



Osons une nouvelle complémentarité entre la sécurité sociale et les complémentaires santé

À propos de l'auteur



Josette Guéniau

Directrice de l'Observatoire santé et innovation de l'Institut Sapiens

Professionnelle et ex-dirigeante de l'assurance santé, devenue conseil auprès des assureurs complémentaires depuis plus de 10 ans, notamment sur les sujets de la réglementation, de l'innovation et de la stratégie marketing. A ce titre elle s'intéresse depuis plus de 5 ans à l'apport de la téléconsultation dans la prise en charge au plan de l'accès et de la qualité à la santé mais aussi à son financement.



A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un organisme à but non lucratif dont l'objectif est de peser sur le débat économique et social. Il se veut le premier représentant d'une think-tech modernisant radicalement l'approche des think tanks traditionnels. Il souhaite innover par ses méthodes, son ancrage territorial et la diversité des intervenants qu'il mobilise, afin de mieux penser les enjeux vertigineux du siècle.

Sa vocation est triple :

Décrypter — l'Association aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'être capable d'en comprendre les grandes questions. L'Institut Sapiens sera un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

Décloisonner et faire dialoguer — l'Association veut mettre en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens, ils doivent pouvoir se rencontrer pour réfléchir et dialoguer. Afin d'être réellement représentatifs de toutes les compétences et expériences, les groupes de travail associent systématiquement des personnes d'horizons professionnels divers (de l'ouvrier au dirigeant de société cotée) et peu important leur lieu de vie (Métropole, Outre-mer).

Former — Le XXI^e siècle est le siècle de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Comprendre le monde implique une capacité à faire un retour sur notre histoire, à connaître le mouvement millénaire des idées, à posséder ces Humanités dont l'importance est plus grande que jamais. Parce qu'il veut faire accéder à une compréhension du monde, l'Institut Sapiens se fixe aussi pour objectif de promouvoir cette culture générale sans laquelle demain plus personne ne pourra comprendre son environnement.

Plus d'informations sur institutsapiens.fr



A propos de l'observatoire santé et innovation

L'Observatoire santé et innovation (OSI) a pour objectif de mettre en avant les innovations transformant le domaine de la santé, tout en proposant des actions pour préparer au mieux leur émergence, leur encadrement et leur déploiement.

Composé de chercheurs, d'entrepreneurs, d'experts et de professionnels de la santé, les réflexions de notre observatoire seront articulées autour de quatre thématiques : la distribution territoriale et sociale de la santé ; les innovations médicales et médicamenteuses ; l'organisation politique et financière du système de santé ; les questions financières et éthiques liées aux innovations médicales.

À travers les outils de communication et d'expression de l'Institut Sapiens, l'OSI ambitionne de peser dans le débat public. Les analyses, décryptages et propositions innovantes formulées par nos experts visent à optimiser le fonctionnement de notre système de santé dans l'intérêt des citoyens.





Introduction

Cette note s'inscrit dans le prolongement direct dans l'étude Sécuriser et améliorer notre système de santé publiée par l'Institut Sapiens en septembre 2020, et vise à en prolonger l'analyse sur un aspect particulier : celui du rôle des complémentaires santé, dans le cadre du Contrat responsable. Elle s'inscrit également dans l'actualité des travaux du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), qui portent actuellement sur la place de la complémentaire santé et prévoyance en France.

En effet, les garanties de couverture des contrats de complémentaires santé, souscrites à titre individuel et surtout à titre collectif, dans le cadre de l'entreprise, ne sont pas libres. Un cadre a été défini par la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 : le Contrat responsable, qui fixe aux complémentaires santé des obligations, comme celle de rembourser un montant minimum en optique, et des interdictions, comme celle de ne pas rembourser certains dépassements d'honoraires au-dessus d'un montant déterminé.

Le non-respect de ce cadre induit, pour les contrats « non responsables », une surtaxation de 7 points au titre de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) – soit 20,27 % contre 13,27 % pour les contrats responsables. Il faut noter que la TSA est répercutée et en

conséquence réglée par les souscripteurs, individus et entreprises. En sus, pour les entreprises, la déduction de la cotisation relative à la couverture santé de leurs salariés (au titre des charges sociales et de l'impôt sur les sociétés) est subordonnée au fait que le contrat soit « responsable ». Or cette déduction est un élément indispensable économiquement pour l'entreprise pour assumer le coût de cette couverture.

