l'aide. À fin octobre 2019, elles étaient 1,30 million, correspondant à un taux d'utilisation de l'attestation stable autour des 76 %.

Sur l'année 2019, les données sont arrêtées au 31 octobre compte-tenu de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire à compter du 1^{er} novembre.

1.2.1. Le nombre de bénéficiaires d'attestations est en hausse de 4,4 % à fin octobre 2019

À fin octobre 2019 et sur une année, 1,71 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. L'augmentation est de 4,0 % en année glissante. Elle est de 4,4 % sur les 10 premiers mois de l'année. Cette dernière est assez proche de celle observée sur l'ensemble de l'année 2018 (+ 4,7 %).

Un ralentissement est observé par rapport aux années 2017 et 2016 où les progressions s'établissaient autour de 8 %, suite à la mise en place de réforme de l'ACS de juillet 2015.

- Figure 14 – Nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS entre octobre 2018 et octobre 2019

	Flux mensuel d'entrées en nombre de bénéficiaires (tous régimes)	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Nombre de bénéficiaires entrés au cours des 12 derniers mois (tous régimes)	Évolution Année complète mobile (12 M N / 12 M N-1)
2018 oct	163 206	9,0%	1 646 017	5,1%
2018 nov	158 994	7,9%	1 657 631	4,7%
2018 déc	129 892	-3,8%	1 652 543	4,7%
2019 janv	146 963	2,9%	1 656 655	4,7%
2019 févr	134 812	3,5%	1 661 275	4,6%
2019 mars	151 971	4,6%	1 668 007	5,3%
2019 avr	140 749	10,0%	1 680 803	4,8%
2019 mai	150 352	13,3%	1 698 411	5,9%
2019 juin	135 690	-3,9%	1 692 946	5,1%
2019 juil	141 002	11,5%	1 707 437	5,2%
2019 août	114 179	-3,2%	1 703 632	4,8%
2019 sept	149 774	10,3%	1 717 581	5,2%
2019 oct	157 868	-3,3%	1 712 243	4,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS

Source : CNAM, CCMSA, CNDSTI

Le régime général couvre 93,3 % des bénéficiaires. Sur les 10 premiers mois de l'année, avant mise en oeuvre de la réforme de la Complémentaire santé solidaire, les effectifs du régime général sont en hausse de 4,3 % (+ 4,9 % sur l'ensemble de l'année 2018). Les effectifs de la CCMSA, qui représentent 4,2 % des bénéficiaires, augmentent de 5,0 % (- 1,5 % en 2018). La CNDSTI, quant à elle, couvre 2,5 % des effectifs, lesquels augmentent de 5,8 % (+ 6,5 % en 2018).

La répartition est parfaitement stable dans le temps entre les trois régimes.

Avec l'intégration du régime des indépendants par le régime général, les nouveaux travailleurs indépendants depuis le 1^{er} janvier 2019 dépendent du régime général. De fait, les attributions de l'ACS pour ces personnes sont intégrées dans les chiffres du régime général (primo-demande d'ACS ou renouvellements).

- Figure 15 – Nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS sur les 10 premiers mois de l'année 2019, répartition selon les trois grands régimes d'assurance maladie obligatoire

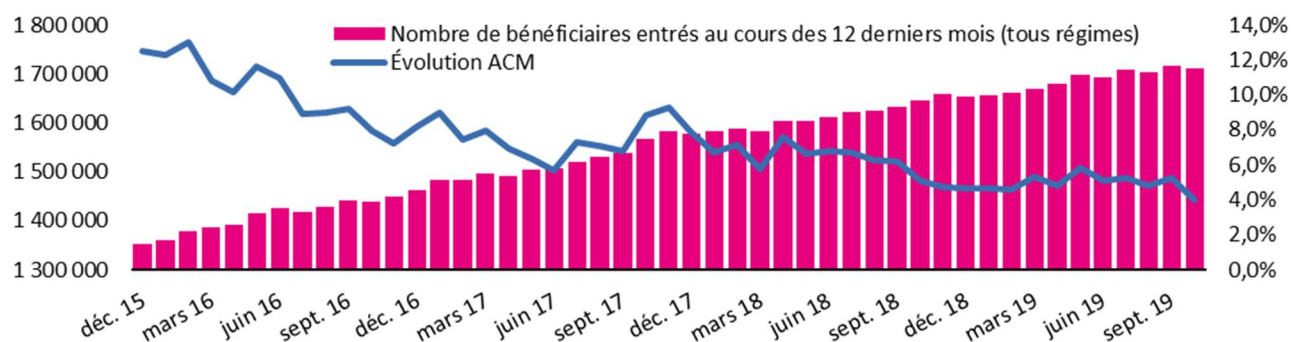
	2019 (*)	2018 (*)	Evolution 2019/2018 (*)	Structure 2019 (*)
CNAM	1 327 853	1 272 952	4,3%	93,3%
CCMSA	59 833	56 995	5,0%	4,2%
CNDSTI	35 672	33 711	5,8%	2,5%
Total	1 423 358	1 363 658	4,4%	100,0%

(*) 10 premiers mois de l'année

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS

Source : CNAM, CCMSA, CNDSTI

- Figure 16 – Évolution du nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS de décembre 2015 à octobre 2019



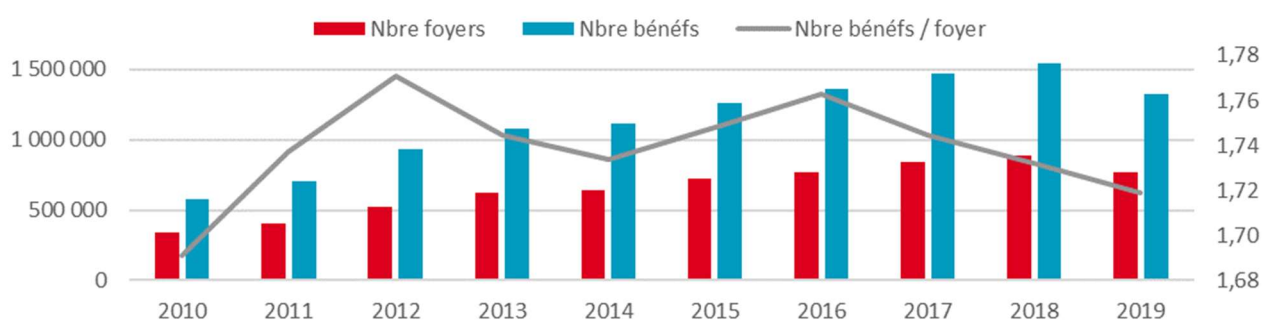
Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS

Source : CNAM, CCMSA, CNDSTI

La CNAM communique au fonds le nombre de personnes couvertes par une attestation ACS mais également le nombre de foyers concernés.

Le nombre moyen de personnes couvertes par foyer ACS reste stable dans le temps : entre 1,70 et 1,75 personne (1,72 personne sur les 10 premiers mois de l'année 2019).

- Figure 17 – Nombre de personnes couvertes en moyenne par foyer ACS



Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le régime général

Source : CNAM

1.2.2. La répartition des bénéficiaires en 2019

La répartition concerne ici les bénéficiaires de l'aide, c'est-à-dire ceux qui ont reçu une attestation sur les 10 premiers mois de l'année, qu'ils l'aient ou non utilisée ensuite auprès d'un organisme complémentaire pour souscrire un contrat.

1.2.2.1. Une répartition selon l'âge comparable à l'ensemble de la population française

La répartition selon l'âge de la population bénéficiaire d'une attestation ACS est proche de celle de la population française dans son ensemble. Les enfants (0-15 ans) surtout ainsi que les plus âgés (60 ans et plus) sont toutefois légèrement surreprésentés par rapport à leurs poids respectifs dans la population française, au détriment des 16-29 ans.

- Figure 18 – Structure par âge des bénéficiaires d'attestations ACS au regard de la population française en 2019

Bénéficiaires par tranche d'âges	Bénéf. d'attestations ACS en 2019 (*)	Population française (**)	Écarts en points
Moins de 16 ans	22,6%	18,0%	4,6
16-29 ans	12,5%	17,4%	-4,9
30-39 ans	10,7%	12,4%	-1,7
40-49 ans	11,4%	12,9%	-1,5
50-59 ans	12,1%	13,1%	-1,0
60-69 ans	15,0%	11,9%	3,1
70 ans et plus	15,6%	14,3%	1,3
Total	100,0%	100,0%	—

(*) 10 premiers mois de l'année

(**) Dans la population française, la première classe d'âges correspond aux [0-14 ans], la deuxième aux [15-29 ans]

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par les trois grands régimes, population française estimée pour 2018

Source : CNAM, CCMSA, CNDSTI, INSEE

La structure par âge des personnes ayant obtenu une attestation ACS est néanmoins nettement différente entre le régime général d'assurance maladie et la CCMSA ou la CNDSTI où la population est plus âgée. En particulier, les 70 ans et plus représentent 30 % des bénéficiaires à la CCMSA et 32 % à la CNDSTI soit le double de ce qui est observé au régime général dans lequel cette tranche d'âge ne représente que 15 % des effectifs. Ces spécificités reflètent pour partie le profil d'âge et / ou de revenu des affiliés à ces régimes. Ainsi, les pensions de retraite des artisans et commerçants sont particulièrement faibles. À titre d'exemple, la pension moyenne d'un artisan en 2017 était de 544 € par mois et celle d'un commerçant de 360 €¹⁰.

- Figure 19 – Structure par âge des bénéficiaires d'attestations ACS : situation comparative des trois grands régimes sur les 10 premiers mois de 2019

Bénéficiaires par tranche d'âges	CNAM	CCMSA	CNDSTI	Total 3 grands régimes
Moins de 16 ans	23,0%	16,7%	18,1%	22,6%
16-29 ans	12,8%	10,0%	6,7%	12,5%
30-39 ans	11,0%	8,0%	6,7%	10,7%
40-49 ans	11,6%	8,4%	9,0%	11,4%
50-59 ans	12,3%	10,0%	10,6%	12,1%
60-69 ans	14,8%	16,7%	17,2%	15,0%
70 ans et plus	14,5%	30,2%	31,7%	15,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par les trois grands régimes

Source : CNAM, CCMSA, CNDSTI

1.2.2.2. C'est dans le Nord et dans le Sud que la densité de bénéficiaires de l'ACS est la plus élevée

En 2019, les bénéficiaires de l'ACS¹¹ représentent 2,6 % de la population française (2,5 % en 2018).

¹⁰ Ces montants sont servis aux pensionnés qui ont exercé leur activité uniquement en tant qu'artisan ou commerçant au titre de la retraite de base (source : CNDSTI).

¹¹ Le chiffre de 2019 est reconstitué en annuel et prend en compte les attributions de novembre 2018 à octobre 2019.

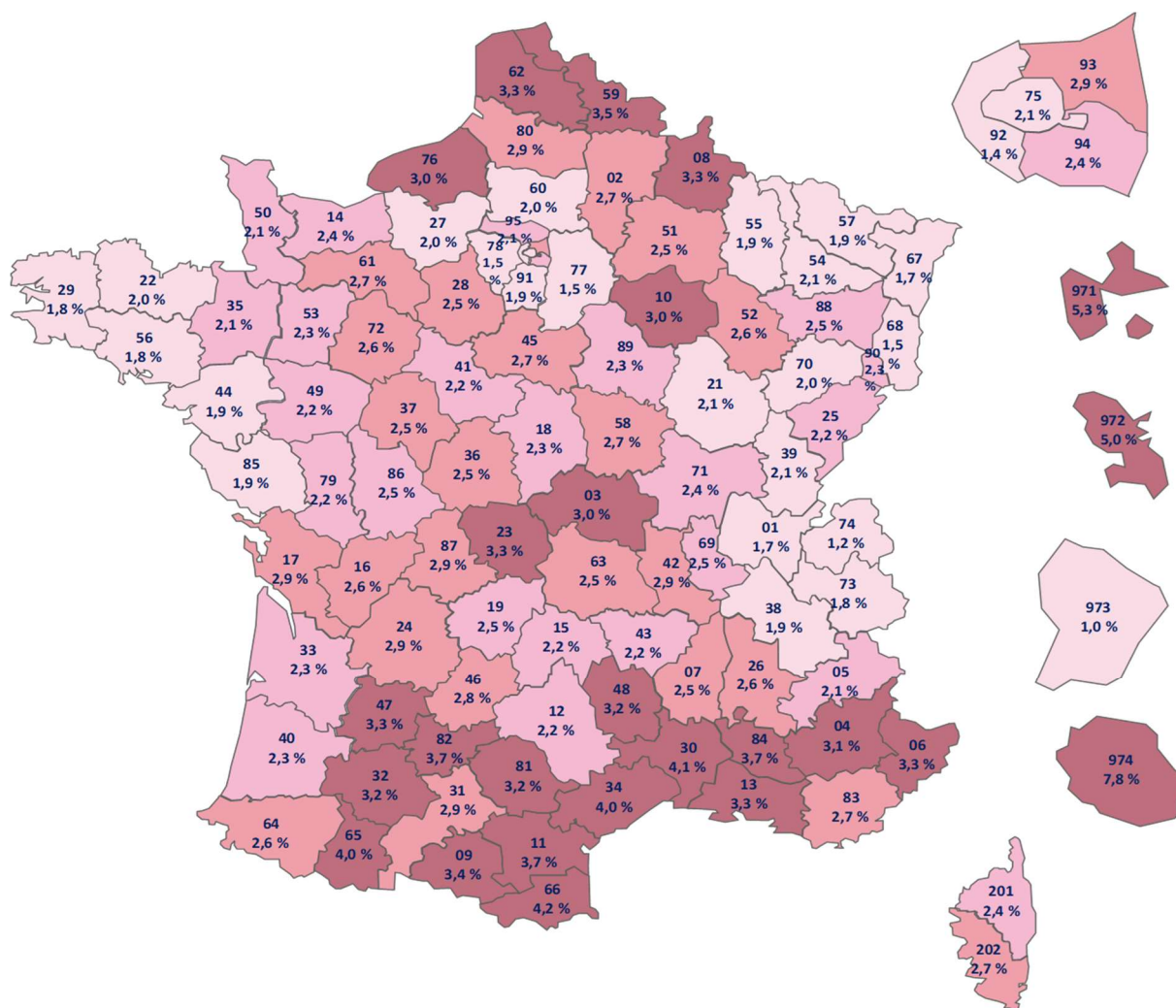
Ce pourcentage s'établit à 2,5 % en métropole et à 5,7 % dans les DOM.

À l'instar des bénéficiaires de la CMU-C, les effectifs de l'ACS sont géographiquement concentrés puisque les cinq premiers départements regroupent 18,7 % des effectifs, et les 10 premiers totalisent 31,3 % des bénéficiaires.

Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le nord, le sud. Les départements de la Bretagne, de la région Rhône-Alpes et de l'Alsace Moselle présentent les plus faibles taux.

Les DOM sont caractérisés par une plus forte densité des bénéficiaires d'attestations ACS que les départements de la métropole. Ils regroupent 6,4 % des effectifs de l'ACS, dont 3,9 % pour la Réunion.

- Figure 20 – Densité des bénéficiaires de l'ACS par rapport à la population, par département, trois grands régimes en 2019



Couleur	Tranches		Nombre	Effectifs	Pourcentage Effectifs
	1,0%	2,1%	25	389 692	22,8%
	2,1%	2,5%	25	329 267	19,3%
	2,5%	2,9%	25	377 027	22,1%
	2,9%	7,8%	25	610 601	35,8%
				1 706 587	100,0%

1.2.3. Un taux de refus plus faible et un taux de renouvellement plus élevé pour les personnes âgées

Les données présentées dans cette partie concernent la CNAM (93 % des bénéficiaires).

1.2.3.1. Un taux de refus plus faible chez les personnes âgées

■ Le volume des refus augmente lorsque le plafond des ressources est relevé

En 2019 (les 10 premiers mois de l'année), sur la base de décomptes exprimés en nombre de personnes, 72 % des demandes ont abouti à la délivrance d'attestations et 28 % ont donné lieu à un refus. Ces chiffres sont proches de ceux observés en 2018 et 2017 même si un accroissement de la part des refus est observé.

- Figure 21 – Effectifs ayant déposé une demande d'ACS : répartition entre accords et refus

	2017	2018	10 premiers mois de 2019
Accords	74,3%	74,2%	72,4%
Refus	25,7%	25,8%	27,6%
Total demandes	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le régime général

Source : CNAM

Jusqu'en 2015, les effectifs sur ce champ n'étaient comptabilisés qu'en nombre de foyers. Un retour sur le passé n'est possible que sur cette base.

Par le passé, on a constaté une augmentation du nombre des refus consécutivement aux relèvements du plafond des ressources (2011 à 2013 en particulier). En effet, les personnes sont alors davantage incitées à déposer des demandes, y compris celles qui ne réunissent pas les conditions d'éligibilité.

En 2015 et en 2016, il est probable que les demandes aient été encouragées dans le cadre de la mise en place du nouveau dispositif ACS et des campagnes de communication qui l'ont accompagnée, avec un effet possible à la hausse sur les refus. L'automatisation des bases ressources mise en place par les caisses depuis 2016 a pu avoir également un effet positif sur le décompte des refus qui ont pu être mieux pris en compte.

À partir de 2017, la situation s'est stabilisée ; les refus augmentent à un rythme proche de celui des accords. Le dispositif mis en place en juillet 2015 est entré dans un rythme de croisière.

L'augmentation de la part des refus en 2019 pourrait s'expliquer par la perspective de la réforme de la fusion entre CMU-C et ACS, et les communications qui sont intervenues en amont.

- Figure 22 – Part des accords et des refus dans le total des demandes d'ACS entre 2011 et 2018 (foyers) au régime général

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	10 premiers mois de 2019
Accords	71,8%	77,9%	77,9%	80,3%	79,7%	76,2%	76,8%	77,2%	75,5%
Refus	28,2%	22,1%	22,1%	19,7%	20,3%	23,8%	23,2%	22,8%	24,5%
Total demandes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : tous demandeurs d'attestations ACS auprès du régime général

Source : CNAM

- Figure 23 – Évolution annuelle du volume des demandes, des accords et des refus d'ACS entre 2011 et 2018 (foyers) au régime général

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Accords	16,4%	29,1%	18,1%	4,2%	11,6%	7,0%	9,0%	5,7%
Refus	-11,2%	-6,4%	18,2%	-9,9%	15,5%	31,2%	5,6%	3,1%
Total demandes	7,0%	19,1%	18,1%	1,1%	12,4%	11,9%	8,2%	5,1%

Champ : tous demandeurs d'attestations ACS auprès du régime général

Source : CNAM

■ Un taux de refus plus faible pour les plus âgés

Par tranche d'âges, la répartition des accords et refus fait état d'une sous-représentation marquée chez les plus âgés (60 ans et plus).

Ce plus faible taux de refus s'explique notamment par le fait que bon nombre de personnes bénéficient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) dont le montant est inférieur au plafond d'attribution de l'ACS. Ils sont éligibles à l'ACS, leurs ressources sont stables et ils bénéficient depuis 2016 du renouvellement automatique de leur droit à l'ACS.

- Figure 24 – Structures comparatives par âge des accords et des refus sur les 10 premiers mois de 2019 au régime général, en nombre de bénéficiaires (premières demandes et renouvellements)

	Moins de 16 ans	De 16 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Total
Accords	72,4%	68,0%	71,2%	79,2%	72,4%
Refus	27,6%	32,0%	28,8%	20,8%	27,6%

Champ : tous demandeurs d'attestations ACS auprès du régime général

Source : CNAM

1.2.3.2. Un taux de renouvellement plus élevé chez les personnes âgées

■ Un taux de renouvellement en hausse tendancielle sur les dernières années

Un dossier rentre dans la catégorie des renouvellements si le droit est ouvert dans un délai inférieur ou égal à un mois après l'interruption du droit précédent.

Appréciée en nombre de bénéficiaires, la part des renouvellements au sein des attributions de l'ACS au régime général a augmenté régulièrement entre 2013 et 2019, excepté en 2016 où pour la première fois une baisse a été constatée.

Sur l'ensemble de la période considérée, la hausse des effectifs a été portée par celle des renouvellements, sauf en 2016.

La hausse de la part des renouvellements peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- une part croissante des 60 ans et plus dans la population : leur part est en effet progressivement passée de 21,4 % en 2012 à 29,3 % en 2019. Or, le taux de renouvellement est plus important chez les personnes plus âgées (cf. supra) ;
- un meilleur décompte des renouvellements par les caisses locales.

II. Le suivi des bénéficiaires et des dépenses

- Figure 25 – Part relative des premières demandes et des renouvellements dans les accords ACS de 2012 à 2019 au régime général, en nombre de bénéficiaires

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	10 premiers mois de 2019
Adhésions	65,1%	61,7%	58,6%	54,3%	57,4%	53,9%	52,0%	51,8%
Renouvellements	34,9%	38,3%	41,4%	45,7%	42,6%	46,1%	48,0%	48,2%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le régime général

Source : CNAM

- Figure 26 – Évolution des effectifs ACS selon la distinction premières demandes / renouvellements de 2012 à 2018 au régime général, en nombre de bénéficiaires

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Adhésions	30,7%	10,0%	-2,1%	4,9%	14,0%	1,4%	1,1%
Renouvellements	34,2%	27,1%	11,4%	25,0%	0,7%	16,5%	9,4%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le Régime général

Source : CNAM

■ Un taux de renouvellement plus élevé chez les personnes âgées

La structure par âge des assurés qui accèdent à l'ACS en première demande se distingue de celle des bénéficiaires qui renouvellent leur demande de prestation. On observe une surreprésentation marquée des renouvellements chez les plus âgés et à l'inverse une sous-représentation chez les plus jeunes. Le taux de renouvellement augmente régulièrement avec l'âge.

La stabilité des ressources des plus âgés (ASPA) et des besoins de santé marqués expliquent ce constat. La mise en place de l'automatisation du renouvellement de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA en 2016 a probablement amplifié ce constat.

La situation des plus jeunes est moins stable. Celle des moins de 16 ans (faible part des renouvellements par rapport aux primo-demandes) pose question et mériterait d'être approfondie.

- Figure 27 – Structures comparatives par âge entre primo-demandeurs et renouvellements sur les 10 premiers mois de 2019 au régime général, en nombre de bénéficiaires

Bénéficiaires par tranches d'âge	Primo-demandeurs	Renouvellements de droits	Écart en points	Total Bénéficiaires
Moins de 16 ans	29,9%	15,6%	-14,3	23,0%
16-29 ans	16,9%	8,4%	-8,5	12,8%
30-39 ans	13,8%	8,0%	-5,8	11,0%
40-49 ans	12,8%	10,4%	-2,3	11,6%
50-59 ans	11,0%	13,7%	2,7	12,3%
60-69 ans	9,9%	20,1%	10,3	14,8%
70 ans et plus	5,9%	23,8%	17,9	14,5%
Total	100,0%	100,0%		100,0%

Champ : tous bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le régime général

Source : CNAM

Encadré 2 – Les aides supplémentaires à l'ACS attribuées par le régime général

Deux types d'aides sont attribuées par les CPAM au titre de leur action sociale : les aides complémentaires à l'ACS qui consistent en un versement d'une aide financière complémentaire à l'ACS et les aides dites « effets de seuil » qui sont accordées aux personnes dont le niveau des ressources dépasse le plafond d'attribution de l'ACS.

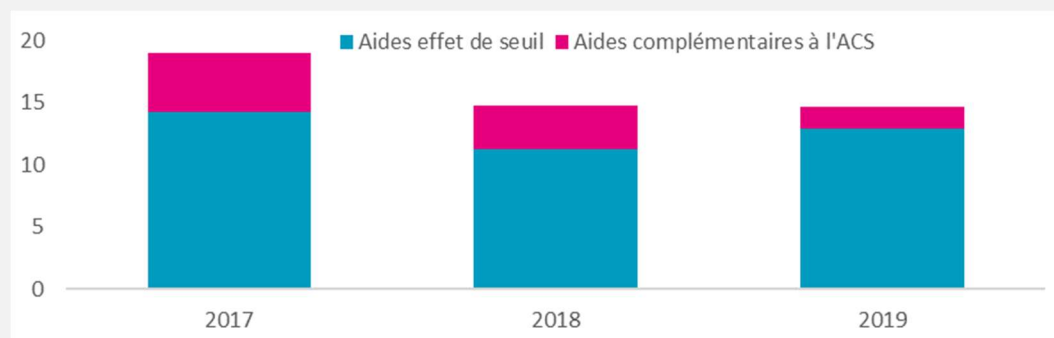
En 2019, 85 724 aides ont été attribuées contre 134 538 en 2017 et 94 171 en 2018. Conformément aux orientations préconisées au sein du Régime général, le nombre des aides « effet de seuil » a augmenté en 2019 (61 455 contre 59 010 en 2018).

14,7 M€ ont été attribués en 2019 - contre 19 M€ en 2017 et 14,8 M€ en 2018 - dont 88 % pour les aides « effet de seuil ».

38 % des bénéficiaires ont 60 ans et plus, 30 % ont entre 16 et 49 ans.

En se référant au régime d'appartenance de l'ouvreur de droit, on constate - comme les années précédentes - que les principaux bénéficiaires de ces aides sont des retraités (28 %), des salariés (21 %), des demandeurs d'emploi (18 %) et des allocataires de l'AAH (11 %).

■ Les aides complémentaires / effets de seuil à l'ACS distribuées par les fonds d'Action sociale des caisses du Régime général entre 2017 et 2019 (en millions d'euros)



Source : CNAM

1.2.4. À fin octobre 2019, l'ACS protège 1,30 million de personnes

Le décompte de personnes protégées par un contrat ACS (A, B, C) est transmis mensuellement au Fonds de la Complémentaire santé solidaire par les 11 groupements gestionnaires de l'aide dès le mois suivant l'enregistrement des données.

1.2.4.1. À fin octobre 2019, le nombre de personnes protégées par un contrat ACS a progressé de 3,8 % sur une année

À fin octobre 2019, 1,30 million de personnes sont couvertes par un contrat ACS. Les effectifs ont augmenté de 3,8 % sur une année, en deçà de ce qui était observé à fin 2018 (+ 5,5 %). Une décélération a été observée à partir de la mi 2018, puisque les taux de progression étaient proches des 8 % courant 2017 suite à la mise en place de réforme de juillet 2015.

Les effectifs protégés par un contrat ACS s'établissent à 1,090 million à fin décembre 2019. Consécutivement à la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, les effectifs ont donc baissé de 97 000 et de 117 000 respectivement en novembre puis décembre 2019.

Les taux d'utilisation calculés sur cette base n'ont plus de signification à compter de novembre. Ils pourront être calculés une fois les effectifs protégés par la Complémentaire santé solidaire avec participation connus pour les régimes (CNAM et CCMSA) et les organismes complémentaires gestionnaires.

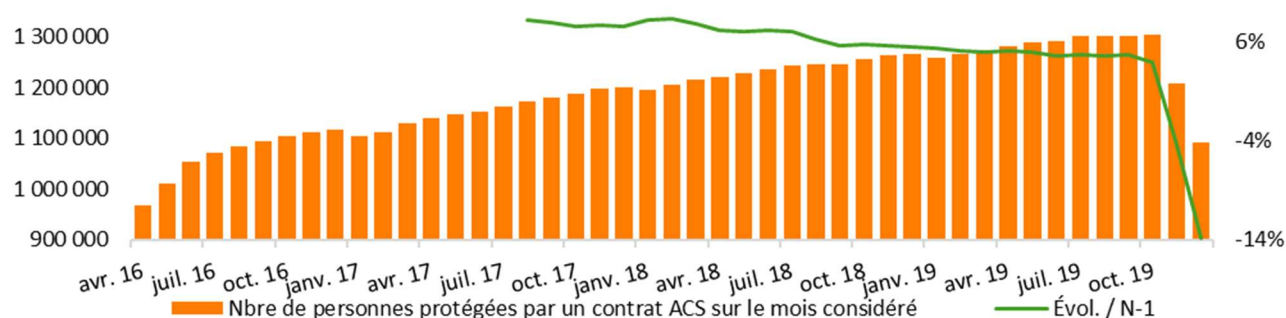
- Figure 28 – Les effectifs protégés par un contrat ACS depuis octobre 2018

	Nombre total de personnes couvertes en fin de mois	Évolution en glissement annuel (M / M-12)	Évolution mensuelle du nombre de personnes couvertes	Taux d'utilisation des attestations
2018 oct	1 256 405	5,8%	11 304	77,0%
2018 nov	1 264 117	5,6%	7 712	76,8%
2018 déc	1 265 319	5,5%	1 202	76,3%
2019 janv	1 259 226	5,3%	-6 093	76,2%
2019 févr	1 266 022	5,0%	6 796	76,4%
2019 mars	1 275 037	4,9%	9 015	76,8%
2019 avr	1 282 432	5,1%	7 395	76,9%
2019 mai	1 288 857	4,9%	6 425	76,7%
2019 juin	1 292 277	4,5%	3 420	76,1%
2019 juil	1 301 155	4,6%	8 878	76,9%
2019 août	1 301 719	4,5%	564	76,2%
2019 sept	1 302 945	4,6%	1 226	76,5%
2019 oct	1 304 451	3,8%	1 506	75,9%
2019 nov	1 207 812	-4,5%	-96 639	—
2019 déc	1 090 402	-13,8%	-117 410	—

Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

- Figure 29 – Évolution du nombre de personnes couvertes par un contrat ACS depuis 2015



Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

La décrue des effectifs ne s'accompagne pas d'une déformation de leur répartition selon le contrat souscrit.

- Tableau 6 – Répartition des effectifs protégés par un contrat ACS selon le contrat souscrit

Stocks fin de mois : nombre de personnes protégées par un contrat ACS à la date de fin de mois				
	A	B	C	Total
2019 oct	296 629	496 707	511 115	1 304 451
Répartition	22,7%	38,1%	39,2%	100,0%

Stocks fin de mois : nombre de personnes protégées par un contrat ACS à la date de fin de mois				
	A	B	C	Total
2019 déc	248 052	417 996	424 354	1 090 402
Répartition	22,7%	38,3%	38,9%	100,0%

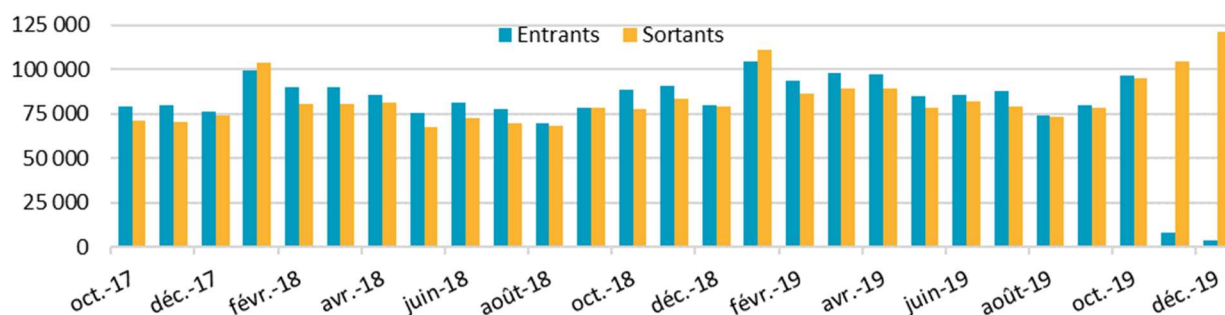
Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

Les évolutions infra-annuelles des effectifs protégés reflètent celles des entrées et sorties du dispositif.

La montée en charge de la réforme de l'ACS de juillet 2015 s'est traduite par des entrées massives en contrat A, B et C en décembre 2015 et janvier 2016. Ces entrées correspondent depuis à des sorties plus importantes, janvier correspondant au seul mois où les sorties dépassent les entrées.

- Figure 30 – Flux des entrants et des sortants des personnes protégées par un contrat ACS depuis janvier 2017



Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

1.2.4.2. Un taux d'utilisation des attestations ACS qui oscille entre 76 % et 77 % sur 2019

Le taux d'utilisation¹² reste stable dans le temps, situé entre 76 % et 77 % sur 2018 et 2019. Cette stabilité résulte d'une progression de niveau comparable entre délivrance et utilisation.

• *Figure 31 – Le taux d'utilisation des attestations ACS en 2018 et 2019*



Champ : toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

1.2.4.3. 200 000 personnes sont couvertes par un contrat de sortie ACS à fin décembre 2019

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale pour 2014 a instauré un contrat de sortie ACS.

À l'expiration de son droit à l'ACS, toute personne ayant bénéficié d'un contrat ACS doit ainsi se voir proposer une prolongation pour une période d'un an ou la souscription d'un nouveau contrat parmi les trois contrats ACS par son organisme complémentaire, à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS. Le bénéficiaire ne dispose cependant plus du chèque ACS et des avantages liés à l'aide (opposabilité des tarifs, exonération des franchises médicales et de la participation de 1€ aux consultations médicales, etc.).

Cette disposition s'applique aux contrats de complémentaire santé individuels souscrits ou renouvelés depuis le 1^{er} juillet 2015.

Pour les dix groupements en mesure de transmettre l'information (qui représentent 92 % des personnes protégées), à fin décembre 2019, le nombre de personnes couvertes par un contrat de sortie s'établit à 197 000, soit l'équivalent de 17 %¹³ du nombre de personnes protégées par un contrat ACS (hors contrats de sortie).

La possibilité de souscrire un contrat collectif obligatoire pour les personnes retrouvant un emploi et le renchérissement du coût des contrats (primes et restes à charge), peut limiter le recours aux contrats de sortie. Des groupements évoquent également des contrats dans leur portefeuille plus avantageux en termes de rapport qualité /prix que les contrats de sortie ACS dès lors que l'aide n'est plus applicable.

Certains OC utilisent également le contrat de sortie dans l'attente éventuelle d'une nouvelle attestation ACS pour le renouvellement du contrat.

Le pourcentage de recours varie cependant fortement parmi les groupements : de 1 % à 55 %¹⁴.

Des taux de souscription différenciés peuvent traduire des politiques plus ou moins volontaristes de la part des groupements, mais aussi des difficultés à diffuser l'information dans le cadre de gestions souvent déléguées.

¹² Le taux d'utilisation est calculé sur un mois M de la manière suivante : (nombre de personnes protégées par un contrat ACS sur M) / (nombre de personnes ayant reçu une attestation ACS sur les 12 mois précédents).

¹³ Jusqu'à octobre, ce taux se situait à hauteur 15 % mais il augmente consécutivement à la décade des effectifs protégés pris pour référence dans le calcul.

¹⁴ De 2 % à 35 % jusqu'à octobre 2019 (avant le début de la décade des effectifs protégés débutée en novembre).

1.2.4.4. 98 % des actes dispensés aux personnes couvertes par un contrat ACS sont remboursés dans le cadre du tiers payant intégral

Selon les dernières données transmises par la CNAM, sur le troisième trimestre de l'année 2019, 98 % des actes réalisés auprès des personnes couvertes par l'ACS ont été remboursés dans le cadre du tiers payant intégral (TPI).

Ce taux recouvre des pratiques différentes en fonction des professionnels de santé : il atteint une moyenne de 99 % pour l'ensemble des auxiliaires médicaux et 89 % pour les médecins.

1.3. LES EFFECTIFS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AU DERNIER TRIMESTRE 2019

Si le passage de la CMU-C vers la Complémentaire santé solidaire sans participation (CSS) au 1^{er} novembre 2019 reste quasi transparent pour les organismes gestionnaires et les usagers (mêmes règles d'attribution pour une prestation identique), le passage de l'ACS vers la Complémentaire santé solidaire avec participation (CSSP) représente une véritable mutation, tant pour les usagers que pour les organismes (régimes d'assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires).

Par ailleurs, la fusion de la CMU-C et de l'ACS vers la CSS / CSSP a nécessité pour les régimes et pour les OC une adaptation de leurs systèmes d'information ainsi qu'une transformation de leurs modalités de suivi des attributions et des effectifs. Ces évolutions seront normalement pleinement opérationnelles à compter du deuxième semestre 2020.

Les données actuellement transmises doivent donc être pondérées par deux éléments contextuels : la montée en charge de la CSSP et la période de transition pour les systèmes d'information des régimes.

1.3.1. Les effectifs couverts par la Complémentaire santé solidaire sans participation financière

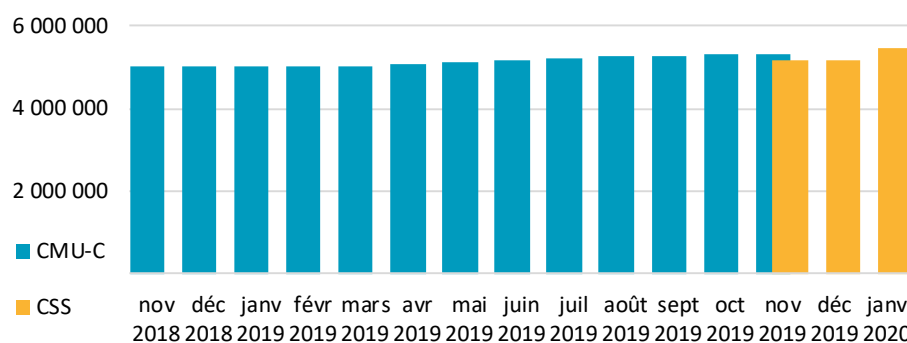
Au régime général, le suivi des effectifs de la CSS est désormais assuré à partir d'une base de données nationale. Parallèlement, la CNAM continue les requêtes au niveau régional de l'ex. CMU-C pendant quelques mois afin de pouvoir valider s'il n'y a pas rupture de série et d'aller également jusqu'aux données définitives du mois d'octobre 2019 pour la CMU-C, qui ne sont connues qu'avec les données du premier passage du mois de janvier 2020. Toutefois, à compter du mois de novembre 2019, les requêtes de l'ex. CMU-C incluent les bénéficiaires de la CSS et de la CSSP sans qu'il soit possible de les distinguer.

