

Synthèse du Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour 2021

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

« [...] Le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires [de la complémentaire santé solidaire avec participation financière] ainsi que l'évolution du montant des cotisations de taxe de solidarité additionnelle, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

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

I. La gestion de la complémentaire santé solidaire

Il s'agit d'une partie permettant de récapituler les différentes missions exercées au niveau national, désormais assurées par différents acteurs en raison de la fermeture du Fonds de la complémentaire santé solidaire (ex-fonds-CMU-C) à la fin de l'année 2020. Cette partie permet ainsi d'expliquer la nouvelle gouvernance de ce dispositif, et d'illustrer la continuité et le suivi des missions suite à la fermeture du fonds de la complémentaire santé solidaire.

La CNAM reprend la mission de financement de la complémentaire santé solidaire et conserve ses missions d'interface avec les assurés ainsi que l'instruction des demandes de complémentaire santé solidaire, tout comme les autres régimes de sécurité sociale, tels que la Mutualité sociale agricole.

L'ACOSS (Urssaf Caisse nationale) reprend la mission de fiabilisation des déclarations de TSA et des déductions opérées par les organismes complémentaires gérant la complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière.

La Direction de la Sécurité sociale (DSS) du Ministère des solidarités et de la santé est quant à elle en charge du pilotage de cette réforme afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de lutter contre le non-recours. C'est dans cet objectif que la DSS élabore la réglementation relative au dispositif, facilite la compréhension et la bonne application de cette réglementation par les acteurs de la complémentaire santé. Elle assure également les missions de coordination des différents acteurs prenant part à la mise en œuvre et au suivi de ce dispositif (associations, partenaires institutionnels, ordres médicaux, etc.).

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

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

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

Cette partie vise à tout d'abord à expliciter toutes les évolutions récentes portant sur la complémentaire santé solidaire et de quelle manière les différents acteurs de ce dispositif se sont appropriés cette réforme. Une première partie est consacrée aux évolutions normatives récentes sur la complémentaire santé solidaire, notamment celles issues du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 ainsi que celles du 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.

Sont par la suite détaillées les actions des caisses d'assurance maladie du régime général et du régime agricole et le rôle important que jouent ces organismes quant à l'amélioration du recours à la complémentaire santé solidaire. Constituant en effet l'interface privilégié de dialogue avec les assurés de la complémentaire santé solidaire, la CNAM et les régimes d'assurance maladie, dont la CCMSA, assurent un rôle indispensable dans la promotion de ce dispositif auprès de leurs assurés et du Grand public.

Parce qu'ils sont gestionnaires de presque 20% des contrats de complémentaire santé solidaire, les organismes complémentaires remplissent également un rôle important dans la gestion du dispositif : en effet, depuis sa mise en place au 1^{er} novembre 2019, 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. Quel que soit le choix de l'assuré, les garanties offertes sont identiques.

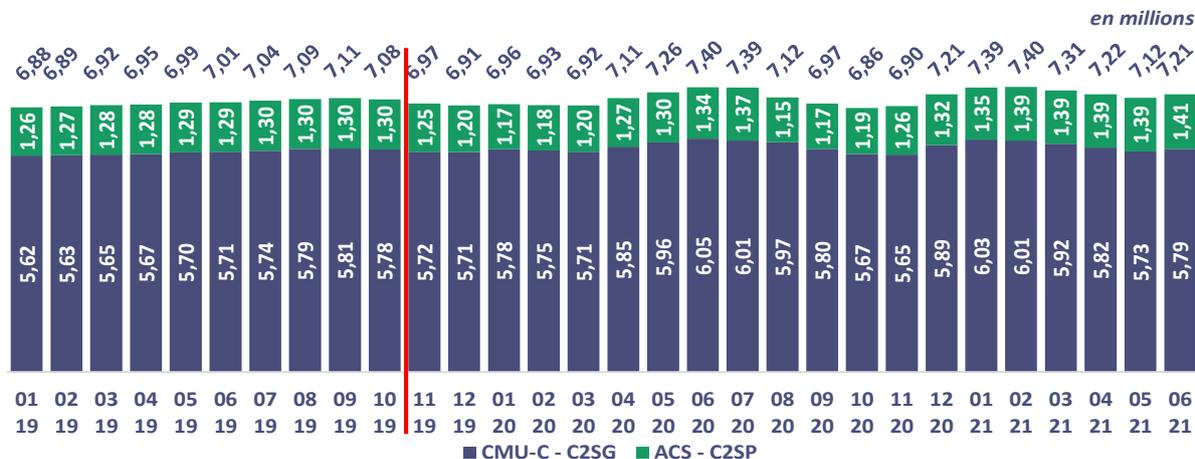
Par la suite, le rapport explique la nécessité de créer des liens avec le secteur associatif : dans un objectif de promouvoir la complémentaire santé solidaire et d'en améliorer son accès, le ministère des solidarités et de la santé a pour ambition de mener davantage d'actions à destination des associations et acteurs de terrain qui forment un relai essentiel dans la promotion de ce dispositif auprès des publics en situation de précarité.

Enfin, il est réalisé une analyse sur le respect des obligations que les professionnels de santé et paramédicaux doivent assurer quand ils s'occupent de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, à savoir la pratique du tiers-payant intégral, l'interdiction de dépassements d'honoraires, ainsi que le déploiement du 100% santé pour ces publics.

