

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
29/11/95

Origine :
DGR

MME et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour information)

Réf. :

DGR n° 111/95

Plan de classement :

40	42				
----	----	--	--	--	--

Objet :

PARTICIPATION DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE AU FINANCEMENT DU
FONCTIONNEMENT DES FOYERS D'ACCUEIL POUR FAMILLES DE
MALADES HOSPITALISES.

Cette participation est désormais établie sur la base d'un tarif forfaitaire plafond
dans la limite du déficit de l'exercice.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Mod.circ	CNAMTS	259/76
Mod.circ	DGR	95/85
Mod.circ	DGR	151/91

Date d'effet :	01.01.1996	Date de Réponse :
Dossier suivi par :	ASS/J. MOULY	
Téléphone :	42.79.32.26	

@

Direction de la Gestion de la Risque

29/11/95

MME et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour attribution)

Origine :

DGR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour information)

N/Réf. : DGR n° 111/95

Objet : Participation des Caisses d'Assurance Maladie au financement du fonctionnement des foyers d'accueil pour familles de malades hospitalisés

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CNAMTS avait exprimé le souhait de reconsidérer la politique menée par l'Assurance Maladie en matière de financement des foyers d'accueil pour familles de malades hospitalisés.

Dans l'attente des résultats issus de travaux d'études menés par la CNAMTS en concertation avec la Fédération Nationale des Foyers d'Accueil pour Familles de Malades Hospitalisés en vue de déterminer les nouvelles orientations à retenir, la Commission avait demandé aux CRAM de dénoncer à titre conservatoire, avec effet au 1er janvier 1995, les conventions régissant leurs relations avec ces structures tout en reconduisant sur l'exercice 1995 les dispositions financières en vigueur.

En accord avec la Fédération Nationale, la Commission d'Action Sanitaire et Sociale a donc défini les orientations reprises dans le modèle type national, ci-annexé, de la nouvelle Convention dont les modalités s'appliqueront aux foyers et aux Caisses signataires dès le 1er janvier 1996.

I/ RAPPEL DES DISPOSITIONS ANTERIEURES QUI DEMEURENT APPLICABLES

a) Historique

La *circulaire CNAMTS n° 259 du 23 juillet 1976* avait posé le principe de la participation des Caisses Régionales d'Assurance Maladie au financement du fonctionnement des foyers d'accueil pour familles de malades hospitalisés et définissait un cadre strict aux modalités techniques et administratives régissant le fonctionnement de ces structures.

Elle a été complétée par la *circulaire ASS n° 95/85 du 4 septembre 1985* qui, d'une part a modifié la référence pour le calcul des conditions de ressources basé désormais sur le SMIC et non plus sur le plafond de cotisations à la Sécurité Sociale, d'autre part a introduit une quatrième tranche tarifaire de participation portant ainsi l'éventail de la contribution des personnes hébergées à 25 %, 50 %, 75 % et 100 % du prix de revient journalier du foyer.

Puis, la *circulaire DGR/ASS n° 151/91 du 10 juin 1991* a apporté des amendements à certaines modalités techniques et administratives telles que :

- l'introduction de la notion de norme minimale de capacité de 10 lits,
- la faculté, sous certaines conditions, d'élargir l'accueil aux malades accompagnés,
- l'application systématique du prix de revient journalier au taux plein pour les adhérents des autres régimes en cas de participation insuffisante de leur régime d'affiliation.

Enfin, la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CNAMTS du 19 mars 1993 a étendu aux ressortissants étrangers l'application du tarif à taux plein.

b) Principales dispositions maintenues

- Les quatre tranches tarifaires correspondant aux quatre niveaux de ressources basés sur un barème national se référant au SMIC (article 3).
- L'application à la deuxième personne accompagnante du tarif immédiatement inférieur au tarif appliqué au premier parent hébergé (article 3).
- La composition et le calendrier des réunions de la Commission Régionale Paritaire de contrôle financier (article 4).
- Les règles relatives à la communication par le foyer des éléments budgétaires, des comptes financiers et des éléments d'information relatifs aux personnes accueillies (article 5),

II/ DISPOSITIONS NOUVELLES

Elles portent essentiellement sur le régime tarifaire et les modalités de financement :

1 - Tarif de référence

La notion de plafonnement de la subvention à 40 % des dépenses totales de fonctionnement des foyers est abandonnée.

La nouvelle convention instaure, en effet, un tarif forfaitaire maximum par hébergé fixé à 220 F pour les foyers situés en région parisienne et 170 F pour les foyers situés en province (article 2), sur la base duquel est désormais établie la participation de l'Assurance Maladie.

Ces tarifs de référence ont été déterminés en prenant en compte les seules prestations afférentes à l'accueil, l'hébergement et le petit déjeuner (article 3).

Une participation minimale par hébergé à hauteur de 25 % de ces tarifs, soit 55 F à Paris et de 40 F en province étant posée en principe, la participation de la Caisse Régionale ne peut donc dépasser 130 F en province et 165 F en région parisienne.

Ces tarifs subiront un ajustement annuel sur la base du taux prévisionnel d'inflation de l'exercice.

En revanche, il est bien certain que, dans un souci de bonne gestion, la participation CRAM ainsi déterminée continue d'être allouée dans la limite du déficit de gestion de l'exercice réellement constaté (article 2).

2 - Les conditions de ressources

Le plafond de ressources sur la base duquel est calculée la participation de chaque personne hébergée, modulée en fonction du nombre d'ayants droit reçoit une disposition supplémentaire qui consiste en l'affectation au montant des ressources prises en considération d'une fourchette de + ou - 5 % des revenus, après étude de la situation économique des intéressés, à partir des avis d'imposition et tous autres justificatifs (article 3).

Cette disposition vise à faire bénéficier les hébergés de tarifs les mieux adaptés à la situation de leurs revenus.

3 - Séjour prolongé (article 3)

Cette même considération a également motivé la clause visant à appliquer le tarif correspondant à la tranche de ressources immédiatement inférieure dans les cas où une personne accueillie est appelée **à prolonger son séjour au-delà de 30 jours de présence continue.**

4 - Mise en application du dispositif (article 8)

Les tarifs de référence de 220 F à Paris et 170 F en province ont été établis de sorte à garantir le fonctionnement des foyers d'accueil, au regard des prestations prises en compte.

Toutefois, les structures pour lesquelles l'économie du nouveau dispositif pourrait induire transitoirement des difficultés, singulièrement les foyers enregistrant un prix de revient journalier supérieur au tarif de référence, donneront lieu à alignement sur les nouvelles règles tarifaires sur trois exercices à compter de 1996. La réfaction de l'intervention de l'Assurance Maladie s'opérera, à raison d'un tiers par exercice, et correspondra à l'écart entre la participation réelle de la CRAM limitée au tarif de référence concerné et le déficit effectivement constaté du foyer d'accueil, jusqu'alors pris en compte par l'Assurance Maladie.

5 - Rémunération du foyer : échéances des versements (article 2)

Enfin, pour des raisons de trésorerie, le calendrier de versement de la participation des Caisses est modifié comme suit :

- le versement du premier tiers sera assuré par la CRAM le 31 mars de l'exercice en cours, au lieu du 1er juillet comme le prévoyait la précédente convention.
- le versement du deuxième tiers s'effectuera le 30 juin de l'exercice en cours au lieu du 1er novembre.
- le solde étant versé comme précédemment au 1er avril de l'année suivante après dépôt des comptes de recettes et de dépenses de l'exercice antérieur.

6 - Le règlement intérieur sera établi pour chaque foyer en reprenant dans ses grandes lignes les modalités prévues dans le règlement intérieur type actuel et en l'adaptant aux dispositions conventionnelles nouvellement arrêtées.

Je vous recommande vivement de vous assurer que la structure à laquelle votre organisme apporte sa participation financière satisfait aux dispositions contenues dans le texte conventionnel et le règlement intérieur qui en découle et répond aux obligations indiquées.

Je précise que ces nouvelles dispositions ont également vocation à s'appliquer aux foyers subventionnés par l'Assurance Maladie n'adhérant pas à la Fédération.

Je vous serais obligé de bien vouloir me tenir informé des difficultés que pourrait générer l'application de la présente circulaire.

Le Directeur
de la Gestion du Risque

J.P. PHELIPPEAU

**FEDERATION NATIONALE
DES FOYERS D'ACCUEIL
POUR FAMILLES DE MALADES HOSPITALISES**

CONVENTION NATIONALE TYPE

PREAMBULE

VU les délibérations de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, en date du 6 décembre 1994 et du 11 juillet 1995,

VU la *circulaire	CNAMTS	n° 259	du 23 juillet 1976*
VU la *circulaire	CNAMTS	n° 95/85	du 04 septembre 1985*
VU la *circulaire	CNAMTS	n° 151/91	du 10 juin 1991*
VU la notification	CNAMTS	n° 367/93	du 28 avril 1993
VU la circulaire	CNAMTS	n°/95	du1995

ENTRE

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie de représentée par

ET

Le Foyer d'Accueil pour familles de malades hospitalisés de géré par l'Association dont le siège social est à représenté par son directeur

IL A ETE CONVENU ET EXPOSE CE QUI SUIIT :

La Fédération Nationale regroupe les Foyers d'Accueil pour familles de malades hospitalisés d'une capacité minimale de 10 lits répondant aux conditions définies dans la Convention Nationale Type agréée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et au Règlement Intérieur, interne à la Fédération.

ARTICLE 1

Le Foyer d'Accueil s'engage à recevoir et à héberger les accompagnateurs ou visiteurs, proches parents, des malades hospitalisés et transférés dans un établissement hospitalier, éloigné de leur domicile, dans les conditions strictement prévues par le règlement intérieur.

Cet accueil est réservé aux familles :

- aux ressources modestes qui ont difficulté à subvenir aux frais de séjour en hôtel,
- en difficulté morale du fait de l'hospitalisation et de l'état du malade.

80 % des places sont réservés en priorité aux assurés du régime général.

ARTICLE 2

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie s'engage à verser au Foyer d'Accueil pour familles de malades hospitalisés une subvention de fonctionnement calculée sur la base d'un tarif de référence maximal par hébergé fixé à (1) F pour 1996 et limitée au déficit annuel de gestion réellement constaté.

Cette subvention fait l'objet de trois versements :

- un premier tiers au 31 mars de l'exercice en cours,
- un deuxième tiers au 30 juin de l'exercice en cours,
- le solde au 1er avril de l'année suivante après dépôt des comptes recettes et dépenses de l'exercice antérieur.

A cet effet, le Foyer pour familles de malades hospitalisés communique au Directeur de la Caisse Régionale :

- pour le 15 septembre de chaque année un budget prévisionnel pour l'année suivante,
- pour le 31 janvier de chaque année, un compte de recettes et dépenses de l'année écoulée.

ARTICLE 3

Le tarif de référence correspond aux prestations : accueil, hébergement et petit déjeuner. Il est porté à la connaissance de chaque personne accueillie au foyer.

Le taux de la participation de l'organisme de Sécurité Sociale calculée sur la base du tarif de référence est déterminé en fonction d'un barème national de ressources correspondant au montant du SMIC au 1er janvier de l'année en cours, majoré de 25 % du SMIC par ayant droit.

Le plafond de ressources est modulable dans la limite de + ou - 5 %, en fonction de la situation des intéressés.

Les 4 tarifs suivants sont à appliquer, avec une participation minimale requise des personnes hébergées correspondant à 25 % du tarif de référence :

TARIF 1 : La participation de l'Assurance Maladie représente 75 % du tarif de référence du foyer pour les familles dont le total des ressources est inférieur ou égal au plafond correspondant au barème national majoré de 25 % par ayant droit et modulé le cas échéant.

TARIF 2 : La participation de l'Assurance Maladie représente 50 % du tarif de référence du foyer pour les familles dont les ressources excèdent jusqu'à 25 % le plafond de ressources défini pour le Tarif n° 1.

TARIF 3 : La participation de l'Assurance Maladie représente 25 % du tarif de référence du foyer pour les familles dont les ressources excèdent jusqu'à 25 % le plafond de ressources défini pour le Tarif n° 2.

TARIF 4 : L'Assurance Maladie n'intervient pas, les familles accueillies acquittant la totalité du prix journalier du Foyer

- (1) 170 F en province
220 F en région parisienne

Le tarif 1 est systématiquement appliqué aux familles non imposables.

Le tarif 4 est systématiquement appliqué :

- aux personnes appartenant à un régime autre que le régime général, pour lesquelles la participation dudit régime ne correspond pas au taux de fréquentation enregistré pour les ressortissants,
- aux personnes appartenant à un régime de Sécurité Sociale d'un autre pays.

Lorsque deux personnes d'une même famille sont reçues simultanément dans une même chambre, le tarif applicable au second accompagnateur sera celui immédiatement inférieur au tarif appliqué au premier accompagnateur.

Exemple : 1er accompagnateur tarif 3, second accompagnateur tarif 2.

Cette disposition est applicable aux tarifs 2, 3, 4.

En cas de séjour d'une durée dépassant 30 jours consécutifs, l'application du tarif immédiatement inférieur sera effectuée à compter du 31ème jour.

Un relevé de séjour sera remis à chaque famille.

Il comportera :

- le montant des frais de séjour,
- la part réglée par la famille,
- chaque relevé de frais de séjour devra faire état, le cas échéant, d'une participation financière de la CRAM.

ARTICLE 4

Une Commission régionale paritaire de contrôle financier se réunira tous les six mois à l'initiative du Directeur du Foyer d'Accueil pour Familles de Malades hospitalisés.

Elle est composée de 3 administrateurs désignés par la CRAM et de 3 administrateurs désignés par l'association gestionnaire.

Les membres de la Commission peuvent se faire assister par un conseiller financier pour chacune des parties.

ARTICLE 5

Le foyer devra tenir un registre permanent des entrées et des sorties et pour chacune des personnes accueillies et hébergées, une fiche comportant les renseignements nécessaires à l'admission et un dossier comprenant les pièces les concernant.

Ces documents pourront être consultés à tout moment par le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ou ses représentants.

ARTICLE 6

Les comptes de l'association sont tenus conformément au plan comptable de la comptabilité hospitalière.

ARTICLE 7

Les conditions de fonctionnement et d'hébergement du Foyer d'Accueil des familles de malades hospitalisés sont déterminées par un règlement intérieur dont le modèle type est ci-annexé.

Toutes modifications à ces dispositions devront être soumises à la Fédération Nationale et proposées par elle au Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Les conditions de travail et de rémunération du personnel du Foyer sont déterminées par la convention collective des établissements hospitaliers d'assistance privée au 31 octobre 1951.

ARTICLE 8

L'application de ce dispositif s'échelonnnera sur une période de 3 années à compter du présent exercice pour les foyers enregistrant un prix de revient journalier supérieur au tarif de référence, avec une dégressivité tarifaire de 1/3 par exercice.

ARTICLE 9

Un avenant financier fixera annuellement le tarif de référence applicable, son évolution s'alignant sur le taux prévisionnel d'inflation de l'exercice.

ARTICLE 10

La présente convention qui prendra effet le est conclue pour une durée de 3 ans renouvelable.

Elle sera résiliable par l'une ou l'autre partie après préavis de six mois avant l'expiration de chaque année.

