

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
04/12/81

Origine :
DGR
ENSM

Messieurs les Présidents
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

Messieurs les Présidents
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Messieurs les Présidents
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Messieurs les Médecins Conseils Régionaux

Réf. :

DGR n° 1221/81 - ENSM n° 556/81

Plan de classement :

2451					
------	--	--	--	--	--

Objet :

SERVICES DE SOINS A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES

Pièces jointes :

3

Liens :

Ann.circ CNAMTS 326/78

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

04/12/81 Le Directeur
de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés

Origine : à
DGR
ENSM Messieurs les Directeurs
 . des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
 . des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
 . des Caisses Générales de Sécurité Sociale
 (pour attribution)

 Messieurs les Médecins Conseils Régionaux
 (pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 1221/81 - ENSM n° 556/81

Objet : SOINS A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES.

Par circulaire CNAMTS N° 326/78 du 23 mars 1978, il vous avait été précisé dans quelles conditions la Caisse Nationale souhaitait que les Caisses d'Assurance Maladie prennent en charge les soins à domicile aux personnes âgées.

Le décret n° 81.448 du 8 mai 1981 (J.O. du 9 mai 1981) ayant porté réglementation en la matière, il est apparu nécessaire de faire le point sur les modalités actuelles de fonctionnement des services de soins à domicile pour personnes âgées notamment en raison de la parution de la circulaire ministérielle n° 81.8 du 1er octobre 1981 portant application du décret précité.

Un modèle de convention est en outre annexé à la présente circulaire.

I - CONDITIONS DE CREATION ET D'EXTENSION DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE

Désormais, la procédure de création et d'extension des services de soins à domicile est pratiquement identique à celle en vigueur pour les autres institutions médico-sociales. Il convient cependant d'attirer l'attention sur quelques points particuliers :

a/ Consultation des Caisses Régionales d'Assurance Maladie préalablement à leur création

Il appartiendra aux Caisses Régionales de prendre contact avec les Directions des Affaires Sanitaires et Sociales afin de déterminer selon quelles modalités peut se faire cette concertation étant entendu que celle-ci ne doit pas retarder de façon inconsidérée la procédure.

b/ Consultation du Syndicat Départemental des Infirmiers

Il est rappelé aux Caisses que c'est aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) qu'il appartient de saisir les syndicats d'infirmiers en vue de recueillir leur avis sur la création des services.

c/ Extension de capacité

Normalement, l'extension de capacité jusqu'à 30 % de la capacité maximale initialement autorisée ne donne pas lieu à un acte administratif, la DDASS étant seulement informée. Il est cependant souhaité une information particulière des Caisses au titre de la Convention que les services passeront éventuellement avec elles.

Dès lors, deux situations peuvent se présenter :

- ou bien le service n'a pas signé de convention. Dans ce cas, les Caisses seront informées des extensions au moment de la procédure budgétaire. Elles pourront, à ce niveau, si elles le jugent nécessaires, intenter un recours devant le Conseil Supérieur de l'Aide Sociale tant en ce qui concerne la dotation complémentaire qu'en ce qui concerne les budgets à venir.

- ou bien, le service a conclu une convention. Dans ce cas, il appartient aux Caisses de préciser leur désaccord éventuel soit avant que la décision ne soit prise si le service les contacte au préalable, soit dans le cadre du délai de réflexion qui est laissée aux parties dans le modèle de convention ci-joint.

L'attention des Caisses est particulièrement attirée sur l'existence de la nécessaire concertation qui doit s'établir entre elles et les services.

En effet, l'information de la DDASS ne constituant pas un acte administratif, la seule contestation réglementaire qui leur est offerte est celle du recours contre l'arrêté préfectoral portant fixation des tarifs consécutivement à une extension. Cette procédure n'étant pas suspensive, une annulation éventuelle n'interviendra qu'après plusieurs mois de fonctionnement ce qui n'est pas sans inconvénient pour le service.

C'est pourquoi, la concertation prévue supra est indispensable. Celle-ci ne pouvant être véritablement mise en oeuvre que dans le cadre de la convention modèle, il est instamment demandé aux Caisses de ne pas faire obstacle à la signature des accords que les services demanderaient à passer dès lors que ceux-ci sont réglementairement autorisés. A titre indicatif, le délai normal pour cette signature ne devrait pas dépasser deux mois.

NB : l'expression "extension de capacité d'un service supérieur à 30 pour 100 de la capacité initiale" doit s'entendre comme étant atteinte en une ou plusieurs fois. Toute autre interprétation aurait pour effet, compte tenu de la taille des services de mettre à néant les dispositions de l'article 3 du décret n° 81-448 du 8 mai 1981. L'attention des Caisses est donc attirée sur la nécessité de faire respecter la procédure d'extension prévue, au besoin par tous moyens de droit, lorsque la limite de 30 % est atteinte.

d/ Extension d'activité

Un cas particulier a été prévu par le Ministère : l'extension d'activité dans le cadre de la capacité autorisée du service.