Les décomptes portant sur les personnes couvertes à fin de mois, le rapprochement entre les deux modes de suivi reste pertinent pour le mois de novembre, compte tenu de la très faible proportion probable de bénéficiaires de la CSSP sur ce premier mois. En tenant compte de ces limites techniques, et en données provisoires, il reste ainsi possible de mesurer que le delta entre le mois de novembre selon les anciennes modalités de suivi et les nouvelles reste minime avec 5,3 millions de bénéficiaires constatés selon la requête CMU-C et 5,2 millions selon la requête CSS sans participation financière. Ces chiffres seront susceptibles de s'affiner lorsqu'ils seront définitifs.

Le mois de décembre 2019 indique également des effectifs de l'ordre de 5,2 millions, en données provisoires. Le passage vers 5,5 millions de bénéficiaires à fin janvier 2020 doit tenir compte du fait que 58 % du stock des bénéficiaires de la CNDSTI a été intégré au cours du mois. Le solde restant le sera en février. Ainsi, une proportion de 211 500 travailleurs indépendants bénéficiaires de la CMU-C vient compléter le stock du régime général et 155 500 devraient s'y ajouter en février.

Pour l'ensemble des régimes, les effectifs de la CSS sont évalués à 5,7 millions à fin décembre 2019, avec une remontée à 5,8 millions à fin janvier 2020.

• Figure 32 – CMU-C / CSS, évolution des effectifs de novembre 2018 à janvier 2020



Champ : France entière – Source : CNAM

1.3.2. Les effectifs couverts par la Complémentaire santé solidaire avec participation financière

Fin octobre 2019, le nombre de personnes protégées¹⁵ par un contrat ACS s'établissait à 1,3 million pour les ressortissants des trois principaux régimes (CNAM, CNDSTI, CCMSA)¹⁶.

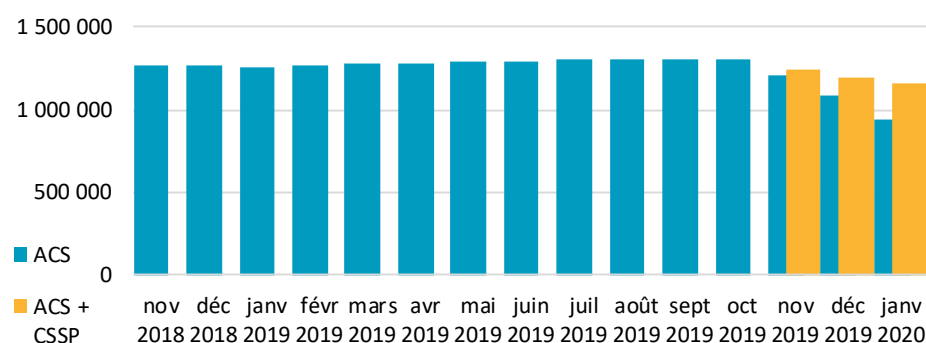
À partir du mois de novembre, le nombre de personnes protégées est calculé en additionnant les contrats ACS en cours¹⁷ et le nombre de contrats de Complémentaire santé solidaire avec participation (CSSP) actifs. Ainsi, à partir des données disponibles, le fonds estime que 1,24 million de personnes sont protégées par un contrat ACS / CSSP à fin novembre 2019, 1,20 million à fin décembre et 1,15 million à fin janvier 2020.

Selon ces premières données, le nombre de personnes protégées par un contrat semble donc baisser fortement par rapport au décompte du mois d'octobre 2019 : - 50 000 à fin novembre 2019, - 100 000 à fin décembre 2019 et - 150 000 à fin janvier 2020.

En première approche, cette baisse pourrait s'expliquer en grande partie par le délai de contractualisation possiblement rallongé, dans un contexte de changement important.

Des données complémentaires fournies par la CNAM montrent en parallèle un nombre important de personnes ayant reçu une attestation et dont la plupart sont en attente de contractualisation : 50 000 à fin novembre, 90 000 à fin décembre et 125 000 à fin janvier. Des échanges avec les OC confirment qu'un rattrapage serait en cours.

• Figure 33 – ACS / CSSP, évolution des effectifs ayant souscrit un contrat de novembre 2018 à janvier 2020



Lecture : Données estimées pour la souscription d'un contrat CSSP – Champ : France entière – Source : CNAM, CCMSA, OC gestionnaires de l'ACS et de la CSSP

¹⁵ La production des données portant sur le nombre de personnes ayant reçu une attestation est tributaire de l'évolution des systèmes d'information des régimes.

¹⁶ Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

¹⁷ Les contrats ACS souscrits en octobre 2019 pourront courir jusqu'à fin octobre 2020.

■ **Indications techniques**

Les chiffres présentés proviennent de trois sources recoupées par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire :

Sur le champ de l'ACS :

- Les 11 groupements gestionnaires de l'ACS auprès desquels le suivi mensuel est poursuivi jusqu'à extinction du dispositif (jusqu'au 31 octobre 2020) ;

Sur le champ de la CSSP :

- La CNAM et la CCMSA (pour la CSSP gérée par les régimes obligatoires) ;
- Les déclarations TSA au titre du 4^{ème} trimestre et les chiffres fournis par un panel de 25 OC représentant environ 75 % des personnes couvertes par un contrat CSSP (pour la CSSP gérée par les OC).

2. La dépense

2.1. VERS UNE STABILISATION DU COUT MOYEN DE LA CMU-C

2.1.1. L'évolution de la dépense en trésorerie

Dans le contexte du passage à la Complémentaire santé solidaire au 1^{er} novembre 2019, le choix a été de fixer les données à fin octobre, en se basant sur des résultats en année complète mobile (ACM). Les régimes ne sont en effet pas en mesure de fournir actuellement des données exactes pour les effectifs et la dépense de la Complémentaire santé solidaire. Toutefois, compte tenu de la continuité entre la CMU-C et la Complémentaire santé solidaire sans participation du point de vue de l'accès aux prestations et de la couverture complémentaire maladie offerte, il reste possible d'évaluer la totalité de la dépense des bénéficiaires de la CMU-C / CSS sur l'exercice 2019, en s'appuyant sur la tendance observée à fin octobre.

Ainsi, la dépense en trésorerie pour l'année 2019 pour les bénéficiaires de la CMU-C / CSS peut être estimée à 2,4 milliards d'euros, sur la base d'une progression de 3 % par rapport à 2018. L'évolution serait essentiellement liée à celle des effectifs, évalués à partir d'une moyenne annuelle de 5,7 millions, dans un contexte de stabilisation de la dépense moyenne par bénéficiaire.

Dans ce cadre, la dépense moyenne par bénéficiaire pourrait être de 413 € pour l'ensemble des bénéficiaires, quel que soit le mode de gestion, avec un coût moyen de 415 € pour le total des trois principaux régimes (CNAM, CNDSSSTI, CCMSA), de 324 € pour les régimes spéciaux et de 394 € pour la gestion par les organismes complémentaires. La dépense totale se répartit entre 92 % pour les régimes et 8 % pour les OC.

2.1.2. La dépense en trésorerie pour les trois principaux régimes

À fin octobre 2019, pour le total du régime général, du régime des indépendants et du régime agricole, la dépense moyenne de la CMU-C sur l'ensemble du territoire atteint 416 €, en progression de 0,4 %. Elle est constituée aux trois quarts de soins de ville et pour un quart de soins à l'hôpital (315 € vs 101 €), avec une progression modérée pour les soins de ville, de 1,1 % et une légère baisse pour l'hôpital, de 1,5 %.

La dépense moyenne en métropole est supérieure de 14 euros à celle des départements d'outre-mer (418 € vs 404 €), avec des contrastes dans la répartition ville / hôpital. Pour les soins de ville, la dépense moyenne en métropole est inférieure de 9 euros à celle des DOM (314 € vs 323 €) alors qu'elle est supérieure de 22 euros pour l'hôpital (104 € vs 82 €).

Dans le contexte du transfert des travailleurs indépendants vers le régime général, il est préférable de ne pas interpréter les évolutions par régime.

• Tableau 7 – Dépense CMU-C pour la CNAM, la CNDSSSTI et la CCMSA, 2019

Coût unitaire en ACM* au 31 octobre 2019 CNAM, CNDSSSTI, CCMSA – Ensemble du territoire					Évolution Coût unitaire – Ensemble du territoire				
Régime	CNAM	CNDSSSTI	CCMSA	Ensemble	Régime	CNAM	CNDSSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	317 €	300 €	278 €	315 €	Ville	0,7%	5,4%	2,5%	1,1%
Hôpital	104 €	67 €	82 €	101 €	Hôpital	-1,8%	3,6%	-0,2%	-1,5%
Total	422 €	367 €	360 €	416 €	Total	0,1%	5,1%	1,8%	0,4%

Coût unitaire en ACM* au 31 octobre 2019 CNAM, CNDSTI, CCMSA – Métropole					Coût unitaire – Métropole – Évolution				
Régime	CNAM	CNDSTI	CCMSA	Ensemble	Régime	CNAM	CNDSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	317 €	298 €	276 €	314 €	Ville	0,9%	5,2%	2,4%	1,2%
Hôpital	107 €	67 €	84 €	104 €	Hôpital	-2,2%	4,1%	0,6%	-1,8%
Total	424 €	364 €	360 €	418 €	Total	0,1%	5,0%	2,0%	0,4%

Coût unitaire en ACM* au 31 octobre 2019 CNAM, CNDSTI, CCMSA – Dom					Coût unitaire – Dom – Évolution				
Régime	CNAM	CNDSTI	CCMSA	Ensemble	Régime	CNAM	CNDSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	322 €	349 €	302 €	323 €	Ville	-0,1%	8,4%	4,1%	0,3%
Hôpital	82 €	66 €	62 €	82 €	Hôpital	2,0%	-5,2%	-15,2%	1,6%
Total	405 €	414 €	365 €	404 €	Total	0,4%	6,0%	0,2%	0,5%

Lecture : ACM : année complète mobile, Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants des régimes dont la CMU-C est gérée par le régime obligatoire, données estimées pour les effectifs 2019. Données en ACM à fin octobre 2019

Sources : CNAM, SLM, CNDSTI, CCMSA

2.1.2.1. Répartition de la dépense agrégée

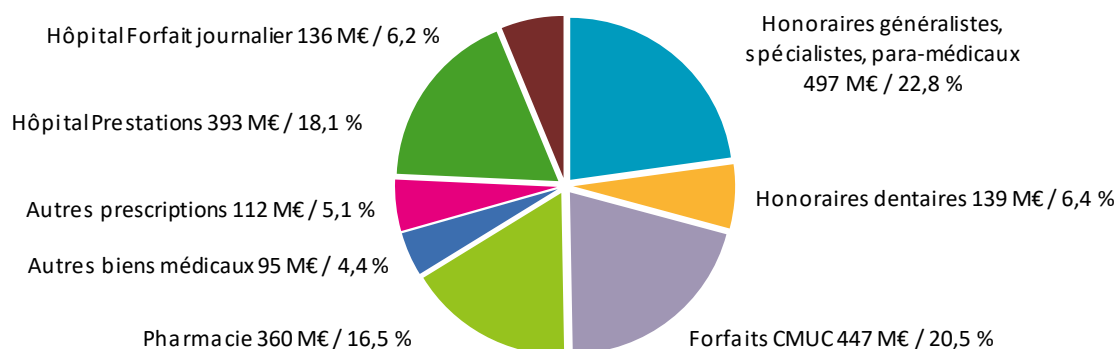
Pour les trois principaux régimes (CNAM, CNDSTI, CCMSA), le total de la dépense pour la part CMU-C est de 2,2 milliards d'euros à fin octobre 2019 (ACM). Un quart de la dépense, 497 M€, concerne les honoraires des médecins généralistes et spécialistes et des professions paramédicales. Viennent ensuite les forfaits CMU-C (prise en charge des montants en sus des tarifs de responsabilité en dentaire, optique et pour les aides auditives) pour un cinquième de la dépense, 447 M€, puis les prestations hospitalières, 18 % pour 393 M€, et les médicaments, 16,5 %, pour 360 M€.

La part prise en charge au titre de l'ensemble des soins dentaires¹⁸, 24,6 % pour un montant de 535 M€, est supérieure de 5,4 points à celle du poste des médicaments.

Les soins dentaires prothétiques et orthodontiques représentent la majeure partie de la prise en charge des forfaits CMU-C :

- prothèses dentaires et orthodontie : 397 M€ / 88,6 % ;
- optique (montures et verres) : 40 M€ / 8,9 % ;
- audioprothèses : 11 M€ / 2,5 %.

Figure 34 – Répartition de la dépense par poste



Champ : France entière

Source : CNAM, SLM, CNDSTI, CCMSA

¹⁸ Total soins dentaires pour la part CMU-C : Ticket modérateurTM + forfaits CMU-C prothèses, + forfaits CMU-C orthodontie

2.1.2.2. Évolution du coût moyen par poste

La dépense moyenne par poste pour les trois principaux régimes n'a progressé que de 0,4 % entre octobre 2018 et octobre 2019, pour un montant de 416 €.

Pour les soins de ville, le montant moyen est de 315 €, en augmentation de 1,1 %.

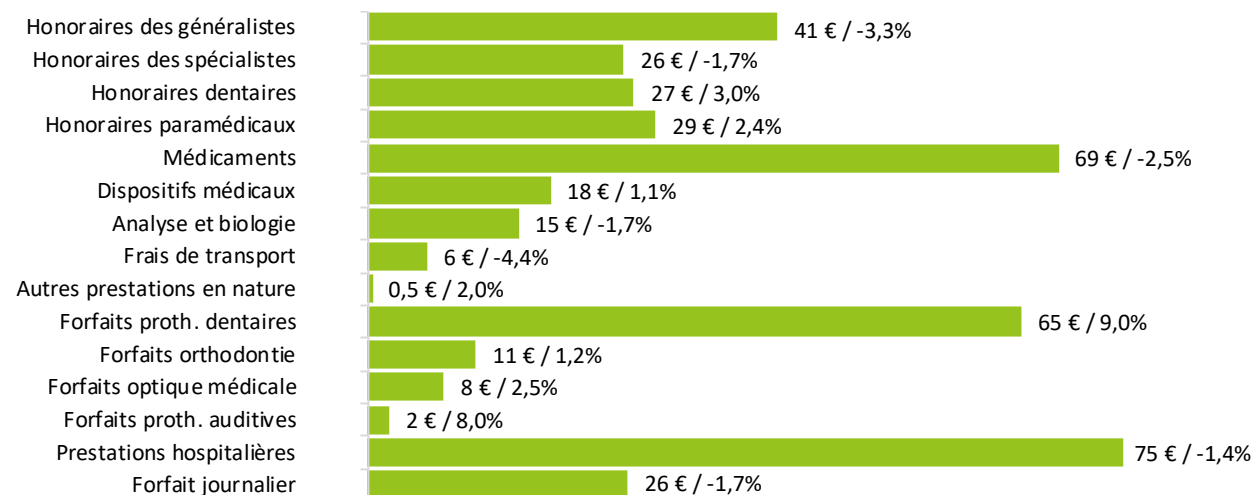
Les soins dentaires représentent un tiers de cette dépense, 102 €, et ils augmentent de 6,5 %, soit un rythme deux fois moindre qu'à fin 2018, 12,1 %. Ce ralentissement marque la fin de la montée en charge de la réforme du panier de soins dentaires prothétiques d'octobre 2017.

Les soins de ville hors dentaire représentent 213 € et ils sont en baisse de 1,4 %. Dans ce cadre, avec un coût moyen de 69 €, les médicaments sont en diminution de 2,5 % et les consultations de médecins, pour un total de 66 €, indiquent un recul de 2,7 %.

Au final, même si la progression de la dépense au titre des soins dentaires ralentit significativement à partir du second semestre 2018, ce sont encore ces soins qui soutiennent l'évolution positive du coût moyen des soins de ville en 2019. Hors dentaire, la dépense moyenne par bénéficiaires pour les soins de ville est en baisse de 1,4 % à fin octobre 2019.

La dépense hospitalière représente un quart du coût moyen, 101 €, et se décompose entre les soins, pour 75 €, et les forfaits journaliers d'hébergement pour 26 €. Ces deux postes sont respectivement en baisse de 1,4 % et de 1,7 %.

• *Figure 35 – Dépense CMU-C, répartition et évolution de la moyenne par poste*

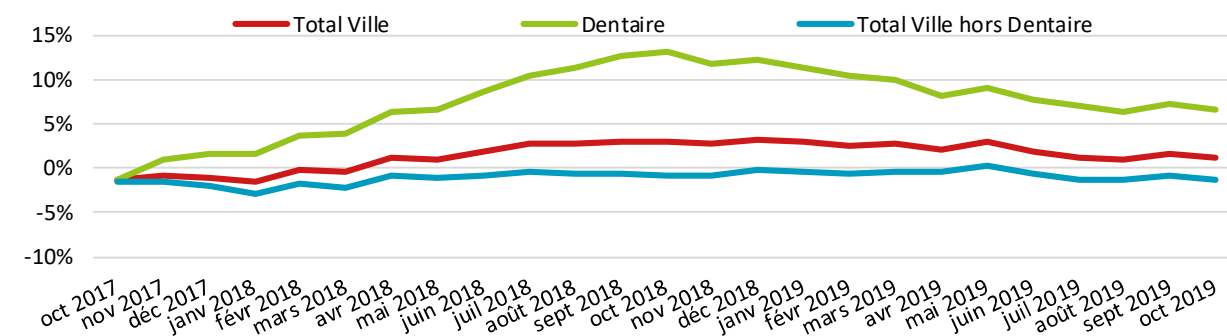


Lecture : données estimées pour les effectifs

Champ : France entière

Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

- Figure 36 – Évolutions de la dépense moyenne par bénéficiaire pour les soins dentaires et les soins de ville hors dentaire

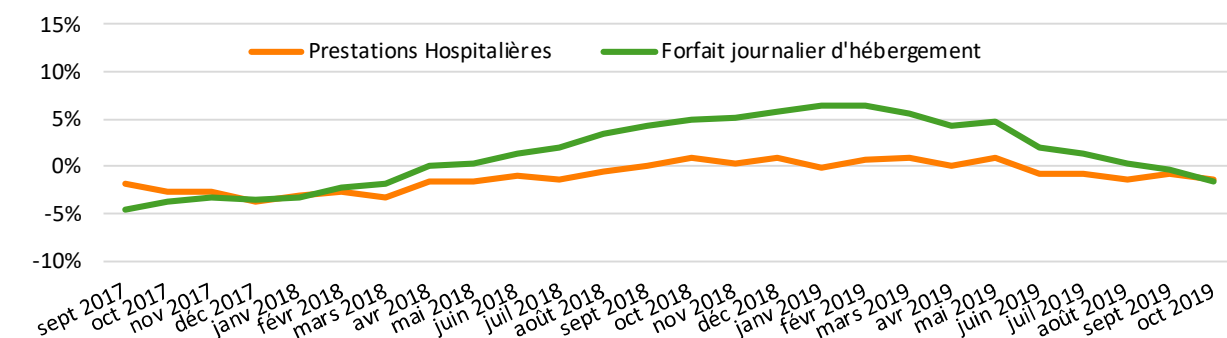


Lecture : soins de ville part TM, forfaits optiques, forfaits audioprothèses / soins dentaires : part TM, forfaits prothétiques, forfaits orthodontiques

Champ : France entière

Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

- Figure 37 – Évolutions de la dépense moyenne par bénéficiaire pour les soins hospitaliers et les forfaits journaliers hospitaliers



Lecture : soins hospitaliers : part TM uniquement

Champ : France entière

Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

2.1.3. La dépense de ville pour la part CMU-C évolue à un rythme proche de celle de la population générale

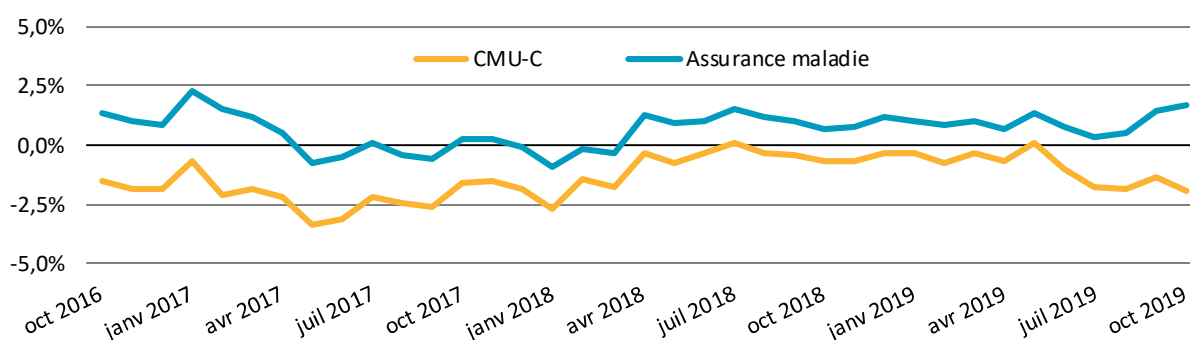
Au premier semestre 2019, l'évolution de la dépense mensuelle en soins de ville pour la CMU-C (ticket modérateur, hors dépassements) a suivi celle de la dépense de ville au titre du ticket modérateur des affiliés à la CNAM, tout en restant inférieure. Cet écart récurrent s'explique par des différences de structures démographiques (la population CMU-C est plus jeune que la population générale).

Toutefois l'écart s'est creusé à partir du mois de juin, concomitamment au ralentissement du coût moyen, lui-même corrélé à l'accélération de l'accroissement du nombre de bénéficiaires au second semestre de l'exercice. Cette évolution fait écho aux constats effectués par l'IRDES lors de sa précédente étude sur l'évolution de la dépense des bénéficiaires de la CMU-C (2017). Une arrivée sensible de nouveaux bénéficiaires de la CMU-C est toujours susceptible d'introduire des populations avec des profils de consommation différents, parallèlement au fait que l'entrée de ces nouveaux bénéficiaires dans les soins longs et coûteux, tels que les soins prothétiques dentaires, ou les hospitalisations pour des soins non urgents se fait toujours progressivement.

Par ailleurs, la mise en place de la nouvelle grille de prise en charge des soins dentaires prothétiques pour les bénéficiaires de la CMU-C au 1^{er} octobre 2017 avait généré un triple effet : rattrapage des soins suspendus en amont de l'application de cette nouvelle mesure ; augmentation de la prise en charge par acte ; éventuellement amélioration du recours. De ce fait, l'évolution du montant moyen du forfait prothétique dentaire avait fortement décroché par

rapport à celle, plutôt stable, des dépassements pour les soins dentaires pour l'ensemble des ressortissants du régime général. L'évolution concernant le forfait CMU-C décélère à partir du mois de novembre 2018 et ce mouvement se prolonge tout au long de l'exercice 2019. L'introduction du 100 % santé générera de nouvelles évolutions pour l'ensemble des populations.

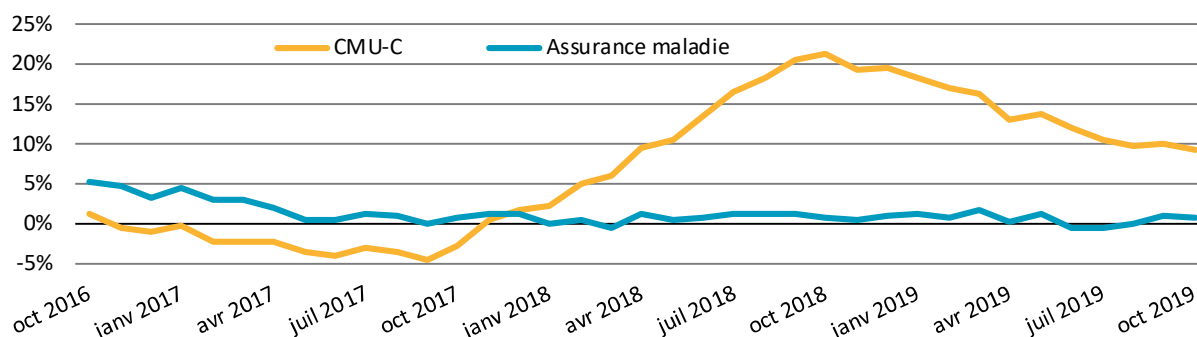
- Figure 38 – Évolutions de la dépense pour la part TM pour l'ensemble des ressortissants de la CNAM et du coût moyen soins de ville pour la CMU-C



Champ : Dépense : 8 principaux postes de soins de ville, TM uniquement ; Population : population de l'ensemble du régime général (non CMU-C et CMU-C) / bénéficiaires de la CMU-C, métropole

Source : CNAM, SNIIRAM, SLM

- Figure 39 – Évolutions de la dépense soins dentaires, pour la part des dépassements pour l'ensemble des ressortissants de la CNAM et du forfait soins prothétiques dentaires pour la CMU-C



Champ : Dépense : Dépassements soins dentaires au régime général / Forfaits CMU-C prothèses dentaires, Population : population de l'ensemble du régime général (non CMU-C et CMU-C) / bénéficiaires de la CMU-C, métropole

Source : CNAM, SNIIRAM, SLM

2.2. L'EFFET POUR LES OC DE LA PRISE EN CHARGE DES DEPENSES CMU-C AU REEL

2.2.1. La situation par rapport au forfait CMU-C

Sur 226 OC inscrits sur la liste des OC gestionnaires de la CMU-C en 2018 et ayant renseigné le tableau récapitulatif annuel pour cet exercice, 202 OC ont déclaré concomitamment des effectifs ainsi qu'un montant de dépenses engagées¹⁹.

¹⁹ 18 OC inscrits la liste des OC gestionnaires de la CMU-C pour 2018 ont déclaré des effectifs sans déclarer un montant de dépense. Par ailleurs, un OC récemment sorti de la liste des OC gestionnaires de la CMU-C peut déclarer des bénéficiaires tout au long de l'exercice qui suit son retrait, ainsi que de la dépense, essentiellement présentée au titre des exercices antérieurs : 13 OC hors liste déclarent des bénéficiaires et de la dépense au titre de 2018 et 3 OC ne déclarent que de la dépense.

Ces 202 OC rassemblent une moyenne annuelle de 520 000 bénéficiaires. Avec une dépense de 205 millions d'euros, le coût moyen pour l'ensemble de ces OC déclarants est de 394 € :

- 127 OC ont une dépense moyenne inférieure au forfait de 408 €, avec un montant moyen global unitaire de 377 €. Ils concentrent les trois quarts des effectifs et de la dépense pour la part CMU-C gérée par des organismes complémentaires ;
- 75 OC déclarent une dépense moyenne supérieure au forfait, avec un montant moyen global unitaire de 446 €. Jusqu'au troisième trimestre 2019, le fonds ne rembourse les dépenses qu'à hauteur du forfait annuel. Le reste à charge total pour ces OC est évalué à 5 millions d'euros. La perte s'échelonne entre 6 €, pour un OC qui ne gère que cinq bénéficiaires de la CMU-C, et 690 000 €, pour un OC gérant 42 900 bénéficiaires.

• **Tableau 8 – Répartition des OC selon la position de leur coût moyen par rapport au forfait de 408 € en 2018**

		en milliers		en millions d'euros			
Forfait	Nb OC	Effectifs	Dépense	Assiette	Assiette – Dépense	Coût moyen	
<= 408 €	127	393	148	198	50	377 €	
> 408 €	75	127	57	52	-5	446 €	
Total	202	520	205	250	45	394 €	

Note de lecture : l'assiette correspond au montant maximum de la dépense remboursable (assiette = effectifs annuels moyens * forfait annuel).

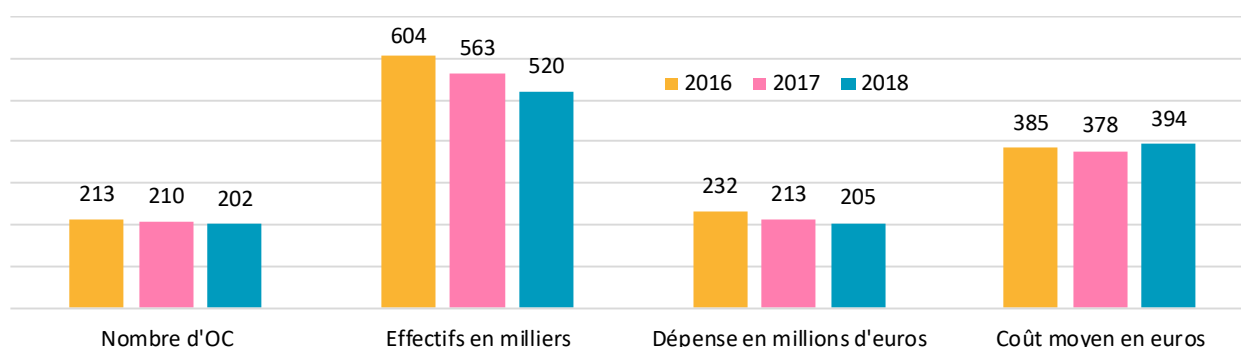
La dépense est la dépense totale engagée par l'organisme complémentaire.

Champ : France entière

Source : OC, tableau récapitulatif annuel 2018

Entre 2016 et 2018, le nombre d'OC inscrits sur la liste des OC gestionnaires de la CMU-C et ayant renseigné le tableau récapitulatif annuel de l'année y afférent a peu diminué, de neuf organismes. En revanche, le nombre de bénéficiaires a baissé de 14 % et la dépense de 12 %. Le coût moyen a été de 385 € en 2016, il a baissé en 2017, avec 378 € pour augmenter à nouveau sensiblement, de 4 %, en passant à 394 € en 2018. Ce mouvement du coût moyen en 2018 est à rapprocher de celui des régimes avec une reprise de la progression de 3 %²⁰, en lien avec l'augmentation de la dépense pour les forfaits prothétiques dentaires.

• **Figure 40 – Évolutions pour les OC gérant la CMU-C, de 2016 à 2018**



Champ : France entière

Source : OC, tableau récapitulatif annuel 2018

2.2.2. La distribution par nombre de bénéficiaires

Les trois quarts des 520 000 bénéficiaires de la CMU-C, déclarés concomitamment avec de la dépense dans les tableaux récapitulatifs, se concentrent sur 16 OC, dont un OC rassemble à lui seul un quart des bénéficiaires. Le coût

²⁰ Progression du coût moyen entre 2017 et 2018 pour le total des trois principaux régimes : CNAM, CNDSTI, CCMSA

moyen pour ces 16 organismes est de 390 €, soit 18 € de moins que le forfait de 408 €. À l'inverse, les 141 OC qui gèrent moins de 1 000 bénéficiaires ne rassemblent que 4 % des bénéficiaires. Le coût moyen pour cette catégorie d'organismes à faibles effectifs est de 415 €, soit 7 € de plus que le forfait de 408 €. En règle générale il est plus difficile aux organismes qui gèrent peu de bénéficiaires de la CMU-C de mutualiser les dépenses. Un petit groupe de personnes présentant de forts besoins de soins peut suffire pour que le coût moyen dépasse le montant forfaitaire fixé annuellement. Pour autant, le montant unitaire moyen de 394 € calculé pour l'ensemble des OC reste inférieur de 19 € aux 415 € obtenus en 2018 pour l'ensemble des trois principaux régimes (CNAM, CNDSSSTI, CCMSA).

- *Tableau 9 – Distribution des OC gestionnaires de la CMU-C par tranche d'effectifs de bénéficiaires de la CMU-C en 2018*

Tranche	Nb OC	en milliers	en millions d'euros		Coût moyen	% OC	% Bénéf.	% Dépense
		Effectifs	Dépense	Montant remboursé				
[1 – 1 000[	141	22	9	8	415 €	69,8%	4,2%	4,4%
[1 000 – 5 000[	45	100	40	38	404 €	22,3%	19,3%	19,8%
[5 000 – 25 000[	11	134	52	52	390 €	5,4%	25,8%	25,6%
[25 000 – 100 000[	4	131	52	52	399 €	2,0%	25,2%	25,6%
[100 000 – 150 000]	1	132	51	51	381 €	0,5%	25,5%	24,7%
Total	202	520	205	200	394 €	100,0%	100,0%	100,0%

Champ : France entière

Source : OC, tableau récapitulatif annuel 2018

2.3. DES CREDITS D'IMPOTS ACS A HAUTEUR DE 393 MILLIONS D'EUROS AU TITRE DE 2019

2.3.1. La dépense totale

Le montant total des crédits d'impôts ACS déclarés par les organismes complémentaires (OC) au titre de 2019 est de 393 M€²¹.

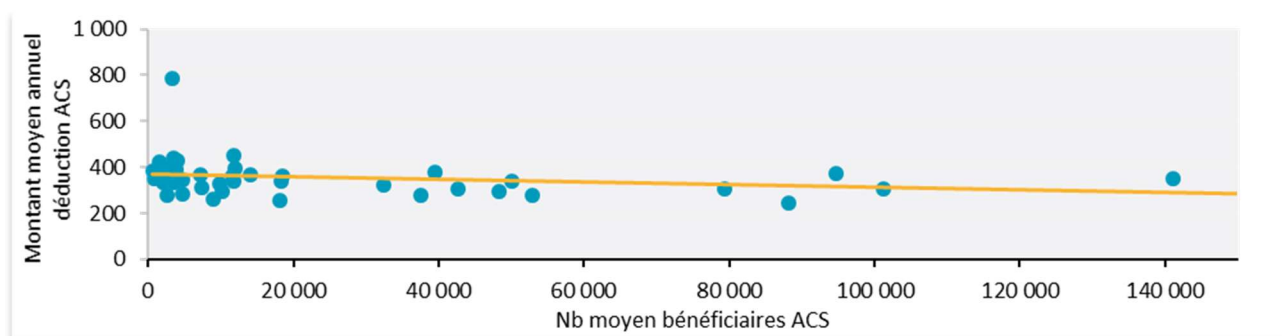
Il s'agit de dépenses de nature très différentes par rapport à la CMU-C ou à la CSS puisque l'une consiste à prendre en charge une partie du financement des primes des contrats de complémentaire santé (remboursement des chèques ACS) tandis que les autres visent à financer les dépenses de complémentaire santé des bénéficiaires (CMU-C et CSS).

2.3.2. Un montant moyen de la déduction par bénéficiaire en hausse

Le montant moyen annuel de la déduction ACS s'élève à 320 € par personne couverte en 2019 contre 314 € en 2018.

Une certaine dispersion est cependant constatée autour de cette moyenne comme en atteste la figure ci-dessous reprenant la situation des 50 OC couvrant le plus grand nombre de bénéficiaires. Toutefois, plus le nombre de personnes couvertes est important, plus la moyenne de l'OC converge vers la moyenne générale.

- *Figure 41 – Déductions moyennes ACS en 2019 par OC (50 redevables déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires)*

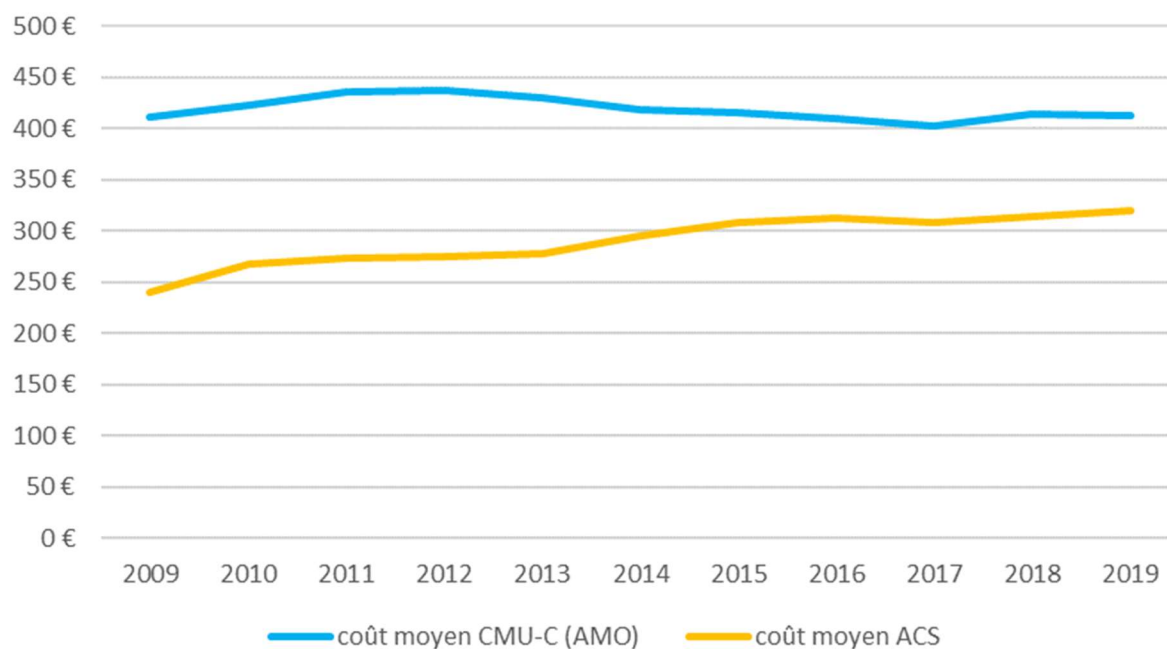


Champ : 50 redevables de la TSA ayant déclaré le nombre de bénéficiaires de l'ACS le plus élevé en 2019

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 19 février 2020

²¹ Quatre déclarations initiales de TSA en 2019 : elles feront l'objet d'ajustements dans le cadre du tableau récapitulatif annuel 2019 (TR 2019) à déclarer en juin 2020

- Figure 42 – évolution comparative du coût moyen ACS et du coût moyen CMU-C



Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA, télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 19 février 2020,

III. La préparation et l'accompagnement de la réforme des dispositifs

1. Le fonds, acteur pivot de la réforme de la Complémentaire santé solidaire

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire concourt à la préparation et à l'instruction des réformes des dispositifs d'aide à l'accès aux soins et de leur financement. Il évalue *ex ante* et *ex post* l'incidence des mesures dans toutes leurs dimensions (financières, pour les assurés, en gestion) ainsi que leurs effets sur les activités du fonds. Il met en place les moyens pour suivre la montée en charge des réformes.