À sa création en 2006, la contrainte était vertueuse et simple : les garanties complémentaires ne devaient pas entraver la régulation du parcours de soins par l'Assurance maladie. Puis, le Contrat responsable a dégénéré, au fil du temps, en un carcan extrêmement tatillon de règles très précises, le point d'orgue étant atteint depuis début 2020 avec le dispositif du « 100 % santé », qui prévoit des obligations de remboursement total sur certains types de prothèses et des limitations strictes sur certains autres, en matière d'optique, de prothèses dentaires et d'aides auditives.

En définitive, le Contrat responsable a progressivement conduit les complémentaires santé à devenir les hyper-spécialistes du financement de ces trois domaines (optique, dentaire et aides auditives). Ce mouvement s'est opéré au détriment d'une différenciation souhaitable du rapport garanties/prix des couvertures proposées, suivant les besoins et les moyens des assurés, mais surtout au détriment du financement du reste à charge (RAC) des assurés en cas de gros incident de santé, comme l'hospitalisation et les Affections de Longue Durée (ALD) (voir note 1).

Cette logique a finalement abouti à la séparation du petit et du gros risque : l'Assurance maladie a vu croître sa part (78,2% en 2019) dans la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM, voir note 3) – puisqu'elle prend en charge à 100 % les frais de soins hors dépassements d'honoraires et soins non-remboursables pour les ALD ; tandis que les OC ont pris une place croissante dans le « petit risque ». Cette répartition avait pourtant été très largement rejetée lors de la dernière campagne présidentielle, car elle ne répond à aucune logique médicale ou médico-économique.



Partie I - Une répartition des rôles peu soutenable

La récente étude de l'Institut Sapiens *Sécuriser et améliorer notre système de santé* (septembre 2020) démontre bien le bénéfice, du point de vue de l'accès financier aux soins, du système français de protection sociale à deux étages : sécurité sociale et complémentaire santé. Néanmoins, elle en souligne aussi les limites, notamment en termes de prise en charge de la prévention. En outre, la Direction de la Recherche, des Études et des Statistiques (DREES) du ministère de la Santé vient encore de le rappeler, dans son étude portant sur les comptes nationaux de la santé pour 2019 : la France est le deuxième pays de l'Union Européenne, après l'Allemagne, où les dépenses de santé, au sens international, sont les plus élevées (11,3 % du PIB) et celui où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires (6,9 %).

Mais la situation paraît difficilement soutenable. En effet, toujours selon la DREES, 57 % des dépenses de l'Assurance maladie en 2016 finançaient les soins pour les ALD, et de 2011 à 2016, les remboursements de l'Assurance maladie concernant les patients en ALD ont augmenté de 3,8 % par an (voire de 4,3 %, si l'on inclut les patients atteints d'hypertension artérielle, pathologie retirée de la liste des ALD en 2011, mais dont les malades déjà bénéficiaires de ce dispositif disposent encore), contre seulement 0,8 % pour les patients hors ALD. En outre, en 2019, l'hôpital représentait déjà 47 % de la CSBM (2) et était le premier contributeur à sa croissance avec une augmentation plus élevée (2,4 %) que celle de la CSBM (2,1 %), contrairement aux trois années précédentes et avant la forte accélération (+9,4 %) suite à la crise sanitaire en 2020.

Le financement des soins des ALD et de l'hôpital (dont une grosse partie des coûts est d'ailleurs la conséquence des ALD) constitue donc, depuis plusieurs années, un défi en termes d'économie de la santé et un enjeu majeur de santé publique. Si la soutenabilité pour l'Assurance maladie d'un tel rythme semblait déjà difficile avant le déficit annoncé du fait de la pandémie, autour de 50 Mds € en 2020, comment imaginer que l'Assurance maladie puisse continuer sur cette pente ?

