



NOTE

L'INCIDENCE DES REFORMES DU « 100 % SANTE » ET DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE POUR LES PERSONNES AGEES

Adoptée le 17 avril 2020

par procédure électronique en raison des circonstances liées à l'épidémie du Covid-19.

SOMMAIRE

Introduction.....	4
I. Dépenses de santé et reste à charge des personnes âgées.....	5
A. Les dépenses de santé augmentent avec l'âge.....	5
B. Le reste à charge des personnes âgées après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO).....	6
1) La couverture par l'AMO croît avec l'âge et représente plus de 80 % des dépenses de santé chez les personnes âgées de plus de 60 ans	6
2) Un reste à charge moyen après AMO croissant mais contenu pour les personnes de plus de 60 ans.....	8
3) 25 % des personnes âgées de 80 ans ou plus supportent un RAC après AMO supérieur à 100 €/mois.....	9
C. Dépenses de santé à la charge des personnes âgées après intervention de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	10
1) Un reste à charge moyen après AMC des personnes de plus de 60 ans supérieur au reste à charge moyen.....	11
2) Un taux d'effort des personnes âgées après prise en compte des cotisations de couverture complémentaire d'environ 5 %	12
3) Un taux d'effort représentant plus de 10 % des revenus des personnes âgées les plus modestes	13
II. La couverture complémentaire des personnes âgées avant la mise en place du 100 % santé et de la complémentaire santé solidaire	15
A) Le champ de la complémentaire santé.....	15
1) Acteurs	15
2) 97 % des retraités disposent d'une couverture complémentaire	15
B. Les niveaux de garanties	17
1. Les couvertures complémentaires (hors CMU-C et ACS) souscrites par les personnes de 60 ans ou plus offrent un niveau de garanties plus faible que celles souscrites par le reste de la population	17
2. Tarification des couvertures complémentaires souscrites à titre individuel (hors CMU-C et ACS)	18
3. Tarif moyen par niveau de garanties (contrat individuel)	19
III. L'apport du 100 % santé pour les personnes âgées.....	21
A. La logique de la réforme	21
1. Un 100 % santé qui cible les plus gros renoncements aux soins en moyenne	21
2. Les équilibres de la réforme et le financement du 100 % santé.....	22
3. Le 100 % santé cible une grande partie des plus gros restes à charge des personnes âgées, notamment pour les plus modestes	23

B. Les avancées en optique, dentaire et audiologie pour les personnes âgées	27
1. Zéro reste à charge en optique en 2020.....	28
2. Zéro reste à charge en audiologie en 2020	30
3. Zéro reste à charge en dentaire en 2020.....	32
IV. L'apport de la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les personnes âgées.....	36
A. Les contours de la réforme	36
1. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : situation actuelle	36
2. L'acquis du 100 % santé et du panier CMU-C pour le panier de soin CSS	43
3. Un élargissement potentiel des publics notamment chez les retraités	46
B. Bilan pour les personnes âgées.....	49
1. Un coût de la complémentaire supérieur dans certaines situations mais pour un meilleur panier de soins	49
2. Un coût final (cotisation + RAC) abaissé en cas de consommation dans l'année d'un bien du panier 100 % santé.....	50
V. Les pistes d'amélioration du taux de recours par l'information et l'automatisation.....	52
ANNEXES.....	54
Annexe 1. Le dispositif des affections de longue durée (ALD).....	55
Annexe 2. Modele ines-omar.....	58
Annexe 3. Répartition de la population par âge.....	58
Annexe 4. Mesure par la Drees du niveau de garantie offert par les couvertures complémentaires.....	59
Annexe 5. Dépenses de santé et niveau de vie	60
Annexe 6. Le panier de bien 100 % santé	62
Annexe 7. Contribution du fonds CSS pour le HCFEA.....	65
Annexe 8. Dispositifs de communication et information sur la Css.....	66
Annexe 9. Fréquentation des dispositifs de simulation CSS	70
Annexe 10. Comparaison des bases ressources apa et css.....	73

INTRODUCTION¹

Les dépenses de santé croissent avec l'âge. C'est aussi le cas du reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, bien que l'augmentation en soit contenue par une série de dispositifs visant à en amortir le poids (par exemple l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée). La couverture par une assurance complémentaire de qualité est considérée comme un élément clé de l'accès aux soins.

Face aux inégalités d'accès au système de soins les pouvoirs publics ont cherché à favoriser la couverture complémentaire, notamment pour des publics vulnérables et les ménages modestes. Cette note a pour objet de présenter des incidences pour les personnes âgées des dernières réformes relatives au 100 % santé ou « Zéro reste à charge », d'une part, et d'autre part à la Complémentaire santé solidaire.

A partir d'une réactualisation de la note du HCFEA de 2017 sur les conditions de vie des personnes âgées (volet dépenses de santé), elle procède à un focus plus spécifique sur les postes de soins générant les plus gros restes à charge en vue d'analyser les impacts de la réforme du 100 % santé pour les personnes âgées. Dans un second temps nous présentons les incidences de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire.

Nous n'abordons pas ici les questions plus larges de parcours de soin.

¹ Note, synthèse et avis adoptés par consensus, à l'exception des syndicats UCR-CGT, UCR-FO, FGR-FP, FSU, UNRPA qui s'abstiennent sans s'opposer à la transmission de l'avis adopté par consensus, les syndicats rappelant leur préférence pour une sécurité sociale intégrale (intégrant l'actuel périmètre des complémentaires santé dans le régime de base).

I. DEPENSES DE SANTE ET RESTE A CHARGE DES PERSONNES AGEES

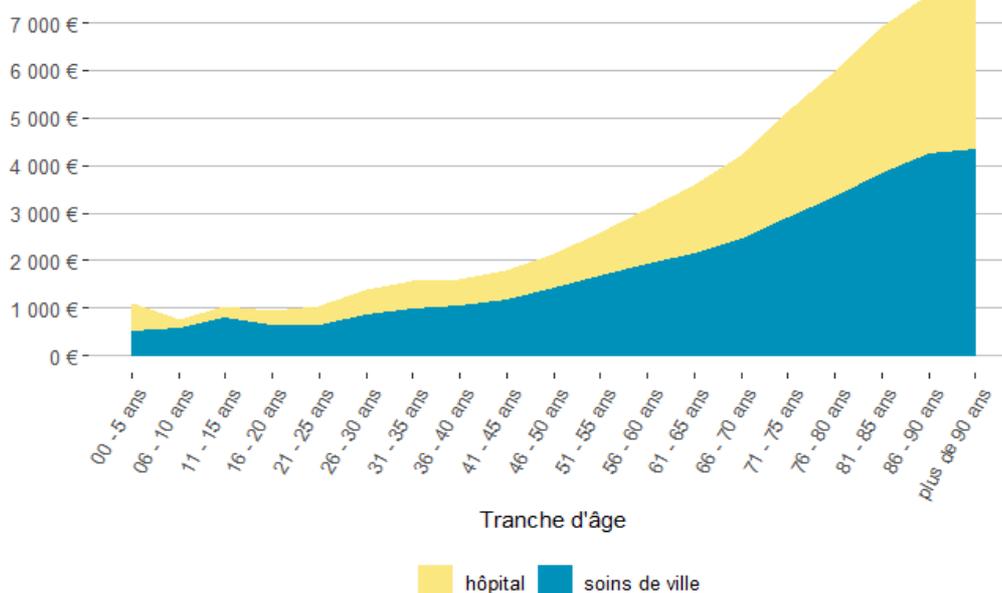
A. LES DEPENSES DE SANTE AUGMENTENT AVEC L'AGE

Les dépenses de santé des personnes âgées² de 60 ans et plus atteignent en moyenne en 2016 près de 5 115 € par an et par consommant³.

Elles augmentent fortement avec l'âge, du fait de besoins croissants de soins⁴ (graphique 1). En moyenne de 4 460 €/an chez les individus âgés de 60 à 79 ans, elles atteignent 7 230 €/an chez les individus âgés de 80 ans et plus.

L'augmentation des dépenses de santé avec l'âge concerne aussi bien les dépenses de ville que les dépenses d'hôpital. Les dépenses d'hôpital tendent cependant à représenter une part légèrement croissante avec l'âge des dépenses individuelles totales (35 % avant 60 ans, 42 % entre 61 et 80 ans, 44 % au-delà de 80 ans).

Graphique 1. Dépense annuelle moyenne par tranche d'âge en 2016 – Répartition soins de ville et hôpital (consommants uniquement)



² Les données statistiques sur les dépenses des personnes âgées ne sont pas exhaustives. Celles concernant des personnes vivant en EHPAD ne sont prises en compte que si elles sont individualisables (facturation directe au bénéficiaire). Par contre, il manque tout ou partie des dépenses des bénéficiaires des EHPAD dits en « tarif soin global », dans lesquels certains soins médicaux personnels des résidents (médicaments, consultations, radiologie, etc.) sont directement pris en charge puis remboursés à l'EHPAD.

³ Nous parlerons par la suite de « consommants » pour qualifier les personnes ayant consommé des soins ou des biens médicaux en cours d'année. On distinguera dans l'ensemble de cette note les dépenses de santé individuelles, notamment pour les consommants, et les dépenses de santé supportées au niveau d'un ménage.

⁴ En 2016, 62 % des bénéficiaires âgés de plus de 80 ans étaient en ALD, contre 7% des bénéficiaires âgés de 31 à 40 ans (voir infra).

Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale). Champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé, MCO dans le public. Dépenses de santé individualisables, remboursables et présentées au remboursement, hors médico-social.

Précision : La dépense moyenne est calculée en fonction de la population des consommateurs (i.e. des bénéficiaires qui ont consommé des soins ou biens médicaux en 2016) de chaque catégorie d'âge.

Sources : DCIRS et PMSI MCO 2016. Calculs de la DREES.

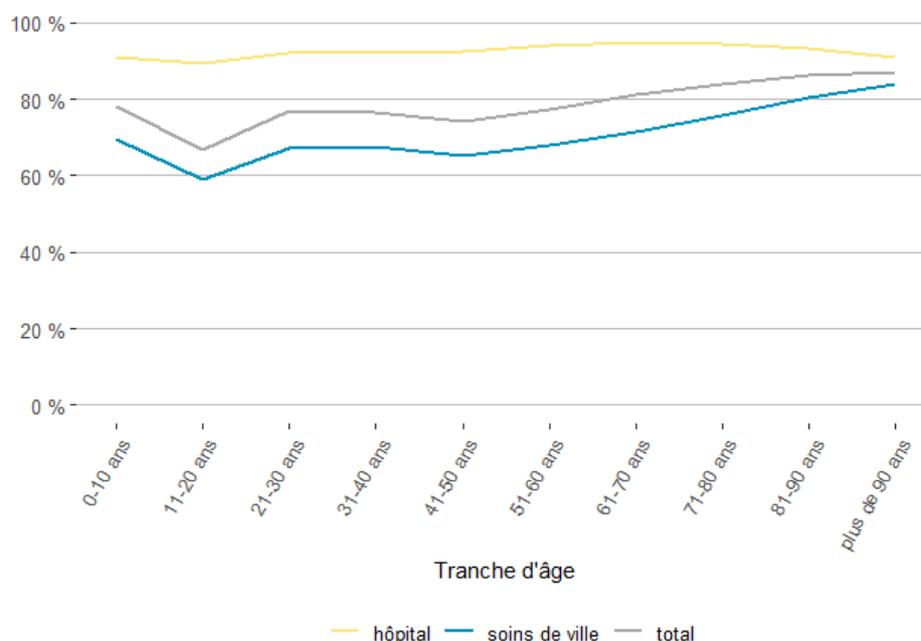
B. LE RESTE A CHARGE DES PERSONNES AGEES APRES INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)

1) La couverture par l'AMO croît avec l'âge et représente plus de 80 % des dépenses de santé chez les personnes âgées de plus de 60 ans

Sur l'ensemble de la population, l'AMO couvrait en moyenne 79 % des dépenses de santé en 2016.

Le taux de prise en charge est en moyenne plus élevé chez les plus âgés que sur le reste de la population ([graphique 2](#)), en raison de leur consommation particulière, davantage tournée vers les soins les mieux remboursés⁵, et du fait qu'une part plus importante d'individus bénéficiant du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée. Il atteint à 81 % chez les 61-70 ans, 84 % chez les 71-80 ans et à 86 % chez les 80 ans et plus.

Graphique 2. Part de la dépense remboursée par l'AMO par tranche d'âge en 2016



Sources : DCIRS et PMSI MCO 2016. Calculs de la DREES

Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale). Champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé, MCO dans le public. Dépenses de santé individualisables, remboursables et présentées au remboursement, hors médico-social.

⁵ Voir annexe 1 pour un détail sur la prise en charge relative aux affections de longue durée (ALD)

a) Pour les soins de ville

Le reste à charge (RAC) après AMO se compose :

(1) du ticket modérateur = participation financière variant de 30 % à 85 % de la base de remboursement ou tarif de convention, selon les catégories de soins, l'intérêt thérapeutique des produits et le parcours de soins. Certains assurés bénéficient de taux réduits.

(2) d'une participation forfaitaire de 1 € pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin, pour les radiologies et les analyses de biologie médicale. Elle est plafonnée à 4 € par jour pour un même professionnel et à 50 € par an par assuré. Il existe également des franchises médicales (également plafonnées) sur les médicaments, actes paramédicaux ou transports sanitaires.

Ces deux éléments constituent ce que l'on appelle le RAC opposable.

(3) RAC lié à la liberté tarifaire (dépassement d'honoraires ou tarifs libres sur certains actes ou produits). Cette liberté tarifaire est encadrée pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, comme elle l'était pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS qui bénéficient de tarifs plafonds opposables aux professionnels de santé. Avec la mise en œuvre de la réforme 100 % santé, elle le sera également pour l'ensemble des assurés sur une partie des lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses (cf. section III).

b) À l'hôpital

Dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée, les soins sont pris en charge à 80 % par l'Assurance Maladie (sauf cas particuliers), et le ticket modérateur est donc de 20 %. En cas d'hospitalisation avec nuitée dans l'établissement, le patient participe financièrement aux frais d'hébergements et d'entretien liés à son hospitalisation au travers d'un forfait journalier. Le RAC après AMO d'un assuré de droit commun est alors égal au montant le plus élevé entre le forfait journalier et le ticket modérateur.

Les modalités de calcul du ticket modérateur

L'assiette sur laquelle est calculé le ticket modérateur diffère selon le statut de l'établissement. Pour les établissements à but lucratif, l'assiette repose sur le groupe homogène de séjour « privé » (GHS), c'est-à-dire sur la base des tarifs de l'assurance maladie pour la pathologie dont relève le patient hospitalisé, hors honoraires de professionnels de santé. Les patients paient en plus un ticket modérateur sur les actes des professionnels libéraux. Pour les établissements publics et à but non lucratif (ex-dotation globale), l'assiette repose sur le tarif journalier de prestation (TJP) multiplié par la durée de séjour. La nomenclature qui sert de base au calcul du ticket modérateur est propre à chaque établissement et varie de manière importante d'un établissement à l'autre.

Dans le cadre de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital prévue par le PLFSS 2020 une nomenclature simplifiée et fixée au niveau national est mise en place pour le calcul de la participation des patients. Cette modalité de tarification continuera de reposer sur des tarifs journaliers, mais le calcul en sera plus homogène et plus simple qu'actuellement, tout en tenant compte du niveau de charges constaté par catégorie d'établissement.

Au ticket modérateur (fixé à 20 %) peuvent s'ajouter les éventuels suppléments pour confort personnel (comme une chambre individuelle, le téléphone, la télévision, etc.) ainsi que les dépassements d'honoraires médicaux, variables d'un établissement à l'autre.

Le forfait journalier hospitalier est de 20 €/jour en hôpital ou en clinique et 15 €/jour pour les séjours en psychiatrie.

Ces participations financières font l'objet de nombreuses exonérations. Les principales (liste non exhaustive) concernent :

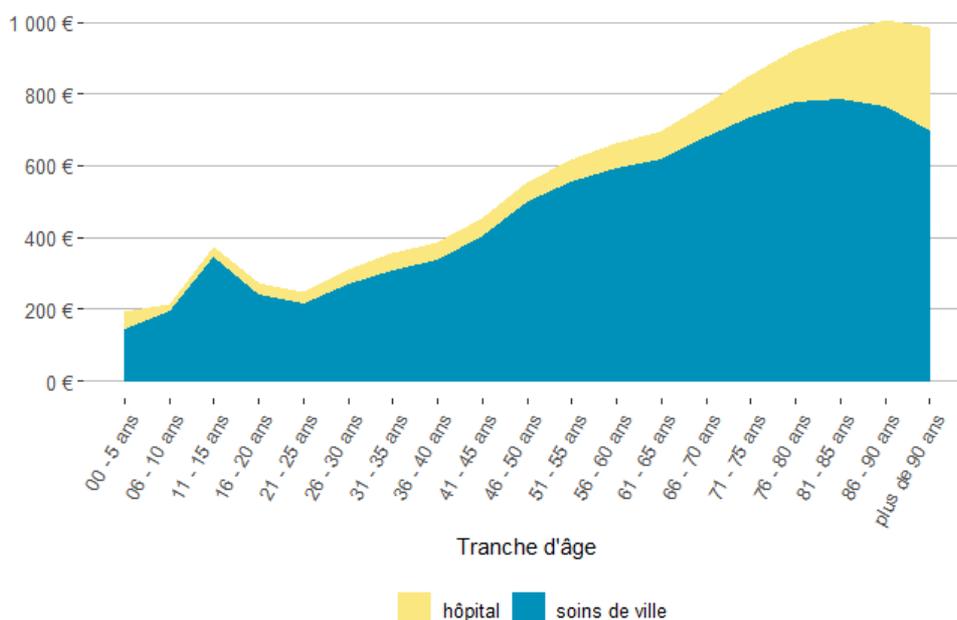
- Les assurés en ALD, qui sont exonérés du TM pour les actes en lien avec l'affection exonérante ;
- Les hospitalisations longues, à compter du 31^{ème} jour ;
- Les personnes en invalidité, ainsi (entre autres) que les femmes au titre de l'assurance maternité, qui bénéficient d'une exonération complète ;
- Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont exonérés des franchises et de la participation financière de 1 € (voir infra).

2) Un reste à charge moyen après AMO croissant mais contenu pour les personnes de plus de 60 ans

Bien que le taux de prise en charge par l'AMO augmente avec l'âge des assurés, le RAC après AMO reste, en valeur, croissant avec l'âge, les personnes âgées ayant des dépenses de santé plus élevées que le reste de la population ([graphique 3](#)).

Chez les consommateurs âgés de 60 ans ou plus il est en moyenne de 832 €/an en 2016 : 785 €/an chez les personnes âgées de 61 à 79 ans et 980 €/an chez celles âgées de 80 ans ou plus (contre 385 € chez les moins de 60 ans).

Graphique 3. Reste à charge moyen après intervention de l'AMO par tranche d'âge en 2016 –répartition soins de ville et hôpital (consommants uniquement)



Précision : Le RAC moyen est calculé en fonction de la population des consommateurs (*i.e.* des bénéficiaires qui ont consommé des soins ou biens médicaux en 2016) de chaque catégorie d'âge.

Notes de lecture : En 2016, le reste à charge moyen, après remboursements de l'assurance maladie obligatoire, des assurés âgés de 80 ans et plus est estimé à 981 € dont 759 € pour les soins de ville et 222 € pour l'hôpital.

Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale). Champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé, MCO dans le public. Dépenses de santé individualisables, remboursables et présentées au remboursement, hors médico-social.

Sources : DCIRS et PMSI MCO 2016. Calculs de la DREES.

Les RAC après AMO liés aux dépenses d'hospitalisation sont plus importants pour les personnes âgées que pour le reste de la population, et augmentent avec l'âge au-delà de 60 ans. Ils atteignent un montant moyen de 155 € chez les 60-79 ans et 220 € chez les plus de 80 ans⁶.

L'augmentation des RAC après AMO concerne également les soins de ville (hors optique, dentaire et audioprothèse), en moyenne égaux à 380 € chez les 61-80 ans et 500 € chez les plus de 80 ans.

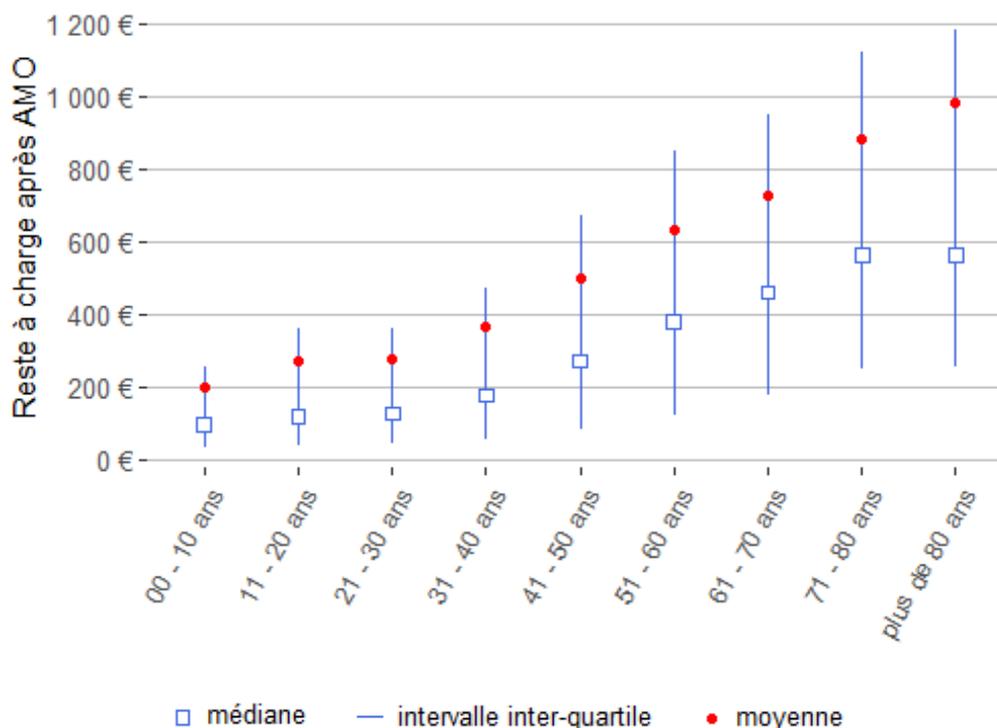
3) 25 % des personnes âgées de 80 ans ou plus supportent un RAC après AMO supérieur à 100 €/mois

Parmi les consommateurs, les RAC après AMO recouvrent des disparités importantes, certaines sous-populations supportant un RAC nettement supérieur au RAC moyen, que ce soit en soins de ville ou à l'hôpital.

La dispersion des RAC après AMO croît avec l'âge (graphique 4). Sur l'ensemble des dépenses de soins, la proportion de personnes supportant un RAC après AMO supérieur à 100 €/mois (soit 1200 €/an) augmente avec l'âge pour atteindre 25 % chez les individus consommateurs âgés de 80 ans ou plus.

⁶ Inclue le forfait journalier hospitalier

Graphique 4. Dispersion du RAC après AMO des consommateurs (soins de ville et hôpital) par tranche d'âge en 2016



Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale). Champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé, MCO dans le public. Dépenses de santé individualisables, remboursables et présentées au remboursement, hors médico-social.

Sources : DCIRS et PMSI MCO 2016. Calculs de la DREES.

C. DEPENSES DE SANTE A LA CHARGE DES PERSONNES AGEES APRES INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC)

L'assurance maladie complémentaire (AMC) constitue un deuxième niveau de couverture des dépenses de soins après l'AMO. Elle prend en charge notamment une partie des RAC après AMO.

La cotisation varie notamment selon les types de contrats choisis.