1.1. L'APPUI A LA DEFINITION DU NOUVEAU DISPOSITIF

Dans les dernières éditions du rapport annuel sur l'ACS, le fonds a mis en évidence les apports de la réforme de 2015 mais a également souligné les limites du dispositif notamment :

- un recours à l'ACS faible et nettement inférieur à celui observé pour la CMU-C ;
- des restes à payer sur le prix du contrat élevés pour les bénéficiaires plus âgés ;
- des restes à charge conséquents sur certains types de soins ;
- des contrats présentant un équilibre technique fragile.

Ces constats ont conduit le fonds à proposer une transformation de l'ACS. Dans le rapport d'évaluation de 2018, le fonds a en effet préconisé d'offrir aux bénéficiaires de l'ACS une couverture santé aussi protectrice que la CMU-C, sans reste à charge sur leurs dépenses de santé²².

Par son expertise sur les dispositifs d'aide à l'accès aux soins, le fonds a été l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics pour préparer la réforme de la Complémentaire santé solidaire.

Sollicité en amont dès l'étude d'opportunité de la réforme, le fonds a mené plusieurs analyses, comme l'estimation a priori des perdants et des gagnants de la réforme et la constitution de nombreux cas-types. Il a également mobilisé des données pour les évaluations réalisées par le DREES et la DSS à destination des ministres.

Le fonds a été consulté lors de l'élaboration des textes législatifs et réglementaires définissant le nouveau dispositif et son fonctionnement. Il a pu également recourir à son réseau de partenaires pour instruire des questions pratiques en vue de la réforme.

1.2. LA PREPARATION DE LA MISE EN ŒUVRE ET DU SUIVI DE LA REFORME

■ La préparation de la mise en œuvre de la réforme

Une fois la réforme adoptée, le fonds s'est efforcé d'identifier les activités qui seraient impactées par le nouveau dispositif. Il a ainsi mis en place un suivi des actions à engager, par le fonds seul ou en lien avec d'autres partenaires, pour la mise en œuvre de la réforme. Plusieurs de ces actions sont décrites dans les paragraphes suivants.

Tout au long de la préparation, il a participé aux réunions opérationnelles avec les diverses parties prenantes : la DSS, les régimes d'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires, l'ACOSS.

■ La préparation du suivi de la montée en charge de la réforme et de l'évaluation du nouveau dispositif

Le fonds a travaillé très en amont avec les régimes et les OC pour définir les données nécessaires au suivi statistique de la Complémentaire santé solidaire. Pour le suivi de la montée en charge, il a élargi l'observatoire territorial de la dépense à 7 CPAM supplémentaires pour renforcer le suivi des effectifs, à la fois sur le plan quantitatif en élargissant la représentativité de l'échantillon, mais également sur le plan qualitatif en ajoutant de nouveaux critères sur les

²² Proposition n°12 – Rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité – P. Denormandie, M. Cornu-Pauchet

populations étudiées. Le fonds a également créé un observatoire composé de 25 organismes complémentaires pour le suivi des bénéficiaires ayant choisi de faire gérer leur complémentaire santé par un organisme privé.

Par ailleurs, les études financées par le fonds en 2019 ont été réalisées en vue de la mise en place du nouveau dispositif. Elles ont permis de faire un état des lieux des dispositifs d'accès aux soins avant la réforme et constituent un point de repère pour évaluer les impacts de la Complémentaire santé solidaire sur le profil des bénéficiaires, ainsi que sur leur accès aux droits et aux soins.

Enfin, le fonds est chargé de réaliser l'évaluation ex-post de la réforme. Conformément à l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale, le fonds établit un rapport annuel faisant notamment apparaître le nombre et l'âge des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires, l'évolution du montant des cotisations sur laquelle est assise la taxe solidarité additionnelle et l'évolution des dépenses de santé prises en charge par la Complémentaire santé solidaire. Le premier rapport sera remis au Parlement avant le 15 novembre 2020.

2. L'inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la Complémentaire santé solidaire

Comme la CMU-C, la Complémentaire santé solidaire peut être gérée, au choix de l'assuré, soit par son organisme d'assurance maladie soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste tenue par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire.

Conformément aux articles L. 861-7, R. 861-19 et suivants, les organismes complémentaires d'assurance maladie souhaitant participer à la Complémentaire santé solidaire doivent s'inscrire auprès du fonds.

Les demandes d'inscription sont adressées au fonds, qui a pour mission d'établir et de diffuser la liste des organismes participants. En cas de manquement à leurs obligations, les organismes en cause peuvent être radiés par la direction du fonds.

2.1. LA CAMPAGNE D'INSCRIPTION DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Pour la gestion de la CMU-C, une liste existait déjà et était reconduite automatiquement chaque année au 1^{er} janvier, avec prise en compte des éventuelles demandes d'inscriptions ou de retraits adressées avant le 1^{er} novembre de l'année précédente. La Complémentaire santé solidaire étant un nouveau dispositif, une campagne d'inscription a été lancée auprès de l'ensemble des organismes complémentaires (478). D'une part, il n'était pas possible de considérer que l'ensemble des gestionnaires de la CMU-C allaient vouloir participer au nouveau dispositif. D'autre part, l'absence de démarches de la part d'un organisme pour se retirer de la liste ne pouvait pas être interprétée comme une volonté de gérer la Complémentaire santé solidaire. Il fallait que la participation à la Complémentaire santé solidaire soit exprimée de manière explicite.

La mise en œuvre de la campagne d'inscription a nécessité, d'une part, d'en informer les organismes complémentaires et, d'autre part, de revoir le modèle de la déclaration de participation pour l'adapter au nouveau dispositif.

2.1.1. L'information des organismes complémentaires

L'information des organismes complémentaires a été faite en plusieurs étapes au premier semestre 2019.

Lors de la première semaine de mars, des courriers ont été envoyés à l'ensemble des organismes redevables de la TSA, qu'ils soient ou non gestionnaires de la CMU-C et de l'ACS. L'objectif était de les informer en avance de phase de la réforme à venir et de réaliser un sondage sur leur intention de participation au nouveau dispositif. 28 % des organismes complémentaires interrogés ont répondu au sondage. 65 % d'entre eux envisageaient de participer à la Complémentaire santé solidaire et par conséquent de s'inscrire sur la nouvelle liste. Il s'agissait pour la plupart d'organismes déjà gestionnaires de la CMU-C et de l'ACS.

En juin, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire et la Direction de la Sécurité sociale ont envoyé un courrier à l'ensemble des organismes complémentaires d'assurance maladie pour préciser les modalités de la réforme (après parution des divers textes réglementaires) et transmettre la déclaration de participation. Ainsi, les organismes pouvaient renvoyer la déclaration complétée par mail ou par courrier au fonds, au plus tard le 31 juillet 2019.

Un accusé de réception a été adressé par le fonds à l'ensemble des organismes demandant à s'inscrire.

À l'issue de la période d'inscription, le fonds a confirmé aux organismes leur inscription et leur a précisé la marche à suivre. Les organismes non inscrits ont également reçu un courrier leur indiquant leurs obligations vis-à-vis de leurs adhérents et assurés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.

Le fonds a en outre répondu à des interviews, fait des interventions auprès d'organismes et participé à des réunions tout au long de l'année 2019, dans le but de présenter et d'expliquer le nouveau dispositif.

Parallèlement à ces actions, le site du fonds a mis à disposition des organismes complémentaires une information actualisée sur la réforme de la Complémentaire santé solidaire. Une foire aux questions a notamment été mise en place dès mars 2019, afin d'apporter des réponses sur le nouveau dispositif à venir, sur ses modalités et sur ses conséquences pour les organismes complémentaires et pour les assurés. Le fonds a veillé à mettre en ligne quasiment en temps réel des informations qui n'étaient pas disponibles ailleurs. En cela, le site du fonds a constitué une source de renseignements indispensable à la préparation et à la mise en œuvre opérationnelle de la réforme. L'équipe du fonds s'est par ailleurs rendue disponible par mail ou téléphone pour répondre aux interrogations des organismes dans les meilleurs délais.

2.1.2. La nouvelle déclaration de participation à la protection complémentaire en matière de santé

L'arrêté du 2 avril modifiant l'arrêté du 20 octobre 2010 a fixé le modèle de déclaration de participation à la protection complémentaire en matière de santé (la Complémentaire santé solidaire). Ce document avait été préparé en amont par le fonds, la CNAM, la CCMSA et la DSS.

La déclaration de participation comporte l'ensemble des engagements que l'organisme complémentaire doit respecter une fois inscrit, les conditions dans lesquelles il peut être radié par décision de la direction du fonds, la procédure à suivre afin de se retirer de la gestion du dispositif ainsi que la liste des informations qu'il doit communiquer au fonds et mettre à jour à chaque modification (*cf. infra*).

L'obligation de communiquer un certain nombre d'informations au fonds constitue une nouveauté. Le fonds pouvait déjà être destinataire de ces informations mais de manière plus informelle, au bon vouloir de chaque organisme, ce qui ne permettait pas une gestion optimale de la liste des organismes participant au dispositif.

2.2. LES INFORMATIONS CENTRALISEES PAR LE FONDS

Pour que leur inscription soit valable, les organismes complémentaires doivent désormais transmettre au fonds les informations suivantes : dénomination de l'organisme, siège social, implantation, numéros NOEMIE, coordonnées pour la gestion des dossiers des bénéficiaires la Complémentaire santé solidaire, coordonnées pour la gestion statistique de la Complémentaire santé solidaire, coordonnées pour les questions relatives aux déclarations de TSA. Dès qu'une modification survient, ils doivent la déclarer au fonds.

Ces informations ont pour but de faciliter la gestion quotidienne de la Complémentaire santé solidaire par les organismes de sécurité sociale, en même temps qu'elles permettent au fonds d'exercer ses missions (gestion de la liste, suivi statistique, vérification des déclarations) dans les meilleures conditions.

Le fonds est le centralisateur de ces informations. Il en communique une partie à l'assurance maladie obligatoire : les numéros NOEMIE et les coordonnées des personnes en charge de la gestion des contrats de Complémentaire santé solidaire. Ainsi, les organismes d'assurance maladie ont connaissance du bon numéro à utiliser et peuvent joindre l'organisme en cas de difficultés. Le fonds centralise également les contacts de référence de chaque organisme d'assurance maladie, afin que les organismes complémentaires puissent avoir, eux aussi, un interlocuteur technique dédié.

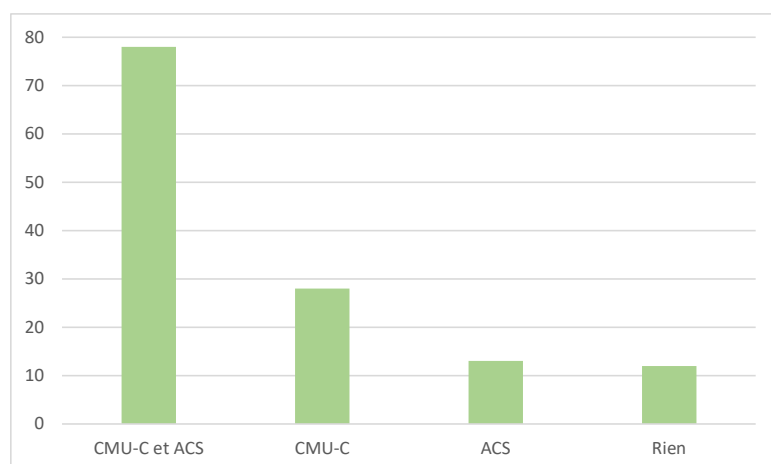
Dès qu'un organisme informe le fonds d'un changement dans sa dénomination, dans son adresse ou dans les informations fournies à l'inscription, le fonds procède à la mise à jour de la liste et renvoie les bonnes informations à l'assurance maladie obligatoire. De nombreux changements sont intervenus en 2019, surtout à partir du 1^{er} novembre 2019. Le fonds a mis à jour régulièrement la liste afin de communiquer aux organismes de sécurité sociale les nouvelles données dans les plus brefs délais. La réactivité du fonds est essentielle pour le bon fonctionnement de la Complémentaire santé solidaire.

2.3. LES CARACTERISTIQUES DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES INSCRITS

À fin décembre 2019, 131 organismes complémentaires sont inscrits pour gérer la Complémentaire santé solidaire.

85 % des organismes inscrits sont des mutuelles et 15 % des entreprises d'assurances. 60 % géraient déjà la CMU-C et l'ACS, 21 % ne géraient que la CMU-C, 10% ne géraient que l'ACS et 9 % ne géraient aucun dispositif.

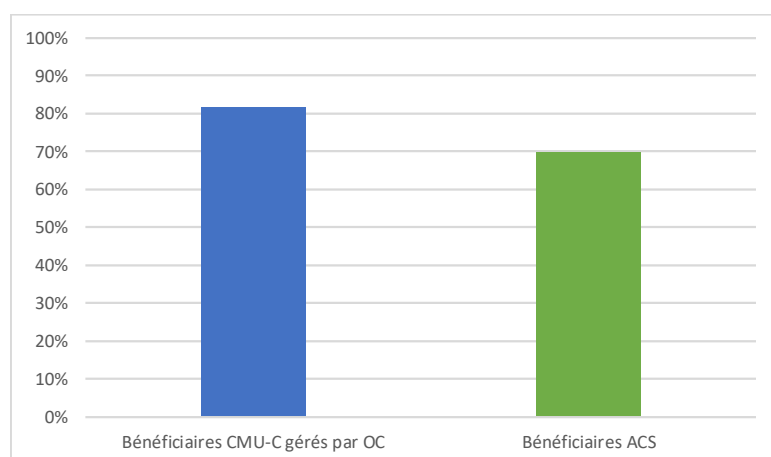
■ Figure 43 –Nombre d'organismes inscrits selon leur gestion précédente



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Si le nombre d'organismes inscrits a été divisé par deux par rapport à la liste précédente, ceux qui se sont inscrits représentent tout de même une grande partie des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. En effet, sur la base des données issues de la déclaration récapitulative annuelle de TSA (Tableau Récapitulatif 2018), les organismes inscrits représentent 82 % des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un organisme complémentaire et 70 % des bénéficiaires de l'ACS.

■ Figure 44 –Part de bénéficiaires CMU-C²³ et de bénéficiaires ACS gérés par les organismes inscrits



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire et TR 2018

²³ Parmi les bénéficiaires ayant choisi un organisme complémentaire pour gérer leur CMU-C

Ces chiffres montrent qu’une minorité de bénéficiaires doivent changer d’organisme gestionnaire, ce qui est de nature à limiter les ruptures de droits. La campagne d’information à destination des organismes complémentaires est une réussite, dans la mesure où les organismes qui géraient la majorité des bénéficiaires ont décidé de se réengager en faveur de la solidarité. De plus, il faut prendre en compte que certaines règles et modalités techniques ont été stabilisées tardivement, ce qui a pu être de nature à limiter le nombre d’inscriptions, les organismes n’ayant pas eu connaissance, avant la fin des inscriptions, d’éléments leur paraissant essentiels.

La gestion du dispositif est nationale. Tous les organismes doivent donc accepter les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire qui les désignent, quelle que soit leur situation géographique. Toutefois, contrairement à l’ACS, il n’y a pas d’obligation pour les organismes de justifier d’implantations couvrant l’ensemble du territoire ce qui signifie donc que certains organismes peuvent ne proposer qu’un point d’accueil sur tout le territoire. À l’inverse, d’autres peuvent en avoir plusieurs centaines. Outre les disparités relatives au nombre de points d’accueil constatées entre les organismes, il existe des disparités de l’offre selon les départements. Des assurés peuvent donc ne pas avoir de point d’accueil à proximité de leur lieu de vie. Cela peut constituer un problème pour ceux d’entre eux qui souhaitent pouvoir rencontrer un interlocuteur et qui considèrent que la proximité géographique facilite leur accès au droit et à l’information.

3. La modification des modalités de remboursement des dépenses

La réforme des aides à la complémentaire santé a emporté des modifications dans les modalités de financement des dispositifs : à compter du dernier trimestre 2019, les dépenses de Complémentaire santé solidaire ont ainsi été remboursées « au réel » sans application d'un plafond. Par ailleurs les participations dues par les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation ont été soustraites des dépenses de soins facturées au fonds. Des frais de gestion forfaitaires sont en outre désormais pris en charge par le fonds au titre des bénéficiaires de la CSSP qui ont souscrit cette couverture auprès d'un OC.

Cette évolution a concerné l'ensemble des gestionnaires - les caisses des régimes de base et les organismes complémentaires inscrits sur la liste des OC habilités – et nécessité une évolution des modalités de remboursement des dépenses par le fonds. En application de son plan de maîtrise des risques, le fonds a également souhaité ajuster les modalités de versement de la recette qui lui est affectée.

3.1. LA REVISION DES CONVENTIONS FINANCIERES AVEC LES REGIMES DE BASE

3.1.1. De nouvelles modalités de remboursement fixées par décret

L'article 52 de la LFSS pour 2019 a fixé de nouvelles modalités de remboursement des dépenses par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire :

- remboursement au réel par le fonds des sommes correspondant à la prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire des dépenses au titre de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière (CSS) et des dépenses au titre de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière (CSSP) ;
- minoration des factures adressées par les régimes à hauteur du montant des participations financières dues par les bénéficiaires de la CSSP.

Pris pour l'application de la LFSS pour 2019, le décret n°2019-623 du 21 juin 2019²⁴ a modifié les articles D. 821-1 et suivants du code de la sécurité sociale pour tirer les conséquences de ces nouvelles modalités de calcul et de remboursement du montant dû aux organismes gestionnaires. Il a fixé notamment les principes suivants :

- déclaration du nombre des bénéficiaires arrêté au dernier jour de chaque trimestre - alors que les effectifs retenus correspondaient précédemment à ceux du deuxième mois du trimestre avant la réforme ;
- versements trimestriels par le fonds sur la base de factures adressées le dernier jour du mois qui suit chaque trimestre par la CNAM et la CCMSA.

Le décret est entré en vigueur au 1^{er} novembre 2019 mais les nouvelles modalités de remboursement se sont appliquées à l'ensemble du 4^{ème} trimestre 2019. S'agissant du remboursement des trois premiers trimestres 2019, le décret a prévu d'appliquer les dispositions antérieures sur la base d'un forfait annuel de remboursement proratisé. En application de ce décret, les remboursements par le fonds des dépenses engagées par la CNAM, la CNDSTI et la CCMSA courant 2019 ont donc fait intervenir successivement deux mécanismes différents.

Le décret a fixé la date de régularisation au titre de 2019 au 15 février 2020 au plus tard sur la base d'un état adressé au plus tard le 31 janvier par la CNAM, la CNDSTI et la CCMSA.

²⁴ Décret n° 2019-623 du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en oeuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

3.1.2. La signature d'avenants aux conventions financières passées avec la CNAM et la CCMSA

Les remboursements par le fonds des dépenses de CMU-C prises en charge par les régimes d'assurance maladie sont régis par dix conventions²⁵ signées en 2014 avec la CNAM, la CCMSA, la CNDSSSTI et les sept régimes spéciaux. Ces conventions définissent les modalités de détermination du montant des versements et des régularisations, les états justificatifs à produire et le calendrier d'envoi des annexes comptables et statistiques.

Des avenants 2019 ont modifié certains articles des conventions passées avec la CNAM, la CCMSA et la CNDSSSTI²⁶ et précisé les modalités de détermination des montants dus par le fonds au titre de l'année 2019.

Afin de veiller à la qualité de ses comptes, le fonds a demandé aux régimes d'opérer une répartition des dépenses facturées entre les deux dispositifs : Complémentaire santé solidaire sans participation et Complémentaire santé solidaire avec participation financière. En attendant l'adaptation des systèmes d'information de la CNAM et de la CCMSA, ces dépenses ont été réparties par application de clés statistiques reposant sur la répartition des bénéficiaires entre les deux dispositifs communiquée par les régimes.

Les premiers remboursements des dépenses de CSS et CCSP prises en charge par le régime général et les régimes agricoles au titre de 2020 auront lieu en mai 2020. De nouvelles conventions prises en application du décret du 21 juin 2019 seront signées en 2020.

S'agissant des régimes spéciaux, le remboursement des dépenses est opéré une fois par an au mois de juillet. Les conventions passées avec ces régimes sont également en cours de révision pour prendre en compte les nouvelles modalités de remboursement.

3.2. LA MODIFICATION DES REGLES DECLARATIVES DES OC

3.2.1. Un circuit de remboursement identique

En ce qui concerne les organismes complémentaires, le circuit de prise en charge des crédits d'impôt ACS²⁷, des dépenses au titre de la CMU-C et, depuis le 1^{er} novembre 2019, de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière n'a pas été modifié : les charges correspondantes sont déduites par les organismes complémentaires des montants dus au titre de la TSA chaque trimestre.

Le remboursement des dépenses par le fonds ne donne donc concrètement pas lieu à un versement par le fonds mais à un moindre encaissement.

3.2.2. La modification du portail déclaratif TSA

Jusqu'au 3^{ème} trimestre 2019, la « déduction » au titre de la CMU-C a été calculée - comme pour les régimes obligatoires - sur la base des 9/10^{èmes} du quart du forfait annuel.

Afin de tenir compte des nouvelles règles de remboursement introduites à compter du 4^{ème} trimestre 2019 par le décret n° 2019-623 du 21 juin 2019, le fonds a contribué, en lien avec la DSS et l'ACOSS, à la conception du nouveau portail déclaratif TSA.

Cette nouvelle version du portail prévoit de nouvelles rubriques déclaratives correspondant :

²⁵ En application de l'article D. 862-7 du code de la sécurité sociale

²⁶ En raison de l'intégration des travailleurs indépendants au régime général, les versements au titre des dépenses prises en charge par la CNDSSSTI ont été opérés auprès de la CNAM et régis par l'avenant 2019 à la convention passée avec la CNAM.

²⁷ Les organismes complémentaires devront continuer de gérer l'ACS jusqu'à la fin du droit en cours. Ainsi en cas de souscription ou de renouvellement avant le 31 octobre 2019, les contrats ACS peuvent courir jusqu'au 31 octobre 2020.

- aux dépenses de Complémentaire santé solidaire sans participation au titre du 4^{ème} trimestre 2019 avec décompte des effectifs au 31 décembre 2019²⁸ et déplaçonnement des dépenses engagées ;
- aux dépenses de Complémentaire santé solidaire avec participation avec décompte des effectifs au 31 décembre 2019, déplaçonnement des dépenses engagées, application d'un forfait au titre des frais de gestion²⁹ et prise en compte du montant des participations financières appelées ;
- aux crédits d'impôt ACS avec la distinction entre deux situations³⁰ : prise en compte de déductions ACS complètes pour les bénéficiaires encore présents à la fin du trimestre et de déductions ACS partielles pour les bénéficiaires ACS présents au dernier jour du deuxième mois du trimestre mais ayant quitté le dispositif dans le courant du dernier mois du trimestre.

Le portail déclaratif au titre du tableau récapitulatif 2019³¹ a également été modifié pour tenir compte de ces nouvelles modalités de remboursement.

3.3. LA MODIFICATION DES MODALITES D'AFFECTATION DES RECETTES EN TRESORERIE

3.3.1. Un ajustement nécessaire du mécanisme de versement de la TSA

En 2018 et 2019, les acomptes de TSA crédités sur le CSF ont été déterminés à partir des prévisions de dépenses de CMU-C du projet de loi de financement de la sécurité sociale (annexe 8 au PLFSS). Ces prévisions étaient relativement robustes.

À compter de 2020, plusieurs éléments introduisent des aléas forts sur l'exercice de prévision :

- incertitude liée à la dynamique de montée en charge de la nouvelle Complémentaire santé solidaire en termes d'effectifs ;
- absence de visibilité sur la part des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière (CSSP) qui choisiront les CPAM et les MSA comme gestionnaires ;
- suppression du plafond de remboursement des dépenses (remboursement au réel) et incertitude sur l'évolution de ces dernières notamment dans le contexte de la mise en place du 100 % santé et suite à l'ouverture du panier de soins CMU-C aux actuels bénéficiaires de l'ACS.

À la suite de la mise en place du mécanisme de remboursement au réel des dépenses engagées par la CNAM et la CCMSA au titre de la Complémentaire santé solidaire et afin de ne pas exposer le fonds à un risque financier infra-annuel, ce dernier a donc souhaité ajuster les acomptes trimestriels de TSA au plus près de ses besoins, *ie.* en tenant compte, chaque trimestre, des dépenses réelles facturées par les régimes d'assurance maladie.

3.3.2. La signature d'un avenant à la convention ACOSS/Fonds de la Complémentaire santé solidaire de 2017

Un avenant à la convention 2017 a été signé avec l'ACOSS pour déterminer les nouvelles modalités de versement de la TSA. En application de cet avenant, les montants des acomptes trimestriels de TSA 2020 seront déterminés par le

²⁸ Et non plus au dernier jour du 2^{ème} mois du trimestre.

²⁹ Le forfait trimestriel est fixé à 8 € pour 2019 et 2020.

³⁰ Le décompte des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire s'apprécie au dernier jour du trimestre tandis que le décompte des bénéficiaires de l'ACS s'apprécie au dernier jour du deuxième mois du trimestre. Pour éviter une double prise en compte des assurés basculant de l'ACS à la Complémentaire santé solidaire le dernier mois du trimestre, le formulaire dissocie deux situations : la déduction ACS complète et la déduction ACS partielle.

³¹ Les tableaux récapitulatifs annuels 2019 et 2020 maintiennent la faculté de déclarer le crédit d'impôt ACS pour les seuls contrats encore en cours.

fonds en fonction du montant des dépenses trimestrielles facturées par les régimes d'assurance maladie et de ses propres besoins de fonctionnement.

L'opération au crédit du compte CSF du fonds sera positionnée en même date de valeur que le versement au profit de la CNAM et de la CCMSA, soit le 15 du deuxième mois du trimestre.

4. L'information et l'accompagnement des usagers

4.1. LES DIFFÉRENTES COMMUNICATIONS AUX USAGERS

La réforme de la Complémentaire santé solidaire concerne en premier lieu les assurés en situation de précarité. Elle concerne près de 6 millions de bénéficiaires CMU-C et bénéficie aussi à des publics qui cumulent des facteurs de vulnérabilité et de surmorbidity (handicap, précarité, vieillissement), mais ne remplissent pas les conditions de ressources pour accéder à l'ancienne CMU-C : la majorité des titulaires de l'AAH, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité en situation de pauvreté, les retraités modestes qui perçoivent l'ASPA ou le minimum vieillesse. L'extension de la protection complémentaire en matière de santé à ces publics a pour objectif de leur offrir une couverture santé sur un large panier de soins sans restes à charge sur leurs dépenses de santé. Outre l'amélioration de la prise en charge des soins, cette mesure se veut source de simplification dans les démarches d'accès au droit et, vise une augmentation sensible du taux de recours.

La campagne de communication nationale menée fin 2019 par les pouvoirs publics, la CNAM, la MSA et le fonds avait pour but de présenter ces avantages pour les dix à douze millions d'assurés concernés par la réforme. Elle avait aussi pour objectif de rassurer les assurés sur certains points et d'expliquer les conséquences concrètes du passage à la Complémentaire santé solidaire. Notamment, certains assurés doivent payer plus cher leur contrat avec la Complémentaire santé solidaire par rapport à ce qu'ils devaient payer avec l'ACS. L'augmentation des frais pour la souscription d'un contrat peut constituer un réel obstacle. Il était donc important de rappeler que l'absence de reste à charge sur les soins vient, dans la majorité des cas, à minima compenser cette augmentation de dépense immédiate. S'agissant des bénéficiaires de la CMU-C, même si la réforme ne change rien en pratique pour eux, il a fallu leur expliquer que la CMU-C est devenue la Complémentaire santé solidaire (avec un changement de nom sur les différents documents).

La campagne de communication nationale a été menée entre le 15 octobre et la fin de l'année 2019, à travers différents médias. Le fonds a participé à l'élaboration du dossier de presse et a relayé les documents et la vidéo sur son site.

Il a également accompagné individuellement les assurés par téléphone et par mail, dès le deuxième trimestre 2019. Il a mis en ligne une information grand public à destination des assurés, qu'ils soient bénéficiaires à l'époque de la CMU-C, de l'ACS ou d'aucun dispositif. Ces accompagnements ont aussi bénéficié aux associations, professionnels de santé, organismes complémentaires et organismes d'assurance maladie qui se posaient des questions sur le nouveau dispositif.

En complément, tout au long de l'année 2019, le fonds a répondu à des interviews et à des demandes de journalistes, a fait des interventions auprès d'associations et d'organismes complémentaires pour présenter le nouveau dispositif et ses impacts. Pour le fonds, il était indispensable que ces acteurs soient sensibilisés et préparés aux changements, dans la mesure où ils sont amenés quotidiennement à accompagner les assurés dans leurs démarches.

4.2. L'ÉVOLUTION DU SITE INTERNET POUR INFORMER LES USAGERS

Le site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire est un espace d'information très consulté par les assurés (cf. *infra* partie VIII-1). Il comporte à la fois une présentation des différents dispositifs ainsi que des documents utiles.

En cohérence avec la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, le fonds a fait évoluer son site. En septembre 2019, il a obtenu l'agrément pour avoir un nom de domaine gouv.fr. www.cmu.fr est donc devenu www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr. Le contenu du site a également été entièrement revu pour tenir compte de la nouvelle législation et des règles associées. La transformation du site a été profonde puisqu'elle a consisté en une mise à jour de l'ensemble des pages et, pour certaines d'entre elles, d'une restructuration.

Dès mars 2019, le fonds a mis en ligne une foire aux questions afin d'anticiper les demandes des assurés et de leur apporter des réponses concrètes sur les conséquences de la réforme.

En outre, l'ensemble des ressources utiles aux assurés et des documents pratiques sont disponibles sur le site du fonds.

Il s'agit par exemple des formulaires de demande pour la PUMA, l'AME ainsi que la nouvelle version du formulaire pour demander la Complémentaire santé solidaire (qui a été homologuée en octobre), de la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire, d'un modèle de courrier pour demander la dispense d'adhésion au contrat de complémentaire santé d'entreprise, du tableau des plafonds de ressources et des forfaits logement, des tableaux des prestations prises en charge par la Complémentaire santé solidaire, etc.

Ces documents étaient déjà en ligne avant la réforme mais ont été mis en avant à l'occasion de la refonte du site internet, permettant un accès plus simple et rapide aux ressources utiles.

5. De premières remontées de terrain après trois semaines de mise en oeuvre

Trois semaines après le démarrage de la Complémentaire santé solidaire, Emmanuelle Fontaine Domeizel, présidente du Conseil de surveillance du fonds de la Complémentaire santé solidaire et la Direction du fonds ont souhaité recueillir les premières observations de CPAM et CAF sur le terrain.

Les rencontres ont eu lieu dans l'Aude (CAF et CPAM de Carcassonne), dans les Alpes de Haute Provence (CAF et la CPAM de Manosque) et dans les Bouches du Rhône (Agence CPAM de Marseille) en lien avec les Députées des territoires concernés (Mireille Robert, Emmanuelle Fontaine Domeizel et Claire Pitollat). Une rencontre avec les associations représentantes des personnes en situation de précarité a aussi eu lieu dans l'Aude.

- *Figure 45 – des caisses mobilisées dans l'amélioration de l'accès aux droits*



De gauche à droite et de haut en bas : CAF de Carcassonne, CAF de Carcassonne, CPAM de Carcassonne, CPAM de Manosque, CAF de Manosque, CPAM de Marseille

Les échanges ont couvert l'ensemble des questions posées par la mise en place de la Complémentaire santé solidaire : qu'elles portent sur l'accueil de la réforme par les assurés ou sur la mise en œuvre opérationnelle de ce nouveau dispositif par les organismes. Ces visites ont permis de constater que les caisses d'assurance maladie gèrent le déploiement de la Complémentaire santé solidaire et l'accompagnement des bénéficiaires avec agilité, même si des marges de progression sont identifiées par les agents des caisses pour garantir le bon déploiement du dispositif.

Ainsi, l'effet positif de la campagne de communication nationale et la lisibilité du dispositif ont été mis en avant par les différents gestionnaires qui soulignent l'intérêt accru pour le dispositif de la part des assurés et la nette simplification du parcours d'accès aux droits.

En revanche, les caisses locales relèvent que l'appropriation du dispositif par les assurés repose sur des efforts de pédagogie de proximité axée sur les avantages de la réforme. Ce point est particulièrement prégnant pour les anciens bénéficiaires de l'ACS qui ne reçoivent plus matériellement de chèque ACS et qui doivent de surcroît, pour une partie d'entre eux, d'abord s'acquitter d'une cotisation supérieure à ce qu'ils devaient payer dans le cadre de l'ACS avant de bénéficier d'un reste à charge zéro sur les frais de santé.

Les agents ont fait état d'une instruction des droits facilitée par les mesures de simplification mises en œuvre en 2018 (suppression de pièces justificatives). Certains ont cependant regretté le manque de formation et d'informations en amont de la réforme, en particulier dans les CAF qui sont les premières interlocutrices des allocataires de l'AAH éligibles à la nouvelle couverture complémentaire et où la formation n'avait pas encore eu lieu.

IV. La mission d'analyse des dispositifs

1. Les modalités d'analyse

1.1. LES DIFFERENTS RAPPORTS DU FONDS

Dans le cadre de sa mission d'analyse des dispositifs, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire produit plusieurs rapports.

Ces rapports sont envoyés aux administrations, aux partenaires du fonds (associations, caisses nationales, fédérations, organismes complémentaires, etc.) et aux journalistes.

Ils sont également disponibles en version dématérialisée sur le site du fonds et accessibles à tous.

1.1.1. Les rapports d'évaluation

En application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 modifié, le Gouvernement présente, tous les quatre ans, au Parlement un rapport d'évaluation de la loi instituant la couverture maladie universelle. Avant le 1^{er} novembre 2019, ce rapport devait être présenté tous les deux ans. L'élaboration des huit derniers rapports d'évaluation a été confiée au Fonds de la Complémentaire santé solidaire.

Ce document dresse un état des lieux des dispositifs et contient un ensemble de propositions et de pistes de travail dans la perspective d'améliorer le fonctionnement et l'accès à la protection complémentaire en matière de santé.

Les partenaires du Fonds de la Complémentaire santé solidaire (associations, caisses nationales, fédérations, organismes complémentaires, etc.) sont sollicités pour contribuer à la réalisation de ce rapport.

1.1.2. Les rapports annuels d'activité

Le rapport d'activité du Fonds de la Complémentaire santé solidaire reprend les éléments quantitatifs et qualitatifs relatifs aux dispositifs. Il présente l'activité du fonds ainsi que les éléments budgétaires et financiers de l'exercice.

Les rapports annuels d'activité sont approuvés par le conseil d'administration et présentés au conseil de surveillance pour avis.

1.1.3. Les rapports annuels sur l'ACS

Jusqu'au 1^{er} novembre 2019, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire avait pour mission d'élaborer un rapport annuel sur l'ACS.

Prévu par l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, ce rapport présentait chaque année une analyse du prix et du contenu des contrats ACS, ainsi que des éléments sur le profil des bénéficiaires et sur leurs dépenses de santé (analyse des restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire). Ce rapport était remis au Parlement par le Gouvernement.

Le dernier rapport ACS a été publié en décembre 2019. Il dresse le bilan du dispositif depuis sa création en 2004.

1.1.4. Les rapports sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C

Prévu par l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019, ce rapport présentait chaque année la dépense moyenne de santé par bénéficiaire, au titre de la CMU-C. L'analyse était faite pour les régimes obligatoires et les organismes complémentaires.

Le dernier rapport relatif à la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C portera sur 2018 et sur les trois premiers trimestres 2019. Il sera remis au Parlement en novembre 2020.

1.1.5. Les rapports annuels sur la Complémentaire santé solidaire

Prévu par l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale, ce rapport fait apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière ainsi que l'évolution du montant des cotisations d'assurance maladie complémentaire, et du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes. L'analyse est faite pour les régimes obligatoires et les organismes complémentaires.

Le premier rapport sera rendu public et remis au Parlement en novembre 2020.

1.1.6. Les rapports d'études et de recherche

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire publie également les résultats des études réalisées en collaboration avec différents partenaires (DREES, IRDES, EN3S, ODÉNORE, CRÉDOC, Défenseur des Droits, organismes complémentaires, associations, caisses d'assurance maladie, etc.).

1.2. LE PILOTAGE DES TRAVAUX D'ETUDES ET DE RECHERCHE

Dans le cadre de ses missions d'analyse des dispositifs d'aide à la complémentaire santé et outre les analyses statistiques qu'il peut mener directement, le fonds établit un programme pluriannuel d'études destinées à éclairer la mise en œuvre de la CMU-C, de l'ACS et la Complémentaire santé solidaire dans leurs aspects financiers, sanitaires et sociaux. Le fonds s'appuie ainsi pour partie sur les conclusions de ces études pour formuler des préconisations en vue d'améliorer l'accès aux droits et aux soins.

En termes de méthodologie, ces études pilotées par le fonds couvrent un large spectre : il s'agit à la fois d'enquêtes quantitatives pour disposer d'informations statistiques fiables, d'enquêtes qualitatives approfondies pour comprendre un phénomène, de travaux de recherche sociologiques ou économiques, etc. Ces travaux sont menés avec l'appui de chercheurs ou d'instituts d'étude et parfois en collaboration avec d'autres partenaires comme des CPAM, des associations ou des étudiants de l'EN3S.

