Cour des comptes

LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ : UN SYSTÈME TRÈS PROTECTEUR MAIS PEU EFFICIENT

Communication à la commission des affaires sociales
de l'Assemblée nationale

Juin 2021

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES **5**

SYNTHÈSE **7**

RECOMMANDATIONS **15**

INTRODUCTION **17**

CHAPITRE I UNE COUVERTURE DE LA POPULATION PAR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ÉTENDUE ET DE HAUT NIVEAU, AU PRIX D'UNE FORTE COMPLEXITÉ **19**

I - LE CHOIX SINGULIER DE S'APPUYER SUR LES ASSURANCES MALADIE COMPLÉMENTAIRES **19**

A - Une situation originale de la France par rapport aux autres pays européens ..... **Erreur ! Signet non défini.**

B - Malgré la protection offerte par l'assurance maladie obligatoire, un rôle déterminant joué par les complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé 19

II - DES DISPOSITIFS D'ENCOURAGEMENT ET UN ENCADREMENT DE PLUS EN PLUS MARQUÉS, AUX RÉSULTATS NÉANMOINS CONTRASTÉS **26**

A - Un empilement de dispositifs législatifs visant à favoriser la couverture de la population par une complémentaire santé 31

B - Une mise en place de contrats responsables aux effets insuffisants 36

C - Une réforme du 100 % santé visant à réduire les restes à charge des ménages, avec des premiers résultats décevants 40

III - LA CONSTRUCTION SANS CESSE REMANIÉE D'UN DISPOSITIF PUBLIC SPÉCIFIQUE POUR LES PLUS FRAGILES **50**

A - La CMU-C : une complémentaire santé gratuite 50

B - L'ACS : une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, dispositif complexe mais en amélioration 51

C - La CSS : des efforts de simplification par l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS 56

D - Une couverture de plus en plus étendue des populations fragiles financièrement 57

IV - UN CUMUL DE DISPOSITIFS PEU LISIBLE, MAIS QUI ABOUTIT À UN RESTE À CHARGE MOYEN POUR LES MÉNAGES TRÈS FAIBLE **62**

CHAPITRE II UNE COUVERTURE GLOBALEMENT COÛTEUSE, PARFOIS INÉQUITABLE, QUI LAISSE DE CÔTÉ UNE PART NON NÉGLIGEABLE DE LA POPULATION **67**

I - UN SYSTÈME COÛTEUX ET PEU EFFICIENT **67**

A - Des dépenses publiques considérables, qui devraient continuer à augmenter 67

B - Des coûts de gestion élevés pesant sur l'efficience du système 74

II - UN SYSTÈME EN PARTIE INÉQUITABLE **85**

A - Des effets contrastés des assurances de base et complémentaires 85

B - Un dispositif de complémentaires santé avant tout favorable aux salariés du secteur privé 88

III - DES FRAGILITÉS SPÉCIFIQUES À LA CSS, DISPOSITIF PUBLIC COMPLEXE ET INÉGALEMENT PROTECTEUR **97**

A - Une complexité des conditions de ressources qui ne facilite pas la lutte contre les fraudes 98

B - La persistance de refus et de renoncement aux soins, malgré un état de santé des bénéficiaires plus dégradé 101
C - Un dispositif laissant de côté des populations fragiles, malgré les nombreuses actions de l'assurance maladie obligatoire 108

IV - TROIS SCÉNARIOS ALTERNATIFS POUR UNE REFONTE PLUS STRUCTURELLE D'UN SYSTÈME COÛTEUX, INEFFICIENT ET EN PARTIE INÉQUITABLE 112

A - Le bouclier sanitaire 113
B - Un nouveau partage des rôles entre les assurances maladie publique et privée 115
C - Une régulation accrue des complémentaires santé 116

CONCLUSION GÉNÉRALE 121

LISTE DES ABRÉVIATIONS 123

ANNEXES 125

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance institutionnelle** des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

⁂

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, par lettre du 10 décembre 2019, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête portant sur « la couverture complémentaire santé ». Cette demande a été acceptée par le Premier président le 16 décembre 2019 (cf. annexe 1).

L'Assemblée nationale a souhaité qu'un focus particulier soit réalisé sur la couverture santé complémentaire, ainsi que sur le fonds qui en avait alors la gestion. Cela a amené la Cour à étudier plus particulièrement les thèmes suivants :

- les différentes mesures mises en œuvre par le législateur afin de couvrir la population par une complémentaire santé, qu'elle soit privée ou publique (complémentaire santé solidaire) ;
- la couverture complémentaire solidaire, tant en ce qui concerne son montant que le nombre et le profil des bénéficiaires et l'évolution de leurs dépenses de santé ;
- le non-recours aux soins, les cas de non-respect des tarifs, de refus et de renoncements aux soins et les actions mises en place afin de les réduire ;
- la réforme du « 100% santé », tant dans sa dimension de coût, d'évolution des comportements, que de son respect par les professionnels de santé ;
- la gestion du Fonds de la complémentaire santé solidaire (Fonds CSS).

L'enquête a été notifiée le 3 juin 2020 à la présidente du conseil d'administration et à la directrice du Fonds CSS, ainsi qu'aux directions de la sécurité sociale (DSS), générale de la cohésion sociale (DGCS), de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), du budget, de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, à la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), à la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) d'Ile-de-France, à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) ainsi qu'au conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD).

Ont, également, été sollicités l'union nationale des organismes complémentaire d'assurance maladie (Unocam), la fédération française de l'assurance (FFA), le centre technique des institutions de prévoyance, la fédération nationale de la mutualité française, des représentants d'usagers (France Assos-santé) et de consommateurs (UFC-Que choisir), ainsi que des professionnels des principaux secteurs dans lesquels interviennent les complémentaires santé (fédération nationale des opticiens de France, rassemblement des opticiens de France et syndicat des audioprothésistes).

Des visites ont par ailleurs été menées au sein des services gestionnaires de la complémentaire santé solidaire de quatre caisses primaires d'assurance-maladie, du Gard, de la Meurthe et Moselle, de la Somme et de la Seine-Saint-Denis.

Un relevé d'observations provisoires a été communiqué aux fins de contradiction à cinq destinataires par courrier du 2 février 2021.

⁂

Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête de la Cour, a été délibéré le 9 avril 2021 par la sixième chambre, présidée par M. Morin, président de chambre, et composée de M. de La Guéronnière, conseiller maître étant contre-rapporteur, MM. Houdebine, Burckel, Rabaté, Seiller, Fourrier et Viola, Mmes Hamayon et Carrère-Gée, conseillers maîtres, M. Guégano conseiller maître en service extraordinaire, le rapporteur étant M. Samyn, rapporteur extérieur.

Le présent rapport a été examiné et approuvé, le 11 mai 2021, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, MM. Terrien, Morin, Andréani, Charpy, Gautier, Mme Podeur, présidents de chambre, Mme Camby, rapporteure générale du comité et Mme Hirsch, Procureure générale, entendue en ses avis.

Synthèse

Dans le cadre de la mission d'assistance de la Cour des comptes prévue par l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a demandé à la Cour des comptes un rapport sur les complémentaires santé, avec un regard particulier sur la complémentaire santé solidaire et sur le Fonds de la complémentaire santé solidaire.

La Cour, dans un chapitre du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016 intitulé « La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir » ainsi que dans un rapport public thématique de novembre 2017 portant sur « l'avenir de l'assurance-maladie » a déjà eu l'occasion de s'exprimer sur l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Quatre pistes avaient été explorées dans ces publications. La première envisageait l'instauration d'une obligation de souscription d'une assurance complémentaire, afin de mener à son terme la généralisation de la couverture complémentaire à l'ensemble de la population (aujourd'hui couverte à 96 %). La seconde recommandait la mise en place d'un « bouclier sanitaire » visant à plafonner, en fonction de leurs revenus, le reste à charge des assurés après intervention de l'assurance-maladie obligatoire. La troisième préconisait de resserrer le panier de soins remboursables, avec par exemple, l'abandon du remboursement des médicaments à service médical rendu faible, en contrepartie d'un renforcement du niveau de prise en charge de certains soins essentiels. Enfin, la quatrième suggérait le transfert complet aux complémentaires santé des risques dont elles assument déjà l'essentiel du financement (optique, prothèses dentaires, audioprothèses). La Cour a également eu l'occasion de se prononcer sur les dispositifs d'aide en faveur des publics défavorisés (couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – ACS) dans le cadre d'une communication au Sénat en 2015. L'évolution de la situation comme les réformes d'ampleur menées depuis lors dans ces domaines amènent la Cour à se pencher à nouveau sur ces questions.

Une imbrication étroite des assurances maladie obligatoire et complémentaire permettant une mutualisation très élevée des dépenses de santé

Pour limiter les restes à charge de la population résultant de la couverture du risque maladie par un système assurantiel, la France n'a pas choisi, comme la plupart de ses voisins, dont l'Allemagne, de mettre en place un système de plafonnement des dépenses annuelles de santé des ménages, souvent dénommé « bouclier sanitaire ».

Le législateur a plutôt multiplié les dispositifs d'exonération des frais de santé (tickets modérateurs en ville et à l'hôpital, forfait journalier hospitalier), en faveur notamment des patients souffrant d'affections de longue durée (ALD – 11 millions de personnes, en augmentation de près de 300 000 chaque année), des titulaires de pensions d'invalidité (1,3 million de personnes) et de rentes AT-MP (1,3 million pour le seul régime général), ainsi

que des femmes enceintes ou ayant donné naissance à un enfant. Il résulte de ces mesures un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire, qui s'accroit en outre structurellement du fait du vieillissement de la population et de la prévalence des pathologies chroniques qui en découle (78,2 % en 2019 contre 76,3 % en 2012).

Le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire apparaît en conséquence limité. Il a atteint 620 € en moyenne annuelle en 2017, en légère progression en euros courants par rapport à 2012 (510 €). Toutefois, cette moyenne masque d'importantes disparités, en fonction de l'âge mais aussi des pathologies ou des accidents de santé, puisque le reste à charge annuel dépasse 3 700 € pour 1 % des patients. Même les personnes qui bénéficient des dispositifs d'exonération, y compris celles qui souffrent d'ALD, ne sont pas totalement protégées.

Aussi, le législateur a favorisé le développement des assurances complémentaires santé afin d'améliorer l'accès aux soins. Celles-ci interviennent en complément de l'assurance maladie obligatoire dans tous les domaines, même si elles privilégient les champs les moins bien couverts par cette dernière comme l'optique, les soins dentaires et les audioprothèses. Elles jouent en outre un rôle indispensable en matière d'hospitalisation, où les règles complexes de prise en charge peuvent aboutir au niveau individuel à des restes à charge élevés et aléatoires, comme l'a encore rappelé la crise de la covid 19.

Une complémentaire santé généralisée, obligatoire pour les salariés du privé, facultative pour les autres

Pour que les assurances complémentaires soient effectivement souscrites par le plus grand nombre possible de français, le législateur a eu recours à de nombreuses mesures incitatives. Il a même rendu obligatoire, en contrepartie d'allègements des prélèvements sociaux et fiscaux, la couverture des salariés du secteur privé. La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, faisant suite à un accord national interprofessionnel (ANI) de janvier de la même année et entrée en vigueur le 1er janvier 2016, ne s'est toutefois pas tant traduite par une forte augmentation du nombre de personnes couvertes, estimée autour de 1 point, soit 200 000 salariés et moitié moins que l'estimation de l'étude d'impact, que par la substitution d'une couverture collective à une couverture individuelle. Ce mouvement s'est fait en faveur des salariés, qui bénéficient ainsi de garanties supérieures aux contrats individuels responsables tout en acquittant des cotisations moindres, du fait notamment de leur prise en charge par l'employeur à hauteur de 58 % en moyenne, au-delà de l'obligation légale de 50 %. Des différences persistent cependant en fonction de la taille des entreprises. Certains salariés précaires ou basculant dans le chômage, même si leur situation s'est améliorée, ne bénéficient pas autant que les autres de cette couverture, dont le coût est pourtant élevé (2 Md€ pour les entreprises et une charge pour les finances publiques qui n'a pas été mesurée précisément, mais que l'étude d'impact de la loi annonçait comme du même ordre de grandeur).

Les autres catégories d'actifs bénéficient de déductions fiscales, comme les indépendants, ou d'une moindre taxation de leurs contrats, comme les agriculteurs, voire d'aides de leur employeur, comme les agents publics. Ces derniers bénéficieront prochainement d'une extension de l'obligation de couverture, dont le terme a été fixé par l'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique à 2024 pour la fonction publique d'État et à 2026 pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale.

L'ensemble de ces dispositifs, auxquels s'ajoute la complémentaire santé solidaire, permet à 96 % de la population d'être couverte par une complémentaire santé.

Une complémentaire santé de plus en plus encadrée, au service de la couverture la plus large des dépenses de santé, avec une préoccupation croissante de limiter les abus

Pour s'assurer de la contribution des complémentaires santé à la réduction des dépenses restant à la charge des ménages et éviter les abus pouvant découler du haut niveau de prise en charge de certaines dépenses de santé (inflation de certaines prestations et biens, dépenses dont les fondements sont plus esthétiques que médicaux), le législateur a cherché à les réguler de plus en plus étroitement. Il a d'abord mis en place des contrats « responsables » qui, en contrepartie d'une moindre taxation, obligent les complémentaires à prendre en charge les tickets modérateurs, c'est à dire les dépenses restant à payer après l'intervention de l'assurance maladie obligatoire. Pour éviter une surenchère du prix des prestations prises en charge, les montants des remboursements ont été plafonnés. Ces plafonds s'appliquent à l'optique et aux dépassements d'honoraires. Les résultats de ces contrats en la matière apparaissent cependant mitigés.

La réforme du 100 % santé, entrée progressivement en vigueur en 2019, 2020 puis 2021, a renforcé cette démarche. Elle a défini, dans les trois principaux domaines dans lesquels les restes à charge, malgré l'intervention forte des complémentaires santé, demeuraient conséquents, c'est à dire l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, des paniers de biens et de prestations à prix et caractéristiques prédéterminés faisant l'objet d'une prise en charge intégrale. Cette réforme s'est traduite par un réinvestissement important de l'assurance maladie sur des champs qu'elle avait eu tendance à abandonner au profit des complémentaires santé, à rebours d'un des scénarios préconisés par la Cour, qui visait à recentrer l'intervention de l'assurance maladie obligatoire par le transfert de certains champs (optique notamment) vers les assurances complémentaires.

Le déploiement de cette réforme a été contrarié par la crise de la covid 19. Ses premiers résultats laissent cependant d'ores et déjà présager certaines difficultés.

Dans le dentaire, l'absence d'obligation pour les chirurgiens-dentistes de pratiquer les actes du panier 100 % santé pourrait ainsi en limiter la portée, d'autant que le contenu du panier n'est pas aussi favorable qu'auraient pu l'espérer les patients, ce qui les conduit, pour les interventions sur certaines dents, les molaires notamment, à choisir majoritairement les prestations des paniers modérés ou à tarifs libres qui ne sont pas entièrement prises en charge.

Dans l'optique et, dans une moindre mesure, l'audioprothèse, les professionnels ne font l'objet d'aucune obligation de promouvoir des équipements dont les marges sont, par nature, resserrées. Cela ne devrait donc pas favoriser leur commercialisation, ce que semblent

corroborer les premières données rassemblées par la Cnam, qui devront toutefois être confirmées dans la durée.

L'équilibre financier de la réforme pourrait, au vu des premiers mois d'application, ne pas respecter les projections initiales, ce qui est susceptible d'avoir des conséquences sur le niveau des cotisations que les assurés règlent à leurs complémentaires santé.

Des mesures correctrices sont néanmoins envisageables. Tout d'abord, la réforme a souffert d'une imparfaite communication auprès du grand public, sans doute à attribuer au fait que celle-ci a été mise en œuvre de manière quasi concomitante avec le déclenchement de la crise de la covid 19. Elle gagnerait donc à être renouvelée et amplifiée. Ensuite, la promotion du tiers payant intégral, synonyme d'absence de toute avance de trésorerie pour le patient, désormais prévue par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 à compter du 1er janvier 2022, devrait favoriser le recours aux paniers 100 % santé. Enfin, une meilleure information quant aux remboursements proposés par les complémentaires santé sur l'ensemble des paniers faciliterait la bonne appropriation par les assurés de la réforme, en leur permettant de choisir de manière éclairée le panier le plus approprié à leurs besoins. Sur cette question de l'information des assurés et de la lisibilité des garanties offertes par les complémentaires, la volonté du législateur semble en effet avoir été jusqu'à maintenant ignorée.

La complémentaire santé solidaire, un système public indispensable pour les personnes les plus fragiles financièrement qui, combiné avec les complémentaires santé privées, permet d'assurer un haut niveau de protection de la population

L'existence d'importants restes à charge après l'intervention de l'assurance maladie obligatoire et le choix subséquent de s'appuyer très fortement sur les assurances privées pour couvrir les dépenses de santé ont conduit à développer un dispositif spécifique pour les personnes ayant de faibles revenus, moins enclines de ce fait à assurer la couverture de leurs frais de santé par la souscription volontaire de garanties d'assurances privées.

Destiné aux ménages aux revenus les plus faibles, notamment les bénéficiaires du RSA, ce dispositif, appelé à l'origine couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), prend la forme d'une couverture complémentaire gratuite. Celle-ci a été complétée après quelques années par une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), destinée aux revenus situés dans une tranche au-dessus de celle de la CMU-C, ce qui permet notamment de prendre en charge les bénéficiaires du minimum vieillesse. Le plafond de revenus nécessaire pour bénéficier de l'ACS a été fixé quelques points en deçà du seuil de pauvreté.

Jugée complexe, l'ACS a fait l'objet d'une première réforme qui, destinée à encadrer ses tarifs et ses garanties, s'est traduite par la définition de trois catégories de contrats (A, B, C), du plus abordable, mais moins protecteur, au plus onéreux. En dépit de ses effets positifs, cette évolution n'a pas permis de résoudre l'ensemble des difficultés dont souffrait l'ACS. En novembre 2019, le législateur l'a donc refondue et intégrée dans la CMU-C, renommée à cette occasion complémentaire santé solidaire (CSS). Le passage de l'ACS à la CSS s'est traduit, chez certains bénéficiaires, par une augmentation de leur participation financière, néanmoins compensée par un niveau de couverture supérieur.

Les bénéficiaires de la CSS se voient désormais proposer, sans contrepartie pour les bénéficiaires de l'ex-CMU-C et à un prix modéré (mais croissant avec l'âge, comme c'est le

cas pour l'assurance privée) pour ceux de l'ex-ACS, une couverture complémentaire complète, très similaire à celle qui couvre le reste de la population depuis la réforme du 100 % santé.

Le législateur n'a pas uniquement souhaité renforcer les garanties offertes par la CSS. Il a également entendu accroitre le nombre des personnes qui peuvent y prétendre. Les plafonds d'éligibilité n'ont ainsi cessé d'être rehaussés, permettant à 7,0 millions de personnes, soit 10,5 % de la population, d'être couvertes.

Le système français de prise en charge des frais de santé – assurance maladie obligatoire, assurances privées complémentaires et complémentaire santé solidaire pour les personnes socialement les plus fragiles – permet d'assurer à l'ensemble de la population une protection très étendue et d'un niveau élevé, avec un reste à charge des ménages, après intervention de l'assurance maladie complémentaire et de la CSS, en nette réduction et le plus faible en moyenne des pays de l'OCDE (6,9 % de la consommation de soins et de biens médicaux – CSBM – en 2019, contre 9,7 % en 2001).

Un système coûteux

Le haut niveau de couverture permis par les complémentaires santé s'avère coûteux ; 10 Md€ y sont consacrés au titre des dépenses publiques liées à la CSS et des dépenses fiscales et sociales en faveur de la couverture de la population par une assurance complémentaire privée. Ces dépenses devraient en outre continuer à augmenter, ne serait-ce qu'en raison de la hausse du nombre des bénéficiaires de la CSS et de la transformation de l'ACS en CSS contributive. Ces derniers voient désormais l'intégralité de leurs dépenses de santé remboursées, alors qu'ils ne bénéficiaient jusque-là que d'une réduction de leurs cotisations à une complémentaire santé. À elle-seule, la CSS atteint d'ores et déjà un coût de 2,6 Md€, hors prise en compte des dépenses de gestion administrative de l'assurance maladie pour l'instruction des dossiers. Ces frais de gestion risquent pourtant de s'accroitre eux-aussi, à moins que les développements informatiques nécessaires à la bonne mise en œuvre des nouveaux dispositifs, trop longtemps reportés, soient enfin finalisés, et que l'assurance maladie utilise les données rassemblées dans le dispositif ressources mutualisé (DRM), mis en place pour assurer le calcul des aides au logement en fonction des revenus contemporains.

Le législateur a mis en place une taxe affectée, la taxe de solidarité additionnelle (TSA), dans l'objectif de faire financer la couverture complémentaire santé des ménages les plus pauvres par les ménages qui souscrivent des garanties d'assurance, soit obligatoires dans le cadre collectif de l'entreprise, soit facultatives à titre individuel. Le contrôle de cette taxe est cependant compliqué par l'existence de multiples sous-assiettes. La disparition du Fonds CSS, organisée par la LFSS pour 2021, pourrait à cet égard faciliter l'évasion de la taxe si la surveillance que cet organisme exerçait sur les assurances complémentaires n'est pas relayée par les Urssaf, qui prendront la suite de cette mission.

La TSA s'avère dynamique, avec un rendement excédant 5 Md€. Elle ne finance pas uniquement la CSS, la moitié de ses recettes est dans les faits attribuée à la Cnam et donc à l'assurance maladie obligatoire. Cette fiscalité s'ajoute aux coûts de gestion de l'assurance complémentaire, qui dépassent désormais ceux de l'assurance maladie obligatoire, malgré des dépenses remboursées six fois inférieures. Les champs ne sont, il est vrai, pas totalement comparables. Le secteur de la complémentaire santé demeure beaucoup plus morcelé que les régimes de base obligatoires, ce qui rend malaisée la réalisation d'économies d'échelle, d'autant

que la liberté de choix laissée aux assurés engendre des frais particuliers. Ainsi, sur les 7,5 Md€ de frais de gestion engagés par elles en 2018, près de 3 Md€, soit 40 %, concernaient l'acquisition de nouveaux clients. Une part des frais d'administration résulte par ailleurs des règles prudentielles que doit respecter le secteur assurantiel privé. Les marges d'action de ce secteur sont par ailleurs limitées, faute de disposer de réels pouvoirs de régulation des dépenses, leur union, l'Unocam, ne disposant que d'un pouvoir consultatif auprès du ministre chargé de la sécurité sociale.

Or, sauf exception (forfait journalier hospitalier et chambre individuelle notamment), les assurances complémentaires prennent en charge des dépenses qui le sont également par l'assurance obligatoire. De ce fait, il y a superposition de dépenses de gestion administrative sur de mêmes flux de dépenses de prestations. C'est ce qui rend le système, pris dans son ensemble, particulièrement coûteux en frais de gestion.

Un système en partie inégalitaire

L'organisation ainsi retenue s'avère en outre pour partie inéquitable, même si elle demeure globalement redistributive, compte tenu du poids en son sein de l'assurance maladie obligatoire. Les complémentaires santé offrent en effet des conditions inégales à leurs assurés. Les salariés du secteur privé, qui jouissent déjà en général d'un meilleur état de santé, bénéficient en outre d'un rapport entre le niveau des garanties et le prix de leur contrat très favorable, grâce au poids de leur entreprise ou de leur branche dans les négociations avec les organismes complémentaires, en majorité des institutions de prévoyance. Tel n'est pour l'instant pas le cas des agents publics ni, *a fortiori*, des inactifs (retraités, chômeurs, personnes sans activité professionnelle), qui sont avant tout pris en charge par des mutuelles. Ces derniers, et plus particulièrement les personnes âgées, font face à des coûts parfois très conséquents, résultant d'une tarification majoritairement liée à l'âge. La situation est particulièrement difficile pour les personnes dont les revenus dépassent de peu le plafond de ressources de la CSS.

Un dispositif public qui n'atteint qu'imparfaitement ses cibles

D'autres fragilités concernent spécifiquement la CSS. Bien que l'état de santé des personnes qu'il couvre soit proportionnellement plus dégradé que le reste de la population, ce dispositif n'a pas permis de faire disparaître les renoncements aux soins. En outre, les refus de soigner de la part des professionnels de santé, bien qu'interdits, perdurent faute d'être dûment sanctionnés.

La CSS, comme la CMU-C et l'ACS avant elle, est accordée pour une durée d'un an. Son renouvellement doit être demandé chaque année par des personnes inactives dont, souvent, la situation ne connaît pas d'évolution notable, sans que les outils mis en place pour alléger cette tâche n'aient encore fait la preuve de leur efficacité. Bien que l'assurance maladie ait développé de nombreux instruments pour accroitre le recours des intéressés au dispositif, en mettant en place des outils (téléservice), des actions d'identification et des opérations de simplification (renouvellement automatique, comme par exemple pour les bénéficiaires du minimum vieillesse depuis juin 2016), ses résultats sont au mieux modestes. Le taux de recours à la CSS a en effet peu évolué. Il n'excèderait guère les 60 %, chiffre qui serait à porter à près de 70 % en tenant compte des personnes éligibles qui disposent déjà d'une couverture complémentaire, individuelle

ou collective. Ce taux de recours reste en tout état de cause très éloigné des 96 % de couverture de la population obtenu par les assurances complémentaires santé.

Des faiblesses qui appellent des évolutions significatives

Ces multiples faiblesses peuvent, en partie, être corrigées par différentes mesures. La Cour formule plusieurs recommandations en ce sens. Elles ne résolvent toutefois pas, ou pas totalement, les problèmes mis en évidence par les développements précédents, ce qui ouvre la perspective, pour y répondre plus complètement, de choix plus structurants.

La Cour n'a pas souhaité trancher entre des options qui peuvent changer le rôle des acteurs publics et privés et modifier la liberté de choix des assurés. Elle s'est néanmoins attachée à présenter plusieurs scénarios, actualisés par rapport à ceux qu'elle avait présentés en 2016 et 2017, qui ont pour point commun de rationaliser l'articulation globale du système assurantiel, en conservant dans certains cas le rôle actuel des acteurs, assurances de base et complémentaires, en en faisant évoluer plus ou moins profondément la répartition dans d'autres.

Ces pistes peuvent prendre plusieurs directions : substituer à l'organisation actuelle un système de plafonnement par rapport aux revenus des dépenses restant à la charge des assurés pour un panier de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire par la voie d'un bouclier sanitaire ; désimbriquer les interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire, tout en veillant à ce que cette dernière régule les champs qui lui seraient ainsi intégralement transférés ; approfondir la régulation existante, en assurant une transparence accrue des offres, afin de permettre aux entreprises et aux particuliers de les mettre en concurrence de façon plus éclairée, tout en encadrant le niveau des frais de gestion, voire le prix des garanties elles-mêmes.

De telles évolutions feraient apparaître des gagnants et des perdants. Elles ne seraient donc à envisager que de manière progressive, afin de laisser aux acteurs le temps de s'adapter aux nouvelles règles qu'aura, le cas échéant, choisi de définir le législateur.

Recommandations

Recommandations générales :

1. Prendre sans délai l'arrêté d'application de la loi portant information sur les remboursements proposés par les complémentaires santé et contrôler sa bonne application (*DSS*).
2. Augmenter la périodicité et élargir le champ des études menées par la Drees portant sur la CSS à la consommation de soins de ses bénéficiaires par rapport à ceux qui n'en disposent pas, en neutralisant les impacts des différences d'âge, de sexe et de prévalence de pathologies (*Drees*).
3. Procéder, après trois années de mise en œuvre, au bilan de la réforme du 100 % santé (*DSS*).

Recommandations de simplification :

4. Dans le cadre de la réforme des minima sociaux, homogénéiser l'assiette de la CSS sur celle du revenu universel d'activité (*DSS*).
5. Expérimenter, en s'appuyant sur les données rassemblées dans le dispositif ressources mutualisé mis en place dans le cadre de la réforme des aides au logement, tout en veillant à conserver la liberté de choix quant à l'organisme gestionnaire de la couverture santé :

   - l'attribution automatique de la CSS pour les bénéficiaires du RSA et des autres minimas sociaux (ASS, ASI, AAH et Aspa), sauf décision contraire de leur part ;

   - le renouvellement automatique de la CSS pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI, pour les étudiants boursiers et pour les retraités modestes, (*DSS, Cnam*).

Introduction

Dans le cadre de la mission d'assistance de la Cour des comptes prévue par l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a demandé à la Cour des comptes un rapport sur les complémentaires santé.

La sécurité sociale a fêté ses 75 ans le 4 octobre 2020. L'ambition portée par ses concepteurs était de « *garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain*, (…) », selon l'article 1er de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale[1].

Pour parvenir au haut niveau de protection contre le risque maladie recherché par ses fondateurs, le modèle français n'a pas opté pour un système de plafonnement des dépenses de santé restant à la charge des assurés après intervention de l'assurance de base, contrairement à d'autres pays européens comme l'Allemagne. Le législateur s'est plutôt appuyé, en plus de dispositifs particuliers tels que les affections longues durées (ALD), sur les complémentaires santé pour prendre en charge les restes à payer des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Afin d'y parvenir, il a été amené à multiplier les mesures incitatives, tout en encadrant de plus en plus étroitement les assurances complémentaires, de manière à s'assurer de leur égale participation au système ainsi mis en place. Ces mesures n'ont toutefois pas permis, à elles seules, de résoudre le problème de la couverture des populations financièrement les plus fragiles, les moins à mêmes de faire face au coût d'une assurance santé complémentaire. Le législateur a donc institué un dispositif public, progressivement perfectionné et récemment réformé, la complémentaire santé solidaire (CSS). Le système ainsi mis en place permet d'offrir un très haut niveau de protection de la population, parmi les meilleurs de l'OCDE.

Pour autant et malgré ces très bons résultats, cette organisation de la protection sociale fait face à des coûts de gestion élevés et s'avère source d'inégalités de couverture, y compris au détriment des publics les plus fragiles. Pour résoudre ces difficultés, au-delà de mesures de simplification, indispensables, des choix plus structurants s'ouvrent au législateur. La Cour, dans un chapitre du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016 intitulé « La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir » ainsi que dans un rapport public thématique de novembre 2017 portant sur « l'avenir de l'assurance-maladie » avait eu l'occasion d'explorer quatre pistes. La première prévoyait l'obligation pour tous de souscrire une assurance complémentaire, la seconde un « bouclier sanitaire », venant plafonner les restes à charge après intervention de l'assurance-maladie obligatoire, la troisième un resserrement du panier de soins remboursable et la quatrième un transfert complet aux complémentaires santé des risques dont elles assument déjà l'essentiel du financement. La Cour avait également eu l'occasion de se prononcer sur les dispositifs d'aide en faveur des publics défavorisés

[1] Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

(couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – ACS) dans le cadre d'une communication au Sénat en 2015. L'évolution de la situation comme les réformes d'ampleur menées depuis lors dans ces domaines amènent la Cour à se pencher à nouveau sur ces questions. Les scénarios présentés ont pour point commun de rationaliser l'articulation globale du système assurantiel, en conservant dans certains cas le rôle actuel des acteurs, assurances de base et complémentaires, en en faisant évoluer plus ou moins profondément la répartition dans d'autres.

Dans cette perspective, le présent rapport s'intéresse, dans une première partie, au niveau de couverture de la population contre le risque santé obtenu grâce à la forte imbrication des assurances maladie obligatoire et complémentaire. Il en analyse, dans une seconde partie, les limites.

Chapitre I

Une couverture de la population

par les complémentaires santé étendue

et de haut niveau, au prix d'une forte complexité

I - Le choix singulier de s'appuyer sur les assurances maladie complémentaires

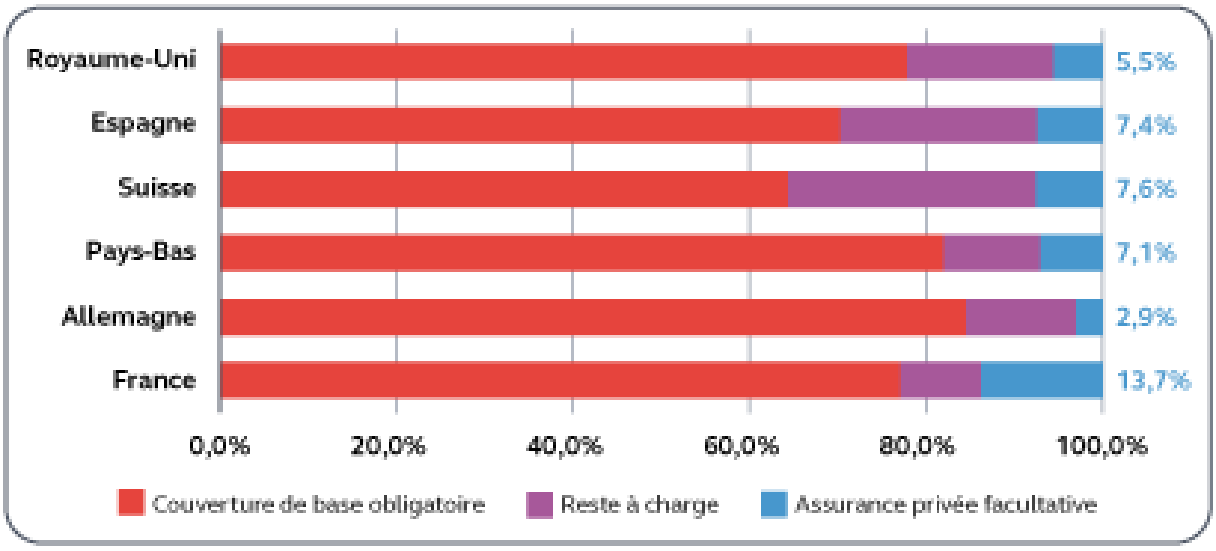
A - Malgré la protection offerte par l'assurance maladie obligatoire, un rôle déterminant joué par les complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé

Pour limiter les coûts auxquels les assurés doivent faire face, le législateur a choisi de s'appuyer sur les complémentaires santé, chargées, en complément de l'assurance maladie obligatoire, de réduire les restes à charge des assurés. Les complémentaires santé contribuent au remboursement de l'ensemble des postes de santé, y compris l'hospitalisation.

1 - Une place importante dans tous les domaines

Reflétant l'importance du rôle que le législateur a confié aux complémentaires santé, les dépenses qu'elles prennent en charge atteignent, en 2017, 13,7 % du total des dépenses de santé en France, soit entre deux (Pays-Bas) et près de cinq fois plus (Allemagne) que chez ses voisins, où l'assurance complémentaire se cantonne, pour l'essentiel, au remboursement de dépenses spécifiques (optique et dentaire).

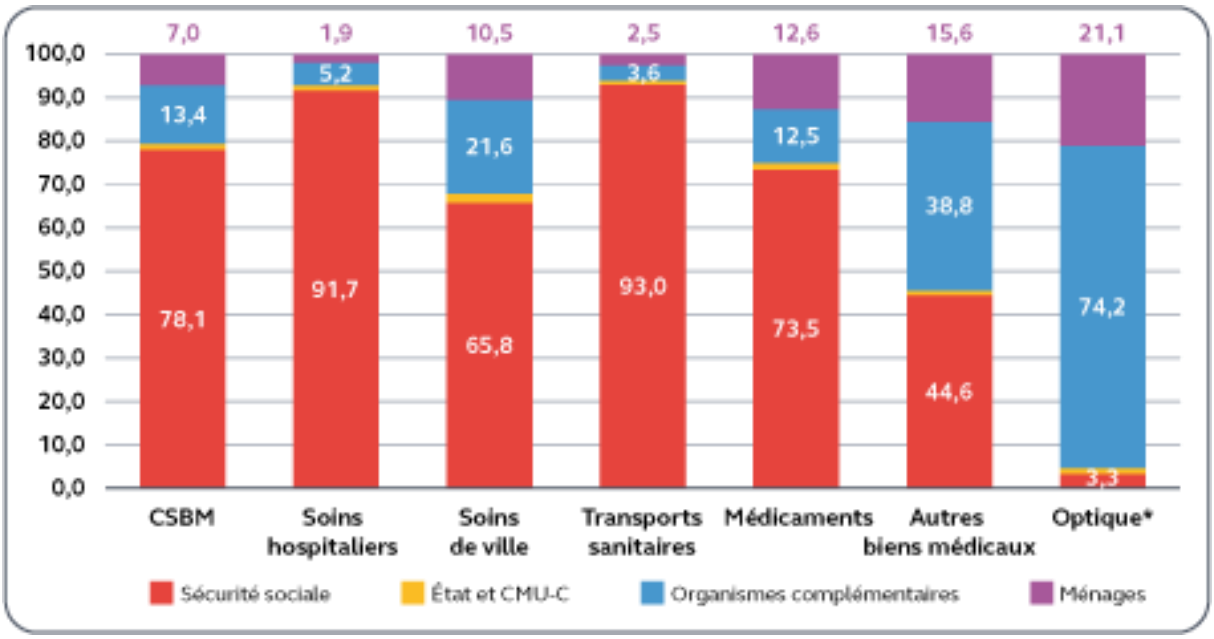
Graphique n° 1 : répartition de la dépense de soins par financeurs dans six pays européens en 2017



Source : Drees
Note : pour la France, la complémentaire santé financée par l'employeur a été incluse dans l'assurance privé facultative afin de disposer d'un périmètre comparable aux autres pays

En France, ce sont les champs les moins couverts par l'assurance obligatoire qui constituent les principaux domaines où l'assurance maladie complémentaire est présente, en particulier l'optique. Aucun domaine n'échappe toutefois à son intervention, même lorsque ses prises en charge sont très modestes, voire résiduelles, comme les transports de patients.

Graphique n° 2 : structure du financement des principaux postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2018



Source : Drees Les dépenses de santé en 2018, Edition 2019
Note : Le poste « optique » est inclus dans le poste « autres biens médicaux » et en représente 40 %*

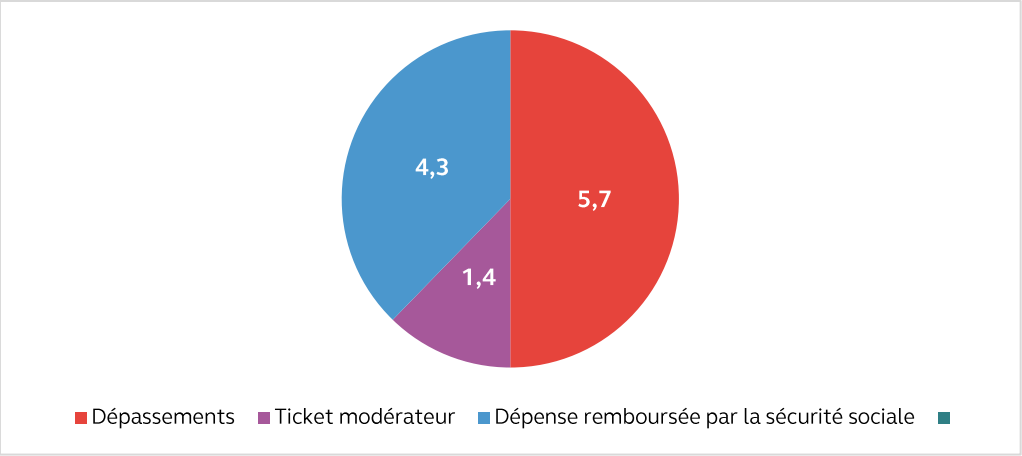
2 - Un rôle prépondérant dans les domaines de l'optique, du dentaire et des audioprothèses

Les développements qui suivent font apparaitre que l'optique, le dentaire et les audioprothèses constituent des champs privilégiés d'intervention des assurances complémentaires, même s'ils s'appuient sur des données datant d'avant la réforme du 100 % santé, qui s'est majoritairement déployée au cours de l'année 2020 (cf. *infra*).

a) Les soins dentaires

Les dépenses totales de soins dentaires s'élèvent à 11,4 Md€ (+ 18 % entre 2009 et 2018, soit 1,9 % par an) et se décomposent en prothèses dentaires, à tarif libre, et en soins conservateurs, aux tarifs opposables.

Graphique n° 3 : types de dépenses dentaires (en Md€) en 2018



Source : Drees
Note : Les dépassements sont constitués de la différence entre la dépense réellement facturée et la base de remboursement des prothèses dentaires, de la parodontologie et des implants. Détails en annexe 3.

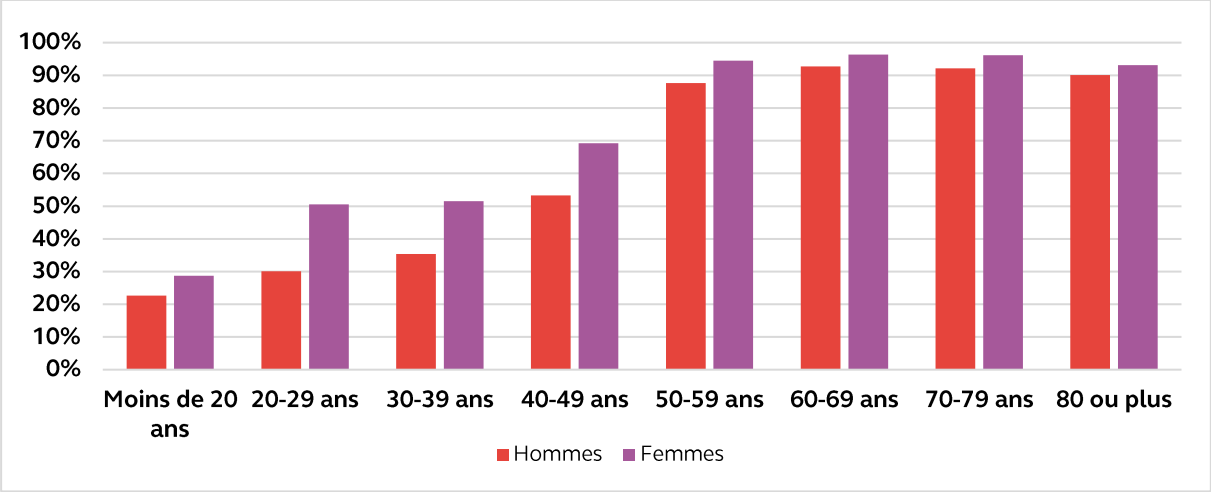
Si l'assurance complémentaire prend en charge 42 % de ce montant, l'assurance maladie obligatoire un tiers, le solde, soit 25 %, est assumé par les patients[2].

b) L'optique

L'optique concerne une large part de la population, qui s'équipe majoritairement après 40 ans. Une fois la première dépense intervenue, celle-ci devient récurrente ; l'aléa se résume à la perte ou au bris du matériel et à l'évolution de la correction.

[2] Soit pour une couronne céramo-métallique d'un prix médian de 535 €, un reste à charge de 134 €.

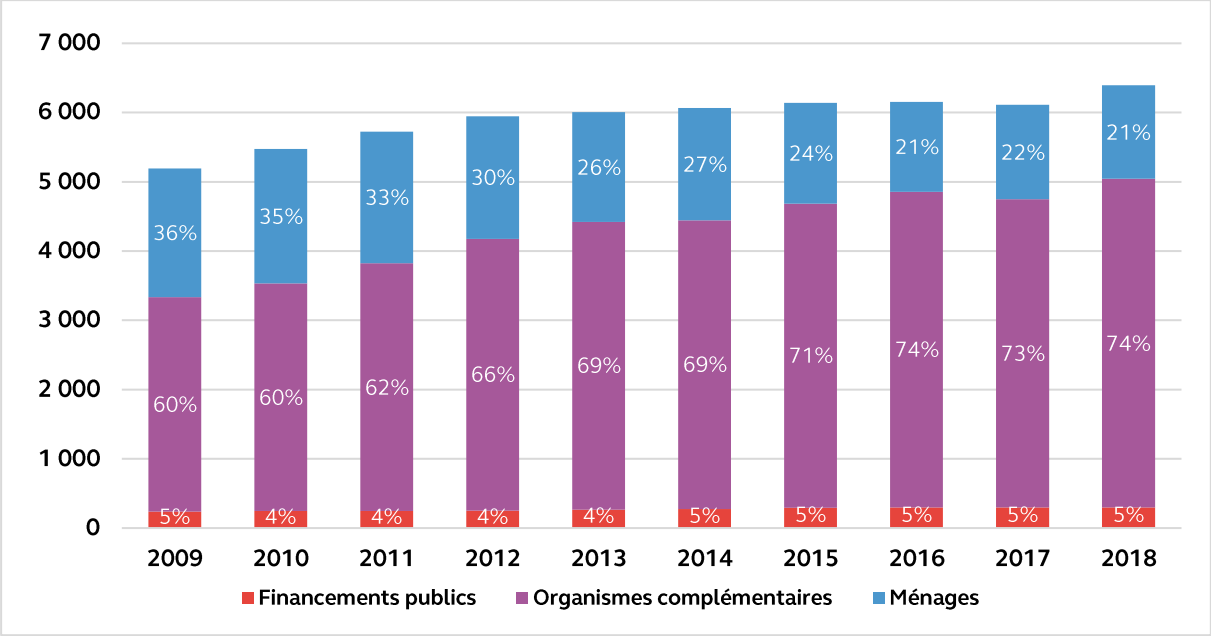
Graphique n° 4 : part des personnes déclarant porter des lunettes ou des lentilles



Source : Drees, études & résultats n° 881, juin 2014[3]

La consommation d'optique s'élève à 6,4 Md€ (+ 23 % entre 2009 et 2018, soit 2,3 % par an), financée à 74 % par les assurances complémentaires.

Graphique n° 5 : consommation d'optique médicale par financeur (en % et en M€)



Source : Drees, Les dépenses de santé en 2018

L'assurance maladie obligatoire n'occupe qu'une place très modeste (5 %), laissant aux ménages un reste à charge de 21 %.

[3] Des données plus récentes figurent dans le rapport 2016 de l'observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale, mais ne présentent pas le même degré de finesse que celles-ci.

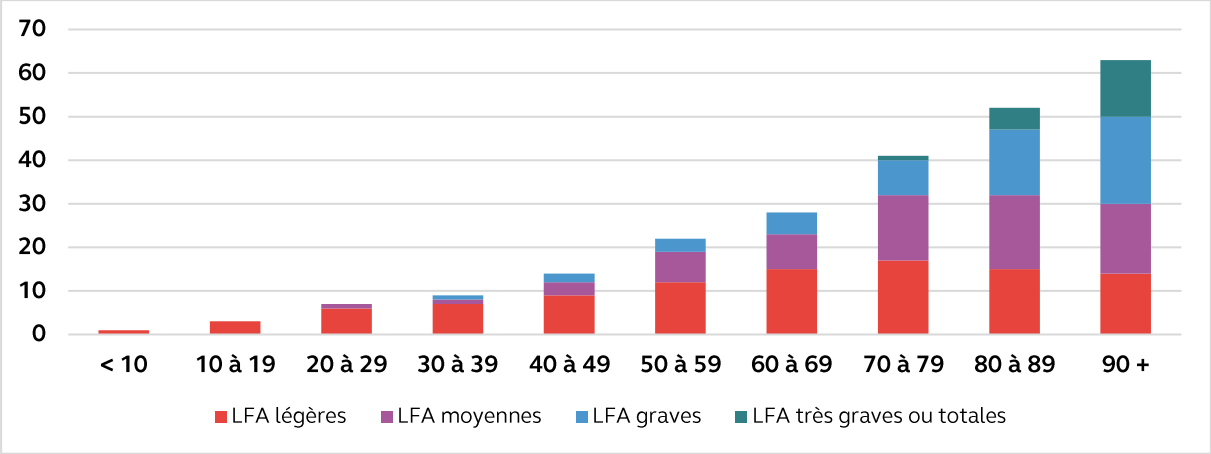
c) L'audioprothèse

Le marché de l'audioprothèse est d'une moindre taille que celui du dentaire et de l'optique. Les dépenses y approchent le milliard d'euros, marquées par des prix d'équipements élevés (en moyenne de 1 560 € en 2016) mais par des effectifs concernés limités (0,6 % de la population cette même année).

Comme pour l'optique, le besoin en équipement croit avec l'âge. Très faible avant 70 ans, avec moins de 5 % des personnes souffrant de limitations graves et très graves, il s'élève ensuite très rapidement pour atteindre 20 % de la population des 80-89 ans et plus de 30 % des personnes de 90 ans et au-delà.

L'assurance maladie complémentaire prend en charge 34 % des dépenses, contre 13 % pour l'assurance maladie obligatoire, laissant un fort reste à charge pour les patients (53 % – les complémentaires remboursant généralement moins de 1 000 € pour une paire d'audioprothèses).

Graphique n° 6 : pourcentage des personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives selon l'âge et la gravité par rapport à la population générale, en 2014



Source : Drees, études et recherches n° 131, août 2014, « Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé »
Note : LFA : limitations fonctionnelles auditives – Cette étude n'a pas été reconduite depuis 2014, il n'existe donc pas de données actualisées, autres que pour les personnes âgées de plus de 60 ans (Drees, études & résultats, n° 1065, juin 2018)

3 - Une intervention paradoxalement substantielle pour les dépenses hospitalières

Même si, comme l'indique le graphique n° 4, la part des dépenses prises en charge par les complémentaires est modeste en moyenne pour les soins hospitaliers, son intervention s'avère indispensable en raison des disparités et de l'opacité, due à la complexité des règles de prise en charge, des restes à charge dans ce secteur.

Les séjours hospitaliers donnent lieu à la facturation :

- d'un forfait journalier hospitalier, au titre des frais d'hébergement, d'un montant de 20 € par jour (15 € en psychiatrie) ;

- d'un ticket modérateur de 20 %. Celui-ci n'est, cependant, pas facturé en cas d'ALD ou pour les jours passés au-delà de 30 jours en hospitalisation, pour les actes thérapeutiques d'un coefficient supérieur à 60 ou d'un montant supérieur à 120 € (règle de la « participation forfaitaire » : le patient se voit demander une participation forfaitaire de 24 €).

