



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction
de la sécurité sociale

RAPPORT ANNUEL DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ANNÉE 2022

AVANT-PROPOS



Franck Von Lennep
Directeur de la sécurité sociale

Mise en place le 1er novembre 2019, la complémentaire santé solidaire vient de fêter ses trois ans le 1er novembre 2022.

Dans un contexte moins marqué par l'épidémie liée au Covid-19 que les deux années précédentes, 2022 nous permet de disposer de premiers éléments de bilan de la réforme : si le dispositif est protecteur pour les personnes qui en bénéficient, il reste parfois méconnu du public et peut ne pas être sollicité par des personnes qui y sont pourtant éligibles, parmi lesquelles des bénéficiaires de minima sociaux.

Afin de renforcer le recours de ces personnes à la complémentaire santé solidaire et d'améliorer leur accès aux soins, plusieurs mesures ont été mises en œuvre avec succès au cours de l'année 2022 : désormais, les nouveaux bénéficiaires du RSA se voient attribuer automatiquement la complémentaire santé solidaire sauf opposition de leur part. Cette mesure commence déjà à produire des effets positifs sur le recours à la complémentaire santé solidaire. En outre, les nouveaux bénéficiaires de l'ASPA et leurs conjoints disposent d'une présomption de droits au dispositif, ce qui leur permet de fortement réduire leurs démarches pour accéder au droit.

Pour autant, malgré ces améliorations notables, il nous faut encore poursuivre nos efforts en direction des publics précaires pour rendre ce dispositif accessible au plus grand nombre des éligibles et garantir qu'il couvre bien les besoins de soins de ces publics.

Le présent rapport vise à présenter l'ensemble des évolutions de la complémentaire santé solidaire qui ont eu lieu en 2021 et 2022, 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.

Caisse nationale d'assurance maladie

La complémentaire santé solidaire est un dispositif essentiel dans la lutte contre le renoncement aux soins en garantissant l'accès à des soins de qualité sans reste à charge aux personnes dont les revenus sont les plus modestes.

L'année 2022 a été marquée par l'entrée en vigueur de plusieurs mesures destinées à simplifier les démarches des assurés et à améliorer le recours à la complémentaire santé solidaire ; mesures que l'assurance maladie s'est attachée à mettre en œuvre dans les meilleures conditions et délais :

- Attribution automatique de la complémentaire santé solidaire pour les allocataires du revenu de solidarité active et présomption de droit pour les allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Ces mesures sont venues compléter le parcours simplifié pour ces deux populations qui bénéficiaient déjà du renouvellement automatique de ce droit.
- Simplification du renouvellement de la complémentaire santé solidaire avec participation financière en dispensant le bénéficiaire d'adresser un bulletin d'adhésion chaque année dès lors que le montant de sa participation financière n'évolue pas.
- Prise en compte des évolutions infra-annuelles du foyer de façon à éviter les ruptures entre deux périodes de droit.

Ces évolutions se sont accompagnées d'une modernisation des outils utilisés par l'assurance maladie :

- L'utilisation du dispositif de ressources mensuelles (DRM), permettant de simplifier les démarches des assurés (principe du «dites-le nous une fois»), en récupérant directement les ressources prises en compte pour apprécier leur éligibilité au dispositif.
- Le service en ligne de demande de complémentaire santé solidaire est adossé au DRM depuis janvier 2022 : certaines ressources sont directement intégrées dans le dossier de demande et l'assuré n'a donc plus à remplir manuellement ces informations. Ce téléservice a connu une forte augmentation de son utilisation en 2022 avec plus d'un million de demandes au 1er semestre 2022, soit + 34% par rapport à la même période 2021.
- Un nouvel outil d'instruction des droits par les organismes d'assurance maladie a été déployé en juin 2022 : ses nouvelles fonctionnalités et sa connexion au DRM permettent à la fois d'améliorer la qualité des traitements et de maîtriser les délais de gestion.

En novembre 2022, dans un souci permanent de lutter contre le non-recours, une nouvelle campagne de communication sera lancée afin d'améliorer la notoriété du dispositif de la complémentaire santé solidaire qui reste encore méconnu par une part non négligeable des personnes éligibles.

Par ailleurs, afin de combler le vide juridique actuel et simplifier l'accès à la complémentaire santé des jeunes majeurs, l'assurance maladie a proposé dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 d'attribuer et de renouveler automatiquement la complémentaire santé solidaire aux enfants âgés de moins de vingt-cinq ans qui ne sont pas considérés comme étant à la charge des bénéficiaires du revenu de solidarité active.

Enfin, à la faveur de la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion 2023/2027, l'assurance maladie renouvellera ses engagements en matière d'amélioration de l'accès à complémentaire santé solidaire.

Mutualité sociale agricole

Deux ans après son entrée en vigueur, la complémentaire santé solidaire a connu plusieurs mesures de simplification visant à renforcer l'accès des personnes éligibles à ce dispositif, notamment les bénéficiaires de minima sociaux, et à en assouplir la gestion pour les organismes en charge de sa mise en œuvre.

Particulièrement impliquée depuis plusieurs années dans l'amélioration de l'accès aux soins, la MSA participe activement au développement de ce dispositif dans les territoires ruraux dans lesquels réside la majorité de ses ressortissants.

Le guichet unique de la MSA est mobilisé pour déployer les politiques publiques de manière adaptée aux enjeux du monde agricole et répondre au besoin de proximité de la population agricole.

Forte de ce statut d'interlocuteur unique, la MSA offre à ses ressortissants vulnérables un accompagnement social personnalisé avec les Rendez-vous Prestations qui leur permet de bénéficier de la plénitude de leurs droits. Ainsi, dans le domaine de la santé, près d'un tiers des droits ouverts en 2021 dans le cadre de ce dispositif ont concerné la complémentaire santé solidaire.

En effet, la lutte contre le non-recours aux droits est pour la MSA un enjeu fondamental de prévention et de réduction des inégalités sociales.

L'engagement permanent des élus et des salariés de la MSA permet à l'institution d'être à l'écoute des assurés et de répondre à leurs préoccupations dans un contexte de fortes demandes en matière de protection sociale en raison notamment des crises sociales et sanitaires des dernières années.

SOMMAIRE

INTRODUCTION : QU'EST-CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?.....P. 6

Qu'est-ce que la complémentaire santé solidaire ?.....	P. 7
Comment est géré le droit à la complémentaire santé solidaire ?.....	P. 7
Quelles sont les garanties de la complémentaire santé solidaire ?	P. 8
Comment réaliser sa demande de complémentaire santé solidaire ?.....	P. 8
Quels publics bénéficient d'un accès facilité à la complémentaire santé solidaire ?.....	P. 9
Chiffres clés de la complémentaire santé solidaire.....	P. 10

CHAPITRE 1 - LA GESTION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE P. 12

I. LA GOUVERNANCE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	P. 13
A. Le comité de suivi et le comité technique.....	P. 13
B. La réunion avec les partenaires associatifs et les acteurs de terrain.....	P. 13
II. LES ÉVOLUTIONS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE EN 2021 ET 2022.....	P. 14
A. Des simplifications pour les démarches de l'ensemble des assurés.....	P. 14
B. Une meilleure prise en compte de l'évolution des compositions de foyer en cours de droit.....	P. 15
C. Des conditions d'accès facilitées pour certains publics à la complémentaire santé solidaire.....	P. 16
D. Des simplifications pour les organismes en charge de la gestion du dispositif.....	P. 17
E. Deux revalorisations des plafonds de ressources de la complémentaire santé solidaire en 2022.....	P. 18
F. Des modifications du formulaire de demande de complémentaire santé solidaire.....	P. 19
G. Un accès facilité aux soins pour les personnes en provenance d'Ukraine.....	P. 20
H. La mise en place prochaine de la complémentaire santé solidaire à Mayotte.....	P. 20

CHAPITRE 2 - L'ÉCOSYSTÈME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....P. 21

I. LES ACTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE (CNAM, MSA) POUR FACILITER ET PROMOUVOIR L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AUPRÈS DE LEURS ASSURÉS.....	P. 22
A. La Mission Accompagnement santé (MAS) et les partenariats développés par les caisses de sécurité sociale pour favoriser le recours aux soins.....	P. 22
B. Les missions des services de l'action sanitaire et sociale (ASS) des CPAM.....	P. 25
II. LES MISSIONS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES.....	P. 26
A. La gestion des contrats de complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires.....	P. 26
B. Inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la complémentaire santé solidaire.....	P. 27
C. Mesures réglementaires emportant des effets spécifiques sur l'activité des organismes complémentaires.....	P. 27

CHAPITRE 3 - LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....P. 28

I. LES EFFECTIFS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....P. 29

- A. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation.....P. 29
- B. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite.....P. 30
- C. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation financière.....P. 30
- D. La répartition des bénéficiaires (par âge, sexe, composition de foyer, géographie).....P. 31
- E. Le taux de recours à la complémentaire santé solidaire.....P. 36
- F. La pratique du tiers-payant par les professionnels de santé pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.....P. 40

II. LA DÉPENSE ET LE COÛT MOYEN DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....P. 41

- A. La dépense pour la complémentaire santé solidaire pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires.....P. 41
- B. La dépense moyenne par bénéficiaire et par département.....P. 44
- C. La dépense des organismes complémentaires.....P. 46

CHAPITRE 4 - LE FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....P. 48

I. UNE AUGMENTATION DYNAMIQUE DE L'ASSIETTE QUI FAIT SUITE À UNE STAGNATION EN 2020.....P. 49

- A. L'assiette augmente de 3,5% en 2021.....P. 50
- B. Un marché caractérisé par une forte concentration.....P. 51

II. LA FIABILISATION ET LE CONTRÔLE DE LA TSA.....P. 54

- A. Éléments de contexte.....P. 54
- B. Les résultats des opérations de fiabilisation et de contrôle.....P. 55

INTRODUCTION :

QU'EST-CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

- Qu'est-ce que la complémentaire santé solidaire ?.....P. 7
- Comment est géré le droit à la complémentaire santé solidaire ?.....P. 7
- Quelles sont les garanties de la complémentaire santé solidaire ?P. 8
- Comment réaliser sa demande de complémentaire santé solidaire ?.....P. 8
- Quels publics bénéficient d'un accès facilité à la complémentaire santé solidaire ?.....P. 9
- Chiffres clés de la complémentaire santé solidaire.....P. 10

■ Qu'est-ce que la complémentaire santé solidaire ?

La complémentaire santé solidaire est entrée en vigueur le 1er novembre 2019 et a permis une refonte de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Il s'agit d'une complémentaire santé destinée aux assurés en situation de précarité. Plus lisible, elle offre l'accès à un panier de soins plus large que celui de la CMU-C et de l'ACS. La complémentaire santé solidaire garantit à ses bénéficiaires une prise en charge de qualité en matière de soins, avec un niveau de cotisation nul ou limité.

Elle est attribuée :

- A titre gratuit aux personnes dont les ressources sont inférieures à 798 € par mois pour une personne seule;
- En contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources mensuelles sont situées entre 798 € et 1077 € pour une personne seule.

Dans ce cas, le montant mensuel demandé dépend de l'âge de chaque bénéficiaire (pris en compte au 1er janvier de l'année d'attribution du droit à la

complémentaire santé solidaire avec participation financière).

Pourquoi souscrire une couverture complémentaire en santé ?

En France, les dépenses de santé se décomposent entre :

- Une part remboursée par l'assurance maladie obligatoire;
- Une part restant à la charge de l'assuré.

Si l'assuré a souscrit une complémentaire santé (souvent appelée mutuelle), cette part peut être partiellement ou totalement remboursée par la complémentaire ce qui permet, le cas échéant, de réduire le « reste à charge » de l'assuré (ce qui lui reste finalement à payer après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et par l'assurance maladie complémentaire). Ainsi, afin de réduire au maximum le coût de ses dépenses de santé, l'assuré a intérêt à disposer d'une couverture santé complémentaire.

Montants individuels de participation en cas de droit ouvert à la complémentaire santé solidaire participative

Âge au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire	Montant mensuel de la participation financière	Montant annuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros	96 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros	168 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros	253 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros	300 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros	360 euros

■ Comment est géré le droit à la complémentaire santé solidaire ?

La complémentaire santé solidaire est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'assurance maladie (CPAM, caisse de MSA ou régime spécial), soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires.

Ce choix est opéré au moment de la demande et il n'emporte aucune différence dans la gestion des contrats.

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, que l'on appelle le contrat de sortie.

■ Quelles sont les garanties de la complémentaire santé solidaire ?

En plus du remboursement de la part complémentaire des frais de santé, la complémentaire santé solidaire offre d'autres garanties importantes, que ne proposent pas nécessairement les organismes d'assurance maladie complémentaire dans le cadre des autres contrats individuels de complémentaire santé :

→ ils bénéficient du 100 % santé : les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les lunettes de vue des paniers « 100 % santé » sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé solidaire; le panier de soins dentaire pris en charge est également plus important que celui du « 100 % santé »;

→ cette complémentaire garantit aussi la prise en charge intégrale de nombreux autres matériels et équipements médicaux (pansements, cannes, déambulateurs, produits pour diabétiques...);

→ en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures, le forfait journalier (qui correspond au montant que les patients doivent payer à l'hôpital pour l'hébergement) est pris en charge sans limitation de durée ;

→ ils n'ont pas à avancer de frais quand ils se rendent chez un professionnel de santé à condition de présenter leur carte Vitale au professionnel lors de la consultation ;

→ la participation forfaitaire de 1 €, qui est à régler par le patient lorsqu'il se rend chez un médecin et/ou professionnel de santé, n'est pas exigée des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire;

→ ils n'ont pas à s'acquitter de la franchise médicale qui s'applique normalement à certains frais médicaux (0,50 € pour l'achat d'une boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical et 2 € par transport sanitaire) ;

→ les médecins ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires (sauf exigence particulière du patient de type : demande de rendez-vous en dehors des horaires de consultation du médecin).



Pour plus d'informations sur les garanties couvertes par la complémentaire santé solidaire, vous pouvez retrouver un tableau détaillé en annexe 2 du présent rapport.

■ Comment réaliser sa demande de complémentaire santé solidaire ?

La complémentaire santé solidaire est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année. Elle bénéficie à l'ensemble du foyer et une seule demande est nécessaire pour l'ensemble des personnes composant ce foyer.

Il est possible de vérifier son éligibilité à la complémentaire santé solidaire sur le simulateur du portail « Mes droits sociaux ».

Si l'on est éligible, il est possible de remplir une demande :

→ En téléchargeant le formulaire de demande

Ou

→ En réalisant sa demande en ligne depuis son compte Ameli ou, pour les assurés du régime agricole, depuis son espace privé via msa.fr

Pour renouveler son droit, il convient de réaliser à nouveau une demande de complémentaire santé

solidaire entre 4 et 2 mois avant l'expiration du droit en cours.

■ Quels publics bénéficient d'un accès facilité à la complémentaire santé solidaire ?

Afin de favoriser le recours à la complémentaire santé solidaire de certains bénéficiaires de minima sociaux, qui sont éligibles à la complémentaire santé solidaire, plusieurs mesures ont été mises en œuvre :

Les assurés déjà bénéficiaires du RSA :

Ils ont droit, ainsi que les membres de leur foyer, à la complémentaire santé solidaire sans participation financière.

La demande de complémentaire santé solidaire peut être réalisée à tout moment et celle-ci est simplifiée : le demandeur n'a pas à renseigner ses ressources sur le formulaire, il doit seulement fournir les informations concernant son foyer et choisir l'organisme complémentaire gestionnaire de son contrat de complémentaire santé solidaire.

Les bénéficiaires du RSA n'ont pas à demander annuellement le renouvellement de leur droit à la complémentaire santé solidaire : celui-ci est renouvelé automatiquement.

Les nouveaux demandeurs du RSA :

La complémentaire santé solidaire leur est attribuée automatiquement dès la demande de RSA sauf opposition expresse de leur part pour une durée de 3 mois, dans l'attente de la confirmation du droit au RSA.

Les assurés déjà bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) :

Le renouvellement du droit à la complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière est automatique, les bénéficiaires de l'ASPA n'ont pas à refaire de demande chaque année si leur situation n'a pas changé.

Les nouveaux demandeurs de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) :

Tout nouveau bénéficiaire de l'ASPA bénéficie d'une présomption de droits à la complémentaire santé solidaire avec participation financière, sauf s'il a travaillé les trois mois précédant sa demande de complémentaire santé solidaire.

Une fois l'ASPA accordée, la caisse d'assurance maladie du bénéficiaire de l'ASPA lui transmet une demande de complémentaire santé solidaire simplifiée (il n'a pas à déclarer les ressources de son foyer).

Pour rappel, la complémentaire santé solidaire reste peu coûteuse pour les personnes de plus de 65 ans puisque la participation financière ne s'élève qu'à 30 € maximum par mois par personne contre 111 € en moyenne pour des complémentaires classiques (données DREES, 2016) .

■ Chiffres clés de la complémentaire santé solidaire

LES EFFECTIFS DE BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

➔ **7,19 millions de bénéficiaires** à fin mai 2022, dont :

➔ **5,73 millions** de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation

➔ **1,46 million** de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation



Soit + 1,6% d'augmentation entre octobre 2019 et mai 2022

LES PROFILS DES ATTRIBUTAIRES

60% des foyers bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation sont constitués de familles de 3 personnes et plus.

Contre 30% en population générale.



Les personnes de plus de 60 ans représentent **34,4%** des foyers bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation.



Contre 26,8% en population générale.

LA DÉPENSE DES RÉGIMES ET ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

2,839 Milliards d'€ de dépenses nettes sur l'année 2021



en progression de **25,6%** par rapport à 2020

LA DÉPENSE MOYENNE PAR BÉNÉFICIAIRE EN 2021

Pour les régimes d'assurance maladie :

323 €*

Pour les organismes complémentaires

522 €*



*Cette différence s'explique en grand partie par la structure d'âge plus élevée des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation financière, qui sont les contrats principalement gérés par les organismes complémentaires.

Site de la complémentaire santé solidaire

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

Page de l'assurance maladie sur la complémentaire santé solidaire

<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment>

CHAPITRE 1 — LA GESTION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

I. LA GOUVERNANCE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....P. 13

- A. Le comité de suivi et le comité technique.....P. 13
- B. La réunion avec les partenaires associatifs et les acteurs de terrain.....P. 13

II. LES ÉVOLUTIONS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE EN 2021 ET 2022.....P. 14

- A. Des simplifications pour les démarches de l'ensemble des assurés.....P. 14
- B. Une meilleure prise en compte de l'évolution des compositions de foyer en cours de droit.....P. 15
- C. Des conditions d'accès facilitées pour certains publics à la complémentaire santé solidaire.....P. 16
- D. Des simplifications pour les organismes en charge de la gestion du dispositif.....P. 17
- E. Deux revalorisations successives des plafonds de ressources de la complémentaire santé solidaire en 2022.....P. 18
- F. Des modifications du formulaire de demande de complémentaire santé solidaire.....P. 19
- G. Un accès facilité aux soins pour les personnes en provenance d'Ukraine.....P. 20
- H. La mise en place prochaine de la complémentaire santé solidaire à Mayotte.....P. 20

I. La gouvernance de la complémentaire santé solidaire

A. Le comité de suivi et les comités techniques

Le comité de suivi constitue l'instance stratégique de pilotage national de la complémentaire santé solidaire.

Ce comité réunit au moins deux fois par an 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 représentants de l'administration.

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, d'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 2022 ont eu lieu le 16 juin et le 15 décembre 2022.

Les comités techniques réunissent, aux côtés du ministère de la santé (direction de la sécurité sociale), la CNAM, la CCMSA, et l'URSSAF Caisse nationale afin de discuter des implications techniques et informatiques, de la législation et de la réglementation applicable à la complémentaire santé solidaire. Ces comités sont aussi l'instance privilégiée d'échanges relatifs à la méthodologie de suivi statistique de la complémentaire santé solidaire.

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

Depuis 2021, une fois par an, un comité associatif consacré à la complémentaire santé solidaire est organisé par la CNAM et co-animé par le ministère de la santé, avec près de 70 structures intervenant dans le champ de l'action sanitaire ou sociale.

Cette instance, qui s'est réunie pour la dernière fois le 21 septembre 2022, 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.

II. Les évolutions de la complémentaire santé solidaire en 2021 et 2022

Depuis la fin de l'année 2021, plusieurs mesures relatives à la complémentaire santé solidaire ont été mises en œuvre, visant notamment à simplifier les démarches pour les assurés et à mieux prendre en compte les recompositions de foyers en cours de droit.