L'année 2019 a été marquée par l'aboutissement de plusieurs travaux d'études et de recherche qui ont permis d'établir un bilan de la CMU-C et de l'ACS dans la perspective de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire :

- l'enquête sur la non-utilisation des chèques ACS, réalisée par le COMPAS, bureau d'étude spécialisé dans l'observation sociale des territoires, en partenariat avec les CPAM de l'Orne, du Gard, de Seine-Saint-Denis et de Seine-et-Marne ;
- l'enquête « Conditions de vie et aspirations des français » du CRÉDOC avec une analyse spécifique sur les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS et l'introduction de questions relatives aux interlocuteurs privilégiés en cas de difficulté de santé (professionnel libéral, hôpital, centre de santé, etc.) et aux pratiques d'automédication ;
- le testing national mesurant le refus de soins discriminatoire à l'égard des bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C dans trois spécialités médicales (gynécologie, chirurgie dentaire, psychiatrie) co-financé avec le Défenseur des droits ;
- les premiers résultats de la recherche de la chaire Santé Dauphine portant sur le lien entre l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C et l'offre de soins des médecins libéraux.

Pour constituer le programme d'études prévisionnel 2020, le fonds a recueilli au cours du premier trimestre 2019 des propositions d'études/recherches auprès des membres du conseil de surveillance. Le programme d'études prévisionnel a ensuite été présenté pour avis lors de la séance du 13 juin 2019 du conseil de surveillance, l'appréciation des coûts se faisant dans un second temps par la direction du fonds. Cette nouvelle démarche de co-construction du programme d'études s'inscrit pleinement dans les attributions du conseil de surveillance.

2. Suivre et analyser le non-recours au droit

2.1. UN TAUX DE NON-RECOURS PERSISTANT MALGRE LES ACTIONS MISES EN OEUVRE

La DREES évalue la population éligible à la CMU-C et à l'ACS vivant dans un ménage ordinaire et en métropole. Le 11 décembre 2019, elle a présenté l'estimation pour 2018 et a revu celles des années 2016 et 2017. Les chiffres pour les années 2016 et 2017 ont été recalculés avec la version du modèle Ines la plus récente (modèle « figé 2018 ») par rapport à la note précédente parue le 4 octobre 2018.

Les estimations sont présentées sous forme d'intervalles afin de rendre visible leur imprécision. Ces intervalles ne constituent pas des intervalles de confiance au sens probabiliste.

■ Population éligible à la CMU-C

En 2018, la population éligible à la CMU-C en métropole est comprise entre 6,5 et 7,7 millions de personnes. Avec une moyenne mensuelle de 4,4 millions de bénéficiaires³², le taux de recours au dispositif se situe entre 56 % et 68 %, correspondant à un taux de non-recours compris entre 32 % et 44 %.

■ Population éligible à l'ACS

Le nombre de personnes éligibles à l'ACS en métropole se situe entre 3,1 et 4,4 millions de personnes en 2018. Avec une moyenne mensuelle de 1,4 million de bénéficiaires³³ d'attestations ACS, le taux de recours en 2018 - y compris les bénéficiaires de contrats collectifs - se situe entre 33 % et 47 %. Si l'on considère que les personnes couvertes par un contrat collectif obligatoire³⁴ ne sont pas éligibles, le taux de recours en 2018 se situe entre 43 % et 62 %, correspondant à un taux de non-recours compris entre 38 % et 57 %.

■ Tableau 10 – Taux de recours à la CMU-C et à l'ACS entre 2016 et 2018

	2016	2017	2018
Taux de recours à la CMU-C			
Borne inférieure	53%	53%	56%
Borne supérieure	64%	64%	68%
Taux de recours à l'ACS y compris bénéficiaires de contrats collectifs			
Borne inférieure	29%	32%	33%
Borne supérieure	42%	45%	47%
Taux de recours à l'ACS hors bénéficiaires de contrats collectifs			
Borne inférieure	36%	42%	43%
Borne supérieure	52%	60%	62%

Sources : Insee, ERFS 2014 actualisé 2016, ERFS 2015 actualisé 2017, ERFS 2016 actualisé 2018 ; modèle Ines 2018, calculs Drees.
Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage ordinaire dont la personne de référence n'est pas étudiante.

³² Ce chiffre correspond au nombre de bénéficiaires de la CMU-C en métropole auquel est appliqué un coefficient de réfaction de 11 % pour tenir compte du pourcentage estimé de personnes vivant en ménage ordinaire dans cette population (référence : part des bénéficiaires du RSA qui vivent dans des ménages ordinaires)

³³ Ce chiffre correspond au nombre de bénéficiaires de l'ACS en métropole auquel est appliqué un coefficient de réfaction de 7 % pour tenir compte du pourcentage estimé de personnes vivant en ménage ordinaire (référence : part des bénéficiaires de la prime d'activité (non bénéficiaires du RSA) qui vivent dans des ménages ordinaires)

³⁴ On estime à 20 % en 2016 et à 24 % en 2017 et 2018 la part des bénéficiaires d'un contrat collectif parmi les personnes du premier quintile de niveau de vie (dont les revenus correspondent approximativement aux personnes éligibles à l'ACS).

2.2. LES FACTEURS DE NON-UTILISATION DES ATTESTATIONS ACS

En 2019, le taux d'utilisation des attestations ACS s'établit à 77 % et est stable depuis plusieurs années. Dans le cadre du rapport annuel sur l'ACS, le fonds a démontré que l'utilisation des attestations est croissante avec l'âge et varie selon les départements, de 54 % à 86 % selon les données de l'année 2018.

Afin d'approfondir la question des attestations non utilisées, le fonds a fait appel au COMPAS, spécialisé dans l'observation sociale des territoires, pour réaliser une étude au niveau des départements du Gard, de l'Orne, de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis, en partenariat avec les CPAM concernées. L'objectif était de mieux connaître les non-utilisateurs et leurs motifs, vérifier s'ils connaissaient les avantages associés à l'ACS, mettre en évidence des facteurs susceptibles d'expliquer la non-utilisation et identifier les pratiques d'accompagnement des CPAM.

L'étude s'est appuyée sur les personnes ayant eu un accord ACS entre juillet et novembre 2017, et n'ayant pas utilisé l'attestation chèque pour souscrire un contrat de complémentaire santé dans le délai des 6 mois imparti.

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

À travers ces trois phases, différents facteurs de non-utilisation des attestations chèques ACS ont été mis en évidence : des facteurs exogènes à l'ACS et des facteurs endogènes liés aux particularités de l'ACS.

Les résultats de ces travaux seront utiles pour l'analyse du recours à la Complémentaire santé solidaire avec participation financière dès lors que ce dispositif requiert également plusieurs étapes avant l'ouverture du droit

2.2.1. Les facteurs exogènes au dispositif, contribuant à la non-utilisation des attestations ACS

■ L'âge

L'étude confirme que les jeunes utilisent moins leur attestation ACS du fait de leur situation instable et précaire. En fonction du territoire, entre 32 % et 57 % des jeunes âgés de 16 à 24 ans bénéficiaires d'une attestation ne l'utilisent pas, alors que cette part oscille entre 7,5 % et 27 % chez les 60 ans et plus³⁵. La situation plus stable des personnes âgées au niveau familial et économique (retraités avec des revenus réguliers) et leurs besoins en santé plus importants expliquent l'utilisation plus fréquente de l'attestation chèque ACS. Les jeunes générations précaires sont quant à elles dans des situations plus instables autant d'un point de vue familial (mise en couple, séparation, divorce, arrivée d'enfants) qu'économique (alternant des périodes d'emploi et de chômage).

■ La situation familiale

Les personnes seules sans enfant à charge sont surreprésentées parmi les bénéficiaires ayant souscrit un contrat ACS tandis que les couples avec enfant à charge et les familles monoparentales sont nombreux parmi les bénéficiaires non couverts par un contrat ACS. Le reste à payer sur la prime du contrat ACS et l'instabilité socio-économique en sont les principaux motifs.

■ L'emploi et la situation professionnelle

L'accès à l'emploi est un facteur déterminant de la non-utilisation de l'attestation ACS. Les salariés sont davantage couverts par la mutuelle collective de leur entreprise : ces bénéficiaires n'utilisent pas leur attestation pour être couverts par un contrat ACS. Parmi les personnes au chômage, la majorité n'a pas de complémentaire santé. Les taux d'utilisation du chèque ACS sont très faibles pour les salariés et les demandeurs d'emploi comparés aux personnes retraitées et aux personnes en invalidité.

³⁵ Les modalités de calcul du taux de non utilisation employées dans l'étude sont différentes de celles utilisées par le fonds.

■ Les difficultés linguistiques

La barrière de la langue constitue un frein supplémentaire pour certains publics et augmente la complexité de leurs démarches administratives.

L'information diffusée au moment de l'envoi de l'attestation ACS est d'autant plus difficile à comprendre lorsque les bénéficiaires rencontrent des difficultés de lecture. La part de la population immigrée, qui peut rencontrer davantage de difficultés de compréhension de la langue française notamment administrative, est beaucoup plus importante en région parisienne.

■ La fracture numérique et l'illectronisme³⁶

Les difficultés d'utilisation d'internet sont des freins limitant l'accès aux droits en général et l'utilisation de l'attestation ACS en particulier, dès lors que les démarches doivent se faire en ligne.

De nombreux assurés ne possèdent pas de smartphone, rencontrent des problèmes de connexion et/ou sont dans l'incapacité de réaliser leurs démarches via Internet. L'envoi du chèque ACS en dématérialisé, sur le compte Ameli, constitue un frein supplémentaire : une fois le compte créé, les bénéficiaires ne le consultent pas systématiquement et peuvent oublier qu'ils ont reçu un message contenant leur attestation-chèque.

2.2.2. Les facteurs endogènes au dispositif, contribuant à la non-utilisation des attestations ACS

■ La complexité du dispositif et des démarches administratives

La complexité des démarches administratives à réaliser pour être couvert par un contrat ACS est un frein à l'usage de l'attestation ACS. Tout d'abord, les courriers adressés par les CPAM semblent complexes et difficiles à comprendre pour les assurés. De plus, les bénéficiaires de l'ACS rencontrent des difficultés pour choisir leur organisme complémentaire et le type de contrat. Tout cela est amplifié par la contrainte de renouveler régulièrement la demande pour pouvoir bénéficier de nouveau de l'ACS.

■ Les différentes pratiques d'accompagnement de la part des CPAM

Les méthodes d'accompagnement des professionnels des CPAM sont hétérogènes.

Dans le Gard, plusieurs actions proactives sont menées par la CPAM pour simplifier les démarches des bénéficiaires du chèque ACS : après chaque notification, un appel direct est planifié pour présenter l'ACS et ses avantages, un rendez-vous en accueil peut également être proposé à cette occasion. L'objectif de ce dernier est de faciliter le choix de l'organisme complémentaire en apportant un conseil. Enfin, des opérations de phoning sont réalisées auprès des personnes passées en accueil et ayant juste reçu une information sur l'ACS ou auprès des personnes qui disposaient de la CMU-C sans renouvellement de leur droit.

Dans les autres caisses, les démarches proactives, en prise de contact direct, étaient au moment de l'étude réalisées uniquement par les agents PFIDASS mais cela ne concernait que les assurés ayant renoncé aux soins. Ces diverses méthodes et pratiques d'accompagnement des CPAM influent sur le taux de non-utilisation de l'attestation chèque ACS.

³⁶ Illectronisme est le terme désormais retenu pour nommer l'illettrisme numérique, à savoir la difficulté à utiliser internet dans la vie de tous les jours. Le phénomène n'est pas anecdotique puisqu'il concerne un quart des Français ; et près d'un tiers vont jusqu'à renoncer à se connecter d'après l'étude « L'illectronisme en France » de 2018 du Syndicat de la Presse Sociale (SPS) et l'institut CSA.

■ Le manque d'information sur le dispositif en entreprise et parmi les professionnels de santé

Les bénéficiaires regrettent que les entreprises ne connaissent pas ou très peu le dispositif et l'utilisation de l'attestation ACS : elles ignorent souvent la possibilité qu'ont les bénéficiaires de l'ACS de résilier leur complémentaire santé collective pour prendre un contrat ACS. De ce fait, les bénéficiaires sont contraints de garder leur couverture santé collective avec la frustration de ne pas pouvoir utiliser leur attestation ACS.

Certains professionnels de santé, les médecins généralistes en particulier, ne connaissent pas le dispositif de l'ACS et les bénéficiaires expriment un sentiment de culpabilité quand ils sont confrontés à des professionnels peu informés. Certains bénéficiaires doivent avancer les frais de consultation ; d'autres se voient facturer des dépassements d'honoraires. Ceci est cohérent avec les résultats du dernier testing, financé par le fonds et le Défenseur des droits, qui mettent en évidence des refus de soins discriminatoires plus fréquents vis-à-vis des bénéficiaires de l'ACS que des bénéficiaires de la CMU-C (*cf.* partie 3.5)

3. Suivre et analyser les conditions d'accès aux soins

3.1. L'AMÉLIORATION PROGRESSIVE DE L'ACCES FINANCIER AUX SOINS POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS

Dans le cadre du dernier rapport annuel sur l'ACS, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a sollicité la DREES pour étudier l'évolution du niveau de couverture des contrats ACS à la suite des différentes réformes intervenues depuis 2013. L'effet de ces réformes est mesuré en mobilisant une méthode de classement des contrats reposant sur le calcul d'un score, compris entre 0 et 1, qui reflète le niveau de prise en charge du contrat pour un cas type de consommation de bénéficiaire à l'ACS.

Les changements successifs de législation analysés sont les suivants :

- l'interdiction de dépassements d'honoraires pour les consultations de médecins, à partir de février 2013 (opposabilité des tarifs) ;
- la mise en place de trois contrats socles A, B et C, suite à l'appel d'offres de juillet 2015 ;
- l'introduction de tarifs plafonnés opposables pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale, à partir du 1^{er} octobre 2017.

Les niveaux de prise en charge sont présentés pour les différents contrats ACS en proportion des personnes couvertes, afin de décrire les effets des différentes évolutions législatives sur la distribution des personnes couvertes par l'ACS. Les contrats ACS 2013 sont ceux proposés par les organismes complémentaires antérieurement à chacune des réformes mentionnées. Les contrats de l'année 2014, proposés par les organismes complémentaires, sont ceux dont disposaient les bénéficiaires de l'ACS en 2014, incluant l'effet du bénéfice de l'opposabilité des tarifs pour les consultations de médecins. Les contrats de 2016 font suite à la réforme de l'ACS de juillet 2015, qui met en place trois types de contrats A, B et C. L'opposabilité sur les tarifs des consultations est toujours prise en compte. Les scores des contrats de 2018 intègrent enfin, en plus du passage à trois contrats et de l'opposabilité sur les consultations, la mise en place de tarifs plafonds pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale à compter d'octobre 2017.

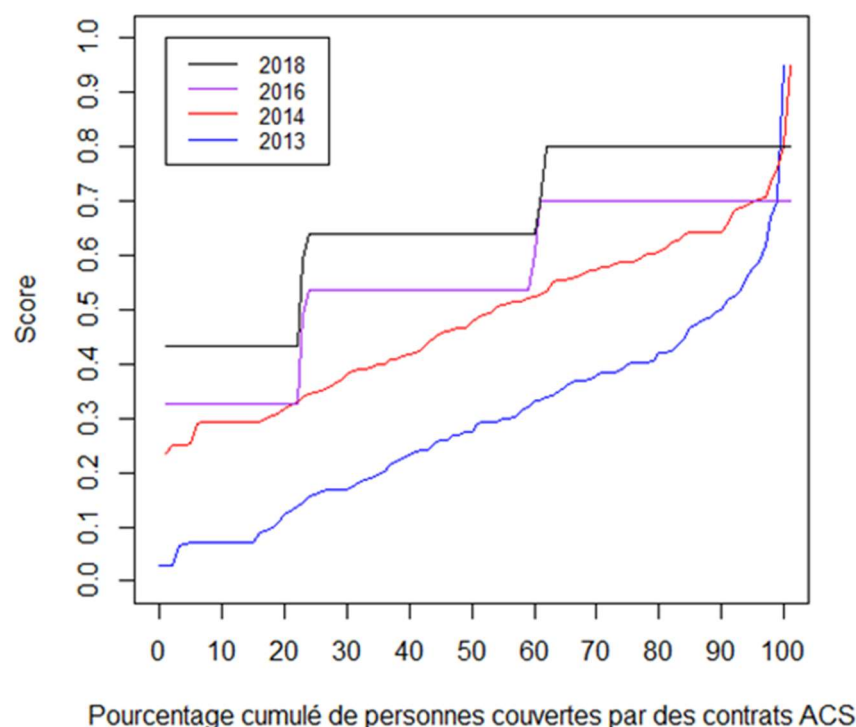
Chacune de ces réformes a amélioré le niveau de couverture des bénéficiaires de l'ACS en diminuant le reste à charge auquel ils peuvent être exposés (opposabilité et tarifs plafonds) ou en améliorant les garanties qu'ils ont souscrites (passage à trois contrats).

L'effet le plus net est celui de l'interdiction de dépassements d'honoraires pour les consultations des médecins. Alors qu'en 2013, 40 % des personnes couvertes par un contrat ACS disposaient d'un très faible niveau de couverture (score inférieur à 0,2), en 2014, tous les contrats ACS offraient un niveau de couverture supérieur (score supérieur à 0,25).

Avec la réforme de juillet 2015 et le passage à trois contrats, une amélioration significative de la couverture a été observée car les bénéficiaires de l'ACS ont très majoritairement choisi des contrats B et C, plus couvrants.

Enfin, l'application des tarifs plafonds pour les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dentofaciale a amplifié ce constat : elle a permis d'atteindre des niveaux de prise en charge élevés, notamment pour le contrat C (score de 0,8).

■ Figure 46 – Distribution du score des contrats des personnes couvertes par l'ACS tenant compte des évolutions législatives successives de 2013 à 2018



2013	2014	2016	2018
Avant réformes	Opposabilité sur les consultations de médecins (1)	(1) + Appel d'offre ACS : passage à 3 contrats (2)	(1) + (2) + Opposabilité sur les soins dentaires prothétiques

Note de lecture : Le score est compris entre 0 (niveau de couverture des restes à charge nul après intervention de l'assurance maladie obligatoire) et 1 (niveau maximal, soit une couverture sans restes à charge).

En 2018, 23 % des bénéficiaires de contrat ACS en 2018 possèdent un contrat dont le score s'élève à 0,43.

En 2013, la moitié des bénéficiaires d'un contrat ACS disposaient d'un contrat au score inférieur ou égal à environ 0,3. En 2018, après réformes, la moitié des bénéficiaires étaient couverts par un contrat de score supérieur à 0,65.

Champ : Contrats ACS 2013, 2014, 2016 et 2018, avant/après mise en place de tarifs opposables sur les consultations de médecins et en dentaire.

Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire (répartition des bénéficiaires, garanties des contrats avant appel d'offres), décret instaurant les garanties des contrats ACS après appel d'offres (garanties des contrats après appel d'offres), DCIR 2013 (profil de consommation sur les soins autres que dentaire), DCIRS 2016 (soins dentaires), calculs DREES.

3.2. UN RECOURS DIFFÉRENT A L'OFFRE DE SOINS ET A L'AUTOMÉDICATION

Réalisée chaque année en ligne auprès de 3 000 Français de 15 ans et plus, l'enquête « Conditions de vie et Aspirations des Français » du CRÉDOC, permet de connaître les modes de vie des Français et de comprendre les attitudes des différentes catégories de la population.

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire s'est associé au CRÉDOC pour l'enquête réalisée en début d'année 2019. Son objectif était de caractériser les personnes éligibles à la CMU-C et à ACS et d'appréhender ce qui les rapproche ou les différencie de la population française, notamment en matière de recours aux soins. Au total, sur un échantillon de 2 976 individus, 672 personnes éligibles aux dispositifs ont été interrogées. Cette démarche a ainsi

permis d'avoir une photographie des publics cibles des aides financées par le fonds, à quelques mois de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire.

■ Un tiers des personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS se restreignent sur les soins médicaux

Dans l'enquête du CRÉDOC, 60 % des personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS indiquent être obligées de puiser dans leurs économies ou se restreindre pour boucler la fin du mois, contre moins de 40 % en population générale. Elles se restreignent en particulier beaucoup plus sur les soins médicaux que l'ensemble de la population : 30 % des personnes éligibles à la CMU-C et 34 % des personnes éligibles à l'ACS déclarent s'imposer des restrictions budgétaires en matière de santé, contre 21 % dans l'ensemble de la population.

■ En cas de préoccupation pour leur santé, les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C consulteraient un médecin en ville mais moins que l'ensemble de la population

Pour aborder la question du recours aux soins, les personnes interrogées ont été invitées à préciser les deux interlocuteurs privilégiés vers lesquels elles se tourneraient en cas de problème de santé. Il s'agit donc de leur opinion sur leur supposé comportement et non de leur attitude effective. Le médecin de ville est cité en première intention par 73 % des Français mais il est moins cité par les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, respectivement 54 % et 67 %.

Une hypothèse d'explication pourrait être liée aux difficultés croissantes que rencontrent les personnes en situation de précarité pour accéder à un médecin traitant, dans un contexte de baisse du nombre de médecins généralistes sur certains territoires. Fin 2018, le taux de déclaration d'un médecin traitant est de 91,7 % pour les bénéficiaires de la CMU-C contre 93,4 % pour les non bénéficiaires d'après les données du régime général redressées sur l'âge. Les refus de soins auxquels sont confrontés les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS pourraient aussi constituer une piste d'explication.

■ En première intention, les bénéficiaires des dispositifs se tourneraient davantage vers le pharmacien que l'ensemble de la population

9 % des Français indiquent qu'ils iraient voir un pharmacien en première intention. Ils sont 15 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C et 11 % parmi les bénéficiaires de l'ACS.

Les personnes éligibles à la CMU-C, qu'elles aient ou non ouvert leur droit, sont en revanche moins nombreuses à acheter des médicaments en dehors de toute prescription médicale. 51 % d'entre elles ont eu recours à l'automédication en 2018 contre 61 % en population générale.

■ En cas de préoccupation pour leur santé, les personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS iraient plus à l'hôpital que l'ensemble de la population

5 % des personnes interrogées citent l'hôpital comme interlocuteur privilégié face à un problème de santé qui les préoccupe. L'hôpital est entre 2 et 2,5 fois plus souvent cité par les personnes éligibles aux dispositifs, à savoir 10 % par la population éligible à la CMU-C et 12 % par celle éligible à l'ACS³⁷. Dans l'enquête, la notion d'hôpital peut se rapporter aux urgences, à la permanence d'accès aux soins (PASS) ou à un autre service de l'hôpital.

3.3. L'IMPACT DE L'ACCUEIL DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C SUR L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS ET DES DENTISTES LIBÉRAUX

Depuis 2019, le fonds finance des travaux pluriannuels de la Chaire Santé Dauphine sur l'accès aux soins des bénéficiaires CMU-C. Le projet de recherche vise à examiner les mécanismes en jeu, du côté de l'offre comme de la demande de soins, dans l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.

³⁷ Les effectifs concernés étant faibles, les résultats sont présentés de façon agrégée sans pouvoir distinguer les bénéficiaires ayant ouvert leur droit des personnes éligibles qui ne recourent pas aux dispositifs.

En introduisant la CMU-C en 2000, le législateur a aussi interdit les dépassements d'honoraires et imposé des prix plafonds sur certains actes dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C dans un objectif d'accès aux soins de ces populations défavorisées. L'étude s'intéresse aux conséquences de la régulation des prix sur les comportements des offreurs de soins et s'inscrit dans la réflexion des politiques de lutte contre les refus de soins. L'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires pour les médecins du secteur 2 a été étendue aux bénéficiaires de l'ACS en 2013 et les dentistes sont contraints de pratiquer les tarifs CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS depuis 2017. Cette extension accentue l'intérêt d'évaluer les conséquences de la contrainte financière de la loi CMU sur l'offre de soins des médecins et des chirurgiens-dentistes libéraux.

À l'approche s'intéressant au respect par les médecins du principe d'égal traitement des patients, la Chaire Santé Dauphine apporte une analyse économique en examinant l'impact de la variation de la proportion de patients bénéficiaires de la CMU-C sur des variables caractéristiques des dépassements, des honoraires et des actes pratiqués par des médecins et des dentistes libéraux à temps plein observés sur les années 2005, 2008 et 2011. L'étude est réalisée à l'aide de données longitudinales provenant de l'appariement de deux fichiers administratifs : l'activité des professionnels de santé libéraux (CNAM) et leurs déclarations d'imposition sur les revenus (DGFIP). Ces données comprennent 59 818 généralistes, 1 817 pédiatres, 3 669 psychiatres, 3 564 gynécologues, 8 733 spécialistes médicaux³⁸, 9 381 spécialistes chirurgicaux³⁹ et 35 534 chirurgiens-dentistes.

La contrainte financière qui pèse sur les médecins qui accueillent des bénéficiaires de la CMU-C réduit-elle leurs revenus ? Ou peuvent-ils amortir le choc tarifaire lié à l'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C en reportant le manque à gagner sur les autres patients par une augmentation de leurs dépassements ? Ou maintiennent-ils leurs revenus totaux avec une hausse de leur niveau d'activité ? Ces deux leviers d'ajustement n'ont pas les mêmes implications pour les professionnels de santé et pour les décideurs publics. Une hausse des prix facturés aux patients non concernés par l'interdiction de pratiquer des dépassements permet aux médecins de maintenir un revenu moyen. Les dépenses publiques ne sont pas affectées par ce mécanisme mais les patients reçus à un tarif libre subissent une hausse de leurs restes à charge. Une hausse du niveau d'activité force les offreurs de soins à augmenter leur temps de travail ce qui peut désinciter certains médecins à prendre en charge les bénéficiaires ou à multiplier les actes sur des durées de consultations plus courtes. La politique d'interdiction des dépassements impliquerait dans ce cas une hausse des dépenses publiques néfaste dans le cas de comportements de demande induite de la part des professionnels de santé.

La stratégie empirique des chercheurs consiste à examiner l'impact de cette régulation des prix sur les comportements des médecins affectés financièrement par l'accueil des bénéficiaires CMU-C (les médecins de secteur 2 qui pratiquent des dépassements d'honoraires) comparativement aux comportements des médecins qui ne sont pas touchés par cette contrainte (les médecins de secteur 1 qui ne sont pas autorisés à pratiquer des dépassements). Les résultats s'interprètent ainsi comme le contraste dans les effets estimés entre les deux secteurs⁴⁰ hormis pour les dentistes qui n'ont pas de secteur conventionnel.

D'ores et déjà ces travaux de recherche dégagent plusieurs résultats. Ils montrent tout d'abord que les médecins observent un choc financier dû à l'interdiction des dépassements pour les bénéficiaires de la CMU-C par des tarifs plus élevés sur les autres patients. La loi CMU conduit à des baisses significatives et non négligeables de la rémunération de l'acte lorsque la proportion de patients bénéficiaires de la CMU-C augmente. De fait, elle crée une incitation financière contraire à l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C par les médecins du secteur 2 et les dentistes. Toutefois, la perte d'honoraires par acte ne se traduit pas par une diminution des honoraires totaux significative pour les médecins du secteur 2 qui acceptent les patients bénéficiaires de la CMU-C. Tout se passe comme si l'impact sur les prix dû à l'interdiction des dépassements - même significatif - était trop faible et portait sur une trop faible partie des honoraires des médecins pour ne pas être dilué dans l'ensemble des recettes. On trouve le même résultat pour les

³⁸ Les spécialistes médicaux se composent des cardiologues, des dermatologues, des gastro-entérologues, des rhumatologues et des pneumologues.

³⁹ Les spécialistes chirurgicaux se composent des chirurgiens, des ophtalmologues et des oto-rhino-laryngologistes (ORL).

⁴⁰ En prenant comme référence l'impact de l'accueil de bénéficiaires de la CMU-C chez les médecins de secteur 1, cette approche revient à supposer que les bénéficiaires CMU-C qui consultent des médecins des secteurs 1 et 2 ont des besoins de soins identiques.

dentistes. Les médecins du secteur 2 dont les honoraires par acte sont impactés négativement par l'accueil de bénéficiaires de la CMU-C peuvent chercher à augmenter leur nombre d'actes par patient, c'est-à-dire à manipuler les volumes pour compenser les pertes sur les prix⁴¹.

Les résultats actuels montrent peu d'évidence empirique de tels comportements de demande induite, sauf pour les spécialistes médicaux du secteur 2. Enfin, les résultats suggèrent que l'accueil d'une part plus importante de bénéficiaires de la CMU-C augmente les forfaits perçus par un gynécologue et que ces forfaits⁴² peuvent compenser la perte subie par l'interdiction de pratiquer des dépassements.

3.4. L'ÉTAT DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C

3.4.1. Les indicateurs de santé, de précarité et de recours aux soins issus des centres d'examens de santé

Le partenariat construit par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire avec le CETAF consiste à produire annuellement et à suivre au cours du temps des indicateurs de non-recours aux soins des bénéficiaires de la CMUC. Quatre indicateurs sont étudiés : la santé perçue, l'évaluation de la précarité et des inégalités de santé, le non-recours au médecin et le non-recours au dentiste. Les évolutions au cours du temps sont analysées depuis 2000, et depuis 2006 en données redressées.

Encadré 3 – Le recueil des données par le CETAF

■ Les Centres d'examen de santé

Depuis 1946, le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer aux assurés du régime général et aux membres de leurs familles un examen de santé gratuit. Pour remplir leurs missions, les organismes de sécurité sociale ont donc progressivement créé des centres d'examens de santé (CES) qui proposent des bilans de santé à leurs assurés.

En application de l'arrêté du 20 juillet 1992, les examens de santé doivent être tournés prioritairement vers les assurés les plus fragiles, notamment ceux en situation de précarité. Réalisés par un réseau de 85 centres d'examens de santé, les examens de prévention en santé (EPS) sont ainsi destinés en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité, qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier réalisé par le médecin traitant ni des dispositifs d'offre de prévention organisée.

Les EPS comprennent une information sur les droits en santé, le parcours de soins, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (CMU-C, ACS et Complémentaire santé solidaire).

Créé en 1994 à l'initiative de la CNAM, le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF) a notamment pour mission d'accompagner les CES dans l'enrichissement et la mise en œuvre de leur offre de services et dans le recueil de données de santé anonymisées à des fins d'études statistiques.

Dans ce cadre, le CETAF centralise et analyse chaque année les questionnaires de santé renseignés par les personnes venues effectuer un bilan – ou consultants – auprès des centres d'examens de santé. En 2018, le nombre de consultants s'est élevé à 416 600, dont 85 600 personnes bénéficiaient de la CMU-C, soit 21 %.

⁴¹ En 2020, la Chaire Santé Dauphine mène des travaux complémentaires pour approfondir ces résultats.

⁴² Les spécialistes qui exercent des échographies obstétricales peuvent bénéficier quel que soit leur secteur des contrats de bonnes pratiques individuelles (à condition pour ceux du secteur 2 de réaliser au moins 35 % de leur activité au tarif opposable). Ainsi, les gynécologues voient leurs forfaits de contrats de bonnes pratiques individuelles augmenter quand ils réalisent plus d'actes au tarif opposable ce qui est nécessairement le cas quand leur part de patients bénéficiaires de la CMU-C augmente.

■ **Les consultants des centres de santé bénéficiaires de la CMU-C du CETAF constituent le panel le plus important d'attributaires depuis la création du dispositif**

Les 85 600 consultants bénéficiaires de la CMU-C en 2018 constituent l'échantillon le plus important de bénéficiaires dont l'état de santé soit suivi dans le temps⁴³.

Toutefois la comparaison avec les non bénéficiaires doit être effectuée avec prudence, même si, depuis 2006 le Fonds de la Complémentaire santé solidaire suit des données redressées⁴⁴. D'une part les bénéficiaires de la CMU-C sont sur représentés dans les centres d'examen de santé (21 % des consultants vs 8 % de la population⁴⁵), d'autre part le recrutement des centres d'exams de santé a évolué dans le temps, avec des politiques volontaristes d'accueil des personnes fragiles. Ainsi, le public des non bénéficiaires de la CMU-C peut comprendre des personnes non couvertes par une complémentaire santé dans de plus grandes proportions qu'aux débuts de la CMU-C, ou couvertes par des complémentaires santé d'entrée de gamme, qui ne couvrent notamment que très partiellement les dépassements sur les soins prothétiques dentaires.

■ **Le non-recours aux consultations de médecins et de dentistes se maintient**

Les notes de santé perçue⁴⁶ pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C qui ont passé des examens de prévention en santé en 2018 sont proches et se situent autour de 7 sur 10. La note pour les bénéficiaires de la CMU-C s'est améliorée en 10 ans, passant de 6,73 en 2008 à 6,83 en 2018. La note moyenne pour les non bénéficiaires est restée stable : 7,22 en 2008 vs 7,20 en 2018. En tout logique, la fréquence d'une note de santé perçue inférieure à 7 a baissé de 1,4 point sur la même période pour les bénéficiaires de la CMU-C, avec un taux de 44,2 % en 2008, puis de 42,8 % en 2018.

Parallèlement, le score EPICES⁴⁷ (indice de précarité) a augmenté de 6,21 points pour les bénéficiaires de la CMU-C (47,99 % en 2018 vs 41,78 % en 2008) et de 6,53 points pour les non bénéficiaires, évoluant de 23,1 % en 2008 à 29,63 % en 2018. Un écart de 18,36 points persiste entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires.

Le renoncement aux soins, quant à lui, augmente pour les deux populations, tant pour les consultations de médecins que de dentistes. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le renoncement aux consultations de médecins de 9,1 % en 2008, a atteint 13,4 % en 2018 et le renoncement aux consultations de dentistes est passé de 29,2 % en 2008 à 34,91 % en 2018. Pour les non bénéficiaires de la CMU-C, le renoncement aux consultations de médecins reste inférieur en moyenne de 4,4 points à celui des bénéficiaires, avec 5,4 % en 2008 et 7,9 % en 2018. Le renoncement aux consultations dentaires est inférieur en moyenne de 8,8 points à celui des bénéficiaires de la CMU-C, avec 20 % en 2008, puis 25,16 % en 2018.

La motivation majeure de la réforme de la prise en charge des soins dentaires prothétiques dans le cadre du panier de soins CMU-C, effective à partir du 1^{er} octobre 2017, était d'agir sur le renoncement aux soins des bénéficiaires. De ce point de vue, on observe une contradiction entre l'augmentation de la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C pour les soins dentaires et la continuité de l'accroissement du renoncement à ces mêmes soins.

⁴³ Il ne s'agit toutefois pas d'une cohorte.

⁴⁴ Pour les années 2006 à 2017, les indicateurs sont calculés après redressement de la population des CES sur le sexe, l'âge, le niveau d'étude, le statut actif/chômeur/inactif et le taux de bénéficiaires de la CMU-C. Pour l'année 2017, le redressement des données a été réalisé à partir des données Insee-enquête Emploi 2017 et des données Fonds de la Complémentaire santé solidaire au 31 décembre 2017.

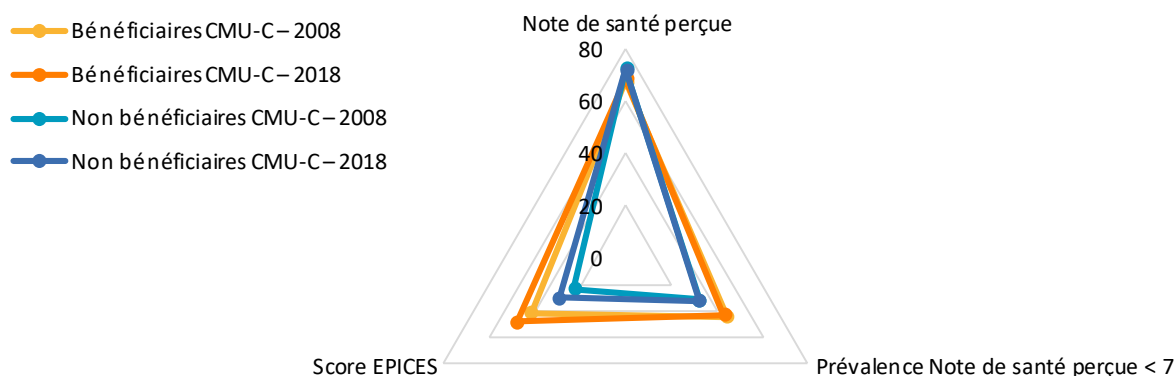
⁴⁵ Rapport entre les bénéficiaires de la CMU-C au régime général et la population en métropole en 2017

⁴⁶ Note de santé perçue : La santé ressentie est mesurée par une note de 0 à 10, auto-attribuée par chaque personne, en réponse à la question : « Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez ». Cette donnée est recueillie systématiquement lors des examens périodiques de santé. Une personne est considérée en bonne santé lorsque la note atteint 7.

⁴⁷ EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé, est un score individuel qui prend en compte le caractère multifactoriel de la précarité. Il est déterminé à partir 11 questions binaires qui résument à 90 % la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Les questions se rapportent à 7 thèmes : l'emploi, les ressources, la famille, le logement, l'éducation et la culture, la protection sociale et la santé.

Pour autant, ces chiffres ne permettent pas de conclure que la précarité a augmenté ces dix dernières années dans de telles proportions, ni que la santé de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C s'est réellement améliorée. D'une part, les consultants des CES ne constituent qu'une partie de la population concernée par la précarité. D'autre part le rajeunissement des consultants des CES sur dix ans est marquant. La tranche d'âge des 16 – 35 ans est passée de 29,29 % en 2008 à 36,1 % en 2018, soit une augmentation de 6,9 points. Parallèlement, sur la même période, les CES ont progressivement concentré le recrutement des consultants sur les personnes les plus en difficulté. Ces deux éléments peuvent expliquer que les notes de santé perçue s'améliorent ou restent stables, alors que la situation de précarité des consultants, mesurée à travers le score Epices, est croissante. En effet, toutes choses égales par ailleurs, il est probable que l'âge influe plus que la situation de précarité sur la perception de la santé et, de surplus, qu'une personne qui se sent en bonne santé ait moins tendance à consulter un médecin ou un dentiste.

