



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction
de la sécurité sociale

La complémentaire santé solidaire

RAPPORT ANNUEL 2023



Garantir à chacun les moyens
d'accéder à des soins de qualité

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	5
LE MOT DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE	6
SYNTHÈSE	8
QU'EST-CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?	10
En quelques mots	10
Comment est géré le droit à la complémentaire santé solidaire ?	10
Quelles sont les garanties de la complémentaire santé solidaire ?	10
Comment faire sa demande de complémentaire santé solidaire ?	11
Quels publics bénéficient d'un accès facilité à la complémentaire santé solidaire ?.....	12
Chiffres clés	13
L'ÉCOSYSTEME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	15
I. LA GESTION DES CONTRATS DE COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE	15
A. La répartition de la gestion des contrats entre les régimes obligatoires et les organismes complémentaires.....	15
B. L'inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la complémentaire santé solidaire	15
C. La gestion des contrats de sortie par les organismes complémentaires	16
II. LES ACTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE POUR FAVORISER L'ACCES ET LE RECOURS AUX SOINS	17
A. La Mission Accompagnement Santé et les partenariats développés par les caisses de sécurité sociale.....	17
B. Les services de l'action sanitaire et sociale des CPAM	20
III. LA GOUVERNANCE NATIONALE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	21
A. Le comité de suivi et le comité technique	21
B. La réunion mensuelle de la CNAM avec les partenaires associatifs et les acteurs de terrain	21
C. Les travaux de recherche	22
D. La stratégie de communication	22
IV. LES ÉVOLUTIONS RECENTES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	24
A. Des simplifications pour les démarches de l'ensemble des assurés	24
B. Un accès aux soins facilité pour les populations en situation de précarité	25

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	28
I. LES EFFECTIFS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	28
A. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation	28
B. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite	29
C. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation.....	29
D. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire comparée à celles d'autres prestations sociales.....	30
II. LES PROFILS DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	31
A. La répartition par genre et par tranche d'âge.....	31
B. La répartition géographique	32
III. L'ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	35
A. L'estimation du taux de recours à la complémentaire santé solidaire	35
B. L'impact des mesures d'automatisation et de simplification de l'attribution pour les allocataires du RSA et de l'ASPA	39
IV. LA PRATIQUE DU TIERS-PAYANT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	40
LE SUIVI DE LA DEPENSE ET DU FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	42
I. LA DÉPENSE ET LE COÛT MOYEN DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	42
A. La dépense engagée et les participations financières perçues pour la complémentaire santé solidaire	42
B. La dépense moyenne par bénéficiaire.....	44
C. La dépense moyenne par type de complémentaire santé solidaire et par poste	45
D. Le circuit de facturation des soins par les organismes complémentaires	46
II. LE FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE PAR LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE	47
A. L'affectation de la taxe de solidarité additionnelle	47
B. L'évolution de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle	48
C. La répartition de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle.....	50
III. LA FIABILISATION ET LE CONTRÔLE DE LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE.....	53
A. Les enjeux et les acteurs de la mission de fiabilisation et de contrôle.....	53
B. Les opérations de fiabilisation et de contrôle et leurs résultats	54
ANNEXES	57

CONTRIBUTEURS

Ministère de la santé et de la prévention

Direction de la sécurité sociale

Coordination du rapport

→ Jérémy FELLER

Contributions : écosystème de la C2S, suivi des bénéficiaires et de la dépense

→ Fairouze ALOUI

→ Sophia BOUZID

→ Louis CLERC

→ Baptiste DEVALOIS

→ Stéphanie GILARDIN

→ Alexis GRAVEL

→ Marion MUSCAT

→ Jean-Philippe PERRET

→ Stéphane RUNFOLA

→ Cécile SACHE

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

Contributions : recours à la C2S

→ Léo QUENNESSON

→ Adrien PAPUCHON

Organismes de sécurité sociale

URSSAF Caisse nationale (ex-ACOSS)

Contributions : financement de la C2S

→ Philippe COMTE

→ Anne LASSAIGNE

Caisse nationale d'assurance maladie

Contributions : activité de la CNAM

→ Delphine CARILLER

→ Corinne LAMARQUE

→ Fanny RICHARD

→ Francine SCHERPEREEL

Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

Contributions : activité de la CCMSA

→ Christine DECHESNE-CEARD

→ Elise MICHAUD-MONVOISIN

→ Fei SU

AVANT-PROPOS



Frank VON LENNEP

Directeur de la sécurité sociale

Après plus de quatre années de mise en œuvre, la complémentaire santé solidaire (C2S) a démontré qu'elle constituait un instrument efficace dans la promotion de l'accès aux soins pour tous. Plébiscitée par ses bénéficiaires, elle offre une protection de qualité et les démarches pour l'obtenir sont sans cesse simplifiées, en particulier pour les personnes les plus vulnérables.

Depuis 2022, les nouveaux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) peuvent obtenir automatiquement la C2S gratuite et les nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et leurs conjoints sans activité professionnelle peuvent obtenir la C2S avec participation sans avoir à déclarer leurs ressources.

A compter du 1^{er} janvier 2024, la C2S sera étendue au département de Mayotte afin de garantir aux Mahorais précaires le même niveau de prise en charge que sur le reste du territoire français et selon les mêmes modalités que dans les autres départements d'Outre-mer.

Les proportions du non-recours doivent nous inciter à rester fortement mobilisés pour

améliorer le dispositif. Si ce phénomène n'est pas synonyme d'absence de couverture santé, il peut priver des personnes en situation de précarité d'une complémentaire moins chère et offrant des garanties de qualité.

Aussi, nous devons aujourd'hui intensifier nos efforts d'évaluation du dispositif et de communication, afin de faire connaître et comprendre la C2S, de poursuivre la dynamique de simplification impulsée par des chantiers, tels que la solidarité à la source ou le dispositif de ressources mensuelles (DRM), et de donner ainsi à chacun les moyens d'accéder à des soins de qualité.

Dans cet objectif, des études seront menées en 2024 sur deux publics dont le rapport à la complémentaire santé est plus complexe que pour le reste de la population :

- Les jeunes et les étudiants qui méconnaissent les dispositifs existants et mésestiment leur besoin en couverture santé ;
- Les seniors pour qui l'accès à une complémentaire peut être freiné par des tarifs plus élevés.

LE MOT DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE



Thomas FATOME

*Directeur de la Caisse nationale
d'assurance maladie*

L'année 2023 a permis de consacrer les effets positifs des simplifications mises en œuvre en 2022 tant sur l'amélioration du recours à la C2S que sur la qualité du service rendu aux bénéficiaires.

Au niveau national, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion signée en 2023 avec l'Etat a permis à l'Assurance Maladie de renouveler son engagement en faveur de l'accès aux droits et aux soins, engagement qui s'illustre au travers notamment de l'importante mobilisation de son réseau autour des enjeux de lutte contre le non recours.

Ainsi, au niveau local, les caisses ont multiplié les actions destinées à promouvoir la C2S, accompagner les assurés, développer les partenariats avec le milieu associatif et les acteurs de terrain.

L'Assurance maladie poursuit également sa démarche de modernisation des démarches d'accès à la C2S en préparant les évolutions à venir :

- L'ouverture en 2024 d'un service en ligne d'adhésion à la C2S avec participation financière pour les bénéficiaires ayant choisi leur caisse d'assurance maladie

pour gérer leur droit – ce service complètera l'offre de demande en ligne dont le succès ne se dément pas et qui a connu une augmentation de 28% entre le premier semestre 2023 et le 1er semestre 2022.

- L'accès aux données fiscales permettra d'alléger encore plus les démarches des assurés en les dispensant de fournir leur avis d'imposition lors de la demande de C2S – cette simplification participe à la mise en œuvre du principe « Dites-le-nous une fois ».

Cette modernisation ainsi que les récentes mesures de simplification du dispositif rejoignent les objectifs de performance que poursuit l'Assurance maladie s'agissant notamment de la réduction des délais de traitement des demandes de C2S : sur l'ensemble du territoire en 2023, les assurés se voient désormais ouvrir des droits en moins de 20 jours.

Enfin, toujours dans le but de mieux faire connaître aux assurés leurs droits, une campagne de communication grand public est lancée au dernier trimestre 2023 en vue d'améliorer la notoriété de la C2S.

François-Emmanuel BLANC

*Directeur de la Caisse centrale
de la Mutualité sociale agricole*



Quatre ans après son entrée en vigueur, la C2S 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.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2022, les allocataires du RSA, bénéficient automatiquement de la C2S, et ce sans participation financière. Le renouvellement se fait automatiquement chaque année. A partir du 1^{er} avril 2022, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées voient leur accès à la C2S facilitée.

À ce titre, la Mutualité sociale agricole s'est inscrite au Dispositif des Revenus Mensuels (DRM) et a fait évoluer son outil informatique de traitement des demandes de la C2S afin de récupérer depuis le DRM les montants des ressources nécessaires à l'étude de droit C2S. Cette simplification de démarche pour les demandeurs C2S est aussi mise en œuvre à travers le service en ligne de demande de la C2S de la MSA puisque les montants des ressources sont récupérés du DRM et pré-renseignés dans la demande C2S.

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.

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.

SYNTHÈSE

La complémentaire santé solidaire (C2S) est une **couverture complémentaire financée par l'Assurance maladie**, destinée aux personnes disposant de faibles ressources, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé. Similaire à une complémentaire de droit commun, elle offre une protection élargie, qui garantit un accès optimal à des soins de qualité, sans reste-à-charge.

Entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019, la C2S est issue de la fusion entre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ainsi la C2S est attribuée pour une durée d'un an :

- **Gratuitement** aux foyers dont les ressources sont inférieures à 810 € par mois pour une personne seule
- **En contrepartie d'une cotisation d'1 € par jour maximum** lorsque les ressources sont comprises entre 810 € et 1 093 €. Dans cette situation, la cotisation dépend de l'âge de chaque bénéficiaire au sein du foyer : de 8 € par mois pour les moins de 30 ans, jusqu'à 30 € pour les plus de 69 ans, soit des montants inférieurs aux tarifs pratiqués par les complémentaires privées.

Depuis 2019, les **effectifs** de la C2S poursuivent leur progression pour atteindre 7,4 millions de bénéficiaires en juin 2023 : 5,9 millions pour la C2S gratuite et 1,5 million pour la C2S avec participation financière. Les effectifs ont ainsi augmenté de 3,8 % entre décembre 2021 et décembre 2022. Cette évolution dynamique s'explique notamment par la mise en œuvre de mesures facilitant son attribution et les démarches des demandeurs telles que :

- L'attribution automatique de la C2S gratuite aux nouveaux allocataires du revenu de solidarité active ;
- Le partage automatisé de données relatives aux ressources via le Dispositif de ressources mensuelles (DRM) ;
- La présomption de droit à la C2S avec participation financière pour la plupart des nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Le **taux de recours** estimé pour l'ensemble du dispositif reste relativement stable entre 2020 et 2021 : un peu plus d'une personne éligible à la C2S sur deux aurait effectivement eu recours à cette prestation (55 % en 2020 contre 56 % en 2021). Le nombre de bénéficiaires de la C2S gratuite diminuant au même rythme que le nombre de personnes éligibles, le taux de recours est stable entre 2020 et 2021 (69 %). En 2021, le recours à la C2S avec participation financière connaît quant à lui une hausse importante (34 % après 29 % en 2020), qui repose sur une augmentation du nombre de bénéficiaires nettement supérieure à celle du nombre de personnes éligibles.

Les organismes gestionnaires de la C2S, régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires, ont engagé une **dépense** de 2,9 milliards d'euros en 2022, déduction faite des participations acquittées par certains bénéficiaires, en progression de 1,8 % par rapport à 2021. La **dépense moyenne annuelle** d'un bénéficiaire de la C2S est de 448 € pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires gestionnaires. Elle se décline entre 428 € pour l'ensemble des régimes obligatoires (431 € pour la CNAM) et 592 € pour les OC.

1

QU'EST-CE QUE LA
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

QU'EST-CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

En quelques mots

La complémentaire santé solidaire (C2S) est un droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé pour les assurés disposant de faibles ressources. Elle remplace, depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Plus lisible, elle offre un accès à un panier de soins plus large que celui de la CMU-C et de l'ACS et garantit à ses bénéficiaires une prise en

charge de qualité pour un niveau de cotisation nul ou limité.

La C2S est attribuée, en fonction des ressources du foyer, à titre gratuit ou en contrepartie d'une contribution financière dont le montant dépend du nombre de personnes couvertes et de leur âge. Les montants des plafonds de ressources et les tarifs des contributions financières applicables sont présentés en **annexe I**.

Pourquoi souscrire une couverture santé complémentaire ?

En France, l'Assurance maladie (Sécurité sociale) est **obligatoire** et **universelle**, mais le plus souvent elle ne rembourse que partiellement les dépenses de santé. En effet, la Sécurité sociale fixe pour chaque acte médical des tarifs de base, ou tarifs conventionnés, auxquels sont appliqués des taux ou des forfaits de remboursement par l'Assurance maladie. Souscrire une complémentaire santé, individuelle ou d'entreprise, permet **de couvrir tout ou partie des frais restant à la charge de l'assuré**. Afin de réduire au maximum le coût de ses dépenses de santé, l'assuré a donc tout intérêt à disposer d'une couverture santé complémentaire.

Comment est géré le droit à la complémentaire santé solidaire ?

La C2S est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'assurance maladie (caisse primaire d'assurance maladie, caisse de la Mutualité sociale agricole ou régime spécial), soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires. Ce choix intervient au moment de la demande et n'a aucune conséquence sur les garanties offertes à l'assuré.

Toutefois, à l'expiration du droit à la C2S, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un « contrat de sortie ». Ce contrat de complémentaire santé offre des garanties similaires à celles de la C2S à un tarif réglementé, plus avantageux qu'un contrat classique.

Quelles sont les garanties de la complémentaire santé solidaire ?

En plus du remboursement de la part complémentaire des frais de santé, la C2S offre des garanties importantes, que ne proposent pas nécessairement les organismes d'assurance

maladie complémentaire dans le cadre des autres contrats de complémentaire santé :

→ L'application du « 100 % santé » : les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les lunettes de vue des paniers de soins

« 100 % santé » sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et la C2S, avec un panier de soins dentaire plus large que le « 100 % santé » pour les bénéficiaires de la C2S

- La prise en charge intégrale de nombreux matériels et équipements médicaux (pansements, cannes, déambulateurs, produits pour diabétiques...)
- En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures, la prise en charge du forfait journalier¹ sans limitation de durée
- Le tiers payant intégral : le patient n'avance aucun frais quand il se rend chez un professionnel de santé à condition de

présenter sa carte Vitale ou son attestation de droit

- La dispense du paiement de la participation forfaitaire de 1 €²
- La dispense du paiement de la franchise médicale³
- L'interdiction pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires⁴, sauf exigence particulière du patient (demande de rendez-vous en dehors des horaires de consultation du médecin par exemple)

Les garanties couvertes par la C2S sont disponibles sur le site internet du dispositif⁵.

Comment faire sa demande de complémentaire santé solidaire ?

Si l'assuré dispose d'un compte Ameli ou d'un espace privé sur msa.fr s'il relève du régime agricole, il peut faire sa demande en ligne. Elle est alors transmise à sa caisse d'Assurance maladie de rattachement.

Il est également possible de télécharger le formulaire de demande et de le déposer auprès de la caisse d'assurance maladie de rattachement. Une seule demande est

nécessaire pour l'ensemble des personnes composant le foyer.

La C2S est accordée pour une durée d'un an et doit être renouvelée chaque année. La demande de renouvellement doit intervenir entre 4 et 2 mois avant l'expiration du droit en cours.

Il est possible de vérifier son éligibilité à la C2S sur le simulateur du portail numérique « Mes droits sociaux »⁶.



¹ Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation.

² La participation forfaitaire de 1€ est la somme obligatoirement payée par le patient pour chaque acte médical ou consultation chez un médecin, y compris examens radiologiques et analyses de biologie médicale.

³ La franchise médicale est la somme obligatoirement payée par l'assuré ou déduite des remboursements

effectués par l'Assurance maladie sur les médicaments (0,50€), les actes paramédicaux (0,50€) et les transports sanitaires (2€).

⁴ Le dépassement d'honoraires, pour les professionnels de santé, consiste à appliquer des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnés, établis par la Sécurité sociale et servant de référence pour la tarification des actes médicaux et leur remboursement.

⁵ www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/

⁶ www.mesdroitssociaux.gouv.fr/

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

Afin de favoriser le recours à la C2S de certains bénéficiaires de minima sociaux éligibles, les démarches sont simplifiées, voire automatisées, dans les cas de figure suivants :

REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE

Le foyer demande le RSA :

- La C2S gratuite est attribuée automatiquement, sauf opposition du demandeur. Le droit est ouvert dès la demande de RSA : d'abord pour une durée de trois mois, dans l'attente de la confirmation de l'attribution du RSA, puis il est prolongé automatiquement de neuf mois si cette confirmation est obtenue.

Le foyer est déjà bénéficiaire du RSA :

- Il a droit à la C2S gratuite. L'allocataire peut la demander à tout moment sans avoir à déclarer ses ressources : il doit seulement renseigner les informations concernant la composition de son foyer et choisir la caisse d'assurance maladie ou l'organisme complémentaire gestionnaire de son contrat.
- Le renouvellement annuel est automatique tant que le foyer bénéficie du RSA.

ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES

L'assuré ou le couple demande l'ASPA :

- Il bénéficie d'une présomption de droit à la C2S avec participation financière, sauf s'il a travaillé au cours des trois mois précédant sa demande de C2S.
- Une fois l'ASPA accordée, sa caisse d'assurance maladie lui transmet un formulaire de demande de C2S simplifié. Il peut alors effectuer sa demande sans déclarer ses ressources : il doit seulement renseigner les informations concernant la composition de son foyer et choisir la caisse d'assurance maladie ou l'organisme complémentaire gestionnaire de son contrat.

L'assuré ou le couple est déjà bénéficiaire de l'ASPA :

- Il bénéficie d'une présomption de droit à la C2S dans les mêmes conditions lorsqu'il décide d'effectuer sa demande auprès de sa caisse d'assurance maladie.
- Le renouvellement du droit à la C2S avec participation financière est automatique tant que la situation du foyer n'a pas changé.

À noter : La C2S est peu coûteuse pour les personnes de plus de 65 ans puisque la participation financière s'élève à 30 € maximum par mois par personne contre 111 € en moyenne pour des complémentaires classiques (données DREES, 2016).