Une base de facturation qui diverge selon les établissements

Le tarif sur lequel le ticket modérateur s'applique varie en fonction de la catégorie juridique de l'établissement.

Pour les cliniques privées, il s'agit du groupe homogène de séjour (GHS) qui représente le prix du séjour hospitalier.

Pour les établissements publics et les établissements non lucratifs, c'est un tarif journalier de prestation (TJP) qui s'applique. Ce tarif est fixé, sous le contrôle des agences régionales de santé (ARS), par les établissements eux-mêmes. Il peut donc différer d'un hôpital à l'autre pour une même intervention[4]. Afin de limiter l'impact de ces différences pour les assurés, la LFSS pour 2020[5] a substitué, au 1er janvier 2021, des tarifs nationaux journaliers de prestation (TNJP) aux TJP. Ces nouveaux tarifs serviront de base de tarification à l'ensemble des établissements des secteurs des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la psychiatrie[6].

Le champ de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) demeure, en partie, à l'écart de ce mouvement de convergence, puisque seuls les établissements publics et les établissements non lucratifs s'appuieront sur les TNJP, à l'exception des cliniques[7] qui continueront à se baser sur les GHS.

- et, éventuellement, à d'autres frais (chambre individuelle, en cas d'exigence particulière du patient ou compléments de rémunération, notamment pour dépassement d'honoraires).

Une étude récente, qui s'appuie sur les données de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)[8], met en évidence, sur le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), que ces dispositions entrainent, masqués par une moyenne relativement basse de 248 €, des restes à charge qui s'échelonnent entre 18 € et 20 000 €.

[4] Cette différence peut d'ailleurs conduire à ce que le coût global soit supérieur à 100 % du séjour (80 % du GHS payé par l'assurance maladie obligatoire + 20 % TJP dont le montant peut s'avérer supérieur aux 20 % de GHS facturés par les cliniques privées).

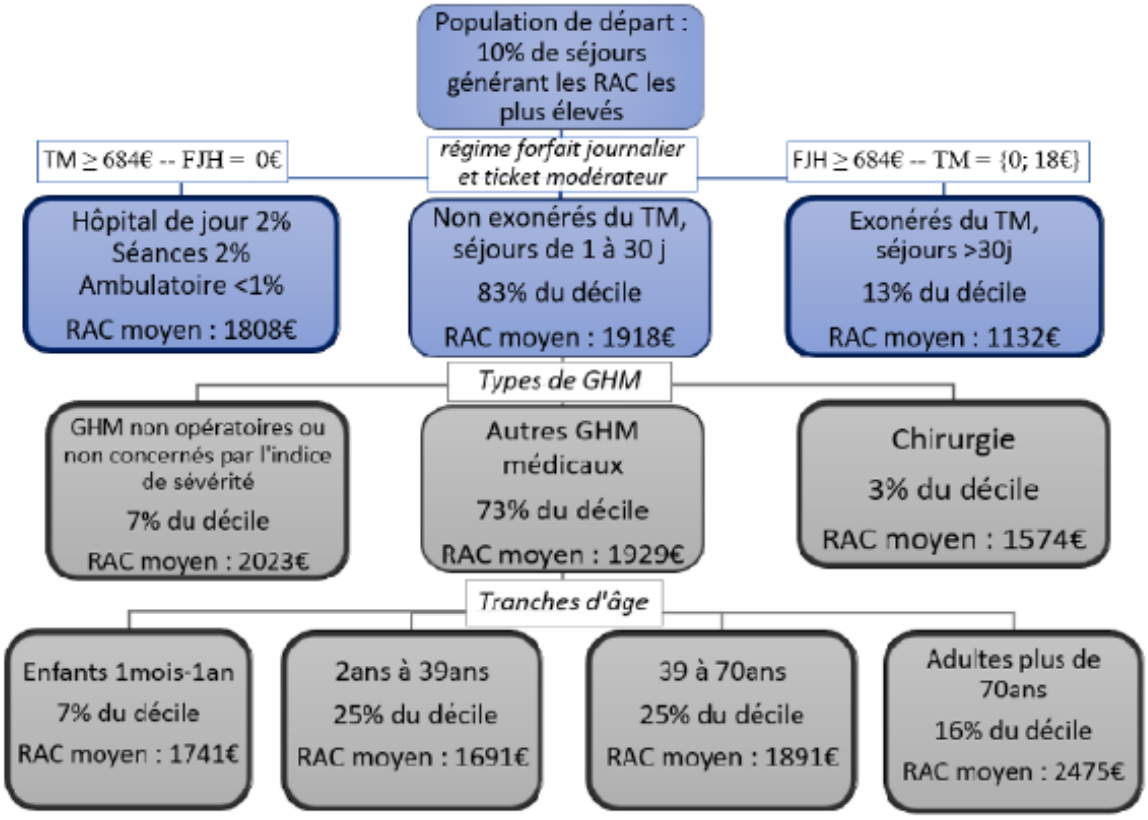
[5] Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

[6] La loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a reporté la mise en place des TNJP pour le SSR et la psychiatrie, ainsi que pour le MCO au 1er janvier 2022. Un coefficient de transition d'une durée de 4 ans est, par ailleurs, prévu pour les établissements publics et privés non lucratifs (relevant de l'échelle tarifaire ex-DG du champ MCO) afin d'atténuer les effets revenus.

[7] Les cliniques représentent 35 % des séjours hospitaliers dans le champ MCO.

[8] Hospital Innovation Economics (Hospinomics), « *Les restes à charge hospitaliers - Analyses sur données de l'AP-HP* » publiée le 13 juin 2020.

Graphique n° 7 : classification des séjours du 10ème décile de restes à charge bruts, en 2016



Source : Hospital Innovation Economics (HOSPINOMICS)
Note : le 10ème décile signifie que sont étudiés uniquement les 10 % de restes à charge les plus élevés ; RAC : reste à charge ; TM : ticket modérateur ; FJH : forfait journalier hospitalier ; GHM : groupe homogène de malades. Parmi les 10 % des restes à charge les plus élevés, 16 % correspondent aux adultes de plus de 70 ans (pour une moyenne de 2 475 €), ayant été hospitalisés en médecine, pour des séjours n'excédant pas 30 jours, sans avoir pu bénéficier d'exonération du ticket modérateur.

Les séjours donnant lieu à exonération du ticket modérateur (ALD, participation forfaitaire) conduisent à une facturation moyenne de 94 €, alors que ceux qui ne le sont pas font l'objet d'une facturation atteignant une moyenne de 785 €.

Les restes à charge se concentrent sur les âges élevés, qui se montent pour les patients de plus de 70 ans à 2 475 € en moyenne.

Une analyse plus fine permet de mettre en évidence que les restes à charge les plus importants concernent surtout les séjours en médecine (85 % des séjours du décile de reste à charge le plus élevé), alors que 8 % seulement d'entre eux concernent des séjours en chirurgie, ce qui témoigne du caractère imparfaitement protecteur de la règle de participation forfaitaire, qui s'applique essentiellement aux actes de chirurgie.

Cette dispersion, et l'importance de certains de ces montants, sont régulièrement à l'origine de propositions de refonte globale, la dernière émanant du directeur général de

l'AP-HP[9]. Un premier mouvement vient d'être amorcé dans le champ des urgences, la LFSS pour 2021[10] substituant un forfait au ticket modérateur pour les passages non suivis d'une hospitalisation[11]. Cette évolution reste toutefois limitée. Elle ne remet pas en cause le fait que les séjours hospitaliers, imprévisibles et subis, peuvent s'avérer extrêmement coûteux, rendant presque indispensable, sauf à bénéficier de la CSS, la souscription d'une complémentaire santé.

B - Une situation originale de la France par rapport aux autres pays européens

1 - L'absence en France de plafonnement annuel des dépenses de santé après intervention de l'assurance maladie obligatoire

Plusieurs systèmes de prise en charge des prestations de soins coexistent en Europe. Dans les pays à dominante beveridgienne (Royaume-Uni, pays nordiques), le système de santé, public, prend directement en charge les soins. Ils sont prodigués par des acteurs publics ou privés, mais liés à l'autorité de santé par un cahier des charges contraignant (« *general practitioners* » contractuels) ou par le mode de rémunération des professionnels de santé (directement en tant que salariés ou par un financement à la capitation comme dans les pays nordiques). Dans les pays à dominante bismarckienne (Allemagne, Benelux, Suisse, France), le système s'appuie au contraire sur une offre de soins libérale, payante, même si l'hôpital public peut y occuper, particulièrement en France, une place importante. Les dépenses de santé y sont partout prises en charge en tout ou partie par des caisses d'assurance maladie, publiques dans la majeure partie des pays.

Pour faire face à l'accroissement des dépenses de santé, de plus en plus de pays ont toutefois, dans un double objectif de rigueur budgétaire et de responsabilisation des patients, introduit des mécanismes de participation financière, à l'origine de restes à charge plus ou moins conséquents.

Ainsi, en France, la participation financière des ménages aux dépenses de santé a pris initialement la forme d'un ticket modérateur à taux unique de 20 % sur l'ensemble des dépenses remboursables. Il avait initialement pour objet de laisser un champ d'activité aux mutuelles, anciennes gestionnaires des assurances sociales mises en place par une loi de 1930, avant de servir à responsabiliser les assurés sociaux.

[9] Le directeur général, à la suite des polémiques entourant la facturation à des tarifs jugés excessifs de séjours de réanimation de malades de la covid, demande à simplifier le dispositif, ce qui passerait par la prise en charge de ces frais par la seule assurance maladie obligatoire, constatant que la facturation et son suivi mobilise 1 500 personnels administratifs et génère un niveau significatif d'impayés (68 M€ en 2018), en l'absence de solvabilité de certains patients ne disposant pas du tiers payant ou n'étant pas couverts par une assurance complémentaire, les moins à même de financer cette dépense.

[10] Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

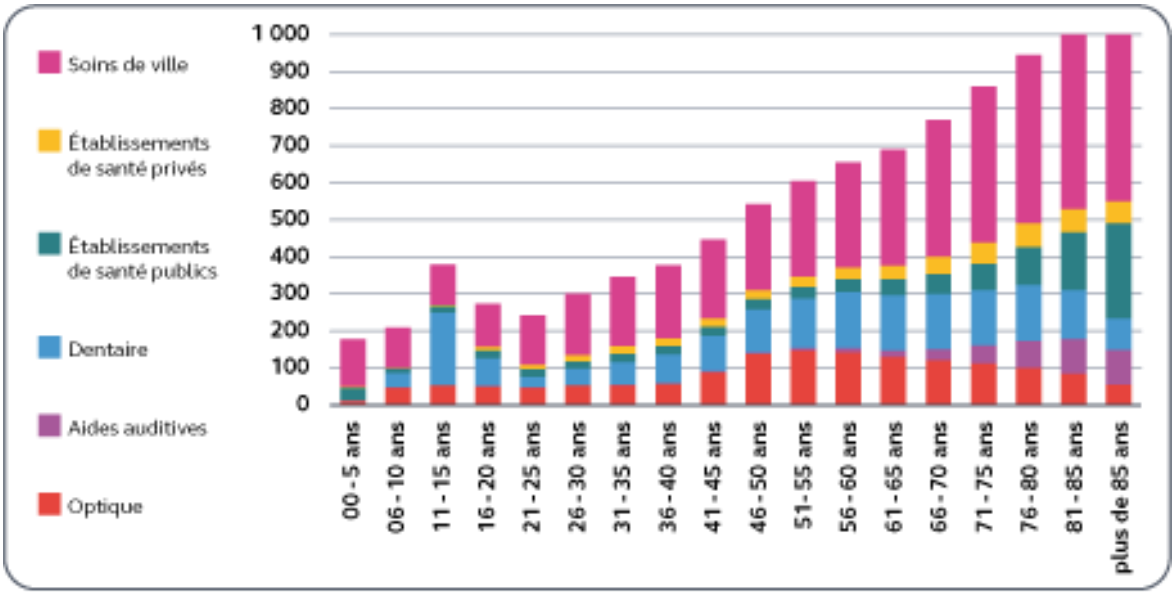
[11] Forfait patient urgences (FPU) de 18 € qui s'appliquera à compter du 1er septembre 2021.

Le ticket modérateur s'est, ensuite, progressivement complexifié en se différenciant en fonction de la nature des dépenses. Sept taux distincts (de 20 % à 85 %)[12] s'appliquent aujourd'hui aux assurés. Au ticket modérateur se sont ajoutées des participations (1 € pour les consultations de médecins, les actes de radiologie et les analyses biologiques), des franchises (0,5 € par boîte de médicament et par acte paramédical et 2 € par transport sanitaire) non remboursées par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que, à l'hôpital, un forfait journalier, destiné à couvrir les frais liés à l'hébergement et passé progressivement de 3 € à sa création (20 francs) à 20 € aujourd'hui (15 € en établissement psychiatrique).

Certaines dépenses de santé font, par ailleurs, l'objet d'un remboursement limité par des tarifs de prise en charge, ou bases de remboursement, décorrélés du prix effectivement payé par l'assuré. C'est particulièrement le cas de l'optique et de l'audioprothèse, très faiblement couverts par l'assurance maladie obligatoire.

Ces mesures ont eu pour effet d'augmenter le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Celui-ci a atteint, en 2017, 620 € en moyenne annuelle, alors qu'il était de 510 € en 2012[13]. Ce montant moyen masque cependant de fortes disparités. Il est en particulier plus élevé pour les personnes les plus âgées.

Graphique n° 8 : reste à charge en € après intervention de l'assurance maladie obligatoire, par tranche d'âge (2017)



Source : Drees, études & résultats n° 1171, novembre 2020

[12] Taux pour les soins à l'hôpital (ce taux sera remplacé par un forfait pour les passages en urgence non suivis d'une hospitalisation); taux pour les médecins de ville ; taux pour les auxiliaires médicaux en ville ainsi que pour les analyses médicales et les dispositifs médicaux ; trois taux pour les médicaments selon le service médical rendu ; Taux pour les transports sanitaires et pour les cures thermales.

[13] Donnée 2017 : source Drees, études & résultats n° 1171, novembre 2020 ; Donnée 2012 : source : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre IV La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir* in, septembre 2016

Pour 1 % des personnes ayant consommé des soins remboursables, le reste à charge dépasse même 3 700 €[14]. La crise de la covid 19, à l'origine de facturations parfois très onéreuses, pouvant atteindre plusieurs milliers d'euros pour des séjours en réanimation, a fourni récemment un nouvel exemple de ces disparités.

Confrontés au même type de difficultés et afin de maintenir un niveau de protection suffisant de leur population contre le risque de maladie, plusieurs pays ont choisi de plafonner le montant maximal annuel des restes à charge par l'introduction de filets de sécurité, prenant la forme d'un plafond annuel de dépenses ou d'une franchise annuelle, couvrant tout ou partie des biens et prestations de santé.

Tableau n° 1 : plafond annuel de dépenses à la charge des ménages dans cinq pays européens

Pays	**Montant, typologie et composition du plafond annuel**	**Biens exclus du panier plafonné de prise en charge**
Allemagne	Plafond de 2 % du revenu annuel des ménages (1 % pour les malades chroniques)	Optique (sauf < 18 ans), prothèses dentaires, médicaments sans ordonnance
Belgique	Plafond annuel de dépenses de 477 € à 1 910 €, en fonction des revenus du ménage	Optique (sauf exception[15] et < 18 ans) et dépassements d'honoraires (nombreux dans le dentaire)
Pays-Bas	Franchise de 385 € – possibilité d'opter pour une franchise supplémentaire de 500 € en contrepartie de la diminution des cotisations dues au titre de la couverture santé.	Soins dentaires (sauf < 18 ans), optique
Suède	107 € (soins spécialisés) ; 219 € (médicaments) ; pas de plafond forfaitaire pour l'hospitalisation (coût limité à 10 € par jour, sauf pour les personnes < 20 ans ou > 85 ans : gratuit)	Soins dentaires (sauf < 23 ans) : en cas de coût élevé, toutefois, mécanisme de remboursement partiel (50 % si > 293 € ; 85 % si > 1 467€) et optique (hors < 23 ans)
Suisse	2 962 € (soins de ville et médicaments) ; pas de plafond pour l'hospitalisation (sauf pour les moins de 18 ans : 879 €, couvrant également les soins de ville et les médicaments).	Soins dentaires et optique (sauf < 18 ans)
France	**Aucun mécanisme de ce type[16]**	**Non applicable**

Source : Cour des comptes - Données 2018 pour la Suède (montants en couronnes convertis en euros 2020), 2019 pour la Belgique et les Pays-Bas, 2020 pour l'Allemagne et la Suisse (montants en francs suisses convertis en euros 2020)
Note : franchise : les dépenses de santé ne sont prises en charge qu'à partir du moment où, cumulées, elles dépassent le montant de la franchise. En deçà de ce montant, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. Il existe un seul mécanisme de plafonnement en France, qui s'applique aux participations financières et franchises qui ne peuvent excéder 50 € par an et par assuré

[14] Drees, études & résultats, n° 1171, novembre 2020. Données 2017.
[15] L'optique n'est pris en charge que pour les personnes souffrant d'importants troubles visuels (supérieur à +/- 8,25). Le renouvellement des lunettes n'est permis que tous les 5 ans (sauf évolution de la vue).
[16] La complémentaire santé solidaire peut néanmoins être considérée comme une forme de plafonnement, en ce qu'elle offre une couverture intégrale des dépenses de santé aux personnes aux faibles ressources financières (cf. *infra*).

2 - Des dispositifs de sécurité sociale protecteurs, mais qui n'empêchent pas des restes à charge élevés

La France n'a pas fait ce choix et n'a, par exemple, pas mis en place de « bouclier sanitaire ». Le législateur a préféré instaurer des mécanismes protégeant les personnes affectées des difficultés de santé les plus importantes et donc susceptibles de faire face à d'importants restes à charge. Bénéficient ainsi d'une exonération complète du ticket modérateur[17] les titulaires de pensions d'invalidité (soit 1,3 millions de personnes, tous régimes confondus, ou 2 % de la population) et de rentes AT-MP (1,3 million pour le seul régime général), ainsi que les femmes enceintes et ayant accouché. Le principal instrument concerne toutefois les affections de longue durée (ALD). Ce dispositif, créé en 1945, vise à permettre aux personnes victimes de maladies longues et coûteuses d'accéder plus facilement aux soins grâce à une exonération des tickets modérateurs qui, depuis 1987, est réservée aux seuls soins en rapport avec l'affection concernée. L'admission en ALD se fait sur critères médicaux et après accord d'un médecin conseil de l'assurance maladie. Les pathologies éligibles figurent sur une liste établie par décret. L'admission peut aussi être décidée au titre d'affections « hors liste »[18]. Le dispositif d'ALD a couvert, en 2018, 18 % des assurés du régime général, soit 11 millions de personnes. Ce nombre est en augmentation constante, de près de 300 000 nouveaux assurés chaque année.

Le taux de prise en charge des dépenses de santé des bénéficiaires d'une ALD par l'assurance maladie obligatoire est nettement supérieur à celui du reste de la population. Il a atteint en moyenne 91 % en 2017, contre 67 % pour les autres assurés[19]. Le vieillissement de la population et la prévalence accrue de maladies chroniques conduisent à ce qu'une part grandissante de la population remplisse les critères ouvrant droit au dispositif d'ALD. Ces évolutions contribuent au dynamisme de la couverture des dépenses de santé par la seule assurance maladie obligatoire, qui après avoir légèrement régressé jusqu'à un point bas en 2012, augmente depuis lors (78 % des dépenses en 2019 contre 76 % en 2012)[20].

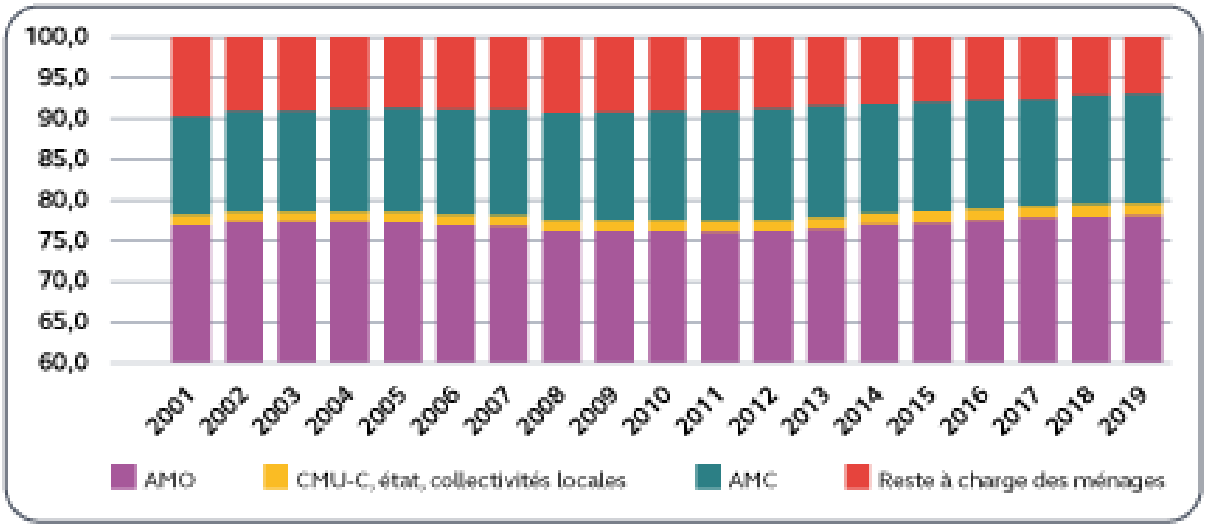
[17] Cette exonération n'est pas limitée à la pathologie concernée par l'invalidité. Elle ne couvre cependant pas les médicaments remboursés à 15 % et 30 %.

[18] Pathologies sur la liste : cancer, diabètes, hypertension artérielle sévère, affections psychiatriques, etc. ; hors liste : forme grave d'une maladie ou forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, comportant un traitement prolongé d'une durée supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse et poly-pathologies entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus pendant au moins six mois.

[19] Drees, études & résultats n° 1180, Janvier 2021.

[20] Drees, les dépenses en santé, 2020.

Graphique n° 9 : parts respectives des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires santé et les ménages



Source : Drees
Note : le graphique s'échelonne de 60 % à 100 %, réduisant optiquement la part de l'assurance maladie obligatoire (AMO)

Cette protection s'avère efficace, notamment chez les personnes âgées, puisqu'avec des dépenses de santé trois fois supérieures aux patients sans affection de longue durée, les restes à charge après assurance maladie obligatoire s'avèrent comparables[21].

Pour autant, elle ne protège pas totalement contre les restes à charge élevés[22]. Un des mécanismes principaux à l'origine de ce phénomène est le forfait journalier hospitalier, non pris en charge mais qui peut s'avérer coûteux en cas d'hospitalisation de longue durée.

La Drees met en évidence cinq profils parmi le 0,1 % des assurés qui font face aux restes à charge les plus élevés après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Celui qui est majoritaire (environ 40 %) regroupe des patients âgés, entre 55 ans et 85 ans, et exposés à des dépenses fréquentes en ville et à l'hôpital. La moitié d'entre eux bénéficient pourtant du dispositif d'ALD et 30 % sont même en poly-ALD, avec une majorité de tumeurs malignes, d'insuffisances cardiaques et de diabète. Le deuxième profil (20 % des effectifs) est majoritairement constitué de personnes en ALD hospitalisées pour des longs séjours. Les troisième et quatrième profils concernent moins les ALD que des personnes soumises pour d'autres raisons (aides auditives, dentaire et optique pour l'essentiel, honoraires de spécialistes) à de forts dépassements. Le cinquième profil regroupe des personnes âgées en fin de vie et sous traitements lourds (5 %), la moitié d'entre elles est en ALD, souvent au titre de plusieurs pathologies, dont la tumeur maligne.

[21] Drees, études & résultats n° 1180, janvier 2021.
[22] Ainsi, la Drees relève que « *malgré le dispositif ALD, pour près de 1 % de ses bénéficiaires, les [restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire] sont encore supérieurs à 4 900 euros annuels et composés en moyenne à 70 % de dépenses sans lien avec leur(s) affection(s)* ».

II - Des dispositifs d'encouragement et un encadrement de plus en plus marqués, aux résultats néanmoins contrastés

Tirant les conséquences du rôle des assurances complémentaires dans la limitation des restes à charge des ménages, le législateur a cherché à encourager leur souscription, en la rendant même obligatoire pour les salariés du secteur privé. Ils ont ensuite mis en place un encadrement renforcé pour limiter les restes à charge découlant de l'ensemble du système et pour lutter contre l'inflation du coût des prestations qui en est parfois résultée. Les résultats de ces dispositifs apparaissent sur certains points mitigés, même s'ils sont encore très précoces s'agissant de la réforme du 100 % santé.

A - Un empilement de dispositifs législatifs visant à favoriser la couverture de la population par une complémentaire santé

1 - La couverture des indépendants, des agriculteurs et des agents publics

La dite loi Madelin[23] du 11 février 1994 permet aux indépendants de déduire de leurs impôts sur le revenu les sommes dépensées au titre de leur couverture complémentaire santé. Quant aux agriculteurs, ils disposent d'un taux réduit de TSA sur les contrats responsables, (6,27 % pour les contrats responsables contre 13,27 %). cf. chapitre II.

Par la suite, la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique[24] a précisé que les employeurs publics pouvaient « *contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent* », à condition que leur participation soit « *réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre d'une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités* ».

La loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique[25], a cependant appelé à redéfinir « *la participation des employeurs (…) pour favoriser [la] couverture sociale complémentaire [des agents publics]* ». L'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique[26] prévoit d'ici 2024 (2026 pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale) une prise en charge à hauteur de 50 % des cotisations en faveur d'une complémentaire santé par les employeurs publics, après une première échéance fixée à 25 % en 2022. Le coût attendu, estimé à *« environ 30 euros [par agent] sur un total de 50 à 60 euros mensuels* », s'élèverait autour de 1,5 Md€, selon la fiche d'impact qui lui est annexée.

[23] Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.
[24] Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.
[25] Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.
[26] Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique.

2 - La couverture des salariés du privé par une complémentaire santé collective

a) Une volonté d'assurer la couverture la plus large aux salariés

Pendant longtemps, la complémentaire santé a constitué un instrument facultatif de la politique de ressources humaines des entreprises, principalement de grande taille. Une première exemption d'assiette des cotisations sociales (part employeur et salarié) a été mise en place dès 1979 par la loi du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale[27], au titre du financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance. La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013[28], qui fait suite à un accord national interprofessionnel (ANI) conclu en janvier de la même année, a par la suite rendu obligatoire depuis le 1er janvier 2016, en contrepartie d'avantages sociaux et fiscaux[29] (cf. chapitre II), la couverture de l'ensemble des salariés du secteur privé par une complémentaire santé collective, comportant un socle de garanties et financée au moins pour moitié par l'employeur. Cette obligation souffre de peu d'exceptions, concernant essentiellement les particuliers employeur[30].

b) Des impacts plus nuancés selon les profils d'assurés

L'étude d'impact de la loi prévoyait la couverture de 400 000 salariés supplémentaires. Or, depuis son entrée en vigueur, 97 % des salariés du secteur privé[31] sont couverts par une complémentaire santé d'entreprise, alors qu'ils n'étaient que 74 % avant la réforme. Cependant, comme de nombreux salariés avaient déjà contracté des assurances individuelles, ils étaient déjà, en cumulant les contrats individuels et collectifs, 96 % à être couverts avant la réforme. Le gain net en termes de salariés couverts est donc d'un point, soit environ 200 000 salariés, ce qui est en deçà des estimations du législateur.

Il demeure, en outre, des exceptions à la couverture des salariés, touchant les plus précaires. Selon la Drees[32], 5 % des salariés apprentis ou en CDD déclaraient en effet en 2017, dernière année disponible, ne pas avoir de couverture complémentaire, tout comme 6 % des intérimaires et 12 % des personnes en contrats aidés.

Le coût était, quant à lui, estimé initialement à près de 2 Md€ pour les finances publiques et entre 2 et 3 Md€ pour les entreprises. Cette évaluation prenait non seulement en compte la couverture de salariés ne disposant jusqu'alors d'aucune protection complémentaire, mais aussi le coût lié à la prise en charge par les employeurs et l'État, sous forme de dépenses fiscales et

---

[27] Loi n° 79-119 du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale.

[28] Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

[29] Les primes versées par l'employeur au titre de la mutuelle ne sont pas soumises, dans la limite d'un plafond, aux cotisations patronales. Les cotisations versées par les salariés sont déductibles de leurs revenus. Par contre, les cotisations patronales (qui ne peuvent être inférieures à 50 % du montant de la prime) sont soumises à l'impôt sur le revenu, en tant qu'avantages en nature.

[30] Il existe également des dispenses pour les bénéficiaires de la CSS, pour les personnes déjà couvertes par une autre complémentaire santé, notamment d'un autre membre de la famille, pour les personnes en contrat à durée déterminée de moins de trois mois, en contrat de mission ou en apprentissage, ainsi que pour les personnes à temps très partiel (moins de 15 heures par semaine), pour lesquelles le coût de la complémentaire santé dépasserait 10 % du montant de leur rémunération.

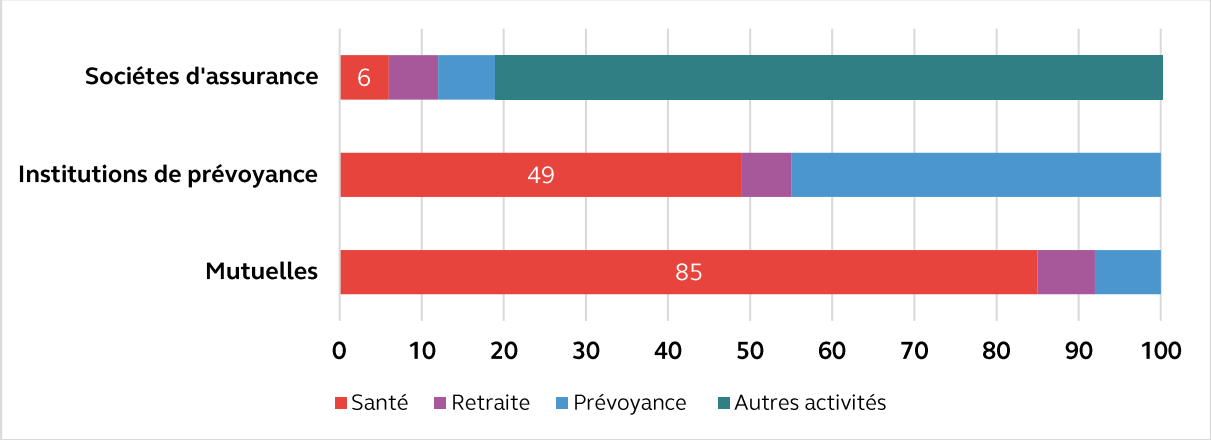
[31] Source : Drees.

[32] Drees, études & résultats n° 1166, octobre 2020. Selon la Drees, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise aurait avant tout bénéficié aux salariés précaires, plus présents dans les entreprises de petite taille qui offraient moins souvent une telle couverture.

sociales, de la couverture collective de salariés couverts jusqu'alors à titre individuel. S'agissant des entreprises, le bilan qu'il peut en être tiré, en s'appuyant sur les échantillons constitués par la Drees, donne un coût de 2 Md€[33] soit dans la fourchette basse des prévisions du législateur. L'abandon des clauses de désignation a pu influer sur ce coût, en modulant plus fortement le niveau des couvertures collectives[34]. Ce calcul par échantillon ne peut toutefois pas être réalisé pour les finances publiques. Seul le coût total des dépenses fiscales et sociales, ne prenant donc pas en compte l'effort financier antérieur à la généralisation de la complémentaire d'entreprise, est connu. Il atteindrait 6 Md€, une donnée toutefois estimée sur des bases anciennes (cf. chapitre II).

Au-delà de ses effets intrinsèques, cette réforme a pu, par ailleurs, s'avérer pénalisante pour les personnes qu'elle n'a pas couvertes. Celles-ci se retrouvent en effet relativement isolées d'un point de vue assurantiel et sont donc regroupées dans des portefeuilles de risques moins favorables, qui conduisent les assurances santé à leur appliquer des cotisations plus élevées. C'est particulièrement vrai des personnes âgées, à l'origine de fortes dépenses de santé et qui sont, pour l'essentiel, couvertes par des contrats individuels (cf. chapitre II)

Graphique n° 10 : activités exercées par les organismes complémentaires



Source : Drees, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires, édition 2020
Note : Retraites : retraites supplémentaires, préretraite et indemnités de fin de carrière (hors gestion des régimes AGIRC-ARRCO qui sont des régimes de retraite complémentaires obligatoires) ; Autres activités : assurance automobile, habitation, responsabilité civile, assurance vie.

[33] Couverture par une complémentaire collective de 22 % de salariés en plus, soit 4,3 M de salariés (chiffres Insee 2019, incluant les salariés des particuliers employeurs) pour un coût moyen mensuel de 37,7 € (chiffre Drees).

[34] Le projet de loi prévoyait la possibilité de pérenniser la pratique fréquente des clauses de désignation contraignant les entreprises à souscrire un contrat auprès de l'organisme désigné par la branche à laquelle elles appartiennent, dans le souci de favoriser la mutualisation des risques. De telles clauses pouvaient cependant être considérées comme un frein à la concurrence entre assureurs (cf. l'avis 13-A-11 du 29 mars 2013 de l'Autorité de la concurrence), avec le risque de situations de rentes. Le Conseil constitutionnel a tranché le débat et a censuré ce dispositif, par une décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, limitant ainsi les mécanismes de mutualisation aux seules entreprises choisissant de suivre les recommandations, non contraignantes, de leur branche.

Un marché de plus en plus dominé par les sociétés d'assurance et les groupes

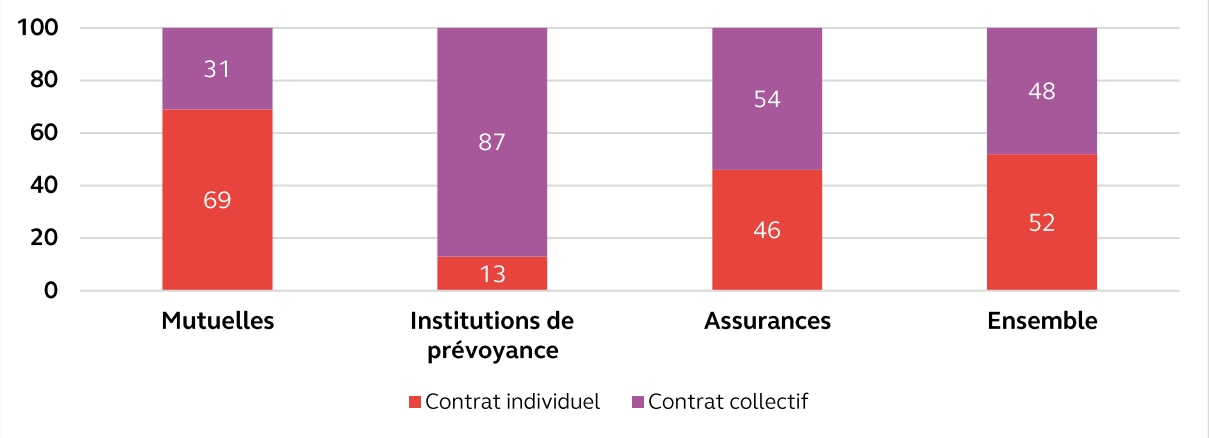
Trois types d'acteurs peuvent exercer des activités d'assurance santé.

Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif. Le code de la mutualité les autorise à exercer leur activité, pour l'essentiel, sur le champ des risques sociaux (santé, incapacité, invalidité, dépendance, décès, retraite, emploi, famille).

Les institutions de prévoyance sont également à but non lucratif. Elles ne peuvent, en application du code de la sécurité sociale, développer leurs activités que dans le domaine des risques sociaux. Elles sont spécialisées sur la couverture des entreprises ou des branches professionnelles (contrats collectifs) et sont des organismes « paritaires ».

Les sociétés d'assurance, quant à elles, sont régies par le code des assurances, qui leur permet d'exercer une plus grande variété d'activités (assurance automobile, habitation, responsabilité civile, catastrophes naturelles, dommages aux biens, capitalisation et assurance vie, etc.).

Graphique n° 11 : répartition des contrats individuels et collectifs par type d'organismes complémentaires

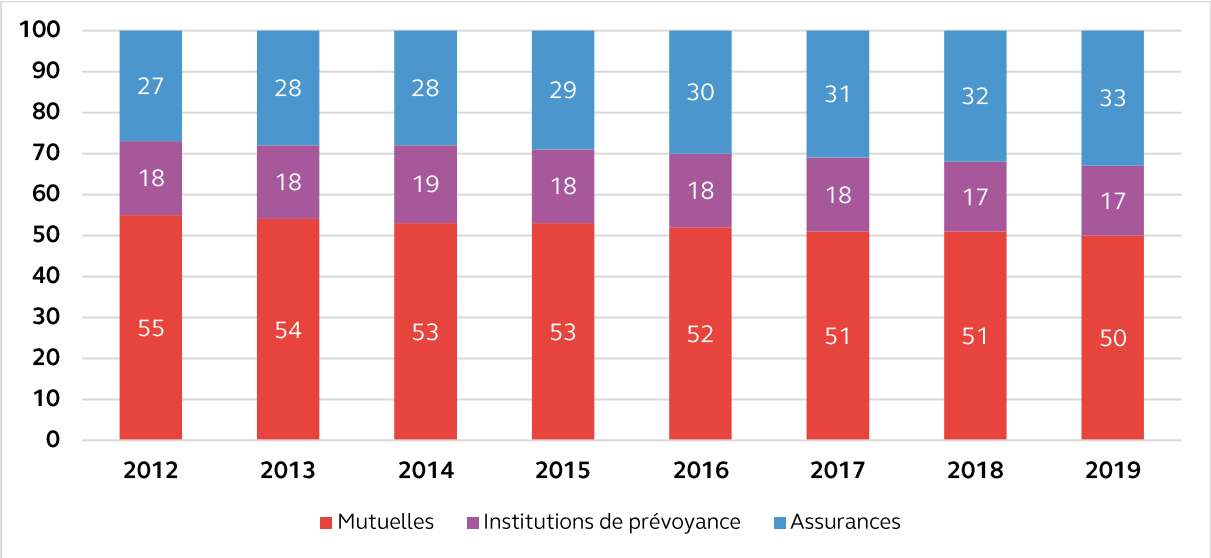


Source : Drees, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires, édition 2020

À l'inverse des institutions de prévoyance[35], les mutuelles sont plutôt spécialisées dans les contrats individuels.

[35] La prévoyance couvre également les risques liés au décès, à l'incapacité, à l'invalidité et à la dépendance, interrompant ou suspendant totalement l'activité professionnelle, et de fait les revenus de l'assuré.

Graphique n° 12 : évolution des parts de marché par type d'organismes complémentaires



Source : Drees, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires, édition 2020

La généralisation, en 2016, des contrats d'entreprise ne s'est pas accompagné d'une évolution brutale des parts de marché détenues par ces organismes. Le mouvement enclenché depuis plusieurs années de diminution de celles des institutions de prévoyance et des mutuelles au profit des sociétés d'assurance se poursuit de manière très progressive.

Comparé au monde des assurances et des institutions de prévoyance, celui des mutuelles reste très morcelé. En 2019, 310 mutuelles géraient 18,7 Md€ de cotisations santé, soit en moyenne 60 M€ de cotisations santé par mutuelle. En comparaison, une société d'assurance qui a une activité de santé gère en moyenne 120 M€ de cotisations dans ce domaine (deux fois plus) et une institution de prévoyance, 248 M€ (quatre fois plus). La France se distingue ainsi d'autres pays comme les Pays-Bas ou le Royaume-Uni, dans lesquels une trentaine d'organismes seulement exercent ce type d'activité. La distinction perd toutefois progressivement de sa substance du fait de l'apparition de groupes pouvant englober des organismes régis par les trois codes. Les 50 groupes recensés sur le marché de l'assurance santé représentaient ainsi, en 2017, 84 % de la collecte des cotisations.

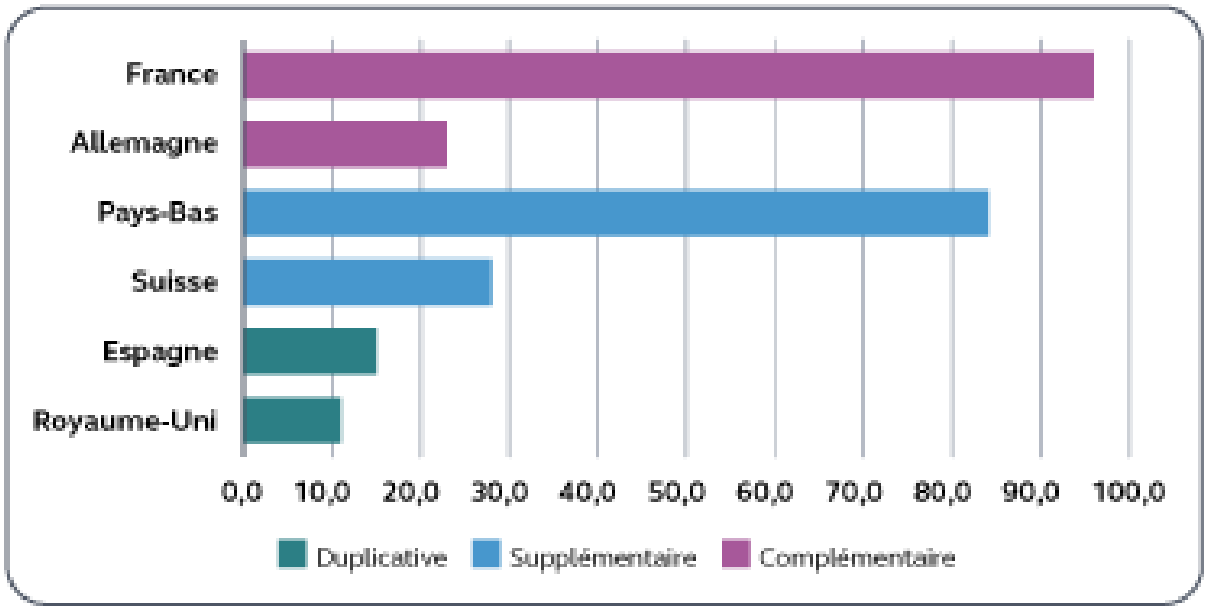
En 2019, les organismes complémentaires ont dégagé des excédents sur leur activité santé (résultat technique[36] global positif) à hauteur de 462 M€ (1,2 % des cotisations collectées hors taxe), en légère diminution par rapport à 2017 (482 M€). Cette situation positive globale recouvre de fortes différences entre les mutuelles et les sociétés d'assurances d'une part, excédentaires, et les institutions de prévoyance, d'autre part, déficitaires (- 231 M€ en 2019 contre - 195 M€ en 2017). Cet état de fait s'explique avant tout par la nature des contrats gérés. Les contrats individuels dégagent, en effet, exprimés en proportion des cotisations collectées hors taxe, 6,1 % d'excédent (en hausse par rapport à 2018 : 5,3 %) et les contrats collectifs, un déficit de 4,0 % (contre - 3,4 % en 2018).

[36] Le résultat technique correspond à la différence entre les revenus des organismes complémentaires, liés aux primes des assurés et les charges constituées par les prestations et les différents frais de gestion et de commercialisation des contrats. Sont donc exclus les résultats financiers et exceptionnels. La TSA est également exclue.

3 - Une large couverture de la population

L'ensemble des dispositifs mis en place par le législateur afin d'inciter la population à recourir à une assurance a contribué à ce que 96 % de la population de la France métropolitaine soit couvert par une complémentaire santé ou par un dispositif équivalent comme la complémentaire santé solidaire. Ce taux est bien supérieur à celui relevé dans les autres pays européens et il se rapproche de la couverture de l'ensemble de la population, ce qui relativise l'intérêt d'une éventuelle obligation de couverture généralisée.

Graphique n° 13 : part de la population couverte par une assurance santé facultative en 2015



Source : Drees, La complémentaire santé, édition 2019
Note : Les Pays-Bas et, dans une moindre mesure la Suisse, sont un cas à part, dans la mesure où les assureurs complémentaires gèrent également l'assurance obligatoire de base . L'assurance complémentaire prend en charge les mêmes soins que l'assurance maladie obligatoire : elle complète ses remboursements à travers des « co-paiements ». L'assurance supplémentaire, quant à elle, rembourse des prestations qui ne sont pas incluses dans le panier de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Enfin, l'assurance duplicative s'inscrit dans un modèle de soins public, dans lequel les prestations sont gratuites. Elle ouvre la prise en charge d'avantages, payants, tels que le choix de son professionnel de santé ou la possibilité d'éviter des files d'attentes par le recours au secteur privé.

B - Une mise en place de contrats responsables aux effets insuffisants

Pour limiter les restes à charge, le législateur a rendu obligatoire pour certains contrats la prise en charge des tickets modérateurs[37], c'est à dire la part des dépenses restant à payer après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Ces contrats « responsables » bénéficient, en

[37] Dans le même temps, en vertu de dispositions antérieures, ces contrats n'étaient pas autorisés à prendre en charge certaines franchises (sur les médicaments ou les consultations, en particulier).

contrepartie, d'une taxation réduite (taux réduit de taxe de solidarité additionnelle de 13,27 % contre 20,27% - cf. chapitre II).

D'abord limitée à la médecine de ville et à certains médicaments, avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie[38], cette obligation a été élargie à la quasi-totalité[39] des postes remboursés par la sécurité sociale depuis la LFSS rectificative pour 2014[40]. 98 % des contrats sont aujourd'hui responsables[41], pour un coût estimé par la Cour à 2,4 Md€[42].

Cette réforme contribue à réduire le reste à charge des ménages. Elle aboutit cependant également à des effets pervers.

Tout d'abord, puisqu'elle implique la prise en charge du ticket modérateur, elle prive ce mécanisme d'une grande part de ses effets potentiels en termes de limitation du recours excessif aux soins et aux biens médicaux, soit une de ses principales raisons d'être. Pour pallier cet inconvénient, le législateur a mis en place des franchises d'ordre public[43], dont les montants symboliques obèrent toutefois l'efficacité.

Cette prise en charge garantie peut, en outre, par la solvabilisation de certains marchés, favoriser des comportements inflationnistes des professionnels de santé comme des patients (dépassements d'honoraires, prix et quantités des biens et équipements, etc.). Les subventions accordées en contrepartie de la couverture de la population par une complémentaire santé peuvent également y contribuer, en poussant les organismes à accroitre le niveau et l'étendue des garanties qu'ils proposent.

C'est la raison pour laquelle les contrats responsables s'accompagnent d'interdictions (franchises d'ordre public) ou de moindre prises en charge (en cas de non-respect du parcours de soins par les assurés) et de plafonnements. Plutôt que d'agir sur les tarifs des équipements et prestations, le législateur a préféré limiter le montant de certains remboursements, avec l'ambition que les professionnels s'aligneraient sur eux.

Il a ainsi encadré le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, devenu en 2017 « option pratique tarifaire maîtrisée » (Optam). Le plafond de remboursement équivaut au maximum à deux fois le tarif de prise en charge par la sécurité sociale, les complémentaires devant en outre le réduire d'au moins 20 % par rapport à celui déterminé pour les médecins adhérents à l'Optam.

[38] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
[39] Il n'y a que pour les cures et les médicaments remboursés à 15 % et 35 % qu'aucune obligation n'existe pour les complémentaires d'intervenir en complément de l'assurance maladie obligatoire.
[40] Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.
[41] Source : Drees, Les complémentaires santé, édition 2019. Les contrats souscrits par les entreprises doivent, pour bénéficier des exonérations sociales et fiscales être des contrats responsables, avec un socle plus élevé de garanties en matière de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale et d'optique que celui applicables aux contrats individuels.
[42] Différence de taxation (20,27 % par rapport à 13,27 %), à laquelle s'ajoute une exemption d'assiette C3S pour les organismes complémentaires de 40 M€ (annexe 5 du PLFSS 2021).
[43] Leur respect est nécessaire pour que le contrat puisse être qualifié de responsable et donc bénéficier d'une fiscalité avantageuse.

Du contrat d'accès aux soins à l'option pratique tarifaire modérée (Optam[44])

En 2013 a été mis en place un contrat d'accès aux soins (CAS), signé entre les médecins de secteur 2 et l'assurance maladie et visant à limiter le taux de dépassement moyen pratiqué à 100 % du tarif opposable. En contrepartie de cet engagement, les médecins ont obtenu un allègement de leurs charges sociales. Pour les patients, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est calculée sur une base de remboursement de la sécurité sociale de 28 €, contre 23 € si le professionnel n'adhère pas au CAS.

L'Optam s'est substitué au CAS à compter du 1er janvier 2017 et le montant de remboursement par l'assurance maladie est passé de 28 € à 30 €.

Plus de 50 % des médecins spécialistes ont adhéré à l'Optam en 2019 (13 844 adhérents en septembre 2019, contre 8 157 adhérents au CAS fin 2016). Ce dispositif donne cependant des résultats limités puisque les dépassements poursuivent leur progression en volume[45]. Il s'avère en outre très coûteux[46].

Le législateur a également encadré les tarifs minimum et maximum de remboursement des verres de lunettes en fonction de leur complexité[47]. Il a cherché à recentrer les remboursements sur les prestations médicales, en réduisant les prises en charge pour des motifs esthétiques et en plafonnant à 150 € le remboursement des montures. Il a, par ailleurs, limité la possibilité de remboursement à une fois tous les deux ans, sauf pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue.

