

Analyse d'impact des nouvelles règles du fonds social

Comité du 25 juin 2025

Rappel du contexte et des objectifs

○ Situation antérieure (jusqu'au 31/12/2023)

- Tous les dossiers étaient présentés au comité quelle que soit la demande et quel que soit le quotient familial.
- Plus de 2/3 des dossiers étaient refusés principalement en raison de la nature de la demande et dans certains cas au regard du quotient familial.

	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2023 (avril)	total
Nombre de dossiers présentés	33	106	117	81	94	72	24	527
Taux de refus	55%	64%	72%	73%	70%	63%	67%	68%

- Pour les dossiers acceptés le montant attribué était défini au cas par cas et pouvait être différent d'un comité à l'autre pour un même type de demande et un même niveau de quotient familial.

○ Objectifs

- **Augmenter le taux de dossiers acceptés et harmoniser les décisions d'un comité à l'autre** (*même type de demande et même niveau de QF = même niveau d'intervention ou de reste à charge*)
- ⇒ Pour ce faire il est proposé de **définir un «référentiel» et des règles à utiliser pour la préparation des dossiers à présenter au comité, le comité restant décisionnaire de l'attribution ou non d'une aide et du montant de l'aide au regard des spécificités de chaque dossier.**

Rappel des principes proposés

○ 1 - Lever le principe "pas d'intervention SS = pas d'intervention du fonds social"

- Un dossier sans intervention SS peut donner lieu à intervention du fonds social en fonction du quotient familial et de la demande

⇒ *exemple : les prothèses dentaires non remboursées SS ou les implants pourront faire l'objet d'un remboursement en fonction du reste à charge et du quotient familial*

- Il peut rester des cas pour lesquels la demande est refusée "par principe", compte tenu de la nature de la demande, quel que soit le quotient familial. Les cas concernés sont à identifier de façon précise pour que les personnes soient informées avant de monter un dossier de demande d'aide

⇒ *exemple : pas d'intervention du fonds social pour des actes de chirurgie esthétique*

Le chirurgie esthétique est à distinguer de la chirurgie reconstructrice et réparatrice qui peut donner lieu à une intervention du fonds social

○ 2 – Définir le type de demande qui peuvent donner lieu à une intervention du fonds social

- L'objectif est d'éviter aux assurés de monter des dossiers pour des demandes qui seront refusées du fait de la nature de la demande. Lorsque les frais ne rentrent pas le périmètre d'intervention du fonds social, le demandeur en est informé et est orienté vers d'autres actions du HDS (pack prévention, coups durs, aidant ...) ou d'autres organismes (HandiEM, AXA entraide ...).

○ 3 - Définir des prix de « référence » et un barème d'intervention « maximum »

- Si les frais réels sont très supérieurs aux prix de référence, le demandeur en est informé. L'aide est attribuée en tenant compte du prix de référence et le calcul du Reste à Charge est basé sur le prix de référence

Règles testées depuis janvier 2024 et ajustements validés en octobre 2024 (1/2)

