

RAPPORT ANNUEL DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

EDITION 2021

Selon l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale, dans sa version modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020,

« [...] Le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant 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 de taxe de solidarité additionnelle, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

« Ce rapport est remis avant le 31 décembre au Parlement. Il est rendu public. Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles [soit le conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)] rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée. »

Le présent rapport a ainsi vocation à rendre compte d'une information claire, précise et transparente sur la complémentaire santé solidaire, sa gestion ainsi que sa mise en œuvre. Il est aussi bien destiné au Grand public en raison de plusieurs parties à destination pédagogique qu'à des acteurs et institutions spécialisés dans le domaine de l'accès aux soins.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 6

- Avant-propos - La complémentaire santé solidaire, une réforme ambitieuse mise en œuvre dans un contexte sanitaire difficile 6
- Points de vue – Caisse nationale d'assurance maladie et Caisse centrale de mutualité sociale agricole..... 7
- La complémentaire santé solidaire 9
- La complémentaire santé solidaire en chiffres 11
- Les faits marquants en 2020 et 2021 – Un dispositif récent avec une nouvelle gestion institutionnelle (Synthèse) 12

CHAPITRE 1 - LA GESTION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE15

- I. Les acteurs et leurs missions sur la complémentaire santé solidaire..... 15
 - A. Les missions de la Direction de la sécurité sociale :16
 - B. Les missions de la Caisse nationale d'assurance maladie et des régimes obligatoires.....17
 - C. Les missions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS - Urssaf Caisse nationale).....17
- II. La gouvernance de la complémentaire santé solidaire 19
 - A. Le comité de suivi19
 - B. Le comité technique20
 - C. La réunion avec les partenaires associatifs et les acteurs de terrain20

CHAPITRE 2 - RETOUR SUR LA MONTEE EN CHARGE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE EN 2020 ET 202121

- I. Les évolutions réglementaires et législatives de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021 22
 - A. La simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire – mesures proposées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.....22
 - B. Publication prochaine du décret simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale portant plusieurs évolutions normatives. .26
 - C. Mesures diverses29
- II. Les actions des régimes d'assurance maladie (CNAM, MSA) pour faciliter et promouvoir l'accès à la complémentaire santé solidaire auprès de leurs assurés. 30
 - A. La gestion des dossiers de demande de complémentaire santé solidaire par l'Assurance maladie.....30
 - B. Le rôle primordial de la CNAM et des régimes d'assurance maladie dans l'accompagnement des assurés à recourir à leurs droits.31
- III. Les missions des organismes complémentaires dans leur gestion de la complémentaire santé solidaire..... 35

A.	<i>La gestion des contrats de complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires.....</i>	<i>35</i>
B.	<i>Les interlocuteurs des organismes complémentaires</i>	<i>36</i>
C.	<i>Inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la complémentaire santé solidaire.....</i>	<i>36</i>
D.	<i>L'espace réservé des organismes complémentaires sur le site de la complémentaire santé solidaire</i>	<i>36</i>
E.	<i>Evolutions réglementaires spécifiques aux organismes gestionnaires</i>	<i>37</i>
F.	<i>Les contrats de sortie – résultats de l'enquête menée auprès des organismes complémentaires</i>	<i>38</i>
IV.	Le développement d'échanges avec les acteurs de terrain et les associations	40
V.	Le respect des obligations des professionnels de santé envers les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire	41
A.	<i>Le tiers payant intégral</i>	<i>41</i>
B.	<i>Note d'information sur l'articulation entre la réforme 100% Santé et la complémentaire santé solidaire.....</i>	<i>44</i>
CHAPITRE 3 - LE SUIVI DES BENEFICIAIRES ET DES DEPENSES DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE		46
I.	Les effectifs de la complémentaire santé solidaire	46
A.	<i>L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation</i>	<i>46</i>
B.	<i>Les effectifs de la complémentaire santé solidaire sans participation</i>	<i>47</i>
C.	<i>Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation financière</i>	<i>48</i>
D.	<i>La répartition des bénéficiaires en 2020</i>	<i>51</i>
II.	La dépense et le coût moyen de la complémentaire santé solidaire	61
A.	<i>La dépense pour la complémentaire santé solidaire.....</i>	<i>61</i>
B.	<i>La dépense au régime général</i>	<i>62</i>
C.	<i>La dépense des organismes complémentaires.....</i>	<i>66</i>
CHAPITRE 4 - LE FINANCEMENT DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE		70
I.	L'assiette de la taxe de solidarité additionnelle stagne en 2020	70
A.	<i>L'assiette de la TSA stagne en 2020</i>	<i>71</i>
B.	<i>Un marché caractérisé par une forte concentration.....</i>	<i>73</i>
II.	La fiabilisation et le contrôle de la Taxe de solidarité additionnelle.....	78
CHAPITRE 5 - LA MISSION D'ANALYSE ET DE SUIVI DES DISPOSITIFS D'ACCES AUX SOINS		82
I.	Les modalités d'analyse de la complémentaire santé solidaire et de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité	82
A.	<i>La publication de rapports relatifs à la complémentaire santé solidaire.....</i>	<i>82</i>
B.	<i>Le co-pilotage des travaux d'études et de recherche – DREES / DSS</i>	<i>83</i>
II.	Les travaux d'études et de recherche réalisés en 2020 et 2021	86

A.	<i>Les études et travaux réalisés en 2020 et 2021 sous l'égide du Fonds /DSS.....</i>	86
B.	<i>Les études réalisées en 2021 en parallèle des travaux soutenus par le Fonds de la complémentaire santé solidaire</i>	95

CHAPITRE 6 - L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION RELATIVES A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE.....100

I.	Les actions de communication et d'information auprès du grand public	100
A.	<i>Les campagnes de communication de la CNAM auprès du grand public</i>	100
B.	<i>Les campagnes de communication de la MSA auprès du Grand public.....</i>	101
C.	<i>Le site internet de la complémentaire santé solidaire</i>	102
II.	Les actions de communication et d'information auprès des acteurs et partenaires de la complémentaire santé solidaire	104
A.	<i>Présentation des espaces réservés pour les partenaires sur le site de la complémentaire santé solidaire.....</i>	104
B.	<i>Présentation de la revue trimestrielle de la complémentaire santé solidaire et de l'accès aux soins.....</i>	106

ANNEXES107

Annexe 1 – Etude d'impact « Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire » - PLFSS pour 2022	107
Annexe 2 – Construction des données relatives aux effectifs de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire	123
Annexe 3 – Rédacteurs et contributeurs au rapport annuel de la complémentaire santé solidaire.....	126

INTRODUCTION

✓ Avant-propos - La complémentaire santé solidaire, une réforme ambitieuse mise en œuvre dans un contexte sanitaire difficile

Par M. Franck Von Lennep, Directeur de la sécurité sociale du Ministère des solidarités et de la santé

L'épidémie que nous affrontons depuis plus d'un an nous rappelle qu'une protection sociale robuste est un bien précieux, pour ne pas dire vital. Face à cette crise, chaque Français a pu constater la solidité et l'importance de notre système social et les mesures de solidarité envers nos concitoyens les plus modestes sont plus que jamais indispensables au maintien du lien social. A cet égard, la complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) constitue l'un des piliers de la solidarité de notre système de sécurité sociale.

Les années 2020 et 2021 constituent des années très particulières pour notre société, notre système de santé et aussi, à son échelle, pour ce nouveau dispositif qu'est la complémentaire santé solidaire.

2020 est en effet la première année entière de mise en œuvre de cette réforme qui vient fusionner, simplifier et améliorer les deux dispositifs préexistants, la CMU-C et l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) ; cette mise en œuvre se déroule malgré le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

2020 marque aussi les 20 ans d'une réforme emblématique et de laquelle découle la Complémentaire santé solidaire, l'instauration de la Couverture maladie universelle en 2000, réforme qui a constitué une avancée primordiale pour la couverture santé et l'accès aux soins des publics les plus précaires en France.

Enfin, 2020 est une année de transition dans la gestion de la complémentaire santé solidaire, avec la suppression inscrite dans l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 de l'établissement public du Fonds de la complémentaire santé solidaire, ancien fonds CMU. Si le fonds disparaît, les missions essentielles qu'il exerçait dans la gestion de la complémentaire santé solidaire sont quant à elles reprises dans leur intégralité par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole (MSA), l'URSSAF Caisse nationale (ACOSS) et le Ministère des Solidarités et de la Santé, au titre de leurs compétences respectives.

2021 constitue ainsi l'année d'un renouvellement des acteurs en charge de la complémentaire santé solidaire, s'inscrivant dans la continuité de la qualité que le Fonds garantissait auparavant.

Le présent rapport vise donc à présenter l'ensemble des évolutions de la complémentaire santé solidaire qui ont eu lieu en 2020 et 2021, s'agissant des effectifs de bénéficiaires ainsi que de la gestion et de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif par les organismes de sécurité sociale et les organismes complémentaires. Il vise également à rendre compte de l'avancée de travaux d'études et de recherche sur l'accès aux soins des publics précaires ou encore sur le déploiement d'actions de communication visant à mieux faire connaître la complémentaire santé solidaire et ainsi à renforcer l'accès aux soins de l'ensemble des assurés en France.

✓ Points de vue – Caisse nationale d'assurance maladie et Caisse centrale de mutualité sociale agricole

Déclaration de la Caisse nationale d'assurance maladie – M. Thomas Fatôme

Depuis le lancement de la Complémentaire santé solidaire au 1er novembre 2019, une augmentation continue du nombre de bénéficiaires est constatée, la simplification du dispositif et son unicité sont pleinement reconnues par les assurés et les partenaires associatifs. Il ne peut toutefois pas être tiré de bilan définitif de la montée en charge de la réforme, cette période ayant été marquée par la crise sanitaire. La promotion du dispositif demeure essentielle et doit être poursuivie au travers d'actions de communication régulières comme la campagne digitale que nous avons pu mener au mois d'avril 2021, et celle à venir au mois de décembre.

Tout au long de l'année 2020, les organismes du réseau de l'Assurance Maladie ont assuré un accompagnement attentionné des assurés, en particulier des plus défavorisés exposés au risque de la Covid 19, sur 55 % des assurés sans complémentaire santé accompagnés par les CPAM, 77% ont pu bénéficier d'une complémentaire santé solidaire. Par ailleurs, les actions en faveur de l'accès à la Complémentaire santé solidaire se sont poursuivies avec l'envoi de courriers et courriels d'invitation à déposer une demande de bénéfice de ce dispositif aux publics éligibles. Les mesures d'urgence mises en place par le Gouvernement, visant à garantir la continuité des droits des bénéficiaires ont nécessité une grande réactivité de la part du réseau de l'Assurance Maladie.

Outre ses missions historiques, d'instruction des demandes de complémentaire santé solidaire et d'accompagnement des bénéficiaires, la Cnam assure, depuis la suppression du Fonds de financement de la Complémentaire santé solidaire, le financement de la complémentaire santé solidaire via un fonds ad hoc, et anime un observatoire statistique constitué de plusieurs CPAM permettant de disposer de données plus précises sur les bénéficiaires. Ainsi, la Cnam est devenue un acteur central du dispositif, identifié par les publics et les partenaires.

L'automatisation de l'accès à la complémentaire santé solidaire, notamment pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 est largement soutenue et encouragée depuis de nombreuses années par l'Assurance Maladie.

Nous préparons activement les prochaines étapes pour accentuer la simplification des démarches des assurés en s'appuyant pour cela sur l'utilisation du dispositif de ressources mensuelles (DRM) pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire

Le recours au DRM permettra ainsi de s'exonérer de demander les informations déclarées par les organismes de sécurité sociales (CNAM, CNAF, CNAV, CCMSA), les organismes de retraite, base et complémentaire et les employeurs (publics, privés, particuliers employeurs, via la Déclaration Sociale Nominative), sur le principe du « dites-le nous une fois ».

Déclaration du directeur général de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole – M. François-Emmanuel Blanc

La réforme de la complémentaire santé solidaire, mise en œuvre depuis le 1er novembre 2019, a créé une couverture unique, simplifiée, couvrant un panier de soins élargi, et limitant ainsi les renoncements aux soins pour raison financière. Ce dispositif est essentiel en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité et ayant des revenus modestes.

Forte de sa présence dans les territoires, de l'engagement de ses élus et de ses salariés au plus près de ses assurés, la MSA participe pleinement au développement de la complémentaire santé solidaire, qui permet le maintien du tissu social local.

L'action de la MSA est d'autant plus importante qu'elle reste dans certains endroits l'un des seuls organismes présents auprès des populations fragilisées.

Grâce à son guichet unique, la MSA a connaissance de la situation et des revenus perçus par ses ressortissants, ce qui facilite la détection des personnes potentiellement éligibles à cette complémentaire santé. Ainsi les assurés salariés ou non-salariés agricoles, actifs, inactifs et retraités, sont accompagnés par les caisses de MSA pour leur simplifier les démarches administratives.

La MSA mobilise son réseau depuis de nombreuses années pour améliorer l'accès aux soins des ressortissants agricoles et va amplifier cet investissement dans le cadre de la mise en œuvre de la convention d'objectif et de gestion 2021-2025.

La complémentaire santé solidaire

En France, détenir une couverture complémentaire est une condition essentielle pour garantir l'accès aux soins de tous : la couverture assurantielle joue un rôle prédominant dans les décisions individuelles de santé.

A ce titre, la Complémentaire santé solidaire constitue un dispositif visant à **garantir un accès aux soins optimal aux personnes en situation de précarité financière** : il s'agit d'une couverture complémentaire attribuée à titre gratuit aux personnes dont les ressources sont inférieures à **753€ par mois** et en contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources mensuelles sont situées entre **753€ et 1017€** pour une personne seule. Ces plafonds sont différents si les personnes résident au sein des départements d'Outre-Mer.¹

La participation financière de ces personnes reste maîtrisée : variable en fonction de l'âge des assurés, à l'instar des complémentaires du secteur privé, pour un coût maximum de moins de 1 euro par jour par personne² :

Age au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire	Montant mensuel de la participation financière
Moins de 30 ans	8 euros
De 30 à 49 ans	14 euros
De 50 à 59 ans	21 euros
De 60 à 69 ans	25 euros
De 70 ans et plus	30 euros

La complémentaire santé solidaire donne droit à **la prise en charge du ticket modérateur sur les dépenses de santé** remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

Elle garantit également **la prise en charge du forfait journalier hospitalier et exonère ses bénéficiaires de la participation forfaitaire** normalement appliquée sur tout acte, consultation, examen de biologie médical ainsi que de la franchise applicable au remboursement des médicaments, des actes paramédicaux et des transports sanitaires.

Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. A cela s'ajoutent des forfaits de prise en charge spécifiques, au-delà des tarifs de remboursement de la sécurité sociale, pour les soins dentaires, l'optique, les audioprothèses, avec un **panier de soins dentaire très protecteur**.

Le niveau de couverture de la complémentaire santé solidaire correspond à celui de la CMU-C 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.

¹ Le dispositif de la complémentaire santé solidaire s'applique en Outre-Mer sur les territoires suivants : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

² Cette participation n'est pas la même si les personnes relèvent du régime d'Alsace-Moselle : il est possible de consulter ces montants de participation à cette adresse :

<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/complementairesantesolidaire.php>

Au-delà de la couverture de soins importante apportée par la complémentaire santé solidaire, ce dispositif protège également ses assurés par :

- **L'interdiction des dépassements d'honoraires ;**
- **L'exemption d'avance de frais pour les bénéficiaires** (tiers payant intégral). 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. **Il n'existe aucune différence dans la gestion des contrats**, hormis l'existence des **contrats de sortie** pour les assurés ayant choisi un organisme complémentaire comme gestionnaire de son contrat. En effet, à l'expiration d'un droit à la complémentaire santé solidaire et dans le cas où ce dernier n'est pas renouvelé, les organismes complémentaires d'assurance maladie sont tenus de proposer à tous les assurés un contrat de sortie, pour une durée d'un an. **Ce contrat de sortie dispose de garanties similaires à la complémentaire santé solidaire, avec un tarif préférentiel fixé par arrêté.**

LES EFFECTIFS DE BÉNÉFICIAIRES

7.2 MILLIONS DE BÉNÉFICIAIRES À FIN JUIN 2021, DONT:



5.8 MILLIONS DE BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION



1,4 MILLION DE BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION

+ 1,8% D'AUGMENTATION ENTRE OCTOBRE 2019 ET JUIN 2021

LA DÉPENSE TOTALE DES RÉGIMES ET ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES



2,4 MILLIARDS D'EUROS AU TOTAL EN 2020 DONT :

- 2,028 MILLIARDS D'EUROS POUR LA CNAM

- 51 MILLIONS D'EUROS POUR LA CCMSA

- 122 MILLIONS D'EUROS POUR LE RÉGIME DES INDÉPENDANTS (DÉSORMAIS AU RÉGIME GÉNÉRAL)

- 192 MILLIONS D'EUROS POUR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

LA DÉPENSE MOYENNE PAR BÉNÉFICIAIRE

RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE EN 2020

380€ COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES EN 2020

349€ COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION

326€ COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION

LES PROFILS DES ATTRIBUTAIRES



UNE PART SIGNIFICATIVE DES ATTRIBUTAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION EST CONSTITUÉE DE **FAMILLES MONOPARENTALES**



UNE PART SIGNIFICATIVE DES ATTRIBUTAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION REÇOIT UNE **ALLOCATION LIÉE AU HANDICAP OU À LA VIEillesse**



Les faits marquants en 2020 et 2021 – Un dispositif récent avec une nouvelle gestion institutionnelle (Synthèse)

La présente partie de ce rapport permet d'avoir une vision globale et synthétique qui résume l'ensemble des évolutions normatives et opérationnelles du dispositif de la complémentaire santé solidaire. Elles font toutes l'objet d'analyses plus détaillées au sein des différentes parties du rapport.

1. La mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire en novembre 2019

Annoncée comme une réforme prioritaire du Gouvernement dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la Pauvreté, et ce en vue de lutter contre le renoncement aux soins, la **complémentaire santé solidaire** est entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2019 et a permis une **refonte de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la complémentaire santé (ACS)**. Plus lisible et offrant l'accès à un panier de soins plus large que la CMU-C et l'ACS, la complémentaire santé solidaire permet à chacun de ses bénéficiaires une prise en charge de qualité en matière de santé, sans aucun reste à charge, avec un niveau de cotisation nul ou limité.

La réforme de la complémentaire santé solidaire visait à **répondre aux problèmes d'accès aux soins et de renoncement aux soins des publics en situation de précarité, en créant une couverture unique, simplifiée, couvrant un panier de soins élargi**. En effet, en 2018, alors qu'existaient encore les dispositifs CMU-C/ACS, l'estimation du nombre d'éligibles à la CMU-c réalisée par la DREES se situait entre 6,5 et 7,7 millions de personnes, ce qui amenait le taux de recours à la CMU-c dans une fourchette allant de 56 % à 68 % en 2018. Le nombre d'éligibles à l'ACS (y compris bénéficiaires de contrats collectifs) se situait quant à lui entre 3,1 et 4,4 millions de personnes en 2018 : le taux de recours à l'ACS en 2018 s'élevait ainsi entre 33 et 47 %. Les différentes mesures prises depuis la mise en place à la complémentaire santé solidaire poursuivent par ailleurs toutes le même objectif : accroître le recours à ce dispositif pour l'ensemble des personnes éligibles en France, qui sont de l'ordre de 12 millions.

2. La suppression du Fonds de la complémentaire santé solidaire

Suite à sa mise en œuvre à la fin de l'année 2019, la complémentaire santé solidaire a par la suite connu plusieurs évolutions, en particulier sur sa gouvernance institutionnelle³.

En effet, ce dispositif était auparavant piloté au niveau national par le **Fonds de la complémentaire santé solidaire**, un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999. Toutefois le 4^{ème} Comité interministériel de la transformation publique (CITP) réuni le 15 novembre 2019 avait décidé de regrouper ou de supprimer plusieurs structures administratives, dans un objectif de cohérence, de simplification et de lisibilité de l'action publique : cette simplification visait plus particulièrement les organismes de moins de 100 ETP⁴, ce qui était le cas du Fonds de la complémentaire santé solidaire qui était constitué d'environ 10 ETP.

Cette suppression a été entérinée par l'article 81 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale. La disparition du Fonds a été accompagnée d'une réaffectation de l'ensemble de ses missions à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et au Ministère des Solidarités et de la Santé, au titre de leurs compétences respectives.

³ L'ensemble de ces éléments est détaillé au II du Chapitre 1.

⁴ ETP = Equivalent temps plein

3. La reprise des missions du Fonds de la complémentaire santé solidaire

Le décret n°2020-1744 du 29 décembre 2020, en application de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a organisé ce transfert des missions. Il prend les dispositions nécessaires en matière comptable et financière pour assurer ce transfert et procède en cohérence à la suppression des dispositions réglementaires relatives au fonds de la complémentaire santé solidaire.

- **La CNAM reprend la mission de financement de la complémentaire santé solidaire.**
- **L'ACOSS (Urssaf Caisse nationale) reprend la mission de fiabilisation des déclarations de TSA et des déductions opérées par les organismes complémentaires gérant la complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière.**
- **La Direction de la Sécurité sociale (DSS) du Ministère des solidarités et de la santé est quant à elle en charge du pilotage de cette réforme d'envergure afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de lutter contre le non-recours.**

C'est dans cet objectif que la DSS élabore la réglementation relative au dispositif, facilite la compréhension et la bonne application de cette réglementation par les acteurs de la complémentaire santé solidaire et veille à faciliter le recours à ce dispositif. Elle assure également les missions de **coordination des différents acteurs prenant part à la mise en œuvre** et au suivi de ce dispositif (associations, partenaires institutionnels, ordres médicaux, etc.).

En complément de ses missions réglementaires, la direction de la sécurité sociale reprend les fonctions **d'interface avec ces organismes et la gestion de leur liste**, le suivi de la mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire, le suivi statistique des effectifs et des dépenses, la réalisation d'actions de communication autour de ce dispositif ainsi que **la réalisation de travaux d'études et de recherche**, cette dernière mission étant réalisée avec la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

4. Un dispositif dont la mise en œuvre dans un contexte sanitaire difficile reste à perfectionner – évolutions normatives de 2021

Comme il a été mentionné plus haut, la mise en place de la Complémentaire santé solidaire devait se traduire par une amélioration du taux de recours par rapport à la CMU-C et à l'ACS, qui demeurait insuffisant au vu du nombre de personnes éligibles à ce dispositif⁵. Toutefois, cette réforme n'a eu qu'un impact limité sur l'évolution des effectifs de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire : elle protège ainsi plus de **7,31 millions d'assurés fin mars 2021, en progression de près de 3,2% par rapport à octobre 2019 et de 5,7% par rapport à mars 2020**. Sur ces 7,31 millions d'assurés, 1,38 million de personnes bénéficient de la complémentaire santé solidaire avec participation et 5,92 millions sont protégés par la complémentaire santé solidaire sans participation. En outre, **au-delà d'une augmentation relative⁶ du nombre de bénéficiaires**, le fonctionnement du dispositif posait quelques difficultés juridiques et opérationnelles pour les organismes de sécurité sociale et les organismes complémentaires.

⁵ Voir ci-dessus

⁶ Il est prématuré de tirer de ces chiffres des conclusions définitives sur l'évolution du recours. Cette évolution est en effet délicate à interpréter puisque la montée en charge de la réforme s'est déroulée dans le contexte singulier de la pandémie de la Covid-19, caractérisé par un moindre recours aux soins, le maintien des droits etc.

Afin de pallier ces difficultés et d'améliorer l'accès à la complémentaire santé solidaire, il est proposé plusieurs mesures au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022⁷ telles que :

- **L'amélioration du recours pour les bénéficiaires de minima sociaux :**
 - ⇒ **L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA**
 - ⇒ **La facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de l'ASPA**
- **Le droit pour l'assuré à renoncer en cours de droit à la complémentaire santé solidaire, sans frais**
- **L'extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire**
- **La simplification du circuit de financement de ce dispositif**

En plus de ces mesures prévues par le PLFSS pour 2022 et qui seront mises en œuvre par l'adoption de mesures réglementaires d'application, le décret n° 2021-1642⁸ simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est entré en vigueur de le 13 décembre 2021.

Il vise en premier lieu à **adapter les modalités de prise en compte des ressources des demandeurs au recours au dispositif de ressources mensualisées (DRM)** : ce dispositif, alimenté par les déclarations des employeurs et celles des organismes de protection sociale doit permettre aux organismes de sécurité sociale d'obtenir des informations sur la nature et le montant des revenus d'activité salariée et des ressources issues de prestations sociales versés mensuellement aux assurés dans l'objectif de simplifier et de fiabiliser les demandes et l'instruction des demandes de complémentaire santé solidaire.

Ce décret propose également **plusieurs simplifications visant à exclure certaines prestations et indemnités** dans le calcul des ressources prises en compte pour déterminer le droit à la complémentaire santé solidaire. Il garantit une **meilleure prise en compte des droits des ayant-droits des demandeurs** de complémentaire santé solidaire. Enfin, il permet **d'alléger les démarches des bénéficiaires pour les demandes de renouvellement** de cette complémentaire, sous certaines conditions⁹. L'ensemble des mesures prévues par ce décret sont détaillées en partie II du présent rapport.

⁷ La description détaillée de ces mesures est à retrouver au 1. du A du I du Chapitre 2 du présent rapport.

⁸ Décret n° 2021-1642 du 13 décembre 2021 simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044488241>

⁹ L'ensemble des modifications issues de ce décret sont détaillées ci-après, au 2. du A. du I du Chapitre 2.

CHAPITRE 1

La gestion de la complémentaire santé solidaire

La première partie de ce chapitre vise à présenter l'ensemble des institutions désormais en charge de la gestion de la complémentaire santé solidaire ainsi que des missions qui leur sont attribuées (I). La seconde partie vise quant à elle à expliquer la nouvelle gouvernance de ce dispositif au niveau national (II).

I. Les acteurs et leurs missions sur la complémentaire santé solidaire

Lors de sa création, le Fonds de la complémentaire santé solidaire s'était vu confier trois missions principales :

- Financer la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide pour une complémentaire santé puis la complémentaire santé solidaire
- Suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et à ce titre formuler des propositions d'amélioration
- Élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire

Comme il a été mentionné plus haut, la suppression du Fonds de la complémentaire santé solidaire s'est accompagnée du **transfert de ses missions à la CNAM, l'ACOSS (Urssaf Caisse nationale) et au ministère des solidarités et de la santé**, notamment la Direction de la sécurité sociale.

Le décret n°2020-1744 du 29 décembre 2020 applique les dispositions de l'article 81 de la LFSS pour 2021 qui supprime à compter du 1er janvier 2021 le Fonds de la complémentaire santé solidaire, conformément à la décision du 4ème comité interministériel de la transformation publique du 15 novembre 2019.

Il procède ainsi:

- Au transfert des missions du fonds au ministre chargé de la sécurité sociale, à la CNAM et à l'ACOSS,
- Au transfert du financement de la complémentaire santé solidaire à un fonds comptable créé au sein de la CNAM,
- Au toilettage de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives au Fonds de la complémentaire santé solidaire,
- A un renvoi à un arrêté pour prévoir les conditions de dévolution juridique du patrimoine du Fonds et des aspects comptables¹⁰.

L'année 2021 a ainsi constitué l'année d'un renouvellement des acteurs en charge de la complémentaire santé solidaire, en s'appuyant sur les organismes et institutions existantes, avec pour objectif de garantir le même niveau de qualité que celui que le Fonds assurait auparavant. Cette réforme institutionnelle accompagne la réforme de la complémentaire santé solidaire : l'accès aux soins des personnes les plus précaires reste en effet une priorité du gouvernement.

¹⁰ Arrêté du 26 janvier 2021 portant transfert des biens, droits et obligations du fonds de la complémentaire santé solidaire et répartissant son solde de trésorerie entre la Caisse nationale de l'assurance maladie et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

A. Les missions de la Direction de la sécurité sociale :

Tout d'abord, ont été reprises des missions très opérationnelles : en complément des **missions réglementaires** déjà exercées, la direction de la sécurité sociale assure désormais un rôle **d'interface privilégié avec les organismes complémentaires et les associations** : elle joue ainsi un rôle d'intermédiaire entre les OC, la CNAM, la CCMSA et la DSS qu'il s'agisse de sujets relatifs aux déclarations de TSA ou de questions juridiques liées aux droits à la complémentaire santé solidaire. Par ailleurs, en raison de son lien régulier avec les OC, **la direction met à jour et diffuse la liste des OC habilités à gérer le dispositif¹¹**.

La direction est également **en charge du suivi de la mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire**, de l'établissement du rapport public annuel de la complémentaire santé solidaire remis au Parlement ainsi que **de la réalisation de travaux d'études et de recherche** sur l'accès aux soins des publics les plus précaires. Cette mission est coréalisée avec la DREES qui dispose d'une expertise dans la réalisation et le pilotage de telles études.

Sont également réalisées en son sein **des travaux d'information et de communication auprès du grand public** et est en charge de la gestion quotidienne du site de la complémentaire santé solidaire.

La direction assure aujourd'hui la **coordination des différents acteurs prenant part à la mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire** (associations, partenaires institutionnels, ordres médicaux, etc.), et à ce titre est en charge d'une importante comitologie¹² permettant un pilotage d'ensemble du dispositif permettant d'associer un nombre important d'acteurs.

La direction a aussi pris en charge le **recueil, le suivi et l'analyse statistique des données relatives à la complémentaire santé solidaire** en relation avec les services statistiques et les agences comptables des régimes obligatoires (CNAM/CCMSA) et des organismes de complémentaire santé ainsi qu'avec l'URSSAF Caisse nationale. Elle assure un rôle de recueil des données des organismes complémentaires quant à leurs effectifs de bénéficiaires du dispositif et de la dépense engagée par ces organismes pour ces assurés.

Enfin, la direction est en charge, en collaboration avec l'ACOSS, du suivi de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances maladie complémentaire (TSA), assise sur le montant des primes ou des cotisations perçues par l'ensemble des organismes d'assurance maladie complémentaire, et affectée au principal financement de la complémentaire santé solidaire.

¹¹ Publication au BO sur les sites internet de l'assurance maladie et de la complémentaire santé solidaire et actualisation auprès des caisses d'assurance maladie.

¹² Voir le II du présent chapitre.

B. Les missions de la Caisse nationale d'assurance maladie et des régimes obligatoires

La Caisse nationale d'assurance maladie ainsi que l'ensemble du réseau des caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) sont en **charge de la gestion opérationnelle et quotidienne** de la complémentaire santé solidaire.

A ce titre, ces organismes **gèrent les relations de « front office »** avec les demandeurs et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Les CPAM assurent donc des contacts directs avec les assurés, au sujet de la complémentaire santé solidaire ou d'autres prestations, permettant une **forte promotion des dispositifs d'aide sociale et d'accès aux soins**. Ils assuraient déjà ce rôle d'interface avec les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire puisque ce sont les caisses d'assurance maladie qui instruisent les demandes de complémentaire santé solidaire et attribuent les droits à ce dispositif aux assurés.

La CCMSA et le réseau des caisses MSA, tout comme certains régimes spéciaux, sont également en charge de la gestion opérationnelle et quotidienne de la complémentaire santé solidaire et gèrent les relations de « front office » avec les demandeurs et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

La CNAM récupère également **la mission de financement de la complémentaire santé solidaire** via la création d'un fonds dépourvu de personnalité juridique créé en son sein, le **Fonds de financement de la complémentaire santé solidaire**. La CNAM est aujourd'hui l'unique affectataire de l'ensemble de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Le financement de la complémentaire santé solidaire a donc été confié à la CNAM qui procède au remboursement des dépenses des organismes complémentaires gestionnaires¹³. En parallèle, les organismes complémentaires continuent de déduire leurs dépenses de complémentaire santé solidaire du montant de TSA dû. Le financement de la complémentaire est isolé dans un fonds créé au sein de la CNAM dont les opérations font l'objet d'une gestion comptable distincte de celle de l'assurance maladie permettant d'assurer un suivi spécifique des recettes et des dépenses.

La CNAM réalise également **d'importantes campagnes de communication** et de promotion de la complémentaire santé solidaire à l'ensemble de ses assurés¹⁴.

La CNAM a repris l'observatoire auparavant piloté par le Fonds **lui permettant de disposer de données plus précises sur les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire** tels que leur âge, leur sexe, éventuellement la composition des foyers familiaux. Cet observatoire regroupe 19 caisses issues de 15 départements.

C. Les missions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS - Urssaf Caisse nationale)

En raison de sa compétence en matière de recouvrement, l'ACOSS était la structure la mieux adaptée pour reprendre la mission de fiabilisation de l'assiette de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) et des dépenses des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire. Les Urssaf quant à elles poursuivent leur mission de contrôle sur le même champ.

¹³ Ce système de financement a vocation à évoluer avec la mise en œuvre des mesures du PLFSS pour 2022, qui sont explicités au 2. du A du I du chapitre II.

¹⁴ Ces missions sont détaillées au I du chapitre 6 du présent rapport.

Tableau récapitulatif de la répartition des missions de la complémentaire santé solidaire

Organisme chargé de reprendre l'activité	Activité du Fonds de la complémentaire santé solidaire
Caisse nationale de l'assurance maladie Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole Régimes spéciaux	✓ Gestion de la Complémentaire santé solidaire (instruction et attribution) ✓ Financement de la complémentaire santé solidaire ✓ Interface / relations avec les assurés ✓ Recouvrement des participations financières des assurés dont ils gèrent les contrats ✓ Promotion de la Complémentaire santé solidaire envers tous les assurés ✓ Observatoire de la Complémentaire santé solidaire
Organismes complémentaires	✓ Interface / relations avec les assurés ✓ Recouvrement des participations financières des assurés dont ils gèrent les contrats
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	✓ Fiabilisation des éléments déclaratifs de la TSA : assiettes, déductions des remboursements de complémentaire santé solidaire, etc.
Ministère des solidarités et de la santé (DSS et DREES)	✓ Gestion de la liste des organismes participant à la complémentaire santé solidaire et réponses aux questions des OC gestionnaires ✓ Recueil des informations statistiques relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces derniers et à l'état des dépenses et des recettes au titre de la complémentaire santé solidaire communiquées par les OCAM ✓ Recueil des informations relatives aux personnes prises en charge communiquées par les organismes de sécurité sociale ✓ Établissement et remise au Parlement du rapport public annuel sur la complémentaire santé solidaire ✓ Elaboration du rapport sur la situation financière des OC ✓ Suivi de la mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire et réalisation de travaux d'étude et de recherche ✓ Coordination des différents acteurs prenant part à la mise en œuvre et au suivi de la complémentaire santé solidaire (associations partenaires institutionnels, ordres médicaux, etc.)

II. La gouvernance de la complémentaire santé solidaire

Le transfert des missions du fonds de la complémentaire santé solidaire a entraîné une **réorganisation de la comitologie mise en place autour de ce dispositif, dont la plupart des instances sont pilotées par la direction de la Sécurité sociale et la Caisse nationale d'assurance maladie**. Aujourd'hui, différents comités de suivi et comités techniques de la Complémentaire santé solidaire rassemblent les parties prenantes côté assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires régulièrement pour faire le point sur le dispositif et réfléchir à des adaptations susceptibles d'améliorer le non-recours.

A. Le comité de suivi

Le comité de suivi constitue **l'instance stratégique de pilotage national de la complémentaire santé solidaire** et a été mis en place en remplacement du conseil de surveillance du Fonds. Sa présidence est assurée par le directeur de la sécurité sociale .

Ce comité a pour enjeu majeur **de réunir au moins deux fois par an l'ensemble des parties prenantes à la gestion et à la promotion de la complémentaire santé solidaire** : participent à ce comité des représentants d'associations disposant d'un ancrage national et d'un maillage territorial important, de fédérations d'organismes complémentaires, d'organismes d'assurance maladie obligatoire, ainsi que des établissements publics.

Les principaux objectifs du comité de suivi sont de permettre un suivi global de la complémentaire santé solidaire, de discuter des réformes et évolutions de ce dispositif, de présenter les données disponibles sur les nombres de bénéficiaires et la dépense relative à la complémentaire, de pouvoir évoquer le programme d'études relatives au dispositif pour les années précédentes, et ainsi de recueillir l'avis des membres du comité sur l'ensemble de ces sujets.

Les comités de suivi de l'année 2021, en date du 25 janvier, du 24 juin et du 16 décembre 2021, ont permis en premier lieu de rendre compte de la réforme de la complémentaire santé solidaire, d'informer les partenaires de la nouvelle gouvernance du dispositif mais aussi de valider des projets d'études et de recherches, dont plusieurs sujets ont pu être approfondis grâce à l'expérience de terrain des membres de cette instance.

Ci-dessous sont précisés l'ensemble des membres actuels des comités de suivi :

- **Des représentants des organismes d'assurance maladie** : la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la mutualité sociale agricole (MSA), ACOSS (l'agence centrale des organismes de sécurité sociale) et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- **Des représentants de fédérations d'organismes complémentaires** : la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), La Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), la Fédération française des assurances (FFA) ;
- **Des représentants d'associations** : France assos santé, Médecins du Monde, Secours catholique, Restos du cœur, UNIOPPS, UNAF, ATD Quart Monde, La Croix Rouge, Fédération des Acteurs de la Solidarité ;
- **Des représentants d'administration centrale** : Direction générale du Trésor, Direction du budget, Direction générale des finances publiques, DREES et DSS

B. Le comité technique

Les comités techniques viennent **remplacer les comités de suivi** qu'organisait le Fonds de la complémentaire santé solidaire. Ils sont assurés selon la même fréquence, à savoir **un comité par trimestre**.

La Direction de la sécurité sociale est dorénavant chargée d'organiser les comités techniques réunissant, aux côtés du ministère de la santé, la CNAM, la CCMSA, et l'ACOSS, permettant ainsi d'associer les acteurs publics de la complémentaire santé solidaire au bon développement du dispositif.

Il s'agit d'une instance où les sujets abordés restent très techniques et opérationnels : en effet, ces comités sont **l'occasion de partager les informations sur les dernières données concernant les prestations, les évolutions réglementaires, mais aussi par exemple d'aborder les éventuels problèmes rencontrés dans la transmission des flux** entre organismes gestionnaires de la complémentaire dans la gestion quotidienne du dispositif et de trouver ensemble des solutions normatives et/ou opérationnelles.

C. La réunion avec les partenaires associatifs et les acteurs de terrain

Sous l'égide du Fonds de la complémentaire santé solidaire, plusieurs comités de suivi avec les associations étaient périodiquement organisés. Les échanges, toujours précieux avec des acteurs de terrain avaient porté sur la réforme de la Complémentaire santé solidaire, aussi bien dans son pilotage national que sur des aspects plus techniques et opérationnels.

Simultanément à ces comités de suivi qu'organisaient le Fonds, la CNAM a également mis en place **une réunion récurrente à laquelle elle convie des représentants des partenaires de la solidarité** (70 structures) : sont invités des représentants de terrain, des sièges, ou des têtes de réseau d'associations caritatives, d'associations de patients, d'associations de médecins, d'institutions publiques œuvrant dans le domaine de la précarité sociale ou de la jeunesse ainsi que les coordinateurs régionaux des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières...

Compte tenu de ses nouvelles missions, il est apparu nécessaire que la DSS puisse bénéficier de remontées de terrain : il a donc été décidé par la DSS et la CNAM de **co-piloter une réunion** similaire à celles organisées par la CNAM et qui sera cette fois-ci **dédiée entièrement à la complémentaire santé solidaire**.

Cette instance, dont la première réunion a eu lieu le 5 juillet 2021, constitue non seulement un lieu d'information directe des partenaires mais surtout un lieu d'échange et de « remontées de terrain » sur les difficultés d'accès à la complémentaire santé solidaire, les situations de non-recours et la mise en œuvre quotidienne du dispositif. Ces retours participent de l'évaluation continue du dispositif et permettent le cas échéant d'envisager les ajustements réglementaires nécessaires à une plus grande efficacité.

CHAPITRE 2

Retour sur la montée en charge de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021

Cette partie vise à expliciter toutes les évolutions récentes sur la Complémentaire santé solidaire et de quelle manière cette réforme a été appropriée par les différents acteurs de ce dispositif. Une première partie est consacrée aux **évolutions normatives récentes**(I).

Sont par la suite détaillées **les actions des caisses d'assurance maladie du régime général et du régime agricole** et le rôle important que détiennent ces organismes quant à l'amélioration du recours à la complémentaire santé solidaire (II).

Parce qu'ils sont gestionnaires de presque 20% des contrats de complémentaire santé solidaire, **les organismes complémentaires remplissent un rôle important dans la gestion du dispositif** (III).

Par ailleurs, **les relations de la direction de la sécurité sociale avec les associations et les acteurs de terrain** tendent à s'enrichir en vue de discuter des modalités opérationnelles de ce dispositif et de le promouvoir auprès des publics qu'ils accompagnent (IV).

Enfin, parce qu'ils sont tenus à de nombreuses obligations quand ils s'occupent de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, **les pratiques de professionnels de santé et des professionnels paramédicaux**, notamment sur la pratique du tiers-payant intégral et le 100% santé sont analysées (V).

I. Les évolutions réglementaires et législatives de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021

Plusieurs mesures normatives sont intervenues dans le but de **faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à la complémentaire santé solidaire** mais également en vue de moderniser la délivrance des prestations sociales.

A. La simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire – mesures proposées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022¹⁵

1. Eléments de contexte

Pour les personnes en situation de précarité, la couverture complémentaire est une condition essentielle en France pour garantir l'accès aux soins de tous : en effet, la couverture assurantielle joue un rôle prédominant dans les décisions individuelles de santé, notamment les foyers les plus modestes, bénéficiaires ou éligibles à la complémentaire santé solidaire¹⁶.

Or, les personnes non couvertes par une complémentaire santé sont principalement des personnes à faible revenu : travailleurs précaires, chômeurs ou inactifs. En effet, si 4 % de la population française n'est pas couverte par une complémentaire santé, ce taux s'élève à plus de 11 % parmi les 10 % de foyers les plus pauvres. Il en résulte des renoncements aux soins importants, puisqu'en 2014, 37% des assurés parmi les 20% les plus pauvres avaient renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières, soit presque trois fois plus que celles appartenant aux 20 % de ménages les plus riches, dont le taux de renoncement est égal à 13 %, alimentant ainsi les inégalités sociales de santé¹⁷. La réforme de la complémentaire santé solidaire, mise en œuvre à compter du 1er novembre 2019, vise à répondre à ces problématiques, en créant une couverture unique, simplifiée, couvrant un panier de soins élargi, à destination des personnes à revenus modestes. Cette réforme doit ainsi se traduire par une amélioration du taux de recours par rapport à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), qui demeurerait insuffisant.