Une information des Caisses est prévue étant entendu que ce point ne devrait pas en principe soulever de problème puisque le service doit pouvoir répondre à toutes les demandes dans la limite de sa capacité autorisée.

NB : l'attention des Caisses est attirée sur le fait que tant dans l'hypothèse visée au paragraphe c/ supra que dans celle visée au paragraphe d/, le fait d'être informées ne saurait en aucun cas être interprété comme emportant un acquiescement de droit. C'est pourquoi, elles doivent dans le cadre des procédures de concertation prévues par le modèle de convention ci-joint faire connaître leurs observations, tout silence de leur part pouvant être interprété comme une acceptation.

II - PRISES EN CHARGE

L'entente préalable est supprimée. Par contre, il doit y avoir information du Contrôle Médical de la Caisse dont relève le malade lors de l'admission, après les trente premiers jours, puis tous les trois mois.

Il y a donc lieu d'en conclure que la prise en charge est de droit (sous réserve que les droits administratifs existent bien) dès lors qu'il y a prescription du médecin traitant. Le traitement peut donc commencer, tout au moins pour les personnes de plus de 60 ans, dès la délivrance de la prescription; mais en raison du contrôle a posteriori, le Service Médical peut mettre fin à tout moment, à cette prise en charge.

Quant au circuit administratif de prise en charge, en l'absence de précisions de la part des Autorités ministérielles, le dispositif prévu pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées devra être repris dans les conditions suivantes :

1 - Malades à domicile

L'admission au bénéfice du forfait de soins à domicile est acquise par la preuve, pour chaque malade, du droit aux prestations en nature d'un régime obligatoire de protection sociale. Pour ce faire, le service envoie un avis d'admission individuel à la Caisse dont relève le malade ainsi qu'au Contrôle Médical de celle-ci (pour ce dernier, le protocole de traitement devra être joint).

La Caisse établit en double exemplaire une attestation de droit comportant l'accord administratif de prise en charge ainsi que l'indication du régime d'affiliation. Il appartient au service de l'adresser -accompagnée de l'avis d'admission individuel- à la Caisse-pivot lors de l'envoi du tableau trimestriel prévu infra.

Le Contrôle Médical de la Caisse dont relève l'assuré devra recevoir un avis de prolongation de traitement après les trente premiers jours.

Par ailleurs, comme pour les sections de cure médicale, le service sera astreint à la tenue d'un registre médical servant d'avis de prolongation trimestriel et qui indique :

- le nom, l'âge, le régime de rattachement et le numéro national d'identification des personnes admises en service de soins à domicile,
- les dates d'admission et de sortie du service,

- l'indication précise du diagnostic d'admission, la mention des appels à des auxiliaires médicaux non pris en charge sur le forfait ainsi que le relevé de l'ensemble des prescriptions.

Ce registre médical dont le modèle sera diffusé ultérieurement comportera une colonne destinée aux observations des médecins-conseils.

Le service devra d'autre part, adresser trimestriellement au 1er janvier, au 1er avril, au 1er juillet, et au 1er octobre sous pli cacheté au contrôle médical de la Caisse dont relève le malade, un extrait du registre médical comportant les indications ci-dessus mentionnées. Le contrôle médical concerné devra indiquer au service les cas pour lesquels il donne un avis défavorable. L'absence de réponse dans le délai d'un mois vaut avis favorable. Le refus de prise en charge pourra être opposé, si les soins envisagés n'apparaissent pas justifiés, ou s'il semble préférable que ces soins soient dispensés en traitement de ville ou en établissement.

La Caisse-pivot sera avisée des avis défavorables émis par les services médicaux.

Ces dispositions ne devront pas faire obstacle au contrôle médical individuel si la nécessité s'en présentait. Le contrôle médical peut mettre en effet à tout moment fin à la prise en charge.

Le traitement peut être commencé avant que ne soit connue la réponse des Caisses, le contrôle se faisant a posteriori.

Dans les cas visés ci-dessus, la fin de la prise en charge se situe au jour de la notification du refus.

2 - Malades résidant en établissement d'hébergement ne possédant pas de section de cure médicale

L'établissement possédant déjà une attestation précisant que le malade dispose bien d'un droit à l'Assurance Maladie, le service se contentera d'adresser un double de cette attestation joint à un avis d'admission individuel à la Caisse dont relève le malade ainsi qu'au contrôle médical de celle-ci (pour ce dernier, le protocole de traitement sera joint). Le double de l'attestation et l'avis individuel d'admission sont joints au tableau trimestriel adressé par le service à la Caisse-pivot.