Chiffres clés

7,4 millions
de personnes couvertes

C2S gratuite
5,9 millions

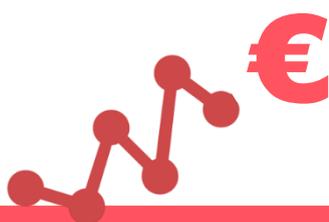
C2S avec participation
1,5 million



42 % de bénéficiaires C2SG
ont moins de 20 ans



35 % de bénéficiaires C2SP
ont plus de 60 ans



2,9 Mds € de dépense nette

*en progression de 1,8 %
par rapport à 2021*

7



Dépense moyenne

428 € assurance maladie
592 € organismes complémentaires

8

⁷ La dépense nette correspond à la dépense globale minorée des contributions acquittées par les bénéficiaires de la C2S avec contribution financière.

⁸ La différence s'explique en grande 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.

2

L'ECOSYSTEME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

L'ÉCOSYSTEME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

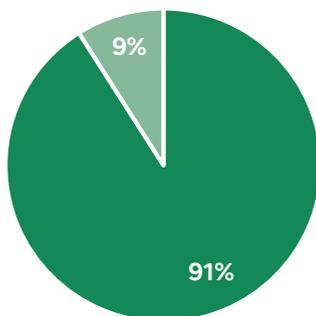
I. LA GESTION DES CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. La répartition de la gestion des contrats entre les régimes obligatoires et les organismes complémentaires

La complémentaire santé solidaire (C2S) 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 C2S, 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 C2S à un tarif réglementé : le contrat de sortie.

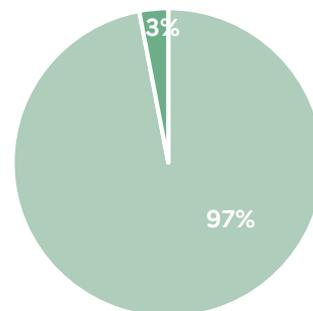
Les régimes obligatoires d'assurance maladie gèrent 91 % des bénéficiaires de la C2S : 95 % des bénéficiaires de la C2S gratuite et 75 % des bénéficiaires de la C2S avec participation. Pour autant, les organismes complémentaires jouent un rôle non négligeable dans la gestion de la C2S puisqu'ils couvrent 694 000 bénéficiaires fin 2023, soit 9 % des effectifs. Il s'agit majoritairement de mutuelles et dans une moindre mesure de sociétés d'assurance. Aucune institution de prévoyance n'est gestionnaire de la C2S à ce jour.

Répartition de la gestion des bénéficiaires



■ Régimes obligatoires ■ Organismes complémentaires

Nature des organismes complémentaires gestionnaires



■ Mutuelles ■ Assurances

B. L'inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la complémentaire santé solidaire

Les organismes complémentaires souhaitant participer à la gestion de la C2S doivent s'inscrire en remplissant une déclaration de participation au dispositif. Cette déclaration⁹ rappelle les engagements de l'organisme complémentaire, la liste des informations qu'il

est tenu de 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.

⁹ Téléchargeable sur le site internet de la C2S : www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/

Les organismes complémentaires déjà inscrits sur la liste et qui souhaitent continuer de gérer la C2S n'ont pas de démarche à entreprendre : la reconduction est automatique. A l'inverse, ils doivent signaler avant le 1^{er} novembre de l'année en cours leur souhait de se désengager pour les contrats attribués à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante. Par exemple, si le 15 octobre 2023 un organisme complémentaire annonce à la Direction de la sécurité sociale (DSS) son souhait de sortir du dispositif pour l'année suivante, il sera retiré de la liste des organismes complémentaires gestionnaires au 1^{er} janvier 2024, et ne gèrera plus de nouveaux contrats de C2S à compter de cette date. Néanmoins, l'organisme complémentaire sortant est tenu d'accepter des nouveaux bénéficiaires de la C2S jusqu'au 31 décembre 2023 (inclus).

C. La gestion des contrats de sortie par les organismes complémentaires

Les contrats de sortie ont été introduits par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 dans l'objectif d'atténuer l'effet de seuil lié à la sortie du droit à la complémentaire santé solidaire. A l'expiration d'un droit à la C2S et dans le cas où celui-ci ne peut pas être renouvelé parce que les ressources du demandeur excèdent les plafonds applicables, les organismes complémentaires gestionnaires de la C2S sont tenus de proposer aux assurés concernés un contrat de sortie pour une durée d'un an.

Les organismes complémentaires sont libres de choisir le contrat qu'ils proposent aux assurés, à condition que ce contrat de sortie respecte deux conditions cumulatives : être « responsable » (ce qui inclut la prise en charge du ticket modérateur sur tous les actes remboursés par l'assurance maladie obligatoire, la prise en charge du « panier 100% santé » et du forfait journalier hospitalier) et être proposé à des tarifs préférentiels fixés par arrêté (allant de 16 € par mois pour les moins de 30 ans, à 60 € pour les plus de 69 ans).

Une enquête conduite par la DSS portant sur un tiers des organismes complémentaires gestionnaires a permis de constater que le recours aux contrats de sortie avait

En 2023, 90 organismes complémentaires sont inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la C2S, contre 98 en 2022. La part des organismes complémentaires volontaires pour gérer la C2S est de 21 % parmi l'ensemble des organismes complémentaires actifs redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en 2023.

Pour l'année 2023, par rapport à l'année 2022, il a été comptabilisé :

- 2 inscriptions ;
- 8 retraits volontaires ;
- 2 suppressions résultant d'une fusion-absorption par un troisième organisme lui-même gestionnaire de la C2S.

sensiblement augmenté entre 2020 et 2022. En 2021 et au premier semestre 2022, ce taux de recours oscillait entre 7,7% et 10,2% (couvrant entre 24 500 et 32 500 bénéficiaires environ), contre 2,5% en 2020, témoignant de la montée en charge du dispositif.

En dépit d'une bonne appropriation du dispositif par les organismes complémentaires, le contrat de sortie souffre d'un déficit d'attractivité chez les assurés. En effet, la très grande majorité des OC (88%) proposent systématiquement le contrat de sortie à l'assuré. Ils respectent ainsi leur obligation légale prévue à l'article L. 861-12 du code de la sécurité sociale.

Pour autant, les anciens bénéficiaires C2S ne souscrivant pas à un contrat de sortie sont obligés d'adhérer à leur contrat collectif d'entreprise (le contrat de sortie ne constitue pas une dispense à l'obligation d'adhérer aux contrats collectifs d'entreprise) ou préfèrent se tourner vers un autre contrat de complémentaire individuel. Ce non-recours résulte ainsi principalement :

- De tarifs trop élevés pour les assurés (46% des répondants), en particulier les anciens bénéficiaires de la C2S gratuite, qui

subissent un fort effet de seuil en perdant le droit à la C2S ;

- D'un panier de soins et d'une couverture insuffisantes (34% des répondants), au regard notamment de l'ancienne C2S, plus protectrice, ou des autres contrats de complémentaire santé.

- D'une méconnaissance du dispositif chez les assurés (20% des répondants). En effet, malgré l'effort de communication déployé par les organismes complémentaires en cas de non-renouvellement de C2S, il peut subsister chez l'assuré un manque de compréhension du contrat de sortie.

II. LES ACTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE POUR FAVORISER L'ACCES ET LE RECOURS AUX SOINS

A. La Mission Accompagnement Santé et les partenariats développés par les caisses de sécurité sociale

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

- Accompagner les assurés rencontrant des difficultés d'accès aux droits ou aux soins (situation financière et familiale, mobilité, handicap, numérique...) en fonction des spécificités et de l'organisation locale de la CPAM.
- Orienter les personnes dont la situation sociale est complexe vers le service social de l'Assurance maladie.

La MISAS 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 en direction de publics aux besoins spécifiques : personnes en situation de handicap, travailleurs indépendants, personnes âgées, jeunes... L'approche peut aussi être thématique (non-recours aux droits, renoncement aux soins, éloignement du numérique...) et s'appuyer sur des détecteurs internes, tels que les services de la CPAM ou les services sociaux et médicaux de l'Assurance maladie, ou sur des partenaires¹⁰.



Les MISAS procèdent à un bilan des droits auxquels peuvent prétendre les assurés détectés et, le cas échéant, leur proposent un

accompagnement adapté à leurs besoins de soins. En plus de promouvoir des actions de prévention en santé et d'offrir un

¹⁰ Secours catholique français, Restos du cœur, Emmaüs France, Croix-Rouge française, France Terre d'asile, APF France handicap, Convergence, CNAF, Pôle emploi, enseignement supérieur, ADOMA, Fédération nationale de

la Mutualité Française, Union Nationale des Associations Familiales, Union nationale des centres communaux d'action sociale.

accompagnement numérique, les MISAS peuvent également orienter l'assuré vers d'autres services de l'Assurance maladie, notamment le service social, ou vers des partenaires externes lorsque des besoins spécifiques sont identifiés.

Les MISAS ont pour objectif que chacun dispose des droits auxquels il peut prétendre, connaisse et comprenne mieux le système de santé, trouve des solutions concrètes à ses

difficultés et renforce son autonomie dans la prise en charge de sa santé.

Le nombre d'accompagnements aux soins prodigué par les MISAS (renoncement ou difficultés d'accès aux soins) a augmenté de 21% en 2022 par rapport à 2021. Avec les détections portant sur des problématiques d'inclusion numérique et d'accès au droit, le nombre d'accompagnements entre 2021 et 2022 a progressé de 44%.

	Accompagnements aux soins	Accompagnements aux droits ou au numérique	Total accompagnements
2020	57 372	-	57 372
2021	81 541 (+ 42%)	59 473	141 014 (+146%)
2022	98 568 (+ 21%)	104 249	202 817 (+44%)

Une offre de service en lien avec les services de l'Assurance maladie selon les besoins de l'assuré

Les services de l'Assurance maladie mobilisés¹¹



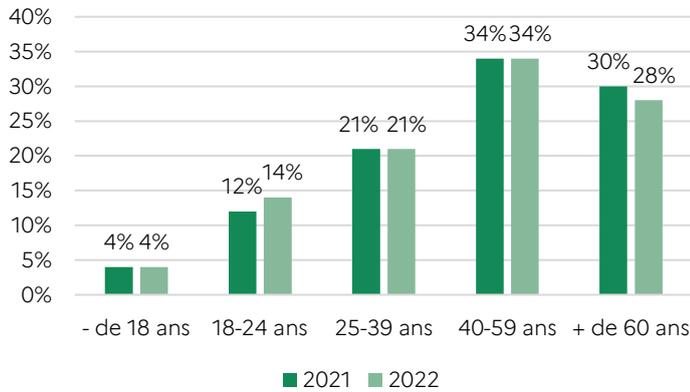
Afin de renforcer les partenariats entre caisses de sécurité sociale, les services sociaux et les associations, plusieurs conventions ont été signées par l'Assurance maladie avec une poursuite d'objectifs en commun, visant notamment à accompagner les publics cibles dans leurs recours aux droits et aux 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 par 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.

¹¹ PS : Professionnels de Santé ; UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie ; Prado : Service de retour à domicile après hospitalisation.

Le profil des personnes accompagnées par les MISAS

Tranche d'âge des assurés



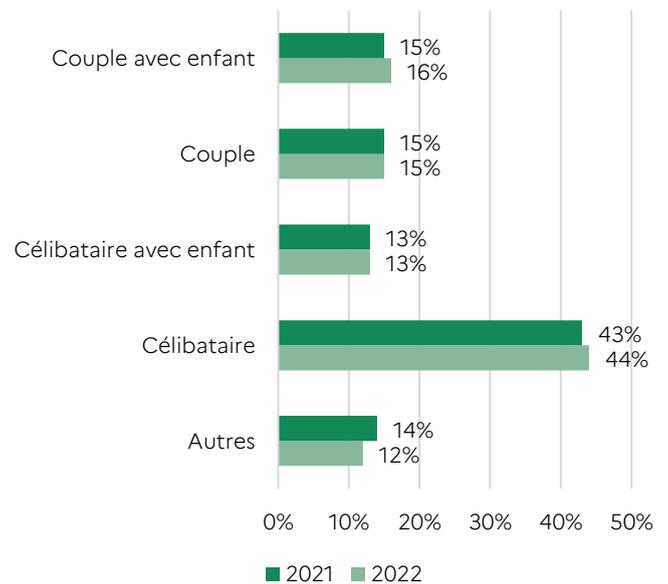
Les personnes accompagnées par les MISAS en 2022 constituent un public un peu plus jeune que l'année précédente (39% ont moins de 40 ans contre 37% en 2021 même si la tranche des 40-59 ans reste la plus représentée) et plus souvent en activité professionnelle (32% contre 27% en 2021). Les femmes restent majoritaires parmi les personnes accompagnées (55% en 2022 contre 54 en 2021).

Les assurés accompagnés par les MISAS vivent le plus souvent seuls (44 % en 2022 contre 43 % en 2021) et les foyers monoparentaux restent surreprésentés par rapport à l'échelle nationale (13 % contre 9,5 % France entière).

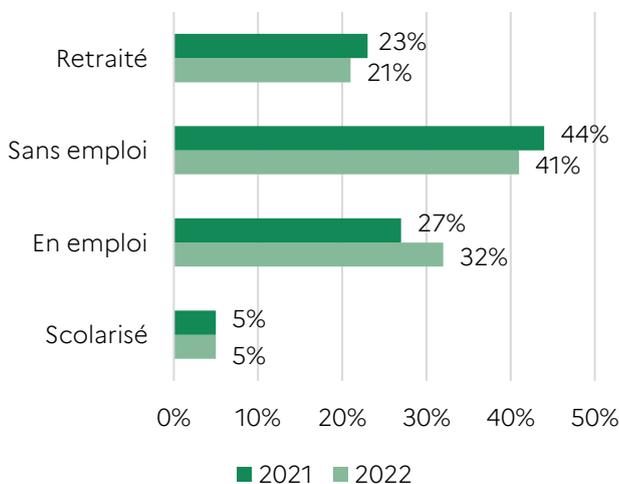
Si 41 % des personnes accompagnées sont sans emploi, la part des assurés en emploi (salarié, travailleur indépendant) s'accroît en 2022 (32 %, soit + 5 points par rapport à 2021), poursuivant l'évolution débutée en 2021 (+ 3 points par rapport à 2020).

En 2022, et dans les mêmes proportions qu'observées en 2021, les MISAS ont accueilli un public plus souvent couvert par une complémentaire santé au moment de l'entrée

Situation familiale des assurés



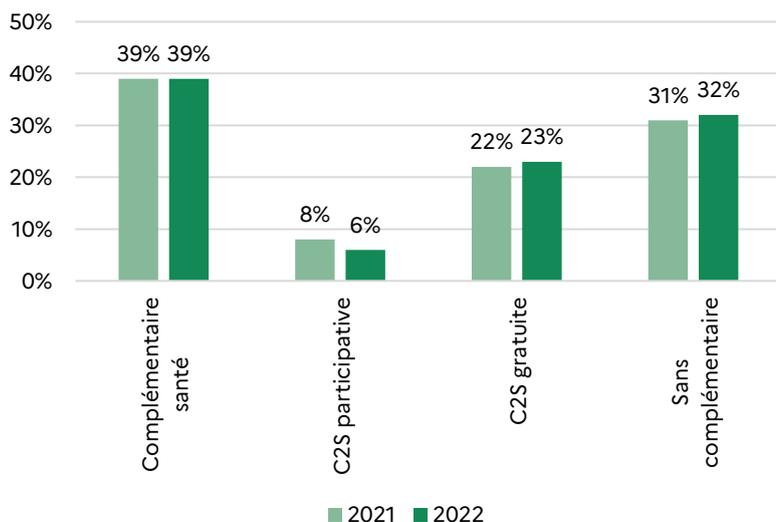
Situation professionnelle des assurés



en accompagnement : 31 % des assurés pris en charge par les MISAS ne disposent pas de protection complémentaire.

Concernant les raisons de l'accompagnement des assurés par les MISAS, les renoncements aux soins constituent des motifs récurrents, en particulier les renoncements portant sur des consultations de généralistes qui sont en forte hausse (+14 points entre 2021 et 2022 et +5 points entre 2020 et 2021).

Statut assurantiel des assurés



Les causes de renoncement aux soins en 2022 restent principalement liées à un motif financier (reste à charge, avance des frais), même si on note une forte diminution par rapport à 2021 (37% en 2022 contre 49,6 % en 2021) Cette baisse significative est sans doute en lien avec la mise en place du 100% santé sur les volets dentaire, optique et audiologie.

Les motifs liés au refus d'un praticien augmentent de 3 points entre 2021 et 2022 (8% à 11%), reflétant notamment des difficultés importantes d'accès à un médecin traitant.

B. Les services de l'action sanitaire et sociale des CPAM

Les aides financières accordées aux assurés précaires

Les services d'action sanitaire et sociale allouent des aides financières sous certaines conditions aux assurés, en cas de dépenses ou de difficultés liées à un état de maladie, de handicap ou à la suite d'un accident. Une commission détermine la nature des aides, fixe un plafond de ressources ainsi que les modalités d'intervention et les barèmes d'aide opposables.

L'action sanitaire et sociale des CPAM en lien avec la complémentaire santé solidaire

L'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie au titre de la C2S prend plusieurs formes et concerne majoritairement des personnes retraitées ou isolées. Une enquête sur les aides accordées et portant sur 99 CPAM a permis de déterminer que :

- 92 % des CPAM ont versé des aides pour compenser l'effet de seuil induit par les plafonds de ressources de la C2S avec et sans participation (93% en 2021). 66 142 aides ont été attribuées en 2022 (61 970 en 2021)
- 68 % des CPAM déclarent avoir pris en charge en tout ou partie la part

contributive de la C2S (autant qu'en 2021). 13 444 aides ont été attribuées en 2022 (7 168 en 2021)

- 66 % des CPAM ont pris en charge le ticket modérateur sur la période rétroactive entre la demande de C2S et l'ouverture des droits pour des bénéficiaires de la C2S avec participation ayant eu besoin de soins lourds (66 % également en 2021), 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 2 059 bénéficiaires en 2022 (2 528 en 2021).
- 76,8% des CPAM ont pris en charge des incidents et retards de paiements relatifs à la part contributive de la C2S (64 % en 2021). 2 824 personnes ont bénéficié de cette aide en 2022 (1525 en 2021).

Dans le cadre de la montée en charge du « 100 % santé », les organismes répondants ont majoritairement constaté une diminution des demandes de prise en charge :

- Dentaire : 81,8 % (81,4 % en 2021) ;
- Optique : 89,9 % (85,6 % en 2021) ;
- Audiologie : 93,9 % (96 % en 2021).

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

	Evolution 2018/2019	Evolution 2019/2020	Evolution 2020/2021	Evolution 2021/2022
Nombre	+ 8,86%	- 44,8%	- 17%	- 4,6%
Montant	+ 3,48%	- 34,8%	- 14%	- 3,3%

	Evolution 2018/2019	Evolution 2019/2020	Evolution 2020/2021	Evolution 2021/2022
Nombre	+ 15%	- 71%	- 27%	- 6,3%
Montant	+ 16%	- 66%	- 7%	+ 7,7%

	Evolution 2018/2019	Evolution 2019/2020	Evolution 2020/2021	Evolution 2021/2022
Nombre	+ 8%	- 48%	- 62%	- 22,3%
Montant	- 1%	- 53%	- 61%	- 3%

III. LA GOUVERNANCE NATIONALE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. Le comité de suivi et le comité technique

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 de l'administration.