A. Des simplifications pour les démarches de l'ensemble des assurés

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

Le dispositif de ressources mensuelles (DRM) permet aux organismes de sécurité sociale d'obtenir directement des informations sur la nature et le montant des revenus d'activité salariée et des prestations sociales versés aux assurés. Ce dispositif permet tout d'abord de simplifier et fiabiliser les démarches des assurés (qui n'ont plus à déclarer le détail de ces ressources), mais il permet également d'alléger la charge administrative de gestion et les coûts associés pour les caisses d'assurance maladie.

Le DRM est utilisé pour le remplissage des demandes de complémentaire santé solidaire depuis le début de l'année 2022.

Le recours au DRM a nécessité quelques adaptations des modalités de prise en compte des ressources dans le cadre des demandes de complémentaire santé solidaire :

- Modification de la période de référence pour la prise en compte des ressources notamment pour les revenus d'activité salariée et les prestations sociales : la période de référence est fixée du treizième mois au deuxième mois civil précédant le mois de la demande au lieu du douzième mois au mois civil précédant la demande précédemment ;
- Modification de la période de référence des ressources prises en compte pour les travailleurs indépendants et les non-salariés agricoles : les revenus sont pris en compte sur la base du dernier avis d'imposition connu ;
- Enfin, la contribution patronale pour l'acquisition d'une complémentaire santé est

incluse dans les ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire.

L'exclusion de certaines indemnités de la base des ressources prises en compte pour l'examen du droit à la complémentaire santé solidaire

Ne sont désormais plus prises en compte les indemnités correspondant aux mesures de réparation pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites mais aussi celles reconnaissant les souffrances endurées par les orphelins dont les parents ont été victimes d'actes de barbarie durant la Seconde Guerre mondiale. Ces indemnités sont également exclues de la base des ressources prises en compte pour le revenu de solidarité active (RSA).

Une simplification des demandes de renouvellement

En matière de complémentaire santé solidaire, le renouvellement du droit n'est pas automatique, hormis pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA.

La demande de renouvellement doit être déposée au plus tôt 4 mois et au plus tard 2 mois avant l'expiration du droit précédent. Jusqu'à récemment, le renouvellement s'effectuait selon les mêmes modalités qu'une première demande. Le bénéficiaire devait donc remplir un formulaire, constituer un dossier avec ses pièces justificatives, choisir son organisme gestionnaire, mais aussi, lorsque la demande était acceptée et qu'il était éligible à la complémentaire santé solidaire payante, renvoyer son bulletin d'adhésion rempli et son moyen de paiement à son organisme gestionnaire. Cette procédure pouvait ainsi décourager certains bénéficiaires de renouveler leur demande de complémentaire santé solidaire.

Afin d'éviter toute rupture de droit et de simplifier le renouvellement de la complémentaire santé solidaire, le bénéficiaire est désormais dispensé d'adresser à nouveau à l'organisme gestionnaire le bulletin d'adhésion et le document autorisant le prélèvement sur compte bancaire si sa situation personnelle et financière n'a pas évolué. Seule la demande de renouvellement auprès de la caisse sera requise.

Le renoncement en cours de droit à la complémentaire santé solidaire

Comme les assurés titulaires d'un autre type de contrat de complémentaire individuel qui disposent de la possibilité de le résilier

B. Une meilleure prise en compte de l'évolution des compositions de foyer en cours de droit

L'assouplissement de la durée d'un an du droit à la complémentaire santé solidaire pour faciliter l'intégration de membres supplémentaires au foyer

La durée d'un an du droit à la complémentaire santé solidaire empêchait les organismes de sécurité sociale de s'adapter en temps réel aux changements de composition du foyer des bénéficiaires.

A titre d'exemple, il était auparavant impossible pour un adulte majeur (conjoint, concubin) non protégé par la complémentaire santé solidaire et rejoignant un foyer bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire d'en bénéficier immédiatement. Il fallait attendre l'expiration du droit en cours pour permettre au foyer de renouveler son droit à la complémentaire santé solidaire en y incluant ce majeur.

Désormais, la période d'un an du droit à la complémentaire peut être réduite pour ouvrir sans attendre un droit au bénéfice de l'ensemble des membres du foyer recomposé.

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

Désormais, tout enfant de moins de 25 ans qui intègre un foyer déjà bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire peut obtenir un droit à cette protection du fait de sa nouvelle appartenance au foyer : il pourra ainsi figurer sur le contrat déjà établi, à la demande de l'assuré.

sans attendre la date anniversaire annuelle, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire peuvent 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.

A titre d'exemple, un jeune actif sans emploi décidant de rejoindre le foyer familial pourra désormais intégrer le contrat de complémentaire santé solidaire en cours de droit.

Cette mesure vise à aligner la situation des enfants majeurs sur celle des enfants mineurs. Toutefois l'intégration de l'enfant majeur au sein du foyer ne l'exempte pas de participation financière si celle-ci a lieu d'être, contrairement aux enfants mineurs.

Autoriser la souscription d'un contrat de complémentaire santé solidaire au bénéfice de certains membres du foyer uniquement, même s'ils sont mineurs

Le demandeur de la complémentaire santé solidaire peut décider, au moment de son adhésion, de ne pas bénéficier lui-même de cette protection mais de la réserver aux autres membres de son foyer, y compris s'ils sont mineurs.

En effet, dans certaines situations, souvent pour des raisons financières, les parents souhaitent renoncer à la complémentaire santé solidaire pour eux-mêmes mais couvrir tout de même leurs enfants mineurs.

Les modalités d'attribution ou de renouvellement du droit à la complémentaire santé solidaire en cas de non-acquittement de participations financières dues au titre d'un droit précédent à la complémentaire santé solidaire

Les assurés ne peuvent plus 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.

Toutefois, afin de protéger les foyers rencontrant des difficultés financières, 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 l'organisme en charge de leur contrat de complémentaire santé solidaire (délai de paiement, remise de dette).

C. Des conditions d'accès facilitées pour certains publics à la complémentaire santé solidaire

Attribution automatique de la complémentaire santé solidaire sans participation financière aux nouveaux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)

Depuis sa mise en œuvre au mois de février 2022, la mesure d'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux nouveaux bénéficiaires du RSA présente des premiers éléments de bilan très positifs, avec une nette augmentation des droits ouverts pour ce public.

Les nouveaux bénéficiaires du RSA voient en effet depuis février 2022 la complémentaire santé solidaire leur être attribuée automatiquement.

Concrètement, les personnes qui réalisent leur demande de RSA en ligne via le téléservice dédié se voient systématiquement proposer la complémentaire santé solidaire gratuite à la fin de cette démarche. Sauf s'ils s'y opposent, un droit leur est alors ouvert, ainsi qu'aux membres de leur foyer, s'ils remplissent bien les conditions d'éligibilité au RSA.

Pour les demandes de RSA réalisées par voie papier, dans l'attente d'une modification prochaine des formulaires qui permettra une attribution automatique comme pour le téléservice, une solution transitoire a été mise en

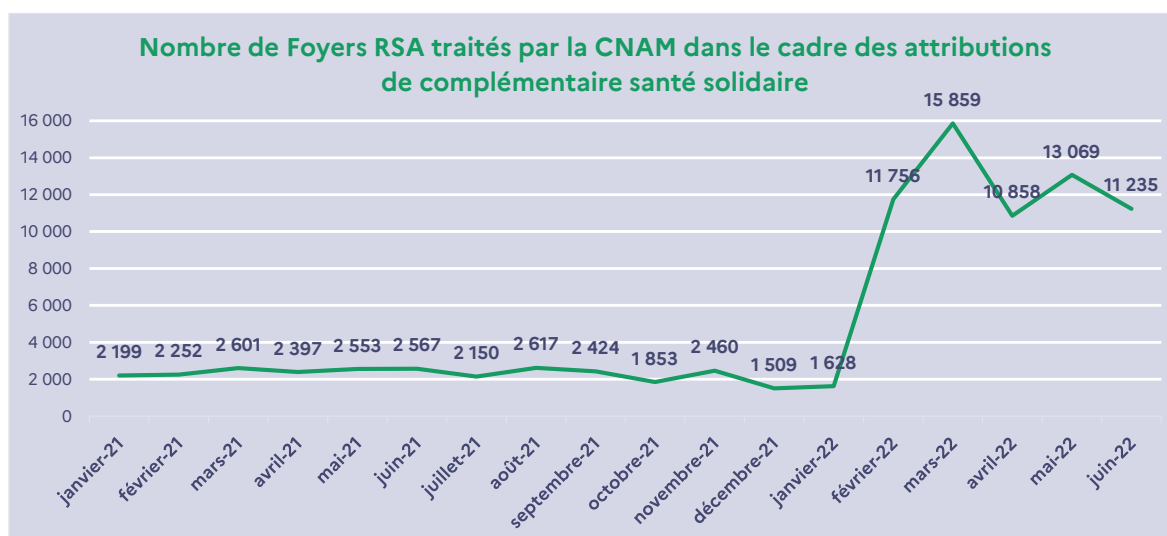
Décès du titulaire du contrat et devenir des autres membres du foyer bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

En cas de décès du bénéficiaire titulaire du contrat, les ayants-droit 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.

place. Les bénéficiaires du RSA sont informés de l'attribution de leur droit à la complémentaire santé solidaire par courrier de leur caisse d'assurance maladie et doivent transmettre en retour uniquement la composition de leur foyer et le choix de leur organisme gestionnaire pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire. Ils n'ont pas à déclarer leurs ressources.

Les attributions de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA n'ont ainsi cessé d'augmenter depuis le mois de février 2022 : alors que sur l'année 2021, 2 500 demandes de complémentaire santé solidaire étaient réalisées en moyenne chaque mois dans le cadre de la demande de RSA, les mois de février, mars et avril 2022 enregistrent en moyenne plus de 12 000 demandes par mois. Cette tendance haute est confirmée par les mois de mai et juin.

Les enfants âgés de moins de 25 ans qui vivent sous le même toit que des bénéficiaires du revenu de solidarité active, mais qui ne sont pas considérés comme étant à leur charge pour le bénéfice du RSA devraient également prochainement bénéficier de l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire gratuite. Ils bénéficieront également du renouvellement automatique de leur droit à la complémentaire santé solidaire.



L'attribution d'une présomption de droits aux nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

Les nouveaux bénéficiaires de l'ASPA bénéficient depuis le 1er avril 2022 d'une présomption de droits à la complémentaire santé solidaire avec participation financière sauf lorsqu'ils exercent une activité professionnelle.

Une fois l'ASPA attribuée, les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif transmettent aux nouveaux bénéficiaires de l'ASPA l'ensemble des documents permettant de souscrire un tel contrat de complémentaire, sans qu'ils aient à remplir une demande complète de 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.

La présomption de droit bénéficie aux allocataires de l'ASPA qui n'ont pas travaillé au cours des trois mois précédant leur demande de complémentaire santé solidaire et qui seront donc dispensés de renseigner le détail de leurs ressources.

Cette présomption de droits vaut pour les éventuels conjoints, concubins ou partenaires des bénéficiaires de l'ASPA, dès lors qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle.

D. Des simplifications pour les organismes en charge de la gestion du dispositif

Simplification du financement de la complémentaire santé solidaire

Dans un objectif de simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire, il est prévu que l'assurance maladie obligatoire prenne d'emblée également en charge, dans le cadre du tiers payant intégral coordonné (soit 99 % des actes pris en charge par la complémentaire santé solidaire), la part des frais de santé normalement payée par l'assurance maladie complémentaire pour le compte du patient. Corollairement, ces sommes n'auront plus à être déduites par les organismes complémentaires des montants déclarés au titre de la TSA. Cette mesure devrait prendre effet au 1^{er} janvier 2023 (décret à paraître).

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

Le contentieux de l'admission à l'aide sociale a été élargi à l'ensemble des décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire, actant ainsi la compétence de la commission de recours amiable, puis des tribunaux judiciaires, pour statuer sur de tels litiges.

Ce contentieux a ainsi été étendu aux décisions de fermeture de droit et de notification d'indus concernant des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Cette extension s'applique aussi aux décisions prises vis-à-vis des organismes complémentaires (par exemple, les litiges avec ces organismes en matière de recouvrement des parts complémentaires). Cette mesure sera mise en œuvre en 2024.

La remise des indus pour précarité des assurés du régime agricole

Les caisses de MSA peuvent procéder, par décision motivée, à des remises de dettes sur les indus

Références des textes juridiques ayant permis l'adoption et la mise en œuvre des mesures précédemment citées :

Textes législatifs :

- Article 88 de la LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022

Textes réglementaires :

- 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
- Décret n° 2022-565 du 15 avril 2022 relatif à l'ouverture et au renouvellement des droits à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

E. Deux revalorisations successives des plafonds de ressources de la complémentaire santé solidaire en 2022

Une première revalorisation au 1^{er} avril

Tous les ans, un arrêté fixe le montant du plafond de ressources à ne pas dépasser pour avoir accès à la complémentaire santé solidaire gratuite.

Toutes les ressources, imposables ou non imposables et perçues au cours de l'année précédente sont prises en compte. Par exemple, pour une demande faite en janvier 2022, la période de référence pour la prise en compte des ressources court du 1^{er} décembre 2020 au 30 novembre 2021.

Pour l'octroi de la complémentaire santé solidaire avec participation financière, les ressources doivent être comprises entre le plafond de la complémentaire santé solidaire sans participation financière et celui-ci majoré de 35 %.

Le plafond d'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME) est identique à celui de la complémentaire santé solidaire sans participation financière.

Au sein des départements d'Outre-Mer, la complémentaire santé solidaire est applicable avec un plafond majoré.

pour cause de précarité du débiteur, à l'exception des cotisations et majorations de retard, et sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations : cela était seulement possible pour les CPAM maritimes pour les assurés du régime agricole.

Cette revalorisation qui est prévue chaque année au 1^{er} avril, a ainsi permis de relever de 1,8 % le plafond de la complémentaire santé solidaire sans participation.

Une seconde revalorisation exceptionnelle en raison de l'entrée en vigueur de l'article 9 de la loi n°2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat

Compte tenu de l'inflation constatée au cours du 1^{er} semestre 2022 et de l'impact de cette hausse sur le budget des ménages, le Gouvernement a annoncé des mesures qui trouvent leur traduction législative dans la loi n°2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

Ce rythme d'inflation pèse particulièrement sur le pouvoir d'achat des retraités et des bénéficiaires de prestations sociales.

L'article 9 de la loi permet donc une revalorisation de 4 % au 1^{er} juillet 2022 des retraites et prestations sociales par anticipation des mécanismes de droit commun. Cette revalorisation exceptionnelle anticipe les revalorisations de droit commun prévues d'octobre 2022 à avril 2023.

Ainsi, celles-ci tiendront compte du taux appliqué en juillet pour la détermination de leurs différents taux de revalorisation.

de 4 % qui anticipe la revalorisation d'avril 2023. Ces nouveaux plafonds sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Les plafonds de la complémentaire santé solidaire sont concernés par cette revalorisation

Barèmes pour la complémentaire santé solidaire et l'AME au 1er juillet 2022

Pour la métropole

Nombre de personnes	Plafond Complémentaire santé solidaire sans participation financière/ AME		Plafond Complémentaire santé solidaire avec participation financière	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	9 571 €	798 €	12 921 €	1 077 €
2	14 357 €	1 196 €	19 382 €	1 615 €
3	17 229 €	1 436 €	23 259 €	1 938 €
4	20 100 €	1 675 €	27 135 €	2 261 €
Par personne en +	3 829 €	319 €	5 169 €	431 €

Pour les départements d'Outre-Mer (Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Martin ainsi qu'à Saint-Barthélemy)

Nombre de personnes	Plafond Complémentaire santé solidaire sans participation financière/ AME		Plafond Complémentaire santé solidaire avec participation financière	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	10 653 €	888 €	14 382 €	1 198 €
2	15 980 €	1 332 €	21 572 €	1 798 €
3	19 175 €	1 598 €	25 887 €	2 157 €
4	22 371 €	1 864 €	30 201 €	2 517 €
Par personne en +	4 261 €	355 €	5 753 €	479 €

F. Des modifications du formulaire de demande de complémentaire santé solidaire

Une nouvelle version du formulaire de demande de complémentaire santé solidaire, numérotée S3711k, a été homologuée en août 2022 pour tenir compte des dernières évolutions législatives et règlementaires.

Les principales modifications apportées au formulaire sont :

→ Intégration des apports de l'utilisation du DRM pour l'examen des demandes de complémentaire santé solidaire dont : suppression de la déclaration des salaires, heures supplémentaires non imposables et rentes ;

→ Présomption de droit à la complémentaire santé solidaire pour les allocataires de l'ASPA sans activité professionnelle ;

→ Modification des ressources exclues : ajout des indemnités versées aux orphelins dont les parents furent victimes de persécutions antisémites ou d'actes de barbarie durant la Seconde Guerre mondiale.

G. Un accès facilité aux soins pour les personnes en provenance d'Ukraine

Dans le contexte de la guerre qui a lieu en Ukraine, près de 63 404 personnes déplacées d'Ukraine ont été recensées en France entre le 24 février et le 22 septembre 2022. Compte tenu de l'urgence et de la précarité de la situation de ces personnes, le Gouvernement a pris plusieurs mesures pour leur permettre d'accéder aux soins dès leur arrivée sur le territoire.

Ainsi, la protection universelle maladie et la complémentaire santé solidaire pouvaient être accordées sans délai aux personnes en provenance d'Ukraine ayant obtenu le bénéfice de la protection temporaire mise en place en application de la directive 2001/55/CE, sur présentation d'un document justifiant du bénéfice de cette protection.

Afin de simplifier et d'accélérer l'ouverture de droits à ces publics, des échanges d'informations dématérialisées ont été mis en place dans la plupart des territoires, entre les préfetures et les caisses d'assurance maladie, afin de permettre à ces publics de disposer rapidement d'une couverture maladie pour accéder aux soins dont ils ont besoin et de les dispenser de démarches supplémentaires auprès des caisses.

Par ailleurs, pour les personnes en provenance d'Ukraine dont les droits ne sont pas encore ouverts et qui nécessitent des soins hospitaliers, la prise en charge au titre des soins urgents mentionnés

à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est autorisée de façon dérogatoire, dans l'attente de la délivrance de l'autorisation provisoire de séjour, pour l'ensemble des soins hospitaliers, y compris pour les situations où le pronostic vital n'est pas en jeu.

Pour obtenir le règlement de ces frais, l'établissement de santé doit adresser à la caisse d'assurance maladie la facture des soins accompagnée de la copie d'un document justifiant de la résidence du patient en Ukraine. Cette procédure exceptionnelle s'applique aux soins hospitaliers délivrés jusqu'au 31 décembre 2022 aux ressortissants ukrainiens et ressortissants d'Etat tiers résidant en Ukraine dans l'attente d'un document justifiant du bénéfice de la protection temporaire. Les personnes en transit vers un autre pays peuvent également être concernées par cette procédure, lorsqu'elles nécessitent des soins à l'hôpital au cours de leur passage en France.

Afin d'informer les ressortissants Ukrainiens, ces modalités de prise en charge sont présentées dans le livret d'accueil pour les déplacés d'Ukraine, disponible sur le [site du ministère de l'Intérieur](#)¹.

Elles sont aussi détaillées sur le [site ameli.fr](#), où il est notamment possible de télécharger un dépliant en version française ou version ukrainienne.

H. La mise en place prochaine de la complémentaire santé solidaire à Mayotte

Les assurés mahorais disposant de très faibles revenus peuvent bénéficier, depuis mai 2019, d'une exonération de ticket modérateur sur leurs soins de ville. Cette exonération bénéficie, au 31 décembre 2021, à 72 573 assurés et ayants droit, soit 36 % des 200 041 bénéficiaires de la couverture maladie de base à Mayotte.

Dans un souci de convergence des droits sociaux à Mayotte, il est prévu de remplacer cette exonération du ticket modérateur par la complémentaire santé solidaire à compter de janvier 2024 et de permettre aux assurés du régime d'assurance maladie de Mayotte de bénéficier, lorsqu'ils ouvrent droit à ce dispositif, des mêmes prises en charge que les autres bénéficiaires métropolitains ou ultramarins.

La complémentaire santé solidaire présente plusieurs avantages, notamment :

- D'être exportable partout en France ;
- D'être connue des professionnels de santé ;
- De garantir à ses bénéficiaires une dispense systématique d'avance de frais et l'absence de dépassements d'honoraires ;
- Ainsi que la prise en charge intégrale de divers paniers de dispositifs médicaux (panier 100% Santé en optique et en audiologie, panier 100% Santé élargi en dentaire, dispositifs médicaux).