Dans le cadre des mesures engagées par le Gouvernement en faveur de la facilitation de l'accès aux droits, l'amélioration du taux de recours à la complémentaire santé solidaire constitue donc un objectif prioritaire, rappelé dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté de 2018.

Le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire connaît une hausse par rapport aux anciens effectifs CMU-C/ACS, même s'il est encore trop tôt pour tirer un bilan définitif de la montée en charge de la réforme compte tenu notamment du caractère atypique de la période récente marquée par la crise sanitaire : 7,2 millions en juin 2021, contre 7,08 millions en octobre 2019, sur 12 millions de personnes potentiellement éligibles. Dans le contexte de crise sanitaire que traverse le pays et des impacts socio-économiques qu'elle engendre, il apparaît encore plus primordial de renforcer l'accès à la complémentaire santé solidaire des assurés les plus précaires. Ce recours insuffisant peut notamment concerner des bénéficiaires de minima sociaux, qui disposent pourtant de procédures d'attribution et de renouvellement simplifiées.

Cependant, de nombreuses personnes éligibles à ce dispositif, dont un grand nombre de bénéficiaires de minima sociaux, ne recourent pas encore à cette couverture pourtant protectrice, à l'instar des bénéficiaires

¹⁵ Lien vers l'étude d'impact du PLFSS pour 2022, page 353 du PLFSS. L'étude d'impact est également présentée en annexe 1 du présent PLFSS.

¹⁶ Perceptions subjectives, anticipations et préférences pour la santé des bénéficiaires de la CMU-C. Etude menée par l'Université Paris-Dauphine et l'Université de Lille - Brigitte Dormont, Cécile Gayet, Anne-Laure Samson – 2020

¹⁷ La complémentaire santé, édition 2019, DREES

du RSA et de l'ASPA, ces assurés restant alors non couverts ou disposant d'une complémentaire santé privée, d'un coût plus élevé.

2. Les mesures proposées

Les différentes mesures proposées relatives à la complémentaire santé solidaire consistent en :

- **L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire sans participation financière aux nouveaux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)**

Aucune démarche de leur part ne leur sera demandée autre que la demande de RSA, par voie papier ou en ligne. Ils pourront toutefois s'opposer de manière expresse au bénéfice de ce droit lors de leur demande de RSA. Le but est de rendre ce droit à la complémentaire santé solidaire le plus effectif possible. Les assurés seront toujours libres de choisir comme gestionnaire leur caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire gestionnaire du dispositif.

- **La simplification des démarches des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**

Ils bénéficieront d'une présomption de droits à la complémentaire santé solidaire avec participation financière. Une fois l'ASPA attribuée, les caisses d'assurance-maladie et les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif transmettront aux nouveaux bénéficiaires de l'ASPA l'ensemble des documents permettant de souscrire à un tel contrat de complémentaire, sans qu'ils aient à remplir une demande complète de complémentaire santé solidaire.

Les caisses d'assurance-maladie réaliseront des contrôles afin de vérifier que le bénéficiaire de l'ASPA n'exerce pas d'activité professionnelle, ce qui l'amènerait potentiellement à être au-dessus du plafond de ressources de la complémentaire santé solidaire.

A moyen terme, lorsque la demande d'ASPA pourra être réalisée par le biais d'un téléservice, la demande de complémentaire santé solidaire pourra être intégrée directement au téléservice.

- **Le renoncement en cours de droits à la complémentaire santé solidaire**

Comme les assurés qui disposent d'un contrat de complémentaire du secteur privé, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire pourront désormais renoncer à leur contrat en cours de droit, afin de pouvoir adapter leur couverture au changement de leur situation, par exemple lorsqu'ils reprennent une activité professionnelle salariée et souhaitent bénéficier de la complémentaire santé de leur entreprise, ou s'ils veulent bénéficier de la complémentaire santé solidaire sans participation du fait d'une dégradation de leur situation financière

Il est également proposé que les assurés ne peuvent se voir attribuer ou renouveler un droit à la complémentaire santé solidaire que s'ils se sont acquittés des participations financières dues au titre de droits ouverts précédemment. Afin de protéger les foyers rencontrant des difficultés financières et de garantir la continuité de leur accès aux soins, il est prévu plusieurs exceptions à l'impossibilité d'ouvrir un droit, notamment si un accompagnement financier de ces personnes a été mis en place par leur caisse (délai de paiement, remise de dette).

- Simplification du financement de la complémentaire santé solidaire

Le système actuel de financement est prévu à l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale. Selon ce système, deux types d'organismes peuvent prendre en charge la part d'assurance maladie complémentaire pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire :

- les régimes d'assurance maladie : la CNAM, la MSA et les autres régimes spéciaux,
- les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif inscrits sur la liste

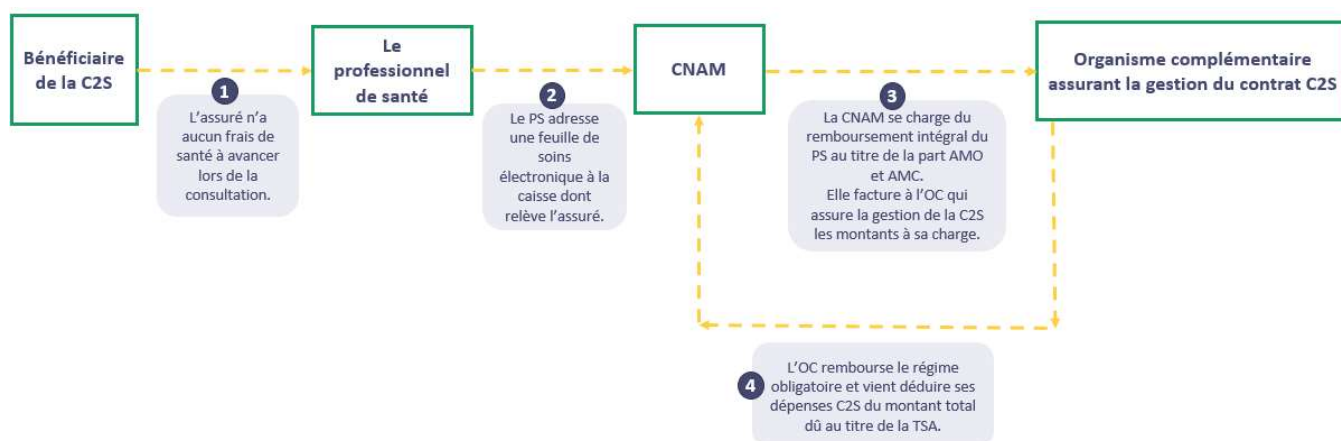
Les organismes complémentaires sont remboursés au réel de leurs dépenses depuis la mise en place de la complémentaire santé solidaire en novembre 2019, et non plus comme avant cette date au niveau de leurs dépenses réelles mais dans la limite d'un forfait.

- ⇒ Pour les dépenses engagées par les organismes complémentaires, ce remboursement intervient lors de leur déclaration de taxe de solidarité additionnelle, taxe qu'ils versent trimestriellement à l'URSSAF Ile-de-France, par le biais d'une déduction de TSA versée. Le montant de cette taxe due est alors minoré par les montants pris en charge au titre de la complémentaire en santé et les frais de gestion induits par la gestion du dispositif mais majoré du montant des participations des bénéficiaires dues au titre de la complémentaire en santé participative (article L. 862-2), que les organismes complémentaires recouvrent auprès de leurs adhérents.

Le circuit de financement actuel de la complémentaire santé solidaire est marqué par une multiplicité de flux financiers, parfois circulaires, entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie.

- ⇒ Dans le cadre du tiers payant intégral coordonné par l'assurance-maladie obligatoire, qui représente 99,5% des prestations et actes réalisés pour le compte des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, ce sont en réalité les régimes obligatoires qui avancent la part complémentaire de la dépense en santé, celle-ci étant ensuite facturée aux organismes complémentaires. Ces derniers remboursent les régimes d'assurance-maladie puis déduisent comme évoqué supra les montants remboursés dans le cadre de leur déclaration de TSA, après majoration au titre des frais de gestion et minoration des montants dus au titre des participations (voire parfois déduisent les montants remboursés dans le cadre de leur déclaration de TSA puis postérieurement remboursent les régimes obligatoires).

Cette situation est expliquée par le schéma suivant :



D'autres circuits de financement sont également prévus lorsque l'assuré n'a pas choisi un organisme complémentaire comme gestionnaire :

- lorsque l'assuré relève du régime général et a choisi sa caisse d'assurance-maladie comme gestionnaire de la complémentaire santé solidaire, la CPAM rembourse directement le professionnel de santé et les dépenses sont ensuite directement enregistrées dans le fonds comptable au sein de la CNAM ;

- lorsque l'assuré ne relève pas du régime général et est géré par sa caisse d'assurance-maladie, les régimes remboursent les professionnels de santé dans le cadre du tiers payant coordonné et se font rembourser ensuite par la CNAM des dépenses engagées.

Dans un objectif de simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire, il est donc proposé que **la caisse d'assurance-maladie prenne directement en charge les dépenses réalisées dans le cadre du tiers payant intégral coordonné**, au lieu de facturer cette dépense à l'organisme complémentaire, ce dernier se faisant ensuite rembourser par la CNAM aujourd'hui. Les caisses informeront les organismes complémentaires des dépenses prises en charge afin que ces derniers puissent continuer à répondre aux sollicitations de leurs bénéficiaires.

- **Extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale aux décisions relatives à la complémentaire santé solidaire**

Il est proposé d'étendre le contentieux de l'admission à l'aide sociale à l'ensemble des décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire actant ainsi la compétence de la commission de recours amiable (CRA), puis des tribunaux judiciaires (pôles sociaux), pour statuer sur de tels litiges. Ce contentieux est ainsi étendu aux décisions de fermeture de droit et de notification d'indus concernant des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ainsi qu'aux décisions prises vis-à-vis des organismes complémentaires (par exemple, les litiges avec ces organismes en matière de recouvrement des parts complémentaires).

- **Prévoir des exceptions à la durée d'un an du droit à la complémentaire santé solidaire**

Il est proposé de mettre en place des exceptions à la durée d'un an du droit à la complémentaire santé solidaire, **seulement si ces exceptions sont favorables aux bénéficiaires, notamment pour garantir la continuité de leurs droits à ce dispositif**.

En effet, la durée d'un an du droit à la complémentaire santé solidaire empêche les organismes de sécurité sociale de s'adapter en temps réel aux changements de situation des bénéficiaires.

A titre d'exemple, il est actuellement impossible pour un adulte majeur non protégé (conjoint, concubin) qui rejoint un foyer bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire d'en bénéficier alors qu'il a intégré le foyer : il restera donc non couvert jusqu'à ce que le droit du foyer expire et qu'ils puissent réaliser une demande commune en tant que nouveau foyer.

Cette mesure vise ainsi à résoudre ces différentes difficultés en permettant que la période d'un an du droit à la complémentaire puisse être réduite, ce qui permettra aux foyers nouvellement recomposés de réaliser une demande commune avant l'expiration du droit. Si le nouveau foyer est éligible à la complémentaire santé solidaire, alors les caisses interrompent le droit antérieur pour en ouvrir un nouveau, pour une période d'un an. Cette possibilité permettra de résoudre des difficultés d'accès aux droits signalées par les associations.

La mise en œuvre de certaines de ces mesures nécessite la publication de plusieurs dispositions réglementaires, actuellement en cours de préparation par le ministère des solidarités et de la santé et qui entreront en vigueur à partir de 2022.

B. Publication prochaine du décret simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale portant plusieurs évolutions normatives.

Le décret n° 2021-1642 du 13 décembre 2021 simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale permettra plusieurs évolutions normatives sur la complémentaire santé solidaire.

1. L'adaptation des modalités de prise en compte des ressources pour l'instruction des demandes de complémentaire santé solidaire au dispositif de ressources mensuelles (DRM)

Ce texte s'inscrit tout d'abord dans le **cadre de la modernisation de la délivrance des prestations sociales**, en lien avec la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté dont la première étape fut, pour la protection complémentaire en matière de santé, la fusion de la CMU-C et de l'ACS au 1er novembre 2019. Elle se poursuit aujourd'hui par le recours au **dispositif de ressources mensuelles (DRM)**.

Conçu en application de l'article 78 de la loi du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et porté par la Direction de la sécurité sociale, ce dispositif technique **permet de rassembler un certain nombre de ressources déclarées par les organismes de sécurité sociale** (CNAM, CNAF, CNAV, CCMSA), les organismes de bases et complémentaires, les employeurs et de les restituer aux opérateurs de la sphère publique, en vue de moderniser la délivrance des prestations sociales. Le recours au DRM pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire s'accompagne en cela du décret n° 2021-1436 du 4 novembre 2021¹⁸ modifiant le décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 modifié, relatif à des traitements de données à caractère personnel portant sur les ressources des assurés sociaux.

L'utilisation du DRM nécessite également d'adapter la réglementation applicable à la Complémentaire santé solidaire, ce qui a été l'occasion d'apporter des **améliorations au dispositif**, après près de 2 ans de vie de la Complémentaire santé solidaire. Il sera utilisé dans un premier temps pour les demandes de Complémentaire santé solidaire déposées via le compte ameli ou via l'espace privé MSA pour les assurés du régime agricole.

Afin d'adapter la prise en compte des ressources des assurés en vue de déterminer leur éligibilité à la complémentaire santé solidaire, plusieurs mesures sont introduites par ce décret :

La durée de la période de référence concernant les ressources à prendre en compte reste fixée à 12 mois, **mais elle court désormais sur une période allant du treizième au deuxième mois civils précédant le mois de la demande**, ce qui implique la modification de l'article R. 861-8 du code de la sécurité sociale.

⇒ *Par exemple, pour une demande faite en septembre 2021, la période de référence pour la prise en compte des ressources court du 1er août 2020 au 31 juillet 2021.*

Dans l'objectif **d'harmoniser les périodes de référence entre les pensions alimentaires versées et les pensions alimentaires perçues**, l'article R. 861-9 du code de la sécurité sociale doit être modifié afin de tenir compte des versements de pensions et obligations alimentaires intervenus au cours de la dernière année civile. Néanmoins, dans l'immédiat, la telle prise en compte de ces versements civils ne pourra pas être mise en place par les régimes pour des raisons opérationnelles avant le 1er janvier 2023. Entre temps, une disposition transitoire est mise en place jusqu'au 31 décembre 2022, dans laquelle il est prévu de prendre en compte les

¹⁸ [Lien vers le décret.](#)

pensions et obligations alimentaires intervenues au cours du treizième mois au deuxième mois civil précédant le mois de la demande de prestation.

L'article R.861-4 du code de la sécurité sociale relatif aux ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire est modifié afin **d'inclure la contribution patronale dans le calcul des ressources pour l'acquisition d'une complémentaire santé**, qui permet de clarifier la réglementation.

L'article R.861-15 du code de la sécurité sociale, qui prévoit le calcul des **ressources des travailleurs indépendants** prises en compte pour leur admission au bénéfice de la complémentaire santé solidaire est modifié. Il est désormais proposé de prendre en considération leurs revenus professionnels sur la base du dernier avis d'imposition sur les revenus connus au moment de la demande, au lieu de prendre en compte les revenus déclarés au titre des cotisations sociales pour la dernière année civile. Ces données seront en cible automatiquement récupérées via l'API fiscale, ou à défaut reprises de l'avis d'imposition. **L'article R. 861-15** ainsi modifié prévoit également les situations dans lesquelles aucun revenu ou chiffre d'affaires résultant de l'activité indépendante, pour les indépendants « classiques » comme pour les micro-entrepreneurs, n'aurait encore été déclaré à l'administration fiscale. Dans ce cas, les revenus professionnels pris en compte sont constitués du chiffre d'affaires hors taxe des quatre trimestres civils précédant la demande, sur lequel les abattements fiscaux prévus pour les artisans, les commerçants, les professions libérales, les exploitants agricoles, sont appliqués par les régimes instructeurs, en fonction du type d'activité. Ces règles seront également appliquées aux exploitants agricoles par la MSA.

2. L'exclusion de certaines indemnités de la base ressource complémentaire santé solidaire

En plus de l'adaptation de certaines dispositions visant à garantir la mise en œuvre du DRM, sont désormais exclues du calcul des ressources pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire, les indemnités correspondant aux mesures de réparation pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites mais aussi celles visant à reconnaître les souffrances endurées par les orphelins dont les parents ont été victimes d'actes de barbarie durant la Deuxième Guerre mondiale.

Cette exclusion prévue à l'article R.861-10 du code de la sécurité sociale permet ainsi d'harmoniser la base ressources permettant de déterminer le droit à la complémentaire santé solidaire avec la base ressources du revenu de solidarité active (RSA), qui exclut déjà ces indemnités.

3. Une meilleure prise en compte de l'évolution de la composition du foyer et de la situation de ses membres

- **Autoriser la souscription d'un contrat de Complémentaire santé solidaire au bénéfice d'autres membres du foyer**

Le décret vient **faciliter l'accès de certains membres d'un foyer à la complémentaire santé solidaire** : si le demandeur décide au moment de son adhésion à un contrat de complémentaire santé solidaire de ne faire bénéficier du droit à cette protection que les autres bénéficiaires de son foyer et non lui-même il lui est désormais possible de le faire, que ces assurés soient majeurs ou mineurs.

En effet, dans certaines situations, **les parents souhaitent renoncer à la complémentaire santé solidaire pour eux-mêmes mais couvrir tout de même leurs enfants**, généralement pour des raisons financières. Afin d'éviter le non-recours de cette prestation pour ces enfants, il est désormais possible pour les organismes gestionnaires d'autoriser ce type de demandes en modifiant **l'article R.861-16-3 du code de la sécurité sociale**.

- **Décès du bénéficiaire et devenir des autres bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire appartenant au même foyer**

La situation des autres membres du foyer lors du décès du bénéficiaire principale (l'auteur de la demande pour le foyer) de la complémentaire santé solidaire a également été clarifiée. **L'article R.861-15 du code de la sécurité sociale** prévoit désormais **qu'en cas de décès du bénéficiaire, les ayant-droits mineurs et majeurs continuent de bénéficier de cette protection jusqu'à l'expiration du droit initial du bénéficiaire décédé**, en s'acquittant des participations prévues au titre de leur droit, sauf si ceux-ci s'y opposent expressément.

- **Intégration d'un enfant majeur dans un foyer bénéficiaire d'un contrat en cours de droit**

Il est dorénavant permis **qu'un enfant majeur de moins de 25 ans qui intègre un foyer pour lequel un contrat de complémentaire santé solidaire est en cours puisse devenir un ayant-droit et figurer sur le contrat déjà établi**, à la demande du bénéficiaire. A titre d'exemple, un jeune actif sans emploi décidant d'habiter à nouveau sous le toit familial pourra désormais intégrer le contrat de complémentaire santé solidaire en cours de droit. Cette évolution prévue à **l'article R.861-16-5 du code de la sécurité sociale** vise à **aligner la situation des enfants majeurs sur celle des enfants mineurs** : toutefois l'intégration de l'enfant majeur au sein du foyer n'exempte pas une participation financière si celle-ci a lieu d'être, contrairement aux enfants mineurs.

4. Une souplesse pour l'assuré dans le renouvellement de ses droits

En matière de complémentaire santé solidaire, le renouvellement du droit n'est pas automatique, hormis pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA. **L'article R.861-18 du code de la sécurité sociale** prévoit que la demande de renouvellement doit être déposée au plus tôt 4 mois et au plus tard 2 mois avant l'expiration du droit précédent, ce qui permet que le renouvellement prenne effet sans rupture de droit, le premier jour du mois qui suit l'expiration du droit précédant (sous réserve pour la caisse d'avoir reçu, le cas échéant, les éléments nécessaires au paiement de la participation financière). Les bénéficiaires du renouvellement automatique disposent quant à eux d'un mois à compter de l'information du renouvellement pour faire connaître à la caisse leur refus de continuer de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire ou leur volonté de changer d'organisme gestionnaire.

Le renouvellement s'effectue aujourd'hui selon les mêmes modalités que pour une première demande. Le bénéficiaire doit remplir un formulaire de demande, constituer un dossier avec ses pièces justificatives, choisir son organisme gestionnaire, mais aussi, lorsque la demande est acceptée, renvoyer son bulletin d'adhésion rempli et son moyen de paiement à son organisme gestionnaire. Cette procédure peut ainsi décourager certains bénéficiaires à renouveler leur demande de complémentaire santé solidaire.

Ainsi, dès lors que la situation du foyer n'a pas changé entre le droit antérieur et le droit renouvelé (composition du foyer, montant annuel des participations et choix d'organisme complémentaire), **l'assuré devra toujours déposer une demande mais il ne sera pas tenu de renvoyer le bulletin d'adhésion ou contrat ni le mandat de prélèvement pour bénéficier de son droit.**

5. Entrée en vigueur et mise en œuvre opérationnelle

Le texte s'appliquera à partir de janvier 2022 pour certaines dispositions, sauf pour les dispositions relatives aux pensions et obligations alimentaires versées qui s'appliquent au 1^{er} janvier 2023, précédé d'une période transitoire courant de l'entrée en vigueur du décret au 31 décembre 2022.

Une circulaire de la CNAM viendra faciliter la compréhension et la mise en œuvre opérationnelle de l'ensemble des mesures du décret simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale. Ce texte a également été accompagné d'une **modification du formulaire**

de demande de Complémentaire santé solidaire pour l'adapter aux évolutions réglementaires¹⁹. Cette même information a été effectuée par la CCMSA auprès de son réseau.

C. Mesures diverses

1. Mesures de prolongation des droits durant la crise sanitaire

Pour pallier les difficultés à réaliser les démarches notamment de renouvellement durant les confinements imposés en raison de la crise sanitaire, l'ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020²⁰ a prévu, pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire dont les droits arrivaient à échéance entre le 12 mars et le 31 juillet 2020, une prolongation de 3 mois de ces droits, ce qui a neutralisé l'impact du 1er confinement sur les droits.

Une nouvelle prolongation de 3 mois des droits a été mise en œuvre fin 2020, en application de l'ordonnance n°2020-1553 du 9 décembre 2020, pour les droits arrivant à échéance entre le 31 octobre et le 16 février 21, ce qui correspondait à la deuxième période de confinement et de couvre-feux successifs qu'a connu le pays à la fin de l'année 2020.

2. Modification du plafond d'attribution de la complémentaire santé solidaire au 1er avril 2021 et revalorisation de l'abattement spécifique à l'ASI

Conformément à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, un arrêté fixe le montant du plafond annuel de revenus à ne pas dépasser pour l'accès à la Complémentaire santé solidaire. L'arrêté du 29 mars 2021 fixant le montant du plafond de ressources de la protection complémentaire en matière de santé fixe ce montant à 9 041 euros par an pour une personne. Un tableau récapitulatif de ces plafonds pour la complémentaire santé solidaire avec et sans participation est à retrouver sur le site de la complémentaire santé solidaire.

En matière de complémentaire santé solidaire et en l'application de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) sont prises en compte dans le calcul des ressources du foyer, selon les modalités fixées par l'arrêté du 20 avril 2018. Cet arrêté prévoit l'application d'un abattement pour ne pas que les revalorisations exceptionnelles de ces allocations conduisent certains bénéficiaires à perdre le bénéfice de la complémentaire santé solidaire. Il a permis une neutralisation des revalorisations de l'ASPA, de l'ASV, de l'AAH et de l'ASI constatées sur les différents exercices 2018 à 2020.

Pour l'année 2021, l'arrêté du 20 avril 2018 modifié prévoit que le montant de l'abattement soit fixé à hauteur de celui de décembre 2020. En 2021 une revalorisation exceptionnelle de l'ASI a été décidée, le montant attribué à une personne seule passant de 750 € à 800 €.

¹⁹ Formulaire présenté en annexe 2 du présent rapport.

²⁰ [Consulter l'ordonnance.](#)

II. Les actions des régimes d'assurance maladie (CNAM, MSA) pour faciliter et promouvoir l'accès à la complémentaire santé solidaire auprès de leurs assurés.

Constituant l'interface privilégié de dialogue avec les assurés de la complémentaire santé solidaire, la CNAM et les régimes d'assurance maladie, dont la CCMSA, détiennent un rôle indispensable dans la promotion de ce dispositif auprès de leurs assurés et du Grand public.

A. La gestion des dossiers de demande de complémentaire santé solidaire par l'Assurance maladie

La CNAM assure la réception et le traitement de demandes de complémentaire santé solidaire pour les assurés du Régime général. Elle a traité en moyenne **3,6 millions de demandes par an entre 2017 et 2020, en progression constante.**

Nombre de dossiers traités par l'Assurance maladie				
Année	2017	2018	2019	2020
Nombre de dossiers	3 446 276	3 586 129	3 732 542	3 888 413
Evolution par rapport à l'année précédente	1,82%	4,06%	4,17%	4,09%
Nombre de dossiers traités par la Mutualité sociale agricole				
Année	2017	2018	2019	2020
Nombre de dossiers	129 959	131 965	136 645	144 229

Depuis 2017, les délais d'instruction des dossiers de demande de complémentaire santé solidaire se sont réduits, pour atteindre une moyenne de 27.5 jours de traitement en 2020 pour l'ensemble des CPAM :

Délais d'instruction des dossiers				
Année	2017	2018	2019	2020
En jours	29,1	29,3	29,4	27,5

En outre, depuis 2018, les demandes réalisées de façon dématérialisées via le compte Ameli des assurés n'a cessé de progresser, atteignant presque 36% des demandes de complémentaire santé solidaire au total. Les demandes via le compte Ameli ont plus que doublé entre 2020 et 2019 (+ 111%).

Nombre de demandes via le compte Ameli				
Années	2018	2019	2020	S1 2021
Nombre de demandes	363 916	606 899	1 281 425	751 139
Progression		66,77%	111,14%	

B. Le rôle primordial de la CNAM et des régimes d'assurance maladie dans l'accompagnement des assurés à recourir à leurs droits.

1. Les Missions d'accompagnement en santé et la détection d'assurés du régime obligatoire quant à leur éligibilité à la complémentaire santé solidaire.

Auparavant dénommée Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS), la **Mission Accompagnement Santé (MAS)** est un dispositif proposé par la CNAM depuis juillet 2018 dans le but d'accompagner les assurés, notamment ceux en situation de précarité, rencontrant des difficultés d'accès aux droits et/ou d'accès aux soins (y compris les situations de renoncement aux soins).

Le fonctionnement des Missions Accompagnement Santé repose sur **2 éléments clés** :

- Premièrement, une procédure de repérage des situations de difficultés d'accès aux droits et aux soins par les professionnels de l'accueil de l'Assurance Maladie (agents d'accueil, médecins conseils et travailleurs sociaux) et par les partenaires du territoire (professionnels du secteur sanitaire et social) ;
- Deuxièmement, l'organisation de la prise en charge des situations par des accompagnants spécialement formés jusqu'à l'obtention des droits et/ou la réalisation des soins.

Les agents des Missions Accompagnement Santé peuvent ainsi mettre en œuvre à destination des assurés des actions personnalisées relatives :

- **Aux droits** (bilan, explications et accompagnement dans les démarches) ;
- **Au parcours de soins** (choix des professionnels de santé, déclaration du médecin traitant etc.) ;
- **Au montage financier** (aide à la réalisation de devis, demande d'aide financière exceptionnelle, etc.) ;
- **À la coordination d'actions partenariales** (orientation vers des structures associatives ou collectivités territoriales).

Les Missions accompagnement santé des CPAM ont ainsi mené de nombreuses actions sur tout le territoire pour aller à la rencontre des bénéficiaires potentiels, et ont mis en place des accompagnements personnalisés jusqu'à la réalisation des soins et/ou l'obtention de droits avec l'aide de partenaires associatifs et institutionnels.

Concernant l'accès à une complémentaire en santé, qui constitue l'un des facteurs d'accès aux soins en France : durant l'année 2020, près de 55% des personnes initialement sans organisme complémentaire en début d'accompagnement ressortent couvertes par une complémentaire santé, dont 77% ont souscrit à la complémentaire santé solidaire.

L'Assurance Maladie a ainsi permis à près de 470 000 personnes d'accéder à leurs droits et/ou aux soins en 2020 par le biais d'une action proactive, d'un accompagnement attentionné et personnalisé ou grâce aux repérages de situation de difficultés effectués par ses partenaires.

2. Les actions d'accompagnement de l'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie.

L'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie peut intervenir, au titre de la complémentaire santé solidaire, de plusieurs manières, comme illustré dans le tableau ci-après. **L'ensemble de ces aides bénéficie très majoritairement aux personnes retraitées et aux personnes isolées.**

Actions d'accompagnement	En 2020
En limitant les effets de seuil pour des personnes dont les revenus sont situés juste au-dessus du niveau de ressources pour leur accorder le bénéfice de la complémentaire santé solidaire	89% des caisses ont attribué ce type d'aide pour 52 000 bénéficiaires.
En participant à la prise en charge de la participation financière attendue de certains assurés, en totalité ou partiellement	46% des caisses ont attribué ce type d'aide pour 4 879 bénéficiaires.
En prenant en charge le ticket modérateur sur la période rétroactive entre la date de demande et l'activation du contrat, en cas de soins lourds et non programmés (cela est déjà prévu pour la complémentaire santé solidaire non contributive)	46% des caisses ont attribué ce type d'aide pour 790 bénéficiaires.
En prenant en charge des incidents de paiement pour prévenir d'éventuelles ruptures de droits	43% des caisses ont attribué ce type d'aide pour 619 bénéficiaires.

3. Le renforcement d'actions d'accompagnement auprès de publics déjà allocataires de minima sociaux

Du fait de sa complémentarité avec d'autres minima sociaux, notamment en raison de la nature similaire des personnes éligibles à l'ensemble de ces dispositifs, la mise en place de la complémentaire santé solidaire a été accompagnée d'un renforcement de son accès à destination d'allocataires d'autres prestations sociales existantes :

- Concernant les allocataires du RSA :

Pour les allocataires du RSA, il existe une présomption de droit à la complémentaire santé solidaire qui leur permet de ne pas avoir à remplir la partie « ressources » des formulaires de demande de complémentaire santé solidaire. Ils bénéficient de droits ouverts provisoirement pendant 3 mois au moment de leur demande de RSA, ce droit étant prolongé de 9 mois une fois le RSA obtenu. Une information ciblée des allocataires du RSA qui ne sont pas couverts par ce dispositif sur leur éligibilité à ce dispositif et l'opportunité d'en faire la demande est également assurée par la CNAM.

A également été mis en place le renouvellement automatique de la complémentaire santé solidaire pour les allocataires du RSA, leur permettant de faciliter l'adhésion à ce dispositif dans le temps.

- Concernant les allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

Une information spécifique de l'assurance maladie est réalisée à destination de ces bénéficiaires afin de les informer de leur éventuelle éligibilité à la complémentaire santé solidaire, et notamment via le site caf.fr pour les allocataires de l'AAH et de l'ASI.

Par ailleurs, grâce à des échanges de données avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) l'envoi de courriers à des allocataires cibles (titulaires de l'AAH, ASPA, ASI...) a été poursuivi en 2020, pour les inciter à effectuer une simulation de leur droit à la Complémentaire santé solidaire sur internet. **A ce titre, plus de 700 000 courriers et courriels d'invitation à déposer une demande de complémentaire santé solidaire ont été adressés aux bénéficiaires de l'ASPA, de l'AAH, de l'ASI et du RSA.**

- Dispositions générales

Enfin, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire **dont le contrat est échu depuis plus d'un mois sont relancés systématiquement par email pour les inviter à renouveler leur demande de droits.** Les bénéficiaires n'ayant pas encore retourné les documents d'adhésion sont également contactés pour les accompagner dans cette démarche avant l'expiration du délai de 3 mois au-delà duquel une nouvelle demande est nécessaire.

En outre, des publics à risque de précarisation, tels que les retraités ou chômeurs, qui sont identifiés dans le système d'information de l'assurance maladie font l'objet **d'une campagne trimestrielle par mail d'incitation à tester son éligibilité via le simulateur de droit.**

4. Les actions engagées dans le cadre de la crise sanitaire

La crise sanitaire due à l'épidémie mondiale de covid-19 a contraint les services de l'Assurance maladie à s'adapter afin de garantir la continuité de l'accès aux soins de l'ensemble de ses assurés, et notamment des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Tout d'abord, la **dématérialisation des démarches a constitué un atout majeur** pour permettre aux individus de continuer à solliciter leurs droits malgré la fermeture des services d'accueil des organismes de sécurité sociale et des autres secteurs publics (services postaux...). Le téléservice permettant de demander la complémentaire santé solidaire et disponible via Ameli.fr ou via l'espace privé MSA des assurés relevant du régime agricole a ainsi pleinement contribué à favoriser le recours à ce dispositif.

- **En effet, entre mars 2020 et mars 2021, 36% des demandes ont été réalisées via le téléservice pour la CNAM. Cette augmentation est notamment portée par les demandes via le compte web (+128%) plus que via l'appli (+70%).**
- **Pour la CCMSA, 25 à 30% des demandes ont été effectuées via le téléservice.**

Même si le téléservice et la possibilité de souscrire très simplement à la complémentaire santé solidaire en ligne se sont révélés d'une grande aide pour assurer la continuité du service, le confinement et la fermeture des caisses en région a eu un impact sur l'accès aux droits de personnes souvent peu affinitaires du numérique.

En raison de la survenance de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, les **difficultés de règlement de participations financière ont été prises en compte, avec la suspension des procédures de fermeture pour non règlement ou par des facilitations de règlement.**

Par ailleurs, la CNAM a défini des **orientations spécifiques pour l'utilisation des fonds de l'action sanitaire et sociale**. Dès le mois d'avril 2020, il a été décidé que les aides individuelles de l'action sanitaire et sociale pourraient être versées aux assurés sans complémentaire santé ayant un reste à charge élevé suite à une hospitalisation liée au Covid-19.

En juillet 2020, le Conseil de la CNAM a voté une résolution permettant d'élargir les orientations de l'action sociale et sanitaire et d'octroyer ainsi des aides aux assurés pour faire face aux conséquences de la Covid-19.

Plus de deux tiers des caisses d'assurance maladie ont ainsi mis en place de nouvelles aides telles que :

- **Des aides financières** pour contribuer au paiement de la complémentaire santé solidaire ;
- **Des aides pour des hospitalisations liées au Covid** pour des assurés sans complémentaire santé ;
- **Des aides pour des personnes vulnérables** ne pouvant pas bénéficier d'indemnités journalières dérogatoires rétroactives ;
- **Des remises de masques et de kits d'hygiène aux publics en situation de précarité, notamment les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.**

Dans ce cadre, les caisses et les organismes complémentaires ont également travaillé conjointement dans les territoires pour aider les assurés en grandes difficultés financières, avec le déblocage de fonds d'urgence.

III. Les missions des organismes complémentaires dans leur gestion de la complémentaire santé solidaire

A. La gestion des contrats de complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires

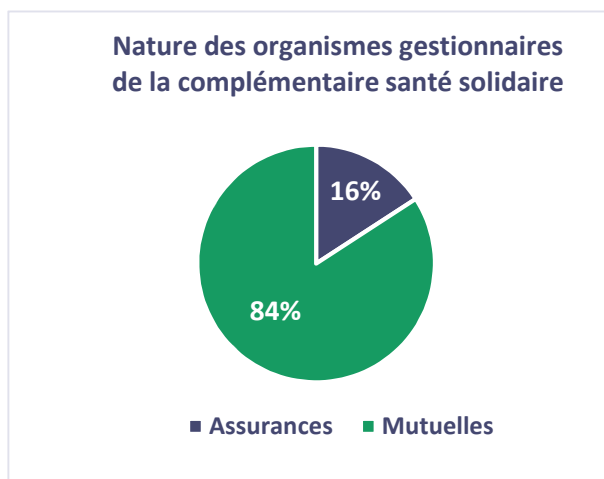
La mise en place de la complémentaire santé solidaire a permis de **faciliter l'accès aux droits et d'offrir une meilleure protection en matière de couverture santé**. En effet, la complémentaire santé solidaire apparaît plus lisible et plus simple d'accès, en raison notamment du nombre de pièces justificatives demandées limitées, de la facilitation du choix de l'organisme gestionnaire du contrat ou encore de l'uniformité de la couverture de la complémentaire santé solidaire pour tous les bénéficiaires.

La complémentaire santé solidaire peut donc être gérée par la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré ou par un organisme complémentaire habilité à le faire. Quel que soit le choix de l'assuré, les garanties offertes sont identiques. Toutefois, à l'expiration du droit à la complémentaire santé solidaire, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un contrat de complémentaire santé offrant des garanties similaires à celles de la complémentaire santé solidaire à un tarif réglementé, il s'agit du contrat de sortie.

Tout au long de la mise en place de cette réforme, les organismes complémentaires ont été consultés et accompagnés par le Fonds de la complémentaire santé solidaire, puis par la Direction de la sécurité sociale.

Les organismes complémentaires jouent un rôle important dans la gestion de la complémentaire santé solidaire puisqu'ils **couvrent 1 220 000 bénéficiaires en juin 2021**.

En 2021, **121 organismes complémentaires sont inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la complémentaire santé solidaire (contre 129 en 2020)**. La part des organismes complémentaires volontaires pour gérer la complémentaire santé solidaire est de 24 % parmi l'ensemble des organismes complémentaires actifs redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pour 2022.



Pour l'année 2021, par rapport à l'année 2020, il a été comptabilisé :

- **Une inscription ;**
- **Cinq retraits volontaires ;**
- **Une suppression résultant d'un transfert total de portefeuilles** avec pour conséquence, la perte de qualité d'assureur par un organisme complémentaire non-gestionnaire de la complémentaire santé solidaire ;
- **Trois suppressions par fusion-absorption** par deux organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire.

B. Les interlocuteurs des organismes complémentaires

La Direction de la sécurité sociale est devenue l'interlocuteur privilégié des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire, en lieu et place du Fonds. Elle a **pour rôle de répondre aux questions des organismes complémentaires dans l'exercice de leurs missions**, de gérer les dysfonctionnements possibles rencontrés par les organismes, de suivre et d'actualiser la liste des organismes complémentaires gestionnaires et enfin, **d'effectuer le suivi statistique de la complémentaire santé solidaire**. Elle mène ainsi un dialogue quotidien avec les organismes complémentaires grâce à des points d'échange sur les remontées de terrain liées au dispositif, la réalisation de fiches de procédure visant à aider les organismes gestionnaires dans la gestion du dispositif, ou encore, des documents dédiés à la prolongation des contrats de complémentaire santé solidaire dans le cadre de la crise sanitaire.

Les contacts des organismes complémentaires :

- DSS-infoCSS@sante.gouv.fr pour toute question générale, opérationnelle ou juridique relative à la complémentaire santé solidaire ou pour le suivi de la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire.
- DSS-statistiquesCSS@sante.gouv.fr pour le suivi statistique de la complémentaire santé solidaire.

C. Inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la complémentaire santé solidaire

La complémentaire santé solidaire peut être gérée, au choix de l'assuré, soit par son organisme d'assurance maladie soit par un organisme complémentaire habilité à gérer le dispositif. **Les organismes complémentaires souhaitant participer à la gestion de la complémentaire santé solidaire doivent s'inscrire en remplissant la déclaration de participation au dispositif**. Cette déclaration, à retrouver sur le site de la complémentaire santé solidaire, comporte l'ensemble des engagements que l'organisme complémentaire doit respecter une fois inscrit, la liste des informations qu'il doit communiquer et l'ensemble des dispositions juridiques relatives au dispositif. **Une campagne annuelle de mise à jour des informations des organismes complémentaires** permet une gestion optimale de la liste des organismes participant au dispositif.

Les organismes complémentaires déjà inscrits sur la liste actuelle qui souhaitent continuer de gérer la complémentaire santé solidaire n'ont pas de démarche à réaliser.

D. L'espace réservé des organismes complémentaires sur le site de la complémentaire santé solidaire

Tous les organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire peuvent, grâce à un identifiant et mot de passe, avoir accès à un espace réservé qui leur est dédié. Cet espace réservé constitue une source d'informations importante pour les organismes complémentaires²¹.

²¹ L'ensemble des éléments mis à disposition des organismes complémentaires peut être retrouvé au chapitre 6.

E. Evolutions réglementaires spécifiques aux organismes gestionnaires

1. Modification du modèle de déclaration de participation à la complémentaire santé solidaire

Suite à la suppression du Fonds de la complémentaire santé solidaire et à la reprise de ses missions par la CNAM, l'ACOSS et le Ministère des solidarités et de la santé, l'arrêté du 9 février 2021²² modifie le modèle de déclaration de participation à la complémentaire santé solidaire. En application des dispositions de l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale, les organismes complémentaires qui s'inscrivent pour gérer la complémentaire santé solidaire établissent une déclaration, suivant le modèle fixé par l'arrêté du 9 février 2021. Cette déclaration engage ainsi les organismes complémentaires à mener toutes les actions qui leur incombent en tant que gestionnaires du dispositif.

2. Décret à venir visant à simplifier l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale

Comme expliqué précédemment, ce décret vise en premier lieu à adapter les modalités de prise en compte des ressources des demandeurs au recours au dispositif de ressources mensuelles (DRM). En plus des dispositions relatives au DRM, d'autres modifications réglementaires concernent directement les organismes complémentaires et ont fait l'objet d'une concertation avec ces acteurs pour permettre une mise en place opérationnelle de ce décret.

Tout d'abord, le décret vient **autoriser la souscription d'un contrat de complémentaire santé solidaire au bénéfice de seulement certains membres du foyer**. Il vise également à clarifier la **situation des membres du foyer restants bénéficiaires du droit lors du décès du bénéficiaire** puisqu'en cas de décès du bénéficiaire, les membres mineurs et majeurs continuent désormais de bénéficier de cette protection jusqu'à l'expiration du droit initial du bénéficiaire décédé.

Ce décret prévoit de pouvoir **intégrer un enfant majeur à charge dans un foyer pour lequel un contrat de complémentaire santé solidaire est en cours**. Enfin, afin d'éviter toute rupture de droit et **de simplifier le renouvellement de la complémentaire santé solidaire**, le bénéficiaire n'est plus tenu d'adresser à l'organisme gestionnaire le bulletin d'adhésion et le document autorisant le prélèvement sur compte bancaire lors du renouvellement de son droit sous certaines conditions.

²² Arrêté du 9 février 2021 modifiant la déclaration figurant à l'annexe de l'arrêté du 20 octobre 2010 fixant le modèle de la déclaration de participation à la protection complémentaire en matière de santé

F. Les contrats de sortie – résultats de l'enquête menée auprès des organismes complémentaires

Une enquête a été réalisée en avril 2021 auprès des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire pour estimer le **recours au contrat de sortie et obtenir des retours qualitatifs sur la gestion et la mise en œuvre de ces contrats**. Parmi les 121 organismes gestionnaires pour l'année 2021 (et qui géraient déjà le dispositif en 2020), **40 organismes ont répondu à cette enquête**.