En ce qui concerne les traitements supérieurs à trente jours, il y a lieu de se reporter à ce qui a été dit supra pour les malades à domicile.

3 - Malades résidant en établissements d'hébergement possédant une section de cure médicale

Normalement, aux termes de la circulaire ministérielle, les dépenses afférentes aux interventions du service de soins à domicile sont imputées sur le budget de la section de cure médicale. Les Caisses sont donc informées de ce fait et cette information subsiste quelles que soient les modalités selon lesquelles s'effectuent les soins.

Il est nécessaire cependant, pour répondre aux exigences de l'article 14 du décret n° 81-448 du 8 mai 1981 que le service médical des Caisses soit avisé :

- à l'admission : le service médical de la Caisse dont relève le malade reçoit un avis d'admission et le protocole de traitement;
- après les trente premiers jours et tous les trois mois : les mesures prévues pour les malades résidant en établissement ne possédant pas de section de cure médicale sont applicables.

4 - Les personnes de moins de 60 ans

La même procédure que prévue ci-dessus aux paragraphes 1, 2 et 3 est applicable.

Cependant, s'il n'y a pas urgence, il convient d'attendre le délai de 10 jours prévu par la circulaire ministérielle afin d'éviter toute difficulté en cas de refus de prise en charge (cf section IV de la présente circulaire).

NB : Pour les systèmes décrits ci-dessus des précisions complémentaires seront diffusées à l'occasion de la prochaine généralisation de la carte d'assuré social.

III - DEPENSES COUVERTES PAR LES FORFAITS DE SOINS

1 - Le contenu des forfaits de soins

Le forfait comprend les dépenses de soins infirmiers (quel que soit le statut des infirmiers appelés à intervenir), ainsi que les interventions des aides soignantes et des pédicures.

Il peut recouvrir les soins de masso-kinésithérapie.

Les Caisses devraient s'attacher, dans la mesure du possible, à obtenir une telle inclusion et à demander qu'il soit fait appel à des masseurs-kinésithérapeutes à plein temps ou à la vocation et ce, dans le limite du forfait plafonné.

Le petit matériel médical nécessaire aux soins, les frais de locaux et de matériel sont inclus dans le forfait, mais non les frais pharmaceutiques.

Les dépenses de sectorisation psychiatrique doivent être écartées du forfait à la charge de l'Assurance Maladie.

Enfin, il se peut que des interventions d'auxiliaires médicaux (orthophonistes) autres que ceux précités soient nécessaires. Ces dépenses ne devront pas être incluses dans les forfaits afin de ne pas créer de disparités entre les services, disparités qu'il serait difficile de prendre en compte dans le cadre d'un forfait plafonné ; pour les services ayant passé convention avec les Caisses, ces interventions pourront être prises en sus du forfait dans le cadre du tiers-payant (à l'exception des soins effectués par les masseurs-kinésithérapeutes qui ne pourront jamais bénéficier de ce tiers - payant - cette possibilité leur étant offerte dans le cadre du forfait). Ce problème de tiers-payant doit être étudié en liaison avec le Ministère et les Professions intéressées. Il fera l'objet d'un avenant au modèle de convention ci-joint.

Dans l'attente de nouvelles précisions, la prise en charge des médicaments peut naturellement se faire par le biais des conventions pharmaceutiques signées entre les syndicats de pharmaciens et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, dans le cadre du protocole d'accord national et de la convention modèle qui lui est jointe.

Pour les malades admis en section de cure médicale, les dépenses non couvertes par le forfait de soins à domicile sont prises au titre de la section de cure.

2 - Cas des services intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Si l'établissement n'a pas de section de cure médicale, il n'en résulte aucune conséquence sur les forfaits de soins.

S'il possède une section de cure médicale, les dépenses du service de soins à domicile seront prises en charge sur le budget de la section. une convention passée entre l'établissement et le service devra déterminer dans quelles conditions l'établissement rembourse au service ses dépenses. En ce qui concerne l'Assurance Maladie, les dépenses ne pourront être supérieures à celles qui résulteraient de la section de cure médicale. Tous les malades traités par le service de soins à domicile devront, bien entendu, avoir fait l'objet d'une admission en section de cure médicale.

IV - CONTROLE MEDICAL

Le Service Médical de l'Assurance Maladie intervient en deux circonstances:

- pour la prise en charge ou la prolongation de celle-ci ;
- pour l'évaluation du fonctionnement du service.

1 - Prise en charge et prolongations

a/ Prise en charge :

Il n'y a d'avis médical préalable que pour les malades de moins de 60 ans exceptionnellement admis à bénéficier de ce service. Il s'agit des personnes dont le vieillissement prématuré de l'organisme ou une maladie invalidante justifie une intervention du service dans la mesure ou celle-ci prévient ou abrège une hospitalisation.