Suite au rapport Aubert, des pistes pour résoudre la question du financement de ces risques lourds ont été introduites dans la stratégie « Ma santé 2022 », et réitérées lors du Ségur de la santé, mais toutes ces solutions sont encore à la charge de la seule Assurance maladie. Il s'agit d'une évolution profonde du financement des soins, dans le cadre du « parcours de soins » des malades chroniques ou des « épisodes de soins » concernant les hospitalisations, par le passage d'une rémunération basée en quasi-totalité sur l'activité (Tarification A l'Activité -T2A (4) pour l'hôpital et selon les actes pratiqués pour les professionnels de santé en ville), dans un système, de financement mixte, au moins à 50 % forfaitaire. Ainsi, la première rémunération au parcours de soins a été introduite en septembre 2019 pour les malades insuffisants rénaux chroniques, avec un forfait totalement pris en charge par l'Assurance maladie.

Par ailleurs, déjà bien avant le constat des effets du 100 % santé, la DREES constate, pour 2019, une quasi-stagnation de la prise en charge des dépenses par les OC depuis 2017, de 13,1 % à 13,4 % et relève la prise en charge par ces dernières :

- *des dépenses optiques, à 72,7 %, contre seulement 60 % en 2010 (en augmentation de + 6,6 % entre 2017 et 2018 et de +3,4 % et entre 2018 et 2019),*
- *des dépenses dentaires à 40,3 %.*

Dans le même temps, la part des OC dans les autres soins de ville est passée de 17,3 % à 16,5 % entre 2010 et 2019 ; et leur part dans la prise en charge des médicaments ne cesse de baisser depuis 2010 (de 15,9 % à 13,4 %). Ces chiffres montrent le recul involontaire et subi, du fait du Contrat responsable, de la prise en charge des dépenses des malades par les complémentaires santé. Ces dépenses se reportent de fait sur la Sécurité sociale, qui prend en charge 91,6 % des remboursement hospitaliers, 66 % des remboursement liés à la médecine de ville (en hausse de 3 points depuis 2010) 74,3 % pour les médicaments (contre 68 % en 2010).

Or la « cornérisation » des complémentaires santé dans la prise en charge du petit risque, imposée par la réglementation, va s'accélérer : le Contrat responsable impose en effet à ces dernières, depuis début 2021, la prise en charge à 100 % d'équipements optiques, de prothèses dentaires et auditives. Cette décision les contient ainsi dans la prise en charge de soins courants, en les écartant de la prise en charge des soins lourds.

Partie II - Pour une révision du Contrat responsable

La récente crise sanitaire nous a pourtant montré pourquoi cette logique clivante « petit risque » / « gros risque » est erronée. L'infection au SRAS-Cov 2 est un « petit risque » pour certaines personnes et un risque mortel pour d'autres. C'est bien le continuum de soins entre la médecine de ville et l'hôpital qui a permis de surveiller les patients, pour mettre en face les moyens *ad hoc* en cas d'aggravation, tout en évitant la saturation des capacités hospitalières. Ce sont bien les personnes âgées et / ou souffrant d'une ALD, sachant que les deux attributs sont fortement corrélés¹ qui ont payé le plus lourd tribut et nécessité les soins les plus lourds et coûteux, tant pour l'Assurance maladie que pour les complémentaires santé, qui ont réglé le Ticket Modérateur (TM) (2) de 20 % des coûts hospitaliers, soit plusieurs milliers d'euros par jour pour la réanimation.

Les complémentaires santé ont donc bien vocation à être des cofinanceurs importants des risques lourds. D'ailleurs des études, réalisées en 2010, sur la base de données anonymisées, ont démontré que les montants remboursés par les complémentaires santé pour les personnes en ALD étaient en moyenne deux fois supérieures aux montants pour les personnes ne souffrant pas d'ALD.

Qu'en est-il maintenant, après le renforcement du Contrat responsable par deux réformes successives et alors que nous assistons à une forte hausse de la prévalence des ALD² ? Et quels problèmes la situation pose-t-elle ?

L'effet négatif se situe tout d'abord au niveau du patient-assuré. Selon la dernière étude DREES sur le sujet (2011), pour le quartile de Français ayant les dépenses de santé les moins importantes et ne souffrant pas d'ALD (117 € en moyenne par an), le reste à charge est couvert à 82 % par les complémentaires santé. En revanche, pour les Français souffrant d'une ALD et occasionnant les dépenses les plus importantes (10 649 € en moyenne par an), cette couverture est de seulement 59 %.