- Figure 47 – CETAF, note de santé perçue, prévalence note <7, score EPICES

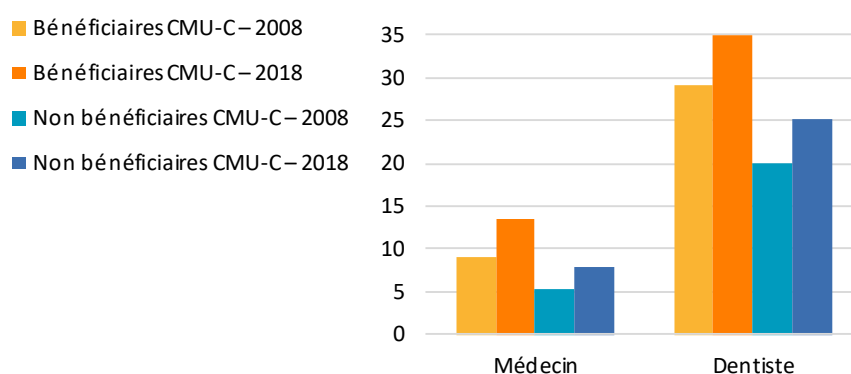


Lecture : la note de santé perçue, évaluée sur 10, a été recalculée sur 100 pour plus de cohérence avec les autres indicateurs

Champ : consultants des centres d'examen de santé, métropole

Source : CETAF

- Figure 48 – CETAF, renoncement au médecin et au dentiste



Champ : consultants des centres d'examen de santé, métropole

Source : CETAF

■ Compléments d'informations sur les populations suivies dans les Centres d'examen de santé

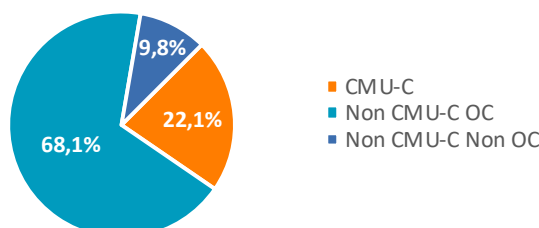
Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a demandé au CETAF d'approfondir l'analyse des résultats d'une enquête annuelle, afin de mieux cerner les populations suivies : bénéficiaires de la CMU-C, non bénéficiaires de la CMU-C avec complémentaire santé, non bénéficiaires de la CMU-C sans complémentaire santé. Cette approche présente l'avantage de mieux cerner la population hors CMU-C.

Les centres d'examen de santé ont pour objectif de suivre une part importante de personnes en situations particulièrement précaires. Ainsi, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 22 % des consultants et les personnes sans couverture complémentaire 10 %. Pour points de repère, en 2017, les bénéficiaires de la CMU-C représentaient un

peu moins de 8 % de la population en métropole et la dernière enquête ESPS de l'Irdes⁴⁸ indiquait que moins de 5 % de la population ne bénéficiait d'aucune couverture complémentaire santé.

Parallèlement, la part d'ALD n'est pas connue dans l'enquête, ce qui ne permet pas de comparer objectivement l'état de santé perçu des consultants avec celle de la population générale.

- Figure 49 – CETAF, répartition des populations par sexe

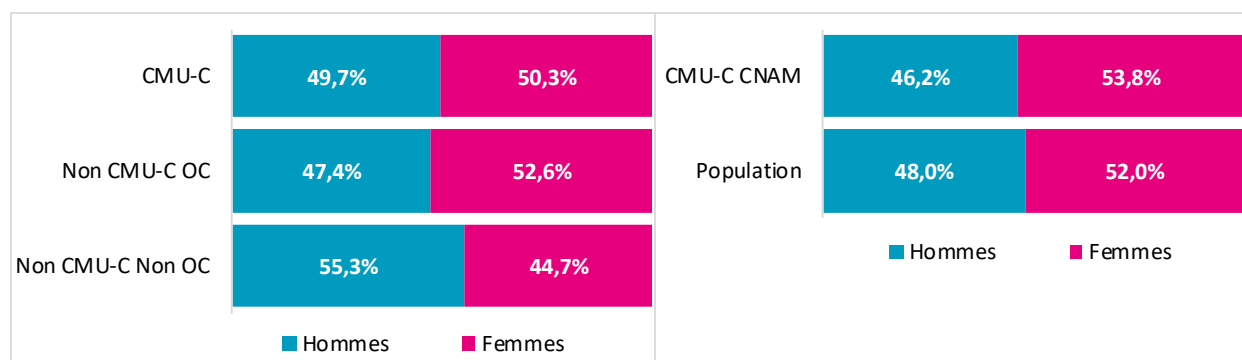


Champ : consultants des centres d'examens de santé, métropole

Source : CETAF, CNAM, INSEE

Les personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire maladie sont majoritairement des hommes (55,3 %) alors que, pour la même tranche d'âge (≥ 14 ou 16 ans), la population générale et les bénéficiaires de la CMU-C au régime général regroupent plus de femmes (52 % et 53,8 %). La répartition homme / femme des personnes non bénéficiaires de la CMU-C ayant souscrit une couverture complémentaires maladie est similaire à celle de la population générale (48 % hommes vs 52 % femmes).

- Figure 50 – Répartition des populations par sexe



Champ : consultants des centres d'examens de santé ≥ 16 ans, bénéficiaires de la CMU-C au régime général et population générale ≥ 14 ans, métropole

Source : CETAF, CNAM, INSEE

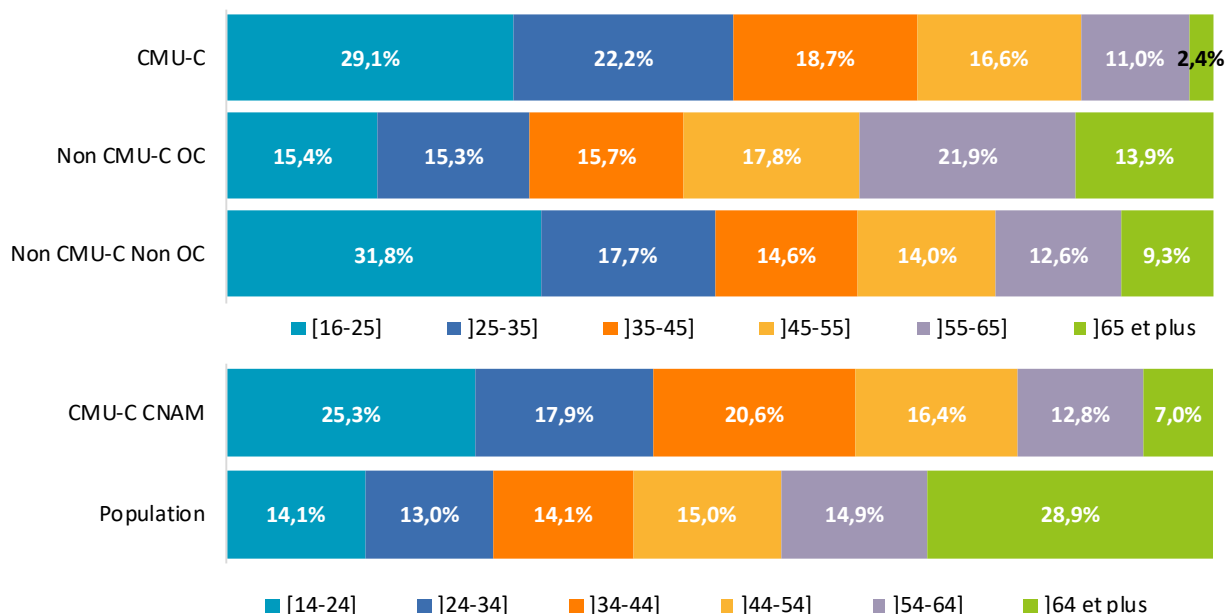
En population générale, un quart des personnes âgées de 14 ans et plus a moins de 35 ans. Cette même tranche d'âge représente la moitié des consultants des CES pour les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes sans complémentaire santé. Pour cette deuxième catégorie, la part des 16 – 25 ans est supérieure de trois points à celle des bénéficiaires de la CMU-C (32 % vs 29 %). Ainsi, les consultants sans complémentaire santé sont majoritairement des hommes jeunes.

Pour les personnes ayant souscrit une couverture complémentaire maladie, la tranche des 55 – 65 ans est mieux représentée qu'en population générale (23 % vs 15 %) et la tranche des 65 ans, bien que moitié moins représentée qu'en population générale (14 % vs 29 %), reste mieux ciblée que pour les personnes sans complémentaire, 9 % et, *a fortiori*, sans commune mesure avec la sous représentation des bénéficiaires de la CMU-C (2,4 % vs 7 % au régime général).

⁴⁸ ESPS : Enquête sur la Santé et la Protection sociale – Irdes : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
L'enquête se situe en amont de la généralisation de complémentaire santé de janvier 2016.

Pour les personnes sans complémentaire santé, il est probable que le recrutement des consultants vise deux sous-populations très différentes aux deux extrémités des tranches d'âge : pour les plus jeunes, il peut s'agir de jeunes majeurs isolés et / ou de personnes migrantes récemment arrivées sur le territoire, pour les personnes les plus âgées, il peut s'agir de personnes en ALD qui ont renoncé à l'acquisition d'une complémentaire santé.

• Figure 51 – CETAF, répartition des populations par tranche d'âge



Champ : consultants des centres d'exams de santé >= 16 ans, bénéficiaires de la CMU-C au régime général et population générale >= 14 ans, métropole

Source : CETAF, CNAM, INSEE

Nonobstant les réserves émises sur les probables disparités entre les sous-populations aux deux extrémités des tranches d'âge pour les non bénéficiaires d'une complémentaire santé, il n'en reste pas moins que les consultants des CES sont plus jeunes que la population générale, surtout pour les bénéficiaires de la CMU-C et les non bénéficiaires de complémentaire santé. Ceci peut confirmer l'hypothèse émise lors de l'analyse des résultats annuels habituels.

Le paradoxe entre une note de santé perçue par les bénéficiaires de la CMU-C très proche de celle des personnes recourant à un OC, alors que la précarité est presque deux fois supérieure pour les bénéficiaires de la CMU-C, s'explique par la jeunesse de ces derniers. En effet, les personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire déclarent également une note de santé perçue très proche de 7 (6,92) tout en indiquant un score EPICES très élevé (49,8 vs 24,8 pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé) ainsi qu'un renoncement au médecin trois fois supérieur (18,3 vs 5,9) et un renoncement au dentiste double (41 vs 20,6). En ce sens, l'accès à la CMU-C permet de faire reculer le renoncement au soins car, avec un score EPICES de 48,7, proche de celui des personnes sans couverture complémentaire (- 1,1 point), le renoncement au médecin (13,5) est inférieur de 4,8 points et celui au dentiste (34,5) de 6,1 points.

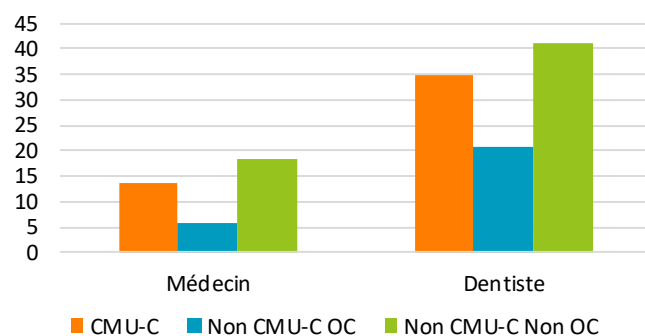
- Figure 52 – CETAF, note de santé perçue, prévalence note <7, score EPICES, par type de situation vis-à-vis de la complémentaire santé



Champ : consultants des centres d'examens de santé, métropole

Source : CETAF

- Figure 53 – CETAF, renoncement au médecin et au dentiste



Champ : consultants des centres d'examens de santé, métropole

Source : CETAF

3.5. DES REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES : RESULTAT DU PREMIER TESTING NATIONAL

En 2019, le fonds a co-financé avec le Défenseur des droits un testing pour évaluer le refus de soins au motif de la précarité sociale, pour la première fois au niveau national. L'étude a été réalisée par Sylvain Chareyron, Yannick l'Horty et Pascale Petit du laboratoire ERUDITE des Universités Paris-Est Marne-la-Vallée et Paris-Est Créteil.

L'étude mesure les différences de traitement dans l'accès aux soins des patients pour trois spécialités médicales – chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres – et selon la vulnérabilité économique, appréhendée à partir du bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS. Elle s'appuie sur un testing représentatif au niveau national conduit auprès de 1 500 cabinets médicaux.

Les résultats du testing indiquent, qu'au total, la patiente de référence obtient un rendez-vous avec succès dans 70 % des cas alors que la personne bénéficiaire d'une aide (CMU-C ou ACS) a un taux de succès de seulement 58 %.

En moyenne, les rendez-vous sont obtenus dans un délai de 20 jours pour les chirurgiens-dentistes, 45 jours pour les gynécologues et 31 jours pour les psychiatres. On ne constate pas de différence significative des délais d'obtention selon les profils des patientes. Néanmoins le niveau global de refus de rendez-vous (qu'ils soient licites ou discriminatoires) reflète les réelles difficultés d'accès aux soins des patients en situation de précarité : 42 % des patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS n'ont pas eu accès à un rendez-vous - ce taux variant de 25 % pour l'accès à une consultation dentaire à 66 % pour l'accès à une consultation par un psychiatre.

La différence entre les taux d'obtention d'un rendez-vous caractérise le refus de soins discriminatoire : 12 % des cabinets contactés refusent un rendez-vous à la patiente bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS alors qu'ils l'accordent à une patiente non bénéficiaire qui formule, à la même période, une demande de rendez-vous portant sur le même type de pathologie sans caractère d'urgence. Ainsi, un cabinet sur dix refuse de recevoir les personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires d'une aide à la couverture complémentaire santé.

Le taux de refus de soins discriminatoires est par ailleurs variable selon la spécialité médicale. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, sont le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Une analyse *toutes choses égales par ailleurs* révèle que ces discriminations sont plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que pour les profils relevant de la CMU-C, elles sont par ailleurs plus marquées en secteur 2 qu'en secteur 1. Enfin, leur intensité n'est pas dépendante de la densité médicale locale.

V. La mission de financement des dispositifs

1. Le financement des dispositifs

1.1. LES RESSOURCES ET CHARGES DU FONDS

1.1.1. Un financement reposant uniquement sur la taxe de solidarité additionnelle

En application de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017, la taxe de solidarité additionnelle (TSA) représente 100 % des recettes du fonds.

Assise sur les cotisations des contrats de santé, selon des taux variables en fonction du type de contrat, la TSA est recouvrée par l'URSSAF Ile-de-France auprès des organismes complémentaires.

L'article 28 de la LFSS pour 2018 a modifié les modalités de financement du fonds de sorte à équilibrer strictement ses dépenses. Depuis 2018, le fonds est seul attributaire du produit de la taxe sur les garanties mentionnées au II bis de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale⁴⁹. Le produit de la taxe concernant les garanties santé mentionnées au II de cet article⁵⁰ est quant à lui attribué au fonds à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche maladie, maternité, invalidité et décès.

■ **Tableau 11 – Part de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds de la Complémentaire santé solidaire en 2019**

Contrats	Taux de TSA	Part affectée au fonds en 2019	Part affectée à la CNAM en 2019
Contrats classiques responsables	13,27%	affectation ex post	solde
Contrats classiques non responsables	20,27%		
Contrats 1° art.998 CGI	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	20,27%	0,00%
Contrats au 1er euro	14,00%	14,00%	0,00%
Contrats IJ responsables	7,00%	7,00%	0,00%
Contrats IJ non responsables	14,00%	14,00%	0,00%

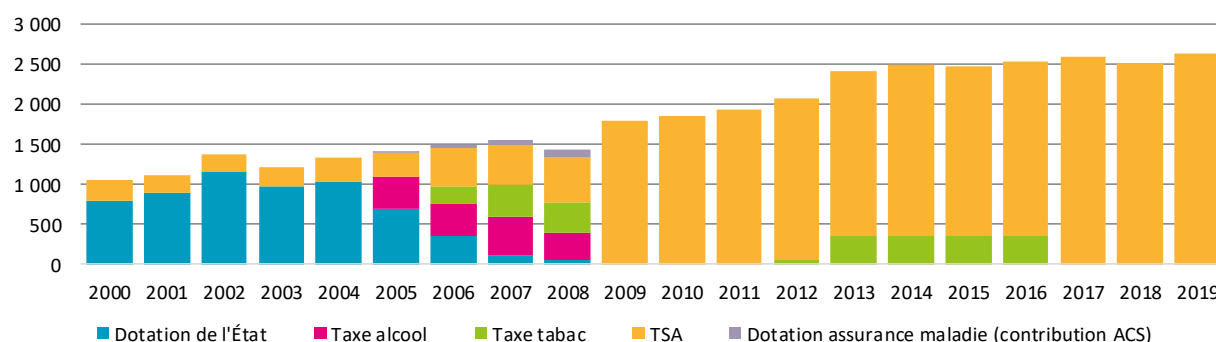
⁴⁹ Garanties en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts [assurances de groupe souscrites dans le cadre professionnel], garanties santé couvrant des personnes physiques ou morales exerçant des professions agricoles, contrats au 1^{er} euro couvrant des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières de sécurité sociale

⁵⁰ Contrats d'assurance maladie complémentaire visés au 1^{er} et au 4^{ème} alinéas du II de l'article L.862-4

En 2019, la TSA recouvrée par l'URSSAF Ile-de-France a atteint un total de 5,117 Md€⁵¹, en progression de 3,4 % par rapport à 2018, soit un rendement supplémentaire de 166 millions d'euros.

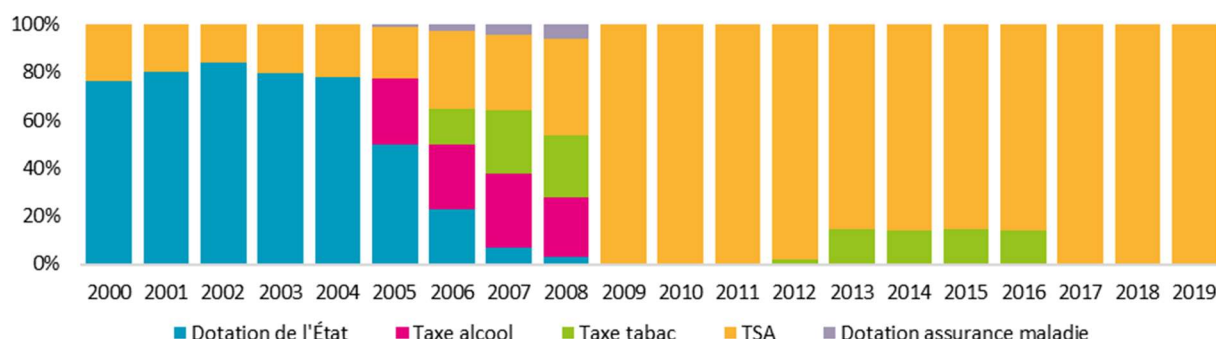
En tenant compte du montant des dépenses (2,639 Md€), les produits du fonds en droits constatés s'élèvent à 2,639 milliards d'euros en 2019 ⁵².

■ Figure 54 – Évolution des recettes du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis sa création, en millions d'euros



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire – après réfaction de 150 millions au titre de 2017 et 2018

■ Figure 55 – Évolution de la structure des recettes du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis sa création



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

1.1.2. Les dépenses

En 2019, les charges du Fonds de la Complémentaire santé solidaire se sont établies à 2,639 Md€, dont 2,32 Md€ au titre de la CMU-C/CSS, 292 M€ au titre de l'ACS et 0,5 M€ au titre de la CSSP⁵³. Les dépenses du fonds sont ainsi majoritairement composées de la prise en charge des dépenses de santé au titre de la CMU-C / CSS ⁵⁴ engagées par les organismes gestionnaires du dispositif (régimes d'assurance maladie de base ou organismes complémentaires). En 2019, ces dépenses ont représenté 89 % du total des charges techniques du fonds.

Les crédits d'impôt accordés aux organismes complémentaires qui proposent des contrats ACS ont représenté 11 % des dépenses contre 16 % en 2018. Les dépenses des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière sur novembre et décembre 2019 ont été évaluées à 462 226 euros.

⁵¹ Total issu des bordereaux déclaratifs, soit hors TSA au titre des années antérieures, hors reprises sur provisions (17 M€)

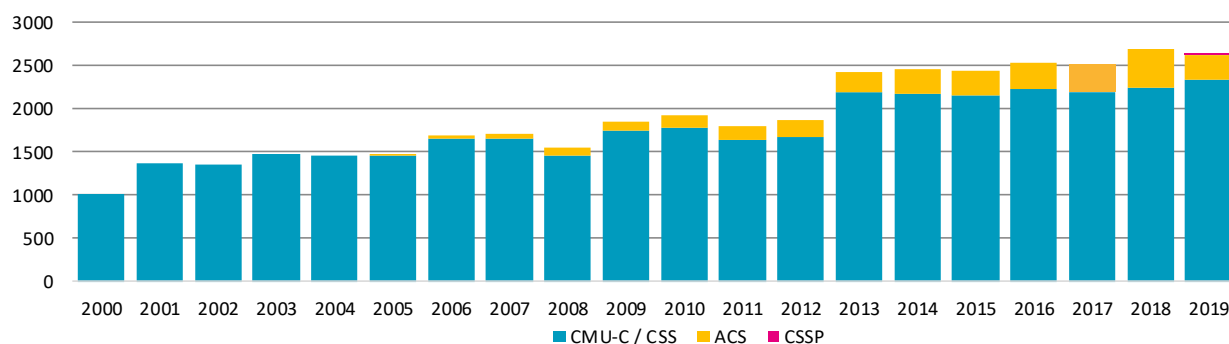
⁵² Les produits en droits constatés comprennent les reprises sur provisions ainsi que des produits perçus en 2019 mais relatifs à des recettes au titre d'années antérieures.

⁵³ Ainsi que 21 M€ au titre des provisions et 1 M€ au titre de la gestion administrative.

⁵⁴ Correspondant à la seule part complémentaire des dépenses d'assurance maladie des bénéficiaires de la CMU-C/CSS.

Depuis sa création, les dépenses du fonds ont été multipliées par 2,6. Cette évolution importante résulte de l'augmentation des effectifs, mais également de la variation des coûts unitaires et de la compensation des dépenses au réel depuis 2013.

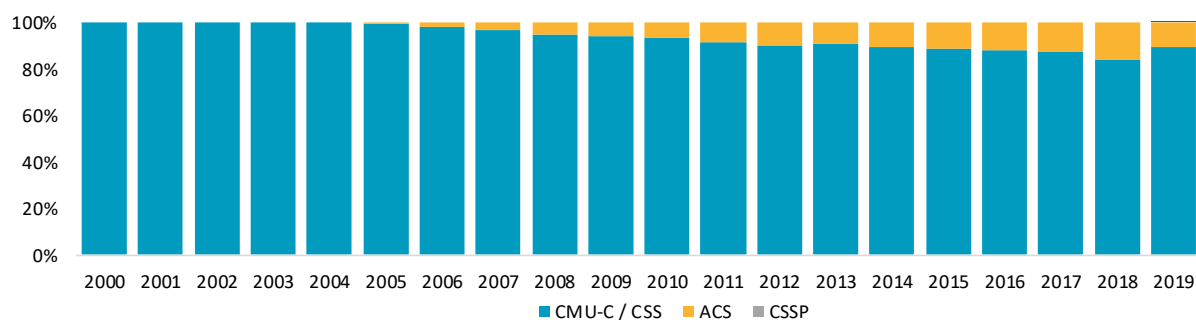
■ Figure 56 – Évolution des dépenses du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis sa création, en millions d'euros



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Champ : charges techniques du fonds, hors gestion administrative.

■ Figure 57 – Évolution de la structure des dépenses du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis sa création



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Champ : charges techniques du fonds, hors gestion administrative.

■ Tableau 12 – Récapitulatif des comptes du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis 2009

	en millions d'euros										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Produits											
Dotation de l'État	0	0	0	0	-	-	-	-	-		
Taxe alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Taxe tabac	0	0	0	42	352	354	360	354	0	0	0
Contribution ACS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TSA	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066	2 130	2 119	2 185	2 583	2 518	2 622
Reprises sur provisions	79	93	10	11	16	9	20	20	11	38	17
Total Produits	1 870	1 949	1 940	2 084	2 434	2 493	2 499	2 558	2 594	2 556	2 639
Charges											
Paiement aux régimes de base	1 429	1 444	1 369	1 403	1 581	1 895	1 925	1 981	1 973	2 033	2 160
Organismes complémentaires	323	464	431	458	498	553	521	546	537	651	457
Annulation Produits											
Dotation aux provisions	98	12	11	17	17	19	6	2	47	21	21
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 851	1 921	1 814	1 879	2 097	2 468	2 453	2 530	2 558	2 706	2 639
Résultat de l'année (1)	19	28	126	205	0	25	46	28	36	-150	0
Résultat cumulé	101	129	153	205	205	210	257	285	321	171	171

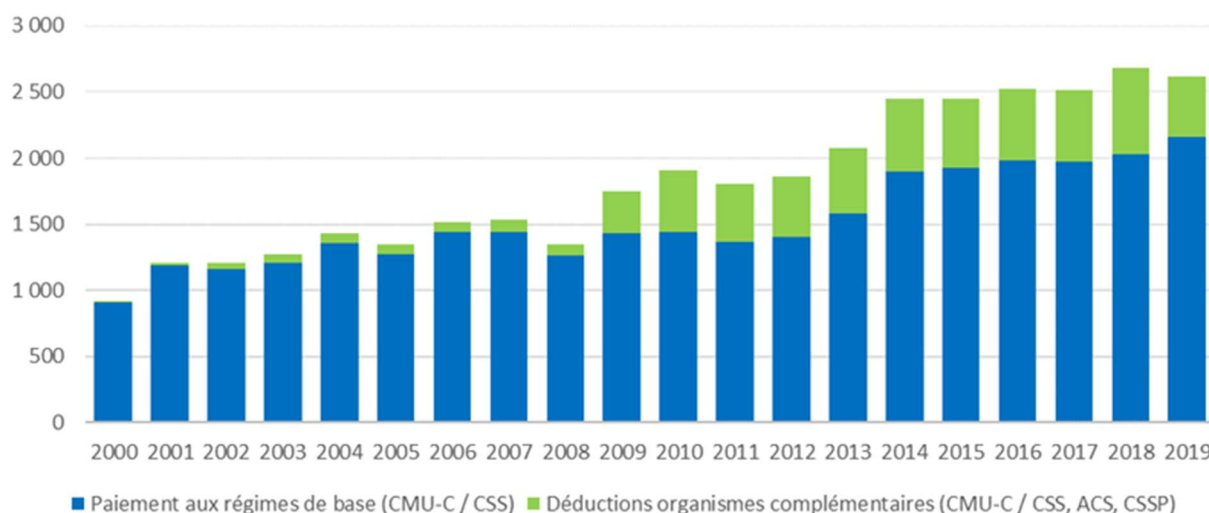
(1) Entre 2013 et 2017, les excédents dégagés en N sont été reversés à la CNAM, dans la limite des dépenses CMU-C réellement engagées, et ont été comptabilisés en charge au titre de l'exercice N

(2) Un changement dans la méthode d'estimation des provisions par l'ACOSS a conduit le fonds à diminuer son report à nouveau 2014 de 20 M€ en 2015

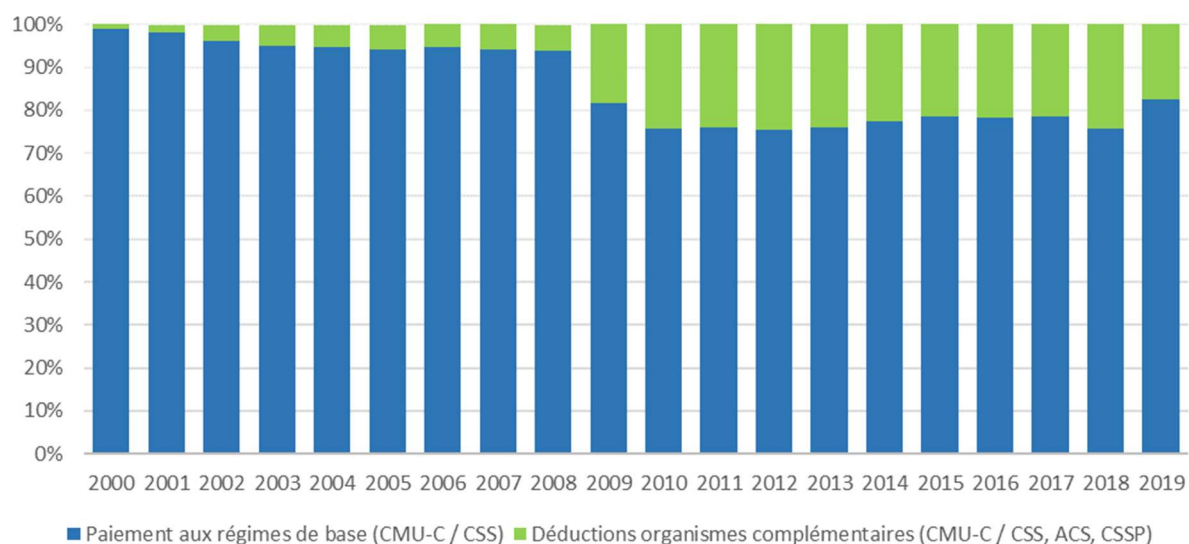
Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

En 2019, les déductions opérées par les organismes complémentaires gestionnaires des dispositifs sur leurs déclarations TSA ont représenté 17 % des dépenses financées par le fonds, soit 457 M€.

■ Figure 58 – Évolution de la répartition des dépenses du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis sa création



■ Figure 59 – Évolution de la structure de répartition des dépenses du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis sa création



1.2. LE CIRCUIT DE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS

1.2.1. Le circuit des recettes

Les recettes de TSA sont recouvrées par l'URSSAF Île-de-France auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie et versées chaque trimestre par l'ACOSS au Fonds de la Complémentaire santé solidaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le versement des recettes est opéré selon les modalités définies par la convention signée le 29 novembre 2017 relative à la gestion du compte de suivi financier ouvert par le fonds dans les livres de l'ACOSS (cf. *infra*).

Les versements sont déterminés par échéancier annuel proposé par le fonds. En application des dispositions de la LFSS 2018 prévoyant l'affectation des recettes en fonction des dépenses, le montant total des acomptes est déterminé en fonction des dépenses prévisionnelles. Les acomptes sont positionnés quelques jours après les exigibilités relatives aux déclarations TSA, soit les 5 février, 5 mai, 5 août et 5 novembre. À la clôture des comptes, une régularisation des recettes est opérée afin que les produits de TSA équilibrent strictement les dépenses comptabilisées par le fonds⁵⁵.

1.2.2. Les modalités de prise en charge des dépenses

Le circuit et les modalités de financement des dépenses varient en fonction du dispositif et de l'organisme qui gère la dépense (régime d'assurance maladie ou organisme privé de complémentaire santé).

■ Le remboursement des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie

Concernant les dépenses engagées par les régimes d'assurance maladie au titre de la CMU-C et de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière, elles sont directement remboursées par le fonds selon des dispositions fixées par conventions.

Depuis le 1^{er} janvier 2013⁵⁶ et jusqu'au troisième trimestre 2019, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a remboursé les dépenses de CMU-C prises en charge par les organismes sur la base des dépenses engagées, dans la limite d'un montant forfaitaire par bénéficiaire.

L'arrêté du 21 décembre 2018 a fixé le forfait CMU-C pour 2019 à 401 euros contre 408 euros en 2018. Pour les trois plus grands régimes (régime général, CNDSTI, CCMSA), des acomptes trimestriels tenant compte de ce forfait⁵⁷ ont été versés au titre des trois premiers trimestres 2019.

En application des nouvelles modalités de remboursement introduites par la LFSS pour 2019 et précisées par décret du 21 juin 2019⁵⁸, un versement complémentaire à hauteur des dépenses réellement engagées par les régimes⁵⁹ sans application du forfait a été opéré au titre du 4^{ème} trimestre 2019⁶⁰.

Pour les autres régimes de base (régime des mines, régime des marins, SNCF, RATP, CRPCEN, etc.), un acompte a été versé en juillet 2019 et fera l'objet d'une régularisation en juillet 2020.

⁵⁵ Les modalités de détermination des versements ont été modifiées par avenant 2019 à la convention 2017. Ces nouvelles modalités sont entrées en vigueur en janvier 2020. Depuis cette date, les versements sont opérés à hauteur des besoins du fonds en fonction notamment des dépenses facturées par les régimes d'assurance maladie obligatoire.

⁵⁶ Avant 2013, le remboursement des dépenses de CMU-C par le fonds s'effectuait sur une base forfaitaire sans prise en compte des dépenses réelles ; les organismes gestionnaires prenaient en charge un éventuel surcoût ou bénéficiaient d'un gain lorsque leurs dépenses étaient inférieures au forfait.

⁵⁷ Les acomptes ont été calculés sur la base des effectifs estimés transmis par ces régimes et des 9/10^{ème} du quart du forfait annuel (soit 90,23 € par bénéficiaire sur la base du forfait annuel de 401 € en 2019).

⁵⁸ Décret n° 2019-623 du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁹ A compter du 4^{ème} trimestre 2019, les montants dus par le fonds au titre des bénéficiaires relevant du régime des indépendants ont été versés auprès de la CNAM

⁶⁰ Les participations financières dues par les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ont été retranchées du montant dû par le fonds.

■ Le remboursement des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires

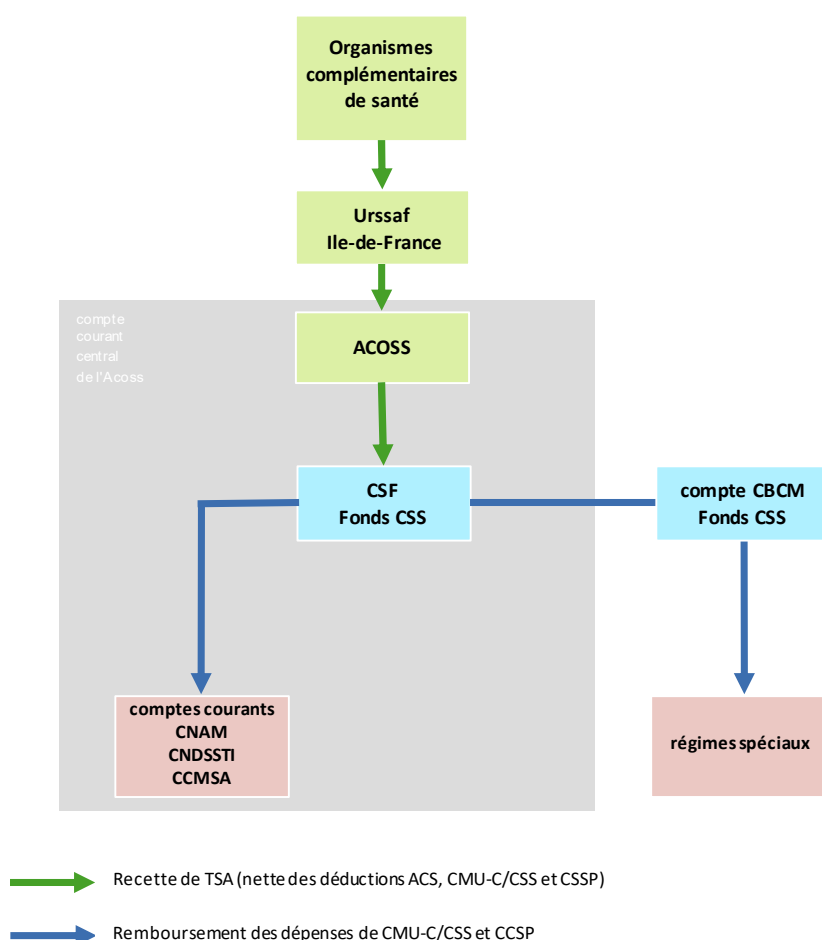
En ce qui concerne les organismes complémentaires, la prise en charge des dépenses au titre de la CMU-C et, depuis le 1^{er} novembre 2019, de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière ne donne concrètement pas lieu à un versement par le fonds : les charges correspondantes sont déduites par les organismes complémentaires des montants dus au titre de la TSA chaque trimestre.

Jusqu'au 3^{ème} trimestre 2019, la « déduction » au titre de la CMU-C a été calculée - comme pour les régimes obligatoires - sur la base des 9/10^{èmes} du quart du forfait annuel. Les dépenses déduites au titre du 4^{ème} trimestre 2019 ont correspondu au montant réel des dépenses à la charge des organismes au titre de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation. Elles ont été majorées d'un forfait trimestriel de 8 euros au titre des frais de gestion pour chaque bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière couvert au 31 décembre 2019 et minorées du montant des participations financières dues par ces mêmes bénéficiaires.

Quant à eux, les organismes complémentaires gestionnaires de l'ACS ont déduit du montant de TSA dont ils étaient redevables le montant trimestriel des chèques ACS octroyés aux bénéficiaires dont ils gèrent la couverture.

Dans les cas où le montant des déductions est supérieur au montant de la TSA, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance concernées sont remboursées par l'URSSAF Île-de-France. Toutefois, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire intervient en appui à l'URSSAF pour contrôler les organismes en situation créditrice.

■ Figure 60 – Schéma simplifié des flux financiers du Fonds de la Complémentaire santé solidaire en 2019



1.3. MESURE DE LA QUALITE DU RECOUVREMENT DE LA TSA

1.3.1. Un bilan de gestion du recouvrement de la TSA prévu par la convention du 1^{er} juin 2018

En application des termes de la convention entre le Fonds de la Complémentaire santé solidaire et l'ACOSS relative au recouvrement, au contrôle et au reversement de la taxe de solidarité additionnelle – convention prévue par les décret n° 2016-272 du 4 mars 2016 relatif aux modalités de déclaration et de recouvrement applicables à la TSA et signée le 1er juin 2018 – un bilan de gestion relatif au recouvrement de la TSA doit être établi chaque année par l'ACOSS et l'URSSAF Île-de-France.