Avec l'avancée en âge, la modification du panier de consommation de soins, conduit à d'autres profils de restes à charge, plus ou moins bien pris en charge par l'assurance complémentaire. Par ailleurs, le passage à la retraite entraîne une modification substantielle de la cotisation, les retraités perdent le bénéfice des contrats d'assurance souscrits à titre collectif (dont le coût est largement supporté par l'employeur). Ils souscrivent des contrats individuels dont l'économie (garanties, niveau de la cotisation) est originale.

Les données de cadrage présentées dans cette section sont antérieures à la mise en place de la Couverture santé solidaire et du dispositif 100 % santé. Elles sont issues du modèle de micro-simulation INES-OMAR de la Drees⁷ dont la dernière actualisation porte sur des données de

⁷ Voir annexe 2

2012 (une nouvelle édition sur les données 2017 sera publiée en 2020). Ces statistiques permettent des analyses selon l'âge⁸.

Les statistiques présentées (2012) ici sont antérieures à diverses évolutions des complémentaires santé (évolution du dispositif des contrats responsables en 2014, généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, évolution de l'ACS, concentration du marché, etc.).

Par ailleurs, les pratiques tarifaires des organismes d'assurance complémentaire santé ont évolué de manière significative. La tarification à l'âge est devenue courante dans les contrats individuels ; elle représentait 3 % des contrats en 2006 et 36 % en 2016. Ces évolutions ont certainement modifié les RAC après AMC et le montant des primes analysés ici. Il convient donc de les prendre avec précaution

1) Un reste à charge moyen après AMC des personnes de plus de 60 ans supérieur au reste à charge moyen

Le RAC après AMO chez les consommateurs âgés de 60 ans ou plus est en moyenne de 832 €/an en 2016. On estime qu'en moyenne 64 % du RAC après AMO est pris en charge par l'AMC. Le RAC après AMC est donc en moyenne de 300 €.

Il augmente avec l'âge (tableau 1) passant de 260 € chez les personnes âgées de 56 à 65 ans à 310 € entre 66 et 75 ans et de 340 € au-delà de 75 ans, soit pour ces derniers un montant 2,7 fois plus élevé que celui caractérisant en moyenne les individus âgés de 25 à 45 ans.

Tableau 1. Consommation annuelle moyenne de soins par individu en 2012 et répartition du financement entre AMO, AMC et RAC,

	Consommation annuelle moyenne de soins	Dont		
		Remboursé par l'AMO	Remboursé par l'AMC	RAC (après AMO et AMC)
25-45 ans	1 280 €	860 € (67 %)	295 € (23 %)	125 € (10 %)
46-55 ans	1 756 €	1 185 € (67 %)	385 € (22 %)	185 € (11 %)
56-65 ans	2 510 €	1 775 € (71 %)	475 € (19 %)	260 € (10 %)
66-75 ans	4 155 €	3 350 € (81 %)	495 € (12 %)	310 € (7 %)
76 ans et plus	6 005 €	5 050 € (84 %)	615 € (10 %)	340 € (6 %)

Champ : ensemble des individus de 25 ans ou plus en ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital (MCO uniquement)

Source : Drees, INES-OMAR 2012, tiré du Panorama Drees « La complémentaire santé » (édition 2019), graphique 3, p. 81.

Le détail des RAC par poste de soins est présenté infra (section 3).

Une fois rapporté aux dépenses engagées, ce RAC est cependant plus faible pour les personnes âgées (6 % pour les 76 ans et plus ans contre 10 % entre 25 et 45 ans). On rappelle que ces estimations ont certainement évolué depuis 2012.

⁸ On dispose aussi d'informations sur les profils d'activité. Une exploitation plus précise pourrait être réalisée sur données 2017 pour préciser le tableau 1 en indiquant les personnes retraitées.

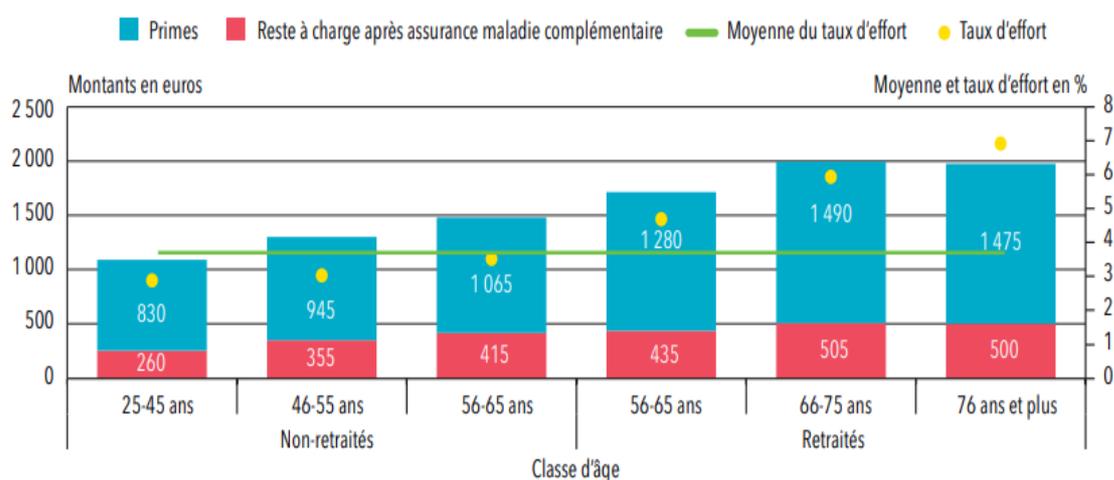
2) Un taux d'effort des personnes âgées après prise en compte des cotisations de couverture complémentaire d'environ 5 %

Le coût final des soins comprend le RAC et les cotisations. Rapporté au revenu, ce coût final permet de calculer le taux d'effort de l'assuré.

Pour les personnes âgées, en moyenne le RAC est supérieur à celui des personnes de moins de 60 ans, comme analysé *supra*.

Les cotisations sont, elles aussi, plus élevées. La cotisation moyenne ⁹est de 1475 € par an pour les ménages dont la personne la plus âgée a 76 ans ou plus contre 830 € pour les ménages dont la personne la plus âgée à moins de 45 ans, alors même que les ménages plus âgés sont en moyenne composés de moins de personnes. Cet écart est largement lié au fait que les ménages les plus âgés sont très majoritairement couverts par des contrats individuels dont le coût est entièrement à leur charge, contrairement aux contrats collectifs qui sont en partie pris en charge par l'employeur, et qui sont généralement tarifés à l'âge.

Graphique 5. Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages selon l'âge en 2012 (Tiré de Drees, 2019).



Note > Les dépenses de santé à la charge des ménages s'entendent primes et restes à charge après assurance maladie complémentaire annuels moyens compris. L'âge du ménage est celui de l'individu le plus âgé. Les ménages non retraités sont ceux où aucun individu du ménage n'est à la retraite. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes.

Lecture > Les ménages dont la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans et où aucun individu n'est retraité consacrent près de 3 % de leur revenu à leurs dépenses de santé, incluant les primes et le reste à charge après assurance maladie complémentaire.

Champ > Ensemble des ménages ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

Les dépenses de santé à la charge des ménages (somme du RAC final et des primes de couverture complémentaire¹⁰) sont en moyenne proches de 1800 € par an au sein des ménages dont la personne la plus âgée à plus de 60 ans.

⁹ Prime après prise en compte des chèques ACS ou de la participation des employeurs dans le cadre des contrats collectifs

¹⁰ On rappelle que la contribution des ménages au financement de l'AMO n'est pas prise en compte.

Les cotisations de couverture complémentaires représentent près des trois quarts des dépenses de santé à la charge des ménages comportant une personne âgée.

Le taux d'effort croît avec l'âge, passant d'environ 3 % pour les ménages dont la personne la plus âgée a moins de 45 ans contre 4,5 % pour ceux dont la personne la plus âgée a entre 60 et 69 ans, 6,1 % pour ceux dont la personne la plus âgée a entre 70 et 79 ans et 6,6 % pour ceux dont la personne la plus âgée a plus de 80 ans (cf. tableau 2).

3) Un taux d'effort représentant plus de 10 % des revenus des personnes âgées les plus modestes

a) Un taux qui varie avec le revenu

Le taux d'effort varie également avec le niveau de vie du ménage, le taux d'effort des plus modestes étant significativement plus élevé que celui des plus aisés : en 2012, les dépenses de santé à la charge d'un ménage comportant une personne âgée de plus de 60 ans représentent en moyenne 3 % du revenu pour les 20 % des ménages les plus aisés, contre plus de 10 % du revenu chez les 20 % des ménages les plus modestes.

Cette progression est liée au fait que la cotisation de la complémentaire santé varie peu avec les revenus¹¹ et que le RAC varie peu avec le revenu, alors que le revenu des ménages diminue avec leur âge.

Tableau 2. Dépenses de santé à la charge des ménages comportant une personne âgée de 60 ans ou plus, par âge et par niveau de vie

	Part de la population des séniors (%)	Taille du ménage (nb moyen de personnes)	Dépenses totales (En €)	RAC AMO (En €)	RAC AMC (En €)	Primes (En €) nettes de l'ACS	Taux d'effort (%)
Selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage							
60-69 ans	42,8	1,88	4893	1283	463	1218	4,5
70-79 ans	30,7	1,67	7109	1331	485	1401	6,1
80 ans et +	26,5	1,53	8323	1381	499	1317	6,6
Selon le niveau de vie du ménage							
1 ^{er} quintile	20,1	1,54	7760	1147	402	1071	10,6*
2 ^e quintile	22,1	1,64	5875	1191	409	1338	8,4
3 ^e quintile	19,4	1,75	7018	1317	451	1350	6,6
4 ^e quintile	18,0	1,84	5735	1432	499	1379	5,2
5 ^e quintile	20,4	1,86	6023	1553	641	1368	3,1
Ensemble	€100	1,72	6481	1324	479	1300	5,5

¹¹ Sauf pour les bénéficiaires des dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS], voir ci-dessous).

Note : Les dépenses totales sont les dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie (soins de ville et séjours hospitaliers en MCO¹²). Les primes sont données au niveau des ménages. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Les taux d'efforts sont le ratio entre les primes AMC et le reste à charge après assurance maladie complémentaire (RAC AMC) et le revenu disponible. L'âge du ménage est celui de la personne la plus âgée. Les niveaux de vie sont distingués selon les quintiles de niveau de vie de l'ensemble de la population.

Lecture : Les ménages dont la personne la plus âgée a entre 60 et 69 ans, consacrent 4,5 % de leur revenu à leurs dépenses de santé. Les personnes âgées qui font partie du premier quintile ont un taux d'effort de 10,6 %

Champ : Ensemble des ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont la personne la plus âgée a 60 ans ou plus ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) uniquement.

* taux d'effort ramené à 11,4 % hors bénéficiaires ACS de l'enquête

Source : DREES, INES-OMAR 2012 et calculs pour le HCFEA

Ces taux d'effort ne tiennent pas compte de la contribution des individus au financement de l'AMO, qui croît en proportion du niveau de vie. Pour mesurer le bilan redistributif global, il faudrait non seulement tenir compte du RAC et de la cotisation de la complémentaire santé, mais aussi de la participation au financement de l'assurance maladie de base. En population générale, on observe un effet redistributif significatif : les 10 % des ménages les plus modestes contribuent à hauteur de près de 8 % de leur revenu au financement du système ; les 10 % des ménages les plus aisés y contribuent à hauteur de 16 %.¹³

b) Mais la situation s'écarte de ces constats pour deux sous-populations spécifiques analysées par la Drees pour le COR : les ménages dépourvus de couverture complémentaire et ceux bénéficiant de l'ACS (en 2012).

Le cas des personnes sans assurance complémentaire (3 % des retraités)

Parmi les de retraités sans couverture¹⁴, on observe en 2012 un taux d'effort plus faible que le reste de la population couverte. L'économie induite par la non souscription d'une complémentaire santé est en effet, en moyenne, supérieure au différentiel de RAC. Deux effets expliquent le moindre taux d'effort des ménages sans couverture complémentaire :

- Un moindre accès aux soins : les personnes sans assurance complémentaire renoncent plus fréquemment pour des raisons financières à des soins dont elles auraient besoin, particulièrement ceux laissant un reste à charge important comme les prothèses dentaires, les lunettes, les consultations de spécialistes à honoraires libres...
- Un effet de sélection : parmi les personnes sans assurance complémentaire, une partie anticipe un reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire faible (bon état de santé, bénéficiaires d'autres mécanismes d'exonération...).

Les bénéficiaires de l'ACS

Les bénéficiaires de l'ACS en 2012 étaient quant à eux caractérisés par un taux d'effort moyen compris entre 6 et 7 %, soit un niveau comparable à ceux des ménages des classes moyennes¹⁵. Ce taux est probablement plus bas actuellement

Hors bénéficiaires ACS, le taux d'effort du premier quintile de revenu s'élevait en 2012 à 11,4 %.

¹² Dont forfait hospitalier

¹³ Voir annexe. Un bilan redistributif consolidé de la prise en charge des dépenses de santé pour les personnes âgées pourrait être établi ; la contribution moyenne des ménages au financement de l'AMO s'élève à 4 950 €/an en moyenne (sur l'ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine).

¹⁴ 3 % des retraités en 2014 voir *infra*

¹⁵ Du même ordre que celui des ménages appartenant au milieu de la distribution des niveaux de vie (Jess et al., 2015)

II. LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DES PERSONNES AGEES AVANT LA MISE EN PLACE DU 100 % SANTE ET DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

A) LE CHAMP DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

1) Acteurs

La complémentaire santé est gérée par trois types d'organismes : les mutuelles (51 % du chiffre d'affaires), les sociétés d'assurance (31 %) et les Institutions de prévoyance (18 %).

On distingue les contrats collectifs et les contrats individuels. Les premiers offrent en moyenne un niveau de garanties plus élevé que les seconds. Par ailleurs, la cotisation des premiers est en majorité prise en charge par les entreprises.

En 2016, 48 % des personnes couvertes le sont par un contrat collectif et 52 % par un contrat individuel.

Chez les retraités, 99 % des individus couverts par une complémentaire santé (hors Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)) le sont via une complémentaire individuelle. Les mutuelles détiennent la part la plus élevée de souscripteurs âgés de 60 ans ou plus (43 %) contre 34 % pour les sociétés d'assurance et 16 % pour les institutions de prévoyance.

2) 97 % des retraités disposent d'une couverture complémentaire

On estime que 93 % des retraités bénéficiaient en 2016 d'une complémentaire individuelle, 1,4 % d'une complémentaire collective et 2,6 % de la CMU-C.

Jusqu'au 1^{er} novembre 2019, date d'instauration de la Complémentaire santé solidaire, les dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) permettaient aux assurés les plus modestes de bénéficier, sous conditions de ressources et de résidence, soit d'une couverture complémentaire gratuite (CMU-C) soit d'une aide financière à la souscription d'une couverture (chèque santé ou ACS) (voir infra partie IV).

3 % des retraités ne disposent pas de complémentaire santé (contre 5 % en population générale¹⁶). Chez celles et ceux vivant à domicile, la proportion de personnes non couvertes est plus élevée chez les personnes âgées de 80 ans ou plus et chez celles bénéficiaires de l'ASPA.

A partir de l'enquête CARE de la Drees menée en 2015, la proportion de personnes non couvertes apparaît plus élevée chez les personnes résidant en établissement, en particulier ceux en GIR 3 et 4¹⁷. Il faut rappeler que les résidents d'EPHAD prennent souvent à leur charge leur

¹⁶ Selon données de 2014, DREES complémentaire santé, p.69

¹⁷ Un sondage limité sur quelques Epha par des membres du HCFEA montrait que 83 % de leurs résidents disposaient d'une complémentaire santé.

couverture complémentaire, ce qui pèse sur un reste à vivre déjà sous tension¹⁸ (toutes les dépenses de soins ne sont pas couvertes en EPHAD).

95 % des couvertures complémentaires santé sont des contrats dits « responsables », qui depuis 2004 et la mise en place des parcours de soins sont encadrés avec des prises en charge minimales garanties et la mise en place de plafonds de remboursement.

Encadré – Les contrats responsables

Les garanties des couvertures complémentaires sont régulées via le cahier des charges des **contrats dits responsables**. Ces derniers, pour bénéficier d'exonérations fiscales et sociales, doivent prendre en charge certains frais de santé et respecter des minima et maxima de remboursements. Ils doivent en particulier rembourser au minimum l'ensemble du TM (à l'exception des frais de cure thermale, de l'homéopathie, et des médicaments pris en charge à 15 % et 30 % par l'AM), y compris les frais d'hospitalisation, la participation forfaitaire sur les actes lourds (24 €), et l'intégralité du forfait journalier hospitalier (FJH). Ils ne peuvent en revanche prendre en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales et les majorations du ticket modérateur en cas de consultation hors parcours de soins. Ils doivent également plafonner les garanties pour le remboursement des dépassements d'honoraires. Des plafonds sont également prévus sur les garanties en optique.

Les obligations des contrats responsables seront révisées dans le cadre de la réforme 100 % santé (cf. partie III).

Entre 2014 et 2017, on ne constate pas d'évolution notable de taux de couverture complémentaire des personnes retraitées.

¹⁸ Voir HCFEA Rapport du Conseil de l'âge : la prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants - Adopté le 1er décembre 2017.

B. LES NIVEAUX DE GARANTIES

1. Les couvertures complémentaires (hors CMU-C et ACS) souscrites par les personnes de 60 ans ou plus offrent un niveau de garanties plus faible que celles souscrites par le reste de la population

La Drees a développé un score¹⁹ permettant de classer les contrats de couverture complémentaire selon le niveau de garantie qu'ils offrent pour un patient moyen, en privilégiant les postes de soins sur lesquels les contrats se distinguent le plus (cf. encadré méthodologique).

Il en ressort que les personnes âgées de 60 ans ou plus ayant en 2016 une couverture complémentaire (hors CMU-C et ACS) disposent d'un niveau de garanties plus faible que le reste de la population (tableau 3). Elles sont 25 % à disposer d'une couverture offrant un haut niveau de garantie (Q4 et Q5) contre 47 % chez les 25-59 ans.

Ce moindre niveau de garantie s'explique en grande partie par le fait que les actifs sont nombreux à disposer d'une couverture collective, qui offre en moyenne des garanties plus importantes qu'une couverture individuelle.

Si l'on se restreint aux couvertures individuelles, celles dont disposent les 60 ans ou plus offrent en moyenne des garanties légèrement supérieures à celles dont disposent les moins de 60 ans.

Tableau 3. Répartition par niveau de garanties et par âge des assurés (ouvrants-droit) de contrats individuels et collectifs (en 2016)

Niveau de garanties	25 - 59 ans			60 ans ou plus		
	Collectif	Individuel	Ensemble	Collectif	Individuel	Ensemble
Q5	44	3	25	58	4	12
Q4	30	12	22	17	12	13
Q3	7	31	18	4	35	30
Q2	12	24	18	13	22	21
Q1	7	30	17	10	27	24
Ensemble	54	46	100	14	86	100

Lecture : Parmi les assurés d'un contrat individuel âgés de 25 à 59 ans, 30 % sont couverts par un contrat dont le score appartient au 1^{er} quintile.

Champ : Ensemble des bénéficiaires des contrats de complémentaire santé, hors CMU-C et ACS.

Source : Enquête auprès des organismes de complémentaire santé 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats. Calculs Drees²⁰

On observe entre 2011 et 2016 une nette montée en gamme des couvertures complémentaires souscrites à titre individuel. On ne sait pas si cette évolution en faveur des contrats de meilleure qualité caractérise la population âgée autant que le reste de la population.

La comparaison des garanties moyennes par types de soins en 2016 montre que les personnes plus de 60 ans bénéficiaient en moyenne de niveaux de garantie plus faibles que les personnes de moins de 60 ans sur l'ensemble des postes caractérisés par une liberté tarifaire (tableau 4).

¹⁹ Voir annexe 4

²⁰ Panoramas Drees, *op.cit.*

Tableau 4. Garanties moyennes (en €) des organismes complémentaires par types de soins selon l'âge des ouvrants-droit

Type de soins	De 25 à 59 ans	60 ans et plus
Consultation spécialiste	19	15
Honoraires chirurgicaux	217	168
Prothèse auditive	1067	1007
Optique complexe	423	359
Optique simple	262	221
Prothèses dentaire	311	301
Orthodontie	347	288
Implant	408	387

Champ : Ensemble des assurés des contrats de complémentaire santé, hors CMU-C et ACS.

Source : Enquête auprès des organismes de complémentaire santé 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats. Calculs Drees.

2. Tarification des couvertures complémentaires souscrites à titre individuel (hors CMU-C et ACS) ²¹

L'analyse porte sur la tarification des couvertures souscrites à titre individuel.

Sur ce marché, les mutuelles couvraient, en 2016, 65 % des individus, les sociétés d'assurances 30 % et les institutions de prévoyance 5 %.

Un quart des assurés sont couverts par un contrat dont le tarif dépend du revenu, pour l'essentiel auprès d'une mutuelle.

La très grande majorité des couvertures individuelles (97 %) sont tarifées en fonction de l'âge avec un tarif à 75 ans et 85 ans en moyenne 2,9 fois et 3,1 fois supérieur au tarif appliqué aux personnes âgées de 20 ans.

Une partie des contrats, majoritaire parmi ceux proposés par les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, tiennent compte du lieu de résidence pour fixer leur tarif et/ou imposer une limite d'âge à la souscription.

La plupart des contrats individuels proposés par les institutions de prévoyance sont réservés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif par une institution de prévoyance. Les souscripteurs sont donc majoritairement âgés de 60 ans et plus. Le tarif de ces contrats n'augmente pas ou peu entre 60 et 75 ans.

Les contrats individuels sont majoritairement des contrats offrant le niveau de garanties le moins élevé (appartenant à la première classe si les contrats sont regroupés en trois classes au regard du score de niveau de garantie).

²¹ Source : Drees, 2019 à partir de l'enquête de 2016 auprès des organismes de complémentaire santé sur leurs contrats les plus souscrits. Chaque organisme est interrogé sur les caractéristiques et les niveaux de garanties de leurs trois contrats individuels et leurs trois contrats collectifs les plus souscrits. Les premiers couvrent 47 % des individus couverts par un contrat individuel et 23 % des individus couverts par un contrat collectif. Les contrats couvrant les bénéficiaires de la CMU-C et l'ACS sont hors champ de l'enquête.

Tableau 5. Typologie des contrats individuels souscrits, selon le mode de tarification en 2016 (tiré de Drees, 2019)

	Mutuelles (65 %)	Institutions de prévoyance (5 %)	Sociétés d'assurance (30 %)	Ensemble des contrats individuels (100 %)
Tarif dépend ...				
... du revenu	38 %	6 %	0 %	25 %
... de l'âge	97 %	77 %	100 %	97 %
... de l'ancienneté dans le contrat	9 %	2 %	5 %	8 %
... du lieu de résidence	24 %	76 %	85 %	45
Rapport moyen entre les tarifs à 75 ans et à 20 ans ⁽¹⁾	2.6	-	3.4	2.9
Rapport moyen entre les tarifs à 85 ans et à 20 ans ⁽¹⁾	2.7	-	4.1	3.1
Rapport moyen entre les tarifs à 75 ans et 60 ans ⁽¹⁾	1.2	1.2	1.4	1.3
Existence d'une limite d'âge à la souscription (limite d'âge moyenne ⁽²⁾)	10 % (66 ans)	75 % (75 ans)	47 % (73 ans)	24 % (71 ans)

(1) Pour les contrats dont le tarif dépend de l'âge.

(2). Pour les contrats pour lesquels il existe une limite d'âge à la souscription.