Les principaux objectifs du comité de suivi sont :

- D'assurer un suivi global du dispositif ;
- De proposer une plateforme d'échange sur les réformes et les évolutions du dispositif ;
- De présenter les données disponibles sur les effectifs de bénéficiaires et sur la dépense ;

- De recueillir l'avis des membres sur le programme d'études relatives au dispositif.

Les comités de suivi de l'année 2023 ont eu lieu le 10 janvier et le 4 octobre. A partir de 2024, le comité de suivi se réunira une fois dans l'année.

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 mise en œuvre du dispositif, ainsi que du cadre juridique applicable. Ces comités sont aussi l'instance privilégiée d'échanges sur la méthodologie du suivi statistique de la C2S.

Les comités techniques de l'année 2023 ont eu lieu le 9 mars et le 22 juin.

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

Depuis 2021, la CNAM et le ministère de la santé animent conjointement un comité associatif annuel réunissant près de 70 structures

intervenant dans le champ de l'action sanitaire et sociale.

Cette instance, qui s'est réunie pour la dernière fois le 21 septembre 2022, constitue un lieu d'information direct des partenaires, mais aussi une plateforme d'échanges et de retours d'expérience sur les difficultés d'accès à la C2S, les situations de non-recours et la mise en œuvre quotidienne du dispositif.

Elle est ainsi un vecteur d'évaluation et d'amélioration continue du dispositif et de son cadre juridique.

C. Les travaux de recherche

La Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) copilotent un budget annuel de 200 000 euros dédié au financement de travaux de recherche relatifs à l'accès aux soins des populations précaires et à la C2S, dans une optique d'amélioration continue du dispositif.

Les études réalisées en 2022 :

- Etude qualitative portant sur les raisons du recours et du non recours à la C2S (ASDO-Etudes)
- Testing relatif au refus de soins subis par les bénéficiaires de la C2S et de l'aide

D. La stratégie de communication

La communication de l'Etat

La direction du numérique des ministères sociaux (DNUM) et la DSS copilotent un projet de refonte du site internet de la C2S dont l'échéance est prévue au 1^{er} avril 2024. Ce projet vise à :

- moderniser le site et améliorer l'expérience utilisateur pour le grand public et les organismes complémentaires qui disposent d'un accès privé
- créer une newsletter automatisée et mettre en place un module de *datavisualisation* accessible à tout moment qui remplaceront la revue trimestrielle
- faciliter la mise à jour et la transmission de la liste des organismes complémentaires,

Depuis 2023, le comité associatif change de format mais ses prérogatives demeurent : il est absorbé par la réunion « partenaires » mensuelle de la CNAM, afin d'informer au fil de l'eau des dernières évolutions du dispositif. La réunion du mois d'octobre a permis, quant à elle, de faire le point sur les mesures dédiées à la C2S, inscrites au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

médicale d'Etat (Institut des politiques publiques)

- Recherche-action sur la simplification des démarches relatives à la C2S (élèves de l'EN3S)

Leurs résultats feront l'objet d'une synthèse dans le rapport d'évaluation quadriennal de la loi n°99-641, modifiée par la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018, portant sur la C2S.

En 2024, deux nouvelles études seront conduites pour apprécier le rapport des étudiants et des retraités à la couverture santé et à la C2S.

de leurs points d'accueil et de leurs référents

- constituer un espace dédié à la remontée d'informations de la part des caisses et des organismes complémentaires gestionnaires

Le site internet doit ainsi demeurer la référence sur la C2S avec des informations générales et des redirections vers les sites permettant d'effectuer une demande ou une simulation (Ameli, Portail national des droits sociaux), ainsi qu'un accès à la législation, aux rapports, aux études et aux données statistiques les plus récents.

Les campagnes de communication de la CNAM auprès du grand public

Dans un souci permanent de lutte contre le non-recours, deux campagnes de communication ont été lancées afin d'améliorer la notoriété de la C2S qui reste encore méconnue d'une part non négligeable de personnes éligibles.

En novembre 2022, une communication en radio et sur les réseaux sociaux en métropole et dans les départements et régions d'Outre-mer a permis de rappeler les bénéfices de l'aide aux personnes aux revenus modestes, en particulier les demandeurs d'emplois, les jeunes de 18 à 25 ans, les familles et les travailleurs à bas revenus. 70% d'entre eux ont ainsi eu jusqu'à 11 occasions d'entendre à la radio l'un des deux spots de la campagne. Par ailleurs, 9,8 millions d'utilisateurs de Facebook et d'Instagram ont vu cette campagne au moins deux fois et 2,2 millions d'utilisateurs de Snapchat l'ont vue en moyenne sept fois.

En complément, différents partenariats éditoriaux avec le média social *Loopsider* et les sites d'information *20 minutes*, *Merci pour l'info* et *parents.fr* ont permis de présenter la C2S en détail et de valoriser ses différents bénéfices, notamment financiers. 31 000 visites ont été enregistrées sur l'article *20 minutes* pour un temps de lecture d'environ deux minutes. La vidéo témoignage réalisée par *Loopsider* a été vue 218 000 fois et a engendrée près de 125 000 interactions sur Facebook et Instagram, ainsi que 212 000 spectateurs uniques sur Snapchat.

27 millions d'assurés, destinataires de l'E-news « ameli&vous » ont également pu consulter l'article rappelant en quoi la C2S pouvait être

une aide précieuse pour faire face aux dépenses de santé.

Au cours des deux mois de campagne (novembre, décembre), l'article d'information sur *ameli.fr* a reçu plus de 625 000 visites et l'article renvoyant vers le simulateur de droits plus de 173 000 visites.

Un post-test mené en décembre 2022 a enfin pu démontrer que la campagne avait été très appréciée et jugée claire, explicite et convaincante : 80% des éligibles sont incités à faire la simulation sur *ameli.fr* et 76% ont l'intention d'en faire la demande.

La campagne de communication a été reconduite en novembre 2023 dans le même objectif d'inciter les assurés à vérifier leur éligibilité, notamment ceux qui ne pensent pas y avoir droit car ils disposent déjà d'une complémentaire ou sont salariés.

Cette campagne s'appuiera sur les supports de communication existants, déjà éprouvés en 2022, mettant en avant les bénéfices de cette aide (le tiers payant intégral, une participation financière nulle ou modérée suivant les ressources et l'âge) et renvoyant vers *ameli.fr* pour effectuer une simulation.

La communication s'est installée en radio, sur les réseaux sociaux du 6 novembre au 3 décembre et a été également visible sur les médias *Loopsider* et *20 minutes*. Un relais sur les médias propriétaires de l'Assurance maladie (*ameli&vous*, *ameli.fr*, *@Assu_Maladie*) a été également assuré.

Les actions de communication de la MSA

La MSA communique régulièrement sur la C2S dans ses canaux propriétaires : en agence via les écrans vidéo d'information, sur les 36 sites internet, sur les réseaux sociaux (Twitter et Facebook), au niveau local, et par la newsletter nationale volet particuliers. Depuis plus de

deux ans, la MSA valorise les démarches de recours aux droits par cible (jeunes, retraités, malades, famille et demandeurs d'emplois). La C2S est un droit que la MSA met fortement en avant et qui a fait l'objet en 2023 encore d'une nouvelle campagne.

IV. LES ÉVOLUTIONS RECENTES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

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

1. La modernisation des modalités de prise en compte des ressources pour l'instruction des demandes grâce au dispositif de ressources mensuelles

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

Le DRM est utilisé pour les demandes de C2S depuis 2022. Il a nécessité quelques adaptations dans les modalités de prise en compte des ressources : modification de la période de référence pour la prise en compte des ressources, notamment pour les revenus d'activité salariée et les prestations sociales (du

treizième mois au deuxième mois civil précédant le mois de la demande) ; modification de la période de référence des ressources prises en compte pour les travailleurs indépendants et les non-salariés agricoles (dernier avis d'imposition connu) ; prise en compte de la contribution patronale pour l'acquisition d'une complémentaire santé.

Cependant, malgré l'utilisation du DRM, quelques ressources sont encore déclarées à la main lors de la demande de C2S, comme les pensions alimentaires. D'ici à 2025, il est prévu que l'Assurance maladie récupère automatiquement auprès de l'administration fiscale certaines de ces ressources manquantes, ce qui permettra d'alléger les démarches des assurés et de poursuivre l'effort de simplification entamé depuis 2022.

2. Des conditions d'accès à la complémentaire santé solidaire facilitées pour certains allocataires

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit que de nouveaux allocataires bénéficient d'une présomption de droits à la C2S avec participation financière, au même titre que certains bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) :

- A compter du 1^{er} juillet 2024, les bénéficiaires de **l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)**, seuls ou en couple et n'ayant pas exercé d'activité professionnelle pendant une période de référence précédant la demande de C2S ;
- A compter du 1^{er} juillet 2025, les bénéficiaires de **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** versée à taux plein ou en complément d'une pension d'invalidité, de vieillesse ou d'une rente d'accident du travail, vivant seuls, sans enfant à charge, et n'ayant pas exercé

d'activité professionnelle pendant une période de référence précédant la demande de C2S ;

- A compter du 1^{er} juillet 2026, les bénéficiaires de **l'allocation de solidarité spécifique (ASS)** vivant seuls et sans enfant à charge ainsi que les bénéficiaires de **l'allocation du contrat d'engagement jeune (CEJ)** dont le foyer fiscal n'est pas imposable à l'impôt sur le revenu.

Les bases ressources de ces allocations et celle de la C2S étant différentes, les conditions assorties à chacune de ces allocations permettent de s'assurer que leurs bénéficiaires ne dépassent pas les plafonds de ressources de la C2S avec participation.

Ainsi lorsque l'une de ces allocations sera attribuée, les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires gestionnaires de la C2S transmettront aux nouveaux

bénéficiaires l'ensemble des documents permettant de devenir bénéficiaire du dispositif. S'ils consentent à payer la participation financière, ils obtiendront la C2S sans que leurs ressources ne soient examinées. S'ils estiment être éligibles à la C2S gratuite, ils conserveront la possibilité de renseigner leurs

ressources auprès de leur caisse d'assurance maladie.

A plus long terme, la demande de C2S pourra être directement intégrée à la demande des allocations concernées afin de simplifier encore les démarches des assurés.

3. L'exclusion de certaines allocations des ressources prises en compte pour l'examen du droit

Les allocations de reconnaissance et viagère servies aux harkis et à leurs veuves, ainsi que l'allocation versée aux jeunes bénéficiant d'un

contrat d'engagement jeune¹² ne sont désormais plus prises en compte dans la base ressource de la C2S.

B. Un accès aux soins facilité pour les populations en situation de précarité

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

Les assurés mahorais disposant de faibles revenus bénéficient, depuis mai 2019, d'une exonération de ticket modérateur¹³ sur leurs soins de ville. Au 31 août 2023, cette exonération concerne environ 85 000 assurés et ayants droit, soit 41 % des bénéficiaires de la couverture maladie de base à Mayotte.

Afin de concourir à la convergence des droits sociaux à Mayotte, cette exonération du ticket modérateur sera remplacée par la C2S à compter du 1^{er} janvier 2024. Les assurés du régime d'assurance maladie de Mayotte bénéficieront ainsi, lorsqu'ils ouvrent droit à ce dispositif, des mêmes conditions de prise en

charge que les autres bénéficiaires en France, ainsi que des plafonds de revenus applicables en Outre-mer¹⁴. Par ailleurs, contrairement à l'exonération du ticket modérateur, la C2S est applicable dans les autres départements ultramarins et en métropole, ce qui simplifiera grandement la prise en charge des frais de santé des assurés mahorais lors d'évacuations sanitaires.

En plus des bénéficiaires actuels de l'exonération de ticket modérateur, on estime qu'environ 20 000 personnes supplémentaires seront couvertes par la C2S.

2. La prise en charge des protections périodiques réutilisables pour les femmes de moins de 26 ans

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 crée un cadre de prise en charge spécifique des protections périodiques réutilisables pour les femmes âgées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la C2S, à partir de 2024. En effet, la précarité menstruelle est encore une réalité pour un grand nombre de personnes, notamment les plus jeunes : d'après les derniers sondages, 44% des jeunes femmes

de 18 à 24 ans seraient concernées (contre 31% des femmes menstruées de 18 à 50 ans).

La pauvreté amène parfois certaines femmes à prendre des risques pour leur santé en portant leurs protections plus longtemps que ce qui est recommandé. Par ailleurs, la majorité des protections hygiéniques utilisées sont des protections jetables, source de pollutions environnementales. Si une partie des femmes

¹² Décret n° 2023-671 du 27 juillet 2023 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

¹³ Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part.

¹⁴ Voir les plafonds applicables en annexe I.

souhaite utiliser des protections plus respectueuses de l'environnement et de leur santé, leur coût plus élevé peut constituer un frein à l'achat de ces dispositifs.

Certaines protections périodiques réutilisables pourront donc être remboursées afin de répondre à ce triple enjeu de solidarité, de santé publique et de sobriété écologique.

3. L'accès aux soins des personnes en provenance d'Ukraine

Dans le cadre du conflit russo-ukrainien, et compte-tenu de l'urgence et de la précarité de la situation de ces personnes, le Gouvernement a pris plusieurs mesures pour permettre aux déplacés ukrainiens d'accéder aux soins dès leur arrivée sur le territoire français.

La protection universelle maladie et la C2S peuvent ainsi 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. La protection temporaire accordée aux Ukrainiens est prolongée jusqu'au

3 mars 2024 et devrait l'être à nouveau jusqu'au 4 mars 2025¹⁵. Au 29 septembre 2023, 118 522 personnes ont des droits ouverts à la protection maladie universelle et à la complémentaire santé solidaire, leur permettant un accès complet et gratuit aux soins.

Afin de simplifier les démarches et d'accélérer l'ouverture de droits à ces personnes, la plupart des territoires ont mis en place des échanges d'informations dématérialisés, entre les préfectures et les caisses d'assurance maladie.

Les modalités de prise en charge sont présentées dans le livret d'accueil en France pour les déplacés d'Ukraine, disponible sur le site du ministère de l'Intérieur, et sont détaillées sur le site de l'Assurance maladie, en langues française et ukrainienne.

¹⁵ Le 4 mars 2022, le Conseil de l'Union européenne a adopté la décision d'exécution 2022/382 et activé la directive sur la protection temporaire. Conformément à son article 4, la protection temporaire a été automatiquement prolongée jusqu'au 3 mars 2024. Par une

décision d'exécution du 19 septembre 2023, le Conseil a proposé de prolonger la protection temporaire jusqu'au 3 mars 2025. Cette proposition doit être adoptée à la majorité qualifiée par les Etats membres.

3

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

I. LES EFFECTIFS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Les régimes obligatoires et les organismes complémentaires (OC) d'assurance maladie fournissent des données mensuelles ou trimestrielles, qui permettent de suivre l'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite (C2SG) et de la complémentaire santé solidaire participative (C2SP). Les évolutions à la hausse ou à la baisse du nombre de bénéficiaires

de la C2S (C2SG et C2SP) sont étroitement liées aux évolutions des nombres d'attributaires des différents minima sociaux. Elles sont également liées aux mesures prises pour faciliter l'accès à la C2S qui peuvent contribuer à augmenter le nombre de bénéficiaires pendant les mois qui suivent leur mise en place.

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

Fin décembre 2022, 7,39 millions de personnes bénéficient de la C2S¹⁶, dont 80 % bénéficient de la C2SG et 20 % de la C2SP.

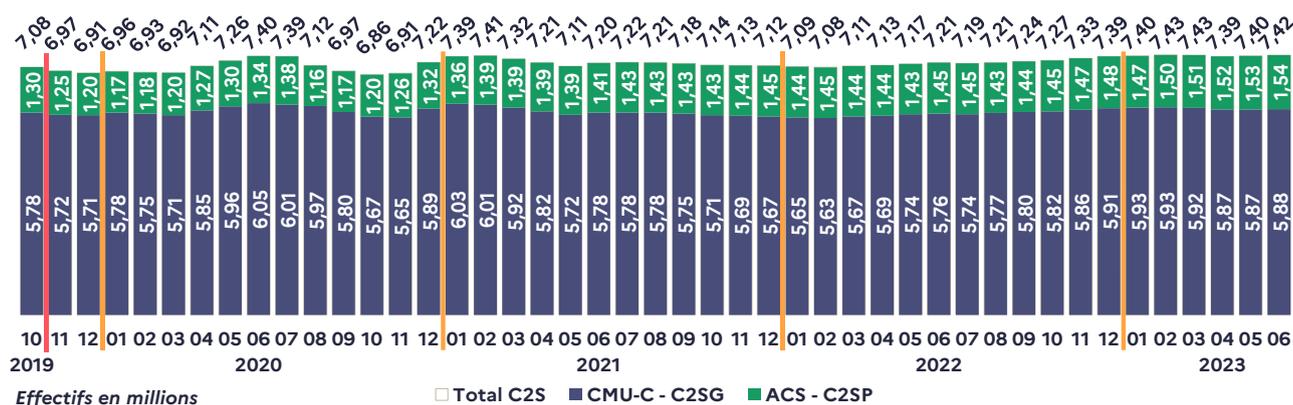
Les effectifs de la C2S ont progressé de 3,8 % entre décembre 2021 et décembre 2022. Cette évolution dynamique peut s'expliquer par la mise en place de trois mesures :

- À partir du mois de janvier 2022, deux mesures de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 facilitent l'accès au droit à la C2S :
 - > L'attribution automatique de la C2SG aux nouveaux allocataires du RSA ;

- > La simplification des déclarations de ressources pour la C2SG et la C2SP ;
- À partir du mois d'avril 2022, les nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ainsi que leurs conjoints bénéficient d'une présomption de droit à la C2SP, à condition de ne pas avoir exercé d'activité professionnelle durant les 3 mois précédant la demande.

Fin juin 2023, les effectifs de la C2S sont de 7,42 millions de bénéficiaires, avec une évolution très modérée, de + 0,6 % par rapport à fin décembre 2022.

■ Graphique 1 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation



Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale

¹⁶ Les bénéficiaires de la C2S comprennent ouvrants-droit et ayants-droit.