¹ Selon une étude de la DREES datée de 2016, les ALD représentent 17 % de la population française prise dans son ensemble, mais 42 % chez les plus de 60 ans

² Selon une étude du Trésor de 2015, les patients en ALD étaient 3,3 millions en 1994 et seraient 13,2 millions de personnes en 2025

Une étude de 2019 de France Assos santé montre de plus, qu'à ce RAC annuel sur la partie des soins remboursables par la Sécurité sociale, s'ajoutent plus de 1000 euros en moyenne sur la partie non-remboursable (et non prise en charge par la complémentaire santé soumise au contrat responsable). Or le rôle de l'assurance ne doit-il pas être avant tout de prendre en charge les aléas auxquels un individu peut difficilement faire face, seul en termes financiers ?

Ensuite, l'impact de cette polarisation se ressent au niveau des complémentaires santé, dont le niveau de marge est globalement très faible (environ 1,3 % en 2017 et 2018) et même négatif concernant la couverture collective *via* les entreprises. Alors même que pouvoirs publics et associations de consommateurs les somment de ne pas augmenter leurs cotisations.

Dans ce contexte, une plus forte prise en charge de l'optique et du dentaire, qui représentaient déjà en moyenne 26 % de leurs prestations en 2018, avant le 100 % santé, conduit naturellement les complémentaires santé à ne pas proposer de garanties plus élevées sur les autres postes de soins. De plus, le Contrat responsable interdit aux complémentaires de rembourser au-delà d'un montant fixe, certains dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux (5). Les patients peuvent ainsi subir des niveaux insoutenables de RAC pour ces prestations, tandis que leur remboursement d'une paire de lunettes du panier 100 % santé, à quelques centaines d'euros est sans RAC depuis début 2020.



Partie III - Faire des complémentaires de véritables auxiliaires de la sécurité sociale

Quoi qu'en pensent certains, partisans du « tout sécu » ou de l'action isolée de la Sécurité sociale, les OC pourraient utilement renforcer leur complémentarité à la Sécurité sociale dans la gestion des risques lourds. Elles pourraient prendre ainsi une place, en complément de la rémunération forfaitaire du « parcours de soins » *a minima*, pour « bonifier » ce parcours : par exemple, en termes de prévention secondaire, d'éducation thérapeutique, de suivi, d'accompagnement, de télémédecine et contribuer ainsi au financement des meilleures pratiques. Les complémentaires santé pourraient ainsi contribuer à faire enfin sortir du stade des expérimentations la télésurveillance, dont l'efficacité a été prouvée en termes de contribution à la gestion de nombreuses ALD (comme le montre le programme ETAPES (5)).

À ce stade pourtant, la gouvernance de l'Assurance maladie semble les en croire incapables et préfère tout gérer, quitte à faire forcément « moins que mieux », pour ne pas alourdir une charge financière déjà très élevée pour la prise en charge de ces malades.

Les complémentaires santé pourraient également contribuer au financement de services santé adaptés, dans le cadre des « épisodes de soins », avec pour objectif l'amélioration de la gestion du risque des patients, à leur niveau certes mais aussi de manière globale. Par exemple, elles pourraient contractualiser, avec les professionnels et établissements de soins, la prise en charge de suivis similaires pour leurs assurés non éligibles aux critères de l'Assurance maladie ou augmentant l'efficacité des suivis déjà pris en charge par cette dernière.

Certains acteurs de la santé ont récemment appelé les complémentaires santé à se désengager du financement des coûts hospitaliers, au motif que ce désengagement pourrait résoudre certains problèmes administratifs et financiers. Cette solution serait cependant contre-productive, surtout au moment même où ces problèmes sont en passe d'être résolus dans le cadre du plan de digitalisation de l'hôpital SIMPHONIE (6) et de son volet concernant les échanges financiers avec les complémentaires santé, ROC (7).

On le voit, le changement de paradigme induit par la tarification forfaitaire des soins lourds, comme elle a débuté avec le forfait insuffisance rénale chronique, financé entièrement par l'Assurance maladie, risque d'entraîner des conséquences lourdes. Elle risque en particulier de rendre insoutenables les coûts supportés par la Sécurité sociale en matière d'ALD ; et de rendre impossible une participation efficiente des complémentaires santé à la gestion du risque pour les plus malades.

