

Dispositifs publics et réglementation du marché de la complémentaire santé

Les pouvoirs publics ont actionné plusieurs leviers afin de favoriser la couverture de la population par une complémentaire santé. Différents dispositifs (exonérations fiscales ou sociales, recommandation d'organismes complémentaires, etc.) coexistent. Tout en ciblant parfois certaines catégories de la population, ils répondent à l'un ou l'autre des objectifs suivants : favoriser l'acquisition d'une complémentaire santé en réduisant le coût de celle-ci ; garantir dans le même temps une qualité de prestations.

La standardisation de l'offre pour responsabiliser les organismes complémentaires

Les obligations des contrats responsables et solidaires

Le dispositif des contrats responsables et solidaires subordonne le bénéfice des conditions fiscales et sociales les plus favorables sur les contrats de complémentaire de santé au respect d'un certain nombre d'obligations, afin d'améliorer l'accès aux soins.

Ce type de contrats résulte de deux dispositions. Premièrement, la réforme de 2002 (loi de finances rectificative pour 2001) a permis la suppression de la sélection médicale de la quasi-totalité des contrats santé du marché, en créant les contrats dits « solidaires », ne pouvant recourir à un questionnaire médical ou appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé.

Deuxièmement, le dispositif des contrats dits « responsables », créé en 2004 puis réformé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014, a renforcé les exigences en matière de prise en charge des frais de santé.

Le décret du 11 janvier 2019 a ensuite modifié le cahier des charges sur les postes de dépenses optique, dentaire et en audiologie, dans le cadre de la réforme dite du « 100 % santé ».

Ainsi, les contrats responsables :

- doivent offrir une couverture minimale de qualité, prenant en charge les forfaits journaliers hospitaliers (FJH), sans limitation de durée, et

la participation forfaitaire de 24 euros sur les actes lourds, ainsi que l'intégralité des tickets modérateurs (TM), hormis ceux des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré, des spécialités homéopathiques et des frais de soins thermaux. Les contrats proposant une prise en charge supérieure au TM en optique doivent, de surcroît, respecter des plafonds de prise en charge afin d'assurer un accès effectif à ces dispositifs médicaux ;

- ne peuvent couvrir ni la majoration du TM en cas de consultation en dehors du parcours de soins, ni les participations forfaitaires et les franchises et ce, afin de responsabiliser les assurés ;

- doivent respecter des plafonds de prise en charge, afin de lutter contre certaines pratiques inflationnistes. Ces contrats ne peuvent ainsi couvrir les frais d'équipement d'optique et d'audition au-delà de certains tarifs et en deçà d'une périodicité minimale de renouvellement. De même, la prise en charge par l'organisme complémentaire des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % du tarif de responsabilité ;

- doivent respecter la périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale. Sous réserve d'évolution de la vue, la prise en charge doit être limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de deux ans pour les assurés de plus de 16 ans et d'un an pour les autres¹.

1. Pour les enfants de 6 ans et moins, cette durée peut être réduite à six mois si la monture est mal adaptée à la morphologie du visage.

• doivent permettre aux assurés de bénéficier du tiers payant, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité (voir annexe 4), sur les prestations faisant l'objet des garanties contractuelles. Depuis la réforme du 100 % santé, les contrats responsables doivent également respecter les obligations du cahier des charges visant à proposer un panier de soins minimal, sans reste à charge pour l'assuré, pour certains soins et équipements optiques, dentaires et auditifs (encadré 1).

Les dispositions fiscales associées aux contrats solidaires et responsables

L'ensemble des contrats d'assurance comprenant des garanties d'assurance maladie sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et à la contribution à la prise en charge du « forfait patientèle médecin traitant », assises sur le montant des sommes versées au profit des

organismes complémentaires santé. Le taux dit « normal » de la TSA est néanmoins réduit pour les contrats répondant aux critères solidaires et responsables (voir annexe 1 bis). La part largement prépondérante des contrats solidaires et responsables illustre le caractère incitatif du dispositif, dès lors que le recours aux contrats ne répondant pas à ces critères reste résiduel.

Dans le contexte de la crise du Covid-19, une contribution exceptionnelle a été prélevée sur les organismes complémentaires en 2020 et en 2021 sur tous les contrats proposés. Elle a été justifiée par la baisse des dépenses de santé pendant la phase de confinement combinée à la prise en charge intégrale de certains coûts par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Son taux a été de 2,6 % des cotisations santé collectées au titre de 2020 et de 1,3 % de celles collectées au titre de 2021 (voir annexe 1 bis).