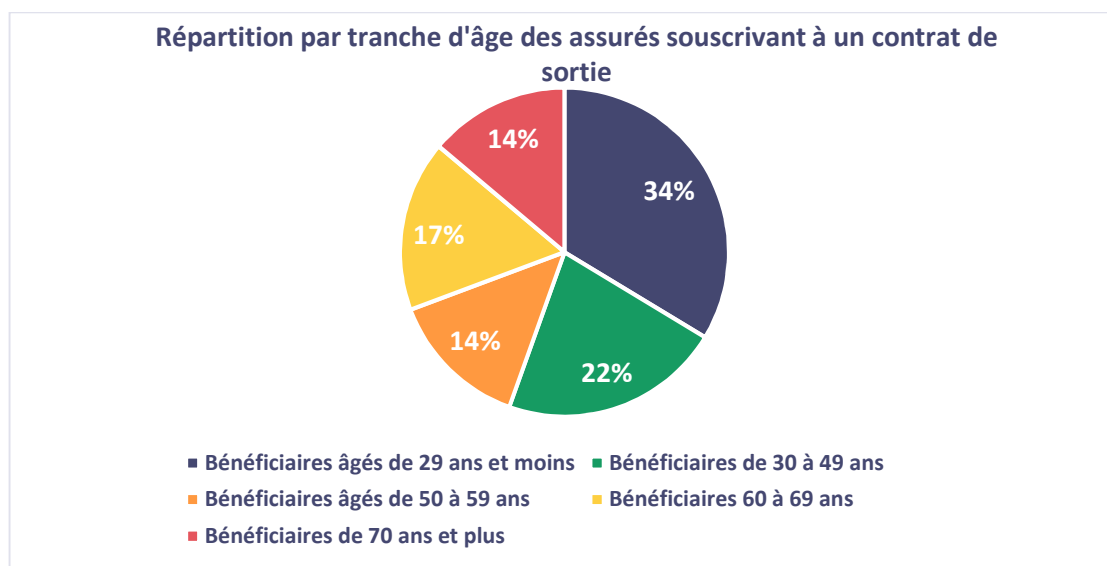
Les 40 organismes complémentaires gestionnaires répondants gèrent :

- **44% des contrats de complémentaire santé solidaire sans participation** et
- **40% des contrats de complémentaire santé solidaire avec participation** sur l'année 2020.

1. Les chiffres clés de l'enquête

En moyenne et pour les organismes complémentaires répondants, **2,4%** de contrats de sortie sont souscrits par des anciens bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Plus précisément, environ **0,6%** d'anciens bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation financière adhèrent à un contrat de sortie et **4,5%** pour les bénéficiaires dont les droits de complémentaire santé solidaire avec participation financière ne sont pas renouvelés.

Selon les organismes complémentaires répondants, **les jeunes et les plus âgés adhèrent davantage au contrat de sortie**. En effet, parmi les organismes complémentaires qui possédaient ces informations, la répartition par tranche d'âge des ex-bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé solidaire souscrivant à un contrat de sortie est la suivante :



Cette structure apparaît relativement proche de la répartition par âge des anciens bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation financière (ex ACS) en 2019²³ : tout comme la structure par âge des bénéficiaires des contrats de sortie, les plus jeunes et les plus âgés représentent les parts les plus importantes de bénéficiaires. La structure par âge des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation financière (ex CMU-c) semble relativement moins proche de la structure des bénéficiaires des contrats de sortie puisque les personnes de 60 ans et plus étaient très minoritaires.

²³ Rapport d'activité du Fonds de la complémentaire santé solidaire (2019)

2. Synthèse des retours qualitatifs des organismes complémentaires

■ Un contrat peu connu des assurés

Globalement, le contrat de sortie est **connu des organismes complémentaires mais très peu des bénéficiaires**. Le contrat de sortie semble peu usité puisqu'en moyenne, selon les retours des 40 organismes répondants, 2,5% de contrats de sortie sont souscrits par des bénéficiaires qui sortent du dispositif. Ce taux est d'autant plus faible pour la complémentaire santé solidaire sans participation financière puisque les personnes concernées basculent souvent vers la complémentaire santé solidaire avec participation. Selon certains organismes complémentaires, le contrat de sortie est, dans la plupart des cas, choisi lorsque l'assuré a oublié d'effectuer sa demande de renouvellement.

■ Aucune difficulté de mise en place ou de gestion pour les organismes complémentaires mais un contrat peu compris des assurés

Les organismes ne font état **d'aucune difficulté de mise en place ou de gestion** de ce type de contrat. En effet, certains organismes estiment que le contrat de sortie appliqué à la complémentaire santé solidaire est plus compréhensible que le contrat de sortie qui était appliqué à la CMU-c ou l'ACS. De plus, certains évoquent une facilité de gestion puisque les charges de gestion sont identiques lorsque l'organisme possède un grand nombre de contrats de sortie souscrits, ou au contraire, très peu. En revanche, quelques organismes complémentaires font état de **difficultés à expliquer le fonctionnement du contrat aux ex-bénéficiaires** de la complémentaire santé solidaire.

■ Un tarif jugé peu attractif au regard des prestations proposées

Malgré des tarifs différenciés en fonction de l'âge²⁴, le contrat de sortie ne paraît pas avantageux pour les assurés, selon les organismes répondants. Ces derniers expliquent ce taux de recours faible pour deux raisons principales :

- ⇒ Une majorité des anciens bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire retrouvent une activité salariale et préfèrent adhérer à un **contrat proposé par leur entreprise**.
- ⇒ **Les tarifs des contrats de sortie sont trop élevés** par rapport aux prestations proposées. Les ex-bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire préfèrent ainsi choisir un contrat individuel plus avantageux, à des prix plus attractifs. Cela est d'autant plus remarqué dans le cas de familles nombreuses : elles optent davantage pour des contrats individuels en raison des tarifs appliqués, plus avantageux que ceux du contrat de sortie.

²⁴ Ce qui n'était pas le cas pour les contrats de sortie CMU-c et ACS.

IV. Le développement d'échanges avec les acteurs de terrain et les associations

Dans un objectif de promouvoir la complémentaire santé solidaire et d'en améliorer son accès, le ministère des solidarités et de la santé a pour **ambition de mener davantage d'actions à destination des associations et acteurs de terrain** qui forment un relai essentiel dans la promotion de ce dispositif auprès des publics en situation de précarité.

Outre la mise en place d'un **comité associatif annuel dédié à la complémentaire santé solidaire**, co-pilotée avec la CNAM, la direction de la sécurité sociale a également pris contact, durant l'année 2021, avec une vingtaine d'associations particulièrement impliquées dans l'aide aux personnes en situation de forte précarité et dans l'amélioration de l'accès de ces personnes à leurs droits, notamment dans le domaine de la santé. Cette **prise de contact** avait pour objectif de donner des informations sur la complémentaire santé solidaire, obtenir un contact au sein des associations afin de développer à moyen et long terme des relations consolidées avec ces acteurs de terrain.

Grâce à ces premiers échanges, plusieurs sujets posant des difficultés dans la mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire ont été relevés et font en ce moment l'objet d'une expertise juridique et opérationnelle au sein du ministère :

- L'intégration d'un majeur au sein d'un foyer bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire dont le contrat est en cours ;
- Les difficultés pour certains organismes complémentaires à appliquer une rétroactivité du droit à la Complémentaire santé solidaire au moment du dépôt de la demande dans le cadre d'une hospitalisation d'urgence ;
- Rendre possible l'accompagnement complet par les associations pour les individus souhaitant réaliser des demandes de complémentaire santé solidaire (ou d'AME).

V. Le respect des obligations des professionnels de santé envers les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Comme cela a été mentionné dans les parties introductives, la complémentaire santé solidaire protège notamment ses assurés par :

- **L'interdiction de leur appliquer des dépassements d'honoraires réalisés pour les professionnels de santé – prévu à l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale**
- **L'exemption d'avance de frais pour les bénéficiaires, à savoir l'application du tiers payant intégral – prévu aux articles L. 861-3 et D. 861-2 à D.861-6 du code de la sécurité sociale**

Afin de garantir cette protection, les professionnels de santé ainsi que les professionnels du secteur paramédical sont tenus à différentes obligations qu'ils respectent en très grande partie, notamment pour la pratique du tiers payant-intégral.

A. Le tiers payant intégral

Conformément aux articles D. 861-2 à D. 861-6 du code de la sécurité sociale, dès lors que le bénéficiaire des soins présente au professionnel ou à l'établissement de santé les pièces justifiant qu'il bénéficie de la complémentaire santé solidaire (carte vitale à jour ou à défaut son attestation de droit), **celui-ci est dispensé de toute avance de frais : la part obligatoire et la part complémentaire sont alors payées directement au professionnel par l'assurance maladie obligatoire**, laquelle obtient le remboursement de la part complémentaire auprès de l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé solidaire lorsqu'il diffère de la caisse d'assurance maladie.

Deux tableaux présentés ci-dessous permettent de comprendre les différences de pratique du tiers-payant selon la nature de la couverture en santé des assurés, à savoir s'ils disposent ou non de la complémentaire santé solidaire (tableau n°1). Le tableau n°2 présente, sur l'ensemble des actes réalisées pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, la pratique du tiers-payant en fonction des professions de santé (tableau n°2).

Tableau récapitulatif de la pratique du tiers payant – Comparaison entre les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et l'ensemble des patients – Données 2021, CNAM – N°1

Taux de tiers payant par catégorie de professionnels de santé – 1 ^{er} trimestre 2021 En volume d'actes	Complémentaire santé solidaire		Ensemble des patients	
	% Hors TP	%TP	% Hors TP	%TP
Infirmiers	0,10%	99,90%	0,60%	99,40%
Kinés	0,50%	99,50%	15,00%	85,00%
Autres auxiliaires	2,20%	97,80%	26,60%	73,40%
Dentistes	1,30%	98,70%	72,40%	27,60%
Fournisseurs	1,70%	98,30%	7,00%	93,00%
Laboratoires	0,10%	99,90%	0,40%	99,60%
Pharmacies	0,40%	99,60%	1,00%	99,00%
Sages-femmes	1,30%	98,70%	14,50%	85,50%
Centres de santé	0,10%	99,90%	0,90%	99,10%
Transporteurs	0,10%	99,90%	0,30%	99,70%
Total médecins (Omnipraticiens et Spécialistes)	1,80%	98,20%	42,00%	58,00%
Total PS	0,50%	99,50%	6,00%	94,00%

Comme observé dans le tableau présenté ci-dessus, en moyenne, le tiers-payant intégral est appliqué sur **99,5% du volume des actes qu'ils réalisent²⁵ envers les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire contre 94% pour les actes réalisés à destination de l'ensemble des patients (y compris les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire)**. Ainsi, dans un peu plus de 99% des cas, le bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire n'avance aucun frais lors de sa consultation, le protégeant ainsi de potentiels renoncements aux soins.

²⁵ Le tiers payant intégral implique que l'assuré n'avance aucun frais lors de sa consultation avec le professionnel de santé.

**Tableau détaillé de la pratique du tiers payant pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire–
Données T1 2021, CNAM – N°1**

1er trimestre 2021	Cas obligatoires					
	COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE					
	Total actes	%TPI AMO+AMC (1)	%TPI AMO 100% (2)	%TP AMO non 100% (3)	% Hors TP	%TP
Généralistes	7 334 228	77,10%	21,00%	0,60%	1,20%	98,80%
Médecins généralistes à Mode d'Exercice Particuliers (MEP)	441 901	78,40%	18,70%	0,70%	2,20%	97,80%
Radiologues	1 455 306	83,50%	12,50%	3,40%	0,60%	99,40%
Spécialistes hors radiologues	4 002 751	64,50%	31,50%	0,80%	3,20%	96,80%
Infirmiers	17 326 331	18,80%	81,00%	0,20%	0,10%	99,90%
Kinés	4 550 074	70,90%	28,20%	0,50%	0,50%	99,50%
Autres auxiliaires	1 525 626	88,40%	9,10%	0,40%	2,20%	97,80%
Dentistes	3 516 991	77,90%	20,30%	0,50%	1,30%	98,70%
Fournisseurs	1 961 059	75,70%	20,90%	1,80%	1,70%	98,30%
Laboratoires	5 810 410	47,10%	52,20%	0,60%	0,10%	99,90%
Pharmacies	114 362 944	73,90%	25,30%	0,30%	0,40%	99,60%
Sages-femmes	213 300	58,70%	39,30%	0,70%	1,30%	98,70%
Centres de santé	2 271 502	68,10%	31,30%	0,50%	0,10%	99,90%
Transporteurs	815 665	25,40%	73,90%	0,50%	0,10%	99,90%
Total omnipraticiens (Généralistes et MEP)	7 776 129	77,20%	20,90%	0,60%	1,30%	98,70%
Total spécialistes	5 458 057	69,60%	26,40%	1,50%	2,50%	97,50%
Total médecins (Omnipraticiens et Spécialistes)	13 234 186	74,00%	23,20%	1,00%	1,80%	98,20%
Total PS	165 588 088	67,10%	32,00%	0,40%	0,50%	99,50%

Légende :

Colonne (1) : le % de tiers payant intégral sur la part assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC) sur l'ensemble de actes de la profession.

Colonne (2) : le % de tiers payant intégral sur les actes pris en charge à 100% par l'AMO (l'AMC n'intervient pas)

Colonne (3) : le % tiers payant sur la seule part AMO.

La ventilation entre les 3 catégories de tiers payant est ainsi détaillée :

- Le tiers-payant intégral (part AMO et part AMC ou pris en charge à 100 % par l'AMO) est égal, pour chaque catégorie de professionnel de santé, à la somme des colonnes (1) et (2).
- L'application du tiers payant sur la seule part AMO (colonne (3)) peut notamment correspondre à la situation d'un assuré dont la carte Vitale n'est pas à jour des droits de complémentaire santé solidaire.
- S'agissant des cas résiduels de non application du tiers payant, ils peuvent effectivement être liés à la non présentation d'un justificatif ou au refus du PS sans que nous disposions d'étude affinée sur cette question.

Lecture : au premier trimestre 2021, sur 7 334 228 actes réalisés par les médecins généralistes envers des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, 98.80% de ces actes ont été réalisés dans le cadre du tiers-payant, contre 1.2% des actes qui ont été réalisés hors tiers-payant.

Ce second tableau permet de confirmer que le tiers-payant est appliqué de manière effective sur l'ensemble des actes réalisés à destination des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Toutefois, quelques nuances dans l'application du tiers-payant peuvent être relevées : tandis que 99,6% des actes de pharmacies qui représentent 60% de l'ensemble des actes réalisés par les professionnels de santé se voient appliquer le tiers-payant intégral, 96,8% des actes pratiqués par les spécialistes (hors radiologues) sont réalisés dans le cadre du tiers-payant, soit 3 points de moins que la moyenne du tiers-payant pratiqué envers les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

B. Note d'information sur l'articulation entre la réforme 100% Santé et la complémentaire santé solidaire

Une note d'information relative à **l'articulation entre la réforme 100 % Santé et le dispositif de la complémentaire santé solidaire**²⁶ a été réalisée à destination des professionnels de santé et organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire.

Cette note vise à apporter des précisions quant à **l'articulation entre la réforme et le dispositif**, elle rappelle les **spécificités de la complémentaire santé solidaire par rapport au 100% Santé** (application du tiers payant intégral, interdiction des dépassements d'honoraires, panier de prestations prises en charge et niveaux de prises en charge, etc.). Elle détaille notamment les **prestations de santé prises en charge par la complémentaire santé solidaire** et précise l'ensemble des nomenclatures à utiliser pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire dans le cadre de la réforme 100 % Santé.

La réforme du 100 % Santé a permis de définir, en concertation avec les professionnels de santé, un panier de soins de qualité accessible sans reste à charge. **La complémentaire santé solidaire intègre les apports de cette réforme.**

Les montants pris en charge au titre de la complémentaire santé solidaire pour les prothèses dentaires, les aides auditives et les lunettes de vue sont retracés dans :

- L'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
- L'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 dentofaciale;**

Concernant les soins dentaires, le panier de soins complémentaire santé solidaire couvre l'ensemble du panier 100 % Santé et y intègre en supplément des actes d'orthopédie dentofaciale remboursables jusqu'à l'âge de 16 ans, de l'inlay-onlay deux faces, certains bridges ainsi que des actes de réparations et poses de prothèses amovibles définitives à châssis métallique.

- L'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.**

²⁶ Note d'information N° DSS/SD2A/2021/88 du 20 mai 2021 relative à l'articulation entre la réforme 100 % Santé et le dispositif de la complémentaire santé solidaire à retrouver à l'adresse : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Note%20d'information%20100%25%20sant%C3%A9_C2S%20-%20BO.pdf



PROTHESES DENTAIRES

En juin 2021, 66% des actes dispensés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire relèvent du panier reste à charge zéro contre 47% pour les assurés hors complémentaire santé solidaire.



OPTIQUE

89% des prestations délivrées aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire relèvent d'un équipement complet 100% santé. En outre, 96% des équipements remboursables sont composés d'au moins un élément 100% santé (monture ou verre), contre 8% pour les adultes hors complémentaire santé solidaire.



PROTHESES AUDITIVES

83% des audioprothèses sont facturées aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire à un prix inférieur ou égal au plafond de prise en charge de la complémentaire santé solidaire.

²⁷ Source : Système national des données de santé (SNDS) : tous régimes 1er semestre 2021

CHAPITRE 3

Le suivi des bénéficiaires et des dépenses de la complémentaire santé solidaire

I. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire²⁸

A. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation

Fin juin 2021, le nombre de personnes couvertes par la complémentaire santé solidaire est estimé à **7,2 millions**, soit le même nombre qu'à la fin décembre 2020.

L'appropriation de la réforme par les caisses d'assurance maladie et les assurés a conduit à une légère baisse temporaire des effectifs en fin d'année 2019.

L'épidémie de Covid-19 a conduit à devoir adapter les modalités de renouvellement des contrats de complémentaire santé solidaire : à cet effet, les contrats arrivant à expiration pendant les périodes du premier confinement (entre le 12 mars 2020 et le 31 juillet 2020) et du deuxième confinement (entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021) ont été prolongés de trois mois à compter de leur date d'échéance²⁹ afin d'éviter toute rupture de droit lors de cette crise. Ces mesures de prolongation des droits ont conduit à des fluctuations du nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire durant l'année 2020 puis lors du premier semestre 2021.

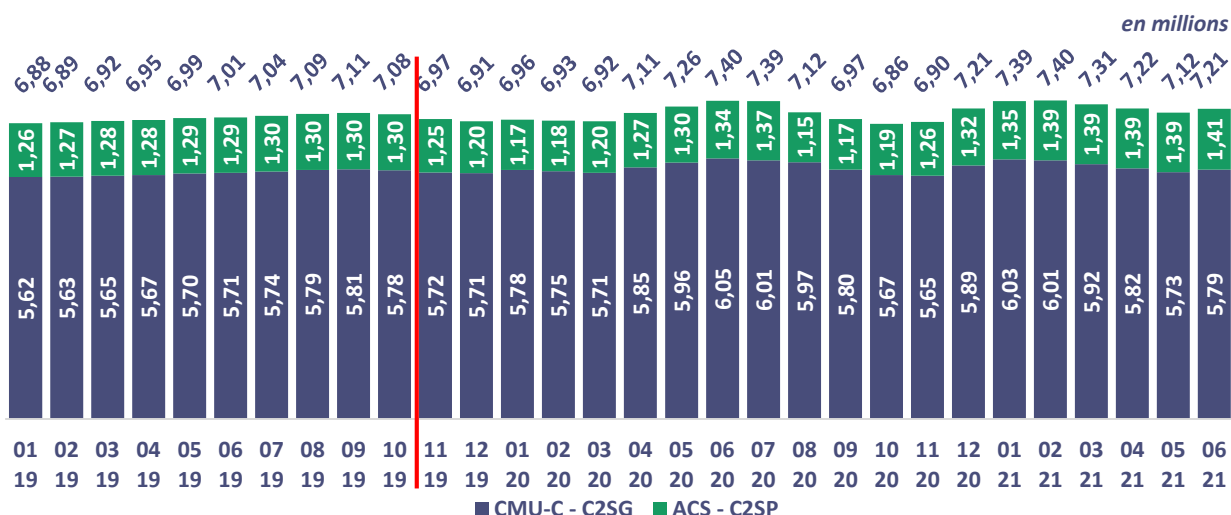
Dans ce contexte, il peut être observé les fluctuations suivantes :

- Une première baisse des effectifs est observée suite à la première période dérogatoire : après le 31 juillet, les contrats de CMU-C, d'ACS et de complémentaire santé solidaire n'étaient plus prorogés, les bénéficiaires ont donc vu leurs contrats arriver à échéance s'ils n'avaient pas anticipé leur demande de renouvellement.
- A l'instar de cette première période dérogatoire, une baisse des effectifs a été observée après la deuxième période. Ces deux périodes de prolongations successives ont été à l'origine d'un décalage des demandes de renouvellement des droits en cours, se traduisant par une baisse des effectifs de mars à mai 2021.

²⁸ La construction des données dans ce chapitre porte sur la CMU-C et la complémentaire santé solidaire sans participation financière ainsi que sur l'aide à une complémentaire santé puis la complémentaire santé solidaire avec participation financière. Voir annexe 3 pour la construction des données.

²⁹ Exemple : un contrat arrivant normalement à échéance le 15 juillet 2020 restait prolongé jusqu'au 14 octobre.

Figure 1 – Évolution des effectifs de la CMU-C / ACS puis de la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière



Source : régimes d'Assurance maladie pour la complémentaire santé solidaire gérée par les régimes et organismes complémentaires pour la complémentaire santé solidaire avec participation gérée par eux.

B. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire sans participation

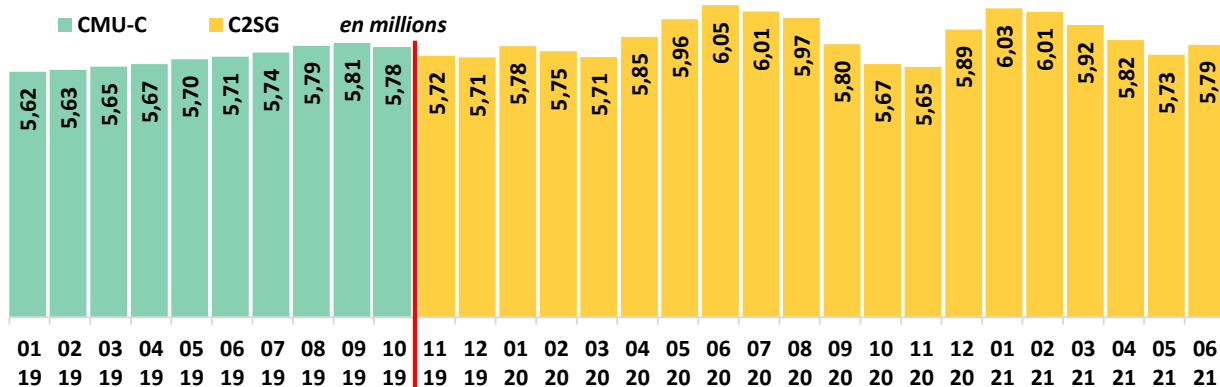
L'attribution de la complémentaire santé solidaire sans participation financière est réalisée par le régime d'assurance maladie obligatoire. À l'issue du traitement de la demande, le droit de complémentaire santé solidaire sans participation financière est ouvert le premier jour du mois qui suit la date de la demande.

À fin juin 2021, les effectifs de la complémentaire santé solidaire sans participation financière sont estimés à **5,8 millions de personnes**, marqués par une légère reprise par rapport au mois de mai.

D'un point de vue réglementaire, le passage de la CMU-C à la complémentaire santé solidaire sans participation financière au 1^{er} novembre 2019 est uniquement sémantique (procédure d'acquisition d'un contrat et panier de soins remboursés identiques).

La baisse des effectifs de la complémentaire santé solidaire sans participation financière observée en fin d'année 2019 à l'occasion de cette transition est liée à des questions d'organisation interne des régimes dans le contexte plus global de la création de la complémentaire santé solidaire. En effet la complémentaire santé solidaire avec participation a impliqué, pour les régimes d'Assurance maladie, l'acquisition du nouveau métier de recouvrement des cotisations des assurés.

Figure 2 – Évolution des effectifs de la CMU-C puis de la complémentaire santé solidaire



Source : régimes d'Assurance maladie pour la complémentaire santé solidaire gérée par les régimes et par les organismes complémentaires

C. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation financière

L'acquisition de la complémentaire santé solidaire avec participation financière s'effectue en deux étapes :

- l'attribution par le régime d'assurance maladie obligatoire, à l'issue du traitement de la demande ;
- l'acquisition d'un contrat auprès du régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès d'un organisme complémentaire. La prise en charge prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception d'un accord de paiement de l'assuré par l'organisme gestionnaire.

Le suivi des effectifs porte sur les personnes couvertes par des contrats actifs. Un suivi des attributions est effectué en complément.

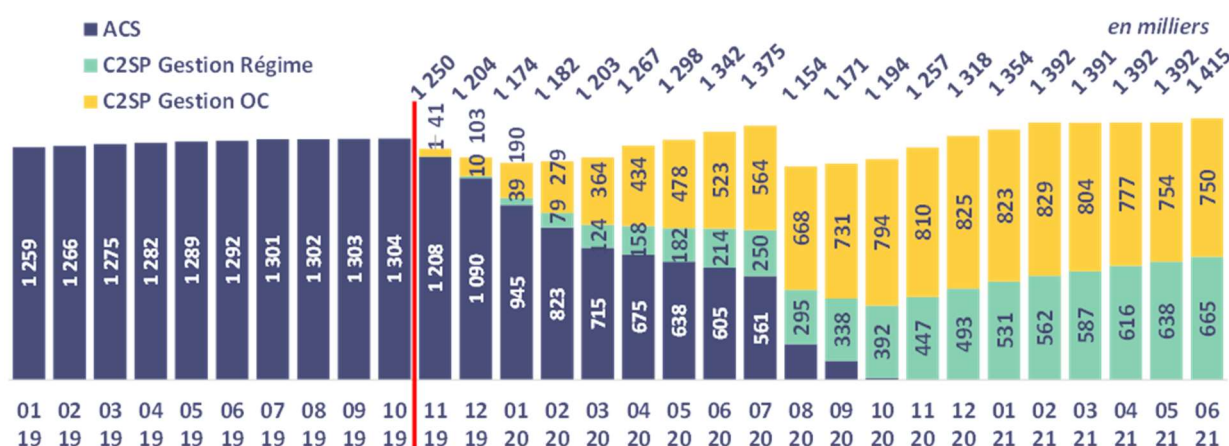
1. Évolution du nombre de personnes couvertes par la complémentaire santé solidaire avec participation financière

Le nombre de personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé solidaire avec participation financière est de **1,4 million à fin juin 2021**, soit 111 000 bénéficiaires de plus qu'à fin octobre 2019, dernier mois avant la mise en place de la nouvelle complémentaire santé solidaire.

Les contrats d'aide à complémentaire santé (ACS) qui auraient dû prendre fin entre avril et juillet 2020 ont été prolongés jusqu'au 31 juillet, en raison des mesures de prolongation des droits liées au Covid-19, ce qui a conduit à une chute de 369 000 contrats au mois d'août 2020. Simultanément, le nombre de contrats de complémentaire santé solidaire avec participation financière a nécessairement augmenté, en raison du passage de l'ACS vers la complémentaire santé solidaire avec participation financière. Le nombre de contrats de complémentaire santé solidaire avec participation financière atteint un niveau d'équilibre au mois de février 2021, suivi d'une nouvelle montée en charge.

De novembre 2019 à octobre 2020 les contrats en cours d'ACS ont progressivement laissé la place aux nouveaux contrats de complémentaire santé solidaire avec participation financière. Les contrats d'ACS étaient exclusivement gérés par des organismes complémentaires d'assurance maladie. Les contrats de complémentaire santé solidaire avec participation financière sont gérés, selon le choix des personnes couvertes, par le régime obligatoire d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire. La part de la gestion par les régimes obligatoires a régulièrement augmenté, pour atteindre 47 % des contrats à fin juin 2021.

Figure 3 – Évolution des effectifs de l'ACS puis de la complémentaire santé solidaire avec participation financière



Source : régimes d'Assurance maladie, déclarations TSA pour l'ACS et pour la complémentaire santé solidaire avec participation pour les organismes complémentaires.

2. Les attributions de la complémentaire santé solidaire avec participation financière au régime général

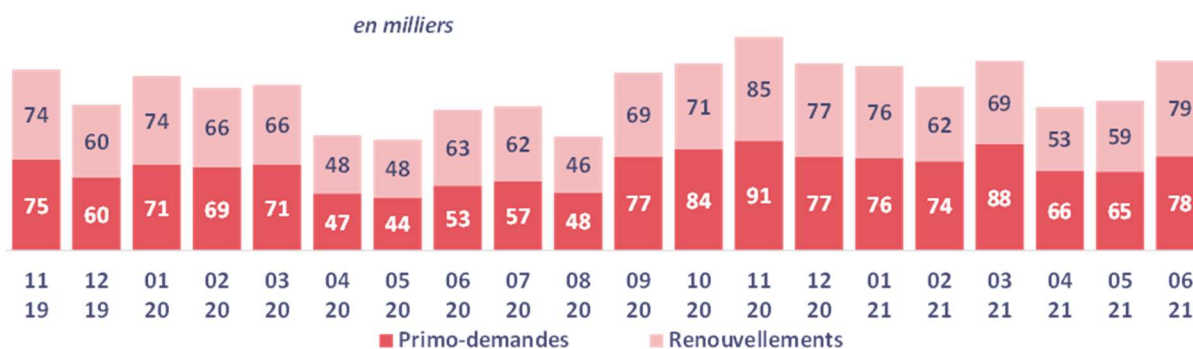
✓ Suivi des attributions

En 2020, **1,56 million d'attributions de contrats de complémentaire santé solidaire avec participation financière** ont été délivrées au régime général, réparties par moitié entre primo-demandes et demandes de renouvellement.

Le nombre d'attributions mensuelles du premier trimestre 2021 est supérieur de 6,8 % à celui du premier trimestre 2020 (Trimestre 1 – 2020 : 415 330 vs Trimestre 1 – 2021 : 443 600) et celui du deuxième trimestre de 2021 est supérieur de 31,5 % à celui du deuxième trimestre 2020 (Trimestre 2 – 2020 : 303 130 vs Trimestre 2 – 2021 : 398 720).

Le rythme des attributions au deuxième trimestre 2020 a été perturbé par le confinement mis en place dans cadre de la crise sanitaire. La part des primo-demandes augmente parallèlement de 3,7 points entre le premier semestre 2020 et celui de 2021 (Sem 1 – 2020 : 49,3 % vs Sem 1 – 2021 : 53,0 %).

Figure 4 – Évolution des attributions de la complémentaire santé solidaire participative, répartition demandes / renouvellements



Source : CNAM

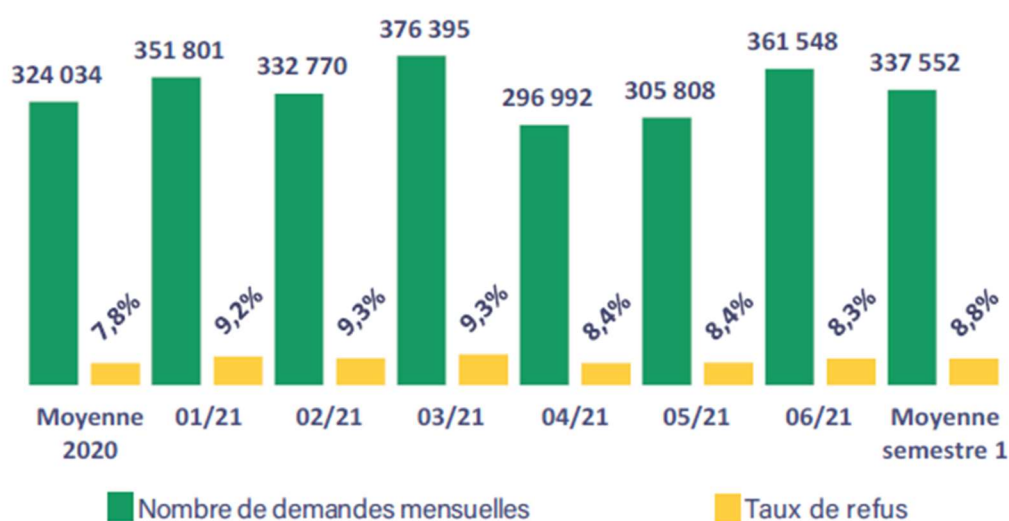
✓ Suivi des refus de contrat de complémentaire santé solidaire sans et avec participation financière

La part des refus d'attribution d'une complémentaire santé solidaire est de **7,8 % en 2020** et elle augmente sensiblement sur les premiers mois de 2021, concomitamment à un accroissement du nombre de demandes avec, pour le premier semestre, une moyenne de 337 550 dossiers (vs 324 030 en moyenne 2020) **pour un taux de refus de 8,8 %**.

Le taux de refus pour la complémentaire santé solidaire est calculé, par construction, en croisant le nombre de dossiers traités au régime général avec le nombre de foyers auxquels la complémentaire santé solidaire avec participation financière a été refusée.

En effet, il n'y a pas de suivis distincts des demandes de complémentaire santé solidaire sans participation financière et de complémentaire santé solidaire avec participation financière. De fait le nombre de dossiers traités porte indifféremment sur l'une ou l'autre prestation. Ainsi, même si les refus concernent en réalité des foyers dont les ressources dépassent le plafond d'attribution de la complémentaire santé solidaire avec participation financière, ils peuvent être considérés globalement comme des refus d'attribution à une complémentaire santé solidaire (sans ou avec participation).

Figure 5 – Refus d'attribution de la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière, Dossiers / Refus par foyer



D. La répartition des bénéficiaires en 2020

Le suivi de la répartition des bénéficiaires s'appuie sur les données des régimes d'appartenance au titre de la protection maladie obligatoire. Ce sont en effet les régimes d'assurance maladie qui attribuent le droit à la complémentaire santé solidaire, quel que soit le mode de gestion choisi par l'attributaire (caisse ou organisme complémentaire).

1. Répartition des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation financière par régime d'assurance maladie – Part d'assurance maladie obligatoire

Le régime général (CNAM) gère la part d'assurance maladie obligatoire de 96,7 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation financière. Il a intégré la totalité du stock du régime des indépendants (CNDSTI) début 2020.

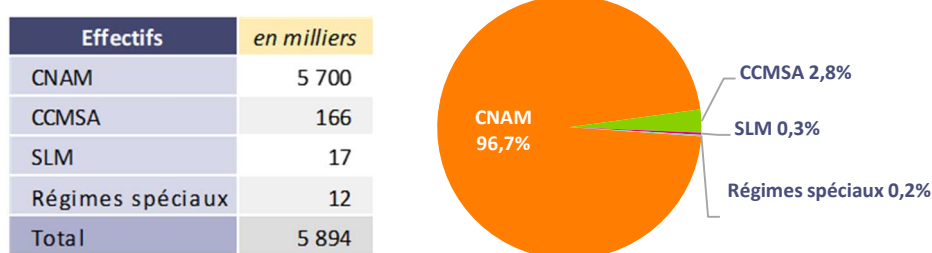
Le régime agricole (CCMSA) regroupe 2,8 % des bénéficiaires.

Les sections locales mutualistes (SLM) ne décomptent que 0,3 % des personnes couvertes.

Depuis le transfert des étudiants au régime général à la rentrée universitaire 2018, seule la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) gère encore un stock significatif de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation financière.

Les régimes spéciaux gèrent une part de 0,2 % des personnes protégées.

Figure 6 – Effectifs complémentaire santé solidaire sans participation financière, répartition par régime obligatoire à fin décembre 2020



Lecture : estimation à fin décembre 2020

Champ : France entière

Source : Tous régimes

En l'état actuel de la transmission des données, il n'est pas encore possible de présenter la répartition des bénéficiaires de complémentaire santé solidaire avec participation financière par régime d'assurance maladie d'appartenance. Toutefois, les proportions de répartition pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière pourraient être proches de celles de la complémentaire santé solidaire sans participation financière.

2. Répartition par département

La proportion de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire par rapport à la population générale est de 11 % pour l'ensemble du territoire³⁰, répartie entre 9 % pour la complémentaire santé solidaire sans participation financière et 2 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière³¹.

Les proportions sont très inégales entre la métropole et les DOM. En métropole, la complémentaire santé solidaire couvre 10 % de la population, avec 8 % pour la complémentaire santé solidaire sans participation financière et 2 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière. Dans les DOM, elle concerne 35 % de la population, essentiellement au profit de la complémentaire santé solidaire sans participation financière, 31 %, trois fois plus qu'en métropole, puis 4 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière, deux fois plus qu'en métropole.

En métropole, les plus fortes concentrations de bénéficiaires se situent dans le nord, en région parisienne et dans le sud. Les 24 départements ayant les plus forts taux de personnes couvertes par complémentaire santé solidaire, [11 % ; 21 %] concentrent 46 % des bénéficiaires.

Tableau 1 – Effectifs complémentaire santé solidaire, répartition des bénéficiaires selon leur proportion par rapport à la population générale

Métropole & Dom					
Couleur	Tranches		Nombre Dpts	Effectifs en milliers	Part Effectifs
	5%	8%	25	914	12,5%
	8%	9%	25	1 412	19,3%
	9%	11%	25	1 511	20,7%
	11%	45%	25	3 471	47,5%
			100	7 308	100,0%

Métropole				
Tranches		Nombre Dpts	Effectifs en milliers	Part Effectifs
5%	8%	24	816	12,3%
8%	9%	24	1 370	20,6%
9%	11%	24	1 370	20,6%
11%	21%	24	3 090	46,5%
		96	6 646	100,0%

Lecture : estimation à fin mars 2021 pour les personnes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire sans participation financière ou ayant un contrat actif de complémentaire santé solidaire avec participation financière

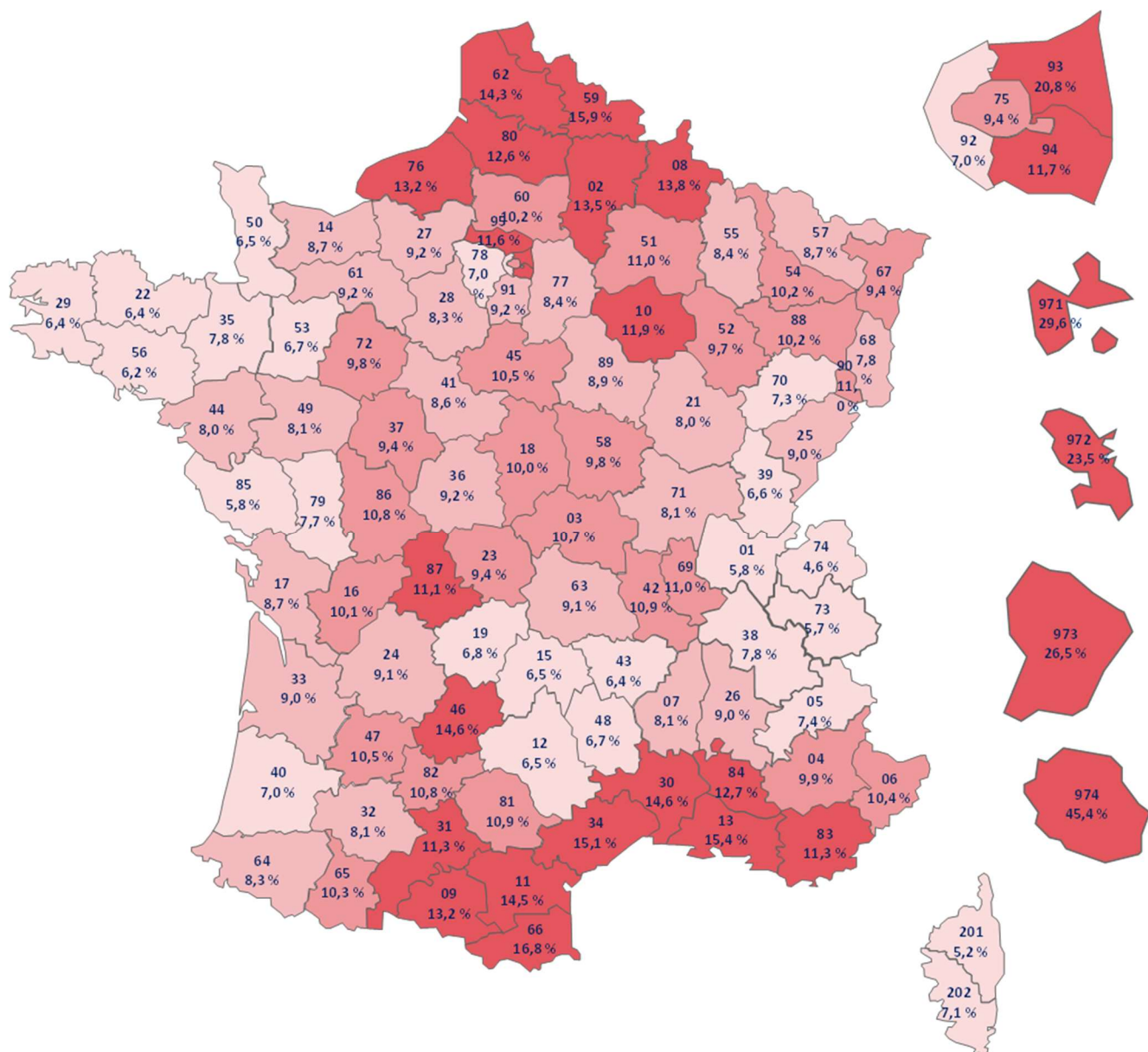
Champ : France entière, Mayotte : NR

Source : CNAM, CCMSA, SLM, OC gestionnaires de la complémentaire santé solidaire avec participation financière, INSEE

³⁰ Données à fin mars 2021, pour l'ensemble des régimes et des OC (pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière gestion OC)

³¹ complémentaire santé solidaire avec participation financière: personnes couvertes par un contrat actif

Figure 7 – Effectifs complémentaire santé solidaire, proportion des bénéficiaires par rapport à la population



3. Répartition géographique par organisme gestionnaire au régime général

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, ainsi que les bénéficiaires d'attestations complémentaire santé solidaire avec participation financière³² indiquent le choix de gestion de leur prestation dès le dossier de demande. Leur prestation pourra ainsi être gérée par le régime d'assurance maladie ou par un organisme d'assurance maladie complémentaire.