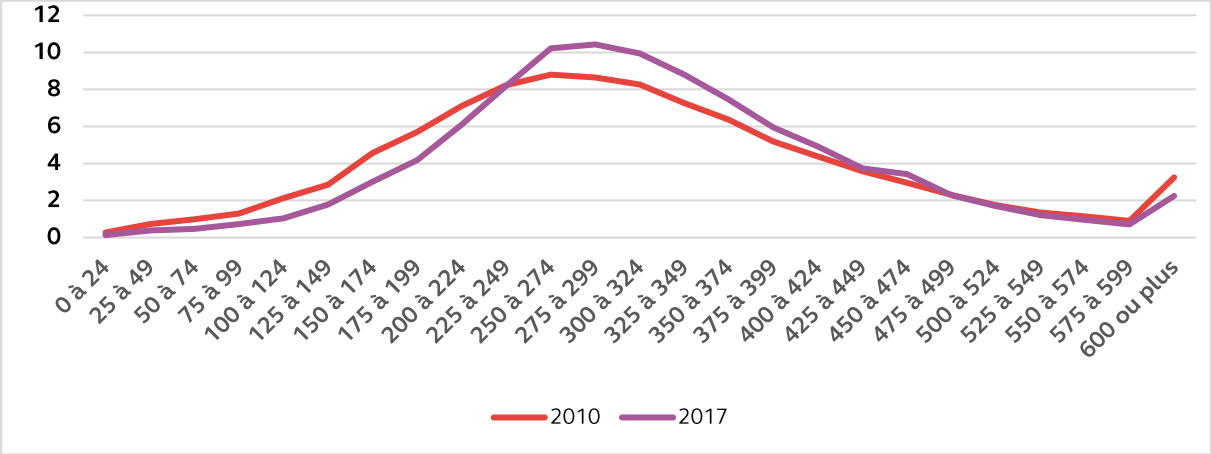
[44] Pour les chirurgiens et gynéco-obstétriciens, ce contrat est désigné sous l'appellation d'Optam-co.

[45] En revanche, le taux de dépassement diminue depuis 2016 et est passé en-dessous de la barre des 50 % pour les spécialistes pour la première fois depuis 2005. Cette tendance masque des situations très variées : à la baisse pour certaines spécialités (chirurgiens et gynécologues notamment), stables voire en hausse pour d'autres (anesthésistes et ophtalmologistes).

[46] Cour des Comptes, Rapport sur application des lois de financement de la sécurité sociale, , chapitre 5 « *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins* », septembre 2017.

[47] De 50 € à 470 € pour des verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. De 200 € à 750 € pour les verres complexes, dont 150 € au maximum pour la monture.

Graphique n° 14 : distribution du prix des équipements d'optique simple en 2010 et 2017



Source : Drees, La complémentaire santé, édition 2019
Note : en ordonnée figure la proportion d'équipements optiques vendus au prix indiqué en abscisse. Ainsi en 2017, 4 % des équipements ont été vendus à un prix compris entre 175 € à 199 € et 4 autres % entre 425 € et 449 €

L'effet de ces dispositions s'avère pour le moins mitigé. Si les quantités de lunettes vendues ont diminué et si le prix des lunettes a eu tendance à se concentrer entre 200 € et 400 €, le montant moyen a augmenté par rapport à la situation antérieure[48]. Une déformation de la structure des ventes est, par ailleurs, apparue. Les équipements complexes, qui sont en moyenne 1,9 fois plus chers que les équipements simples, sont en effet passés de 45 % du total des ventes en 2010 à 53 % en 2017.

En outre, le pourcentage de montures vendues au-dessus du plafond de prise en charge n'a pas diminué (41 %, en 2017 contre 40 % en 2010) et un nombre assez important de lunettes (10 % en optique simple et 20 % en optique complexe, en 2017, selon la Drees) continue à être vendu à des tarifs supérieurs aux montants de remboursement, générant ainsi un reste à charge non anticipé pour les ménages.

Le tarif des lunettes demeure en France supérieur à celui des aux autres pays européens et le nombre de points de vente s'avère également plus élevé dans notre pays. Ces indices peuvent témoigner d'une solvabilisation accrue du marché[49].

[48] Avec une légère amélioration du nombre de lunettes vendues à des tarifs correspondant auxdites limites (90 %, en 2017, contre 88% en 2013 pour les verres simples et 81 % contre 76 % pour les verres complexes). La progression est plus nette s'agissant des montures, dont 47 % étaient vendues, en 2017, à un tarif allant de 120 € à 179 € contre 39 % en 2010.

[49] « *Le nombre de points de vente en France est supérieur à 11 000 (soit 1 point de vente pour 5 400 habitants), contre 12 000 points de vente en Allemagne (1 point de vente pour 6 800 habitants) ou 20 000 points de vente aux États-Unis (1 point de vente pour 15 000 habitants)* ». « *Le chiffre d'affaires par consommateur français est de 182,13 euros, contre 110,11 euros par consommateur allemand. Cette différence est particulièrement marquée sur le segment des verres : alors que le chiffre d'affaires par consommateur est supérieur à 67 euros en France, il n'est que de 44,64 euros en Allemagne (et même 40,71 euros au Royaume-Uni). Il semble donc que le marché français réalise un volume d'affaires sensiblement supérieur au marché allemand* ». Rapport Altermind pour Sensee 2012 sur l'optique en France de David Martimort et Jérôme Pouyet de la Paris School of Economics).

C - Une réforme du 100 % santé visant à réduire les restes à charge des ménages, avec des premiers résultats décevants

Partant du constat du maintien de forts restes à charge sur le dentaire, l'optique et les audioprothèses, le législateur a souhaité prolonger la réforme des contrats responsables en plafonnant plus étroitement certains remboursements, mais également en limitant le prix de certaines prestations et équipements et en réorganisant la participation des assurances maladie de base et complémentaires. En empruntant cette voie, il n'a pas suivi l'un des scénarios que la Cour avait avancés en 2016 et 2017, visant à séparer strictement les paniers selon le financeur, par le resserrement du panier de soins remboursable par l'assurance maladie obligatoire ou par transfert aux complémentaires santé des risques dont elles assument déjà l'essentiel du financement. Les premiers résultats, perturbés par la crise sanitaire, sont encore incertains. Ils se traduisent néanmoins déjà par un fort réinvestissement de l'assurance maladie obligatoire dans des domaines dont elle s'était progressivement retirée, alors que les complémentaires santé ont comparativement réalisé moins d'efforts.

1 - Une réforme visant à réduire les restes à charge

Malgré le poids des complémentaires santé dans la prise en charge des soins dentaires, d'optique et d'audioprothèse, d'importants restes à charge demeurent pour les assurés (respectivement 25 %, 21 % et 53 %). Le remboursement du ticket modérateur ne suffit pas en effet à couvrir le coût de ces prestations, en raison de l'existence de libertés tarifaires (perçues par les patients comme des « dépassements d'honoraires ») s'agissant des dentistes ou d'une base de remboursement très inférieure au prix réellement exposé par les assurés (optique, audioprothèse, prothèses dentaires)[50].

Cette situation peut conduire à des renoncements aux soins. Selon les statistiques du ministère de la santé figurant dans le dossier de presse de la réforme, 67 % des malentendants ne seraient pas équipés, 10 % des français renonceraient à des équipements optiques et 17 % à des soins dentaires.

Pour permettre à l'ensemble de la population de bénéficier de soins et d'équipements sans reste à charge, le législateur a donc, en novembre 2019, défini pour la première fois des paniers de biens et de prestations faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par les assurances maladie obligatoire et complémentaires. Ce faisant, il a renforcé l'encadrement applicable aux organismes complémentaires, en déterminant précisément la nature, la qualité et les tarifs et donc le remboursement de plusieurs de ces paniers, jusque-là peu régulés.

Cette orientation implique un effort financier de la part des assurances maladie obligatoire et, dans une moindre mesure, complémentaires, de manière à permettre, pour les paniers 100 % santé, une prise en charge sans reste à charge.

Les modalités de mise en œuvre diffèrent selon les trois champs concernés, le dentaire, l'optique et l'audioprothèse.

[50] Le remboursement au niveau du ticket modérateur est ainsi de 32,25 € (30 % du tarif de convention de 107,50 €) pour la pose d'une couronne céramo-métallique, dont le prix excède les 500 € et de 79,89 € (40 % du tarif de convention de 199,71 €) par audioprothèse, pour un prix excédant les 1 000 €.

a) Le dentaire

La réforme du 100 % santé dans le dentaire

Dans le dentaire, la réforme a pris la forme d'une convention, signée en juin 2018 entre l'assurance maladie et deux syndicats de chirurgiens-dentistes, qui porte sur la période 2018-2023.

Cet accord a tout d'abord cherché à rééquilibrer les rémunérations que les praticiens tirent des soins prothétiques et des implants, d'une part, et des soins conservateurs, d'autre part. Les premiers, à tarifs libres, forment aujourd'hui la part majoritaire des revenus de la profession, alors que les seconds, pourtant indispensables à la prévention bucco-dentaire, tarifés et pris en charge à hauteur de 70 % par l'assurance maladie obligatoire et de 30 % par les complémentaires, ne jouent qu'un rôle de second rang. Leurs tarifs ont donc été fortement réévalués.

Tableau n° 2 : évolution des tarifs de certains soins dentaires conservateurs

Exemples de soins	**Tarifs actuels (en €)**	**Nouveaux tarifs (en €)**	**% de hausse**	**Investissement en M€ sur la durée de la convention**
Restauration avec ancrage	79,53	100	25,7%	43
Restauration 2 faces	33,74	50	48,2%	136
Restauration 3 faces	40,97	65,5	59,9%	189
Inlay/Onlay 3 faces	40,97	100	144,1%	29
Coiffage pulpaire	Non pris en charge	60	ND	15
Scellement de sillons (4 dents)	**86,76**	**104,11**	**20,0%**	**3**

Source : Dossier de presse sur la convention 2018, Ameli.fr

En contrepartie, le prix de certaines prothèses a été progressivement plafonné, avec la définition de trois paniers, à reste à charge nul (« RAC 0 »)[51], à reste à charge modéré (« RAC modéré ») et à tarif demeurant libre (les implants restent, par exemple, à tarif libre).

[51] Le taux de remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est revalorisé à 120 € contre 75,25 €. Avec l'assurance complémentaire, la prise en charge des actes de ce panier s'élève à 100 %, donc sans reste à charge. Pour le panier « modéré », la prise en charge s'élèverait autour de 70 % (en fonction des garanties des contrats), laissant donc un reste à charge modéré par l'existence de tarifs plafonds, contrairement aux tarifs libres.

Tableau n° 3 : évolution des plafonds de remboursement des prothèses dans le cadre du reste à charge zéro et du reste à charge modéré

Acte	Panier	1er avril 2019	1er janvier 2020	1er janvier 2021
Couronne céramo-métallique (incisives, canines, 1ères prémolaires)	RAC 0	530 €	500 €	500 €
Couronne céramique monolithique en zircon (incisives, canines, prémolaires)	RAC 0	480 €	440 €	440 €
Bridge céramo-métallique	RAC 0	1 465 €	1 465 €	1 465 €
Couronne céramo-métallique (2èmes prémolaires)	RAC modéré	Pas de plafond	550 €	550 €
Prothèse amovible complète bi-maxillaire à base résine (dentier)	RAC 0	Pas de plafond	Pas de plafond	2 300 €
Inlay/Onlay composite	**Rac modéré**	**Pas de plafond**	**Pas de plafond**	**350 €**

Source : Dossier de presse sur la convention 2018, Ameli.fr

La Cnam n'est toutefois pas parvenue à contraindre fortement les plafonds des prestations, leur montant différant peu des prix moyens jusque-là pratiqués. Le plafonnement permet donc davantage de réduire la dispersion jusqu'ici constatée qu'à réaliser des économies.

Tableau n° 4 : comparaison entre le niveau des prix plafonds fixés dans la convention pour le 100 % santé et les tarifs actuels moyens

Exemple d'actes de prothèse	Plafond (accord) (en €)	Prix moyens (en €)
Couronne métallique	290	327
Couronne céramique en zircon	440	Non côté
Couronne céramo-métallique (hors zircon)	500 / 550	542
Bridge céramo-métallique	1465	1576
Prothèse amovible (dentier) en résine	**1100**	**1175**

Source : Dossier de presse sur la convention 2018, Ameli.fr
Note : Le plafond de prix de la couronne céramo-métallique varie selon la localisation de la dent.

La conjonction de ces deux mouvements aboutit à un coût élevé de la réforme, évalué à près de 1,2 Md€[52] pour les assurances maladie obligatoire et complémentaire. Il est plus élevé pour la première (635 M€) que pour la seconde (500 M€). Ce chiffrage est fondé sur l'hypothèse, retenue par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), que le panier 100 % santé représentera 46 % des actes d'ici 2023, pour 35 % du montant des honoraires, un objectif négocié avec les principaux intéressés. Une clause de rendez-vous était prévue à partir de 2020

[52] 704 M€ de revalorisations de soins courants, 371 M€ d'amélioration des remboursements des assurés et 108 M€ en faveur de la prévention des enfants et des jeunes.

en cas de constatation d'évolution des pratiques, mais la crise de la covid 19 n'a pas permis de l'activer.

Tableau n° 5 : objectifs de répartition des actes par mode de tarification à 5 ans

Panier	Quantité d'actes (en M et en %)		Honoraires (en M€) et en %)	
RAC 0	6,0	46%	1 837,4	35%
RAC modéré	3,3	25%	1 767,7	34%
Tarifs libres	**3,8**	**29%**	**1 597,8**	**31%**

Source : Dossier de presse sur la convention 2018, Ameli.fr

Le cas particulier des bénéficiaires de la CSS

Les bénéficiaires de la CMU-C, qui a précédé la CSS, disposaient de paniers spécifiques sur l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, avant même la réforme du 100 % santé. Dans un souci d'égalité et de couverture de l'ensemble de la population par cette réforme, le législateur est allé dans la direction d'un alignement du contenu des paniers. Sauf pour l'optique[53], ce mouvement n'a cependant pas été jusqu'à son terme.

Dans le dentaire en effet, le panier CSS est plus favorable puisqu'il comprend, outre les prestations du panier de soins 100 % santé, quelques actes du panier à reste à charge modéré[54], un acte à honoraire libre (ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale) ainsi que l'orthodontie qui, dans le panier 100 % santé, est exclue pour les adultes. En contrepartie, pour éviter tout surcoût, les tarifs de remboursement opposables aux professionnels de santé ont été fixés à des niveaux inférieurs par l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 14 février 2019.

[53] En contrepartie, cependant, le renouvellement de lunettes qui était jusqu'ici annuel pour les bénéficiaires de la CMU-C a été aligné sur les règles de droit commun (tous les deux ans). Le surcoût a été estimé à 40 M€ pour l'optique et à 15 M€ pour le dentaire. Pour l'audioprothèse, les tarifs pour les bénéficiaires de la CSS sont inférieurs de 150 € à ceux du reste de la population.

[54] Les actes concernés sont la restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite ou en alliage non précieux ; la pose d'un *inlay core* sous une couronne ou un pilier de *bridge* dentoportés à « entente directe limitée » ; la pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, (1 à 13 dents) ; la pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire ou bimaxillaire à châssis métallique ; ainsi que le supplément pour pose d'une (ou plusieurs) dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique.

Tableau n° 6 : montants maximums des actes prothétiques du panier 100 % santé et CSS

Acte prothétique	Panier 100 %	Panier CSS	Différence
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	430 €	- 70 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	500 €	430 €	- 70 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	440 €	400 €	- 40 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	290 €	250 €	- 40 €
Pose d'une infrastructure corono-radiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans « reste à charge ». Avec ou sans clavette	175 €	130 €	- 45 €
Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge ». Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive.	60 €	40 €	- 20 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1 465 €	1 235,76 €	- 229,24 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	**870 €**	**750,23 €**	**- 119,77 €**

Source : Cour des comptes

Ni la direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la santé, ni la Cnam, pourtant interrogés par la Cour, n'ont été en mesure de chiffrer le coût d'un alignement strict des deux paniers, qui permettrait pourtant à la fois de simplifier le système et d'éviter de singulariser les bénéficiaires de la CSS.

b) L'optique et l'audioprothèse

L'optique

Dans le domaine de l'optique, le mouvement de recentrage des interventions des assurances maladie obligatoire et complémentaire sur le besoin médical, apparu à l'occasion de la réforme des contrats responsables, s'est poursuivi. Deux paniers ont été définis, le panier « 100 % santé » (« panier A ») et le panier libre (« panier B »). Le panier A comprend une sélection de 54 montures au prix maximum de 30 €, et de verres[55] qui sont tous amincis, antireflets et anti-rayures. L'assuré peut toutefois panacher les paniers, en choisissant par exemple des verres 100 % santé et des montures à tarif libre.

La part de dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du panier 100 % santé a fait l'objet d'une nette revalorisation, passant à 18 %, contre 5 % en moyenne jusqu'alors[56]. En contrepartie, la base de remboursement des équipements du panier B a été fortement réduite, et se limite désormais à 5 centimes d'euros par verre. Cumulés, ces deux mouvements doivent se traduire par 40 M€ d'économies pour l'assurance maladie obligatoire.

Par ailleurs, le plafond de prise en charge des montures a été abaissé de 150 € à 100 €, ce qui doit permettre, combiné à l'augmentation de la prise en charge par l'assurance maladie des équipements du panier A, dont les prix maximums de vente ont été réduits, une économie de 515 M€ pour les complémentaires santé (165 M€ au titre du plafonnement des montures ; 350 M€ au titre des prix limites de vente). Si l'assuré fait le choix de montures à un prix supérieur au plafond de remboursement, il fera alors face à un reste à charge.

L'audioprothèse

L'audioprothèse n'est concernée en totalité par la réforme du 100 % santé que depuis le 1er janvier 2021. Le tarif des équipements relevant du panier 100 % santé[57] est passé pour les adultes de 1 300 € par audioprothèse en 2019 à 950 € en 2021. Parallèlement, le niveau de remboursement de ces dispositifs par l'assurance maladie obligatoire a doublé (240 €[58] contre 120 € en 2018), les complémentaires prenant en charge la différence (soit 710 €, ticket modérateur inclus, contre une moyenne évaluée à 450 € avant la réforme, soit une hausse de 58 %).

[55] Allant de 95 € à 265 € pour les verres uni-focaux et de 180 à 370 € pour les verres progressifs.

[56] Ainsi, avant la réforme, les verres simples foyers, de sphère de - 6 à + 6 disposaient d'une base de remboursement de 2,29 €, soit une prise en charge par la sécurité sociale de 1,37€. Depuis, ces verres ont été revalorisés (de 9,75 € à 14,25 €), conduisant à une amélioration des remboursements de l'assurance maladie obligatoire (de 5,85 € à 8,55 €).

[57] Ces appareils doivent offrir 12 canaux de réglage et 30 dB d'amplification sonore minimum et proposer 3 options parmi une liste de 8 (générateur de bruits anti-acouphène, connectivité sans fil / Bluetooth, bande passante élargie ≥ 6 000 Hz, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, anti-réverbération et écho, directivité microphonique adaptative). Ils doivent faire l'objet d'une garantie de 4 ans et le suivi annuel du patient est inclus.

[58] Ce niveau de remboursement est également valable pour les équipements à tarifs libres (« classe 2 »).

2 - Des tous premiers résultats en deçà des attentes

a) Une réforme qui repose sur des équilibres fragiles

L'effort est relativement bien partagé entre assurance maladie de base et complémentaire, même s'il pèse avant tout sur la première. La réforme entraîne en outre un transfert de financement significatif de l'optique vers le dentaire et dans une moindre mesure l'audioprothèse.

Tableau n° 7 : évaluation du coût de la réforme 100 % santé (M€) entre 2018 et 2023

Champ	Assurance maladie obligatoire	Assurance maladie complémentaire	Total
Dentaire	635	500	1 135
Dont RAC 0	ND	320	ND
Optique	- 40	- 515	- 555
Audioprothèse	140	275	415
Total	735	260	995
Total RAC 0	**Inconnu, mais pouvant être estimé au plus à 500 M€**	**80**	**580**

Source : Cnam
Note : RAC 0 : reste à charge nul ; l'estimation du coût pour l'assurance maladie se base sur la quote-part des dépenses de l'assurance maladie complémentaire dans le dentaire.

Les économies sur l'optique sont, pour une large part, acquises, puisqu'elles résultent de la réduction des prix limites de vente et de 50 € du niveau de remboursement des montures par les complémentaires santé et ne dépendent donc que peu des choix des assurés quant à leurs paniers de soins.

Il en va différemment pour les coûts supplémentaires. Tout d'abord, la réforme a été évaluée à consommation globale équivalente. Or, l'une de ses principales ambitions est de réduire le taux de renoncement aux soins. Y parvenir conduira donc, par la solvabilisation accrue de la patientèle permise par les paniers 100 % santé, à une hausse de la demande de soins et donc à une augmentation des dépenses consacrées à ces secteurs. En outre, en fonction des choix des assurés d'un plus ou moins grand recours aux paniers 100 % santé, le montant et la répartition des coûts entre assurances maladie obligatoire et complémentaire seront susceptibles de diverger par rapport à ces projections. Si, pour le dentaire, une clause de rendez-vous a été prévue, cette précaution n'a pas été prise pour l'audioprothèse ni pour l'optique. Le ministère de la santé pourrait certes réglementairement procéder à des baisses tarifaires, mais cela paraît cependant difficile à imaginer dans les premières années d'application de la réforme, dont la réussite est dépendante de la bonne volonté des professionnels, les plus à mêmes de promouvoir auprès des patients les paniers 100 % santé.

Aussi et en l'état, sans mesures d'économies supplémentaires et abstraction faite de l'effet perturbateur que la crise de la covid 19 sur la mise en œuvre de la réforme, le risque est élevé que l'enveloppe budgétaire ainsi évaluée ne soit dépassée au terme de la période de 5 ans prévue pour sa montée en charge.

b) Des retards et des disparités dans la montée en charge de la réforme

Le dentaire

Les premières données disponibles sur la mise en œuvre du 100 % santé semblent favorables, même si celles-ci sont perturbées par l'épidémie de covid 19. Sur la période de janvier à décembre 2020, 53 % des prothèses relevaient en effet du panier 100 % santé et 21 % du panier avec reste à charge modéré, laissant ainsi 26 % des prestations relever du panier libre, un chiffre proche de la cible à 5 ans et en avance sur le calendrier de montée en charge de la Cnam d'un taux compris entre 41 % et 51% de prothèses du panier 100 % santé d'ici la fin de l'année.

Ce bon chiffre masque toutefois des disparités selon les dents. Les molaires et la seconde prémolaire font ainsi majoritairement l'objet de prothèses du panier libre[59], témoignant pour ce qui les concerne du peu d'appétence du public et des professionnels pour le panier 100 % santé. Il semble en effet que certains matériaux en relevant soient peu pratiqués ou, au moins, peu recherchés par les patients (en particulier les couronnes métalliques, qui concernent les trois molaires et la seconde prémolaire, l'offre de couronne céramique étant réservée aux dents les plus visibles –incisives, canines et premières prémolaires).

Ces évolutions du marché vers des prestations plus onéreuses mais moins remboursées, qui devront toutefois être confirmés dans la durée, sont facilitées par le fait que les chirurgiens-dentistes ne sont pas tenus de réaliser les actes du panier 100 % santé lorsqu'un patient le leur demande. Ils n'ont d'autre obligation que de mentionner dans leur devis l'existence d'un tel traitement et d'indiquer les actes réalisables dans le panier immédiatement supérieur, s'ils existent.

L'optique et l'audioprothèse

Contrairement aux chirurgiens-dentistes, les opticiens comme les audioprothésistes sont tenus de proposer des équipements du panier 100 % santé.

Les premières données disponibles font état, pour l'optique, pour l'année 2020, d'un démarrage timide en comparaison des prothèses dentaires, éloigné de l'objectif de montée en charge que s'est fixée la Cnam (15-25 %) mais conforme aux projections réalisées par les opticiens eux-mêmes (selon les scénarios, entre 13,2 % et 14,8 %). Si 13 % de l'ensemble des assurés ont investi dans un équipement 100 % santé[60], ce taux tombe à 5 % quand sont écartés les bénéficiaires de la CSS, dont la liberté de choix est plus contrainte, puisque contrairement à la grande majorité des personnes couvertes par une complémentaire santé, leur prise en charge se cantonne au seul panier 100 % santé[61].

---

[59] 50 % pour la première molaire (26 % de panier modéré et 24 % de 100 % santé) et 41 % pour les 2e et 3e molaires (respectivement 23 % et 36 %).

[60] 14 % pour les verres et 12 % pour les montures.

[61] Ils perdent, en effet, le bénéfice de leur prise en charge (sauf pour l'audioprothèse), hors assurance maladie obligatoire mais qui n'intervient que de manière limitée. Sous l'empire de la CMU-C, ses bénéficiaires conservaient au contraire leurs forfaits de prise en charge, même s'ils décidaient de sortir de leur panier, une situation surtout valable pour l'optique, dont l'offre était bien plus resserrée. Ceci peut expliquer pourquoi ils représentent 64 % des personnes ayant acheté un équipement optique relevant de l'offre 100 % santé et 50 % dans le dentaire.

S'agissant des audioprothèses, les premières données disponibles, sur l'année 2020, font état de 11,5 % d'équipements relevant du panier 100 % santé, soit une proportion encore limitée et très éloignée de la cible de fin d'année de la Cnam, fixée entre 28 % et 38 %. La qualité des dispositifs proposés n'est pourtant pas en cause, comme le relève, par exemple, l'association UFC-Que choisir. Si les appareils sont moins sophistiqués et disposent de moins d'options (appareils à piles et non rechargeables ou dépourvus de la fonction *bluetooth*), leurs propriétés auditives sont comparables aux modèles à tarif libre.

Des difficultés ont, il est vrai, marqué la mise en œuvre de la réforme. La granularité des informations demandées par les organismes complémentaires aux opticiens pour permettre leur remboursement n'a pas fait consensus. Un regroupement de codes de la liste des produits et prestations (LPP), qui a été profondément revue et raffinée, aurait dû suffire. Or, désireuse de ne pas jouer un rôle de payeur aveugle[62], les complémentaires réclament des données affinées. La Commission nationale informatique et libertés (Cnil), saisie de cette question par la Cnam, a rappelé, dans un courrier du 20 avril 2020, la sensibilité de telles informations, relevant de la catégorie des données de santé. La DSS poursuit ses travaux. Parmi les pistes envisagées figure la possibilité d'une telle ouverture des données au profit des complémentaires santé sous réserve, toutefois, d'un encadrement qui reste à construire.

En outre, faute d'incitation et de réelle contrainte et face à des marges plus réduites sur le panier 100 % santé en comparaison du panier libre, les opticiens[63] comme les audioprothésistes n'ont pas de raison particulière de promouvoir ces équipements, sauf à en faire une spécialité et à équilibrer leur modèle économique grâce à un volume de ventes accru, ce que commenceraient à faire certains d'entre eux, quoiqu'encore très minoritaires.

c) Des équilibres qui risquent de ne pas être tenus, sauf mesures complémentaires

Au final, le succès somme toute relatif des offres 100 % santé devrait peser sur le coût de la réforme. Il n'a pas été possible d'en détailler les effets, faute d'actualisation des simulations par la Cnam et par la DSS. Néanmoins, si l'offre 100 % santé n'atteint pas son public, cela devrait se traduire, d'une part, par une réduction des restes à charge moindre qu'attendu[64], alors que c'était l'objectif premier de la réforme, et, d'autre part, par une augmentation des cotisations des complémentaires, premiers financeurs avec les ménages des paniers à tarifs libres. La réforme devait déjà se traduire, pour les bénéficiaires des contrats les moins protecteurs (classés « E » selon la typologie établie par la Drees), par une hausse de 1,7 % pour les moins de 25 ans et de 7,1 % pour ceux de plus de 75 ans, selon les simulations établies par la DSS. Il est à craindre que ce coût soit en fin de compte supérieur et ne concerne pas uniquement les contrats les moins protecteurs[65].

---

[62] Le rassemblement des opticiens de France (ROF), qui représente selon les chiffres du ministère du travail 83 % de la profession estime cependant que le niveau de regroupement ne poserait difficulté que pour 3 % des contrats, dont les garanties sont définies à un niveau plus fin et requièrent donc plus d'informations.

[63] Dans le cadre d'une enquête portant sur 322 boutiques, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) relève ainsi que 60 % des professionnels contrôlés présentent peu ou pas du tout l'offre 100 % Santé.

[64] La baisse du plafond de remboursement des montures se serait ainsi traduite par une augmentation des restes à charge de 27 %, les porteurs de lunette ayant conservé leurs habitudes de consommation pour leur choix de monture.

[65] UFC-Que choisir a ainsi pu constater, sur la base d'un échantillon toutefois fragile (498 témoignages), une hausse des primes de 5 % en 2020, supérieure à celle de 2019 (+ 4%) et à celle annoncée en moyenne par les organismes complémentaires (+ 3 %).

Des mesures correctrices sont néanmoins envisageables. Tout d'abord, la réforme est intervenue de manière quasi concomitante avec le déclenchement de la crise de la covid 19, ce qui n'a pu que nuire à la communication auprès du public. Celle-ci doit donc être renouvelée et amplifiée. Ensuite, des contrôles sur le respect des devis doivent être menés afin de s'assurer que les professionnels respectent leur obligation d'information. Au-delà, on peut s'interroger sur l'équilibre des avantages et des obligations qui pèsent sur les chirurgiens-dentistes, puisqu'ils sont les seuls à ne pas devoir réaliser des actes du panier 100 % santé. Sans nécessairement aller jusqu'à les y contraindre, des mesures incitatives, ou à l'inverse désincitatives pour ceux y restant opposés, pourraient être envisagées.

Parmi les autres dispositions pouvant favoriser la promotion du 100 % santé figure le tiers-payant intégral, synonyme d'absence de toute avance de trésorerie pour le patient. Or, celui-ci varie entre 31 % pour le dentaire et 73 % pour l'optique, contre 43 % en audiologie. L'obligation est désormais prévue à compter du 1er janvier 2022[66] par la LFSS pour 2021.

Enfin, une meilleure information quant aux remboursements proposés par les complémentaires santé sur l'ensemble des paniers serait de nature à favoriser la bonne appropriation de la réforme par les assurés en leur permettant de choisir, de manière éclairée, celui qui est le plus approprié à leurs besoins. La loi dite Hamon du 17 mars 2014[67] l'a certes prévu. Pourtant, l'arrêté qui devait lui permettre d'entrer en vigueur n'a jamais été pris. À la place et de manière tardive, un engagement professionnel a été signé le 14 février 2019 par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et les principales fédérations d'organismes complémentaires d'assurance maladie[68]. Pour autant et bien que l'Unocam ait présenté, en mars 2020 puis 2021, des premiers résultats jugés encourageants[69], les associations de patients et de consommateurs persistent à trouver l'information complexe et opaque[70]. Or, ce point est d'autant plus important que, depuis le 1er décembre 2020[71], est ouverte la faculté de résiliation infra-annuelle, qui n'a de sens et de portée que si les offres peuvent être aisément comparées.

---

[66] Selon la Cnam, cela se traduira par des avances de trésorerie assumée par l'assurance maladie obligatoire de l'ordre de 200 M€.

[67] Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation.

[68] Des travaux sont par ailleurs menés, sous l'égide du comité consultatif du secteur financier, visant à améliorer la lisibilité des contrats de santé (définition d'un modèle de tableau de remboursement des soins les plus courants avec l'indication de la base de remboursement, de la prise en charge sécurité sociale, de la prise en charge par l'organisme complémentaire et éventuellement le reste à charge, en euros).

[69] Sont relevés : « *une forte implication des organismes complémentaires dans la démarche dès 2020 ; une harmonisation des libellés des principaux postes de garanties par une très grande majorité d'organismes (92 % puis 99 % des personnes protégées) ; la diffusion bien engagée des 15 exemples de remboursement communs et en euros pour les actes les plus fréquents (70 % puis 83 % des personnes protégées)* ».

[70] UFC-Que Choisir a, par exemple, publié le 30 novembre 2020 un article pointant « *l'opacité du secteur concernant le taux de redistribution [ratio entre le montant des prestations versées et le montant des cotisations collectées, hors taxes, par l'organisme assureur - obligation pourtant en vigueur depuis le 1er septembre 2020] aux assurés des cotisations* ».

[71] Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 relatif au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé.

III - La construction sans cesse remaniée d'un dispositif public spécifique pour les plus fragiles

L'importance des restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et le choix subséquent d'une très forte présence de l'assurance complémentaire imposent en contrepartie, ce qui ne se retrouve pas à ce degré dans les autres pays européens[72], la mise en place d'un dispositif public permettant de protéger les populations financièrement les moins à même de faire face aux coûts de leur couverture santé.

Le législateur a mis en place deux dispositifs, une couverture gratuite, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour les personnes les plus fragiles et l'aide à la complémentaire santé (ACS), qui ont été fusionnés depuis novembre 2019 au sein de la complémentaire santé solidaire (CSS). Les plafonds d'éligibilité n'ont cessé d'être revalorisés, favorisant une couverture de plus en plus large de la population.

A - La CMU-C : une complémentaire santé gratuite

La CMU-C avait été instaurée par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle[73], en remplacement de l'aide médicale dite départementale. Cette loi avait également créé un établissement public administratif national, le Fonds-CMU, devenu Fonds CSS, chargé de sa gestion et de son financement. La CMU-C offrait à ses bénéficiaires une couverture complémentaire santé gratuite. Ce dispositif pouvait être géré, au choix, par un organisme complémentaire volontaire (8 % des bénéficiaires) ou par le régime d'assurance maladie obligatoire (92 %) dont relevait le bénéficiaire de la CMU-C.

La CMU-C garantissait une large solvabilisation des dépenses en santé des populations concernées. Elle venait, en effet, compléter les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire de manière à couvrir à hauteur de 100 % les dépenses de santé de ses bénéficiaires. Au-delà du remboursement du ticket modérateur (part laissée à la charge de l'assuré par l'assurance-maladie obligatoire), elle définissait des forfaits de prise en charge opposables aux professionnels et aux prestataires de santé pour les soins dentaires, l'optique[74], les prothèses auditives, ainsi que pour un certain nombre d'autres dispositifs médicaux.

À l'exception de ceux concernant les dispositifs médicaux, ces forfaits avaient fait l'objet d'importantes refontes visant à renforcer les garanties offertes. Les soins dentaires, dont le panier datait de 2006, avaient ainsi été très largement revus en 2017, avec un élargissement des actes pris en charge (*inlay-onlay core*[75], couronne provisoire, prothèses amovibles de transition). Le panier des prothèses auditives avait, quant à lui, été refondu en 2014, avec la

[72] À l'exception des Pays-Bas où les ménages modestes (revenus inférieurs à 29 500 € pour une personne seule, soit 2 458 € par mois) se voient attribuer une aide allant, selon les revenus, de 2 € à 192 € pour couvrir leurs dépenses de couverture santé. Dans un registre différent, en Allemagne, les chômeurs de longue durée ne cotisent pas à l'assurance maladie obligatoire, l'État se substituant à eux. Ils bénéficient par ailleurs du plafonnement de leurs dépenses à hauteur de 2 % de leurs revenus.

[73] Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

[74] Prise en charge d'une paire de lunettes (une monture et deux verres) par année.

[75] Prothèses dentaires fixes qui ont succédé aux plombages.

fixation à 700 € du prix maximum de vente et l'extension de la prise en charge, au même tarif, d'une deuxième prothèse[76]. En contrepartie, leur renouvellement avait été porté de deux à quatre ans. Enfin, pour l'optique, les verres à très fortes corrections avaient fait l'objet d'une amélioration de leur prise en charge en 2014. Ces paniers ont été redéfinis avec la réforme du 100 % santé.

Les personnes relevant de la CMU-C bénéficiaient, par ailleurs, du tiers-payant et étaient exonérés de la participation forfaitaire de 1 € ainsi que de la franchise de 0,5 € sur les boites de médicaments. Aucun dépassement d'honoraire ne pouvait leur être facturé par des médecins ou des chirurgiens-dentistes, sauf exigence particulière de leur part.

Divers autres avantages étaient également attachés à ce régime (tarifs sociaux de l'électricité et du gaz, remplacés depuis 2018 par le chèque énergie basé sur le seul revenu fiscal de référence ; les tarifs de solidarité transport ; les expérimentations de tarification sociale de l'eau[77]).

B - L'ACS : une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, dispositif complexe mais en amélioration

L'ACS, introduite en 2005 par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, est le dispositif qui avait le plus évolué. Il était passé d'un dispositif laissant de grandes marges d'autonomie aux organismes complémentaires comme aux assurés à un système progressivement recentré autour des offres qualitativement les plus intéressantes.

1 - Un dispositif spécifique dont les garanties ont été progressivement renforcées

L'ACS présentait certaines similitudes avec la CMU-C. Elle ouvrait droit, avec la LFSS pour 2014[78], au tiers-payant, à l'exonération de la participation forfaitaire de 1 € ainsi que de la franchise de 0,5 € sur les boites de médicaments. Aucun dépassement d'honoraire ne pouvait être facturé, sauf exigence particulière de leur bénéficiaire. Elle s'en distinguait cependant dans la mesure où elle consistait avant tout en une aide financière, variable avec l'âge[79], venant réduire, voire parfois annuler, les primes versées en contrepartie de la souscription d'une complémentaire santé privée. Elle n'avait donc pas pour objet la gratuité des soins, au contraire de la CMU-C. Il pouvait en effet demeurer, selon les garanties offertes par le contrat sélectionné, des restes à charge. Le mécanisme de l'ACS fonctionnait en deux temps : le demandeur reconnu éligible se voyait remettre une attestation qui lui ouvrait droit aux

[76] Le forfait de prise en charge est ainsi passé de 643 € à 1 400 € pour un équipement auditif complet.
[77] Les bénéficiaires de la CSS, ex-CMU-C, ont par ailleurs reçu gratuitement des masques « grand public », dans le cadre de la pandémie de covid 19.
[78] Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.
[79] 100 € pour les moins de 16 ans ; 200 € entre 16 et 49 ans ; 350 € entre 50 et 59 ans ; 550 € à partir de 60 ans. Ces montants ont été revalorisés en trois temps (2006, 2009 et 2014). Ils n'étaient initialement que de 75 € pour les moins de 25 ans, de 150 € pour les personnes âgées de 25 à 59 ans et de 250 € pour les personnes âgées de 60 ans ou plus.

exonérations, à l'interdiction des dépassements et à une aide financière. Il lui appartenait ensuite d'utiliser cette attestation pour souscrire à une complémentaire santé.

Initialement, les bénéficiaires de l'ACS disposaient d'une pleine liberté pour le choix de leur contrat. Des études menées par le Fonds CMU avaient toutefois souligné certaines fragilités du dispositif, en particulier « l'extrême diversité des contrats disponibles sur le marché rendant quasi impossible un choix éclairé », qui s'ajoutait à « *la souscription par les bénéficiaires de l'ACS de contrats proposant des niveaux de garantie nettement inférieurs au reste du marché*[80] ». Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) avait donc proposé, dans un rapport de 2013 portant sur « la généralisation de la couverture complémentaire en santé »[81], d'améliorer le dispositif ACS, soit par la création de contrats de groupe sélectionnés par le biais d'une procédure d'appel d'offres sur la base d'un cahier des charges de référence, soit par son remplacement, par l'extension du dispositif de la CMU-C en contrepartie d'une cotisation.

Le législateur avait opté, après une tentative vite abandonnée de label[82], pour la procédure d'appel d'offres, avec l'article 56 de la LFSS pour 2014.

Outre un socle commun à l'ensemble des contrats[83], trois niveaux de garantie avaient été établis :

- les contrats A, les moins protecteurs, étaient tenus de prendre en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- les contrats B, intermédiaires, devaient prendre en charge à hauteur de 100 € une paire de lunettes à verres simples, de 200 € des lunettes à verres complexes et de 225 % du tarif de la sécurité sociale les prothèses dentaires ;
- les contrats C, les plus complets, garantissaient des prises en charge à hauteur de 150 € des lunettes à verres simples, de 350 € des lunettes à verres complexes, de 300 % du tarif de la Sécurité sociale les prothèses dentaires et de 450 € par oreille les audioprothèses.

S'y étaient ajoutés, au 1er octobre 2017, les mêmes tarifs plafonds que ceux applicables aux bénéficiaires de la CMU-C pour la prise en charge des soins prothétiques et orthodontiques.

2 - Un bilan globalement positif du référencement des contrats ACS

L'appel d'offres avait été fondé sur deux critères, le prix pesant pour 80 % du choix et la qualité de service (gestion de la relation client, maillage territorial et actions de communication

[80] Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Décembre 2019.
[81] HCAAM, « La généralisation de la couverture complémentaire en santé », avis adopté lors de la séance du 18 juillet 2013.
[82] Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, article 55. Cette réforme n'a pas été appliquée, en raison des réticences des représentants des organismes complémentaires à un dispositif introduisant une double contrainte (garanties et prix).
[83] Prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (excepté pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) et du forfait journalier.

et de promotion du dispositif) pour les 20 % restants. Onze groupements[84], représentant 250 organismes[85], avaient été sélectionnés.

Les écarts tarifaires étaient toutefois restés relativement conséquents d'une offre à l'autre (de 1 à 1,6 pour les contrats B et C et de 1 à 2 pour les contrats A, selon les simulations effectuées par la Cour sur la base d'un ménage avec deux enfants), ce qui avait amené certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) à mettre en place des dispositifs d'accompagnement afin d'aider les demandeurs dans leur choix.

a) Une couverture apportée par le dispositif ACS réformé plus large et moins onéreuse

La réforme s'était traduite par une diminution globale du prix des contrats, ceux-ci passant, après référencement, de 916 € à 819 € en moyenne[86] (- 10,6 %, cf. annexe 7), une situation qui s'est maintenue dans la durée[87]. Les baisses les plus importantes s'observaient dans le contrat A (de 24 % à 40 % selon l'âge) et les plus faibles, dans le contrat C (de 3% à 10 %).

En outre, les bénéficiaires de l'ACS avaient opté majoritairement pour des garanties renforcées. La Drees avait mis en place un score calculé pour chaque contrat, qui reflétait le niveau de prise en charge du reste à charge après intervention du régime obligatoire, sur six grandes prestations[88]. Ces contrats s'échelonnaient du plus (A) au moins protecteur (E).

Tableau n° 8 : comparaison des contrats ACS souscrits avant et après l'appel d'offres

Classe de contrat (selon la classification de la Drees)	**Avant la réforme**	**Après la réforme**
A	0,4%	0%
B	3,9%	0%
C	8,6%	40,4%
D	44,0%	36,8%
E	**43,1%**	**22,8%**

Source : Fonds CSS

[84] Accès Santé ; ACS Couleurs mutuelles ; ACS MSM ; ASACS La santé solidaire ; Assureurs complémentaires solidaires ; Atout cœur santé ; Complémentaire santé ACS ; Complémentaire santé solidaire ; Klésia ACS ; Oui Santé ; Proxime santé.

[85] Chiffre à relativiser puisqu'il inclut les différentes filiales d'un même organisme.

[86] Un contrat couvrant, lui-même, en moyenne 1,6 personnes, le coût moyen par personne couverte s'établissait à 576 €, contre 509 €, après réforme.

[87] Les groupements pouvaient augmenter chaque année leurs tarifs dans la limite de la progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), ce qu'ils ont tous fait, à l'exception de deux d'entre eux. Pour autant, l'écart de prix est demeuré favorable, puisque les contrats s'élevaient, à fin 2018, à 839 € (524 € par personne couverte), soit un écart « à périmètre constant » de - 8,4 %, qui ne tient pas compte de la progression, non plafonnée, des tarifs des contrats individuels sur la même période.

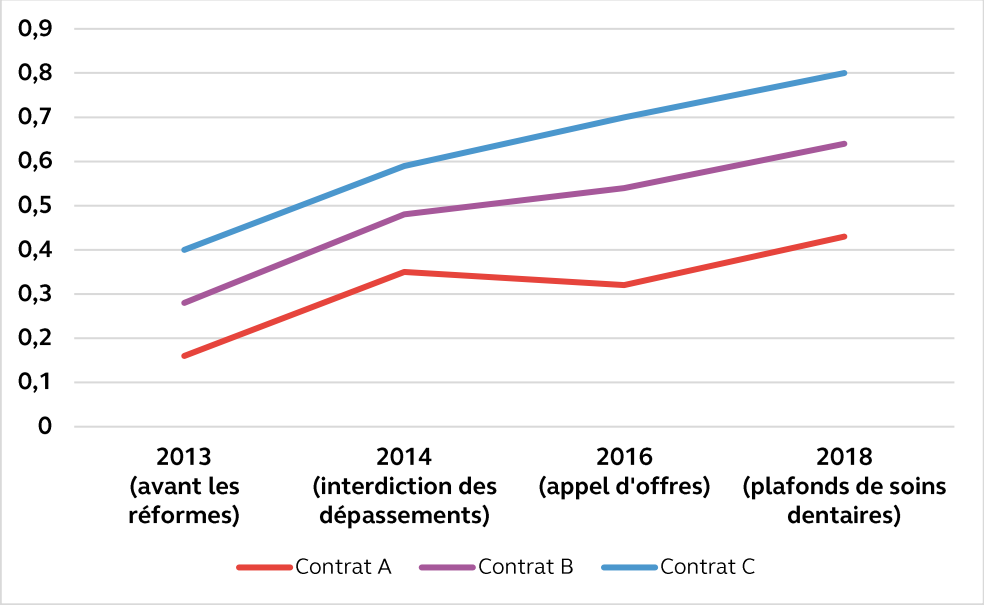
[88] Ces prestations correspondent à celles pour lesquelles les prises en charge des contrats se distinguent le plus : dépassement d'honoraires pour une consultation chez un spécialiste, dépassement d'honoraires pour un acte chirurgical, prothèse dentaire, audioprothèse, optique complexe et chambre particulière en médecine (MCO).

Les contrats C (« ACS » et classification Drees – cf. annexe 4), jusqu'alors très minoritaires, étaient devenus les plus souscrits, quand la part des contrats les moins protecteurs (contrat A selon les catégories « ACS » et E selon la Drees) avaient été réduite de moitié.

b) Des limites du dispositif ACS réformé

Ces constats positifs devaient cependant être nuancés. Tout d'abord, l'appel d'offres avait eu, sur les garanties offertes, une incidence somme toute limitée.

Graphique n° 15 : évolution du niveau des garanties à la suite des réformes des contrats ACS



Source : Cour des comptes d'après les données du Fonds CSS
Note : En ordonnée, figure le niveau de garanties offerts par les contrats ACS tel que calculé par la Drees. Les contrats les plus qualitatifs obtiennent un score de 1 (à l'image de la CMU-C selon la Drees). Avant la mise en place des contrats A, B et C, les contrats ont été répartis, en fonction de leurs garanties, en 3 lots, Q1 (garanties les plus faibles), Q2 (intermédiaires) et Q3 (les plus élevées).

Les améliorations constatées étaient avant tout dues aux réformes qui l'avaient précédé (interdiction des dépassements[89]) et lui avaient succédé (plafond de soins dentaires).

Les contrats ainsi définis ne comportaient pas non plus, sauf pour deux groupements[90], de mécanisme d'atténuation de leur prix en fonction du nombre de personnes couvertes, qui permettait de limiter le coût de la complémentaire santé pour les familles nombreuses. Chaque personne supplémentaire du foyer faisait donc l'objet d'une facturation sans décote.

[89] Même si la Cnam relève certaines pratiques contraires : en 2017, 1,7 % des bénéficiaires de l'ACS ont été exposés à un dépassement (0,4 % d'un professionnel de secteur 1 ; de 7,2 % d'un professionnel de secteur 2). Ce taux monte à 4,7 % pour un simple détenteur d'attestation ACS n'ayant pas souscrit de contrat (0,8 % et 24,5 % respectivement).
[90] L'un a adapté le montant du contrat au montant de l'aide à partir du troisième enfant, le second a mis en place une gratuité à partir du même seuil dès lors que les enfants ont moins de 16 ans.

Tableau n° 9 : prix et effort financier selon la taille du foyer, avant et après réforme de l'ACS

Nombre de personnes composant le foyer	Avant la réforme		Après la réforme	
	Prix du contrat	*Taux d'effort*	*Prix du contrat*	*Taux d'effort*
1	784 €	4,0%	676 €	2,7%
2	1 248 €	4,0%	1 167 €	3,1%
3	1 142 €	3,5%	1 080 €	3,0%
4	1 287 €	3,2%	1 265 €	3,1%
5	1 420 €	2,7%	1 468 €	2,9%
6	1 535 €	2,3%	1 661 €	2,7%
7	1 683 €	1,8%	1 920 €	2,4%

Source : Fonds CSS – sur la base d'un échantillon.

En l'absence d'un tel mécanisme, à partir de cinq personnes, le taux d'effort post-réforme était supérieur à ce qu'il était avant la réforme, malgré l'effet positif global du référencement sur les prix unitaires des contrats.

Enfin, les bénéficiaires de contrats ACS continuaient à faire face à des restes à payer (primes restant dues après prise en compte du chèque ACS) et à des restes à charge (facture restant à payer, après intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire) qui étaient parfois conséquents[91], particulièrement aux âges les plus élevés et pour les prestations les moins bien remboursés (optique, dentaire et audioprothèse).

Tableau n° 10 : reste à payer moyen[92] une fois le chèque ACS déduit

Âge	Contrat A	Contrat B	Contrat C
16 - 29	43 €	98 €	163 €
30 - 39	86 €	161 €	242 €
40 - 49	150 €	252 €	342 €
50 - 59	100 €	221 €	328 €
60 - 69	43 €	165 €	284 €
70 - 79	164 €	303 €	392 €
80 - 89	324 €	465 €	523 €
> 90	367 €	477 €	545 €

Source : Fonds CSS

[91] Avec un taux d'effort pouvant atteindre 4,5 % (contrat C) voire même 7,1 % en reste à financer pour une audioprothèse.

[92] Moyenne qui peut masquer des situations différenciées. Ainsi, une personne âgée de 80 ans peut, selon l'offre proposée par les 11 groupements, être amenée à payer entre 814 € et 1 418 € pour l'acquisition d'un contrat C (ce qui, après déduction du chèque de 550 € l'expose à un reste à payer s'échelonnant entre 264 € et 868 €, contre une moyenne de 523 €).