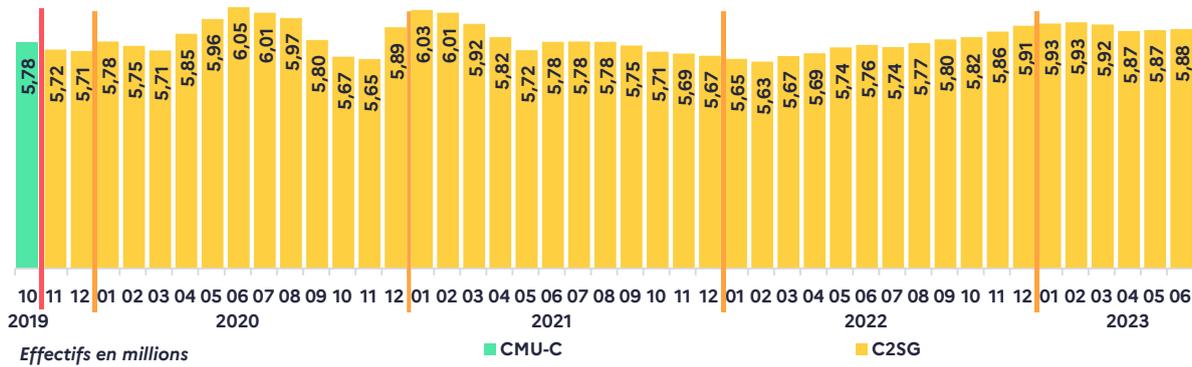
B. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite

Fin décembre 2022, 5,91 millions de personnes bénéficient de la C2SG, en augmentation de 4,2 % par rapport à fin décembre 2021. Fin juin 2023, elles sont 5,88 millions, en légère diminution, de -0,4 %, par rapport à fin décembre 2022.

L'accroissement du nombre de bénéficiaires de la C2SG en 2022 s'explique à nouveau par les mesures issues de la LFSS 2022, portant sur l'attribution automatique de la C2SG aux

nouveaux attributaires du RSA, ainsi que sur la simplification de l'étude des ressources pour les non attributaires du RSA, via l'utilisation par les régimes instructeurs du dispositif des ressources mensualisées (DRM). La stabilisation, observée à partir d'avril 2023, marque la fin de la montée en charge des mesures de la LFSS 2022, dans un contexte de diminution du nombre d'attributaires d'autres prestations sociales, dont le RSA (cf. : Graphique 4 ci-après).

■ Graphique 2 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite



Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S

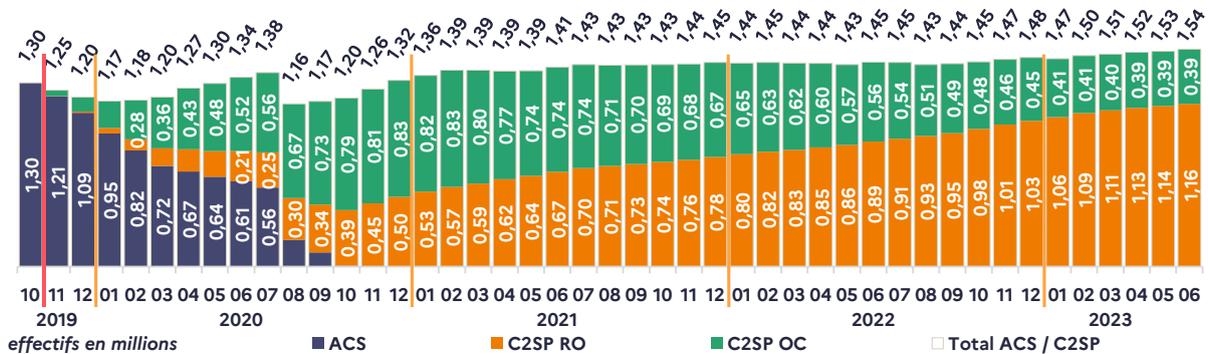
C. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation

Fin décembre 2022, 1,48 million de personnes sont protégées par un contrat de C2SP, avec une progression de 2,4 % par rapport à décembre 2021. Fin juin 2023, elles sont 1,54 million, en hausse de + 4 % par rapport à fin décembre 2022.

La mesure de simplification de l'étude des ressources, ainsi que l'accroissement régulier du nombre d'allocataires de l'allocation aux adultes

handicapés (AAH), ont permis de maintenir une stabilité des effectifs sur les trois premiers trimestres de l'année 2022. Depuis le quatrième trimestre 2022, la montée en charge de la mise en place de la présomption de droit à la C2SP pour les bénéficiaires de l'ASPA à partir du mois d'avril 2022 a pu contribuer à la reprise d'une progression régulière des effectifs.

■ Graphique 3 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation



Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale

La part du nombre de contrats de C2SP gérés par les régimes obligatoires (C2SP-RO) continue de progresser. Après avoir été de 9 % fin décembre

2019, au tout début de la mise en place de la C2SP, elle a atteint 70 % au mois de décembre 2022, puis 75 % au mois de juin 2023.

D. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire comparée à celles d'autres prestations sociales

Les bénéficiaires de la C2S sont le plus souvent bénéficiaires de minima sociaux.

Les bénéficiaires de la C2SG sont majoritairement des allocataires du RSA, des demandeurs d'emploi avec de faibles indemnités, inférieures au plafond, ou des bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), dont le montant maximum est inférieur à celui du RSA.

Les bénéficiaires de la C2SP peuvent être des allocataires de l'AAH, de l'ASPA ou bien, dans certains cas, des bénéficiaires de la prime d'activité ou des demandeurs d'emploi dont l'indemnité, bien que faible, dépasse le plafond de la C2SG dans la limite de 35 %.

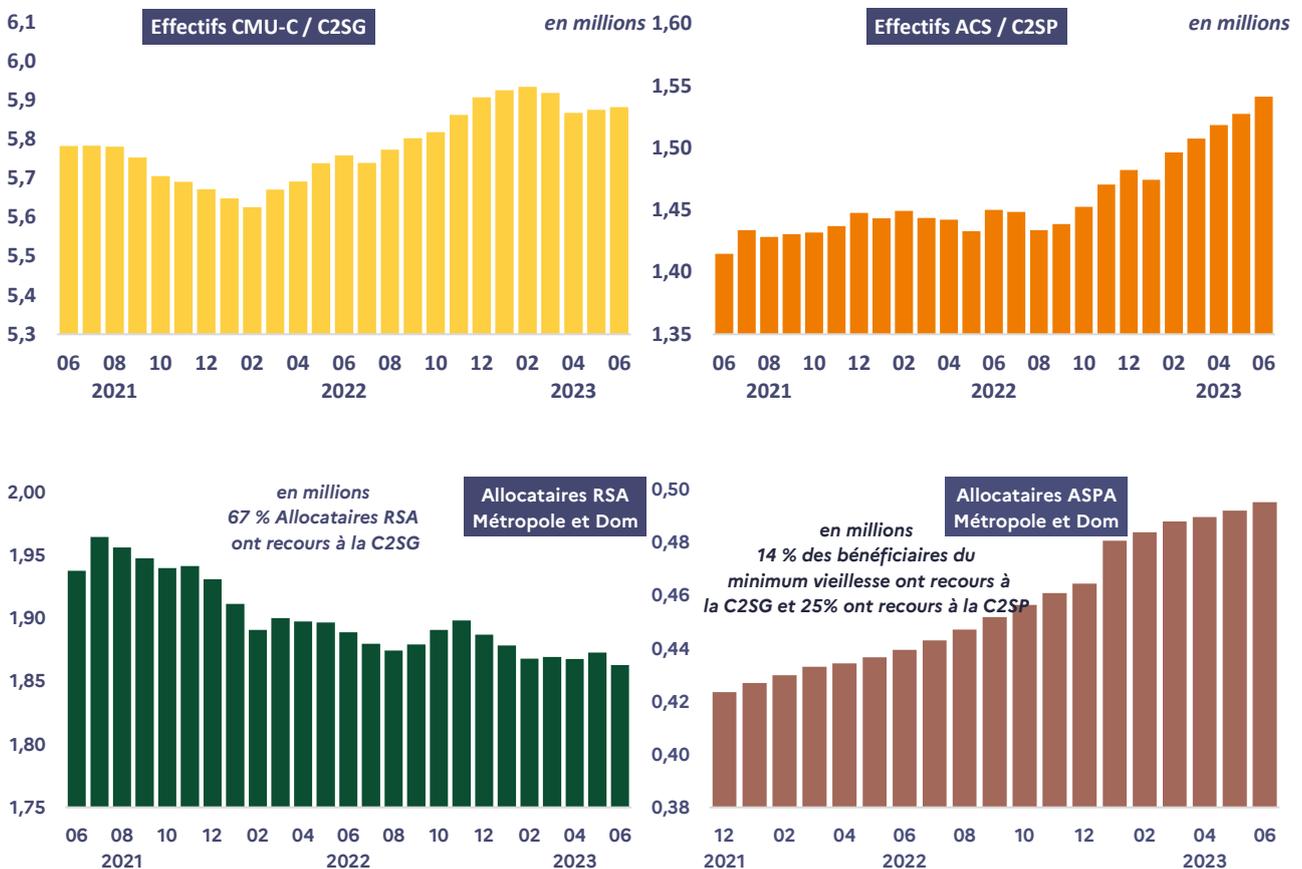
Dans ce contexte, hors périodes de montée en charge de mesures facilitant l'accès à la C2S, l'évolution des effectifs de la C2SG et de la C2SP est directement corrélée à l'évolution des

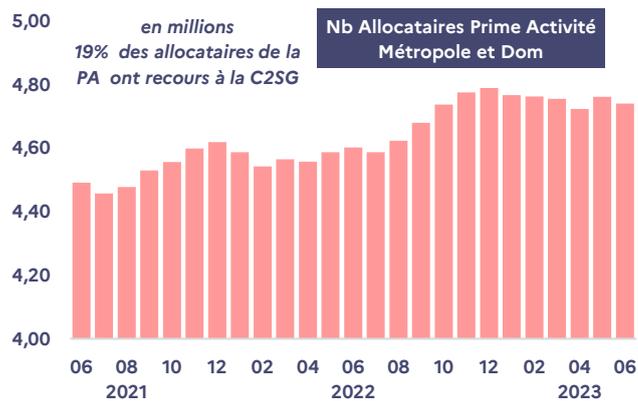
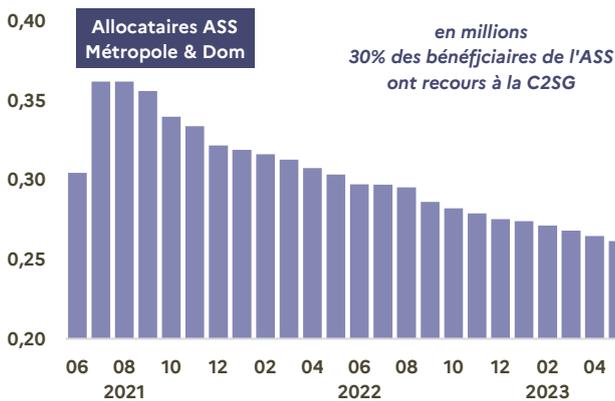
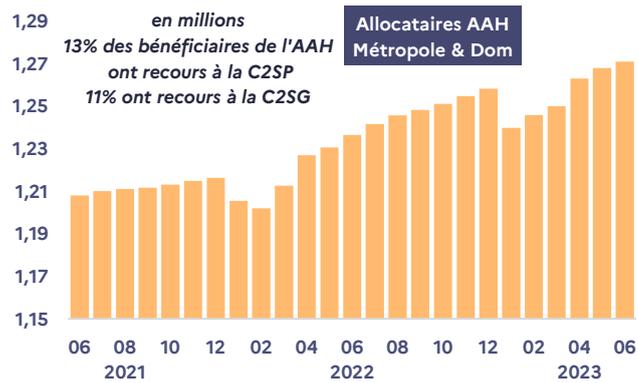
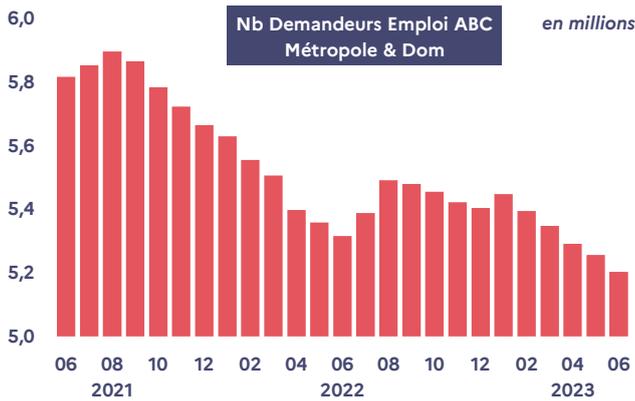
effectifs des minima sociaux, dont les montants se situent en deçà de leurs plafonds respectifs.

En 2022, la mesure de simplification de l'étude des ressources a facilité l'accès tant à la C2SG qu'à la C2SP. Parallèlement, l'automatisme de l'attribution de la C2SG aux nouveaux attributaires du RSA, à compter du 1^{er} janvier 2022, a soutenu la progression des effectifs jusqu'au 1^{er} trimestre 2023. Une fois la montée en charge de cette mesure terminée, les effectifs de la C2SG se sont stabilisés et diminuent légèrement depuis, essentiellement en raison du contexte de baisse du nombre d'allocataires du RSA, mais aussi de demandeurs d'emploi et d'allocataires de l'ASS.

La progression des effectifs de bénéficiaires de la C2SP est soutenue conjointement par la mesure de présomption de droit pour les allocataires de l'ASPA et par les évolutions dynamiques des nombres d'allocataires de l'ASPA et de l'AAH.

■ Graphique 4 – Évolutions des nombres de bénéficiaires de la C2S, d'allocataires de minima sociaux et de demandeurs d'emploi





Sources : DREES, enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) 2018 ; Insee, enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017 ; calculs DREES, CNAV, Pôle emploi, tous régimes d'assurance maladie obligatoire, URSSAF Caisse nationale, OC gestionnaires de la C2S

II. LES PROFILS DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

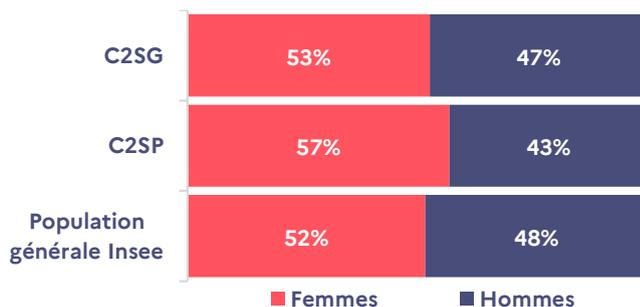
A. La répartition par genre et par tranche d'âge

Les femmes représentent 53 % des bénéficiaires de la C2SG, soit une proportion proche de celle de la population générale. Leur proportion est plus importante au sein de la C2SP, dont elles représentent 57 % des bénéficiaires.

Les bénéficiaires de la C2SG 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 (7 %), car, après 60 ans, les allocataires du RSA ou de faibles allocations chômage sont progressivement orientés vers des minima sociaux liés à la retraite, dont les montants dépassent le plafond de la C2SG et relèvent du plafond d'attribution de la C2SP.

■ Graphique 5 – Répartition des bénéficiaires de la C2S selon le genre



Note de lecture : 52,7 % des bénéficiaires de la C2SG sont des femmes

Sources : CNAM, année 2022 – INSEE, Populations légales 01-2022, Réf 2019 Maj 12-2021, par Département

La répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de la C2SP se rapproche de celle de la population générale pour les moins de 20 ans (25 %) et pour les 40-60 ans (23 %). Les bénéficiaires dont l'âge se situe entre 20 et 40 ans sont sous représentés (16 %) et les personnes de plus de 60 ans nettement plus nombreuses (35 %).

Les femmes bénéficiaires de la C2SG sont plus nombreuses entre 20 et 40 ans (F + H : 29 %, F : 31 % vs H : 26 %). Ceci reflète la configuration familiale des foyers bénéficiaires

de la C2SG, avec une part importante de femmes seules avec de jeunes enfants.

Les femmes bénéficiaires de la C2SP sont fortement majoritaires après 60 ans (F+H : 35 %, F : 39 % vs H : 30 %). Cette surreprésentation des femmes parmi les bénéficiaires de la C2SP les plus âgés s'explique par une plus grande longévité et par la faiblesse de droits propres en matière de retraite acquis, par des générations de femmes qui ont peu ou pas participé au marché du travail¹⁷.

■ Graphique 6 – Répartition des bénéficiaires de la C2S selon l'âge



Note de lecture : 42 % des bénéficiaires de la C2SG sont âgés de moins de 20 ans / Les chiffres étant affichés sans décimale, il est possible que le total des pourcentages ne soit pas strictement égal à 100 %

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

B. La répartition géographique

En métropole, les départements de plus d'un million d'habitants rassemblent le plus grand nombre de bénéficiaires de la C2S. Toutefois, la part de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population n'est pas automatiquement liée à la concentration d'habitants. Si la part de bénéficiaires de la C2S est de 11 % sur l'ensemble du territoire, des départements très peuplés comme Paris (75), les Hauts-de-Seine (92), la Loire-Atlantique (44) ou la Seine-et-Marne (77) se situent en dessous de la part nationale. À l'opposé, le département du Lot (46), très peu peuplé, connaît une part de 14 %

de bénéficiaires de la C2S par rapport à sa population.

En métropole, la part la plus élevée de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population est de 20 % en Seine-Saint-Denis (93), avec 326 000 bénéficiaires. Ce département connaît parallèlement le taux de pauvreté¹⁸ le plus élevé de métropole (28 %). Le département du Nord (59), rassemble le plus grand nombre de bénéficiaires (413 000) avec une part de 16 % par rapport à la population et un taux de pauvreté de 19 %. À l'exception des départements de la Seine-Saint-Denis, du Lot et

¹⁷ Minima sociaux et prestations sociales, Panoramas de la DREES Social, Édition 2022, Fiche 27 : Les allocations du minimum vieillesse.