¹ <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/dossiers/situation-en-ukraine/livret-daccueil-en-france-pour-deplacés-dukraïne?page=1>

CHAPITRE 2 - L'ÉCOSYSTÈME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

I. LES ACTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE (CNAM, MSA) POUR FACILITER ET PROMOUVOIR L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AUPRÈS DE LEURS ASSURÉS.....P. 22

A. La Mission Accompagnement santé (MAS) et les partenariats développés par les caisses de sécurité sociale pour favoriser le recours aux soins.....P. 22

B. Les missions des services de l'action sanitaire et sociale (ASS) des CPAM.....P. 25

II. LES MISSIONS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES....P. 26

A. La gestion des contrats de complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires.....P. 26

B. Inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la complémentaire santé solidaire.....P. 27

C. Mesures réglementaires emportant des effets spécifiques sur l'activité des organismes complémentaires.....P. 27

I. LES ACTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE (CNAM, MSA) POUR FACILITER ET PROMOUVOIR L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AUPRÈS DE LEURS ASSURÉS

A. La Mission Accompagnement santé (MAS) et les partenariats développés par les caisses de sécurité sociale pour favoriser le recours aux soins

Présente dans chacune des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), la Mission Accompagnement Santé a pour finalités :

→ De coordonner, d'organiser ou de réaliser l'accompagnement d'assurés dans le cadre de difficultés d'accès aux droits, de renoncements ou de difficultés d'accès à des soins (financière, géographique, temporelle, handicap...) ou encore de fragilité face au numérique. Ces accompagnements sont réalisés selon l'organisation locale mise en place au niveau de la CPAM.

→ D'orienter vers le service social de l'assurance Maladie les personnes en situation de fragilité sociale complexes.

La Mission Accompagnement Santé constitue un point d'entrée unique quel que soit le mode de détection de l'assuré. Cette détection peut relever d'une approche populationnelle consistant en des actions d'aller-vers vers des populations aux besoins spécifiques : personnes en situation de handicap, travailleurs indépendants, personnes âgées, jeunes...

Il peut également d'agir d'une détection thématique par le biais de détecteurs internes et/ou des partenaires, sur des sujets tels que l'éloignement numérique, le non-recours aux droits ou bien les difficultés d'accès/le renoncement aux soins.

Les MAS réalisent un bilan des droits auxquels peuvent prétendre les assurés détectés et les accompagnent le cas échéant, selon leurs besoins de soins. En plus de promouvoir des actions de prévention en santé et de fournir, selon les besoins identifiés, un accompagnement numérique, les MAS peuvent également orienter l'assuré vers d'autres services de l'assurance maladie, notamment le service social ou vers des partenaires externes en cas de besoin spécifique détecté.

Les objectifs poursuivis par les Mission Accompagnement Santé visent à permettre à chacun de disposer des droits auxquels il peut prétendre, de connaître et de mieux comprendre le système de santé, de trouver des solutions concrètes face aux difficultés rencontrées et de renforcer son autonomie dans la prise en charge de sa santé.



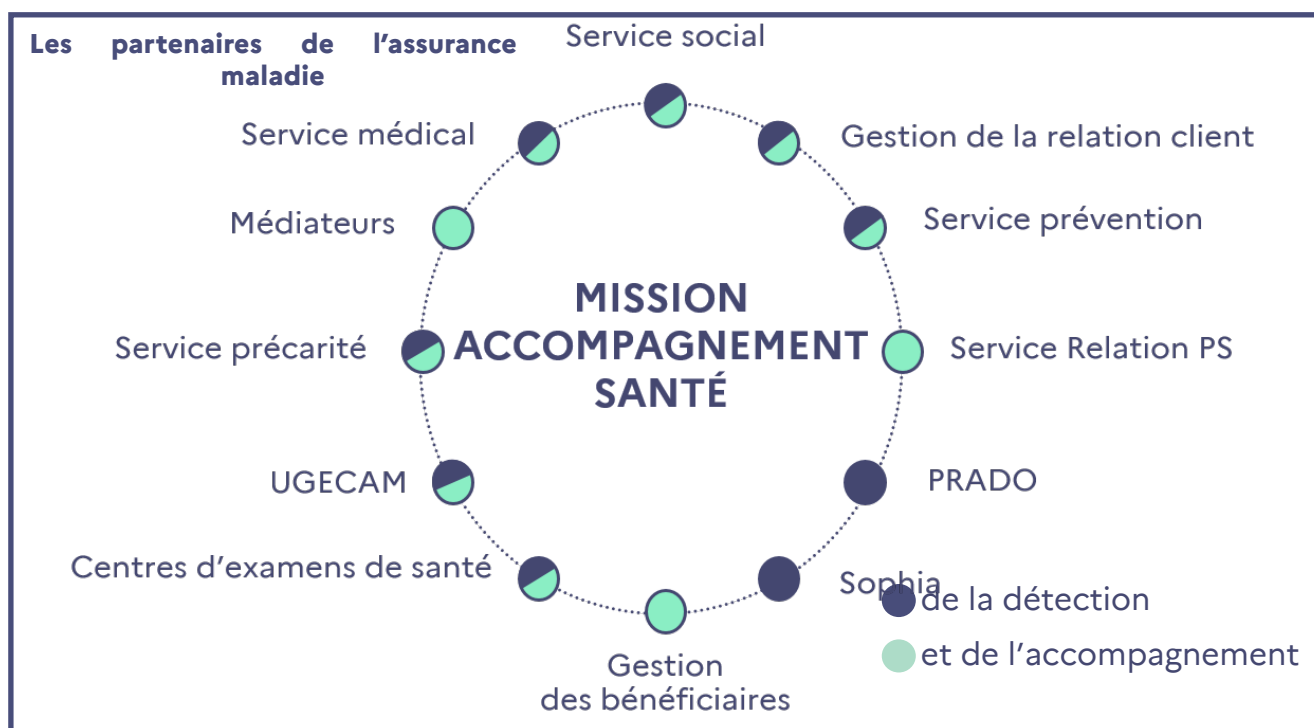
L'ÉCOSYSTÈME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Le nombre d'accompagnements aux soins (renoncement et/ou difficultés d'accès aux soins) par les MAS a connu une augmentation de 42% en 2021 par rapport à 2020. Si on inclut

les détections portant sur des problématiques d'inclusion numérique et/ou d'accès au droit, l'augmentation du nombre d'accompagnements entre 2020 et 2021 est de 146%.

	Accompagnements aux soins créés	Accompagnements aux droits, au numérique créés	Total accompagnements créés
2020	57 372	-	57 372
2021	81 541 (+ 42%)	59 473	141 014 (+ 146%)

Une offre de service en lien avec tous les services de l'assurance Maladie selon les besoins identifiés de l'assuré



Afin de renforcer les partenariats entre caisses de sécurité sociale, les services sociaux et les associations, plusieurs conventions ont été signées par l'assurance maladie avec une poursuite d'objectifs en commun, visant notamment à accompagner les publics cibles dans leurs recours aux droits et aux soins. Le conventionnement a d'abord lieu à un niveau national, entre la CNAM et le siège du partenaire.

Par la suite, il est déployé au sein de chaque caisse locale une convention équivalente.

Des comités de pilotage nationaux organisés annuellement permettent de réaliser des bilans de la collaboration mais aussi d'envisager des pistes de développement pour l'année à venir. Ils permettent également d'assurer le suivi de la montée en charge de la collaboration sur l'accès aux droits et aux soins dans les territoires.

Conventions nationales

- Secours Populaire français
- Restaurants du Cœur
- Emmaüs France
- Croix-Rouge française
- France Terre d'Asile
- APF France handicap
- Convergence
- CNAF
- Pôle emploi
- Enseignement supérieur
- ADOMA
- FNMF
- UNAF

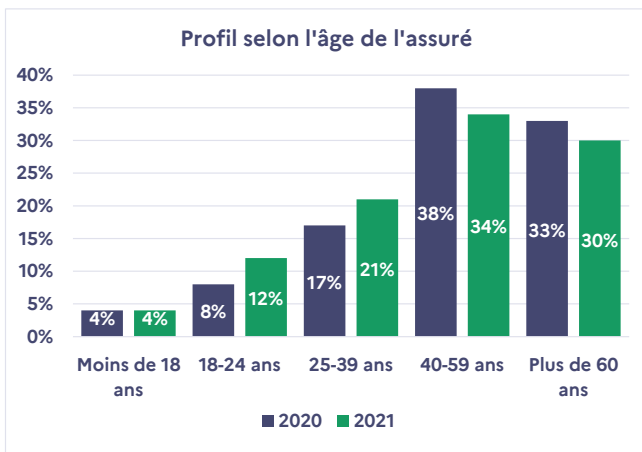
Conventions locales

Déclinaison des conventions cadres par conventionnement local.
+ Conventions locales autonomes

Quel est le profil des personnes accompagnées par les MAS en 2021 ?

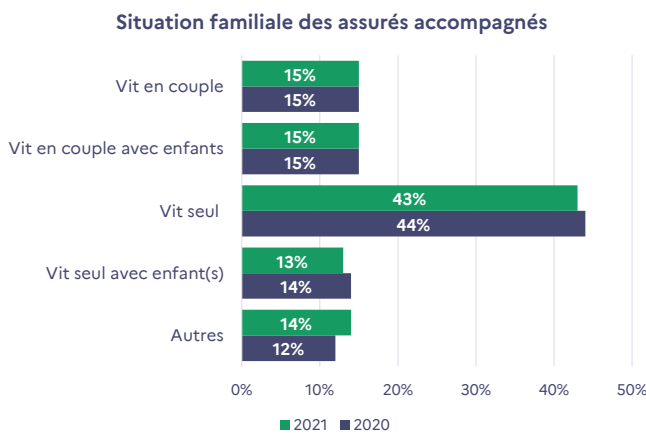
Par rapport à 2020, le public reçu en 2021 constitue un public plus jeune, avec plus d'hommes et de personnes en situation d'activité professionnelle.

Pour autant, les personnes accompagnées restent majoritairement des femmes (54 % en 2021 contre 57 % en 2020).



Concernant l'âge des assurés accompagnés, la tranche d'âge de 40-59 ans reste la plus représentée en 2021 (34 % contre 38 % en 2020).

Les assurés accompagnés par les MAS vivent le plus souvent seuls (43 % en 2021 contre 44 % en 2020) et les foyers monoparentaux sont surreprésentés par rapport à leur représentation nationale (13 % contre 9,5 % France entière).

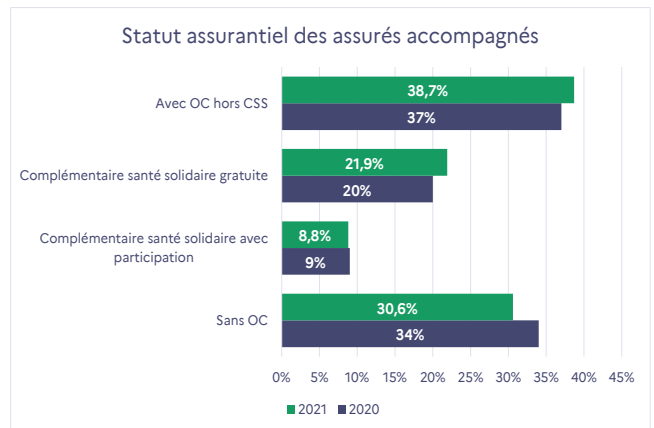


44 % des personnes accompagnées sont sans emploi, cependant la part des assurés en emploi (salarié, TI) s'accroît en 2021 (27 %, soit + 3 points).

En 2021, les MAS ont accueilli un public plus souvent couvert par une complémentaire santé



en entrée d'accompagnement : 30,6 % des assurés pris en charge par les MAS ne disposent pas de protection complémentaire (-3,4 points par rapport à 2020).



Concernant les raisons de l'accompagnement des assurés par les MAS, les renoncements de soins constituent des motifs récurrents, en particulier les renoncements portant sur des consultations de généralistes qui sont en forte hausse (+5 points en 2021).

Les causes de renoncement aux soins en 2021 sont principalement liées à un motif financier (reste à charge, avance des frais), bien qu'en forte diminution par rapport à 2020 (49,6 % en 2021 contre 60,7 % en 2020).

Les motifs liés au refus d'un praticien ont doublé entre 2020 et 2021, reflétant notamment des difficultés importantes d'accès à un médecin traitant.

B. Les missions des services de l'action sanitaire et sociale (ASS) des CPAM

Les aides financières apportées aux assurés précaires par les services de l'ASS des CPAM

Les services d'action sanitaire et sociale peuvent allouer des aides financières sous certaines conditions aux assurés, en cas de dépenses ou de difficultés liées à un état de maladie, de handicap ou suite à un accident.

Une commission détermine la nature des aides pouvant être accordées et fixe un plafond de ressources ainsi que les modalités d'intervention et les barèmes opposables.

Les services d'action sanitaire et sociale ont réalisé en 2021 presque 8 900 actions d'accompagnement financier dont :

- 824 réalisations de montages financiers complexes incluant des aides extérieures;
- 2 092 obtentions de devis moins onéreux;
- 5 976 aides pour les soins :
 - 59 % concernent des soins dentaires;
 - 11 % concernent de l'optique;
 - 10,5 % concernent des actes de spécialistes;
 - 6 % concernent de l'appareillage auditif;
 - 5,5 % concernent des semelles orthopédiques.

Focus : les actions de l'ASS en lien avec la complémentaire santé solidaire

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

- 93 % des organismes répondants déclarent avoir versé des aides pour compenser l'effet de seuil induit par les plafonds de ressources de la complémentaire santé solidaire, avec et sans participation (89 % en 2020).

→ 61 970 aides ont été attribuées en 2021 (52 000 en 2020) dont 62 % dans le cadre de nouvelles demandes.

- 68 % des organismes répondants déclarent avoir pris en charge en tout ou partie la part contributive de la complémentaire santé solidaire (48 % en 2020).

→ 7 168 personnes ont bénéficié de cette aide en 2021 (4 878 en 2020).

- 66 % des organismes répondants ont pris en charge le ticket modérateur sur la période rétroactive entre la demande de complémentaire et l'ouverture des droits pour des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire contributive ayant eu besoin de soins lourds (46 % en 2020), au-delà de la possibilité d'une ouverture de droits rétroactive de deux mois lorsque la situation de l'assuré le justifie.

→ Cette prise en charge a concerné 2 528 bénéficiaires (790 en 2020).




- 64 % des organismes répondants ont pris en charge des incidents de paiements relatifs à la part contributive de la complémentaire Santé Solidaire (43 % en 2020).

→ 1 525 personnes ont bénéficié de cette aide en 2021 (619 en 2020).

Dans le cadre de la montée en charge du 100 % santé, les organismes répondants ont constaté une moindre demande de prise en charge :

- > sur le volet dentaire pour 81,4 % d'entre eux (83 % en 2020);
- > sur le volet optique pour 85,6 % d'entre eux (94 % en 2020);
- > sur le volet audio pour 96 % d'entre eux (80 % en 2020).

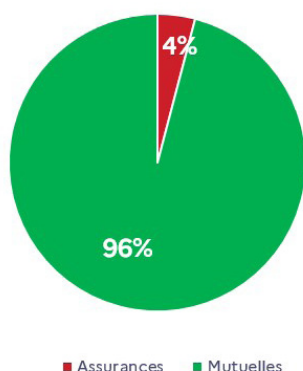
Evolution en nombre et en montants des aides individuelles versées dans le cadre du dentaire, de l'optique et de l'audio depuis 2018

	Evolution 2018/2019	Evolution 2019/2020	Evolution 2020/2021
 Nombre	+ 8,86%	- 44,8%	-17%
Montant	+3,48%	-34,8%	-14%
 Nombre	+ 15%	- 71%	-27%
Montant	+16%	-66%	-7%
 Nombre	+ 8%	- 48%	-62%
Montant	-1%	-53%	-61%

II. LES MISSIONS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

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

Nature des organismes gestionnaires de la complémentaire santé solidaire



La complémentaire santé solidaire peut être gérée par la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré ou par un organisme complémentaire habilité à le faire et inscrit sur une liste dédiée. 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.

Les organismes complémentaires jouent un rôle important dans la gestion de la complémentaire santé solidaire puisqu'ils couvrent 1 090 000

bénéficiaires en mai 2022. A ce titre, ils sont en lien étroit et fréquent avec la direction de la sécurité sociale à laquelle ils font notamment part de remontées de terrain liées au dispositif.

En 2022, 98 organismes complémentaires sont inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la complémentaire santé solidaire (contre 121 en 2020). La part des organismes complémentaires volontaires pour gérer la complémentaire santé solidaire est de 22 % parmi l'ensemble des organismes complémentaires actifs redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pour 2022.

Pour l'année 2022, par rapport à l'année 2021, il a été comptabilisé :

- > une inscription ;
- > vingt retraits volontaires, (dont douze relevant d'un même organisme complémentaire à l'échelle nationale)
- > une suppression résultant d'un transfert total de portefeuilles avec pour conséquence, la perte de qualité d'assureur par un organisme complémentaire gestionnaire de la complémentaire santé solidaire ;
- > trois suppressions par fusion-absorption par trois organismes complémentaires (deux gestionnaires, et un non-gestionnaire).

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

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, rappelle les engagements que l'organisme complémentaire doit respecter une fois inscrit, la liste des informations qu'il doit communiquer et les 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 et qui souhaitent continuer de gérer la complémentaire santé solidaire n'ont pas de démarche à réaliser. Leur reconduction sur la liste est automatique. À l'inverse, ils doivent signaler avant le 1^{er} novembre de l'année précédente s'ils souhaitent se désengager de la gestion pour les contrats attribués à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

C. Mesures réglementaires emportant des effets spécifiques sur l'activité des organismes complémentaires

Pris en application de l'article 88 de la LFSS pour 2022, le décret de simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire mettra fin à l'ancien circuit de facturation des actes de soins réalisés par les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire qui ont choisi de faire gérer leur contrat par un organisme complémentaire.

Auparavant, les caisses d'assurance maladie obligatoire facturaient à l'organisme complémentaire la part complémentaire des dépenses de santé, préalablement remboursée au professionnel de santé dans le cadre du tiers payant. L'organisme complémentaire remboursait ensuite la somme avancée à la caisse et déduisait le montant correspondant de sa déclaration de taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Ce système « circulaire » de facturation, lourd en gestion pour les caisses et les organismes complémentaires, induisait des décalages de trésorerie entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

À compter de 2023, la part complémentaire des actes de soins réalisés par les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sera directement prise en charge par les caisses d'assurance maladie obligatoire, qui seront ensuite remboursées par le fonds comptable de la CNAM.

La facturation initiale de l'assurance maladie aux organismes complémentaires, ainsi que le remboursement de la somme correspondante à ces derniers *via* une déduction de leur déclaration de TSA, prendront fin.

CHAPITRE 3 - LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

I. LES EFFECTIFS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....P. 29

A. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation.....P. 29

B. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite.....P. 30

C. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation financière.....P. 30

D. La répartition des bénéficiaires (par âge, sexe, composition de foyer, géographie).....P. 31

E. Le taux de recours à la complémentaire santé solidaire.....P. 36

F. La pratique du tiers-payant par les professionnels de santé pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.....P. 40

II. LA DÉPENSE ET LE COÛT MOYEN DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....P. 41

A. La dépense pour la complémentaire santé solidaire pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires.....P. 41

B. La dépense moyenne par bénéficiaire et par département.....P. 44

C. La dépense des organismes complémentaires.....P. 46

I. LES EFFECTIFS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation

Fin décembre 2021, 7,1 millions de personnes bénéficiaient de la complémentaire santé solidaire, réparties entre 80 % pour la complémentaire santé solidaire à titre gratuit et 20 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation.

Fin mai 2022, les effectifs de la complémentaire santé solidaire sont de 7,2 millions de bénéficiaires, en progression de 1,6 % depuis octobre 2019, dernier mois de la CMU-C et des attributions de l'ACS, et de 1,1 % par rapport à la fin du mois de décembre 2021.