Encadré 1 Le dispositif 100 % santé permet au patient de bénéficier d'une offre sans reste à charge en optique, audiologie et dentaire

La réforme du 100 % santé, dont la mise en place s'est étalée entre 2019 et 2021, vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC). Les paniers de soins 100 % santé en optique, audiologie et soins prothétiques dentaires, composés d'équipements répondant aux besoins de santé publique des assurés et à des exigences de qualité, proposent des tarifs encadrés par des prix limites de vente applicables aux professionnels.

Les lunettes, les aides auditives et les prothèses dentaires¹ 100 % santé bénéficient d'une prise en charge accrue par l'AMO. Les contrats responsables et solidaires doivent en outre couvrir intégralement les prix des équipements 100 % santé, afin de garantir l'absence de reste à charge.

Les conditions de prise en charge des contrats responsables sont également modifiées :

- > en optique, une périodicité de renouvellement des équipements optiques infra-annuelle est désormais possible pour motifs médicaux, et les plafonds de prise en charge des montures et des équipements sont abaissés ;
- > en audiologie, une périodicité minimale de renouvellement des aides auditives est fixée à quatre ans, et un plafond de prise en charge est instauré.

Par ailleurs, la réglementation 100 % santé s'ajoute au cahier des charges des contrats responsables. En ce qui concerne les contrats collectifs négociés par des entreprises, les conditions de prise en charge se cumulent également avec les planchers de remboursement définis dans le cadre de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise entrée en vigueur en 2016.

1. Prothèses dentaires « fixes » (couronnes et bridges) depuis 2020 et « amovibles » (dentiers) depuis 2021.

Des aides en faveur de la généralisation de la complémentaire santé ciblées selon le statut professionnel

Les aides en faveur de l'accès à la complémentaire santé ont été pensées par catégorie professionnelle, et non pas de manière unifiée, afin de tenir compte des spécificités de situations différentes. Par ailleurs, ces aides recouvrent souvent également la prévoyance lourde (versement de revenus de remplacement en cas de maladie, d'invalidité et de décès) ainsi que la retraite supplémentaire.

Les salariés du secteur privé

Du point de vue des prélèvements sociaux, les contrats collectifs de protection sociale complémentaire – notamment de complémentaire santé – souscrits par les employeurs bénéficient d'aides depuis plus de quarante ans. Dès 1979, une exemption d'assiette des cotisations sociales (part patronale et salariale) a été mise en place pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire.

Désormais, afin d'encourager les employeurs à développer, au profit de leurs salariés, des garanties de protection sociale complémentaire de qualité, et accompagner ainsi la diffusion des contrats responsables, les contributions des employeurs destinées au financement de la complémentaire santé de leurs salariés sont exclues de l'assiette des cotisations sociales, sous certaines conditions :

- le bénéfice de cette exemption d'assiette est réservé aux garanties revêtant un caractère collectif et obligatoire et implique que le contrat souscrit soit solidaire et responsable ;
- le montant de cette exemption est plafonné², pour éviter tout risque de substitution avec le salaire.

Par ailleurs, les contributions des employeurs destinées à financer la complémentaire santé des salariés bénéficient d'un taux de forfait social³ réduit à 8 %, contre 20 % pour le taux de droit commun. Les entreprises de moins de onze salariés sont totalement exonérées de cette contribution.

Du côté fiscal, les cotisations salariales de complémentaire santé sont déductibles de la rémunération imposable pour le calcul de l'impôt sur le revenu sous certaines conditions et dans certaines limites. Ainsi, pour bénéficiaire de cette déduction, les contrats souscrits doivent être collectifs et obligatoires et revêtir un caractère responsable, de la même manière que pour l'exemption d'assiette sociale. Par ailleurs, un plafond de déduction⁴ a été instauré.

Les prélèvements à la charge des entreprises ont ainsi constitué le socle des incitations aux contrats collectifs. Depuis, les employeurs ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture complémentaire en matière de frais de santé.

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1^{er} de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. La loi de sécurisation de l'emploi nécessaire à sa mise en œuvre a été promulguée le 14 juin 2013, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Depuis cette date, tous les employeurs doivent donc faire bénéficier l'ensemble de leurs salariés d'un régime de remboursement complémentaire de frais de santé. Cette couverture doit être financée au moins pour moitié par l'employeur (article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale).

Le niveau minimal de la couverture est conforme à celui des contrats responsables et comporte en sus :

- la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations

2. N'est concernée par l'exemption que la fraction des contributions n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du plafond de la Sécurité sociale et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale. Le total des contributions exonérées ne peut excéder 12 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS).

