

Règles de fonctionnement du fonds social

Document de travail pour le comité du 25 octobre 2023

○ Situation actuelle

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

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

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

○ Objectifs

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

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

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

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

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

=> exemple : pas d'intervention du fonds social pour des actes de chirurgie esthétique

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

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

- Si les frais réels sont très supérieurs aux prix de référence, le demandeur en est informé. L'aide est attribuée en tenant compte du prix de référence et le calcul du Reste à Charge est basé sur le prix de référence
- Certains frais ne rentrent pas dans le périmètre d'intervention du fonds social. Le demandeur en est informé et est orienté vers d'autres actions du HDS (pack prévention, coups durs, aidant ...) ou d'autres organismes (HandiEM, AXA entraide ...)

=> voir exemples pages suivantes

○ 2 - Prix de « référence » et barème d'intervention « maximum »

○ Pour les actes remboursés par la Sécurité sociale (et par le RPC) mais avec un reste à charge élevé

- Prix de référence = 600% BR dans la limite du plafond du contrat responsable et des frais réels;
- Remboursement maximum par le fonds social = 1 fois la BR dans la limite du reste à charge

=> *exemple 1: bridge dont la BR est de 279,5 € facturé 1635 € (=585% BR) et remboursé à hauteur de 1090,05€ par la SS et le RPC (167,7+ 922,35) soit un reste à charge de 544,95 € ; les frais réels sont inférieurs à 6 fois la BR donc le reste à charge est calculé sur les frais réels (RAC pris en compte = 544,95 €); l'intervention maximum proposée pour le fonds social est égale à 1 fois la BR soit 279,5 € ce qui laisse un reste à charge minimum de 265,54 € (pouvant être plus élevé selon le QF);*

=> *exemple 2: prothèse céramique dont la BR est de 120 € facturée 840 € (=700% BR) et remboursée à hauteur de 468 € par la SS et le RPC (72+ 396) soit un reste à charge de 372 € ; les frais réels sont supérieurs à 6 fois la BR donc le reste à charge est calculé sur 6 fois la BR = 720 €; l'intervention maximum proposée pour le fonds social est égale à 1 fois la BR soit 120 € ce qui laisse un reste à charge minimum de 132 € (pouvant être plus élevé selon le QF) et un RAC réel de 252 €;*

=> *exemple 3: fauteuil roulant électrique dont la BR est de 2702,81 € facturé 10 500 € et remboursé à hauteur de 7 703,01 € par la SS et le RPC (2 702,81 + 5 000,20 soit un reste à charge de 2 796,99 € ; les frais réels sont inférieurs à 6 fois la BR donc le reste à charge est calculé sur les frais réels (RAC pris en compte = 2796,99 €); l'intervention maximum proposée pour le fonds social est égale à 1 fois la BR soit 2 702,81 ce qui laisse un reste à charge minimum de 94,18 € (pouvant être plus élevé selon le QF)*

Dans tous les cas, le comité peut décider d'intervenir ou pas en fonction du QF et du cas concerné.

○ 2 - Prix de « référence » et barème d'intervention « maximum »

○ Pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale mais pour lesquels il existe une base de remboursement SS

- Prix de référence = 250% BR dans la limite des frais réels
- Remboursement maximum par le fonds social 50% du prix de référence dans la limite du reste à charge

=> *exemple : implant dentaire dont la base de remboursement est de 422,18 € (code LBLD015) facturé 1 500€ qui n'est pas remboursé par la Sécurité sociale ni par le RPC (mais qui peut être remboursé par le RS ou un complémentaire). Le prix de référence retenu est de 1 055,45 euros (= 250% x 422,18) avec un remboursement maximum recommandé de 50% du prix de référence (~ 528 €).*

Si l'assuré bénéficie uniquement du RPC l'intervention du fonds social sera au maximum de 528 € soit un reste à charge retenu de 528 € et pas 972 € (1 500 – 528)

Si l'assuré bénéficie du RS ou d'un complémentaire qui rembourse 600 € par implant, l'intervention du fonds social sera calculée sur la base d'un prix de référence de 1055,45 € déduction faite du montant déjà remboursé. L'intervention du fonds social sera Le minimum entre 528 € et son reste à charge avant intervention du fonds social soit une intervention du fonds social de 455,40.