Est-ce souhaitable ? La réponse est évidemment non. Certes, il est vrai que jusqu'à maintenant, les complémentaires santé interviennent aveuglément derrière les règles de l'Assurance maladie, sa nomenclature et ses tarifs de référence. On en verra les raisons et les freins dans la partie 4. Mais puisque le changement de paradigme vers une tarification mixte (à l'acte et au forfait) pour les ALD et l'hospitalisation est une nouveauté, à la fois pour l'Assurance maladie et pour les complémentaires santé, pourquoi ne pas continuer à jouer la complémentarité et se mettre ensemble sur la courbe d'apprentissage pour être plus efficaces ?



Partie IV. Refonder la complémentarité sans aggraver les coûts

Il est nécessaire de remettre à plat la logique du Contrat responsable, qui confine les complémentaires dans le « petit risque » et les oblige à couvrir pour tout le monde (et sans critères sociaux) des dépenses de santé de quelques centaines d'euros que de nombreuses personnes actives et en bonne santé peuvent supporter – alors que de nombreux patients peinent à supporter des restes à charge de plusieurs milliers d'euros face à des coups durs qui entraînent souvent un arrêt ou une réduction d'activité.

Il n'est pas question de remettre en question les garanties d'accès aux soins en optique, dentaire et appareillage des plus fragiles : c'est un enjeu de santé publique et de solidarité. Mais cette obligation devrait varier en fonction des situations. Des véhicules permettent déjà l'accès aux soins de « petit risque » pour les plus démunis (CMU-C, ACS, CSS) et se renforcent d'année en année. Quel est l'intérêt d'en généraliser les contraintes et obligations pour tous, au détriment d'un financement plus efficient des coups durs ?

Il faut desserrer certaines contraintes tatillonnes de prise en charge sur certains postes comme l'optique.

Il faut permettre aux complémentaires santé d'expérimenter, en complément des évolutions du remboursement de l'Assurance maladie, des prises en charge innovantes, comme par exemple la téléconsultation par plateforme, qui n'est finalement pas un autre modèle que celui utilisé chaque jour par les plateformes gérant les urgences, notamment lors de la crise sanitaire : prise d'appel, écoute, repérage de la symptomatologie, triage, diagnostic, prescription et orientation.

Il faut cesser de gêner voire de bloquer, sans aucune logique, l'accès aux données anonymisées du Health data hub (7), qui sont indispensables pour mener des études pertinentes et permettre ainsi aux acteurs de la santé d'améliorer leur intervention auprès des usagers les plus lourds dans le cadre de la gestion du risque.

Il faut enfin réviser la loi Leroux (8) et en permettant aux organismes complémentaires de contractualiser plus librement avec les professionnels de santé, afin de pouvoir intervenir de manière efficiente et complémentaire dans le financement des prestations de suivi, qu'ils ne fournissent pas ou peu aujourd'hui faute de rémunération.

Conclusion

À l'heure où nous cherchons à renforcer notre système de santé, à repenser son financement, à résorber le déficit préoccupant de la sécurité sociale, à consolider la santé financière de nos hôpitaux, et face à une crise économique qui va nous obliger à repenser les fondamentaux de notre protection sociale, il faut faire des choix.

Dans ce cadre, il est important de ne pas oublier le rôle des complémentaires santé et de les faire participer de manière responsable et complémentaire (précisément) aux grands enjeux de santé publique et au fardeau financier de la nation : l'hôpital ET la gestion des malades chroniques. Ces deux postes vont en effet rapidement conduire le financement de notre sécurité sociale à dépasser les 80 % de la CSBM, avec le risque de ne plus pouvoir assurer la nécessaire acceptabilité sociale de la solidarité des bien portants avec les malades ou le financement des soins de longue durée.

Pour cela, il faut notamment débarrasser les complémentaires santé du carcan devenu absurde d'un Contrat responsable, qui les oblige à financer pour tous, sans distinction de moyens ou de besoins, un reste à charge largement supportable pour la plupart dans la consommation de soins courants du quotidien. Ceci, au détriment de lourdes dépenses indispensables en cas de coup dur.