3. Contribution à la charge de l'employeur sur la base des rémunérations directes ou indirectes non soumises aux cotisations sociales mais qui sont assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG).

4. Il est égal au plus faible des deux montants suivants : 5 % du PASS + 2 % de la rémunération annuelle brute et 2 % de huit fois le PASS.

d'assurance maladie pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dento-faciale ;

- un forfait de prise en charge des dispositifs d'optique, qui dépend du niveau de correction de l'assuré (100 euros, 150 euros ou 200 euros). En outre, pour les salariés en contrat court ou à temps partiel, a été instauré un versement santé⁵, qui consiste en un financement attribué sous certaines conditions par l'employeur, afin de participer à la souscription à titre individuel d'une couverture complémentaire santé par les salariés. Il s'agit donc d'un dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire. Le montant du versement correspond, pour la période d'emploi concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié. Par ailleurs, le montant du versement ne peut être inférieur à un montant de référence dit « socle » prévu par arrêté et revalorisé chaque année. Ce montant socle est également applicable dans les cas où le montant de la contribution ne peut être déterminé. À titre d'exemple, le montant de référence est fixé à 19,80 euros pour 2023 (ou à 6,61 euros pour un salarié relevant du régime d'assurance maladie en vigueur dans les départements d'Alsace et de Moselle). Pour bénéficier du versement santé, le salarié doit avoir souscrit par ailleurs une complémentaire santé individuelle qui respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (complémentaire santé solidaire [CSS] gratuite ou payante). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un

autre employeur, dont bénéficierait le salarié en qualité d'ayant droit.

Les fonctionnaires

L'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires définit le caractère social et l'étendue du champ de la protection sociale complémentaire au bénéfice des agents des trois fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière). L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé versée par les employeurs publics au bénéfice des agents publics a évolué sous l'influence de la jurisprudence européenne⁶.

La loi du 2 février 2007 relative à la modernisation de la fonction publique est venue préciser que les personnes publiques peuvent « 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 ».

Ces principes posés pour la fonction publique d'État ont été rendus applicables à la fonction publique territoriale (FPT)⁷. Dans la fonction publique hospitalière, la participation de l'employeur à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé ne fait pas encore l'objet d'encadrement.

Ce dispositif va néanmoins être remplacé par la mise en place de contrats collectifs obligatoires de complémentaire santé au sein de la fonction publique. En effet, conformément à l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021⁸, les employeurs publics vont être tenus de

5. Le dispositif a été instauré par l'article 34 de la LFSS pour 2016 (article L. 911-7-1 du Code de la Sécurité sociale).

6. La participation de l'État doit satisfaire aux principes du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) en matière d'aides d'État. Ces aides doivent ainsi revêtir un caractère social, être accordées à titre individuel et sans discrimination quant à l'origine des produits. En outre, selon les principes de la jurisprudence communautaire, les aides versées doivent s'inscrire dans le cadre d'une procédure transparente et non discriminatoire.

7. Article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

8. Pris pour l'application des dispositions des articles L. 827-1 à L. 827-3 du Code général de la fonction publique et du paragraphe II de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État, a été publié au *Journal officiel* le 24 avril 2022. Il fixe le régime obligatoire de protection sociale complémentaire en santé dans la fonction publique de l'État, en transposant dans le statut les dispositions de l'accord interministériel conclu le 26 janvier 2022.

financer obligatoirement au moins 50 % de la protection sociale complémentaire en santé de leurs agents.

- Cette obligation de prise en charge s'appliquera dès 2025 à l'État, à mesure que les contrats de protection sociale dits « référencés » arrivent à échéance, et au plus tard en 2026 à tous les employeurs publics.

- Cette obligation de participation concernera tous les agents de la fonction publique, sans distinction de statut ; les agents publics en activité devront, sauf cas de dispense, adhérer aux contrats collectifs obligatoires de complémentaire santé sélectionnés par leurs employeurs au terme d'un appel d'offre. Le montant de cette participation doit permettre de prendre financièrement en charge au moins 50 % de la couverture des garanties prévues au paragraphe II de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Pour assurer la transition vers le nouveau régime de protection sociale complémentaire mis en place de manière progressive à compter du 1^{er} janvier 2025, les agents publics de l'État peuvent bénéficier, depuis le 1^{er} janvier 2022, du remboursement d'une partie de leurs cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais dits de « santé », correspondant aux frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident restant à la charge de l'agent. Il s'agit d'une prise en charge forfaitaire d'un montant mensuel de 15 euros versée par l'employeur public.