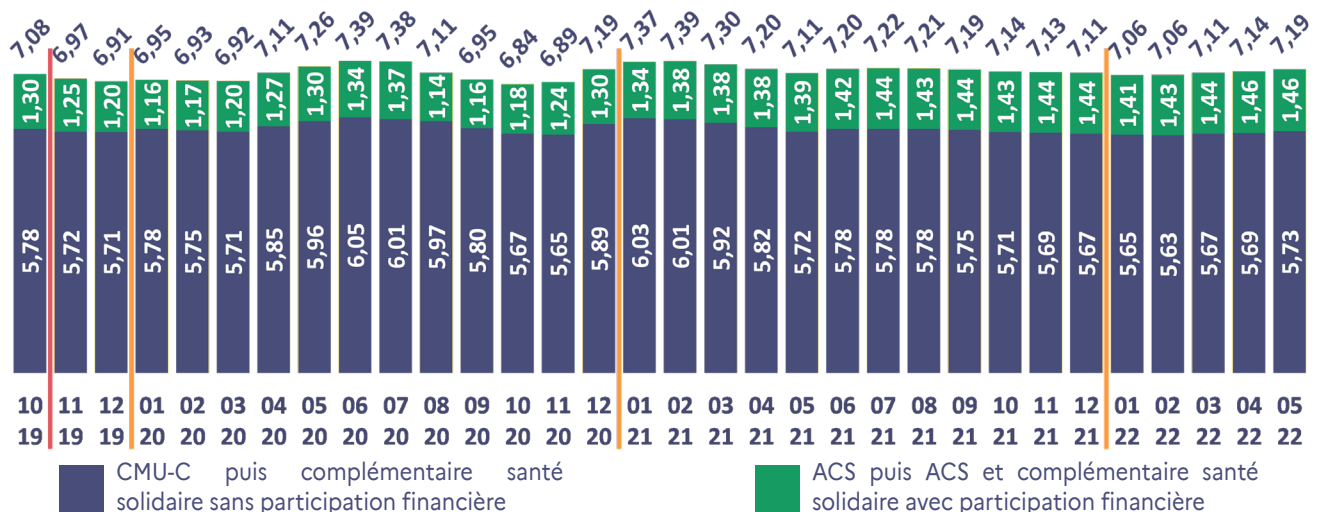
Depuis la création de la complémentaire santé solidaire, au 1er novembre 2019, les effectifs ont connu plusieurs fluctuations conjoncturelles :

- Fin 2019 et début 2020, l'appropriation de la nouvelle prestation a demandé un important investissement aux caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette période de transition a généré des décalages dans les ouvertures de droits ;
- D'avril 2020 à juillet 2021, les mesures successives de prolongation de droits, dans

le contexte de l'épidémie de COVID-19, ont maintenu les effectifs à des niveaux élevés ;

- Sur le second semestre 2021, postérieurement à la fin des effets probables de la dernière mesure exceptionnelle de prolongation des droits liée au COVID-19, les baisses du nombre d'allocataires du RSA et du nombre de demandeurs d'emploi (catégories A, B et C) ont contribué à la diminution du nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, et plus particulièrement de son volet gratuit ;
- À partir du mois de mars 2022, les premiers effets de deux mesures du PLFSS 2022, facilitant l'accès au droit à la complémentaire santé solidaire, pourraient être à l'origine d'une nouvelle tendance à la progression :
 - L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire gratuite aux nouveaux allocataires du RSA,
 - La simplification des déclarations de ressources pour la complémentaire santé solidaire.

Graphique 1 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation (effectifs en millions)



Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, organismes d'assurance maladie complémentaire engagés dans la gestion de la Complémentaire santé solidaire, URSSAF Caisse nationale

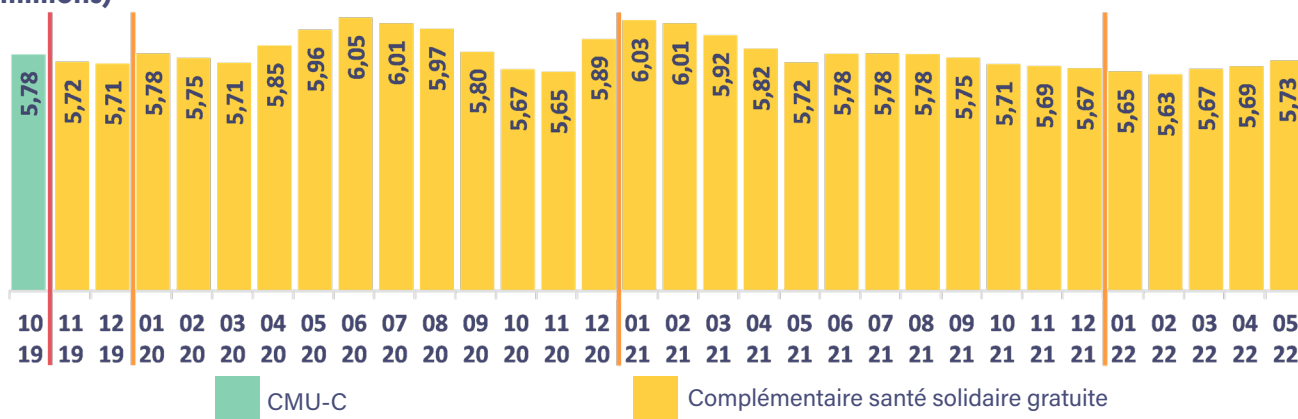
B. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite

À la fin de l'année 2021, 5,67 millions de personnes bénéficient de la complémentaire santé solidaire gratuite. Fin mai 2022, elles sont 5,73 millions, en légère progression, de + 1,1 %, par rapport à fin décembre 2021.

La remontée du nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite à partir du mois de mars 2022 peut être influencée par les

mesures issues de la LFSS pour 2022 et portant sur l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire gratuite aux nouveaux attributaires du RSA ainsi que par la simplification de l'étude des ressources pour les non attributaires du RSA, via l'utilisation par les régimes instructeurs du dispositif des ressources mensuelles (DRM).

Graphique 2 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite (effectifs en millions)



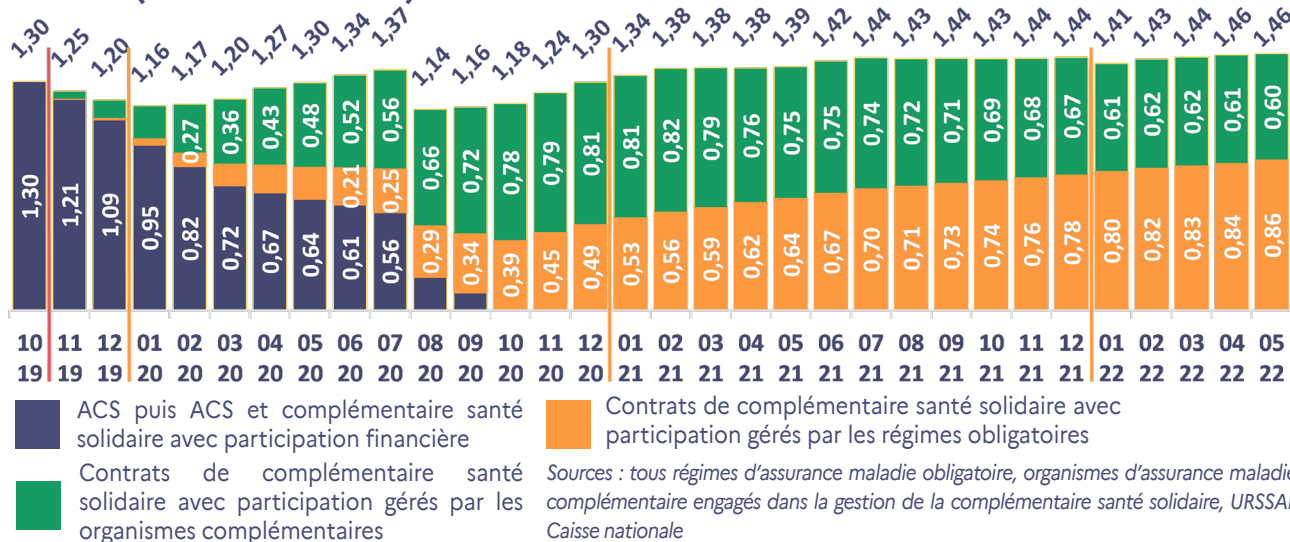
Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, organismes d'assurance maladie complémentaire engagés dans la gestion de la complémentaire santé solidaire

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

Fin 2021, 1,44 million de personnes sont protégées par un contrat de complémentaire santé solidaire avec participation.

Elles sont 1,46 million en mai 2022, soit une hausse de + 12,2 % par rapport au dernier mois d'attribution de l'ACS, en octobre 2019.

Graphique 3 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation financière (effectifs en millions)



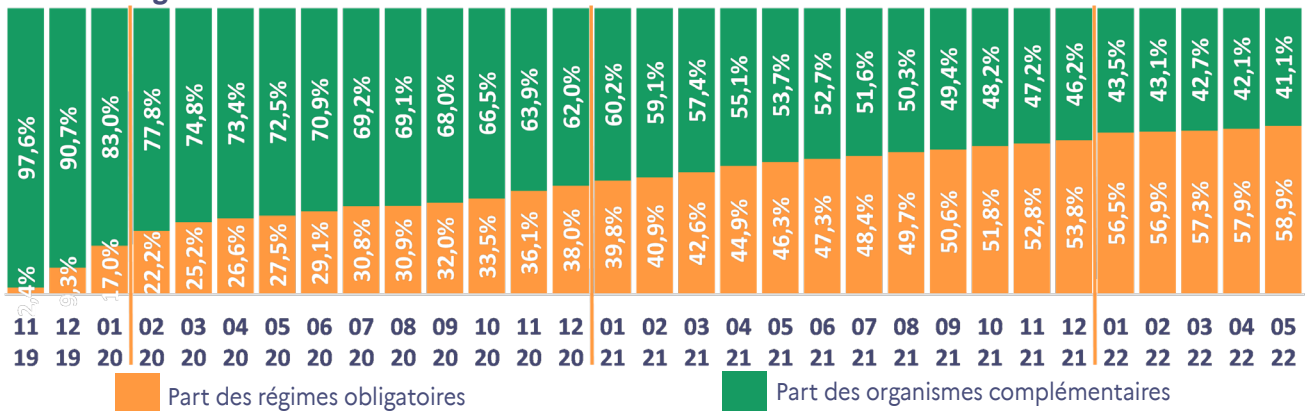
Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, organismes d'assurance maladie complémentaire engagés dans la gestion de la complémentaire santé solidaire, URSSAF Caisse nationale

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

La complémentaire santé solidaire avec participation est gérée, au choix des bénéficiaires, par leur régime obligatoire d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire d'assurance maladie (OC) inscrit sur une liste spécifique. La part du nombre de contrats gérés par les régimes obligatoires continue de progresser.

Après avoir été de 9 % fin décembre 2019, au tout début de la mise en place de la complémentaire santé solidaire avec participation, elle est passée à 38 % fin 2020, puis à 54 % fin 2021, et à 59 % au mois de mai 2022.

Graphique 4 – Répartition des effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation selon le mode de gestion choisi



Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, organismes d'assurance maladie complémentaire engagés dans la gestion de la complémentaire santé solidaire

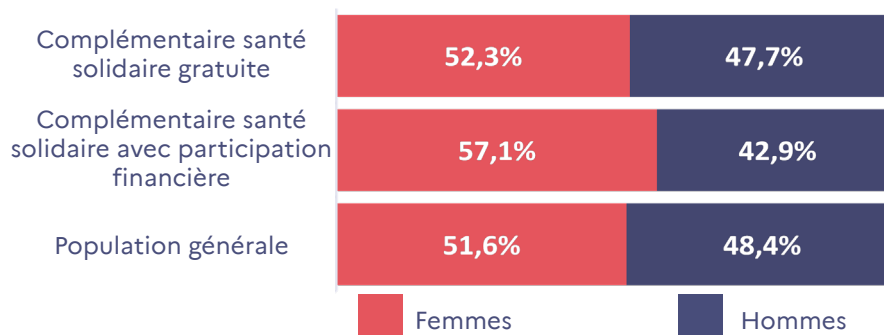
D. La répartition des bénéficiaires

Répartition par sexe et tranche d'âge

Les femmes représentent 52 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite, soit une proportion proche de celle de la population générale. Leur proportion est plus importante au sein de la complémentaire santé solidaire avec participation, où elles représentent 57 % des bénéficiaires. Cette majorité féminine plus accentuée pour la complémentaire santé solidaire avec participation se dessine dans la

tranche d'âge entre 20 et 40 ans (femmes : 59 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation contre 51 % pour la population générale) et s'accroît pour les plus de 60 ans (femmes : 64 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation contre 56 % pour la population générale).

Graphique 5 – Répartition des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire selon le sexe



Note de lecture : 52,3 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite sont des femmes
Sources : CNAM, année 2021 – INSEE, Populations légales 01-2022, Réf 2019 Maj 12-2021, par Département

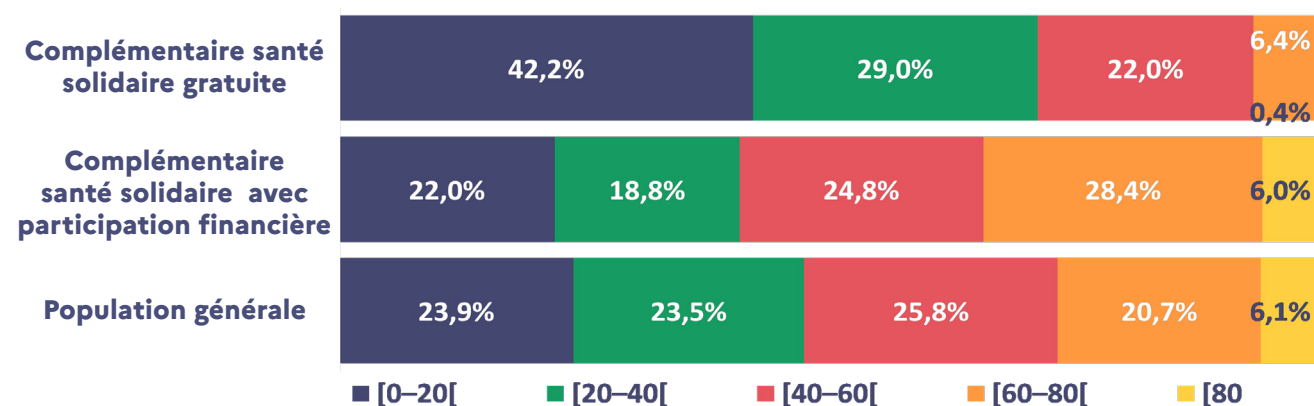
LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite sont composés majoritairement d'enfants ou de jeunes de moins de 20 ans (42 %) et de jeunes adultes (29 % pour les 20-40 ans).

Les personnes âgées de plus de 60 ans sont très minoritaires (6,8 %), car, après 60 ans, les allocataires du RSA ou de faibles allocations chômage sont orientés vers des minimas sociaux liés à la retraite, notamment l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) dont les montants relèvent du plafond d'attribution de la complémentaire santé solidaire avec participation.

La répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation se rapproche de celle de la population générale, avec toutefois un déplacement au profit des personnes de plus de 60 ans, en raison du nombre important de retraités modestes dans cette tranche de revenus.

Graphique 6 – Répartition des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire selon l'âge



Note de lecture : 42,2 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite sont âgés de moins de 20 ans

Sources : CNAM, année 2021 – INSEE, Estimation de population au 1er janvier, par département, sexe et âge quinquennal, données actualisées au 19 janvier 2022

Répartition par composition du foyer

Les compositions des foyers des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite et de la complémentaire santé solidaire avec participation sont très différentes de celles de la population générale.

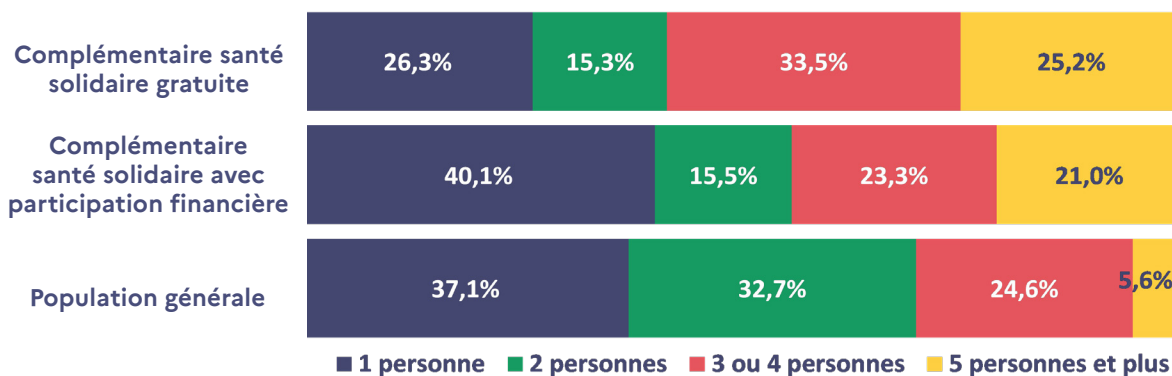
La complémentaire santé solidaire gratuite est une couverture maladie complémentaire à laquelle les familles, et notamment les familles nombreuses, recourent beaucoup. La complémentaire santé solidaire avec participation est davantage souscrite soit par des personnes seules, très souvent bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), mais également par des familles.

Ainsi, au sein de la population générale, les familles de trois personnes et plus ne représentent qu'un

tiers des foyers (30 %), dont seulement moins de 6 % pour les familles de cinq personnes et plus. A contrario, pour la complémentaire santé solidaire gratuite, les familles de trois personnes et plus représentent près de 60 % des foyers, dont un quart pour les familles de cinq personnes et plus. Pour la complémentaire santé solidaire avec participation, la proportion des foyers de trois personnes et plus se situe à plus de 44 %, dont 21 % pour les familles de cinq personnes et plus.

Les personnes seules ne représentent que 26 % des foyers bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite, soit presque 11 points de moins que les foyers de la population générale (37 %), mais elles atteignent 40 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation.

Graphique 7 – Composition des foyers bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire



Note de lecture : 26,3 % des foyers de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite sont composés d'une personne seule.