○ Règles d'intervention selon le type de demande

	Type de demande	Prix de référence	Proposition d'intervention maximum du fonds social
Règle 1	Actes ou prestations de soins de santé remboursés par la Sécurité sociale (et par le RPC) mais avec un reste à charge élevé	600% BR dans la limite du plafond du contrat responsable et des frais réels	1 fois la BR dans la limite du reste à charge calculé en plafonnant les frais réels au prix de référence
Règle 2	Actes ou prestations de soins de santé non remboursés par la Sécurité sociale mais pour lesquels il existe une base de remboursement SS connue	250% BR dans la limite des frais réels	50% 60% du prix de référence dans la limite du reste à charge calculé en plafonnant les frais réels au prix de référence
Règle 3	Médecine douce / médecine non conventionnelle remboursées ou non par le RPC (ostéopathie, acupuncture, ergothérapie, psychologie)	pas d'intervention du fonds social	0 € dans le cadre du fonds social <i>le remboursement par le régime est limité à ce que rembourse le RPC/RS pour les postes concernés ou par le HDS dans le cadre de "packs" dédiés. Les demandes sont réorientées si c'est possible vers les autres dispositifs du HDS : aide au aidant, maladie grave, pack ergothérapie/ psychomotricité, prévention (ou autre packs à créer) et /ou vers HANDIEM ou AXA entraide</i>
Règle 4	Actes ou prestations de soins de santé non remboursés SS mais qui font l'objet d'un remboursement par le RPC (ex : chambre particulière ...)	pas d'intervention du fonds social	<i>le remboursement par le régime est limité à ce que rembourse le RPC/RS pour les postes concernés ou par le HDS dans le cadre de "packs" dédiés. Les demandes sont réorientées si c'est possible vers les autres dispositifs du HDS : aide au aidant, maladie grave, pack ergothérapie/ psychomotricité, prévention (ou autre packs à créer) et /ou vers HANDIEM ou AXA entraide</i>
Règle 5	Actes ou prestations de soins de santé non remboursés SS et non remboursés par le RPC pour lesquels il n'y a pas de base de remboursement ou pour lequel la base de remboursement n'est pas connue, hors médecine douce	Frais réel	60% des frais réels plafonné à 300 € 500 € par acte dans la limite du reste à charge de chaque acte
Règle 6	Demandes qui ne concernent pas un remboursement de frais de santé (exemple : aménagement de domicile, aide à la personne ...)	pas d'intervention du fonds social	0 € dans le cadre du fonds social <i>Le fonds social est un fonds social pour les reste à charge importants liés à des dépenses de santé. Les demandes qui ne concernent pas des frais de santé ne rentrent pas dans le périmètre du fonds social. Elles sont réorientées si c'est possible vers les autres dispositifs du HDS : aide au aidant, maladie grave, pack ergothérapie/ psychomotricité, prévention (ou autre packs à créer) et /ou vers HANDIEM ou AXA entraide</i>

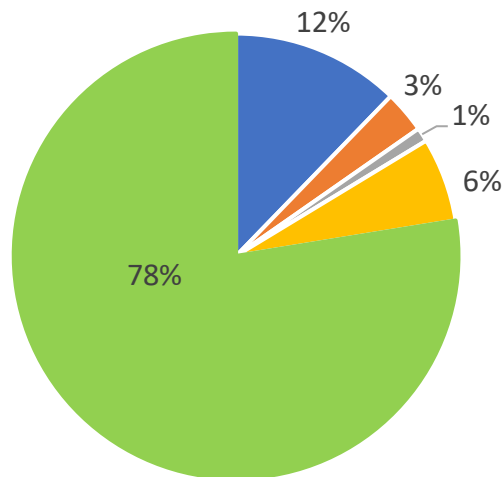
Règles testées depuis janvier 2024 et ajustements validés en octobre 2024 (2/2)