Note : ces chiffres concernent l'ensemble des contrats souscrits, quel que soit l'âge du souscripteur. Pour les institutions de prévoyance, les contrats individuels étant majoritairement souscrits par des retraités, le tarif du contrat à 20 ans n'est en général pas disponible.

Champ : Contrats de complémentaire santé du marché individuel.

Source : DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

3. Tarif moyen par niveau de garanties (contrat individuel)

Le niveau de garanties souscrit fait varier en moyenne du simple au double le montant de la prime²².

Chez les individus âgés de 60 ans, la prime moyenne passe de 63 €/mois pour un contrat offrant un bas niveau de garantie à 113 €/mois pour un contrat offrant un haut niveau de garantie.

À 75 ans, compte-tenu de la tarification à l'âge, la prime augmente quel que soit le niveau de garanties, pour atteindre 85 €/mois pour les contrats offrant un bas niveau de garanties et 148 €/mois pour ceux offrant le plus haut niveau de garanties

²² Il faut noter que ce montant de primes individuelles ne peut pas être facilement rapproché des dépenses de primes données au niveau des ménages et tirées du modèle Ines dans le tableau 2 de la première section. En effet, les dépenses au niveau du ménage ne peuvent être mécaniquement déduites d'un niveau de primes individuelles que l'on multiplierait par la taille moyenne du ménage, car la cotisation de l'ouvrant droit est plus chère que celle de l'ayant droit (en moyenne de 56 % en 2012). En outre, le tableau 2 moyennait à la fois des ménages couverts par des contrats individuels et des ménages bénéficiant de couvertures moins coûteuses : bénéficiaire d'un contrat collectif ou n'ayant pas de couverture complémentaire ou encore étant bénéficiaire de la CMU-C.

Tableau 6. Cotisation mensuelle des contrats individuels à 60 et 75 ans selon le niveau de garanties, en 2016

Niveau de garanties des contrats individuels	Cotisation moyenne à 60 ans	Cotisation moyenne à 75 ans
5 ^e quintile (<i>haut niveau de garanties</i>)	113 €/mois	148 €/mois
4 ^e quintile	92 €/mois	122 €/mois
3 ^e quintile (<i>niveau de garanties médian</i>)	87 €/mois	118 €/mois
2 ^e quintile	78 €/mois	106 €/mois
1 ^{er} quintile (<i>bas niveau de garanties</i>)	63 €/mois	85 €/mois
Ensemble des contrats	85 €/mois	114 €/mois

Note de lecture : La moyenne des cotisations mensuelles pour un homme de 65 ans vivant seul et sans enfant est de 113 € pour les contrats du cinquième quintile de niveau de garanties.

Le quintile de niveau de garanties correspond aux 20 % des contrats individuels collectés dans l'enquête, proposant le taux de prise en charge du reste à charge, après intervention de l'Assurance maladie obligatoire, le plus élevé.

Champ : Contrats modaux individuels répondants aux questions sur les cotisations

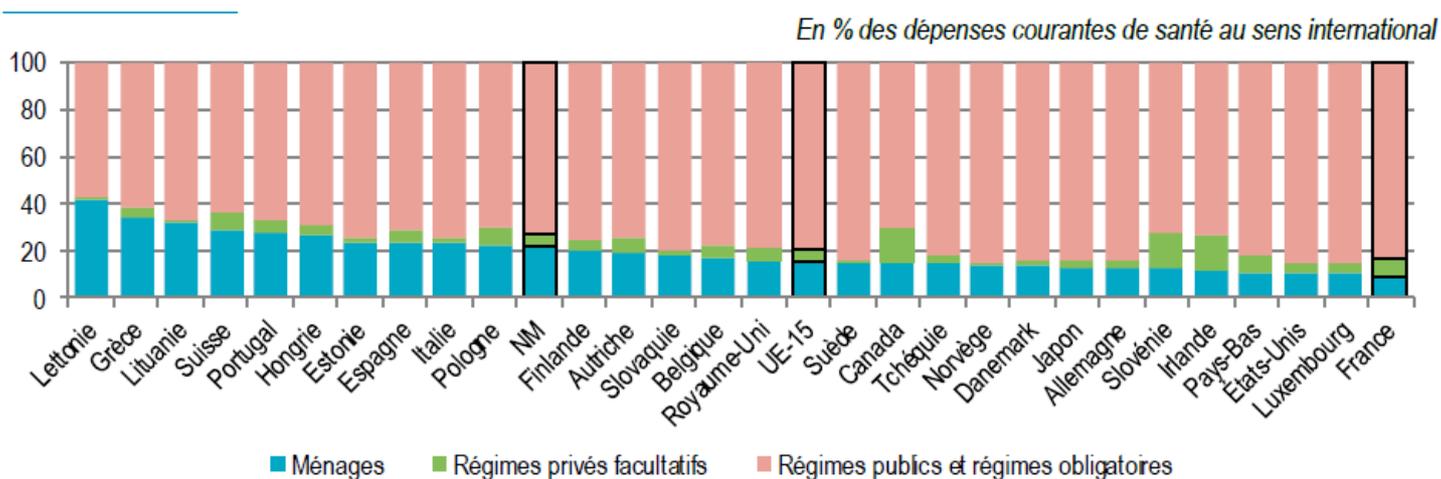
Méthode : Quintiles, moyennes et médianes non pondérés. Score : Barlet et al., 2019, *La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties*, Fiche 11

Source : Enquête 2016 sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits auprès des organismes complémentaires. Calculs Drees.

III. L'APPORT DU 100 % SANTE POUR LES PERSONNES AGEES

Même si le système de prise en charge par l'Assurance maladie est globalement l'un des plus protecteurs d'Europe, certains postes de dépenses, en particulier l'optique, l'audiologie et le dentaire généraient encore des restes à charge importants pour les ménages.

Graphique 6. Financement des dépenses courante de santé au sens international en 2017



Note > Pour la France, les régimes privés facultatifs ne comportent plus que des contrats privés individuels, les contrats privés collectifs étant devenus obligatoires au 1^{er} janvier 2016 (voir annexe 1). Pour le Luxembourg, les régimes étrangers des non-résidents sont exclus.

Champ > Les pays européens disponibles de l'UE-15 et des NM (voir glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

La réforme dite « 100 % santé » vise à donner à tous les Français un accès à des soins de qualité, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

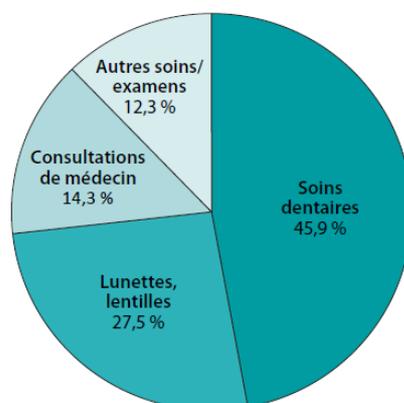
A. LA LOGIQUE DE LA REFORME

1. Un 100 % santé qui cible les plus gros renoncements aux soins en moyenne

Le non recours aux soins dentaires et optiques est encore important. En audioprothèse, le non recours est également important (voir *infra*).

Graphique 7. Répartition de renoncements, par type de soins

Il s'agit d'une répartition des motifs de renoncement. Une personne pouvant avoir renoncé à plusieurs types de soins, les effectifs bruts par type de soins¹ sont supérieurs à celui des personnes ayant déclaré un renoncement.



¹ Soins dentaires : 1 693, Lunettes, lentilles : 1 049, Consultations de médecin : 496, Autres soins : 449.

Source : EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes.

Ce non recours s'explique largement pour des raisons financières, notamment sur les postes où les restes à charges sont importants.

De fait, si les soins ambulatoires et hospitaliers et, dans une moindre mesure les médicaments sont bien pris en charge, le reste à charge est plus élevé pour les autres postes qui comprennent en particulier l'optique, le dentaire et les prothèses. Ces postes sont inégalement couverts par les complémentaires santé.

Pour diminuer ces restes à charge qui pèsent encore sur les budgets des ménages, la réforme 100 % Santé proposera à tous les Français, d'être totalement pris en charge dans les soins d'optique, les soins dentaires et l'audiologie (les prothèses auditives) sur un panier de biens étendu répondant à des normes élevées de qualité (voir *infra*). Elle instaure pour ce faire une classe de biens 100 % santé (classe I) de qualité et aux tarifs très encadrés, et laisse ouverte la liberté de choix sur une autre partie du marché (classe II) nettement moins encadrée²³.

Cette réforme se déploie par étapes depuis le 1^{er} janvier 2019.

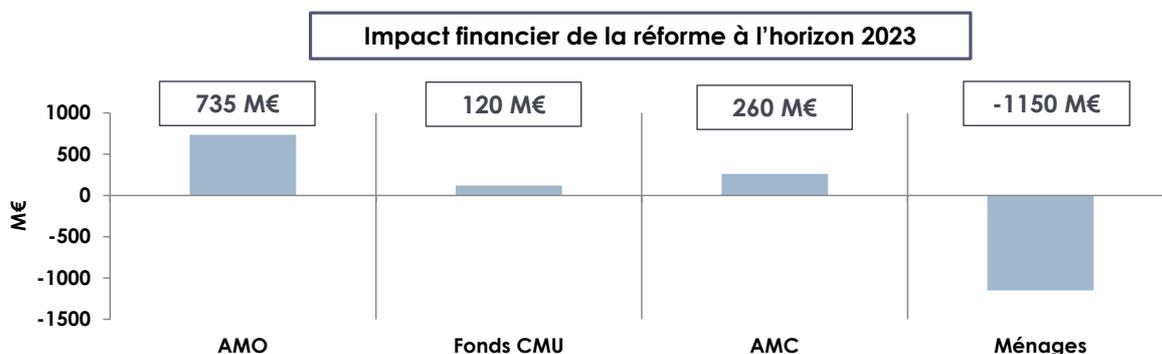
Les assurés vont ainsi pouvoir bénéficier de paniers de mieux en mieux remboursés jusqu'à la complète prise en charge par la complémentaire santé, en 2021. Ainsi, la réforme instaure en optique, audiologie et dentaire une classe de biens 100 % santé (classe I) de qualité et aux tarifs très encadrés, tout en laissant ouverte la liberté de choix sur une autre partie du marché (classe II) nettement moins encadrée.

2. Les équilibres de la réforme et le financement du 100 % santé

²³ Les syndicats insistent sur la nécessité de conserver la liberté de choix entre le panier du « 100% santé » très réglementé et l'autre classe de biens, moins réglementée, ainsi que sur une vigilance soutenue apportée à la qualité effective de l'offre 100% santé (voir avis).

L'accès à un panier de soins de qualité (100 % santé) sans reste à charge pour un plus grand nombre de personnes a évidemment un coût. L'essentiel du coût sera porté par l'assurance maladie obligatoire.

Le tableau ci-dessous situe, selon la direction de la sécurité sociale (DSS), les impacts de la réforme



Source : DSS

Selon la direction de la sécurité sociale, pour éviter qu'une partie du coût ne se répercute sur les primes des complémentaires santé, la réforme prévoit :

- Une mise en œuvre de plafonnements tarifaires qui réduiront le risque couvert (y compris sur le « hors 100 % santé » en dentaire), et qui complètent les plafonnements des précédentes réformes.
- Un conventionnement des honoraires sur les soins prothétiques dentaires.
- Un encadrement du niveau et de la périodicité de prise en charge des dispositifs d'optique et des aides auditives.
- Un échelonnement de la mise en œuvre permettant notamment d'atteindre un équilibre économique pour toutes les parties prenantes.
- De favoriser la mutualisation en organisant les équilibres entre les différents contrats, et les différents postes de soin, dont certains tireront bénéfice de la réforme.

3. Le 100 % santé cible une grande partie des plus gros restes à charge des personnes âgées, notamment pour les plus modestes

a) Les postes du 100 % santé dans le profil de consommation de soins des personnes âgées

En 2012, au sein des ménages comprenant une personne âgée de 60 ans ou plus, le principal poste de RAC est l'optique, suivie du dentaire, qui représentent respectivement 23 % et 18 % du RAC. L'hôpital, qui représente près de 36 % des dépenses totales de santé des ménages comprenant une personne âgée de 60 ans ou plus, ne représente en revanche plus que 8 % du RAC

Tableau 7. Dépenses de santé et reste à charge des ménages comprenant une personne de 60 ans ou plus, par poste de soins en 2012

	Dépenses totales	Taux couverture par l'AMO	RAC AMO	Taux couverture par l'AMC		RAC AMC
				En % des dépenses totales	En % du RAC après AMO	
Consultations de PS	1397	82 %	254	12 %	68 %	82
Optique	200	3 %	195	44 %	45 %	108
Dentaire	332	31 %	229	42 %	62 %	88
Pharmacie	1392	79 %	297	17 %	78 %	65
Biologie	195	74 %	50	19 %	74 %	13
Autres ambulatoires	654	80 %	128	7 %	38 %	80
Hôpital	2305	93 %	167	6 %	77 %	38
Ensemble	6481	80 %	1324	13 %	64 %	478

Note • Les dépenses totales sont les dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie (soins de ville et séjours hospitaliers en MCO). Le RAC AMO est le reste à charge après assurance maladie obligatoire et le RAC AMC le reste à charge après assurance maladie complémentaire. Les ménages comprenant une personne de 60 ans et plus sont en moyenne composés de 1,72 personne

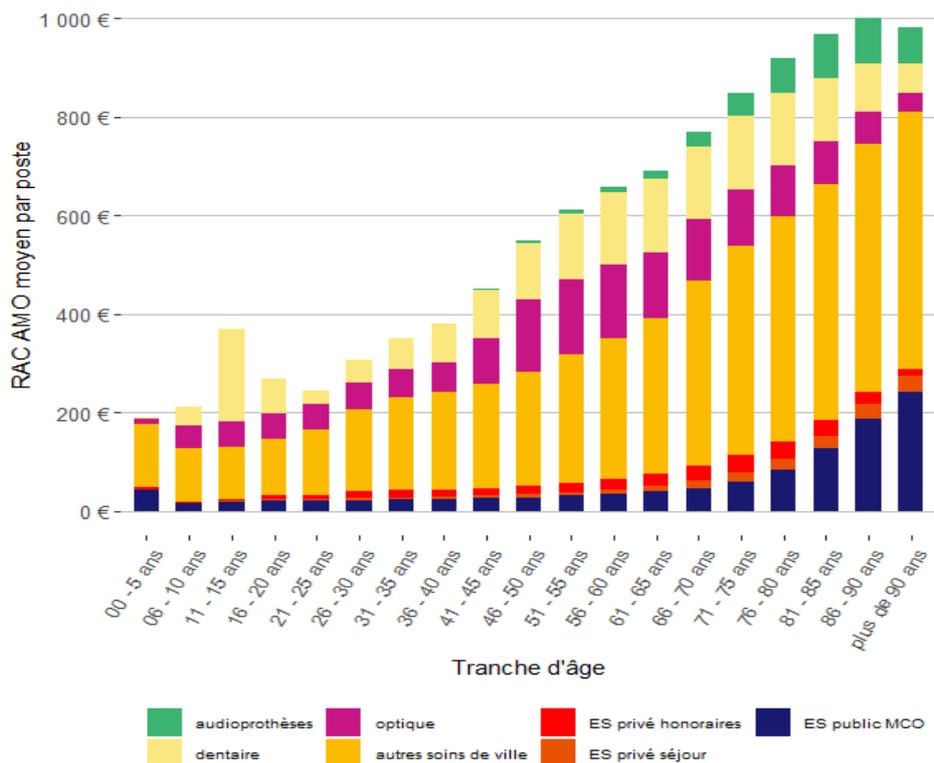
Lecture • Les ménages dont la personne la plus âgée a plus de 60 ans ont un reste à charge moyen après assurances obligatoire et complémentaire de 88 € par an pour les soins dentaires.

Champ • Ensemble des ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont la personne la plus âgée a 60 ans ou plus; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) uniquement.

Source • DREES, INES-OMAR 2012.

La composition des RAC après AMO selon les types de soins s'écarte de manière significative de la composition des dépenses totales. Les dépenses d'hôpital qui représentent près de 42 % des dépenses de santé des consommateurs âgés de 61 à 80 ans ne représentent ainsi plus que 13 % du RAC après AMO.

Graphique 8. Reste à charge après AMO par poste et par tranche d'âge en 2016



Sources : DCIRS et PMSI MCO 2016. Calculs de la DREES.

Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale). Champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé, MCO dans le public. Dépenses de santé individualisables, remboursables et présentées au remboursement, hors médico-social.

Abréviation : ES : établissement de santé.

A l'inverse, les dépenses en dentaire, optique et audioprothèse, qui représentaient un peu plus de 8 % de la dépense de santé moyenne des 61-79 ans représente 39 % du RAC après AMO. La couverture de ces dépenses par l'AMC apparaît dès lors comme un enjeu important²⁴.

b) Des disparités

Le tableau 7 qui donne des dépenses moyennes masque des disparités importantes. Par exemple, si l'on s'intéresse aux 10 % les plus gros consommateurs, on observe, sur un échantillon mutualiste (non représentatif de la France entière), qu'à partir de 75 ans, les trois principaux postes en termes de dépenses individuelles sont le dentaire, l'audiologie et l'hôpital.

²⁴ À côté d'autres enjeux comme la modification de l'AMO que nous n'abordons pas dans cette note

Tableau 8. Répartition par tranche d'âge et par poste du reste à charge moyen des 10 % de personnes dont le reste à charge est le plus élevé

Tranche d'âge	60 - 64 ans	65 - 69 ans	70 - 74 ans	75 - 79 ans	80 - 84 ans	85 - 89 ans	90 + ans
RAC MOYEN	1 176 €	1 256 €	1 335 €	1 664 €	1 374 €	1 375 €	1 427 €
RAC DENTAIRE	686 €	703 €	682 €	640 €	513 €	406 €	300 €
RAC HOPITAL	64 €	62 €	51 €	348 €	127 €	200 €	242 €
RAC OPTIQUE	137 €	134 €	143 €	119 €	119 €	100 €	77 €
RAC PHARMACIE	6 €	7 €	10 €	13 €	13 €	8 €	14 €
RAC HONORAIRE MEDICAUX , auxiliaires médicaux et radiologie	71 €	90 €	85 €	112 €	82 €	56 €	72 €
RAC CURE THERMALE	70 €	90 €	75 €	38 €	22 €	10 €	0 €
RAC LPP AUDIO	107 €	139 €	251 €	362 €	462 €	573 €	707 €
Autre	37 €	29 €	38 €	30 €	35 €	24 €	15 €

Lecture : parmi les 60-64 ans qui font partie des 10 % de la population dont le reste à charge est le plus élevé, le poste dentaire représente 686 € du reste à charge moyen

En grisé : les 3 postes principaux

Source : FMNF pour HCFEA, (sur la base d'un Échantillon mutualiste²⁵ : population âgée de plus de 60 ans et présente toute l'année 2018)

Le cas spécifique de l'hôpital

18 % des personnes de plus de 65 ans ont été hospitalisées les 12 derniers mois (contre 10 % entre 40 et 64 ans). Si en moyenne, l'hospitalisation est un poste fortement pris en charge, le RAC hospitalier, notamment pour des séjours longue durée, peut être important avec des grandes disparités géographiques (prix des soins et structure des populations) et des écarts liés à l'âge. L'étude précitée de la Mutualité montre ainsi que le RAC hospitalier avant remboursement des mutuelles²⁶ :

- augmente avec l'âge pour atteindre 880 € en moyenne pour les 80 ans et plus (contre une moyenne de 396 € pour l'ensemble des assurés tout âge confondu).
- atteint 4 090 € pour les 5 % plus gros consommateurs (10 fois plus que la moyenne ; ces 5 % d'adhérents concentrent à eux seuls plus de la moitié du reste à charge hospitalier). Ces patients sont plus souvent des personnes âgées : la moyenne d'âge atteint 68 ans (versus 41 ans, l'âge moyen de la population française)

En revanche, sur ce même échantillon, pour les ménages modestes actuellement à l'ACS, la répartition diffère notamment sur les dépenses hospitalières où le RAC est faible.

Tableau 9. Répartition par tranche d'âge et par poste du reste à charge moyen des 10 % de personnes dont le reste à charge est le plus élevé parmi les bénéficiaires de l'ACS

Tranche d'âge	60 - 64 ans	65 - 69 ans	70 - 74 ans	75 - 79 ans	80 - 84 ans	85 - 89 ans	90 ans +
RAC MOYEN	544 €	547 €	611 €	615 €	706 €	719 €	806 €
RAC DENTAIRE	296 €	283 €	294 €	259 €	219 €	199 €	186 €
RAC HOPITAL	14 €	7 €	9 €	11 €	12 €	17 €	49 €
RAC OPTIQUE	131 €	130 €	133 €	132 €	139 €	137 €	100 €
RAC PHARMACIE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1 €	0 €
RAC HONORAIRE MEDICAUX , auxiliaires médicaux et radiologie	8 €	9 €	9 €	12 €	11 €	10 €	11 €
RAC LPP AUDIO	65 €	83 €	124 €	161 €	267 €	309 €	392 €
RAC AUTRE	30 €	33 €	33 €	37 €	54 €	42 €	61 €

Source : FMNF pour HCFEA

Lecture : parmi les 60-64 ans qui font partie des 10 % de la population dont le reste à charge chez les bénéficiaires de l'ACS est le plus élevé, le poste dentaire représente 296 € du reste à charge moyen

En grisé : les 3 postes principaux

²⁵ * Le SNDM est une base de données qui est un échantillon de la population mutualiste

²⁶ Observatoire de la Mutualité, octobre 2019

Pour ces populations plus précaires, ce sont bien aujourd'hui les 3 postes de dentaire, d'optique et d'audiologie qui génèrent les plus gros restes à charge.

B. LES AVANCEES EN OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOLOGIE POUR LES PERSONNES AGEES

La baisse du RAC sera significative.

Tableau 10. RAC après AMC chez les personnes âgées de plus de 60 ans avant et après le 100 % santé

En €/an	Optique	Dentaire	Prothèses audio
RAC moyen sur le 100 % santé	0	0	0
RAC moyen avant 100 % santé	108	88	Nd.
RAC des 10 % plus gros consommateurs effectifs dans le soin considéré (sur échantillon mutualiste) ²⁷ en population générale et pour les bénéficiaires de l'ACS	300	682 (2) Et 294 (Pour les bénéficiaires actuels ACS)	1400 (1) Et 500 (Pour les bénéficiaires actuels ACS)

(1) Sur les 2 % plus gros consommateurs, sachant qu'un appareil coûte en moyenne 1500 € pour une oreille avant remboursement et qu'il reste en moyenne 850 € à la charge de l'assuré après remboursement de l'AMO et de l'AMC.

(2) Entre 70 et 75 ans, sachant que par exemple le RAC après AMC d'une couronne céramique est de 195 €.

Source : Tableau HCFEA à partir des tableaux 7,8 et infra

Le 100 % santé devrait diminuer le renoncement aux soins en équipements optique, audio et dentaires des personnes âgées.

La réforme 100 % santé concerne les principaux postes de RAC pour lesquels on observe du non recours pour raison financières.

Tableau 11. Le non recours des français âgés de plus de 65 ans

	Optique	Dentaire	Prothèses audio
Non recours (équipement ou rééquipement) pour raison financières	9 %	15 %	30 % (1)
Taux d'équipement (2)	93 %	46 %	13 %

(1) : en population générale on estime que 35 % des personnes sont équipées sur 50 % ayant besoin d'être équipé, soit un taux de non recours de 30 % mais dont on ne connaît pas précisément la part pour les plus

²⁷ Source : Système national de Données Mutualistes, FNMF et FAR – voir annexe 1

de 65 ans ni la part attribuable aux raisons financières. La cible pourrait être de faire passer la part de personnes âgées équipées de 13 % à 18 %.