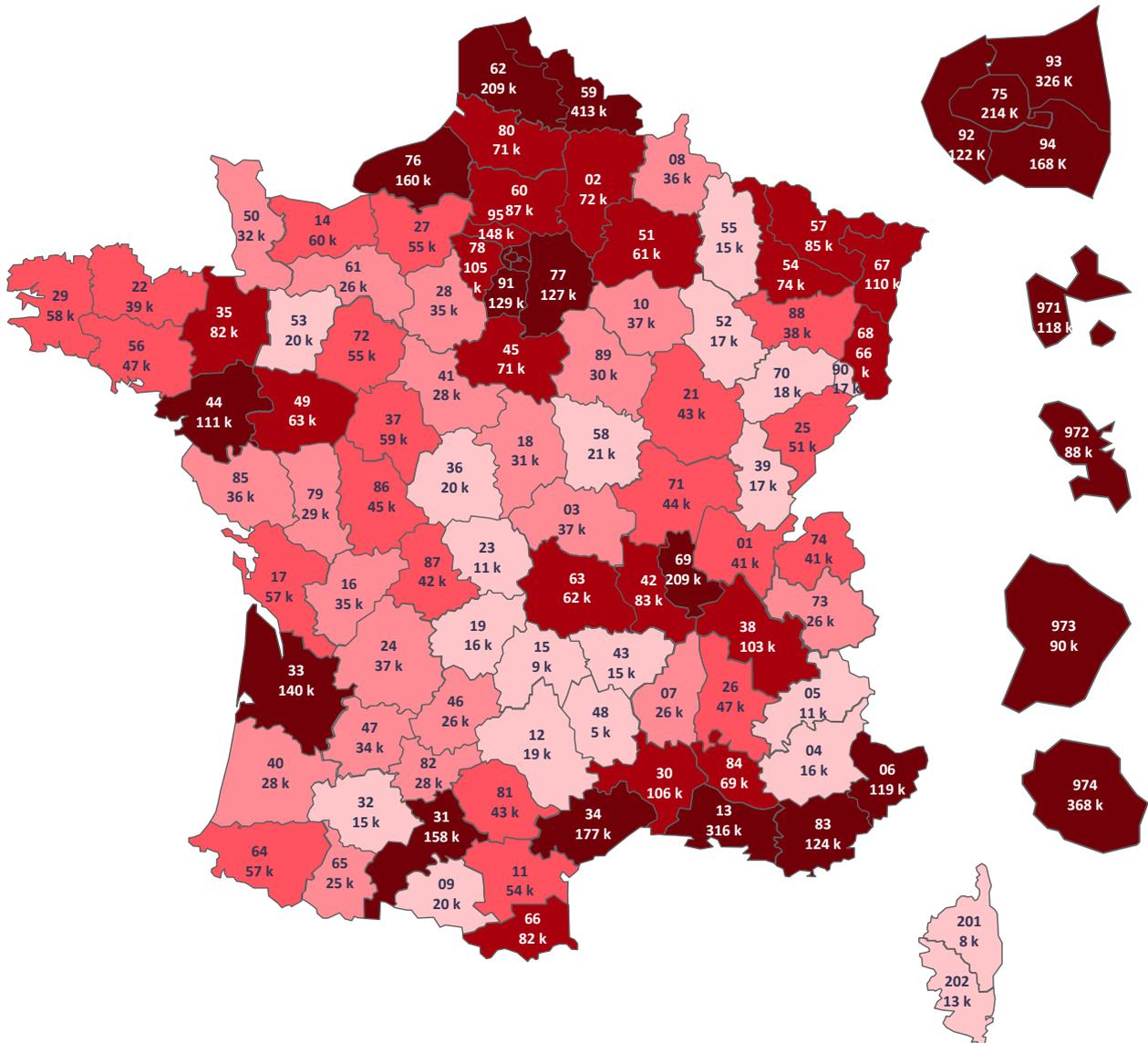
¹⁸ Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi) 2019 – Mise en ligne le 05/07/2022,

Géographie au 01/01/2022 – Guadeloupe, Guyane, Mayotte : Insee, enquête Budget de famille 2017 – Dans Filosofi, le seuil de pauvreté est fixé à 60 % du niveau de vie médian de France métropolitaine

du Val-de-Marne (94), la part de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population est la plus élevée dans le nord de la France et sur le pourtour méditerranéen. Les départements d’Outre-mer relèvent d’une problématique

différente de celle de la métropole dans son ensemble. La précarité y est nettement plus prégnante, avec une part de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population variant de 24 % en Martinique (972) à 43 % à La Réunion (974).

■ Carte 1– Nombre de bénéficiaires de la C2S par département (en milliers)

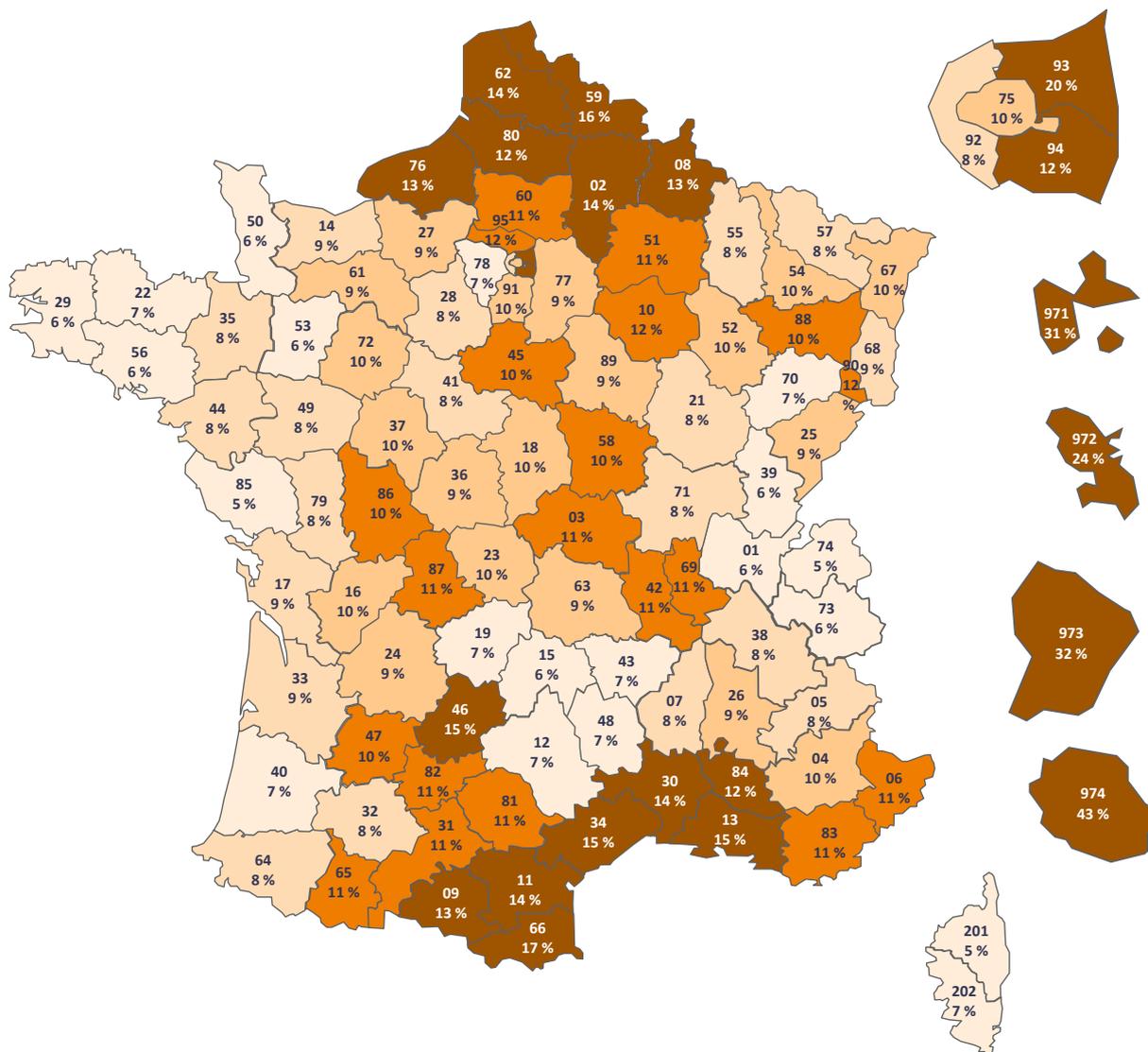


Lecture : au 31 décembre 2022, 214 000 parisiens bénéficient de la C2S (C2SG ou C2SP)

Nombre bénéficiaires C2S en milliers		Couleur
5	24	
24	37	
37	61	
61	110	
110	413	

Source : tous régimes d’assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale

■ Carte 2– Part des bénéficiaires de la C2S par rapport à la population



Lecture : au 31 décembre 2022, 10 % des parisiens bénéficient de la C2S (C2SG ou C2SP)

Part C2S / Population		Couleur
5%	7%	[Lightest Yellow]
7%	9%	[Light Yellow]
9%	10%	[Yellow-Orange]
10%	12%	[Orange]
12%	43%	[Darkest Brown]

Source : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale, INSEE : population municipale 2022

III. L'ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. L'estimation du taux de recours à la complémentaire santé solidaire

Le taux de recours à la C2S est estimé au regard du rapport entre le nombre de bénéficiaires et le nombre d'assurés éligibles à la C2S.

Pour 2021, le taux de recours à ce dispositif était évalué à 56 %, ce qui représente un stabilité en comparant avec l'année précédente. En revanche, on note que si le recours à la C2SG est plus important que celui à la C2SP (69 % contre 34 %), cette dernière progresse plus rapidement.

Un taux de recours à la C2S stable en 2021, mais en nette hausse pour son volet payant

En 2021, 10,3 millions de personnes auraient été éligibles à la C2S, dont 6,6 millions à son volet gratuit (C2SG) et 3,7 millions à son volet participatif (C2SP). Entre 2020 et 2021, ce nombre d'éligibles est en diminution de 4 % pour le premier et de 5 % pour le second. Le nombre total d'éligibles à la C2S a donc diminué de 4 % entre 2020 et 2021 (tableau 1).

Cette baisse du nombre d'éligibles est légèrement supérieure à celle du nombre de bénéficiaires (-1 %). En effet, au 31 décembre 2021, on dénombre 5,8 millions de bénéficiaires à la C2S en France métropolitaine (5,9 millions au 31 décembre 2020), dont près de 4,6 millions bénéficiaires de la C2SG (4,7 millions en 2020) et 1,3 millions de bénéficiaires à la C2SP

(1,1 millions en 2020). Entre fin 2020 et fin 2021, le nombre de bénéficiaires à la C2SG a baissé de 4 %, tandis que le nombre de bénéficiaires de la C2SP a augmenté de 10 %.

En 2021, le nombre de bénéficiaires de la C2SG retrouve un niveau similaire à celui de 2019, après le pic de 2020 notamment lié à la mise en place de dispositifs exceptionnels liés à la crise du COVID 19¹⁹. Le nombre de ses bénéficiaires diminuant au même rythme que le nombre d'éligibles, le taux de recours²⁰ à la C2SG est stable entre 2020 et 2021 (69 %) (tableau 2)²¹.

En 2021, la C2SP connaît quant à elle une hausse importante du recours (34 % après 29 % en 2020), qui repose sur une forte hausse du nombre de bénéficiaires, nettement supérieure à celle du nombre de personnes éligibles.

Cette amélioration sensible du recours à la C2SP pourrait s'expliquer par les modalités de la bascule de la CMU-C et de l'ACS vers la C2S, celle-ci ayant pris la forme d'une extension de la CMU-C aux personnes auparavant éligibles à l'ACS, avec une nette simplification du dispositif.

Le taux de recours estimé pour l'ensemble du dispositif reste relativement stable entre 2020 et 2021 : un peu plus d'une personne éligible à la C2S sur deux aurait effectivement eu recours à cette prestation (55 % en 2020 contre 56 % en 2021).

¹⁹ Pour pallier les difficultés à réaliser les démarches notamment de renouvellement durant les confinements imposés en raison de la crise sanitaire, l'ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020 a prévu, pour les bénéficiaires de la C2S dont les droits arrivaient à échéance entre le 12 mars et le 31 juillet 2020, une prolongation de 3 mois de ces droits. Une nouvelle prolongation de 3 mois des droits a été mise en œuvre fin 2020, en application de l'ordonnance n°2020-1553 du 9 décembre 2020, pour les droits arrivant à échéance entre le 31 octobre et le 16 février 2021 (Rapport annuel de la C2S – Edition 2021).

²⁰ 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).

²¹ Le taux de non-recours à la C2SG s'établit donc à 31 % fin 2021, un chiffre nettement inférieur au non-recours à la C2SP, mais qui reste substantiel dans la mesure où il ne peut pas renvoyer à un non-recours pour raison financière, principal motif de non-couverture par une complémentaire santé (Fouquet, 2020).

■ **Tableau 1 : Évolution des effectifs d'éligibles et de bénéficiaires à la C2S entre 2019 et 2021**

	Effectifs en milliers ; Variations en %				
	2019	2020	var 2019-2020	2021	var 2020-2021
C2S gratuite					
Nombre d'éligibles	6 810	6 830	0 %	6 580	-4 %
Nombre de bénéficiaires	4 570	4 740	4 %	4 550	-4 %
C2S avec participation					
Nombre d'éligibles	3 630	3 910	8 %	3 720	-5 %
Nombre de bénéficiaires	1 030	1 140	11 %	1 250	10 %
C2S total					
Nombre d'éligibles	10 430	10 750	4 %	10 300	-4 %
Nombre de bénéficiaires	5 600	5 870	5 %	5 800	-1 %

Sources : ERFS 2017, 2018, 2019 ; Données DSS ; Modèle Ines 2021 ; calculs Drees.

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire éligibles à la C2S.

■ **Tableau 2 : Évolution du taux de recours à la C2S entre 2019 et 2021**

	2019	2020	2021
C2S gratuite	67 %	69 %	69 %
C2S avec participation	28 %	29 %	34 %
C2S total	54 %	55 %	56 %

Sources : ERFS 2019 ; Données DSS ; Modèle Ines 2021 ; calculs Drees.

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire éligibles à la C2S.

Remarque : Résultats pour les années antérieures à 2021 actuellement non disponibles pour la version 2021 du Modèle Ines.

Les motifs de non-recours à la C2S peuvent être d'ordres très variés²². Parmi ces motifs figurent notamment la méconnaissance de son droit à la C2S 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 C2SP, qui appartiennent plus

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

Par ailleurs, les assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD), éligibles à la C2S, peuvent penser à tort que ce dispositif est similaire aux droits liés à leur ALD. Or, la prise en charge à 100% de l'ALD n'est pas étendue à l'ensemble de leurs besoins en santé. La C2S

²² Voir « Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire. Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires » (Dossier de la DREES n°107),

enquête qualitative réalisée par le cabinet ASDO et copilotée par la DREES et la DSS.

leur permet en revanche de bénéficier de cette prise en charge et des garanties associées au dispositif sur tous leurs soins²³.

Trois personnes éligibles à la C2S sur quatre couvertes par la C2S ou par un contrat collectif d'entreprise

Le modèle de microsimulation Ines²⁴ 2021, dans lequel sont imputés les contrats collectifs d'entreprise, permet d'estimer la proportion

d'éligibles à la C2S qui sont couverts par un tel contrat, soit en tant que salarié, soit en tant qu'ayant droit²⁵. Cette information supplémentaire permet d'estimer un « taux de couverture par la C2S ou par une complémentaire d'entreprise », plus éclairant que le seul taux de recours à la C2S pour approcher la question de la couverture santé complémentaire des personnes modestes.

■ **Tableau 3 : Estimation des taux de couverture par la C2S ou par une complémentaire d'entreprise en 2021**

	C2S gratuite	C2S payante	C2S totale
Taux de couverture par la C2S	69 %	34 %	56 %
Taux de couverture par une complémentaire d'entreprise	18 %	27 %	21 %
Total (C2S + complémentaire d'entreprise)	87 %	61 %	78 %

Sources : ERFS 2019 ; Données DSS ; Modèle Ines 2021 ; calculs Drees.

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire éligibles à la C2S.

Remarque : Résultats pour les années antérieures à 2021 actuellement non disponibles pour la version 2021 du modèle Ines.

Près d'un éligible à la C2SG sur cinq serait couvert par une complémentaire collective d'entreprise (tableau 3), tandis qu'environ un quart des personnes éligibles à la C2SP serait dans cette situation.

Environ trois quarts du public ciblé par la C2S serait donc couvert par cette prestation ou par une complémentaire collective d'entreprise.

Plus précisément, c'est le cas de 87 % des personnes éligibles à la C2SG et de 61 % des éligibles à la C2SP. Toutefois, parmi les personnes qui ne sont couvertes par aucun de ces contrats, il reste impossible d'estimer le nombre de personnes détenant une assurance individuelle ou n'étant couvertes par aucune complémentaire santé²⁶.

MÉTHODOLOGIE

Comment apprécier la précision des estimations du non recours à la C2S

Chaque année, la DREES produit une estimation du taux de recours à la complémentaire

santé solidaire (C2S) en rapportant le nombre de bénéficiaires au 31 décembre de l'année considérée à un nombre de personnes éligibles estimé avec le modèle de microsimulation Ines. Ces estimations portent sur le champ restreint

²³ Une personne en ALD qui n'aurait pas demandé à bénéficier de la C2S, supporte l'intégralité de la dépense pour les prothèses dentaires, le forfait journalier hospitaliers ou encore en optique.

²⁴ Voir la partie « Méthodologie » ci-après

²⁵ Dans le modèle, les contrats collectifs d'entreprise sont imputés au niveau individuel à partir de l'enquête Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCE) 2017. Dans cette estimation, on considère que les conjoints et enfants 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.

²⁶ 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 C2S avec participation financière – représentaient néanmoins encore 30 % des personnes non couvertes par une complémentaire santé.

des ménages de France métropolitaine vivant en logement ordinaire. Le principe de la micro-simulation 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 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, la variabilité due 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 C2SP. L'élasticité-revenu du nombre d'éligibles autour du seuil de la C2S 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 C2SP estimé avec le modèle. Autour du seuil de la C2SG, l'élasticité est très proche de 1 : l'estimation du nombre d'éligibles à ce volet du dispositif est donc moins sensible à une erreur de mesure des revenus.

Une révision peu sensible des estimations

Les résultats présentés ici sont produits 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 les rapports annuels de 2021 et 2022, les écarts en question restant toutefois limités.