Dans tous les cas, le comité peut décider d'intervenir ou pas en fonction du QF et du cas concerné.

○ 2 - Prix de « référence » et barème d'intervention « maximum »

- Dentaire : exemples d'actes non remboursés par la Sécurité sociale mais pour lesquels il existe une base de remboursement (demandes les plus fréquentes au fonds social)

DENTAIRE NON REMBOURSE SS	Code	Base de remboursement (BR)	Prix de référence (PR = 250% BR)	Remboursement maximum (50% PR)
Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte	LBLD015	422,18	1055,45	528
Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD010	785,84	1964,6	982
Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD013	1 149,50	2873,75	1 437
Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD004	1 513,16	3782,9	1 891
Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD020	1 876,82	4692,05	2 346
Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD025	2 240,48	5601,2	2 801
Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD026	2 604,14	6510,35	3 255
Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD038	2 967,80	7419,5	3 710
Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD200	3 331,46	8328,65	4 164
Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LBLD294	3 695,12	9237,8	4 619
Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et	HBMD689	10,75	26,875	13
Comblement préimplantaire sousmuqueux unilatéral du sinus maxillaire	GBBA002	240,35	600,875	300
Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LAPB002	87,78	219,45	110
Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LAPB001	288,42	721,05	361
Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents	HBBA003	85,69	214,225	107
Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	HBLD750	279,50	698,75	349

○ 2 - Prix de « référence » et un barème d'intervention « maximum »

○ Pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale et pour lesquels il n'existe pas de base de remboursement dans la CCAM

● Cas des « médecines douces »

- Les demandes les plus fréquentes concernent les bilans ou séances de psychomotricité ou d'ergothérapie : le Pack psychomotricité & ergothérapie permet un remboursement dans la limite du pack (**pas d'intervention complémentaire du fonds social**)
- Pour les autres demandes : pas d'intervention du fonds social ; ces demandes concernent des pratiques variées (psychologie, orthopédagogie, hypnose, thérapie manuelle des fascias Musicothérapie etc.) => certaines de ces pratiques sont remboursées dans le cadre du RPC ; voir l'opportunité d'élargir la liste des pratiques remboursées par le RPC dans la limite du forfait existant.

● Cas des actes non remboursés SS mais qui font l'objet d'un remboursement par le RPC: pas d'intervention du fonds social (exemple: chambre particulière, Intervention chirurgicale des yeux par laser etc.)

● Cas des actes non remboursés SS et non remboursé par le RPC : intervention possible en fonction du cas concerné sur décision du comité avec un remboursement maximum du fonds social de 60% des frais réels plafonné à un remboursement de 300 € dans la limite du reste à charge

=> *exemple 1 : traitement parodontal facturé 600€ qui n'est pas remboursé par la Sécurité sociale ni par le RPC. Le remboursement maximum du fonds social est de 60% des frais réels limité à 300 € soit 300 €.*

=> *exemple 2: radio dentaire facturée 200€ qui n'est pas remboursée par la Sécurité sociale ni par le RPC. Le remboursement maximum du fonds social est de 60% des frais réels limité à 300 € soit 120 €.*

Dans tous les cas, le comité peut décider d'intervenir ou pas en fonction du QF et du cas concerné.

○ 2 - Prix de « référence » et un barème d'intervention « maximum »

○ Cas des demandes qui ne concernent pas des remboursements de frais de santé

- **Demandes qui ne concernent pas un remboursement de frais de santé : pas d'intervention du fonds social ;** ces demandes sont réorientées éventuellement vers les autres pack du HDS ou vers les autres structures susceptibles d'intervenir

Exemples de demandes rencontrées

- *équipements ou aménagements pour faire face au handicap : demandes réorientées vers HandiEM, la MDPH et les autres aides existantes*
- *Aides à la personne : demandes réorientées vers les packs aidants ou coups durs s'il y a lieu;*
- *Séances activités sportives*
- ...

○ Pour toutes les demandes : il est proposé d'avoir comme règle l'étude d'une seule demande par an et par bénéficiaire au titre du fonds social , quelle que soit la nature de la demande, et de veiller à ne pas accorder des aides récurrentes pour un même bénéficiaire; l'intervention du fonds social doit rester une aide ponctuelle.