Cette situation a amené le législateur à opter pour la solution alternative, préconisée par le HCAAM en 2013, d'une extension de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS accompagnée de l'instauration d'une participation financière de leur part. Le renouvellement de l'appel d'offres, qui aurait dû avoir lieu avant le 1er juillet 2018, n'a donc pas eu lieu.

C - La CSS : des efforts de simplification par l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS

La CMU-C, renommée complémentaire santé solidaire (CSS), est depuis novembre 2019 ouverte aux bénéficiaires de l'ACS, en contrepartie d'une cotisation liée à l'âge et limitée à 30 € par mois au maximum pour les personnes les plus âgées[93]. Les contrats ACS souscrits avant cette date restaient toutefois valables jusqu'à leur terme, sauf si leurs bénéficiaires choisissaient d'opter pour la CSS.

La participation financière demandée aux bénéficiaires de l'ACS est, même si elle est plafonnée, croissante avec l'âge, ce qui correspond d'ailleurs à une logique assurantielle. Elle est globalement beaucoup plus limitée qu'auparavant, même si certains doivent payer davantage. C'est en effet le cas pour 36 % des bénéficiaires potentiels, mais pour des montants minimes, n'excédant 20 € par mois que pour 2% d'entre eux[94], surtout pour les contrats A[95], les moins protecteurs.

Tableau n° 11 : répartition des titulaires de l'ACS perdants à la mise en place de la CSS contributive

Montant	Contrat A	Contrat B	Contrat C	Part des bénéficiaires
> 5 €	43,8%	60,4%	100%	20%
> 10 €	27,0%	30,4%	0%	10%
> 15 €	18,1%	9,2%	0%	5%
> 20 €	10,5%	0%	0%	2%
> 25 €	0,6%	0%	0%	NS

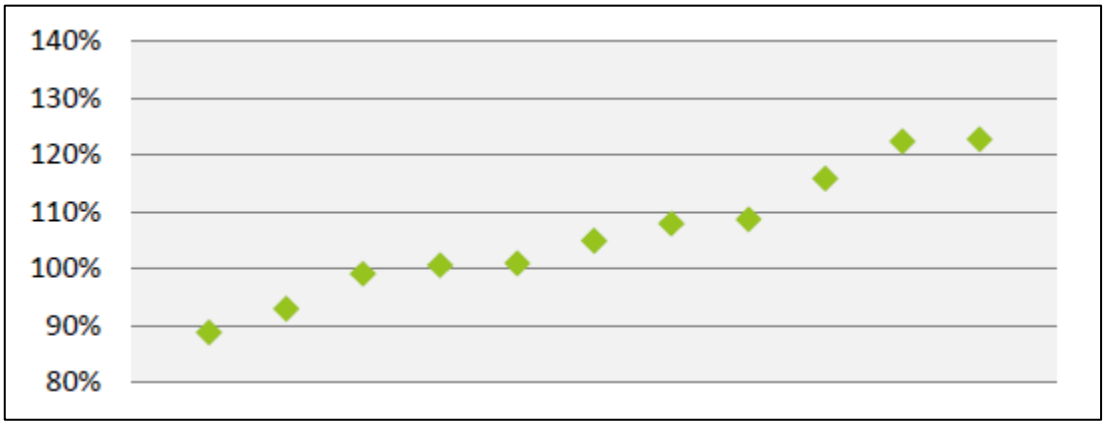
Source : Fonds CSS

Ces pertes limitées sont en outre probablement surestimées, puisqu'elles sont calculées à partir du montant des dernières cotisations réclamées par les groupements, qui auraient presque certainement augmenté si l'appel d'offre de 2018 avait pu être mené à bien. Sur les 11 groupements gestionnaires, en effet, six étaient déficitaires, avec des marges pour

[93] 8 € par mois pour les moins de 30 ans, 14 € pour les personnes âgées de 30 à 49 ans, 21 € pour ceux âgés entre 50 et 59 ans, 25 € entre 60 et 69 ans et 30 € au-delà.
[94] 45 % des perdants le sont pour moins de 5 € par mois. Le montant maximum de perte s'établit à 28 € par mois.
[95] 66 % contre 37 % pour les contrats B et 18 % pour les contrats C. Par ailleurs, certaines tranches d'âge sont plus concernées que d'autres, en particulier les 60-69 ans (66 % de perdants, à partir d'un seuil d'un euro et plus par mois) et les 70-79 ans (50 %) – cf. annexe 8.

l'essentiel réalisées sur les contrats A, qui, du fait de la réforme du 100 % santé, auraient eu vocation à disparaître[96].

Graphique n° 16 : équilibre technique des contrats ACS par groupement



Source : Fonds CSS
Note : indicateur de charges de prestations (prestations pour sinistres survenus en N + provisions pour sinistres survenus en N mais non encore réglés) / cotisations nettes (cotisations reçues pour l'exercice N - taxes - frais de gestion). Le contrat est bénéficiaire si le taux (charges/recettes) est inférieur à 100%.

D - Une couverture de plus en plus étendue des populations fragiles financièrement

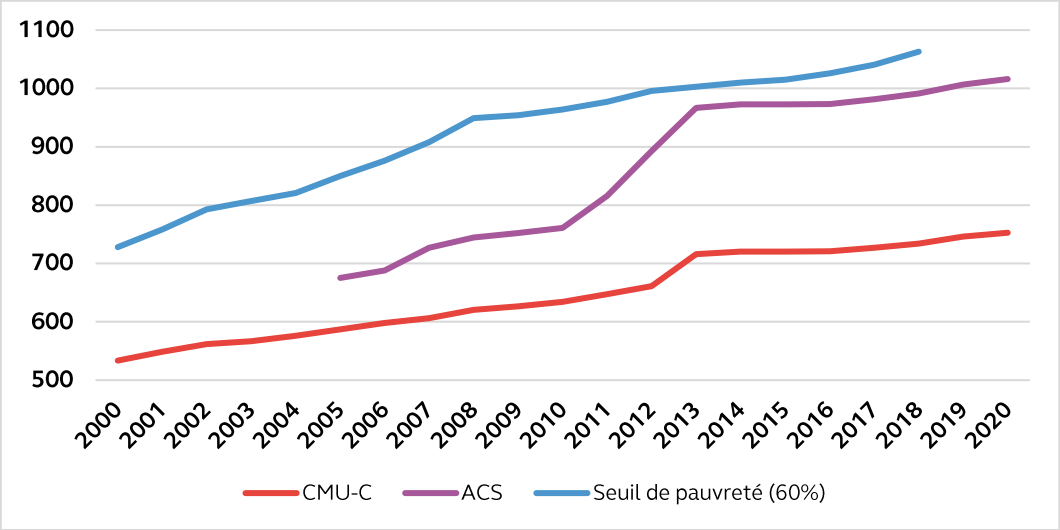
1 - Une tendance de fond à l'augmentation

Les plafonds de ressources en-deçà desquels les demandeurs peuvent bénéficier de la CSS ont été revalorisés au fil des années, parfois même au-delà de l'inflation. Le plafond de l'ex-CMU-C a ainsi fait l'objet au 1er juillet 2013 d'une revalorisation exceptionnelle de 7 % au-delà de celle de 1,3 % correspondant à l'inflation, soit 8,3 % au total. Le plafond de l'ACS était initialement fixé à 15 % au-dessus du plafond de la CMU-C. Ce taux a progressivement été relevé à 20 % en 2007, à 26 % en 2011, puis à 35 % en 2012.

Pour prétendre à la CSS sans participation financière (ex-CMU-C), les demandeurs doivent ainsi disposer, depuis avril 2021, de revenus inférieurs à 9 041 € pour une personne seule, soit 753 € par mois. Ce plafond est de 12 205 €, soit 1 017 € par mois, pour la CSS avec participation financière (ex-ACS).

[96] Les contrats A apparaissent très légèrement excédentaires (99,8 % – cinq groupements en excédents, trois à l'équilibre, trois en déficit), contre un léger déficit pour les contrats B (100,8 % - quatre excédentaires, deux à l'équilibre, cinq en déficit) et un déficit plus large pour les contrats C (108,8 – un excédentaire, 10 déficitaires).

Graphique n° 17 : évolution du plafond de ressources mensuelles de la CMU-C et de l'ACS



Source : Fonds CSS - Insee

Le plafond de ressources de l'ACS n'a ainsi cessé de se rapprocher du seuil de pauvreté. L'atteindre se traduirait, selon des calculs que la DSS n'a pas explicités, par un surcroît de dépenses de 65 M€. Cette estimation doit toutefois être prise avec précaution, en raison notamment des champs différents que recouvrent ces deux notions. Pour mesurer le seuil de pauvreté, l'Insee s'appuie en effet sur l'ensemble des ressources des ménages, alors que le plafond de la CSS en écarte certaines (cf. chapitre II). En outre, une part non négligeable de la population ne recourt pas à la CSS, bien qu'elle en remplisse les conditions (cf. chapitre II).

Au maximum, le coût de couverture des personnes dont les ressources sont au-dessous du seuil de pauvreté (9,3 millions de personnes selon l'Insee[97]) sans être bénéficiaires de la CSS (7 millions de personnes, soit 10,5 % de la population française), qui est optiquement de 2,3 millions de personnes, pourrait plutôt être théoriquement estimé autour de 500 M€[98], en tenant compte des participations financières versées en contrepartie du bénéfice de la CSS. Il n'est cependant pas possible de réaliser une simple soustraction entre ces deux chiffres, car de nombreuses personnes éligibles à la CSS peuvent légitimement souhaiter conserver leur complémentaire d'entreprise.

[97] Dans une estimation avancée, s'appuyant sur des micro-simulations, l'Insee prévoit néanmoins en 2019 une diminution du nombre de personnes sous ce seuil, soit 9,1 M de personnes (14,5 % de la population).

[98] En s'appuyant sur le coût moyen par personnes de la CSS (arrondi à 400 €) et sur une participation moyenne de 15 € par mois, le coût de leur couverture atteindrait 840 M€ duquel sont déduits 370 M€ de participations financières annuelles.

2 - Des bénéficiaires géographiquement très concentrés

Les bénéficiaires de la CSS se distinguent peu, en dehors de leurs revenus, du reste de la population française, si ce n'est que la part des familles monoparentales y apparaît plus importante[99]. Ils se concentrent en outre-mer, dans le nord de la France, en Seine-Saint-Denis ainsi que sur le pourtour méditerranéen, avec une répartition différente en fonction du dispositif (cf. annexe 5), qui ne recouvre pas totalement celle de la population sous le seuil de pauvreté.

Tableau n° 12 : départements regroupant le plus de bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de population sous le seuil de pauvreté (2019)

		Métropole					Outre-mer				
		Moyenne	1er	2e	3e	4e	Moyenne	1er	2e	3e	4e
CMU-C	Département		93	59	13	62		974	973	971	972
	% de la population	8,1%	16,7%	12,9%	12,5%	11,3%	31,4%	37,4%	35,3%	26,6%	20,3%
ACS	Département		66	30	65	34		974	971	972	973
	% de la population	2,5%	4,2%	4,1%	4,0%	4,0%	5,7%	7,8%	5,3%	5,0%	1,0%
Taux de pauvreté	Département		93	11	2B	66		974	972	ND	ND
	% de la population	14,5%	27,9%	20,8%	20,6%	20,5%	ND	38,3%	28,6%	ND	ND

Source : Cour des comptes d'après données du Fonds CSS – Insee 2017 pour le taux de pauvreté
Note : 2B : Haute-Corse ; 11 : Aude ; 13 : Bouches-du-Rhône ; 34 : Hérault ; 59 : Nord ; 62 : Pas-de-Calais ; 30 : Gard ; 65 : Hautes Pyrénées ; 66 : Pyrénées-Orientales ; 93 : Seine-Saint-Denis ; 971 : Guadeloupe ; 972 : Martinique ; 973 : Guyane ; 974 : La Réunion ; ND : non disponible.

Paris figure comme le quatrième département métropolitain en nombre de bénéficiaires de la CSS non contributive, devant le Pas-de-Calais[100], avec une concentration toutefois moindre (7,6 %), du fait de sa population plus nombreuse.

[99] Les femmes sont ainsi surreprésentées, pour le bénéfice de l'ex CMU-C, dans la tranche des 20 à 40 ans, avec un pic de cinq points (55,5 % de femmes bénéficiaires dans ces âges, contre 50,6 % de femmes en population générale). Combinées à la forte proportion de jeunes, ces données traduisent une forte présence de femmes seules avec enfants (18 % des bénéficiaires de la CMU-C, contre 6 % de la population générale selon les dossiers de la Drees n° 7 d'octobre 2016 *« Impact redistributif de deux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé »*). Il en va de même pour les ex-bénéficiaires de l'ACS (les familles monoparentales ainsi que les familles avec 3 enfants et plus sont surreprésentées, avec des taux respectifs de 14 % et de 12 % contre 6 % et 4 % en population générale, ce qui reflète le fait que l'accroissement des prestations familiales lié au nombre d'enfants est supérieur à celui des plafonds de ressources prises en compte pour bénéficier de la CMU-C. Par ailleurs, les personnes âgées bénéficient avant tout de l'ex ACS plutôt que de la CMU-C, en raison des minima sociaux (allocation de solidarité aux personnes âgées –Aspa– et minimum vieillesse pour les retraites liquidées avant 2006) dont les montants excèdent le plafond de la CMU-C, contrairement aux bénéficiaires du RSA, par exemple.

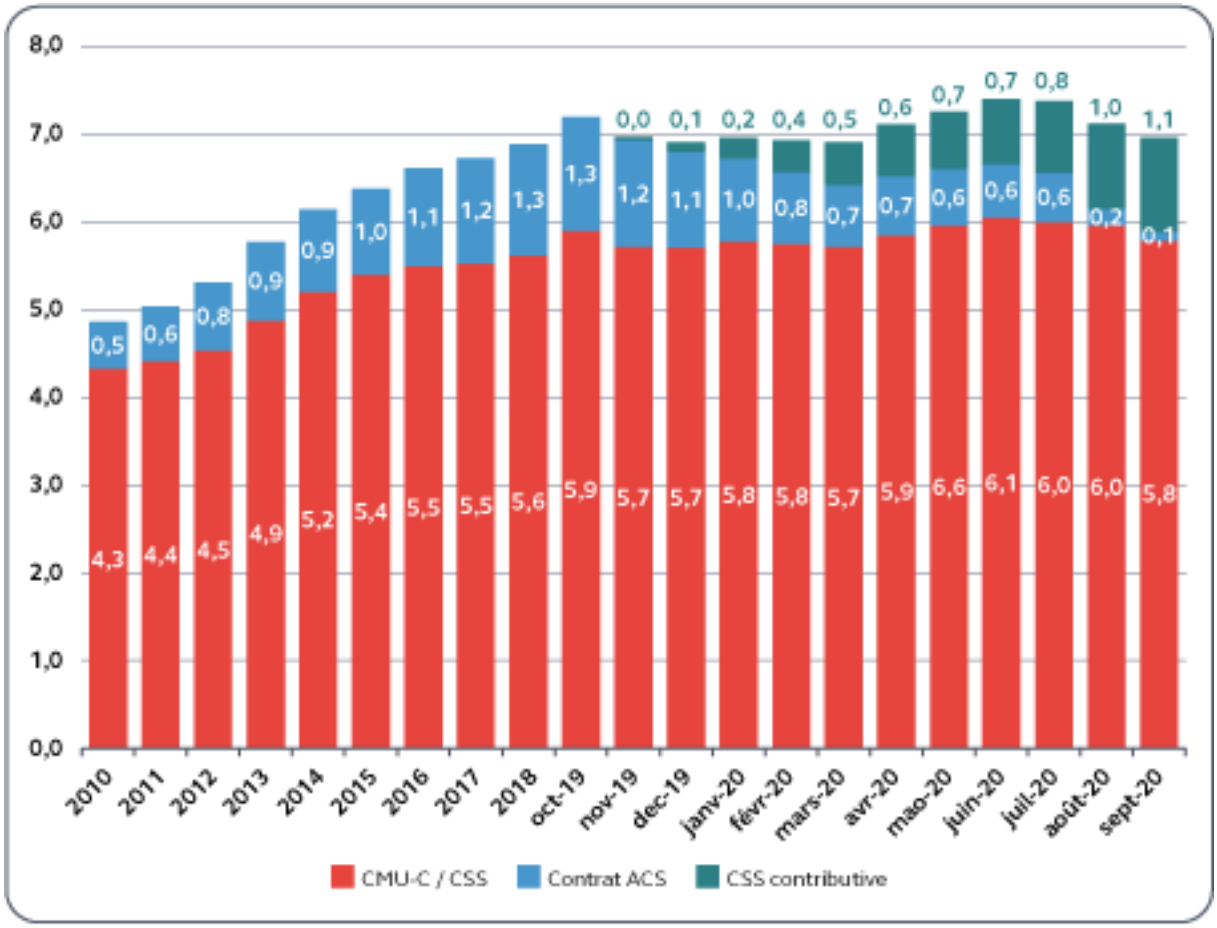
[100] 167 000 contre 166 000. Le Nord est, en volume, le premier département (335 000), suivi de la Réunion (319 000), puis de la Seine-Saint-Denis (269 000) et des Bouches-du-Rhône (252 000).

Bien que Mayotte soit département et région d'outre-mer, la CSS ne s'y applique pas. En lieu et place, les assurés sociaux sous conditions de ressources (50% du plafond de la CSS sans participation financière applicable dans les Dom) bénéficient depuis le 1er mai 2019 de la prise en charge intégrale du ticket modérateur sur les soins de ville, ainsi que de la gratuité des soins hospitaliers, cette dernière étant d'ailleurs valable pour l'ensemble des assurés mahorais. 50 126 personnes bénéficient de ce double mécanisme au 31 mai 2020, soit 18,5 % de la population. Aucun calendrier n'a été établi, à ce jour, visant à faire entrer Mayotte dans le droit commun.

3 - Des fluctuations récentes du nombre de bénéficiaires dues à des facteurs conjoncturels

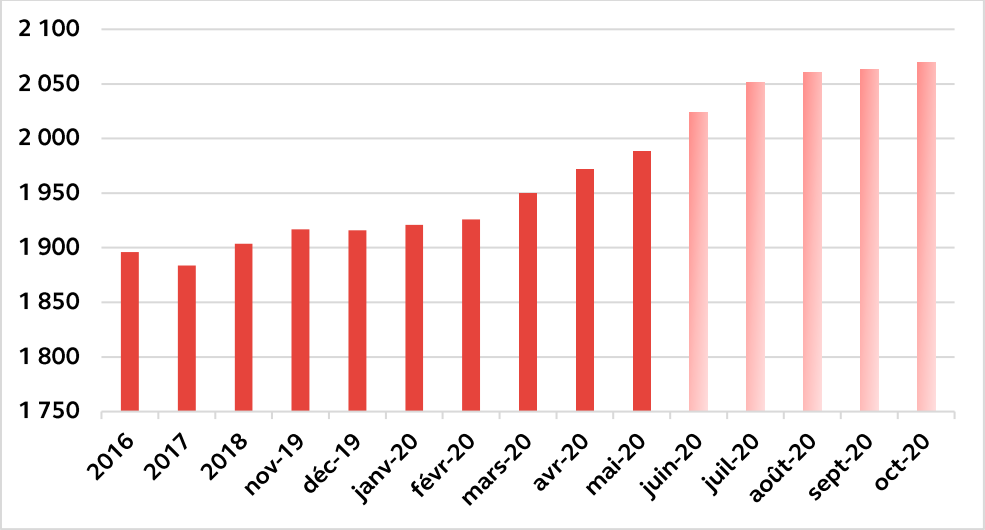
L'augmentation continue du nombre des bénéficiaires s'est interrompue avec l'entrée en vigueur de la CSS, en novembre 2019.

Graphique n° 18 : évolution des effectifs de la CSS



Source : Fonds CSS
Note : les données à partir du mois de juin sont provisoires.

Graphique n° 19 : évolution du nombre d'allocataires du RSA



Source : Drees
Note : les données à partir de juin sont provisoires

Ce phénomène s'explique d'abord par des difficultés de mise en œuvre pendant les premiers mois de la réforme ainsi que, pour ce qui concerne l'ex-CMU-C, par un nouveau mode de décompte des effectifs mis en place par la Cnam.

La crise de la covid 19 a également eu un impact, qui semble transitoire. Elle avait conduit à reporter les dates d'échéance de la CMU-C et des contrats ACS de trois mois, jusqu'au 31 juillet 2020[101]. Or, août correspond à une chute nette du nombre de bénéficiaires, qui sont passés de 1,38 million (ACS et CSS participative) à 1,16 million. Ce mois est traditionnellement peu propice aux démarches administratives. Le mois de septembre ne s'est pas traduit par une hausse du nombre de bénéficiaires. Si cette désaffection se poursuit, elle témoignera d'un effet « pertes » financières des anciens bénéficiaires de l'ACS liées au passage à la CSS contributive et, pour les personnes nouvellement éligibles, d'un frein psychologique découlant du paiement d'une participation financière.

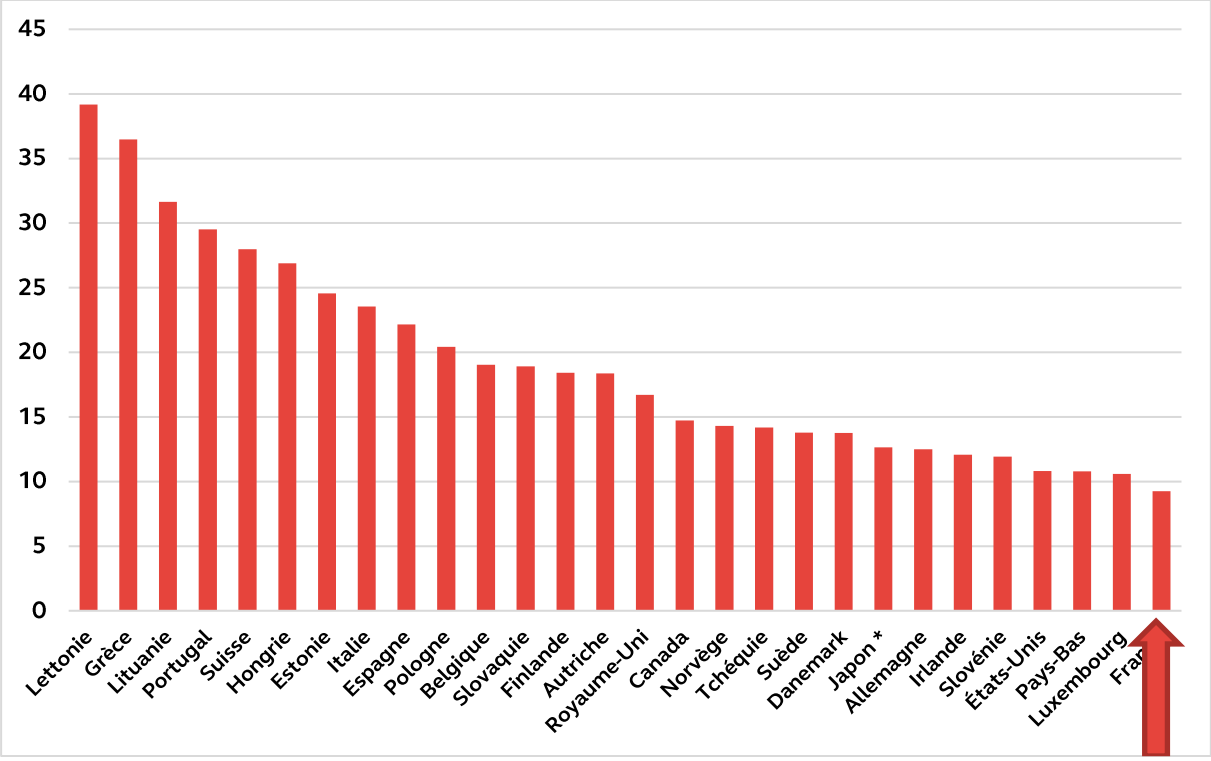
À l'inverse toutefois, la crise économique devrait se traduire, avec un décalage partiel dû aux indemnités chômage[102], par une augmentation sensible des effectifs de la CSS. Le nombre de bénéficiaires du RSA est d'ores et déjà annoncé à la hausse, de 8,7 %[103], ce qui devrait se traduire rapidement dans les statistiques de la CSS sans participation.

[101] L'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid 19 a, par ailleurs, prévu que les droits à la CSS prenant fin entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021 inclus fassent l'objet d'une prolongation de trois mois.
[102] La Banque de France anticipe un pic du taux de chômage supérieur à 11,5 % mi-2021, contre 8,1 % en fin d'année 2019. Les indemnités chômage peuvent être versées pendant 24 mois décalant d'autant le bénéfice de la CSS. Ce n'est ainsi qu'en 2010, soit près de deux ans après la crise financière qu'une forte hausse (+ 3,3 % par rapport à 2009) des bénéficiaires de la CMU-C avait été observée.
[103] Annonce du ministre délégué aux comptes publics lors des débats parlementaires portant sur le projet de loi de finances pour 2021 (Assemblée nationale, séance du 19 octobre 2020). Un certain nombre peuvent néanmoins d'ores et déjà être bénéficiaires de l'ACS.

IV - Un cumul de dispositifs peu lisible, mais qui aboutit à un reste à charge moyen pour les ménages très faible

La somme de ces dispositifs, d'assurance maladie obligatoire, de recours à des complémentaires aidées et à la CSS, aboutit à un haut degré de couverture public et privée, et permet de garantir, avant même de tenir compte de l'incidence positive de la réforme du 100 % santé, un reste à charge des ménages particulièrement faible, à hauteur de 9 % des dépenses de santé. Ce taux est le plus faible des pays de l'OCDE.

Graphique n° 20 : reste à charge des ménages en proportion de leurs dépenses de santé en 2018 au niveau international



Source : Drees Les dépenses de santé en 2019, Edition 2020
Note : Les dépenses courantes de santé au sens international comprennent les dépenses de la consommation de biens et de services médicaux ainsi que les dépenses liées à la gouvernance ou à la prévention, ainsi que la consommation de soins de longue durée. En ne retenant que la consommation de biens et de services médicaux, ce taux atteint, en France, 6,9 % en 2019 (cf. graphique n° 2).

La Drees estime ainsi qu'en 2017 (dernière année disponible), en moyenne par habitant, le reste à charge après intervention par l'assurance maladie obligatoire était d'environ 620 €, et de 213 € après intervention des complémentaires santé et de la CSS[104]. Cette moyenne recouvre cependant des disparités, allant du simple au double selon l'âge des assurés, au détriment des

[104] Drees, études & résultats, de novembre 2020, n° 1170.

personnes les plus âgées (de 260 € pour les personnes âgées de 25 ans à 45 ans, contre 500 € pour celles de plus de 65 ans[105]). En la matière, les données disponibles s'avèrent cependant bien plus limitées que celles concernant l'assurance maladie obligatoire, en raison notamment, mais pas uniquement, de la grande diversité des garanties proposées.

[105] Les dernières données disponibles, en la matière, datent toutefois de 2012.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Pour limiter les restes à charge de la population résultant de la couverture du risque maladie par un système assurantiel, la France n'a pas choisi de mettre en place un système de plafonnement des dépenses annuelles de santé des ménages, souvent dénommé « bouclier sanitaire ». Le législateur a plutôt multiplié les dispositifs d'exonération des frais de santé (tickets modérateurs en ville et à l'hôpital, forfait journalier hospitalier) auxquels font notamment face des patients souffrant d'affections de longue durée. Le reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie obligatoire apparaît en conséquence limité, même s'il masque d'importantes disparités, en fonction de l'âge mais aussi des pathologies ou des accidents de santé.

Pour prendre en charge ces différences et ainsi améliorer l'accès aux soins, le législateur a favorisé le développement des assurances complémentaire santé. Celles-ci interviennent en complément de l'assurance maladie obligatoire dans tous les domaines, même si elles privilégient les champs les moins bien couverts par cette dernière comme l'optique, les soins dentaires et les audioprothèses. Elles jouent en outre un rôle indispensable en matière d'hospitalisation, où les règles complexes de prise en charge peuvent aboutir au niveau individuel à des restes à charge élevés et aléatoires, comme l'a encore rappelé la crise de la covid 19.

Pour que les assurances complémentaires soient effectivement souscrites par le plus grand nombre possible de français, le législateur eu recours à de nombreuses mesures incitatives. Il a même rendu obligatoire, en contrepartie d'allègements des prélèvements sociaux et fiscaux, la couverture des salariés du secteur privé. Il a également développé un dispositif spécifique pour les personnes ayant de faibles revenus, moins enclines de ce fait à assurer la couverture de leurs frais de santé par la souscription volontaire de garanties d'assurances privées. Ses bénéficiaires se voient proposer, sans contrepartie pour les bénéficiaires de l'ex-CMU-C et à un prix modéré (mais croissant avec l'âge, comme c'est le cas pour l'assurance privée) pour ceux de l'ex-ACS, une couverture complémentaire complète, très similaire à celle qui couvre le reste de la population depuis la réforme du 100 % santé.

Pour s'assurer de la contribution des complémentaires santé à la réduction des dépenses restant à la charge des ménages, le législateur a cherché à les réguler de plus en plus étroitement. Il a d'abord mis en place des contrats « responsables » qui, en contrepartie d'une moindre taxation, les obligent à prendre en charge les tickets modérateurs, c'est à dire les dépenses restant à payer après l'intervention de l'assurance maladie obligatoire. Pour éviter l'inflation des prix des prestations prises en charge, leurs montants ont été plafonnés, s'agissant notamment de l'optique et des dépassements d'honoraires. Les résultats de ces contrats en la matière apparaissent cependant inégaux.

La réforme du 100 % santé, entrée progressivement en vigueur en 2019, 2020 puis 2021, suit la même logique. Son déploiement a été contrarié par la crise de la covid 19, mais ses premiers résultats laissent cependant d'ores et déjà présager certaines difficultés. Son équilibre financier pourrait ainsi, au vu des premiers mois d'application, ne pas respecter les projections initiales, ce qui est susceptible d'avoir des conséquences sur le niveau des cotisations que les assurés règlent à leurs complémentaires santé.

Le système français de prise en charge des frais de santé – assurance maladie obligatoire, assurances privées complémentaires et complémentaire santé solidaire pour les personnes socialement les plus fragiles – permet néanmoins d'assurer à une très large part de la population une protection très étendue et d'un niveau élevé, avec un reste à charge des ménages, après intervention de l'assurance maladie complémentaire et de la CSS, en nette réduction et le plus faible en moyenne des pays de l'OCDE (6,9 % de la consommation de soins et de biens médicaux – CSBM – en 2019, contre 9,7 % en 2001).

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

1. *Prendre, sans délai, l'arrêté d'application de la loi portant information sur les remboursements proposés par les complémentaires santé et contrôler sa bonne application (DSS).*
2. *Procéder, après trois années de mise en œuvre, au bilan de la réforme du 100 % santé (DSS).*

Chapitre II

Une couverture globalement coûteuse, parfois inéquitable, qui laisse de côté une part non négligeable de la population

Le choix d'un système reposant sur une étroite imbrication des assurances de base et complémentaire permet d'offrir un très haut niveau de protection de la population, au prix néanmoins d'importantes dépenses, d'une certaine iniquité et d'une couverture partielle de la population la plus fragile. Ces constats amènent à réfléchir aux évolutions à faire subir à l'ensemble du système.

I - Un système coûteux et peu efficient

L'incitation au recours à une assurance complémentaire, couplée à une couverture publique des populations les plus fragiles, a un coût élevé. Ce système présente, par ailleurs, un « rendement » (rapport entre les cotisations et les remboursements) plutôt faible, pour partie il est vrai en raison du niveau élevé de la taxation des contrats complémentaires.

A - Des dépenses publiques considérables, qui devraient continuer à augmenter

Les dispositifs mis en place pour parvenir à une couverture très large de la population s'avèrent particulièrement coûteux. Les dépenses devraient en outre continuer à augmenter, en raison particulièrement des dernières réformes portant sur la CSS.

1 - Un coût très élevé de l'encouragement à la souscription de complémentaires de santé

Près de 10 Md€ par an sont consacrés à la couverture de la population par une complémentaire santé.

Tableau n° 13 : dépenses publiques liées aux contrats de complémentaire santé (Md€)

Dépenses	Complémentaire santé solidaire	2,62
	Aides aux complémentaires (Fonction publique d'État)	0,03
Moindres recettes	Moindre taxation des contrats « agricoles »	0,07
Niches fiscales et sociales sur les entreprises et les salariés	Exemption d'assiette de cotisations sociales patronales et salariales de la participation de l'employeur pour les contrats collectifs et obligatoires	3,40
	Déduction de l'impôt sur les bénéfices des charges liées au financement des contrats collectifs et obligatoires	2,43
	Déduction de l'impôt sur le revenu des salariés	1,15
	Déduction du revenu imposable des cotisations de prévoyance complémentaire versées à titre facultatif par les travailleurs indépendants (dispositif Madelin)	0,27

Source : Cour des comptes
Note : Données 2019 pour les dépenses liées à la CSS, aux aides versées pour la fonction publique de l'État et pour les contrats agricoles, données 2014 tirées du rapport IGAS « contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé », n° 2015-143R d'avril 2016, pour le reste (montant moyen pour l'exemption d'assiette), celles-ci n'ayant pu faire l'objet d'actualisation.

Ce résultat est toutefois à prendre avec certaines précautions, principalement parce que plusieurs données sont anciennes et ne prennent pas en compte, dans un nombre limité de cas, l'impact de l'instauration, au 1er janvier 2016, de l'obligation de souscription de garanties d'assurance complémentaire santé pour tous les employeurs, qui a contribué à accroître les versements exonérés de cotisations, ni, avec un effet inverse, l'augmentation continue des allègements généraux de cotisations. Ces imprécisions, qui n'affectent toutefois pas l'ordre de grandeur du résultat, pourraient facilement être corrigées si l'annexe 5 aux projets de lois de financement de la sécurité sociale, qui a pour objet de présenter les mesures d'exonérations de cotisations et contributions et de leurs compensations, fournissait les éléments permettant d'apprécier précisément et sans décalage temporel le coût des « niches sociales » liées aux complémentaires santé.

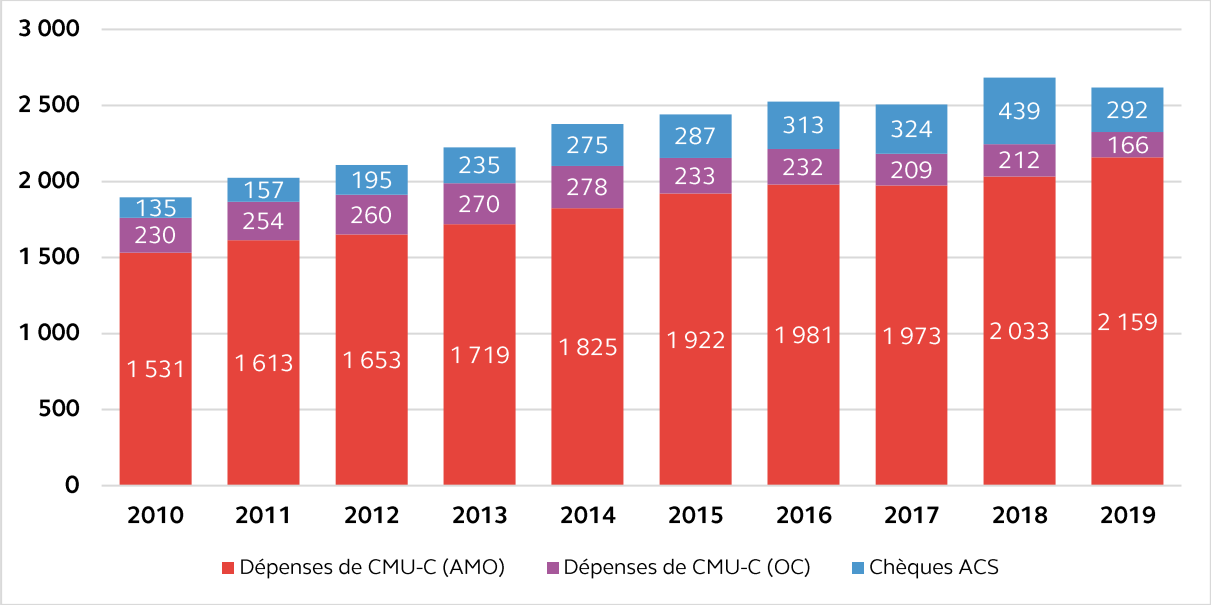
2 - Des dépenses de CSS appelées à s'accroitre

L'augmentation continue du nombre des bénéficiaires de la CSS, couplée aux dernières évolutions du dispositif, sont à l'origine d'une hausse durable des dépenses. Les statistiques les concernant ne tiennent pas compte des charges de gestion du dispositif, assumées par l'assurance maladie.

a) L'impact de l'augmentation continue du nombre des bénéficiaires

L'augmentation des effectifs des bénéficiaires de la CSS entraine une hausse continue des dépenses totales.

Graphique n° 21 : dépenses annuelles exposées au titre de la CMU-C et de l'ACS (en M€)



Source : Fonds CSS
Note : les données 2018 et 2019 relatives aux chèques ACS présentent des anomalies détectées par le Fonds mais non encore résolues par l'Acoss (dépense en excès de 123 M€ en 2018 ; régularisations au titre d'exercices antérieurs de 107 M€ en 2019). Les montants ainsi corrigés s'établiraient à 316 M€ en 2018 et 399 M€ en 2019.

La transformation du dispositif ACS en CSS contributive devrait également contribuer à un surcroît de dépenses. Celui-ci est estimé par la DSS à 60 M€ en 2020, à 90 M€ en 2021 et à 120 M€ en 2022[106] sous l'hypothèse, très volontariste, d'une amélioration du taux de recours à la CSS participative de 3 points en 2020, de 6 points en 2021 et de 9 points en 2022, évolution résultant d'un meilleur rapport qualité-prix et de la simplification des démarches, ce qui est loin d'être assuré.

[106] Il sera néanmoins difficile de vérifier l'exactitude de cette prévision dans la mesure où la part respective des dépenses au sein de la CSS a perdu en précision, la CSS participative étant fondue dans l'ensemble plus vaste de la CSS avec ou sans participation (il a été jugé préférable d'éviter que le professionnel de santé puisse avoir accès, par lecture de la carte vitale, à cette information, il n'y a donc qu'un seul code sur la carte Vitale, correspondant à l'ex CMU-C). À la place une clef de répartition, calculée par la Cnam, est utilisée, dont la précision méritera d'être vérifiée.

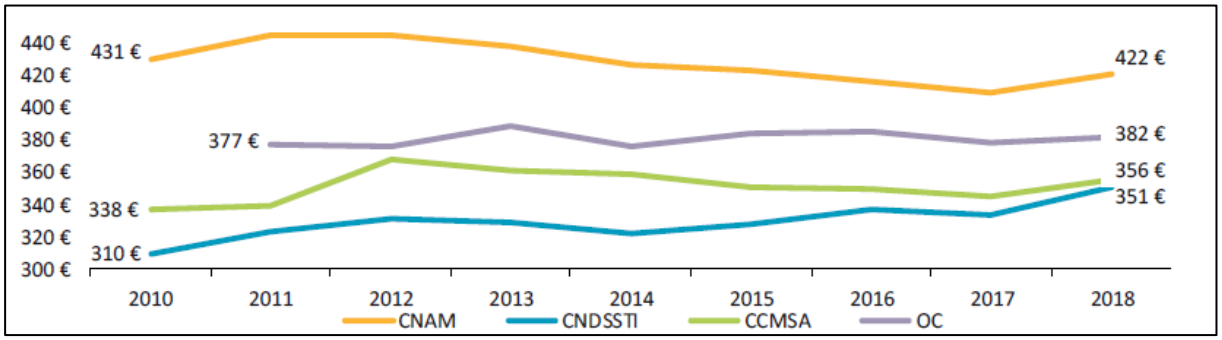
Le coût total du dispositif, si le taux de recours était de 100 %, est, quant à lui estimé entre 3,7 Md€ et 4,9 Md€, soit une hausse de 42 % à 88 % par rapport au coût 2019 (2,6 Md€). La fourchette basse de ce calcul ne prend en compte que les personnes ne disposant d'aucune complémentaire santé, alors que la fourchette haute inclut celles qui, tout en en bénéficiant à titre individuel ou collectif, seraient également, en raison de la faiblesse de leurs ressources, éligibles à la CSS.

b) L'impact de l'évolution des règles de remboursement des dépenses de santé des bénéficiaires de la CSS

Des dépenses de santé des bénéficiaires de la CSS plus élevées pour le régime général et en diminution jusqu'en 2017

Les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C diffèrent fortement selon leur organisme de prise en charge. Elles sont les plus fortes pour ceux relevant de la Cnam.

Graphique n° 22 : dépenses moyennes de santé des bénéficiaires de la CMU-C par grandes catégories de gestionnaires (en €)



Source : Fonds CSS
Note : CNDSSTI : caisse nationale déléguée pour la gestion de la sécurité sociale des travailleurs indépendants ; CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; OC : organismes complémentaires. En 2019, la dépense moyenne, tous régimes confondus, s'établit par bénéficiaire à 413 € (le détail n'est pas connu pour cette année). La Cnam gère l'essentiel des bénéficiaires de l'ex CMU-C.

Cette différence de coût s'expliquerait, selon la DSS, par le public de bénéficiaires. Celui-ci serait composé, plus que dans les autres régimes, par des personnes très éloignées de l'emploi, voire désocialisées, souffrant de plusieurs carences sociales, nutritionnelles, relatives à des soins irréguliers ainsi que d'addictions, notamment à l'alcool ou au tabac[107].

Or, les remboursements aux organismes gestionnaires de ces dépenses de santé étaient jusqu'à la mise en place de la CSS plafonnés.

[107] L'afflux de nouveaux bénéficiaires, moins précaires, se traduit à l'inverse par un montant moyen de dépenses en diminution.

Cela pouvait porter un préjudice financier à la Cnam, dont les dépenses excèdent le plafond, ainsi qu'à deux autres régimes de base, aux faibles effectifs, le régime social des marins (Enim) et le régime des clercs de notaires (CRPCEN) et à 75 organismes complémentaires.

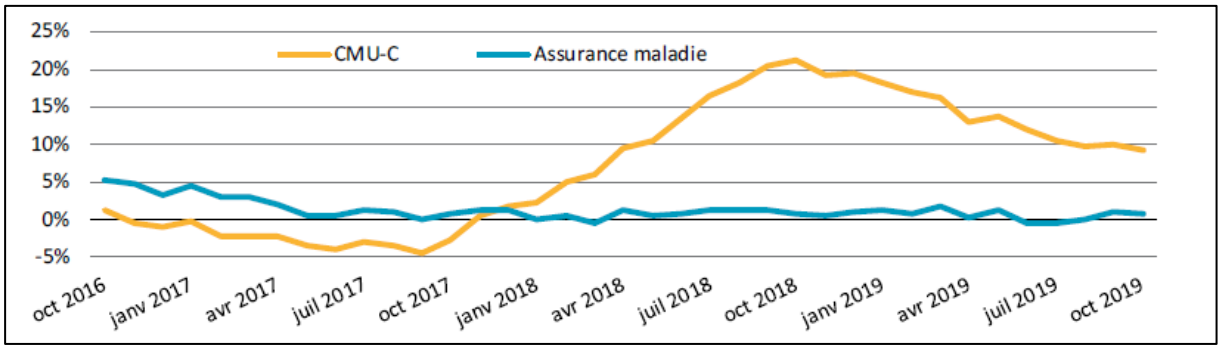
La Cnam bénéficiait toutefois d'un mécanisme dérogatoire[108] permettant de compenser le différentiel entre ses dépenses et le plafond.

Avec la mise en place de la CSS, ce plafond de remboursement a été supprimé. Cela devrait toutefois se traduire par une hausse limitée des dépenses, pour un montant total de 5 M€[109].

Une dynamique des dépenses de santé orientées, pour certains champs, à la hausse

La dynamique des dépenses des bénéficiaires de la CSS, tous régimes confondus, apparait très similaire à celle des assurés du régime général. Cela n'est toutefois pas le cas des soins dentaires, qui s'affichent dernièrement en forte augmentation du fait de la mise en place de la nouvelle grille de prise en charges des soins dentaires prothétiques, beaucoup plus favorable, au 1er octobre 2017.

Graphique n° 23 : évolution de la dépense de soins dentaires (dépassements des ressortissants du régime général / forfait soins prothétiques dentaires pour la CMU-C)



Source : Fonds CMU-C à partir de données Cnam

Les nouveaux paniers découlant de la CSS, bien plus fournis qu'auparavant, notamment sur le champ de l'optique, pourraient, de la même manière, se traduire par des dépenses accrues des bénéficiaires de ce dispositif. La crise de la covid 19 n'a toutefois pas permis de le constater sur le premier semestre de l'année 2020.

[108] Mécanisme qui a d'abord pris la forme d'un reversement des excédents du Fonds CMU avant de se transformer en remboursement de la différence entre le plafond et les sommes réellement déboursées (LFSS pour 2013).

[109] Pour les deux régimes de base, 0,3 M€ (1 800 bénéficiaires à l'Enim pour un coût de 561 € et 120 bénéficiaires à la CRPCEN pour 526 €. Pour les organismes complémentaires, 5 M€ (la « perte » s'échelonnait entre 6 € par bénéficiaire, pour un organisme qui ne gère que cinq bénéficiaires de la CMU-C, et 690 000 €, pour un organisme en gérant 42 900).

c) Des frais de gestion de la CSS également orientés à la hausse

Des coûts supplémentaires liés à la prise en charge de frais de gestion de la CSS

Les règles de la CSS prévoient, pour son seul volet contributif (ex-ACS), des frais de gestion forfaitaires attribués aux organismes complémentaires. Ces frais, fixés à 8 € par trimestre et par bénéficiaires, soit 32 € par an, diminueront de 50 centimes en 2021 puis de la même somme en 2022, pour s'établir à 28 € par an.

La prise en charge de ces frais est une demande ancienne de leur part. Ils avaient toutefois plaidé pour des montants nettement supérieurs, d'au moins 50 €[110]. La désaffection croissante des organismes complémentaires vis-à-vis du dispositif s'expliquerait d'ailleurs, pour la Mutualité française, par son absence et depuis la CSS contributive, par la faiblesse des montants de prise en charge. Le nombre d'organismes complémentaire gérant la CMU-C ou la CSS n'a cessé de diminuer et s'est même effondré avec la bascule vers la CSS (- 74 % entre 2010 et 2019, quand le nombre total d'organismes complémentaires ne baissait que de 36 %).

Tableau n° 14 : évolution du nombre d'organismes complémentaires gérant la CMU-C / CSS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre total d'organismes	713	682	634	605	573	534	492	474	455	453
Dont gérant la CMU-C / CSS	495	475	438	404	356	321	273	251	232	131
Ratio	**69,4 %**	**69,6 %**	**69,1 %**	**66,8 %**	**62,1 %**	**60,1 %**	**55,5 %**	**53,0 %**	**51,0 %**	**28,9 %**

Source : Fonds CSS

[110] La Mutualité française estime par exemple que le montant de ces frais est « *loin de la réalité des moyens nécessaires au suivi de ces populations* ». Elle s'appuie, pour cela, sur des données du Fonds indiquant que les frais de gestion des contrats ACS s'élèveraient à 11 % des cotisations hors taxe (soit environ 50 euros par personne) avec des variations de 6 à 19 % selon les organismes, montant qu'elle juge toutefois sous-estimé. Elle pointe un « *nombre de contacts (…) nettement plus élevé ; le temps consacré – nécessaire et légitime – tant pour accompagner dans l'accès aux droits que dans les étapes d'adhésion ou de suivi des garanties, [étant] nettement supérieur aux autres contrats* ». Elle regrette enfin que leur évaluation n'ait porté « *aucune ambition sur l'accès aux droits* ».

Comme l'instruction des dossiers, tout comme leur renouvellement, sont du ressort des CPAM, les organismes complémentaires limitent leur intervention, pour l'essentiel, au recouvrement des participations financières[111]. De ce fait, on peut s'interroger sur cette prise en charge, dont le surcoût, en année pleine, pourrait s'élever à 27 M€, si l'on se fonde sur le nombre de bénéficiaires de contrats ACS (1,3 million) et sur la proportion choisissant un organisme complémentaire privé pour leur gestion (estimé à 70 %).

Des coûts supplémentaires à attendre liées à l'instruction par les régimes de base de la sécurité sociale des demandes de CSS

Les demandeurs peuvent, en effet, opter pour une gestion par leur régime de sécurité sociale de base (CPAM pour les ressortissants du régime général) ou par un organisme complémentaire volontaire figurant sur une liste tenue par le Fonds CSS et, depuis sa disparition, par la DSS. Les bénéficiaires de la CMU-C optent majoritairement pour leur régime de base[112] (92 %). Avec l'ACS, les bénéficiaires n'avaient pas d'autre choix que celui d'un organisme complémentaire. La CSS leur offre désormais les mêmes possibilités de choix que la CMU-C : 30 % d'entre eux ont d'ores et déjà basculé vers une gestion par leur régime de base.

Des pratiques discutables de certains organismes complémentaires

Dans le cadre de son contrôle, la Cour a pu prendre connaissance de courriers adressés par certaines complémentaires santé à leurs assurés, que ces derniers ont transmis à leur CPAM pour médiation en raison de pratiques contestables qu'ils révélaient[113]. Celles-ci, liées en partie à la mise en place du nouveau dispositif de la CSS participative, prennent plusieurs formes :

- vente liée, consistant à inclure, sous peine de refus de couverture, des options tarifées en sus (garantie obsèques, protection hospitalière), ou à entretenir la confusion avec les catégories de contrat ACS A, B et C (« renfort solidarité de niveau 1, 2 et 3 ») :

- refus de prime abord de couvrir d'anciens bénéficiaires de l'ACS, les amenant à se tourner vers un autre organisme, ce qui a conduit l'organisme originel à revenir sur sa position, situation qui s'est traduite pour l'assuré par une double cotisation (ancien et nouvel organisme) ;

- courrier adressé au demandeur mettant en avant la possibilité d'une gestion CPAM, avant même celle de l'organisme ;

- refus de basculer avant échéance le contrat ACS en CSS contributive (possibilité pourtant offerte la LFSS pour 2019[114]), le demandeur étant plutôt invité à déposer une demande auprès de la CPAM.