■ *Tableau 4 : Estimations des taux de recours à la CMU-C, à l'ACS et à la C2S avant et après révision*

	2018	2019	2020	2021
Taux de recours à la C2S gratuite / la CMU-C				
Calculés en 2021	66 %	66 %		
Calculés en 2022	65 %	66 %	68 %	
Calculés en 2023		67 %	69 %	69 %
Taux de recours à la C2S payante / l'ACS				
Calculés en 2021	28 %	27 %		
Calculés en 2022	27 %	27 %	28 %	
Calculés en 2023		28 %	29 %	34 %
Taux de recours à la C2S / la CMUC-C ou l'ACS				
Calculés en 2021	52 %	52 %		
Calculés en 2022	51 %	52 %	53 %	
Calculés en 2023		54 %	55 %	56 %

Sources : ERFS 2016, 2017, 2018, 2019 ; Données DSS ; Modèle Ines 2019 à 2021 ; calculs Drees

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire

B. L'impact des mesures d'automatisation et de simplification de l'attribution pour les allocataires du RSA et de l'ASPA

1. L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire gratuite aux nouveaux allocataires du RSA

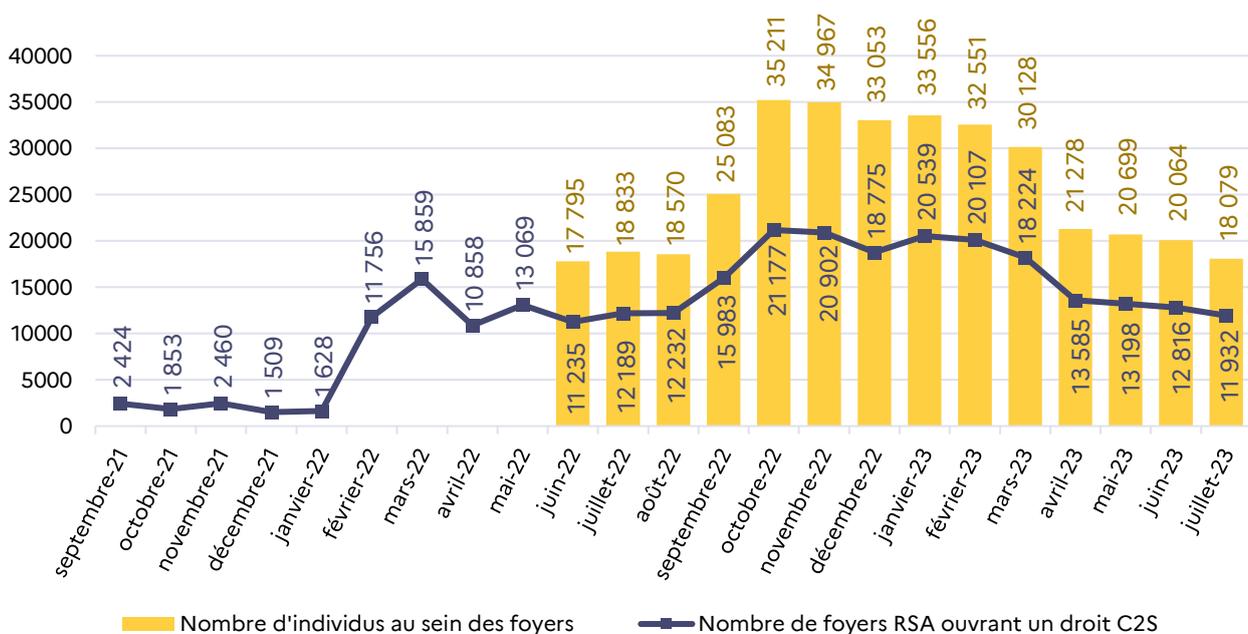
Depuis février 2022, les foyers qui effectuent une demande de RSA en ligne *via* le téléservice dédié se voient systématiquement proposer la C2S gratuite en fin de procédure. Sauf opposition de leur part, la C2S est automatiquement attribuée sous réserve qu'ils soient effectivement éligibles au RSA.

Une modification prochaine du formulaire de demande du RSA permettra une attribution automatique pour les demandes effectuées par voie papier. Elle devrait être opérationnelle au plus tard d'ici le premier trimestre 2025. De manière transitoire, les bénéficiaires du RSA sont informés de leur droit à la C2S par courrier de leur caisse d'assurance maladie. En retour, ils doivent transmettre la composition de leur foyer et le choix de leur organisme gestionnaire, sans qu'il soit nécessaire de déclarer leurs ressources.

Depuis le 1^{er} janvier 2023²⁷, les enfants âgés de moins de 25 ans qui vivent sous le même toit que des bénéficiaires du RSA, mais ne sont pas considérés comme étant à leur charge pour le bénéfice de l'allocation, bénéficient également de l'attribution automatique de la C2S gratuite, ainsi que du renouvellement automatique de leur droit à la complémentaire santé solidaire.

Cette mesure d'automatisation de l'attribution de la C2S présente des éléments de bilan particulièrement encourageants avec une forte augmentation des droits ouverts pour les foyers concernés. Depuis le deuxième trimestre 2022, l'Assurance maladie enregistre en moyenne 16 000 attributions de C2S chaque mois dans le cadre de la demande de RSA, contre 2 500 en 2021. Les attributions de C2S aux bénéficiaires du RSA augmentent ainsi de manière continue depuis le mois de février 2022 et semblent avoir atteint un plateau en 2023 à environ 20 000 attributions par mois.

Nombre de demandes de C2S issues du téléservice RSA



²⁷ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 modifiant l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

2. La présomption de droit à la complémentaire santé solidaire avec participation financière pour les nouveaux allocataires de l'ASPA

Les nouveaux allocataires de l'ASPA bénéficient, depuis avril 2022, d'une présomption de droit à la C2S avec participation financière. Une fois l'ASPA attribuée, les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif transmettent aux nouveaux bénéficiaires l'ensemble des documents permettant de demander la C2S sans qu'il soit besoin de déclarer leurs ressources.

Cette présomption de droit bénéficie aux allocataires de l'ASPA sous réserve qu'ils n'aient pas exercé d'activité professionnelle au cours des trois mois précédant leur demande de complémentaire santé solidaire. Elle vaut pour les

conjoints, concubins ou partenaires des bénéficiaires de l'ASPA, dès lors qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle non plus. Lorsque la demande d'ASPA pourra être effectuée en ligne par le biais d'un téléservice, la demande de C2S sera directement intégrée à la procédure.

Les données disponibles pour l'ASPA concernent uniquement les deux premiers trimestres de 2023 mais témoignent tout de même d'un nombre important d'attributions de C2S. En moyenne, cette procédure a permis plus de 4500 attributions par mois pour plus de 5000 personnes couvertes, soit plus 31 000 personnes sur la période.

	Nombre de foyers ASPA ouvrant un droit à la C2S pour la première fois	Nombre d'individus au sein de ces foyers
1 ^{er} trimestre 2023	14 519	16 200
2 ^e trimestre 2023	12 734	14 957
Total 1^{er} semestre 2023	27 253	31 157

IV. LA PRATIQUE DU TIERS-PAYANT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

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. En moyenne, au cours du 2^e trimestre 2023, le tiers-payant intégral est appliqué sur 99,3% du volume des actes

réalisés au profit des bénéficiaires de la C2S contre 89,8% pour les actes réalisés à destination de l'ensemble des patients. Ainsi, dans un peu plus de 99% des cas, le bénéficiaire de la C2S n'avance aucun frais lors de sa consultation, le protégeant ainsi de potentiels renoncements aux soins.

Taux de tiers-payant par catégorie de professionnels de santé En volume d'actes	Complémentaire santé solidaire % TP intégral*	Ensemble des patients % TP intégral*
Infirmiers	99,8%	98,6%
Masseurs / kinésithérapeutes	99,3%	78,8%
Autres auxiliaires	97,9%	67,9%
Dentistes	98,5%	18,4%
Fournisseurs	97,4%	68,8%
Laboratoires	99,5%	96,0%
Pharmacies	99,5%	96,2%
Sages-femmes	98,4%	61,9%
Centres de santé	99,2%	74,1%
Transporteurs	99,5%	96,4%
Total médecins (omnipraticiens et spécialistes)	97,7%	44,9%
TOTAL	99,3%	89,8%

*Le taux de tiers payant intégral correspond au taux de tiers ayant intégré sur la part assurance maladie obligatoire pour les actes pris en charge à 100 % par celle-ci (l'assurance maladie complémentaire n'intervient pas) ou à la somme du taux de tiers payant intégral sur la part assurance maladie obligatoire et la part assurance maladie complémentaire.

4

LE SUIVI DE LA DEPENSE ET DU FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

LE SUIVI DE LA DEPENSE ET DU FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

I. LA DÉPENSE ET LE COÛT MOYEN DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Un suivi statistique de la dépense de la complémentaire santé solidaire (C2S) 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 (OC). Ce suivi permet d'observer les évolutions de la dépense

comptable agrégée, ainsi que par type de soins, et de calculer la dépense moyenne par bénéficiaire. En complément, le régime général et les OC fournissent une fois par an un état des dépenses différencié entre C2S gratuite (C2SG) et C2S avec participation (C2SP), ce qui permet de mieux comprendre les deux profils de consommateurs.

A. La dépense engagée et les participations financières perçues pour la complémentaire santé solidaire

1. Les montants engagés par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes complémentaires

En 2022, les régimes obligatoires ont engagé 2 675 M€ de dépenses pour la C2S, soit une progression de 6 % par rapport à 2021. Cette évolution marquée des dépenses se justifie au regard de différents éléments contextuels :

- La progression de la dépense pour la C2S gérée par les régimes obligatoires (C2S-RO) est portée par la progression des effectifs des bénéficiaires. L'évolution du nombre de bénéficiaires de la C2S-RO est de 4,7 % en 2022 en moyenne annuelle, dont 0,9 % pour les bénéficiaires de la C2SG-RO et 34,8 % pour ceux de la C2SP-RO²⁸. Or, les bénéficiaires de la C2SP pèsent davantage dans la consommation totale de soins²⁹ du fait de leur âge plus avancé³⁰ et de leur moins bon état de santé³¹ ;

- Parallèlement, les parts des contrats de C2SP et des bénéficiaires de la C2SG gérées par les régimes obligatoires ont continué leur progression, d'où un transfert des dépenses des organismes complémentaires vers les régimes obligatoires.

Les OC ont engagé 532 M€ pour la C2S en 2022, en baisse de -15,1 % par rapport à 2021, parallèlement à la baisse du nombre de bénéficiaires de la C2S gérée par le OC (C2S-OC) en 2022, de - 24,2 %, dont - 23,1 % pour la C2SG-OC et -24,9 % pour la C2SP-OC). Concomitamment, la dépense moyenne par bénéficiaire pour la C2S en gestion organismes complémentaires a augmenté de 13,4 % (cf. ci-après)³².

²⁸ Données tous régimes d'assurance maladie obligatoire et SLM. Sont retenus les effectifs en gestion RO, calculés en moyenne annuelle.

²⁹ Voir partie « C. La dépense moyenne par type de complémentaire santé solidaire et par poste ».

³⁰ 35 % des bénéficiaires de la C2SP sont âgés de plus de 60 ans, contre 7 % des bénéficiaires de la C2SG.

³¹ 1/3 des consommateurs bénéficiaires de la C2SP se trouvent en affection longue durée, contre 12% des consommateurs bénéficiaires de la C2SG.

³² Données URSSAF Caisse nationale, Déclaration Tableau récapitulatif annuel 2022. Sont retenus les OC inscrits sur la liste des OC gestionnaires de la C2S en 2022 et ayant déclaré concomitamment des effectifs et un montant de dépense >0 pour la C2SG et/ou la C2SP. De fait, la dépense engagée par les OC est supérieure à la dépense retenue pour le calcul de la dépense moyenne par bénéficiaires. Des OC présentent des dépenses au Fonds C2S portant sur des soins antérieurs à leur sortie du dispositif.

Le total de la dépense engagée pour la C2S par les régimes obligatoires et les organismes complémentaires est de 3 207 M€, en augmentation de 1,8 % par rapport à 2021, dans un contexte de stabilisation des effectifs totaux (régimes obligatoires et organismes complémentaires) en moyenne annuelle.

Les participations des bénéficiaires de la C2SP, sont de 170 M€ pour les régimes obligatoires, en progression de 40,7 % par rapport à 2021, et de 130 M€ pour les organismes complémentaires, en baisse de 22,5 % par rapport à 2021. Pour les régimes obligatoires et les organismes complémentaires, le montant

total des participations des assurés pour la C2SP est de 300 M€, en hausse de 4 %.

Les frais de gestion versés aux organismes complémentaires, sur la base de 7 € par trimestre et par bénéficiaire, sont de 15 M€. Cette baisse de -30,3 % est en lien direct avec le transfert de la gestion des bénéficiaires de la C2SP des organismes complémentaires vers les régimes obligatoires d'assurance maladie, essentiellement la CNAM.

Globalement, les organismes gestionnaires de la C2S, régimes et organismes complémentaires, ont engagé une dépense nette de 2 892 M€ en 2022, en progression de 1,8 % par rapport à 2021.

■ **Tableau 1 – Dépense engagée et montants reçus pour la C2S (C2SG + C2SP) pour les régimes et les OC gestionnaires de la C2S en 2020, 2021, 2022 (en millions d'euros)**

Dépenses engagées				
Dépenses C2SG / C2SP	2020	2021	2022	2021 – 2022
CNAM	2 060	2 468	2 620	6,1%
CCMSA	48	51	51	-0,3%
Régimes Spéciaux	3	4	4	0,4%
<i>Sous-total Dépenses régimes</i>	<i>2 111</i>	<i>2 523</i>	<i>2 675</i>	<i>6,0%</i>
OC	338	627	532	-15,1%
<i>Total Dépenses</i>	<i>2 449</i>	<i>3 150</i>	<i>3 207</i>	<i>1,8%</i>

Montants reçus				
Participations Assurés Frais de gestion	2020	2021	2022	2021 – 2022
CNAM	41	112	159	41,1%
CCMSA	5	8	11	34,8%
Régimes Spéciaux	0,1	0,4	0,6	34,8%
<i>Sous-total Participations assurés régimes</i>	<i>46</i>	<i>121</i>	<i>170</i>	<i>40,7%</i>
Participations assurés OC	123	168	130	-22,5%
<i>Sous-total Participations assurés régimes + OC</i>	<i>168</i>	<i>288</i>	<i>300</i>	<i>4,0%</i>
Frais de gestion OC	19	22	15	-30,3%
<i>Total Participations et Frais de gestion</i>	<i>188</i>	<i>310</i>	<i>315</i>	<i>1,6%</i>

Montants Engagés - Montants Reçus				
Dépense Nette	2020	2021	2022	2021 – 2022
<i>Engagé - Reçu</i>	<i>2 261</i>	<i>2 840</i>	<i>2 892</i>	<i>1,8%</i>

Source : CNAM, CCMSA, Régimes spéciaux, SLM, OC gestionnaires de la C2S

2. Le suivi des mouvements financiers

Les mouvements financiers liés à la gestion de la C2S font l'objet d'un suivi comptable par le Fonds C2S, créé au sein de la CNAM le 1^{er} janvier 2021. En 2022, le total des charges supportées par le Fonds C2S est de 3,23 Md€, après avoir été de 3,42 Md€ en 2021³³. Une part

B. La dépense moyenne par bénéficiaire

En 2022, la dépense moyenne annuelle d'un bénéficiaire de la C2S est de 448 € pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires gestionnaires³⁵. Elle se décline entre 428 € pour l'ensemble des régimes obligatoires (431 € pour la CNAM) et 592 € pour les OC

Le montant moyen des dépenses pour la C2S couvre le montant du ticket modérateur, les dépassements autorisés dans le cadre des forfaits C2S 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 personnelle³⁶. Pour rappel, les bénéficiaires de la C2S sont exonérés des franchises et des participations forfaitaires.

L'année 2022 est marquée par l'augmentation conséquente (+ 13,4 %) de la dépense moyenne par bénéficiaire pour l'ensemble des organismes complémentaires.

de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est calculée pour couvrir l'intégralité des besoins financiers du fonds, après perception des participations des assurés et des montants divers³⁴. Le montant affecté au Fonds C2S pour l'année 2022 est de 2,92 Md€.

Le montant moyen passe de 522 € en 2021 à 592 € en 2022, dont 489 € (+ 13,6 %) pour la C2SG et 661 € (+ 13,4 %) pour la C2SP. Une part de plus en plus importante de bénéficiaires de la C2S choisit la gestion de ses droits par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette croissance est particulièrement dynamique pour la C2SP. Il est probable que les personnes les plus âgées ou les plus fragiles (bénéficiaires de l'AAH par exemple), anciennement bénéficiaires de l'ACS (aide pour une complémentaire santé), restent fidèles à leur OC d'origine. Ces personnes concentrent les plus hauts niveaux de dépense, d'où des coûts moyens de plus en plus élevés pour les assurés relevant des organismes complémentaires³⁷.

Pour les régimes obligatoires, l'augmentation de 1,3 % de la dépense moyenne par bénéficiaire en 2022 est liée à celle de la CNAM, qui représente 98 % de la dépense des régimes, dans un contexte d'afflux des bénéficiaires de la C2SP³⁸.

³³ Montant après régularisation, d'où l'évolution par rapport au montant publié dans le Rapport d'activité 2021

³⁴ Les montants divers sont constitués notamment de régularisations comptables ou de récupération d'indus.

³⁵ La dépense moyenne par bénéficiaire se calcule en année complète mobile : montant de la dépense cumulée sur 12 mois / moyenne des bénéficiaires sur les douze mois considérés. La dépense moyenne par bénéficiaire du mois de décembre correspond à la dépense moyenne par bénéficiaire de l'année.

³⁶ Par exemple, lorsque le bénéficiaire de la C2S souhaite se voir poser une prothèse dentaire qui ne serait pas prise en charge dans le panier de soins de la C2S.

³⁷ Pour exemple, l'organisme complémentaire Harmonie Mutuelle, cité ci-dessous dans l'étude de la dépense par poste, a vu la part de ses bénéficiaires de la C2SP de 60 ans et plus passer de 37 % en 2020 à 41 % en 2021, puis à 45 % en 2022.

³⁸ Voir partie « A.1. Les montants engagés par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes complémentaires ».

■ **Tableau 2 – Dépense moyenne pour la C2S (C2SG + C2SP) par bénéficiaire pour les régimes et les OC gestionnaires de la C2S en 2020, 2021 et 2022**

Dépense moyenne par bénéficiaire						
Année	CNAM	CCMSA	Régimes Spéciaux	Tous régimes	OC	Tous Régimes & OC
2020	379	302	278	377	313	367
2021	426	302	323	422	522	438
2022	431	295	325	427	592	448
Évolution 2022 / 2021	1,3%	-2,5%	0,8%	1,3%	13,4%	2,12%

Note de lecture : la dépense moyenne par bénéficiaire pour l'année 2020 est peu élevée, en lien avec la suspension des soins non vitaux pendant les périodes de confinement

Source : CNAM, CCMSA, Régimes spéciaux, SLM, OC gestionnaires de la C2S

C. La dépense moyenne par type de complémentaire santé solidaire et par poste

La CNAM produit chaque année des résultats différenciés entre C2SG et C2SP pour la dépense moyenne par poste de soin. En 2022, la dépense moyenne est de 417 € pour la C2SG et de 523 € pour la C2SP³⁹. En 2021, la dépense moyenne par bénéficiaire de la C2S était de 426 € à la CNAM, dont 416 € pour la C2SG et 507 € pour la C2SP.

Parallèlement, la DSS interroge un panel d'OC sur la dépense engagée pour la C2S au cours de chaque exercice écoulé. En 2023, seul l'OC rassemblant le plus de bénéficiaires de la C2S, Harmonie Mutuelle⁴⁰, a été interrogé. Pour cet OC, le montant de la dépense moyenne par bénéficiaire en 2022 est de 453 € pour la C2SG et de 597 € pour la C2SP. En 2021, la dépense moyenne par bénéficiaire de la C2S pour ce même OC était de 528 €, dont 470 € pour la C2SG et 568 € pour la C2SP.