Sources : Échantillon de 19 CPAM engagées dans le suivi de la montée en charge de la complémentaire santé solidaire, année 2021 – INSEE, Ménages selon la taille en 2019

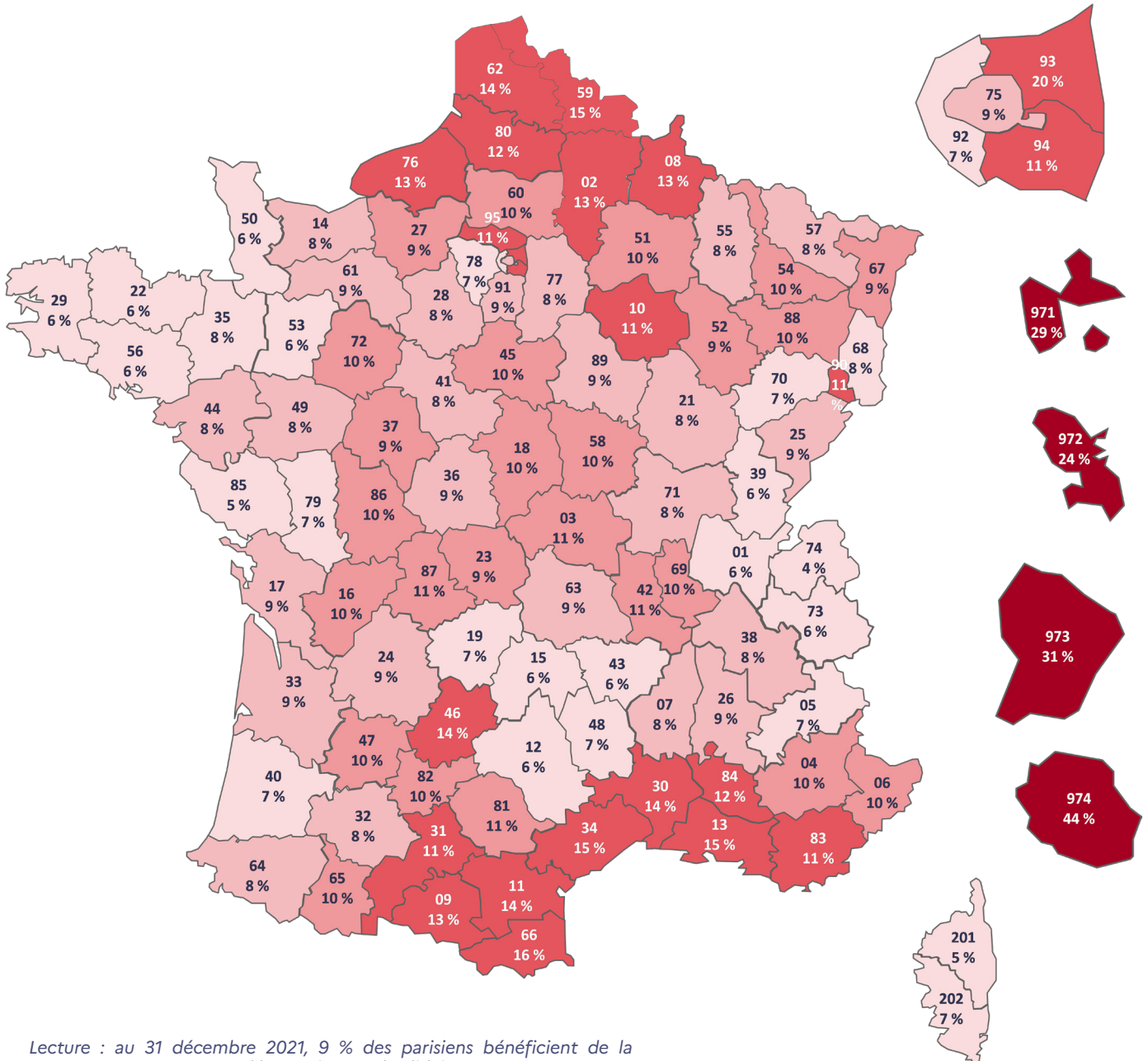
Répartition géographique

En métropole, les plus fortes densités de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire se concentrent essentiellement dans le nord et le sud de la France, ainsi qu'en région parisienne, pour les départements de la Seine-Saint-Denis (93), du Val-de-Marne (94) et du Val-d'Oise (95). Pour ces territoires, les parts de bénéficiaires par rapport à la population générale se situent entre 11 % et 24 % et l'ensemble des vingt-quatre départements concernés regroupent 44 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Dans les départements d'Outre-mer (Dom), la part de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire par rapport à la population générale est plus élevée qu'en métropole. Elle se situe entre 24 % pour la Martinique (972) et 44 % pour la Réunion (974). Alors que les quatre Dom ne regroupent que 3 % du total de la population métropole et Dom, ils rassemblent 9 % du total des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Carte 1- Proportion des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire par rapport à la population



Lecture : au 31 décembre 2021, 9 % des parisiens bénéficient de la complémentaire santé solidaire

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Métropole								
Couleur	Tranches		Nombre de départements	Effectifs en milliers	Population en milliers	Proportion complémentaire santé solidaire / population	Part effectifs	Part population
	4%	8%	24	795	12506	6,4%	12,3%	19,3%
	8%	9%	24	1503	18127	8,3%	23,3%	28,0%
	9%	11%	24	1335	13564	9,8%	20,7%	20,9%
	11%	20%	24	2816	20647	13,6%	43,7%	31,8%
			96	6449	64844	9,9%	100,00%	100,00%

Départements d'Outre-mer							
Couleur	Tranches		Nombre de départements	Effectifs en milliers	Population en milliers	Proportion complémentaire santé solidaire / population	Part effectifs
	24%	44%	4	665	1889	35,2%	100%

Lecture : en métropole, la proportion des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire par rapport à l'ensemble de la population est de 9,9 % – en métropole, 24 départements ont une proportion de bénéficiaires par rapport à la population se situant entre 4 % et 8 % ; ces départements regroupent 12,3 % des effectifs de la complémentaire santé solidaire et 19,3 % de la population de la métropole. La proportion des bénéficiaires de ces 24 départements par rapport à la population est de 6,4 %

Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, organismes d'assurance maladie complémentaire engagés dans la gestion de la complémentaire santé solidaire, URSSAF Caisse nationale, INSEE : population municipale 2021

E. Le taux de recours à la complémentaire santé solidaire

Pour la deuxième année consécutive, la DREES a produit une 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 microsimulation Ines².

Une quasi stabilité des taux de recours à la complémentaire santé solidaire entre 2019 et 2020

En 2020, selon le modèle de microsimulation Ines, 11,1 millions de personnes auraient été éligibles à la complémentaire santé solidaire, dont 7 millions à son volet gratuit et 4,1 millions à son volet payant. Entre 2019 et 2020, ce nombre d'éligibles est en hausse de 1 % pour la complémentaire santé solidaire gratuite et de 6 % pour son volet avec participation financière. Le nombre total d'éligibles à la complémentaire santé solidaire a donc augmenté de 3 % entre 2019 et 2020 (tableau 1).

Cette hausse des éligibles est légèrement moins rapide que celle des bénéficiaires. En effet, au 31 décembre 2020, on dénombre 5,90 millions de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire en France métropolitaine (5,57 millions au 31 décembre 2019), dont 4,75 millions de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite (4,54 en 2019) et 1,15 million de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire payante (1,03 en 2019). Entre fin 2019 et fin 2020, cela représente une hausse du nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite et de son volet payant de 5 % et 11 %, respectivement.

Tableau 1 : Évolution des effectifs d'éligibles et de bénéficiaires à la complémentaire santé solidaire entre 2018 et 2020 (effectifs en milliers ; variations en %)

	2018	2019		2020	
	Effectifs	Effectifs	Variations	Effectifs	Variations
Complémentaire santé solidaire gratuite / CMU-C					
Nombre d'éligibles	6 880	6 920	0,5%	6 990	1,1%
Nombre de bénéficiaires	4 470	4 540	1,5%	4 750	4,7%
Complémentaire santé solidaire avec participation financière / ACS					
Nombre d'éligibles	4 010	3 890	-3,2%	4 110	5,7%
Nombre de bénéficiaires	1 100	1 030	-6,5%	1 150	11,3%
Complémentaire santé solidaire totale / CMU-C et ACS					
Nombre d'éligibles	10 900	10 800	-0,8%	11 100	2,7%
Nombre de bénéficiaires	5 570	5 570	-0,1%	5 900	5,9%

Sources : ERFS 2016, 2017, 2018 ; Données DSS ; Modèle Ines 2020 ; calculs Drees
Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire

² 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>

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Quoique le nombre de bénéficiaires progresse deux fois plus vite que le nombre d'éligibles, le taux de recours estimé reste quasiment stable entre 2019 et 2020, eu égard à l'importance du nombre de personnes éligibles au dispositif (tableau 2) : un peu plus d'une personne sur deux éligible à la

complémentaire santé solidaire sans participation aurait effectivement eu recours à cette prestation (53 % en 2020 contre 52 % en 2019). À peine plus d'une sur quatre aurait eu recours au volet payant du dispositif (28 % en 2020 contre 27 % en 2019³).

Tableau 2 : Estimation au 31 décembre des taux de couverture par la complémentaire santé solidaire ou par une complémentaire d'entreprise

	2018	2019	2020
Eligibles à la complémentaire santé solidaire gratuite			
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire gratuite / CMU-C	65%	66%	68%
Taux de couverture par une complémentaire d'entreprise	15%	16%	16%
Total	80%	82%	84%
Eligibles à la complémentaire santé solidaire avec participation financière			
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire avec participation financière / ACS	27%	27%	28%
Taux de couverture par une complémentaire d'entreprise	28%	27%	27%
Total	55%	54%	55%
Ensemble des éligibles à la complémentaire santé solidaire			
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire gratuite / CMU-C et ACS	51%	52%	53%
Taux de couverture par une complémentaire d'entreprise	20%	20%	20%
Total	71%	72%	73%

Sources : ERFS 2016, 2017, 2018 ; Données DSS ; Modèle Ines 2020 ; calculs Drees
Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire

Le taux de non-recours à la complémentaire santé solidaire gratuite (32 % fin 2020) reste aussi 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)⁴.

Les motifs de non-recours à la complémentaire santé solidaire peuvent être d'ordres très variés⁵. Parmi ces motifs figurent notamment la méconnaissance de son droit à la complémentaire santé solidaire ou encore la crainte de discrimination, qui peut inciter un individu à avoir recours à d'autres complémentaires, telles que les complémentaires d'entreprise. C'est tout particulièrement le cas pour les personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire avec participation financière, qui appartiennent

plus souvent à des ménages comprenant un actif potentiellement éligible à une couverture complémentaire collective d'entreprise.

Trois personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire sur quatre couvertes par la complémentaire santé solidaire ou par un contrat collectif d'entreprise

Le modèle de microsimulation Ines 2020, dans lequel sont imputés les contrats collectifs d'entreprise, permet d'estimer la proportion d'éligibles à la complémentaire santé solidaire qui sont couverts par un tel contrat, soit en tant que salarié, soit en tant qu'ayant droit⁶.

³ Il convient de préciser que ces estimations de recours doivent être considérées avec précaution en raison de l'imprécision liée à l'ERFS et de l'incertitude qui entoure le modèle de simulation (cf. Annexe méthodologique).

⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1166.pdf>

⁵ Une étude qualitative visant à en identifier les déterminants est en cours de réalisation, copilotée par la Drees et la DSS, et pourra permettre de mieux comprendre ce non-recours et de dégager des leviers mobilisables pour en limiter l'ampleur.

⁶ On considère dans cette estimation que les conjoints et enfant d'un ouvrant droit sont couverts par le contrat, ce qui constitue une estimation du nombre maximum de personnes effectivement couvertes par une complémentaire santé d'entreprise.

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Cette information supplémentaire permet d'estimer un « taux de couverture par la complémentaire santé solidaire ou par une complémentaire d'entreprise », plus éclairant que le seul taux de recours à la complémentaire santé solidaire pour approcher la question de la couverture santé complémentaire des personnes modestes.

Plus d'un éligible sur quatre à la complémentaire santé solidaire sans participation financière serait couvert par une complémentaire collective d'entreprise (tableau 2). Ils sont près deux fois plus nombreux parmi les personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire avec participation financière.

Encadré : Méthodologie

Le calcul du non recours à la complémentaire santé solidaire et ses imprécisions

Le calcul du taux de recours à la complémentaire santé solidaire s'effectue en rapportant les effectifs de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire au 31 décembre de l'année considérée aux individus éligibles à cette prestation. Si le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire peut être mesuré par les organismes qui attribuent cette 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 microsimulation, dont le principe consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population.

Le modèle Ines, développé par l'Insee, la Drees et la CNAF, utilisé pour simuler des éligibles à la complémentaire santé solidaire, est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'Insee qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, des informations administratives issues des caisses de protection sociale et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Les estimations de recours réalisées à partir de cette simulation doivent toutefois être considérées avec prudence. En effet, 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. 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 payante. 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 gratuite, l'élasticité est très proche de 1 : l'estimation du nombre d'éligibles à la complémentaire santé solidaire gratuite est donc moins sensible à une erreur de mesure des revenus.

Une révision peu sensible des estimations

Les résultats présentés ici sont réalisés à partir de la version la plus récente du modèle INES, dont le code est amélioré en continu. Ils diffèrent donc très légèrement de ceux publiés dans le Rapport de la complémentaire santé solidaire 2021, les écarts en question restant toutefois inférieurs à un point de pourcentage (tableau 3).

⁷ 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 (Fouquet 2020). À cette date, les 10 % les plus pauvres – correspondant à un niveau de vie proche du plafond d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire avec participation financière – représentaient néanmoins encore 30 % des personnes non-couvertes par une complémentaire santé.

Tableau 3 : Estimations des taux de recours à la CMU-C, à l'ACS et à la complémentaire santé solidaire avant et après révision

	2018	2019	2020
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire gratuite / La CMU-C			
Calculés en 2021	66%	66%	
Calculés en 2022	65%	66%	68%
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire avec participation financière / L'ACS			
Calculés en 2021	28%	27%	
Calculés en 2022	27%	27%	28%
Taux de recours à la complémentaire santé solidaire			
Calculés en 2021	52%	52%	
Calculés en 2022	51%	52%	53%

Sources : ERFIS 2016, 2017, 2018 ; Données DSS ; Modèle Ines 2020 ; calculs Drees
 Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire

F. La pratique du tiers-payant par les professionnels de santé pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Le tiers-payant intégral implique que l'assuré n'avance aucun frais lors de sa consultation avec le professionnel de santé. Il s'agit d'une obligation que l'ensemble des professionnels de santé doivent respecter pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Comme observé dans le tableau présenté ci-dessous, en moyenne, le tiers-payant intégral est appliqué sur 99,3% du volume des actes qu'ils réalisent au profit des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire contre 89,7% 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.

Ce 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.

Taux de tiers-payant par catégorie de professionnels de santé – 2 ^{ème} trimestre 2022	Complémentaire santé solidaire % TP intégral*	Ensemble des patients % TPI intégral*
En volume d'actes		
Infirmiers	99,8%	98,3%
Masseurs Kinésithérapeutes	99,3%	77,5%
Autres auxiliaires	97,9%	66,0%
Dentistes	98,5%	17,7%
Fournisseurs	97,3%	67,8%
Laboratoires	99,4%	96,9%
Pharmacies	99,4%	95,8%
Sages-femmes	98,4%	65,6%
Centres de santé	99,5%	77,8%
Transporteurs	99,4%	95,8%
Total médecins (omnipraticiens et spécialistes)	97,6%	44,9%
TOTAL PS	99,3%	89,7%

*Le taux de tiers payant intégral correspond à la somme :

- du taux de tiers payant intégral sur la part AMO et la part AMC ;
- du taux de tiers ayant intégral sur la part AMO pour les actes pris en charge à 100 % par celle-ci (l'AMC n'intervient pas).

2. LA DÉPENSE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. La dépense pour la complémentaire santé solidaire pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires

Un suivi statistique de la dépense de la complémentaire santé solidaire est établi sur la base des montants engagés ou émis au cours des exercices concernés par les organismes gestionnaires (régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire). Ce suivi permet de suivre les évolutions de la consommation, par mois et par type de soins, ainsi que l'établissement du coût moyen par bénéficiaire.

La dépense totale engagée pour la complémentaire santé solidaire

Le suivi statistique retrace la dépense engagée par les organismes gestionnaires (régimes ou organisme complémentaire) au cours d'un exercice, quelle que soit l'échéance du remboursement par le Fonds de la complémentaire santé solidaire. Ce suivi permet, pour le régime général et la CCMSA, d'observer les évolutions mensuelles, par poste de soins, et par département dans le cas du régime général.

En 2021, les régimes ont engagé 2 523 Millions d'euros de dépenses pour la complémentaire santé solidaire, en progression de 19,5 % par rapport à 2020.

Cette forte augmentation est portée par deux paramètres :

- L'année 2020 a été particulièrement marquée par la crise sanitaire et le premier confinement,

pendant lequel les soins non urgents ont été suspendus ;

- L'année 2021 est la première année pleine pour la complémentaire santé solidaire avec participation. En effet, les derniers contrats actifs pour l'ACS n'ont pris fin qu'en octobre 2020, pendant que la part des contrats de complémentaire santé solidaire participative gérés par les régimes s'est progressivement accrue.

Parallèlement, les organismes complémentaires ont engagé 627 Millions d'euros de dépenses pour la complémentaire santé solidaire en 2021, en progression de 82,5 % par rapport à 2020. Un transfert des bénéficiaires de l'ACS au profit de la complémentaire santé solidaire avec participation a été opéré, la complémentaire santé solidaire devenant prédominante par rapport à l'ACS.

Les produits, liés aux participations des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation, sont de 121 Millions d'euros pour les régimes, soit une augmentation de 163 % par rapport à 2020 et de 168 Millions d'euros pour les organismes complémentaires, en progression de 37 % par rapport à 2020.

Au final, les organismes gestionnaires, régimes et organismes complémentaires, ont engagé une dépense nette de 2 839 Millions d'euros en 2021, en progression de 25,6 % par rapport à 2020.

Tableau 2 – Dépense engagée et produits pour la complémentaire santé solidaire pour les régimes et les organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021 (en millions d'euros)

Dépenses engagées			Montants reçus		
Dépenses complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière	2020	2021	Participations assurés Frais de gestion	2020	2021
CNAM	2 060	2 468	Participations assurés CNAM	41	112
CCMSA	48	51	Participations assurés CCMSA	5	8
Régimes spéciaux	3	4	Participations assurés Régimes spéciaux	0,1	0,4
<i>Sous total régimes</i>	<i>2 111</i>	<i>2 523</i>	<i>Sous total régimes</i>	<i>46</i>	<i>121</i>
OC	338	627	Participations assurés OC	123	168
Total	2 449	3 149	Frais de gestion OC	19	22
			Total	188	310

Solde		
Dépense Net	2020	2021
<i>Solde</i>	<i>2 261</i>	<i>2 839</i>

Source : CNAM, CCMSA, Régimes spéciaux, SLM, organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Les mouvements financiers liés à la gestion de la complémentaire santé solidaire font l'objet d'un suivi comptable au niveau du Fonds de la complémentaire santé solidaire, créé au sein de la CNAM depuis le 1^{er} janvier 2021.

Pour 2021, le total des charges supportées par le Fonds de la complémentaire santé solidaire est de 3,18 milliards d'euros, après avoir été de 2,78 milliards en 2020.

Une part de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est calculée pour couvrir l'intégralité des besoins financiers du Fonds de la complémentaire santé solidaire, après perception des participations des assurés. Le montant affecté au Fonds de la complémentaire santé solidaire pour l'année 2021 est de 3,05 milliards d'euros.

La dépense moyenne par bénéficiaire pour les régimes et les organismes complémentaires

En 2021, la dépense moyenne annuelle d'un bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire est de 438 € pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires gestionnaires. Elle se décline entre 422 € pour l'ensemble des régimes, dont 426 € pour la CNAM et 522 € pour les organismes complémentaires.

Le montant moyen des dépenses pour la complémentaire santé solidaire couvre le montant du ticket modérateur, les dépassements autorisés dans le cadre des forfaits complémentaire santé solidaire pour les soins prothétiques dentaires et orthodontiques, la part complémentaire pour le 100 % santé en optique et audioprothèse ainsi que les forfaits journaliers hospitaliers. Il ne couvre pas la part obligatoire prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements pour convenance personnelle. Pour rappel, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont exonérés des franchises et des participations forfaitaires.

Entre 2020 et 2021, la progression du montant moyen des dépenses, tous régimes et organismes confondus, est de 19,4 % (2020 : 367 €), avec une augmentation particulièrement marquée pour les organismes complémentaires, qui passent de 314 € en 2020 à 522 € en 2021 (+ 66 %).

Toutefois, cette évolution est à nuancer par plusieurs paramètres :

- Le premier confinement de 2020 a généré une suspension des soins pendant plusieurs mois ;
- L'année 2020 a été marquée par la montée en charge de la complémentaire santé solidaire avec participation, qui a progressivement remplacé l'ex-ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Ainsi, tout au long de l'année 2020, l'intégration de la population des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation a modifié les profils des consommateurs ;
- L'intégration du 100 % santé dans le panier de soins couvert par la complémentaire santé solidaire pour l'optique et l'audioprothèse a généré de forts effets de rattrapage, tant pour les bénéficiaires de la CMU-C / complémentaire santé solidaire gratuite que pour les bénéficiaires de l'ACS / complémentaire santé solidaire avec participation, qui disposaient d'un panier de soins optique de niveau très inférieur ;
- Les limites techniques du suivi de la dépense des régimes ;
- La complémentaire santé solidaire se décline en un volet gratuit et un volet avec participation, mais les systèmes comptables des régimes ne sont actuellement pas en mesure d'établir une distinction entre les deux sous-prestations.

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Tableau 3 – Dépense moyenne pour la complémentaire santé solidaire par bénéficiaire pour les régimes et les OC gestionnaires en 2020 et 2021

Année	CNAM	CCMSA	Régimes spéciaux	Tous régimes	OC	Tous régimes et OC
2020	379€	302€	278€	377€	314€	367€
2021	426€	301€	323€	422€	522€	438€
Evolution	12,3%	-0,3%	15,9%	12%	66,4%	19,4%

Source : CNAM, CCMSA, Régimes spéciaux, SLM, organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire

Une régularisation comptable est toutefois prévue en 2022, portant sur les charges au titre de l'exercice 2021. La dépense moyenne par bénéficiaire se calcule en année complète mobile : montant de la dépense cumulée sur 12 mois / moyenne des bénéficiaires sur les 12 mois considérés.