Visant à apprécier la qualité du recouvrement de la taxe à chaque étape du traitement, ce bilan retrace notamment les actions de communication menées auprès des organismes complémentaires, propose un suivi du pilotage de la taxe et de la gestion de l'activité par l'Urssaf Île-de-France et rend compte du respect des échéances de transmission des données déclaratives au fonds.

Il revêt une importance d'autant plus grande que, depuis la dématérialisation des déclarations en 2016, le fonds n'est plus directement destinataire des déclarations de TSA et ne peut donc plus opérer un suivi direct de la régularité des déclarations.

Des améliorations importantes ont été constatées dans le cadre du bilan relatif à l'exercice 2018 :

- amélioration du respect des exigibilités déclaratives par les OC consécutive à une meilleure appropriation du dispositif déclaratif par les OC et aux campagnes d'information et de relance menées par l'Urssaf Île-de-France
- amélioration du respect des échéances de transmission des flux par l'Acoss.

En 2019, les travaux de la branche Recouvrement ont permis d'adapter le portail déclaratif aux nouvelles obligations des OC.

2. Le suivi et le contrôle des recettes

2.1. LE SUIVI ET L'ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE LA TSA : UNE RECETTE EN HAUSSE DE 3,3 % EN 2019

2.1.1. L'assiette de la TSA est en hausse significative de 3,4 % en 2019

En 2019⁶¹, l'assiette de la TSA s'élève à 38 657 millions d'euros. Elle est en hausse de 3,4 % par rapport à 2018 (+ 1 271 millions d'euros) ; elle fait suite à une hausse modérée de 1,2 % en 2018.

Les évolutions constatées sont toujours influencées par un faible nombre d'OC en lien avec la forte concentration du marché. Ainsi, les cinq OC qui comptabilisent les plus fortes baisses représentent 52 % du montant total des baisses. Les hausses sont moins concentrées - les cinq OC enregistrant les plus fortes hausses représentent 32 % du montant total des hausses - mais 63 % des redevables enregistrent une progression de l'assiette déclarée conduisant au global à une augmentation significative de l'assiette.

Les variations importantes peuvent correspondre :

- à l'évolution de l'activité propre des OC (développement, contraction) ;
- à des transferts au sein du marché : transferts de portefeuilles, fusions/absorptions.

■ **Tableau 13 – L'assiette de la TSA – Évolution entre 2018 et 2019 (en milliers d'euros)**

	Contrats classiques responsables	Contrats classiques non responsables	Contrats 1er art. C998CGI	Contrats agriculteurs responsables	Contrats agriculteurs non responsables	Contrats au 1er euro	Contrats IJ responsables	Contrats IJ non responsables	Assiette de la TSA
2018	33 627 348	1 378 681	224 723	1 031 014	16 085	142 703	399 638	565 953	37 386 145
2019	34 806 388	1 365 789	217 061	1 062 068	12 002	145 605	409 617	638 662	38 657 192
Répartition 2019	90,0%	3,5%	0,6%	2,7%	0,0%	0,4%	1,1%	1,7%	100,0%
Évol. 2019 / 2018 (montants)	1 179 040	-12 892	-7 662	31 054	-4 083	2 902	9 979	72 709	1 271 047
Évol. 2019 / 2018 (%)	3,5%	-0,9%	-3,4%	3,0%	-25,4%	2,0%	2,5%	12,8%	3,4%

Champ : tous redevables de la TSA en 2018 et 2019 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 19 février 2020 – Données issues du tableau récapitulatif annuel (TR) pour 2018 et des 4 trimestres initiaux pour 2019.

Indications : les contrats visés au 1° de l'article 998 du code général des impôts concernent certains contrats d'assurance groupe ; les contrats dits « au 1er euro » visent les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (travailleur frontalier assuré auprès d'une assurance de base à l'étranger).

L'assiette de la TSA

Les contrats soumis à la TSA sont les contrats individuels ou collectifs⁶² d'assurance maladie souscrits auprès des sociétés ou entreprises d'assurances, mutuelles ou institutions de prévoyance⁶³, soit par des assurés sociaux pour compléter les remboursements effectués par leur régime de sécurité sociale (assurance maladie complémentaire), soit par des non assurés sociaux (travailleurs frontaliers, etc.).

⁶¹ Avant exploitation des données du tableau récapitulatif 2019 exigible au 30 juin 2020

⁶² Contrats à adhésion obligatoire ou facultative, solidaires ou non, responsables ou non, souscrits à titre professionnel ou dans un cadre privé, quel que soit le mode de leur financement (employeur ou assuré).

⁶³ Ou unions de mutuelles ou d'IP

L'assiette de la TSA se décompose en huit « *sous assiettes* » liées aux caractéristiques des garanties. Les contrats classiques (responsables/non-responsables) représentent 93,5 % de l'assiette totale – dont 3,8 % correspondent à des contrats non responsables. Il s'agit des contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs souscrits à titre individuel ou collectif.

La hausse enregistrée résulte de variations contrastées entre les différentes assiettes. Toutefois, ce sont les garanties santé responsables qui sont déterminantes au regard de leur poids : s'agissant des contrats classiques responsables, ces derniers enregistrent une hausse de 3,5 %.

Après avoir enregistré une augmentation significative en 2018 (+ 10 %), la rubrique relative aux garanties santé classiques non responsables baisse très légèrement en 2019 (- 0,9 %).

2.1.2. Une hausse de 3,3 % du rendement de la TSA

En 2019, la TSA recouvrée par l'URSSAF Île-de-France a atteint un total de 5,12 milliards d'euros, en progression de 3,3 % par rapport à 2018, soit un rendement supplémentaire de 166 millions d'euros.

■ **Tableau 14 – Évolution de la TSA entre 2018 et 2019 (en milliers d'euros)**

Taux de TSA	13,27%	20,27%	6,27%	6,27%	20,27%	14,00%	7,00%	14,00%	
	Contrats classiques responsables	Contrats classiques non responsables	Contrats 1er art. C998CGI	Contrats agriculteurs responsables	Contrats agriculteurs non responsables	Contrats au 1er euro	Contrats IJ responsables	Contrats IJ non responsables	Produit de la TSA
2018	4 462 349	279 459	14 090	64 645	3 260	19 978	27 975	79 233	4 950 989
2019	4 618 808	276 845	13 610	66 592	2 433	20 385	28 673	89 413	5 116 758
Répartition 2019	90,3%	5,4%	0,3%	1,3%	0,0%	0,4%	0,6%	1,7%	100,0%
Évol. 2019 / 2018 (montants)	156 459	-2 613	-480	1 947	-828	406	699	10 179	165 769
Évol. 2019 / 2018 (%)	3,5%	-0,9%	-3,4%	3,0%	-25,4%	2,0%	2,5%	12,8%	3,3%

Champ : tous redevables de la TSA en 2018 et 2019 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 19 février 2020 – Données issues du tableau récapitulatif annuel (TR) pour 2018 et des 4 trimestres initiaux pour 2019

2.2. LE SUIVI DES OC REDEVABLES DE LA TSA : UN MARCHÉ CONCENTRÉ

2.2.1. Un marché en constante évolution caractérisé par une forte concentration

Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration. Ainsi, sur 473 OC ayant déclaré une assiette non nulle en 2019⁶⁴ :

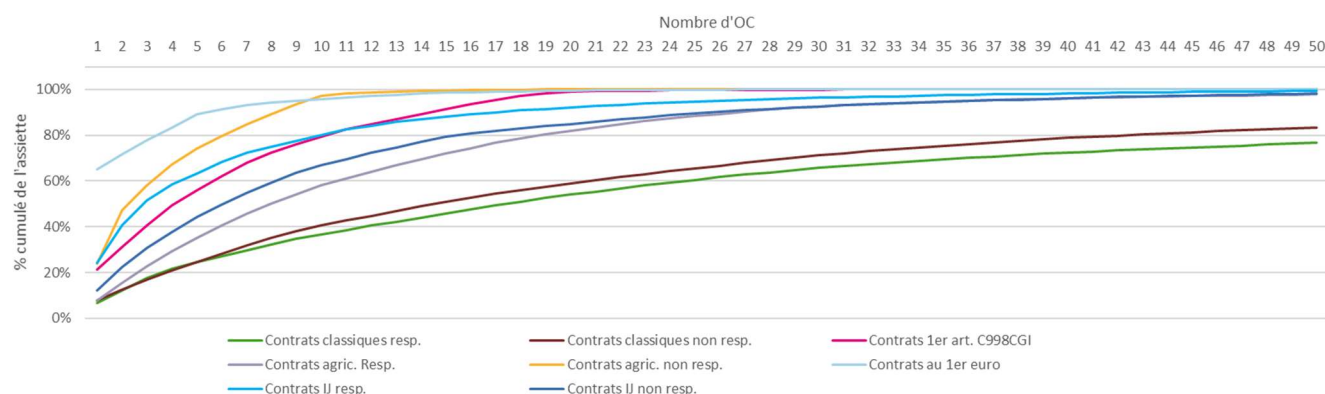
- les 10 premiers déclarent 36 % de l'assiette totale ;
- les 50 premiers déclarent 75 % de l'assiette totale⁶⁵.

Cette forte concentration oblige à une approche ciblée que ce soit en termes d'observation des tendances d'évolution ou de contrôle.

⁶⁴ Assiette totale de la TSA

⁶⁵ Voir en annexe la liste des 50 premiers OC au regard de l'assiette TSA

■ Figure 61 – Concentration des huit assiettes constitutives de la TSA en 2019



Champ : tous redevables de la TSA en 2019 - Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 19 février 2020
Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette relative aux contrats au 1^{er} euro en 2019 : 4 OC déclarent 84 % de l'assiette concernée, les 25 premiers OC en déclarent 99 %.

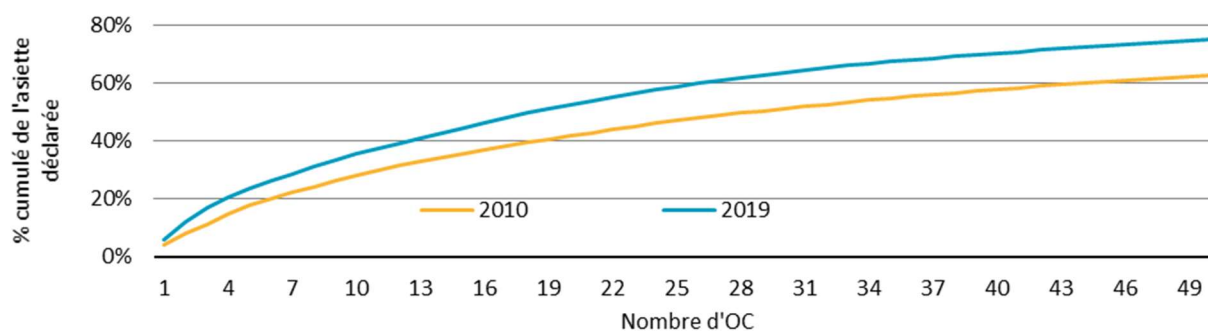
La concentration du secteur s'accroît progressivement, au gré notamment des regroupements d'organismes dans le cadre de fusions ou d'absorptions qui concernent principalement le monde mutualiste.

En 2019, les regroupements les plus importants concernent :

- un OC ayant déclaré 39 millions d'euros d'assiette en 2018 et qui a été absorbé par un OC de taille équivalente ;
- trois OC ayant déclaré 63 millions d'euros d'assiette au total en 2018 et qui ont été absorbés par un OC ayant déclaré 510 millions d'euros la même année.

Des regroupements sont d'ores et déjà annoncés pour 2020 dont certains concernent des organismes de taille importante.

■ Figure 62 – Concentration de la déclaration de l'assiette de la TSA en 2019 par rapport à 2010



Champ : 50 premiers redevables de la TSA en 2010 et en 2019

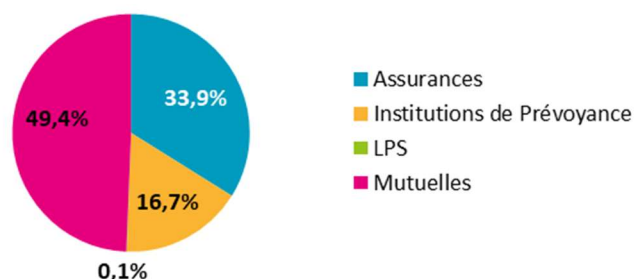
Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 19 février 2020

Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette en 2019 : 10 OC déclarent 36 % de l'assiette totale déclarée par l'ensemble des OC, les 50 premiers OC en déclarent 75 %

2.2.2. Des caractéristiques différentes en fonction de la nature des organismes

En 2019, l'assiette de la TSA reste majoritairement composée des primes des contrats commercialisés par les mutuelles même si elles passent pour la première fois en deçà du seuil de 50 % du marché : les mutuelles ont déclaré 49 % des montants en 2019. Les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance représentent respectivement 34 % et 17 % des primes assujetties à la taxe.

■ Figure 63 – Répartition de l'assiette de la TSA entre les différentes natures d'organismes complémentaires en 2019



Champ : tous redevables de la TSA en 2019

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 19 février 2020

Précision : les « LPS » correspondent à des organismes étrangers intervenant en libre prestation de services en France

L'appréciation des évolutions par nature d'OC se révèle délicate dans un contexte où les logiques de marché conduisent couramment à des imbrications entre organismes de nature différente. La logique concurrentielle oblige en effet les acteurs à devenir des opérateurs globaux et à dépasser le strict cadre de la santé. Les organismes sont désormais incités à proposer à leurs clients également des garanties en matière de prévoyance, de retraite, d'assurance automobile et habitation. Cela passe notamment par des alliances entre structures de natures différentes.

La caractérisation des OC selon leur nature montre cependant des différences marquées.

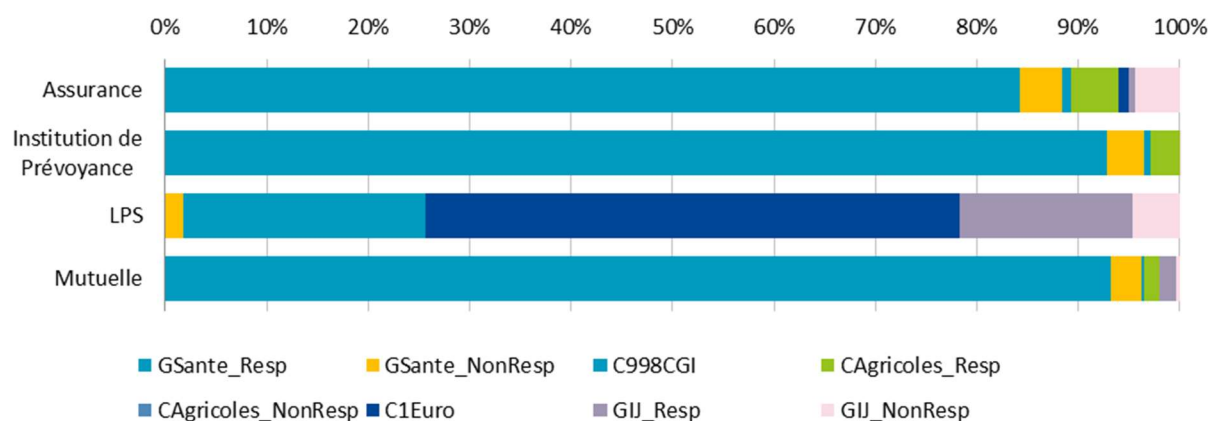
Les 26 institutions de prévoyance recensées comme redevables de la TSA regroupent 17 % de l'assiette totale et 5 % des organismes. Composée quasi uniquement de garanties classiques, de contrats d'assurance groupe et de contrats agricoles responsables, l'assiette TSA déclarée s'élève en moyenne à 248 millions d'euros en 2019. Il s'agit dans l'ensemble de grandes structures : 22 des 26 institutions de prévoyance déclarent un montant supérieur à 10 M€, dont 12 avec une assiette supérieure à 100 M€. La plus grande institution de prévoyance, BTP Prévoyance, déclare un montant de 1,3 Md€, la suivante AG2R Réunica Prévoyance déclare un montant de 1,1 Md€. Les institutions de prévoyance font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les 113 sociétés d'assurance représentent 24 % des organismes et 34 % de l'assiette. Présentes sur l'ensemble des garanties, elles représentent notamment 87 % des cotisations relatives aux contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. Le montant moyen d'assiette déclaré par les assureurs s'élève à 116 M€. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. 58 sociétés d'assurance déclarent une assiette supérieure à 10 M€, dont 25 à plus de 100 M€. L'assiette la plus importante est déclarée par Axa France Vie avec 2,3 Md€, suivie de Générali Vie avec 1,0 Md€. Les autres sociétés d'assurance déclarant un montant inférieur à 10 millions d'euros présentent en moyenne une assiette de 2,6 M€. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne, dont l'activité santé est marginale.

Quant aux 314 mutuelles recensées, avec un montant moyen d'assiette de 61 M€, elles regroupent 66 % des organismes et 49 % de l'assiette déclarée. À l'instar des institutions de prévoyance, les contrats classiques responsables représentent 93 % de l'assiette totale déclarée. Le montant le plus important est déclaré par Harmonie Mutuelle avec 2,4 Md€ suivie de la MGEN (2,0 Md€). Le monde de la mutualité, malgré les mutations en cours, demeure très morcelé. On dénombre par ailleurs des mutuelles, généralement de petite taille, qui existent encore juridiquement mais qui sont substituées par des structures plus importantes. Dans la plupart des cas, leur déclaration est intégrée à celle de leur « substituante ».

Les redevables de TSA incluent également 20 déclarants pour le compte d'organismes complémentaires étrangers intervenant en libre prestation de services (LPS). Leur part est négligeable dans l'assiette totale (0,1 %).

■ Figure 64 – Proportion de chaque assiette constitutive de la TSA au sein de chaque nature d'OC en 2019

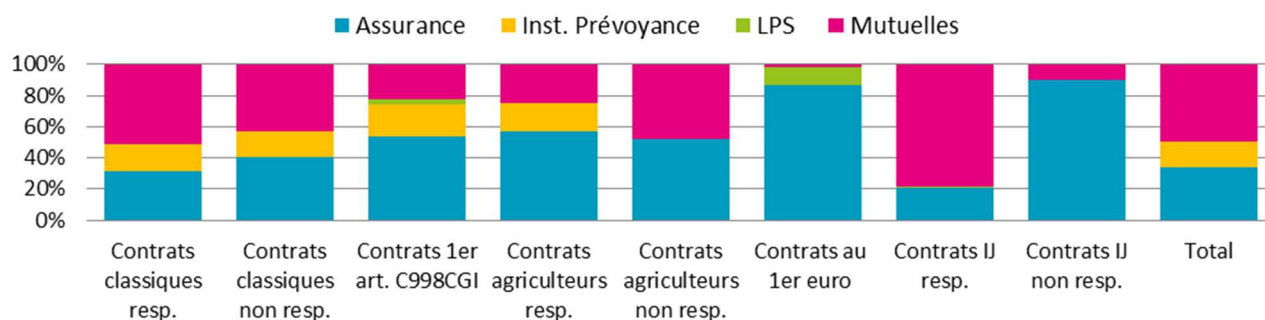


Note de lecture : 84 % de l'assiette déclarée par les assureurs correspondent à des garanties santé responsables et 4 % à des garanties santé non responsables

Champ : tous redevables de la TSA en 2019

Source : télédéclarations des redevables de la TSA. Situation déclarative arrêtée au 20 février 2020

■ Figure 65 – Part respective par nature d'OC au sein de chaque assiette constitutive de la TSA en 2019



Note de lecture : 32 % du montant des garanties santé responsables sont déclarés par les assureurs ainsi que 87 % des montants relatifs aux contrats au premier euro

Champ : tous redevables de la TSA en 2019

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 19 février 2020

Encadré 4 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires

Le rapport 2019 présente les résultats pour 2018. Il couvre l'exhaustivité de l'assiette de la TSA déclarée auprès du Fonds de la Complémentaire santé solidaire.

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

La santé représente 15 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance en 2017. Son poids dans l'ensemble de l'activité d'assurance a plutôt eu tendance à légèrement augmenter depuis 2009.

Elle représente 85 % 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 50 % des primes collectées). Elle est minoritaire au sein des sociétés d'assurance où elle ne représente que 6 % de l'activité (5 % en 2016).

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

L'individuel représente 52 % des primes collectées par les OC. La part de l'individuel qui représentait 56 % des primes collectées en 2015 diminue lentement mais progressivement.

Les mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels qui représentent 69 % des primes collectées contre 31 % pour le collectif. C'est l'inverse pour les institutions de prévoyance au sein desquelles l'individuel ne représente que 13 % des primes⁶⁶ (87 % pour le collectif). Les sociétés d'assurance se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 47 % des primes (53 % pour le collectif). En 2014, la part de l'individuel représentait respectivement 71 %, 15 % et 56 % chez ces mêmes organismes. Depuis la mise en place de l'ANI, c'est donc au sein des sociétés d'assurance que la part du collectif a le plus augmenté.

■ 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 liés à l'activité santé pour une année donnée⁶⁷. 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 (Prestations⁶⁸ / 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 2018 : + 436 M€ correspondant à 1,2 % des primes collectées (1,3 % en 2017, 0,3 % en 2016 et 2015 et 0,8 % en 2014).

2018	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	3,6%	-3,9%	1,3%
IP	9,9%	-4,2%	-2,4%
Assurances	8,6%	-2,2%	2,9%
Total	5,3%	-3,4%	1,2%

■ Une solidité financière confirmée des OC gérant le risque santé

La solidité financière d'un OC sur une année donnée peut s'apprécier à partir de son « résultat net » total, calculé sur l'ensemble de son activité (santé et autres). Ce résultat s'élève à 5,0 % pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (4,4 % en 2017), à 1,5 % pour les mutuelles (1,6 % en 2017) et -2,0 % pour les IP (-1,4 % en 2017).

Le rapport précise que les excédents ont souvent été portés par les activités d'assurance vie et dans une moindre mesure non vie, tandis que les activités non techniques ont plutôt tiré à la baisse le résultat net global chaque année.

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.

⁶⁶ Contrats destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées et à leurs ayant-droit

⁶⁷ Les produits correspondent principalement aux primes collectées hors taxes. Les charges sont essentiellement constituées par les 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

⁶⁸ Prestations : charges de prestations hors frais de gestion des sinistres

2.3. BILAN 2019 DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LE FONDS

Assise sur huit natures de contrats différentes selon des taux variés, la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est une taxe qui nécessite une bonne appropriation par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie redevables.

En charge du financement des dispositifs d'aide à la complémentaire santé qui repose sur cette seule ressource, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire est chargé de procéder à la vérification de ces assiettes et d'orienter le contrôle opéré par les URSSAF.

Ainsi, l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale dispose que « *Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe* ».

L'article L. 862 5 du même code précise par ailleurs que « *Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés* ».

Les travaux de vérification et d'orientation du contrôle menés par le fonds permettent non seulement de fiabiliser ses recettes et d'assurer la régularité de ses comptes mais ils contribuent également au meilleur recouvrement d'une recette attribuée pour moitié à la branche maladie du régime général.

2.3.1. Les méthodes de vérification de l'assiette de la TSA par le fonds

Les vérifications du fonds ciblent les évolutions atypiques ou importantes d'assiette. Ces variations correspondent principalement à :

- des effets de structure (fusions, absorptions) ;
- des effets volume (évolution des parts de marché, croissance du chiffre d'affaires, etc.) ou des effets prix (évolution des primes attachées aux contrats d'assurance) ;
- des évolutions techniques qui peuvent être consécutives à des changements de méthode comptable, à des erreurs de comptabilisation ou à une méconnaissance des règles d'assujettissement ou des formalités déclaratives.

En application de son dispositif de contrôle interne, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire réalise un suivi de l'ensemble des déclarations trimestrielles et annuelles effectuées par les OC auprès de l'URSSAF Île-de-France.

Après des travaux visant à garantir la qualité des données transmises par l'URSSAF (recherche des déclarations manquantes, contrôle de l'intégrité des fichiers, exactitude de la répartition, etc.), le fonds mène trois natures de vérification : vérification de l'exhaustivité des redevables, suivi de l'évolution des assiettes unitaires, vérification de l'habilitation des organismes complémentaires à opérer des déductions.

■ Vérification de l'exhaustivité des redevables

Les travaux de vérification des déclarations doivent tenir compte de l'évolution permanente du monde de la complémentaire santé, et en particulier des créations et des disparitions d'OC constatées chaque année, notamment à la suite de fusions et absorptions.

Un suivi est réalisé au fil de l'eau sur la base de l'exploitation des journaux officiels (créations, suppressions, transferts de portefeuilles, etc.).

Des rapprochements sont par ailleurs ponctuellement effectués avec les registres de l'ACPR.

Une attention particulière est portée sur la recherche des montants déclarés par les OC absorbés au cours d'une année. Il s'agit alors d'identifier la destination des montants concernés et de vérifier si l'évolution constatée sur l'organisme « absorbant » est cohérente avec cette intégration. Cette démarche s'applique également aux transferts de portefeuilles qui sont identifiés. Les enjeux financiers concernent alors 100 % des montants concernés.

■ Suivi de l'évolution des assiettes unitaires

À l'issue de chaque échéance déclarative, le fonds mène un travail de suivi et de rapprochement des assiettes déclarées de sorte à identifier des évolutions atypiques pour chaque OC et chaque assiette, au regard de l'évolution d'ensemble ou des données antérieures de l'OC concerné. Ce sont ainsi 19 000 données⁶⁹ qui ont été suivies en 2019.

Le fonds interroge systématiquement les organismes dont l'une ou plusieurs assiettes (s) présente (nt) une évolution significative en négatif ou positif sur la base de seuils d'alerte prédéterminés.

Cette démarche s'appuie sur des critères de sélection croisés : enjeux financiers, criticité, équité de traitement devant le prélèvement fiscal.

Les échanges avec les OC dans ce cadre ont également pour but de les accompagner dans l'appropriation des règles en vigueur. Ils permettent également de mieux appréhender les tendances de marché dont la TSA constitue l'indicateur le plus fiable.

■ Vérification de l'habilitation des OC à opérer des déductions

La TSA due et versée par les OC peut être minorée des déductions opérées par ces organismes au titre du remboursement des dépenses de CMU-C, de Complémentaire santé solidaire et des chèques ACS.

Le fonds est donc également chargé de vérifier que les déductions effectivement opérées l'ont été à bon droit, et que les OC concernés étaient bien habilités à gérer les dispositifs. Le fonds effectue pour ce faire un croisement entre les données déclaratives et le fichier des organismes habilités à gérer la CMU-C/la Complémentaire santé solidaire et/ou retenus pour gérer les contrats ACS à l'issue de l'appel d'offres de 2015.

2.3.2. Un champ des vérifications élargi en 2019

La LFSS 2019 a modifié substantiellement la déclaration à effectuer par les organismes complémentaires et particulièrement les échéances du 4^{ème} trimestre de chaque année.

De nouvelles obligations déclaratives sont prévues au c) de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale, nécessitant le renseignement par les OC redevables de la TSA des effectifs couverts (assurés + ayant-droits) et des montants annuels des sommes assujetties annuellement à la contribution forfait patientèle médecin traitant par type de contrats.

Les modalités déclaratives ont été précisées par le décret n°2019-621 du 21 juin 2019⁷⁰ et par le guide pratique URSSAF relatif à la taxe de solidarité additionnelle à la rédaction duquel le fonds a contribué. Elles sont entrées en vigueur dès l'échéance du 4^{ème} trimestre 2019.

En pratique, au niveau de la rubrique relative au forfait patientèle médecin traitant (FPMT) dans les déclarations du 4^{ème} trimestre et du tableau récapitulatif annuel, l'assiette TSA est décomposée selon la nature des contrats : contrats collectifs, contrats individuels responsables, contrats individuels non responsables, contrats au 1^{er} euro et contrats indemnités journalières. Sur chaque rubrique est mentionné le nombre de personnes couvertes et le montant annuel des primes correspondantes.

⁶⁹ Hors données relatives aux déductions au titre de l'ACS ou de la Complémentaire santé solidaire et hors données relatives aux effectifs couverts

⁷⁰ Le décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 a modifié l'article R862-11 du code de la sécurité sociale : Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 adressent chaque trimestre à l'organisme désigné pour le recouvrement en application des dispositions du III de l'article L. 122-6 une déclaration comportant notamment [...] le montant des cotisations assujetties à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 et le nombre de personnes couvertes au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles d'une part ou en application de l'article L. 911-1 d'autre part.

En complément des données statistiques exploitées notamment par la DREES⁷¹, ces nouvelles données concourent à plusieurs objectifs :

- dénombrer le nombre de personnes couvertes par un contrat de couverture complémentaire santé⁷² et suivre l'évolution du taux d'équipement dans le temps ;
- connaître le nombre de personnes couvertes par grande nature de contrats et suivre notamment l'évolution des contrats non responsables ;
- apprécier les montants moyens des primes par grande nature de contrats et suivre leur évolution dans le temps⁷³.

Elles vont ainsi contribuer à mesurer les effets des politiques publiques en matière de couverture complémentaire (100 % Santé, résiliation infra-annuelle, etc.).

Ces données déclarées par chaque organisme seront également utiles pour mieux comprendre l'évolution de l'assiette de chaque organisme en distinguant les effets volumes (nombre de personnes couvertes) des effets prix (évolution des primes moyennes) et ainsi mieux fiabiliser les déclarations.

Les déclarations du 4^{ème} trimestre 2019 mentionnent en première lecture :

- 29,6 millions de personnes couvertes en collectif ;
- 23,8 millions de personnes couvertes en individuel responsable ;
- 1,3 million de personnes couvertes en individuel non responsable.

Toutefois, ce calcul est incomplet dans la mesure où des organismes de taille importante n'ont pas été en mesure de renseigner les rubriques.

Ces données doivent faire l'objet d'un travail d'analyse et d'approfondissement par le fonds en 2020 dans le cadre de la préparation du rapport annuel prévu à l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale. Outre l'analyse de la robustesse des données, il conviendra d'estimer les doublons au titre des personnes bénéficiant d'une surcomplémentaire. Il conviendra par ailleurs d'ajouter les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière.

Pour mémoire, la DREES estime à 64,1 millions le nombre de personnes couvertes en France en 2016⁷⁴, soit 96 % de la population. Elle évalue la prime moyenne à 560 euros par personne couverte et par an.

2.3.3. Les OC vérifiés sur les trois dernières années ont déclaré plus des deux tiers de l'assiette

En 2019, 38 OC ont été interrogés par le fonds au regard de l'évolution de l'assiette de la TSA déclarée.

Le fonds a par ailleurs vérifié la destination des montants déclarés par 22 OC ayant été absorbés en 2019 et qui représentaient un montant total d'assiette de 183 M€ en 2018, soit 25 M€ de taxe.

En tenant compte des vérifications portant sur les OC absorbés, l'ensemble des vérifications a couvert 8 % des redevables et 13 % de l'assiette TSA totale déclarée en 2019 (5 Mds€ d'assiette vérifiée).

Sur la dernière période triennale de 2017 à 2019, 30 % des redevables ayant déclaré 70 % de l'assiette ont été interrogés dans ce cadre.

⁷¹ Pour le risque santé, deux sources de données sur les effectifs de personnes couvertes sont mobilisées par la DREES : les données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et de la DREES sur les effectifs de personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par types de garanties (état FR1401) et le taux de couverture de la population via l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2014 de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes).

⁷² Le nombre de personnes couvertes par une surcomplémentaire devra être déclaré à compter de la déclaration du 4^{ème} trimestre 2020.

⁷³ Pour estimer une cotisation moyenne, la masse des cotisations déclarées par les organismes est rapportée à l'effectif de personnes couvertes, en évitant les doubles comptes. À noter que ces moyennes ne permettront pas de saisir l'hétérogénéité des situations individuelles.

⁷⁴ DREES - Etudes et Résultats n°1101 - janvier 2019

Ce taux important de couverture permet non seulement au fonds de veiller à un juste recouvrement de la TSA, mais également d'assurer un rôle d'accompagnement des organismes complémentaires, participant en cela à une action préventive de couverture des risques.

Les réponses apportées par les OC interrogés correspondent parfois à des événements particuliers mais renvoient également à des situations souvent similaires sur un marché par ailleurs fortement concurrentiel. Ainsi les évolutions les plus importantes se situent-elles généralement sur le segment de la couverture collective : perte d'un contrat collectif à la suite de nouvelles mises en concurrence, résiliations de contrat consécutives aux relèvements tarifaires nécessaires pour satisfaire aux critères de solvabilité et/ou de rentabilité, régularisations importantes sur exercices antérieurs⁷⁵, etc.

Les évolutions sensibles peuvent également être consécutives à un changement de méthode de comptabilisation de l'assiette.

2.4. BILAN 2018 DES CONTROLES D'ASSIETTE OPERES PAR LA BRANCHE RECOUVREMENT

2.4.1. Un rôle qui s'inscrit dans un cadre juridique précis

L'article L. 862 5 du code de la sécurité sociale précise que « *les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés* » (article L. 862-5 du code de la sécurité sociale). Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire intervient en amont du contrôle des URSSAF sur la base d'un contrôle de vraisemblance des données déclaratives sur les cinq échéances annuelles (quatre échéances trimestrielles et le tableau récapitulatif annuel).

Ces vérifications permettent de rectifier des situations mais également d'orienter le contrôle sur place des URSSAF, effectués par des agents agréés et assermentés en situation de pouvoir procéder à des redressements.

Le plan de contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA a deux origines :

- les contrôles menés dans le cadre des contrôles comptables d'assiette des cotisations sociales qui sont étendus à l'assiette TSA dès lors que les employeurs contrôlés sont identifiés comme redevables de la taxe ;
- les contrôles réalisés à la demande du Fonds de la Complémentaire santé solidaire en application des critères de sélection déterminés par ce dernier.

Les contrôles menés par les inspecteurs URSSAF sur le champ de la TSA requièrent des connaissances spécifiques. Un groupe de travail national dédié au sujet met régulièrement à jour la formation, la méthodologie et les outils de contrôle. Le reporting des actions menées et les procès-verbaux des contrôles centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) permettent d'apprécier les différents motifs de redressement et les enjeux financiers attachés. La coordination des actions est assurée dans le cadre de réunions régulières entre le fonds et l'ACOSS au cours desquelles les bilans respectifs sont présentés et la liste des contrôles proposés par le fonds est validée.

2.4.2. Les contrôles des URSSAF ont porté sur près de 40 % de l'assiette sur la période 2016-2018

Les URSSAF ont effectué 22 contrôles relatifs à la TSA en 2018 (procès-verbaux de contrôles déposés en 2018) répartis sur 9 régions. Ces contrôles ont porté sur 5 % des organismes complémentaires redevables et sur 18 % de

⁷⁵ La déclaration de certains contrats collectifs sur une base provisionnelle peut conduire d'un exercice sur l'autre à des régularisations sur exercices antérieurs significatives.

l'assiette de la TSA. Sur la période triennale 2016-2018 les contrôles ont couvert 12 % des redevables et 37 % de l'assiette.

■ **Tableau 15 – Le contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA**

Année	Champ couvert par les contrôles URSSAF	
	En % du Nbre de redevables de la TSA	En % de l'assiette TSA
2012	2%	9%
2013	2%	3%
2014	3%	7%
2015	4%	12%
2016	4%	7%
2017	3%	12%
2018	5%	18%

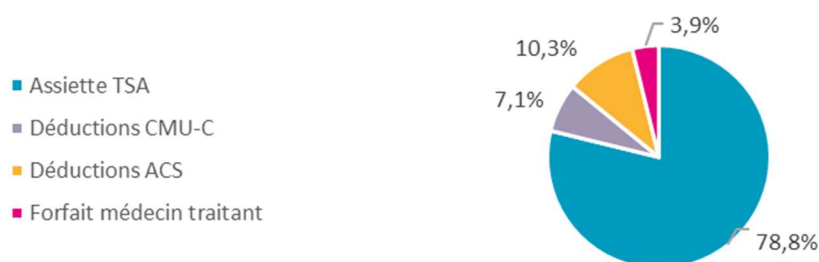
Source : ACOSS

Le nombre total de régularisations et d'observations à l'issue de ces contrôles s'élève à 59 dont 43 motifs de redressements positifs, 11 motifs de restitution et 5 observations.

Les contrôles aboutis en 2018 ont conduit à 9,8 M€ de redressements en valeur absolue avec 8,2 M€ de redressements positifs et 1,6 M€ de redressements négatifs.

Parmi les redressements positifs, 79 % ont pour origine l'assiette.

■ **Figure 66 – Répartition des montants des redressements positifs selon l'objet du contrôle**



Champ : ensemble des contrôles URSSAF conduits sur le champ de la déclaration TSA et clôturés en 2018

Source : ACOSS

Les contrôles URSSAF sur le champ de la TSA présentent deux caractéristiques observées dans le temps et confirmées en 2018 :

- l'enjeu principal des redressements porte sur l'assiette de la TSA ; l'assiette a représenté 79 % du montant total des redressements positifs en 2018 alors que les déductions CMU-C, les crédits d'impôts ACS et la rubrique relative au forfait médecin traitant n'ont représenté respectivement que 7 %, 10 % et 4 % des redressements ;
- l'enjeu du contrôle est toujours fortement concentré sur un faible nombre d'OC.

Sur l'assiette, les principaux motifs de redressement varient selon les contrôles et il est instructif de se référer à un historique des situations rencontrées.