Fin 2020, la part des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation au régime général (CNAM) qui ont choisi une gestion de leurs droits par un OC est de 8,5 %. Pour les attributaires d'attestation de complémentaire santé solidaire avec participation financière, cette part est de 59,6 %.

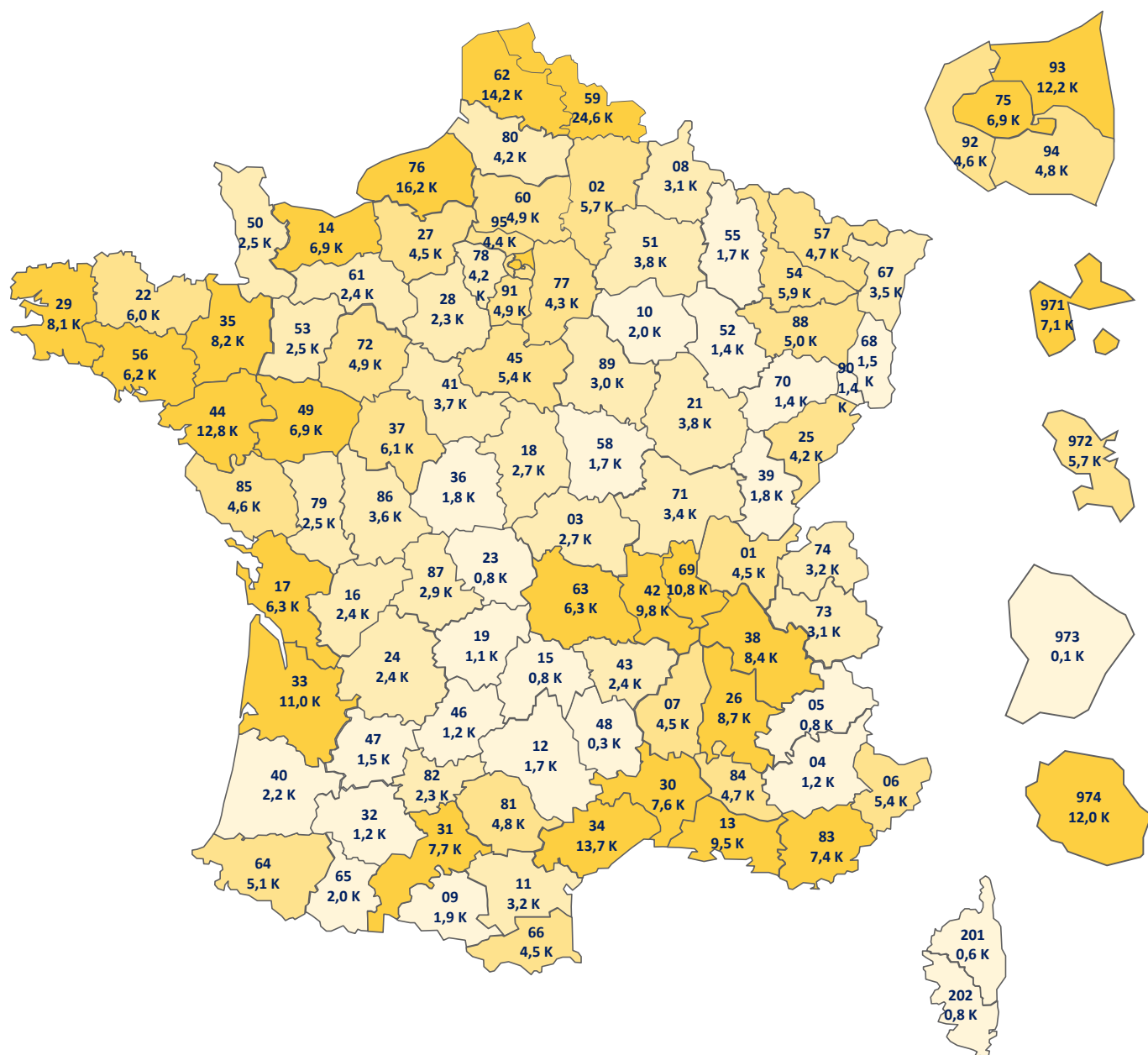
Depuis la création de la CMU-C, les départements ayant les plus forts taux de gestion par les organismes complémentaires se situent dans le nord, à l'ouest, sur l'axe Clermont-Ferrand / Lyon et au sud. Ces départements correspondent à des implantations locales de mutuelles particulièrement engagées auprès des bénéficiaires. La complémentaire santé solidaire sans participation étant le prolongement de la CMU-C, les choix de gestion des bénéficiaires sont restés identiques.

Parallèlement, le passage de l'ACS à la complémentaire santé solidaire avec participation financière aurait pu laisser croire à une répartition territoriale plus homogène de la gestion de la nouvelle prestation.

En effet, la gestion de l'ACS avait fait l'objet d'un appel d'offre au niveau national, pour laquelle 11 groupements avaient été retenus, ayant chacun pour vocation de couvrir l'ensemble du territoire. Pourtant, la juxtaposition des deux cartes, à savoir celle relative à la gestion OC de la complémentaire santé solidaire sans participation et celle relative aux attributions de la complémentaire santé solidaire avec participation financière amène à constater de très fortes ressemblances.

³² Un bénéficiaire d'attestation est une personne à qui l'on attribue la possibilité d'acquiescer un contrat complémentaire santé solidaire avec participation financière, auprès de son régime obligatoire ou d'un organisme complémentaire.

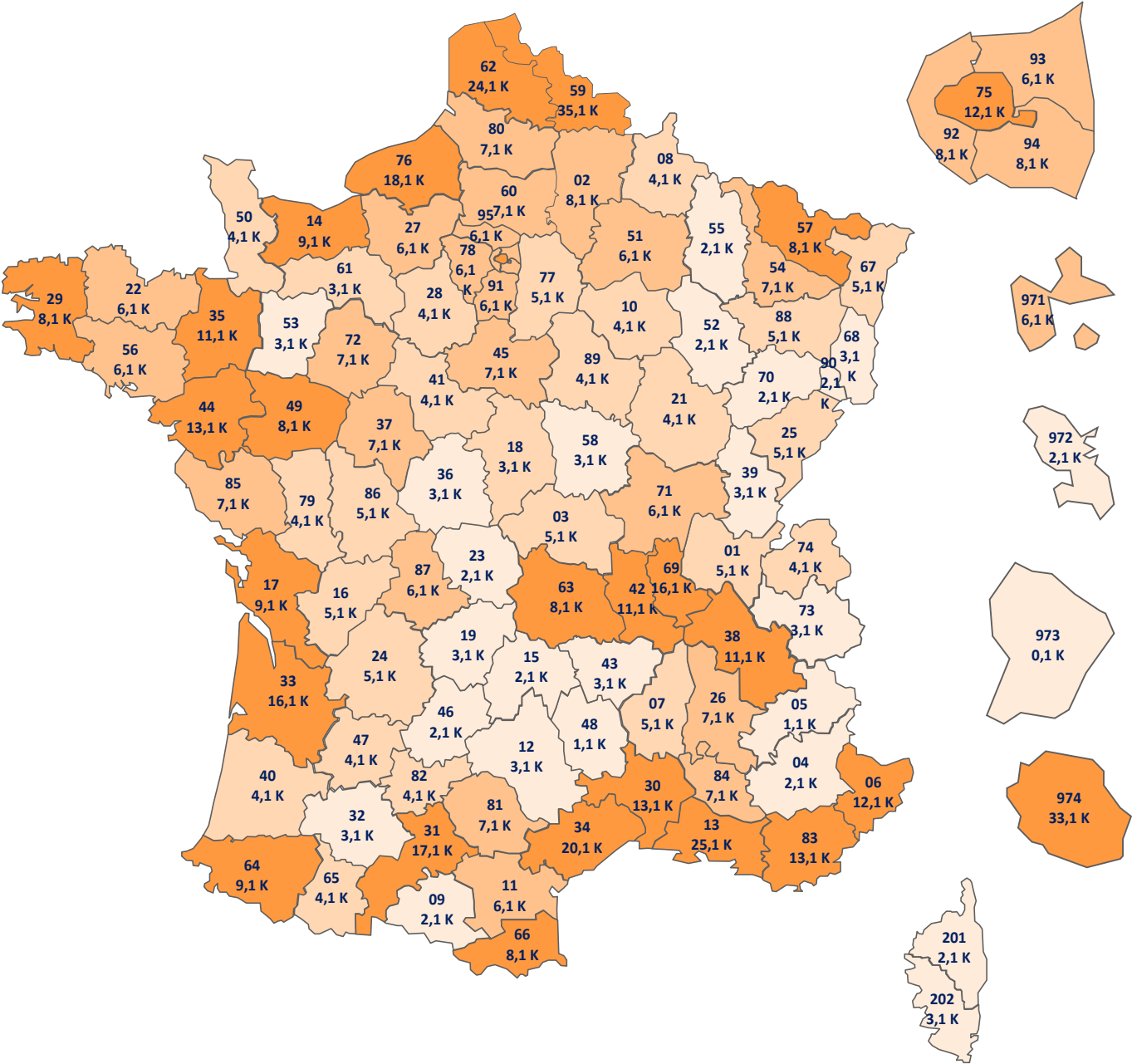
Figure 8 – Effectifs complémentaire santé solidaire sans participation financière, part des bénéficiaires ayant choisi une gestion OC³³



Part C2SG OC					
Couleur	Tranches		Nombre Dpts	Effectifs en milliers	Part Effectifs
	0,1%	7,6%	25	151	31,4%
	7,6%	10,7%	25	115	23,9%
	10,7%	13,3%	25	80	16,6%
	13,3%	25,6%	25	136	28,1%
			100	482	100,0%

³³ Lecture : estimation à fin octobre 2020 Champ : France entière, Mayotte : Source : CNAM

Figure 8 - Effectifs complémentaire santé solidaire avec participation financière, part des bénéficiaires ayant choisi une gestion OC³⁴



Part C2SP OC					
Couleur	Tranches		Nombre Dpts	Effectifs en milliers	Part Effectifs
	7,4%	57,5%	25	193	27,8%
	57,5%	64,0%	25	179	25,8%
	64,0%	70,5%	25	165	23,8%
	70,5%	81,3%	25	158	22,7%
			100	696	100,0%

³⁴ Lecture : estimation à fin octobre 2020 Champ : France entière, Mayotte : Source : CNAM

4. Profils des attributaires par âge et par composition et revenus du foyer

L'ex fonds CMU/complémentaire santé solidaire avait mis en place un suivi de la montée en charge de la complémentaire santé solidaire en lien avec dix-neuf caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et en partenariat avec la CPAM de Nanterre (92).

Les dix-neuf CPAM avaient été sélectionnées afin de constituer un échantillon suffisamment représentatif (> 40 % des bénéficiaires de la CMU-C et des attributaires de l'ACS) et de couvrir géographiquement l'ensemble du territoire. À la fermeture du Fonds, fin 2020, ce suivi a été repris par la CNAM, en collaboration avec la DSS.

Les éléments présentés dans ce rapport permettent de comparer un état des lieux établi sur la moyenne des trois premiers trimestres 2019, lorsque la CMU-C et l'ACS étaient encore effectives, avec la moyenne des quatre trimestres de l'année 2020. Globalement, les structures observées pour 2019 et 2020 sont similaires. La création de la complémentaire santé solidaire n'a pas modifié les profils des attributaires.

Les données sont issues des bases locales des dix-neuf CPAM et concernent les attributions. Dans le cas de la CMU-C puis de la complémentaire santé solidaire sans participation, une attribution au cours d'un mois donné débouche automatiquement sur une ouverture de droits au premier jour du mois suivant.

Pour l'ACS, une attribution débouchait sur une protection si l'attributaire souscrivait un contrat auprès de l'un des onze regroupements sélectionnés.

Pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière, l'attributaire doit faire parvenir un relevé d'identité bancaire (RIB) à l'organisme gestionnaire, régime d'assurance maladie obligatoire ou organisme d'assurance maladie complémentaire. La protection devient effective au premier jour du mois qui suit l'enregistrement du RIB par l'organisme gestionnaire.

Les attributions d'ACS, puis de complémentaire santé solidaire avec participation financière débouchent sur une protection dans 70 % des cas. Toutefois, par comparaison avec les études préalablement effectuées sur les bénéficiaires de l'ACS, il n'a pas été observé de décalage significatif entre les profils des attributaires et ceux des bénéficiaires d'un contrat. Le suivi présenté ci-dessous conserve donc toute sa pertinence.

L'âge des attributaires de la complémentaire santé solidaire

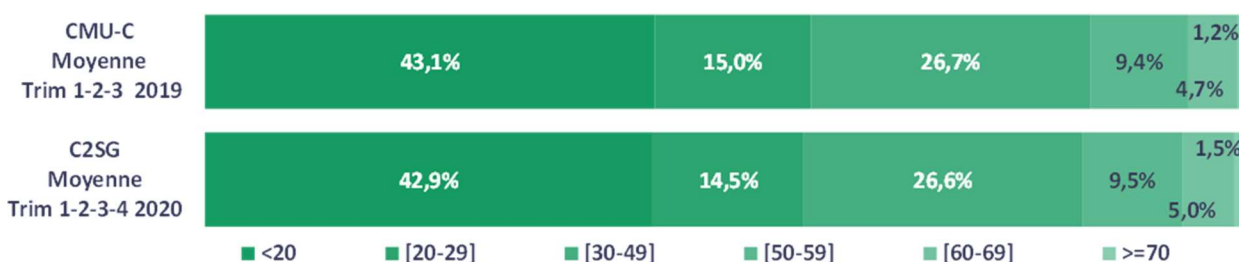
La CMU-C, puis la complémentaire santé solidaire sans participation protègent une population assez jeune, composée de plus de 40 % de personnes de moins de 20 ans. La surreprésentation des enfants parmi les attributaires de la complémentaire santé solidaire sans participation s'explique notamment par la composition des foyers (cf. ci-dessous) et par le fait que ce volet du dispositif ne couvre qu'une population d'âge limité. Ainsi les personnes de plus de 60 ans regroupent moins de 7 % des attributaires. En effet, les bénéficiaires des minimas sociaux tels que le RSA, sont assez rapidement orientés vers une allocation retraite après l'âge de 60 ans. Le revenu minimum assuré à une personne ayant cessé toute activité fait basculer son allocataire vers la complémentaire santé solidaire avec participation financière.

La répartition des tranches d'âges des attributaires de l'ACS, puis de la complémentaire santé solidaire avec participation financière est plus équilibrée, avec une légère surreprésentation des attributaires de plus de 60 ans.

La répartition des attributaires de la complémentaire santé solidaire avec participation financière par tranche d'âge reste la plus proche de celle de l'ensemble de la population française.

Les tranches d'âges ont été déterminées à partir de la grille établie pour calculer les montants de la participation pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière.

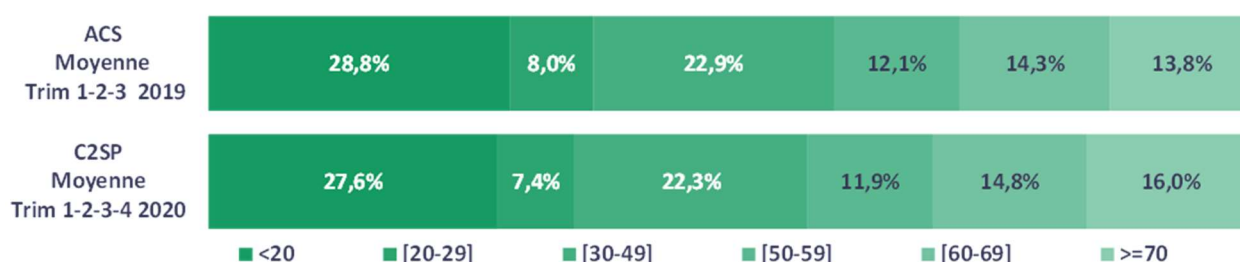
Figure 9 – Répartition des attributaires de la CMU-C puis de la Complémentaire santé solidaire sans participation par tranche d'âge



Lecture : 42,9 % des attributaires de la complémentaire santé solidaire sans participation financière sont des enfants ou des jeunes de moins de 20 ans

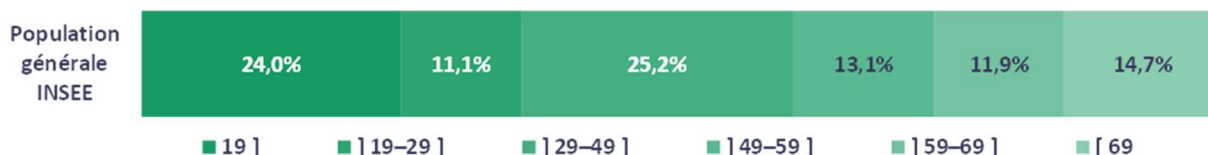
Source : échantillon 19 CPAM

Figure 10 – Répartition des attributaires de l'ACS puis de la Complémentaire santé solidaire avec participation par tranche d'âge



Source : échantillon 19 CPAM

Figure 11 – Population générale, répartition par tranche d'âge



Source : INSEE, 2020

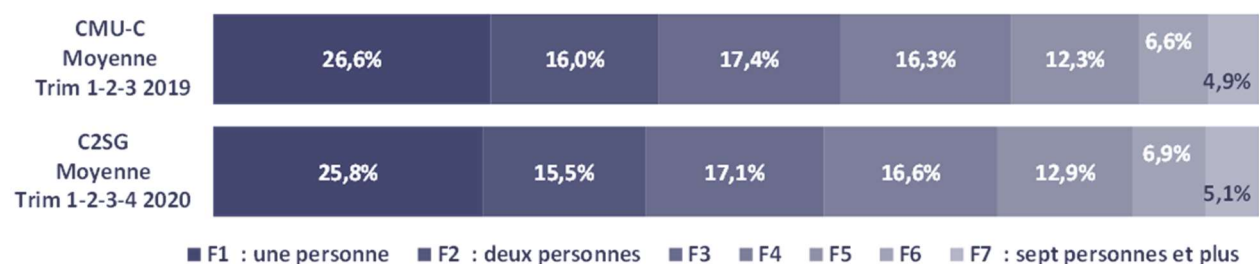
✓ La composition des foyers des attributaires de la complémentaire santé solidaire

Les attributaires isolés de la complémentaire solidaire sans participation représentent un quart des personnes couvertes. Parallèlement, 40 % des attributaires de la complémentaire santé solidaire avec participation, bénéficiant de revenus un peu plus élevés, sont des personnes seules.

Dans les faits, une partie des attributaires de la complémentaire santé solidaire sans participation est composée de familles monoparentales alors qu'une part significative des attributaires de la complémentaire santé solidaire avec participation reçoit une allocation liée au handicap ou à la vieillesse, ces d'allocations concernant essentiellement des personnes seules.

L'approche par composition des foyers illustre par ailleurs que la complémentaire santé avec participation rassemble deux populations bien distinctes : les personnes seules, bénéficiaires d'allocations vues précédemment, mais également une part importante de familles, puisque presque la moitié des attributaires de la Complémentaire santé avec participation vivent dans un foyer de trois personnes ou plus.

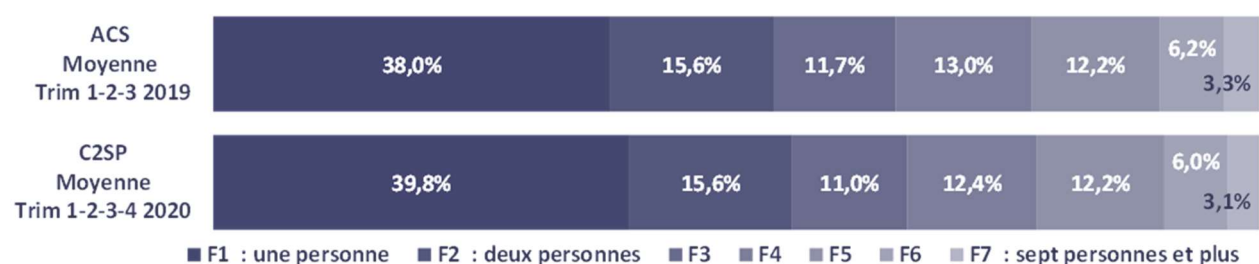
Figure 12 – Répartition des attributaires de la CMU-C, puis de la complémentaire solidaire sans participation selon la composition du foyer



Lecture : 25,8 % des attributaires de la complémentaire santé solidaire sans participation vivent seuls / 17,1 % de ces attributaires vivent dans un foyer composé de trois personnes

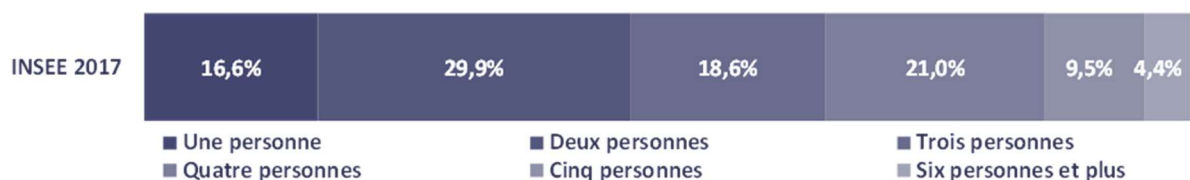
Source : échantillon 19 CPAM

Figure 13 – Répartition des attributaires de l'ACS, puis de la complémentaire solidaire avec participation selon la composition du foyer



Source : échantillon 19 CPAM

Figure 14 – Répartition de la population française par composition du foyer

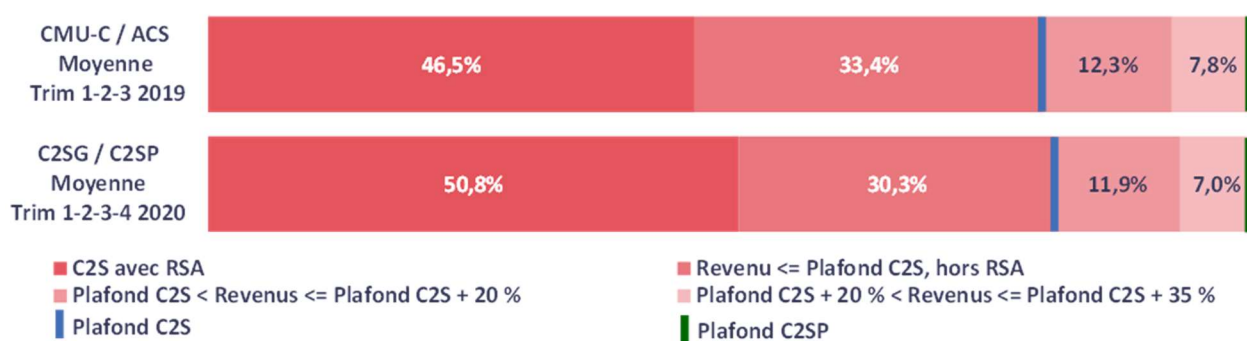


Source : INSEE

Les revenus du foyer des attributaires de la Complémentaire santé solidaire

Selon les données issues de l'observatoire mis en place avec l'échantillon des 19 CPAM, la moitié des attributaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation vit dans un foyer dont les revenus relèvent du RSA. Un tiers appartient à un foyer dont les revenus sont hors RSA et en deçà du plafond de la Complémentaire santé solidaire sans participation. Moins d'un cinquième des attributaires de la Complémentaire santé solidaire sans ou avec participation fait partie d'un foyer dont les revenus relèvent de la tranche ouvrant droit à la complémentaire santé solidaire avec participation, avec une majorité plus proche du plafond de la complémentaire santé sans participation

Figure 15 – Répartition des attributaires de la complémentaire santé solidaire selon les revenus du foyer



Lecture : 50,8 % des attributaires de la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière vivent dans un foyer dont les revenus relèvent du RSA

Source : échantillon 19 CPAM

II. La dépense et le coût moyen de la complémentaire santé solidaire

A. La dépense pour la complémentaire santé solidaire

La dépense pour la complémentaire santé solidaire présentée ci-après concerne :

- La dépense de la complémentaire santé solidaire sans participation, ex. CMU-C ;
- La dépense de la complémentaire santé solidaire participative, ex-ACS. À la différence de l'ACS, qui consistait en une participation à l'acquisition d'un contrat auprès d'un organisme de complémentaire santé, la complémentaire santé solidaire avec participation offre désormais une prise en charge de la dépense de soins identique à celle de la complémentaire santé solidaire, ex. CMU-C.

La dépense de la complémentaire santé solidaire exposée correspond à la part prise en charge au titre de la complémentaire santé. Pour exemples :

- Sur la prise en charge d'une consultation médicale par l'assurance maladie, seul le montant du ticket modérateur (TM) sera comptabilisé comme une dépense au titre de la Complémentaire santé solidaire ;
- Sur la prise en charge d'un soin dentaire prothétique, la comptabilisation pour la complémentaire santé solidaire comporte :
 - le montant du ticket modérateur au poste des honoraires dentaires ;
 - le montant du dépassement autorisé dans le respect du panier de soins dentaires de la complémentaire santé solidaire.

✓ La dépense tous régimes et Organismes complémentaires

La dépense pour la complémentaire santé solidaire s'élève au total à **2,4 milliards d'euros en 2020**.

L'année 2020 est marquée par un moindre recours aux soins pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, dans le contexte de lutte contre la crise sanitaire de la COVID-19 et les différentes mesures de confinement.

Parallèlement, la dépense de la complémentaire santé solidaire sans participation, ex. CMU-C, est augmentée progressivement de la dépense de la complémentaire santé solidaire avec participation, qui vient en remplacement de l'aide à la complémentaire santé (ACS), dont le mode de financement n'intégrait pas une prise en charge de la dépense, mais une participation à l'acquisition d'un contrat auprès d'un organisme de complémentaire santé.

L'intégration de la dépense engagée pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation explique un premier semestre 2021 dynamique, au-delà d'un accès plus régulier aux soins sur cette période.

Tableau 2 – Dépense CMU-C, complémentaire santé solidaire– Montants engagés par les organismes gestionnaires

En millions d'euros	CMU-C	Complémentaire santé solidaire sans et avec participation	
	2019	2020	1 ^{er} semestre 2021
CNAM	2 028	2 060	1 240
CCMSA	51	48	27
CNDSSTI	122		
Régimes Spéciaux	3	3	2
OC	192	338	305
Total	2 396	2 448	1 573

Dépense en millions d'euros – Montant pour les Régimes spéciaux évalué. – Source : Tous régimes et OC

- **Indications techniques**

Les systèmes d'informations de la CNAM et de la CCMSA ne permettent pas encore de distinguer les dépenses engagées au titre de la complémentaire santé solidaire sans participation de celles avec participation. Le stock des bénéficiaires de la CNDSTI a été intégré début 2020 à la CNAM. Leurs dépenses sont désormais rattachées au régime prenant.

B. La dépense au régime général

1. Prise en charge au titre du ticket modérateur des soins de ville pour les affiliés au régime général : complémentaire santé solidaire avec et sans participation et population hors complémentaire santé solidaire

Les dépenses au titre du ticket modérateur (TM) pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire suivent les mêmes variations saisonnières que celles des dépenses au titre du TM de la population générale. En 2020, une augmentation régulière de la dépense au titre du TM pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec et sans participation est observée, en lien avec l'intégration progressive de la population couverte par la complémentaire santé solidaire avec participation financière, mais les variations mensuelles pour le régime et la complémentaire santé solidaire restent similaires³⁵.

Figure 16 – Suivi des dépenses mensuelles Régime général et CMU-C – Complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière, en soins de ville pour la part TM

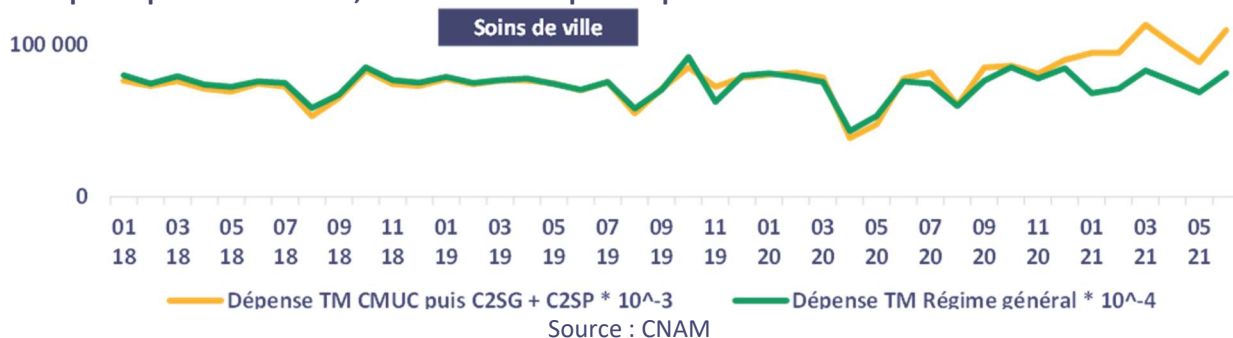
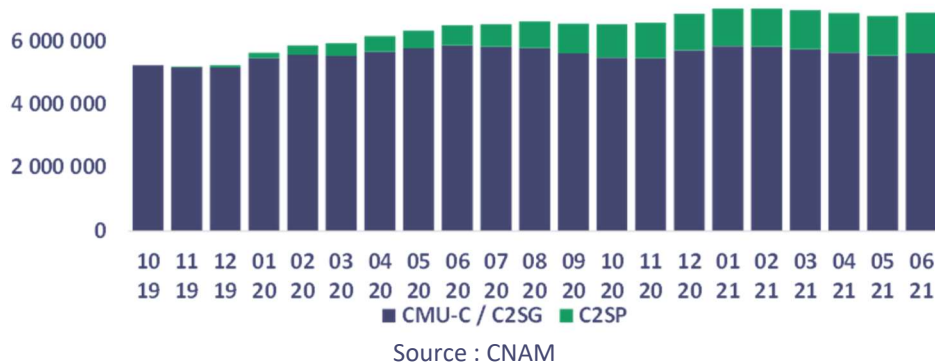


Figure 17 – Effectifs mensuels au Régime général, complémentaire santé solidaire



³⁵ Un taux d'augmentation proche de 30 %, est conjointement observé pour la dépense et pour les effectifs de la CMU-C gérés par la CNAM et les SLM, puis pour la complémentaire santé solidaire sans et avec participation, entre le dernier mois avant la réforme, octobre 2019 et le mois de juin 2021. En effet, les effectifs de la complémentaire santé solidaire sans participation, ex. CMU-C, sont complétés par les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation au rythme de la montée en charge cette prestation, qui remplace l'ACS, et dont la dépense pour la part complémentaire n'était pas du ressort du régime.

2. Consommation de soins des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

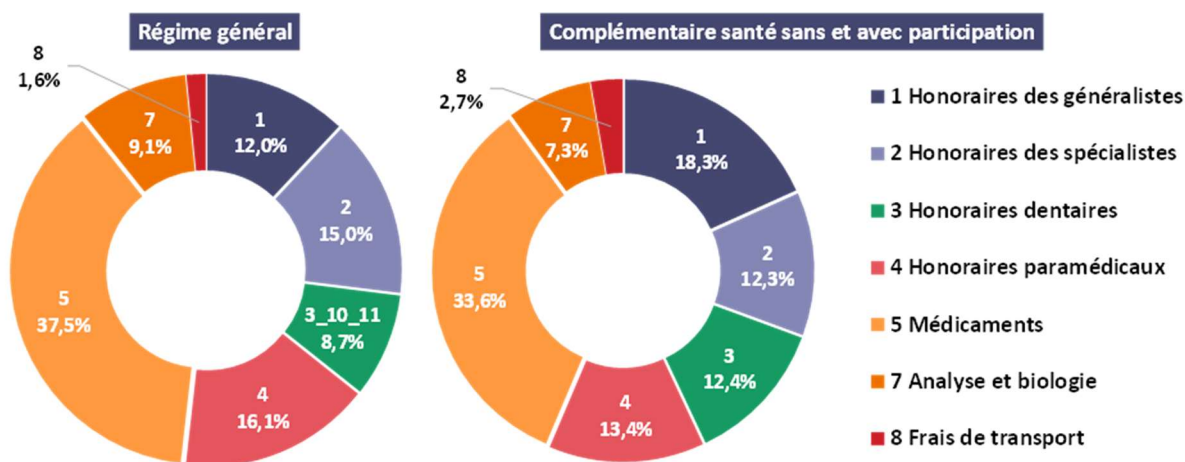
Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire recourent plus fréquemment aux consultations auprès de médecins généralistes que la population générale : 18,3 % de la dépense de complémentaire santé solidaire versus 12 % pour la population générale.

La part des honoraires dentaires dans la dépense totale est également supérieure pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, qui bénéficient d'un panier de soins réglementé et mieux couvrant que le reste de la population, même depuis la mise en place du 100 % santé (12,4 % pour la complémentaire santé solidaire versus 8,7 % pour la population générale).

En revanche, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire recourent moins aux consultations auprès de médecins spécialistes : 12,3 % de la dépense de complémentaire santé solidaire versus 15 % pour la population générale. Le recours aux médicaments est également inférieur à celui de la population générale (33,6 % vs 37,5 %). Cela pourrait s'expliquer par la jeunesse des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation. Ces derniers prédominent par rapport aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation, en représentant 80 % de la population protégée par l'ensemble du dispositif. Ils sont composés de 40 % de personnes de moins de 20 ans et seulement 10 % de personnes de plus de 60 ans.

Parallèlement, les personnes âgées ne relèvent pas systématiquement de l'ALD et, le cas échéant, restent plus consommatrices de consultations de spécialistes et de médicaments pour les pathologies ne relevant pas de leur ALD. Leurs dépenses restent donc visibles au niveau du TM.

Figure 18 – Répartition de la dépense par poste, complémentaire santé solidaire et Régime général, pour la part TM, soins de ville, année 2020



Source : CNAM

- Indications techniques

La dépense est suivie mensuellement pour l'ensemble du régime général et pour la complémentaire santé solidaire gérée par le même régime. Pour cette approche et pour différentes raisons techniques, elle ne porte que sur le seul et unique champ du ticket modérateur, pour les soins de ville, sur un ensemble de neuf postes définis :

- Honoraires des généralistes, Honoraires des spécialistes, Honoraires dentaires, Honoraires paramédicaux, Sages-femmes libérales, Médicaments, Analyse et biologie, Frais de transport.

La dépense des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec et sans participation est connue en tant que telle via des remontées comptables, mais elle est incluse par défaut dans les bases du régime général. Afin de comparer des champs distincts, la dépense connue pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire est soustraite à celle de l'ensemble du régime. En effet, en moyenne sur le premier semestre 2021, la

dépense en part TM des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire représente 11,5 % de la même dépense pour l'ensemble du régime.

Afin d'obtenir des courbes comparables, la dépense au titre de la complémentaire santé solidaire est ramenée à 10^{-3} et celle de l'ensemble du régime à 10^{-4} .

La dépense des SLM étant agrégée avec celle de la CNAM, le suivi de la dépense en rapport avec les effectifs implique d'additionner les effectifs des SLM à ceux de la CNAM.

3. Dépense moyenne annuelle par bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire et par poste pour la CNAM

En 2019, la dépense moyenne annuelle pour la CMU-C était évaluée à 421€.

En 2020, le montant moyen de la dépense complémentaire annuelle pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire est évalué à 380 €, inférieur à la dépense 2019 de la CMU-C et en lien avec la sous consommation de soins entre mars et mai, dans le contexte du premier confinement.

Le système d'information comptable de la CNAM ne permet pas de distinguer la dépense de la complémentaire santé solidaire sans participation et celle de la complémentaire santé solidaire avec participation. Toutefois, en appliquant à la dépense de la CNAM les ratios observés pour la complémentaire santé solidaire au total dans la dépense déclarée par les OC, la dépense moyenne par bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire sans participation est estimée à 399 € et celle de la complémentaire santé solidaire avec participation à 372 €.

La dépense pour la complémentaire santé solidaire avec et sans participation à la CNAM se répartit entre les trois quarts pour les soins de ville et un quart pour l'hôpital. Avec un total de 90 € de dépense moyenne par bénéficiaire, les soins dentaires totalisent la plus forte dépense de la complémentaire santé solidaire (TM honoraires : 22 € + forfaits prothèses : 57 € + orthodontie : 10 €). Les médicaments arrivent en seconde position pour la dépense de ville, avec 62 €, suivis des consultations de médecins pour 57 € (généralistes : 34 € + spécialistes : 22 €).

La dépense hospitalière se partage entre 65 € pour les prestations et 25 € pour les forfaits journaliers hospitaliers. La prise en charge du forfait journalier hospitalier est une protection très importante pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Elle peut atteindre des montants très élevés en dépense par consommant, notamment pour des personnes hospitalisées en soins de longue durée.

Tableau 3 – Dépense moyenne par poste des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gérée par la CNAM

Prestation		CNAM	Coût moyen
Total		2 059 765 316 €	380 €
Ville		1 569 917 343 €	290 €
	Honoraires médicaux (1,2)	308 054 104 €	57 €
	Forfaits CMU (10,11,12,13)	367 954 440 €	68 €
	Autres (3,4,5,6,7,8,9)	881 770 637 €	163 €
Hôpital		489 847 973 €	90 €
	Prestations hospitalières (14)	353 326 365 €	65 €
	Forfait journalier (15)	136 521 608 €	25 €
Detail		2 059 765 316 €	380 €
1	Honoraires des généralistes	186 098 342 €	34 €
2	Honoraires des spécialistes	121 955 762 €	22 €
3	Honoraires dentaires	121 743 468 €	22 €
4	Honoraires paramédicaux	137 960 111 €	25 €
5	Médicaments	335 201 547 €	62 €
6	Dispositifs médicaux	181 777 199 €	34 €
7	Analyse et biologie	75 527 195 €	14 €
8	Frais de transport	27 570 491 €	5 €
9	Autres prestations en nature	1 990 626 €	0 €
10	Forfaits proth. dentaires	310 024 980 €	57 €
11	Forfaits orthodontie	56 455 250 €	10 €
12	Forfaits optique médicale	1 474 209 €	0 €
13	Forfaits proth. auditives	12 138 162 €	2 €
14	Prestations hospitalières	353 326 365 €	65 €
15	Forfait journalier	136 521 608 €	25 €

Source : CNAM et SLM

C. La dépense des organismes complémentaires

1. Répartition de la dépense pour l'ensemble des OC gestionnaires de la complémentaire santé solidaire

Le montant engagé pour la complémentaire santé solidaire sans participation est de 141 millions d'euros, pour une moyenne de 438 000 bénéficiaires. La dépense se concentre à 87 % sur 13 OC, portée pour 38 % par un seul organisme.

Le montant engagé pour la complémentaire santé solidaire avec participation est de 180 millions d'euros, pour une moyenne de 588 000 bénéficiaires. La dépense se concentre à 88 % sur 19 OC, portée pour 31 % par un seul organisme.

Sur 129 OC inscrits sur la liste des OC gestionnaires de la CMU-C en 2020 et ayant renseigné le tableau récapitulatif annuel³⁶ pour cet exercice, 118 OC ont déclaré concomitamment des effectifs, ainsi qu'un montant de dépenses engagées au titre de la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière, soit 101 OC pour la complémentaire santé solidaire sans participation et 117 OC pour la complémentaire santé solidaire avec participation.

Pour la complémentaire santé solidaire dans son ensemble, la dépense et les effectifs font l'objet d'une forte concentration sur une minorité d'organismes, dont un seul engage un tiers de la dépense de chacune des prestations.

Tableau 4 – Répartition de la dépense complémentaire santé solidaire avec et sans participation par organisme complémentaire d'assurance maladie

Complémentaire santé solidarité sans participation						
Classement Dépense		Nb. OC	Dépense	Effectifs	Part Dépense	Part Effectifs
300 €	50 000 €	35	571 760 €	3 921	0,4%	0,9%
50 000 €	500 000 €	40	8 746 487 €	38 338	6,2%	8,8%
500 000 €	1 000 000 €	13	9 662 728 €	31 985	6,8%	7,3%
1 000 000 €	15 000 000 €	12	68 618 373 €	236 454	48,6%	54,0%
15 000 000 €	55 000 000 €	1	53 511 694 €	127 328	37,9%	29,1%
		101	141 111 042 €	438 026	100,0%	100,0%

Complémentaire santé solidarité avec participation						
Classement Dépense		Nb. OC	Dépense	Effectifs	Part Dépense	Part Effectifs
1 000 €	50 000 €	35	583 212 €	4 170	0,3%	0,7%
50 000 €	500 000 €	44	7 767 367 €	39 480	4,3%	6,7%
500 000 €	1 000 000 €	19	12 827 113 €	41 070	7,1%	7,0%
1 000 000 €	15 000 000 €	18	102 238 894 €	351 608	56,9%	59,8%
15 000 000 €	60 000 000 €	1	56 283 992 €	151 519	31,3%	25,8%
		117	179 700 578 €	587 847	100,0%	100,0%

Num	Critères retenus
1	Inscrits sur la liste OC 2020
2	Concomitance Effectifs > 0 et Dépense > 0 dans la déclaration de chaque OC

Source : OC ayant renseigné le Tableau récapitulatif annuel 2020

³⁶ Les OC renseignent chaque trimestre une déclaration au titre de la Taxe de solidarité additionnelle. Cette déclaration comporte notamment des éléments sur les des effectifs et la dépense de la C2S et de la C2SP. Les données trimestrielles sont considérées comme provisoires. En juin de l'année N+1, les OC renseignent également un Tableau récapitulatif annuel (TR), qui permet d'effectuer des ajustements sur les éléments transmis au cours des quatre trimestres de l'exercice concerné. Ces données annuelles sont considérées comme définitives.

2. Dépense moyenne par bénéficiaire en données fiabilisées

Les montants de dépense moyenne par bénéficiaire obtenus dans le cadre de l'enquête annuelle menée auprès des OC volontaires sont de 349 € pour la complémentaire santé solidaire sans participation et 326 € pour la complémentaire santé solidaire avec participation.

Sur l'exercice 2020 plusieurs déclarations au titre du Tableau récapitulatif annuel présentent des écarts significatifs par rapport aux déclarations trimestrielles, tant en effectifs qu'en dépense³⁷.

Afin d'établir un coût moyen de dépense par bénéficiaires plus fin, le choix a été fait de ne retenir que les données respectant un seuil de cohérence défini entre les déclarations trimestrielles et le tableau récapitulatif annuel.

Par ailleurs, en complément de leurs déclarations à l'URSSAF, les OC gérant plus de 1 000 bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière sont sollicités pour participer à une enquête annuelle, désormais menée par la DSS. Dans ce cadre les données de 36 OC ont été étudiées. Ces OC représentent 80 % des effectifs et de la dépense des OC retenus dans le contexte des données fiabilisées.