Quel que soit le mode de gestion, régime obligatoire ou OC, les bénéficiaires de la C2SP ont un coût moyen au moins deux fois plus élevé pour le forfait journalier hospitalier, et

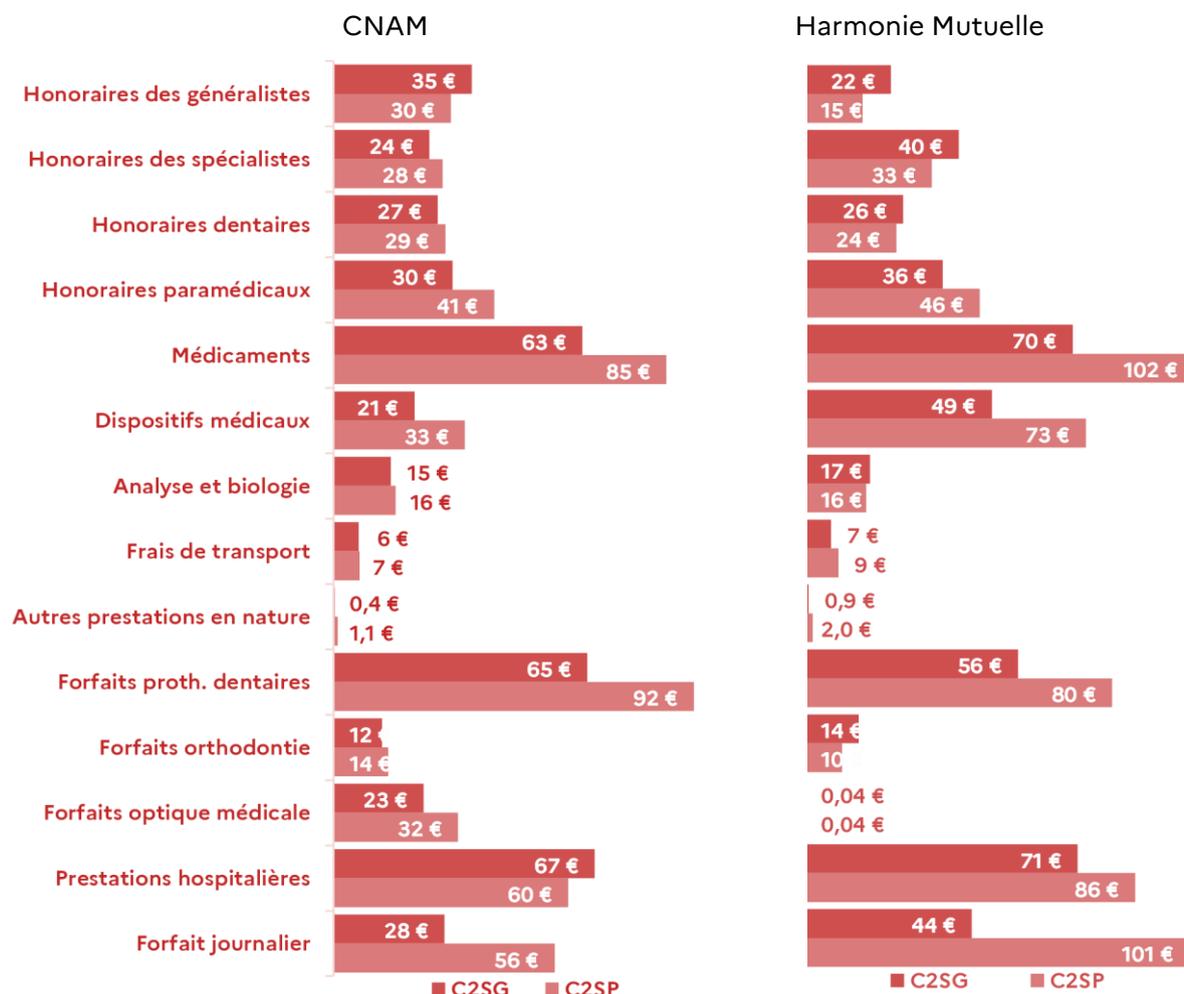
significativement supérieur pour les médicaments, les forfaits prothèses dentaires, les honoraires paramédicaux et les dispositifs médicaux. Le poste des dispositifs médicaux est plus délicat à comparer. Le régime général distingue en effet la dépense complémentaire pour l'optique (« 100 % santé ») de celle des dispositifs médicaux, là où l'organisme complémentaire continue de l'agréger. Les montants moyens supérieurs pour la C2SP, pour les postes de soins précités, s'expliquent par l'âge plus avancé des bénéficiaires.

Les postes pour les forfaits prothèses dentaires, ainsi que pour le forfait journalier hospitalier couvrent des dépenses hors ticket modérateur. Ces deux postes concentrent un quart de la dépense globale de la C2S. En sus du ticket modérateur, la C2S prend en charge la différence entre le prix de vente au tarif « 100 % santé » et le tarif de responsabilité (part assurance maladie obligatoire + part ticket modérateur).

³⁹ Le montant annuel moyen de dépense par bénéficiaire est obtenu par la division de la dépense de chaque poste par les effectifs moyens sur une année donnée. La limite de cet indicateur est qu'il ne reflète pas le montant réel engagé pour une personne consommante.

⁴⁰ Harmonie Mutuelle concentre 31 % de la dépense et 33 % des effectifs de la C2SG-OC ainsi que 25 % de la dépense et 28 % des effectifs de la C2SP-OC. La population couverte est plus âgée que celle du Régime général (CNAM). Les personnes âgées de 40 ans et plus représentent 38 % des bénéficiaires de la C2SG (contre 29 % à la CNAM) et 70 % des bénéficiaires de la C2SP (contre 59 % à la CNAM), dont 45 % de plus de 60 ans (contre 34 % à la CNAM). La part plus importante de personnes plus âgées explique en grande partie le fait que la dépense moyenne par bénéficiaires soit plus élevée.

■ Graphique 7 – Dépense moyenne par bénéficiaire, par poste et par type de C2S (C2SG – C2SP), 2022, Régime général (CNAM) et Harmonie Mutuelle (OC)⁴¹



Source : CNAM et SLM, Harmonie Mutuelle

D. Le circuit de facturation des soins par les organismes complémentaires

Pris en application de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, le décret de simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire⁴² a mis fin à l'ancien circuit de facturation des actes de soins consommés par les bénéficiaires de la C2S qui ont opté pour une gestion de leur contrat par un organisme complémentaire.

Auparavant, les caisses d'assurance maladie obligatoire facturaient aux organismes

complémentaires la part complémentaire des dépenses de santé qu'elles versaient au professionnel de santé dans le cadre du tiers payant. Les organismes complémentaires remboursaient ensuite la somme avancée par les caisses et déduisaient le montant correspondant de leur taxe de solidarité additionnelle (TSA).

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

⁴¹ Principal organisme complémentaire gestionnaire de la C2S.

⁴² Décret n° 2022-1662 du 27 décembre 2022 modifiant certaines dispositions relatives au financement de la complémentaire santé solidaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2023, la part complémentaire des actes de soins réalisés par les bénéficiaires de la C2S est directement prise en charge par les caisses d'assurance

maladie obligatoire, qui sont ensuite remboursées par le fonds dédié à la C2S de la CNAM.

II. LE FINANCEMENT DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE PAR LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE

A. L'affectation de la taxe de solidarité additionnelle

Les dépenses du fonds dédié à la complémentaire santé solidaire, créé au sein de la CNAM, sont financées, en plus des éventuelles participations financières, par l'affectation d'une partie de la taxe de solidarité additionnelle, 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. L'éventuel solde excédentaire est affecté à la CNAM (voir tableau 1).

■ Tableau 1 – Affectation de la taxe de solidarité additionnelle

Contrats	Taux de TSA	Part affectée au fonds CSS auprès de la CNAM en 2022	Part affectée à la CNAM en 2022
Contrats classiques responsables	13,27%	affectation ex post	solde
Contrats classiques non responsables	20,27%		
Contrats 1 ^o art.998 CGI	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agricoles			
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			
Contrats IJ solidaires	7,00%	7,00%	0,00%
Contrats IJ non solidaires	14,00%	14,00%	0,00%

Les contrats soumis à la 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 » liées aux caractéristiques des garanties. 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.

Les assiettes sont soumises à des taux différenciés qui peuvent aller de 6,27 % à 20,27 % selon la nature des contrats.

B. L'évolution de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle

En 2022, l'assiette de la TSA s'élève à 41 Md€, en augmentation de 2,3 % par rapport à 2021 (+ 0,94 Md€). Les évolutions ont été les suivantes ces dernières années :

- Après la stagnation de l'assiette observée en 2020 en lien avec le contexte de crise sanitaire, l'augmentation a été très dynamique en 2021 (+ 3,6 %) ;
- Pour mémoire, antérieurement, 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 (3,3 % pour les contrats santé classiques non-solidaires et/ou non-responsables).

■ **Tableau 2 – L'assiette de TSA en 2022 – Évolution entre 2021 et 2022 (en milliers d'euros)⁴³**

	Assiettes_TSA								
	GSante_Resp (CTP 130)	GSante_NonRespons (CTP 131)	CAgricoles_Resp (CTP 132)	CAgricoles_NonResp (CTP 133)	GIJ_Resp (CTP 134)	GIJ_NonResp (CTP 135)	C1Euro (CTP 136)	C998CGI (CTP 993)	Total
2021 (TR)	36 058 585	1 443 211	1 116 180	13 226	434 581	803 897	65 198	162 360	40 097 238
2022 (TR)	37 075 400	1 359 813	1 134 023	9 303	444 776	785 584	67 461	158 907	41 035 268
Structure 2022 (%)	90,4%	3,3%	2,8%	0,0%	1,1%	1,9%	0,2%	0,4%	100,0%
Evol. 2022/2021 (montants)	1 016 815	-83 397	17 843	-3 924	10 195	-18 312	2 263	-3 453	938 030
Evol. 2022/2021 (%)	2,8%	-5,8%	1,6%	-29,7%	2,3%	-2,3%	3,5%	-2,1%	2,3%

Champ : tous redevables de la TSA en 2021 et 2022 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

L'évolution observée au global est toujours influencée par un faible nombre d'organismes complémentaires (OC) en lien avec la forte concentration du marché. Ainsi, en 2022, les dix OC qui comptabilisent les plus fortes baisses en montant représentent à eux seuls 81 % du montant total des baisses enregistrées (18 % pour le premier). À l'inverse, les dix OC qui comptabilisent les plus fortes hausses en montants représentent à eux seuls 46 % du montant total des hausses enregistrées (10 % pour le premier). Les variations importantes peuvent correspondre à :

- L'évolution de l'activité propre des OC (développement, contraction) ;

- Des transferts au sein du marché : transferts de portefeuilles, fusions/absorptions ;
- Un contexte économique exceptionnel, avec des répercussions sur le marché (crise sanitaire en 2020, contexte inflationniste).

Le **produit de la TSA** (soit la somme des assiettes multipliées par le taux correspondant au type de contrat) en 2022 est de 5,43 Md€, en hausse de 2,2 % (+ 117 M€) par rapport à 2021. Le produit de la contribution forfait patientèle médecin traitant⁴⁴ s'élève en 2022 à 328 M€, en hausse de 2,3 %.

⁴³ Précisions sur les contenu des colonnes du tableau : Garanties santé solidaires et responsables ; Garanties santé non solidaires et ou non responsables ; Contrats agricoles garanties santé responsables ; Contrats agricoles garanties santé non responsables ; Garanties indemnités journalières complémentaires solidaires ; Garanties indemnités journalières complémentaires non solidaires ; Garanties santé couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ; Garanties santé des contrats collectifs visés au 1er de l'article 998 du CGI.

⁴⁴ La contribution des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération, par le biais du « forfait patientèle médecin traitant », est déclarée et versée lors du 4^e trimestre (exigible au 31 janvier de l'année suivante) puis reportée sur le tableau récapitulatif annuel (exigible au 30 juin de l'année suivante). L'assiette de la contribution est constituée de l'ensemble des sommes assujetties à la TSA. Son taux est de 0,8%

■ **Tableau 3 – Le rendement de la taxe TSA en 2022 – Évolution entre 2021 et 2022 (en milliers d’euros)**

	Produit_TSA (assiettes*Taux)								Total général
	GSante_Resp (CTP 130)	GSante_NonRes p (CTP 131)	CAgricoles_Resp (CTP 132)	CAgricoles_NonResp (CTP 133)	GIJ_Resp (CTP 134)	GIJ_NonResp (CTP 135)	C1Euro (CTP 136)	C998CGI (CTP 993)	
2021 (TR)	4 784 974	292 539	69 984	2 681	30 421	112 546	9 128	10 180	5 312 452
2022 (TR)	4 919 906	275 634	71 103	1 886	31 134	109 982	9 445	9 963	5 429 053
Structure 2022 (%)	90,6%	5,1%	1,3%	0,0%	0,6%	2,0%	0,2%	0,2%	100,0%
Evol. 2022/2021 (montants)	134 931	-16 905	1 119	-795	714	-2 564	317	-217	116 600
Evol. 2022/2021 (%)	2,8%	-5,8%	1,6%	-29,7%	2,3%	-2,3%	3,5%	-2,1%	2,2%

Champ : tous redevables de la TSA en 2021 et 2022 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

Les OC enregistrant une hausse de leur assiette observent une hausse moyenne de 4,7 % (5,5 % pour les baisses). Ces OC sont très majoritaires dans la mesure où ils correspondent à 66 % des déclarants et représentent 83 % de l’assiette déclarée.

Comme indiqué *supra*, la concentration au sein des baisses est beaucoup plus marquée que celle observée au sein des hausses.

En 2022, le rendement net de la TSA⁴⁵ s’élève à 5 Md€, en hausse de 181 M€ (+3,7 % par rapport à 2021). Le différentiel par rapport à la hausse observée sur le produit de taxe s’établit à +1,5 points.

Le rendement net est plus élevé du fait de la baisse des montants de dépenses de C2S sans et avec participation financière, déduits sur le produit de taxe. Cela découle d’un

désengagement progressif des OC sur cette gestion.

Les dépenses de C2SG ont baissé de 28 M€ (-13,9 %) pour s’établir à 172 M€. Celles relatives à la C2SP ont baissé de 67 M€ (-15,7 %) pour atteindre 361 M€.

En 2023, du fait de la mise en œuvre de la mesure de simplification des circuits de financement de la C2S, les montants déduits de la TSA due à ce titre seront quasiment nuls (la CNAM et la DSS les estiment à environ 1 % de la dépense comptabilisée en 2022) et le rendement net de la TSA augmentera à due concurrence. La fiabilisation des déclarations par l’URSSAF Caisse nationale prendra en compte les enjeux financiers induits par cette modification, afin de s’assurer de l’effectivité de la baisse attendue.

■ **Tableau 4 – Le rendement net de la TSA en 2022 – Évolution entre 2021 et 2022 (en milliers d’euros)**

	Produits de taxe TSA								CSS (sans particip.)	CSP (avec particip.)			Rendement Net_TSA
	GSante_Resp (CTP 130)	GSante_No nResp (CTP 131)	CAgricoles_Resp (CTP 132)	CAgricoles_NonResp (CTP 133)	GIJ_Resp (CTP 134)	GIJ_NonResp (CTP 135)	C1Euro (CTP 136)	C998CGI (CTP 993)	Montants déduits (CTP 69)	Montants déduits (CTP 78)	Frais_Gestion (CTP 77)	Participations (CTP 76)	
2021 (TR)	4 784 974	292 539	69 984	2 681	30 421	112 546	9 128	10 180	199 288	427 874	21 512	167 574	4 831 352
2022 (TR)	4 919 906	275 634	71 103	1 886	31 134	109 982	9 445	9 963	171 591	360 692	14 970	130 135	5 011 935
Evol. 2022/2021 (montants)	134 931	-16 905	1 119	-795	714	-2 564	317	-217	-27 697	-67 183	-6 542	-37 439	180 583
Evol. 2022/2021 (%)	2,8%	-5,8%	1,6%	-29,7%	2,3%	-2,3%	3,5%	-2,1%	-13,9%	-15,7%	-30,4%	-22,3%	3,7%

Champ : tous redevables de la TSA en 2021 et 2022 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

⁴⁵ (Somme des assiettes multipliées par le taux correspondant au type contrat) - (dépenses C2S/C2SP +

frais de gestion relatifs à la C2SP) + (participations versées par les personnes couvertes par la C2SP).

C. La répartition de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle

1. Un marché de la complémentaire santé en constante évolution et caractérisé par une forte concentration

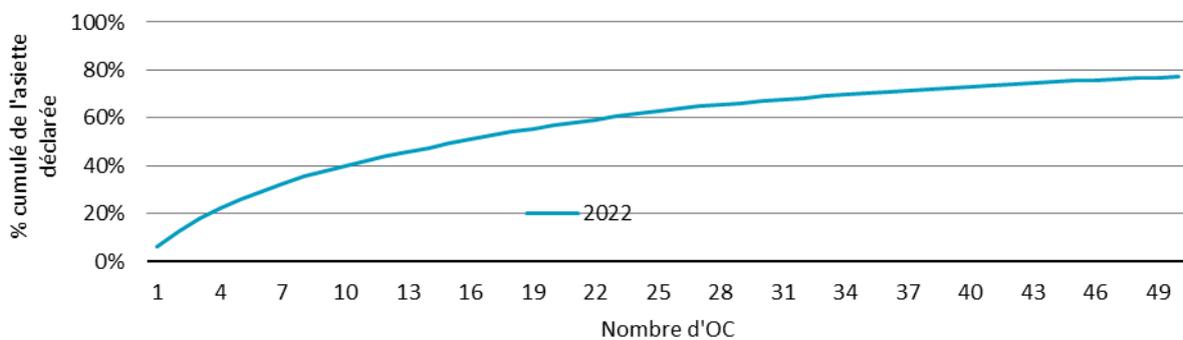
Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration. Ainsi, sur 434 OC ayant déclaré une assiette non nulle en 2022 :

- Les 10 premiers déclarent 40 % de l'assiette totale ;
- Les 50 premiers déclarent 77 % de l'assiette totale.

Cette forte concentration oblige à une approche ciblée des évolutions du marché.

La concentration du secteur s'accroît progressivement, au gré notamment des regroupements d'organismes dans le cadre de fusions ou d'absorptions. Entre 2021 et 2022, le nombre d'organismes complémentaires redevables de la TSA est passé de 453 à 434.