Tableau 16 – Les principaux motifs de redressement des contrôles URSSAF sur le champ de la TSA entre 2014 et 2018

Année	Représentativité des redressements positifs les plus importants	Objet du redressement positif	Détail objet du redressement positif	Montant total des redressements positifs	Montant total des redressements négatifs	Part des redr. négatifs / positifs
2018	1 contrôle sur 22 : 65 % des redressements positifs	Assiette (91 %) + ACS (9 %)	Assiette : non prise en compte d'une subvention à un établissement relevant de l'Action sociale (mutuelle Livre III) ; FMT : prise en compte partielle du nombre de consommateurs	9 184 396 €	0 €	0,0%
	1 contrôle sur 22 : 23 % des redressements positifs	Assiette (67 %) + CMU-C (30 %)	Assiette : français travaillant à Monaco dont la résidence à Monaco n'a pu être prouvée, français frontaliers Suisse couverts par le RO Suisse mais avec des contrats de complémentaire santé ; contrat de protection famille accidents avec absence de ventilation de la dépense relative à des frais de soins ; CMU-C : discordances entre déclarations et listes de bénéficiaires			
2017	1 contrôle sur 16 : 74 % des redressements positifs	Assiette (68 %) + ACS (6 %)	Assiette : non prise en compte des intérêts pour paiement échelonné de la cotisation ; ACS : absence de justificatifs sur certains dossiers	3 336 667 €	921 628 €	27,6%
	1 contrôle sur 16 : 17 % des redressements positifs	Assiette (6 %) + ACS (11 %)	Assiette : erreur de paramétrage du système de gestion d'un courtier ; ACS : sous-déclaration de contrats gérés en coassurance			
2016	1 contrôle sur 21 : 94 % des redressements positifs	Assiette	Absence de déclaration d'un contrat « Accident famille ». L'objet même de ce contrat de prévoyance est de prendre en charge tous les frais engagés pour que l'assuré puisse se soigner en cas d'accident corporel de la vie quotidienne.	3 508 460 €	1 073 900 €	30,6%
2015	1 contrôle sur 24 : 51 % des redressements positifs	Assiette	64 % de ce redressement avait pour origine une discordance entre le montant des primes comptabilisées et l'assiette déclarée non justifiée ; 36 % concernait des contrats frontaliers complémentaires au remboursement de la Sécurité sociale pour lesquels l'OC n'a pas été en mesure de justifier la non résidence française des personnes concernées	2 231 484 €	181 473 €	8,1%
2014	1 contrôle sur 16 : 48 % des redressements positifs	Assiette	Majoration de primes lorsque les assurés paient en plusieurs fois non comptabilisées à tort	6 513 206 €	906 004 €	13,9%
	1 contrôle sur 16 : 38 % des redressements positifs	Assiette	Discordance entre le montant des primes comptabilisées et l'assiette déclarée non justifiée			

Source : ACOSS

In fine, en tenant compte des vérifications menées par le fonds sur le champ de l'assiette, près de 35 % des organismes représentant 80 % de l'assiette ont fait l'objet d'un examen sur la période 2016-2018.

3. Le suivi et le contrôle des dépenses

3.1. LA METHODE DE CONTROLE DES DEDUCTIONS DONT BENEFICIENT LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Outre les dépenses de Complémentaire santé solidaire engagées par les régimes d'assurance maladie de base, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire finance les dépenses de Complémentaire santé solidaire (CMU-C jusqu'au 31 octobre 2019) des OC gestionnaires du dispositif, ainsi que les chèques ACS utilisés par les bénéficiaires auprès des onze groupements habilités. Ce financement prend la forme de déductions opérées par les OC sur les montants de la TSA dont ils sont redevables.

Déclarés par les organismes, ces crédits donnent lieu à des vérifications par le fonds, lesquelles sont encadrées par les dispositions de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale qui dispose que le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative au calcul des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de la Complémentaire santé solidaire et aux déductions opérées par les OC au titre des crédits d'impôts ACS.

En 2019, les vérifications ont porté sur cinq échéances déclaratives :

- le quatrième trimestre et le tableau récapitulatif relatifs à l'année 2018 ;
- les trois premiers trimestres de l'année 2019⁷⁶.

Par ailleurs, les vérifications ont également concerné les organismes dont le montant des déductions était supérieur au montant de TSA dont ils étaient redevables au titre d'années antérieures.

3.1.1. Les OC en situation créditrice

Le recouvrement de la TSA est opéré par l'URSSAF Île-de-France sur la base de déclarations dématérialisées. En application de l'article L. 862-6 du CSS, lorsque le montant de la taxe collectée est inférieur au montant des imputations correspondant aux dépenses de Complémentaire santé solidaire et aux crédits d'impôt ACS, les OC demandent à l'URSSAF le versement de cette différence.

Les treize OC enregistrant une créance supérieure à 500 000 euros sur l'URSSAF au titre du tableau récapitulatif 2018 ont fait l'objet d'une vérification par le fonds avant remboursement. Le fonds a par ailleurs poursuivi les vérifications au titre des tableaux récapitulatifs 2015, 2016 et 2017.

3.1.2. Un objectif de couverture de 100 % sur trois ans

Les vérifications opérées pour le compte de l'URSSAF conduisent à des contrôles récurrents d'un faible nombre d'organismes et ne permettent pas à elles seules d'assurer l'équité de traitement des redevables. En complément de ces vérifications, le fonds a déterminé en conséquence un plan de contrôle annuel avec comme objectif principal de contrôler au moins une fois chaque organisme gestionnaire sur une période triennale.

Les critères de sélection déterminés par le fonds permettent de tenir compte des taux d'évolution des effectifs, de la cohérence entre les déclarations trimestrielles et le tableau récapitulatif annuel et de l'évolution du coût moyen. En 2018, le fonds a par ailleurs introduit un nouveau type de contrôle visant à vérifier l'absence de doublons entre les listes de bénéficiaires de la CMU-C et celles des bénéficiaires de l'ACS pour un même organisme gestionnaire. Les premiers contrôles de doublons inter-dispositifs ont été opérés en 2019 au titre du quatrième trimestre 2018.

⁷⁶ Les déclarations relatives au dernier trimestre 2019 et au tableau récapitulatif 2019 seront contrôlées courant 2020.

Au regard du nombre moyen d'OC qui opèrent des déductions – soit 223 sur la période de janvier à octobre 2019 et 127 depuis le 1^{er} novembre 2019 – et du nombre d'OC déjà contrôlés en 2018⁷⁷, le plan de contrôle 2019 a permis d'arrêter une liste de 82 organismes à contrôler en 2019.

3.1.3. Méthode de contrôle

Les contrôles opérés par le fonds visent à couvrir le risque de déductions erronées : bénéficiaires déclarés deux fois, dates de droit non cohérentes avec les prescriptions réglementaires, montant déduit supérieur au montant réglementaire, montant de dépenses déclaré non cohérent avec le total des dépenses par poste.

Afin de vérifier l'ensemble de ces points, le fonds demande aux organismes sélectionnés de fournir la liste des bénéficiaires correspondant à l'échéance concernée par le contrôle. Il est également susceptible de demander les attestations d'ouverture des droits sur un échantillon de bénéficiaires.

Pour les échéances trimestrielles, la méthode de contrôle consiste à vérifier :

- le nombre de bénéficiaires déclarés par rapport à la liste fournie (nombre identique, absence de doublons par contrôle des noms, prénoms et dates de naissance des bénéficiaires) ; la cohérence des dates d'entrée et de sortie des bénéficiaires par rapport à la date de référence du calcul des déductions⁷⁸ ;
- la cohérence du montant de la déduction ACS en fonction de l'âge du bénéficiaire.

S'agissant du contrôle des tableaux récapitulatifs annuels, il consiste à vérifier les mêmes éléments que ceux décrits *supra* ainsi que :

- la cohérence du montant de dépenses inscrit sur le tableau récapitulatif par rapport au montant inscrit sur l'état détaillé des dépenses transmis au fonds par les organismes en annexe du TR ;
- le nombre moyen des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire par rapport aux listes transmises ;
- les reports des montants déclarés lors des échéances trimestrielles ;
- le montant des participations financières .

Lorsque des anomalies sont constatées, le fonds demande aux organismes complémentaires de les justifier ; à défaut de justification, il leur est demandé de faire une déclaration rectificative auprès de l'URSSAF et d'indiquer l'échéance déclarative sur laquelle seront opérées les rectifications (trimestre concerné ou tableau récapitulatif annuel).

3.2. LE BILAN DU CONTROLE

54 % des OC gestionnaires contrôlés depuis 2018

En 2019, outre les contrôles de cohérence des dépenses de soins menés auprès de 70 organismes gestionnaires de la CMU-C représentant 90 % des dépenses sur le TR 2018⁷⁹, le fonds a diligenté 94 opérations de vérification des listes de bénéficiaires auprès de 59 organismes. Il a par ailleurs rapproché les listes de bénéficiaires CMU-C et ACS d'un organisme de taille importante au titre de tous les trimestres 2017.

L'application de nouveaux critères de sélection des OC et notamment le déploiement des contrôles de doublons entre dispositifs s'est traduit par une légère réduction du taux de couverture des contrôles en pourcentage du nombre d'OC gestionnaires de la CMU-C et une augmentation sensible du taux de contrôle des OC gestionnaires de

⁷⁷ 74 OC au titre de la CMU-C et 28 OC au titre de l'ACS

⁷⁸ La date de début des droits ne doit pas être postérieure au dernier jour du second mois du trimestre civil ; la date de fin de droits ne doit pas être antérieure au dernier jour du second mois du trimestre civil. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la date de référence est le dernier jour du trimestre et non plus le dernier jour du deuxième mois du trimestre.

⁷⁹ Par vérification du montant des dépenses par poste de soins déclarées dans les annexes au TR puis rapprochement du montant total des dépenses avec le montant déclaré dans le TR

l'ACS. Ces contrôles ont ainsi porté sur 29 % des OC gestionnaires de la CMU-C et 61% des OC gestionnaires de l'ACS⁸⁰ contre respectivement 31 % et 40 % en 2018 et 11 % et 47 % en 2017.

Les OC pour lesquels le fonds a diligenté des contrôles de listes de bénéficiaires représentent 18 % des effectifs et 18 % des déductions de CMU-C / Complémentaire santé solidaire sur la période concernée. Il s'agit en moyenne d'organismes de plus petite taille que celle des organismes contrôlés en 2018. En ce qui concerne l'ACS, les vérifications menées ont couvert 26 % des bénéficiaires ACS et 26 % des crédits d'impôt déclarés par les OC.

■ **Tableau 17 – Taux de couverture des contrôles menés par le fonds en 2017, 2018 et 2019 sur le champ des déductions**

Année	taux de couverture des contrôles					
	en % du nombre d'OC gestionnaires		En % du nombre de bénéficiaires		En % des dépenses	
	CMU-C	ACS	CMU-C	ACS	CMU-C	ACS
2017	11%	47%	44%	50%	14%	13%
2018	31%	40%	49%	66%	12%	13%
2019	29%	61%	18%	26%	18%	26%

Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Champ : plan de contrôle Fonds de la Complémentaire santé solidaire et contrôles des OC créditeurs pour le compte de l'URSSAF

Nota : les taux de couverture en % du nombre de bénéficiaires et en % des dépenses ne tiennent pas compte des contrôles diligentés sur les TR

Sur la période 2018-2019, le nombre d'OC contrôlés s'élève à 122. Parmi eux, seuls 73 figurent dans la liste des OC habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire. En ne tenant compte que de ces 73 organismes, le taux de contrôle depuis le début de la période triennale s'élève à 54 %.

3.2.1. Des corrections à hauteur de 616 500 €

Les anomalies identifiées par le fonds sur les cinq échéances déclaratives 2019 et sur les tableaux récapitulatifs antérieurs se sont élevées à 2,1 M€. Après production des justificatifs, les demandes de correction se sont élevées à 616 470 euros⁸¹. 111 747 euros ont d'ores et déjà régularisés par les OC à la date de rédaction du rapport.

Les vérifications menées sur l'ensemble des trimestres 2017 d'un organisme de taille importante font ressortir des anomalies évaluées entre 9 361 euros et 18 956 euros selon la couverture effective des bénéficiaires (ACS ou CMU-C). Le contrôle est encore en cours à l'heure de la rédaction du présent rapport.

Les taux moyens d'anomalies en nombre et en montant au titre des cinq échéances déclaratives contrôlées s'élèvent respectivement à :

- 0,33 % et 0,34 % pour les contrôles relatifs à la CMU-C ;
- 0,26 % et 0,32 % pour l'ACS.

Rapportés à l'ensemble des déductions⁸², ces taux d'anomalie permettent d'évaluer à hauteur de 2 millions d'euros l'enjeu financier lié aux anomalies déclaratives relatives aux effectifs déclarés⁸³.

⁸⁰ Le taux de couverture en nombre d'organismes est calculé à partir du nombre de contrôles diligentés. A noter que le fonds est toujours en attente de la transmission des listes en provenance de 11 organismes gestionnaires.

⁸¹ Dont 13 127 euros de dépenses CMU-C valorisées sur les personnes déclarées simultanément sur les listes de bénéficiaires ACS et CMU-C sur le quatrième trimestre 2018 et sur le TR 2018.

⁸² Sur la base des montants déclarés dans le TR 2018

⁸³ Cette évaluation doit également tenir compte des effectifs déclarés simultanément au titre de la CMU-C et de l'ACS qui représentaient 0,04% des effectifs et des montants CMU-C gérés par les 18 OC contrôlés par le fonds au titre du quatrième trimestre 2018 et du TR 2018 et de l'OC contrôlé à ce titre sur l'ensemble de l'année 2017.

À compter du 4^{ème} trimestre 2019, les enjeux financiers relatifs au contrôle des déductions OC augmenteront sensiblement du fait de trois facteurs de risques supplémentaires :

- Déplafonnement des dépenses que pourront déclarer les organismes au titre de la Complémentaire santé solidaire ;
- Prise en compte des participations financières dues par les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation ;
- Coexistence de trois dispositifs jusqu'à la disparition de l'ACS.

VI. Les comptes et la trésorerie 2019

1. Les comptes 2019

1.1. LE COMPTE DE RESULTAT 2019

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁸⁴, le résultat 2019 du fonds est nul. Le résultat cumulé atteint quant à lui 185 M€.

Les produits du fonds s'élèvent au total à 2 639 M€⁸⁵ (dont recettes annexes et reprises sur provisions), soit une évolution de 3,3 % par rapport à l'exercice 2018.

La dépense totale au titre du financement de la CMU-C et de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière atteint 2 325 M€, soit une évolution de 3,6 %. Cette somme se décompose en 2 159 M€ de versements aux régimes de base d'assurance maladie et 166 M€ de déductions CMU-C/Complémentaire santé solidaire sans participation financière accordées aux organismes complémentaires.

Les déductions ACS atteignent 292 M€, soit une évolution de -33 %. Cette baisse sensible des charges au titre des crédits d'impôt ACS est en cours d'analyse par l'ACOSS.

Les déductions de Complémentaire santé solidaire avec participation financière prises en charge par les organismes complémentaires⁸⁶ s'élèvent à -178 000 euros au titre de novembre et décembre 2019. Ce montant négatif résulte du délai de transmission aux OC par les CPAM, dans le cadre du tiers payant intégral, des factures de dépenses de soins des bénéficiaires concernés : le montant des participations financières dues s'est révélé supérieur au montant des dépenses facturées par les CPAM sur cette période.

Au total, les dépenses au profit des organismes complémentaires s'élèvent à 458 M€ contre 651 M€ en 2018.

⁸⁴ L'article 28 de la loi dispose que le produit de la taxe de solidarité additionnelle est affecté au fonds « à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2. »

⁸⁵ Les produits et les charges du compte de résultat comprennent des recettes perçues en 2019 au titre d'exercices antérieurs

⁸⁶ Les déductions tiennent compte des dépenses de santé comptabilisées par les OC au titre des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière mais également des frais de gestion forfaitaires par bénéficiaire (8 euros par bénéficiaire et par trimestre). Elles sont minorées du montant des participations financières dues par les bénéficiaires au titre de la période.

■ Tableau 18 – Compte de résultat détaillé 2019

CHARGES	2019	2018	PRODUITS	2019	2018
CHARGES DE FINANCEMENT			PRODUITS DE FINANCEMENT		
Versements aux Régimes de base	2 159 397 577,18	2 032 736 567,62			
dont CNAM	1 631 458 506,14	1 866 999 840,00			
dont CCMSA	41 845 029,98	47 869 653,89			
dont CNRSI	89 928 009,76	114 895 906,48	TSA art L 862-4 Code Sécurité Sociale	2 622 151 204,94	2 517 631 409,31
dont autres régimes (Petits régimes)	2 272 869,53	2 971 167,25	dont TSA Acoess	2 622 151 204,94	2 517 647 554,31
dont nouveau dispositif	393 893 161,77	0,00			
			dont TSA Fonds		-16 145,00
Déductions aux Organismes Complémentaires	457 396 910,80	651 247 485,75			
dont déductions CMU-C	121 671 314,51	211 716 239,10			
dont déductions ACS	291 770 166,89	438 895 311,61			
dont autres charges CMU-C Acoess	102 096,67	635 935,04			
dont déductions CSS	43 853 332,73	0,00	Produits exceptionnels GT	2 014,05	26 739,41
			Reprises sur provisions techniques	16 888 008,74	38 057 300,88
Dotations aux provisions techniques	20 916 768,65	20 501 529,49			
dont déductions CMU-C Acoess					
dont déductions ACS Acoess					
dont régularisations CMU-C Fonds	16 612 117,00	15 602 315,63			
autres dotations aux provisions	4 304 651,65	4 899 213,86			
Sous-total charges de financement	2 637 711 257	2 704 485 582,86	Sous-total produits de financement	2 639 041 228	2 555 715 450
CHARGES DE FONCTIONNEMENT			PRODUITS DE FONCTIONNEMENT		
Charges de personnel	996 708,34	878 406,53	Produit d'exploitation	0,00	223,00
Salaires traitements et charges sociales	908 944,17	799 990,80	Prestations de services	0,00	223,00
Impôts , taxes et versements assimilés	87 764,17	78 415,73	subvention		
Autres charges d'exploitation	420 384,44	462 546,33	Produits exceptionnels	87 121,68	110 863,12
Achats non stockés de matières et fournitures	10 530,01	9 324,76	Sur opérations de gestion courante	474,29	7 671,82
Services extérieurs	341 377,67	350 581,33	Reprise sur provisions	86 647,39	103 191,30
Impôts et taxes et versements assimilés	3 920,00	3 563,00			
Charges exceptionnelles	13,00	14,36	transfert de charges		
Dotations aux amortissements et provisions GA	64 543,76	99 062,88			
Sous-total charges de fonctionnement	1 417 093	1 340 953	Sous-total produits de fonctionnement	87 121,68	111 086,12
Total charges :	2 639 128 349,41	2 705 826 535,72	Total Produits :	2 639 128 349,41	2 555 826 535,72
Solde créditeur (excédent) :	0,00		Solde débiteur (déficit) :	0,00	150 000 000,00
TOTAL GENERAL :	2 639 128 349,41	2 558 327 183,06	TOTAL GENERAL :	2 639 128 349,41	2 558 327 183,06

2. La trésorerie 2019

2.1. LE PROFIL 2019 DU COMPTE DE SUIVI FINANCIER DU FONDS

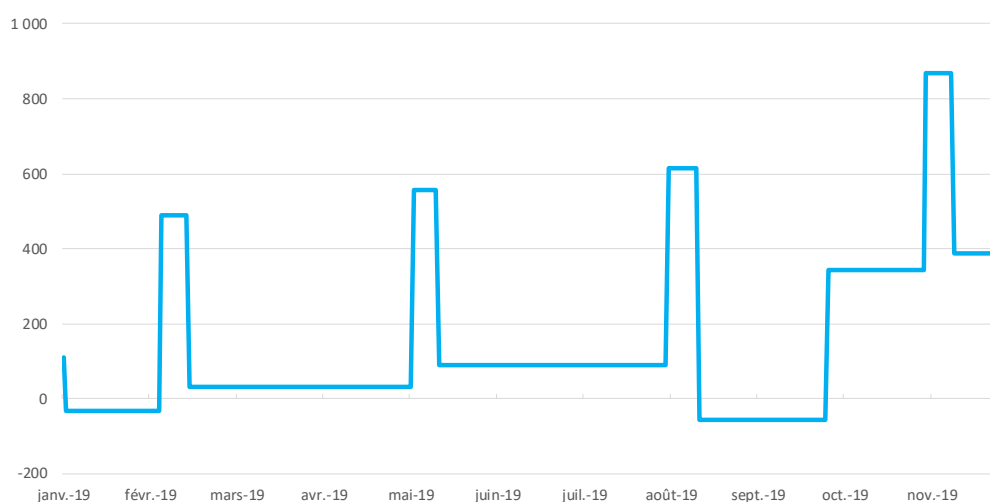
En application des dispositions de l'article D. 225-2 du code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 20 décembre 2016, le fonds a ouvert un compte de suivi des opérations financières au sein de la comptabilité de l'ACOSS. Les modalités de fonctionnement, le périmètre des flux concernés et les restitutions comptables ont été définis par convention bilatérale entre le fonds et l'ACOSS en date du 29 novembre 2017 pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018.

Les versements de TSA au crédit du compte du fonds sont effectués par acomptes trimestriels déterminés par échéancier annuel. Les remboursements du régime général, du régime agricole et des dépenses liées aux indépendants, sont effectués par mouvement de compte à compte – la CNAM, la CCMSA et la CNDSSSTI bénéficiant déjà de comptes courants comptables dans les livres de l'ACOSS. Le déploiement d'un compte de suivi financier (CSF) au nom du Fonds de la Complémentaire santé solidaire permet ainsi de simplifier les flux de trésorerie entre le fonds et ses partenaires et de sécuriser près de 4 Md€ de flux échangés annuellement entre ce dernier et l'ACOSS.

Le solde du CSF au 1^{er} janvier 2019 s'est élevé à 110 M€. En vertu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, une régularisation négative à hauteur de 150 millions d'euros correspondant à la réfaction des recettes du fonds a été enregistrée en date de valeur du 2 janvier 2019⁸⁷. Une régularisation de trésorerie à hauteur de 400 M€ au titre de 2018 a par ailleurs été enregistrée au crédit du compte en date de valeur du 1^{er} octobre 2019⁸⁸.

Le point haut a été enregistré le 6 novembre 2019 à hauteur de 869 M€. Le solde du compte au 31 décembre 2019 s'établit à 386 M€. Le solde moyen annuel s'élève à 170 M€. Ce solde a permis de limiter à due proportion les emprunts de l'ACOSS.

■ Figure 67– Profil de trésorerie du compte de suivi financier du fonds de janvier à décembre 2019, en millions d'euros



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Note : profil de trésorerie en date de valeur

⁸⁷ Elle a été comptabilisée le 23 mai 2019 par le fonds après communication des justificatifs comptables par l'ACOSS.

⁸⁸ La régularisation a été enregistrée le 23 octobre 2019 dans la comptabilité du fonds.

2.2. LA TRESORERIE 2019

Les fonds gérés par l'ACOSS sur le compte de suivi financier relèvent des disponibilités du Fonds de la Complémentaire santé solidaire, c'est-à-dire d'actifs monétaires détenus par le fonds, convertibles pour leur montant nominal. Les opérations entre le Fonds de la Complémentaire santé solidaire et l'ACOSS sont donc suivies dans les comptes du fonds comme des opérations de trésorerie.

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire est soumis au décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. En application de l'article 47 de ce décret, le fonds est par ailleurs tenu de déposer une partie de ses fonds au Trésor. Il dispose à ce titre de deux comptes de disponibilités qui lui permettent d'effectuer ses opérations de gestion administrative et de rembourser les dépenses engagées par les régimes spéciaux. Ces comptes ne peuvent pas présenter de découvert.

En tenant compte de ses deux comptes au Trésor et du solde du CSF, la variation 2019 de trésorerie du fonds s'établit à 271,5 M€ contre une variation de - 244,4 M€ en 2018. Le solde de trésorerie s'établit à 389,4 M€ au 31 décembre 2019.

3. Les perspectives financières

3.1. LES EXERCICES DE PROJECTION

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire réalise périodiquement un exercice technique de prévision pluriannuelle à un horizon de cinq ans. Cet exercice s'inscrit dans le cadre des grandes échéances annuelles du pilotage des comptes de la sécurité sociale que sont les commissions des comptes de la sécurité sociale et le projet de loi de financement de la sécurité sociale, en juin et septembre. L'exercice est également réalisé en vue de l'établissement du budget initial N+1 du fonds en novembre de chaque année N. Ainsi, trois exercices de prévisions sont transmis chaque année, en mai, septembre et novembre.

Les prévisions intègrent les dernières données disponibles relatives à l'évolution de l'assiette de la TSA, aux effectifs et au coût moyen de la Complémentaire santé solidaire et de l'ACS. Elles tiennent compte des mesures nouvelles inscrites dans les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances antérieures qui ont une incidence sur le budget du fonds.

3.2. PERSPECTIVES 2020

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, le financement du fonds est exclusivement assuré par la TSA dont le produit est réparti entre le Fonds CSS et la CNAM. Afin d'éviter que les aléas liés à l'évolution de la recette de TSA amènent à abonder excessivement ou insuffisamment les réserves du fonds, la LFSS pour 2018 a adapté les modalités de financement du fonds. Ainsi, seul le montant de TSA nécessaire pour financer les dépenses de l'année est désormais attribué au fonds, le solde revenant à la CNAM. Ces nouvelles modalités de financement permettent de ne financer le fonds qu'à hauteur de ses stricts besoins et d'améliorer à due concurrence le solde de la branche maladie du régime général.

Ces nouvelles dispositions permettent de couvrir mécaniquement les dépenses induites par :

- l'évolution dynamique des bénéficiaires de la CMU-C constatée en 2019 ;
- l'amélioration du recours au droit attendu de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire ;
- la revalorisation des plafonds au 1^{er} avril 2020 ;
- le déplafonnement du remboursement des dépenses à compter du 4^{ème} trimestre 2019.

VII. La maîtrise des risques

Du fait de la sensibilité économique et sociale des missions qui lui sont confiées, du caractère déclaratif des informations à partir desquelles il exerce son activité, de sa dépendance à d'autres opérateurs, de la sensibilité des recettes et des dépenses à l'évolution des agrégats économiques et démographiques et des volumes financiers qu'il doit contrôler, le fonds est exposé à des risques spécifiques.

Ses activités de maîtrise des risques relèvent à la fois de ses missions en qualité d'établissement dépositaire d'un service public et de gestion interne propre à l'établissement. À ce double titre, il doit notamment :

- veiller à l'efficacité sociale des deniers publics ;
- participer à la bonne compliance des OC au versement de la TSA ;
- contribuer à suivre et à prévoir les dépenses publiques.

Il doit également se conformer à l'article 47-2 de la Constitution qui a étendu à l'ensemble des administrations publiques les principes de régularité, de sincérité et d'image fidèle des comptes. L'article 215 du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP) prévoit par ailleurs l'obligation du déploiement d'un dispositif de contrôle interne budgétaire (CIB) et de contrôle interne comptable (CIC).

Organe de synthèse et d'analyse des données, le travail du fonds repose en majeure partie sur le traitement de données communiquées par des partenaires extérieurs. Qu'il s'agisse des différentes missions d'intervention – suivi et contrôle de la TSA, suivi et contrôle des dépenses, mise à jour de la liste des OC – ou des missions support – communication, comptabilité, etc. – la qualité de la gestion du fonds repose en conséquence en grande partie sur la fiabilité des informations qu'il analyse concernant la TSA, les effectifs des bénéficiaires et les dépenses. En la matière, il est exposé à différents risques : non-complétude des données, mauvais paramétrages, perte d'intégrité, erreurs déclaratives, etc.

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire mène en conséquence depuis quelques années une démarche de maîtrise des risques financiers et comptables qui associe tous les acteurs de l'établissement aussi bien du côté ordonnateur que comptable. La démarche de fiabilisation et d'actualisation régulière de ce dispositif se déroule selon les prescriptions prévues pour les établissements publics.

1. Les risques liés aux missions d'intervention du fonds

Concernant les missions d'intervention, la cartographie des risques a été actualisée pour tenir compte principalement de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire au 1^{er} novembre 2019. Les niveaux de risque (inhérent / résiduel) ont été revus et de nouveaux risques ont identifiés sur différents processus du fonds.

Dans le cadre de l'élaboration de la liste des OC gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire et afin de fluidifier les échanges entre les régimes d'assurance maladie obligatoire et les OC, le fonds recense désormais des informations à destination de l'assurance maladie obligatoire : notamment les identifiants NOEMIE et les coordonnées des correspondants au sein des OC.

Un des nouveaux risques porte en conséquence sur l'inexactitude des informations enregistrées et diffusées par le fonds. Ces informations – qui font l'objet de fréquentes mises à jour – sont essentielles pour le bon fonctionnement du nouveau dispositif. En effet, la qualité des échanges de données dépend de la fiabilité des identifiants NOEMIE ; par ailleurs, au cours des premiers mois de mise œuvre de la Complémentaire santé solidaire, les CPAM utilisent les coordonnées centralisées par le fonds pour transmettre aux OC les messages relatifs aux dossiers des assurés (via le serveur Petra).

En ce qui concerne l'information et la communication auprès des partenaires et des assurés, le risque d'écart entre les informations véhiculées par le fonds et la mise en œuvre opérationnelle des dispositifs a été identifié. En effet, compte tenu des nombreux acteurs intervenant dans la mise en œuvre de la réforme, il peut y avoir un certain délai avant que toutes les parties prenantes soient bien informées des règles de gestion retenues.

S'agissant des dépenses, la réforme se traduit par une plus grande exposition aux risques d'erreur – déplaçonnement des dépenses déduites par les OC, introduction de frais de gestion forfaitaires par bénéficiaire, déduction du montant des participations financières dues par les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation, etc. – et requiert en conséquence le renforcement des contrôles par le fonds.

Par ailleurs, les caractéristiques de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière peuvent se traduire par une évolution de la structure par âge et par revenu des bénéficiaires ainsi que par une évolution des dépenses.

Pour maîtriser ces risques, les principales actions engagées au cours de l'année 2019 ont porté sur la préparation de la réforme. En voici, quelques-unes classées par processus :

- gestion des OC :
 - campagne d'inscription des OC gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire anticipée à l'été 2019 pour une entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2019 ;
- gestion de la TSA :
 - modification du portail déclaratif TSA pour inclure la Complémentaire santé solidaire et tenir compte des évolutions dans le mode de compensation des dépenses : participations financières des bénéficiaires, dépenses réelles, frais de gestion et effectifs assurés par les OC ;
 - modification des modalités de détermination des acomptes de TSA ;
- gestion des dépenses :
 - adaptation des données en provenance des régimes et des OC ;
 - révision des conventions de remboursement des dépenses avec les régimes ;
- analyse des dispositifs :
 - mise en place avec les régimes d'un suivi des effectifs de Complémentaire santé solidaire avec participation financière (attributions provisoires et définitives, suivi par tranches d'âge) ;
 - exploitation des données de l'observatoire des dépenses et élargissement de l'observatoire au suivi de la montée en charge et à l'analyse du profil des bénéficiaires ;
- communication auprès des assurés :
 - mise à jour des sites internet ;
 - participation à la préparation du basculement des assurés.

La Complémentaire santé solidaire ayant été mise en place à la fin de l'année 2019, le fonds a planifié d'autres actions en lien avec la réforme pour l'année 2020.

2. Les risques liés à la gestion de l'établissement

Dans le prolongement des travaux de cartographie des processus et de cartographie des risques sur le champ de ses missions d'intervention, le fonds a identifié les risques relatifs à la gestion administrative, budgétaire et comptable de l'établissement. Les travaux ont été initiés en 2018 pour les risques afférents aux processus de paie, de suivi de la trésorerie et d'inventaire physique et comptable.

La cartographie des risques liés à la gestion de l'établissement a été finalisée en 2019. Plusieurs réunions de travail réunissant des représentants de l'ordonnateur et de l'agence comptable ont permis de recenser et de caractériser les risques attachés aux sept processus suivants :

- veille juridique ;
- confection du budget ;
- suivi comptable des recettes ;
- suivi comptable des dépenses ;

VII. La maîtrise des risques

- reporting ;
- arrêté des comptes ;
- suivi et gestion des systèmes d'information.

Sur l'ensemble des dix processus relatifs à la gestion de l'établissement, la cartographie des risques a recensé 55 risques.

VIII. L'information et la communication

1. L'information des usagers

Du fait de ses missions premières de financement et de suivi des dispositifs, de sa place privilégiée au carrefour de l'assurance maladie de base et de l'assurance complémentaire santé et des études thématiques qu'il diligente, le fonds bénéficie d'une vision globale et dynamique sur les dispositifs d'aides à la complémentaire santé et sur l'évolution du marché des organismes complémentaires. Il rend périodiquement compte du déploiement et de l'efficacité des aides à ses tutelles, à ses partenaires et aux pouvoirs publics. Il contribue également à une meilleure information et appropriation des dispositifs par les usagers et les différents opérateurs.

À cette fin, outre la participation à des congrès ou autres événements publics et la publication des études thématiques, de ses rapports annuels et du rapport d'évaluation de la loi CMU, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a mis en place plusieurs vecteurs de communication adaptés aux différents publics.

1.1. LES SITES INTERNET

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire gère deux sites d'information :

- Le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr (ancien site www.cmu.fr)

Le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr donne accès à un grand nombre d'informations d'ordre pratique, juridique et statistique.

Il a été conçu à la fois comme une base documentaire, un site pratique à destination des usagers et un site répondant aux interrogations des professionnels.

Les assurés peuvent accéder aux différents formulaires et à la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire (adresses des sièges sociaux et des points d'accueil).

Des espaces dédiés aux professionnels des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance complémentaires et des associations sont également disponibles afin de répondre aux besoins des internautes en fonction de leur profil. En 2019, outre la consultation des pages tout public par ces professionnels, le fonds dénombre 2 375 connexions aux espaces réservés.

Toutes les études menées par le fonds, ainsi que certaines études provenant d'autres organismes y sont également accessibles.

Bienvenue sur le site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire !

Pour tout renseignement sur la Complémentaire santé solidaire, vous pouvez appeler le : **0 800 971 391** (service et appel gratuits).

Votre recherche

Présentation des dispositifs d'aide **Démarches et formulaires** **Prestations prises en charge et législation** **Rapports, études et statistiques** **Espace partenaires** **À propos du Fonds**

Vous êtes demandeur ou bénéficiaire

Cliquez ici pour :

- ▶ tout savoir sur vos droits,
- ▶ vous informer sur la fusion de la CMU-C et de l'ACS en Complémentaire santé solidaire,
- ▶ télécharger le formulaire de demande de la Complémentaire santé solidaire,
- ▶ savoir quels organismes complémentaires vont gérer la Complémentaire santé solidaire.

Vous êtes un organisme complémentaire

Vous voulez des informations sur les dispositifs ? Vous voulez tout savoir sur la ▶ Complémentaire santé solidaire et accéder aux documents de travail ? Vous avez des questions concernant la ▶ taxe de solidarité additionnelle ?

▶ Cliquez ici pour accéder à votre espace.

Vous êtes une caisse d'assurance maladie

Vous avez des questions concernant l'instruction d'un dossier ? Vous souhaitez accéder à la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire ?

▶ Cliquez ici pour accéder à votre espace.

Vous êtes...

Une association ? Un service social ? Un professionnel de santé ? Une caisse d'allocations familiales ?

Retrouvez des informations qui vous concernent directement dans votre ▶ Espace partenaires.

À la Une

Publication du rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé

▶ Lire la suite

Publication du premier numéro de Références Étude !

▶ Lire la suite

Références : Le numéro de janvier est en ligne

▶ Lire la suite

Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales

▶ Lire la suite

En 2019, on comptabilise 2 405 338 visites. Les pages les plus consultées sont celles concernant la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire et les démarches pour la demande de Complémentaire santé solidaire.

En 2019, le site a changé de nom, en cohérence avec le nouveau dispositif mis en place au 1^{er} novembre 2019. En septembre, le fonds a obtenu l'agrément pour un nom de domaine gouv.fr. Le site www.cmu.fr est donc devenu www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr. L'ensemble des pages ont été revues et actualisées pour prendre en compte les changements liés à la Complémentaire santé solidaire. Avant cette date, il comportait déjà des renseignements utiles à l'ensemble des acteurs sur la mise en place de la Complémentaire santé solidaire. Notamment, sa foire aux questions en ligne depuis mars 2019 et mise à jour régulièrement afin d'apporter à tous les nouvelles informations disponibles, a été visité 100 000 fois dans l'année, avec des pics de consultation en octobre et en novembre.

D'autres nouveautés ont eu lieu en 2019. Le site a fait l'objet d'un audit pour analyser l'accessibilité du site sur la base du Référentiel général d'amélioration de l'accessibilité (RGAA). Dans l'espace réservé aux organismes complémentaires, un module a par ailleurs été intégré pour la saisie en ligne des indicateurs de suivi de la montée en charge de la Complémentaire santé solidaire.

■ Le site www.info-accs.fr

Le site www.info-accs.fr fournit des informations relatives à l'ACS ; il donne accès aux simulateurs de droits développés par les caisses d'assurance maladie ainsi qu'au détail des offres de complémentaire santé éligibles à l'ACS via un comparateur des offres.

En 2019, le site a enregistré 512 612 visites. Les pages les plus consultées sont notamment celle du comparateur des offres et celle détaillant les prises en charge des trois contrats éligibles à l'ACS.

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme, ce site n'est plus actualisé. Il reste en ligne pour les bénéficiaires toujours sous contrat ACS. Ce site a vocation à être supprimé fin 2020.