(2) : selon EHIS – ESPS 2014. (Rapport Irdes 2017)

On analyse ci-dessous les spécificités propres à chaque poste.

1. Zéro reste à charge en optique en 2020

a) La situation actuelle

Selon l'enquête santé européenne²⁸, 93 % des français âgés de plus de 65 ans portent des lunettes ou des lentilles (contre 79 % entre 40 et 64 ans).

9 % des français âgés de plus de 65 ans renoncent aux équipements ou rééquipements pour raisons financières (contre 12 % chez les 40 -64 ans).

Toutes classes d'âges confondues, 25 % des personnes n'ayant pas de complémentaire santé renoncent aux soins d'optique (16 % pour ceux bénéficiant de la CMU-C et 9 % d'une complémentaire privée).

La prise en charge de l'optique par la Sécurité sociale est très inférieure aux prix pratiqués (c'est l'un des domaines où l'Assurance maladie intervient le moins : elle ne prend en charge que 4 % des dépenses d'optique médicale en 2017). Le rôle des assurances complémentaires est donc déterminant sur ce poste.

La réforme des contrats « responsables », entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, avait contribué à la diminution du reste à charge des ménages, en partie par la limitation des garanties offertes par les OC²⁹, du fait des plafonnements de prix et de l'institution de délais entre achats des mêmes biens (entre deux paires de lunettes etc.).

Le reste à charge après AMC sur l'optique est en moyenne, pour les ménages dont la personne la plus âgée a plus de 60 ans, le plus important parmi les diverses consommations de soins. Il représentait en 2012 en moyenne 108 €/an, soit 54 % de la dépense du ménage en soins d'optique.

²⁸ EHIS – ESPS, voir rapport IRDES n°566, 2017

²⁹ Panoramas, Les dépenses de santé en 2017 > édition 2018 > DREES

Tableau 12. Dépenses de santé des ménages de plus de 60 ans par niveau de vie en optique

	Taille du ménage	Dépenses totales (en €)	RAC AMO (en €)	RAC AMC (en €)	RAC AMC/rev disponible(%)
Ensemble	1,72	200	195	108	0,3
Niveau de vie du ménage					
1 ^{er} quintile	1,54	112	108	56	0,4
2 ^e quintile	1,64	178	173	93	0,5
3 ^e quintile	1,75	191	186	102	0,4
4 ^e quintile	1,84	223	217	118	0,3
5 ^e quintile	1,86	299	292	171	0,3

Note • Les dépenses totales sont les dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie. Les niveaux de vie sont distingués selon les quintiles de niveau de vie de l'ensemble de la population.

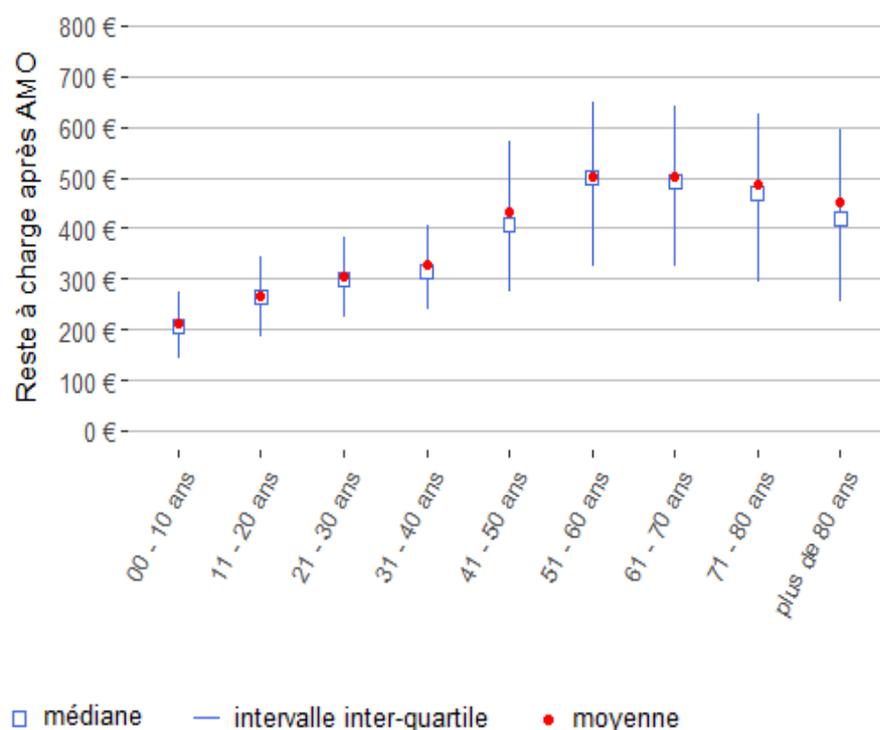
Lecture • Les ménages du troisième quintile de revenus, consacrent 0,4 % de leur revenu à leurs dépenses de soins optiques.

Champ • Ensemble des ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont la personne la plus âgée a 60 ans ou plus ; consommation présentée au remboursement uniquement.

Source • DREES, INES-OMAR 2012.

L'étude des RAC après AMO par poste de soins (graphique 8) montre en tout état de cause que les plus âgés ont un risque plus élevé de connaître des RAC importants en optique. Les personnes âgées de 60 ans et plus ayant eu des dépenses en optique présentées au remboursement (achat de montures, de verres et de lentilles) sont plus de 25 % à avoir engagé des dépenses laissant un RAC après AMO supérieur à 50 €/mois (soit 600 €/an). Ces données 2016 laissent penser que le reste à charge en optique pour les personnes âgées reste important.

Graphique 9. Dispersion des RAC AMO par tranche d'âge en 2016 – En optique



Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale).
Sources : DCIRS 2016. Calculs de la DREES.

b) Le panier de biens 100 % santé et l'impact attendu

Le panier de biens du 100 % santé est de qualité³⁰.

La réforme a mis en place un marché dual proposant d'un côté des équipements appartenant au panier de soins 100 % santé (équipements de classe A) et de l'autre un panier de soins en dehors du 100 % santé (équipements de classe B). Les équipements proposés dans le panier de l'offre 100 % Santé optique sont des équipements considérés de qualité (voir annexe pour plus de détails), respectant les normes européennes, performants et esthétiques. Ils font l'objet d'un référencement auprès du Ministère de la santé.

Avec la réforme on prévoit que la part des lunettes « 100 % santé » atteindra 20 % du volume des ventes.

L'économie moyenne serait de 108 € par ménage. Pour les personnes consommant le plus d'optique, les RAC après AMC sont plutôt de l'ordre de 300 € (sur l'échantillon mutualiste environ 300 € pour les 10 % des personnes âgées les plus consommatrices en optique).

Le reste à charge est en revanche susceptible de progresser hors panier 100 % santé.

2. Zéro reste à charge en audiologie en 2020

a) La situation actuelle de recours et de RAC

Selon l'enquête santé européenne³¹, 13 % des français âgés de plus de 65 ans portent des appareils auditifs (contre 1 % entre 40 et 64 ans), et 52 % ont une limitation fonctionnelle d'audition. En population générale, 6 millions de personnes souffrent de problème d'audition et environ la moitié, soit 3 millions de personnes, devrait être appareillée alors que le taux d'appareillage effectif est estimé à 35 % de cette population³².

Le programme Icope a été mis en place pour détecter précocement et prévenir la perte de capacités des personnes âgées. « La déficience auditive liée à l'âge peut être la déficience sensorielle la plus courante chez les personnes âgées. Une déficience auditive non traitée gêne la communication et peut entraîner l'isolement social. Les diminutions d'autres capacités, telles que le déclin cognitif, peuvent aggraver ces conséquences sociales. La déficience auditive est liée à de nombreux autres problèmes de santé, y compris le déclin cognitif et le risque de démence, la dépression et l'anxiété, le déficit d'équilibre, les chutes, les hospitalisations et les décès prématurés. » (MOS, programme ICOpe)

L'équipement en audiologie participe à la politique de prévention instaurée par le plan « Vieillir en bonne santé, 2020 – 2022 »³³ pour lutter contre l'isolement des aînés.³⁴

³⁰ Voir annexe pour plus de détails.

³¹ EHIS – ESPS, voir rapport IRDES n°566, 2017

³² Source/SNDS ET INSEE 2014 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/100pourcent-sante/espace-professionnels/les-nouvelles-mesures-audiologie/>

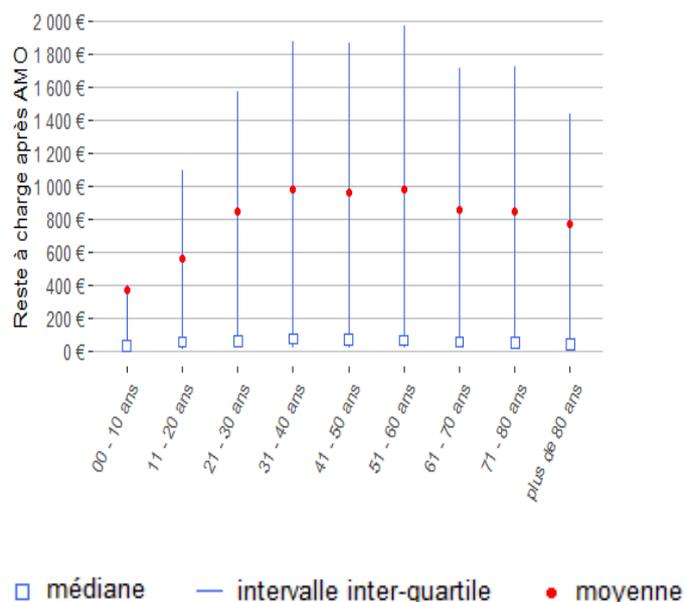
³³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf. Ceci en conséquence d'études montrant que le déficit auditif est l'un des principaux facteurs modifiables pour prévenir la démence et/o lutter contre le déclin cognitif.

³⁴ Qui reprend entre autres les recommandations du programme Icope (Mesure 4), et entend promouvoir l'équipement en audiologie Mesure 9 : une campagne de communication en 2020 et 2021 pour mobiliser le

Les dépenses et restes-à-charge associés aux audioprothèses concernent aussi bien les achats d'appareils auditifs et d'implants cochléaires, que l'entretien et la réparation des appareils ainsi que des processeurs pour les implants.

S'agissant des audioprothèses, les restes à charge sont encore très importants (c'est le poste générant les plus gros restes à charge pour les ménages consommateurs).

Graphique 10. Dispersion des RAC AMO par tranche d'âge en 2016 – En audiologie



Sources : DCIRS 2016. Calculs de la DREES.

Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale). Dépenses de santé individualisables, remboursables et présentées au remboursement, hors médico-social.

Nous ne disposons pas du reste à charge après AMC sur France entière. Mais c'est le poste de soins où l'on constate les plus grosses disparités après AMO.

Certains ménages ont de très gros restes à charge. Ils se situent très au-dessus de la moyenne de la même classe d'âge : par exemple pour les 61 – 70 ans, les 25 % plus gros consommant ont un reste à charge annuel de plus de 1600 € contre une moyenne de près de 800 €.

Sur un échantillon de personnes âgées de plus de 60 ans assurées par les mutuelles³⁵ le RAC après AMC pour les 2 % de la population ayant le plus gros reste à charge s'élève à plus de 1400 € en 2018. Il est de plus de 500 € pour les bénéficiaires de l'ACS.

100 % santé, notamment pour l'accès aux lunettes et aux prothèses auditives. ; Mesure 10 : l'expérimentation d'un autotest de dépistage du déficit auditif pour le grand public et les professionnels de soins primaires, sous forme d'une application, dès 2020.

³⁵ Source : Système national de Données Mutualistes, FNMF

b) Le panier de biens 100 % santé et l'impact attendu

La réforme 100 % santé a revu le classement des aides auditives. Celles-ci sont désormais répertoriées en deux catégories permettant ainsi aux assurés de choisir librement les équipements de leur choix, qu'ils soient totalement ou partiellement remboursés : la catégorie I correspondant aux appareils appartenant à l'offre 100 % santé et la catégorie II recouvrant le reste du marché.

Les aides auditives de la catégorie I recouvrent un large choix d'aides auditives de qualité et performantes³⁶. Selon des analyses menées par le Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF), le panier 100 % santé va entraîner la disparition des biens d'entrée de gamme

Les aides seront intégralement prises en charge par l'assurance maladie et les garanties des contrats responsables à compter de 2021. Leurs prix sont plafonnés en 2019 à 1300 € et baisseront jusqu'en 2021 pour atteindre 950 €.

Aujourd'hui, un appareil auditif coûte en moyenne 1500 € par oreille. Après le remboursement de l'Assurance Maladie et de sa complémentaire santé, il reste 850 € à la charge de l'assuré. Avec la « gratuité » complète sur les appareils « 100 % santé » en 2021, l'économie de 800 € pour un produit 100 % santé peut être rapprochée du revenu disponible des ménages des personnes âgées de 60 ans ou plus (qui s'élevait à 32 000 €/ans en 2012³⁷). Pour les personnes précédemment à l'ACS (voir ci-après), on passerait d'un taux de couverture financière de 54 % sur le contrat C (le contrat le plus couvrant) en audiologie à 100 %.

La gratuité devrait augmenter substantiellement l'équipement en audioprothèses, d'autant que la qualité des produits du 100 % santé est reconnue. L'augmentation du taux de recours aux audioprothèses tiendra également à l'affiliation de plus d'audioprothésistes au tiers payant, sujet que nous n'expertisons pas ici³⁸.

3. Zéro reste à charge sur les prothèses dentaires en 2020

a) La situation actuelle de recours et de RAC

Selon l'enquête santé européenne³⁹, 46 % des français âgés de plus de 65 ans portent une prothèse dentaire (contre 15 % entre 40 et 64 ans). Par ailleurs, 15 % des personnes âgées de plus de 65 ans déclarent renoncer aux soins dentaires pour des raisons financières⁴⁰ (contre 18 % chez les 40 – 64 ans). Toutes classes d'âges confondues, 40 % des personnes qui n'avaient pas de complémentaire renoncent aux soins, pour 22 % de ceux bénéficiant de la CMU-C et 15 % d'une complémentaire privée.

³⁶ Voir annexe 6

³⁷ En utilisant le revenu disponible tiré du tableau 2 donnant les taux d'efforts des ménages de personnes âgées pour leurs dépenses de santé (taux d'effort moyen de 5,5% pour des dépenses nettes de 1779 €/an – RAC + primes).

³⁸ La demande de la profession serait d'établir un tiers payant unique.

³⁹ EHIS – ESPS, voir rapport IRDES n°566, 2017

⁴⁰ Ibid.

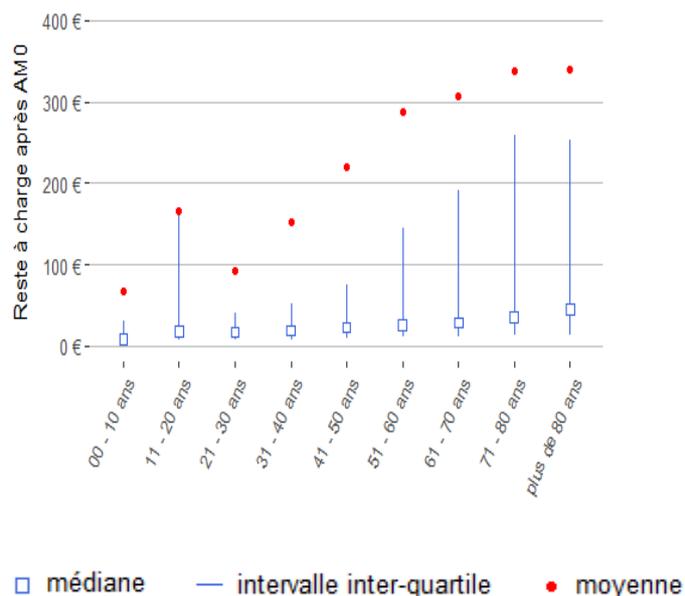
Parmi les soins remboursables, les dépassements d'honoraires dentaires (par rapport aux tarifs opposables) sont concentrés sur les prothèses et actes d'orthodontie et augmentent en moyenne depuis 2009 d'un peu plus de 1,8 % par an⁴¹

Tarification des soins de dentistes⁴²

Trois modes de tarification des soins dentaires coexistent :

- les consultations et les soins préventifs et conservateurs sont facturés au tarif opposable et pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Les dépassements ne sont pas autorisés sur ces types de soins ;
- les soins prothétiques et ceux d'orthodontie commencés avant le 16^e anniversaire du patient sont facturés avec dépassements. L'AMO prend en charge 70 % du tarif opposable ;
- les soins de parodontologie, d'implantologie et ceux d'orthodontie débutés après 16 ans font l'objet d'honoraires libres et ne sont pas remboursés par l'AMO.

Graphique 11. Dispersion des RAC AMO par tranche d'âge en 2016 en dentaire



Sur les actes en dentaire les plus fréquents, le RAC reste modéré, avec un RAC médian qui croît avec l'âge mais reste, même pour les plus âgés, inférieur à 50 €/an.

Certains actes et dispositifs (implants, prothèses, inlay, ...) sont plus coûteux et exposent une proportion significative de personnes à des RAC conséquents. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus ayant eu recours à des soins dentaires, 25 % sont caractérisés par des RAC après AMO supérieures à 20 €/mois en moyenne (soit 240 €/an).

Les RAC augmentent avec le revenu. Mais le taux d'effort diminue avec lui.

⁴¹ Panorama DREES

⁴² Panorama DREES

Tableau 13. Dépenses de santé des ménages de plus de 60 ans par niveau de vie en dentaire en 2012

	Taille du ménage	Dépenses totales (en €)	RAC AMO (en €)	RAC AMC (en €)	RAC AMC/revenu disponible (%)
Ensemble	1,72	332	229	88	0,3
	Niveau de vie du ménage				
1 ^{er} quintile	1,54	240	160	64	0,5
2 ^e quintile	1,64	243	159	54	0,3
3 ^e quintile	1,75	347	242	92	0,3
4 ^e quintile	1,84	463	332	135	0,4
5 ^e quintile	1,86	389	271	105	0,2

Note • Les dépenses totales sont les dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie. Les niveaux de vie sont distingués selon les quintiles de niveau de vie de l'ensemble de la population.

Lecture • Les ménages du premier quintile de revenus, consacrent 0,5 % de leur revenu à leurs dépenses de soins dentaires.

Champ • Ensemble des ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont la personne la plus âgée a 60 ans ou plus ; consommation présentée au remboursement uniquement.

Source • DREES, INES-OMAR 2012.

Le reste à charge après AMC pour les soins dentaires des ménages dont la personne la plus âgée a plus de 60 ans est le deuxième poste parmi les diverses consommations de soins, Il représentait en 2012 en moyenne 88 €/an.

Le reste à charge effectif en 2018 après AMC sur un échantillon de personnes âgées assurées par les mutuelles⁴³ montre que pour les 10 % dont le RAC après AMC est le plus élevé (tous postes confondus) le RAC afférent aux soins dentaires est de 682 € entre 70 ans et 75 ans (en 2018).

b) Le panier de biens 100 % santé et les impacts attendus

La convention nationale passée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie le 21 juin 2018 prévoit trois paniers de soins différents : un panier de soins sans reste à charge correspondant au 100 % santé, un panier de soins à restes à charge maîtrisés et un panier de soins dont les honoraires restent libres.

Ainsi, cette convention a acté le plafonnement progressif d'environ deux tiers des actes prothétiques, qui étaient jusqu'alors aux tarifs libres, afin qu'ils puissent intégrer le panier « 100 % santé » ou le panier à tarifs maîtrisés. Ce plafonnement connaît une extension progressive pour s'achever en janvier 2021 pour les actes appartenant au 100 % santé et en 2022 pour ceux du panier à reste à charge maîtrisé.

Les soins prothétiques dispensés au titre du panier de soins 100 % santé répondent aux mêmes normes de qualité que les autres soins prothétiques pris en charge par l'assurance maladie. Une

⁴³ Source : Système national de Données Mutualistes, FNMF

logique fondée sur les besoins esthétiques liés à l'emplacement du soin à réaliser sous-tend le choix des matériaux pris en charge.

Le panier de l'offre 100 % Santé inclut :

- Un large choix de prothèses fixes ou mobiles, avec des matériaux (céramo-métallique, céramique monolithique...) dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction entre les dents « visibles » et les dents « non visibles »).
- Des couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircones (incisives, canines et prémolaires) ; couronnes métalliques toute localisation.
- Des inlays core et couronnes transitoires (liées aux couronnes définitives).
- Des bridges céramo-métalliques (incisives) ; bridges métalliques toute localisation ; prothèses amovibles à base résine.

Aujourd'hui, le prix moyen d'une couronne en céramique est de 550 €. Après le remboursement de 355 € par l'assurance maladie et la complémentaire santé, il reste environ 195 € de frais à la charge de l'assuré. Avec la réforme 100 % Santé, les tarifs des prothèses seront plafonnés et vont progressivement diminuer jusqu'en 2021 où le reste à charge sera nul pour l'assuré. L'économie de 195 € sur une couronne peut être rapprochée du revenu moyen disponible des ménages de personnes âgées de 65 ans ou plus.

On ne dispose pas d'élément permettant d'évaluer l'impact global de la réforme sur les cotisations des contrats responsables. Le reste à charge hors panier 100 % santé devrait également rester maîtrisé, du fait de l'introduction des paniers de biens à RAC maîtrisé à côté du 100 % santé.

La réforme devrait limiter le non recours au soin dentaire.

IV. L'APPORT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (CSS) POUR LES PERSONNES ÂGÉES

A. LES CONTOURS DE LA REFORME

La complémentaire santé solidaire (CSS) entrée en vigueur le 1er novembre 2019 remplace CMU-c et ACS, dispositifs dont 765 000 personnes âgées sont bénéficiaires soit moins de 5 % de l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans.

La CSS adopte la même logique pour les bénéficiaires actuels de la CMU- C (à qui on ne demande pas de participation financière).

Elle vise à améliorer la situation des actuels bénéficiaires de l'ACS, marquée par un fort taux de non-recours (voisin de 50 %) ⁴⁴ et des restes à charge importants, dont une partie en optique, dentaire et audioprothèses. Pour une cotisation limitée, le bénéficiaire accède directement au panier de biens de la CMU-C qui intègre les acquis du panier de biens 100 % santé.

1. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : situation actuelle

a) La CMU-C : près de 325 000 bénéficiaires de plus de 60 ans en 2018

L

La CMU-C est non contributive. Elle prend en charge à 100 % un large panier de biens, exonère d'un certain nombre de dépenses (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, franchises médicales etc.), évite l'avance de frais grâce au tiers payant et permet de bénéficier de tarifs opposables.

Elle est accordée aux personnes ayant des ressources inférieures à 8 951 € par an pour une personne vivant seule (1^{er} avril 2019)⁴⁵ et 13426 € pour un couple. Les personnes bénéficiant du RSA socle accèdent de plein droit à la CMU-C (mais l'entrée dans le dispositif doit néanmoins être demandé, la prestation étant « quérable »).

On comptait 5,63 millions de bénéficiaires (France entière) en 2017 pour un taux de recours estimé entre 55 et 66 %.

La population des bénéficiaires de la CMU-C est relativement jeune (44 % a moins de 20 ans). Les plus de 60 ans représentent moins de 6 % des bénéficiaires de la CMU-C (contre près d'un quart dans la population), soit près de 325 000 personnes. La faiblesse de ces effectifs est liée au niveau du plafond qui est inférieur à celui de l'ASPA (10 838 € annuel).