Le Médecin-Conseil doit donner son avis dans le délai de dix jours, l'absence de réponse équivalant à un accord.

L'intervention effective du service ne peut avoir lieu avant l'accord explicite ou avant l'expiration de ce délai que si le prescripteur a certifié l'urgence de cette intervention dans la demande d'entente préalable.

Pour l'ensemble des malades admis au bénéfice de cette prise en charge (qui est de droit pour les personnes de 60 ans et plus au jour de la prescription) le Médecin-Conseil peut à tout moment intervenir pour faire cesser la prise en charge.

b/ Prolongations :

Le Médecin-Conseil intervient obligatoirement à la fin du premier mois de prise en charge et ensuite tous les 3 mois.

Le service de Soins à Domicile doit adresser au Médecin-Conseil un avis d'admission accompagné de la prescription dès l'admission ainsi qu'un avis de prolongation à l'issue du premier mois. Il le tient ensuite informé, tous les 3 mois des prolongations. A cette fin, le modèle de convention prévoit l'envoi trimestriel au Service Médical d'un extrait du registre médical.

Le Médecin-Conseil doit aviser la Caisse des avis défavorables de prolongation de prise en charge dans un délai d'un mois.

c/ Indications :

Ne relèvent de la prise en charge de soins à domicile que les malades dont l'état nécessite à la fois des soins infirmiers, d'hygiène et d'aide à la vie.

C'est dire que sont exclues les personnes relevant des seuls soins infirmiers tels qu'ils pourraient être pris en compte à l'acte et celles relevant d'une intervention proche de celle de l'aide ménagère non pris en charge par l'Assurance Maladie.

2 - Evaluation du fonctionnement du service

Le service de Soins à Domicile fournira au Médecin-Conseil tous les ans avant le 1er novembre un rapport médical d'activité portant sur les six premiers mois de l'année et le rapport annuel à l'appui du compte financier de l'exercice écoulé (identique à celui adressé aux DDASS).

Dans la perspective de veiller au bon usage des soins, le médecin-conseil restera en contact permanent avec le responsable infirmier du service pour éviter la prise en charge d'une part de cas relevant de soins infirmiers légers du domaine de l'exercice individuel, d'autre part de cas relevant d'intervention plus complexe du domaine de l'hospitalisation à domicile.

L'étude des extraits trimestriels du registre médical (et des contrôles éventuellement déclenchés à cette occasion) et l'étude des rapports d'activité cités ci-dessus doivent permettre aux Médecins-Conseils d'apporter un concours éclairé aux responsables administratifs des Caisses pour le suivi des activités des services, la fixation des forfaits et les modifications éventuelles de capacité.

3 - Contentieux

Les refus de prise en charge ou de prolongation ouvrent droit pour l'assuré aux recours habituels et notamment à l'expertise médicale. Les refus de prise en charge devront être étayés sur des arguments médicaux montrant l'inadéquation de la structure et notamment du volume et du contenu des interventions à l'état du malade. Il serait souhaitable qu'avant toute signification de refus, contact soit pris avec le médecin traitant qui seul assure la direction de l'intervention du service, et la responsabilité de la prescription.

4 - Sorties

Les extraits du registre médical concernant des malades sortis durant le trimestre précédent la date officielle de transmission doivent être

jointes aux envois trimestriels prévus aux paragraphes III 1. et IV B de la présente circulaire.

V - LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE

A - La procédure de fixation des forfaits

Les personnes non bénéficiaires d'un régime de protection sociale ont à verser un forfait journalier qui peut être pris en charge au titre de l'aide sociale.

Les dépenses de soins exposées par les services pour les assurés sociaux sont couvertes par l'Assurance Maladie sous forme d'un forfait global calculé selon les mêmes modalités que pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Ce forfait est plafonné chaque année par décision ministérielle soit en valeur absolue, soit par limitation du pourcentage de hausse.

Pour les services à tarif préfectoral, le forfait global est fixé par arrêté préfectoral sur avis des Caisses Régionales d'Assurance Maladie. Celles-ci devront se déterminer en fonction des dispositions tant du décret que de la circulaire ministérielle.

Pour les services privés n'ayant pas passé convention avec l'Aide Sociale, le forfait global est déterminé par voie de convention entre les services et les organismes d'Assurance Maladie. Rentrent dans cette catégorie, les services qui, bien qu'ayant passé une convention Aide Sociale, ne reçoivent pas effectivement des bénéficiaires de cette aide. Il appartient aux Caisses, lorsqu'elles auront constaté l'absence de tels bénéficiaires pendant une durée assez longue de prendre contact avec la DDASS pour étudier la dénonciation de la Convention passée avec l'Aide Sociale.