[111] S'agissant des participations financières, la réglementation prévoit, en l'absence de paiement, la suspension voire même la fermeture des droits. Par contre, elle n'empêche pas à un assuré de demander leur réouverture, sans qu'il ait pour autant préalablement régularisé sa situation.

[112] Si aucun choix n'est exprimé, la règle, fixée par le décret n° 2017-533 du 12 avril 2017 portant simplification de l'accès à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, est la gestion par l'organisme d'assurance maladie obligatoire. La procédure de choix est, il est vrai, complexe (cf. annexe 9).

[113] S'y ajoutent les nombreuses clauses abusives, qui ont fait l'objet de 38 recommandations de la part de la commission des clauses abusives (n° 2017-01du 23 novembre 2017).

[114] Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, article 52, IX.

Quel que soit l'organisme gestionnaire, l'instruction des demandes relève des régimes de base. L'assurance-maladie mobilise, à cet effet, un nombre important d'agents, pour un coût estimé par la Cnam à 69,5 M€.

Tableau n° 15 : nombre d'agents, en équivalent temps plein (ETP), employés à l'instruction et à la gestion de la CMU-C et de l'ACS

Année	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre d'ETP	1 399	1 443	1 467	1 437	1 419

Source : Cnam
Note : Somme des ETP rémunérés à laquelle sont soustraits les agents en affection longue durée.

La bascule de l'ACS vers la CSS a conduit la Cnam à faire état d'un besoin de 250 équivalents temps plein, supplémentaires, en raison de l'afflux de nouveaux demandeurs et, comme vu dans les développements précédents, à leur choix fréquent de confier la gestion de leur dossier aux Cpam.

Des gains de productivité permettant d'en atténuer l'impact se font toutefois toujours attendre. Les services instructeurs doivent aujourd'hui encore ressaisir manuellement l'ensemble des informations qui leur parviennent des demandeurs, y compris sous forme dématérialisée (téléservice), ou de leurs partenaires (CAF, Pôle Emploi, Carsat, etc.). Ces données doivent en outre être dupliquées depuis leur applicatif d'instruction, qui diffère d'une CPAM à l'autre, vers la base de données nationales (« base ressource » qui recense les bénéficiaires ainsi que les refus). Des développements informatiques sont en cours, mais apparaissent tardifs[115]. Ils doivent en tout état de cause être réalisés en priorité.

Sans eux, il est en effet à craindre que les CPAM ne puissent faire face, sans effectifs supplémentaires, à la hausse des bénéficiaires de la CSS, surtout si celle-ci était, comme tout le laisse croire, amplifiée par la crise économique. Cela viendrait augmenter encore les coûts de gestion de ce dispositif.

B - Des coûts de gestion élevés pesant sur l'efficience du système

Les coûts d'administration du système placent défavorablement la France. Son « rendement » s'en ressent, la taxation des contrats y contribuant.

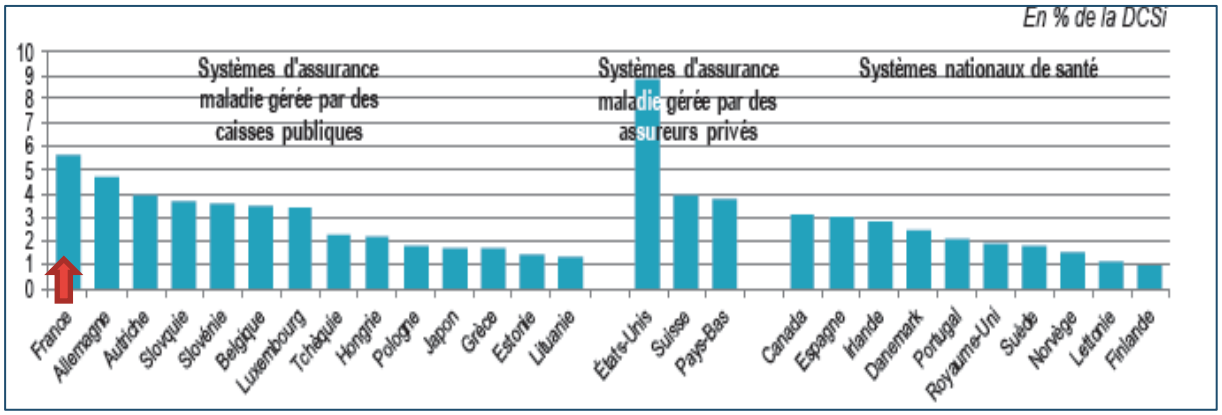
[115] Enregistrement automatique des contrats de la base « instruction » vers la base « données » ; nouvel outil « INDIGO » reprenant sur une seule et même page l'ensemble des ressources du demandeur ; alimentation automatique des dossiers d'instruction par liaison avec le téléservice ; automatisation de l'envoi des notifications.

1 - Des coûts de gestion parmi les plus élevées de l'OCDE, pesant sur le rendement global du système

a) Une superposition de dépenses de gestion administrative sur de mêmes flux de dépenses de prestations, à l'origine d'un coût élevé

Le choix d'une imbrication étroite des assurances maladie de base et complémentaire entraine des coûts d'administration, hors taxes, supérieurs à ceux des autres pays de l'OCDE. En effet, sauf exception (forfait journalier hospitalier, chambre individuelle), les assurances complémentaires prennent en charge des dépenses qui sont également prises en charge par l'assurance obligatoire. De ce fait, il y a superposition de dépenses de gestion administrative sur de mêmes flux de dépenses de prestations. C'est ce qui rend le système, pris dans son ensemble, particulièrement coûteux. Ces dépenses ont ainsi atteint en France, en 2018, 14,8 Md€ (+ 15,5 % en 10 ans).

Graphique n° 24 : dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2018



Source : Drees Les dépenses de santé en 2019, Edition 2020
Note : Les groupes de pays mentionnés dans le graphique sont classés en fonction du système d'assurance dominant. Rien n'empêche que dans un même pays plusieurs systèmes puissent coexister. La DCSi est la dépense courante de santé au sens international. Elle correspond à la consommation finale de services sanitaires et de biens médicaux, qu'ils soient individuels (comme une consultation médicale) ou collectifs (comme une campagne de prévention). Elle exclut tout ce qui n'est pas de la consommation, notamment les dépenses d'investissement ou les revenus de remplacement (comme les indemnités journalières). La DCSi est le seul agrégat harmonisé au niveau international.

Ce total recouvre de fortes disparités entre les dépenses de gouvernance des régimes de sécurité sociale, en légère décroissance (- 5 %), et celles des organismes complémentaires, en très nette augmentation (+ 46 %). Ces dernières ont d'ailleurs dépassé, en 2018 et pour la première fois, les dépenses des régimes obligatoires, alors qu'elles n'en représentaient que 66 % en 2009.

Tableau n° 16 : coûts de gestion du système de santé (Md€)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2009
Régimes de Sécurité sociale	7,7	7,6	7,6	7,6	7,8	7,6	7,4	7,4	7,4	7,3	- 4,80%
Organismes complémentaires	5,1	5,5	5,8	6,1	6,4	6,8	7	7,2	7,3	7,5	+ 46,20%
- dont mutuelles	2,7	2,9	2,9	3,1	3,3	3,5	3,6	3,7	3,6	3,7	+ 38,70%
- dont sociétés d'assurances	1,8	1,9	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7	+ 49,90%
- dont institutions de prévoyance	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1	1	1	+ 67,40%
Total	**12,8**	**13,1**	**13,5**	**13,7**	**14,2**	**14,4**	**14,4**	**14,5**	**14,7**	**14,8**	+ **15,50%**

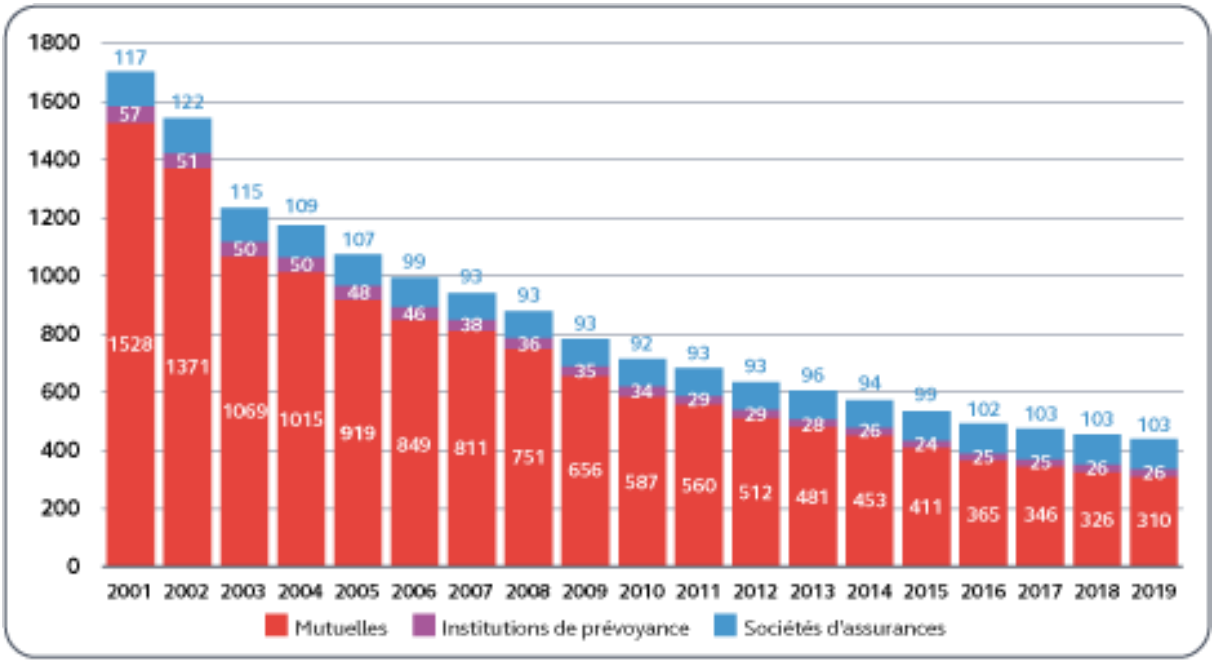
Source : Drees Les dépenses de santé en 2018, Edition 2019
Note : ont été écartés les coûts de gestion afférents au ministère de la santé (programme 124 et 204), ni ceux des opérateurs de l'État. Les organismes complémentaires font face à différentes charges de fonctionnement : les frais de gestion des sinistres (traitement des feuilles de soins), les frais d'acquisition (liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires), les frais d'administration et autres charges techniques (liés à la gestion courante des dossiers et des systèmes d'informations) et, enfin, les autres charges (participation aux excédents, réassurance). Ces charges représentent respectivement 4%, 8%, 8 % et près de 1 % des cotisations collectées hors taxes, pour 79 % de prestations versées.

Ce coût est encore plus significatif lorsqu'il est mis en regard des dépenses remboursées. Il est ainsi passé, entre 2009 et 2018, pour l'assurance maladie, de 6 % à 4,6 %, contre 29,1 % à 27,5 % pour les complémentaires santé[116], soit un rapport de 1 à 6, qui se creuse.

Cette évolution des coûts de gestion est en outre paradoxale, car le nombre d'organismes n'a cessé de se réduire, essentiellement par regroupement, ce qui aurait dû conduire à des économies grâce aux effets de taille ainsi générés. Entre 2001 et 2019, le nombre d'organismes complémentaires a ainsi été divisé par près de quatre, passant de plus de 1 700 à 439. Sur la seule période de 2009 à 2019, ce nombre a été réduit de près de la moitié (- 44 %).

[116] Respectivement 7,7 Md€ pour 129 Md€ de dépenses contre 7,3 Md€ pour 159 Md€ de dépenses et 5,1 Md€ pour 17,5 Md€ de dépenses contre 7,5 Md€ pour 27,3 Md€ de dépenses. Si le calcul est réalisé en comparant les coûts administratifs au montant collecté (soit les coûts administratifs, les dépenses prises en charge et le résultat des organismes complémentaires), le ratio de coûts de gestion atteint alors 21,3 % des cotisations perçues en frais de soins.

Graphique n° 25 : nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé de 2001 à 2017



Source : Drees, rapport 2020 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

b) Des différences de situation qui expliquent en partie ce coût élevé

Ce constat préoccupant est explicable. Les marges de manœuvre des complémentaires santé sont limitées. Leur union n'a, en effet, qu'un rôle consultatif et pèse donc peu sur l'évolution des dépenses de santé.

Un rôle de l'Unocam avant tout consultatif

La loi 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu la création de l'Unocam et a défini le champ de ses missions. L'Unocam a été fondée le 23 mai 2005 sous la forme d'une association. Ses compétences ont été renforcées et étendues par la LFSS pour 2009[117], ainsi que par la loi HPST du 21 juillet 2009[118].

Comme le souligne, à ce sujet, le HCAAM, dans un document de travail de janvier 2021[119] portant sur « la place de la complémentaire santé et prévoyance en France », « *la portée de la participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles est en réalité limitée par son incapacité juridique à engager les organismes qu'elle représente, à la différence des syndicats représentatifs de professionnels de santé* ».

[117] Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.
[118] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[119] Disponible sur le site securite-sociale.fr.

Bien que l'assurance maladie complémentaire joue un rôle essentiel dans la prise en charge des dépenses de santé, l'Unocam ne dispose que d'un rôle résiduel, limité à la production d'avis[120] non contraignants. De la même manière, elle participe, sans nécessairement pouvoir imposer ses vues, aux négociations avec les professions de santé aux côtés de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Le HCAAM en conclut que cette « *gouvernance mise en place depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie (rôle consultatif de l'Unocam sur le PLFSS et les décisions de l'Uncam sur le panier de soins, participation aux négociations conventionnelles notamment pour les professions prises en charge à moins de 50 % par l'AMO) ne suffit pas à garantir une articulation satisfaisante [entre assurances maladie obligatoire et complémentaire]* ».

En effet, à l'exception des réseaux de soins, qui reposent sur des conventions conclues avec des professionnels ou des établissements de santé, par lesquels ces derniers s'engagent, avec des garanties de qualité ou de service, à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits ou de prestations donnée[121], mais dont les résultats sont incertains[122], l'assurance maladie complémentaire est au final très largement cantonnée à une fonction de « payeur aveugle », tenue de rembourser des prestations sans en connaître précisément la substance ni sans pouvoir les réguler, monopole confié à l'assurance maladie obligatoire.

Les coûts d'administration des organismes complémentaires ne sont en outre pas totalement comparables à ceux des régimes de base. Le secteur de la complémentaire santé demeure beaucoup plus morcelé que les régimes de base obligatoires, ce qui rend malaisée la réalisation d'économies d'échelle. La liberté de choix laissées aux assurés engendre des frais particuliers. Ainsi sur les 7,5 Md€ de frais de gestion engagés en 2018, près de 3 Md€, soit 40 %, concernaient les frais d'acquisition de nouveaux clients[123]. La couverture quasi-totale de la population ne peut d'ailleurs que rejaillir sur ces frais, les organismes étant amenés à multiplier les campagnes de communication de manière à gagner de nouveaux assurés chez leurs concurrents.

[120] Avis sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale, sur lesquels elle rend un avis motivé et public ; sur la fixation des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et en particulier sur l'évolution de la participation de l'assuré, fixée après avis de l'Unocam ; sur toutes les modifications des règles de prise en charge des actes et des prestations de santé par la sécurité sociale, qui sont fixées par les nomenclatures des actes et prestations remboursés.

[121] En contrepartie, leurs coordonnées sont communiquées aux assurés qui peuvent, éventuellement, bénéficier d'un remboursement complémentaire bonifié s'ils recourent à ces professionnels.

[122] L'Igas, dans un rapport intitulé « Les *réseaux de soins* », Juin 2017 - 2016-107R fait part de son embarras notant que « *la mission n'est pas en mesure d'apprécier l'impact des réseaux de soins sur les dépenses des organismes complémentaires ; faute de données. Des chiffres ont été transmis à la mission mais ils sont très partiels et contradictoires. Il en va de même pour les dépenses globales de santé. Il est en effet impossible, à ce jour, d'évaluer l'impact des réseaux de soins sur le taux de recours aux soins et de savoir dans quel mesure l'effet prix est contrebalancé par l'effet volume*. »

[123] Le reste des frais se séparent entre les frais de gestion des sinistres, ou frais de liquidation, soient les coûts engendrés pour traiter et effectuer les remboursements des adhérents (1,6 Md€ soit 21 %) et les frais d'administration qui, quant à eux, intègrent les autres charges de structure permettant la gestion de la relation adhérent (encaissement des cotisations…) ainsi que l'ensemble des coûts de conformité aux exigences prudentielles et réglementaires (2,9 Md€ soit 39 %).

Des contraintes propres aux assurances complémentaires

Pour protéger les intérêts des assurés, le contrôle prudentiel impose aux organismes assurantiels privés de respecter certaines règles, nommées « règles prudentielles ». Depuis le 1er janvier 2016, c'est le régime « Solvabilité 2 » qui s'applique à la grande majorité des organismes d'assurance, même si certains, de très petite taille, restent soumis à l'ancien régime « Solvabilité 1 ». Ces règles prudentielles imposent aux organismes de disposer de suffisamment de fonds propres, afin de faire face aux différents types de risques auxquels ils sont exposés : risque de défaut ou de contrepartie (faillite d'une entreprise dont l'organisme possède des obligations ou actions, du réassureur, ou d'autres contreparties auxquelles l'assureur est exposé), risque de marché (par exemple si les actions détenues perdent de leur valeur), risque de concentration (trop d'actifs du même émetteur, État ou entreprise, dans le portefeuille de l'organisme, ce qui l'expose fortement à la faillite de ce seul émetteur), risque de liquidité, risque de longévité et d'espérance de vie (lorsque les assurés vivent plus longtemps que prévu), risque de souscription (lorsque les assurés ayant souscrit le contrat d'assurance n'ont pas les caractéristiques auxquelles l'organisme s'attendait), risque opérationnel (conséquences de défaillances ou de négligences au sein de l'organisme, de fraudes de la part des assurés), etc.

Deux indicateurs permettent de quantifier la résilience d'un organisme à ces risques et le minimum de fonds propres nécessaires pour maintenir la probabilité de faillite sous un seuil acceptable : le minimum de capital requis (*minimum capital requirement*, MCR) et le capital de solvabilité requis (*solvability capital requirement, SCR*). Le MCR correspond au minimum de fonds propres nécessaires à un organisme pour exercer, en deçà duquel les autorités prudentielles interviennent et peuvent lui retirer l'agrément. Le SCR, en général supérieur au MCR, correspond au montant de fonds propres dont un organisme d'assurances a besoin pour limiter la probabilité de faillite à 0,5 % sur un an.

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement le SCR (leurs fonds propres représentent 275 % du SCR en 2019), devant les sociétés d'assurance (253 %) et les institutions de prévoyance (243 %).[124.]

La part des frais d'administration que les assurances de santé privées consacrent à remplir ces exigences n'est pas connue avec précision mais, leurs fonds propres leur permettant d'y répondre sans flux financiers supplémentaires, elle est probablement limitée.

c) Un taux de retour des assurances santé néanmoins limité

Ces coûts de gestion des complémentaires santé pèsent sur le rendement global du système.

[124] Drees, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, édition 2020.

Tableau n° 17 : taux de retour des contrats d'assurance maladie complémentaire (ratio cotisations sur prestations - 2019)

	Contrats individuels	Contrats collectifs	Tous contrats
Cotisations (en Md €)	19,6	18,0	37,6
Prestations (en Md €)	14,2	15,4	29,6
Taux de retour	73 %	85 %	79 %

Source : Cour des comptes, d'après Drees, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires, édition 2019.
Note : Taux de retour : prestations sur cotisations.

Le taux de retour, qui pâtit des coûts de gestion, est en très légère diminution depuis 2011 (81 %), mais cette moyenne masque des différences entre le taux de retour des contrats collectifs, stables (85 %) et celui des contrats individuels, en baisse (73 %). Ces taux sont calculés sans tenir compte de la taxe de solidarité additionnelle. Si celle-ci était intégrée dans le calcul, le taux de retour de l'assuré serait dégradé de son montant (13,27 % de taxation).

2 - Une taxation complexe qui pèse sur les personnes âgées

La taxation des contrats[125] est complexe et pour partie inégalitaire.

a) Une agrégation d'assiettes et des taux multiples

Pour faire face aux dépenses croissantes de la CSS, a été créée la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSA). Elle a remplacé la contribution mise à la charge des organismes complémentaires, créée dès 2000, qui s'était substituée en 2009 à la dotation du budget de l'État puis à des impôts et taxes affectés[126]. Les caractéristiques étaient différentes, mais la logique est la même : financer la couverture complémentaire santé des ménages les plus pauvres par ceux qui souscrivent des garanties d'assurance de manière obligatoire dans le cadre collectif de l'entreprise ou de manière facultative à titre individuel. La taxation vient cependant ainsi renchérir le coût des complémentaires santé, rendant à son tour indispensable la mise en place d'un dispositif public

[125] La loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 a fusionné, au sein d'une taxe unique, la taxe de solidarité additionnelle (TSA) ainsi « rénovée », la taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA), instituée par la loi du 31 janvier 1944 portant réforme de certaines dispositions du code général des impôts directs et du code de l'enregistrement et frappant l'ensemble des conventions d'assurance et la TSA aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, créée par la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, en remplacement de la contribution à la charge des organismes complémentaires de couverture maladie prévue par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

[126] Cette disposition, introduite en première lecture à l'Assemblée nationale, était présentée par ses auteurs de la manière suivante : « *cet amendement a pour objet de transformer en « taxe » la « contribution » mise à la charge des organismes complémentaires d'assurance maladie pour financer le Fonds CMU*. »

pour les personnes les plus démunies, justifiant d'un supplément d'imposition, alors même que celle-ci est pour partie détournée de ses objectifs (cf. *infra*).

Cette taxe frappe tous les contrats de complémentaires santé, y compris les contrats ACS, les exploitants agricoles disposant d'un taux réduit (6,27 %). L'assiette, cumulant huit composantes, est particulièrement complexe.

Tableau n° 18 : détail et rendement (M€, en 2019) des sous-assiettes de la TSA

	Taux	Assiette	Rendement
Frais de santé - contrats responsables	13,27%	34,81	4,62
Frais de santé - contrats non responsables	20,27%	1,37	0,28
Frais de santé - contrats de prévoyance (article 998 du code général des impôts)	6,27%	0,22	0,01
Frais de santé - contrats du secteur agricole responsables	6,27%	1,06	0,007
Frais de santé - contrats du secteur agricole non responsables	20,27%	NS	0,002
Frais de santé - personnes non affiliées à un régime obligatoire français	14%	0,15	0,02
Indemnités complémentaires aux indemnités journalières - contrats solidaires	7%	0,41	0,03
Indemnités complémentaires aux indemnités journalières - contrats non solidaires	14%	0,64	0,09

Source : CSS

Un bilan qui n'est qu'en partie favorable aux bénéficiaires de la CSS et qui pèse sur les personnes âgées

En 2019, la TSA a rapporté 5,12 Md€[127]. La taxe s'avère dynamique (+ 3,4 % par rapport à 2018), même si la mise en place de la CSS contributive devrait se traduire par une perte annuelle de recettes de 85 M€ du fait de la suppression des contrats ACS.

Bien que conçue pour financer la CSS, la moitié seulement y est effectivement affectée, soit 2,6 Md€. Le solde, bien que prélevé sur les contrats complémentaires, est affecté à la Cnam et vient donc financer l'assurance maladie obligatoire de base, bien au-delà de ses seuls coûts de gestion de ce dispositif.

Or, la taxe étant proportionnelle aux cotisations versées par les assurés, elle pèse avant tout et fortement sur les personnes âgées, du fait de la tarification à l'âge et des primes élevées auxquelles elles sont soumises. Malgré des revenus qui baissent au moment du passage à la retraite, elles se voient ainsi soumises à de fortes cotisations et à une taxation tout aussi

[127] À côté de la TSA, qui a fait l'objet d'une surtaxe temporaire en 2020 (1 Md€) et 2021 (0,5 Md€), s'ajoutent les recettes tirées du forfait social, ainsi que la réintégration par les salariés dans leur revenu imposable de la part payée par leur employeur pour leur complémentaire santé, estimés par l'Igas dans son rapport de 2016 susmentionné à 2 Md€, une donnée qui n'a jamais été actualisée.

importante, à l'inverse du système de financement de l'assurance maladie obligatoire, fondé sur les revenus.

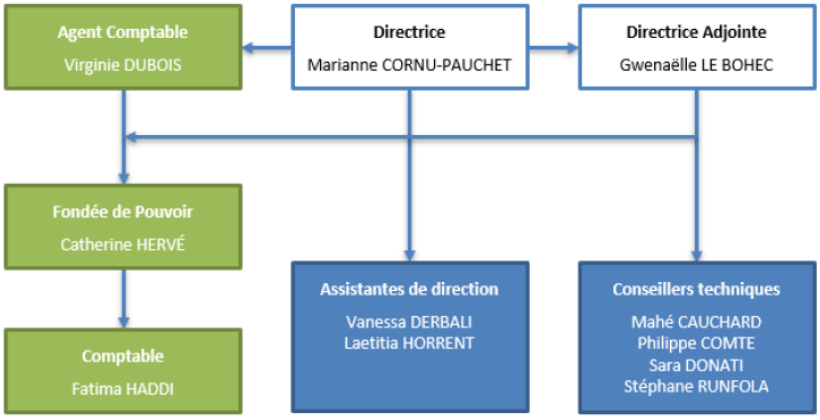
b) Une efficacité des contrôles qui pourrait baisser du fait de la disparition du Fonds CSS

Le contrôle de la taxe relève du réseau des Urssaf, chaque union étant compétente pour les organismes complémentaires situés dans sa circonscription, sous réserve des règles applicables aux plus grandes entreprises[128].

Le Fonds-CSS, une disparition peu préparée

Le Fonds était une structure légère, dotée jusqu'en 2020, de 11 agents, soit 10,2 équivalents temps plein (ETP – la fraction de 0,2 ETP correspond à l'agent comptable, également agent comptable de l'agence nationale de santé publique - Santé publique France).

Organigramme n° 1 : organigramme du Fonds (début 2020)

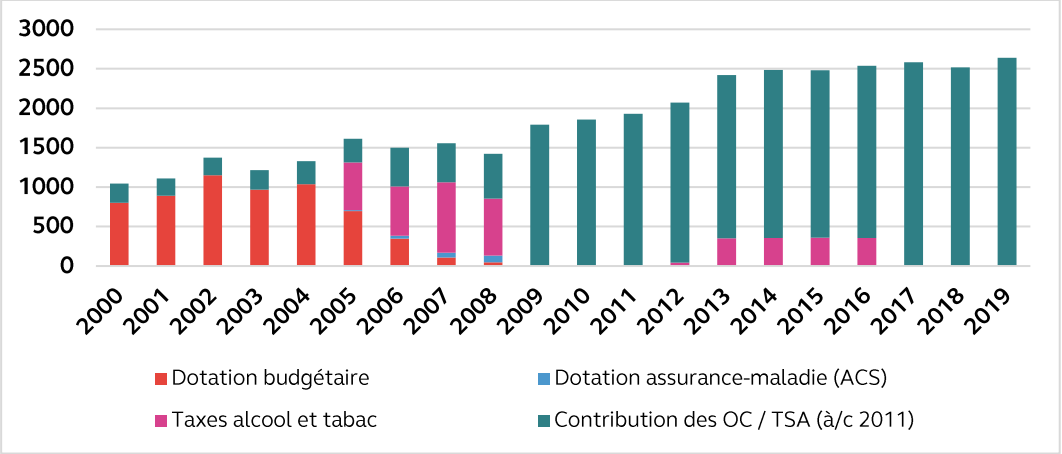


Source : Fonds CSS (début d'année 2020)

Il gérait un budget de fonctionnement de 1,3 M€, et près de 2,6 Md€ au titre du financement de la CMU-C et de l'ACS.

[128] À partir de 250 salariés, les entreprises sont tenues de déclarer et de régler les prélèvements sociaux auprès d'une seule Urssaf, désignée par l'Acoss, même quand elles ont plusieurs établissements situés dans le ressort géographique de plusieurs Urssaf.

Graphique n° 26 : évolution des recettes du Fonds-CMU



Source : Fonds CSS

Outre cette mission, il était amené à participer, en lien avec l'Acoss et son réseau, au contrôle des dépenses liées à ces dispositifs, à suivre et analyser leur fonctionnement ainsi qu'à élaborer et à publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C devenue CSS.

Le fonds disposait d'un conseil d'administration et d'un conseil de surveillance, composé de membres du Parlement, d'associations œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, de représentants des trois grands régimes d'assurance maladie et des fédérations d'organismes complémentaires, ce qui lui permettait de couvrir l'ensemble des aspects de l'accès aux soins des personnes précaires.

Sa disparition a été décidée lors du 4e comité interministériel de la transformation publique du 15 novembre 2019, au titre de l'engagement n° 2 visant à passer *« en revue systématique des entités de moins de 100 ETP afin de proposer la suppression ou le regroupement des entités n'ayant pas la taille critique»* [129]. Cette décision, prise sans que « *le travail du fonds [ne soit] en cause dans la décision prise* », selon la DSS elle-même[130], s'est faite sans qu'une cible ne soit préalablement établie et alors même que la réforme de la CSS se déployait. Le Fonds n'en a d'ailleurs été informé que 48 heures avant son annonce.

Afin de préparer et d'organiser cette suppression, un cabinet, Eurogroup Consulting, a dû être mandaté, sur les crédits d'études du Fonds[131]. Le choix s'est porté sur une répartition des missions du Fonds entre les principaux acteurs que sont la DSS, la Cnam et son réseau, ainsi que l'Acoss.

[129] Dossier de presse dudit 4e comité.

[130] Procès-verbal du conseil d'administration du 27 novembre 2019. La DSS faisait même valoir « *son rôle de relai efficace et reconnu auprès des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre et la promotion de la C2S, (…) son expertise et son investissement dans divers travaux de recherche visant à explorer et documenter les problématiques d'accès aux soins, de renoncement aux soins, (…) son activité de contrôle fréquent et fin des dépenses de CMU-C/ACS/C2S et des déclarations de TSA permettant un suivi statistique détaillé des effectifs et des dépenses en fonction des OC [et] son engagement dans la lutte contre les refus de soins*. »

[131] Le fonds n'étant pas opérateur de l'État, il n'est éligible ni aux aides financières prévues dans le cadre du fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP) ni aux marchés d'accompagnement à la réorganisation passés par la direction interministérielle à la transformation publique (DITP, relevant du ministère de la transformation et de la fonction publiques).

Ce transfert doit permettre, en économisant sur les fonctions de direction et support, de gagner en nombre d'agents, ceux-ci passant à huit équivalents temps plein (5,8 ETP pour la DSS, dont 1 ETP mis à la disposition de la Drees pour des programmes d'étude et de recherche, 1,4 ETP pour la Cnam et 0,8 ETP pour l'Acoss), mais présente l'inconvénient de faire perdre la vision d'ensemble sur la CSS qui constituait la plus-value réelle du Fonds[132].

Le transfert des missions a par ailleurs entrainé une dégradation[133] du travail du Fonds pendant ses derniers mois d'activité. Ceux-ci ont en effet été marqués par le départ progressif de ses agents (deux conseillers techniques en mai puis deux autres en octobre, la directrice adjointe en juin, la directrice en septembre) et par la réduction du temps de travail de deux autres personnes (agent comptable et fondée de pouvoir), ce qui a rendu nécessaire de prioriser l'activité et d'abandonner les activités considérées comme les moins importantes. Au sein de ces dernières se sont trouvées l'information et l'accompagnement du public, dans une période pourtant marquée par l'entrée en vigueur de la CSS.

Le Fonds participait à cette mission en définissant des « orientations en matière de contrôle » et en procédant à des vérifications au fil de l'eau lui permettant de détecter des anomalies[134] de l'ordre de 2 M€. Ce montant est faible au regard des montants de TSA collectés (0,04 %), mais était égal à près de deux fois le budget administratif du Fonds.

Avec la suppression du Fonds, cette mission est reprise par l'Acoss et son réseau. Les deux agents du Fonds jusqu'ici en charge de cette activité ont toutefois été affectés à d'autres entités. Une grande vigilance devra donc s'exercer afin d'éviter qu'en l'absence d'un suivi rapproché des organismes, le taux d'anomalie ne progresse. Elle est d'autant plus nécessaire que les contrôles sur pièces opérés par les Urssaf portent aujourd'hui sur l'ensemble de la législation et non spécifiquement sur la TSA (contrôles comptables du compte « régime général » des entreprises), ce qui limite le nombre de contrôles d'entreprises effectivement soumises à la TSA à une vingtaine par an[135], chiffre qui apparaît faible au regard du nombre d'organismes concernés. Il y avait en effet 453 redevables de la TSA en 2019, dont 131 susceptibles de réaliser des déductions au titre de la gestion de la CSS.

[132] Le conseil de surveillance a, par ailleurs, vocation à être remplacé par un comité de suivi, regroupant les mêmes catégories de membres.

[133] La disparition soudaine du Fonds s'accompagne, par ailleurs, de frais, tels que le bail des locaux qu'il occupe depuis l'origine à Paris et qui a été renouvelé pour neuf ans, à compter du 14 janvier 2019. Le bail ne pourra être résilié qu'au terme d'un premier cycle de trois ans, c'est-à-dire en janvier 2022, laissant une année blanche au profit du propriétaire (soit 50 000 €, hors charges et taxes d'un peu plus de 30 000 €). Des négociations ont été ouvertes et devaient aboutir mais uniquement à l'économie d'un trimestre de charges, soit 5 000 €.

[134] Les vérifications se concentrent sur la qualification de contrat responsable / non responsable (compétence de fond que n'ont pas les Urssaf) et dans les déductions de la TSA déclarée des sommes correspondant à la gestion des bénéficiaires, voire au remboursement de TSA lorsque le montant dû au titre de la gestion de bénéficiaires est supérieur au montant de la TSA exigible au regard de la déclaration effectuée.

[135] 24 en 2015 ; 21 en 2016 ; 16 en 2017 ; 22 en 2018 ; 14 en 2019 pour des montants de régularisation très variables d'une année sur l'autre (de 2,4 M€ en 2015 à 12,6 M€ en 2018, mais 6,4 M€ en 2019) et un nombre de jours de contrôle tout aussi fluctuant (144 en 2017 mais 331,1 en 2018).

II - Un système en partie inéquitable

Alors que les prélèvements qui financent l'assurance maladie obligatoire progressent avec les revenus, l'assurance maladie complémentaire présente des caractéristiques inverses. Elle tend, par ailleurs, à favoriser les salariés du privé au détriment du reste de la population et en particulier des inactifs âgés.

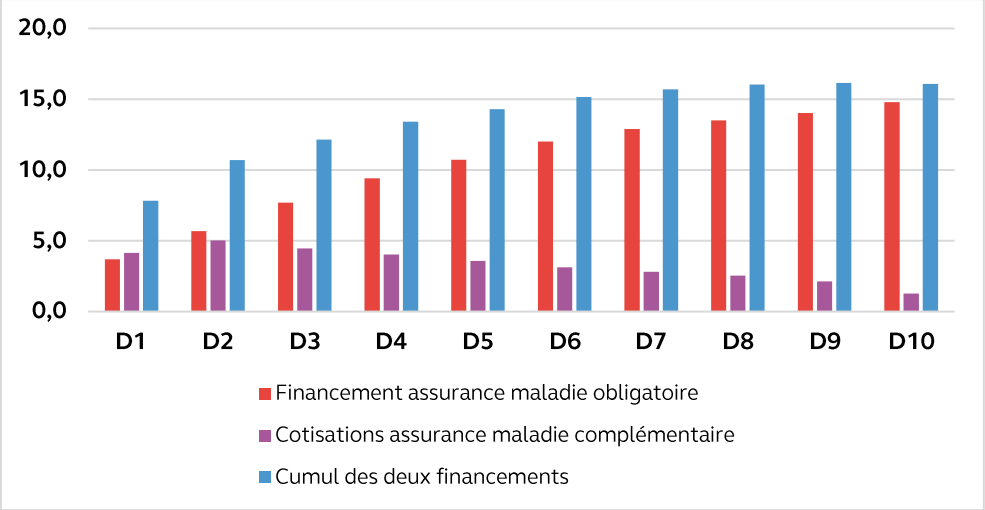
A - Des effets contrastés des assurances de base et complémentaires

Les organismes d'assurance complémentaire s'appuient avant tout sur l'âge pour déterminer le montant de leurs cotisations, contrairement à l'assurance maladie obligatoire qui se fonde sur les revenus.

1 - Une assurance maladie obligatoire pesant davantage sur les hauts revenus

Le financement de l'assurance maladie obligatoire, principalement[136] assis sur les revenus du travail, de remplacement et du capital, présente un caractère progressif en fonction du revenu[137]. Les ménages du premier décile contribuent à son financement à hauteur de 4 % de leur revenu disponible, contre 15 % pour ceux du dernier décile, soit un rapport de 1 à 4.

Graphique n° 27 : part du financement des assurances obligatoire et complémentaire dans le revenu disponible des ménages, par décile de niveau de vie en 2012

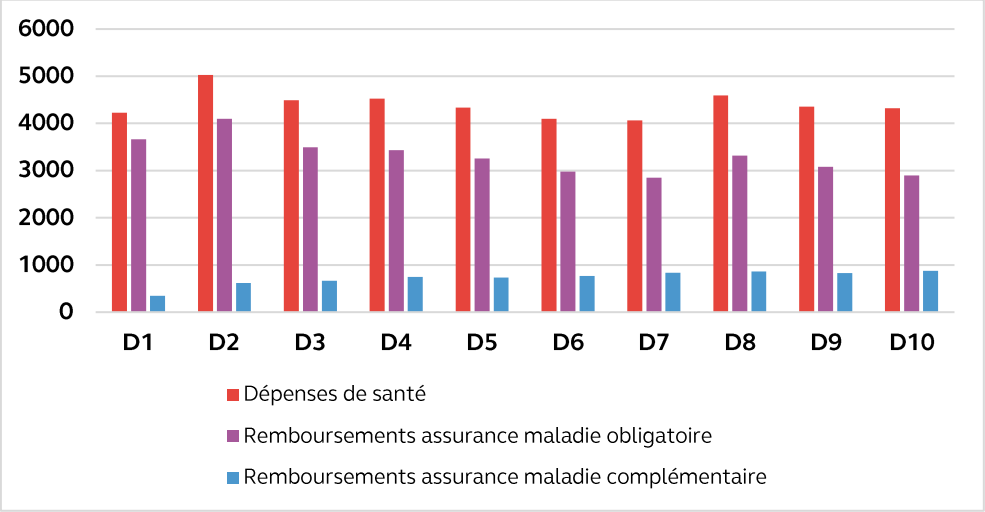


Source : Drees, La complémentaire santé, édition 2019
Note : le modèle de revenus sur lequel s'appuie la Drees, OMAR- INES, n'a pas été actualisé depuis 2012. Il n'existe donc pas de données plus récentes en la matière. Taxes incluses.

[136] Le quart des recettes de l'assurance maladie provient en effet de la TVA, qui présente d'ailleurs un caractère régressif en fonction du revenu.
[137] En raison notamment des exonérations de CSG sur les minima sociaux et pour les retraités ayant de faibles retraites, ainsi que des taux différenciés de CSG selon la nature des revenus (revenus d'activité, de patrimoine, et de remplacement), ainsi que de la réduction générale de cotisation et l'allègement dégressif sur les revenus salariaux.

Ce caractère redistributif de l'assurance maladie obligatoire s'observe plus encore lorsque sont mis en regard les dépenses de santé à la charge des ménages.

Graphique n° 28 : remboursement moyen en € des assurances obligatoire et complémentaire, par décile de niveau de vie en 2012



Source : Drees, La complémentaire santé édition 2019
Note : plus les revenus sont élevés et plus les déciles sont importants.

Face à des dépenses de santé relativement stables, autour de 4 000 € par ménage, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire tendent à diminuer lorsque les revenus augmentent.

2 - Des complémentaires suivant une logique différente

Les complémentaires santé suivent une autre logique. Elles tarifient les contrats individuels de moins en moins en fonction des revenus, mais de plus en plus en fonction de l'âge des assurés. Cette pratique de tarification à l'âge s'est en effet généralisée, passant, selon la Drees, de 64 % des contrats en 2006 à 97 % en 2016. Cette évolution témoigne d'un alignement des pratiques des mutuelles sur celle des assurances, le risque, dans une logique assurantielle, étant étroitement corrélé à l'âge.

L'exception du régime local d'Alsace-Moselle (RLAM) : une couverture complémentaire obligatoire qui demeure fondée sur les revenus

Le régime local est lié à l'histoire particulière des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, qui ont bénéficié, avant le reste du territoire français, d'un système d'assurance maladie, instauré au 1er décembre 1884. À la création du régime général de sécurité sociale, le décret du 12 juin 1946[138] l'a maintenu à titre provisoire, avant qu'il ne soit pérennisé par une loi du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social[139].

Il s'agit d'un régime légal complémentaire obligatoire couvrant les salariés des entreprises implantées dans les départements d'Alsace et de Moselle (il existe également un régime local agricole).

Ce régime prend en charge le ticket modérateur, en ville comme à l'hôpital, ainsi que le forfait hospitalier. Le taux de remboursement moyen pour les soins de ville et l'hospitalisation est de 23 %. Le régime local ne peut cependant aller au-delà de la base de remboursement de la sécurité sociale, ce qui explique que les Alsaciens-Mosellans recourent aux complémentaires santé, notamment pour bénéficier de forfaits supplémentaires de prise en charge pour les soins dentaires, optiques et d'audioprothèses. Les cotisations de leur complémentaire santé sont, néanmoins, plus réduites que celles du reste de la population afin de tenir compte des remboursements supérieurs apportés par le régime local[140].

Le régime local est financé par une cotisation payée par les salariés, les retraités et les chômeurs sur leurs revenus déplafonnés (salaires, allocations chômage, préretraites, retraites de base et complémentaires). Le taux de cotisation est de 1,50 % depuis le 1er janvier 2012. Les entreprises ne cotisent pas.

Le régime local compte 2,2 millions de bénéficiaires (salariés, chômeurs, invalides, retraités) dont 73 % d'assurés (1 596 000) et 27 % d'ayants-droit (580 000). Il prend en charge 530 M€ de dépenses, soit une moyenne de 242 € par personne (données 2018).

De ce fait, les ménages du premier décile contribuent à hauteur de 4 % de leur revenu disponible à leur complémentaire santé, contre 1,3 % pour ceux du dernier décile, soit un rapport défavorable de 3 à 1. Ainsi plus le revenu est élevé moins les cotisations le sont en proportion des revenus, alors même que la part prise par l'assurance complémentaire dans le remboursement est importante.

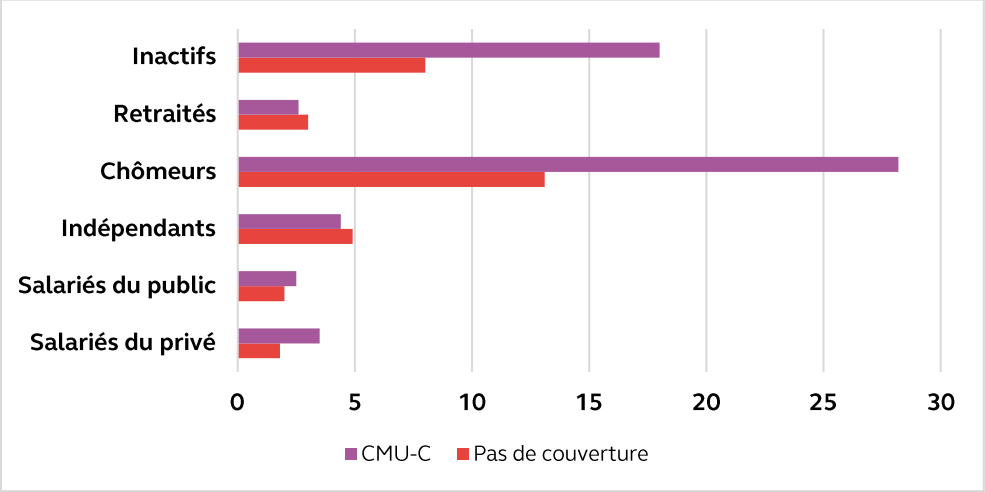
La somme des effets sur le revenu des deux types de couverture, de base et complémentaire, permet toutefois de conserver un système globalement progressif, en raison du poids inférieur de la seconde (cf. graphique n° 26).

[138] Décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 prévoyant des mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de sécurité sociale.
[139] Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social.
[140] Le décret n° 2016-609 du 13 mai 2016 relatif à la couverture complémentaire santé des salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle prévoit ainsi que les prestations versées au titre de la couverture complémentaire (contrats collectifs) sont déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire. Les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié sont réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant, l'employeur devant en assumer au moins 50 %.

B - Un dispositif de complémentaires santé avant tout favorable aux salariés du secteur privé

Le statut des assurés (actif, inactif, indépendant, salarié, fonctionnaire…) détermine très largement le contenu ainsi que le prix de leur couverture complémentaire santé.

Graphique n° 29 : pourcentage des actifs ne disposant pas d'une couverture complémentaire santé privée, selon le statut d'emploi en 2017



Source : Drees, études& résultats n° 1 166, octobre 2020.
Note : En 2017, 18 % des inactifs avaient recours à la CMU-C et 8 % n'avaient aucune couverture complémentaire (y compris CMU-C).

Les actifs sont très largement couverts, alors que les chômeurs et les inactifs le sont moins et recourent plus largement à l'auto-assurance, même après intervention des dispositifs publics (ex-CMU-C).

1 - Une situation plus favorable des salariés du privé en comparaison de celle des agents publics

Même au sein de la population active, les situation divergent. Si les salariés du privé et les agents publics disposent d'un taux de couverture globalement identique, la nature de leur couverture et les modalités de sa prise en charge divergent.

a) Des salariés du privé de mieux en mieux couverts, surtout dans les grandes entreprises

Comme vu *supra*, la loi de sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013 a rendu obligatoire à compter du 1er janvier 2016 la souscription d'une complémentaire santé par les entreprises du secteur privé au bénéfice de tous leurs salariés.

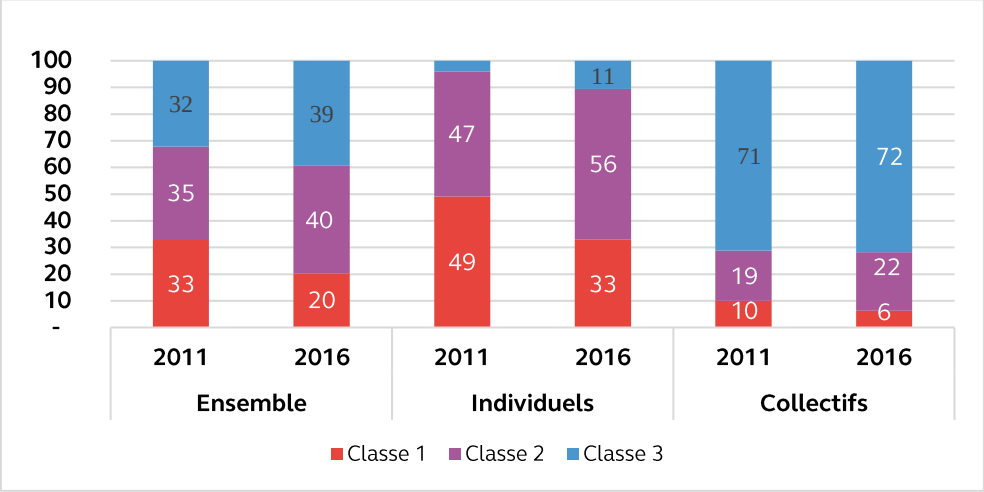
Les contrats collectifs d'entreprise sont obligatoirement responsables[141] (cf. *supra*). Ils doivent donc, en application de la loi, offrir le même niveau de couverture que celui des contrats

[141] Ils ne peuvent dans le cas contraire bénéficier des exonérations fiscales et sociales.

individuels responsables. Ils comportent, en outre, obligatoirement la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dentofaciale, ainsi qu'un forfait de prise en charge des dispositifs d'optique plus avantageux que celui que proposent les contrats individuels.

En sus de ces avantages de nature légale et réglementaire, les employeurs souscrivent, en moyenne, des garanties supérieures à celles des contrats individuels.

Graphique n° 30 : évolution de la répartition des bénéficiaires par classe et type de contrats, entre 2012 et 2016

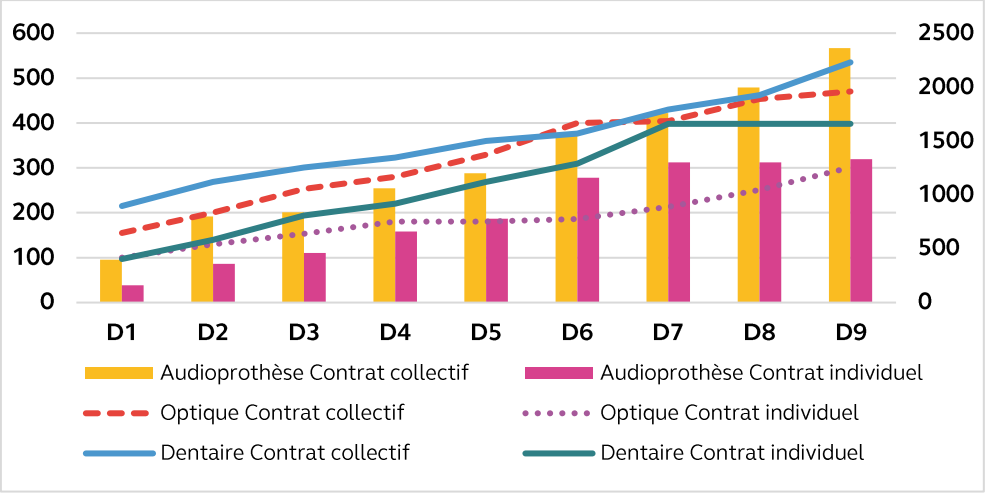


Source : Drees La complémentaire santé édition 2019
Note : La Drees réalise des comparaisons en répartissant les contrats des complémentaires en trois classes, selon leurs niveaux de prise en charge.

Ainsi, plus de 70 % des assurés couverts par un contrat collectif bénéficient d'une couverture de classe 3 (la plus favorable[142]), alors que ce niveau n'est que de 11 % pour les assurés individuels. À niveau équivalent, les contrats collectifs apparaissent également plus protecteurs que les contrats individuels. Les différences sont particulièrement fortes sur l'optique, le dentaire et les audioprothèses.

[142] La Drees répartit les contrats en trois classes, selon leurs niveaux de prise en charge. Ces contrats se différencient en particulier par le niveau de prise en charge sur l'optique, le dentaire et les audioprothèses avec des écarts de remboursement allant de 1 à 2. Un contrat de classe 1 remboursera ainsi, en moyenne, 140 € pour des lunettes d'une valeur de 500 €, quand un contrat de classe 3 les prendra en charge à hauteur de 370 €.

Graphique n° 31 : comparaison des remboursements en € prévus par les contrats individuels et collectifs pour l'optique, le dentaire et l'audioprothèse en 2016



Source : Drees, La complémentaire santé, édition 2019
Note : optique : monture et verres simples ; dentaire : couronne céramo-métallique ; les contrats individuels et collectifs ont été répartis en 9 groupes offrant des montants de remboursements homogènes et croissants, figurant respectivement sur l'échelle de gauche pour l'optique et le dentaire et sur l'échelle de droite pour l'audioprothèse. Les remboursements des contrats collectifs sont systématiquement supérieurs à ceux des contrats individuels.

Les écarts de remboursement vont du simple au double selon que le contrat est individuel ou collectif.

Parmi les autres avantages de ces contrats, l'employeur prend en charge le coût de la complémentaire de ses salariés à hauteur de 58 % et peut également participer au financement de la protection de leurs ayants droit, conjoints et enfants. L'Irdes souligne toutefois des différences entre salariés, en relevant que « *plus la taille de l'entreprise est grande et plus les établissements ont une forte probabilité de différencier leur offre selon des catégories de salariés, généralement au bénéfice des cadres, d'offrir des surcomplémentaires ou des options* » [143].

Enfin, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, le salarié couvert par un contrat collectif bénéficie du maintien à titre gratuit, pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans une limite de 12 mois, de sa complémentaire santé. Le financement est assuré soit par l'employeur, soit par les cotisations perçues au titre des salariés restant dans l'entreprise[144].

[143] Irdes, Questions d'économie de la santé, n° 251, novembre 2020, intitulé « *La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017* ».

[144] En la matière, toutefois, seulement 56 % des anciens salariés étant passés par une période de chômage après leur départ de l'entreprise ont effectivement bénéficié de ce droit. Ceux qui l'activent le moins sont les bas salaires (46 % pour les deux premiers quintiles de niveau de salaires contre 63 % au-delà) et les précaires (47 % pour les CDD contre 62 % pour les CDI). Dans un tiers des cas, la raison invoquée est l'absence de connaissance du dispositif, un autre tiers précise qu'ils étaient déjà couverts par un autre contrat, un cinquième qu'il s'agit d'un choix personnel, et un dixième qu'ils ne remplissaient pas les conditions pour être éligibles, sans autre précision.

b) Une couverture des agents publics faible et inégale

Un rapport de l'IGF, de l'IGA et de l'Igas, intitulé « protection sociale complémentaire des agents publics », publié en octobre 2020, est venu relancer le débat sur le devenir de la protection sociale des agents publics, en soulignant la forte iniquité de traitement entre ministères. Si le montant annuel moyen du financement apporté par l'État, pour la fonction publique d'État, s'y élève à 12 €, il atteint 47 € par agent à l'Agriculture[145], mais seulement 3 € à l'Éducation nationale (205 € en moyenne dans les collectivités territoriales, où la situation est, elle-même, très hétérogène).

La réforme de la couverture des agents publics, en faveur d'une complémentaire collective obligatoire, annoncée par la ministre de la transformation et de l'action publique et progressivement mise en œuvre par l'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique[146] devrait permettre d'apporter une plus grande équité entre agents publics, ainsi qu'entre agents publics et salariés du privé.

Une telle évolution pourrait toutefois porter préjudice au secteur des mutuelles, historiquement très présentes sur ce segment de marché. En leur faisant perdre la clientèle des agents publics, leur dépendance envers les personnes âgées, déjà très présentes dans leur portefeuille, risque de renchérir d'autant le montant des cotisations qu'elles demandent à ces dernières, en raison des risques accrus entrainés par leur âge et par leur absence de pouvoir de négociation, à la différence des branches professionnelles et des entreprises de taille importante[147].

2 - Des retraités plus fortement mis à contribution

En raison d'une tarification liée à l'âge, les personnes âgées sont particulièrement confrontées à des restes à charge pouvant être très élevés. Cela représente un poids potentiellement très conséquent pour celles dont les revenus sont faibles, quoique supérieurs au plafond d'éligibilité à la CSS.

a) Des dépenses de santé et des restes à charge croissantes avec l'âge

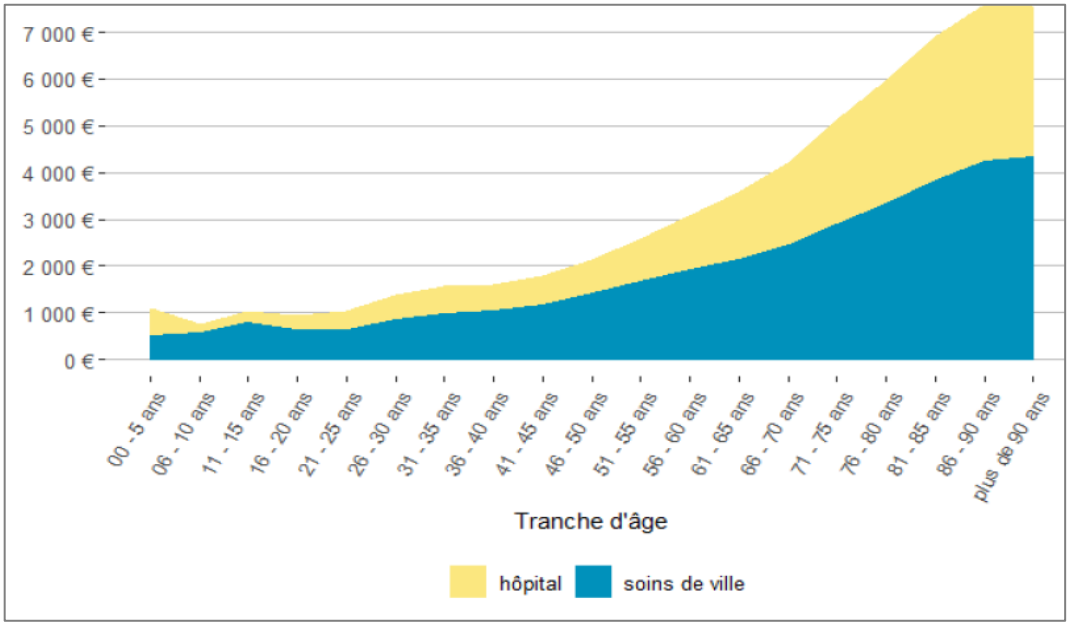
Les dépenses de santé croissent de manière continue avec l'âge, avec une accélération marquée à partir de 50 ans.

[145] Et 121 € aux Affaires étrangères.

[146] Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique

[147] Le président de la MGEN, Roland Berthilier le concède : « *Les actifs y gagneront, mais au prix d'un marché de dupes pour les retraités qui seront pénalisés tant en santé qu'en prévoyance* ».

Graphique n° 32 : dépense annuelle moyenne par tranche d'âge en 2016 – répartition soins ville et hôpital



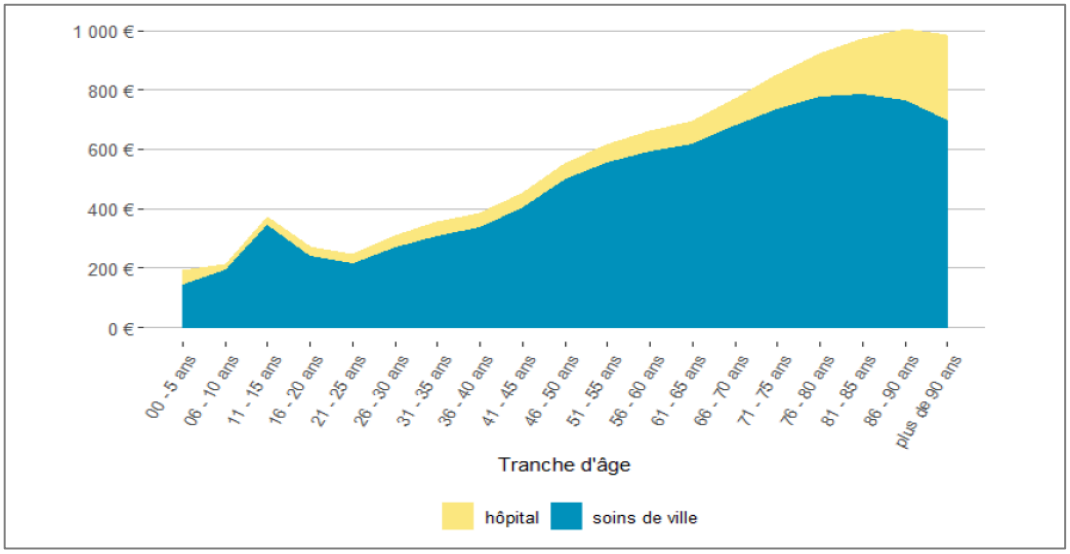
Source : Haut conseil de la famille de l'enfance et de l'âge, note sur l'incidence du 100% santé et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées, d'après des donnée Drees
Note : l'analyse ne prend en compte que les assurés ayant une dépense de santé dans l'année.

Or, 94 % des retraités souscrivent à une couverture complémentaire individuelle, soit le niveau le plus élevé de toutes les catégories analysées, avec un niveau de non couverture de seulement 3 %[148] (cf. *supra*, graphique n° 27). Ce taux de souscription élevé intervient en dépit d'un écart de tarification entre les contrats des assurés âgés de 20 ans et ceux âgés de 75 ans et plus, de 1 à 3, conduisant à une contribution des retraités particulièrement élevée à proportion de leurs revenus.

Les retraités sont également plus exposés que les autres classes d'âge aux restes à charge élevés, même s'ils sont aussi plus à mêmes de bénéficier d'une exonération au titre des affections de longue durée et que leur niveau de vie demeure en moyenne supérieur à celui des actifs[149].

[148] Les 3 % sont composés des bénéficiaires de la CMU-C ou d'une complémentaire collective, maintenue par leur entreprise.
[149] Rapport de 102,9 % en 2018, selon le rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites, de novembre 2020 « Évolutions et perspectives des retraites en France », mais il devrait devenir inférieur vers 2026 (projections à confirmer).

Graphique n° 33 : reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie obligatoire par tranche d'âge en 2016 – répartition soins de ville et hôpital



Source : Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Age, note sur l'incidence du 100% santé et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées, d'après des donnée Drees
Note : l'analyse ne prend en compte que les assurés ayant une dépense de santé dans l'année

Leur reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire peut être jusqu'à cinq fois supérieur à celui des personnes plus jeunes (en moyenne 1 000 € entre 80 et 85 ans contre 200 € entre 20 et 25 ans, 600 € entre 50 et 55 ans et 800 € entre 70 et 75 ans). Même après intervention de la complémentaire santé, ce reste à charge demeure très supérieur aux autres classes d'âge, dans un facteur de 1 à 3.

L'échec de la labellisation des « contrats séniors

Soucieux d'améliorer l'accès aux soins et conscients de l'importance des efforts financiers que les personnes âgées doivent fournir pour pouvoir se doter d'une complémentaire santé, le législateur a souhaité encadrer les tarifs et les garanties proposés par les organismes complémentaires. La LFSS pour 2016[150] avait ainsi prévu, sur le modèle de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS – cf. chapitre I), un système de référencement des contrats, devant entrer en vigueur le 1er janvier 2017. Un décret paru en avril 2016[151] organisait le processus de sélection. Ce texte devait être complété par un second décret, venant fixer les garanties minimales et les prix maximaux (mensuels, hors taxes) ainsi offerts. Ces derniers devaient s'échelonner entre 55 € (garanties les plus basses et pour les personnes âgées de 65 à 69 ans) et 143 € (garanties les plus hautes et pour les personnes de plus de 90 ans). Ce projet a suscité l'opposition des organismes complémentaires, particulièrement des mutuelles, qui couvrent majoritairement cette population, qui ont considéré que les tarifs proposés ne permettaient pas d'atteindre l'équilibre technique de ces contrats. Ils craignaient en outre que les évolutions tarifaires autorisées, plafonnées en fonction de l'évolution de l'Ondam, entraînent une décorrélation entre cotisations et prestations. Une telle évolution serait en effet, selon ces organismes, contraire au principe prudentiel de pilotage des risques que prescrit la directive « solvabilité 2 » de 2009[152] à laquelle ils sont soumis.

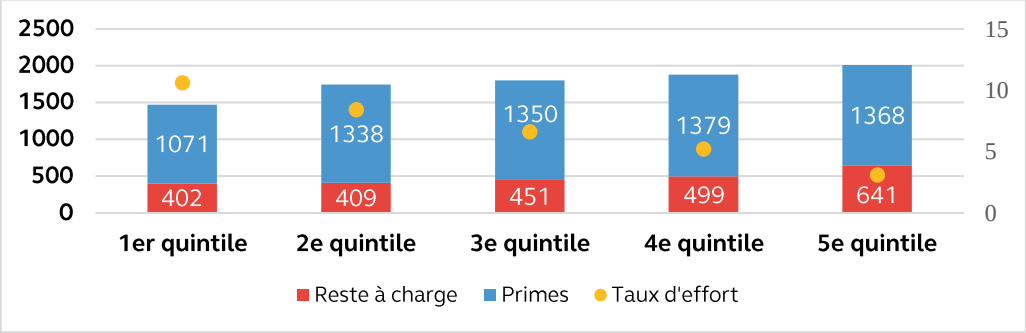
Faute de parvenir à un accord, ce projet a fini par être abandonné, malgré d'ultimes négociations visant à augmenter les tarifs (respectivement de 55 € à 57 € et de 143 € à 167 €), au bénéfice de la mise en place de la réforme du 100 % santé et de la complémentaire santé solidaire (CSS). Or, si la réforme du 100 % santé peut être de nature à répondre, au moins pour partie (cf. chapitre I), à l'objectif d'encadrement des garanties que devait offrir le contrat sénior, la question du taux d'effort (soit le rapport entre la somme des dépenses de couverture santé et les revenus des individus) demeure néanmoins posée, faute de dispositif venant encadrer les tarifs des complémentaires.

b) Des aides sociales insuffisantes pour faire face aux difficultés des personnes âgées les moins fortunées

Les personnes âgées dont les ressources sont limitées, bien que supérieures au plafond d'éligibilité de la CSS, peuvent donc faire face à des situations difficiles.

[150] Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.
[151] Décret n° 2016-509 du 25 avril 2016 relatif à la couverture complémentaire santé des personnes de soixante-cinq ans et plus.
[152] Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice.

Graphique n° 34 : taux d'effort des personnes âgées de plus de 60 ans par quintile de revenus



Source : Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge[153], d'après des donnée Drees
Note : hors bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ; Quintile : 20 %.

La Cnam, à travers le Fonds national d'action sanitaire et sociale (Fnass) peut les soutenir en leur octroyant, après instruction de leur dossier, une aide financière. Celle-ci peut être complémentaire à l'ACS et venir réduire les primes ou le reste-à-charge du bénéficiaire du chèque ACS, ou y suppléer pour les personnes dont le niveau des ressources dépasse le plafond d'attribution de l'ACS – et désormais de la CSS – (aides dites « effets de seuil »)[154].

Tableau n° 19 : nombre et évolution des aides sanitaires et sociales attribuées par la Cnam

	Total	Aide complémentaire	%	Aide effet de seuil	%
2016	172 145	125 441	72,9 %	46 704	27,1 %
2017	134 538	69 543	51,7 %	64 995	48,3 %
2018	94 174	35 164	37,3 %	59 010	62,7 %
2019	85 724	24 269	28,3 %	61 455	71,7 %
Évolution	**- 50,2 %**	**- 80,7 %**	**NS**	**+ 31,6 %**	**NS**

Source : Fonds CSS

Ces aides sanitaires et sociales tendent néanmoins à diminuer, en nombre comme en montant (14,7 M€ en 2019 contre 19 M€ en 2017), en privilégiant de plus en plus l'aide dite « effet de seuil »[155], ce que confirment les dernières recommandations de la Cnam tirant les conséquences de la mise en place du panier 100 % santé et appelant donc à limiter les aides visant à couvrir le reste à charge au profit des aides « effet de seuil ».

[153] Note sur l'incidence des reformes du « 100 % santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées (17 avril 2020).
[154] La CPAM de la Somme les propose aux assurés dont les ressources excèdent de moins de 15 % le plafond de la CSS contributive, contre 5 % en Meurthe-et-Moselle.
[155] En 2019, 12,9 M€ ont ainsi été versés au titre de l'effet de seuil contre 1,8 M€ en complément à l'ACS. 38 % des bénéficiaires ont 60 ans et plus, 30 % ont entre 16 et 49 ans. Les principaux bénéficiaires de ces aides sont des retraités (28 %), des salariés (21 %), des demandeurs d'emploi (18 %) et des allocataires de l'AAH (11 %) – données 2019, stables. Cette diminution des compléments ACS s'inscrit dans le prolongement du référencement de ces contrats et de l'amélioration des garanties qu'il a emporté (cf. *supra*).

Il existe également un autre volet de l'action sanitaire et sociale (ASS), qui concerne la prise en charge de reste à charge très élevés pour des ménages qui ne peuvent les assumer au regard de leur montant (cf. hospitalisation) ou de leurs revenus, notamment lorsqu'elles n'ont pas de complémentaire santé. Les dépenses correspondantes sont toutefois assez faibles. Elles représentaient moins de 90 M€ de dépenses pour le régime général en 2019.

Ces aides, ponctuelles, ne sont toutefois pas spécifiquement destinées aux seules personnes âgées et sont loin d'être en mesure de répondre au problème plus structurel du coût des complémentaires santé pour les personnes âgées.

c) Envisager des évolutions du système

Pour résoudre ces difficultés, plusieurs solutions sont envisageables.

Il convient tout d'abord de rappeler que les anciens salariés du secteur privé bénéficient de la loi du 31 décembre 1989[156], qui impose aux organismes assureurs le maintien de leur complémentaire santé collective. Cette portabilité ne fait l'objet d'aucune limitation de durée. Toutefois, l'encadrement tarifaire n'est, lui, que temporaire. Le décret relatif à l'application de l'article 4 de la loi de 1989[157] prévoit ainsi un plafonnement des tarifs échelonné sur trois ans. La première année suivant la sortie du contrat d'assurance collectif, les tarifs doivent être identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, le retraité perdant cependant le bénéfice de la participation de son ancien employeur. La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % desdits tarifs. La troisième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 %. Au-delà, les tarifs sont libres.

Le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) estime la part de bénéficiaires à ce dispositif, en 2016, à 1,4 %, soit environ 220 000 personnes[158], un chiffre peu élevé au regard tant du nombre de retraités anciens salariés (13,4 millions) que des flux annuels de départ à la retraite (100 000 par an). Il est certain que l'arrêt de la participation financière de l'employeur, en moyenne de 58 %, revient, pour le retraité à un doublement de ses cotisations. En outre, les garanties offertes, plutôt destinées à des actifs dans la force de l'âge, ne sont plus forcément adaptées à l'évolution de l'état de santé des personnes retraitées. Ceci amène de nombreux retraités à renoncer à leur ancien contrat collectif, y compris s'agissant des personnes financièrement les plus fragiles, pour choisir des contrats individuels offrant de moins bonnes garanties, mais moins onéreux.

Un lissage plus long dans le temps pourrait permettre, pour certaines catégories de retraités, de conserver utilement le bénéfice de leur contrat collectif. Mais cela ne résoudrait pas la situation des non-salariés, ni de ceux dont les retraites sont les plus modestes.

À cet égard, une réactivation du projet de labellisation est toujours possible, même si les causes ayant présidé à son échec n'ont pas disparu.

---

[156] Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

[157] Décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

[158] 93 % des retraités bénéficiaient alors d'une complémentaire individuelle (ACS incluse) et 2,6 % de la CMU-C.

D'autres solutions peuvent être envisagées, bien qu'elles soient coûteuses. Un système de chèques sur le modèle de l'ACS, venant réduire le coût des complémentaires, constituerait par exemple une autre piste. La Cour a simulé son coût. En s'en tenant aux 20 % des personnes âgées, de 60 ans et plus, les plus modestes, hors bénéficiaires de la CSS, un tel dispositif s'échelonnerait entre 1,5 Md€ (chèques de 550 €, équivalent au montant des anciens chèques ACS) et 0,7 Md€ (division par deux du montant dudit chèque – 250 €).

La mise en place de la CSS contributive qui a consisté à étendre les garanties de la CSS en contrepartie d'une cotisation peut suggérer l'idée d'un élargissement de son application. L'extension de la CSS aux 20 % des personnes âgées, de 60 ans et plus, les plus pauvres (ressources inférieures à 1 250 € par mois – contre un maximum de 1 016 €, pour la CSS contributive) coûterait 1 Md€, à participation des assurés inchangée, mais ce coût pourrait être réduit, voire annulé, en augmentant cette participation. Si elle était par exemple doublée, les dépenses seraient ramenées à 60 M€. Cela représenterait toutefois un effort financier significatif (50 € à 60 € par mois, selon l'âge, soit de 600 € à 720 € par an), de nature à en limiter l'attractivité.

Tableau n° 20 : simulation d'une extension de la CSS aux personnes âgées modestes

	Population concernée	Dépenses par personne	Dépenses totales	Participation (25€ / 30€)	Hypothèse + 50%	Hypothèse + 100%	Coût PF inchangée	Coût PF+50%	Coût PF doublée
60-69	1,26 M	570,5€	721,7 M€	379,5 M€	569,3 M€	759,0 M€	342,2 M€	152,4 M€	- 37,3 M€
70 et +	1,56 M	782,5€	1 218,9 M€	560,8 M€	841,2 M€	1 121,6 M€	658,1 M€	377,8 M€	97,3 M€
Total	**2,82 M**	**688,2€**	**1 940,6 M€**	**940,3 M€**	**1 410,5 M€**	**1 880,6 M€**	**1 000,3M€**	**530,2 M€**	**60,0 M€**

Source : Cour des comptes (données du HCFEA pour les dépenses par tranche d'âge et pour le nombre de personnes âgées – 20 % des personnes âgées les plus pauvres, bénéficiaires de la CSS exclus)
Note : la participation financière (PF) est de 25 € par mois pour les personnes âgées de 60 à et 69 ans et de 30 € au-delà ; coût PF + 50 % : coût de l'extension avec une participation augmentée de 50 % (37,5 € - 45 €, selon l'âge) ; coût de la PF doublée : coût de l'extension avec une participation doublée (50 € - 60 €)

III - Des fragilités spécifiques à la CSS, dispositif public complexe et inégalement protecteur

Indépendamment des coûts et des inégalités propres aux assurances complémentaires, d'autres problèmes affectent spécifiquement la CSS. Plusieurs phénomènes, une complexité certaine, la persistance de renoncements et de refus de soins, le maintien en dehors du dispositif d'une frange de la population pourtant fragile, montrent que l'objectif de couverture effective des populations les plus faibles n'est toujours pas parfaitement atteint.

A - Une complexité des conditions de ressources qui ne facilite pas la lutte contre les fraudes

1 - Une règlementation excessivement complexe

Le dispositif CSS, pourtant destiné à un public fragile, est loin d'être aisément lisible. Toutes les ressources ne sont pas à déclarer ; elles peuvent faire l'objet d'abattements ; les règles diffèrent selon les aides sociales dont peuvent bénéficier les demandeurs.

a) Des ressources non prises en compte pour le bénéfice de la CSS

Les articles L. 861-2 et R. 861-10 du code de la sécurité sociale écartent certaines ressources du calcul du revenu servant de référence pour la CSS (cf. annexe 6). Sont ainsi exclus le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité, la prestation d'accueil du jeune enfant, l'allocation de rentrée scolaire ou la prestation de compensation du handicap (PCH), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), l'allocation personnelle autonomie (APA), la majoration pour tierce personne et la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne.

Par ailleurs et bien que les allocataires du RSA soient réputés satisfaire aux conditions d'éligibilité de la CSS, certaines ressources prises en compte pour le bénéfice du RSA ne le sont pas pour la CSS (indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant). Inversement, l'allocation garantie jeune et l'aide personnalisée de retour à l'emploi comme la majoration pour âge des allocations familiales ne sont pas prises en compte pour obtenir le RSA, mais le sont pour la CSS[159]. Rien n'interdit qu'au titre des ressources prises en compte un individu puisse se voir refuser la CSS avant de l'obtenir par la voie du RSA.

Enfin, les pensions alimentaires reçues sont intégrées aux ressources et celles versées en sont exclues.

b) Des abattements de ressources

D'autres ressources font, quant à elles, l'objet d'un abattement[160]. C'est le cas de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), de l'allocation spéciale vieillesse (ASV), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Les revenus provenant de ces versements sont limités à leurs montants maximaux diminués de 15 %, de manière à neutraliser les effets de leur revalorisation exceptionnelle intervenue en 2018 et 2019 et ainsi permettre le maintien du bénéfice de la CSS. Le logement

[159] De la même manière, le montant de la partie majorée du complément familial et le montant de la revalorisation exceptionnelle de l'ASF dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté en 2013, sont exclus de l'assiette des ressources prises en compte pour le bénéfice du RSA.

[160] Certaines rémunérations d'activité sont ainsi affectées d'un abattement, de 30 % (indemnités en cas d'arrêt maladie supérieur à six mois, allocations chômage, indemnités d'activité partielle, allocation de solidarité spécifique, rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle). Par ailleurs, les rémunérations de stages de formation professionnelle légales, réglementaires ou conventionnelles sont exclues lorsqu'elles ont été interrompues et que le demandeur ne peut prétendre à un revenu de substitution.

fait aussi l'objet d'un traitement spécifique et différencié selon la situation des demandeurs[161]. Si les personnes logées gratuitement ou propriétaires de leur habitation doivent ajouter des revenus forfaitaires « fictifs », celles bénéficiant d'allocations logement les voient plafonner à hauteur de ce forfait « fictif »[162].

c) Des règles qui s'avèrent peu lisibles pour les bénéficiaires

Ces différences dans les règles applicables à la CSS et aux autres aides sociales rendent difficile l'appréhension du dispositif par leurs bénéficiaires et peuvent s'avérer sources d'erreurs dans leurs déclarations. En outre, elles compliquent le travail des administrations en ne permettant pas de sanctionner directement le contrevenant repéré pour fraudes à d'autres aides sociales, même si celles-ci ouvrent pourtant droit à la CSS, comme le RSA. Dans une telle situation, les CPAM sont, en effet, tenues de mener par elles-mêmes un contrôle, redondant puisque déjà effectué par un autre réseau. Les ressources et les périodes de référence différant, un signalement d'une CAF ne peut ainsi conduire à une action pour fraude par la CPAM au titre de la CSS, sans réexamen du dossier par cette dernière.

d) Des travaux de simplification inaboutis

Les discussions autour d'un revenu universel d'activité avaient bien pour objectif de mettre un terme à ce « *maquis opaque* », selon les mots du Président de la République, au profit d'une aide nouvelle qui « *fusionne le plus grand nombre possible de prestations* ». Mais elles n'ont pas encore abouti et les craintes de désinciter trop fortement à la reprise d'activité en attachant un trop grand nombre de droits à cette nouvelle prestation ne paraissent pas plaider en faveur d'une intégration pleine et entière de la CSS dans un éventuel futur dispositif. Un tel effet ne peut d'ailleurs être totalement écarté dès lors qu'un surcroît de ressources peut conduire les bénéficiaires à basculer d'une couverture gratuite (CSS) à une couverture payante (CSS contributive), voire à une assurance potentiellement onéreuse (complémentaire santé privée)[163].

Aussi, sans aller jusqu'à l'intégration de la CSS dans le revenu universel d'activité, l'homogénéisation des ressources prises en compte pour bénéficier de ces aides permettrait néanmoins d'apporter plus de lisibilité pour leurs bénéficiaires et de faciliter, pour les services instructeurs, la lutte contre la fraude.

[161] Dans un ordre d'idée approchant, les majorations du plafond de ressources, fonction de la composition du foyer, sont réduites de moitié en cas de garde alternée (article R. 861-3 du code de la sécurité sociale).
[162] Forfait déterminé par application d'un pourcentage, dépendant de la composition du foyer (14 % pour une personne seule, 16 % pour deux personnes, 16,5 % au-delà), au montant afférent du RSA.
[163] La Drees a estimé, dans le cadre des travaux portant sur le revenu universel d'activité, l'équivalent monétaire du bénéfice de la CSS à 400 €. Le perdre se traduirait donc par une diminution de « revenus » équivalents à 400 €.

2 - Une lutte contre la fraude trop timide

L'essentiel des fraudes détectées par la Cnam porte sur les ressources[164]. La production par le demandeur de son dernier avis d'imposition[165] corrobore, en effet, imparfaitement les montants déclarés des revenus : l'avis porte sur l'année civile, alors que les ressources sont celles des 12 mois précédant la demande ; il ne retrace pas la totalité des ressources qui doivent être déclarées (allocations familiales notamment)[166].

Cette lacune peut être atténuée par la consultation des applicatifs (CAF, Pôle Emploi …) auxquels ont accès les agents qui instruisent les demandes. Toutefois, la Cour a constaté des pratiques divergentes selon les CPAM. Si une partie d'entre elles les vérifie systématiquement, certaines allant même jusqu'à exiger des pièces justificatives supplémentaires (trois derniers relevés de compte bancaire), d'autres, qui font face à d'importants volumes de demandes, s'en tiennent strictement aux déclarations des demandeurs, au risque de faciliter les fraudes.

La Cnam a, depuis 2014, souhaité expérimenter des méthodes de ciblage par fouille de données (*data mining*) afin de se concentrer sur les dossiers présumés les plus à risques. En conséquence, le nombre de dossiers contrôlés a diminué de 70 % depuis 2016 (62 500 en 2016 pour 19 000 en 2019). Si le taux de fraude détectée (notamment liées à du travail dissimulé), consolidé au niveau national[167], est en hausse de près de deux points (de 7,82 % à 9,57 %[168]), tout comme le montant des préjudices subis, que ce soit en niveau absolu (de 4,3 M€ à 4,6 M€) ou en moyenne par dossier (+ 45 %, passant de 723 € à 1 048 €), certaines CPAM voient leur taux stagner, ce qui amène à penser que l'algorithme utilisé n'est pas assez robuste, ou que le ciblage des contrôles a été dans ce domaine trop loin.

Comme le précisait déjà la Cour dans sa communication à la commission des affaires sociales du Sénat de septembre 2020[169], « la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », en comparaison des 5,6 millions de personnes couvertes, rattachées à environ 2,8 millions de foyers[170], ces contrôles

[164] La Cnam procède à des vérifications *a posteriori* en faisant application du droit de communication (demande de relevés de comptes bancaires aux établissements bancaires).

[165] Avant 2018, le demandeur était tenu de fournir les pièces justifiant de ses revenus des 12 derniers mois (bulletins de salaire par exemple). Dans un souci de simplification, notamment pour l'utilisation de son téléservice, seule la transmission de l'avis d'imposition est, depuis, obligatoire.

[166] Et, dans tous les cas, elles ne comportent pas d'éléments portant sur le travail non déclaré ou sur les aides régulières des membres de la famille ou de proches qui entrent, pourtant, dans la définition légale des ressources de la CSS.

[167] Le taux de détection des fraudes diffère fortement d'un département à l'autre (cf. annexe 10).

[168] Les fautes (manquement aux obligations dont l'origine peut être une omission, une erreur, une imprudence, une négligence, une ignorance, une méconnaissance des règles) et fraudes (acte intentionnel de la part d'un ou de plusieurs individus visant à obtenir un avantage injustifié ou illégal qui crée un préjudice réel direct et certain pour l'assurance maladie) sont passées de 19,46 % à 22,92 % (+ 3,5 points).

[169] Cour des comptes, La lutte contre les fraudes aux prestations sociales, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020.

[170] Par analogie avec le rapport entre le nombre de personnes couvertes et le nombre de foyers propre aux bénéficiaires du RSA.

portent en effet sur moins de 1 % des foyers bénéficiaires de la CMU-C. Cela paraît nettement insuffisant au regard des taux d'anomalies constatées localement[171].

Le nombre de pénalités infligées fluctuent d'une année sur l'autre (1 273 en 2016, 2 430 en 2017, 1 882 en 2018 et 1 427 en 2019), pour un montant moyen de l'ordre de 1 000 € (1 018 € en 2019).

B - La persistance de refus et de renoncement aux soins, malgré un état de santé des bénéficiaires plus dégradé

Malgré la qualité de la couverture offerte par la CSS et bien que l'état de santé de ses bénéficiaires apparaisse plus dégradé que celui du reste de la population, des renoncements aux soins et des refus de les prodiguer perdurent, ceux-là insuffisamment sanctionnés.

a) Un état de santé moins bon en moyenne

Si les études sur la santé des bénéficiaires de la CMU-C et ACS sont assez anciennes, puisqu'elles s'appuient sur des données de 2012, elles font ressortir un état de santé en moyenne moins bon que celui du reste de la population. Certaines pathologies sont parfois très nettement plus fréquentes (près de 3 fois plus pour les maladies du foie ou du pancréas chez les bénéficiaires de la CMU-C, plus de 6 fois plus pour les maladies psychiatriques chez les bénéficiaires de l'ACS).

Les bénéficiaires de l'ACS semblent souffrir d'un état de santé encore plus dégradé que ceux de la CMU-C, mais cette situation s'explique par la place, en leur sein, des bénéficiaires de l'AAH et des pensionnés pour invalidité : lorsque ceux-ci sont retirés des statistiques, le profil des bénéficiaires de l'ACS se rapproche en effet de celui de la CMU-C.

[171] Ce taux est de 25 % pour 844 contrôles effectués à la CPAM de Seine-Saint-Denis, de 31 % pour 306 contrôles dans celle du Gard, de 14 % pour 160 contrôles pour celle de la Somme et de 15 % pour 186 contrôles en Meurthe-et-Moselle.

Tableau n° 21 : fréquence des pathologies parmi les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C, par comparaison avec le régime général et l'un par rapport à l'autre

	Cancer	Cardio	Diab	IRCT	Psy	Foie	Aut	Respi	Poly	Spondy	VIH	Neuro
ACS	1,3	2,1	2,4	3,9	6,2	3,8	1,8	1,7	1,6	1,4	3,8	3,6
CMU-C	0,9	1,4	2,2	1,4	2,4	2,9	1,1	1,5	0,8	0,7	2,5	1,4
ACS comparé à la CMU-C	1,5	1,5	1,1	2,8	2,6	1,3	1,7	1,0	1,9	1,8	1,6	2,7
ACS comparé à la CMU-C (hors AAH et invalides)	1,1	1,0	0,9	1,2	0,8	0,8	1,2	0,8	1,3	1,4	0,9	1,0

Source : Cnam – Rapport charges et produits 2016 – données 2012. Personnes de moins de 60 ans. Régime général = 1
Note : AAH : allocataires adultes handicapés ; Invalides : bénéficiaires d'une pension d'invalidité ; Cardio : maladies cardio-neurovasculaires ; Diab : diabète ; IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale ; Psy : Maladies psychiatriques ; Foie : Maladies du foie ou du pancréas ; Aut : Autres maladies inflammatoires chroniques ; Respi : Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) ; Poly : Polyarthrite rhumatoïde ; Spondy : Spondylarthrite ankylosant ; Neuro : Maladies neurologiques ou dégénératives.

Cet état de santé plus dégradé amène les bénéficiaires de ces dispositifs à recourir davantage à certains soins, notamment à l'hôpital, y compris en consultations externes. Ne semblent échapper à cette règle que les spécialistes et les chirurgiens-dentaires[172].

Tableau n° 22 : taux de recours par grand poste de dépenses et par profil

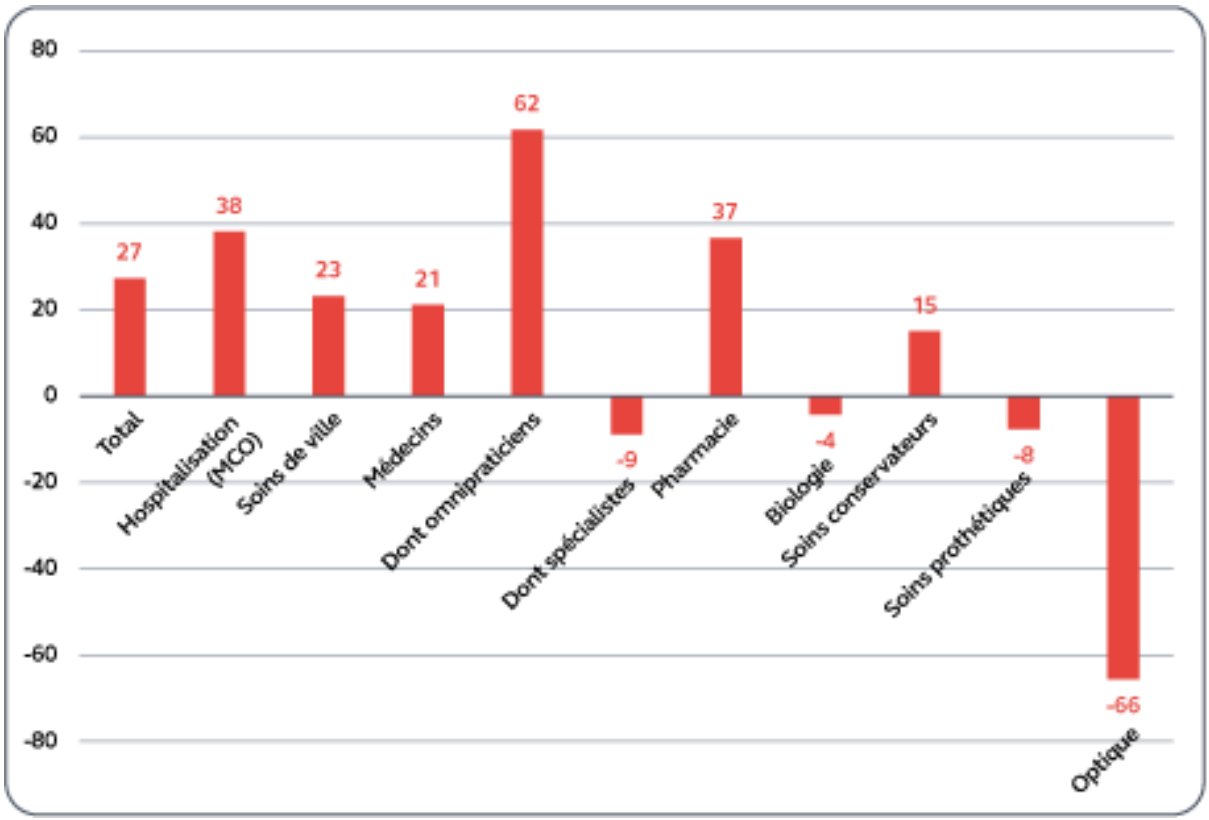
	CMU-C	ACS	ACS hors AAH et invalides	Régime général
Total soins de ville	99%	98%	98%	99%
Généralistes	89%	84%	84%	82%
Spécialistes	56%	54%	56%	62%
Dentaires	37%	32%	37%	39%
Pharmacie	92%	90%	90%	88%
Total hôpital	43%	45%	41%	33%
Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	42%	43%	40%	33%
Dont soins externes	34%	36%	34%	25%
Psychiatrie (PSY)	1%	4%	1%	1%
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	1%	1%	1%	1%

Source : Cnam – Rapport charges et produits 2016 – données 2012. Personnes de moins de 60 ans, comparaisons ajustées à l'âge et au sexe de ces différentes sous-population
Note : 99 % des bénéficiaires de la CMU-C dans l'échantillon étudié avaient consommé en 2012 des soins en ville, contre 43 % des soins à l'hôpital.

[172] Cette donnée doit toutefois être prise avec précaution car elle n'est standardisée que sur l'âge et le sexe et n'est donc pas ajustée à l'état de santé plus dégradé des bénéficiaires de la CSS.

Cette situation aboutit à des dépenses supérieures à celles du reste de la population (+ 27 % par rapport aux personnes bénéficiant d'une complémentaire santé autre que la CMU-C), enchérissant d'autant le coût du dispositif.

Graphique n° 35 : écart entre la dépense moyenne en euros des bénéficiaires de la CMU-C et celle des autres assurés



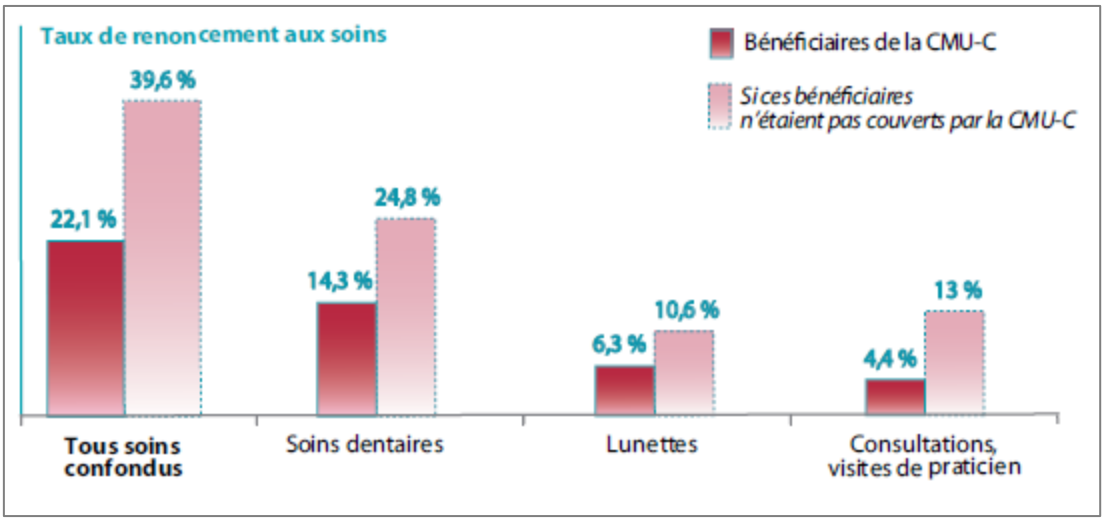
Source : Drees, études & résultats n° 944 « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins » (Décembre 2015 - données 2012)
Note : la dépense moyenne par bénéficiaire est calculée à partir de la base de remboursement, sauf pour l'optique et les soins dentaires prothétiques où les dépassements sont inclus.

b) Des renoncements aux soins qui perdurent

Malgré cet état de santé plus dégradé, les renoncements aux soins persistent.

Des études, datant de 2011, menées par l'Irdes sur les renoncements aux soins mettent en évidence l'effet positif de la protection apportée par la CMU-C.

Graphique n° 36 : taux de renoncement aux soins



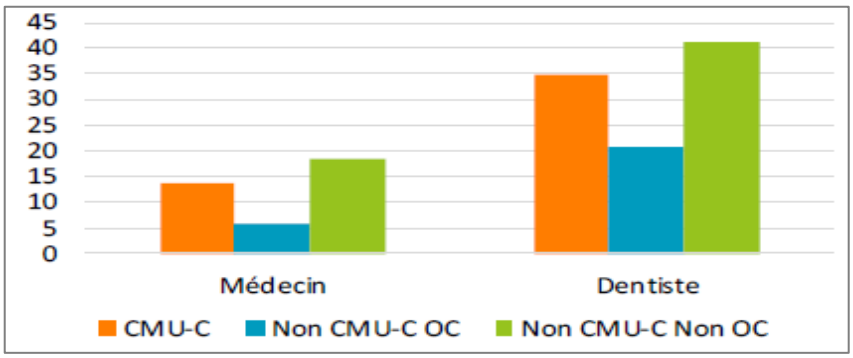
Source : Irdes – Questions d'économie de la santé n° 170, novembre 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique » à partir des données de l'enquête santé protection sociale (ESPS)

Des données plus récentes, rassemblées par le Fonds CSS au moyen d'un partenariat avec le centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF), créé à l'initiative de la Cnam afin d'accompagner ses centres d'examen de santé[173] dans le recueil de données à des fins d'études statistiques, amènent toutefois à nuancer le constat de l'Irdes. Selon cette nouvelle étude, en effet, le taux de renoncement aux soins serait passé, pour les bénéficiaires de la CMU-C, de 9,1% en 2008 à 13,4 % en 2018 (consultation de généralistes) et de 29,2 % en 2008 à 34,91 % en 2018 (consultation de dentistes). Il est vrai que la sélection de la population étudiée, choisie parmi les publics les plus précaires de la CSS, limite la généralité des conclusions que l'on peut en tirer.

En tout état de cause, les renoncements aux soins, même s'ils ne sont pas propres aux bénéficiaires de la CMU-C, demeurent supérieurs à ceux dont font état les bénéficiaires d'une complémentaire de droit commun.

[173] Depuis 1946, le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer aux assurés du régime général et aux membres de leurs familles un examen de santé gratuit. Pour remplir leurs missions, les organismes de sécurité sociale ont donc progressivement créé des centres d'examens de santé qui proposent des bilans de santé à leurs ayants droit. En application d'un arrêté du 20 juillet 1992, les examens de santé doivent être tournés prioritairement vers les assurés les plus fragiles, notamment ceux en situation de précarité. En 2018, le nombre de consultants s'est élevé à 416 600, dont 85 600 personnes bénéficiaient de la CMU-C, soit 21 %.

Graphique n° 37 : renoncements aux soins des consultants des centres d'examen de santé de l'assurance-maladie



Source : Fonds CSS – CETAF
Note : CMU-C : bénéficiaires de la CMU-C ; Non CMU-C OC : non bénéficiaire de la CMU-C mais titulaire d'une complémentaire santé ; Non CMU-C Non OC : ni bénéficiaire de la CMU-C ni d'une complémentaire santé.

Le tiers-payant et plus encore l'interdiction des dépassements d'honoraires ne sont pas toujours respectés, ce qui limite le recours aux soins auprès des professionnels concernés. La pratique de dépassements d'honoraires, quoique peu fréquente, est particulièrement observée chez les bénéficiaires de l'ACS et, plus encore, chez ceux qui, n'ayant pas souscrit de contrat, ne disposent que de l'attestation ACS, qui est pourtant réputée, même seule, les garantir contre les dépassements. La méconnaissance de ce dispositif par les professionnels de santé est mise en avant pour expliquer cette différence. La transformation en CSS contributive résout cette difficulté, en rapprochant la situation des bénéficiaires de celle de la CMU-C. Elle devrait donc aboutir à réduire la fréquence des dépassements d'honoraires.

Tableau n° 23 : taux de dépassement d'honoraires appliqués par les médecins aux bénéficiaires de l'ACS

	Total	Dont secteur 1	Dont secteur 2
Bénéficiaires de l'ACS couverts par un contrat	1,7 %	0,4 %	7,2 %
Bénéficiaires d'une simple attestation ACS	4,7 %	0,8 %	24,5 %

Source : Cnam – Données 2017

c) Des refus de soins insuffisamment sanctionnés

Les refus de soins peuvent être légitimes. C'est le cas lorsqu'un praticien refuse de prendre une nouvelle patientèle faute de disponibilité ou s'il propose un rendez-vous tardif en raison d'un emploi du temps déjà chargé. Il en va différemment lorsque le refus est dirigé spécifiquement vers les bénéficiaires de la CMU-C[174], de l'ACS et désormais de la CSS.

Les cas les plus faciles à mettre en évidence sont rares, mais existent. Ainsi, le Défenseur des droits a été amené, sur la base de plaintes émanant d'associations, à se prononcer sur des plateformes de rendez-vous sur lesquelles figuraient des mentions explicites de refus des bénéficiaires de la CMU-C[175]. Cet avis a été suivi d'effet puisque les plateformes mises en cause s'y sont conformées.

D'autres pratiques, plus exceptionnelles, peuvent parfois être observées. La direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a ainsi constaté dans un département, à l'occasion d'une campagne de contrôle réalisée en 2019[176] portant sur la loyauté de l'information délivrée par les chirurgiens-dentistes, la fourniture, pour une même prestation, de prothèses de moindre qualité aux bénéficiaires de la CMU-C.

Afin d'essayer d'objectiver la situation des refus de soins, une étude a été réalisée, à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CSS[177], en s'appuyant sur un « test de discrimination » (ou *testing*) réalisé auprès de 1 500 cabinets médicaux de trois spécialités médicales (gynécologues, chirurgiens-dentistes et psychiatres) à partir de trois profils de patientes fictives, afin de déterminer s'il existe des biais liés à leur origine (consonance du patronyme) ou à leur vulnérabilité économique (CMU-C et ACS) supposées. Les résultats obtenus indiquent, pour un taux de réussite des prises de rendez-vous de 70 % en moyenne pour la patiente de référence, un taux systématiquement et significativement inférieur pour la bénéficiaire de la CMU-C. Cet écart est de 9 points pour les dentistes, de 11 points pour les gynécologues et de 15 points chez les psychiatres. L'ACS y apparait encore plus pénalisante que la CMU-C[178], avec près de deux fois plus de refus de prise de rendez-vous. Enfin, les refus

---

[174] Le Laboratoire d'économie de l'université de Paris-Dauphine LedaLegos dans un document de travail WP n° 3/2020 « Impact de l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C sur l'activité des médecins et des dentistes libéraux » met notamment en évidence « une incitation financière contraire à l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C par les médecins du secteur 2 et les dentistes », liée à l'interdiction des dépassements d'honoraires, toutefois compensée, pour certains des praticiens les accueillant, par une augmentation des volumes d'actes par patient leur permettant de maintenir leurs honoraires totaux.

[175] Décision du Défenseur des droits n° 2018-270, du 22 novembre 2018. Des mentions telles que *« À savoir : Les bénéficiaires de la CMU ne sont pas acceptés au cabinet. »*, « *Bénéficiaires CMU : Pas de rendez-vous (le docteur n'a pas le lecteur de carte). Merci de prendre rendez-vous avec l'Hôpital Quinze-Vingt ou à la Fondation Rothschild. », « La CMU n'est pas acceptée. »* ont ainsi pu être relevées.

[176] Campagne qui s'est traduite par un taux d'anomalies de 69,7 % et par le constat que « *l'information délivrée aux patients est insuffisante : les chirurgiens-dentistes semblent toujours méconnaître leurs obligations réglementaires [d'information de leurs patients] malgré les nombreux contrôles* ». (Bilan BTN/5B/PNE/21LN).

[177] « Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales », 1er octobre 2019. Laboratoire ERUDITE des universités Paris-Est Marne-la-Vallée et Paris-Est Créteil.

[178] Ce qui pourrait être lié à une moindre connaissance du dispositif de la part des professionnels, à un dispositif vécu comme complexe, sans payeur unique contrairement à la CMU-C, voire à une plus grande volatilité des droits d'un public dont les revenus sont suffisants pour excéder le plafond de la CMU-C mais inférieur au taux de pauvreté et dont un surcroît/une réduction d'activité peut les conduire à passer au-dessus ou en dessous des seuils d'éligibilité.

opposés par les professionnels exerçant en secteur 2 aux bénéficiaires de la CSS seraient de six points supérieurs à ceux de secteur 1.

L'assurance-maladie est rarement saisie de telles pratiques, malgré l'existence d'un réseau de médiateurs. Sur 35 337 signalements, seuls 501, soit 1,4 %, ont porté en 2019 sur des refus de soins. Dans cet ensemble, n'ont été retenus que quatre refus de soins « avérés », qui ont fait l'objet de saisines des conseils départementaux de l'ordre concernés (deux dossiers concernant des chirurgiens-dentistes, un dossier concernant un cardiologue et un dossier concernant un chirurgien). Cela paraît en deçà des enjeux.

Les ordres sont, de la même manière, peu présents dans la lutte contre les refus de soins. Bien que chargés par la loi d'un rapport annuel sur l'évaluation des refus de soins, ils peinent à fournir des données chiffrées, « par manque de moyens »[179]. Le conseil national de l'ordre des médecins n'a, par ailleurs, jugé entre 2014 et 2017 que 28 décisions portant sur des refus de soins, soit sept par an en moyenne, sur plus de 1 300 décisions rendues au total par cet organisme sur cette période. Plus de la moitié a été rejetée et seules 7 % se sont traduites par une interdiction d'exercer, parfois assortie d'un sursis. L'ordre des chirurgiens-dentistes n'agit pas très différemment, avec moins d'une douzaine de saisines par an donnant lieu à très peu de sanctions.

Il est vrai que le ministère des solidarités et de la santé n'a pas toujours donné l'exemple. Il aura fallu attendre la condamnation de l'État[180], à la demande du conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), pour qu'un décret voie le jour[181], permettant la mise en œuvre complète, 11 ans après son adoption, de l'article 54 de la loi HPST, relatif aux refus de soins et aux dépassements d'honoraires illégaux ou abusifs[182], sans qu'aucune raison n'ait été avancée pour justifier ce retard. Très récent, ce décret du 2 octobre 2020 n'a pas encore pu produire d'effets. Une mobilisation plus active des ordres ainsi que, quoique dans une moindre mesure, de la Cnam s'impose donc pour lutter avec une efficacité réelle contre ces refus de soins illégaux.

---

[179] Cf. le rapport de la commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins adopté le 30 octobre 2020 dans lequel la commission annonce que « *l'absence de moyens alloués à la Commission est un élément rapidement identifié par celle-ci comme étant l'entrave principale à la réalisation d'études permettant l'accomplissement de sa mission* ».

[180] CE, 09 avril 2020, n° 428680. L'État disposait d'un délai de neuf mois pour prendre le décret.

[181] Décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

[182] Cet article prévoit la mise en place d'une procédure de conciliation entre les patients et les professionnels de santé, sous l'égide de l'assurance maladie et des ordres professionnels, en cas de refus de soins ainsi que la mise en place d'une procédure administrative de sanction contre les pratiques de refus de soins illégitimes ainsi que les pratiques abusives ou illégales en matière d'honoraires. Le décret du 2 octobre 2020 rend effective la procédure de conciliation en précisant la composition des commissions de consultation ainsi que les modalités de saisine et de tenue des commissions. Il définit ce que sont les refus de soins discriminatoires. Il précise le barème des sanctions applicables par les caisses d'assurance maladie en cas de refus de soins, de dépassements d'honoraires illégaux ou abusifs et de défaut d'information sur les tarifs pratiqués. Il prévoit, enfin, la diffusion au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de la sécurité sociale d'un bilan des actions engagées.

C - Un dispositif laissant de côté des populations fragiles, malgré les nombreuses actions de l'assurance maladie obligatoire

Constatant qu'une part non négligeable du public éligible n'y recourt pas, l'assurance maladie mène depuis plusieurs années des actions visant à simplifier et à amplifier le recours à la CSS. Pour autant, les résultats s'avèrent modestes.

1 - De nombreuses actions de l'assurance-maladie visant à faciliter le recours à la CSS

La CSS, comme la CMU-C et l'ACS avant elle, est une aide quérable, c'est-à-dire qu'elle doit faire l'objet d'une demande de la part de son futur bénéficiaire. L'aide est accordée pour une durée d'une année en fonction des ressources des 12 mois précédant la demande. Sa demande doit donc être périodiquement renouvelée, sauf exception, alors même que la situation de bénéficiaires peut ne pas connaître d'évolution notable.

Pour faciliter le dépôt de ces demandes, l'assurance-maladie a, dans le cadre fixé par le législateur, développé de nombreux dispositifs.

a) Des outils visant à simplifier le dépôt des demandes encore insuffisamment utilisés

L'assurance maladie a mis en place des outils destinés à faciliter les demandes de CSS.

Une partie d'entre eux est spécifique à certaines sous-catégories de la population. Ainsi, les demandeurs du RSA bénéficient d'une démarche unique, assurée par ses services instructeurs, notamment les CAF. Ces derniers disposent, depuis 2018, de l'outil « @rsa » qui leur permet de transmettre quotidiennement de manière dématérialisée aux services de l'assurance-maladie les dossiers des demandeurs. Le nombre de foyers concerné demeure cependant encore relativement faible, de l'ordre de 50 000 par an[183].

D'autres sont plus génériques. Il est ainsi possible de demander la CSS en ligne via le compte « ameli ». Initialement réservée aux allocataires du RSA, cette faculté a été ouverte à tous depuis le 1er janvier 2019 et son utilisation n'a cessé de progresser, passant de 112 000 demandes en 2017 à 417 000 en 2019. Pour autant, les constats réalisés par la Cour[184] montrent que cet outil, bien que son utilisation ait doublé entre 2019 et 2020[185], a encore une portée limitée et que les demandes sous format papier demeurent encore très largement majoritaires.

[183] 55 255 en 2018, 46 399 en 2019 et 33 689 à l'été 2020.

[184] Le taux de demande en ligne semble encore limité au regard des constats effectués par la Cour dans les CPAM de la Somme (15 % des dossiers parvenant via le téléservice, contre 85 % de dossiers papier), de Seine-Saint-Denis (19 %, passé à 31 % lors du confinement), de Meurthe-et-Moselle (25 %, doublé lors du confinement) et du Gard (15 %, passé à 25 % en 2020). Le téléservice RSA de la Caf fait, quant à lui, l'objet d'une utilisation supérieure à 60 % sur la même période.

[185] Passant de 606 899 demandes à 1 281 425.

b) Des dispositifs pour aller chercher les demandeurs potentiels aux résultats décevants

Consciente de ces limites, la Cnam a souhaité aller plus loin et ne plus attendre que l'usager vienne à elle (logique de « guichet »). Elle cherche désormais à aller au-devant des demandeurs, partant de l'idée que les personnes en situation de renoncement n'évoquent spontanément que rarement leurs difficultés d'accès aux soins, et qu'elles n'ont en majorité pas identifié les CPAM comme une structure pouvant leur apporter l'aide dont elles auraient besoin[186].

En cela, la Cnam a devancé le législateur, qui, dans le cadre de la LFSS pour 2021, a confié explicitement aux organismes de sécurité sociale la mission de lutter contre le non-recours aux droits et aux prestations. Il est ainsi permis, à titre expérimental et pour trois ans, d'échanger des données à caractère personnel ou de les collecter auprès d'autres administrations et collectivités territoriales, y compris pour des personnes qui ne sont pas connues des organismes de sécurité sociale.

Ce changement d'orientation de la Cnam a pris plusieurs formes.

Elle conduit régulièrement des échanges de données avec ses partenaires, Cnaf et Cnav au premier rang, afin de détecter des personnes potentiellement éligibles et les encourager à déposer des dossiers. La Cnam s'appuie également sur ses propres bases de données. De l'ordre de 300 000 courriers et courriels sont envoyés chaque année pour inciter les personnes ciblées à demander la CSS. Les résultats sont plutôt décevants. Une seule mesure de leur impact a été menée en 2014 ; elle a mis en évidence un taux de réponse de 11 %, et d'aboutissement positif de seulement 5 %. Dans le prolongement de la LFSS pour 2020, qui impose aux « organismes chargés de la prise en charge des frais de santé » d'informer et d'accompagner les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI dans leurs droits à la CSS, la Cnam a, au deuxième semestre 2020, renforcé les actions qui leur sont destinées, avec la mise en place d'une relance téléphonique vers ceux restant, au-delà d'un certain délai, sans couverture complémentaire. Si cette action venait à donner de meilleurs résultats, il conviendrait de la généraliser à l'ensemble des démarches[187].

La Cnam a également mis en place des plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass), renommées « mission accompagnement en santé » (MAS)[188]. Leur but est plus large que le seul accès aux droits puisqu'il est prévu qu'elles accompagnent les bénéficiaires jusqu'à la réalisation des soins. 80 230 personnes ont bénéficié d'une proposition d'accompagnement en 2019, 11 537 ont, à leur issue, obtenu la CMU-C ou l'ACS, soit 14 %. Au regard du potentiel de bénéficiaires supplémentaires, près de 4 millions de personnes, le résultat apparaît cependant modeste[189].

---

[186] Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), « Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM) », juin 2016.

[187] L'utilisation des SMS mériterait également d'être promue au niveau national, plutôt que cantonnée à certaines CPAM (Gard par exemple).

[188] Expérimentée par la CPAM du Gard en novembre 2014, la Cnam a progressivement étendu le dispositif à l'ensemble du territoire.

[189] Ces missions mobilisent en moyenne 3 ETP par CPAM pour un potentiel de détection assez limité et variant d'un territoire à l'autre entre 0,05 à 0,36 % (nombre de saisines annuelles / nombre d'assurés au sein de la circonscription CPAM). Sur 43 CPAM dont les actions ont été comparées par la Cnam (« regards croisés »), 15 ont un taux de couverture inférieur à 0,1 %, 21 entre 0,1 et 0,2 % et seules sept supérieur à 0,2%. Une nouvelle évaluation doit être réalisée d'ici la fin de l'année 2020 et comprenant 20 CPAM supplémentaires.

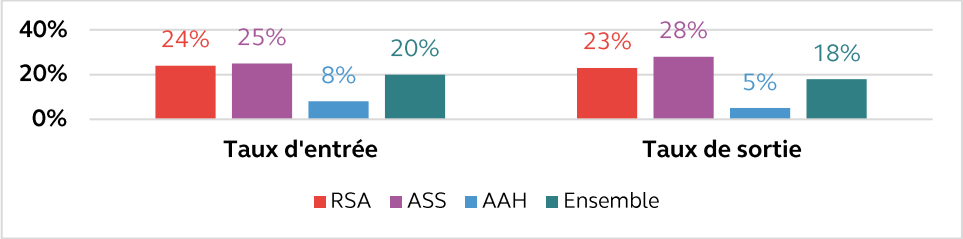
c) Des exceptions croissantes, quoique limitées, au principe de quérabilité

Pour tenter de résoudre les difficultés de non-recours à la CSS, le législateur a également introduit des exceptions au principe de quérabilité, qui implique que les demandeurs sollicitent leur prestation sociale. Elles ne concernent pas les demandes initiales, qui restent nécessaires, mais leur renouvellement, qui doit en principe se faire annuellement. Une demande d'automaticité des droits permettant d'éviter des demandes initiales a été faite par la présidente du conseil de surveillance du Fonds auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, le 4 juillet 2019, en proposant dans un premier temps de la restreindre aux seuls bénéficiaires du RSA, mais elle est restée sans réponse.

Le renouvellement automatique concerne les bénéficiaires du RSA depuis le 1er avril 2019[190], ainsi que les bénéficiaires de l'Aspa (ou des autres prestations du minimum vieillesse), ces derniers au titre de l'ACS et désormais de la CSS contributive. Cette automaticité n'existe donc pas pour les retraités non titulaires du minimum vieillesse, dont les ressources évoluent pourtant peu d'une année sur l'autre (hors décès, héritage, voire enfant cessant d'être à charge), ni pour les étudiants boursiers, obligeant, de ce fait, les CPAM à réinstruire intégralement leur demande tous les ans.

Elle n'est pas non plus ouverte aux bénéficiaires de l'AAH, alors même que ceux-ci peuvent, sous certaines conditions et depuis le 1er janvier 2019[191], bénéficier d'une attribution de cette allocation sans limitation de durée. Il s'agit en outre d'une allocation pour laquelle les flux d'entrée et de sortie sont faibles[192].

Graphique n° 38 : taux d'entrée et de sortie de différentes aides sociales



Source : Drees
Note : ASS : allocation de solidarité spécifique ; Taux d'entrée : bénéficiaires âgés de 16 à 64 ans au 31 décembre 2018 ; Taux de sortie : bénéficiaires âgés de 16 à 58 ans au 31 décembre 2017. Le taux d'entrée rapporte le nombre de personnes absentes du dispositif au 31/12/17 mais présentes au 31/12/18 au stock présent au 31/12/18. Le taux de sortie rapporte le nombre de personnes présentes au 31/12/17 mais absentes au 31/12/18 au stock présent au 31/12/17.

[190] Le système mis en place fait toutefois encore face à des taux de rejets relativement conséquents (20 % par exemple relevés à la CPAM de Meurthe-et-Moselle, liés notamment à l'évolution des structures familiales, en raison des périodes de référence distinctes : 3 mois contre 12), obligeant les agents à une ressaisie des données.
[191] Décret n° 2018-1222 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures de simplification dans le champ du handicap. Cette possibilité est ouverte « *à toute personne qui présente un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et dont les limitations d'activité ne sont pas susceptibles d'évolution favorable, compte tenu des données de la science*. »
[192] Il n'existe pas d'études portant sur les trajectoires des bénéficiaires de la CSS. Une étude ancienne, réalisée en 2011, par des étudiants de l'EN3S, sur la base d'un échantillon de CPAM, donnait une durée moyenne de cinq ans dans le dispositif de CMU-C (avec deux extrêmes : 10 % de la population étudiée bénéficiait de la CMU-C depuis 10 ans et 11 % depuis moins d'un an). S'agissant de l'ACS, un suivi annuel était réalisé. En 2018, ses bénéficiaires avaient, dans 58 % des cas, procédé au renouvellement de leur aide, à 14 %, basculé dans la CMU-C. 29 % sortant du dispositif ou se trouvant dans une situation non connue.

L'AAH peut, il est vrai, être cumulée avec un travail en milieu ordinaire[193] ou en établissement et service d'aide par le travail (Esat), qui peut amener les ressources de son bénéficiaire au-delà du plafond d'éligibilité de la CSS, ce qui rend plus difficile la mise en place d'un renouvellement automatique.

Celui-ci pourrait pourtant s'accommoder de contrôles au fil de l'eau. C'est d'ailleurs un système de ce type qui est à l'œuvre pour les prestations sociales versées par le réseau des CAF : le demandeur n'est pas tenu de déposer une demande de renouvellement annuelle, il doit uniquement fournir les justificatifs permettant auxdites caisses de procéder aux contrôles d'éligibilité. Une transformation du processus d'attribution des prestations est d'ailleurs en cours afin de le faire reposer le plus possible sur les ressources déclarées par des tiers de confiance (employeurs de salariés, autres organismes sociaux et DGFiP) et rassemblées dans le dispositif ressources mutualisé (DRM), mis en place pour assurer le calcul contemporain des aides au logement, en fonction des revenus du trimestre précédent (et non plus des revenus de l'année n-2). L'essentiel de la charge est reporté de l'allocataire vers le service instructeur, mais l'instruction est allégée puisque le service instructeur se borne à contrôler le maintien de la situation, plutôt qu'à réinstruire entièrement une nouvelle demande. Une telle évolution mériterait d'être envisagée à la Cnam ; elle rapprocherait ainsi la CSS des autres aides sociales. La Cnam a, d'ores et déjà fait savoir son intention d'utiliser les données du DRM utilisées pour attribuer la CSS. Un calendrier provisoire prévoit un complet déploiement à l'horizon 2022.

2 - Un taux de recours qui demeure pourtant en-deçà de celui observé dans le reste de la population

Malgré ces nombreuses actions, les résultats sur le taux de recours à la CSS sont modestes.

Ce taux n'atteint que 60 % pour la CMU-C, un taux certes proche du taux de recours au RSA (64 %) mais inférieur à celui de la prime d'activité (73 %[194]). Pour l'ACS, du fait de sa complexité intrinsèque en deux étapes (attestation[195] puis choix d'un contrat), le taux était même inférieur, proche des 50 %[196], voire même un peu en-deçà (entre 33 % et 47 %) en tenant compte des 20 % de salariés qui, bien qu'éligibles, sont déjà couverts par un contrat collectif.

[193] À taux plein pendant six mois puis 80 % des gains jusqu'à 0,3 Smic et 40 % au-delà ; en Esat : dans la limite d'un plafond 1 539,42 € pour une personne seule.

[194] Ces données sont cependant fragiles et anciennes (2011 pour le RSA « socle » et 2016 pour la prime d'activité) comme le rappelle la Drees dans son dossier n° 57 de juin 2020, « le non-recours aux prestations sociales ». Elles n'ont pas encore été réactualisées. Des travaux sont en cours et devraient être finalisés en 2022.

[195] Dès cette phase, un taux de « perte » de 25 % des bénéficiaires était observé, relativement stable d'une année sur l'autre (23 % fin 2019 comme en 2012).

[196] Selon les hypothèses entre 43 % et 62 % - en hausse, par rapport à 2016 (36 % / 52 %). La largesse de cette fourchette s'explique par les ressources nécessaires pour bénéficier de l'ACS qui se situent dans une tranche de revenus relativement étroite, comportant une proportion importante de personnes situées en lisière du seuil.

Au total, entre 11,5, fourchette basse, et 14,4 millions de personnes[197], fourchette haute, seraient ainsi éligibles à la CSS, contre 7 millions qui en sont effectivement bénéficiaires, soit un taux de recours variant entre 50 % et 62 %. Ces taux incluent, toutefois, des personnes, certes éligibles, mais déjà couvertes, que ce soit par un contrat individuel ou collectif et qui, pour des raisons diverses, n'ont pas opté pour la CSS[198]. En les excluant, le taux de recours passe alors à 72 %[199].

La transformation de l'ACS en CSS contributive devrait en principe permettre d'améliorer ce taux, qui devrait se rapprocher de celui aujourd'hui constaté pour la CMU-C, mais il ne devrait guère excéder les 60 %, voire peut-être 70 % (80 % en excluant ceux déjà couverts par ailleurs), inférieur aux 96 % de la population couverte par une complémentaire santé[200].

IV - Trois scénarios alternatifs pour une refonte plus structurelle d'un système coûteux, inefficient et en partie inéquitable

Dans les développements précédents, plusieurs recommandations visant à remédier à des faiblesses particulières de la CSS et des dispositifs d'encadrement et d'encouragement des assurances complémentaires ont été émises. Elles permettraient notamment de simplifier certains aspects du dispositif. Elles ne résoudraient toutefois pas totalement les problèmes. La question de réformes plus profondes se trouve donc posée.

Les choix portant sur la construction de la prise en charge du risque maladie sont de nature politique. La Cour ne peut qu'esquisser des orientations alternatives de nature à répondre aux principales difficultés qu'elle a mises au jour, en reprenant, à la lumière des évolutions considérables qui ont eu lieu depuis ses précédents travaux de 2016 et 2017, ses scénarios d'évolution de l'architecture de l'assurance maladie. Parmi les pistes alors envisagées, le présent rapport met en évidence que seule celle du bouclier sanitaire n'a pas été remise en cause par les réformes récentes. D'autres orientations sont cependant envisageables, qu'il s'agisse d'un nouveau partage des rôles entre les assurances maladie obligatoire et complémentaire, différent de celui que la Cour avait esquissé, ou d'un renforcement de la régulation des complémentaires santé. Les développements qui suivent s'attachent à en présenter les principales caractéristiques.

[197] Respectivement 7,95 millions au titre de la CSS et 3,53 au titre de la CSS contributive pour la borne basse et 9,42 millions et 5,0 millions pour la borne haute.
[198] En partant de l'hypothèse que 96 % de la population est par une complémentaire santé, soit assurance, soit CSS, cela signifie que 2,7 million de personnes ne sont couvertes par aucune complémentaire santé.
[199] Soit 2,7 M de non recourants (28 %).
[200] La Drees, dans études & résultats n° 1166 (octobre 2020), relève à cet égard que 30 % des personnes non-couvertes déclarent ne pas l'être par manque de moyens, la moitié d'entre elles faisant partie des 20 % de ménages les plus modestes, *a priori* éligibles à la CSS.

A - Le bouclier sanitaire

Le bouclier sanitaire est un dispositif de plafonnement des restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Une illustration en est donnée par la présentation du modèle belge en annexe 11.

Une source de simplification et de clarification de dispositifs complexes

Le bouclier sanitaire a, en effet, vocation à remplacer l'ensemble des dispositifs d'exonération particuliers (ALD notamment) qui apparaissent complexes, disparates et dont la justesse et la soutenabilité ne sont pas toujours démontrées. Le bouclier sanitaire les remplace par un plafond unique général, associé à un principe de co-paiement systématique par les assurés. Il fournit en outre un instrument de pilotage des dépenses de santé, dont la soutenabilité peut être assurée par la modulation du bouclier, la hausse du plafond se traduisant par une diminution des dépenses publiques.

Selon les choix retenus par le législateur, il peut également se traduire par une séparation plus nette des champs protégés par le bouclier de ceux qui trouveraient naturellement à être pris en charge par les assurances complémentaires. L'Allemagne, par exemple, a fait le choix de placer hors du panier de soins faisant l'objet d'un plafonnement annuel des dépenses l'optique et les prothèses dentaires (cf. tableau n° 1 – chapitre I). Ce choix lui a permis de centrer l'assurance maladie obligatoire sur les dépenses jugées indispensables, de conforter la simplification du système par la fin des co-paiements, en particulier à l'hôpital, et de responsabiliser les acteurs tenus, chacun pour ce qui le concerne, de réguler les biens et prestations de santé qui ont été confiés.

Si la réforme récente du 100 % santé s'inscrit à rebours d'un partage des paniers de soins sur le modèle allemand, la prise en charge par le bouclier sanitaire de tous les dépassements importants conduirait, pour des raisons de coût, à reposer la question du devenir des financements publics à la souscription de complémentaires santé.

Une source d'équité

Avec le bouclier sanitaire, chacun contribue à ses dépenses de santé, mais chacun a également la garantie d'être pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire une fois atteint un certain niveau de reste à charge. De ce fait, il permet d'apporter plus d'équité que n'en offre le système actuel, en particulier si le plafond est exprimé, comme en Allemagne par exemple, en proportion du revenu. Il peut alors largement remplir la fonction de la CSS.

Un niveau du plafond qui peut dans certaines hypothèses être élevé

Des simulations, qui mériteraient d'être actualisées, ont été réalisées par la direction générale du Trésor (DG Trésor)[201]. Celle-ci aboutit à un plafond de reste à charge au-delà duquel toute dépense supérieure fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance-maladie

[201] Document de travail n°2012/4 de décembre 2012 « *Évaluation de modifications du système de remboursement des soins, enseignements de la maquette ISIS* ».

obligatoire de 560 €, soit 4 % du revenu par unité de consommation[202], tout en réalisant un milliard d'économies sur les soins de ville[203]. ,

Il est également possible, plutôt que de s'en tenir à un taux unique, de différencier les taux en fonction de l'état de santé, comme le fait, par exemple, l'Allemagne, afin de réduire le coût pour les bénéficiaires en ALD, qui y perdent leur prise en charge intégrale. Dans ce scénario, les taux sont alors respectivement de 6,2 % du revenu par unité de consommation pour les assurés de droit commun et de 3,1 % pour les patients atteints d'une ALD. Ainsi, pour une personne au Smic (1 231 € nets au 1er janvier 2021), le plafond, dans le modèle DG Trésor, s'établirait autour de 900 € (soit 75 € par mois), supérieur au reste à charge moyen actuel en raison du taux moindre appliqué aux personnes souffrant d'ALD. Ce calcul ne tient pas compte des dépassements d'honoraires, qui viendraient s'y ajouter.

Des transferts de charge au sein de la population

Les simulations établies par la DG Trésor avec un plafond uniforme pour tous montrent qu'en moyenne, les personnes atteints d'une ALD paieraient en moyenne davantage que le reste de la population, les personnes âgées que les plus jeunes moins consommateurs de soins, les personnes les plus riches que les plus pauvres. Si, comme les développements précédents le suggèrent, le bouclier sanitaire était aménagé pour en alléger le poids pour les bénéficiaires d'ALD, ce sont les ménages les plus aisés qui en supporteraient alors l'essentiel de la charge financière, ce qui accentuerait notablement le caractère fortement progressif du financement de l'assurance maladie obligatoire mis en évidence par ce rapport

Un bouleversement du rôle des acteurs

La taille du marché des assurances santé pourrait se réduire. La certitude d'un plafond maximal de dépenses peut en effet désinciter les assurés à souscrire de telles assurances, même si, comme le montre l'exemple de nos voisins, certains biens et prestations du panier de soins sont retirés du panier de soins protégé par le bouclier. Le rôle des assurances complémentaires serait donc profondément redimensionné par l'introduction d'un bouclier sanitaire.

Des difficultés techniques surmontables

Le bouclier sanitaire implique de connaître les revenus de l'ensemble de la population[204] et de mettre en place des circuits permettant, une fois le plafond de dépenses atteint, de se substituer à l'assuré, ou à tout le moins de le rembourser en fin d'année. Ce calcul exigerait de la part des établissements de santé publics une facturation individuelle à l'assurance maladie obligatoire, qui n'est pas encore en place. Les travaux qui permettraient de l'atteindre (projet FIDES – facturation individuelle des établissements de santé - intégré au programme

[202] Une unité pour le premier adulte du ménage, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans (échelle OCDE).

[203] Ce résultat est atteint sous réserve d'hypothèses fortement simplificatrices. La DG Trésor fait l'hypothèse d'un ticket modérateur unique pour l'ensemble des dépenses de santé et le fixe à 30 %, ce qui correspond à la situation des soins médicaux en ville et à l'hôpital. Elle y a ajouté une franchise de 40 €, correspondant à la somme minimale qui ne serait pas remboursée par la sécurité sociale, hors bénéficiaires de l'ex-CMU-C qui conserveraient leur prise en charge intégrale.

[204] Complexité supplémentaire, les revenus sont calculés en France par ménage, alors que la consommation de soins est individuelle.

SIMPHONIE – de simplification du parcours hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées -), sont toujours en cours de déploiement, ce qui ne permet donc pas d'envisager une bascule immédiate.

B - Un nouveau partage des rôles entre les assurances maladie publique et privée

Une autre option passe par un nouveau partage des rôles entre les assurances maladie obligatoire et complémentaire.

La réforme du 100 % santé ne permet plus de transférer dans leur totalité aux assurances complémentaires, comme la Cour l'avait suggéré en 2016, les domaines dans lesquels l'assurance maladie complémentaire est le principal contributeur (optique, audioprothèse voire dentaire). Il est toutefois possible de séparer les prises en charge en s'appuyant sur les paniers définis par cette réforme. À l'assurance maladie obligatoire, outre le champ hospitalier, pourraient être confiés les paniers sans reste à charge, aux assurances complémentaires les paniers libres. Dans un tel scénario, resteraient seuls partagés les soins de ville (honoraires des professionnels de santé, produits de santé).

Une simplification des dispositifs

Comme le bouclier sanitaire, ce scénario permet de simplifier le système de protection sociale. Le renforcement de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire rend, en effet, de moindre intérêt les nombreux dispositifs d'exonération particuliers, ainsi que le dispositif spécifique pour les personnes financièrement les plus modestes (CSS), qui n'auraient plus d'autre vocation que d'intervenir pour les soins de ville. De la même manière, cela permettrait de recentrer l'assurance maladie obligatoire sur les dépenses jugées indispensables[205] et de conforter la simplification du système par la forte réduction des co-paiements, en particulier à l'hôpital.

Ce scénario permet de préserver un rôle important pour les assurances santé privées en les faisant passer d'une fonction de complémentaire santé à celle de supplémentaire santé, centrée sur la prise en charge de champs désormais non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (y compris par exemple les dépassements d'honoraires), suivant le modèle qui est le plus répandu en Europe.

Une neutralité financière

Ce scénario peut s'avérer neutre pour les finances publiques. Selon la Drees, en 2019, les organismes complémentaires remboursaient à hauteur de 5 Md€ les frais hospitaliers. À la demande de la Cour, la Cnam a procédé à une estimation du coût pour l'assurance maladie obligatoire de la prise en charge intégrale du 100 % santé, qui s'élèverait au minimum à 1 Md€ (cf. annexe 12)[206]. En contrepartie, le retrait de l'assurance maladie obligatoire des autres

[205] En particulier le champ hospitalier, le poste de dépenses susceptible de générer les restes à charge individuellement les plus lourds et les moins susceptibles d'être autoassurables par les individus.

[206] Cette estimation est toutefois fondée sur les données observées en 2020, avec des résultats mitigés du panier 100 % santé (cf. chapitre I). Il s'agit donc d'un minimum.

paniers permettrait des économies évaluées entre 276 M€ (avec maintien d'une participation au financement du panier dentaire modéré) et 421 M€ (sans). Le coût total d'une telle réforme avoisinerait donc les 5,6 à 5,8 Md€. Cette somme est à mettre en balance avec les dépenses fiscales et sociales (6 Md€[207]) qui accompagnent les employeurs de salariés dans la souscription de garanties facultatives puis, depuis 2016, obligatoires de complémentaire santé solidaire. Le maintien de ces aides, qui devraient s'accroitre avec l'extension de cette obligation aux employeurs publics, peut en effet ne pas s'avérer nécessaire dans le cadre de ce scénario, puisque les restes à charge les plus problématiques seraient pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

De nouveaux instruments de régulation nécessaires

La soutenabilité du système est plus difficile à maintenir dans le temps.

Le législateur ne disposerait plus, dans un tel système, de la possibilité de réduire le niveau de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire, en dehors de celles restant partagées avec les assurances complémentaires, c'est-à-dire les soins de ville. Ce levier d'économie, qui a été abondamment utilisé dans le passé, serait donc rendu inopérant. De nouveaux outils de régulation devraient sans doute être développés, afin de contenir la progression spontanée des dépenses de santé.

Le même besoin s'appliquerait à l'assurance maladie complémentaire. En effet, pour éviter tout risque de dérive des honoraires médicaux en ville et des frais d'optique et de prothèses dentaires et auditives sur les paniers libres, réservés aux personnes les plus à mêmes de s'autoassurer ou de souscrire une complémentaire santé, *a priori* financièrement les plus aisées, il subsisterait un besoin de régulation de l'offre assurantielle, qui n'a jusqu'ici que peu fait ses preuves et qui devrait donc être renouvelée. Dans le cas contraire, la probabilité serait grande de faire réapparaître le besoin d'une couverture supplémentaire obligatoire subventionnée par des aides fiscales et sociales, ne permettant plus d'assurer la neutralité d'une telle réforme.

C - Une régulation accrue des complémentaires santé

La troisième option passe par l'approfondissement de la régulation des complémentaires santé.

Une transparence des offres à améliorer et une concurrence entre organismes à accroitre

Le législateur a déjà tenté d'améliorer la comparabilité des offres d'assurance santé. Les organismes, eux-mêmes, se sont engagés en ce sens (cf. chapitre I). Force est pourtant de constater le maintien d'une certaine opacité qui empêche les assurés de procéder à des choix éclairés.

[207] En partant de l'hypothèse du maintien de ce niveau de dépenses fiscales et sociales, au moins dans un premier temps, résultant d'une compensation globale des pertes et gains de ressources qu'occasionnerait une telle réforme (réduction de l'impôt sur le revenu en raison la disparition de l'avantage en nature liée à la complémentaire collective, en contrepartie de la suppression des exonérations profitant aux salariés ; diminution de la TSA en raison d'un moindre recours aux complémentaires, en contrepartie de la hausse de la taxe liée à la suppression de la réduction attachée aux contrats responsables).

Pour parvenir à une plus grande transparence et partant à une plus forte concurrence par les prix, une standardisation des offres pourrait être envisagée. Le législateur, dans le prolongement du panier 100 % santé et du référencement des contrats ACS, imposerait aux complémentaires santé de proposer des offres au contenu prédéfini. Chaque organisme resterait toutefois libre de ses prix et pourrait continuer de proposer, à côté de celles-ci, d'autres types d'offres.

Le législateur pourrait, à cette occasion, poursuivre le recentrage des prises en charge sur le besoin médical, en se situant dans la suite des efforts déployés dans le cadre des contrats responsables et du 100 % santé, de manière à réduire le champ des prestations couvertes, écartant celles lui paraissant de moindre intérêt, comme il a pu le faire avec l'assurance maladie obligatoire s'agissant de l'homéopathie. Ce qui devrait se répercuter sur le montant des cotisations demandées aux assurés.

Un coût à mieux encadrer, au service d'une plus grande équité entre assurés

Outre la clarification des conditions de concurrence, cette option pourrait chercher à davantage peser sur les coûts, en allant dans deux directions.

La première concerne les frais de gestion des assurances santé. Selon l'UFC-Que Choisir, ces frais auraient progressé de 30 % entre 2010 et 2017 contre seulement 15 % pour les prestations remboursées aux assurés. Ils pèsent aujourd'hui pour 21 % du coût des contrats. Certains frais sont d'origine réglementaire (règles prudentielles notamment, même si par construction leur effet est transitoire), d'autres sont directement liées à un système concurrentiel qui implique des dépenses publicitaires pour mieux se différencier, au moins par l'image. Pour autant, pour freiner la tendance à l'augmentation des primes, l'évolution des frais de gestion des assurances santé pourrait être encadrée par exemple par référence aux dépenses de prestation, de manière à contraindre les organismes à faire des efforts de productivité et de moindre dépenses d'acquisition. Ce faisant, ce plafonnement pourrait inciter à une concentration plus forte d'un secteur rendu plus désireux de réaliser des économies d'échelle.

La seconde mesure consisterait, dans le prolongement des travaux portant sur des contrats sénior à déterminer, à côté des offres prédéfinies, un tarif que ne pourraient excéder les organismes complémentaires, ceux-ci restant libres de proposer un tarif inférieur. Outre ses avantages en termes de comparabilité des offres, une telle intervention du législateur serait de nature à remédier au défaut de la logique actuelle de tarification qui, comme l'a montré ce rapport, pèse surtout sur les inactifs,

Une réponse qui peut également produire des effets positifs à destination des personnes sans couverture santé

Ces évolutions de la réglementation contribueraient indirectement à améliorer la situation des personnes ne bénéficiant pas de contrats complémentaires en rendant ceux-ci plus lisibles et dans certains cas moins onéreux, incitant donc certains à se couvrir.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le haut niveau de couverture permis par les complémentaires santé s'avère coûteux ; 10 Md€ par an y sont consacrés et ces dépenses devraient continuer à augmenter.

Pour financer les dépenses générées par la CSS, le législateur a mis en place une taxe affectée, la taxe de solidarité additionnelle, dans l'objectif de financer la couverture complémentaire santé des ménages les plus pauvres par l'ensemble de ceux qui souscrivent des garanties d'assurance. Cette taxe, dynamique, ne finance pas uniquement la CSS, puisque la moitié de ses recettes est attribuée à la Cnam et donc à l'assurance maladie obligatoire. Cette fiscalité s'ajoute aux coûts de gestion de l'assurance complémentaire, qui dépassent désormais ceux de l'assurance maladie obligatoire, malgré des dépenses remboursées six fois inférieures. Les champs ne sont, il est vrai, pas totalement comparables. Les marges d'action de ce secteur sont par ailleurs limitées, faute de disposer de réelles possibilités pour réguler les dépenses. Leur union, l'Unocam, ne dispose en effet que d'un pouvoir consultatif auprès du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'organisation ainsi retenue s'avère en outre pour partie inéquitable. Les complémentaires santé offrent en effet des conditions inégales à leurs assurés. Les salariés du secteur privé bénéficient d'un rapport très favorable entre le niveau des garanties et le prix de leur contrat, grâce au poids de leur entreprise ou de leur branche dans les négociations avec les organismes complémentaires. Tel n'est pour l'instant pas le cas des agents publics ni, a fortiori, des inactifs (retraités, chômeurs, personnes sans activité professionnelle – qui sont avant tout pris en charge par des mutuelles). Ces derniers, et plus particulièrement les personnes âgées, font face à des coûts parfois très conséquents, résultant d'une tarification majoritairement liée à l'âge. La situation est particulièrement difficile pour les personnes dont les revenus dépassent de peu le plafond de ressources de la CSS.

D'autres fragilités concernent spécifiquement la CSS. Bien que l'état de santé des personnes qu'il couvre soit proportionnellement plus dégradé que le reste de la population, ce dispositif n'a pas permis de faire disparaître les renoncements aux soins. En outre, les refus de soigner de la part des professionnels de santé, bien qu'interdits, perdurent faute d'être dûment sanctionnés. Le taux de recours à la CSS n'excède d'ailleurs guère les 60 %, malgré les nombreux instruments mis en place par l'assurance maladie pour accroitre le recours des intéressés au dispositif (téléservice, renouvellement automatique des droits, etc.).

Ces imperfections peuvent, en partie, être comblées. Les corriger toutes suppose néanmoins des choix plus structurants, qui par là même porter atteinte à certaines des caractéristiques de la protection contre le risque maladie auxquelles nos concitoyens sont habitués. La Cour n'a pas jugé qu'elle pouvait seule trancher ces questions, mais elle s'est en revanche attachée à présenter plusieurs scénarios : substituer à l'organisation actuelle un système de plafonnement par rapport aux revenus des dépenses restant à la charge des assurés pour un panier de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire à définir par la voie d'un bouclier sanitaire ; désimbriquer les interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire, tout en veillant à ce que cette dernière régule les champs qui lui seraient ainsi intégralement transférés ; approfondir la régulation existante, en assurant une transparence accrue des offres, afin de permettre aux entreprises et aux particuliers de les mettre en concurrence de façon plus éclairée, tout en encadrant le niveau des frais de gestion, voire le prix des garanties elles-mêmes.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

3. *Dans le cadre de la réforme des minima sociaux, homogénéiser l'assiette de la CSS sur celle du revenu universel d'activité (DSS).*
4. *Augmenter la périodicité et élargir le champ des études menées par la Drees portant sur la CSS à la consommation de soins de ses bénéficiaires par rapport à ceux qui n'en disposent pas, en neutralisant les impacts des différences d'âge, de sexe et de prévalence de pathologies (Drees).*
5. *Expérimenter, en s'appuyant sur les données rassemblées dans le dispositif ressources mutualisé (DRM), mis en place dans le cadre de la réforme des aides au logement, tout en veillant à conserver la liberté de choix quant à l'organisme gestionnaire de la couverture santé :*

   - l'attribution automatique de la CSS pour les bénéficiaires du RSA et des autres minimas sociaux (ASS, ASI, AAH et Aspa), sauf décision contraire de leur part ;

   - le renouvellement automatique de la CSS pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI, pour les étudiants boursiers et pour les retraités modestes, (DSS, Cnam).

Conclusion générale

Certains pays européens ont fait le choix de plafonner le montant annuel des restes à charge en santé exposés par leur population. La France n'a pris le même parti. En lieu et place, tout en poursuivant un objectif similaire de réduction des dépenses de santé restant à la charge des assurés, elle a privilégié des dispositifs d'exonération, ALD en tête et a opté, en raison du maintien d'importants restes à charge, en faveur du recours aux assurances de santé privées.

Ce choix conduit à multiplier les incitations financières et à encadrer l'activité des complémentaires santé afin notamment de s'assurer du bon accomplissement de leurs missions de réduction des restes à charge des ménages.

Parallèlement, le législateur a été amené à développer un dispositif spécifique, pour les personnes peu à mêmes de faire face, par elles-mêmes, au coût de leur couverture contre le risque santé.

Les résultats sont très favorables, puisque la quasi-totalité de la population (96 %) est désormais couverte par une complémentaire santé et que les restes à charge des ménages figurent parmi les plus faibles des pays européens.

Pour autant, cette réussite recouvre un certain nombre de fragilités.

La forte imbrication des assurances maladies de base et complémentaire se traduit par des coûts de gestion nettement supérieurs aux autres pays européens, même si les coûts des complémentaires santé ne peuvent totalement être mis en regard de ceux de l'assurance maladie obligatoire. Les mesures d'incitation sont également coûteuses, de l'ordre de 10 Md€ par an.

Malgré son très fort encadrement, le système des complémentaires apparaît, pour partie, inégalitaire, favorisant les actifs et, en leur sein, les salariés du secteur privé, au détriment du reste de la population, en particulier des personnes retraitées, qui du fait des pratiques de tarification à l'âge, doivent s'acquitter de cotisations élevées.

En outre, la mise en place d'un dispositif public spécifique pour les personnes financièrement démunies, bien que continuellement amélioré, n'a pas fait toutes ses preuves. Les renoncements aux soins persistent, malgré un état de santé pourtant plus dégradé proportionnellement au reste de la population. Les nombreuses actions mises en œuvre par la Cnam n'ont pas permis de couvrir l'ensemble de la population directement concernée.

Des mesures de simplification sont de nature à corriger certaines de ces faiblesses. La Cour formule plusieurs recommandations en ce sens. Mais aucune n'est de nature à les résoudre toutes. La Cour s'est donc attachée à définir différents scénarios d'évolution. Chacune a ses mérites mais aussi ses inconvénients. Tous supposeront une étroite concertation de l'ensemble des acteurs afin de tracer la voie, d'en partager les objectifs, d'en convaincre des bienfondés et d'assurer l'indispensable accompagnement du secteur vers la cible que le législateur aura retenu et dont la mise en œuvre ne pourra s'envisager que de manière très progressive.

Liste des abréviations

AAH ..... Allocation aux adultes handicapés
Acoss ..... Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS ..... Aide à la complémentaire santé
AEEH ..... Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ALD ..... Affection longue durée
AMO ..... Assurance maladie obligatoire
ANI..... Accord national interprofessionnel
APA..... Allocation personnelle autonomie
AP-HP ..... Assistance publique - Hôpitaux de Paris
ASI ..... Allocation supplémentaire d'invalidité
ASPA ..... Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASV..... Allocation spéciale vieillesse
AT-MP ..... Accidents du travail-maladies professionnelles
CAF ..... Caisse d'allocations familiales
Carsat ..... Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CDD ..... Contrat à durée déterminée
CDI..... Contrat à durée indéterminée
CETAF ..... Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé
CMU-C..... Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM..... Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV ..... Caisse nationale d'assurance vieillesse
Cnil..... Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM..... Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM ..... Caisse primaire d'assurance maladie
CRPCEN ..... Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSBM..... Consommation en soins et biens médicaux
CSG ..... Contribution sociale généralisée
CSS..... Complémentaire santé solidaire
DGCCRF..... Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGFiP ..... Direction générale des finances publiques
DITP ..... Direction interministérielle à la transformation publique
DRM..... Dispositif ressources mutualisées
DSS ..... Direction de la sécurité sociale
Enim ..... Établissement national des invalides de la marine
ETP..... Équivalent temps plein
Esat..... Établissements et services d'aide par le travail

Fnass..... Fonds national d'action sanitaire et sociale
FTAP..... Fonds pour la transformation de l'action publique
HCAAM..... Haut-conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCFEA..... Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
IGA..... Inspection générale de l'administration
Igas..... Inspection générale des affaires sociales
IGF ..... Inspection générale des finances
Irdes..... Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MCO..... Médecine chirurgie obstétrique
MCR..... *Minimum capital requirement*
OCDE..... Organisation pour la coopération et le développement économique
Odenore..... Observatoire des non-recours aux droits et services
Ondam..... Objectif national des dépenses d'assurance maladie
Optam..... Option pratique tarifaire maîtrisée
PCH..... Prestation de compensation du handicap
Pfidass ..... Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
PLFSS ..... Projet de loi de financement de la sécurité sociale
RLAM ..... Régime local d'Alsace-Moselle
RSA..... Revenu de solidarité active
SCR ..... *Solvability capital requirement*
SSR..... Soins de suite et de réadaptation
TJP ..... Tarif journalier de prestation
TNJP..... Tarif national journalier de prestation
TSA ..... Taxe de solidarité additionnelle
TVA ..... Taxe sur la valeur ajoutée
Uncam ..... Union nationale des caisses d'assurance maladie
Unocam ..... Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires
Urssaf ..... Union pour le recouvrement des cotisations d'assurance maladie et de sécurité sociale

Annexes

Annexe n° 1 : échanges de courriers 126
Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées.....128
Annexe n° 3 : soins dentaires et optiques.....133
Annexe n° 4 : niveau moyen des garanties, par classe de contrat, en 2016 135
Annexe n° 5 : part de la population couverte par la CMU-C et l'ACS, par comparaison avec celles du RSA et du minimum vieillesse, selon les départements.....136
Annexe n° 6 : comparaison des ressources exclues du bénéfice du RSA ou de la CSS.....140
Annexe n° 7 : comparaison des prix et reste à payer des contrats ACS depuis 2014.....142
Annexe n° 8 : part des gagnants et perdants à la mise en place de la CSS et des attributions de la CMU-C et de l'ACS par type de couverture complémentaire antérieure.....144
Annexe n° 9 : logigramme de choix de l'organisme gestionnaire de la CSS.....146
Annexe n° 10 : fréquence de détection de fraude au titre de contrôles *a posteriori* ciblés 147
Annexe n° 11 : un exemple de bouclier sanitaire : le « maximum à facturer » belge.....148
Annexe n° 12 : détail des simulations de la Cnam portant sur une évolution de la répartition des prises en charge des paniers dentaire, optique et d'audioprothèse 150

Annexe n° 1 : échanges de courriers

ASSEMBLÉE NATIONALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

La Présidente

Paris, le 10 DEC. 2019

Nos réf. : D 0260

Monsieur le Premier président,

En application de l'article LO 132-3-1 du code de la sécurité sociale, j'ai l'honneur de vous informer du souhait de la Commission des affaires sociales de pouvoir bénéficier du concours de la Cour des Comptes pour la réalisation d'une enquête sur la couverture complémentaire santé.

Réuni le 4 décembre dernier, le bureau de la commission a notamment souhaité attirer l'attention de la Cour sur l'étude des conséquences de la suppression envisagée du Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire (ex-« fonds CMU »).

Vous remerciant par avance de l'aide que la Cour des Comptes pourra apporter à notre Commission, je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de ma considération distinguée.

Brigitte BOURGUIGNON

M. Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

Assemblée nationale - 126, rue de l'Université - 75355 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 63 65 21 - brigitte.bourguignon@assemblee-nationale.fr
Permanence parlementaire - 1, rue Minguet - BP 231 - 62240 Desvres - Tél. : 03 21 32 03 80
k.lotin@permanence-desvres.fr

Cour des comptes

KCC D1903848 KZZ
16/12/2019

Le 16 DEC. 2019

Le Premier président

Madame la Présidente,

En réponse à votre courrier en date du 10 décembre dernier, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour réalisera pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale une enquête sur la couverture complémentaire santé, sur la base de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières.

Cette enquête sera réalisée par la sixième chambre de la Cour, présidée par M. Denis Morin.

L'enquête vous sera remise au plus tard en juin 2021.

Comme vous le souhaitez, la question du fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire (ex-« fonds CMU ») pourra être évoquée.

Le président de la sixième chambre se tient à votre disposition afin de préciser le champ et l'approche retenus. Je vous propose que ces précisions fassent ensuite l'objet d'un échange de courriers entre nous.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération.