Dans la fonction publique territoriale coexistent deux dispositifs : la labellisation et le référencement. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent accorder leur participation au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents⁹ :

- soit au titre de contrats ou règlements auxquels un label a été délivré (procédure de labellisation). Il est dans ce cas proposé aux agents de souscrire un contrat ou d'adhérer à un règlement dont le caractère solidaire et

responsable aura été préalablement vérifié. Cette vérification s'effectue sous la responsabilité de prestataires, dits « labellisateurs », habilités à cette fin par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;

- soit au titre d'une convention de participation (procédure de référencement). Dans ce cas, l'employeur public choisit, à travers une procédure d'appel d'offres, un seul organisme assureur pour lequel ses agents bénéficieront d'une participation. Le choix est fondé sur des critères de solidarité (notamment, le rapport entre les garanties et le tarif proposés, le degré effectif de solidarité intergénérationnelle et familiale entre les adhérents ou les souscripteurs, la maîtrise financière du dispositif et les moyens destinés à assurer une couverture effective des personnes les plus âgées ou les plus exposées aux risques couverts).

Quelle que soit la procédure, l'adhésion des agents de la FPT est facultative et individuelle. Par ailleurs, la participation de l'employeur est intégralement répercutée sur la cotisation de l'agent. Elle sera :

- soit directement versée aux agents ayant souscrit un contrat labellisé ou issu du référencement ;
- soit versée à l'organisme auprès duquel l'agent aura souscrit un contrat labellisé ou issu du référencement.

Pour la FPT, l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 prévoit que l'obligation de prise en charge d'au moins la moitié d'un montant de référence fixé par décret s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les demandeurs d'emploi et les retraités

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Évin », impose aux organismes assureurs d'organiser les modalités de maintien de la complémentaire santé, afin de permettre aux anciens salariés bénéficiant de garanties collectives de conserver leur couverture complémentaire à un tarif encadré.

9. Voir le décret du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Le contrat dit « frais de santé » doit ainsi prévoir les conditions dans lesquelles l'organisme assureur maintient cette couverture. Cette couverture est maintenue au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement sans conditions de durée. Pour ces bénéficiaires, la couverture au titre de l'article 4 de la loi Évin précitée ne fait l'objet d'aucune limitation de durée ;
- des ayants droit de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

Le décret du 21 mars 2017 organise par ailleurs un plafonnement progressif des tarifs, échelonné sur trois ans¹⁰.

L'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale prévoit que les salariés dont le contrat de travail a été rompu ou est arrivé à son terme (hors licenciement pour faute lourde) et pris en charge par le régime d'assurance chômage, continuent à bénéficier de la couverture complémentaire santé en vigueur chez leur ancien employeur. La durée de la portabilité est fixée en fonction de la présence de l'ancien salarié dans l'entreprise : le maintien des garanties est applicable pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée ne peut excéder douze mois.

10. Cet échelonnement est prévu de la manière suivante : la première année suivant la sortie du contrat d'assurance collectif, les tarifs restent identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ; la deuxième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % à ceux-ci et, la troisième année, ils ne peuvent l'être de plus de 50 %.

11. Le montant déduit au titre des contrats de prévoyance ne peut être supérieur à la somme de 7 % du PASS et de 3,75 % du bénéfice imposable, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le PASS.

12. Instaurée par la loi du 27 juillet 1999 et entrée en application le 1^{er} janvier 2000, la CMU-C permettait aux assurés les plus modestes de bénéficier d'une couverture complémentaire santé gratuite d'une durée de douze mois renouvelables.

13. L'ACS, instaurée en 2005, avait pour objectif de lisser l'effet de seuil pour les personnes dont le niveau de ressources s'élevait légèrement au-dessus du plafond CMU-C (jusqu'à + 35 %). Cette aide financière permettait à ses bénéficiaires d'être dispensés d'avance de frais sur leurs dépenses de santé pour la partie remboursée par l'Assurance maladie et d'être exonérés des franchises et des participations forfaitaires. Elle permettait également de bénéficier d'un chèque qui réduisait le prix lors de la souscription à l'un des trois contrats ACS proposés. Le montant du chèque accordé variait en fonction de l'âge du bénéficiaire (100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros pour les 16-49 ans, 350 euros pour les 50-59 ans, 550 euros pour les 60 ans ou plus). Depuis juillet 2015, cette aide était utilisable sur les seuls contrats sélectionnés par l'État à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, et permettait ainsi de financer en moyenne 62 % du coût de la complémentaire santé de ses bénéficiaires. Un certain nombre d'avantages connexes, réservés initialement aux bénéficiaires de la CMU-C, ont été progressivement étendus à ceux de l'ACS : interdiction des dépassements d'honoraires par les médecins généralistes ou spécialistes (2013), tiers payant intégral (2015), exonération des franchises médicales et participations forfaitaires (2015), application des plafonds tarifaires sur les soins prothétiques dentaires et l'orthodontie depuis octobre 2017.