- Si un même bénéficiaire présente un seconde demande au titre d'un même année, la nouvelle demande sera présentée en rappelant la précédente demande et le montant qui a été accordé
- De même, si un même bénéficiaire présente une nouvelle demande l'année suivante, la nouvelle demande sera présentée en rappelant la précédente demande et le montant qui a été accordé.

○ 3 - Définir un barème indicatif de "reste à charge" minimum en fonction du quotient familial

Reste à charge minimum en fonction du QF

- Il est proposé de fixer le «reste à charge» minimum en % du quotient familial avec un barème progressif en fonction du QF.

Tranche de quotient familial	RAC en% sur max tranche	RAC en € sur max tranche	calcul du taux de RAC de façon linéaire entre les tranches
1000 € ou moins	5,0%	50 €	
1 250 €	8,0%	100 €	
1 500 €	10,0%	150 €	
1 750 €	12,5%	219 €	
2 000 €	15,0%	300 €	
2 500 €	20,0%	500 €	
3 000 €	33,0%	990 €	
4 000 €	50,0%	2 000 €	
5 000 ET PLUS	80,0%	4 000 €	

=> *exemple 1: pour un QF de 1 125 €, le reste à charge minimum est de 6,5% du QF (soit 73 €). Le fonds social peut intervenir sur un reste à charge supérieur à 73 €.*

=> *exemple 2: pour un QF de 3 000 € le fonds social n'intervient pas pour un reste à charge de moins de 990 €; si le reste à charge est supérieur à 990 €, le fonds social peut intervenir mais en laissant un reste à charge minimum de 990 €.*

Dans tous les cas, le comité peut décider d'intervenir ou pas en fonction du QF et du cas concerné.

- **Il est proposé de tester ces propositions sur les fonds de novembre et décembre pour ajuster si besoin des règles proposées.**

Annexes

Rappel éléments présentés au comité de septembre 2023

Constat : Principaux types de demande et taux de refus par type de demande

- Le dentaire représente 1/3 des demandes avec un taux de refus de 65%. Viennent ensuite les demandes pour des dépassements d'honoraires Non OPTAM et la prise en charge de soutien psychologique/psychothérapie pour lesquelles le taux de refus actuel est respectivement de 67% et 81%.

Principaux postes de demande

Taux de refus élevé (> 80% sur la période)

Type de demande		Nombre de demandes présentées	Poids dans les demandes	Taux de refus par type de demande							Taux refus sur la
				2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (avril)	
DEPENSES DE SANTE REMBOURSEES OU NON SS	01_DENTAIRE	180	34%	29%	77%	71%	58%	69%	61%	44%	65%
	02_OPTIQUE	17	3%	50%	50%	100%	100%	100%	100%		65%
	03_APPAREILLAGE AUDITIF ET ACCESSOIRES	15	3%		33%	33%	100%	33%	50%		40%
	04_PETIT APPAREILLAGE	11	2%		100%	67%	0%		100%		73%
	05_GROS APPAREILLAGE	16	3%		33%	0%		57%	50%	100%	50%
	06_TRANSPORT	4	1%			100%	100%				100%
	07_ANALYSE - BILAN	6	1%		100%	100%					100%
	08_HOSPITALISATION	14	3%	50%	0%	0%			67%		36%
DEPENSES DE SANTE HORS CONTRAT RESPONSABLE	09_HONORAIRES NON OPTAM ou HN	57	11%		71%	73%	86%	75%	38%	0%	67%
	10_CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE	1	0%				100%				100%
	11_OPTIQUE ADULTE: 2ème paire de lunettes	18	3%		29%	71%	33%		0%		44%
	12_OPTIQUE ENFANT: 2ème paire de lunettes	4	1%		50%						50%
MEDECINE DOUCE	13_PSYCHOMOTRICITE	33	6%	100%	40%	60%	80%	100%	100%		67%
	14_ERGOTHERAPIE	22	4%		40%	50%	67%	67%	50%		55%
	15_PSYCHOLOGIE - PSYCHOTHERAPIE - NEUROPSY	59	11%		83%	92%	82%	71%	67%	100%	81%
	16_AUTRE MEDECINE DOUCE	15	3%		100%	67%	100%	100%	67%		80%
HANDICAP & PERTE D'AUTONOMIE	17_AIDE A LA PERSONNE	8	2%	100%		100%	0%		0%		75%
	18_AMENAGEMENT DOMICILE	25	5%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	50%	92%
	19_EQUIPEMENT	10	2%		67%	100%			100%	100%	90%
	20_HEBERGEMENT	4	1%			100%	100%	50%			75%
AUTRE	21_AUTRES	8	2%	100%	67%	100%		100%	100%		88%
Total général		527	100%	55%	64%	72%	73%	70%	63%	67%	68%

Constat: Répartition des demandes par niveau de quotient familial et taux de refus par QF

- Les demandes concernent tous les niveaux de QF
 - 9% des demandes sont présentées par des assurés dont le QF est inférieur à 1 000 €.
 - À l’opposé, 11% des demandes sont présentées par des assurés dont le QF est supérieur à 3 000 €.
- Le taux de refus augmente en fonction du Quotient Familial mais plus d’1/3 des demandes présentées par les assurés ayant un « petit » QF peuvent être refusées notamment du fait de la nature des postes dont la prise en charge est demandées (cf. postes non remboursés SS par exemple).

Tranche de QF	Nombre de dossiers présentés (2017 à avril 2023)	%	Taux de refus
1_ Moins de 1000	49	9%	37%
2_ 1 000 à 1 250	55	10%	51%
3_ 1250 à 1500	74	14%	61%
4_ 1500 à 1750	83	16%	63%
5_ 1750 à 2000	69	13%	72%
6_ 2000 à 2500	48	9%	73%
7_ 2500 à 3000	89	17%	79%
8_ 3000 et plus	60	11%	97%
Total général	527	100%	68%

Constat: Répartition des demandes par type selon le QF

- La répartition des demandes par grande type varie un peu selon le QF mais pas de façon significative.

Tranche de QF

		Tranche de QF								
Type de demande		1_Moins de 1000	2_1 000 à 1 250	3_1250 à 1500	4_1500 à 1750	5_1750 à 2000	6_2000 à 2500	7_2500 à 3000	8_3000 et plus	Total
DEPENSES DE SANTE REMBOURSEES OU NON SS	01_DENTAIRE	37%	29%	31%	29%	39%	40%	36%	33%	34%
	02_OPTIQUE	2%	0%	4%	4%	4%	6%	2%	3%	3%
	03_APPAREILLAGE AUDITIF ET ACCESSOIRES	6%	2%	0%	2%	4%	2%	3%	3%	3%
	04_PETIT APPAREILLAGE	2%	4%	0%	1%	1%	2%	3%	3%	2%
	05_GROS APPAREILLAGE	0%	0%	4%	4%	1%	6%	3%	2%	3%
	06_TRANSPORT	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	3%	1%
	07_ANALYSE - BILAN	0%	2%	1%	0%	0%	0%	2%	3%	1%
	08_HOSPITALISATION	2%	4%	3%	2%	4%	0%	2%	0%	2%
DEPENSES DE SANTE HORS CONTRAT RESPONSABLE	09_HONORAIRES NON OPTAM ou HN	12%	9%	16%	11%	6%	13%	8%	18%	11%
	10_CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
	11_Optique-adulte : 2ème paire de lunettes	6%	5%	3%	6%	3%	2%	1%	2%	3%
	12_Optique enfant : 2ème paire de lunettes	0%	0%	1%	1%	3%	0%	0%	0%	1%
MEDECINE DOUCE	13_PSYCHOMOTRICITE	10%	9%	5%	10%	4%	2%	6%	3%	6%
	14_ERGOTHERAPIE	0%	13%	3%	6%	6%	4%	2%	0%	4%
	15_PSYCHOLOGIE - PSYCHOTHERAPIE - NEUROPSY	6%	9%	9%	8%	12%	8%	17%	17%	11%
	16_MEDECINE DOUCE	6%	7%	1%	2%	0%	2%	3%	2%	3%
HANDICAP & PERTE D'AUTONOMIE	17_AIDE A LA PERSONNE	2%	0%	4%	1%	1%	0%	2%	0%	2%
	18_AMENAGEMENT DOMICILE	4%	7%	5%	6%	6%	10%	3%	0%	5%
	19_EQUIPEMENT	2%	0%	4%	4%	1%	0%	0%	3%	2%
	20_HEBERGEMENT	0%	0%	3%	0%	0%	0%	2%	0%	1%
AUTRE	21_AUTRES	2%	0%	1%	1%	1%	2%	1%	3%	2%
Total général		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constat: Taux de reste à charge / QF

- Le tableau ci-dessous concerne les demandes acceptées. Il montre que:
 - le ratio RAC/ QF (reste à charge / Quotient familial) n'est pas une fonction linéaire du QF
 - le taux RAC/QF moyen est de 115% alors que le taux de RAC/QF moyen pour les QF de moins de 1000 € est de 121% . Il est de 80% pour les QF de 1250 à 1500 €.
 - Les « petits » QF sont ceux pour lesquels la part des demandes acceptées qui laissent un RAC inférieur à 10% du QF est la plus élevée (10% à 20%).
 - Toutefois 1/3 des demandes concernant les QF de moins de 1000 laissent un RAC supérieur au QF (notamment en raison des postes qui ne peuvent pas donner lieu à intervention selon les règles actuelles: cf postes non remboursés SS).

		Répartition des demandes acceptées par taux de RAC/ QF				
Tranche de QF	Taux moyen (RAC / QF)	01_moins de 10%	02_10 à 50%	03_50% à 100%	04_plus de 100%	Total
1_Moins de 1000	121,4%	20%	30%	17%	33%	100%
2_1 000 à 1 250	72,2%	11%	41%	22%	26%	100%
3_1250 à 1500	80,8%	11%	36%	18%	36%	100%
4_1500 à 1750	100,9%	19%	16%	29%	35%	100%
5_1750 à 2000	255,8%	0%	35%	29%	35%	100%
6_2000 à 2500	115,5%	0%	38%	31%	31%	100%
7_2500 à 3000	110,8%	0%	17%	44%	39%	100%
8_3000 et plus	166,6%	0%	0%	50%	50%	100%
Total général	115,4%	11%	30%	26%	34%	100%

Projet d'évolution

Situation actuelle	Proposition d'évolution (à valider)
<p>1 - Pas d'intervention SS = pas d'intervention du fonds social (exemple: implants dentaires)</p> <p>Toutes les demandes sont présentées mais les demandes pour lesquelles il n'y a pas d'intervention de la Sécurité sociale donnent lieu à un refus par principe</p>	<p>1.1 - Lever le principe "pas d'intervention SS = pas d'intervention du fonds social" => un dossier sans intervention SS peut donner lieu à intervention du fonds social en fonction du quotient familial et de la demande</p> <p>1.2 - Il peut rester des cas pour lesquels la demande est refusée "par principe", compte tenu de la nature de la demande, quel que soit le quotient familial. Les cas concernés sont à identifier de façon précise pour que les personnes soient informées avant de monter un dossier de demande d'aide <i>exemple : chirurgie esthétique ? demande incompatible avec les règles du contrat responsable (notamment dépassement d'honoraire NON OPTAM ou HN)</i></p>
<p>2 - Aucune règle permettant de définir l'ordre de grandeur du montant accordé et du reste à charge à laisser</p> <p>Lorsque une aide est accordée, le montant de l'aide est défini au cas par cas en fonction du quotient familiale et du reste à charge. Le principe est qu'il doit toujours y avoir un reste à charge (même faible) mais il n'existe aucun barème permettant d'harmoniser les décisions entre les dossiers</p>	<p>2.1 - Définir des prix de « référence » pour les demandes récurrentes Si les frais réels sont très supérieurs aux prix de référence, le demandeur en est informé. L'aide est attribuée en tenant compte du prix de référence et le calcul du Reste à Charge est basé sur le prix de référence <i>Exemple : pour un implant dentaire , retenir un prix de référence de 1 000 euros par implant</i></p> <p>2.2 Définir un barème indicatif d'intervention et de "reste à charge" minimum en fonction du quotient familial <i>exemple : reste à charge minimum 10% du QF</i></p>
<p>3 - Toutes les demandes passent en comité</p>	<p>3 - Maintenir le principe "toutes les demandes passent en Comité" mais compléter la fiche de présentation du dossier avec une proposition d'intervention résultant de l'application des règles définies par le comité, étant précisé que, dans tous les cas, c'est le comité qui décide en fonction des spécificités du dossier présenté.</p>