La procédure budgétaire est assez semblable, par ailleurs, à celle prévue pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées. On note cependant quelques différences :

- en premier lieu, l'absence de commission consultative tripartite,
- en second lieu, des modalités de révision des forfaits et de reprise des résultats non identique. Ces dispositions sont largement explicitées dans la circulaire ministérielle à laquelle il convient de vous reporter.

S'agissant de la rétroactivité des arrêtés préfectoraux fixant les tarifs, en principe celle-ci doit être refusée. Divers cas peuvent cependant être distingués:

- Arrêtés fixant un tarif pour la première fois. En principe la rétroactivité ne peut être admise. Toutefois, il pourra être pris en compte la date à laquelle s'est prononcée la Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales comme cela a été reconnu pour les sections de cure médicale.
- Arrêtés afférents à des années ultérieures. S'agissant d'un système de forfait global annuel, le forfait de l'année n ne peut normalement être prolongé sur l'année n + 1. Dans ces conditions, tout versement doit être interrompu pour l'année n + 1 tant qu'aucun arrêté préfectoral n'est intervenu, étant entendu qu'une régularisation s'effectuera alors.

Toutefois, si une convention a été signée avec le service, des douzièmes provisoires pourront être accordés dès le 1er janvier sur la base des douzièmes de l'année précédente majorés d'un pourcentage d'augmentation égal à la moitié de celui prévu par le Ministère, cette revalorisation ne valant pas acquiescement du budget par les Caisses.

S'il n'y a pas de convention, aucun versement ne doit avoir lieu. Cependant, afin de ne pas mettre les services en difficulté, il est recommandé aux Caisses, bien que réglementairement elles n'y soient pas tenues, de ne pas différer au-delà du 1er avril les paiements des douzièmes, lesquels devront intervenir sur la base des douzièmes de l'année précédente. Ceux-ci ne devront en aucun cas être revalorisés avant l'intervention de l'arrêté préfectoral.

NB : Pour les services ne fonctionnant pas l'année précédente, des douzièmes pourront être également accordés à titre d'avance de fonctionnement à l'occasion de leur mise en place. Ces douzièmes seront calculés sur la base des documents financiers nécessaires à l'établissement des forfaits de soins. Cette avance ne pourra être octroyée qu'après signature de la convention modèle jointe en annexe.

B - La Caisse-Pivot

Le versement du forfait global annuel est assuré par douzièmes par une Caisse unique pour l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie de tous les régimes.

Comme pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées, le remboursement par les régimes débiteurs est organisé par un système de répartition nationale. Cette répartition est opérée à partir des tableaux trimestriels fournis par le service.

Normalement, les organismes du régime général doivent être caisses-pivots. Cependant, lorsqu'il apparaît que la population traitée relève en majorité ou en totalité d'un autre régime, les Caisses Primaires devront inciter ce dernier à accepter une telle fonction.

C - Opérations statistiques et comptables

Les articles 6 à 12 du décret n° 78-477 du 29 mars 1978 étant applicables aux services de soins à domicile, les indications données à cet égard dans la circulaire CNAMTS n° 347 du 7 décembre 1978 relative à la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées notamment dans la fiche technique, sont valables. Il convient de s'y reporter.

Il faut cependant préciser que sur le plan comptable les dépenses devront être imputées au compte spécial de tiers n° T 4924 - Services de Soins à Domicile pour les Personnes Agées qui ne pourra être régularisé qu'en fin d'année par imputation au compte de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de la part des dépenses prises en charge par les autres régimes de Sécurité Sociale (compte T 440184 - de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie Services de Soins à Domicile pour les Personnes Agées) et par imputation du solde au compte 651 des différentes gestions comptables de l'Assurance Maladie au prorata de la moyenne annuelle de personnes relevant de chaque "gestion présentes au premier jour de chaque trimestre civil.

Par ailleurs, une circulaire complémentaire diffusera prochainement les tableaux à utiliser (trimestriels et annuels) pour les services de soins à domicile.

Un modèle de convention est joint à la présente circulaire. Il est recommandé aux Caisses de l'utiliser sans apporter de modifications aux clauses qui constituent pour les services une incitation à la signer. Il conviendra également de dénoncer la convention chaque fois que ses clauses ne seront pas respectées. Il serait souhaitable, en outre, que les

régimes non visés par le modèle de convention (Mines, SNCF, etc..) s'y associent par voie d'avenant.

Par ailleurs, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie souhaite faire le point de la situation au début de 1983 afin de proposer des solutions aux difficultés qui ne manqueront pas de surgir. Il est donc demandé aux Caisses d'une part, de saisir la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de tous les litiges dont elles auront à connaître, d'autre part, de l'informer de la création des services (au moyen de la fiche figurant en annexe qui devra lui être adressée lors de chaque création) et de lui communiquer les rapports annuels d'activité des services. A cet égard, l'attention des Caisses est particulièrement attirée sur l'intérêt que la Caisse Nationale attache au développement des services de soins à domicile pour personnes âgées, lesquels sont l'infrastructure essentielle de l'objectif de maintien à domicile de cette catégorie de population, objectif qui a depuis de longues années été reconnu par elles comme prioritaire.