Les travailleurs indépendants et les professions agricoles

Les exploitants agricoles et leurs salariés bénéficient d'une taxation spécifique favorable pour leurs contrats solidaires et responsables (voir annexe 1 bis). Ce taux minoré fait partie de la politique sectorielle agricole, cette disposition fiscale ayant une incidence directe sur la rentabilité de leur activité.

En application du paragraphe II de l'article 154 bis du Code général des impôts, les cotisations et primes versées au titre d'un contrat d'assurance de groupe (contrat « Madelin ») de prévoyance sont déductibles de l'assiette d'imposition sur le revenu des travailleurs indépendants, dans la limite du plafond déterminé en fonction du bénéfice imposable et du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)¹¹.

Un dispositif ciblant les populations les plus vulnérables : la complémentaire santé solidaire

La CSS est un droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé pour les assurés disposant de faibles ressources. Elle remplace, depuis le 1^{er} novembre 2019 (article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019), la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)¹² et l'aide à la complémentaire santé (ACS)¹³. Plus lisible, elle offre un cadre unifié et un accès à un panier de soins plus large que celui de la

CMU-C et de l'ACS, garantissant ainsi à tous ses bénéficiaires une prise en charge de qualité pour un niveau de cotisation nul ou limité. En effet, en plus de la prise en charge de la part complémentaire (ticket modérateur [TM]), la CSS intègre les paniers 100 % santé en optique, audiologie et soins dentaires (avec des tarifs spécifiques et des prises en charge supplémentaires en matière de soins dentaires, par exemple sur l'orthodontie), et rembourse intégralement un certain nombre de dispositifs médicaux listés dans un arrêté¹⁴. Elle offre également à ses bénéficiaires des avantages spécifiques : exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire, dispense d'avance de frais via le tiers payant intégral, interdiction aux professionnels de santé de pratiquer des dépassements d'honoraires.

La CSS est attribuée, en fonction des ressources du foyer, à titre gratuit (CSS-g) ou en contrepartie d'une contribution financière (CSS-p) dont le montant dépend du nombre de personnes couvertes et de leur âge. Pour une personne seule et sans enfant, au 1^{er} juillet 2024 :

- elle est gratuite si ses ressources sont inférieures à 847 euros par mois en France métropolitaine et 943 euros dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) ;
- elle est attribuée en contrepartie d'une cotisation lorsque ses ressources sont comprises entre 847 euros et 1 144 euros en France métropolitaine (respectivement 943 euros et 1 273 euros dans les DROM). Cette contribution varie de 8 euros par mois pour les moins de 30 ans à 30 euros par mois pour les personnes de 70 ans ou plus.

La CSS est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'assurance maladie (Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM], caisse de

la Mutualité sociale agricole [MSA] ou régime spécial), soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires. Ce choix intervient au moment de la demande et n'a aucune conséquence sur les garanties offertes à l'assuré. Toutefois, à l'expiration du droit à la CSS, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un contrat de sortie. Ce contrat de complémentaire santé est nécessairement un contrat responsable (offrant ainsi des garanties telles que la prise en charge du TM ou du panier 100 % santé) et doit être proposé à un tarif réglementé¹⁵, plus avantageux qu'un contrat classique.

Afin d'encourager les personnes les plus vulnérables à recourir à la CSS, les démarches sont simplifiées pour certains bénéficiaires de minima sociaux. Ainsi, la CSS sans participation financière est attribuée de manière automatique à tout nouveau foyer bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA), sauf opposition explicite de sa part. Par ailleurs, les allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et leurs conjoints bénéficient d'une présomption de droit à la CSS avec participation financière, à condition qu'ils n'aient pas travaillé au cours des trois mois précédant la demande. Ils peuvent ainsi effectuer leur demande de CSS sans avoir à déclarer leurs ressources.

Les dépenses du fonds dédié à la CSS, créé au sein de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), sont financées, en plus des éventuelles participations financières des assurés, par l'affectation d'une partie de la TSA. La part complémentaire des dépenses de santé générées par les bénéficiaires de la CSS gérés par les organismes complémentaires est également prise en charge par le fonds. ■

¹⁴. Arrêté du 22 décembre 2022 pris pour l'application des articles L. 165-1 et L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale en matière de dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé.

¹⁵. Arrêté du 27 décembre 2019 fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration.