

Règles de fonctionnement du fonds social

Document de travail pour le comité du 20 mars 2024

Proposition de règle complémentaire pour la prise en compte du quotient familial

○ Rappel

- Des règles d'intervention du fonds social ont été proposées et il a été décidé de tester ces règles sur les fonds présentés au 1^{er} semestre 2024 pour vérifier que les règles étaient adaptées et proposer des précisions/ ajustements éventuels avant de rédiger le règlement du fonds social qui pourrait être mis en œuvre à compter du 3 T 2024.

○ Constat

- L'analyse des premiers dossiers en appliquant les règles proposées montre que les règles semblent « trop sévères » pour les faibles quotients car elles ne permettent pas d'intervenir dans certains cas où il pouvait y avoir des interventions avant.

⇒ Il est donc proposé d'ajuster la règle 8 pour « assouplir » les règles pour les petits QF

Rappel: répartition des demandes et taux de refus par niveau de QF (fonds 2017-2023 avant application des nouvelles règles)

Tranche de QF	Nombre de dossiers présentés		Taux de refus
	(2017 à avril 2023)	%	
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%

Règle permettant de tenir compte du QF

○ Rappel de la règle initiale proposée - **Règle 8 : 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 €.

○ Proposition d'ajustement de la règle 8

- En complément de la règle ci-dessus il est proposé d'ajouter la précision suivante :
 - **Pour les QF inférieurs à 1250 €, par dérogation à la règle 4 qui prévoit qu'il n'y a pas d'intervention du fonds social pour les actes non remboursés SS et sans base de remboursement SS mais qui font l'objet d'un remboursement par le RPC (exemple: chambre particulière, Intervention chirurgicale des yeux par laser etc.), le comité peut décider d'intervenir en laissant un reste à charge au moins égal à celui de la règle 8**

Annexe

Rappel des règles proposées

○ 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 »

○ Règle 1 : 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.

() pour les verres hors 100% santé, la BR étant de 0,05 € par verre la limitation à 1 fois la BR revient à dire qu'il n'y a pas de remboursement du fonds social sur les verres*

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

○ Règle 2 : 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 et prestations frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale et pour lesquels il n'existe pas de base de remboursement dans la CCAM

● Règle 3 : 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.

● Règle 4 : Cas des actes non remboursés SS et sans base de remboursement 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.)

● Règle 5 : Cas des actes non remboursés SS et non remboursé par le RPC et sans base de remboursement SS : 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 €.*

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

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

- **Règle 6 : 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*
- ...

○ **Règle 7** : 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.

() dans certains cas, la frontière entre dépense de « frais de santé » et dépenses non qualifiées de frais de santé n'est pas simple à établir. Pour régler ces cas il est proposé la règle suivante : lorsque la qualification de « frais de santé » n'est pas explicite, la demande sera classé en « dépense non liée à des frais de santé » dans la préparation du dossier. Si le comité considère que la qualification de frais de santé peut être retenu, les*