L'enquête annuelle est également le moyen d'obtenir des informations sur la dépense détaillée par grands postes de la complémentaire santé solidaire, à l'image du suivi de la dépense des régimes.

Parallèlement, il convient de prévoir que la dépense moyenne des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation sera augmentée de 12 %³⁸ en 2021, pour la part du montant des dépenses au titre des exercices antérieurs. L'année 2021 sera en effet la première année pleine depuis la mise en place de la complémentaire santé solidaire avec participation, au 1er novembre 2019. Les dépenses engagées en 2021 pour des soins effectués en 2020 viendront augmenter la dépense de l'exercice 2021 à due proportion.

Tableau 5 – Dépense moyenne des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gérée par les organismes complémentaires maladie – Enquête OC 2020

Complémentaire santé solidaire sans participation			
	Effectifs TR	Dépense	Coût moyen
Nb OC ayant renseigné le TR 2020	322 768	108 237 791 €	335 €
Nb OC ayant renseigné le TR 2020 & Inscrits sur la liste	322 001	108 115 012 €	336 €
Nb OC – TR 2020 – Liste – Déclaration Effectif & Dépense	320 809	107 863 706 €	336 €
Nb OC – TR 2020 – Liste – Décl. Eff. & Dép. – Critères 1, 2, 3	288 461	100 654 207 €	349 €
Complémentaire santé solidaire avec participation			
	Effectifs TR	Dépense	Coût moyen
Nb OC ayant renseigné le TR 2020	386 432	124 800 381 €	323 €
Nb OC ayant renseigné le TR 2020 & Inscrits sur la liste	386 432	124 800 381 €	323 €
Nb OC – TR 2020 – Liste – Déclaration Effectif & Dépense	383 799	124 720 043 €	325 €
Nb OC – TR 2020 – Liste – Décl. Eff. & Dép. – Critères 1, 2, 3	377 913	123 278 011 €	326 €

Num	Critères retenus pour les calculs de coût moyens
1	Inscrits sur la liste OC 2020
2	Cohérence Effectifs 4 Trimestres et TR: $Abs(4Trimestres - TR) < TR * 20\%$
3	Cohérence Dépense Enquête et TR: $Abs(4Trimestres - TR) < TR * 5\%$

Source : OC ayant participé à l'enquête annuelle 2020

³⁷ De nombreux changements sont intervenus en 2020, dans le cadre de fusions / absorptions d'organismes ainsi de regroupements des outils de gestion. Il en découle des croisements de chiffres entre les OC dont la traçabilité est délicate à établir, dans le contexte d'une approche globale. Plusieurs expertises sont en cours, mais nécessitent des délais de consolidation incompatibles avec les délais de publication du présent rapport.

³⁸ Part de 12 % calculée sur la base de la part des dépenses au titre des exercices antérieurs pour la C2S en 2020, tout en tenant compte des deux derniers mois de 2019 pour la C2SP.

3. Dépense moyenne de complémentaire santé solidaire par bénéficiaire par poste pour les OC

Sur la base des données fiabilisées issues de l'enquête 2020, une première approche de la dépense par poste est désormais possible pour la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière, après une année pleine pour chacune des deux prestations³⁹.

Ces éléments permettent de comparer les dépenses moyennes des bénéficiaires pour la part couverte par la complémentaire santé solidaire avec et sans participation, par poste de chacune des deux prestations :

- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation, ex CMU-C, recourent plus aux consultations des généralistes que les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation, ex. ACS (complémentaire santé solidaire sans participation : 23 € vs complémentaire santé solidaire avec participation : 13 €) ;
- Le coût moyen par bénéficiaire pour le poste des consultations de spécialistes est sensiblement plus faible pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation (complémentaire santé solidaire sans participation : 31 € vs complémentaire santé solidaire avec participation : 20 €). Ils sont parallèlement plus souvent couverts à 100 % du fait de l'ALD. Dans ce cas, les spécialistes sont consultés en lien avec le problème de santé à l'origine de l'ALD, ce qui ne génère pas de dépense au titre du ticket modérateur et reste donc transparent pour la complémentaire santé solidaire en général ;
- Bien qu'une forte proportion de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation soit en ALD, le montant du poste médicaments reste supérieur pour cette population, par ailleurs composée d'une bien plus grande part de personnes âgées (complémentaire santé solidaire sans participation : 61 € vs avec participation : 69 €) ;
- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation ont bien intégré le haut niveau de protection complémentaire portant sur le dentaire pour leur nouvelle prestation (complémentaire santé solidaire sans participation : 48 € vs avec participation: 44 €) ;
- Le plus fort recours à l'orthodontie pour la complémentaire santé solidaire sans participation s'explique par la prépondérance des enfants pour cette population protégée (complémentaire santé solidaire sans participation : 11 € vs avec participation : 5 €) ;
- Le montant moyen du forfait journalier hospitalier est nettement plus élevé pour la complémentaire santé solidaire avec participation (complémentaire santé solidaire sans participation : 26 € vs avec participation: 34 €), ceci à mettre en lien avec la plus forte proportion de personnes âgées, ainsi que de personnes en situation de handicap.

³⁹ La complémentaire santé solidaire a été mise en place au 1^{er} novembre 2019, il fallait donc attendre l'exercice 2020 pour bénéficier d'une année pleine.

Tableau 6 – Dépense moyenne par poste des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière gérée par les organismes complémentaires – Enquête 2020

Prestation		Complémentaire santé solidaire sans participation financière		Complémentaire santé solidaire avec participation financière		Complémentaire santé solidaire sans et avec participation financière	
Total		100 654 207 €	349 €	123 278 011 €	326 €	223 932 218 €	336 €
Ville		78 516 372 €	272 €	92 435 964 €	245 €	170 952 336 €	257 €
Honoraires médicaux (1,2)		15 551 339 €	54 €	12 428 300 €	33 €	27 979 639 €	42 €
Forfaits CMU (10,11,12,13)		19 419 258 €	67 €	21 532 165 €	57 €	40 951 423 €	61 €
Autres (3,4,5,6,7,8,9)		42 568 559 €	148 €	56 083 548 €	148 €	98 652 108 €	148 €
Hôpital		22 137 835 €	77 €	30 842 047 €	82 €	52 979 882 €	80 €
Prestations hospitalières (14)		14 631 404 €	51 €	15 538 564 €	41 €	30 169 968 €	45 €
Forfait journalier (15)		7 506 430 €	26 €	15 303 483 €	40 €	22 809 913 €	34 €
Detail		100 654 207 €	349 €	123 278 011 €	326 €	223 932 218 €	336 €
1	Honoraires des généralistes	6 704 323 €	23 €	4 944 157 €	13 €	11 648 480 €	17 €
2	Honoraires des spécialistes	8 847 016 €	31 €	7 484 143 €	20 €	16 331 159 €	25 €
3	Honoraires dentaires	5 016 948 €	17 €	6 461 582 €	17 €	11 478 530 €	17 €
4	Honoraires paramédicaux	8 166 775 €	28 €	9 545 687 €	25 €	17 712 462 €	27 €
5	Médicaments	17 659 265 €	61 €	25 946 346 €	69 €	43 605 611 €	65 €
6	Dispositifs médicaux	6 223 781 €	22 €	8 428 234 €	22 €	14 652 015 €	22 €
7	Analyse et biologie	4 088 204 €	14 €	3 876 776 €	10 €	7 964 980 €	12 €
8	Frais de transport	1 221 622 €	4 €	1 483 034 €	4 €	2 704 656 €	4 €
9	Autres prestations en nature	191 963 €	1 €	341 890 €	1 €	533 853 €	1 €
10	Forfaits proth. dentaires	13 910 897 €	48 €	16 510 313 €	44 €	30 421 210 €	46 €
11	Forfaits orthodontie	3 103 400 €	11 €	1 815 246 €	5 €	4 918 646 €	7 €
12	Forfaits optique médicale	2 404 961 €	8 €	3 206 606 €	8 €	5 611 567 €	8 €
13	Forfaits proth. auditives	977 217 €	3 €	2 391 951 €	6 €	3 369 167 €	5 €
14	Prestations hospitalières	14 631 404 €	51 €	15 538 564 €	41 €	30 169 968 €	45 €
15	Forfait journalier	7 506 430 €	26 €	15 303 483 €	40 €	22 809 913 €	34 €
Effectifs		288 461		377 913		666 374	

Source : OC ayant participé à l'enquête annuelle 2020

CHAPITRE 4

Le financement de la complémentaire santé solidaire

I. L'assiette de la taxe de solidarité additionnelle stagne en 2020

Les contrats soumis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sont les contrats individuels ou collectifs d'assurance maladie souscrits auprès des sociétés ou entreprises d'assurances, mutuelles ou institutions de prévoyance (IP), 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.).

L'assiette de la TSA se décompose en huit « sous assiettes » différenciées par les caractéristiques des garanties des contrats. Les contrats « classiques » (responsables/non-responsables) représentent 94 % de l'assiette totale, dont 4 % correspondent à des contrats non responsables. Il s'agit des contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits à titre individuel ou collectif couvrant l'ensemble des prestations, pour la grande majorité des assurés.

Les assiettes sont soumises à des taux différenciés qui varient de 6,27 % à 20,27 % selon la nature des contrats. Ces taux sont issus de la fusion en 2016 de la TSA, alors entièrement affectée au fonds CMU-C, et de la TSCA sur ces contrats, qui était affectée au régime général de sécurité sociale.

Les dépenses du Fonds de la complémentaire santé au titre de la complémentaire santé solidaire avec ou sans participation sont financées par l'affectation d'une partie de la TSA à hauteur du besoin de financement résiduel du fonds. Le solde excédentaire est affecté à la CNAM (voir tableau 7).

Tableau 7 – Affectation de la taxe de solidarité additionnelle

Contrats	Taux de TSA	Part affectée au fonds CSS auprès de la CNAM en 2021	Part affectée à la CNAM en 2021
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 responsables agriculteurs	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats non responsables agriculteurs	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%

Source : Direction de la sécurité sociale

A. L'assiette de la TSA stagne en 2020

En 2020, l'assiette globale de la TSA s'élève à **38,7 milliards d'euros**, en stagnation par rapport à 2019 (+ 0,0 %) ⁴⁰.

Elle avait augmenté de 3,4 % en 2019 par rapport à 2018 (+ 0,8 % l'année précédente).

L'évolution enregistrée résulte de variations contrastées entre les huit sous-assiettes constitutives de la TSA. Les contrats classiques santé responsables, qui sont déterminants au regard de leur poids, sont en hausse de 0,4 %.

L'évolution observée au global est **influencée par un faible nombre d'organismes complémentaires (OC) en lien avec la forte concentration du marché**. Ainsi, les dix OC qui comptabilisent les plus fortes baisses en montants représentent à eux seuls 46 % du montant total des baisses en 2020.

Les variations importantes peuvent correspondre à :

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

Le rendement de la taxe est de **5,13 milliards d'euros** ⁴¹, il est en hausse de 0,2 %. Cette hausse de rendement à assiette globale inchangée s'explique essentiellement par la hausse des cotisations au titre des contrats classiques santé non responsables (voir tableaux 8 et 9) soumis à un taux de prélèvement supérieur.

Tableau 8 – L'assiette de TSA en 2020 – Évolution entre 2019 et 2020 (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
2019	34 845 076	1 368 823	196 666	1 062 700	12 089	144 744	387 821	655 076	38 672 995
2020	34 721 576	1 485 359	170 627	1 087 902	11 785	149 190	373 532	676 538	38 676 510
Répartition 2020	89,8%	3,8%	0,4%	2,8%	0,0%	0,4%	1,0%	1,7%	100,0%
Évol. 2020 / 2019 (montants)	-123 500	116 536	-26 038	25 202	-303	4 446	-14 289	21 462	3 515
Évol. 2020 / 2019 (%)	-0,4%	8,5%	-13,2%	2,4%	-2,5%	3,1%	-3,7%	3,3%	0,0%

Champ : tous redevables de la TSA en 2019 et 2020 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 28 août 2021 – Données issues du tableau récapitulatif annuel (TR) pour 2019 et des 4 trimestres initiaux pour 2020

Tableau 9 – Le rendement de la taxe TSA en 2020 – Évolution entre 2019 et 2020 (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
2019	4 623 942	277 460	12 331	66 631	2 450	20 264	27 147	91 711	5 121 937
2020	4 607 553	301 082	10 698	68 211	2 389	20 887	26 147	94 715	5 131 683
Répartition 2020	89,8%	5,9%	0,2%	1,3%	0,0%	0,4%	0,5%	1,8%	100,0%
Évol. 2020 / 2019 (montants)	-16 388	23 622	-1 633	1 580	-61	622	-1 000	3 005	9 746
Évol. 2020 / 2019 (%)	-0,4%	8,5%	-13,2%	2,4%	-2,5%	3,1%	-3,7%	3,3%	0,2%

Champ : tous redevables de la TSA en 2019 et 2020 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 28 août 2021 – Données issues du tableau récapitulatif annuel (TR) pour 2019 et des 4 trimestres initiaux pour 2020

⁴⁰ Ce montant n'inclut pas le rendement de la contribution exceptionnelle des OC aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 de 977 millions d'euros pour 2020, intégralement affectée à l'assurance maladie.

⁴¹ Les chiffres précisés mentionnés correspondent au rendement de la taxe à laquelle ont été assujettis les organismes d'assurance maladie complémentaire au titre de l'exercice 2020. Le rendement réel pour 2020 est supérieur de 0,25 Md€ compte tenu de régularisations au titre d'années antérieures d'un niveau très élevé.

Plusieurs facteurs sont identifiés pour expliquer la stabilité de l'assiette globale et la stagnation du rendement :

- **Un effet « base »** ⁴² **par rapport à l'année 2019**, dont le niveau de progression avait été particulièrement élevé ;
- **La suppression de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)** en 2020 entraînerait une baisse de l'assiette de 0,7 point (275 millions d'euros d'assiette, soit 36 millions d'euros de taxe à structure de taux inchangée). Le montant des participations acquittées par les bénéficiaires de l'ACS entrerait dans l'assiette de la TSA et était donc taxable. Ce n'est plus le cas dans le cadre du dispositif de la Complémentaire santé solidaire avec participation qui s'est substitué à l'ACS. L'assiette a donc mécaniquement diminué du fait de la mise en place du nouveau dispositif ;
- **Un effet « crise sanitaire » identifiable**, en particulier sur le champ des contrats collectifs d'entreprise. Ce constat a été fait par des organismes de taille importante questionnés dans le cadre des opérations de fiabilisation menées par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire, puis par l'Urssaf Caisse nationale. Plusieurs hypothèses expliqueraient cette conséquence :
 - **Une baisse de la masse salariale** consécutive à l'augmentation du chômage et / ou aux mesures de chômage partiel ;
 - Des demandes de report et / ou d'échelonnement de paiement des cotisations dues aux OC de la part d'entreprises en difficulté.

⁴² L'année 2019 avait enregistré une hausse particulièrement élevée et inattendue par rapport à 2018. La base élevée de 2019 contribue donc mécaniquement à une atténuation de l'évolution observée en 2020

B. Un marché caractérisé par une forte concentration

1. Un marché en constante évolution

Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration. Ainsi, sur 464 OC ayant déclaré une assiette de TSA non nulle en 2020⁴³ :

- Les 10 premiers représentent 38 % de l'assiette totale ;
- Les 50 premiers représentent 76 % de l'assiette totale.

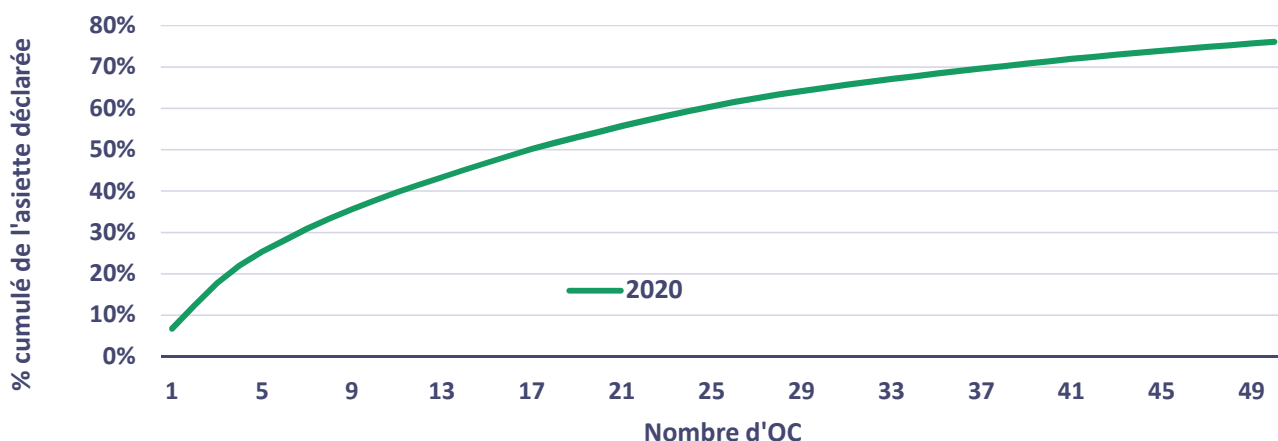
Cette forte concentration oblige à une approche ciblée des évolutions.

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

En 2020, les organismes complémentaires les plus importants absorbés sont :

- Un OC ayant déclaré 720 millions d'euros d'assiette en 2019 ;
- Deux OC ayant déclaré 220 millions d'euros d'assiette au total en 2019 et qui ont été absorbés par un même OC.

Figure 19 – Concentration de l'assiette de la TSA en 2020



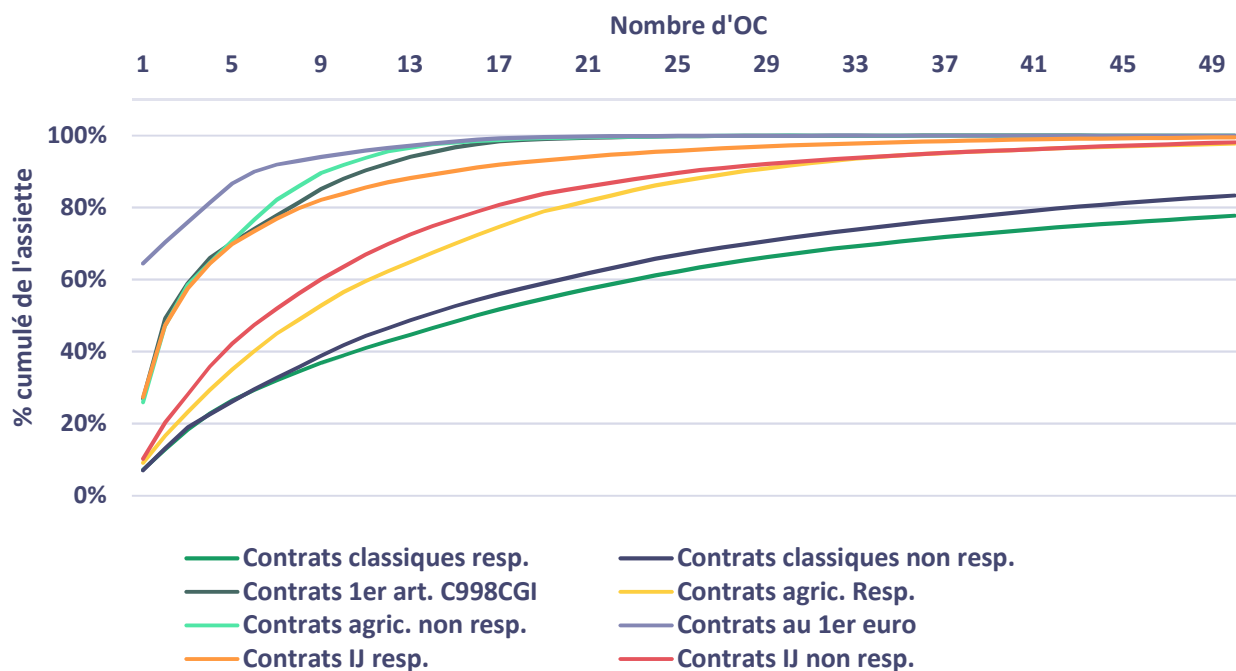
Champ : 50 premiers redevables de la TSA en 2020

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 28 août 2021

Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette en 2020 : 10 OC déclarent 38 % de l'assiette totale déclarée par l'ensemble des OC, les 50 premiers OC en déclarent 76 %

⁴³ Assiette totale de la TSA

Figure 20 – Concentration des huit assiettes constitutives de la TSA en 2020



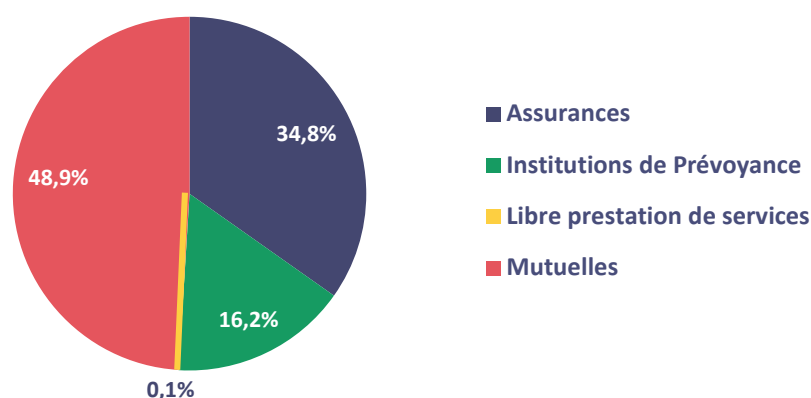
Champ : tous redevables de la TSA en 2020 - Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 28 août 2021

Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette relative aux contrats au 1^{er} euro en 2020 : 4 OC déclarent 81 % de l'assiette concernée, les 10 premiers OC en déclarent 95 %

2. Des caractéristiques différentes en fonction de la nature des organismes

En 2020, l'assiette de la TSA reste majoritairement composée des primes des contrats commercialisés par les **mutuelles** qui ont déclaré 49 % des montants en 2020. Les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance représentent respectivement 35 % et 16 % des primes assujetties à la taxe.

Figure 21 – Répartition de l'assiette de la TSA entre les différentes natures d'organismes complémentaires en 2020



Champ : tous redevables de la TSA en 2020

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 28 août 2021

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 25 institutions de prévoyance (26 en 2019) redevables de la TSA regroupent 16 % de l'assiette totale et 5 % des organismes. Composée quasi uniquement de garanties classiques de contrats responsables, l'assiette de TSA déclarée par les institutions de prévoyance s'élève en moyenne à 251 millions d'euros en 2020. Il s'agit dans l'ensemble de grandes structures : 21 des 25 institutions de prévoyance déclarent un montant supérieur à 10 M€, dont 11 avec une assiette supérieure à 100 M€. Après absorption d'Humanis Prévoyance en 2020, Malakoff Humanis Prévoyance détrône BTP Prévoyance dans le palmarès des institutions de prévoyance avec un montant d'assiette de TSA déclaré de 1,6 Md€. BTP Prévoyance déclare un montant de 1,3 Md€, AG2R Réunica Prévoyance 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.).

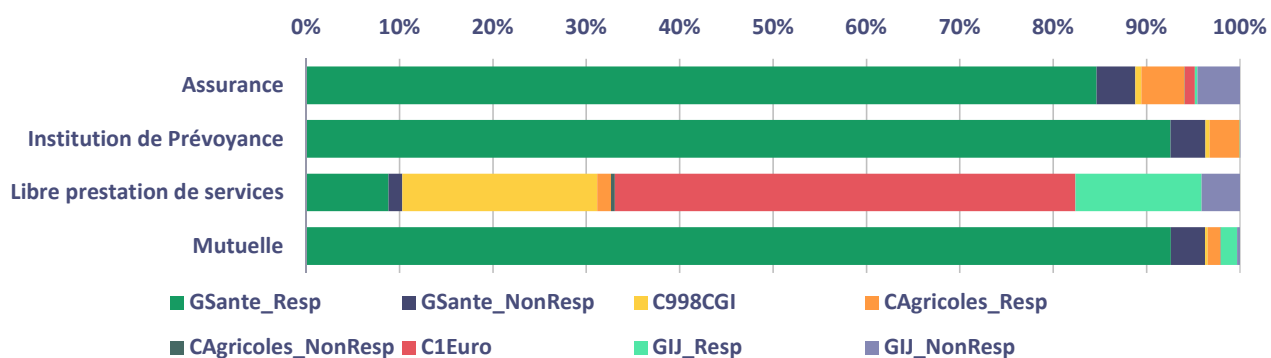
Les 108 sociétés d'assurance (113 en 2019) représentent 35 % de l'assiette et 23 % des organismes. Présentes sur l'ensemble des garanties, elles représentent notamment 89 % des cotisations relatives aux contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. Le montant moyen d'assiette déclaré par les assureurs s'élève à 125 M€. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. 62 sociétés d'assurance déclarent une assiette supérieure à 10 M€, dont 28 à plus de 100 M€.

L'assiette la plus importante est déclarée par Axa France Vie avec 2,2 Md€, suivie de Générali Vie avec 1,1 Md€. Les autres sociétés d'assurance déclarant un montant inférieur à 10 millions d'euros présentent en moyenne une assiette de 1,8 M€. Il s'agit principalement de petites structures ou de sociétés de taille moyenne dont l'activité santé est marginale.

Quant aux **304 mutuelles recensées (314 en 2019)**, avec un montant moyen d'assiette de **62 M€**, elles regroupent **49 % de l'assiette déclarée et 66 % des organismes**. 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 2,6 Md€ suivie de la MGEN (2,1 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 « substituable ».

Les redevables de TSA incluent également 27 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 22 – Proportion de chaque assiette constitutive de la TSA au sein de chaque nature d'OC

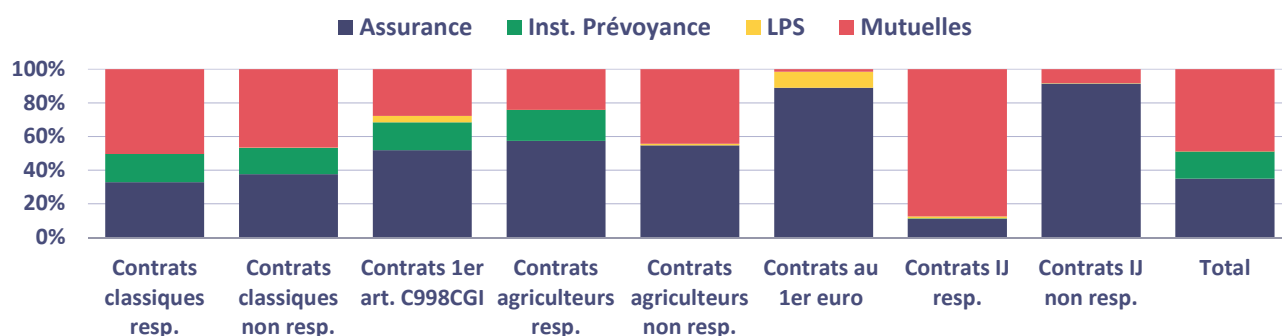


Note de lecture : 85 % de l'assiette déclarée par les assureurs correspondent à des garanties santé responsables et 4 % à des garanties santé non-responsables

Champ : tous redevables de la TSA en 2020

Source : télédéclarations des redevables de la TSA. Situation déclarative arrêtée au 28 août 2021

Figure 23 – Part respective par nature d'OC au sein de chaque assiette constitutive de la TSA en 2020



Note de lecture : 33 % du montant des garanties santé responsables sont déclarés par les assureurs ainsi que 89 % des montants relatifs aux contrats au premier euro

Champ : tous redevables de la TSA en 2020

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 28 août 2021

Encadré - La situation financière des organismes complémentaires – Rapport DREES 2020

Le rapport 2020 présente les résultats pour 2019. Il couvre l'ensemble des organismes d'assurance complémentaire ayant acquitté la taxe de solidarité additionnelle déclarée auprès de l'Urssaf Île-de-France.

La santé demeure l'activité principale des mutuelles et des institutions de prévoyance, à l'inverse des sociétés d'assurance

La santé représente 15 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance (OC) en 2018, dernière année disponible pour ces données. 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 49 % des primes collectées). Elle est minoritaire au sein des sociétés d'assurance où elle ne représente que 6 % de l'activité.

Les mutuelles sont plutôt positionnées sur l'individuel, les institutions de prévoyance spécialisées sur le 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 primes⁴⁴ (87 % pour le collectif). Les sociétés d'assurance se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 46 % des primes (54 % 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 donnée⁴⁵. Sur les dernières années, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires,

⁴⁴ Contrats destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées et à leurs ayant-droit

⁴⁵ 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

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 (Prestations⁴⁶ / 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 en santé est excédentaire en 2019 : +462 M€ correspondant à 1,2 % des primes collectées (1,2 % en 2018, 1,3 % en 2017, 0,3 % en 2016 et 2015 et 0,8 % en 2014).

Résultat technique en santé en 2019 par nature d'OC

2019	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	4.7%	-4.3%	1.9%
IP	11,7%	-5,9%	-3,6%
Assurances	8,3%	-2,3%	2,6%
Total	6,1%	-4,0%	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).

Au total, les organismes du secteur de l'assurance santé dégagent des excédents en 2019 sur l'ensemble de leur activité : en moyenne 3,4 % de l'ensemble des cotisations collectées. Ce résultat s'élève à 4,0 % pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (5,0 % en 2018), à 1,0 % pour les mutuelles (1,5 % en 2018) et -0,1 % pour les IP (-2,0 % en 2018).

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.

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

⁴⁶ Prestations : charges de prestations hors frais de gestion des sinistres

II. La fiabilisation et le contrôle de la Taxe de solidarité additionnelle

A. Éléments de contexte

1. Les enjeux financiers

L'enjeu financier sur lequel porte la fiabilisation de la TSA dépasse les 7 milliards d'euros en valeur absolue.

Il se répartit de la manière suivante selon les rubriques :

- Produit de TSA : 5,1 milliards d'euros (2020) ;
- Contribution exceptionnelle : 977 millions d'euros (2020) ;
- Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) : 309 millions d'euros (2020) ;
- Dépenses de complémentaire santé solidaire sans participation (ex. CMU-C / estimation année pleine) : 200 millions d'euros⁴⁷ ;
- Dépenses de complémentaire santé solidaire avec participation (estimation année pleine) : 450 millions d'euros⁴⁸, montant porté à 760 millions d'euros en valeur absolue si on prend en compte les participations payées par les assurés et les frais de gestion

Le contrôle de l'assiette de la TSA fiabilise simultanément les trois premières rubriques dont les bases de calcul sont les mêmes. Elles représentent de loin l'enjeu financier le plus important.

2. Rôle respectif des acteurs

Dans le cadre de la TSA, plusieurs acteurs interviennent.

La situation a évolué en 2021 avec la disparition du Fonds de la Complémentaire santé solidaire.

Le rôle respectif des acteurs est désormais le suivant :

- **L'Urssaf Île de France exploite les déclarations, assure le front office et le recouvrement ;**
- **L'Urssaf Caisse nationale pilote l'offre TSA et assure la mission de fiabilisation des déclarations⁴⁹ ;**
- **Les inspecteurs du recouvrement des Urssaf territorialement compétentes contrôlent la TSA des redevables.**

⁴⁷ 500 000 personnes * 400 euros

⁴⁸ 1,3 millions de personnes * [350 euros (dépenses)] + 1,3 millions de personnes * [200 euros (participations) + 32 euros (frais de gestion)]

⁴⁹ L'Urssaf Caisse nationale (DRCPM) fiabilise l'ensemble des champs déclaratifs. Pour les dépenses de Complémentaire santé solidaire sans ou avec participation, la fiabilisation est réalisée en coordination avec la Direction de la Sécurité sociale (DSS)

Figure 24 – Fiabilisation et contrôle de la TSA : rôle respectif des acteurs

Urssaf Île de France	Urssaf Caisse nationale	Inspecteurs du recouvrement
Exploite les déclarations	Pilote l'offre TSA ainsi que la fiabilisation	Contrôlent les déclarations
Relance des OC : déclarations/champs manquants	Implémentation des nouvelles mesures et adaptation du système d'information	Demandent les pièces justificatives jusqu'à l'examen de la comptabilité
Contacte les OC enregistrant certaines incohérences (initiative DRCPM)	Travail préventif : ciblage des enjeux les plus importants, développement d'outils d'analyse (tableaux de bord, etc.)	Peuvent procéder à des redressements
	Contrôles de cohérence	Interviennent dans le cadre de leurs contrôles habituels + à la demande de l'Urssaf Caisse nationale
	Retour vers les OC	
	Exploitation des résultats au service des politiques publiques	
Champ d'intervention : exhaustivité des déclarations	Champ d'intervention : spectre large	Champ d'intervention : environ 20 OC / an

Source : Urssaf Caisse nationale

3. Contenu de la fiabilisation

La mission de fiabilisation assurée par l'Urssaf Caisse nationale recouvre plusieurs axes d'intervention dont les principaux sont :

- En lien avec l'Urssaf d'Île de France, s'assurer de l'exhaustivité des déclarations sur le champ des redevables connus ;
- En lien avec la Direction de la Sécurité sociale, s'assurer de l'exhaustivité des redevables sur la base de l'exploitation par cette dernière des parutions des créations et des suppressions d'organisme complémentaire intervenant sur le champ de la TSA, les agréments, etc. ;
- Interroger les organismes complémentaires observant des évolutions atypiques dans leurs déclarations. Ces vérifications permettent également de mieux appréhender les tendances de marché dont la TSA constitue l'indicateur le plus fiable ;
- Tracer les montants déclarés par les organismes complémentaires après leur disparition, par un suivi de la cohérence de l'évolution de la déclaration par l'organisme absorbant. Dans ces situations, le risque est important, dans la mesure où il concerne la totalité du montant déclaré l'année précédente par l'organisme complémentaire disparu ;
- Vérifier que les organismes complémentaires qui déduisent des montants de dépenses de complémentaire santé solidaire sont bien inscrits sur la liste des organismes complémentaires volontaires pour assurer cette gestion.

B. Les résultats des opérations de fiabilisation et de contrôle

1. Sur les trois dernières années, la fiabilisation de la TSA a porté sur des OC ayant déclaré 50 % de l'assiette

En 2020, 70 OC ont été interrogés au regard de l'évolution de l'assiette de la TSA déclarée.

La destination des montants déclarés par 18 OC disparus en 2020 a été reconstituée. Ils avaient déclaré 960 millions d'euros d'assiette en 2019, représentant un enjeu financier de près de 130 millions d'euros de taxe. Sur 960 millions d'assiette, 940 millions d'euros ont été déclaré par trois OC.

En 2020, l'ensemble des opérations de fiabilisation a couvert 15 % des redevables et 34 % de l'assiette TSA déclarée.

À la suite des échanges intervenus sur le premier trimestre, un OC a reconnu une erreur sur sa déclaration et un montant de 380 000 euros de TSA a été versé en complément dans le cadre d'un ajustement sur le 2^{ème} trimestre 2020.

Sur la dernière période triennale de 2018 à 2020, 25 % des redevables ayant déclaré 50 % de l'assiette ont été interrogés dans ce cadre.

Ce taux important de couverture permet non seulement 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.

Tableau 10 – Le taux de couverture de la fiabilisation de l'assiette de la TSA

Année	Champ couvert par les vérifications du Fonds de la complémentaire santé solidaire (de l'Urssaf Caisse nationale à partir du 4 ^{ème} trimestre 2020)		
	En % du Nombre de redevables de la TSA	En % de l'assiette TSA	Cumul 2018_2020 (*)
2016	12%	38%	50%
2017	11%	44%	
2018	11%	36%	
2019	8%	13%	
2020	15%	34%	

(*) cumul dédoublonné par OC sur 3 ans (1 même OC n'est comptabilisé qu'une fois)

Les OC disparus entre 2018 et 2020 ne sont pas pris en compte dans le calcul du taux de couverture qui est réalisé sur la base de l'assiette 2020 : le pourcentage d'assiette couvert est de ce fait légèrement minoré

Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire / Urssaf Caisse nationale

2. Sur les trois dernières années, le contrôle de la TSA par les Urssaf a porté sur des OC représentant 36 % de l'assiette de la taxe

Le plan de contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA a deux origines :

- Le contrôle de cette taxe s'intègre dans le cadre des vérifications réalisées lors des contrôles comptables d'assiette des comptes des employeurs ;
- Dans le cadre des orientations du Plan d'Actions Nationales de Contrôle, un plan établi en commun avec le Fonds de la complémentaire santé solidaire était communiqué au réseau des Urssaf⁵⁰

Les contrôles menés par les inspecteurs du recouvrement URSSAF sur le champ de la TSA requièrent des connaissances spécifiques et nécessitent une grande technicité et expertise. Un groupe de travail national dédié met régulièrement à jour la formation (en lien avec l'Institut 4.10), la méthodologie et les outils de contrôle.

⁵⁰ Ce paragraphe présente les contrôles Urssaf sur la période 2018 à 2020, au cours de laquelle le Fonds de la complémentaire santé solidaire menait les opérations de fiabilisation sur la TSA

En 2019 puis 2020, les Urssaf ont respectivement clôturé 14 et 13 contrôles (rapports de contrôles déposés en 2019 puis 2020).

En 2019, les contrôles ont porté sur 3 % des redevables de la TSA et sur 12 % de l'assiette de la TSA. Le chiffre est respectivement de 3 % et de 6 % sur l'année 2020.

Sur la période triennale 2018-2020, les contrôles ont couvert 11 % des redevables et 36 % de l'assiette.

Tableau 11 – Le contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA

Année	Champ couvert par les contrôles URSSAF	
	En % du Nombre de redevables de la TSA	En % de l'assiette TSA
2016	4%	7%
2017	3%	12%
2018	5%	18%
2019	3%	12%
2020	3%	6%

Source : Urssaf Caisse nationale

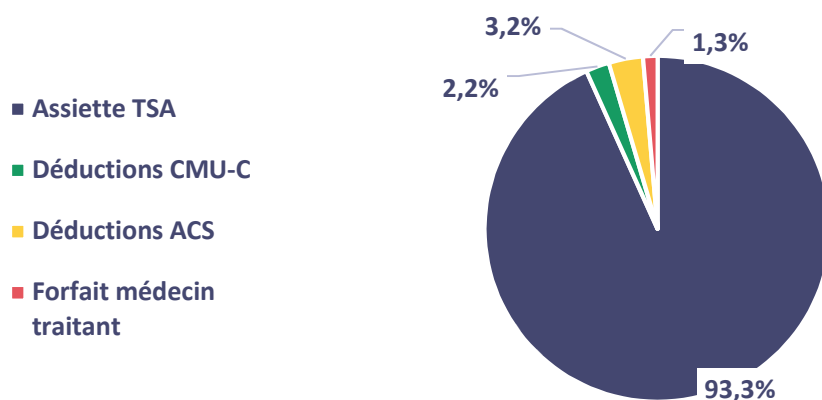
Les contrôles clôturés en 2019 ont conduit à réaliser 6,4 millions d'euros de régularisations en valeur absolue qui correspondent à : 1,8 million d'euros de régularisations positives (redressements en faveur de l'Urssaf) et 4,6 millions d'euros de régularisations négatives (restitutions en faveur des OC). Il est exceptionnel que les régularisations négatives excèdent les régularisations positives. 89 % du montant des restitutions aux OC concernant un seul organisme au titre de l'assiette de la TSA.

À titre de repère, les contrôles clôturés en 2018 avaient conduit à 10,4 millions d'euros de régularisations positives et à 2,2 millions d'euros de régularisations négatives.

En 2020, les contrôles de la TSA ont généré un montant total de régularisations de 33,2 millions d'euros : 28,6 millions d'euros de régularisations positives et 4,6 millions d'euros de régularisations négatives.

Au sein des régularisations positives, sur les trois dernières années, 93 % ont pour origine l'assiette de la TSA.

Figure 25 – Répartition des montants des redressements positifs selon l'objet du contrôle sur la période 2018 – 2020



Source : Urssaf Caisse nationale

Les contrôles des URSSAF sur le champ de la TSA présentent deux caractéristiques toujours observées dans le temps :

- L'enjeu principal des régularisations porte sur l'assiette de la TSA ;
- L'enjeu du contrôle est toujours fortement concentré sur un faible nombre d'OC

CHAPITRE 5

La mission d'analyse et de suivi des dispositifs d'accès aux soins

Cette partie vise à présenter **les différents aspects de la mission d'analyse et d'évaluation des dispositifs d'accès aux soins des publics précaires**, que ce soit sur le recours à la complémentaire santé solidaire ou les conditions d'accès aux soins des publics précaires, mission qui est désormais du ressort de la DSS et de la DREES.

I. Les modalités d'analyse de la complémentaire santé solidaire et de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

A. La publication de rapports relatifs à la complémentaire santé solidaire

Sous l'égide du Fonds de la complémentaire santé solidaire, de nombreux livrables étaient produits à un rythme régulier : ces rapports constituaient une ressource très importante pour l'ensemble des acteurs impliqués. Ce niveau d'information sera maintenu pour les années à venir, **avec un paysage simplifié de livrables attendus chaque année mais qui reprendront l'ensemble des éléments d'actualité relatifs à la complémentaire santé solidaire**.

Pour rappel, les livrables présentés ci-dessous sont ceux qui ne sont pas conservés dans le cadre de la nouvelle gestion de la complémentaire santé solidaire :

- **Les rapports d'activité** : à parution annuelle, le rapport d'activité du Fonds de la Complémentaire santé solidaire reprenait les données qualitatives et quantitatives relatives à la couverture maladie universelle complémentaire et à l'ACS. Ce document présentait également le budget annuel du Fonds de la Complémentaire santé solidaire.
 - ⇒ Du fait de la suppression du Fonds, la présentation du budget de l'établissement n'a plus lieu d'être. Toutefois, l'ensemble des autres données est repris au sein du rapport annuel présenté ci-après.
- **Les rapports sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS** : à parution annuelle, ce rapport réalisait une étude sur les caractéristiques des contrats ACS. L'un des principaux objectifs de ce rapport était de calculer le reste à charge des bénéficiaires et de mettre en évidence les facteurs qui impactent le prix des contrats ACS.
 - ⇒ Du fait de la suppression du dispositif ACS, remplacé par la Complémentaire santé solidaire, ce rapport n'a plus lieu d'être.
- **Les rapports sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire solidaire et de l'ACS** : à parution annuelle, ce rapport présentait le coût unitaire de la Complémentaire santé solidaire par bénéficiaire. L'analyse était réalisée pour les régimes obligatoires et les organismes complémentaires.
 - ⇒ La plupart de ces éléments sont explicités au sein du présent rapport.