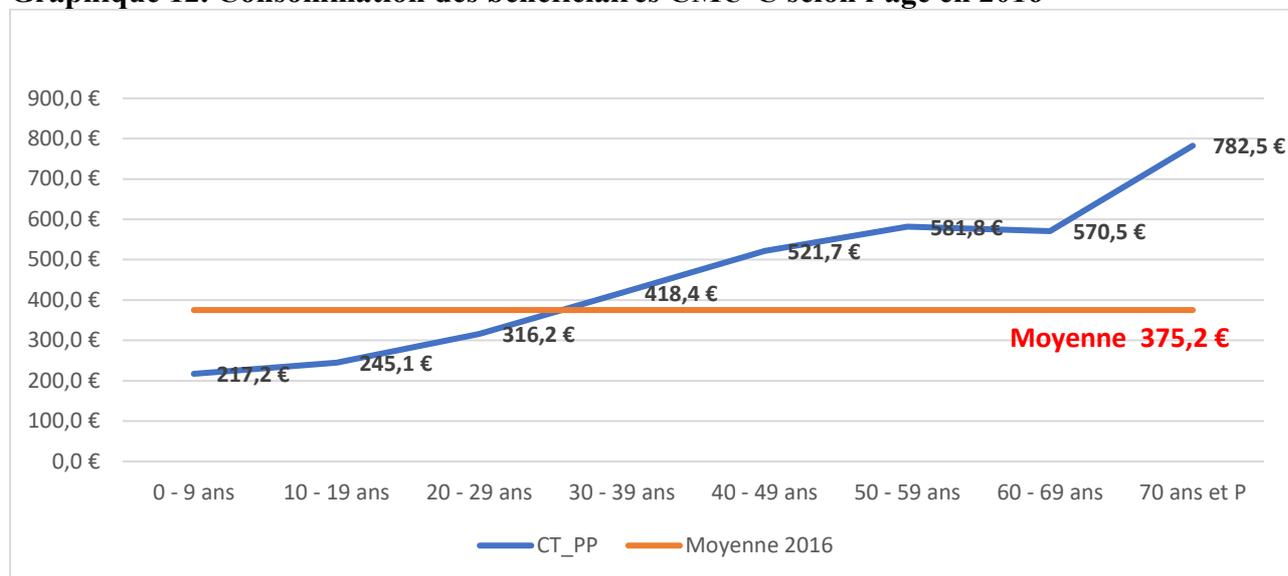
⁴⁴ Mais selon une étude Credoc de 2017 sur 62 personnes éligibles à l'ACS, la plupart des non-recourants ont accès à une autre complémentaire

⁴⁵ Les personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit (propriétaire, personne logée gratuitement) ou bénéficiant d'une aide au logement se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition familiale. Il est égal à 67,17 €/mois pour une personne seule (au 1^{er} avril 2019)

b) Garanties de la CMU-C

Les dépenses moyennes de soins prises en charge au titre de la CMU-C représentent près de 415 € par bénéficiaire en 2018, tous âges confondus

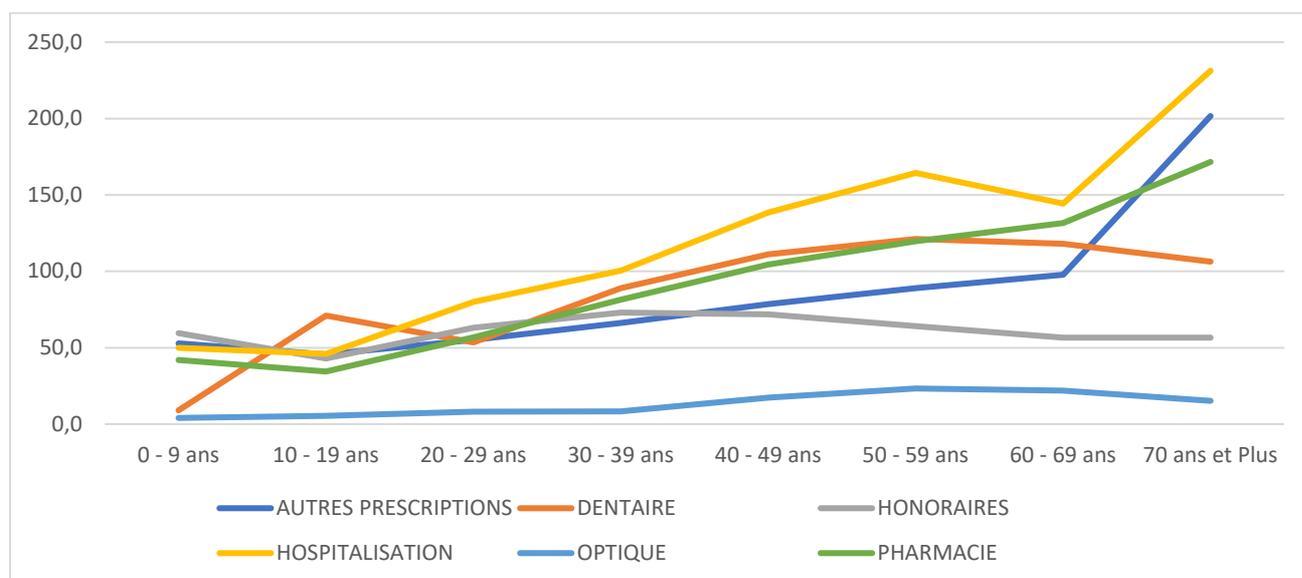
Graphique 12. Consommation des bénéficiaires CMU-C selon l'âge en 2016



SOURCE : FAR 2016 – Fédération Nationale de la Mutualité Française

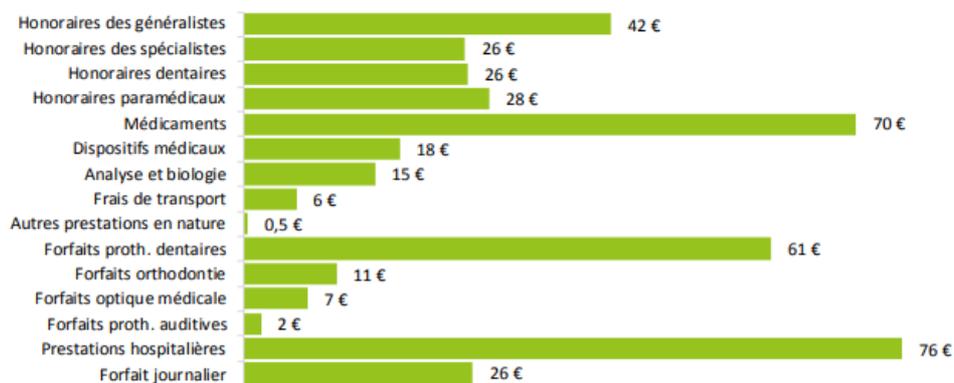
L'augmentation des prestations avec l'âge est forte notamment pour la pharmacie et l'hospitalisation. En revanche, les coûts moyens en optique, en dentaire et en honoraires diminuent pour les personnes âgées de plus de 70 ans.

Graphique 13. Consommation des bénéficiaires CMU-C selon l'âge en 2016



SOURCE : FAR 2016 – Fédération Nationale de la Mutualité Française

Graphique 14. Dépense CMU-C, répartition de la moyenne par poste en 2018 – tiré du rapport d'activité 2018 du Fond CMU



Lecture : données estimées pour les effectifs

Champ : France entière

Source : CNAM, SLM, CNDSSSTI, CCMSA

c) L'ACS : près de 440 000 bénéficiaires âgés de 60 ans ou plus en 2019

L'ACS créée en 2004 est une aide au paiement d'une complémentaire santé. C'est un « chèque santé » dont le montant augmente avec l'âge qui permet de réduire le montant des cotisations d'assurance complémentaire.

Sont éligibles les personnes dont les ressources se situent entre le plafond CMU-C et ce plafond majoré de 35 %, soit 12 084 € annuels en 2019 pour une personne vivant seule⁴⁶ et 18 126 € pour un couple.

Les bénéficiaires éligibles avaient depuis 2015 (et jusqu'à la mise en place de la complémentaire santé solidaire) la possibilité de souscrire à trois niveaux de garanties. Les trois contrats bénéficient d'une prise en charge à 100 % du ticket modérateur du forfait journalier hospitalier et du tiers payant. S'y ajoutent des taux de remboursement plus (contrat C) ou moins (contrat A) couvrants pour l'optique, le dentaire et l'audiologie.

Sur l'ensemble des bénéficiaires (quel que soit l'âge), l'ACS permettait de financer en moyenne 62 % du coût de la complémentaire santé de ses bénéficiaires en 2019.

A l'expiration d'un droit à l'ACS, toute personne doit se voir proposer par son organisme complémentaire la souscription d'un nouveau contrat (le contrat de sortie) au sein des contrats ACS. Il s'agit d'un contrat au tarif identique appliqué à ceux des bénéficiaires ACS, mais qui ne bénéficie ni du chèque santé ni des avantages spécifiques liés au contrat ACS (opposabilité, exonération des franchises, etc.). 94 % des personnes demeurent couvertes par une complémentaire à l'issue d'un contrat ACS (15 % au travers d'un contrat de sortie proposé à l'identique).

⁴⁶ Un forfait logement est également appliqué.

On comptait, en juin 2019, 1,7 millions de personnes bénéficiaires d'une attestation ACS (elles sont éligibles) et 1,3 millions de personnes effectivement protégées par un contrat ACS (elles ont effectivement utilisé leur attestation pour souscrire un contrat). Le taux de mobilisation de l'attestation ACS est plus élevé chez les personnes âgées (86 % chez les 60-69 ans et 97 % chez les 70 ans et plus) que dans le reste de la population (77 % en moyenne dans l'ensemble de la population)

Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 34 % des personnes protégées par un contrat ACS (Fonds CMU, rapport 2017), soit près de 440 000, dont 214 000 âgés de 60 à 69 ans, 131 000 âgés de 70 à 79 ans, 71 000 âgés de 80 à 89 ans et 22 000 âgés de 90 ans ou plus.

Tableau 14. Bénéficiaires de l'ACS par tranche d'âge au sein des personnes âgées de plus de 60 ans

Tranche d'âge chez les plus de 60 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 à 89 ans	90 ans et +	Total
Effectifs ACS	214 000	131 000	71 000	22 000	438 000
Effectifs tranche d'âge	7 999 606	5 693 660	3 244 543	912 431	17 850 240
Tx de couverture ACS en %	2,7 %	2,3 %	2,2 %	2,4 %	2,5 %

Source : calculs HCFEA à partir des tableaux de population Insee et des données sur l'âge des bénéficiaires ACS du fonds CSS

Encadré. Évolution du dispositif ACS depuis sa création

Depuis sa création en 2004, l'ACS a connu des améliorations successives (Fond CSS, rapport annuel 2019) :

* Extension de la population éligible via l'augmentation du plafond de ressources : Sur la période 2005 – 2019, les plafonds de l'ACS sont passés de 778 € à 1007 € courants (+29 %), soit un taux supérieur au SMPT

* Augmentation du montant de l'aide dans le temps, en particulier pour les plus de 60 ans, pour qui le montant de l'aide est passé dès 2006 de 250 € à 400 €, pour ensuite être revalorisé à 500 € en 2009 et 550 € en 2014.

* Opposabilité des tarifs : en 2013, est introduit le principe d'opposabilité des tarifs des médecins en ville et à l'hôpital. Concrètement, les médecins quel que soit leur secteur d'exercice, y compris en secteur 2, ne sont pas autorisés à facturer de dépassements d'honoraires au-delà des tarifs de responsabilité. Ils doivent appliquer les tarifs de référence de la Sécurité sociale à tout bénéficiaire d'une attestation ACS, qu'il l'ait ou non utilisée pour souscrire un contrat.

* La réforme de 2015 limite le nombre de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS, en définissant des garanties minimales et en améliorant le rapport qualité/prix de ces contrats par le biais de la procédure de mise en concurrence. Trois niveaux de garanties sont alors établis

d) Garanties des contrats ACS

Les bénéficiaires d'une attestation ACS ont depuis 2015 la possibilité de souscrire à trois niveaux de garanties.

Les trois contrats proposent des garanties socles :

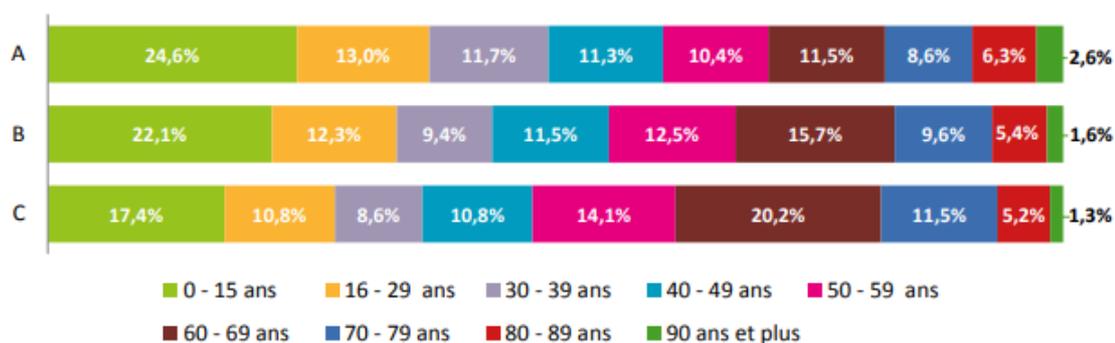
- la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (excepté pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) ;
- la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie.

À ces garanties socle, s'ajoutent trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple (contrat A) à une couverture plus complète (contrat C). Ces niveaux de couverture se différencient par des taux de remboursement différents pour les lunettes, les prothèses dentaires, l'orthodontie et les audioprothèses :

- le contrat A, prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat C, prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses (par oreille).

Les personnes de 60 à 69 ans sont près de deux fois plus nombreuses à souscrire le contrat C (le plus couvrant) que le contrat A. L'effet est cependant moins marqué au-delà de 70 ans et s'inverse même à partir de 80 ans, où le contrat le plus souscrit est le A (le moins couvrant).

Graphique 15. Structure par âge de la population couverte par un contrat ACE selon la formule choisie au 31 décembre 2017



Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2017

Depuis la réforme de 2015, les bénéficiaires de l'aide ayant souscrit un contrat sélectionné n'ont plus à faire l'avance des frais lors de leurs consultations chez les professionnels de santé. Ils ont donc droit au tiers payant intégral comme les bénéficiaires de la CMU-C. Les bénéficiaires de l'ACS sont également exonérés des franchises médicales et de la participation de 1 € par consultation.

Depuis le 1er octobre 2017, les nouveaux tarifs plafonds pour la prise en charge des soins prothétiques et les soins orthodontiques applicables aux bénéficiaires de la CMU-C le sont également aux bénéficiaires de l'ACS. Ces mesures ont conduit progressivement à faire converger les droits du dispositif de l'ACS vers ceux de la CMU-C.

Au 31 décembre 2018, le prix moyen d'un contrat ACS s'établit à 524 € par personne et par an. Par rapport à la situation avant la réforme à fin novembre 2014, le prix du contrat a baissé de 9,0 % en quatre ans alors même que les prix des contrats de complémentaire santé augmentaient

de manière significative sur le marché⁴⁷. Dans l'ensemble de la population (tout âge confondu), l'ACS solvabilise ainsi entre 55 % (contrat C) et 74 % (contrat A) de la cotisation.

Le prix des contrats est croissant avec l'âge et le niveau de qualité des contrats. L'aide varie également en fonction de l'âge du bénéficiaire : 100 € pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, 200 € entre 16 et 49 ans, et 550 € au-dessus de 60 ans.

Tableau 15. Prix et reste à payer des bénéficiaires de contrat ACS selon l'âge du souscripteur, en 2017

Tiré de Drees, panorama 2019

Contrat	A			B			C		
	Prix moyen contrat A (en €)	Reste à payer moyen contrat A (en €)	Taux d'effort moyen (en %)	Prix moyen contrat B (en €)	Reste à payer moyen contrat B (en €)	Taux d'effort moyen (en %)	Prix moyen contrat C (en €)	Reste à payer moyen contrat C (en €)	Taux d'effort moyen (en %)
16-29 ans	238	39	0,4	293	93	0,9	356	156	1,5
30-39 ans	281	81	0,8	355	155	1,5	435	234	2,3
40-49 ans	346	146	1,4	446	245	2,4	537	337	3,3
50-59 ans	437	95	0,9	557	213	2,1	664	318	3,1
60-69 ans	565	38	0,4	693	153	1,5	814	271	2,6
70-79 ans	708	158	1,5	843	294	2,8	930	380	3,7
80-89 ans	865	315	3	1002	453	4,4	1055	505	4,9
90 ans ou plus	910	360	3,5	1008	458	4,4	1052	502	4,8
Total	548	140	1,4	662	237	2,3	748	320	3,1

Lecture > Un individu âgé entre 16 et 29 ans, bénéficiaire d'un contrat ACS de type « A », paie en moyenne 238 € son contrat et aura un reste à payer après déduction du chèque ACS de 39 €.

Champ > Ensemble des contrats couvrant une personne uniquement.

Source > Fonds CMU, Enquête annuelle sur l'ACS 2017, calculs Fonds CMU

Les prix moyens des contrats ACS cachent des disparités entre organismes. Ces disparités, étudiées par le Fond CMU sur la base de 11 grilles tarifaires, augmentent de manière importante avec l'âge, certains organismes tarifant en fonction de l'âge quand d'autres ne font pas évoluer leur tarif passé 65-70 ans. Si le tarif minimum varie peu avec l'âge, le tarif maximum augmente lui rapidement. Une personne âgée de 80 ans peut ainsi payer entre 814 € et 1 418 € pour l'acquisition d'un contrat C. De même, si le reste à payer minimum varie peu avec l'âge, le reste à payer maximum est lui fortement croissant : il atteint plus de 800 € à 80 ans et plus de 1500 € à 95 ans.

La dépense restant à la charge des bénéficiaires de l'ACS après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire représente environ 5 % de leur dépense totale. Le niveau est le même entre les 3 contrats même si le taux de prise en charge varie. Cela rend compte de différences de consommation de soins selon le niveau de couverture

Sur l'optique, les prothèses dentaires, l'orthodontie et les audioprothèses, les personnes couvertes par un contrat C sont caractérisées par des dépenses plus élevées ; Toutefois, dans quasiment tous les cas, un niveau de remboursement plus élevé lorsqu'on monte en gamme fait plus que compenser l'augmentation de la dépense observée : le reste à charge moyen diminue avec le niveau de garantie.

⁴⁷ De fait, les tarifs des contrats ACS ont été bloqués et les contrats ACS sont souvent déficitaires (source FNMF)

Tableau 16. Dépense moyenne annuelle par consommant répartie par financeur pour les postes optique, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèse

		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Optique complexe	A	287 €	19 €	14 €	254 €
	B	335 €	18 €	196 €	120 €
	C	432 €	18 €	321 €	93 €
		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Prothèses dentaires	A	605 €	143 €	89 €	373 €
	B	731 €	175 €	298 €	258 €
	C	971 €	225 €	540 €	206 €
		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Orthodontie	A	310 €	127 €	37 €	146 €
	B	409 €	151 €	174 €	85 €
	C	452 €	166 €	251 €	35 €
		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Audioprothèses	A	737 €	129 €	75 €	533 €
	B	793 €	131 €	77 €	586 €
	C	1 169 €	182 €	451 €	535 €

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018

Nota :

Les montants de reste à charge sont ceux constatés dans l'enquête en moyenne par consommant et correspondent à des postes qui regroupent des soins distincts. Par exemple, les postes relatifs aux prothèses dentaires et aux audioprothèses regroupent des biens hétérogènes à tarifs très différents et notamment :

- Celui relatif aux prothèses dentaires regroupe l'ensemble des prothèses dentaires y compris provisoires ;
- Celui relatif aux audioprothèses prend également en compte les piles et les accessoires.

Il s'agit ainsi de moyennes. Le montant du reste à charge sera nettement plus élevé dans le cas de la pose d'une couronne céramo-métallique et / ou de l'achat d'une prothèse auditive pour deux oreilles.

Tableau 17. Exemple de dépenses pour des personnes âgées

Dépenses 70-79 ans					
	RAC prothèses dentaires	RAC monture + verres complexes	RAP sur le prix du contrat	Participation globale	RAP/ Participation globale
A	471 €	308 €	158 €	937 €	17%
B	349 €	356 €	294 €	999 €	29%
C	301 €	453 €	380 €	1 134 €	34%

Lecture ; le reste à payer correspond au prix de la cotisation net de l'aide ACS. La participation globale comprend donc le RAC sur les différentes consommations de soins et le reste à payer du contrat de complémentaire santé.

2. L'acquis du 100 % santé et du panier CMU-C pour le panier de soin CSS

La complémentaire santé solidaire sera plus simple : au lieu des trois contrats A, B et C de l'ACS, elle offre un seul niveau de garanties, celui de la CMU-C complété du panier de bien 100 % santé et de quelques avancées complémentaires en dentaire. Il s'agit d'un régime unique sur un panier de biens de meilleure qualité.