Règle 7	7.1 - Le fonds social ne doit pas rembourser 100% du reste à charge => le reste à charge minimum à laisser doit être fonction du quotient familial																																
	7.2 - Le niveau d'intervention augmente si le QF baisse																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>tranche de quotient familial</th> <th>RAC sur max tranche</th> <th>Reste à charge minimum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 000 €</td><td>5,0%</td><td>50</td></tr> <tr><td>1 250 €</td><td>8,0%</td><td>100</td></tr> <tr><td>1 500 €</td><td>10,0%</td><td>150</td></tr> <tr><td>1 750 €</td><td>12,5%</td><td>219</td></tr> <tr><td>2 000 €</td><td>15,0%</td><td>300</td></tr> <tr><td>2 500 €</td><td>20,0%</td><td>500</td></tr> <tr><td>3 000 €</td><td>33,0%</td><td>990</td></tr> <tr><td>4 000 €</td><td>50,0%</td><td>2 000</td></tr> <tr><td>5 000 €</td><td>80,0%</td><td>4 000</td></tr> </tbody> </table>	tranche de quotient familial	RAC sur max tranche	Reste à charge minimum	1 000 €	5,0%	50	1 250 €	8,0%	100	1 500 €	10,0%	150	1 750 €	12,5%	219	2 000 €	15,0%	300	2 500 €	20,0%	500	3 000 €	33,0%	990	4 000 €	50,0%	2 000	5 000 €	80,0%	4 000	<p>Niveau d'intervention (en % du plafond cible calculé selon les règles 1 à 6)</p> <p>250%</p> <p>200%</p> <p>150%</p> <p>100%</p> <p>94%</p> <p>83%</p> <p>72%</p> <p>50%</p> <p>28%</p>	<p>calcul des RAC et niveau d'intervention linéaire entre les tranches</p>	<p><u>RAC minimum :</u> => exemple 1: pour un QF de 1 250 €, le reste à charge minimum est de 8% du QF (soit 100 €) . Le fonds social peut intervenir sur un reste à charge supérieur à 100 €. => exemple 2: pour un QF de 3 000 € le fonds social n'intervient pas pour un reste à charge de moins de 990 €; si le reste à charge est supérieur à 990 €, le fonds social peut intervenir mais en laissant un reste à charge minimum de 990 €.</p> <p><u>Niveau d'intervention:</u> => Si les règles de calcul du niveau d'intervention donne un montant de 500€: - le plafond d'intervention pour un QF de 1000€ est de 1 250 € (500 x 250%) dans la limite du reste à charge - le plafond d'intervention pour un QF de 1750€ est de 500 € (500 x 100%) dans la limite du reste à charge - le plafond d'intervention pour un QF de 2500 € est de 415 € (500*83%) dans la limite du reste à charge</p>
tranche de quotient familial	RAC sur max tranche	Reste à charge minimum																															
1 000 €	5,0%	50																															
1 250 €	8,0%	100																															
1 500 €	10,0%	150																															
1 750 €	12,5%	219																															
2 000 €	15,0%	300																															
2 500 €	20,0%	500																															
3 000 €	33,0%	990																															
4 000 €	50,0%	2 000																															
5 000 €	80,0%	4 000																															
Règle 8	<p>L'intervention du fonds social doit rester ponctuelle => pas d'intervention récurrente</p> <p>Lorsque le demandeur a déjà fait une demande au fonds social dans l'année ou les années précédente, sa(ses) demande(s) et le(s) montant(s) accordé(s) sont rappelé(s) au Comité lors de la présentation de la nouvelle demande.</p>																																
Règle 9	<p>Les règles 1 à 8 permettent de faire un précalcul des montants qui pourraient être pris en charge par le fonds social : dans tous les cas la décision appartient au Comité ; le comité peut décider d'intervenir ou pas et fixe le montant en fonction du QF et du cas concerné</p>																																

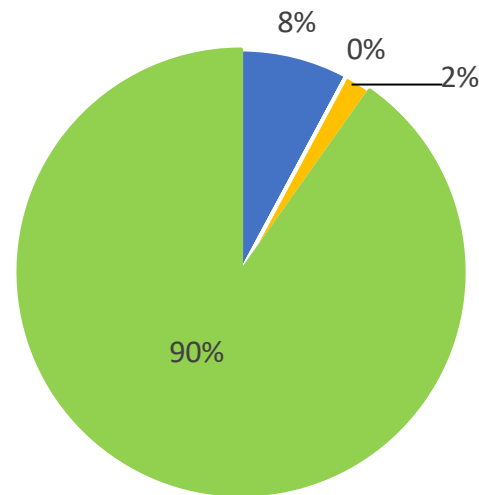
Bilan de janvier 2024 à avril 2025

- Sur la période de janvier 2024 à avril 2025, le comité a suivi les règles proposées pour 78% des dossiers, ce % grimpe à 90% après ajustements des règles en octobre 2025.
 - Dans 12% des cas (8% depuis octobre 2025) le comité est intervenu alors que les règles prévoyaient une absence d'intervention : cela concerne principalement les dépassements d'honoraires non OPTAM et la médecine douce (intégrant le suivi psychologique).
 - Dans 6% des cas (2% depuis octobre 2025) le comité n'est pas intervenu alors que les règles permettaient une intervention cela concerne principalement les cas pour lesquels i) le comité a jugé que les frais exposés ne rentraient pas dans les frais de soins de santé (exemple : injection d'anti-douleur) ou lorsque le montant de l'intervention possible était faible au regard du reste à charge et du quotient familial.