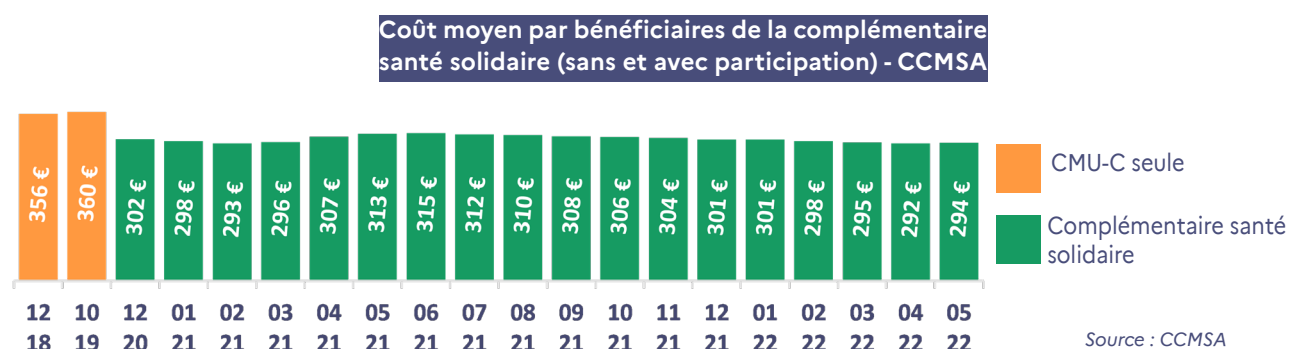
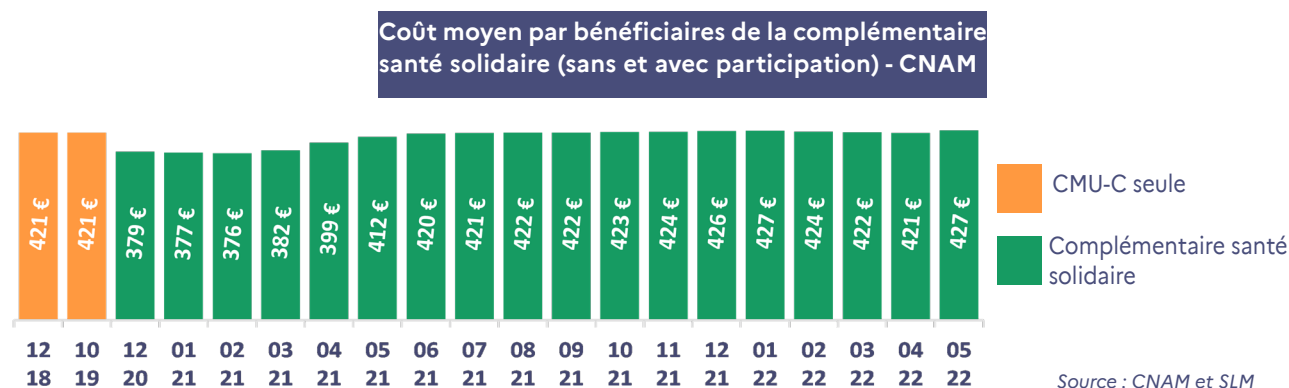
Au régime général, tout au long de l'année 2021, la dépense moyenne par bénéficiaire pour la complémentaire santé solidaire progresse régulièrement, passant de 377 € en janvier 2021 à 426 € en décembre.

Au régime agricole, la dépense moyenne par bénéficiaire est plus fluctuante. Elle progresse au premier semestre 2021, passant de 298 € au mois de janvier à 315 € au mois de juin, puis elle

baisse à partir du mois de juillet, arrivant à 301 € en décembre 2021.

Comme pour la dépense moyenne annuelle, ces tendances restent le reflet de l'évolution d'une prestation dont les champs ne sont pas encore complètement stabilisés sur le long terme, tant au niveau de la population couverte que du panier de soins.

Graphique 1 – Dépense moyenne mensuelle par bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire au régime général et au régime agricole



B. La dépense moyenne par bénéficiaire et par département

La CNAM fournit la dépense et les effectifs par département. Il est ainsi possible de déterminer la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire et par département.

En 2021, la dépense moyenne par bénéficiaire pour l'ensemble du territoire (métropole et Dom) est de 426 €.

En métropole, la dépense moyenne par bénéficiaire est de 427 €, avec de très fortes disparités. Elle varie entre 243 € pour le département du Lot (46) et 731 € pour le département de la Lozère. L'écart entre les deux extrêmes est de 488 €.

Les vingt-quatre départements du dernier quartile, présentent des dépenses moyennes par bénéficiaires qui oscillent entre 430 € et 731 €. Ils concentrent la moitié de la dépense pour la métropole et 44 % des effectifs. Ils se situent essentiellement sur quatre zones : un axe nord / est ; la région parisienne ; une poche de trois départements sous le Massif central et un axe au sud, incluant la Corse.

L'axe nord / est part du département du Nord (59) et se prolonge jusqu'au département de la Côte-d'Or (21), avec une pointe jusqu'au département du Rhône (69). Pour ces huit départements, la dépense moyenne est assez homogène : de 430 € dans le Nord à 479 € dans la Meuse. Pour rappel les trois départements plus à l'est de l'axe sur-cité, la Moselle (57), le Bas-Rhin (67) et le Haut-Rhin (68), présentent des dépenses moyennes moins élevées, entre 349 € en Moselle et 408 € dans le Bas-Rhin. En effet, ces trois départements relèvent du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle, qui assure une couverture plus élevée au niveau de la part obligatoire d'assurance maladie (AMO) ce qui génère mécaniquement une moindre part de ticket modérateur (TM).

Les départements de la région parisienne et de l'axe sud présentent des dépenses moyennes qui peuvent être plus élevées que celles de l'axe nord / est : cinq départements dépassent la moyenne de 500 €. Le montant le plus faible est de 433 € pour la Corse du Sud (2B) et le plus fort est de

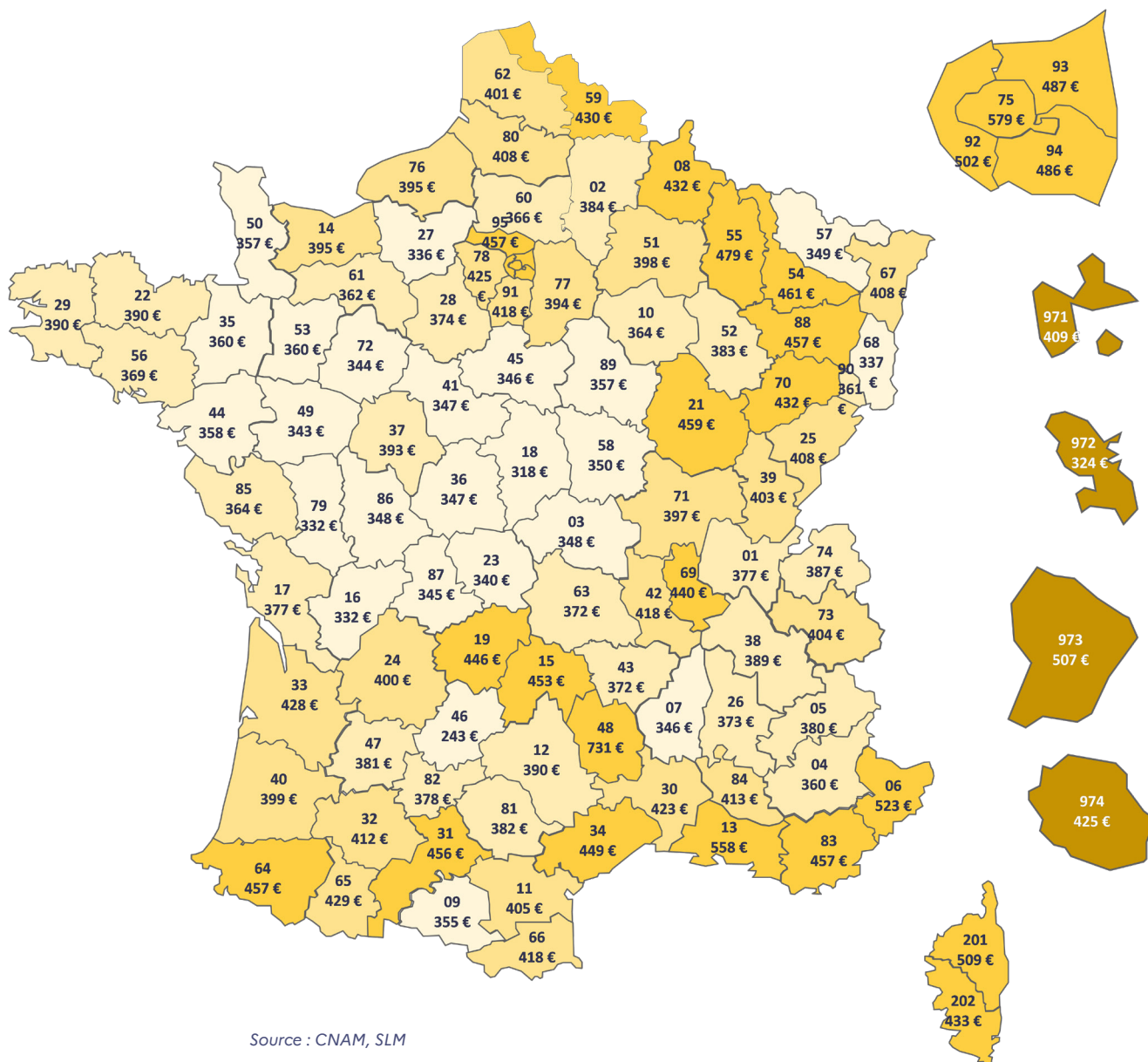
579 € à Paris (75). Pour la majeure partie de ces départements, il y a corrélation entre dépense moyenne élevée et forte densité de l'offre de soins.

Les trois départements au sud du Massif central, avec 446 € pour la Corrèze (19), 453 € pour le Cantal (15) et surtout 731 € pour la Lozère (48), concentrent une forte densité d'établissements d'accueil de longue durée liés aux soins de suite ou au pluri handicap. Leur dépense est portée par une prise en charge importante de forfaits journaliers hospitaliers.

Dans les départements d'outre-mer, la dépense moyenne par bénéficiaire est de 419 €. Elle est inférieure de 8 € à celle de la métropole. Elle n'est pas homogène entre les quatre départements. Elle se situe entre 324 € pour la Martinique et 507 € pour la Guyane. La moyenne pour la Réunion, de 425 €, est proche de la moyenne nationale (métropole et Dom).

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Carte 1 – Dépense moyenne par bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire, par département en 2021



Métropole								
Couleur	Tranches		Nombre de départements	Montant total En M€	Effectif moyen en milliers	Montant moyen par bénéficiaire	Part dépense dans la dépense totale	Part effectif moyen
	243€	360€	24	267 M€	777	344 €	12,0%	14,9%
	360€	391€	24	265 M€	702	377 €	11,9%	13,6%
	391€	430€	24	591 M€	1 446	409 €	26,5%	27,7%
	430€	731€	24	1 103 M€	2 286	483 €	49,6%	43,9%
			96	2 226 M€	5 211	427 €	100,0%	100,0%

Départements d'Outre-mer								
Couleur	Tranches		Nombre de départements	Montant total En M€	Effectif moyen en milliers	Montant moyen par bénéficiaire	Part dépense dans la dépense totale	Part effectif moyen
	324 €	507 €	4	242 M€	577	419 €	100,0%	100,0%

C. La dépense des organismes complémentaires

En 2021, la dépense moyenne pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, dont les droits sont gérés par les organismes complémentaires, est de 431 € pour la complémentaire santé solidaire gratuite et de 582 € pour le volet avec participation. Ces montants sont beaucoup plus élevés qu'en 2020, avec des progressions de 33 % pour la complémentaire santé solidaire gratuite et de 90 % pour la complémentaire santé solidaire avec participation.

Le montant des dépenses engagées pour l'exercice 2021 est de 627 millions d'euros pour l'ensemble des organismes complémentaires.

Il est de 599 Millions d'euros pour les organismes complémentaires inscrits sur la liste des organismes gestionnaires en 2021 et ayant déclaré concomitamment des effectifs et des dépenses pour chacune des deux prestations (gratuite et avec participation.)

Pour précision, les organismes complémentaires sortis du dispositif peuvent déclarer des effectifs et de la dépense tant que les contrats en cours à la date de sortie du dispositif sont actifs et tant que des dépenses sont présentées à remboursement.

Tableau 4 – Effectifs et dépense des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021

	2020			2021		
	Complémentaire santé solidaire gratuite	Complémentaire santé solidaire avec participation financière	Total	Complémentaire santé solidaire gratuite	Complémentaire santé solidaire avec participation financière	Total
Nombre d'OC	111	120		105	118	
Dépense en M€	144 M€	179 M€	323 M€	196 M€	403 M€	599 M€
Effectifs en milliers	444	585	1 029	454	693	1 147
Coût moyen	324 €	306 €	314 €	431 €	582 €	522 €

Champ : organismes complémentaires inscrits sur la liste des organismes gestionnaires en 2021 et ayant déclaré concomitamment des effectifs et des dépenses pour les deux prestations, complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation

Source : URSSAF Caisse nationale

Sur la base des déclarations effectuées par les organismes complémentaires inscrits sur la liste des organismes gestionnaires en 2021, et ayant concomitamment déclarés des effectifs et de la dépense, la majeure partie des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite (85 %) se situe dans le deuxième et le troisième quartile des organismes complémentaires classés par montant moyen par bénéficiaire. Pour cette catégorie, la dépense moyenne par bénéficiaire se situe entre 332 € et 503 €.

La dépense moyenne par bénéficiaire pour la complémentaire santé solidaire avec participation est plus élevée, avec 80 % des bénéficiaires se situant entre 464 € et 620 € (deuxième et troisième quartile des organismes complémentaires). Parallèlement le quatrième quartile est mieux représenté pour la complémentaire santé

solidaire avec participation avec 16 % des bénéficiaires versus 7 % pour la complémentaire santé solidaire gratuite.

Les dépenses moyennes très faibles ou très élevées, telles que 27 € et 7 817 € pour la complémentaire santé solidaire gratuite ainsi que 73 € et 1 183 € pour la complémentaire santé solidaire avec participation sont le fait d'organismes complémentaires déclarant de très faibles effectifs.

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Tableau 5 - Répartition des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire gratuite selon la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire en 2021

Complémentaire santé solidaire gratuite		Nombre d'OC	Dépense en M€	Effectifs en milliers	Montant moyen par bénéficiaires	Part dépense dans la dépense totale	Part effectifs
27 €	332 €	26	9 M€	30	305 €	4,7%	6,6%
332 €	427 €	26	77 M€	199	389 €	39,5%	43,7%
427 €	503 €	26	88 M€	192	461 €	45,2%	42,2%
503 €	7 817 €	27	21 M€	34	618 €	10,7%	7,4%
		105	196 M€	454	431 €	100,0%	100,0%

Champ : organismes complémentaires inscrits sur la liste des organismes gestionnaires en 2021 et ayant déclaré concomitamment des effectifs et des dépenses pour les deux prestations, complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation

Source : URSSAF Caisse nationale

Tableau 6 - Répartition des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire avec participation selon la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire en 2021

Complémentaire santé solidaire avec participation		Nombre d'OC	Dépense en M€	Effectifs en milliers	Montant moyen par bénéficiaires	Part dépense dans la dépense totale	Part effectifs
73 €	464 €	30	10 M€	29	366 €	2,6%	4,1%
464 €	539 €	29	66 M€	131	499 €	16,3%	19,0%
539 €	620 €	29	244 M€	421	580 €	60,6%	60,8%
620 €	1 183 €	30	83 M€	111	746 €	20,6%	16,1%
		118	403 M€	693	582 €	100,0%	100,0%

Champ : organismes complémentaires inscrits sur la liste des organismes gestionnaires en 2021 et ayant déclaré concomitamment des effectifs et des dépenses pour les deux prestations, complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation

Source : URSSAF Caisse nationale

CHAPITRE 4 - LE FINANCEMENT DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

I. UNE AUGMENTATION DYNAMIQUE DE L'ASSIETTE QUI FAIT SUITE À UNE STAGNATION EN 2020.....P. 49

A. L'assiette augmente de 3,5% en 2021.....P. 50

B. Un marché caractérisé par une forte concentration.....P. 51

1. *Un marché en constante évolution.....P. 51*

2. *Des caractéristiques différentes en fonction de la nature des organismes.....P. 52*

II. LA FIABILISATION ET LE CONTRÔLE DE LA TSA.....P. 54

A. Éléments de contexte.....P. 54

1. *Les enjeux financiers.....P. 54*

2. *Rôle respectif des acteurs.....P. 54*

3. *Contenu de la fiabilisation.....P. 55*

B. Les résultats des opérations de fiabilisation et de contrôle..P. 55

1. *La fiabilisation de la TSA a permis de récupérer un montant de 2,9 millions d'euros en 2021.....P. 55*

2. *Sur les trois dernières années, le contrôle de la TSA par les Urssaf a porté sur des organismes complémentaires représentant 19 % de l'assiette de la taxe.....P. 56*

I. UNE AUGMENTATION DYNAMIQUE DE L'ASSIETTE QUI FAIT SUITE À UNE STAGNATION 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. Il s'agit des contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits à titre individuel ou collectif couvrant l'ensemble des prestations, pour la majorité des assurés.

Les assiettes sont soumises à des taux différenciés qui peuvent aller 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 créé au sein de la CNAM au titre de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation sont financées par l'affectation d'une partie de la TSA correspondant au rendement sur certains contrats et à une fraction du produit de la TSA sur les contrats « classiques » à hauteur du besoin de financement résiduel du fonds. Le solde excédentaire est affecté à la CNAM (voir tableau).

Tableau 1 – Affectation de la taxe de solidarité additionnelle

Contrats	Taux de TSA	Part affectée au fonds de la complémentaire santé solidaire 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 ^{er} art.998 CGI	6,27%		
		6,27%	0,00%
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	20,27%	0,00%
Contrats au 1er euro	14,00%	14,00%	0,00%
Contrats IJ solidaires	7,00%	7,00%	0,00%
Contrats IJ non solidaires	14,00%	14,00%	0,00%

Source : Direction de la Sécurité sociale

A. L'assiette augmente de 3,5% en 2021

En 2021, l'assiette globale de la TSA s'élève à 40,1 milliards d'euros, en augmentation de 3,5 % par rapport à 2020⁸ (+ 1,36 milliard d'euros).

Les évolutions annuelles sur le champ de la TSA sont, sur les dernières années, heurtées et donc difficilement prévisibles :

→ L'assiette a stagné en 2020, en lien avec le contexte de crise sanitaire ;

→ Elle avait augmenté à un niveau inattendu de 3,4 % en 2019, faisant suite à une faible progression de 0,9 % en 2018.

Au sein des huit sous-assiettes constitutives de la TSA, les contrats santé classiques solidaires et responsables occupent une place prépondérante puisqu'ils représentent 90 % du total de l'assiette (3,6 % pour les contrats santé classiques non-solidaires et responsables). Les contrats santé classiques non-solidaires et responsables représentent 3,8 % des montants déclarés au sein de la rubrique relative aux contrats classiques.

L'évolution observée au global est toujours influencée par un faible nombre d'organismes complémentaires en lien avec la forte concentration du marché. Ainsi, en 2021, les dix organismes complémentaires qui comptabilisent :

→ Les plus fortes baisses en montants représentent à eux seuls 59 % du montant total des baisses enregistrées (19 % pour le premier) ;

→ Les plus fortes hausses en montants représentent à eux seuls 52 % du montant total des hausses enregistrées (18 % pour le premier)

Les variations importantes peuvent correspondre à :

→ L'évolution de l'activité propre des organismes complémentaires (développement, contraction) ;

→ Des transferts au sein du marché : transferts de portefeuilles, fusions/absorptions ;

→ Un contexte économique exceptionnel, avec des répercussions sur le marché (crise sanitaire en 2020).

Le rendement de la taxe TSA est de 5,31 milliards d'euros, en hausse de 3,4 % (+ 173 millions d'euros), compte tenu comme le montre les tableaux ci-dessous des évolutions respectives des différentes sous-assiettes, soumises à des taux différents.

Le rendement de la contribution exceptionnelle des OC aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 s'établit à 506 millions d'euros en 2021. Sur 2020 et 2021, les deux années où cette taxe a été en vigueur, le rendement total s'élève à 1 482 millions d'euros, soit un chiffre très proche des 1 500 millions d'euros attendus. Le produit de la contribution Forfait Patientèle Médecin Traitant s'élève à 321 millions d'euros.