Les tableaux suivants permettent de situer le panier de la couverture complémentaire solidaire par rapport aux paniers de soins ACS (A, B et C)

	Contrat responsable	Contrat ACS	Complémentaire santé solidaire
Soins de ville	Min TM (sauf cure thermale) Max TM + 100 % de la BR en dépassement	Contrat A, B ou C min TM (sauf cure thermale) Prise en charge intégrale via l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les médecins	TM : Prise en charge intégrale via l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les médecins
Frais d'hospitalisation. : - prestations - FJH	TM illimité	Contrat A, B ou C TM Illimité	TM illimité
Pharmacie	TM (sauf SMR faible/SMR modéré et homéopathie)	Contrat A, B ou C TM (sauf SMR faible)	TM

Tableau 18. Les soins dentaires

	Contrat responsable	Contrat ACS	Complémentaire santé solidaire
Prothèses + Orthodontie remboursable	Min - Panier 100% santé - Hors 100% santé: TM Max pas de plafonnement	Contrat A : min TM + 25 % Contrat B : min TM + 125 % Contrat C : min TM + 200 %	- panier CSS prothèses (= panier 100% santé + inlay-onlay 2 faces ou plus, certains bridges et des actes de réparations/poses de prothèses amovibles définitives à châssis métallique) et orthodontie : prise en charge intégrale - actes hors panier CSS : TM

(Lecture : le contrat A rembourse des prothèses à hauteur du ticket modérateur + 25 % du Tarif de responsabilité TRSS, soit un total remboursement pour le bénéficiaire de 125 % du TRSS : part RO + TM + complément de remboursement de l'ACS)

Ces évolutions, permettant une baisse des restes à charge sur le 100 % santé, sont à rapprocher des restes à charge effectifs actuels observés pour les bénéficiaires des trois contrats ACS, selon une contribution du fonds CMU pour le HCFEA⁴⁸:

Tableau 19. Reste à charge annuel par consommateurs sur les soins dentaires

		Contrat A	Contrat B	Contrat C
Soins dentaires curatifs	60 - 69 ans	3 €	3 €	3 €
	70 - 79 ans	6 €	5 €	3 €
	80 - 89 ans	6 €	9 €	12 €
	90 ans et plus	13 €	9 €	10 €
	Tous âges	2 €	2 €	2 €
Prothèses dentaires	60 - 69 ans	384 €	276 €	217 €
	70 - 79 ans	414 €	277 €	204 €
	80 - 89 ans	393 €	281 €	198 €
	90 ans et plus	306 €	213 €	172 €
	Tous âges	373 €	258 €	206 €

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018 – Traitement par le fonds de la Complémentaire santé solidaire

Tableau 20. Soins optiques

	Contrat responsable	Contrat ACS	CSS
Verres Simples (verres simple foyer -6 ; +6 et cylindre ≤ 4)	Min Panier 100% santé Hors 100% santé: TM Si garanties optique proposées (yc TRSS) Min 50€* Max 320 €*+ 100€* monture	Contrat A : min TM, max : contrat resp Contrat B : min 100 €, max : contrat resp Contrat C : min 150 €, max contrat resp	Panier 100% santé : intégrale Hors 100% santé: TM
Verres Complexes (verres simple foyer hors zone -6 ; +6 ou cylindre ≥ 4 ; verres multifocaux et progressifs)	Min Panier 100% santé Hors 100% santé: TM Si garanties optique proposées (yc TRSS) Min 200€* Max 600€*+ 100€* monture	Contrat A : min TM, max contrat resp Contrat B : min 200 €, max contrat resp Contrat C : min 350 €, max contrat resp	Panier 100% santé : intégrale Hors 100% santé: TM
Verres très complexes	Min Panier 100% santé Hors 100% santé: TM Si garanties optique proposées (yc TRSS) Min 200€* Max 700€*+ 100€* monture	Contrat A : min TM, max contrat resp Contrat B : min 200 €, max contrat resp Contrat C : min 350 €, max contrat resp	Panier 100% santé : intégrale Hors 100% santé: TM

⁴⁸ Voir méthodologie en annexe

	Contrat responsable	Contrat ACS	CSS
Verres Simples (verres simple foyer -6 ; +6 et cylindre ≤ 4)	Min Panier 100% santé Hors 100% santé: TM Si garanties optique proposées (yc TRSS) Min 50€* Max 320 €*+ 100€* monture	Contrat A : min TM, max : contrat resp Contrat B : min 100 €, max : contrat resp Contrat C : min 150 €, max contrat resp	Panier 100% santé : intégrale Hors 100% santé: TM
Verres Complexes (verres simple foyer hors zone -6 ; +6 ou cylindre ≥ 4 ; verres multifocaux et progressifs)	Min Panier 100% santé Hors 100% santé: TM Si garanties optique proposées (yc TRSS) Min 200€* Max 600€*+ 100€* monture	Contrat A : min TM, max contrat resp Contrat B : min 200 €, max contrat resp Contrat C : min 350 €, max contrat resp	Panier 100% santé : intégrale Hors 100% santé: TM
Verres très complexes	Min Panier 100% santé Hors 100% santé: TM Si garanties optique proposées (yc TRSS) Min 200€* Max 700€*+ 100€* monture	Contrat A : min TM, max contrat resp Contrat B : min 200 €, max contrat resp Contrat C : min 350 €, max contrat resp	Panier 100% santé : intégrale Hors 100% santé: TM

Tableau 21. Reste à charge annuel par consommant sur les équipements d'optique

		Contrat A	Contrat B	Contrat C
Montures	60 - 69 ans	69 €	31 €	28 €
	70 - 79 ans	78 €	36 €	29 €
	80 - 89 ans	106 €	45 €	32 €
	90 ans et plus	120 €	45 €	34 €
	Tous âges	67 €	34 €	29 €
Verres simples	60 - 69 ans	120 €	47 €	67 €
	70 - 79 ans	131 €	50 €	59 €
	80 - 89 ans	141 €	56 €	74 €
	90 ans et plus	118 €	57 €	63 €
	Tous âges	89 €	40 €	44 €
Verres complexes	60 - 69 ans	203 €	84 €	68 €
	70 - 79 ans	215 €	102 €	75 €
	80 - 89 ans	270 €	124 €	94 €
	90 ans et plus	256 €	135 €	102 €
	Tous âges	191 €	87 €	64 €

Source : 9 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018 – Traitement par le fonds de la Complémentaire santé solidaire

Tableau 22. Audiologie

	Contrat responsable	Contrat ACS	Complémentaire santé solidaire
Audioprothèses	<p>Min * - Panier 100% santé (appareils classe I) - Hors 100% santé: TM</p> <p>Max*1700€/appareil yc TRSS</p>	<p>Contrat A : TM</p> <p>Contrat B : TM</p> <p>Contrat C : part AMO + 450€</p>	<p>Panier 100% santé (appareils classe I) : Prise en charge intégrale Hors 100% santé : TM</p>

Les personnes souhaitant s'équiper en audioprothèses ont plutôt tendance à recourir au contrat C.

Globalement, les restes à charges sont assez similaires selon les trois contrats mais pour une dépense globale observée bien supérieure pour les contrats C (1169 € contre 737 € en contrat A).

Tableau 23. Reste à charge annuel par consommateurs sur l'audiologie

		Contrat A	Contrat B	Contrat C
Audioprothèses	60 - 69 ans	597 €	629 €	560 €
	70 - 79 ans	584 €	675 €	550 €
	80 - 89 ans	590 €	552 €	552 €
	90 ans et plus	398 €	507 €	359 €
	Tous âges	533 €	586 €	535 €

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018 – Traitement par le fonds de la Complémentaire santé solidaire

3. Un élargissement potentiel des publics notamment chez les retraités

Les plafonds de revenus pour bénéficier de la CSS sont ceux des anciens dispositifs. La CSS sera gratuite pour les bénéficiaires de la CMU-c.

Les plafonds de la CSS contributive sont ceux de l'ACS

Les bénéficiaires contribuent par une cotisation qui augmente avec l'âge : 8 €/mois pour les plus jeunes à 30 €/mois quand l'assuré est âgé de plus de 70 ans.

Plafonds annuels maximum de ressources pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire, en France métropolitaine, applicables au 1^{er} novembre 2019

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE
1 personne	8 951 €	12 084 €
2 personnes	13 426 €	18 126 €
3 personnes	16 112 €	21 751 €
4 personnes	18 797 €	25 376 €
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 580,38 €	+ 4 833,52 €

Plafonds annuels maximum de ressources pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire, dans les départements d'Outre-mer (hors Mayotte), applicables au 1^{er} novembre 2019

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE
1 personne	9 952 €	13 449 €
2 personnes	14 944 €	20 174 €
3 personnes	17 932 €	24 209 €
4 personnes	20 921 €	28 243 €
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 984,97 €	+ 5 379,71 €

* Chiffres Drees

On espère que le taux de recours va augmenter parce que le dispositif est plus simple et finance un meilleur panier de biens.

Une étude qualitative menée par le Credoc en 2017 a mis en évidence plusieurs facteurs de non recours pour la population éligible à l'ACS : faible notoriété du dispositif, lourdeur des démarches (multiplicité des organismes, choix du contrat), peur de la stigmatisation et enfin restes à payer élevés.

La simplification de l'offre (plus de contrats A, B ou C à choisir, mais un unique panier de biens) et l'alignement du panier de soins sur un mieux disant comprenant les avancées du 100 % santé, à un prix modéré (voir infra), justifient qu'on parie sur un meilleur recours à cette complémentaire santé.

Ce mouvement prolongerait les réformes de 2015, rappelées en première partie, et qui expliquent en partie la progression du recours à l'ACS.

Le rapport du fonds CMU de décembre 2019 montre ainsi que la réforme a fait baisser les prix des contrats (- 9 % par rapport à 2014), et le taux d'effort pour acquérir une complémentaire dans le cadre de l'ACS (- 30 %), et a amélioré le niveau de garantie des contrats, mesuré selon la méthode mise au point par la Drees.

La méthode de la DREES pour évaluer le niveau de couverture de l'ACS et la comparer

Elle consiste à calculer un score de prise en charge par les contrats de complémentaire santé de la dépense de santé restant à la charge des bénéficiaires après intervention de l'assurance maladie obligatoire pour un panier de soins donné pour un cas-type de consommation de soins. Ce score, compris entre 0 et 1, s'interprète comme un niveau de prise en charge théorique, par les contrats de complémentaire santé, du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Le score prend en compte la mise en place de l'opposabilité sur les consultations de médecin (2014), l'appel d'offre ACS de 2015 et le passage à trois contrats et la mise en place de tarifs plafonds opposables sur les soins dentaires et prothétiques (2018). Le bénéfice de l'opposabilité sur la prise en charge est estimé en considérant que l'interdiction d'être facturé pour un dépassement d'honoraires équivaut à une prise en charge complète des dépenses de dépassement d'honoraires auxquels les bénéficiaires de l'ACS étaient préalablement exposés.

Selon la DREES entre 9,6 et 12,1 millions de personnes (ménages ordinaires) étaient éligibles à l'un ou l'autre de ces dispositifs en 2018, Mais nous ne disposons pas de données robustes pour quantifier le nombre d'éligibles parmi les personnes âgées.

Selon les estimations gouvernementales la CSS a vocation à viser plus de 10 millions de personnes contre 7,1 millions de personnes couvertes fin juin 2019 au titre de la CMU-C et de l'ACS. Les effectifs augmenteraient de 40 %. Le taux de recours serait proche de 90 %

Tableau 24. Les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et la cible de la CSS

	CMU-C (1)	ACS (2)	CSS (visé)
Nb bénéficiaires en millions	5,8	1,3	10
Taux de recours en Métropole	66 %	41 % à 59 %	Plus de 90 %
Nombre d'éligibles théoriques en millions (3)	7 à 8	2 à 3	9 à 11

(1) en 2019 ⁴⁹

(2) 1,61 millions de personnes en juin 2018 ont reçu une attestation ACS sur les douze derniers mois. Le nombre de personnes couvertes à fin juin 2019 était de 1,3 millions.

(3) : Calculs HCFEA. En utilisant le nombre théorique d'éligibles que l'on obtient en considérant les bénéficiaires actuels multipliés par un coefficient permettant d'avoir 100 % de recours : on obtiendrait 2 à 3 millions pour l'ACS et 8,8 millions la CMU-C. Selon la Drees (modèle Ines), il faut tabler sur 3 à 4 millions de personnes dont les ressources sont au-dessous du plafonds ACS, dont on peut retrancher celles qui disposent d'un contrat collectif (environ 24 %) et ne sont donc pas in fine éligible à l'ACS, ce qui fait 2,3 à 3,3. On retient cette fourchette dans ce tableau Pour la CMU, la Drees estime la population éligible comprise entre 6,5 et 7,7 millions

Alors que le public âgé éligible à la CSS non contributive restera limité, la CSS contributive devrait concerner un nombre significatif de personnes retraitées.

Dans le champ des ménages ordinaires, les estimations disponibles (qui restent fragiles⁵⁰) tablent sur **1 à 1,4 million de personnes de 60 ans et plus**, éligibles à la CMU-C ou à l'ACS

⁴⁹ La complémentaire santé, panoramas DREES 2019/et pour le taux de recours données 2017 selon rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, Fonds CSS, décembre 2019

⁵⁰ Le CREDOC retenait un nombre de personnes âgées éligibles nettement plus élevé : il estime dans son rapport pour le fonds CSS sur la population des éligibles de 15 ans ou plus, à 31 % la part des personnes âgées de 60 ans et plus parmi les éligibles à la CMU-C et l'ACS (Fonds CMU 2019, p.10), ce qui ferait plutôt près de 2, 8 millions de personnes (en se basant sur la fourchette basse du nombre total d'éligibles)

en 2018, soit entre 5,6 % et 7,9 % des 17,8 millions de français âgés de plus de 60 ans⁵¹. La progression se situerait entre 31 % (hypothèse basse de 1 million de bénéficiaires) et 83 % (hypothèse haute de 1,4 millions).

La modestie relative de cet effectif est liée au fait que la plupart des personnes âgées ont des ressources supérieures au plafond de la CSS.

B. BILAN POUR LES PERSONNES AGEES

1. Un coût de la complémentaire supérieur dans certaines situations mais pour un meilleur panier de soins

Au 31 décembre 2018, la cotisation moyenne de l'ACS pour une personne seule s'élevait à 524 €/an (soit 60 % de la cotisation avant chèque ACS). Le taux d'effort moyen d'acquisition d'un contrat d'ACS s'établit à 2,8 % voisin de celui des ménages les plus riches⁵².

Tableau 25. La cotisation pour les bénéficiaires de l'ACS âgés de plus de 60 ans

	Cotisation annuelle CSS en €	Cotisation moyenne ACS nette du chèque santé		
		Contrat A.	Contrat B	Contrat C
60.- 69 ans	300	38	153	271
70 – 79 ans	360	158	294	380
80 – 89 ans		315	453	505
90 ans et +		360	458	502

Pour les personnes de 60/69 ans, la cotisation CSS sera supérieure au coût moyen de la complémentaire actuelle pour tous les types de contrats. Mais le panier de biens pris en charge intégralement sera de qualité supérieure.

À partir de 70 ans, la cotisation de la CSS (360 €) sera inférieure aux restes à payer moyens des contrats C, les meilleurs contrats ACS

Le fonds CSS a estimé que le passage à la complémentaire santé solidaire se traduirait par une hausse de coût pour 56 % des anciens bénéficiaires de l'ACS de plus de 60 ans (78 % pour les contrats A, 64 % pour les contrats B et 41 % pour les contrats C).

Tableau 26. Distribution des bénéficiaires âgés de 60 ans et plus dont la cotisation CSS serait supérieure à l'actuelle cotisation ACS nette du chèque santé

	% perdants			
	A	B	C	3 contrats
60 - 69 ans	100%	99%	51%	76%
70 - 79 ans	100%	49%	33%	51%
80 - 89 ans	29%	12%	27%	22%
90 ans et +	27%	16%	30%	24%
Total 60 et plus	78%	64%	41%	56%

Source : fonds CSS.

⁵¹ Voir annexe 3 pour le tableau par âge de la population

⁵² Sur la base d'une enquête menée par l'IRDES en 2006 qui n'a pas été réactualisée depuis.

Mais le RAC sera beaucoup plus faible.

2. Un coût final (cotisation + RAC) abaissé en cas de consommation dans l'année d'un bien du panier 100 % santé

Parmi les personnes âgées éligibles à la CSS, il convient de distinguer **trois sous-populations** :

a) celles ayant effectivement recours à l'ACS

Pour elles, le bilan s'analyse en gain éventuel de garantie et en variation entre la cotisation actuelle nette du chèque ACS et la cotisation nouvelle.

Compte-tenu des actuels RAC observés, l'accès au 100 % santé permettra, dès que l'assuré consomme un bien en audiologie, prothèse dentaire ou optique, d'absorber les éventuels surcoûts à partir de 70 ans. Le surcoût par rapport à un contrat C entre 60 à 69 ans (29 € par an) sera également immédiatement absorbé par le meilleur remboursement pour une consommation du panier 100 % santé.

Exemple d'amortissement du surcoût dans le cas d'une consommation en optique

	RAC + RAP (contrat A)	RAC + RAP (contrat C)	RAC + cotisation CSS
Pour une consommation optique à 70 ans – 79 ans	464	833	360

Exemple d'amortissement du surcoût dans le cas d'une consommation en prothèse dentaire

	RAC + RAP (contrat A)	RAC + RAP (contrat C)	RAC + cotisation CSS (1)
Pour une consommation prothèse dentaire à 70 ans	629	681	360

RAP : 158 sur un contrat A/380 pour un contrat C

(1) pour une consommation sur le panier 100 % santé ; en affectant le coût du RAP à cette unique consommation

Source : HCFEA à partir de cas type fonds CMU 2018 p.72, 73 pour les deux premières colonnes

Tableau 27. Cas-type 3 : participation globale en santé pour un couple de personnes âgées dont l'une s'équipe en audioprothèses

		CSS	C
Audioprothèses pour 2 oreilles Niveau I ou II	Prix de l'équipement	1 600 €	3 120 €
	Prise en charge totale (AMO + AMC)	1 600 €	1 600 €
	RAC (1)	0 €	1 520 €
Participation CSS ou RAP ACS (2)		720 €	784 €
Participation globale en santé (1)+(2)		720 €	2 304 €
Gain CSS sur participation globale en santé		1 584 €	

Nota : Le montant de l'équipement est plafonné pour une personne couverte par la Complémentaire santé solidaire. Par hypothèse, il n'y a pas de montant maximum autorisé pour l'optique des bénéficiaires de l'ACS contrairement à la Complémentaire santé solidaire. Le prix correspond au prix moyen du marché en 2016 (DREES, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019)

Source RAP ACS : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018 - contrat couvrant une personne aux 31 décembre 2018

Source : Cas type fonds CMU, décembre 2019

Toutefois pour les personnes âgées qui seraient déjà stabilisées en termes d'équipements, notamment après 80 ans, et qui pouvaient opter pour un contrat A, le bilan sera négatif. Dans la structure actuelle des recourants de l'ACS ce sont surtout les personnes âgées de 60 à 69 ans, et dans une moindre mesure de 70 à 79 ans qui recourent au contrat C de l'ACS.

(ii) Personnes n'ayant pas recours à la CMU-C ou à l'ACS, mais ayant néanmoins une couverture complémentaire

Nous ne disposons pas d'éléments sur la couverture complémentaire des personnes éligibles à la CMU-C ou l'ACS mais qui n'y ont pas recours.

Nombre d'entre elles auraient intérêt à quitter leur couverture actuelle pour souscrire un contrat de couverture solidaire compte tenu du gain qu'ils en tireraient en termes de niveau de garanties et de cotisations.

Pour avancer dans la réflexion, il faudrait disposer d'une estimation solide de ce que serait, dans la situation actuelle, la cotisation d'une personne âgée pour le panier de biens CMU-C. Il est toutefois complexe de comparer le panier de biens CMU-C à un contrat équivalent sur le marché privé, en raison des droits associés (opposabilité des tarifs notamment).

Selon une contribution de la FFSA pour le HCFEA, les garanties de la couverture santé solidaire ressemblent fortement à celles du « contrat de sortie ». En partant de l'estimation des tarifs d'équilibre de ce contrat, le tarif d'un contrat équivalent au panier CSS serait supérieur de 2,25 fois les tarifs officiels du contrat CSS.

Finalement le surcoût de cotisation de la CSS par rapport à l'ACS supporté par une partie des bénéficiaires (56 % des plus de 60 ans) est limité au regard de la couverture procurée : une tarification sur le marché d'un contrat équivalent serait bien supérieure. Et de plus ce surcoût sera plus que compensé à la première consommation d'un bien 100 % santé dans l'année. Une seule consommation effective peut suffire à effacer ce surcoût et générer un moindre taux d'effort pendant plusieurs années, effet qui peut bien entendu être renforcé par d'autres consommations 100 % santé ultérieures.

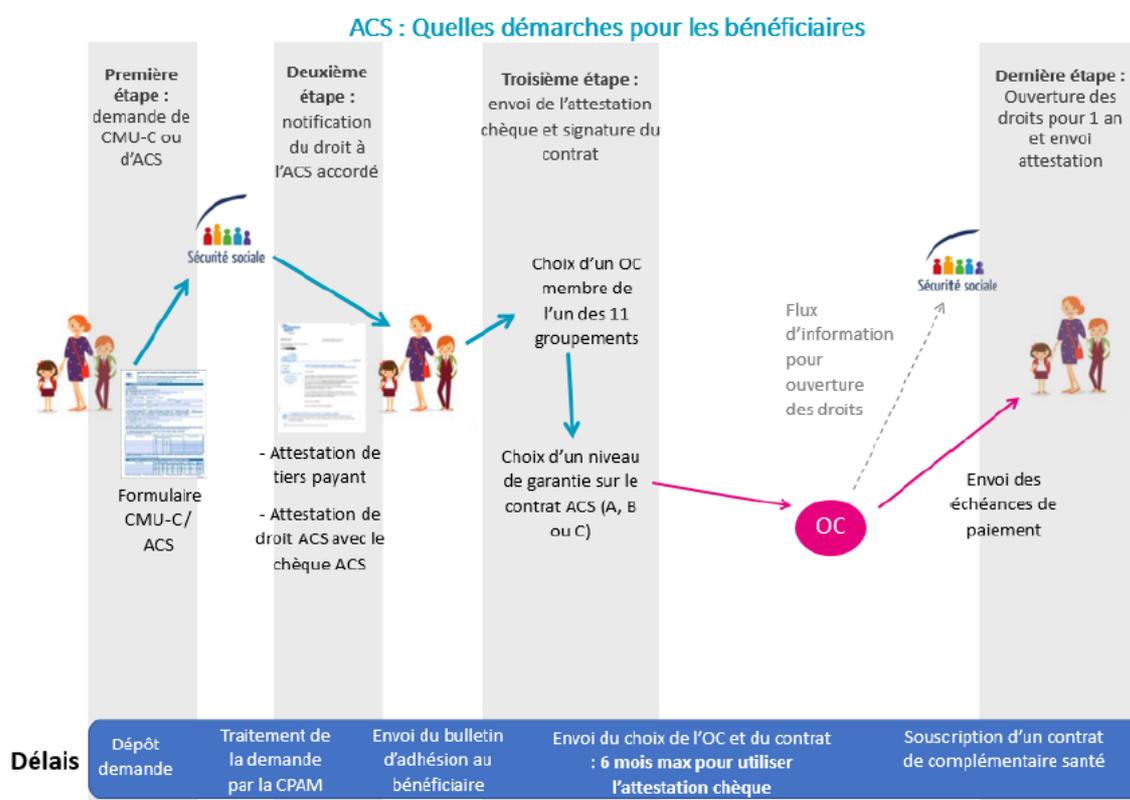
(iii) personnes âgées sans couverture complémentaire : environ 3 % des 60+ selon la Drees.

Nous ne disposons pas de données pour identifier celles qui seraient éligibles à la couverture solidaire (effectifs trop faibles dans les enquêtes en population générale)

V. LES PISTES D'AMELIORATION DU TAUX DE RECOURS PAR L'INFORMATION ET L'AUTOMATISATION

D'après l'étude qualitative du Credoc, la simplicité est un facteur potentiel d'amélioration du taux de recours, d'autant que la démarche actuelle est effectivement lourde pour les requérants.

Les démarches pour souscrire un contrat ACS.



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

De nombreux dispositifs de communication et d'information des personnes potentiellement éligibles à la CSS existent, en particulier pour les bénéficiaires du RSA (rendez-vous des droits Cnaf et courrier Cnam) et de l'Aspa (envoi d'un courrier informant de l'éligibilité potentielle) ou plus généralement de tous les publics vulnérables dans le cadre de l'accompagnement pour l'accès aux soins (CPAM, Carsat, départements, associations, etc.)⁵³.

⁵³ Voir annexe

Peut-on faire mieux pour les bénéficiaires de l'Aspa et de l'APA, dont des institutions publiques connaissent les revenus, ce qui pourrait les mettre à même de gérer leur accès à la CSS ?

1) on devrait étudier sur échantillon la part d'allocataires de ces prestations qui ne bénéficient pas de la CSS alors qu'ils y sont éligibles

2) les allocataires de l'ASPA sont, compte tenu de leurs ressources, « normalement » éligibles à la CSS-contributive.

- Il faudrait étudier combien d'entre eux seraient exclus au titre des autres conditions d'octroi de la CSS (conditions de résidence, spécificités de l'assiette, période de référence des ressources)

- Il est probable que l'effectif de ces exclus sera minime.

3) les départements qui gèrent l'APA connaissent les ressources de leurs allocataires. Ils peuvent sélectionner ceux d'entre eux dont les ressources sont inférieures aux plafonds de la CSS et de la CSS contributive. Ils peuvent ensuite étudier combien d'entre eux seraient exclus au titre des autres conditions d'octroi de la CSS.

4) une fois ces études menées, deux stratégies d'aide à l'accès sont concevables

- Première stratégie : Les CARSAT et les départements mettent en place une action d'information sur la CSS.

- Seconde stratégie : les CARSAT et les départements gèrent les dossiers d'ouverture et de renouvellement de la CSS. Cette stratégie serait pertinente s'il apparaît que l'écart entre les allocataires « repérés » au vu de leurs ressources et les allocataires juridiquement éligibles est faible. Dans ce cas, on peut ouvrir le droit au seul vu des ressources en « ignorant » les éléments susceptibles de justifier le refus du droit (notamment les règles d'assiette ressources). La CSS serait ouverte par dérogation aux règles actuelles. Reste à déterminer si cette dérogation - qui fait une entorse au principe d'égalité - est juridiquement admissible compte tenu de l'intérêt d'améliorer le taux de recours à la CSS

- Une approche similaire devrait être adoptée pour le renouvellement annuel du droit à la CSS. Un renouvellement automatique est vraisemblablement crédible compte tenu de la relative stabilité des ressources des personnes concernées. C'est d'ailleurs l'option qui a été retenue pour les allocataires de l'ASPA.