III. Le suivi des bénéficiaires et des dépenses relatives à la complémentaire santé solidaire

Cette partie statistique vise à montrer les évolutions du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS de janvier 2019 à octobre 2019 puis de la complémentaire santé solidaire, aussi bien dans son volet sans participation financière qu'avec participation financière, de novembre 2019 à juin 2021.

Évolution des effectifs de la CMU-C / ACS puis de la complémentaire santé solidaire avec et sans participation financière¹



Fin juin 2021, le nombre de personnes couvertes par la complémentaire santé solidaire est estimé à 7,2 millions, soit le même nombre qu'à la fin décembre 2020. L'appropriation de la réforme par les caisses d'assurance maladie et les assurés a conduit à une légère baisse temporaire des effectifs en fin d'année 2019.

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

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

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

¹ Source : régimes d'Assurance maladie pour la complémentaire santé solidaire gérée par les régimes et organismes complémentaires pour la complémentaire santé solidaire avec participation gérée par eux.

Dépense CMU-C, complémentaire santé solidaire – Montants engagés par les organismes gestionnaires²

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

En 2019, la dépense moyenne annuelle par bénéficiaires pour la CMU-C était évaluée à 421€. En 2020, le montant moyen de la dépense complémentaire annuelle pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire est évalué à 380 €, inférieur à la dépense 2019 de la CMU C et en lien avec la sous consommation de soins entre mars et mai, dans le contexte du premier confinement.

IV. Le financement de la complémentaire santé solidaire et la fiabilisation

Cette partie revient sur les modalités de financement de la complémentaire santé solidaire : les dépenses sont financées par l'affectation d'une partie de la TSA à hauteur du besoin de financement résiduel du fonds. Le solde excédentaire est affecté à la CNAM.

En 2020, l'assiette globale de la TSA s'élève à 38,7 milliards d'euros, en stagnation par rapport à 2019 (+ 0,0 %). Elle avait augmenté de 3,4 % en 2019 par rapport à 2018 (+ 0,8 % l'année précédente).

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

V. L'analyse et le suivi de la Complémentaire santé solidaire et des dispositifs d'accès aux soins pour les publics précaires

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

Sous l'égide du Fonds de la complémentaire santé solidaire, de nombreux livrables étaient produits à un rythme régulier : ces rapports constituaient une ressource très importante pour l'ensemble des acteurs impliqués. Ce niveau d'information sera maintenu pour les années à venir, avec un paysage simplifié de livrables attendus chaque année mais qui reprendront l'ensemble des éléments d'actualité relatifs à la complémentaire santé solidaire. Désormais, les rapports attendus sont les rapports annuels de la complémentaire santé solidaire ainsi que les rapports d'évaluation du dispositif, qui doivent être rendus tous les quatre ans au Parlement, le prochain rapport d'évaluation étant attendu pour 2022.

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

² Source : régimes d'Assurance maladie pour la complémentaire santé solidaire gérée par les régimes et organismes complémentaires pour la complémentaire santé solidaire avec participation gérée par eux.

Suite à la dissolution du Fonds de la complémentaire santé solidaire, il a été convenu que la DSS et la DREES du ministère des Solidarités et de la Santé reprendraient en partenariat cette mission de réalisations d'études relatives à la complémentaire santé solidaire. A ce titre, les travaux sur deux sujets d'études vont démarrer très prochainement :

1. Une étude qualitative se déclinant en deux volets :

- La réalisation d'un volet portant sur les raisons du non-recours à la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière auprès de personnes récemment ou actuellement en situation de non-recours.
- La réalisation d'un volet portant sur l'évaluation de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière par ses bénéficiaires ainsi que sur les motifs et les facteurs explicatifs du recours à ce dispositif.

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

En plus de la présentation de diverses études liées à l'accès aux soins, le rapport permet de présenter les résultats des travaux de la DREES sur le taux de non recours à la complémentaire santé solidaire (CMU-C / ACS).

En 2019 comme en 2018, un peu plus d'une personne éligible à la complémentaire santé solidaire sur deux aurait effectivement eu recours à cette prestation, avec des écarts considérables entre les volets gratuits et payants du dispositif : deux éligibles sur trois auraient eu recours à la complémentaire santé solidaire sans participation financière, tandis que seulement un sur quatre aurait eu recours à la complémentaire santé solidaire payante.

Cependant, ce taux de non recours à nuancer par la couverture d'une partie de cette population par des complémentaires d'entreprises. Les personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire avec contribution financière appartiennent plus souvent à des ménages comprenant un actif potentiellement éligible à une couverture complémentaire collective d'entreprise. On estime qu'environ deux tiers du public ciblé par la complémentaire santé solidaire est couvert par cette prestation ou par une complémentaire collective d'entreprise.

VI. L'information et la communication relatives à la Complémentaire santé solidaire

Cette partie consiste à présenter les missions d'information et de communication visant à promouvoir la complémentaire santé solidaire, missions principalement réalisées par la CNAM et la DSS. Alors que 2020 a été une année extrêmement mobilisée par la crise, la CNAM a pu lancer en avril 2021 une campagne de communication 100% digitale à destination de publics spécifiques, notamment des publics qui n'étaient pas éligibles avant la crise ou qui jusqu'ici ne se sentaient pas concernés par la nécessité de bénéficier d'une complémentaire en santé.

Concernant les missions de communication de la DSS, elle publie notamment une revue trimestrielle visant à informer les parties prenantes à ce dispositif sur ses évolutions mais aussi de manière plus globale sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.