Désormais, deux livrables sont attendus concernant la complémentaire santé solidaire :

- **Les rapports annuels** : le rapport annuel de la Complémentaire santé solidaire **reprend les données qualitatives et quantitatives relatives à la Complémentaire santé solidaire**.
Il rend également compte des dépenses des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation forfaitaire.
Il est également prévu qu'il fasse l'objet d'une **consultation préalable du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale avant remise au Parlement au 31 décembre de l'année au plus tard**.
Ce présent rapport reprend en outre l'ensemble des éléments encore d'actualité des différents rapports qui ont été supprimés, notamment sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et la plupart des thématiques abordées dans l'ancien rapport d'activité
- **Les rapports d'évaluation** : tous les quatre ans le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de la complémentaire santé solidaire. **L'élaboration de ce rapport d'évaluation est désormais confiée au ministère des Solidarités et de la Santé**.
Ce document contient un ensemble de propositions et de pistes de travail dans la perspective d'améliorer le fonctionnement et l'accès à la Complémentaire santé solidaire.
Les partenaires et parties prenantes de la Complémentaire santé solidaire sont appelés à contribuer à la réalisation de ce rapport.

B. Le co-pilotage des travaux d'études et de recherche – DREES / DSS

1. La reprise des missions du Fonds par la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Le Fonds de la Complémentaire santé solidaire **produisait tous les ans différentes études⁵¹ sur les dispositifs de la CMU-c, de l'ACS puis de la Complémentaire santé solidaire, seul ou en collaboration avec ses différents partenaires⁵²**. Ces études avaient pour objectif d'éclairer la compréhension du fonctionnement des dispositifs mais aussi de révéler les problématiques rencontrées par les bénéficiaires lors de la mise en œuvre de ces dispositifs : renoncements aux soins, refus de soins, non-recours à la Complémentaire santé solidaire...

Les études conduites par le Fonds, notamment celles s'attachant à analyser les différences de traitement entre les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) et les autres assurés, **ont eu un écho significatif dans l'espace public en mettant en avant certaines discriminations subies par les personnes précaires dans l'accès aux soins en France⁵³**. Le Fonds permettait plus globalement de fournir une connaissance du recours à la CMU-c et à l'ACS ainsi que de l'accès aux soins des plus précaires précieuse pour le débat public, qu'il convient de conserver à l'avenir.

La présentation des résultats des études diligentées par le Fonds avait lieu lors des réunions du Conseil de surveillance du Fonds, deux fois par an : **cela permettait de rendre visible ces travaux** puisque ce Conseil était constitué de nombreux acteurs de l'accès aux soins des publics précaires tels que les associations œuvrant dans le champ de la lutte contre l'exclusion, des fédérations d'organismes complémentaires, des organismes

⁵¹ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/etudes-du-fonds.php>

⁵² Notamment le Défenseur des droits.

⁵³ Les études relatives au refus de soins en particulier ont fait l'objet de nombreux partages et publications :

- *Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales*, Sylvain Chareyron (Université Paris-Est Créteil) ; Yannick L'Horty (Université Paris-Est Marne-la-Vallée) et Pascale Petit (Université Paris-Est Marne-la-Vallée), Octobre 2019.

de protection sociale complémentaire, des régimes obligatoires d'assurance maladie, ainsi que des membres du Parlement et des acteurs ministériels. **Les résultats des études étaient valorisés par leur publication sur le site du Fonds et la reprise de leurs résultats dans ses différents rapports.**

Suite à la dissolution du Fonds de la complémentaire santé solidaire, il a été convenu que la DSS et la DREES du ministère des Solidarités et de la Santé récupérerait en partenariat cette mission de réalisations d'études relatives à la complémentaire santé solidaire.

Les études réalisées sous l'égide de la DSS et de la DREES feront désormais l'objet d'une publication sur le site de la complémentaire santé solidaire et seront également présentées lors des comités de suivi. Elles alimenteront également l'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté pilotée par France Stratégie.

2. La constitution du programme d'études et de travaux de recherche pour 2021

Tout au long du premier semestre 2021, et avec l'aval des membres du comité de suivi, la DSS et la DREES ont constitué **un programme priorisé d'études et de travaux de recherche à faire réaliser par des prestataires extérieurs au ministère.**

Tout d'abord, une étude qualitative sera réalisée à partir du dernier trimestre 2021. Elle se déclinera en deux volets, qui porteront sur les sujets suivants :

- ✓ **La réalisation d'un volet portant sur les raisons du non-recours à la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière auprès de personnes récemment ou actuellement en situation de non-recours.**

Des travaux avaient déjà été effectués sur le non-recours, mais il est primordial de voir si l'instauration de la complémentaire santé solidaire a eu des conséquences sur ce phénomène, d'autant plus que le non-recours à l'ACS avait constitué une justification importante pour la mise en œuvre de cette réforme.

Ce volet de l'étude devra recueillir les différents motifs et formes du non-recours parmi les personnes (éligibles mais récemment ou actuellement non recourantes) interrogées. Elle contribuera à éclairer ce phénomène au regard de la trajectoire, du rapport à la santé et au système de protection sociale et, plus largement, au regard des différentes problématiques auxquelles sont confrontées les personnes en situation de non-recours à la complémentaire santé solidaire.

- ✓ **La réalisation d'un volet portant sur l'évaluation de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière par ses bénéficiaires ainsi que sur les motifs et les facteurs explicatifs du recours à ce dispositif.**

Ce second volet de l'étude qualitative, cherchera à évaluer la satisfaction des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et leur perception et compréhension du dispositif, de ses bénéfices et de ses inconvénients, tout en mettant en évidence les facteurs explicatifs du recours à la prestation.

L'objectif est de dégager des pistes d'amélioration du dispositif pour en favoriser le recours. L'étude s'attachera également à comparer les avantages et inconvénients de la complémentaire solidaire au regard des deux anciens dispositifs CMU-C et ACS à l'occasion des entretiens réalisés avec des personnes ayant été bénéficiaires de l'ensemble de ces dispositifs.

A cet effet, la méthodologie retenue pour ces deux enquêtes consiste en la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels en face-à-face auprès d'environ 70 personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire.

- ⇒ La moitié de ces entretiens doit être réalisée auprès de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, en interrogeant autant de bénéficiaires de ses deux variantes (avec et sans participation financière ;
- ⇒ La seconde moitié de ces entretiens doit être réalisée auprès de personnes éligibles à la Complémentaire santé solidaire mais n'y ayant pas recours actuellement, en interrogeant autant de bénéficiaires de ses deux variantes (avec et sans participation financière.

Une troisième étude vient compléter le programme d'études pour 2021. Elle portera sur :

- ✓ **La réalisation d'un test de situation concernant le refus de soins opposé aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide médicale d'État (AME), en partenariat avec le Défenseur des droits**

Cette étude a donc pour objet la réalisation d'une étude selon la méthode du testing « refus de soins » retenue par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire (ex-fonds CMU) et le Défenseur des droits en 2019.

Depuis une vingtaine d'années des tests de situation, y compris celui réalisé en 2019, ont mis en évidence l'existence de refus de soins discriminatoires. **En 2019, les spécialités retenues dans le précédent testing étaient les chirurgiens-dentistes, les psychiatres libéraux et les gynécologues.** 1500 cabinets avaient été testés (500 par spécialité) pour un total de 4500 demandes de RDV.

Les résultats mettaient en évidence **une forte discrimination à l'encontre des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS dans les trois spécialités médicales testées.** Les situations de refus de soins discriminatoires étaient en 2019 le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Une analyse toutes choses égales par ailleurs révélait que ces discriminations étaient plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que pour les profils relevant de la CMU-C, et qu'elles étaient plus marquées en secteur 2 qu'en secteur 1. Enfin, leur intensité était variable selon les régions mais indépendante de la densité médicale locale, avec une fréquence plus élevée en Ile-de-France.

En raison de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire en novembre 2019, en lieu et place de la CMU-C et l'ACS, **il apparaît opportun que la DREES et la DSS reconduisent dès 2021 un testing portant sur le refus de soins subis par les bénéficiaires de ce dispositif récent, mais également sur les refus de soins des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État** qui, de par leur situation et leur origine, sont aussi susceptibles de subir des refus de soins discriminatoires.

II. Les travaux d'études et de recherche réalisés en 2020 et 2021

Plusieurs travaux de recherche portant sur l'accès aux soins des publics précaires ont été réalisés en 2020, que ce soit sous l'égide du Fonds ou bien celle de la DSS (A) et de la DREES (B).

A. Les études et travaux réalisés en 2020 et 2021 sous l'égide du Fonds /DSS

1. Présentation de l'étude sur « les perceptions, les anticipations et les préférences des bénéficiaires de la CMU-C »⁵⁴

L'étude sur les perceptions, les anticipations et les préférences des bénéficiaires de la CMU-C a été réalisée conjointement par Brigitte Dormont et Cécile Gayet de l'Université Paris-Dauphine (LEDa) ainsi que par Anne-Laure Samson, de l'Université de Lille (LEM).

Ce rapport analyse les perceptions subjectives, les anticipations et les préférences pour la santé des bénéficiaires de la CMU-C à l'aide de l'enquête *Valeur de la santé* réalisée en France en 2009 sur un échantillon représentatif de 3331 individus. Les résultats montrent qu'à structure d'âge et de sexe équivalente, les bénéficiaires de la CMU-C ont des perceptions plus négatives que les autres assurés sociaux de leur état de santé et de leur qualité de vie récente (sur les douze derniers mois) ou totale (passée, présente et future). Ils ont aussi des anticipations plus pessimistes concernant leur longévité, leur état de santé et leur niveau de vie. Leurs consentements à payer pour la santé et pour la longévité sont plus faibles.

Toutefois, ces résultats changent lorsque l'on tient compte de la situation actuelle des individus en matière de santé et de revenu : toutes choses égales d'ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C n'apparaissent plus significativement plus pessimistes que les autres assurés sociaux sur leur état de santé récent et futur et sur leur qualité de vie récente. En revanche, ils restent plus pessimistes sur les appréciations de leur qualité de vie en général, de leur niveau de vie futur et de leur longévité que les titulaires d'une complémentaire privée. L'analyse en régression multivariée des préférences indique que - toutes choses égales par ailleurs - les bénéficiaires de la CMU-C n'accordent pas moins d'importance que le reste de la population à la santé et à la longévité en bonne santé.

Les appréciations subjectives et anticipations n'influencent pas significativement le recours aux soins, qui dépend surtout du statut assurantiel, à l'exception des soins dentaires. Ces résultats confirment l'importance de l'assurance complémentaire dans les décisions individuelles de santé. Néanmoins, les appréciations subjectives et anticipations sont significativement corrélées à certains **comportements à risque tels que le tabagisme, la consommation risquée d'alcool et la probabilité d'être en insuffisance pondérale**. Toutes choses égales par ailleurs, la prise en compte des variables subjectives ne modifie cependant pas l'impact du statut assurantiel sur les comportements de santé : les bénéficiaires de la CMUC ont une probabilité plus grande que les titulaires d'une complémentaire privée d'être en insuffisance pondérale et de fumer. Ils ont en revanche une probabilité moindre d'être obèse que les personnes avec ou sans complémentaire privée.

⁵⁴ L'intégralité de cette étude est à retrouver sur : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/etudes-du-fonds.php>

2. L'estimation du taux de recours à la Complémentaire santé solidaire en 2019 par la DREES

Après avoir évalué chaque année le taux de recours à la CMUC et à l'ACS, la DREES a produit une première estimation du taux de recours à la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière. Ces estimations sont réalisées sur le champ restreint des ménages de France métropolitaine vivant en logement ordinaire, en rapportant un nombre de bénéficiaires issu des données des régimes d'Assurance maladie obligatoire à un nombre d'éligibles estimé avec le modèle de micro-simulation Ines⁵⁵.

Afin de rendre la comparaison possible entre le recours estimé à la complémentaire santé solidaire en 2019 et celui à la CMUC et à l'ACS lors de la période qui a précédé la réforme, les résultats de 2019⁵⁶ sont accompagnés des chiffres révisés établis à méthode identique pour 2017 et 2018. Un encadré explicite la méthode utilisée, ses limites ainsi que les principaux changements par rapport aux taux diffusés les années précédentes. Pour mettre en évidence l'incertitude inhérente à ces estimations, les taux de recours estimés sont complétés de leur élasticité aux alentours des seuils d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière.

Un taux de recours stable trois mois après la mise en place de la complémentaire santé solidaire

Entre fin 2018 et fin 2019, le nombre de bénéficiaires et le nombre d'éligibles à la complémentaire santé solidaire ont évolué de façon parallèle, ce qui s'est traduit par une stabilité du taux de recours à cette prestation. En 2019 comme en 2018, un peu plus d'une personne éligible à la complémentaire santé solidaire sur deux aurait effectivement eu recours à cette prestation, avec des écarts considérables entre les volets gratuits et payants du dispositif : deux éligibles sur trois auraient eu recours à la complémentaire santé solidaire sans participation financière, tandis que seulement un sur quatre aurait eu recours à la complémentaire santé solidaire payante (tableau 1).

Tableau 1 : Estimation au 31 décembre des taux de couverture par la COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ou par une complémentaire d'entreprise

	2017	2018	2019
Ensemble des éligibles à la Complémentaire santé solidaire			
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire / la CMU-C ou l'ACS	50 %	52 %	52 %
Taux de couverture par une complémentaire d'entreprise	14 %	14 %	15 %
<i>Total (couverture par la complémentaire santé solidaire + complémentaire d'entreprise)</i>	<i>65 %</i>	<i>66 %</i>	<i>67 %</i>
Éligibles à la complémentaire santé solidaire sans participation financière			
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire gratuite / la CMU-C	64 %	66 %	66 %
Taux de couverture par une complémentaire d'entreprise	11 %	10 %	11 %
<i>Total (complémentaire santé solidaire gratuite + complémentaire d'entreprise)</i>	<i>74 %</i>	<i>76 %</i>	<i>77 %</i>
Éligibles à la complémentaire santé solidaire avec participation financière			
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire avec participation financière / l'ACS	26 %	28 %	27 %
Taux de couverture par une complémentaire d'entreprise	21 %	20 %	21 %
<i>Total (complémentaire santé solidaire avec participation financière + complémentaire d'entreprise)</i>	<i>47 %</i>	<i>48 %</i>	<i>48 %</i>
<i>Sources : fonds complémentaire santé solidaire, DSS, Insee (ERFS 2015, 2016, 2017) ; Modèle Ines 2018, 2019 ; calculs Drees.</i>			
<i>Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire.</i>			

⁵⁵ Ce modèle, développé par la Drees, l'Insee et la CNAF, est basé sur les enquêtes Revenus fiscaux et sociaux (ERFS). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/le-modele-de-microsimulation-ines>

⁵⁶ L'année 2020 n'a pas encore pu être estimée à la date de publication de ce rapport.

Ces chiffres font de la complémentaire santé solidaire, et plus particulièrement de son volet avec participation financière, une prestation largement affectée par la problématique du non-recours (48 % et 73 % de non-recours, respectivement, fin 2019). Le taux de non-recours à la complémentaire santé solidaire sans participation financière (34 % fin 2019), quoique plus modéré, reste très significatif, d'autant qu'il ne peut être expliqué par le non-recours pour raison financière, principal motif de non-couverture par une complémentaire santé (Fouquet, 2020)⁵⁷.

Ces estimations de recours doivent cependant être considérées avec grande précaution. En effet, rapporter un nombre de bénéficiaire observé à un nombre d'éligibles estimé à partir d'un modèle qui repose sur des données d'enquêtes⁵⁸ peut biaiser l'estimation. En outre, l'imprécision inhérente aux techniques de micro simulation a un impact d'autant plus fort que le nombre de foyers dont les ressources sont proches du seuil d'éligibilité est important, ce qui est le cas en particulier autour du seuil d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire payante. Ainsi, par exemple, si les revenus étaient plus hauts de 3 % que ceux obtenus dans le modèle (en pratique, partiellement observés via les données d'enquête et partiellement simulés), le nombre d'éligibles serait plus bas de 3 % pour la complémentaire santé solidaire sans participation financière et de 17 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation financière. Le taux de recours à la complémentaire santé solidaire avec participation serait alors plus élevé de 2 points et le recours à la complémentaire santé solidaire avec participation de près de 6 points (voir encadré).

Par ailleurs, le niveau mesuré est très sensible aux révisions de méthode qui ont été introduites. C'est pourquoi il est indispensable d'analyser les résultats en évolution à partir des chiffres réropolés à méthode identique.

La moitié des éligibles à la complémentaire santé solidaire avec participation financière couverts par la complémentaire santé solidaire ou par une couverture collective d'entreprise

Le taux de recours donne une indication de l'accessibilité et de l'attractivité de la Complémentaire santé solidaire pour les personnes éligibles à cette prestation, c'est-à-dire disposant d'un niveau de vie inférieur à environ 85 % du seuil de pauvreté.

Mais les motifs de non-recours à la complémentaire santé solidaire peuvent être d'ordres très variés : méconnaissance du dispositif, difficulté à accomplir les démarches, absence de besoin de santé identifié, niveau trop élevé de la participation financière, couverture jugée insuffisante, crainte de discrimination peuvent conduire à ne pas exercer son droit ou à privilégier d'autres complémentaires, en particulier lorsque la personne éligible à la complémentaire santé solidaire peut être couverte par une complémentaire d'entreprise ou faire valoir des droits ouverts par un autre membre du foyer. C'est tout particulièrement le cas pour les personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire avec contribution financière, qui appartiennent plus souvent à des ménages comprenant un actif potentiellement éligible à une couverture complémentaire collective d'entreprise.

Le modèle de micro simulation Ines 2019, dans lequel sont imputées les contrats collectifs d'entreprise, permet d'estimer la proportion d'éligibles à la complémentaire santé solidaire qui sont couvertes par un tel contrat, soit en tant que salarié, soit en tant qu'ayant droit⁵⁹. On estime ainsi que 11 % des éligibles à la complémentaire santé solidaire sans participation financière sont couverts par une complémentaire collective d'entreprise (tableau 1). Ils sont deux fois plus nombreux parmi les personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire avec participation financière.

Ainsi, on estime qu'environ deux tiers du public ciblé par la Complémentaire santé solidaire est couvert par cette prestation ou par une complémentaire collective d'entreprise. Plus précisément, c'est le cas de trois quart des personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire sans participation financière et de la moitié

⁵⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1166.pdf>

⁵⁸ Le modèle Ines 2019 avec lequel on estime les éligibles repose sur l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2017, vieillie pour être représentative de l'année 2019.

⁵⁹ On considère dans cette estimation que les conjoints et enfant d'un ouvrant droit sont couverts par le contrat, ce qui constitue un majorant du nombre de personnes effectivement couverte par une complémentaire santé d'entreprise.

des éligibles à la complémentaire santé solidaire avec participation financière. Soulignons enfin que l'on ne sait pas estimer avec le modèle Ines combien – parmi les personnes non couvertes par ces contrats - détiennent une assurance individuelle et combien ne sont pas couverts par une complémentaire⁶⁰.

Encadré : Une nouvelle méthodologie d'estimation du taux de recours à la complémentaire santé solidaire

Pour des raisons liées à l'évolution des dispositifs et à l'amélioration de la qualité du modèle et de ses données-sources, le remplacement de la CMUC et de l'ACS par la complémentaire santé solidaire est l'occasion de revoir la méthode d'estimation du recours sur laquelle se fondait les rapports d'activité du fonds CMU, ainsi que la présentation des résultats.

Une révision sensible des estimations

Les taux de recours sont sensiblement différents de ceux que l'on publiait auparavant (tableau 2). Le taux de recours à la CMUC/complémentaire santé solidaire gratuite se situe en haut de la fourchette précédemment publiée, tandis que le taux de recours à l'ACS/complémentaire santé solidaire avec participation financière est nettement plus bas que les résultats affichés dans les derniers rapports du fonds CMU.

Cette révision est principalement imputable à un changement de dénombrement du nombre de bénéficiaires de l'ACS : on évalue désormais le recours effectif à l'ACS et à la complémentaire santé solidaire, tandis que l'indicateur historique se fondait sur l'obtention du « chèque » ACS plutôt que sur son utilisation.

Les nombres d'éligibles en 2017 et 2018 ont également été révisés par rapport à ceux publiés dans le rapport d'activité 2019 du Fonds CMU du fait d'une meilleure identification des bénéficiaires du RSA dans le modèle. Les bénéficiaires du RSA étant automatiquement éligibles à la CMU-C, puis à la complémentaire santé solidaire sans participation financière, cette révision du nombre de bénéficiaires du RSA – à la baisse – s'est traduit par une révision à la baisse du nombre d'éligibles à la CMU-C et à la hausse de celui des éligibles à l'ACS. Par conséquent, les taux de recours à la CMU-C ont été revus à la hausse, tandis que les taux de recours à l'ACS ont été revus à la baisse.

Tableau 2 : Estimations des taux de recours à la CMU-C, à l'ACS et à la complémentaire santé solidaire avant et après révision

		2017	2018	2019
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire gratuite / la CMU-C				
Diffusés en 2020	Borne inférieure	53 %	56 %	-
	Borne supérieure	64 %	68 %	-
Calculés en 2021, méthode actualisée		64 %	66 %	66 %
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire payante / l'ACS				
Diffusés en 2020	Borne inférieure	32 %	33 %	-
	Borne supérieure	45 %	47 %	-
Calculés en 2021, méthode actualisée		26 %	28 %	27 %
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire / la CMU-C ou l'ACS				
Calculés en 2021, méthode actualisée		50 %	52 %	52 %

Sources : fonds complémentaire santé solidaire, DSS, Insee (ERFS 2015, 2016, 2017) ; Modèle Ines 2018, 2019 ; calculs Drees.

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire.

⁶⁰ Les personnes en situation précaire souscrivent aussi relativement plus souvent que d'autres à des complémentaires individuelles : en 2017, c'était le cas de la moitié des inactifs hors retraités et d'un tiers des chômeurs en 2017 (Fouquet 2020). À cette date, les 10 % les plus pauvres – correspondant à un niveau de vie proche du plafond d'éligibilité à la CSS avec participation financière – représentaient néanmoins encore 30 % des personnes non-couvertes par une complémentaire santé.

Une imprécision du taux de recours inhérente à l'estimation du nombre d'éligibles

Un autre changement important concerne la présentation des résultats, donnés jusqu'à présent sous forme de fourchette afin de souligner l'imprécision de l'estimation.

En effet, si le nombre de bénéficiaires d'un dispositif peut être mesuré par les organismes qui attribuent la prestation, ce n'est pas le cas du nombre d'éligibles. C'est pour cette raison que le nombre d'éligibles est estimé en utilisant des méthodes de micro-simulation, dont les marges d'erreur sont impossibles à évaluer de façon statistiquement robuste.

L'imprécision liée directement à l'enquête ERFS sur laquelle s'appuie le modèle Ines est accrue par l'incertitude inhérente à la microsimulation et à la complexité du modèle utilisé, qui impute les droits sociaux et fiscaux à partir des caractéristiques des foyers (composition, revenus...). Cette imprécision est particulièrement forte lorsque le nombre de foyers dont les ressources sont proches du seuil d'éligibilité est important, ce qui est le cas en particulier autour du seuil d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire payante⁶¹.

Pour rendre compte de cette marge d'erreur, la démarche adoptée jusque-là était de publier des intervalles plutôt qu'un taux de recours ponctuel, en considérant un intervalle deux fois plus grand pour l'ACS que pour la CMU-C (respectivement +/- 18 points et +/- 9 points), en raison de la plus forte densité autour du seuil d'éligibilité à l'ACS qu'autour du plafond CMU-C. Ces fourchettes ne constituaient donc pas un intervalle de confiance au sens probabiliste.

Les taux de recours présentés désormais sont ceux directement issus de l'estimation. Pour illustrer l'impact de l'imprécision liée à d'éventuels biais de mesure des revenus dans l'enquête ERFS, les taux de recours estimés sont complétés de leur élasticité aux alentours des seuils d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière (tableau 3).

Au final, les résultats doivent donc être considérés avec précaution.

Tableau 3 : Élasticité des taux de recours à la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière

		2017	2018	2019
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire gratuite / la CMU-C				
Seuil d'éligibilité +/- 1 %	Borne inférieure	63,0 %	65,6 %	65,8 %
	Borne supérieure	64,2 %	65,4 %	67,2 %
Seuil d'éligibilité +/- 3 %	Borne inférieure	61,7 %	64,4 %	64,5 %
	Borne supérieure	65,3 %	66,5 %	68,5 %
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire payante / l'ACS				
Seuil d'éligibilité +/- 1 %	Borne inférieure	25,0 %	26,4 %	24,8 %
	Borne supérieure	27,6 %	29,1 %	28,4 %
Seuil d'éligibilité +/- 3 %	Borne inférieure	23,0 %	24,3 %	23,7 %
	Borne supérieure	30,0 %	31,7 %	32,8 %

Sources : fonds complémentaire santé solidaire, DSS, Insee (ERFS 2015, 2016, 2017) ; Modèle Ines 2018, 2019 ; calculs Drees.

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire.

⁶¹ L'élasticité-revenu du nombre d'éligibles autour du seuil de la complémentaire santé solidaire payante est estimée à 5. Autrement dit, une erreur de 1% des revenus situés autour du seuil conduit à une variation de 5 % du nombre d'éligibles à la complémentaire santé solidaire payante estimé avec le modèle. Autour du seuil de la complémentaire santé solidaire payante gratuite, l'élasticité est très proche de 1 : l'estimation du nombre d'éligibles à la CSS gratuite est donc moins sensible à une erreur de mesure des revenus.

Une estimation du taux de couverture des éligibles à la complémentaire santé solidaire par une complémentaire santé d'entreprise

Dans les précédents rapports, un « taux de recours à l'ACS hors bénéficiaires de contrats collectifs » était diffusé, calculé en retirant des éligibles les personnes considérées comme couvertes par une complémentaire santé d'entreprise⁶². On considérait en revanche que les éligibles à la CMU-C, dont beaucoup sont chômeurs ou inactifs, n'étaient pas couverts. Depuis cette année, le modèle Ines permet d'imputer au niveau individuel la couverture par un contrat d'entreprise, ce qui permet d'estimer la proportion de personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire qui sont effectivement couvertes par un contrat d'entreprises.

On peut ainsi présenter un « taux de couverture par la complémentaire santé solidaire ou par une complémentaire d'entreprise », plus éclairant pour approcher la question de la couverture santé complémentaire des personnes pauvres. Cependant, parmi les personnes non couvertes par ces contrats, il demeure actuellement impossible d'évaluer à partir du modèle combien détiennent une assurance individuelle et combien ne sont couverts par aucune complémentaire santé.

⁶² Leur proportion était estimée à 24 %, à partir de la part de bénéficiaires d'un contrat collectif parmi les personnes du premier quintile de niveau de vie dans l'enquête SRCV (Insee).

3. Présentation de la Recherche-action menée par les élèves de l'EN3S et portant sur « la complémentarité nécessaire entre le RSA et la Complémentaire santé solidaire »

La DSS et la DREES ont souhaité poursuivre la **collaboration de longue durée qui s'était établie entre le Fonds de la complémentaire santé solidaire et l'EN3S** dans le cadre de la recherche-action, travail de groupe que doivent réaliser les élèves dans le cadre de leur scolarité.

Pour la 60^e promotion, le sujet de recherche-action proposé par le ministère des solidarités et de la santé est le suivant : « **Le revenu de solidarité active (RSA) et la complémentaire santé solidaire : la nécessité d'une complémentarité effective de ces deux dispositifs afin de garantir l'accès aux soins des publics précaires** ». Une synthèse de l'étude est proposée ci-après.

Introduction

Les enjeux du recours à la complémentaire santé solidaire sont conséquents pour les allocataires du RSA (Revenu de Solidarité Active), puisque leur santé physique et psychique est globalement moins bonne que celle de l'ensemble des personnes de 18 à 59 ans⁶³.

Cet état de santé dégradé peut s'expliquer en partie par le renoncement aux soins, qui dépend lui-même de la couverture par une complémentaire santé.

Or, malgré l'éligibilité à la complémentaire santé solidaire des allocataires du RSA et l'automatisation du renouvellement de leur droit, le recours à cette prestation n'a que faiblement augmenté au sein de la population générale depuis la réforme intervenue en novembre 2019⁶⁴. Ainsi, 5,8 millions de personnes sont couvertes par la complémentaire santé solidaire (sans participation financière) fin mars 2021 contre 5,78 millions fin octobre 2019, ce qui représente une progression modeste du nombre de bénéficiaires⁶⁵.

Comment, dès lors, rendre plus effective la complémentarité voulue entre les dispositifs RSA et complémentaire santé solidaire – en particulier pour les primo-demandeurs – afin d'améliorer l'accès aux soins des publics précaires ?

Pour répondre à cette interrogation, le travail de recherche-action mené dans le cadre de la scolarité à l'EN3S (Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale), intitulé « Le RSA et la complémentaire santé solidaire : La nécessité d'une complémentarité effective de ces deux dispositifs afin de garantir l'accès aux soins des publics précaires », porte sur trois principaux axes.

Il s'agit d'abord d'établir **un état des lieux actualisé du recours à la complémentaire santé solidaire par les primo-demandeurs du RSA**. En l'absence de données quantitatives précises, c'est principalement une analyse qualitative des motifs de non-recours à cette prestation qui est effectuée, sur la base de plusieurs entretiens avec des bénéficiaires du RSA.

Cette recherche a ensuite pour **objectif d'évaluer les modalités de proposition de la complémentaire santé solidaire lors de la primo-demande de RSA auprès d'une Caf** (Caisse d'allocations familiales) ou d'un organisme de la MSA (Mutualité Sociale Agricole). Sont pris en compte des territoires, types de publics et interlocuteurs variés. Le point de vue des partenaires des organismes de Sécurité sociale est également intégré dans l'analyse du dispositif.

Enfin, l'objectif est de **recenser les pistes d'actions pour accroître le recours à la complémentaire santé solidaire par les allocataires du RSA**, lors d'une primo-demande ou bien lors de son renouvellement.

⁶³ Enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) 2012. INSEE, *Enquête Budget de famille (BDF)*.

⁶⁴ En vertu de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

⁶⁵ *La complémentaire solidaire et l'accès aux soins*, n°2. Ministère des Solidarités et de la Santé, Juin 2021.

✓ Une évaluation inachevée de l'impact de la réforme sur le recours à la complémentaire santé solidaire par les allocataires du RSA

En termes quantitatifs, l'impact de la réforme de la complémentaire santé solidaire pour les allocataires du RSA est difficile à évaluer. En effet, il n'existe pas à ce jour d'estimation du taux de recours à cette nouvelle prestation par les seuls bénéficiaires du RSA. Cela rend impossible à l'heure actuelle de comparer le recours à la Complémentaire santé solidaire des bénéficiaires du RSA à celui de l'ensemble des éligibles ou de mesurer une évolution par rapport au recours des bénéficiaires RSA à l'ancienne CMU-C (Couverture Universelle Maladie Complémentaire). La situation de crise sanitaire connue au cours de l'année 2020 ainsi que les mesures de prolongation de droits rendent également périlleux l'exercice de mesure des effets propres de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, pour les bénéficiaires du RSA comme pour l'ensemble des personnes éligibles à ce dispositif.

L'analyse qualitative auprès des organismes de sécurité sociale instruisant les demandes et de quelques bénéficiaires permet toutefois de mettre en lumière plusieurs motifs de non-recours. Ces motifs sont d'abord liés aux **difficultés rencontrées par les organismes de Sécurité sociale dans la mise en œuvre du dispositif de la complémentaire santé solidaire**. Les démarches d'ouverture des droits à la complémentaire santé solidaire demeurent complexes, tandis que leur dématérialisation pénalise les publics les plus éloignés du numérique. Cet effet est accru par le recul de l'accès aux services publics de proximité.

Enfin, **les allocataires du RSA semblent être insuffisamment ciblés** par les organismes en matière de promotion de la complémentaire santé solidaire, tout particulièrement en termes de communication auprès du public.

Le non-recours est également lié **aux caractéristiques et comportements propres aux bénéficiaires du RSA**. Il s'agit d'abord de personnes moins familières des démarches administratives, qui peuvent en outre craindre un effet stigmatisant du recours à la complémentaire santé solidaire. La structure familiale – notamment la présence d'enfants au sein du ménage – ainsi que le caractère non-prioritaire de leur propre santé parmi l'ensemble des difficultés auxquels les publics les plus précaires ont à faire face sont aussi des facteurs importants.

✓ Un dispositif d'attribution de la complémentaire santé solidaire aux allocataires toujours marqué par l'hétérogénéité des pratiques entre organismes

Cinq domaines d'action des organismes de Sécurité sociale sont explorés.

La gestion de la prestation est relativement harmonisée d'un département à l'autre, ce qui tend à faciliter l'accès des bénéficiaires du RSA. La transition menée dans le cadre de la réforme de l'ancienne CMU-C a permis de simplifier et rationaliser les démarches – du moins du point de vue des organismes.

La relation à l'allocataire en matière d'accès à la complémentaire santé solidaire est toutefois plus inégale. Si la généralisation du téléservice a permis de simplifier les demandes pour une majorité des publics, **les plus précaires peuvent être pénalisés**. C'est pourquoi les dispositifs d'accompagnement à l'accès aux droits sont importants, mais diversement mobilisés selon les territoires.

De plus, **l'utilisation des systèmes d'information (SI) est perfectible** en ce qui concerne la complémentarité des droits à la complémentaire santé solidaire et au RSA. Les échanges de données des bénéficiaires entre branches semblent insuffisamment harmonisés au niveau national.

La coopération entre la branche « famille » et la branche « maladie », ainsi qu'avec le régime agricole, apparaît également très variable selon les organismes et les territoires. C'est notamment le cas en termes de communication auprès des publics et de formation des professionnels.

Enfin, **les démarches partenariales avec des associations, voire des collectivités territoriales, sont là encore développées de façon très variable selon les départements**. Ce sont pourtant ces partenariats qui permettent de toucher les personnes les plus précaires et éloignées des démarches administratives.

Enfin, **les démarches partenariales avec des associations, voire des collectivités territoriales, sont là encore développées de façon très variable selon les départements.** Ce sont pourtant ces partenariats qui permettent de toucher les personnes les plus précaires et éloignées des démarches administratives.

✔ **Cinq domaines d'amélioration des pratiques pour accroître le recours à la complémentaire santé solidaire par les allocataires du RSA**

Les préconisations du présent travail de recherche-action s'articulent là encore **autour de cinq axes.**

Premièrement, il paraît utile de **renforcer la communication autour de la complémentaire santé solidaire**, à la fois auprès des bénéficiaires du RSA et des professionnels qui les accompagnent, en particulier au sein de la branche « famille » ou des associations d'insertion.

Plusieurs outils pourraient aussi être déployés afin de **lutter contre le non-recours à cette prestation.** D'abord, le renforcement et **l'harmonisation des requêtes au sein des systèmes d'informations des organismes**, pour permettre, au niveau local, **un véritable « aller-vers »** les allocataires du RSA non recourant à la complémentaire santé solidaire. La demande de complémentaire santé solidaire pourrait en outre être simplifiée et mieux accompagnée, tant en version papier que via le téléservice. **A cet égard, l'évaluation qualitative de l'accompagnement des allocataires pourrait être renforcée.**

Une proposition centrale demeure toutefois **l'automatisation de l'octroi de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA.** La CPAM pourrait alors être désignée comme organisme complémentaire « par défaut » lors d'une primo-demande. **Un outil de suivi de l'ensemble des droits sociaux demandés et ouverts par les usagers (« Dossier social partagé ») ou, a minima, de suivi des droits à la complémentaire santé solidaire** semblerait dès lors indispensable, afin que les allocataires soient informés à tout moment de leur situation.

L'amélioration de la coopération entre la branche « famille » et la branche « maladie » paraît également souhaitable. Celle-ci peut prendre diverses formes : coanimation d'ateliers d'inclusion numérique, échanges sur les pratiques professionnelles, mise à disposition temporaire de personnels ou encore mise en place d'accueils uniques pour les deux organismes.

Pour finir, **les démarches partenariales gagneraient à être développées dans l'ensemble des départements.** Ces partenariats peuvent concerner aussi bien les associations d'insertion que les établissements publics et professionnels libéraux de santé, ou encore Pôle Emploi – dans la perspective de favoriser l'accès à la complémentaire santé solidaire en fonction des événements du parcours de vie, comme la perte d'emploi.

B. Les études réalisées en 2021 en parallèle des travaux soutenus par le Fonds de la complémentaire santé solidaire

1. Fiche du Panorama de la DREES « Minima sociaux et prestations sociales – Edition 2021 » : « La Complémentaire santé solidaire »⁶⁶

Cette publication expose de façon synthétique une série de résultats permettant de décrire les deux volets de la complémentaire santé solidaire au travers du suivi du nombre et du profil des bénéficiaires.

Fin 2020, 7,2 millions de personnes sont couvertes par la complémentaire santé solidaire, soit une augmentation de 4,2 % en un an, dont 5,9 millions sans participation financière et 1,3 million avec participation financière. À cette date, ce dispositif est encore souvent méconnu, y compris parmi les personnes ayant de faibles ressources. En effet, près d'une personne sur quatre (23 %) affirme ne pas en avoir entendu parler, contre 2 % pour le RSA ou 5 % pour les allocations familiales.

Les données concernant les caractéristiques des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire n'étant pas encore disponibles au moment de la publication et les conditions d'accès à ce dispositif étant les mêmes que pour le couple CMUC/ACS, les caractéristiques des bénéficiaires sont décrites à partir des dernières données disponibles pour la CMUC et l'ACS.

En 2019, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus jeunes, plus souvent issus de familles monoparentales et vivent plus souvent dans un foyer où le niveau de diplôme de la personne de référence à un niveau de diplôme est inférieur au baccalauréat. Celle-ci est aussi plus souvent au chômage que le reste de la population⁶⁷.

Les plus de 60 ans sont très peu nombreux à bénéficier de la CMU-C car le montant maximal du minimum vieillesse est supérieur au plafond de la CMU-C et les allocations du minimum vieillesse sont comprises dans la base ressources. Les bénéficiaires d'une attestation ACS sont ainsi plus âgés que les bénéficiaires de la CMU-C. Enfin, en 2017, 11 % des bénéficiaires de la CMU-C et 33 % des bénéficiaires d'une attestation ACS souffraient d'au moins une affection de longue durée (ALD), contre 17 % de l'ensemble des personnes ayant effectué une dépense de santé dans l'année.

En France métropolitaine, le taux de couverture par la CMUC était de 8,2 % en 2019. Il variait de 3,2 % en Haute-Savoie à 16,5 % en Seine-Saint-Denis. Dans les DROM (hors Mayotte), où le plafond de ressources est plus élevé, le taux de couverture est de 32,2 %. Les bénéficiaires d'un contrat ACS représentaient 1,9 % des habitants en France métropolitaine. Leur part variait de 0,4 % dans le Haut-Rhin à 4,7 % dans les Alpes-Maritimes. Elle est aussi très élevée dans les DROM (5,4 %). Pour les bénéficiaires de la CMUC comme ceux de l'ACS étaient surreprésentés non seulement dans les DROM, mais aussi dans le nord de la France et le pourtour méditerranéen.

2. Etudes et résultats n°1206 (Legendre B., 2021) : « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux »⁶⁸

Cette étude analyse l'évolution entre 2016 et 2019 de l'accessibilité aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux médecins généralistes et aux sages-femmes. Elle s'appuie sur la mesure de l'accessibilité potentielle localisée (APL), un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de

⁶⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2035%20-%20La%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire%2028CSS%29.pdf>

⁶⁷ 43 % des bénéficiaires de la CMUC ont moins de 20 ans (contre 24 % de l'ensemble de la population), 27 % vivent dans une famille monoparentale (contre 10 %), 73 % appartiennent à un foyer dont la personne de référence à un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (contre 55 %) ; la personne de référence est au chômage dans 29 % des cas, contre 4 % pour l'ensemble de la population.

⁶⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-trois-quarts-des-personnes-les-plus-eloignees-des>

soins de ville (hors hôpital) fondé à la fois sur la proximité avec les professionnels de santé et sur leur disponibilité.

En 2019, l'accessibilité aux infirmiers de moins de 65 ans s'élève ainsi en moyenne à 152 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants en France, hors Mayotte. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, elle correspond à 105 ETP pour 100 000 habitants ; pour les sages-femmes, à 18 ETP pour 100 000 femmes. Le nombre moyen de consultations accessibles auprès de médecins de moins généralistes de 65 ans est de 3,5 consultations par habitant en 2019.

Entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore (respectivement +9 %, +9 % et +16 %). Au contraire, celle des médecins généralistes se dégrade (-6 %). Ces résultats bruts restent valables si l'on prend en compte l'effet du vieillissement global de la population : à population donnée, l'amélioration de l'APL est alors de 4 % pour les infirmiers, de 7 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et de 18 % pour les sages-femmes et l'APL se dégrade de 7 % pour les médecins généralistes.

Les inégalités régionales d'accessibilité sont particulièrement importantes en ce qui concerne les infirmiers. Elles existent également pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes, mais elles se conjuguent à une concentration forte autour des pôles urbains. Les sages-femmes sont, quant à elles, réparties de manière très hétérogène sur le territoire.

En fin de compte, les trois quarts des personnes cumulant des difficultés d'accessibilité vivent dans des territoires ruraux. Parmi les 20 % connaissant au moins une difficulté, la moitié cumule une mauvaise accessibilité à plusieurs professions.

3. Etudes et résultats n°1200 (Lapinte A. et Legendre B., 2021) : « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres »⁶⁹

Cette étude, basée sur l'enquête SRCV de 2017, décrit le taux de renoncement aux soins déclaré, le profil des personnes qui disent avoir renoncé à un soin dont elles avaient besoin ainsi que le principal motif de renoncement. Elle interroge en profondeur les facteurs du renoncement aux soins et leurs liens croisés avec deux façons d'appréhender la pauvreté : la pauvreté monétaire et la pauvreté en conditions de vie.

En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee. Une fois tenu compte des autres caractéristiques des personnes interrogées, les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. Dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est même plus de huit fois supérieur à celui du reste de la population.

Être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins. Par exemple, les bénéficiaires de la CMU-C renoncent cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé. Les autres facteurs de risque sont le mauvais état de santé, en particulier le handicap, et l'isolement social. Toutefois, le renoncement décroît avec l'âge et est inférieur chez les personnes en affection de longue durée (ALD).

Parmi les personnes ayant eu des besoins de soins, la moitié ayant renoncé au cours des douze derniers mois a moins de 40 ans, contre un tiers de celles qui n'ont pas renoncé. Les personnes qui ont renoncé à des soins sont moins satisfaites de leurs relations amicales ou familiales : or, le degré de satisfaction à l'égard de ses relations renseigne sur le capital social mobilisable pour accompagner une démarche de soins et contrer les obstacles financiers ou organisationnels dans l'accès à ces soins (garde des enfants, conduite, incitation au suivi, etc.).

⁶⁹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>

Les contraintes organisationnelles qu'implique la présence d'enfants, en particulier pour les familles monoparentales, seraient d'ailleurs contrebalancées par la forme d'insertion sociale qu'induit la parentalité et l'influence probable du suivi médical organisé des enfants sur celui des parents (visites médicales en crèche, santé scolaire, consultations de suivi à des âges déterminés, etc.). De la même manière, l'insertion sociale liée à l'emploi expliquerait le moindre renoncement aux soins des actifs occupés par rapport aux personnes au chômage, alors que ces dernières ont théoriquement moins de contraintes temporelles.

Les personnes ayant renoncé à au moins une consultation ou examen au cours de l'année écoulée ont un niveau de vie annuel médian inférieur de 2 000 euros à celui des patients qui ont consulté leur médecin chaque fois qu'ils en ont eu besoin. Elles sont deux fois plus nombreuses que les autres à vivre sous le seuil de pauvreté et trois fois plus souvent pauvres en conditions de vie.

Toutes choses égales par ailleurs, vivre dans une zone où les difficultés d'accessibilité aux soins sont importantes multiplie le risque de renoncement par 1,8. Néanmoins, cette surexposition liée à une densité médicale repose principalement sur les personnes pauvres en conditions de vie : pour elles, le risque est multiplié par 3,5 par le fait de vivre en zone sous-dotée, alors que ce facteur n'a pas d'impact repérable chez le reste de la population. Les personnes précaires, ayant globalement des contraintes professionnelles plus rigides, peuvent avoir plus de difficultés à mobiliser les différents types de ressources permettant de surmonter les difficultés engendrées par une accessibilité localisée faible.

Le principal motif déclaré ne reflète que partiellement les déterminants du renoncement : le manque de moyens n'est évoqué que dans un cas sur quatre comme la principale raison du renoncement (graphique 2). Le motif le plus évoqué est le fait d'attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes (par 4 personnes sur 10), tandis que 15 % évoquent un manque de temps.

Le renoncement est multifactoriel : ce n'est pas un obstacle unique qui conduit à la décision de ne pas consulter (par exemple, la distance géographique), mais sa combinaison avec d'autres difficultés (obligations familiales ou professionnelles, contraintes de mobilité, limitations financières, etc.).

4. Dossier de la DREES n°77 (Forzi L., Titli L., Carpezat M. et Verdier C., 2021) : « Accès aux soins et pratiques de recours - Étude sur le vécu des patients »⁷⁰

Cette étude propose un éclairage qualitatif sur les logiques de recours aux soins des patients, à partir de 25 entretiens sociologiques réalisés entre janvier et avril 2019 sur trois territoires urbains ayant une accessibilité aux médecins généralistes légèrement inférieure à la moyenne nationale. Elle articule une approche spatiale des soins des patients avec d'autres dimensions entrant en jeu dans l'organisation concrète des consultations de professionnels de santé.

L'objectif était de comprendre comment la variable spatiale joue concrètement dans les logiques de choix des professionnels et dans l'organisation des pratiques de soins, mais également d'identifier quels autres facteurs peuvent apparaître comme des facilitateurs ou, à l'inverse, comme des freins dans l'accès aux soins. Pour cela, l'étude se penche sur l'organisation concrète, sur le plan spatial et temporel, des pratiques de soins, en les situant dans des emplois du temps « ordinaires » et quotidiens.

Les résultats indiquent d'abord que le ressenti de la distance doit être replacé dans l'espace vécu des individus, multidimensionnel et propre à chacun. Il est susceptible de varier selon le type de professionnel considéré (médecin généraliste, autre professionnel médical de premier recours, auxiliaires médicaux et spécialistes de second recours).

Ensuite, la distance géographique n'apparaît pas comme un obstacle « en soi », mais elle peut le devenir lorsqu'elle se combine à d'autres facteurs (capacités de mobilité, maîtrise des contraintes professionnelles, charge familiale, etc.).

⁷⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/acces-aux-soins-et-pratiques-de-recours-etude-sur-le-vecu-des>

Enfin, la mise en perspective des pratiques de recours aux soins avec les représentations qu'en ont les enquêtés révèle que le vécu du manque et la propension à identifier et percevoir des obstacles dans l'accès aux soins ne sont pas nécessairement corrélés avec la « réalité » des difficultés rencontrées.

5. Fiche du Panorama de la DREES « Les dépenses de santé en 2020 » : « Le financement par les organismes complémentaires »⁷¹

La fiche « Le financement par les organismes complémentaires » du Panorama de la DREES « Les dépenses de santé en 2020 » présente notamment la contribution des organismes complémentaires (OC) au financement des dépenses en optique, prothèses auditives et dentaires concernés par la réforme du 100% santé. Cette publication s'appuie sur les données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), qui permet pour la première fois en 2020 de distinguer les prestations des OC dans chaque panier de soin.

La part des OC dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux s'établit à 12,3 %, 36 % de la dépense en biens médicaux hors médicaments et 57 % de celle des trois postes concernés par le 100 % santé.

En 2020, le 100 % santé représente 30 % des dépenses financées par les OC. Ils financent 43,3 % des soins dentaires. Cette part a augmenté de 3,2 points en un an, même si le montant des prestations versées a enregistré une baisse de 1,7 % sur la même période. Les OC financent une part encore plus élevée de la dépense en optique : elles couvrent 56 % de la dépense du panier 100 % santé pour ce poste et 70 % du reste de la dépense, soit 69,6 % de la dépense totale en optique. Suite aux modifications dans les dépenses de santé liées à la crise sanitaire, les prestations servies par les OC en optique ont néanmoins reculé de 10,8 % en un an. En audiologie, la réforme du 100 % santé n'est entièrement entrée en vigueur début 2021 en audiologie, plus tardivement et plus progressivement que pour les soins dentaires et optiques. En 2020, les OC ont pris en charge 36 % de la dépense du 100 % santé en optique et 22 % de la dépense sur ce poste hors panier 100 % santé.

6. Fiche du Panorama de la DREES « Les dépenses de santé en 2020 » : « Le reste à charge des ménages »⁷²

Cette fiche du Panorama de la DREES « Les dépenses de santé en 2020 » décrit le reste à charge en santé des ménages, c'est-à-dire la partie de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financée par les ménages, après intervention de l'Assurance maladie, de l'État et des organismes complémentaires⁷³. Le niveau du reste à charge constitue donc un indicateur important pour mesurer les obstacles financiers à l'accès aux soins et les inégalités face aux soins.

En 2020, le reste à charge s'élève à 13,6 milliards d'euros, soit 6,5 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux, contre 7,2 % en 2019. Cette baisse de 0,7 % est liée à l'impact de la crise sanitaire sur la consommation de soins et son financement, et s'observe pour toutes les composantes de la CSBM, à l'exception de l'optique. Dans ce secteur, le reste à charge augmente de 4,1 points par rapport à 2019, une hausse due à la faible pénétration des équipements du 100 % santé et à la baisse de la prise en charge par l'Assurance maladie des produits au tarif libre.

Deux secteurs contribuent fortement à la baisse d'ensemble du reste à charge enregistrée en 2020 : les soins dentistes (-3,8 points en 2020), sous l'effet de la mise en place du 100 % santé, et les soins hospitaliers publics (-0,6 point en 2020), les dépenses supplémentaires dans le cadre de la crise sanitaire ayant été prises en charge essentiellement par la Sécurité sociale. Ce dernier point est particulièrement important pour expliquer la

⁷¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2019%20-%20Le%20financement%20par%20les%20organismes%20compl%C3%A9mentaires.pdf>

⁷² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2020%20-%20Le%20reste%20%C3%A0%20charge%20des%20m%C3%A9nages.pdf>

⁷³ Le reste à charge n'inclut donc pas le coût des complémentaires santé pour les ménages.

tendance générale observée en 2020, la structure de soins s'étant nettement déformée en faveur des secteurs où le reste à charge est le plus faible, ce qui explique près de la moitié de la baisse globale du reste à charge.

Le reste à charge des dépenses hospitalières est de 1,4 %, contre 9,2 % pour les soins de ville, 12,8 % pour les médicaments en ambulatoire. Le poste pour lequel le reste à charge est le plus important sont les dépenses en optique (27,4 %).

CHAPITRE 6

L'information et la communication relatives à la complémentaire santé solidaire

Cette partie consiste à présenter les missions d'information et de communication visant à promouvoir la complémentaire santé solidaire, missions principalement réalisées par la CNAM et la DSS.

I. Les actions de communication et d'information auprès du grand public

A. Les campagnes de communication de la CNAM auprès du grand public

Au moment du lancement de la complémentaire santé solidaire en novembre 2019, une communication nationale en radio, sur le digital (web et mobile) et les réseaux sociaux avait été mise en place par la CNAM.

En avril 2021 et novembre 2021, deux campagnes de communication digitales ont été réalisées pour développer la visibilité de la complémentaire santé et inciter les personnes à se renseigner, notamment celles qui n'étaient pas éligibles avant la crise.

Les cibles prioritaires visées par ces campagnes étaient :

- ⇒ Les jeunes retraités,
- ⇒ Les jeunes de 18-25 ans
- ⇒ Les demandeurs d'emploi
- ⇒ Les familles monoparentales.

La communication était organisée autour de 4 piliers tels que présentés dans le tableau ci-dessous :

Continuité	Faire connaître	Faire la pédagogie	Faire adhérer
Poursuivre avec les visuels utilisés en 2019 	En jeu de visibilité auprès des publics éligibles : mobiliser des réseaux sociaux et des sites internet visités par ces publics. - Snapchat pour les jeunes  - Grand mercredi pour les jeunes retraités  - Parents et Dossier Familial pour les familles - Achat de référencement pour le site ameli.fr	Utiliser un ton adapté aux publics visés Mise en place de partenaires affinitaires avec les cibles visées par la campagne, et en utilisant un ton adapté.	Inciter les personnes à tester leur éligibilité sur le simulateur pour augmenter le nombre d'adhésions

Grâce à la campagne d'avril 2021, la consultation du simulateur de droits et de l'article sur la complémentaire santé solidaire sur ameli.fr a doublé en avril 2021 :

- Plus de 106 000 visites ont été effectuées sur le simulateur de droits, le double par rapport au mois d'avril 2020 ;
- Plus de 102 000 visites ont été effectuées sur la page d'information relative à la complémentaire santé solidaire présentée sur le site ameli.fr, soit une multiplication des vues par 2,3 en comparaison à avril 2020.

B. Les campagnes de communication de la MSA auprès du Grand public

Dans le cadre de sa campagne sur le non recours aux droits, la MSA a mis en avant depuis septembre 2020 la promotion de la complémentaire santé solidaire.

La campagne du non recours a été travaillée par cibles : famille / retraités / malades / jeunes / précaires et systématiquement sont mis en avant les droits auxquels ces assurés pourraient prétendre en fonction de leur situation.

La promotion de la complémentaire santé solidaire est présente dans toutes les situations. Cette campagne sur le non recours est présente tous les mois sur les sites internet, en presse et sur les réseaux sociaux.

C. Le site internet de la complémentaire santé solidaire⁷⁴



Le site de la complémentaire santé solidaire constitue un **site d'informations pour le grand public et certaines institutions spécialisées** au sujet de la complémentaire santé solidaire mais permet également de se renseigner, plus globalement, sur l'accès aux soins des publics les plus précaires, via la Protection universelle maladie (PUMA) ou l'AME.

Tout d'abord le site de la complémentaire santé solidaire constitue une source d'informations importante pour le grand public et les institutions spécialisées sur ce dispositif : il traite également d'autres informations relatives à des prestations sociales, telles que l'aide médicale de l'Etat ou la protection universelle maladie. L'ensemble de ces informations sont mises à jour au fur et à mesure des réformes et évolutions de ces dispositifs. Le site permet ainsi aux visiteurs de s'informer sur l'ensemble des démarches qu'ils ont à effectuer s'ils sont éligibles à la complémentaire santé solidaire ou à d'autres dispositifs visant à faciliter l'accès aux soins.

Un espace actualités permet en outre de rendre encore plus visibles les évolutions réglementaires, les publications et travaux de recherche sur la complémentaire santé solidaire.

Hormis le Grand public, les autres cibles prioritaires de ce site sont :

- **Les professionnels en charge de la gestion de ce dispositif** (OC, caisses d'assurance maladie...) mais également les professionnels de santé qui reçoivent les publics bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;
- **Les acteurs de terrain** de la lutte contre la précarité et l'aide à l'insertion (associations, CCAS, collectivités territoriales) qui grâce à leur réseau peuvent promouvoir le dispositif.

A cet effet, le site comporte des **espaces réservés pour les partenaires**, qui sont autant de plateformes d'informations et d'échanges avec la Direction de la sécurité sociale : il est donc impératif de les conserver et de valoriser encore plus leur utilisation par les institutions qui visitent le site⁷⁵.

⁷⁴ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>

⁷⁵ Ces espaces sont détaillés au sein du A du II du présent chapitre.

Par ailleurs, ce site permet **la valorisation des différents travaux d'études, de recherche et de communication relatifs à la complémentaire santé solidaire et à l'accès aux soins des publics précaires** financés et pilotés auparavant par le fonds, mission désormais confiés à la DSS et à la DREES.

Les rapports publics attendus sur le dispositif sont également mis en ligne sur ce site, ce qui permet une transparence de l'action publique. La DSS publie également désormais une revue **trimestrielle ayant vocation à être lue en priorité par des acteurs spécialisés mais qui se veut également lisible et compréhensible par le grand public**. En outre, tous les ans, plusieurs rapports sur la complémentaire santé solidaire doivent notamment être rendus au Parlement et ces livrables sont essentiels à la bonne connaissance par les institutions et le grand public du dispositif.

Enfin, la DSS publie une revue trimestrielle et le site permettra de rendre plus visible cette publication qui est destinée aux acteurs et institutions en charge de la complémentaire santé solidaire, le milieu associatif, le milieu de la recherche et le Grand public.

Actuellement, le site reçoit entre 6000 et 7000 visiteurs par jour, soit environ 170 000 utilisateurs par mois.

La page la plus visitée du site est celle **de la liste des organismes complémentaires en charge du dispositif**, qui est actualisée en permanence en fonction des changements / ajouts / retraits de ces institutions.

La liste des organismes complémentaires est par ailleurs transmise via des flux d'informations au site ameli.fr, ce qui permet aux assurés de pouvoir sélectionner leur organisme complémentaire lors de leur demande de complémentaire.

Cette page est accessible au grand public, et donc aux personnes potentiellement éligibles à la complémentaire santé solidaire, afin que ces dernières puissent choisir l'organisme complémentaire de leur choix. On retrouve également cette liste sur les espaces réservés du site et qui est essentiellement à la bonne gestion et coordination du dispositif.

II. Les actions de communication et d'information auprès des acteurs et partenaires de la complémentaire santé solidaire

Afin d'aider les différents acteurs en charge de la gestion de la complémentaire santé solidaire, la DSS met régulièrement à leur disposition sur les espaces réservés du site gouvernemental des informations et outils qui permettent une meilleure compréhension du dispositif (A). Cette direction s'emploie également à publier à un rythme trimestriel la revue de la complémentaire santé solidaire et de l'accès aux soins (B).

A. Présentation des espaces réservés pour les partenaires sur le site de la complémentaire santé solidaire

1. Organismes complémentaires

L'espace réservé aux organismes complémentaires contient une foire aux questions sur la gestion du dispositif, toute la documentation juridique, les documents à remplir et à remettre à la Direction de la sécurité sociale, toutes les actualités autour du dispositif, la liste des correspondants au sein des caisses d'assurance maladie, des fiches procédures relative à la gestion de la complémentaire santé solidaire, ou encore l'ensemble des prestations prises en charge par la complémentaire santé solidaire.

Sont présents :

- Une **foire aux questions** sur la gestion du dispositif, actualisée des questions reçues des organismes complémentaires par la Direction de la sécurité sociale.
- Toute la **documentation juridique** liée au dispositif.
- Des **fiches présentant l'ensemble des prestations prises en charge par la complémentaire santé solidaire** (prises en charge à l'hôpital, consultations auprès d'un professionnel de santé, dispositifs médicaux, prises en charge dans les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audiologie).
- Des **fiches de procédure à destination des organismes complémentaires pour les aider dans la gestion du dispositif**. Plusieurs thèmes sont abordés tels que les incidents de paiement, la suspension et la fermeture des droits, l'ouverture d'un droit de complémentaire santé solidaire, le renouvellement d'un droit de complémentaire santé solidaire, la procédure à suivre en cas de retrait de la liste des organismes habilités (retraits volontaires, fusions-absorptions), etc. De nouvelles fiches de procédure sont régulièrement ajoutées par la Direction de la sécurité sociale.
- Plusieurs **ressources utiles** sont également mises à disposition aux organismes complémentaires : des modèles de bulletin d'adhésion et de déclaration d'engagement, un tableau de garanties détaillées, le formulaire de demande de la complémentaire santé solidaire, etc.
- L'ensemble des **documents à remplir et à remettre à la Direction de la sécurité sociale** (suivi de la montée en charge, le tableau des effectifs trimestriels et le tableau récapitulatif annuel de la complémentaire santé solidaire, le formulaire d'inscription à la liste des organismes habilités à gérer le dispositif).
- La **liste des correspondants au sein des caisses d'assurance maladie** (CPAM et caisses de MSA) avec les coordonnées, adresses postales.
- Enfin, toutes les **actualités** autour du dispositif.

2. Caisses de sécurité sociale

Les caisses de sécurité sociale possèdent également leur espace réservé dans lequel elles peuvent retrouver la liste actualisée des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire (adresses postales, adresses mail et numéro de téléphone des gestionnaires du dispositif au sein des organismes), une foire aux questions dédiées aux caisses d'assurance maladie, ainsi que des documents de travail.

3. Associations et acteurs de terrain

Les associations et acteurs de terrain peuvent bénéficier d'un accès libre aux informations relatives à la complémentaire santé solidaire avec une foire aux questions, les prestations prises en charge par la complémentaire santé solidaire, la liste des organismes habilités à gérer le dispositif. Cet espace sera prochainement alimenté de fiche d'informations et de documents de communication à destination des acteurs de terrain afin de les aider dans la promotion du dispositif.

B. Présentation de la revue trimestrielle de la complémentaire santé solidaire et de l'accès aux soins



LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ET L'ACCÈS AUX SOINS

L'ÉDITORIAL Par Denis Le Bayon, sous-directeur de l'accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail

En attendant que soit adopté par le Parlement le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 et qu'entrent en vigueur les différentes mesures qu'il contient sur l'accès aux soins des assurés et notamment des personnes en situation de précarité, nous vous proposons d'analyser dans cette édition de notre revue le dispositif de la complémentaire santé solidaire à travers plusieurs prismes, celui des effectifs, celui de la gestion et celui de la dépense de l'assurance maladie.

La réforme de la complémentaire santé solidaire constitue une des réformes prioritaires portées par les pouvoirs publics. L'évaluation de sa bonne montée en charge constitue un impératif, afin de s'assurer que l'accès aux soins des plus modestes s'améliore. En toute transparence, nous souhaitons donc restituer ici les données disponibles, qui concernent les années 2020 et 2021, premières années de mise en œuvre de ce nouveau dispositif et du transfert des missions de l'ancien Fonds de la complémentaire santé solidaire vers le

ministère des Solidarités et de la Santé, la CNAM et l'ACOSS.

Ces données sont encourageantes, en particulier car le nombre de personnes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire avec participation financière est en hausse : un des enjeux majeurs de la réforme était en effet d'augmenter le nombre de bénéficiaires par rapport à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, que ce dispositif remplace, et qui était caractérisée par un taux de non recours particulièrement marqué.

En outre, sont présentées dans ce numéro des données statistiques relatives à la composition des foyers, à l'âge et aux revenus des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière. Ces éléments permettent de mieux connaître leurs profils. L'ensemble de ces données constitue un recueil de connaissances précieux pour améliorer et adapter en permanence ce dispositif aux différents types d'assurés qui en bénéficient. Nous vous souhaitons une bonne lecture.

LA NOUVELLE GOUVERNANCE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE PREND FORME A PLUS DE NEUF MOIS DU TRANSFERT DES MISSIONS DU FONDS VERS LE MINISTÈRE ET LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

Le transfert des missions du Fonds de la complémentaire santé solidaire a entraîné une réorganisation de la comitologie mise en place autour de ce dispositif, dont la plupart des instances sont pilotées par la direction de la sécurité sociale et la caisse nationale d'assurance maladie. Aujourd'hui, différentes instances rassemblent les parties prenantes à la gestion et à la promotion de la complémentaire santé solidaire.

Tout d'abord, le comité de suivi, présidé par le directeur de la sécurité sociale, constitue l'instance stratégique de suivi national de la complémentaire santé solidaire. Il a été institué à la demande du ministre des solidarités et de la santé en remplacement du conseil de surveillance du Fonds.

Ce comité a pour enjeu majeur de réunir au moins deux fois par an l'ensemble des parties prenantes à la complémentaire santé

solidaire : représentants d'associations, principales fédérations d'organismes complémentaires, organismes d'assurance maladie obligatoire, afin de faire le point sur la mise en œuvre du dispositif, ses atouts, ses faiblesses et les leviers d'évolution mobilisables.

En complément des deux premiers comités de suivi qui se sont déroulés les 25 janvier et 24 juin, un dernier comité aura lieu en décembre 2021.

La direction de la sécurité sociale organise également quatre fois par an des comités techniques qui réunissent les services du ministère, de la CNAM, de la CCMSA, et de l'ACOSS en charge de la complémentaire santé solidaire : ces comités sont l'occasion de partager les informations sur les dernières données statistiques disponibles, les évolutions réglementaires en cours ou à venir, mais aussi par exemple d'aborder des

problématiques opérationnelles relatives à la transmission des flux informatiques entre organismes gestionnaires de la complémentaire santé solidaire.

Enfin, compte tenu des nouvelles missions de la direction de la sécurité sociale, il est apparu nécessaire de lui permettre de bénéficier de remontées directes de terrain des associations et autres acteurs de la lutte contre la précarité.

La direction de la sécurité et la caisse nationale d'assurance maladie co-pilotent désormais une réunion annuelle avec l'ensemble de ces partenaires afin de rendre compte des évolutions du dispositif, d'échanger des informations de terrain avec ces acteurs afin d'adapter au mieux la réglementation relative à la complémentaire santé solidaire et d'accroître ainsi le recours des assurés à cette prestation.

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE EN CHIFFRES

P. 2 À 4

LA RUBRIQUE DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

P. 5

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE - LES ÉTUDES

P. 5

Retrouvez l'ensemble des actualités de la Complémentaire santé solidaire sur le site : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>

La revue de la complémentaire santé solidaire, dont le premier numéro a été diffusé à l'été 2021 et le deuxième à l'automne 2021, comporte plusieurs rubriques dont :

- Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière
- Les actualités de la complémentaire santé solidaire et de l'accès aux soins
- Des informations utiles pour les organismes complémentaires
- Les publications et études relatives à la complémentaire santé solidaire
- L'agenda des instances relatives à la Complémentaire santé solidaire en 2021.

Cette publication prend la relève de "Références", revue trimestrielle auparavant publiée par le Fonds de la complémentaire santé solidaire. En effet, malgré la suppression de ce Fonds, il apparaît essentiel pour le ministère des solidarités et de la santé de continuer à informer les parties prenantes à ce dispositif sur ses évolutions mais aussi de manière plus globale sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Annexe 1 – Etude d'impact « Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire » - PLFSS pour 2022

Article 45 – Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

Présentation de la mesure

Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Pour les personnes en situation de précarité, la couverture complémentaire est une condition essentielle en France pour garantir l'accès aux soins de tous : en effet, la couverture assurantielle joue un rôle prédominant dans les décisions individuelles de santé, notamment les foyers les plus modestes, bénéficiaires ou éligibles à la complémentaire santé solidaire⁷⁷. Or, les personnes non couvertes par une complémentaire santé sont principalement des personnes à faible revenu : travailleurs précaires, chômeurs ou inactifs. En effet, si 4 % de la population française n'est pas couverte par une complémentaire santé, ce taux s'élève à plus de 11 % parmi les 10 % de foyers les plus pauvres. Il en résulte des renoncements aux soins importants, puisqu'en 2014, 37% des assurés parmi les 20% les plus pauvres avaient renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières, soit presque trois fois plus que celles appartenant aux 20 % de ménages les plus riches, dont le taux de renoncement est égal à 13 %, alimentant ainsi les inégalités sociales de santé⁷⁸.

La réforme de la complémentaire santé solidaire, mise en œuvre à compter du 1^{er} novembre 2019, vise à répondre à ces problématiques, en créant une couverture unique, simplifiée, couvrant un panier de soins élargi, à destination des personnes à revenus modestes. Cette réforme doit ainsi se traduire par une amélioration du taux de recours par rapport à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), qui demeurerait insuffisant. En 2018, alors qu'existaient encore les dispositifs CMU-C/ACS, l'estimation du nombre d'éligibles à la CMU-c réalisée par la DREES se situait entre 6,5 et 7,7 millions de personnes, ce qui amenait le taux de recours à la CMU-c dans une fourchette allant de 56 % à 68 % en 2018. Le nombre d'éligibles à l'ACS (y compris bénéficiaires de contrats collectifs) se situait quant à lui entre 3,1 et 4,4 millions de personnes en 2018 : le taux de recours à l'ACS en 2018 s'élevait ainsi entre 33 et 47 %. Dans le cadre des mesures engagées par le Gouvernement en faveur de la facilitation de l'accès aux droits, l'amélioration du taux de recours à la complémentaire santé solidaire constitue donc un objectif prioritaire, rappelé dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté de 2018.

A date, il apparaît que le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire connaît une hausse par rapport aux anciens effectifs CMU-C/ACS, même s'il est encore trop tôt pour tirer un bilan définitif de la montée en charge de la réforme compte tenu notamment du caractère atypique de la période récente marquée par la crise sanitaire : 7,31 millions en mars 2021, contre 7,08 millions en octobre 2019, sur 12 millions de personnes potentiellement éligibles.

Dans le contexte de crise sanitaire que traverse le pays et des impacts socio-économiques qu'elle engendre, il apparaît encore plus primordial de renforcer l'accès à la complémentaire santé solidaire des assurés les plus précaires.

Ce recours insuffisant peut notamment concerner des bénéficiaires de minimas sociaux, qui disposent pourtant de procédures d'attribution et de renouvellement simplifiées.

Il s'agit tout d'abord **d'accroître le recours à la complémentaire santé solidaire pour les plus précaires, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)**, qui, même s'ils bénéficient de procédure d'attribution (depuis la création de la CMU-c) et de renouvellement (depuis 2019) simplifiés, ne sont pas tous couverts à ce stade. Selon des données maintenant anciennes de la DREES, fin 2012, la proportion d'allocataires du RSA socle non majoré bénéficiant de la CMU-C était de l'ordre de 80 % sur 1,7M d'allocataires en décembre 2012⁷⁹. 8% de ses allocataires ne disposaient d'aucune couverture complémentaire (le différentiel étant pris en charge par une complémentaire du conjoint par exemple). Au regard de la progression modeste constatée entre octobre 2019 (5.78 millions de bénéficiaires) et mars 2021 (5.92 millions de bénéficiaires) sur les effectifs de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation, la proportion de bénéficiaires du RSA recourant à la complémentaire santé solidaire parmi

⁷⁶ Formulaire / revue / Textes normatifs / note d'information / EI PLFSS

⁷⁷ Perceptions subjectives, anticipations et préférences pour la santé des bénéficiaires de la CMU-C. Etude menée par l'Université Paris-Dauphine et l'Université de Lille - Brigitte Dormont, Cécile Gayet, Anne-Laure Samson – 2020

⁷⁸ La complémentaire santé, édition 2019, DREES

⁷⁹ Minima sociaux et prestations sociales, édition 2020, DREES

l'ensemble des bénéficiaires du RSA a vraisemblablement connu cette même évolution, ce qui justifie la mise en œuvre de nouvelles mesures facilitant l'accès à la complémentaire santé solidaire pour ces publics.

Au regard du montant de l'allocation qu'ils perçoivent, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) répondent à l'ensemble des conditions nécessaires pour accéder à la complémentaire santé solidaire participative. Pour rappel, les bénéficiaires de l'ASPA disposent d'une allocation mensuelle maximum à hauteur de 906 euros, soit 10 838,40 euros annuels. Ce même montant est inférieur au plafond maximum de la complémentaire santé solidaire dont le seuil est de 1017 euros mensuels, soit 12 205 euros annuels. Seule la perception de revenus professionnels peut conduire des bénéficiaires de l'ASPA⁸⁰ à disposer de ressources qui les conduiraient à dépasser le seuil de la complémentaire santé solidaire avec participation.

La protection complémentaire en santé de cette population âgée d'au moins 65 ans et qui dispose de faibles ressources constitue dès lors un enjeu primordial pour qu'elle puisse accéder aux soins. En effet, la complémentaire santé solidaire est un véritable levier d'accès aux soins en raison du coût faible de sa cotisation pour un panier de soins protecteur. Ce dispositif est bien plus avantageux pour les bénéficiaires de l'ASPA que n'importe quelle autre offre de santé présente sur le marché. 97% des contrats individuels sont tarifés en fonction de l'âge⁸¹ et conduisent à une forte augmentation des tarifs à compter de 60 ans : les cotisations atteignent en moyenne 85 euros par mois à 60 ans, 113 euros à 75 ans et 123 euros à 80 ans⁸², soit des montants nettement supérieurs au tarif maximum de la complémentaire santé solidaire fixé à 30 euros par mois, et ce alors même que le niveau de prise en charge moyen des contrats de complémentaire santé privés diminue avec l'âge car ils tiennent compte du profil de consommation.

Pourtant, le recours des bénéficiaires de l'ASPA à la complémentaire santé solidaire reste encore limité, notamment en raison du fait que ces bénéficiaires tendent à conserver leur contrat de complémentaire privé auquel ils avaient souscrit pendant leur période d'activité. Néanmoins, ce type de contrat s'avère très onéreux pour des bénéficiaires de l'ASPA, ce qui fragilise la situation économique de ces personnes et éventuellement leur accès aux soins puisque la complémentaire santé solidaire propose un panier de soins plus large que les contrats responsables de droit privé. En 2019, 70 628 assurés percevant l'ASPA bénéficiaient du renouvellement automatique de leur contrat de complémentaire santé solidaire sur 600 000 bénéficiaires de l'ASPA éligibles potentiels⁸³. Au regard de ces données laissant supposer un faible recours de ces publics à ce dispositif d'accès aux soins, il apparaît indispensable de proposer une mesure de simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les primo-demandeurs de l'ASPA, qui viendra compléter la mesure de renouvellement automatique déjà mise en place.

Par ailleurs, alors que les assurés disposant d'un organisme complémentaire bénéficient du droit à la résiliation infra-annuelle, sans frais, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ne peuvent pas interrompre leur droit avant le délai d'un an.

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et le décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020 relatif au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé prévoient la possibilité d'une résiliation infra-annuelle pour les contrats de complémentaire santé d'une durée supérieure à un an et tacitement reconductibles depuis le 1^{er} décembre 2020. Les contrats de complémentaire santé solidaire, d'une durée d'un an et non tacitement reconductibles, qu'elle soit gratuite ou participative, n'entrent donc pas dans le champ d'application de ce décret.

Néanmoins, des demandes de résiliation de contrats de complémentaire santé solidaire en cours de droit sont régulièrement effectuées par les bénéficiaires. Les organismes gestionnaires de ces contrats relèvent deux raisons principales pour lesquelles les bénéficiaires souhaitent résilier leur contrat : d'une part, dans le cadre d'un retour à l'emploi, le souhait de souscrire à un contrat de complémentaire proposé par son employeur et d'autre part, lorsque le bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé solidaire participative fait face à une dégradation de sa situation financière en cours de droit et souhaite réaliser une nouvelle demande de complémentaire santé solidaire pour l'obtenir à titre gratuit.

Le contrat de complémentaire santé solidaire peut apparaître dans ces situations à ce titre contraignant pour ces bénéficiaires et en tout état de cause moins avantageux sur ce point que les autres complémentaires santé.

Le champ du contentieux relatif à la complémentaire santé solidaire pourrait aussi être clarifié.

Selon l'article L.142-3 du code de la sécurité sociale, « les litiges relatifs aux décisions prises en application de l'article L. 861-5 » (à savoir les décisions d'attribution de la complémentaire santé solidaire) rentrent dans le champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale et sont soumis à la commission de recours amiable (CRA). Néanmoins, il existe un vide juridique s'agissant des autres décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire, qu'il s'agisse des décisions de fermeture du droit prises en application de l'article L. 861-11 comme des décisions relatives aux demandes de remise ou de réductions de dettes et décisions ordonnant le reversement d'une prestation versée à tort prises sur le fondement de l'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale.

Simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire

⁸⁰ Compte tenu de l'abattement sur ces revenus en application de l'article R. 815-29 du code de la sécurité sociale.

⁸¹ La complémentaire santé, édition 2019, DREES

⁸² Romain Loiseau (DREES) (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. Études et résultats, 1198.

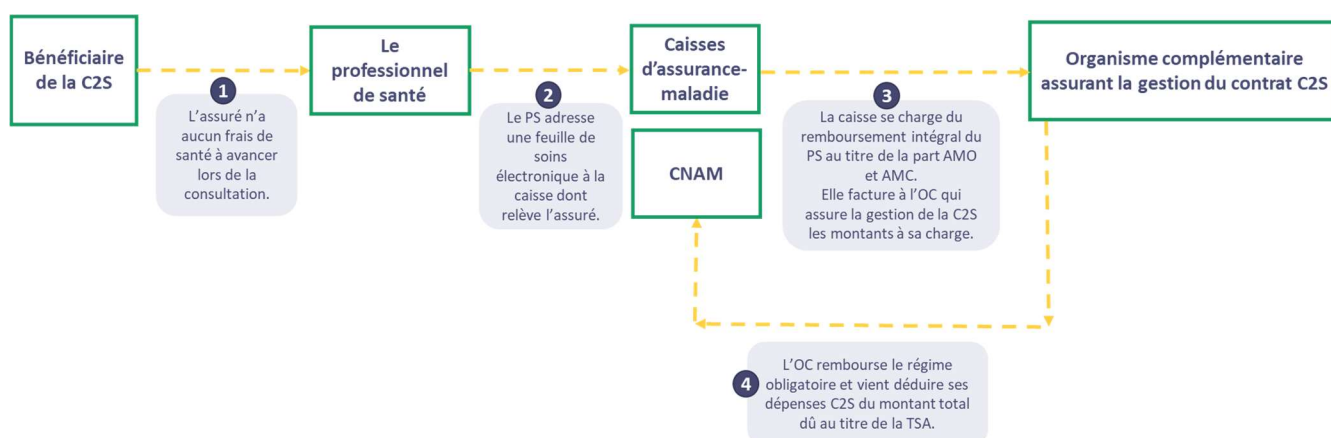
⁸³ Source CNAM, 2019

Aujourd'hui, les régimes d'assurance maladie ou les organismes complémentaires gestionnaires peuvent gérer des contrats de complémentaire santé solidaire. Cependant, l'instruction des dossiers, tout comme leur renouvellement, sont du ressort des caisses de sécurité sociale, les organismes complémentaires intervenant pour ouvrir des contrats aux assurés une fois le droit attribué par leur caisse, faire état de leurs remboursements et recouvrer leurs participations, le cas échéant. En 2020, la dépense relative à la complémentaire santé solidaire s'élève à 2,45 Md€ au total : les dépenses au titre d'assurés gérés par des régimes obligatoires s'élèvent à 2,11 Md€, la dépense constatée étant de 335 M€ pour les assurés relevant d'organismes complémentaires gestionnaires du dispositif (sachant qu'en tout état de cause ces dernières dépenses sont in fine financées par l'assurance maladie obligatoire actuellement, dans la mesure où les organismes complémentaires déduisent de la TSA dont ils sont redevables les dépenses au titre de leurs adhérents), toutes dépenses de santé et frais de gestion confondus⁸⁴. Fin 2020, 57 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation et 8 % des bénéficiaires sans participation avaient choisi de faire gérer leur droit par un organisme complémentaire, soit au global 1,276 M d'assurés et 17,5 % des bénéficiaires totaux.

Cependant, le circuit de financement de la complémentaire santé solidaire reste marqué par une multiplicité de flux financiers entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie, que plusieurs réformes récentes ont rendu progressivement circulaires. D'une part, la création de la complémentaire santé solidaire, qui s'est substituée à la CMU-c et à l'aide à la complémentaire santé (ACS) à compter de novembre 2019, a conduit à revoir le financement des organismes complémentaires participant à ce dispositif. Désormais ils sont remboursés des dépenses réelles prises en charge, alors que précédemment ils ne recevaient compensation de ces frais que dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire. D'autre part, la suppression du Fonds de la complémentaire santé solidaire, à compter du 1^{er} janvier 2021, a amené la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) à prendre en charge l'ensemble des dépenses de complémentaire santé solidaire dans un fonds dédié, alors que le Fonds de la complémentaire santé solidaire assurait cette fonction auparavant.

Dans le cadre du tiers payant intégral coordonné par l'assurance-maladie obligatoire, qui représente 99,5% des prestations et actes réalisés pour le compte des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, ce sont en réalité les régimes obligatoires qui avancent la part complémentaire de la dépense en santé, celle-ci étant ensuite facturée aux organismes. Ces derniers remboursent les régimes puis déduisent les montants remboursés dans le cadre de leur déclaration de TSA, après majoration et minoration des montants dus (voire parfois déduisent les montants remboursés dans le cadre de leur déclaration de TSA puis postérieurement remboursent les régimes obligatoires).

Cette situation est expliquée par le schéma suivant :



Ainsi, le circuit de financement actuel se révèle circulaire, sous optimal et peu lisible, tant pour les caisses que pour les organismes complémentaires. Il en résulte à la fois un circuit comptable complexe et des effets négatifs de trésorerie pour les deux parties, dont un décalage de 200 M€ de trésorerie pour la CNAM. Ce fonctionnement implique également des charges administratives autant du côté des caisses (facturation et recouvrement des dépenses avancées au nom des organismes complémentaires) que des organismes complémentaires (vérification des factures adressées par les CPAM, déduction de taxe de solidarité additionnelle (TSA), contrôles effectués par des inspecteurs de l'URSSAF) ou de la branche recouvrement (contrôle, rapprochement ex post des factures de l'assiette de la taxation).

Les caisses de mutualité sociale agricole, contrairement à l'ensemble des autres caisses de protection sociale, ne disposent pas légalement du pouvoir général de remise des indus réclamés à leurs assurés pour cause de précarité.

Concernant les indus pour précarité des assurés du régime général, l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale prévoit un principe général de remise de dette en cas de précarité, en dehors des cotisations et majorations, pour les créances des caisses nées de l'application de la législation de sécurité sociale, par une décision dûment motivée, sauf cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. Cependant, à défaut de renvoi ou bien d'une disposition miroir dans le code rural et de la pêche maritime, cet article n'est pas applicable au régime agricole.

Ainsi, d'une manière générale, les caisses de mutualité sociale ne peuvent qu'octroyer des secours, au titre de libéralités en les finançant sur les fonds de leur action sanitaire et sociale, au bénéfice de leurs assurés les plus en

⁸⁴ Source : tous régimes et déclarations OC, évaluation calculée par clef de répartition, sur la base d'éléments fournis par la CNAM, déclarations OC provisoires.

difficulté. Cette question est d'autant plus prégnante face à la crise sanitaire qui conduit les assurés en situation de précarité à solliciter davantage de remises de dettes.

Auparavant, la Cour de cassation estimait que seul l'organisme social avait la faculté de remettre ou de réduire le montant de sa créance, en cas de précarité de la situation du débiteur. Le juge judiciaire était considéré comme incompétent pour statuer sur une telle demande⁸⁵. Toutefois, la Cour a effectué un revirement de jurisprudence par un arrêt en date du 28 mai 2020⁸⁶ qui dispose qu'« il appartient au juge d'apprécier si la situation de précarité du débiteur justifie une remise totale ou partielle de la dette en cause ». Cette nouvelle interprétation de l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale par le juge judiciaire donne la possibilité aux juges de condamner des caisses de MSA à remettre des indus alors même que légalement elles ne pourraient pas y procéder.

Les modalités de prise en charge des frais de santé pourraient être harmonisées pour les enfants nés en détention et qui restent avec leur mère écrouée

En application de l'article L. 381-30 du CSS, les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou, qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière. Depuis fin 2017, le Centre national des personnes écrouées (CNPE), constitué de deux pôles au niveau de la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) du Lot et de la CPAM de l'Oise, gère les affiliations, remboursements, mutations de ces personnes jusqu'à leur libération et reprise en gestion par leur caisse de résidence.

En vertu du dernier alinéa de l'article L. 381-30-1 du CSS, les ayants droit des personnes écrouées en situation irrégulière ne peuvent bénéficier de la prise en charge des frais de santé. Aussi, alors que les enfants nés en détention de mère en situation régulière sont affiliés au même régime que leur mère, ceux nés de mères en situation irrégulière sont couverts par l'aide médicale de l'Etat (AME) et rattachés à la caisse de leur lieu de résidence. La dissociation du dossier mère/enfant entraîne ainsi un risque de rupture de droits pour l'enfant à l'expiration des droits AME, et empêche le CNPE de veiller à la réalisation des examens de santé obligatoires de l'enfant dans le cadre de ses missions de promotion de la santé en détention.

Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée

L'amélioration du recours pour les bénéficiaires de minimas sociaux : l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA

La mesure vise à automatiser l'attribution de la complémentaire santé solidaire sans participation financière aux bénéficiaires du RSA sauf option contraire de leur part et ainsi de transformer ce dispositif en droit effectif, conformément aux recommandations du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale⁸⁷, afin de lutter contre le non-recours et améliorer l'accès aux soins des plus précaires.

La mesure consiste ainsi **à prévoir une attribution automatique de la complémentaire santé solidaire sans participation financière aux allocataires du RSA, sans démarche de leur part, en prévoyant la possibilité de renoncer à ce droit à la complémentaire santé solidaire lors de la demande de RSA**, au lieu de demander au bénéficiaire du RSA d'accepter son ouverture. Les procédures d'attribution diffèreraient selon la modalité de demande de RSA choisie :

- Pour les demandes de RSA faites via le téléservice (2/3 des demandes) ou via @RSA lors d'un rendez-vous des droits en CAF (12% des demandes), l'attribution serait immédiate, ainsi que le choix de l'organisme gestionnaire (un défaut de choix d'organisme complémentaire impliquera une gestion par la caisse d'assurance-maladie), sauf option contraire qui devra être explicite ;
- Pour les demandes de RSA par voie papier (20% des demandes), le formulaire de demande de RSA serait modifié pour que les intéressés puissent refuser le cas échéant le bénéfice de la complémentaire santé solidaire. Ils pourront aussi exprimer le choix d'un organisme gestionnaire. A défaut de réponse, la gestion serait assurée par leur caisse d'assurance maladie. Aujourd'hui, la procédure est plus complexe car le demandeur doit remplir une demande de complémentaire santé solidaire dans ce cas de figure (il n'est en revanche pas nécessaire de renseigner la rubrique relative aux ressources, l'attestation de la CAF ou de la MSA de demande de RSA permettant de bénéficier de la complémentaire santé solidaire sans participation).