ANNEXES

ANNEXE 1. LE DISPOSITIF DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD)

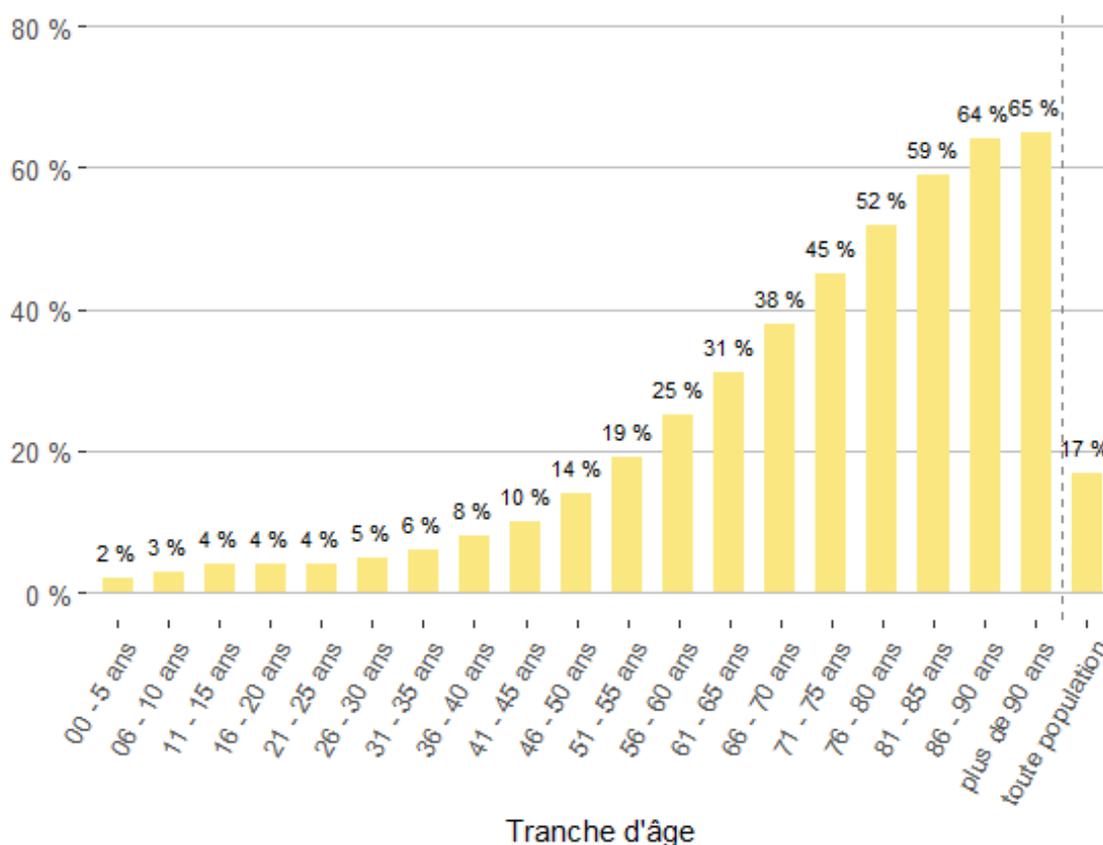
Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet de contenir les RAC après AMO pour les personnes atteintes de maladie chronique

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) vise à réduire le reste à charge des patients atteints d'une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse

En 2016, 17 % des individus étaient en ALD. Les quatre groupes de pathologies les plus fréquentes ouvrant droit au dispositif sont : les maladies cardio-neurovasculaires, qui concernent 32 % des assurés en ALD en 2016 ; le diabète (25 %) ; les tumeurs malignes (20 %) et les affections psychiatriques de longues durées (14 %).

Les pathologies couvertes par le dispositif des ALD étant plus fréquentes chez les personnes âgées, la part des personnes en ALD croit fortement avec l'âge (graphique 1A). Plus de 50 % des personnes âgées de 60 ou plus sont concernées par des affections de longue durée. Les bénéficiaires du dispositif ALD sont en moyenne âgés de 62 ans (Païta et al., 2016).

Graphique 1A. Part des assurés bénéficiant d'une prise en charge pour ALD par tranche d'âge en 2016



Sources : DCIRS et PMSI MCO 2016. Calculs de la DREES.

Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale). Champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé, MCO dans le public. Dépenses de santé individualisables, remboursables et présentées au remboursement, hors médico-social.

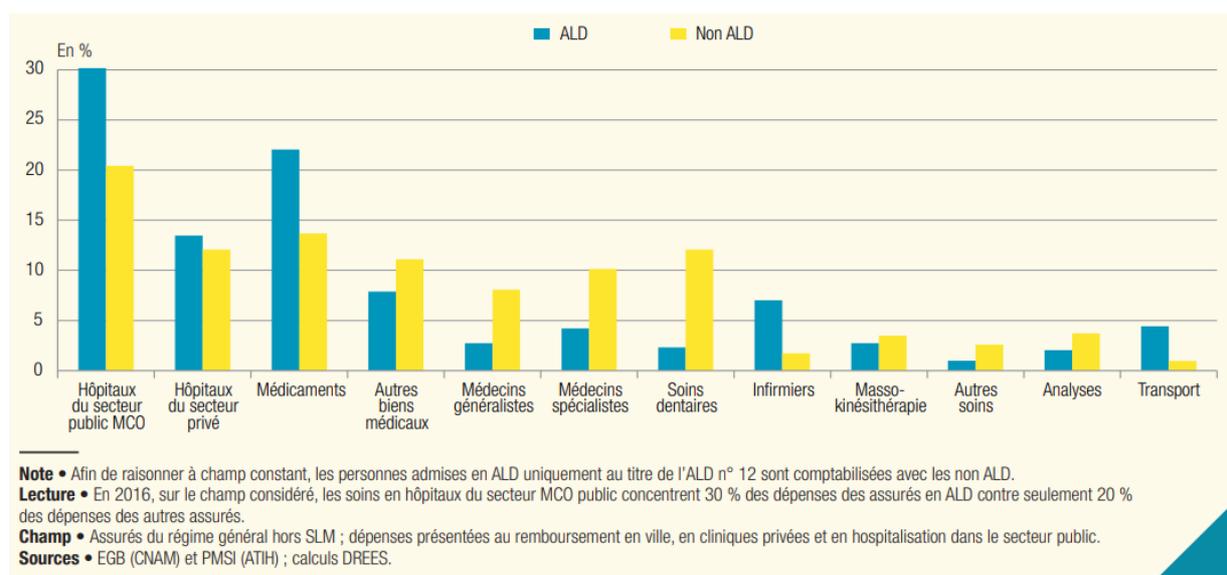
Note de lecture : En 2016, 62 % des bénéficiaires âgés de plus de 80 ans étaient en ALD, contre 7 % des bénéficiaires âgés de 31 à 40 ans.

La part de personnes caractérisées par plusieurs ALD croît également avec l'âge : 21 % des patients en ALD déclarent plusieurs ALD ; ils sont plus de 30 % dans ce cas chez ceux âgés de 80 ans ou plus.

Les dépenses de santé des personnes en ALD sont en moyenne sept fois plus élevées que celles des autres assurés. Cet écart reflète à la fois un âge moyen supérieur et un besoin de soins plus important à âge donné du fait de pathologies graves, parfois compliquées par leur cumul (Grangier, 2018).

Les personnes en ALD consomment proportionnellement plus de soins hospitaliers (42 % des assurés du régime général en ALD ont été hospitalisés au moins une fois en 2016, pour une durée de séjour moyenne de 16 jours, contre 16 % parmi les autres assurés, pour une durée de séjour moyenne de 4 jours), de médicament en ambulatoire, de soins infirmiers et de transports de malade, mais sont caractérisés par des dépenses plus faibles de médecins et de soins dentaires.

Graphique 1B. Répartition par poste des dépenses en 2016 selon le bénéfice du dispositif des ALD (ensemble de la population, quel que soit l'âge) – tiré de Grangier, 2018



Pour les soins en rapport avec la pathologie déclarée, les assurés en ALD sont exonérés du ticket modérateur et de la participation forfaitaire exigible pour les actes médicaux lourds. Ils ne sont cependant pas exonérés du forfait journalier hospitalier, de la participation forfaitaire de 1 euro ni des franchises médicales. Les soins sans rapport avec la ou les affection(s) déclarée(s) sont pris en charge au même taux que les soins des autres patients. Ainsi, en 2016, parmi les assurés en ALD, le reste à charge après prise en charge par l'AMO représente 10,9 % de leurs dépenses de santé, soit environ 820 € par personne et par an. Comparativement, le reste à charge après AMO des personnes sans ALD atteint 37,8 des dépenses, soit compte tenu de leurs dépenses de santé en moyenne plus faibles, environ 430 € par assuré et par an).

Si l'on se restreint aux seuls consommateurs (graphique 1C), le dispositif conduit à des RAC après AMO pour les bénéficiaires en ALD proches en moyennes des individus sans ALD à âge donné

(graphique 1C). Pour les plus âgés, le RAC après AMO est même significativement inférieur aux consommateurs sans ALD.

Graphique 1C. Reste à charge après AMO par tranche d'âge et statut ALD en 2016 (consommateurs uniquement)



Sources : DCIRS et PMSI MCO 2016. Calculs de la DREES.

Champ : Population des consommateurs, affiliés à tous les régimes (sauf Sénat et Assemblée Nationale). Champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé, MCO dans le public. Dépenses de santé individualisables, remboursables et présentées au remboursement, hors médico-social.

ANNEXE 2. MODELE INES-OMAR

Le modèle de microsimulation INES-OMAR

Référence : Annexe 3 du Panorama DREES sur « La complémentaires santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties » (Edition 2019)

Le modèle de microsimulation INES-OMAR est construit à partir du rapprochement de deux outils de microsimulation : OMAR et INES.

OMAR (outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge), développé par la Drees, permet de simuler au niveau individuel les prestations en nature d'AMO et d'AMC, les RAC, et au niveau du ménage, les cotisations de couverture complémentaire. Le modèle OMAR s'appuie pour cela sur les données de l'enquête SPS 2012 (Irdes) appariée avec les données de l'assurance maladie disponibles dans le DCIR issues du Sniiram, enrichies des données du PMSI, et les informations récoltées dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires menées par la DREES.

INES est un modèle développé par la DREES et l'Insee permettant de simuler pour chaque ménage les cotisations AMO. Il repose sur l'application de la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Il est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux.

ANNEXE 3. REPARTITION DE LA POPULATION PAR AGE

Population par sexe et groupe d'âges en 2020 : effectifs

Groupe d'âges	Femmes	Hommes	Total
Moins de 15 ans	5 844 766	6 098 981	11 943 747
15-19 ans	2 016 553	2 124 443	4 140 996
20-24 ans	1 855 071	1 902 411	3 757 482
25-29 ans	1 878 646	1 834 780	3 713 426
30-34 ans	2 089 885	1 966 584	4 056 469
35-39 ans	2 172 569	2 059 219	4 231 788
40-44 ans	2 070 453	2 001 773	4 072 226
45-49 ans	2 280 214	2 232 009	4 512 223
50-54 ans	2 250 011	2 175 719	4 425 730
55-59 ans	2 240 531	2 118 845	4 359 376
60-64 ans	2 144 974	1 954 688	4 099 662
65-69 ans	2 062 450	1 837 494	3 899 944
70-74 ans	1 866 576	1 610 522	3 477 098
75 ans ou plus	3 893 825	2 479 711	6 373 536
Total	34 666 524	32 397 179	67 063 703

Note : âge au 1^{er} janvier.

Champ : France y compris Mayotte.

Source : Insee, estimations de population (données provisoires arrêtées à fin 2019).

ANNEXE 4. MESURE PAR LA DREES DU NIVEAU DE GARANTIE OFFERT PAR LES COUVERTURES COMPLEMENTAIRES

A partir de garanties recueillies dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits d'une part et des consommations de soins moyennes observées en 2016 d'autre part, la Drees attribue à chaque couverture complémentaire un score visant à résumer de manière synthétique le niveau de garantie de chaque contrat.

Le score attribué à chaque contrat varie de 0 (le contrat n'offre aucun remboursement du RAC après AMO sur les postes de soins considérés) à 1 (le contrat offre un remboursement intégral du RAC après AMO sur les postes de soins considérés).

Le panier de soins sur lequel porte le score, i.e. le niveau de remboursement du RAC après AMO, n'est pas exhaustif. Il inclut l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives, les prothèses dentaires, les soins orthodontiques, les consultations de médecins spécialistes, la pharmacie remboursée à 15 % et 30 % par l'AMO, la chambre particulière à l'hôpital. La quasi-totalité des contrats étant responsables – prenant donc en charge le ticket modérateur, excepté pour quelques postes de soins – la Drees privilégie en effet pour le calcul du score les postes de soins où s'applique une liberté tarifaire et ne tenant pas compte de ceux pour lesquels la prise en charge est homogène entre les contrats, même s'ils constituent une partie importante des dépenses de soins (par exemple, les consultations de généralistes ou les médicaments remboursés à 65 %). Les postes de soins considérés dans le score représentent ainsi un tiers du reste à charge opposable. En revanche, ils correspondent à la majorité des soins pour lesquels les honoraires sont libres : les soins en optique, en dentaire, les aides auditives et les dépassements d'honoraires de spécialistes représentent en effet près de 95 % de la liberté tarifaire pratiquée dans les soins de ville. Au total, les postes du score coïncident avec 62 % du reste à charge en ville.

Le score est calculé sur la base d'un individu dont les consommations de soins (sur le panier considéré) correspondent aux consommations moyennes estimées en 2016 à partir des données de remboursement de l'assurance maladie.

Le score attribué à chaque contrat permet de classer ces derniers en cinq catégories allant de Q1 (les 20 % des contrats offrant le moins de garantie) à Q5 (les 20 % des contrats offrant le plus de garantie)

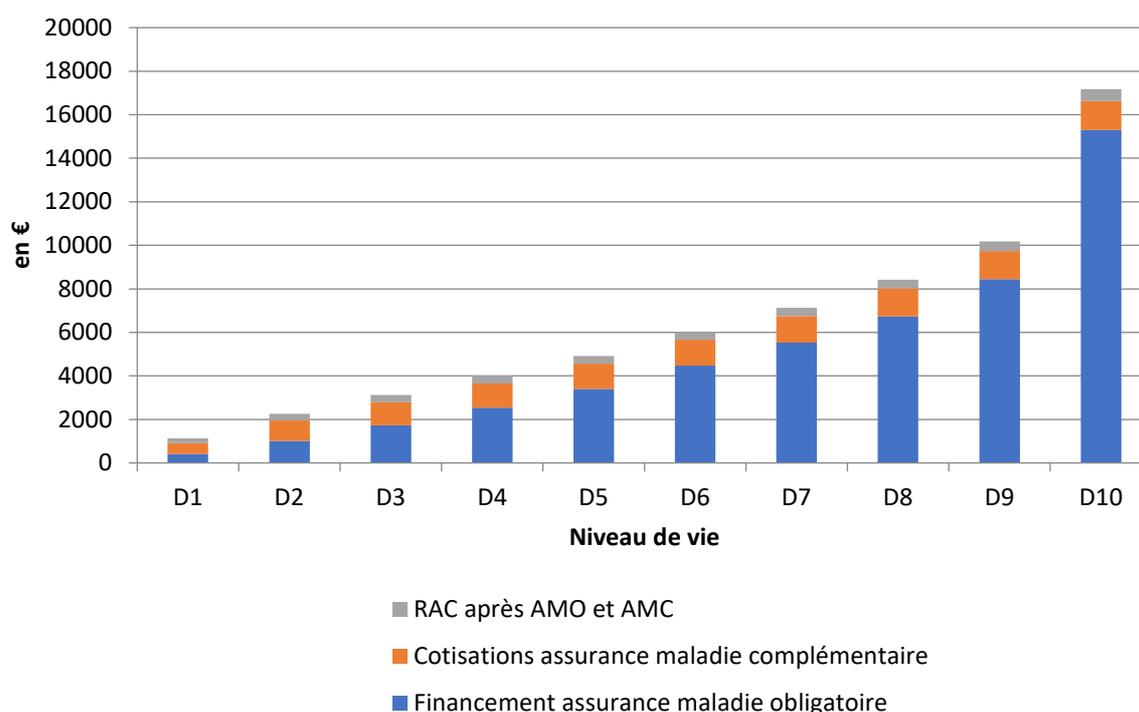
A noter que l'accès ou non à des réseaux (dentaires, optiques, etc.) avec des tarifs négociés ou le bénéfice de plateformes téléphonique de conseil (devis) ne sont pas pris en compte dans le score.

ANNEXE 5. DEPENSES DE SANTE ET NIVEAU DE VIE

Les analyses de la Drees à partir du modèle de microsimulation INES-OMAR permettent cependant de documenter la contribution moyenne des ménages par niveau de vie sur l'ensemble de la population (graphiques 1D et 1E). Il en ressort une contribution moyenne, englobant le financement de l'AMO, les cotisations AMC et les RAC après AMO et AMC fortement croissante avec le niveau de vie du ménage. Cette croissante tient pour l'essentiel au financement de l'AMO : en 2012, les 10 % des ménages les plus modestes participaient au financement de l'AMO à hauteur de 400 €/an en moyenne contre près de 15 500 €/an pour les 10 % des ménages les plus aisés⁵⁴. Les cotisations d'AMC et les RAC augmentent eux aussi avec le niveau de vie, mais de manière beaucoup moins significative.

Graphique 1D. Dépenses de santé (financement AMO, cotisations AMC et RAC) à la charge des ménages selon le niveau de vie, en 2012 (chapitre 5 de Drees, 2019 et Jusot et al., 2016)

Remarque : ensemble des ménages, tout âge confondu



Note > Les contributions à l'assurance maladie obligatoire (AMO) comprennent la CSG et les cotisations sociales affectées au financement de l'AMO.

Lecture > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes (D1 : premier décile) ont des dépenses de santé en moyenne égales à 1124 €/an dont 408 €/an de financement de l'AMO, 496 €/mois de cotisations AMC et 220 €/an de RAC après AMO et AMC.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

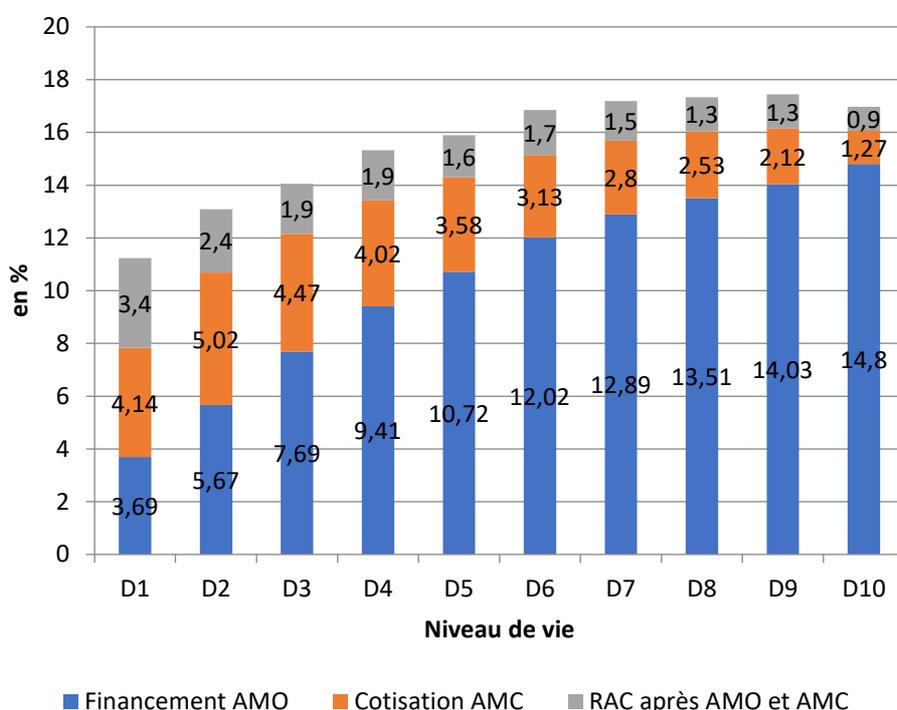
Source > DREES, INES-OMAR 2012.

⁵⁴ L'effet redistributif de l'AMO est renforcé par le fait que les remboursements AMO sont plus élevés parmi les ménages à faible niveau de vie, du fait d'un état de santé moins bon des personnes à revenus modestes et de dépenses de santé davantage orientées vers des soins mieux remboursés, notamment les soins hospitaliers (Drees, 2019).

Ramené au revenu des ménages, ces dépenses font apparaître un taux d'effort également croissant avec le niveau de vie, surtout au sein des premiers décile de niveau de vie : alors que les 10 % des ménages les plus modestes contribuent à hauteur de près de 8 % de leur revenu au financement de l'AMO et l'AMC, les 10 % des ménages les plus aisés y contribuent à hauteur de 16 %. On observe cependant que les cotisations à l'AMC pèsent de moins en moins dans les budgets des ménages à mesure que le niveau de vie augmente, réduisant ainsi la croissance des taux d'effort observée dans le financement de l'AMO.

Graphique 1E. Part des dépenses de santé (financement AMO, cotisations AMC et RAC) dans le revenu disponible des ménages, par décile de niveau de vie, en 2012 (chapitre 5 de Drees, 2019)

Remarque : ensemble des ménages, tout âge confondu



Note > Les contributions à l'assurance maladie obligatoire (AMO) comprennent la CSG et les cotisations sociales affectées au financement de l'AMO.

Lecture > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes (D1 : premier décile) contribuent au financement de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 3,7 % de leur revenu disponible en moyenne. Leurs cotisations à l'AMC représentent en moyenne 4 % de leur revenu disponible⁵⁵.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

⁵⁵ Mais ces chiffres ont probablement baissé avec la baisse des prix des contrats ACS suivant les réformes de 2015. Le fonds CMU estime ainsi un taux d'effort d'acquisition du contrat des bénéficiaires de l'ACS de 2,8% sur les données plus récentes.

ANNEXE 6. LE PANIER DE BIEN 100 % SANTE

Optique

Caractéristiques minimales obligatoires

La réforme 100 % santé a mis en place un marché dual proposant d'un côté des équipements appartenant au panier de soins 100 % santé (équipements de classe A) et de l'autre un panier de soins en dehors du 100 % santé (équipements de classe B). Les équipements proposés dans le panier de l'offre 100 % Santé optique sont des équipements de qualité, respectant les normes européennes, performants et esthétiques.

⇒ Les verres de classe A

Ils doivent répondre à des caractéristiques similaires aux verres de classe B. Ils doivent être conçus dans une des 3 catégories de matériaux de verres suivant : Verres minéraux, Verres organiques ou Verres thermoplastiques type polycarbonate. Ils doivent par ailleurs être conforme aux normes européennes en vigueur :

- résistance mécanique (norme UNE-EN ISO 14889);
- prestations optiques (norme UNE-EN ISO 8980-1 et 2);
- inflammabilité (norme UNE-EN ISO 14889);
- compatibilité physiologique (norme UNE-EN ISO 14889);
- spécifications de transmission (norme UNE-EN ISO 14889 et UNE-EN ISO 8980-3 et 4).