■ *Tableau 19 – Statistiques des sites internet pour les années 2018 et 2019*

	www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr		www.info-accs.fr	
	2019	2018	2019	2018
Nombre de visites	2 405 338	2 804 463	512 612	719 585
Durée moyenne de la visite	00:02:49	00:02:42	00:04:52	00:03:54
Nombre d'utilisateurs	1 641 320	1 942 042	331 212	539 385
dont nouveaux utilisateurs	1 596 742	1 925 468	323 562	533 099
Nombre de pages par visite	3,00	2,70	7,36	5,89
Nombre de pages vues	7 208 802	7 576 534	3 772 647	4 238 458
Pages les plus consultées	Liste des organismes gestionnaires	Liste des organismes gérant la CMU-C	Comparateur des offres	Comparateur des offres
	Démarches	CMU-C Démarches	Page d'accueil	Page d'accueil
	Page d'accueil	Page d'accueil	Détail des garanties	Détail des garanties
	Choix de l'organisme complémentaire	Présentation de la CMU-C	Démarches	Simulateur des droits
	Renouvellement	Présentation générale des dispositifs d'aide	Simulateurs des droits	Démarches

Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire, Google Analytics

La baisse de fréquentation entre 2018 et 2019 s'explique notamment par le changement du nom de domaine du site du fonds, qui a perdu en référence sur les moteurs de recherche.

1.2. L'ACCUEIL TELEPHONIQUE ET PAR COURRIEL

Au regard de la complexité administrative des demandes, de l'évolution régulière des textes qui encadrent les dispositifs, de la persistance de certains freins dans l'accès aux droits et aux soins et de la pluralité des acteurs, le fonds est quotidiennement sollicité pour apporter des précisions sur les dispositifs. En 2019, il a géré plus de 5 800 sollicitations en provenance des assurés, des organismes complémentaires, des CPAM, des professionnels de santé et des intermédiaires dans l'accès aux droits (CCAS, associations, etc.).

Principalement effectuées par téléphone et messagerie, ces demandes concernent le suivi de l'instruction des dossiers personnels, les modalités de constitution des dossiers de demande, les informations relatives aux garanties et aux conditions d'éligibilité. Certaines sollicitations visent à signaler des dysfonctionnements dans la mise en œuvre des dispositifs ou des refus de soins.

En 2019, de nombreuses sollicitations concernaient la Complémentaire santé solidaire : avant le 1^{er} novembre, les interrogations portaient sur les nouvelles règles à venir et sur la mise en place du nouveau dispositif ; après le 1^{er} novembre, les sollicitations concernaient des points techniques et des remontées de certains dysfonctionnements. Le fonds a été un interlocuteur privilégié pour les assurés, les organismes complémentaires, les professionnels de santé mais aussi les organismes d'assurance maladie.

S'agissant des dossiers personnels, le fonds réoriente ses interlocuteurs vers les caisses d'assurance maladie. Il invite les assurés à les contacter par téléphone ou *via* leur compte Ameli. S'agissant des autres demandes, le fonds les traite avec efficacité et rapidité, et, pour les sujets qui ne relèvent pas de son champ de compétences, se rapproche de ses partenaires ou des pouvoirs publics afin d'offrir des réponses complètes et adaptées.

En 2019, 56 questions reçues par le fonds portaient sur des dysfonctionnements, notamment relatifs à la mise en œuvre de la Complémentaire santé solidaire : informations erronées données par certains organismes complémentaires et caisses d'assurance maladie, difficultés à faire valoir ses droits, surtout lors du passage de l'ACS à la Complémentaire santé solidaire.

Au-delà de la réforme, les dysfonctionnements concernent des situations de refus de soins de la part de professionnels de santé (médecins, dentistes et opticiens majoritairement) ou des difficultés d'accès aux droits (dans le dépôt du dossier ou encore pour faire tamponner les devis).

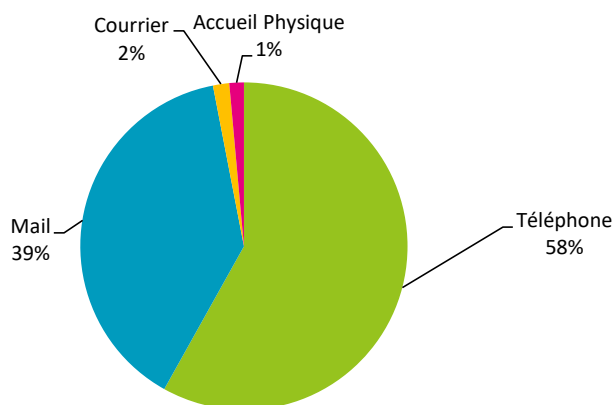
Les dysfonctionnements dont le fonds a connaissance peuvent provenir de problèmes techniques ainsi que de la méconnaissance ou de l'incompréhension des dispositifs de la part des assurés comme des professionnels de santé. Le fonds signale ces cas aux organismes concernés (CPAM ou OC) afin que les situations soient résolues dans les plus brefs délais. Il suit, sur la durée, les problématiques qui lui sont remontées afin d'alerter l'assurance maladie obligatoire ou les pouvoirs publics sur des dysfonctionnements répétés. L'objectif, au-delà des situations individuelles, est de faire en sorte que des actions correctives ou préventives soient prises afin d'empêcher la survenance de ces problèmes. Cette action du fonds a particulièrement été utile lors de la création de la Complémentaire santé solidaire, les débuts d'un nouveau dispositif étant souvent sources de difficultés.

■ Tableau 20 – Suivi des questions adressées au fonds en 2019

	Téléphone	Mail	Courrier	Accueil Physique	TOTAL	
Information sur le dossier personnel	1 594	584	41	23	2 242	38%
Remplissage / Envoi du dossier	697	431	30	29	1 187	20%
Condition d'éligibilité	380	395	0	20	795	14%
Niveau de prise en charge	400	355	3	5	763	13%
PS : modalité remboursement	75	57	6	0	138	2%
Dysfonctionnement	12	41	0	3	56	1%
Autre	231	401	14	4	650	11%
TOTAL	3 389	2 264	94	84	5 831	100%
	58%	39%	2%	1%	100%	

Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

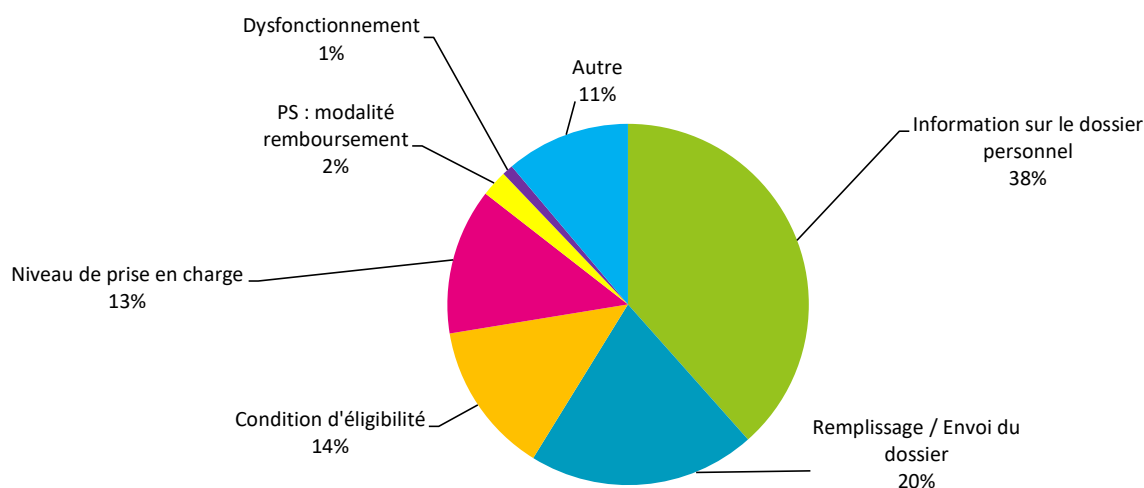
■ Figure 68 – Répartition des questions par canal de communication - 2019



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

La baisse du pourcentage de sollicitations téléphoniques par rapport à 2018 (68 %) peut s'expliquer par la mise en place d'un numéro de téléphone gratuit sur la Complémentaire santé solidaire, qui a été communiqué au grand public lors de la campagne de communication nationale. Quant à l'augmentation du pourcentage de mails reçus par rapport à 2018 (27 %), elle est liée au nombre important de sollicitations reçues de la part des organismes complémentaires, pour la mise en place du nouveau dispositif.

■ Figure 69 – Répartition des questions par thématique - 2019



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Cette répartition par thématique est stable par rapport à celle constatée en 2018.

1.3. LA PARTICIPATION DU FONDS A LA SIMPLIFICATION DES DEMARCHES

En lien avec la Direction de la Sécurité sociale, la MSA et la CNAM, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a participé à la conception du formulaire de demande de la Complémentaire santé solidaire. Il s'agissait d'actualiser le formulaire en cohérence avec le nouveau dispositif.

À la suite de ces travaux, un nouveau formulaire Cerfa de demande a été mis à disposition des assurés à partir du d'octobre 2019.

Le fonds a par ailleurs travaillé activement à la simplification du parcours de l'utilisateur en permettant un accès simplifié à la liste des organismes complémentaires gestionnaires. Le fonds et la CNAM ont mis en place une passerelle entre leur site internet afin de permettre aux assurés faisant leur demande en ligne via leur compte Ameli de pouvoir accéder directement à la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire. Cette évolution déployée courant décembre 2019 est très utile aux demandeurs en ligne, qui n'ont plus besoin de consulter un deuxième site lorsqu'ils sont sur Ameli.

2. Les publications

2.1. LA NOTE DE CONJONCTURE

Chaque trimestre, la note de conjoncture du Fonds de la Complémentaire santé solidaire synthétise les dernières données statistiques connues, concernant le nombre de bénéficiaires, les dépenses et les données relatives à l'assiette de la TSA déclarée par les organismes complémentaires. Elle est adressée aux membres du conseil d'administration du fonds et aux ministères de tutelle. Elle est mise en ligne dans l'espace presse du site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire.

2.2. LA LETTRE REFERENCES

À diffusion plus large que la note de conjoncture, la lettre Références reprend les données relatives à l'assiette de la TSA, au nombre de bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, au coût des dispositifs et à l'actualité juridique. Elle permet également d'informer les destinataires de la publication sur les sujets traités par les instances du fonds.

Depuis fin 2019, le fonds publie également Références Étude qui met en lumière les études financées par le fonds. Le premier numéro portait sur l'enquête du CRÉDOC sur les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en 2019.

Les destinataires de ces deux publications sont les caisses d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les URSSAF, les organismes complémentaires, les associations, les centres communaux d'action sociale, les administrations, les journalistes, etc.

Plus de 3 000 exemplaires papier de chaque publication sont diffusés chaque trimestre. Elles sont également adressées par voie dématérialisée à une centaine de personnes et disponibles sur le site internet du fonds. En outre, leur contenu fait l'objet de nombreux articles dans la presse.

2.3. L'OPEN DATA

Collecteur et producteur de données relatives aux dispositifs d'aide à la complémentaire santé, le fonds dispose d'informations riches et utiles pour de nombreux acteurs du monde économique, scientifique, pédagogique et civil.

Dans l'esprit de la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique, le fonds contribue à la mise à disposition gratuite de ces données. Il publie notamment sur son site internet www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr des données concernant les effectifs et la dépense par département pour la CMU-C, ainsi que les bénéficiaires de l'ACS sur plusieurs années. Les données pour une année N sont mises en lignes en juin de N+1, lorsqu'elles sont réputées définitives.

Pour la CSS et CSSP, les systèmes d'information des régimes sont encore en cours d'évolution et le fonds ne dispose à l'heure de la rédaction de ce rapport que d'éléments partiels.

Dans ses différents rapports – également accessibles de manière gratuite en ligne – les statistiques de l'Open data sont complétées d'autres données.

3. L'information des partenaires

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire organise des temps d'échanges privilégiés avec ses différents partenaires à travers des comités de suivi. Ces comités sont l'occasion de partager les informations sur les dernières données concernant les prestations, les évolutions réglementaires, les résultats d'études en cours ou d'actions particulières engagées par les régimes, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire ou ses partenaires. Des comptes rendus détaillés formalisent les échanges.

3.1. LES COMITES DE SUIVI AVEC LES REGIMES, LA DSS ET LA DREES

Des comités de suivi sont organisés avec les branches maladie du régime général et du régime agricole. Ils incluaient également le régime des indépendants. Ils ont été mis en place dès la création de la CMU-C. Ils permettent de rendre compte de l'exploitation des données sur les effectifs et les dépenses et de faire ainsi un point périodique sur les évolutions statistiques des prestations. Les évolutions réglementaires, le fonctionnement opérationnel des dispositifs et les opérations de communication vis-à-vis des assurés y sont également présentés, ainsi que la présentation des études en cours.

Le comité réunit des représentants du régime général et du régime agricole et il inclut également des représentants de la Direction de la sécurité sociale (DSS) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire en assure l'organisation et le secrétariat. Il s'est réuni quatre fois en 2019, dans les locaux de la CCMSA. Des réunions de pilotage de la réforme ont par ailleurs été organisées au second semestre 2019 sous ce même format dans les locaux de la CNAM ou de la DSS.

3.2. LES COMITES DE SUIVI AVEC LES ASSOCIATIONS

Des comités sont également périodiquement organisés par le fonds avec les associations membres du conseil de surveillance et d'autres associations partenaires. En 2019, les échanges ont notamment porté sur la réforme de la Complémentaire santé solidaire, que ce soit dans la configuration formelle du comité, lors d'échanges durant les conseils d'administration et de surveillance, dans le cadre d'interventions dans des associations ou encore par téléphone et mail. Le 6 septembre 2019, le Fonds de la Complémentaire santé solidaire a réuni le comité de suivi afin de présenter la réforme dans ses aspects techniques.

IX. Annexes

Annexe 1. Glossaire

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'état
ANI	Accord national interprofessionnel
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
BO	Bulletin officiel
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CES	Centre d'examens de santé
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CIB	Contrôle interne budgétaire
CIC	Contrôle interne comptable
CIH	Comité interministériel du handicap
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNDSSTI	Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSF	Compte de suivi financier
CSS	Complémentaire santé solidaire sans participation financière
CSSP	Complémentaire santé solidaire avec participation financière
DGFIP	Direction générale des Finances publiques
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale

EN3S	Ecole nationale supérieure de sécurité sociale
EPS	Examens de prévention en santé
GBCP	Gestion budgétaire et comptable publique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Institution de prévoyance
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
JO	Journal officiel
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LPS	Libre prestation de services
OC	Organisme complémentaire
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
PASS	Plafond annuel de la sécurité sociale
PFIDASS	Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PUMA	Protection universelle maladie
RAC	Reste à charge
RSA	Revenu de solidarité active
SIAO	Services intégrés de l'accueil et de l'orientation
SLM	Section locale mutualiste
TM	Ticket modérateur
TSA	Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
URSSAF	Union de recouvrement pour la sécurité sociale et les allocations familiales

Annexe 2. Présentation des dispositifs

Les lois des 27 juillet 1999 et 13 août 2004 ont créé quatre dispositifs d'accès aux soins :

- La Couverture Maladie Universelle (CMU) de base qui permet aux personnes résidant en France de bénéficier d'une assurance maladie, si elles ne peuvent être affiliées à un autre titre ;
- La CMU complémentaire (CMU-C) qui permet l'accès aux soins des personnes les plus démunies par l'attribution d'une complémentaire santé gratuite ;
- L'Aide Médicale d'Etat (AME)⁸⁹ qui offre aux personnes en situation irrégulière ayant des ressources inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C la prise en charge des dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximums fixés par l'assurance maladie, pour, notamment, les soins médicaux et dentaires, les médicaments (exceptés ceux au service médical rendu faible), les frais d'analyse, les frais d'hospitalisation, la contraception, etc.⁹⁰
- L'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), qui offre aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C une aide pour le financement d'un contrat de complémentaire santé.

La LFSS de pour 2016 est venue modifier le premier dispositif :

- En remplacement de la CMU-C de base, la protection universelle maladie (PUMA) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière le droit à la prise en charge de ses frais de santé⁹¹.

La LFSS pour 2019 a prévu la fusion de la CMU-C et de l'ACS :

- Depuis le 1^{er} novembre 2019, la Complémentaire santé solidaire remplace la CMU-C et l'ACS. Elle permet l'accès aux soins des personnes les plus

démunies par l'attribution d'une complémentaire santé soit à titre gratuit soit à un tarif maîtrisé.

1. LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

1.1. Définition

La PUMA permet à toute personne ayant une activité professionnelle ou résidant en France de manière stable et régulière de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux, etc.) dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

La part complémentaire des soins, le forfait journalier, la participation forfaitaire et les franchises médicales restent à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé le cas échéant.

1.2. Les conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice de la PUMA est soumis à l'une ou l'autre de ces conditions.

- Avoir une activité professionnelle⁹²

Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

- qui exercent sur le territoire français :
 - une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France,
 - une activité professionnelle non salariée ;
- qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.

- Résider en France de manière régulière et stable

La condition de la régularité de la résidence est remplie pour les personnes de nationalité française ou en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des

⁸⁹ Cette prestation ne fait pas l'objet d'un suivi par le Fonds CMU-C.

⁹⁰ Article L.251-2 du code de l'action sociale et des familles

⁹¹ Article L.160-1 du code de la sécurité sociale

⁹² Article L.111-2-2 du code de la sécurité sociale

étrangers en France⁹³. La régularité de la résidence est appréciée au jour de la demande⁹⁴.

À l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas : personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées ou bénéficiaires de la protection subsidiaire ou demandeurs d'asile, personnes de retour en France après avoir accompli un volontariat international à l'étranger, membres de la famille qui accompagnent ou rejoignent pour s'installer en France un assuré déjà rattaché sur critère d'activité professionnelle ou de résidence, mineur ou majeur de moins de 21 ans pris en charge par un établissement, un service social ou médico-social (services de l'Aide sociale à l'enfance, etc.)⁹⁵.

Un contrôle périodique de la stabilité et de la régularité de la résidence est effectué par les caisses d'assurance maladie. La condition de stabilité est alors réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les OM, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations)⁹⁶.

1.3. La cotisation

Sont redevables d'une cotisation annuelle 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.

⁹³ Article L.111-2-3 du code de la sécurité sociale

⁹⁴ Article R.111-3 du code de la sécurité sociale

⁹⁵ Article D.160-2 du code de la sécurité sociale

⁹⁶ Article R.111-2 du code de la sécurité sociale

Sont exonérés 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.

2. LA CMU COMPLÉMENTAIRE (CMU-C)

2.1. Définition de la CMU-C

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux, etc.) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. S'agissant des prothèses dentaires et des aides auditives, les paniers de soins ont été modifiés courant 2019 en cohérence avec la préparation du 100 % Santé.

Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais, les professionnels de santé sont payés directement par l'assurance maladie⁹⁷.

Les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient⁹⁸.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales⁹⁹. En revanche, comme l'ensemble des assurés sociaux, ils doivent déclarer un médecin traitant et respecter les parcours de soins. Toutefois, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non-respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires.

Les bénéficiaires de la CMU-C peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire mise en place dans leur entreprise.¹⁰⁰

⁹⁷ Article L.861-3 du code de la sécurité sociale, dans sa version antérieure au 1^{er} novembre 2019. Les autres articles cités relatifs à la CMU-C ou à l'ACS doivent être pris en compte dans la version antérieure au 1^{er} novembre 2019.

⁹⁸ Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale

⁹⁹ Article L.160-15 du code de la sécurité sociale

¹⁰⁰ Article D.911-2 du code de la sécurité sociale

2.2. Les conditions d'attribution

L'attribution de la CMU-C est soumise à deux conditions.

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la PUMA
- Avoir des ressources inférieures à un plafond

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer¹⁰¹.

Au 1^{er} avril 2019, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 951 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer, soit 9 962 € pour une personne seule¹⁰².

Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés imposables¹⁰³.

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer (à fin 2019, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule est de 67,17 €)¹⁰⁴.

Certaines ressources ne sont pas prises en compte, notamment le RSA, la prime d'accueil du jeune enfant, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de rentrée scolaire ne sont pas pris en compte¹⁰⁵.

Les revenus d'activité perçus durant la période de référence subissent un abattement de 30 % lorsque, au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieure à six mois pour longue maladie, de chômage indemnisé ou perçoit l'allocation temporaire d'attente, l'allocation de solidarité

spécifique ou encore est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle¹⁰⁶.

La demande de CMU-C est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur. Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année dans les mêmes formes que la demande initiale, deux mois avant la date d'échéance du droit¹⁰⁷. Depuis le 1^{er} avril 2019, les allocataires du RSA ont droit au renouvellement automatique de leur CMU-C.

La CMU-C est gérée soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU-C¹⁰⁸.

À l'expiration de leur droit à la CMU-C, et si celui-ci n'est pas renouvelé, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 € par an en 2019, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU-C, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins¹⁰⁹.

2.3. La fin de la CMU-C

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C a été remplacée par la Complémentaire santé solidaire. Les personnes qui avaient la CMU-C à cette date ont automatiquement basculé à la Complémentaire santé solidaire sans participation financière, ce jusqu'à la fin de leur droit en cours.

À l'issue de leur droit, si celui-ci n'est pas renouvelé, les assurés peuvent bénéficier du contrat de sortie, soit dans sa version décrite ci-dessus pour les souscriptions d'un contrat de sortie avant le 1^{er} janvier 2020, soit dans sa nouvelle version¹¹⁰ pour les souscriptions d'un contrat de sortie à compter du 1^{er} janvier 2020.

¹⁰¹ Article D.861-1 du code de la sécurité sociale.

Article R.861-3 du code de la sécurité sociale.

¹⁰² La CMU-C et l'ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

¹⁰³ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁴ Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁵ Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁶ Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁷ Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁸ Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁹ Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1999. Arrêté du 27 avril 2001 modifié par l'arrêté du 8 mars 2013, fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

¹¹⁰ Cf. partie 4. de l'annexe sur la Complémentaire santé solidaire

3. L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

3.1. Définition de l'ACS

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU-C. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de moins de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'État dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Onze groupements d'organismes complémentaires proposent des contrats éligibles à l'ACS.

Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 550 € pour celles de 60 ans et plus.

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due pour l'acquisition du contrat. Cette aide réduit ou, dans certains cas, prend totalement en charge le montant de la cotisation annuelle.

Les bénéficiaires de l'ACS peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire mise en place dans leur entreprise.¹¹¹

Les bénéficiaires ayant utilisé leur aide en souscrivant un contrat de complémentaire santé éligible à l'ACS ont droit à la dispense intégrale d'avance des frais (tiers payant intégral).

Lorsque les bénéficiaires n'ont pas utilisé leur attestation en souscrivant un contrat sélectionné, cette dispense d'avance de frais est limitée à la partie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ce droit au tiers payant sur la part obligatoire est valable 18 mois à compter de l'attribution de l'ACS. On parle alors de tiers payant social.

Les bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS ont accès à des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés,

quel que soit le médecin (sauf en cas d'exigences particulières : visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile non justifiée, etc.).

Depuis le 1^{er} octobre 2017, pour les prothèses dentaires et l'orthodontie, les professionnels de santé doivent respecter des tarifs maximums fixés par arrêté et correspondant aux tarifs maximums applicables aux bénéficiaires de la CMU-C.

3.2. Les conditions d'attribution

Pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir plusieurs conditions.

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la PUMA
- Avoir des ressources inférieures à un plafond correspondant au plafond d'attribution de la CMU-C majoré de 35 %

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1^{er} avril 2019, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 12 084 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les Dom, soit 13 449 € pour une personne seule.

Les ressources sont étudiées selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la CMU-C.

L'ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit¹¹².

Les allocataires de l'ASPA ou d'un minimum vieillesse ont droit au renouvellement automatique de leur ACS¹¹³.

À l'expiration de leur contrat l'ACS, si leur droit n'est pas renouvelé, les bénéficiaires doivent se voir proposer de prolonger leur contrat pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence. Le contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'ACS, sans la déduction de l'aide.

¹¹¹ Article D.911-2 du code de la sécurité sociale

¹¹² Article R.863-1 du code de la sécurité sociale

¹¹³ Article L.863-3 du code de la sécurité sociale

3.3. La fin de l'ACS

Depuis le 1^{er} novembre 2019, aucun contrat ACS ne peut être souscrit ou renouvelé.

Les contrats ACS en cours au 1^{er} novembre 2019 courent jusqu'à leur échéance. S'ils le souhaitent, les bénéficiaires peuvent basculer de manière anticipée vers la Complémentaire santé solidaire.

Des contrats ACS pourront donc coexister avec la Complémentaire santé solidaire jusqu'à octobre 2020.

À l'issue de leur droit ACS, si celui-ci n'est pas renouvelé, les assurés peuvent bénéficier du contrat de sortie, soit dans sa version décrite ci-dessus pour les souscriptions d'un contrat de sortie avant le 1^{er} janvier 2020, soit dans sa nouvelle version¹¹⁴ pour les souscriptions d'un contrat de sortie à compter du 1^{er} janvier 2020.

4. LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont fusionné en un dispositif unique : la Complémentaire santé solidaire. Ce dispositif, quasiment identique à la CMU-C en matière de garanties et de droits, comporte deux étages : l'un sans participation financière, l'autre avec participation financière.

4.1. Définition de la Complémentaire santé solidaire

La Complémentaire santé solidaire offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux, etc.) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, la Complémentaire santé solidaire inclut des forfaits de prise en

charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux¹¹⁵.

Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais, les professionnels de santé sont payés directement par l'assurance maladie¹¹⁶.

Les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient¹¹⁷.

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire sont exonérés de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. En revanche, comme l'ensemble des assurés sociaux, ils doivent déclarer un médecin traitant et respecter les parcours de soins. Toutefois, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non-respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires¹¹⁸.

La Complémentaire santé solidaire permet donc l'accès aux soins des personnes les plus démunies par l'attribution d'une complémentaire santé soit gratuite soit à un tarif maîtrisé. Le dispositif est en effet composé de deux niveaux : un sans participation financière, un avec participation financière. Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière n'ont rien à payer. Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière auront à payer une participation mensuelle fixée réglementairement en fonction de l'âge : 8 euros pour les 29 ans et moins, 14 euros pour les 30-49 ans, 21 euros pour les 50-59 ans, 25 euros pour les 60-69 ans et 30 euros pour les 70 ans et plus.

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation

¹¹⁴ Cf. partie 4. de l'annexe sur la Complémentaire santé solidaire

¹¹⁵ Article L.861-3 du code de la sécurité sociale, dans sa version actuelle. Les autres articles cités relatifs à la Complémentaire santé solidaire doivent être pris en compte dans leur version actuelle.

Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l'application des articles L. 165-1 et L. 861-3 en matière de dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé.

Arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé.

Arrêté du 22 mars 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale.

Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale.

¹¹⁶ Article L.861-3 du code de la sécurité sociale.

¹¹⁷ Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale

¹¹⁸ Article L.160-15 du code de la sécurité sociale

d'adhésion à la couverture complémentaire mise en place dans leur entreprise.¹¹⁹

4.2. Les conditions d'attribution

L'attribution de la Complémentaire santé solidaire est soumise à deux conditions.

- Bénéficier de la prise en charge des frais de santé (PUMA)
- Avoir des ressources inférieures à un plafond pour la Complémentaire santé solidaire sans participation financière ; avoir des ressources inférieures au plafond majoré de 35 % pour la Complémentaire santé solidaire avec participation financière.

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer¹²⁰.

Pour la Complémentaire santé solidaire sans participation financière, au 1^{er} avril 2019, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 951 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer, soit 9 962 € pour une personne seule¹²¹.

Pour la Complémentaire santé solidaire avec participation financière, au 1^{er} avril 2019, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 12 084 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les DOM, soit 13 449 € pour une personne seule.

Pour le calcul du droit à la Complémentaire santé solidaire, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés imposables¹²².

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer (à fin 2019, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule est de 67,17 €)¹²³.

Le RSA, la prime d'accueil du jeune enfant, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de rentrée scolaire ne sont pas pris en compte¹²⁴.

Les revenus d'activité perçus durant la période de référence subissent un abattement de 30 % lorsque, au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieure à six mois pour longue maladie, de chômage indemnisé ou perçoit l'allocation temporaire d'attente, l'allocation de solidarité spécifique ou encore est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle¹²⁵.

La demande de Complémentaire santé solidaire est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur. Le renouvellement de la Complémentaire santé solidaire doit être demandé chaque année dans les mêmes formes que la demande initiale, entre quatre et deux mois avant la date d'échéance du droit¹²⁶. Les allocataires du RSA, de l'ASPA ou d'un minimum vieillesse ont droit au renouvellement automatique de leur Complémentaire santé solidaire.

Durant la période de coexistence entre l'ACS et la Complémentaire santé solidaire, les bénéficiaires de l'ACS peuvent basculer de manière anticipée vers la Complémentaire santé solidaire et ce jusqu'à la fin de leur droit en cours. Ils n'ont pas besoin de faire une nouvelle demande à leur assurance maladie.

Il existe également pour les assurés ayant une attestation-chèque ACS en cours de validité et non utilisée la possibilité de la présenter à un organisme gestionnaire pour souscrire un contrat de Complémentaire santé solidaire. L'attestation-chèque vaut accord de droit. Mais le chèque ne peut pas être utilisé pour le paiement de la participation financière.

La Complémentaire santé solidaire est gérée soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire¹²⁷.

À l'expiration de leur droit à la Complémentaire santé solidaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir

¹¹⁹ Article D.911-2 du code de la sécurité sociale

¹²⁰ Article R.861-3 du code de la sécurité sociale.

¹²¹ La CMU-C et l'ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

¹²² Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

¹²³ Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

¹²⁴ Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

¹²⁵ Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

¹²⁶ Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

¹²⁷ Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé responsable dont le tarif est réglementé, en fonction de l'âge.¹²⁸.

¹²⁸ Article L. 861-12 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 27 décembre 2019 fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à

la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration

Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2019

Références - Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Décret n°2019-21	11-janv.-19	12-janv.-19	1-janv.-20*		
visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires				JORF n°0010	Ministère des solidarités et de la santé
Décret n°2019-65	31-janv.-19	2-févr.-19	1-janv.-20*		
adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé				JORF n°0028	Ministère des solidarités et de la santé
Décision	18-déc.-18	16-févr.-19	1-avr.-19		
relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie				JORF n°0040	UNCAM
Décision	6-mars-19	16-avr.-19	1-janv.-20		
fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) de dispositifs et de prestations d'optique médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0090	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	20-mars-19	23-mars-19	1-avr.-19		
fixant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0070	Ministère des solidarités et de la santé
Instruction n°DSS/SD2A/2019/61	21-mars-19	15-mai-19	21-mars-19		
fixant les montants de l'abattement mentionné à l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale à compter des allocations versées au titre du mois d'avril 2019				BO Santé Protection sociale Solidarité n°2019/4	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	22-mars-19	28-mars-19	1-avr.-19		
relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale				JORF n°0074	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	29-mars-19	30-mars-19	1-avr.-19		
portant approbation des avenants 1 et 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018				JORF n°0076	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	29-mars-19	6-avr.-19	1-avr.-19		
portant approbation des avenants 1 et 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018 (rectificatif)				JORF n°0082	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	2-avr.-19	9-avr.-19	10-avr.-19		

modifiant l'arrêté du 20 octobre 2010 fixant le modèle de la déclaration de participation à la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0084	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	9-avr.-19	16-avr.-19	1-janv.-20		
relatif à la fixation des tarifs de responsabilité de certains produits et prestations en optique médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0090	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	24-mai-19	30-mai-19	1-janv.-20*		
relatif aux soins prothétiques dentaires garantis sans reste à charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales				JORF n°0125	Ministère des solidarités et de la santé
Instruction n°DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116	29-mai-19	15-juil.-19	29-mai-19		
relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales				BO Santé Protection sociale Solidarité n°2019/6	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	21-juin-19	23-juin-19	1-nov.-19		
fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion				JORF n°0144	Ministère des solidarités et de la santé
Décret n°2019-623	21-juin-19	23-juin-19	1-nov.-19		
relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en oeuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0144	Ministère des solidarités et de la santé
Décret n°2019-621	21-juin-19	23-juin-19	1-nov.-19		
relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale				JORF n°0144	Ministère des solidarités et de la santé
Loi n°2019-733	14-juil.-19	16-juil.-19	au plus tard le 1er décembre 2019		
relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé				JORF n°0163	Parlement
Décret n°2019-905	30-août-19	31-août-19	1-sept.-19		
modifiant les conditions de remboursement des spécialités homéopathiques et des préparations homéopathiques				JORF n°0202	Ministère des solidarités et de la santé

Décision	9-sept.-19	15-oct.-19	1-nov.-19		
portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la protection complémentaire en matière de santé au titre de la période du 1 ^{er} novembre 2019 au 31 décembre 2020				BO Santé Protection sociale Solidarité n°2019/9	Fonds de la Complémentaire santé solidaire
Décret n°2019-1047	11-oct.-19	13-oct.-19	1-nov.-19		
relatif à la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés et à la modification du calcul du plafond de ressources pour les bénéficiaires en couple				JORF n°0239	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	29-oct.-19	31-oct.-19	1-nov.-19*		
relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale				JORF n°0254	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	25-nov.-19	26-nov.-19	27-nov.-19		
fixant le taux de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale pour les spécialités homéopathiques et les préparations homéopathiques mentionnées au 7° de l'article R. 160-5 du même code				JORF n°0274	Ministère des solidarités et de la santé
Loi n°2019-1446	24-déc.-19	27-déc.-19	1-janv.-20*		
de financement de la sécurité sociale pour 2020				JORF n°0300	Parlement
Décret n°2019-1468	26-déc.-19	28-déc.-19	1-janv.-20		
relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France				JORF n°0301	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	27-déc.-19	31-déc.-19	1-janv.-20		
fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration				JORF n°0303	Ministère des solidarités et de la santé
Arrêté	20-déc.-19	31-déc.-19	1-janv.-20		
modifiant l'arrêté du 20 décembre 2016 fixant la liste des organismes ou fonds pour lesquels est ouvert un compte de suivi des opérations financières au sein de la comptabilité de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale				JORF n°0303	Ministère des solidarités et de la santé

* : certaines mesures du texte entrent en vigueur après la date indiquée

Annexe 4. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2019

Num	Siren OC	Nom OC	Type	Assiette_TSA (M€)
1	538 518 473	HARMONIE MUTUELLE	M	2 382
2	310 499 959	AXA FRANCE VIE	A	2 258
3	775 685 399	MR LE DR DE LA MUTUELLE GENERALE EDUCATION NATIONALE	M	2 012
4	784 621 468	BTP PREVOYANCE	IP	1 330
5	333 232 270	AG2R PREVOYANCE	IP	1 115
6	602 062 481	GENERALI VIE	A	1 030
7	775 691 181	MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE	IP	975
8	322 215 021	SUISSE SANTE	A	966
9	775 685 340	MR LE DR MUTUELLE GENERALE DES PTT	M	891
10	340 234 962	ASSURANCES GENERALES DE FRANCE VIE	A	821
11	410 005 110	HUMANIS PREVOYANCE	IP	722
12	340 427 616	GROUPAMA GAN VIE	A	721
13	317 442 176	EOVI MCD MUTUELLE	M	700
14	352 358 865	PACIFICA	A	693
15	542 110 291	ALLIANZ I.A.R.D	A	684
16	352 406 748	ASSURANCES DU CREDIT MUTUEL IARD CONTRIBUTION CMU	A	664
17	311 799 878	ADREA MUTUELLE ALPES DAUPHI ACTIVITES MUTUALISTES	M	638
18	412 367 724	QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES	A	622
19	775 678 584	MUTUELLE NALE TERRITORIALE	M	563
20	503 380 081	MUTUELLE UNEO	M	540
21	777 927 120	VIASANTE	M	538
22	775 606 361	MUTUELLE NAT HOSPIT PROF SANTE SOCIAL	M	515
23	440 048 882	MMA IARD	A	493
24	784 718 256	MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE	M	484
25	779 558 501	MACIF-MUTUALITE	M	433
26	331 542 142	MAAF SANTE	M	427
27	318 990 736	UNI PREVOYANCE INSTITUTION	IP	423
28	434 243 085	MUTUELLE OCIAINE	M	357
29	304 217 904	ASS PREVOYANCE GENERAL INTERPROF SALARIE	IP	351
30	775 627 391	MUTUELLE APREVA	M	320
31	302 927 553	MICILS	M	317
32	775 685 365	MUTUELLE INTERIALE	M	306
33	397 498 783	KLESIA PREVOYANCE	IP	281
34	383 143 617	SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE	M	254
35	775 709 710	APIVIA MUTUELLE	M	248
36	499 982 098	MUTUELLE GENERALE DE L ECONOMIE DES FINANCES ET DE L	M	238
37	529 168 007	KLESIA MUT	M	237
38	306 522 665	AVIVA ASSURANCES SOCIETE ANONYME D'ASSURANCES INCENDIE AC	A	231
39	321 862 500	APICIL PREVOYANCE	IP	229
40	334 028 123	PREDICA PREVOYANCE DIALOGUE DU CREDIT AGRICOLE	A	217
41	383 844 693	GROUPAMA LOIRE BRETAGNE	A	209
42	350 261 129	AXERIA PREVOYANCE	A	203
43	779 838 366	GROUPAMA RHONE ALPES AUVERGNE	A	196
44	391 851 557	GROUPAMA D'OC	A	192
45	776 950 669	MUTUELLE PREVIFRANCE	M	183
46	339 358 681	MUTUELLE HUMANIS NATIONALE	M	180
47	775 671 993	MUTUELLE BLEUE	M	175
48	449 571 256	MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES	M	168
49	572 084 697	L EQUITIE CIE D ASSURANCES ET REASSURANCES	A	161
50	353 457 245	AXA ASSURANCES VIE MUTUELLE	A	160

Source : Fonds CMU-C

Champ : assiette TSA – hors gestion de la CMU-C

Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS

Tél. : 01 58 10 11 90 / Fax. : 01 58 10 11 99

accueil@fonds-cmu.gouv.fr

www.cmu.fr