Didier Migaud

Madame Brigitte Bourguignon
Présidente de la Commission
des affaires sociales
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS SP 07

13, rue Cambon ▪ 75100 PARIS CEDEX 01 ▪ T +33 1 42 98 95 00 ▪ www.ccomptes.fr

Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées

Fonds de la complémentaire santé solidaire

Mme Isabelle YENI, présidente du conseil d'administration

Mme Marianne CORNU-PAUCHET, directrice du Fonds (jusqu'au 07/09/2020)

M. Philippe SANSON, directeur du Fonds (à compter du 07/09/2020)

Mme Virginie DUBOIS, agent comptable

Mme Catherine HERVÉ, fondée de pouvoir

MM Philippe COMTE et Stéphane RUNFOLA, conseillers techniques

Mme Vanessa DERBALI, assistante

Mme Laëtitia HORRENT, assistante

Direction de la sécurité sociale

M. Franck VON LENNEP, directeur de la sécurité sociale

M. Laurent GALLET, chef de service

Mme Julie POUGHEON, adjointe au sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail (SD2)

Mme Marion BILLON-GALLAND, chargée de mission CSS au sein du bureau accès aux soins et prestations de santé (SD2/2A)

Direction générale de la cohésion sociale

M. Denis DARNAND, adjoint à la sous-directrice de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

Mme Isabelle COUAILLIER, cheffe du bureau accès aux droits, insertion et économie sociale et solidaire

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

Mme Mathilde GAINI, adjointe à la sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie (OSAM)

Mme Catherine POLLAK, cheffe du bureau de l'assurance maladie et des dépenses de santé (OSAM/BAMEDS)

Mme Sandra BERNARD, cheffe du bureau redistribution et évaluation (SEEE/BRE)

M. Jean-Cyprien HEAM, chef du bureau analyse des comptes sociaux (SEEE/BACS).

Direction du budget

Mme Marie CHANCHOLE, sous-directrice de la 6ème sous-direction du budget

M. Rayan NEZZAR, chef du bureau Santé et Comptes Sociaux (6BCS)

M. Guillaume BAYONA, adjoint au chef du bureau Santé et Comptes Sociaux (6BCS)

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (par téléphone)

M. Ambroise PASCAL, chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne (5B)

Mme Maryse LALANDE, adjointe au chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne (5B)

Mme Bérengère COMON, chargée de missions au sein du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne (5B)

Mme Caroline FAVIER, adjointe au chef du bureau des services financiers et des professions réglementées (6C)

Cnam

Mme Fanny RICHARD, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins

Mme Raphaëlle VERNIOLLE, responsable du département de la réglementation

Mme Karina ODDOUX, responsable du département accompagnement des publics fragiles

M. Marc SCHOLLER, directeur comptable et financier

Mme Catherine BISMUTH, directrice de l'audit, du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude

M. Fabien BADINIER, adjoint à la directrice de l'audit, du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude

Mme Sandra REYNAUD, conseillère au cabinet du directeur général

CPAM de la Somme

M. Jean-Charles GILLET, directeur

Mme Céline ROLAND, agent comptable

M. Mickaël DEVAUX, fondé de pouvoir

M. Alain PAULY, chef du pôle CSS

Mme Nathalie DESCOUTURES, technicienne au pôle CSS

CPAM de la Seine Saint-Denis

M. Julien RIPERT, sous-directeur de la production

Mme Denise ELIOT, responsable du service CSS

Mme Sandrine FLEURY, adjointe à la responsable du service CSS

Mme Luiza MECHETY, responsable Partenariats

Mme Audrey ARBONA-PAUPY, responsable Lutte contre la fraude

Mme GASPARD, responsable du programme national sur la CSS

M. Jean-Jacques MATHIEU, responsable du département Frais de santé / Établissements

M. Nicolas INGRAIN, cabinet de la direction générale

CPAM de la Meurthe-et-Moselle

Mme Sarah VIDECOQ-AUBERT, directrice générale

Mme Françoise OPIOLA, directrice des affaires financières, du recouvrement et de l'appui au pilotage

Mme Catherine VERONIQUE, direction de la gestion et des relations assurés et employeurs

M. Luc REYDON-HUAUX, responsable du département de la relation clients

M. Cyrille KENGUELEOUA, responsable de la mission d'accompagnement santé

Mme Habiba GAST, référente au sein du pôle précarité

Mme Emine YILDIRIM, technicienne au pôle précarité

CPAM du Gard

M. Alain CHELLOUL, directeur

M. Gilles GROUVEL, directeur comptable et financier

Mme Aurore CROUZET, directrice adjointe prestations / accueils

M. Vincent JURQUET, responsable du pôle frais de santé

Mme Véronique ROUVIN, responsable du pôle accès aux droits et solidarité

Mme Sophie DELON, technicienne du pôle accès aux droits et solidarité

Cnaf (par visioconférence)

M. Sylvain GRENARD, chef du département échange avec les partenaires

Mme Isabelle BROHIER, responsable du pôle solidarité insertion

M. Guillaume AUTOUR, conseiller technique prestation handicap

ACOSS et URSSAF Ile-de-France (par téléphone)

Mme Béryl FANTON, adjointe du Directeur de cabinet

Mme Camille L'HERNAULT, directrice comptable et financière

M. Nicolas DELAFORGE, directeur Relation Cotisant, Production & Maîtrise des activités (DRCPM)

Mme Dominique ZAMIT, responsable du département offres de service - centres nationaux et gestions de comptes/offres centralisées, à la DRCPM

Mme Christine CAMBUS, directrice adjointe de la réglementation, du recouvrement et du contrôle (DIRREC), en charge de la réglementation et de la sécurisation juridique

Mme Sophie MAISONNEUVE, sous-directrice comptes du recouvrement DCF

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) (par visioconférence)

M. Denis RAYNAUD, directeur

M. Paul DOURGNON, directeur de recherche

M. Marc PERRONNIN, maître de recherche

Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

Dr Serge FOURNIER, président

Dr Christian WINKELMANN, vice-président en charge des questions relatives au refus de soins

Dr Myriam GARNIER, vice-présidente en charge de la santé publique et des relations avec les organismes institutionnels et les pouvoirs publics

Dr Dominique CHAVE, secrétaire générale

Mme Sylvie GERMANY, juriste

Unocam (par téléphone)

Mme Delphine BENDA, secrétaire général administratif

Fédération française de l'assurance (FFA) (par téléphone)

M. Stéphane PENET, délégué général adjoint

Mme Cécile MALGUID, responsable des études santé

Mme Véronique CAZALS, directrice santé

Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) (par visioconférence)

Mme Marie-Laure DREYFUSS, déléguée générale

Mme Delphine GUILLET, directrice en charge des questions de santé

Mme Magali SIERRA, chargée de missions santé

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) (par visioconférence)

M. Albert LAUTMAN, directeur général

Mme Séverine SALGADO, directrice de la santé

Mme Marianne BYE, experte santé

France Assos-santé (par téléphone)

Mme Féreuze AZIZA, conseillère technique

UFC-Que choisir (par visioconférence)

M. Mathieu ESCOT, directeur adjoint de l'action politique

Mme Lauriane LE MENN, chargée de mission santé

Fédération nationale des opticiens de France – FNOF- (par visioconférence)

M. Alain GERBEL, président

Rassemblement des opticiens de France (ROF)

M. André BALBI, président

M. Thibaut PICHEREAU, délégué général

M. Nicolas RAYNAL, administrateur

Maître Lorraine MAISNIER-BOCHE, avocate (RGPD)

Maître Romain MAULIN, avocat (droit de la concurrence)

Syndicat des audioprothésistes (SDA)

M. Luis GODINHO, président

Annexe n° 3 : soins dentaires et optiques

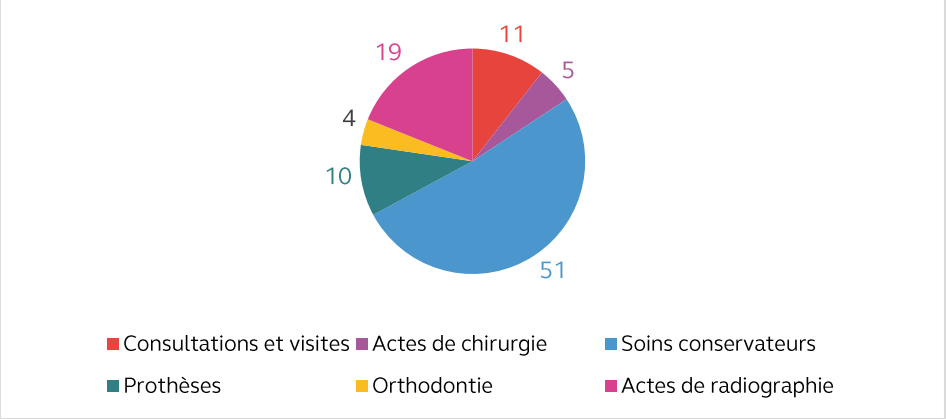
Tableau n° 24 : consommation des soins de dentistes (M €)

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018//2009
9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 276	11 435	+ 18,4%

Source : Drees, Les dépenses de santé en 2018, Edition 2019

Les soins conservateurs représentent la moitié des actes effectués :

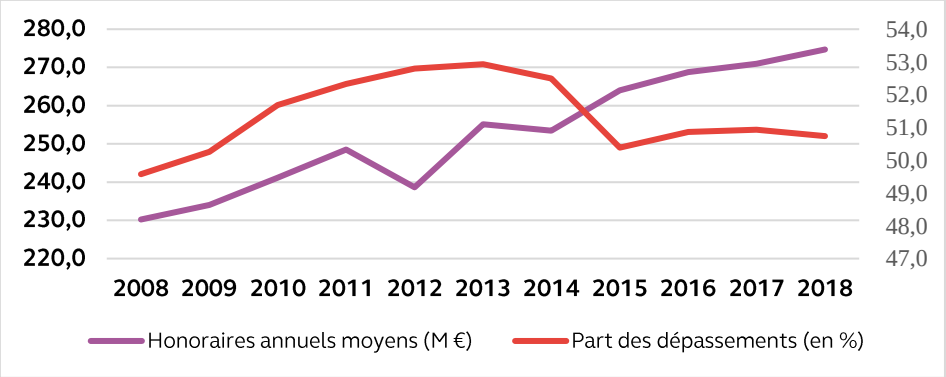
Graphique n° 39 : répartition des actes dentaires libéraux en 2018



Source : Drees Les dépenses de santé en 2018, Edition 2019

Les dépassements représentent 50 % de leurs honoraires, alors même qu'ils sont interdits pour les soins conservateurs.

Graphique n° 40 : honoraires annuels moyens et part des dépassements dans l'ensemble des honoraires des chirurgiens-dentistes



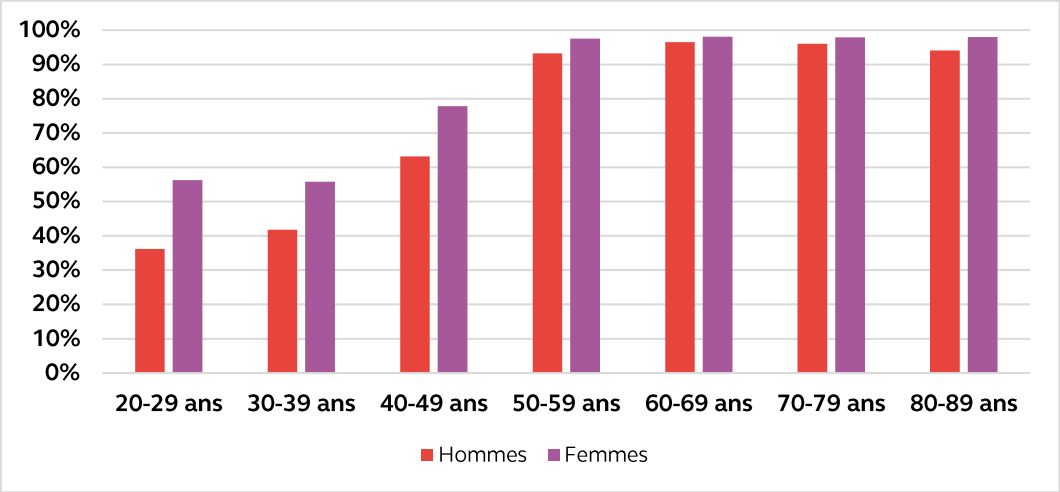
Source : Drees, Les dépenses de santé en 2018, Edition 2019

Tableau n° 25 : dépenses en optique (M€)

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018//2009
5193	5475	5725	5948	6006	6067	6142	6154	6113	6393	+23,1%

Source : Drees

Graphique n° 41 : part des personnes déclarant des troubles de la vision, en 2014



Source : Drees

Annexe n° 4 : niveau moyen des garanties, par classe de contrat, en 2016

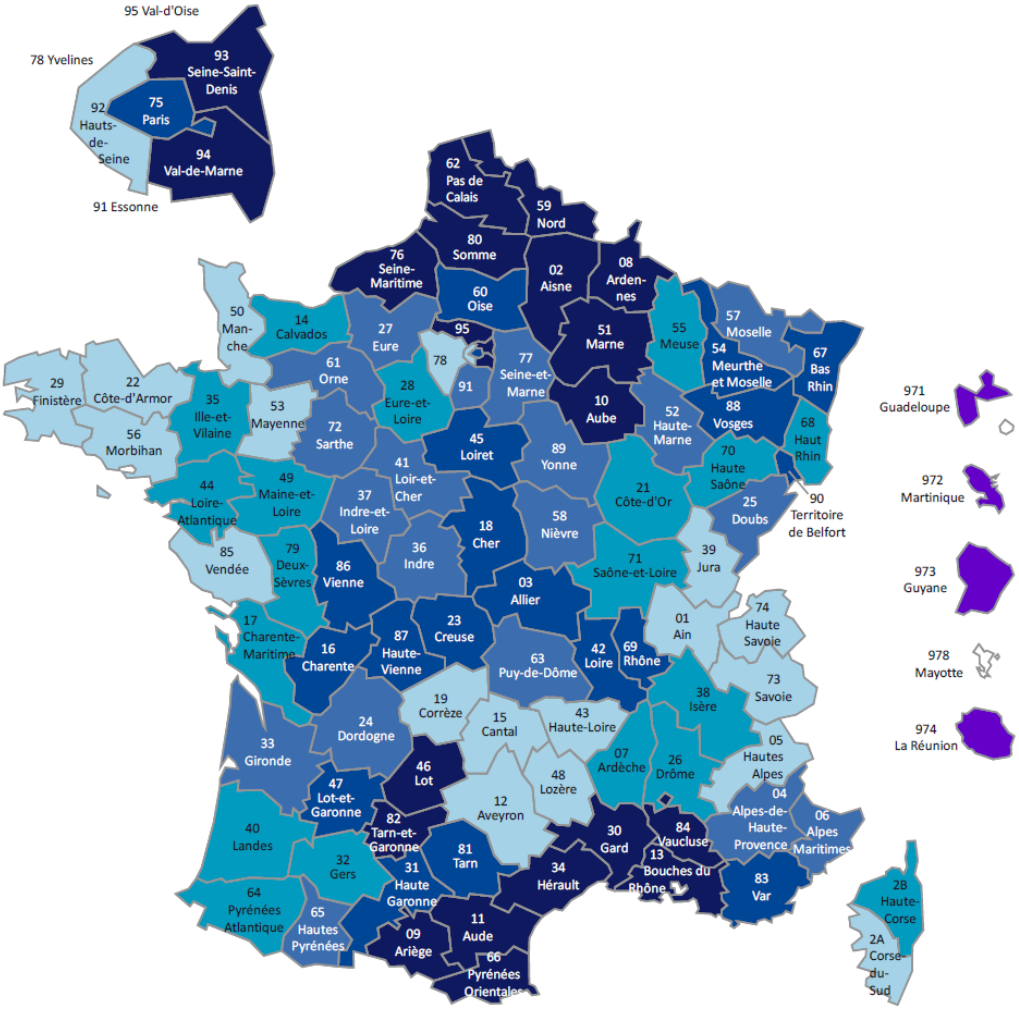
Postes de soins	Classe de contrat			Ensemble
	Classe 1	Classe 2	Classe 3	
Optique simple pour un équipement complet facturé 500 euros, dont 150 euros pour la monture (hors RSS) [en euros]	140	205	370	255
Optique complexe pour un équipement complet facturé 850 euros, dont 150 euros pour la monture (hors RSS) [en euros]	225	335	595	415
Audioprothèses pour une paire (hors RSS) [en euros]	520	965	1 500	1 085
Prothèses dentaires pour une couronne céramo-métallique (en % BRSS, y compris RSS)	180	370	460	365
Orthodontie pour un semestre de traitement (en % BRSS, y compris RSS)	165	260	350	275
Consultations de spécialistes avec dépassements d'honoraires (pour une consultation dans le parcours de soins hors CAS) [en % BRSS, y compris RSS]	115	130	195	150
Pharmacie 15 % part de contrats prenant en charge le ticket modérateur (en %)	68	53	89	71
Pharmacie 30 % part de contrats prenant en charge le ticket modérateur (en %)	96	92	100	96
Chambre particulière à l'hôpital montant par nuit, non remboursé par la Sécurité sociale (en euros)	35	45	65	55

Lecture > En 2016, la garantie moyenne en optique simple pour un contrat de classe 3 est de 370 euros, hors remboursement de la Sécurité sociale (RSS). La garantie moyenne d'un contrat de classe 3, pour l'achat d'une prothèse dentaire, est de 460 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale de cette prothèse, RSS compris.
Note > Les garanties pour l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives et la chambre particulières sont exprimées en euros, hors RSS ; les autres en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, RSS compris.
Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.
Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Source : Drees, La complémentaire santé édition 2019

Annexe n° 5 : part de la population couverte par la CMU-C et l'ACS en 2019, par comparaison avec celles du RSA et du minimum vieillesse, selon les départements

Carte n° 1 : part des bénéficiaires de la CMU-C, selon les départements

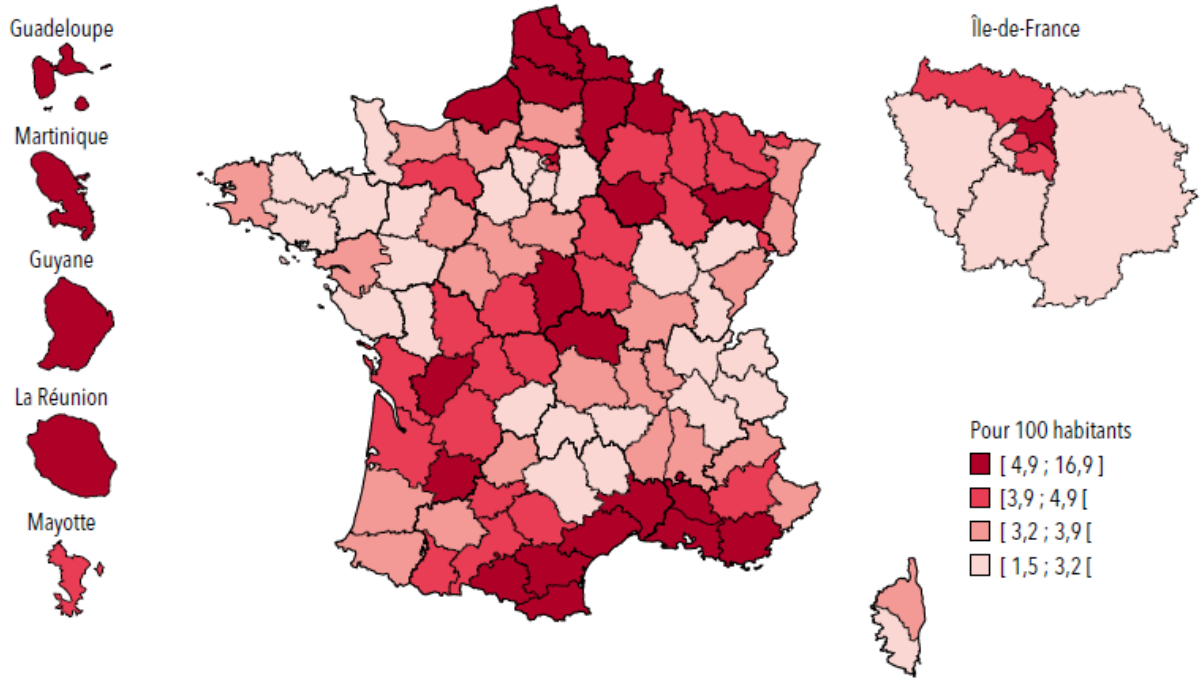


Répartition métropole						en milliers	
Couleur	Pourcentage population				Nombre Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs
	>=	3,2%	<	5,5%	19	482	9,2%
	>=	5,5%	<	6,8%	19	689	13,2%
	>=	6,8%	<	7,6%	19	846	16,2%
	>=	7,6%	<	8,8%	19	1 134	21,7%
	>=	8,8%	<=	16,7%	20	2 071	39,7%
					96	5 221	100,0%

Répartition Dom						en milliers	
Couleur	Pourcentage population				Nombre Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs
	>=	20,3%	<=	37,4%	4	595	100%

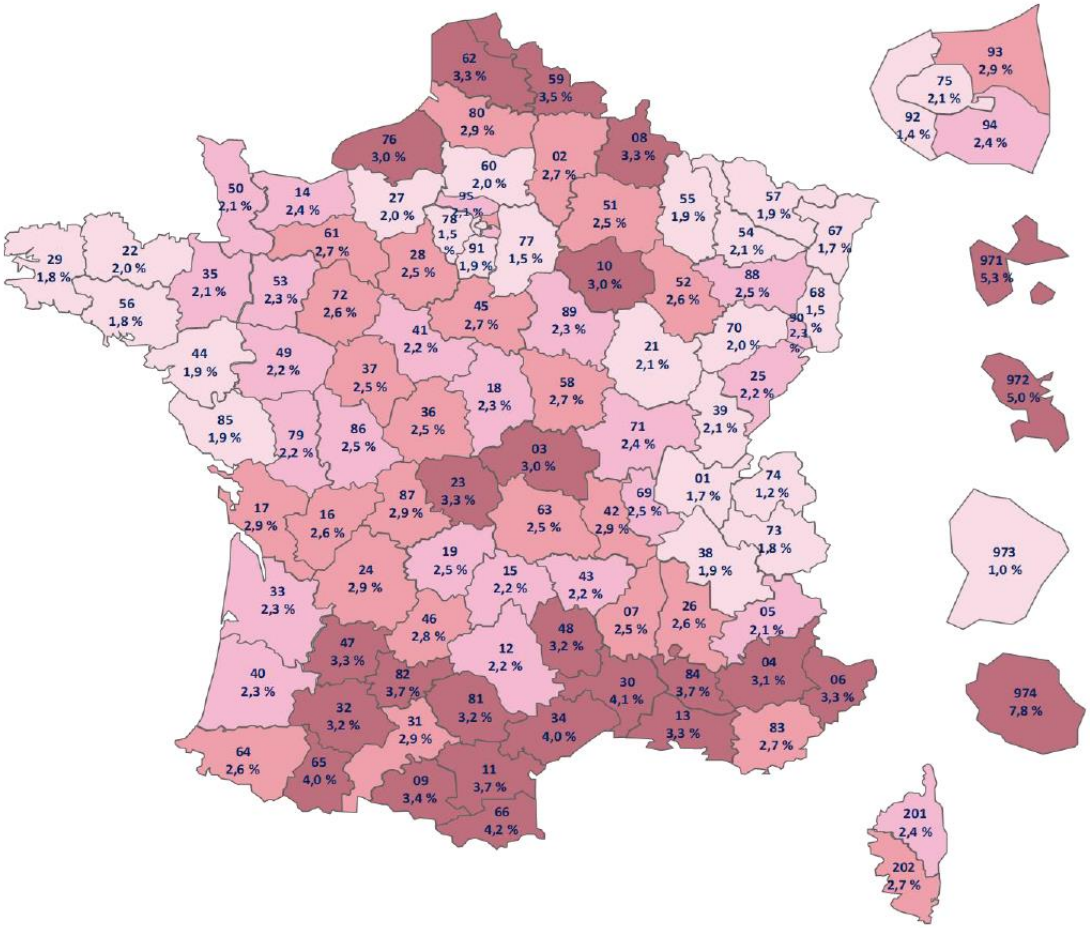
Source : Fonds CSS

Carte n° 2 : part des bénéficiaires du RSA, selon les départements



Source : Drees

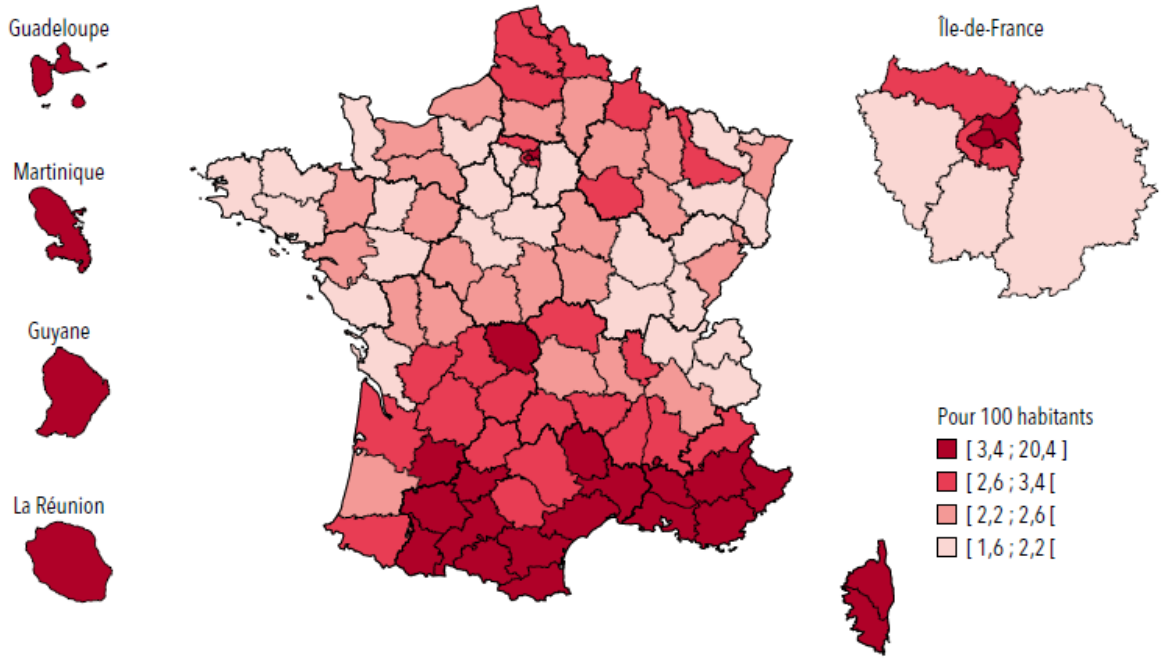
Carte n° 3 : part des bénéficiaires de l'ACS, selon les départements



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

Source : Fonds CSS

Carte n° 4 : part des bénéficiaires du minimum vieillesse, selon les départements



Source : Drees

Annexe n° 6 : comparaison des ressources exclues du bénéfice du RSA ou de la CSS

Type de ressources	RSA (article R262-6 du CASF)	CSS (article R861-10 du CSS)
le revenu de solidarité prévu à l'article L. 522-14 du code de l'action sociale et des familles ;	X	X
la prime d'activité prévue à l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale.	X	X
la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée aux articles L. 531-1 et L 755-19, à l'exception de la prestation partagée d'éducation de l'enfant ;	X	X
l'allocation de rentrée scolaire prévue par les articles L. 543-1 et L. 755-22 ;	X[208]	X
l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments prévus par les articles L. 541-1 et L. 755-20, ainsi que la majoration mentionnée à l'article L. 541-4 ;	X[209]	X
les primes de déménagement prévues par l'article L. 542-8 du présent code et par l'article L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation ;	X[210]	X
les indemnités complémentaires et allocations de remplacement instituées par les articles L. 613-19-1, L. 613-19-2, L. 722-8-1 et L. 722-8-3 et par les articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime ;	X[211]	X
l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail prévue à l'article L. 434-1 ;	X	X
la prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 et à l'article L. 751-8 du code rural et de la pêche maritime et à l'article R. 751-40 du code rural et de la pêche maritime ;	X[212]	X
les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation ;	X	X
les bourses d'études des enfants mentionnés à l'article R. 861-2 accordées sous condition de ressources ;	X[213]	X
les frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 et aux articles L. 751-8 et L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;	X[214]	X

[208] N'est visé que l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale.
[209] Complétée, pour le RSA, « *de la prestation de compensation du handicap lorsqu'elle est perçue en application de l'article 94 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008* ».
[210] Pour le RSA est visé l'article L. 821-4 du code de la construction et de l'habitation.
[211] Libellées pour le RSA, « indemnités et allocations, accordées en cas de remplacement, mentionnées aux articles L. 663-1 et L. 663-2 du code de la sécurité sociale et aux articles L. 732-10 à L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime ».
[212] Pour le RSA, n'est visé que l'article R. 432-10 du code de la sécurité sociale.
[213] Intitulées « bourses d'études » et complétées « de l'allocation pour la diversité dans la fonction publique ».
[214] N'est visé que l'article L. 435-1 du code de la sécurité sociale.

Type de ressources	RSA (article R262-6 du CASF)	CSS (article R861-10 du CSS)
le capital-décès servi par un régime de sécurité sociale ;	X	X
l'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord ;	X	X
l'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives prévue par la loi du 11 juin 1994 relative aux rapatriés, anciens membres des formations supplétives et assimilés ou victimes de la captivité en Algérie ;	X	X
les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ou au titre de l'aide médicale de l'État ;	X	[215]
la prestation complémentaire pour recours à tierce personne et les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, l'allocation compensatrice prévue au chapitre V du titre IV du livre II du même code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du même code ;	[216]	X
les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique en application de l'article L. 120-21 du code du service national.		X
l'aide personnalisée de retour à l'emploi mentionnée à l'article L. 5133-8 du code du travail ainsi que l'allocation mentionnée à l'article L. 5131-6 du même code ;	X	
la majoration pour âge des allocations familiales mentionnée à l'article L. 521-3 du code de la sécurité sociale ainsi que de l'allocation forfaitaire instituée par le second alinéa de l'article L. 521-1 du même code ;	X	
l'allocation journalière de présence parentale mentionnée à l'article L. 544-1 du code de la sécurité sociale ;	X	
les mesures de réparation pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites ou d'actes de barbarie durant la Deuxième Guerre mondiale.	**X**	

[215] Supprimées par le décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

[216] Ne sont concernées, pour le RSA, que la prestation de compensation et l'allocation compensatrice et uniquement « *lorsque l'une ou l'autre sert à rémunérer un tiers ne faisant pas partie du foyer du bénéficiaire du revenu de solidarité active* ».

Annexe n° 7 : comparaison des prix et reste à payer des contrats ACS depuis 2014

Tableau n° 26 : comparaison du prix et des restes à payer moyen des contrats ACS avant et après procédure d'appel d'offres

	Après réforme			Avant réforme	Evolutions	
	Enquête 2018 (31 12 2018)	Enquête 2017 (31 12 2017)	Enquête 2016 (31 12 2016)	Enquête 2014 (30 11 2014)	2018/2017	2018/2014
Nombre contrats	798 928	753 007	696 750	416 870		
Nombre personnes enquêtées	1 276 668	1 209 993	1 124 652	661 961		
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	100%	100%	100%	70%		
Nombre personnes par contrat	1,60	1,61	1,61	1,59		
Prix moyen par contrat	839 €	827 €	819 €	916 €	1,5%	-8,4%
Prix moyen par personne	524 €	514 €	509 €	576 €	1,9%	-9,0%
Montant moyen d'aide ACS par contrat	504 €	503 €	502 €	479 €	0,2%	5,2%
Montant moyen d'aide ACS par personne	315 €	313 €	312 €	301 €	0,6%	4,6%
Reste à payer(*) moyen par contrat	334 €	324 €	317 €	437 €	3,2%	-23,6%
Reste à payer moyen par personne	209 €	201 €	197 €	275 €	3,6%	-24,0%
Taux de reste à payer (**) moyen par contrat	38,5%	37,8%	37,3%	45,5%		
Taux d'effort par foyer	2,8%	2,8%	2,7%	3,9%		

Champ : toutes personnes couvertes par un contrat ACS souscrit auprès des 11 groupements gestionnaires du dispositif

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS (contrats en vigueur à fin décembre 2018)

(*) Montant de la prime ou de la cotisation après ACS

(**) Reste à payer/Prix contrat

Source : Fonds CSS

Tableau n° 27 : comparaison du prix moyen de chaque catégorie de contrat ACS, avant et après la procédure d'appel d'offres

Tranche d'âge	Prix moy A	Prix moy B	Prix moy C	Prix moy enquête 2014
0-15 ans	208 €	244 €	290 €	-
16-29 ans	237 €	294 €	353 €	365 €
30-39 ans	282 €	354 €	431 €	474 €
40-49 ans	345 €	443 €	539 €	566 €
50-59 ans	434 €	554 €	659 €	696 €
60-69 ans	558 €	687 €	796 €	858 €
70-79 ans	707 €	843 €	915 €	1 019 €
80 ans et +	858 €	978 €	1 024 €	1 128 €

Source : Fonds CSS

Tableau n° 28 : restes à financer, en 2018, par grands postes en €

Poste de dépenses	Contrat	Dépense moyenne	Reste à charge	Reste à payer	Somme des restes à financer
Optique complexe	A	287	254	143	397
	B	335	120	246	366
	C	432	93	332	425
Prothèses dentaires	A	605	373	143	516
	B	731	258	246	504
	C	971	206	332	538
Audioprothèses	A	737	533	143	676
	B	793	586	246	832
	C	1169	535	332	867

Source : Fonds CSS - Note : Valeurs annuelles moyennes
Note : reste à charge : ce qu'il reste à payer après l'intervention de la complémentaire santé ; reste à payer : cotisation restant à payer pour la complémentaire santé, une fois pris en compte l'aide financière ACS ; somme = somme des deux

Annexe n° 8 : part des gagnants et perdants à la mise en place de la CSS et des attributions de la CMU-C et de l'ACS par type de couverture complémentaire antérieure

Tableau n° 29 : part des perdants par type de contrat et par montant

	Nbre de perdants au-delà du seuil fixé				% dans la population totale protégée par un contrat ACS			
	A	B	C	3 contrats	A	B	C	3 contrats
> 5 € / mois	127 606	92 532	32 260	**252 398**	44%	19%	6%	**20%**
> 10 € / mois	78 827	46 497	0	**125 325**	27%	10%	0%	**10%**
> 15 € / mois	52 821	14 125	0	**66 946**	18%	3%	0%	**5%**
> 20 € / mois	30 533	0	0	**30 533**	10%	0%	0%	**2%**
> 25 € / mois	1 657	0	0	**1 657**	1%	0%	0%	**0%**

Source : Fonds CSS

Tableau n° 30 : part des perdants par âge

	% perdants			
	A	B	C	3 contrats
Total	**63%**	**33%**	**12%**	**32%**
0 - 15 ans	10%	0%	0%	**3%**
16 - 29 ans	94%	30%	2%	**36%**
30 - 39 ans	92%	26%	0%	**34%**
40 - 49 ans	40%	0%	0%	**9%**
50 - 59 ans	100%	51%	1%	**39%**
60 - 69 ans	100%	99%	31%	**66%**
70 - 79 ans	99%	48%	31%	**50%**
80 - 89 ans	29%	11%	26%	**22%**
90 ans et +	27%	16%	30%	**24%**

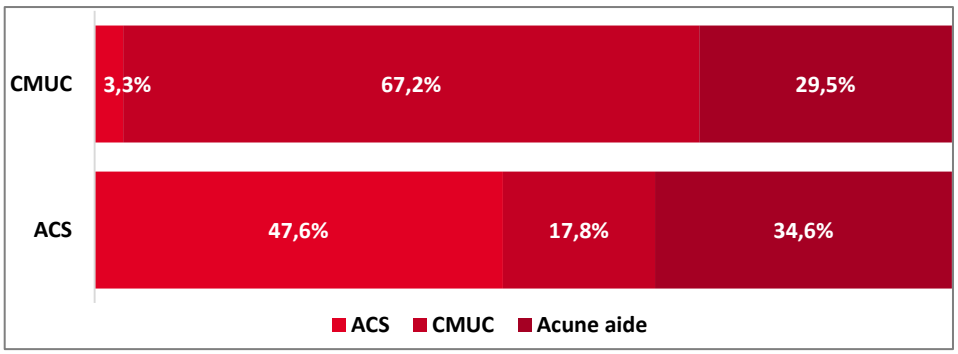
Source : Fonds CSS
Note : calcul effectué en ne tenant compte que des pertes égales ou supérieures à un euro par mois

Tableau n° 31 : part des gagnants, par âge

	% gagnants			
	A	B	C	3 contrats
Total	**28%**	**58%**	**78%**	**59%**
0 - 15 ans	90%	100%	100%	**97%**
16 - 29 ans	5%	60%	94%	**59%**
30 - 39 ans	0%	41%	99%	**51%**
40 - 49 ans	35%	100%	100%	**85%**
50 - 59 ans	0%	20%	92%	**48%**
60 - 69 ans	0%	0%	34%	**17%**
70 - 79 ans	0%	44%	56%	**41%**
80 - 89 ans	19%	88%	73%	**65%**
90 ans et +	28%	84%	70%	**61%**

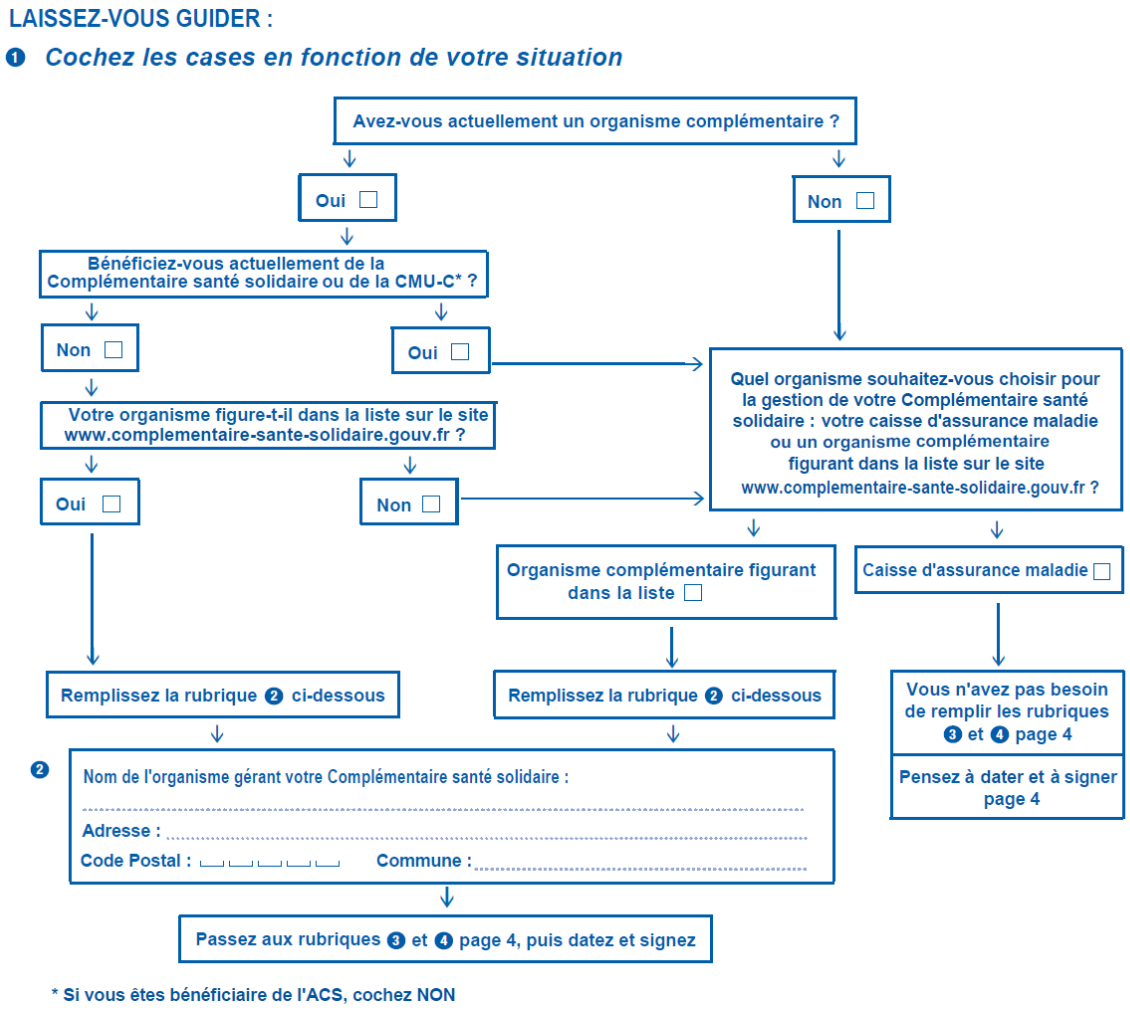
Source : Fonds CSS
Note : ce calcul n'a été effectué qu'à partir des tarifs 2018, inférieurs à ceux de 2019. Ils sous-estiment donc le nombre de gagnants par rapport aux simulations des tableaux précédents.

Graphique n° 42 : répartition des attributions de la CMU-C et de l'ACS par type de couverture complémentaire antérieure



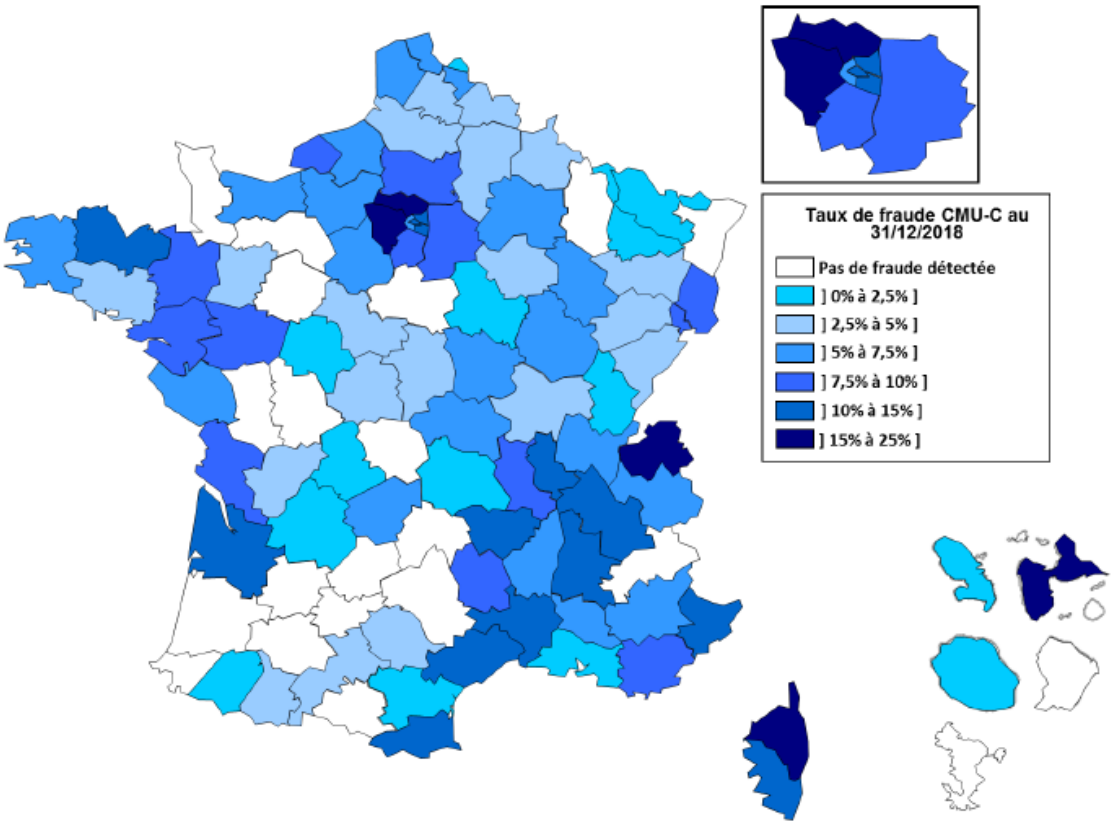
Source : Fonds CMU (19 CPAM impliquées dans le suivi de la montée en charge de la CSS / CSSP)

Annexe n° 9 : logigramme de choix de l'organisme gestionnaire de la CSS



Source : CERFA N° 52269#02 - Demande de Complémentaire santé solidaire

Annexe n° 10 : fréquence de détection de fraude au titre de contrôles *a posteriori* ciblés



Source : Cnam – données 2018

Annexe n° 11 : un exemple de bouclier sanitaire : le « maximum à facturer » belge

Comme en France, les assurés belges font face à des tickets modérateurs, qui représentent la part des dépenses de santé qui restent à leur charge après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

En Belgique cependant, le montant maximal cumulé annuel des tickets modérateurs que doivent verser les ménages est plafonné. Au-delà de ce plafond, intitulé maximum à facturer, leurs frais médicaux sont intégralement pris en charge.

Il existe quatre types de maximum à facturer :

1. Le maximum à facturer « revenus »

Il s'agit du cas général. Le montant du plafond est déterminé en fonction des revenus imposables des ménages. Depuis 2019, ce sont les revenus de l'année N-2 qui sont pris en compte (N-3 auparavant). Plus les revenus sont élevés et plus le plafond à partir desquels les frais santé sont remboursés le sera également.

Tableau n° 32 : plafonds (2021) par ménage selon les tranches de revenus

Revenus (€)	Plafond (€)
de 0 € à 19 420,20 €	487,08 €
de 19 420,21 € à 29 854,92 €	703,56 €
de 29 854,93 € à 40 289,68 €	1 082,40 €
de 40 289,69 € à 50 289,65 €	1 515,36 €
dès 50 289,66 €	1 948,32 €

Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

2. Le maximum à facturer « social »

Un plafond spécifique s'applique pour les personnes titulaires de minima sociaux ou dont les ressources atteignent un certain seuil leur permettant de bénéficier du mécanisme d'intervention majorée - qui réduit le montant des tickets modérateurs -, ainsi qu'à leurs ayants-droits.

Le plafond n'est plus dépendant des revenus mais est fixé à 487,08 €.

3. Le maximum à facturer « pour les enfants de moins de 19 ans »

Un plafond spécifique s'applique aux enfants de moins de 19 ans (hors bénéfice du plafond social). Il leur est propre et est fixé à 689,78 €.

Exemple : Une famille avec un enfant dispose d'un revenu annuel net imposable de 35 000 €. Le plafond au titre du maximum à facturer « revenus » est, en principe, de 1082,40 €. Si seul l'enfant a été malade dans l'année et si ses tickets modérateurs se sont élevés à 1 000 €,

il bénéficiera toutefois du plafond pour les enfants de moins de 19 ans de 689,78 €. Le ménage se verra donc rembourser 296,44 €.

4. Le maximum à facturer « pour les maladies chroniques »

Pour les malades chroniques, une réduction du plafond (« revenu », « social » et « enfant » selon les cas) est prévue. En 2021, ces plafonds sont ainsi diminués de 108,24 €.

5. Dépenses prises en compte au titre des maxima à facturer

Seules entrent dans le calcul du maximum à facturer les dépenses suivantes :

- les tickets modérateurs des honoraires des médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, paramédicaux, etc. ;
- les tickets modérateurs des prestations techniques comme les opérations, les visites techniques, les analyses de sang, etc. ;
- les tickets modérateurs des médicaments remboursables des catégories A, B et C (cette catégorie est indiquée sur l'emballage du médicament, sauf les Cs et Cx) ;
- l'intervention personnelle pour les préparations magistrales ;
- certains frais d'hospitalisation, comme votre quote-part personnelle dans le prix de journée en hôpital général. Les quotes-parts personnelles dans le prix de journée en hôpital psychiatrique sont prises en compte durant la première année de l'hospitalisation ;
- la marge de délivrance pour les implants ainsi que la marge de sécurité pour les implants ;
- la nutrition entérale à domicile pour les enfants et jeunes jusqu'à 18 ans inclus.

Annexe n° 12 : détail des simulations de la Cnam portant sur une évolution de la répartition des prises en charge des paniers dentaire, optique et d'audioprothèse

La Cnam s'est appuyée sur les données du système national des données de santé (SNDS) pour réaliser ses simulations.

Le pourcentage représenté par chacun des paniers (100 %, modéré pour le dentaire et libre) correspond au taux atteint sur la période janvier-septembre 2020, qui couvre la période de confinement. Il faut donc considérer ces montants comme des minima.

L'estimation du coût supplémentaire pour la Cnam d'une prise en charge des paniers 100 % santé a été réalisée en tenant compte du prix limite de vente de chacun des actes de ce panier, qui seraient alors remboursés à hauteur de 100 % (et non plus en fonction de la répartition actée pour chaque secteur entre assurance maladie obligatoire et complémentaire), laissant ainsi un reste à charge nul pour les assurés.

Pour l'estimation des économies, la Cnam a considéré ses remboursements nuls sur les paniers concernés (modéré et libre) et les a comparés à ce qu'elle aurait été amenée à payer, dans le cas contraire d'un maintien de sa participation. Ces calculs ont été réalisés avec une variante, dans le premier cas, les remboursements de la Cnam étant maintenus pour le panier modéré dentaire et abandonnés dans le second.

Tableau n° 33 : estimation du coût supplémentaire lié à une prise en charge à 100 % des paniers 100 % santé par l'assurance maladie obligatoire

Prise en charge totale du panier 100% santé sans reste à charge	*Optique*	59 322 310
	Aides auditives	46 447 307
	Dentaire	965 054 251
	Total	***1 070 823 868***

Source : Cnam

Tableau n° 34 : estimation des économies générées par l'abandon par l'assurance maladie obligatoire de la prise en charge, partielle, des paniers à tarifs modéré et libres

Pas de prise en charge des paniers hormis les paniers 100% santé et Rac modéré (variante a : maintien du panier dentaire modéré)	*Optique*	- 687 252
	Aides auditives	- 120 352 460
	Dentaire	- 155 035 261
	Total	- 276 074 974
Pas de prise en charge des paniers hors 100% santé **Pas de prise en charge du panier Rac modéré (variante b : abandon du panier dentaire modéré)**	*Optique*	- 687 252
	Aides auditives	- 120 352 460
	Dentaire	- 300 800 056
	Total	***- 421 839 768***

Source : Cnam