Tableau 2 – L'assiette de TSA en 2021 – Évolution entre 2020 et 2021 (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 solidaires	Contrats IJ non solidaires	Assiette de la TSA
2020	34 748 336	1 486 139	143 350	1 115 579	10 989	38 296	372 939	794 384	38 710 012
2021	36 046 294	1 443 246	160 905	1 116 111	13 235	60 140	434 581	799 869	40 074 380
Répartition 2021	89,9%	3,6%	0,4%	2,8%	0,0%	0,2%	1,1%	2,0%	100,0%
Évolution 2021 / 2020 (montants)	1 297 957	-42 893	17 555	531	2 245	21 844	61 643	5 485	1 364 368
Évolution 2021 / 2020 (%)	3,7%	-2,9%	12,2%	0,0%	20,4%	57,0%	16,5%	0,7%	3,5%

Champ : tous redevables de la TSA en 2020 et 2021 ayant déclaré une assiette non nulle
Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 22 août 2022

⁸ Déclarations annuelles : tableau récapitulatif annuel 2021/tableau récapitulatif annuel 2021 (TR 2021/TR 2020)

Tableau 3 – Le rendement de la taxe TSA en 2021 – Évolution entre 2020 et 2021 (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 solidaires	Contrats IJ non solidaires	Produit de la TSA
2020	4 611 104	301 240	8 988	69 947	2 228	5 361	26 106	111 214	5 136 188
2021	4 783 343	292 546	10 089	69 980	2 683	8 420	30 421	111 982	5 309 463
Répartition 2021	90,1%	5,5%	0,2%	1,3%	0,1%	0,2%	0,6%	2,1%	100,0%
Évol. 2021 / 2020 (montants)	172 239	-8 694	1 101	33	455	3 058	4 315	768	173 275
Évol. 2021 / 2020 (%)	3,7%	-2,9%	12,2%	0,0%	20,4%	57,0%	16,5%	0,7%	3,4%

Champ : tous redevables de la TSA en 2020 et 2021 ayant déclaré une assiette non nulle
 Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 22 août 2022

La hausse de rendement constatée sur 2021 s’explique par un effet report en référence à la stagnation observée dans le contexte pandémique de 2020.

Elle se concentre sur un faible nombre d’organismes : les cinq organismes complémentaires enregistrant les plus fortes hausses en montants observent une hausse cumulée d’assiette de 730 millions d’euros⁹. Cela correspond à 40 % du total des hausses.

Au sein de ces cinq organismes, les hausses en pourcentage observées sur 2021 vont bien au-delà des baisses qu’ils avaient constatées en 2020. Certains ont été interrogés dans le cadre de la fiabilisation des déclarations. Ils ont pour la plupart confirmé une dynamique importante de leur activité, allant au-delà d’un effet « rattrapage ».

B. Un marché caractérisé par une forte concentration

1. Un marché en constante évolution

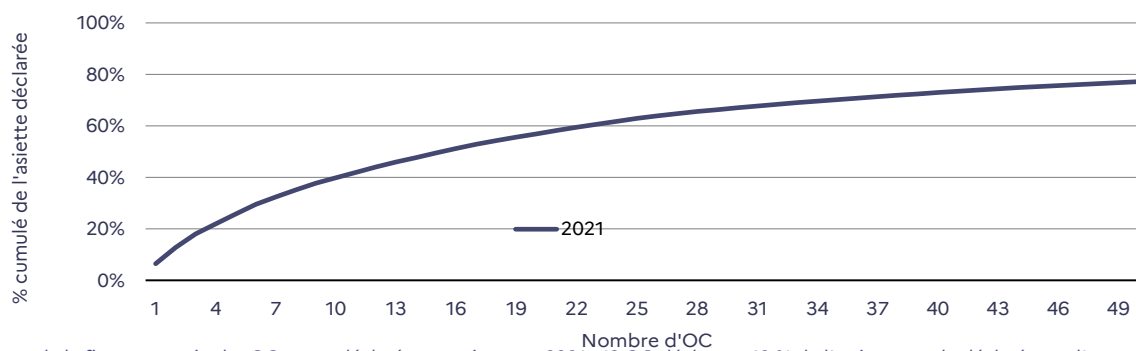
Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration. Ainsi, sur 453 organismes complémentaires ayant déclaré une assiette non nulle en 2021¹⁰ :

- Les 10 premiers représentent 40 % de l’assiette totale;
 - Les 50 premiers représentent 77 % 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 2021, les organismes complémentaires les plus importants disparus sont deux organismes ayant déclaré 1,29 milliard d’euros d’assiette au total en 2020 et qui ont été absorbés par un même organisme complémentaire.

Figure 1 – Concentration de l’assiette de la TSA en 2021

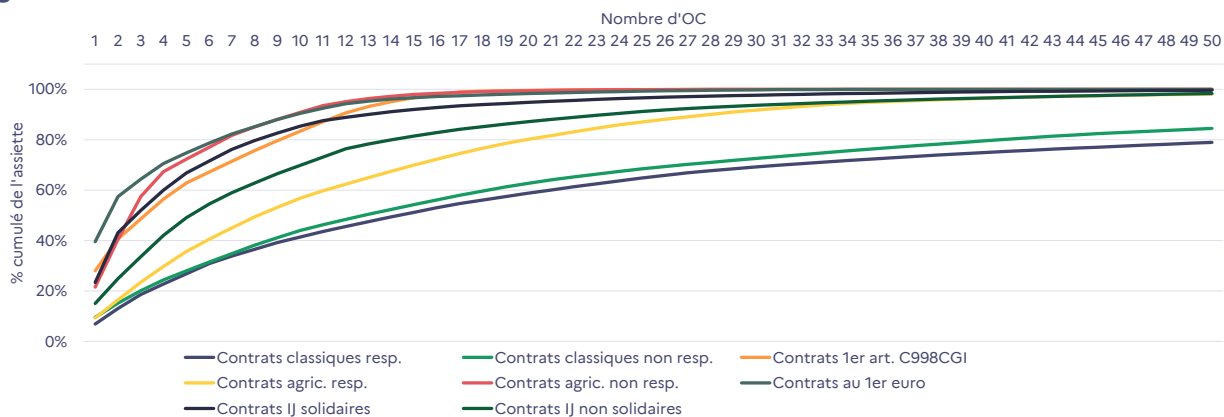


Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette en 2021 : 10 OC déclarent 40 % de l’assiette totale déclarée par l’ensemble des OC, les 50 premiers OC en déclarent 77 %

⁹ On comptabilise 210 millions d’euros de baisse cumulée pour les cinq OC constatant les plus fortes baisses, ce qui est très faible en comparaison des hausses.

¹⁰ Assiette totale de la TSA

Figure 2 – Concentration des huit assiettes constitutives de la TSA en 2021



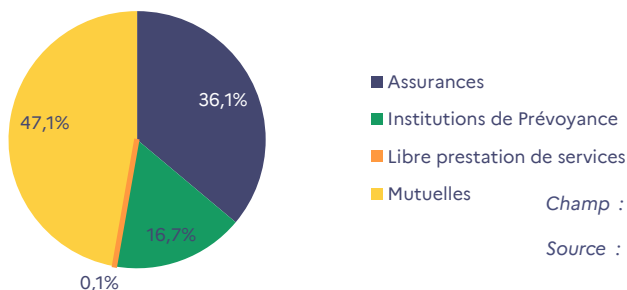
Champ : tous redevables de la TSA en 2021 - Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 22 août 2022
Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette relative aux contrats au 1er euro en 2021 : 4 OC déclarent 71 % de l'assiette concernée, les 10 premiers OC en déclarent 90 %

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

En 2021, l'assiette de la TSA reste majoritairement composée des primes des contrats commercialisés par les mutuelles qui ont déclaré 47 % des montants, même si leur part s'érode lentement dans le temps au profit des sociétés d'assurance.

Les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance représentent respectivement 35 % et 16 % des primes assujetties à la taxe.

Figure 3 – Répartition de l'assiette de la TSA entre les différentes natures d'organismes complémentaires en 2021



Champ : tous redevables de la TSA en 2020 et 2021 ayant déclaré une assiette non nulle
Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 22 août 2022

L'appréciation des évolutions par nature d'organisme complémentaire 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 organismes complémentaires selon leur nature montre cependant des différences marquées.

Les 25 institutions de prévoyance redevables de la TSA regroupent 17 % de l'assiette totale et 6 % des organismes.

Composée à 93 % de garanties classiques responsables, l'assiette de TSA déclarée s'élève en moyenne à 268 millions d'euros en 2021.

Il s'agit dans l'ensemble de grandes structures : 20 des 25 institutions de prévoyance déclarent un montant supérieur à 10 millions d'euros, dont 13 avec une assiette supérieure à 100 millions d'euros. Après avoir absorbé un autre organisme en 2020, le premier organisme des institutions de prévoyance déclare un montant d'assiette de TSA de 1,54 milliard d'euros. Le deuxième déclare un montant de 1,47 milliard d'euros et le troisième un montant de 1,16 milliard d'euros. Les institutions de prévoyance font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

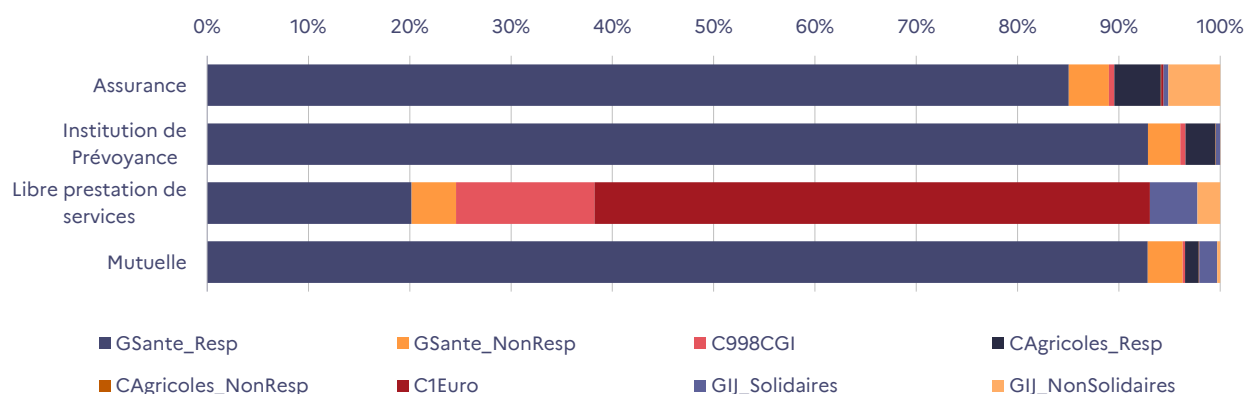
LE FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Les 110 sociétés d'assurance (108 en 2020) représentent 36 % de l'assiette et 24 % des organismes. Présentes sur l'ensemble des garanties, elles représentent notamment 54 % 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 131 millions d'euros. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. 62 sociétés d'assurance déclarent une assiette supérieure à 10 Millions d'euros, dont 29 à plus de 100 millions d'euros. L'assiette la plus importante est déclarée est de 2,53 milliards d'euros. Les autres sociétés d'assurance déclarant un montant inférieur à 10 millions d'euros présentent en moyenne une assiette de 1,9 million d'euros. Il s'agit principalement de petites structures ou de sociétés de taille moyenne dont l'activité santé est marginale. Quant aux 286 mutuelles recensées (304

en 2020), avec un montant moyen d'assiette de 66 millions d'euros, elles regroupent 47 % de l'assiette déclarée et 63 % 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 déclaré par une mutuelle 2,60 milliards d'euros. 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 « substituant ».

Les redevables de TSA incluent également 32 comptes d'organismes complémentaires étrangers intervenant en libre prestation de services (LPS), chez qui le volume des contrats au premier euro est majoritaire. Leur part est négligeable dans l'assiette totale (0,1 %).

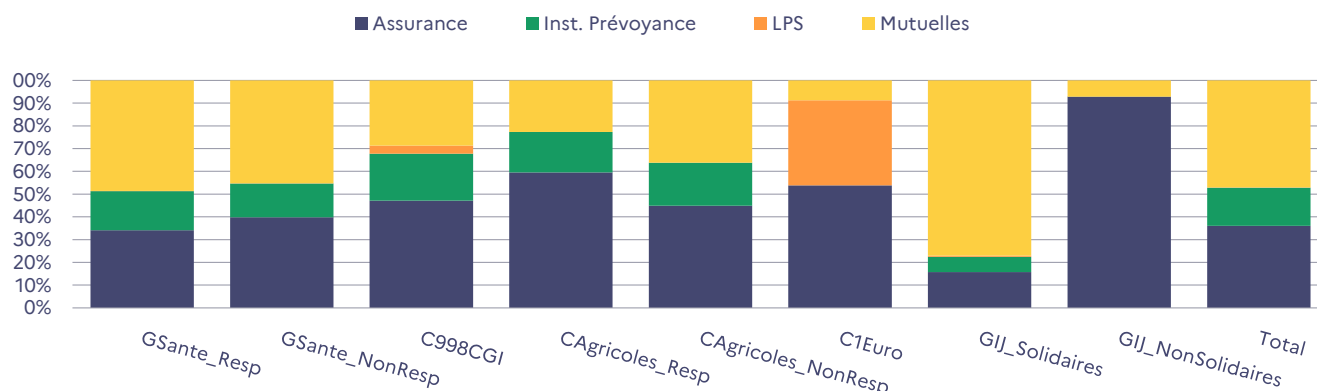
Figure 4 – Proportion de chaque assiette constitutive de la TSA au sein de chaque nature d'OC en 2021



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 2021 Source : télédéclarations des redevables de la TSA. Situation déclarative arrêtée au 22 août 2022

Figure 5 – Part respective par nature d'OC au sein de chaque assiette constitutive de la TSA en 2021



Note de lecture : 34 % du montant des garanties santé responsables sont déclarés par les assureurs ainsi que 54 % des montants relatifs aux contrats au premier euro Champ : tous redevables de la TSA en 2021 / Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 22 août 2022

II. LA FIABILISATION ET LE CONTRÔLE DE LA TSA

A. Éléments de contexte

1. Les enjeux financiers

L'enjeu financier sur lequel porte la fiabilisation de la déclaration à la TSA s'établit à 7 milliards d'euros en valeur absolue en 2021.

Il se répartit de la manière suivante selon les rubriques :

- Produit de TSA : 5,3 milliards d'euros ;
- Contribution exceptionnelle : 505 millions d'euros
- Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) : 320 millions d'euros ;
- Dépenses de complémentaire santé solidaire sans participation : 200 millions d'euros ;

2. Rôle respectif des acteurs

Dans le cadre de la TSA, plusieurs acteurs interviennent.

La situation a évolué à partir de 2021 avec la disparition du Fonds de la Complémentaire santé solidaire. La mission de fiabilisation de la TSA qu'il assurait a été transférée à l'Urssaf Caisse nationale au sein de la Direction de la Relation Cotisant, de la Production et de la maîtrise des activités (DRCPM).

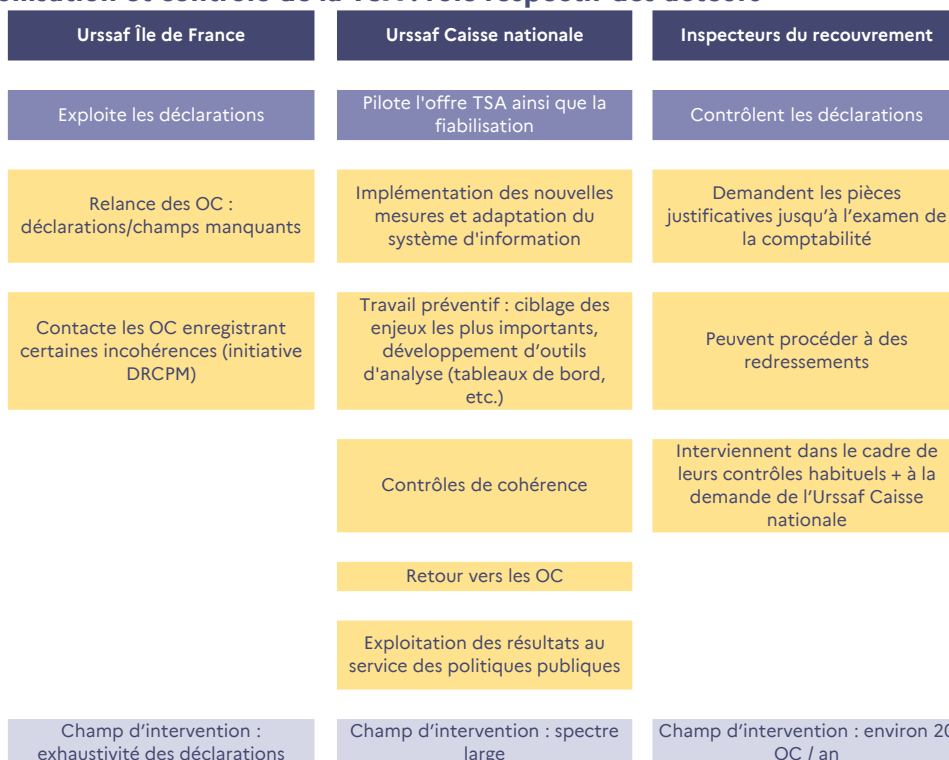
→ Dépenses de complémentaire santé solidaire avec participation : 425 millions d'euros, montant porté à 610 millions d'euros en valeur absolue si on prend en compte les participations payées par les assurés et les frais de gestion.

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.

Le rôle respectif des acteurs est désormais le suivant :

- L'Urssaf Île de France exploite les déclarations, assure le front office et le recouvrement. Elle est l'interlocutrice unique des Urssaf sur ce champ ;
- L'Urssaf Caisse nationale pilote l'offre TSA et assure la mission de fiabilisation des déclarations¹¹;
- Les inspecteurs du recouvrement des Urssaf territorialement compétentes contrôlent la TSA des redevables.

Figure 6 – Fiabilisation et contrôle de la TSA : rôle respectif des acteurs



Source : Urssaf Caisse nationale

¹¹ 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)

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 créations, 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 qui déduisent des montants de dépenses de complémentaire santé solidaire sans ou avec participation sont bien inscrits sur la liste des organismes volontaires pour assurer cette gestion.

B. Les résultats des opérations de fiabilisation et de contrôle

1. La fiabilisation de la TSA a permis de récupérer un montant de 2,9 millions d'euros en 2021

Le montant récupéré se répartit de la manière suivante selon les rubriques concernées :

- 2,1 millions d'euros sur le champ de l'assiette de la TSA ;
- 309 000 euros sur le champ des participations dues par les personnes couvertes par la complémentaire santé solidaire avec participation ;
- 515 000 euros au titre de la contribution forfait patientèle médecin traitant et de la contribution exceptionnelle au titre de la Covid 19.

2,1 millions d'euros récupérés sur le champ de l'assiette de la TSA

En 2021, 36 organismes complémentaires ont été interrogés au regard de l'évolution de l'assiette de la TSA déclarée, dont certains à plusieurs reprises. Cette fiabilisation a couvert 17 % de l'assiette et 8 % des redevables.

Sur la dernière période triennale, de 2019 à 2021, 24 % des redevables ayant déclaré 46 % de l'assiette ont été interrogés dans ce cadre¹².

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.

La fiabilisation consiste à s'assurer auprès des organismes complémentaires enregistrant des évolutions importantes (à la baisse ou à la hausse) que ces évolutions sont justifiées et de leur permettre de s'autocontrôler.

En cas de risque avéré, l'Urssaf Caisse nationale (DRCPM), peut être amenée, dans le cadre des orientations du Plan d'Actions Nationales de Contrôle, à demander une inscription d'organisme complémentaire dans le plan établi en commun DIRREC¹³ /DRCPM qui est communiqué au réseau des Urssaf annuellement.

¹² Sur trois ans, il s'agit de cumuls dédoublonnés : aussi, si un OC a été fiabilisé plusieurs fois sur la période, il n'est comptabilisé qu'une fois. Les cumuls dédoublonnés sont inférieurs aux cumuls annuels dans le tableau

¹³ Direction de la Réglementation, du Recouvrement et du Contrôle

Sur l'échéance du 4ème trimestre 2021, un organisme de taille importante a été interrogé, à la suite d'une baisse significative de son assiette déclarée. Une partie de cette baisse s'expliquait en réalité par une erreur d'estimation des primes relatives aux contrats collectifs d'entreprise mise

en évidence par le questionnement de l'Urssaf Caisse nationale. Une déclaration rectificative a été effectuée qui a augmenté l'assiette déclarée de 16 millions d'euros et donné lieu à un versement complémentaire de 2,12 millions d'euros de taxe.

Tableau 4 – Le taux de couverture de la fiabilisation de l'assiette de la TSA

Année	Champ couvert par la fiabilisation menée par l'Urssaf Caisse nationale (vérifications du Fonds de la Complémentaire Santé solidaire avant le 4ème trimestre 2020)		
	En % du Nbre de redevables de la TSA	En % de l'assiette TSA	Cumul 2019_2021 (*)
2016	12%	38%	46%
2017	11%	44%	
2018	11%	36%	
2019	8%	13%	
2020	15%	34%	
2021	8%	17%	

(*) cumul dédoublonné par organisme complémentaire sur trois ans (1 même organisme complémentaire n'est comptabilisé qu'une fois)
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 19 % 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 la DRCPM (Direction de la Relation Cotisants, de la Production et de la Maîtrise des activités) de l'Urssaf Caisse Nationale (auparavant, plan établi en commun avec le Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire) est communiqué au réseau des Urssaf. Compte tenu de la crise sanitaire, le plan de 2020 (établi en commun avec le Fonds Complémentaire santé solidaire) n'a pu être déployé en 2020. L'exercice 2021 pour ce type de contrôle a donc été consacré à la réalisation du plan 2020 et à la vérification des contrôles à l'initiative de l'Urssaf.