Le Directeur,

Dominique COUDREAU.

SOINS A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES

MODELE DE CONVENTION

CONVENTION

ENTRE :

- La CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE de
Représentée par M

- La CAISSE MUTUELLE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE
ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS NON SALARIES DES
PROFESSIONS NON AGRICOLES DE
Représentée par M.....

- La CAISSE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DE
représentée par M.....

Ci-dessous dénommées "Les Caisses"

d'une part,

ET

- de
Représenté (e) par M.....

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les conditions de prise en charge et de remboursement des frais engagés par le service de soins à domicile à l'occasion des soins infirmiers et d'hygiène générale, des concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, et éventuellement d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux, qu'il assure, sur prescription médicale, aux personnes âgées malades ou dépendantes.

ARTICLE 2 : CAPACITE DU SERVICE. INFORMATIONS A TRANSMETTRE AUX CAISSES

Le nombre des malades susceptibles d'être pris simultanément en charge au titre des soins à domicile ne peut être supérieur à celui pour lequel.....a été autorisé (e).

Toute augmentation de capacité inférieure ou égale à 30 % de la capacité initiale autorisée fait l'objet d'une information des Caisses de la part du service de soins à domicile. L'absence d'information dans un délai de 10 jours à compter de la date de décision de la modification de capacité entraîne la résiliation de plein droit de la présente convention dans les huit jours suivant la réception de cet avis si la situation n'est pas régularisée.

Le service fait connaître également aux Caisses toute modification de son activité intervenant dans le cadre de la capacité pour laquelle il est autorisé dès lors que celle-ci est susceptible d'entraîner une révision budgétaire.

Le service fait connaître en outre aux Caisses :

- la liste de son personnel avec l'indication de sa qualification ;
- les heures et les conditions de fonctionnement du service ;
- son règlement intérieur ;
- les accords passés dans le cadre de sa mission avec des organismes publics ou privés ou des particuliers assurant des prestations de service à caractère sanitaire ;

Toute modification portant sur ces éléments doit être obligatoirement signalée dans un délai d'un mois.

Les Caisses communiquent ces informations aux contrôles médicaux intéressés.

ARTICLE 3 : PERSONNES COUVERTES PAR LA CONVENTION

La présente convention couvre les soins dispensés aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes.

Elle vise également les personnes de moins de 60 ans, sur avis du contrôle médical, lorsque celles-ci présentent les caractéristiques d'un vieillissement prématuré de l'organisme ou sont atteintes par une maladie invalidante.

Elle ne couvre pas les soins à domicile délivrés dans le cadre de dispositions réglementaires ou conventionnelles spécifiques à une technique de soins (par exemple hémodialyse, assistance respiratoire).

ARTICLE 4 : PRISE EN CHARGE DES MALADES A DOMICILE (1)

L'admission aux soins à domicile se fait après constatation par le service que les droits aux prestations sont ouverts.

Le service adresse un avis d'admission individuel à l'organisme d'Assurance Maladie dont relève le malade ainsi qu'au contrôle médical de la Caisse dont relève l'assuré (pour le contrôle médical, le protocole de traitement sera joint). L'organisme dont relève le malade adresse au service une attestation de droit comportant l'accord administratif de prise en charge ainsi que l'indication du régime d'affiliation. Le service joint un exemplaire de cette attestation et le bulletin individuel d'admission au bordereau trimestriel adressé à la Caisse pivot conformément à l'article 11 de la présente convention.

Les dispositions supra ne constituent pas un obstacle à une intervention immédiate du service. Cependant, si les droits ne sont pas ouverts, le malade n'est pas pris en charge au titre du forfait global de soins mais il doit verser le forfait journalier individuel.

Le contrôle médical de la Caisse dont relève l'assuré devra recevoir un avis de prolongation de traitement à l'issue des trente premiers jours de soins.

- (1) Cet article sera modifié lorsque seront diffusées les mesures relatives à la généralisation de la carte d'assuré social actuellement expérimentée dans le régime général.

ARTICLE 5 : PRISE EN CHARGE DES MALADES RESIDANT EN
ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES AGEES (1)

- a) Pour les malades résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées ne possédant pas de section de cure médicale mais bénéficiant d'un forfait de soins courants, le service adresse un avis d'admission individuel à l'organisme dont relève le malade et au contrôle médical de la caisse dont relève l'assuré (dans ce dernier cas le protocole de traitement est joint).