Les verres de classe A doivent en outre présenter plusieurs traitements conformement aux normes européennes :

- traitement anti-rayures dans le cas de verres organiques et en polycarbonate (norme ISO 8980-5 en vigueur) sauf cas particulier des verres de forte correction (sphère > 16D en valeur absolue, ou cylindre > 6D, ou prisme > 5D);
- traitement anti-UV (norme NF EN ISO 14889 en vigueur).
- traitement anti-reflets (norme ISO 8980-4 en vigueur) sur les deux faces du verre (sauf cas particulier des verres de forte correction, pour lesquelles ce traitement n'est pas requis: sphère > 16D en valeur absolue, ou cylindre > 6D, ou prisme > 5D);

Les verres 100 % santé doivent également être amincis, lorsque la correction rend ce traitement nécessaire.

⇒ Les montures

Elles doivent répondre également aux standards de qualité imposés sur le marché. Ainsi toute monture, qu'elle appartienne à l'offre 100 % Santé ou non, doit répondre à la norme NF EN ISO 12870 en vigueur comprenant les types de construction, les désignations et la compatibilité physiologique.

Chaque opticien devra proposer au sein de l'offre 100 % santé disponible dans son point de vente :

- A minima 17 modèles de montures pour adultes en 2 coloris différents.

- *A minima* 10 modèles de montures pour enfants en 2 coloris différents.

Les assurés auront toujours la possibilité de choisir des verres et des montures non incluses dans l'offre 100 % Santé. Ils pourront également composer leur propre équipement en choisissant des montures 100 % Santé avec des verres dont les prix sont fixés librement par l'opticien, ou l'inverse.

Référencement des équipements de classe A pris en charge

Les verres appartenant à la classe A font l'objet d'un référencement par leur fabricant, auprès des ministres en charge de la santé et la sécurité sociale, ouvrant droit à leur prise en charge. Un dossier technique normé est ainsi soumis aux ministres permettant de s'assurer de la qualité de ces équipements et leur conformité aux exigences posées par la nomenclature. Seuls les verres référencés peuvent être pris en charge en classe A.

Audiologie

a. Caractéristiques minimales obligatoires

La réforme 100 % santé a revu, par une révision de la nomenclature, le classement des aides auditives. Celles-ci sont désormais répertoriées en deux catégories permettant ainsi aux assurés de choisir librement les équipements de leur choix, qu'ils soient totalement ou partiellement remboursés : la catégorie I correspondant aux appareils appartenant à l'offre 100 % santé et la catégorie II recouvrant le reste du marché.

Les aides auditives de la catégorie I, correspondant à l'offre 100 % Santé, recouvrent un large choix d'aides auditives de qualité et performantes intégralement prise en charge par l'assurance maladie et les garanties des contrats responsables à compter de 2021. Leurs prix sont plafonnés en 2019 à 1300 € et baisseront jusqu'en 2021 pour atteindre 950 €.

Le panier inclut :

- Tous les types d'aides auditives : contour d'oreille classique, contours d'oreille à écouteur déporté ou et intra-auriculaires ;
- 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif (ou dispositif de qualité équivalente) ;
- Au moins 3 des options suivantes qui permettent à l'assuré de pouvoir choisir parmi un panel de fonctionnalités selon ses besoins : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération.

Ces aides auditives bénéficient de garanties associées :

- 30 jours minimum d'essai de l'aide auditive avant achat ;
- 4 ans de garantie couvrant au moins les situations suivantes : vice de forme, défaut de fabrication, panne survenant au cours d'un usage habituel (pièces, main d'œuvre et transport). La garantie est proposée par le fabricant et continue de produire ses effets même lorsque le patient consulte un audioprothésiste différent de celui ayant réalisé la délivrance de l'aide auditive et le bilan initial.

Par ailleurs les prestations de suivi (au moins deux fois par an) sont également comprises avec l'acquisition des aides auditives, permettant ainsi d'adapter en continu le réglage de l'appareil.

b. Référencement des aides auditives prises en charge

Dans le cadre de la restructuration de la liste des produits et prestations dans sa partie relative aux aides auditives et de la définition du contenu du panier de soins 100 % Santé en audiologie, un protocole d'accord relatif à la fixation des conditions de prise en charge des aides auditives a été signé le 13 juin 2018 entre le ministère des Solidarités et de la Santé, l'ensemble de syndicats du secteur de l'audioprothèse (SYNEA, UNSAF, SYNAM), et le syndicat représentant les fabricants d'aides auditives (SNITEM).

Les aides auditives appartenant aux classes I et II doivent être référencées auprès des ministres en charge de la santé et la sécurité sociale par leur fabricant. Pour cela, un dossier technique normé doit être soumis aux ministres, permettant de s'assurer qu'elles répondent bien aux normes de qualités obligatoires imposées dans la nomenclature. Seules les aides auditives référencées peuvent être pris en charge.

ANNEXE 7. CONTRIBUTION DU FONDS CSS POUR LE HCFEA

Le fonds CSS a mené un calcul des restes à charge fondé sur la consommation moyenne d'une personne ayant reçu des soins sur un poste donné au cours de l'année 2018. Cette consommation moyenne peut varier selon le niveau de garantie du contrat (A, B ou C), compte tenu des différences de structure d'âge et de besoin de santé des personnes couvertes. Chaque sous-poste regroupe des prestations différentes dont les prix peuvent varier fortement. C'est par exemple le cas des prothèses dentaires et de l'audioprothèse.

L'analyse est établie dans la limite des données disponibles. L'exhaustivité des dépenses n'est pas toujours assurée sur l'ensemble des postes de soins. Si les organismes complémentaires (OC) connaissent bien les dépenses de part complémentaire qu'ils remboursent, il arrive que certains ne disposent pas du montant précis de la dépense totale des soins et donc du reste à charge, en particulier pour l'hôpital. En outre, la dépense ne reflète pas la totalité des soins administrés aux bénéficiaires de l'ACS, puisqu'elle ne tient pas compte des soins qui ne sont pas pris en charge par les OC : les médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale, les soins remboursés à 100 % (ALD, maternité), ceux ne faisant l'objet d'aucune prise en charge. Les résultats sont néanmoins instructifs et permettent d'avoir une vision globale des restes à charge pour les bénéficiaires de l'ACS. Surtout, il s'agit des restes à charge réels après intervention de l'assurance maladie obligatoire et intervention de l'organisme complémentaire, donnée généralement non disponible.

ANNEXE 8. DISPOSITIFS DE COMMUNICATION ET INFORMATION SUR LA CSS

Source DSS

Dispositifs de communication et d'information des personnes potentiellement éligibles à la complémentaire santé solidaire

Public cible	Dispositif	Organisme mettant en œuvre le dispositif
<p>Bénéficiaires du RSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre d'un « rendez-vous des droits » proposé par la CAF, il est proposé à la personne de demander la CSS. Un outil spécifique (appelé @RSA) comprend un module de demande de CSS qui permet de faire une demande de CSS directement après la demande de RSA. - Le téléservice de demande de RSA de la CNAF intègre la demande de CMUC (CSS). Cette demande de CSS est injectée dans @rsa et est transmise à la CNAM dans les mêmes conditions que lors d'une demande en CPAM - Pour les personnes qui ont déjà le RSA sans avoir fait de demande de CSS, une demande de CSS est possible à tout moment, la CNAM informant également par courrier les bénéficiaires du RSA de leur éligibilité à la CSS et des modalités pour faire la demande. - Dans le cadre des « Rendez-vous Prestations MSA », le conseiller MSA fait le point sur la situation personnelle de l'assuré et vérifie s'il accède à la plénitude de ses droits (aides au logement, prime d'activité, RSA, complémentaire santé solidaire, retraite, etc.) - Une procédure spécifique MSA (en tant que guichet unique) a été mise en place lorsque la caisse est organisme instructeur et gestionnaire du RSA : En qualité d'instructeur, la MSA aide l'intéressé qui se présente à l'accueil ou lors de l'entretien d'instruction à remplir, en sus de son dossier RSA, la demande de complémentaire santé solidaire. Après instruction du dossier RSA par le service des Prestations familiales en qualité d'organisme gestionnaire, ce dernier transmet au service Santé l'information relative à la condition de ressources. Si la condition de ressources est remplie, le service Santé notifie le droit à la complémentaire santé solidaire sans paiement d'une participation financière accompagnée de l'attestation de droit 	<p>CNAF (rdv des droits et réception des informations CSS) CNAM (instruction/ouverture des droits CSS) 55 250 demandes reçues et traitées en 2018, 32000 à fin nov 2019</p> <p>287 000 courriers envoyés en 2018, 262 500 à fin nov 2019</p> <p>MSA</p> <p>MSA</p>
<p>Bénéficiaires de l'ASPA (en vigueur), de l'AAH et de l'ASI (LFSS pour 2020)</p>	<p>Envoi d'un courrier informant la personne de son éligibilité potentielle à la CSS, de la possibilité de faire une simulation des droits et l'informant des modalités pour en faire la demande. Au besoin le service d'accompagnement à l'accès aux soins (PFIDASS) permet un accompagnement de la personne dans ses démarches .</p>	<p>CNAM 348 000 courriers en 2018, 364 000 à fin nov 2019 (cible : nouveaux allocataires CNAF dont ressources sont dans le champ CSS avec participation financière) et</p>

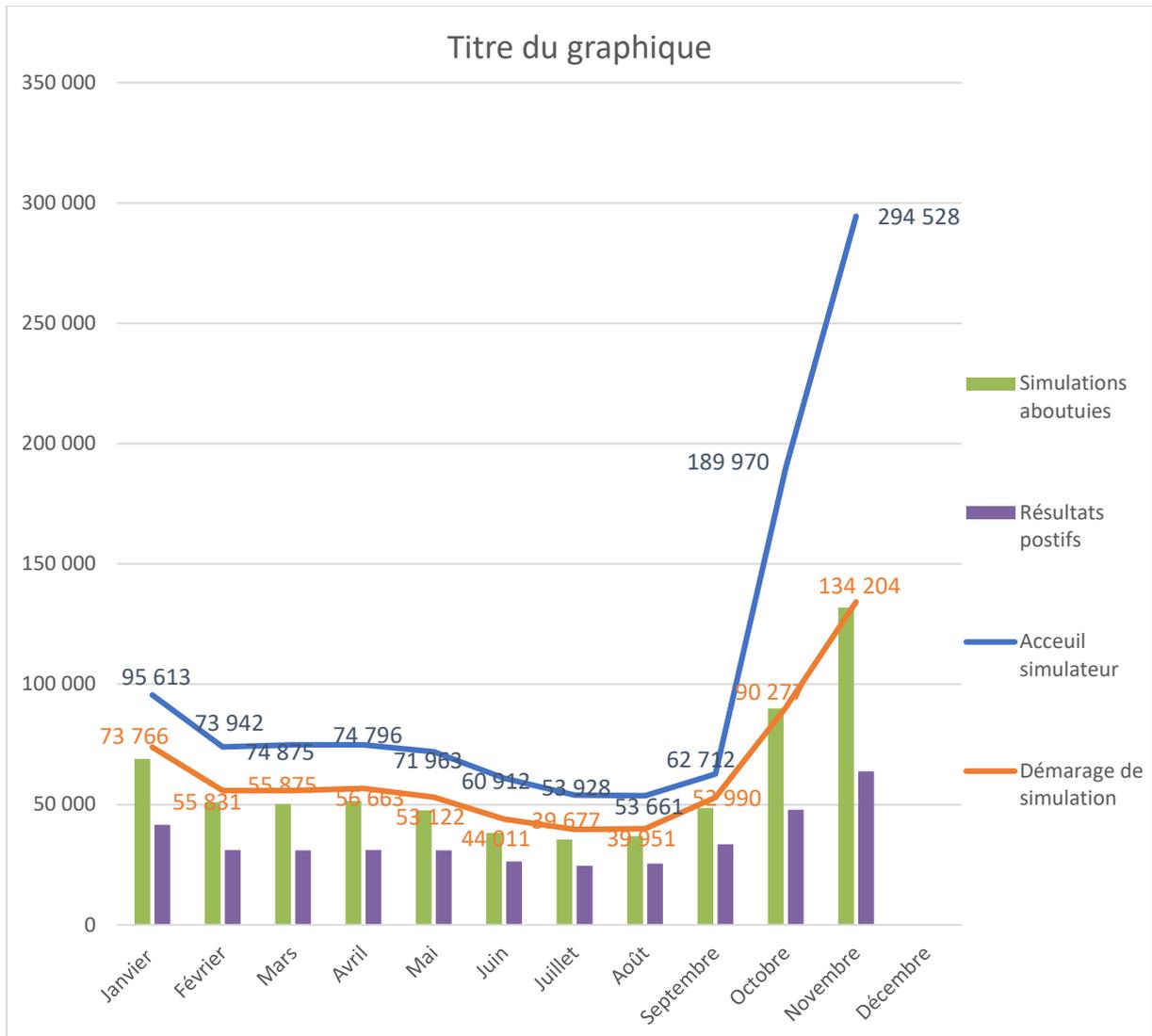
	<p>Envoi d'un courrier aux assurés bénéficiaires de l'AAH ou de l'ASI qui sont potentiellement éligibles à la complémentaire santé solidaire les informant de leur éligibilité potentielle à la complémentaire santé solidaire et des démarches pour en bénéficier. Un courrier existe déjà pour les assurés bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de la CSS pour les informer des démarches qu'ils doivent effectuer pour le renouvellement de leur droit.</p>	<p>nouveaux allocataires CNAV (ASPA ASI)</p> <p>MSA</p>
<p>Tous publics en situation de vulnérabilité</p>	<p>PLANIR : Plan Local d'Accompagnement du Non recours des Incompréhensions et des Ruptures</p> <p>Démarches d'accompagnement sous forme d' « Actions » adaptées aux publics et en lien avec les partenaires concernés pour garantir un accès réel aux droits, aux services et aux soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A destination des jeunes de 16 à 25 ans en situation de vulnérabilité : intervention de l'Assurance Maladie au sein de structure partenaire (missions locales jeunes (MLJ), les Centres de Formation des apprentis (CFA) et Ecoles de la deuxième chance) sur les thématiques: <ul style="list-style-type: none"> o D'accès aux droits (dont complémentaire santé solidaire), avec un bilan complet des droits et du dossier de l'assuré o D'accès à l'offre numérique o De prévention - Partenariat entre la Cnam et les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) pour favoriser un accès réel aux droits et aux soins, à travers un traitement attentionné et rapide des dossiers de patients sans droit à la prise en charge des frais de santé - Convention entre les Cnam et les partenaires en lien des personnes potentiellement éligibles (partenaires issus du tissu associatif en particulier) permettant de détecter les assurés potentiellement éligibles et de mettre en place un circuit de traitement privilégié - Actions à destination des jeunes majeurs issus de l'ASE visant : <ul style="list-style-type: none"> o Le renouvellement systématique de la Complémentaire santé solidaire deux mois avant les 18 ans des jeunes de l'ASE afin de garantir la continuité de la prise en charge au cours de leur 19ème année. <p>L'organisation d'un « rendez-vous droits et accès aux soins » deux mois au plus tard avant les 19 ans du jeune.</p>	<p>CNAM</p>

	<p>Collaboration renforcée entre les services internes à l'Assurance maladie (CPAM, service médical, service social des CARSAT ...) permettant la détection des assurés potentiellement éligibles et une transmission optimisée des demandes.</p> <p>Service d'accompagnement à l'accès aux soins (PFIDASS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérage des personnes éligibles par l'ensemble des acteurs : CPAM, CARSAT, associations, CCAS, CAF, départements, professionnels de santé etc. - Accompagnement dans l'accès aux droits mais aussi dans l'accès et le suivi des soins. <p>- Un dispositif d'accompagnement personnalisé des assurés lors des crises agricoles en leur proposant un temps d'écoute privilégié et un accompagnement social via les travailleurs sociaux</p> <p>- Un parcours de prévention spécifiquement conçu pour les publics vulnérables qui vise à réduire les inégalités sociales de santé et de territoire. Ce parcours permet aux participants de bénéficier d'une prise en charge médico-sociale globale (ouverture de droits, logement, emploi...) et de l'appui des différents services de la MSA.</p>	<p>MSA</p> <p>MSA</p>
Tous publics en situation de vulnérabilité	<p>Service social des caisses en expertise de niveau 2 dès lors qu'une complexité psycho-sociale est détectée par les services de niveau1 (service d'accompagnement à l'accès aux soins, service médical, et centre d'examen de santé)</p> <p>Aides financières individuelles accordées par l'Action sanitaire et sociale (ASS) et destinées à améliorer l'accès aux soins.</p>	OSS (CNAM, MSA)
Tous publics	<p>Simulateurs des droits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - www.mesdroitssociaux.gouv.fr : CSS et autres (AL, AF, ASPA, AAH, ASI, Prime d'activité, ASS etc.) - www.ameli.gouv.fr : CSS 	<p>Ministère, CNAM</p> <p>1 106 9000 visites sur le simulateur ameli en 2019 (à fin nov) ; pic oct/nov en lien avec la campagne nationale de communication ; détail ci-après</p>
Tous publics	<p>Téléservice de demande de CSS (via le compte Ameli pour la CNAM ou via l'espace privé de l'assuré pour la MSA)</p>	<p>CNAM ; MSA</p> <p>231 400 demandes via le compte ameli en 2018</p> <p>417 200 demandes en 2019 (+ 80 %)</p>

ANNEXE 9. FREQUENTATION DES DISPOSITIFS DE SIMULATION CSS

Données CNAM

Fréquentation simulateur ameli 2019



Sollicitations téléphoniques (36 46) motif Complémentaire santé solidaire/CMUC/ACS en novembre 2019

Novembre	Nombre de sollicitations Pour le motif Complémentaire Santé Solidaire/CMUC	Dont sollicitations Pour le sous motif « C2S attribution »	Part du sous-motif « C2S attribution »
04/11/2019	6 939	2 471	35,6 %
05/11/2019	5 771	2 226	38,6 %
06/11/2019	5 219	2 072	39,7 %
07/11/2019	5 037	2 064	41,0 %
08/11/2019	4 387	1 823	41,6 %
12/11/2019	6 273	2 527	40,3 %
13/11/2019	5 407	2 267	41,9 %
14/11/2019	5 225	2 229	42,7 %
15/11/2019	4 543	2 018	44,4 %
18/11/2019	6 537	2 777	42,5 %
19/11/2019	5 905	2 603	44,1 %
20/11/2019	5 103	2 340	45,9 %
21/11/2019	5 078	2 311	45,5 %
22/11/2019	4 437	2 012	45,3 %
25/11/2019	6 612	3 067	46,4 %
26/11/2019	5 846	3 019	51,6 %
27/11/2019	5 294	2 820	53,3 %
28/11/2019	4 755	2 521	53,0 %
29/11/2019	4 435	2 353	53,1 %
Total novembre	102 803	45 520	44,3 %

Ligne dédiée Complémentaire santé solidaire

Période	Nb d'appels reçus
28/10 au 01/11/19	3 557
04/11 au 08/11/19	6 557
11/11 au 15/11/19	2 337
18/11 au 22/11/19	2 042
25/11 au 29/11/19	1 915
02/12 au 06/12/19	1 404
09/12 au 13/12/19	1 220

Nombre de demandes CMUC/ACS/C2S via le compte ameli

Total 2018	231 421
Janv-19	23 754
Févr-19	27 245
Mars-19	31 995
Avr-19	32 202
Mai-19	30 390
Juin-19	28 196
Juil-19	33 175
Août-19	29 687
Sept-19	39 904
Oct-19	45 643
Nov-19	48 561
Déc-19	46 437
Total 2019	417 189

ANNEXE 10. COMPARAISON DES BASES RESSOURCES APA ET CSS

	Couverture santé	Perte d'autonomie
Prestation/Allocation	CMU-C/ACS	APA (participation financière)
Période de référence	12 derniers mois	avant dernière année civile (dernier avis D'IR)
Revenus imposables	x	x
Traitements et salaires (y compris avantages en nature de l'employeur)	x	x
Revenus tirés de stage de formation professionnelle	x	x
Assurance-chômage	x	x
Indemnités journalières (mater, maladie, AT-MP)	x	x
Pensions de retraite / invalidité	x	x
Revenus de capitaux placés	x	x
revenus du patrimoine (loyers)	x	x
Pensions alimentaires reçues	x	x
Rente viagère de nature onéreuses	x	x Sauf si pour se prémunir contre la perte d'autonomie (constitution par la personne ou par ses enfants)

Revenus non imposables		
Revenus du patrimoine exonérés d'impôt : Livret A ; livret jeune ; livret épargne populaire ; livret développement durable; compte épargne logement; livret entreprise		
Capital décès (servi par un régime de ss)		
Indemnités journalières longue maladie	x	Sans objet
Patrimoine non productif de revenus (immeubles vacants non loués, capitaux non placés, terrains non bâtis)	x	x
- Immeubles bâtis (prise en compte forfaitaire sur % valeur locative du bien)	50% de sa VL	50% de sa VL
- terrains non bâtis (prise en compte forfaitaire sur % valeur locative du bien)	80% de sa VL	80% de sa VL
- capitaux (assurance vie)	3% des capitaux	3% des capitaux

Autres ressources et prestations sociales		
allocations familiales (PF)	x	Sans objet
Allocation de soutien familial (PF)	x	Sans objet
Complément de libre choix d'activité de la PAJE (PF)		Sans objet
Complément familial (PF)	x	Sans objet
Prime à la naissance ou adoption de la PAJE(PF)		Sans objet
Complément libre choix du mode de garde de la PAJE (PF)		Sans objet
Allocation d'éducation de l'enfant handicapée (AEEH) (PF)		Sans objet
Allocation de rentrée scolaire (ARS) (PF)		Sans objet
La majoration pour âges des allocations familiales (PF)	x	Sans objet
Allocation de base de la PAJE (PF)		Sans objet
Allocation journalière de présence parentale	x	Sans objet
Minimum vieillesse (ASPA)	x	
ASI	x	
APA		sans objet
AAH	x	
ASS	x	Sans objet
Allocation compensatrice tierce personne ou prestation de compensation du handicap (PCH)		Sans objet
Allocation veuvage	x	
Prime d'activité		Sans objet
Allocation fonds de solidarité en faveur des anciens combattants		
Aide au logement	forfait logement	
Aides et secours dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier		
Bourses d'études	sauf b.soumises à condition ressources	Sans objet
Libéralités servies par des tiers	x si < 7%du plafond	Exclusion des apports financiers des enfants pour la prise en charge liée à la perte d'autonomie
RSA		Sans objet
Prime de retour à l'emploi/aide personnalisée de retour à l'emploi	x	Sans objet
Primes de déménagement		
Indemnité service civique		Sans objet
Mesures de réparation et de reconnaissance (orphelins de parents victimes de persécutions antisémites ou de la seconde guerre mondiale, harkis) : ex rentes viagères, indemnités en capital,		
frais funéraires après décès suite à un AT		
Aide spécifique au conjoint survivant		
prime de rééducation et prêt d'honneur		
prestations en nature de l'AM inval, mater, maladie ou de l'assurance accident du travail, AME		
revenu de solidarité (L.522-14 CASF) : DOM RSA + de 55 ans qui s'engagent à arrêt activité		Sans objet

¹ sauf part servant à rémunérer une personne tierce n'entrant pas dans le calcul de la prime

² Prise en compte en tant que revenu d'activité uniquement sur les mois sur lesquels le bénéficiaire d'Aah exerce une activité lui procurant des revenus supérieurs ou égaux à 29 fois le Smic horaire brut

³ sauf valeur des locaux d'habitation occupés à titre de résidence principale par l'intéressé et les membres de sa famille vivant à son foyer et La valeur des bâtiments de l'exploitation agricole ;
Prise en compte des donations des 10 dernières années

⁴ sauf si interruption certaine à la date de la demande => ouverture d'un abattement de 30 %

⁵LF pour 2016 => entrée en vigueur au 1er octobre 2016, décret d'application en cours