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 le Centre National de Gestion/Urssaf Campus Ile-de-France), la méthodologie et les outils de contrôle.

En 2021, les Urssaf ont clôturé 12 contrôles sur le champ de la TSA (rapports de contrôles déposés en 2021).

Ces contrôles ont porté sur 3 % des redevables de la TSA et sur 1 % de l'assiette de la TSA.

Sur la période triennale 2019-2021, les contrôles ont couvert 9 % des redevables et 19 % de l'assiette.

Tableau 5 – 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	% de l'assiette TSA (cumul 2019-2021) (*)
2016	4%	7%	19%
2017	3%	12%	
2018	5%	18%	
2019	3%	12%	
2020	3%	6%	
2021	3%	1%	

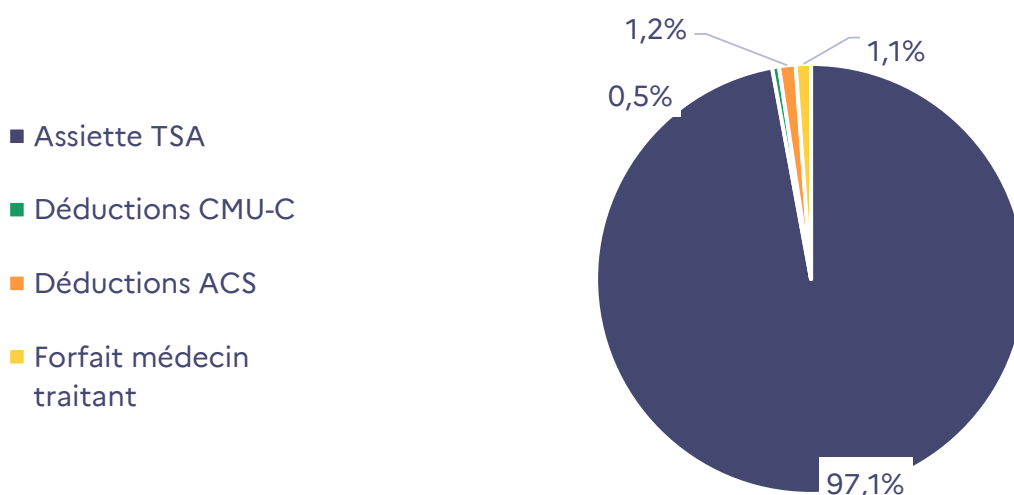
(*) cumul dédoublonné par organisme complémentaire sur 3 ans (un même organisme complémentaire n'est comptabilisé qu'une fois)

Source : Urssaf Caisse nationale

Les contrôles de la TSA clôturés en 2021 ont généré un montant total de régularisations de 537 434 euros : 493 659 euros de régularisations positives (redressements en faveur de l'Urssaf) et 43 775 euros de régularisations négatives (restitutions en faveur des organismes complémentaires).

Au sein des régularisations positives, sur les trois dernières années, 97 % ont pour origine l'assiette de la TSA.

Figure 7 – Répartition des montants des redressements positifs selon l'objet du contrôle sur la période 2019 – 2021



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'organismes complémentaires.

Annexe 1 – Rédacteurs et contributeurs au rapport annuel de la complémentaire santé solidaire

1. Ministère de la santé et de la prévention

Direction de la sécurité sociale

Coordination et mise en page du rapport

→ Alice BLANCHON

Contributeurs à la partie gestion du dispositif, écosystème, effectifs et dépenses de la complémentaire santé solidaire :

→ Caroline COZ

→ Louis Clerc

→ Stéphane RUNFOLA

→ Fairouze ALOUI

→ Fanny CHAUVIRE

→ Stéphanie GILARDIN

→ Alexis GRAVEL

→ Marion MUSCAT

→ Jean-Philippe PERRET

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Contributeurs à la partie sur le recours à la complémentaire santé solidaire

→ Adrien PAPUCHON

→ Cléo Lhermet

2. Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

Contributeurs à la partie Financement du dispositif :

→ 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

4. Caisse centrale de Mutualité sociale agricole

Contributions des agents sollicités sur l'ensemble des éléments du rapport concernant l'activité de la CCMSA.

→ Christine DECHESNE-CEARD

→ Delphine CARILLER

→ Fei SU

Annexe 2 - Tableau de garanties de la complémentaire santé solidaire

Avantages de la complémentaire santé solidaire :

Les bénéficiaires de la C2S bénéficient de **plusieurs garanties** :

Ils ont droit au **tiers-payant intégral** : dès lors que le bénéficiaire C2S présente au professionnel ou à l'établissement de santé (hôpital ou clinique conventionnée) une carte vitale à jour (ou à défaut son attestation de droit), il est **dispensé de toute avance de frais**. Cette dispense s'applique sur la part obligatoire et la part complémentaire de l'assurance maladie.

Les médecins **ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires** (sauf exigence particulière du patient de type : demande de rendez-vous en dehors des horaires de consultation du médecin).

La **participation forfaitaire de 1€** pour les consultations médicales n'est **pas demandée** aux bénéficiaires de la complémentaire solidaire. Ils sont également **exonérés** de la **franchise médicale** qui s'applique normalement à certains frais médicaux (par exemple : 0,50€ pour l'achat d'une boîte de médicaments, 0,50€ par acte paramédical et 2€ par transport sanitaire).

La complémentaire santé solidaire prend en charge la **part complémentaire des soins remboursés par l'assurance maladie** : soins de ville, soins hospitaliers et l'ensemble des prescriptions (pharmacie, analyses, etc...). Le forfait journalier (qui correspond au montant que les patients doivent payer à l'hôpital pour l'hébergement et la nourriture) est pris en charge sans limitation de durée.

Pour les **prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale**, les **lunettes (verres et monture)** et les **aides auditives**, la complémentaire santé solidaire offre des **forfaits** de prise en charge en sus des tarifs fixés par l'assurance maladie. Les montants de ces tarifs sont fixés par arrêté. Les forfaits permettent une **prise en charge intégrale** de ces dispositifs.

Concernant les **dispositifs médicaux**, la C2S les prend en charge dans la limite du **tarif de remboursement de la sécurité sociale** : cette prise en charge peut être intégrale si le tarif facturé correspond au tarif de remboursement.

Les remboursements santé peuvent être exprimés de différentes manières :

⇒ **En pourcentage de la base de remboursement Sécurité sociale (BRSS)**

La BRSS est la base définie par la Sécurité sociale sur laquelle est fixée le taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et celui de la complémentaire santé solidaire (C2S).

⇒ **En forfait** Le forfait est une somme plafonnée, c'est-à-dire un montant de remboursement défini et maximum, auquel les assurés ont droit pour le risque garanti, quel que soit le montant total de leurs dépenses pour ce risque.

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Soins courants					
Honoraires médicaux : Honoraires des praticiens : médecins généralistes, médecins spécialistes, sages-femmes, etc Les prises en charge sont les mêmes que le médecin se situe en secteur 1 ou 2 (OPTAM ou non) : en secteur 2, la possibilité pour les médecins de réaliser des dépassements d'honoraires est proscrite quand ils reçoivent des assurés bénéficiaires de la C2S.					
Consultation médecin traitant généraliste secteur 1 pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	70% Soit 17,5€	30% Soit 7,5€	0€
Consultation médecin généraliste conventionné secteur 2 pour un patient de plus de 18 ans	25 € (interdiction des dépassements d'honoraires)	25 €	70% Soit 17,5€	30% Soit 7,5€	0 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32€	32€	70% Soit 22,4€	30% Soit 9,6€	0€
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie...)	30€	30€	70% Soit 21€	30% Soit 9€	0€
Consultation chez un chirurgien-dentiste (et chirurgiens-dentistes spécialisés dans le traitement ODF, stomatologues de secteur 1 ou 2)	23€	23€	70% Soit 16,1€	30% Soit 6,9€	0€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Honoraires paramédicaux : interdiction de tout dépassement d'honoraires (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)					
Consultation chez un masseur- kinésithérapeute pour la rééducation d'un membre	16,13€	16,13€	60% Soit 9,68€	40% Soit 6,45€	0€
Consultation chez un orthophoniste pour la rééducation des troubles d'articulation	20 €	20 €	60% Soit 12€	40% Soit 8€	0€
Médicaments – remboursement sur prescription médicale uniquement - Pour une prise en charge à 100%, l'assuré est tenu d'accepter les médicaments génériques, sauf si son ordonnance stipule que les médicaments prescrits ne sont pas substituables.					
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	Exemple : Lantus : Traitement du diabète sucré 40,25€	40,25€	65% Soit 26,16€	35% Soit 14,1€	0€
Médicaments à service médical rendu modéré	Exemple : Vogalene : Traitement symptomatique des nausées et vomissements. 2,77€	2,77€	30% Soit 0,83€	70% Soit 1,94€	0€
Médicaments à service médical rendu faible	Exemple : Spasfon - troubles digestifs 1,43€	1,43€	15% Soit 0,21€	85% Soit 1,21€	0€
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux 100% – Prise en charge intégrale	Exemple : GLIVEC 100mg : médicament anticancéreux 384,45 €.	384,45 €.	100% Soit 384,45€		0€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Traitements nicotiniques de substitution (TNS) inscrits sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie. Lorsqu'ils figurent dans cette liste, les TNS sont remboursés sur prescription.					
Patchs nicotiniques	Exemple : NICOPATCHLIB 7 MG/24 h 23,09€	23,09€	65% Soit 15,01€	35% Soit 8,08€	0€
Gommes à mâcher, sur prescription médicale	Exemple : NICORETTE GOMMES A MACHER 22,42€	22,42€	65% Soit 14,57€	35% Soit 7,85€	0€
Biologie					
Actes en B (actes de biologie)	Exemple : Thyroïde - examen de TSH 20,25€	20,25€	60% Soit 12,15€	40% Soit 8,1€	0€
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	Exemple : Biopsie – histologique 252 €	252 €	70% Soit 176,4€	30% Soit 75,6€	0€
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	Exemple : Dépistage : infection à VIH 1 ou 2 11,34€	11,34€	100% Soit 11,34€		0€
Dispositifs médicaux					
Dispositifs médicaux intégralement remboursés par l'assurance maladie aux bénéficiaires de la C2S.					
Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres	Exemple : Surmatelas à prestation alternée STRYKER 276,84€	276,84€	60% Soit 166,10€	40% Soit 110,74	0€
Dispositifs médicaux pour l'insulinothérapie	Exemple : Perfusion, insuline 390,91€	390,91€	60% Soit 234,55€	40% Soit 156,36€	0€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Dispositifs médicaux impliquant une participation de l'assuré.					
Lorsque le tarif du dispositif médical excède la base de remboursement de la sécurité sociale, l'assuré C2S paie la différence.					
Orthopédie achat d'une paire de béquilles	Exemple : Achat d'une paire de béquilles 25,80 €	24,40 €	60% Soit 14,64 €	40% Soit 9,76€	1,40€
Solution stérile pour traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite sèche	Exemple : Solution à usage ophtalmique 9,90€	7,87€	60% Soit 4,72€	40% Soit 3,15€	2,03€
Dentaire					
Soins dentaires de l'offre « 100% santé », intégrée dans le panier de soins C2S.					
Les montants maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S sont fixés par l'arrêté du 22 mars 2019¹.					
Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	250 €	120 €	70% Soit 84€	30% + forfait C2S 36€ + 130€ Soit 166€	0€
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	430 €	120 €	70% Soit 84€	30% + forfait C2S 36€ + 310 € Soit 346€	0€
Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	1 456 €	365,5 €	70% Soit 255,86€	30% + forfait C2S 109,65€+1 090,49 € Soit 1 200,14€	0€

¹ Pour les bénéficiaires C2S, les montants maximums des soins dentaires « 100% santé » sont obtenus en additionnant : la BRSS (% AMO + % C2S) + le forfait C2S.

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Soins dentaires hors « 100% santé » mais intégrés dans le panier de soins C2S					
Actes d'orthopédie dento-faciale pour les moins de 16 ans (traitements d'orthodontie soumis à accord préalable et commencés avant le 16 ^{ème} anniversaire, 6 semestres maximum)	Exemple : Traitement des dysmorphoses avec multiattaches 464€	193,50 €	100% Soit 193,50 €	Forfait C2S Soit 270,50 €	0€
Inlay-onlay deux faces	Exemple : Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) composite ou en alliage non précieux 250 €	100 €	70% Soit 70€	30% + forfait C2S 30€+ 150€ → Soit 180€	0€
Bridges	Exemple : Pose d'une prothèse plurale (bridge) 916,5€	279,5 €	70% Soit 195,65€	30% + forfait C2S 83,85€ + 637€ → Soit 916,5€	0€
Actes de réparations et poses de prothèses amovibles définitives à châssis métallique	Exemple : Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique 850 €	301 €	70% Soit 210,7€	30% + forfait C2S 90,3€ + 248€ → Soit 338,3€	0€
Soins dentaires hors panier de soins C2S					
Détartrage	43,38€	43,38€	70% Soit 30,36€	30% Soit 8,68€	0€
Traitement d'une carie trois face ou plus	60,95 €	60,95 €	70% Soit 42,67€	30% Soit 18,29€	0€
Prothèses hors panier de soins C2S					
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48€	107,50€	70% Soit 75,25€	30% Soit 32,25€	429,98€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Optique					
Equipements d'optique du panier « 100% santé », intégré dans le panier de soins C2S. Les prix limites de vente applicables aux bénéficiaires C2S, pour les équipements d'optique médicale de l'offre 100% santé, sont fixés par l'arrêté du 29 octobre 2019.					
Sur prescription médicale, un équipement de lunettes (monture et verres) de classe A (soit le panier 100% santé) tous les 2 ans pour les adultes (sauf en cas de pathologie ou évolution de la vue), et tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans.	Verre multifocal classe A (SPH positive et S > + 12,00) et monture adulte classe A 115 € (par verre) + 30€ (monture) → 230€ + 30€ → Soit 260€	34,5€ (par verre) + 9€ (monture) → 69€ + 9€ → Soit 78€	60% 20,7€ (par verre) + 5,4€ (monture) → 41,4€ + 5,4€ → Soit 46,8 €	40% + forfait C2S 13,8 € (par verre) + 3,6 € (monture) + 182 € → 27,6€ + 3,6€ + 182€ → Soit 213,2 €	0€
Prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents (unifocaux, multifocaux ou progressifs)	Prestation d'appairage niveau 3 15 €	4,5€	60% → Soit 2,7€	40% + forfait C2S → 1,8€ + 10,5€ → Soit 12,3€	0€
Equipement d'optique <u>mixte</u> incluant des verres « 100% santé » du panier de soins C2S, et une monture hors « 100% santé ».	Verre multifocal classe A (SPH positive et S > + 12,00) et monture 115 € (par verre) + 139 € (monture) → 230€ + 139€ → Soit 369€	34,5€ (par verre) + 0,05€ (monture) → 69€ + 0,05€ → Soit 69,05€	60% 20,7€ (par verre) + 0,03€ (monture) → 41,4€ + 0,03 → Soit 41,43€	40% + forfait C2S 13,8€ (par verre) + 0,02€ (monture) + 161€ → 27,6€ + 0,02€ + 161€ → Soit 188,62€	138,95€
Autres équipements d'optique hors panier « 100% santé »					
Verres progressifs + monture hors 100% santé	231 euros (par verre) + 139 euros (monture) → 462 € + 139 €	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture) → 0,1 + 0,05€	60% 0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	40% 0,02€ (par verre) + 0,02 € (monture)	600,85€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
	→ Soit 601€ (Prix moyen national)	→ Soit 0,15€	→ 0,06€ + 0,03€ → Soit 0,09€	→ 0,04€ + 0,02€ → Soit 0,06€	
Lentilles de contact (sur prescription médicale en cas d'astigmatisme irrégulier, myopie égale ou supérieure à 8 dioptries, strabisme accommodatif, aphakie, anisométrie à 3 dioptries, kératocône)		39,48€ par œil → soit 78,96€	60% Soit 47,38€	40% Soit 31,58€	Le forfait de remboursement des lentilles par la sécurité sociale est de 39,48€ par œil et par an : les assurés sont donc remboursés de l'ensemble des lentilles achetées sur l'année dans la limite de ce forfait de 39,48€ par œil. Une fois ce forfait annuel dépassé, le reste est à la charge des assurés.
Aides auditives					
Aides auditives a minima de classe 1 de l'offre « 100% santé », intégrées dans le panier de soins C2S. Les audioprothésistes doivent proposer aux bénéficiaires de la C2S des aides auditives à un prix n'excédant pas les limites de tarifs fixées par l'arrêté du 27 décembre 2018.					
Aide auditive de classe I, oreille droite, pour un bénéficiaire de moins de 20 ans et/ou en cas de cécité.	1 400 €	400 €	60% 240€	40% + forfait C2S 160€ + 1 000€ → Soit 1 160€	0€
Aide auditive de classe I, oreille gauche, pour un bénéficiaire de plus de 20 ans.	800€	400 €	60% Soit 240€	40% + forfait C2S 160€ + 400€ → Soit 560€	0€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Piles pour aides auditives du panier de soins C2S.					
Piles sans mercure 10 ou équivalents (B/6), dans la limite de 10 paquets par année.	1,50 €	1,50 €	60% Soit 0,9€	40% Soit 0,6€	0€
Aides auditives excédant les tarifs limites fixés par l'arrêté du 27/12/2018. Lorsque l'assuré C2S refuse l'appareil proposé par le distributeur et choisit une aide auditive excédant le tarif maximum fixé, la différence entre ce montant maximum réglementaire et le tarif de l'aide auditive sera à sa charge.					
Aide auditive par oreille pour un patient de plus de 20 ans.	1 534€	400€	60% Soit 240€	40% Soit 560€	734€
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)					
Forfait journalier hospitalier	20€	Pas de BR	Pas de prise en charge par l'AMO	Prise en charge intégrale à 100% par la C2S	0€
Frais d'hospitalisation (frais de séjour, frais de salle d'opération, honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier).	Tarif moyen frais de séjour hôpital public : 3 333,75€	3 333,75€	80% Soit 2 667€	20% Soit 666,75€	0€
Chambre particulière (sur demande du patient)	60€	Pas de BR	Pas de prise en charge par l'AMO	Pas de prise en charge	60€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Frais de transport					
Frais de transport (sur prescription médicale, après éventuellement accord préalable de l'assurance maladie et dans le cadre des situations prévues par l'assurance maladie)	Tarif moyen 53,34 €	53,34€	65% Soit 34,66€	35% Soit 18,66€	0€
Cure thermale					
Cure thermale libre.					
Honoraires médicaux	Forfait de surveillance médicale pour un médecin conventionné 80€	80€	70% Soit 56€	30% Soit 24€	0€
Frais d'hydrothérapie	Exemple : Affections psychosomatiques – forfait 3 528,95€	482,97€	65% 313,93€	35% 169,04€	45,98€
Frais d'hébergement, frais de transport	Prix moyen				Pas de prise en charge ²
Cure thermale avec hospitalisation.					
La cure thermale doit obligatoirement être prescrite par votre médecin ou, parfois, par votre chirurgien-dentiste dans le cas des affections des muqueuses bucco-linguales.					

² Pour les cures thermales libres, les frais d'hébergement et de transport peuvent être pris en charge sous condition de ressources par l'Assurance Maladie. Afin de savoir si vous êtes éligible à ce remboursement, renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie.

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
<p>Lors d'une cure thermale avec hospitalisation, vos frais de transports (à 65% d'un billet SNCF A/R en 2nde classe) et vos frais d'hébergement (en totalité) vous sont remboursés sans condition de ressources. Les frais d'hospitalisation sont également pris en charge, à hauteur de ce que prévoit le remboursement de « droit commun » des bénéficiaires de la C2S en cas d'hospitalisation (cf rubrique supra « Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée) ; dont : frais d'hospitalisation »).</p>					
<h3>Autres prestations</h3>					
Séances chez un psychologue conventionné par le dispositif MonPsy	Première séance (30 minutes) : 40€ Séances de suivi (30 minutes, 7 par an) : 30 €	Première séance : 40€ Séances de suivi: 30 €	60% Soit 24€ pour la première séance Soit 18€ pour les séances de suivi	40% Soit 16€ pour la première séance Soit 12€ pour les séances de suivi	0€