Le double de l'attestation délivrée par l'organisme dont relève le malade à l'occasion du séjour dans l'établissement joint à l'avis individuel d'admission est adressé à la caisse pivot avec le tableau trimestriel prévu à l'article 11 de la présente convention.

- b) Pour les malades résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées possédant une section médicale :

Le malade est pris en charge au préalable ou concomitamment au titre de la section de cure médicale.

Le service doit seulement adresser au Contrôle Médical de la Caisse dont relève le malade, un avis d'admission auquel sera joint le protocole de traitement.

- c) Les dispositions prévues au dernier alinéa de l'article 4 de la présente convention s'appliquent aux malades visés aux paragraphes a) et v) supra.

- (1) Cet article sera modifié lorsque seront diffusées les mesures relatives à la généralisation de la carte d'assuré social actuellement expérimentée dans le régime général.

ARTICLE 6 : REGISTRE MEDICAL (1)

Le service doit tenir un registre médical indiquant :

- le nom, l'âge, le régime de rattachement et le numéro national d'identification des personnes admises dans le service ;
- les dates d'admission et de sortie du service ;

- l'indication précise du diagnostic d'admission, la mention des appels à des auxiliaires médicaux non pris en charge sur le forfait ainsi que le relevé de l'ensemble des prescriptions.

Ce registre doit comporter une colonne destinée aux observations des médecins conseils.

Le service doit adresser trimestriellement (aux 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre) un extrait de ce registre comportant les indications ci-dessus mentionnées au contrôle médical de la caisse dont relève le malade.

Le contrôle médical dispose d'un mois pour donner son avis sur la prise en charge. Au-delà de ce délai, l'accord est réputé acquis.

Il doit aviser le service et la Caisse-pivot des avis défavorables qu'il émet.

(1) Le modèle de ce registre sera diffusé ultérieurement.

ARTICLE 7 : MALADES DE MOINS DE 60 ANS

Pour les malades de moins de 60 ans, l'admission se fait sur avis du contrôle médical.

L'absence d'avis du contrôle médical dans un délai de 10 jours à compter de la demande vaut accord de prise en charge.

Le service ne peut pas intervenir avant l'expiration du délai ou l'accord explicite, sauf urgence certifiée par le prescripteur.

Si le contrôle médical n'estime pas les soins à domicile justifiés, la prise en charge s'interrompt à la date de notification du refus.

Les dispositions des articles 4, 5 et 6 de la présente convention sont applicables à ces malades.

ARTICLE 8 : CONTROLE MEDICAL

Les dispositions prévues aux articles 4, 5, 6 et 7 de la présente convention ne font pas obstacle à l'exercice du contrôle médical qui peut mettre à tout moment fin à une prise en charge.

Le service..... s'engage à faciliter le contrôle des praticiens conseils dûment accrédités et astreints au secret médical et professionnel, notamment en ce qui concerne

l'examen direct des malades ou l'accès à tous renseignements et documents utiles à l'exercice de leur mission. Il leur fournit avant le 1er novembre un rapport d'activité médicale pour les six premiers mois de l'année. Le rapport annuel d'activité médicale est joint à l'appui du compte financier de l'exercice écoulé.

ARTICLE 9 : DEPENSES COUVERTES PAR LES FORFAITS DE SOINS

Les personnes non assurées sociales et l'Aide Sociale versent un forfait journalier individuel.

Les soins exécutés sur des assurés sociaux sont pris en charge par l'Assurance Maladie sur la base d'un forfait global annuel de soins dont le montant est fixé en annexe.

Les forfaits de soins couvrent les dépenses afférentes :

- aux soins infirmiers (quel que soit le statut des intervenants) ;
- aux interventions des aides-soignantes ;
- aux interventions des pédicures ;
- aux interventions des masseurs-kinésithérapeutes (1).

Ils couvrent également la fourniture du petit matériel médical nécessaire aux soins ainsi que les frais de locaux et de matériel, mais non les dépenses pharmaceutiques.

Ils ne couvrent pas les dépenses relevant de la sectorisation psychiatrique.

Les interventions ne comprenant pas à la fois des soins infirmiers et d'hygiène ne relèvent pas des services de soins à domicile.

(1) facultatif.

ARTICLE 10 : TIERS PAYANT POUR LES DEPENSES DE SOINS HORS FORFAIT

Les soins effectués par d'autres auxiliaires médicaux que ceux visés à l'article 9 peuvent être réglés directement par la Caisse dont relève l'intéressé, au service ou à l'auxiliaire, suivant le système du tiers-payant pendant la durée de prise en charge au titre du forfait.

Un avenant à la présente convention conforme au modèle joint en annexe (1) détermine dans quelles conditions ce règlement peut s'opérer.

Pour les assurés relevant du régime général et du régime agricole, les dépenses pharmaceutiques peuvent être réglées dans le cadre des conventions pharmaceutiques signées entre les syndicats de pharmaciens, les Caisses Primaires et les Caisses de Mutualité Sociale Agricole conformément au protocole d'accord national et à la convention modèle jointe à celui-ci (2).