■ **Figure 1 – Concentration de l'assiette de la TSA en 2022**

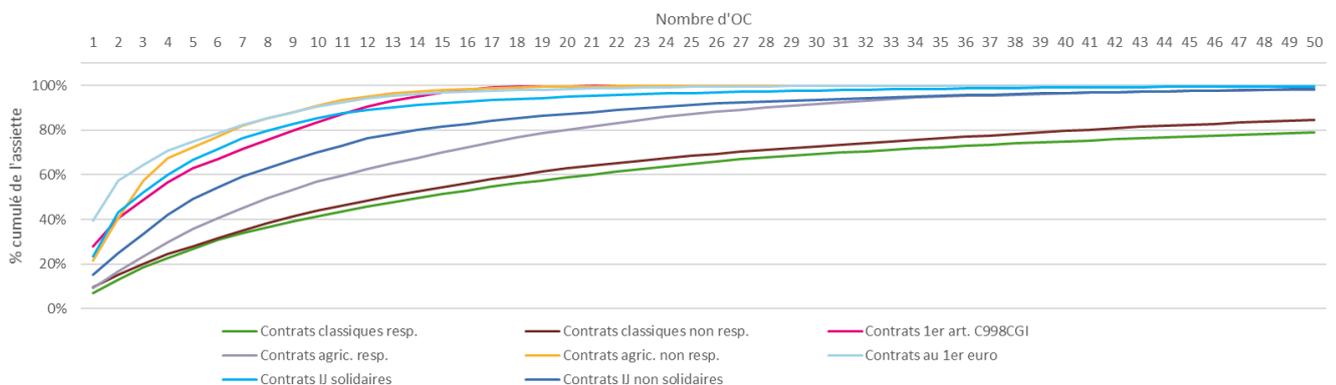


Champ : 50 premiers organismes complémentaires redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

Lecture : au sein des OC ayant déclaré une assiette non-nulle en 2022 : 10 OC déclarent 40 % de l'assiette totale déclarée par l'ensemble des OC, les 50 premiers OC en déclarent 77 %

■ **Figure 2 – Concentration des huit assiettes constitutives de la TSA en 2022**



Champ : tous redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

Lecture : au sein des organismes complémentaires ayant déclaré une assiette relative aux contrats au 1^{er} euro en 2022 : 5 déclarent 76 % de l'assiette concernée, les 10 premiers en déclarent 90 %.

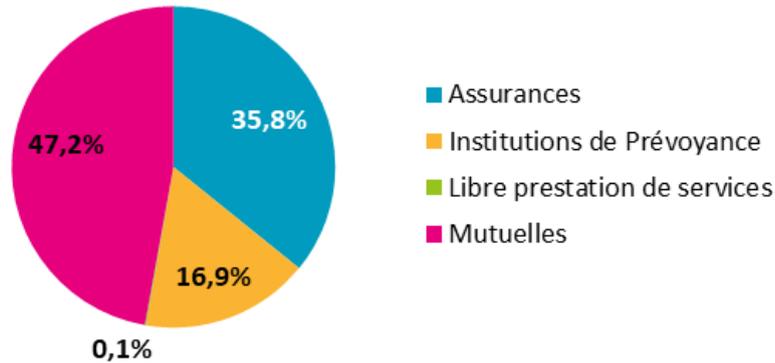
2. Les différents types d'organismes complémentaires et leurs caractéristiques

En 2022, l'assiette de la TSA reste majoritairement composée des primes des contrats commercialisés par les mutuelles qui ont déclaré 47 % des montants, même si la

tendance est à une lente érosion dans le temps au profit des sociétés d'assurance.

Les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance représentent respectivement 36 % et 17 % des primes assujetties à la taxe.

■ **Figure 3 – Répartition de l'assiette de la TSA entre les différentes natures d'organismes complémentaires en 2022**



Champ : tous redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

Précision : les « LPS » correspondent à des organismes étrangers intervenant en libre prestation de services en France

L'appréciation des évolutions par nature d'OC se révèle délicate dans un contexte où les logiques de marché conduisent couramment à des imbrications entre organismes de nature différente. La logique concurrentielle oblige en effet les acteurs à devenir des opérateurs globaux et à dépasser le strict cadre de la santé. Les organismes sont désormais incités à proposer également des garanties en matière de prévoyance, de retraite, d'assurance automobile et habitation à leurs clients. Cela passe notamment par des alliances entre structures de natures différentes.

La caractérisation des OC selon leur nature montre cependant des différences marquées.

Les 25 **institutions de prévoyance** recensées comme redevables de la TSA regroupent 17 % de l'assiette totale et 6 % des organismes. Composée à 93 % de garanties classiques responsables, l'assiette TSA déclarée s'élève en moyenne à 277 M€ en 2022. Il s'agit dans l'ensemble de grandes structures : 20 des 25 institutions de prévoyance déclarent un montant supérieur à 10 M€, dont 13 avec une assiette supérieure à 100 M€.

En 2022, BTP Prévoyance est revenue en première position du palmarès des institutions de prévoyance avec un montant d'assiette de TSA déclaré de 1,50 Md€, suivie de près par Malakoff Humanis Prévoyance (1,47 Md€). AG2R Réunica Prévoyance ressort en troisième position du classement (1,32 Md€). Les institutions de prévoyance font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les 106 **sociétés d'assurance** (110 en 2021) représentent 36 % de l'assiette et 24 % des organismes. Présentes sur l'ensemble des garanties, elles représentent notamment 59 % 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 139 M€. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. 62 sociétés d'assurance déclarent une assiette supérieure à 10 M€, dont 29 à plus de 100 M€. L'assiette la plus

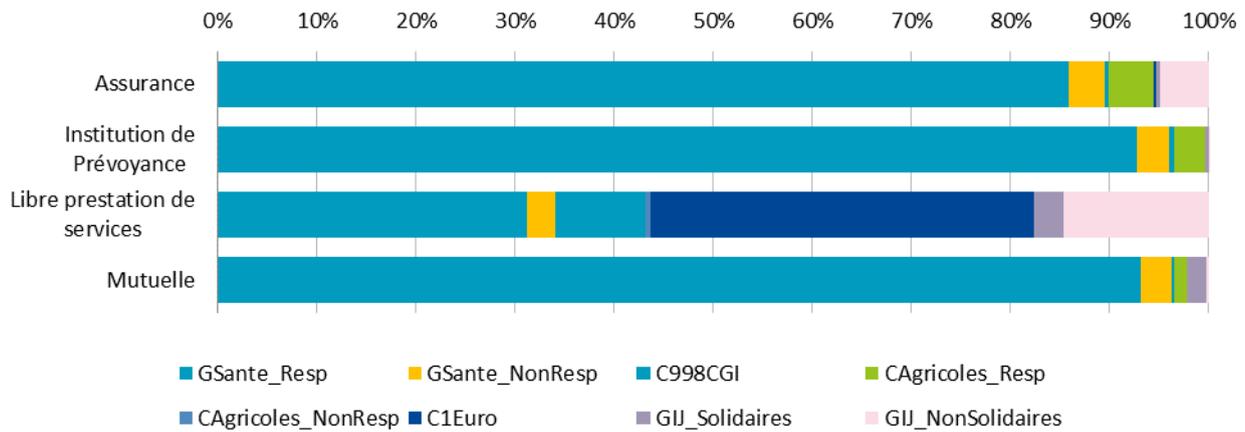
importante est déclarée par Axa France Vie avec 2,61 Md€, suivie de Générali Vie avec 1,15 Md€. Les autres sociétés d'assurance déclarant un montant inférieur à 10 M€ présentent en moyenne une assiette de 1,8 M€. Il s'agit principalement de petites structures ou de sociétés de taille moyenne dont l'activité santé est marginale.

Quant aux 271 **mutuelles** recensées (286 en 2021), avec un montant moyen d'assiette de 71 M€, elles regroupent 47 % de l'assiette déclarée et 62 % des organismes. À l'instar des institutions de prévoyance, les contrats classiques responsables y représentent 93 % de l'assiette totale déclarée. Le montant le plus important est déclaré par Harmonie Mutuelle

avec 2,66 Md€ suivie de la MGEN (2,21 Mds€). Le monde de la mutualité, malgré les mutations en cours, demeure très morcelé. On dénombre par ailleurs des mutuelles, généralement de petite taille, qui existent encore juridiquement mais qui sont substituées par des structures plus importantes. Dans la plupart des cas, leur déclaration est intégrée à celle de leur « substituable ».

Les redevables de TSA incluent également 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 2022**

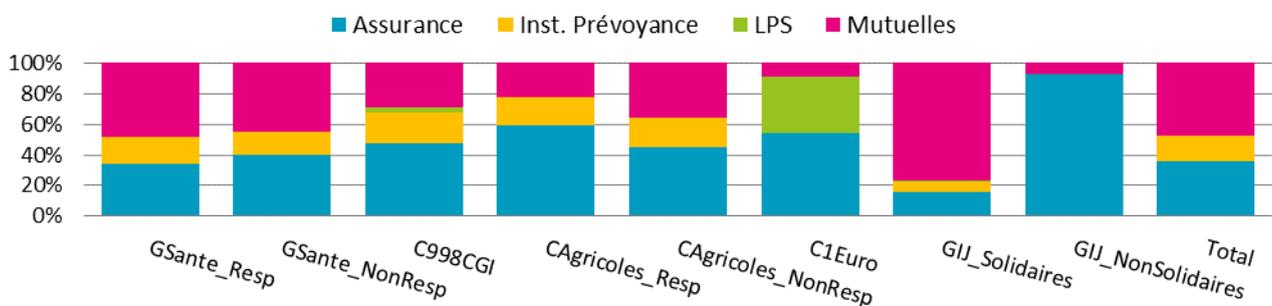


Lecture : 86 % de l'assiette déclarée par les assureurs correspondent à des garanties santé responsables et 4 % à des garanties santé non-responsables

Champ : tous redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de la TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

■ **Figure 5 – Part respective par nature d'OC au sein de chaque assiette constitutive de la TSA en 2022**



Note de lecture : 34 % du montant des garanties santé responsables sont déclarés par les assureurs ainsi que 59 % des montants relatifs aux contrats au premier euro

Champ : tous redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

III. LA FIABILISATION ET LE CONTRÔLE DE LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE

A. Les enjeux et les acteurs de la mission de fiabilisation et de contrôle

1. L'enjeu financier de la fiabilisation de la déclaration à la TSA

La fiabilisation de la déclaration à la TSA porte sur 6,4 Md€ en valeur absolue en 2022 et se répartit de la manière suivante selon les rubriques :

- Produit de TSA : 5,4 Md€
- Forfait patientèle médecin traitant : 328 M€
- Dépenses de C2S sans participation : 172 M€

- Dépenses de C2S avec participation : 361 M€, montant porté à 506 M€ en valeur absolue, si on prend en compte les participations payées par les assurés et les frais de gestion

En fiabilisant l'assiette de la TSA, on fiabilise simultanément les deux premières rubriques dont les bases de calcul sont identiques. Elles représentent de loin l'enjeu financier le plus important, soit 89 % de l'enjeu financier total.

2. Les acteurs intervenant dans le cadre de la mission de fiabilisation et de contrôle

Plusieurs acteurs interviennent dans le cadre de la TSA :

- L'URSSAF Île-de-France exploite les déclarations, assure le front office et le recouvrement. Elle est l'interlocutrice unique des organismes complémentaires sur ce champ ;

- L'URSSAF Caisse nationale pilote l'offre TSA, qui correspond à l'ensemble du bouquet de services offert aux usagers en matière de TSA, et assure la mission de fiabilisation des déclarations ;
- Les inspecteurs du recouvrement URSSAF contrôlent la TSA.

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

Source : URSSAF Caisse nationale

3. Le 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 DSS, s'assurer de l'exhaustivité des redevables sur la base de l'exploitation par cette dernière des parutions dans le Journal Officiel de République Française, concernant notamment les créations ou les suppressions d'organismes complémentaires intervenant dans le champ de la TSA et les agréments ;
- Interroger les organismes complémentaires observant des évolutions atypiques dans leurs déclarations. L'URSSAF Caisse nationale interroge systématiquement les organismes dont l'assiette enregistre une évolution significative en négatif ou positif sur la base de seuils d'alerte prédéterminés. En plus d'expliquer l'origine de l'évolution, les échanges avec les organismes complémentaires dans ce cadre ont également pour but de les accompagner dans l'appropriation des règles en vigueur. Ils permettent également de mieux appréhender les tendances de marché dont la TSA constitue l'indicateur le plus fiable ;
- Tracer les montants déclarés par les organismes complémentaires après leur disparition, par un suivi de la cohérence de l'évolution de la déclaration par l'organisme absorbant. Dans ces situations, le risque est important, dans la mesure où il concerne la totalité du montant déclaré l'année précédente par l'organisme complémentaire disparu ;
- Vérifier que les organismes complémentaires qui déduisent des montants de dépenses de C2S sans ou avec participation sont bien inscrits sur la liste des organismes complémentaires gestionnaires tenue par la DSS. La cohérence des montants déclarés est également examinée sur la base du coût moyen suivi par la DSS.

B. Les opérations de fiabilisation et de contrôle et leurs résultats

1. La fiabilisation de la TSA a permis de récupérer un montant de 4 M€ sur le champ de la contribution forfait patientèle médecin traitant en 2022

En 2022, 28 organismes complémentaires ont été interrogés sur l'évolution de l'assiette de la TSA qu'ils avaient déclarée. Cette fiabilisation a couvert 17 % de l'assiette et 8 % des redevables.

Sur la dernière période triennale, de 2020 à 2022, 25 % des redevables ayant déclaré 45 % de l'assiette ont été interrogés dans ce cadre⁴⁶. 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 que les évolutions importantes enregistrées par les organismes complémentaires, à la baisse ou à la hausse, sont justifiées et à leur donner l'opportunité de s'autocontrôler.

Sur le champ de la contribution forfait patientèle médecin traitant (FPMT), 73 organismes complémentaires ont été interrogés pour des écarts sur l'assiette FPMT par rapport à l'assiette de la TSA. Des

⁴⁶ 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

rectifications ont été effectuées par les organismes complémentaires concernés,

lesquelles ont permis de récupérer un montant net de contribution de 4 millions d'euros.

■ **Tableau 1 – 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 en % de l'assiette TSA 2020_2022 (*)
2016	12%	38%	
2017	11%	44%	
2018	11%	36%	
2019	8%	13%	
2020	15%	34%	45%
2021	8%	17%	
2022	7%	13%	

(*) cumul dédoublonné par OC sur trois ans (1 même OC 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 ayant déclaré 14 % 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 (faire coïncider la vérification de la TSA avec le contrôle du compte de l'employeur de l'organisme complémentaire) ;
- Dans le cadre des orientations du Plan d'Actions Nationales de Contrôle, un plan établi en commun avec la DRCPM de l'URSSAF Caisse nationale⁴⁷ est communiqué au réseau des URSSAF.

En 2022, les URSSAF ont clôturé 17 contrôles sur le champ de la TSA (rapports de contrôles déposés en 2022).

Ces contrôles ont porté sur 4 % des redevables de la TSA et sur 7 % de l'assiette de la TSA.

Sur la période triennale 2020-2022, les contrôles ont couvert 10 % des redevables et 14 % de l'assiette.

Les contrôles de la TSA clôturés en 2022 ont généré un montant total de régularisations de 6,10 M€ : 5,22 M€ de régularisations positives (redressements en faveur de l'Urssaf) et 0,88 M€ de régularisations négatives (restitutions en faveur des organismes complémentaires).

Au sein des régularisations positives, sur les trois dernières années, 98 % ont pour origine l'assiette de la TSA.

⁴⁷ Auparavant, ce plan était établi en commun avec le Fonds de la complémentaire santé solidaire, disparu en 2021.

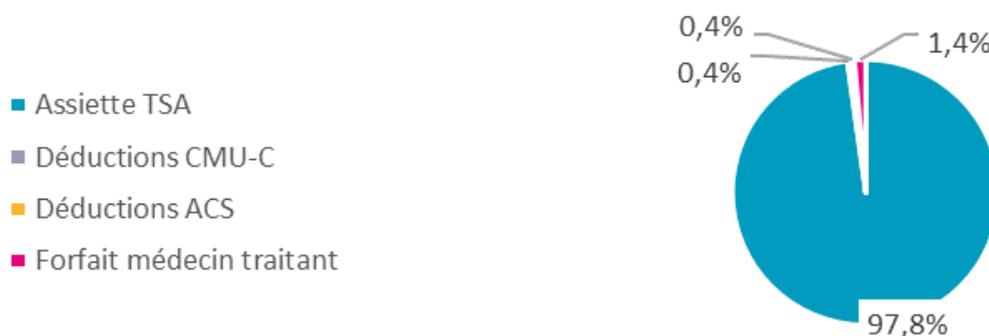
■ **Tableau 2 – Le contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA**

Année	Champ couvert par les contrôles URSSAF		
	En % du Nbre de redevables de la TSA	En % de l'assiette TSA	En % de l'assiette TSA (cumul 2020-2022) (*)
2016	4%	7%	
2017	3%	12%	
2018	5%	18%	
2019	3%	12%	
2020	3%	6%	14%
2021	3%	1%	
2022	4%	7%	

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

Source : URSSAF Caisse nationale

■ **Figure 1 – Répartition des montants des redressements positifs selon l'objet du contrôle sur la période 2020 – 2022**



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.

ANNEXES

Plafonds de ressources et tarifs des contributions financières applicables à la C2S

Plafonds de ressources au 1^{er} avril 2023⁴⁸ :

Métropole

Nombre de personnes dans le foyer	C2S gratuite		C2S avec participation financière	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	9 719 €	810 €	13 120 €	1 093 €
2	14 578 €	1 215 €	19 680 €	1 640 €
3	17 494 €	1 458 €	23 616 €	1 968 €
4	20 409 €	1 701 €	27 533 €	2 296 €
<i>Par personne en +</i>	3 887 €	324 €	5 248 €	437 €

Départements d'Outre-mer

Nombre de personnes dans le foyer	C2S gratuite		C2S avec participation financière	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	10 817 €	901 €	14 603 €	1 217 €
2	16 225 €	1 352 €	21 904 €	1 825 €
3	19 470 €	1 623 €	26 285 €	2 190 €
4	22 716 €	1 893 €	30 666 €	2 556 €
<i>Par personne en +</i>	4 327 €	361 €	5 841 €	487 €

*Les moyennes mensuelles sont fournies à titre indicatif

⁴⁸ Les plafonds de ressources sont revalorisés chaque année le 1^{er} avril en fonction de l'indice des prix à la consommation hors tabac.

Montants de la C2S avec participation financière par assuré couvert :

Métropole et départements d'Outre-mer

Âge au 1er janvier de l'année d'attribution de la C2S	Montant mensuel	Montant annuel
29 ans et moins	8 €	96 €
30 à 49 ans	14 €	168 €
50 à 59 ans	21 €	252 €
60 à 69 ans	25 €	300 €
70 ans et plus	30 €	360 €

Alsace-Moselle

Âge au 1er janvier de l'année d'attribution de la C2S	Montant mensuel	Montant annuel
29 ans et moins	2,80 €	33,60 €
30 à 49 ans	4,90 €	58,80 €
50 à 59 ans	7,30 €	87,60 €
60 à 69 ans	8,70 €	104,40 €
70 ans et plus	10,50 €	126 €