L'adaptation du téléservice pour l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux demandeurs du RSA est prévue le 1^{er} janvier 2022 : en effet, puisqu'il existe déjà un module permettant de demander la complémentaire santé solidaire au sein du module de demande RSA, il s'agira surtout de modifier le contenu de la demande en ligne.

Toutefois, les formulaires papiers actuels de demande de RSA ne permettent pas quant à eux de demander la complémentaire santé solidaire de façon simultanée au RSA. Il faudra donc prévoir un temps d'adaptation des formulaires et des systèmes d'information plus long afin d'appliquer l'attribution automatique à ce type de demandes, qui représentent une part minoritaire des demandes effectuées (20%).

⁸⁵ Chambre civile 2ème, 10 mai 2012, n° 11-11.278, Publié au bulletin

⁸⁶ Chambre civile 2ème, Arrêt n°449 du 28 mai 2020, n°18-26.512

⁸⁷ « Soutenir, accompagner, protéger 12 propositions pour accompagner les plus fragiles face à la crise », Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2020

Dans l'attente de l'évolution des systèmes d'informations des organismes de sécurité sociale pour les demandes RSA effectuées par voie papier, il est proposé de mettre en place une disposition transitoire. Les bénéficiaires du RSA seront informés de l'attribution de leur droit à la complémentaire santé solidaire et devront transmettre uniquement la composition de leur foyer et le choix de leur organisme gestionnaire pour finaliser leur ouverture de droit.

L'automatisation du droit vise à couvrir environ 95% des nouveaux bénéficiaires du RSA par la complémentaire santé solidaire d'ici à 2025.

En complément de cette mesure qui visera principalement les primo-demandeurs du RSA, il conviendra de réaliser de fortes actions de communication et de promotion du dispositif de la complémentaire santé solidaire aux personnes déjà allocataires de ce minimum social. Ces actions seront réalisées conjointement par le ministère des solidarités et de la santé ainsi que la CNAM et la Mutualité sociale agricole.

Facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de l'ASPA

L'objet de la mesure est de faciliter l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de l'ASPA en leur simplifiant les démarches.

En raison du montant de leurs ressources mensuelles, les allocataires de l'ASPA bénéficieront à présent d'une présomption de droits à la complémentaire santé solidaire participative. Cette présomption de droit se traduira par une simplification des démarches. En effet, les coordonnées des bénéficiaires de l'ASPA permettant d'en identifier les nouveaux seront transmises tous les mois aux caisses d'assurance-maladie par les caisses d'assurance-vieillesse. Si le bénéficiaire est déjà couvert par un organisme complémentaire et que ce dernier est inscrit sur la liste des organismes gestionnaires, les caisses d'assurance-maladie signaleront l'existence de l'offre de la complémentaire santé solidaire et ses caractéristiques, l'organisme complémentaire lui adressant son bulletin d'adhésion et son mandat de prélèvement à renvoyer s'il souhaite bénéficier du droit. Si l'assuré ne dispose pas d'un organisme complémentaire gérant la complémentaire santé solidaire, la caisse d'assurance-maladie le contactera et l'informerait de la possibilité qui lui est offerte s'il le souhaite, soit de choisir un organisme gestionnaire de la liste, soit de renvoyer le mandat de prélèvement ou le bulletin d'adhésion à la caisse. Ces assurés n'auront ainsi plus à renseigner le formulaire de complémentaire santé solidaire, mais garderont la possibilité de choisir ou non de bénéficier du droit, au moment du renvoi du bulletin d'adhésion et du mandat de prélèvement. Enfin, les assurés sans complémentaire santé se verront proposer la C2S afin de lever pleinement les freins financiers à leur accès aux soins. Ces modalités seront mises en place en avril 2022 en raison des transformations importantes requises des systèmes d'information des caisses.

A moyen terme, lorsque la demande d'ASPA pourra être réalisée par le biais d'un téléservice, la demande de complémentaire santé solidaire et le choix de l'organisme gestionnaire pourra être intégré directement au téléservice.

Les caisses d'assurance-maladie réaliseront cependant des contrôles afin de vérifier que le bénéficiaire de l'ASPA n'exerce pas d'activité professionnelle, qu'elle soit indépendante ou salariée, le bénéficiaire pouvant alors dépasser le plafond de ressources de la complémentaire santé solidaire du fait du mécanisme d'abattement sur les revenus professionnels. L'utilisation du dispositif de ressources mensualisées (DRM), ou des échanges d'information avec l'ACOSS ou la DGFIP, pourront, à terme, permettre de vérifier qu'aucun revenu professionnel, issu d'une activité salariée ou indépendante, n'a été perçu dans une période de référence à définir (dans l'intervalle, des contrôles ponctuels pourront être réalisés). Si c'est le cas, la caisse d'assurance-maladie reprendrait contact avec l'assuré afin de lui demander de déposer une demande de complémentaire santé solidaire et de vérifier si ses ressources sont bien inférieures au seuil. Néanmoins, cela concernera un nombre d'assurés très limité, de l'ordre de quelques milliers et ne sera pas un frein à l'effet puissant de la mesure sur le recours au dispositif.

En complément de cette mesure qui visera principalement les primo-demandeurs de l'ASPA, il conviendra de réaliser de fortes actions de communication et de promotion du dispositif de la complémentaire santé solidaire aux personnes déjà allocataires de ce minimum social. Ces actions seront réalisées conjointement par le ministère des solidarités et de la santé ainsi que la CNAV et la Mutualité sociale agricole. Le stock de bénéficiaires de l'ASPA pourra également accéder à la complémentaire santé solidaire de façon plus simple, en remplissant le formulaire dédié, mais sans déclarer les ressources, une attestation de leur caisse d'assurance-vieillesse leur accordant le bénéfice de l'ASPA étant suffisante pour vérifier leur éligibilité.

Le droit à l'interruption en cours de droit de la complémentaire santé solidaire

Au regard du caractère contraignant de ce type de contrat, dans certaines situations circonscrites, pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, notamment lorsqu'ils s'acquittent de participations financières, il est proposé de leur permettre de résilier leur contrat en cours de droit, au même titre que les contrats de complémentaire santé relevant du décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020.

Ce droit sera ouvert à tous les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, même s'il a vocation surtout à bénéficier à ceux acquittant une participation financière⁸⁸.

Il est proposé de permettre de résilier la complémentaire santé solidaire en cours de droit sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prendra effet à la fin du mois de réception, par l'organisme gestionnaire de la notification par l'adhérent.

Cependant, cette mesure ne vise pas à permettre à l'assuré de changer d'organisme complémentaire gestionnaire pour gérer son contrat, il s'agit d'une résiliation du contrat en cours visant à faciliter l'attribution de la complémentaire santé à titre gratuit ou la couverture par un organisme privé en cas de changement de la situation individuelle et financière du bénéficiaire au cours de l'année. Il ne sera pas non plus possible d'ouvrir un nouveau droit si les participations financières dues au titre des contrats de complémentaire santé solidaire précédents n'ont pas été

⁸⁸ C'est en effet sur la complémentaire santé solidaire avec participation que des difficultés ont été principalement remontées.

² <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-07/20210721-132-3-1-rapport-complementaires-sante.pdf>

acquittées, sauf si le demandeur, de par sa situation de précarité, a fait l'objet d'une intervention de sa caisse de sécurité sociale visant à l'aider dans le règlement de ses participations, ou bien à réduire ou remettre ses dettes.

L'extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire

La commission de recours amiable (CRA) statue sur les réclamations formées contre les décisions administratives relatives à l'application des législations et réglementations de sécurité sociale qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre précontentieux. Il est proposé que l'article L. 142-3 du code de la sécurité sociale soit élargi pour prendre en compte l'ensemble des litiges relatifs à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 dudit code, notamment les décisions de fermeture du droit à la complémentaire santé solidaire, les décisions relatives aux demandes de remises ou de réductions de dettes et les décisions ordonnant le reversement d'une prestation versée à tort, qui ne relèvent pas à ce stade de sa compétence.

La simplification du circuit de financement

Dans un objectif de simplification du circuit de financement, il est proposé que la prise en charge de la part d'assurance maladie complémentaire avancée par la caisse d'assurance-maladie dans le cadre du tiers payant intégral coordonné soit réalisée directement par la CNAM. Lorsque le professionnel de santé adressera la feuille de soins électronique à la caisse de l'assuré, elle se chargera du remboursement intégral du professionnel de santé au titre de la part des assurances maladie obligatoire et complémentaire et la caisse ne facturera pas à l'organisme complémentaire les montants à sa charge. Ces dépenses seront directement prises en charge par le fonds comptable de la CNAM. L'organisme complémentaire n'aura donc pas besoin de rembourser la caisse et n'aura pas à déduire ses dépenses de complémentaire santé solidaire du montant total dû au titre de la TSA. Seules les dépenses réalisées en dehors du tiers payant intégral (correspondant à 0,5 % des actes pris en charge)devront faire l'objet d'un autre circuit spécifique qui sera précisé par décret. La TSA versée par les organismes complémentaires sera toujours majorée des montants de participations dus aux organismes complémentaires et minorée des frais de gestion.

La simplification du circuit de financement doit permettre plusieurs améliorations. En premier lieu, cette évolution permettrait de sécuriser davantage le risque financier (99,5 % des actes sont pris en charge dans le cadre du TPI) et simplifie la tâche de recouvrement des caisses. En parallèle, la CNAM assurera une fiabilisation des dépenses engagées en établissant un contrôle de cohérence avec le montant des dépenses et les données sur les bénéficiaires transmis par les organismes complémentaires, et fournira au ministre chargé de la sécurité sociale les données nécessaires au suivi du dispositif (dépenses détaillées par poste avec une distinction entre la C2S et la C2SP et entre la gestion par les régimes d'assurance maladie ou par les organismes complémentaires).

Enfin, pour les organismes complémentaires, cette mesure permettra une réduction des dépenses liées à la gestion du dispositif :

- La suppression de charge de gestion liée au remboursement des caisses et à la vérification des factures,
- La réduction des déductions de TSA réalisées au titre des dépenses de complémentaire santé réalisées et des contrôles URSSAF associés.

La mesure n'a, par ailleurs, aucun impact dans les comptes de gestion de la complémentaire santé solidaire des organismes complémentaires, les dépenses de complémentaire santé solidaire étant déjà comptabilisées en compte de tiers depuis la mise en place du remboursement au réel des dépenses fin 2019.

Si les circuits de financement de la complémentaire santé solidaire sont simplifiés, il n'en demeure pas moins essentiel que les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif conservent une relation avec les adhérents. Les caisses informeront les organismes complémentaires des dépenses prises en charge afin que ces derniers puissent continuer à répondre aux sollicitations de leurs bénéficiaires sur leurs remboursements. Enfin, le recouvrement de la participation à la complémentaire santé solidaire participative continuera à être assuré par les organismes complémentaires pour les 57 % de bénéficiaires ayant opté pour une gestion par une complémentaire santé avec participation financière.

Remise des indus pour précarité des assurés du régime agricole

Il est proposé d'inclure dans le code rural de la pêche maritime une disposition miroir à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale qui permet aux caisses du régime général de procéder à des remises de dettes sur les indus de leurs bénéficiaires pour cause de précarité. Les caisses de mutualité sociale agricole pourront ainsi procéder à de telles remises de dettes.

Rattachement des enfants nés en détention de mère irrégulière au régime des personnes écrouées

Dans un souci de gestion simplifiée, il est proposé de rattacher les enfants nés en détention de mères en situation irrégulière au même régime que leur mère pendant la durée où ils restent en détention (jusqu'à 24 mois) et de leur faire bénéficier de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie en lieu et place de l'AME. Cette pratique serait cohérente avec les règles de gestion qui prévoient que la prise en charge des enfants suit celle des parents, puisque les mineurs ne sont pas soumis aux règles du droit au séjour.

Après la période de séjour auprès de sa mère écrouée, l'enfant devient ayant droit d'un parent ou tuteur, ou est placé à l'aide sociale à l'enfance et il est alors affilié de façon autonome à la protection universelle maladie et à complémentaire santé solidaire. La reprise du dossier sera facilitée si l'interlocuteur de la caisse de résidence est le CNPE, qui sera au fait de la situation spécifique de l'enfant et de sa mère.

Autres options possibles

Concernant les mesures d'attribution automatique, ne pas les mettre en œuvre conduirait à maintenir un non-recours important à la complémentaire santé solidaire. Il n'apparaît pas envisageable d'automatiser davantage l'attribution automatique aux bénéficiaires de l'ASPA, dans la mesure où les bénéficiaires auront à liquider une participation financière liée à ce droit.

Le maintien des circuits de financements actuels de la complémentaire santé solidaire se traduirait par la nécessité de travaux SI importants et par une charge de gestion élevée pour les caisses de sécurité sociale comme pour les organismes complémentaires.

Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Ces mesures relatives à la complémentaire santé solidaire s'inscrivent dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où elles ont un effet sur les dépenses de complémentaire santé solidaire, qui sont prises en charge par la branche maladie. La mesure relative aux circuits de financement de la complémentaire santé solidaire a également un effet sur la trésorerie et la comptabilité des régimes et relève donc du champ des lois de financement de la sécurité sociale au titre du 4° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAV et de la CNSA, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

Aspects juridiques

Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet. D'une manière générale, la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

Possibilité de codification

L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA et la facilitation de son attribution pour les bénéficiaires de l'ASPA.

Il convient de modifier les articles L. 142-3, L. 381-30, L. 381-30-1, L. 861-1, L. 861-2, L. 861-5, L. 862-2, L. 862-7 du code de la sécurité sociale ainsi que l'article L.725-3-1 du code rural et de la pêche maritime.

Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article à abroger.

Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Collectivités d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesures applicables.
Mayotte	Mesures non applicables.
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesures applicables.

<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesures non applicables.</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesures non-applicables.</i>

Evaluation des impacts

Impact financier global

Le coût de l'automatisation de l'attribution de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA est estimé à 8M€ en 2022.

80% des bénéficiaires du RSA ont recours à la complémentaire santé solidaire sans participation financière, alors le nombre de bénéficiaires du RSA et de la complémentaire santé solidaire s'élève en décembre 2020 à 1,66 millions de personnes. Pour le RSA, le nombre d'entrants dans le dispositif en 2019 s'élevait à 1 080 000 individus contre 1 068 000 sortants⁸⁹.

Puisqu'elle porte sur une modification du formulaire de demande du RSA, la mesure proposée viserait donc les nouveaux entrants dans le dispositif. L'objectif fixé est qu'à l'horizon 2025, 95% des nouveaux entrants (soit un objectif de 160 000 personnes entrantes en plus à 2025) bénéficient de la complémentaire santé solidaire, pour une dépense moyenne par bénéficiaire de 413€ par an. Le chiffrage proposé constitue le coût total de ces nouveaux entrants au sein du RSA et qui disposeront de la complémentaire santé solidaire, en intégrant le taux de sortie habituel constaté pour les bénéficiaires du RSA.

Le coût de la facilitation de l'attribution de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires de l'ASPA est estimé à 1,1M€ en 2022.

En 2012, 25% des bénéficiaires de l'ASPA étaient bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, soit 150 000 personnes environ. En 2019, le nombre de bénéficiaires de l'ASPA s'élève à 600 000. Le nombre de nouveaux entrants dans le dispositif s'élevait en 2019 à 44 300 individus : parmi ces entrants, 11 075 d'entre eux (25% de 44300) choisissent déjà le bénéfice de la complémentaire santé solidaire. La mesure proposée viserait donc à ce que le taux de recours augmente chez les nouveaux entrants à l'ASPA de 25 % de taux de recours en 2021 pour atteindre 75% d'ici à 2025, donc une progression de 5538 bénéficiaires par an, soit 33 225 nouveaux bénéficiaires à l'horizon 2025. Le taux de sortie chez les bénéficiaires de l'ASPA étant très faible, cette variable n'est pas prise en compte dans le calcul : toutefois est prise en compte la participation financière demandée à ces personnes dont les revenus se situent au niveau de la complémentaire santé solidaire avec participation, cette participation s'élevant à minima à 25€ par mois, donc 300€ par an, qui se déduit du coût moyen du bénéfice de la complémentaire santé solidaire, qui s'établit à 701 euros en moyenne après 65 ans.

L'interruption en cours de droit de la complémentaire santé solidaire

Le coût de la résiliation en cours de droits, sans frais, de la complémentaire santé solidaire n'est pas significatif puisque, si quelques assurés en font la demande, leur nombre serait très faible. Dans le cas où le bénéficiaire souhaite résilier son contrat pour un contrat d'entreprise, une économie sera réalisée pour les organismes de sécurité sociale, à l'inverse, lorsque l'assuré fait face à une dégradation de sa situation financière en cours de droit et souhaite réaliser une nouvelle demande de complémentaire santé solidaire pour l'obtenir à titre gratuit, cela entraînera une dépense supplémentaire pour les organismes de sécurité sociale. Cette dépense et cette économie pouvant s'équilibrer, cette mesure engendrerait également des coûts supplémentaires pour les caisses d'assurance maladie dont la charge de travail augmenterait. Au total, la dépense estimée de cette mesure est égale à 200 000 euros en 2022.

Simplification du circuit de financement de la complémentaire santé solidaire

Selon les estimations de la CNAM, cette mesure permettrait de supprimer 30 ETP dédiés au recouvrement des sommes dues par les organismes complémentaires. Elle éviterait également une transformation des SI, pour un coût évalué à 1,3 M€, nécessaire à la fiabilisation des données sur les OC lors de la facturation. La mesure proposée aurait donc un impact financier positif.

L'extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire

Concernant les contestations relatives au droit complémentaire santé solidaire, 15 555 dossiers (137 accords + 15 418 rejets) ont été passés en CRA, soit un taux d'accord de 0,88% en 2020. Cette mesure impactera le budget des organismes de sécurité sociale, de manière limitée.

La remise des indus pour précarité des assurés du régime agricole

En 2020, 3330 remises de dettes ont été sollicités pour 53,39% d'accord au régime général. En appliquant ces dépenses au régime agricole, la mesure s'élèverait à un coût d'environ 0,12 M€ pour 1,9 M d'affiliés au régime agricole contre 62,2 M au régime général.

⁸⁹ https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/rsa%20conjoncture/CNAF_RSA_FICHE_AVRIL.pdf

Le rattachement des enfants nés en détention de mère irrégulière au régime des personnes écrouées

La mesure de rattachement des enfants nés en détention de mère en situation irrégulière au régime des personnes écrouées aura un impact financier faible. En effet, elle ne concernera que quelques enfants parmi la dizaine d'enfants nés chaque année en détention de mère étrangère (en situation régulière ou irrégulière).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
Attribution automatique aux bénéficiaires du RSA		-8,3	-22,8	-33,2	-40
Facilitation du recours pour les bénéficiaires de l'ASPA		-1,1	-3,3	-5,5	-7,8
Contentieux		-0,15	-0,15	-0,15	-0,15
Résiliation en cours de droit		-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Simplification des circuits de financement		+1,3	+1,3	+1,3	+1,3
Indus MSA		-0,125	-0,125	-0,125	-0,125

Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

impacts économiques

L'attribution automatique de cette protection aux allocataires du RSA et l'amélioration de la couverture des bénéficiaires de l'ASPA engendrera des dépenses plus importantes pour l'assurance maladie : toutefois, une population mieux protégée en matière de santé est une population nécessairement moins malade et plus productive. Ces mesures visant à ce que l'ensemble de la population en France soit couverte par une protection complémentaire en santé ont des effets positifs indirects sur l'économie.

impacts sociaux

Les mesures visant à renforcer l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les allocataires du RSA et ceux de l'ASPA permettront à ces publics en situation de précarité d'être complètement protégés en matière de santé. Ces mesures visent à réduire les inégalités de santé en fonction des revenus des individus qui persistent en France, malgré l'universalité de l'assurance maladie obligatoire, puisque ces inégalités dépendent désormais du fait de bénéficier d'une protection complémentaire et du taux de couverture de cette dernière.

Impact sur les jeunes

L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du revenu de solidarité active s'applique aux jeunes de 18 à 25 bénéficiant du RSA jeune actif prévu à l'article L.267-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'aux personnes âgées de 18 à 25 ans assumant la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître, ce qui facilitera la protection en santé de ces populations.

impact sur les personnes en situation de handicap

L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire ainsi que la facilitation de l'accès à cette protection pour les bénéficiaires de l'ASPA permettront un accès renforcé à la santé pour les personnes présentant des handicaps parmi ces populations d'allocataires.

impacts sur l'environnement

Les mesures présentées ne présentent pas d'impact direct sur l'environnement.

impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Les femmes étant davantage exposées à la précarité économique que les hommes, les mesures d'amélioration de l'accès à la complémentaire santé solidaire permettront d'atténuer certains des effets négatifs induits par les inégalités de revenus entre les hommes et les femmes et de garantir un meilleur accès à la santé pour ces dernières.

Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

L'attribution automatique aux bénéficiaires du RSA de la complémentaire santé solidaire se traduira par une simplification des démarches pour ces assurés, alors que la complexité de ces démarches pouvait créer du non-recours. Les demandes effectuées via le téléservice ou via @RSA donneront lieu à l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire, sauf opposition du demandeur, à signaler sur le formulaire. A défaut du choix d'un organisme complémentaire, la gestion sera confiée à son régime obligatoire d'assurance-maladie. Pour les demandes de RSA papier, le formulaire de demande du RSA sera modifié afin d'informer le demandeur de leur ouverture d'un droit à la complémentaire santé solidaire, sauf s'il manifeste son opposition, et de lui faire choisir son organisme gestionnaire, avec gestion par son régime obligatoire par défaut. Ainsi, les bénéficiaires du RSA seront toujours libres de ne pas bénéficier de la complémentaire santé solidaire : une clause d'opt-out sera présente sur les formulaires de demandes de RSA, aussi bien en version papier qu'en version dématérialisée. Si la modification du téléservice n'implique pas de lourde transformation des SI actuels, la modification du formulaire papier et du recueil d'informations par la CNAF et la CNAM de ces demandes nécessitera un délai plus long.

Concernant la facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire avec participation financière pour les allocataires de l'ASPA leurs démarches seront allégées puisqu'ils n'auront plus en pratique à déclarer leurs ressources pour se voir attribuer le droit. Les primo-demandeurs n'auront plus besoin de remplir le formulaire de complémentaire santé solidaire et seront directement contactés par leur caisse d'assurance-maladie ou leur organisme complémentaire pour adhérer à la complémentaire santé solidaire. Ils devront transmettre à cet effet un mandat de prélèvement autorisant la caisse d'assurance maladie ou l'organisme complémentaire à effectuer ces prélèvements.

La résiliation en cours de droit créera une nouvelle démarche potentielle pour les assurés, mais elle sera simple à effectuer. Cette mesure permettra aux bénéficiaires de souscrire à une autre complémentaire santé s'ils le souhaitent, sans se voir obliger de payer deux cotisations ou d'attendre l'échéance de leur droit à la complémentaire santé solidaire. En outre, ils pourront également, en cas de changement de situation en cours de droit, effectuer à nouveau une demande de complémentaire santé solidaire afin d'obtenir le contrat sans participation financière.

L'élargissement des compétences des CRA en matière de complémentaire santé solidaire permettra aux bénéficiaires de contester des décisions de fermeture du droit, des décisions relatives aux demandes de remise ou de réductions de dettes et décisions ordonnant le reversement d'une prestation versée à tort.

Sur la possibilité pour le régime agricole de faire bénéficier leurs assurés en situation de précarité d'une remise de dette, cette procédure ouvre à ces derniers une voie de recours supplémentaire.

La simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire n'aura aucun impact sur les assurés, puisque cette mesure ne modifie que les flux financiers entre caisses et organismes gestionnaires, sans conséquence sur les démarches des assurés.

impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Concernant l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux allocataires du RSA, les systèmes d'informations de la CNAM, des CPAM, de la CNAF, des CAF ainsi que de la CCMSA et des régimes spéciaux devront faire l'objet de modifications en vue d'optimiser la transmission des flux de données entre les deux services. En effet, pour les demandes de RSA réalisées via le téléservice ou via le formulaire papier, il sera nécessaire de modifier les flux d'informations envoyés entre les caisses et prévoir des transformations des systèmes d'informations des caisses, pour leur permettre de traiter ces flux. Il s'agira notamment, pour les demandes réalisées par papier, de pouvoir transmettre les coordonnées des membres du foyer, le souhait de bénéficier ou non de la complémentaire santé solidaire et leur choix d'organisme gestionnaire.

Il en sera de même avec la simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les allocataires de l'ASPA. La facilitation d'accès à la complémentaire santé aux bénéficiaires de l'ASPA demandera aux caisses de sécurité sociale de réadapter les flux d'échange d'informations existants entre CNAM, CPAM, CNAV et CARSAT, afin de prévoir des transmissions mensuelles des coordonnées des bénéficiaires de l'ASPA.

L'exercice d'une activité professionnelle sera contrôlé par les caisses d'assurance-maladie, afin de s'assurer que le bénéficiaire ne peut dépasser le seuil de ressources du fait du mécanisme d'abattement sur les revenus professionnels. Les caisses contacteront alors les bénéficiaires de l'ASPA pour établir une demande de complémentaire santé solidaire complète et vérifier ainsi leurs ressources.

La résiliation en cours de droit nécessitera de modifier également les procédures de fermeture des droits à la complémentaire santé solidaire, pour les caisses de sécurité sociale comme pour les organismes complémentaires gestionnaires.

Concernant le contentieux à la complémentaire santé solidaire, une charge de travail supplémentaire est à prévoir pour les CRA.

La mise en place de remise de dettes pour le régime agricole aura un impact limité pour traiter les demandes de remises d'indus.

Enfin, la simplification du système de financement permettrait une facilitation de la gestion des CPAM, pour lesquelles l'acte de facturation aux organismes complémentaires disparaît totalement au profit de la gestion unique du tiers payant intégral. Par ailleurs, les montants déductibles de la TSA seront réduits, tout comme l'impact financier des contrôles à réaliser par les URSSAF. Le périmètre des contrôles effectués par les URSSAF sera ainsi réduit. Cette mesure éviterait également une transformation des SI, pour un coût évalué à 1,3 M€, nécessaire à la fiabilisation des données sur les organismes complémentaires lors de la facturation.

impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Les mesures seront gérées dans le cadre des moyens existants, sauf la mesure de simplification des circuits de financement qui permettrait de supprimer 30 ETP dédiés au recouvrement des sommes dues par les organismes complémentaires.

Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Pour la résiliation en cours de droit de la complémentaire santé solidaire, un décret sera nécessaire pour préciser les modalités d'application de cette mesure.

Enfin, concernant la simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire un décret simple devra être pris pour préciser les modalités d'application, en concertation avec les organismes complémentaires.

Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure de facilitation de l'attribution de la complémentaire santé solidaire pour les allocataires de l'ASPA s'appliquera au 1^{er} avril 2022.

La mesure d'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA s'appliquera au 1^{er} janvier 2022 pour les demandes de RSA réalisées via le téléservice et au plus tard au 1^{er} janvier 2023 pour les demandes réalisées via le formulaire papier.

La mesure de résiliation en cours de droits de la complémentaire santé solidaire rentrera en application à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2023 afin de laisser un délai de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale et les organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire.

L'extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire pourra être appliqué dès le 1^{er} janvier 2022, ainsi que la possibilité de remettre des indus pour les assurés en situation de précarité à la MSA.

La simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire s'appliquera à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2023 (sera déterminé prochainement si l'entrée en vigueur de ces mesures de simplification peut être envisagée au 1^{er} janvier 2022 ou si la date du 1^{er} janvier 2023 doit en être retenue).

Les nouvelles modalités de prises en charge des frais de santé des enfants de mères écrouées séjournant auprès d'elle s'appliqueront à compter du 1^{er} juillet 2022.

Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés de l'ensemble des mesures d'amélioration de l'accès à la complémentaire santé solidaire sur le site gouvernemental dédié à ce dispositif et grâce au site Ameli. Le formulaire de demandes de RSA visera à mieux informer les assurés de la présomption de droit à la complémentaire santé solidaire dont ils bénéficient. Les publics allocataires de minima sociaux visés par les différentes mesures pourront faire l'objet de campagnes d'information (mails, courriers) en vue de renforcer encore plus l'accès aux soins de telles populations.

Outre la publication sur le site de la complémentaire santé solidaire et le site Ameli, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire seront informés de la possibilité de résilier leur contrat grâce à un rappel de la faculté de résiliation sur chaque bulletin d'adhésion et de notification d'éligibilité du dispositif envoyée par les caisses.

Suivi de la mise en œuvre

Concernant la résiliation en cours de droit de la complémentaire santé solidaire, il sera réalisé une enquête auprès des organismes complémentaires pour obtenir, après un an de mise en place, le nombre de bénéficiaires ayant résilié leur contrat. Les caisses d'assurance maladie pourront également réaliser un suivi des demandes de résiliation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 142-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 142-3 modifié du code de la sécurité sociale
Le contentieux de l'admission à l'aide sociale relevant du présent code comprend les litiges relatifs aux décisions prises en application de l'article L. 861-5.	Le contentieux de l'admission à l'aide sociale relevant du présent code comprend les litiges relatifs aux décisions prises en application de l'article L. 861-5 relatives aux bénéficiaires de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 en application 861-1 du chapitre 1^{er} du titre VI du Livre VIII.
Article L 381-30 actuel du code de la sécurité sociale	Article L 381-30 modifié du code de la sécurité sociale
Les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou. Par dérogation au premier alinéa, lorsque les personnes écrouées bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5 et 6 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par le régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité. L'article L. 115-6 du présent code n'est pas applicable aux personnes écrouées mentionnées au premier alinéa du présent article. Une participation peut être demandée, lorsqu'elles disposent de ressources suffisantes, aux personnes écrouées assurées en vertu du même premier alinéa. Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	Les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou. Pendant toute la durée du séjour auprès de leur mère écrouée, les enfants nés au cours de la détention bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les mêmes conditions. Par dérogation au premier alinéa, lorsque les personnes écrouées bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5 et 6 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par le régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité. L'article L. 115-6 du présent code n'est pas applicable aux personnes écrouées mentionnées au premier alinéa du présent article. Une participation peut être demandée, lorsqu'elles disposent de ressources suffisantes, aux personnes écrouées assurées en vertu du même premier alinéa. Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L 381-30-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L 381-30-1 modifié du code de la sécurité sociale
Les personnes écrouées mentionnées au premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient de la dispense d'avance des frais et de la prise en charge par le régime général de la part garantie par ce régime, de la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 et du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4. Les personnes écrouées titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont elles relevaient avant leur mise sous écrou bénéficient du maintien de son versement durant leur mise sous écrou. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès mentionné à l'article L. 361-1. Les personnes écrouées de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour elles-mêmes de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité.	Les personnes écrouées mentionnées ainsi que les enfants nés au cours de la détention de leur mère et séjournant auprès de leur mère écrouée mentionnés au premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient de la dispense d'avance des frais et de la prise en charge par le régime général de la part garantie par ce régime, de la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 et du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4. Les personnes écrouées titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont elles relevaient avant leur mise sous écrou bénéficient du maintien de son versement durant leur mise sous écrou. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès mentionné à l'article L. 361-1. Les personnes écrouées de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour elles-mêmes de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité.

Article L. 861-2 actuel du code de la Sécurité sociale	Article L. 861-2 modifié du code de la Sécurité sociale
L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de la prime d'activité, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée d'une part, et du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci, d'autre part. Les allocations mentionnées à l'article L. 815-1, à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et aux articles L. 815-24 et L. 821-1 perçues pendant la période de référence sont prises en compte, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après application d'un abattement dont le niveau est fixé pour chacune d'entre elles, dans la limite de 15 % de leurs montants maximaux. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 1° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active.	L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de la prime d'activité, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée d'une part, et du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci, d'autre part. Les allocations mentionnées à l'article L. 815-1, à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et aux articles L. 815-24 et L. 821-1 perçues pendant la période de référence sont prises en compte, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après application d'un abattement dont le niveau est fixé pour chacune d'entre elles, dans la limite de 15 % de leurs montants maximaux. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 1° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement sauf opposition expresse de leur part selon des modalités déterminées par décret. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence et dans des conditions déterminées par décret.
Article L. 861-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 861-5 modifié du code de la sécurité sociale
La demande de protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service des prestations sociales et familiales.	La demande de protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service des prestations sociales et familiales. Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation

Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection. La décision est notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au quatrième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.	mentionnée à l'article L. 815-24 et les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection. La décision est notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au quatrième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable. Une nouvelle admission ou un renouvellement du droit à la protection complémentaire en matière de santé n'est possible que si l'assuré s'est acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts précédemment, sauf si une remise de dette a été accordée à l'assuré en application de l'article L. 861-10 ou s'il a bénéficié d'une aide pour le paiement de ses participations au titre de l'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie en raison de sa situation de précarité. En cas d'octroi par la caisse de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci sont considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées. Ce droit peut être résilié à tout moment, sans frais, par le demandeur. La demande de résiliation est adressée à l'organisme gestionnaire par tout moyen conférant date certaine à la réception de celle-ci. L'organisme gestionnaire met fin au droit à la protection complémentaire en matière de santé au dernier jour du mois de la réception de la demande de résiliation. Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé faisant suite à une résiliation sont déterminées par décret. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.
Article L. 862-2 du code de la sécurité sociale	Article L. 862-2 du code de la sécurité sociale modifié
Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires	Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires

mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.	mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Les dépenses du fonds sont constituées : a) Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au a de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ou des mêmes dépenses réalisées par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 et des organismes concernés pour la prise en charge de leur frais de santé ; b) Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 des mêmes sommes lorsqu'elles ne sont pas réalisées par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 ; c) Des sommes résultant de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 réalisées par le biais du tiers-payant pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 et du régime général pour la prise en charge de leur frais de santé. » ; Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.
Article L. 862-7 actuel du code de la sécurité social	Article L. 862-7 du code de la sécurité social modifié
Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 : a) (Abrogé) ; b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ; c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises, aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée au même article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ; ils communiquent au ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1,	Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 : a) (Abrogé) ; b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ; c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises, aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée au même article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ; ils communiquent au ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que l'état des dépenses et

ainsi que l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ; d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4, ainsi que le montant des participations susmentionnées ; e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution transmet chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4. Sur cette base, le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité. Ce rapport est remis avant le 31 décembre au Parlement. Il est rendu public. Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée.	recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ; d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4, ainsi que le montant des participations susmentionnées. Les organismes assurant la prise en charge des frais de santé informent les organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 des dépenses qu'elles prennent en charge directement par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa de l'article L. 861-3 pour les assurés relevant de ces organismes gestionnaires ; e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution transmet chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4. Sur cette base, le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité. Ce rapport est remis avant le 31 décembre au Parlement. Il est rendu public. Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée.
Article L.725-3-1 du code rural et de la pêche maritime	Article L.725-3-1 du code rural et de la pêche maritime modifié
Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à dixième alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de ce même article.	Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à dixième alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de ce même article. En cas de précarité de la situation des bénéficiaires, les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent réduire les créances résultant de sommes indûment versées dans les conditions prévues à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale.

Annexe 2 – Construction des données relatives aux effectifs de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Encadré 1 – La construction des données portant sur la CMU-C et la complémentaire santé solidaire avec participation financière

Rubrique	CMU-C	CMU-C Rétropolée	Complémentaire santé solidaire avec participation financière
Période	Janvier 2017 à Décembre 2018	Janvier à Octobre 2019	À partir de Novembre 2019
Objectif	Données régimes par département	Données régimes par département Éviter rupture de série pour la CNAM entre données CMU-C Siam régional et données COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE issues du Siam national	Données régimes par département
Sources des données	Régimes obligatoires Sécurité sociale : CNAM, CNDSTI, CCMSA, SLM, Régimes spéciaux		
Qualité des données	Données exhaustives par département pour les grands régimes Singletons hors département connu pour la CNDSTI Données partiellement par département pour les SLM Données par métropole et Dom pour les régimes spéciaux	Données exhaustives par département pour les grands régimes et Siam régional pour la CNAM Série rétropolée Siam national pour la CNAM avec un seul total mensuel Pas de rupture pour la CNAM entre 2018 et 2019 entre CMU-C Siam régional et CMU-C Siam national Singletons hors département connu pour la CNDSTI Données partiellement par département pour les SLM Données par métropole et Dom pour les régimes spéciaux	Données par département pour la CNAM Siam national à M+1 Données évaluées par total mensuel métropole et Dom pour la CCMSA Données évaluées par total mensuel pour la CNDSTI, jusqu'à février 2020 SLM : données exhaustives par département, uniquement MGEN, autres SLM total < 250, non suivis
Calculs effectués	Répartition par département pour données régimes spéciaux une part des SLM et singletons CNDSTI	Pour la CNAM application du poids des départements du Siam régional au total du Siam national	Répartition par département à partir du poids mensuel de chaque département à la CNAM

		Répartition par département pour données régimes spéciaux une part des SLM et singletons CNDSTI	
--	--	---	--

Encadré 2 – La construction des données portant sur l'ACS et la complémentaire santé solidaire avec participation financière

Rubrique	ACS	Complémentaire santé solidaire avec participation financière
Période	Janvier 2017 à Octobre 2020 Arrêt des attributions ACS au 31/10/2019 Fin des derniers contrats ACS actifs au 31/10/2020	À partir de Novembre 2019 Début des attributions Complémentaire santé solidaire avec participation financière au 01/11/2019
	Chevauchement des derniers contrats ACS actifs et des contrats Complémentaire santé solidaire avec participation financière du 01/11/2019 au 31/10/2020	
Objectif	Contrats souscrits ACS par département	Contrats souscrits Complémentaire santé solidaire avec participation financière par département
Source des données	CNAM, CCMSA pour attributions par département CNDSTI pour attributions au national SLM et Régimes spéciaux attributions non connues OC pour informations sur contrats souscrits URSSAF, Déclarations TSA pour données au national par trimestre + données définitives sur Tableau récapitulatif	CNAM, CCMSA, SLM (MGEN) pour attributions par département Régimes spéciaux attributions non connues Effectifs en cours pour Régimes spéciaux Panel OC pour informations sur contrats souscrits URSSAF, Déclarations TSA pour données au national par trimestre + données définitives sur Tableau récapitulatif
Qualité des données	La gestion des contrats ne peut être effectuée que par les OC Par mois, pour les contrats actifs, ne sont connus que les totaux nationaux, issus des informations transmises par les OC, rapprochées des déclarations TSA Par mois et par département, ne sont connues que les attributions CNAM Les attributions sont également transmises par la CNDSTI et par la CCMSA jusqu'à octobre 2019 Les données ne sont pas connues pour les SLM	La gestion des contrats peut être effectuée par les régimes ou par les OC Par mois et par département, ne sont transmises que les données de la CNAM et de la MGEN La CCMSA ne transmet qu'une évaluation globale des attributions SLM : effectifs connus pour la MGEN

	Un sondage avait été fait pour les régimes spéciaux	
Calculs effectués	Effectuer une répartition mensuelle par département des contrats effectifs, en appliquant le poids par département des attributions mensuelles de la CNAM au total national connu Pour les contrats en cours à partir du 1er novembre 2019, application du poids par département de la moyenne des attributions ACS de janvier à octobre 2019 au total national connu	Séparer la gestion CPAM et la gestion OC pour la CNAM et les SLM Calculer le poids mensuel de chaque département pour la gestion CPAM à la CNAM Appliquer le poids par département au total national CNAM + CCMSA gestion régime Ajouter les effectifs SLM Gestion RO par département Calculer le poids mensuel de chaque département pour la gestion OC à la CNAM Appliquer ce poids au total national gestion OC évalué à partir du panel OC, éventuellement corrigé des déclarations Additionner les deux évaluations gestion régime et gestion OC par mois et par département
	Addition des contrats ACS actifs et des contrats de complémentaire santé solidaire avec participation financière actifs sur la période de transition du 01/11/2019 au 31/10/2020	

Annexe 3 – Rédacteurs et contributeurs au rapport annuel de la complémentaire santé solidaire

1. Ministère des solidarités et de la santé

▪ Direction de la sécurité sociale

Rédacteurs :

- Alice BLANCHON
 - ⇒ Coordination des contributions au Rapport annuel.
 - ⇒ Rédaction et corédaction de : Introduction – Chapitre I / Chapitre II / Chapitre V / Chapitre VI
- Lucile DELAUNOIS
 - ⇒ Rédaction de toute partie relative aux organismes complémentaire et à leurs missions (Introduction / Chapitre I / Chapitre II / Chapitre VI)
- Stéphane RUNFOLA
 - ⇒ Rédaction du Chapitre III - Le suivi des bénéficiaires et des dépenses de la complémentaire santé solidaire

Agents ayant contribué à la rédaction du rapport :

- Fanny CHAUVIRE
- Stéphanie GILARDIN
- Caroline COZ
- Jean-Philippe PERRET
- Thierry ECHAUBARD
- Pierre DESJONQUERES
- Alexis CHERON
- Arnaud GRANGERET

▪ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Adrien PAPUCHON
 - ⇒ Corédacteur du Chapitre V - La mission d'analyse et de suivi des dispositifs d'accès aux soins

2. Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

L'ACOSS a rédigé le chapitre IV, « Le financement de la complémentaire santé solidaire ».

- Philippe COMTE
- Anne LASSAIGNE
- Dominique ZAMIT
- David DUTEIL
- Fabienne DELICE

3. Caisse nationale d'assurance maladie

Contributions des agents sollicités sur l'ensemble des éléments du rapport concernant l'activité de la CNAM.

- Fanny RICHARD
- Raphaëlle VERNIOLLE
- Corinne LAMARQUE
- Virginie GALLAND
- Elodie NAFFRECHOUX QUERBES
- Francine SCHERPEREEL FRANCINE
- Sandrine LESAFFRE YAHIEL

4. Caisse centrale de Mutualité sociale agricole

Contributions des agents sollicités sur l'ensemble des éléments du rapport concernant l'activité de la CCMSA.

- Pascale BARROSO
- Delphine CARILLER
- Emmanuel BERGOUIGNOUX