Les malades résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées ne peuvent pas bénéficier de tiers payant pour les dépenses de soins hors forfait dans le cadre des soins à domicile. Ils ne peuvent en bénéficier que dans le cadre de la convention passée à cet effet par l'établissement où ils résident.

(1) Le modèle d'avenant sera diffusé ultérieurement.

(2) Cet alinéa sera susceptible d'être modifié ultérieurement.

ARTICLE 11 : FACTURATION ET REGLEMENT

Le paiement du forfait est assuré par douzièmes par, Caisse-pivot territorialement compétente, pour le compte de l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie dont les bénéficiaires sont admis dans le service.

Des douzièmes provisoires seront accordés sur la base des douzièmes de l'année précédente majorés de la moitié du pourcentage d'augmentation prévu par le Ministère lorsque l'arrêté préfectoral afférent à une année n n'est pas intervenu au 1er janvier de cette année. Ces douzièmes viendront en déduction des douzièmes à verser au titre de l'arrêté préfectoral pour l'année n (1).

Les paiements interviennent sur présentation des tableaux trimestriels et annuels dont le modèle est joint en annexe à la présente convention.

(1) Concerne les services à tarifs préfectoral.

ARTICLE 12 : OBLIGATIONS DU SERVICE

Le service s'engage à communiquer au plus tard le 1er novembre aux caisses signataires et à la caisse pivot tous les documents financiers, administratifs et médicaux nécessaires à l'établissement des forfaits de soins.

Le bilan et le compte d'exploitation doivent également leur être fournis.

Le rapport annuel d'activité prévu à l'intention des pouvoirs publics est adressé en double exemplaire aux caisses visées au 1er alinéa et au contrôle médical.

Le service tient également à la disposition de ce dernier un relevé pour chaque personne, des périodes d'interventions du service, des prescriptions et des indications thérapeutiques essentielles qui ont motivé ces interventions, ainsi que de leur nature.

ARTICLE 13 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention qui a effet à date du..... est valable jusqu'au.....

A cette date, elle se renouvellera ensuite par tacite reconduction par période d'un an sauf préavis donné par lettre recommandée, trois mois à l'avance, par l'une ou l'autre des parties.

Toute infraction par le service aux présentes dispositions entraîne, de plein droit sa résiliation soit dans le délai de 8 jours prévu à l'alinéa 2 de l'article 2, soit dans le délai de deux mois à compter de la constatation de l'infraction dans les autres cas, si la situation n'est pas régularisée.

FAIT A....., LE.....

- ANNEXE B -

DOCUMENTS JOINTS A LA CIRCULAIRE RELATIVE AUX
SERVICES DE SOINS A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES

ANNEXE I - FICHE DE CREATION DES SERVICES

ANNEXE II - TABLEAUX TRIMESTRIELS ET ANNUELS DE
REPARTITION (1)

ANNEXE III - *Décret n° 81-448 du 8 mai 1981*

ANNEXE IV - *Circulaire ministérielle n° 81-8 du 1er octobre 1981*

(1) Les tableaux vous seront adressés par envoi complémentaire (non intégrés dans la BDBM).

ANNEXE I

CREATION DE SERVICES DE SOINS A DOMICILE
POUR PERSONNES AGEES

NOM DU SERVICE : SECTEUR SANITAIRE
CORRESPONDANT :
.....

NOM DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE :
.....

COMMUNE D'IMPLANTATION :
(zone géographique)

NATURE DU SERVICE :

- Service Public ☐
- Service privé à but lucratif conventionné avec l'Assurance Maladie ☐
- Service privé à but lucratif non conventionné avec l'Aide Sociale ☐
- Service privé à but non lucratif non conventionné avec l'Aide Sociale ☐
- Service privé à but non lucratif conventionné avec l'Assurance Maladie ☐
- Service privé à but non lucratif non conventionné avec l'Assurance Maladie ☐

CAPACITE DU SERVICE DE SOINS A DOMICILE AUTORISEE PAR DECISION
PREFECTORALE :

CAPACITE DU SERVICE DE SOINS A DOMICILE ADMISE PAR LA
COMMISSION REGIONALE DES INSTITUTIONS SOCIALES ET MEDICO
SOCIALES :

AVIS DONNE PAR LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE :
.....

S'AGIT-IL D'UNE EXTENSION DE CAPACITE INFERIEURE A 30 % :
.....
(Si oui, la Caisse Régionale a-t-elle été informée ?) :

LE SERVICE A-T-IL DEJA BENEFICIE D'UNE EXTENSION DE CAPACITE DE 30
% EN UNE OU PLUSIEURS FOIS ?