Il convient aujourd'hui en effet de faire un choix concernant ce que les cotisations des complémentaires santé doivent couvrir, car il est vrai qu'elles ne peuvent continuer à augmenter, pour les personnes comme pour les entreprises, surtout en ces temps de difficultés économiques inédites.



Notes

(1) ALD - *Affection de Longue Durée exonérante. Maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit à l'exonération du Ticket Modérateur (TM) pour les soins et traitements liés à cette pathologie.*

(2) TM - *Ticket Modérateur. Partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social, une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part. Il s'applique sur tous les frais de santé remboursables par la Sécurité sociale, sauf exonération prévue par la réglementation, du fait de la situation du malade (ex. invalide de guerre), de la pathologie (cf. ALD) ou du type d'acte (ex : actes lourds de chirurgie).*

(3) CSBM - *Consommation de Soins et de Biens Médicaux. Cet indicateur regroupe les dépenses de santé remboursables (par la Sécurité sociale). Il porte sur les dépenses qui concourent directement au traitement des malades (soins hospitaliers et ambulatoires, consultations en médecine de ville, transports sanitaires, biens médicaux). Les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en institution en sont exclues.*

(4) T2A - *Tarifification à l'activité. Le principe de financement des activités d'un établissement de santé par la T2A est que pour la même pathologie un patient soit soigné pour un même montant, quel que soit l'établissement. Chaque patient est classé dans un Groupe Homogène de malades (GHM), correspondant à un Groupe Homogène de Séjour (GHS), selon les soins et actes qu'il doit recevoir en théorie selon ses caractéristiques, qui fait l'objet d'un tarif. La T2A s'applique pour les activités Maternité, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), ainsi que partiellement pour les Soins de Suite et de Rééducation (SSR).*

(5) OPTAM-OPTAM-CO - *OPTION TARIFAIRE MAÎTRISÉE et OPTION TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE et OBSTÉTRIQUE. Ces deux dispositifs sont proposés par l'Assurance Maladie aux médecins/ chirurgiens signataires exerçant en secteur 2 (conventionnés avec autorisation de dépassements d'honoraires), ayant pour objectif de limiter contractuellement, sans les supprimer, leurs dépassements d'honoraires.*

(6) ETAPES - *Expérimentations de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé. Programme d'expérimentations qui encourage et soutient financièrement le déploiement de projets de télésurveillance cohérents et pertinents sur l'ensemble du territoire.*

(7) Health data hub. *Système de base de données et de services liés permettant de croiser les bases de données de santé existantes (une base de données médico-administratives exceptionnelle, de nombreuses cohortes, registres et données hospitalières) et de faciliter leur utilisation par les nombreuses équipes de recherche et de développement avec un respect total de la vie privée des usagers du système de santé.*

(8) Loi Leroux - *Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014. Elle autorise les mutuelles à pratiquer des remboursements différenciés au sein de leurs réseaux de soins (c'était déjà le cas pour les assureurs privés et les institutions de prévoyance) mais prévoit également que les conventions passées avec les professionnels de santé autres que les opticiens, les dentistes et les audioprothésistes ne peuvent pas être l'objet de négociations tarifaires.*

(9) SIMPHONIE. *Programme de digitalisation des hôpitaux, en priorité publics, visant à en sécuriser les recettes et à diminuer la charge administrative des personnels et des patients.*

(10) ROC - *Remboursement des Organismes Complémentaires. Programme au sein de SIMPHONIE visant à sécuriser le recouvrement des recettes et améliorer la situation financière des hôpitaux, en facilitant et automatisant le recueil des informations relatives à la couverture AMC du patient dès la préadmission/admission et les flux de facturation.*

(11) CMU-C, ACS, CSS. *Depuis le 1er novembre 2019, la Complémentaire santé Solidaire, remplaçant les précédents dispositifs de la Complémentaire maladie universelle-Complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la Complémentaire santé é(ACS), permet aux personnes les plus démunies, en fonction de leurs revenus, de bénéficier d'une complémentaire santé gratuite ou coûtant au maximum 30 euros par mois. Ce dispositif est financé par la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) prélevée sur les cotisations des complémentaires santé (13,27% pour les contrats responsables et 20,27% pour les autres).*