De janvier 2024 à avril 2025



D'octobre 2024 à avril 2025



- Le comité est intervenu alors que les règles prévoyaient une absence d'intervention
- Le comité a accordé un montant un peu supérieur
- Le comité a accordé un montant un peu inférieur
- Pas d'intervention alors que les règles permettaient une intervention
- Le comité a suivi les règles

Bilan janvier 2024 – avril 2025

- Sur la période de janvier 2024 à mai 2024, l'application des nouvelles règles a permis d'augmenter de 50% le taux de demandé acceptée (49% des demandes ont donné lieu à une indemnisation du fonds social entre janvier 2024 et avril 2025 contre 32% en 2023). Le montant moyen accordé par demande a augmenté de 25% (889€ / 709€) et le montant moyen accordé par mois a presque doublé (2 668 € / 1358 €).
 - Sur le dentaire qui représente environ 40% des demande, le taux d'intervention est passé de 48% à 87% et le montant moyen accordé a augmenté de 31%.
 - Le taux de refus reste élevé sur le handicap (93%) car toutes les demandes liées à l'aménagement du domicile ou à des équipements non directement liés à la santé sont refusés. Toutefois ces demandes sont désormais transmises directement à HANDIEM.
 - Le taux de refus reste également élevé sur les médecines douces (intégrant le suivi psychologique) qui en principe ne donnent pas lieu à intervention du social sauf lorsque la demande concerne des prestations similaires à celles financées par un pack HDS et pour laquelle le comité décide dans certains cas d'accorder une aide similaire à celle du pack.

TYPE DE DEMANDE	Année 2023 (12 mois)				
	Nombre de demandes	%	Taux de refus	Montant accordé	Montant moyen/ par dossier accepté
DENTAIRE	29	41%	52%	10 400 €	743 €
DENTAIRE + HOSPITALISATION	1	1%	100%		–
DENTAIRE + OPTIQUE	1	1%	0%	750 €	750 €
HANDICAP	12	17%	100%		–
HOSPITALISATION	8	11%	50%	3 450 €	863 €
MEDECINE DOUCE	9	20%	78%	1 000 €	500 €
MEDECINE DOUCE + AUTRES	3		100%		–
MEDECINE DOUCE + DENTAIRE					
OPTIQUE	3	4%	67%	100 €	100 €
AUTRE	1	1%	100%		
Total	71	100%	68%	16 300 €	709 €

TYPE DE DEMANDE	Janvier 2024 à avril 2025 (16 mois)					Evolution / 2023	
	Nombre de demandes	%	dont refus	Taux de refus	Montant accordé		Montant moyen/ par dossier accepté
DENTAIRE	38	39%	5	13%	32 206 €	976 €	31%
DENTAIRE + HOSPITALISATION	1	1%	0	0%	100 €	100 €	
DENTAIRE + OPTIQUE							
HANDICAP	15	15%	14	93%	200 €	200 €	
HOSPITALISATION	8	8%	4	50%	2 150 €	538 €	
MEDECINE DOUCE	23	27%	16	70%	5 304 €	758 €	
MEDECINE DOUCE + AUTRES	1		1	100%	0 €	–	
MEDECINE DOUCE + DENTAIRE	2		0	0%	2 730 €	1 365 €	
OPTIQUE	3	3%	3	100%	0 €	–	
AUTRE	7	7%	7	100%	0 €	–	25%
Total	98	100%	50	51%	42 690 €	889 €	

Taux de demande acceptée	32%
Montant moyen par mois	1 358 €

=>

Taux de demande acceptée	49%	51%
Montant moyen par mois	2 668 €	96%