

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
06/06/86

Origine :
DGR
ENSM

Mmes et Mrs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
Mrs les Médecins Conseils Régionaux
Mr le Médecin Chef de Service à La Réunion

Réf. :

DGR n° 1947/86 - ENSM n° 1063/86

Plan de classement :

2441	30				
------	----	--	--	--	--

Objet :

MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME EXPERIMENTAL D'ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT
POUR ADULTES LOURDEMENT HANDICAPES.

La circulaire ministérielle engage un programme expérimental de création de 10 établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés dans lesquels les prestations de soins sont prises en charge par l'Assurance Maladie sous forme d'un forfait de soins

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical

06/06/86

Origine :
DGR
ENSM

Mmes et Mrs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
Mrs les Médecins Conseils Régionaux
Mr le Médecin Chef de Service à La Réunion

N/Réf. : DGR n° 1947/86 - ENSM n° 1063/86

Objet : Mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés.

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci-joint, une circulaire ministérielle n° 86.6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés.

Celle-ci prévoit essentiellement, à titre expérimental, la prise en charge par l'Assurance Maladie d'un forfait journalier de soins dont dix établissements destinés à l'hébergement social de personnes handicapées dans l'état, qui les rend inaptes à tout exercice d'une activité professionnelle, nécessite un suivi médical et paramédical.

Le principe d'un tel programme répond à certaines des préoccupations de la Caisse Nationale portant notamment sur :

- la carence en nombre des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ne permettant pas d'offrir les places suffisantes à la population concernée et qui peut être à l'origine d'initiatives étrangères (création de MAS en Belgique par exemple) beaucoup plus coûteuses pour l'Assurance Maladie ;
- l'absence de structures adaptées au cas des malades mentaux stabilisés, indûment hospitalisés dans les établissements psychiatriques ;
- le recours de plus en plus fréquent à la médecine de ville des pensionnaires hébergés dans les foyers financés par l'Aide Sociale ;
- la suspension des expériences entreprises dans le cadre des décrets du 22 juin 1984 suite à la décision ministérielle du 29 novembre 1985 d'annuler, dans le cadre d'un article L. 171 (nouveau L. 151), la délibération d'un Conseil d'Administration de Caisse Régionale admettant la prise en charge d'un forfait de soins dans un foyer pour adultes handicapés physiques. (Cf. lettre circulaire DGR Hospitalisation et Carte Sanitaire AMT-JR n° 1464/84).

Toutefois, l'expérience pouvant non seulement se généraliser mais aussi aboutir à une réforme de la tarification des MAS et des foyers, je tiens à attirer votre attention sur un certain nombre de points qui méritent d'être précisés :

I - EN CE QUI CONCERNE L'ASPECT ADMINISTRATIF

a) Cadre juridique

Les dispositions prévues ne reposent sur aucun texte réglementaire ; en outre, ni l'article 4 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 qui permet une dérogation aux normes, ni les décrets du 22 juin 1984 ne sont visés.

Par ailleurs, aucun cadre conventionnel n'est envisagé avec les Caisses.

Aussi, cette expérience est liée au **volontariat** des différents partenaires et notamment des Caisses Régionales.

Par conséquent, aucune expérience ne pourra avoir lieu sans votre consentement préalable.

b) Consultation des services administratifs des Caisses

Deux sortes de consultations sont prévues :

- 1. l'une au niveau de la création des établissements** qui nécessite **l'accord** de la Caisse Régionale consultée sur le projet par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

S'agissant d'un **accord**, une décision défavorable de votre organisme devrait rendre caduque toute candidature qui vous apparaîtrait inopportune. Toutefois, c'est le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi (Direction de l'Action Sociale) qui est appelé à se prononcer sur chaque projet de création.

- 2. l'autre au niveau du forfait journalier de soins** que le Commissaire de la République doit fixer après avis du Conseil Général et de la Caisse Régionale.

En l'absence de réglementation et de cadre conventionnel, il vous appartient d'être extrêmement vigilant à ce moment de la procédure. En effet, je vous rappelle qu'il convient de veiller particulièrement à ce que les dépenses correspondant au forfait soins soient gagées par une diminution équivalente d'autres dépenses à la charge de l'Assurance Maladie, tout redéploiement des moyens devant être fixé par un échéancier précis, et dont le terme ne devrait excéder, à mon sens, deux années à compter de la prise en charge du nouveau forfait. A ce sujet, je souhaite que vous me signaliez dans les meilleurs délais tout projet qui entraînerait la fixation d'un échéancier de redéploiement des moyens supérieurs à ce terme, une telle disposition rendant difficilement mesurable la neutralité financière que doit respecter cette expérience.

Par ailleurs, la circulaire ne prévoyant aucun plafond pour la fixation du forfait, j'attire votre attention sur le fait que ces établissements ne sont pas des MAS et qu'en conséquence le forfait ne saurait être équivalent aux prix de journées pratiqués dans de tels établissements, prix de journée qui comportent, outre les dépenses de soins, celles consécutives à l'hébergement. Dans tous les cas, ce forfait doit être conçu comme un "tout compris" facturable pour les seules journées de présence effective.

Aussi, tant pour soutenir vos avis sur les sites envisagés que pour entreprendre une évaluation comme et préalable des tarifs susceptibles d'être proposés, s'agissant de structures expérimentales, je vous demande bien vouloir me faire parvenir un exemplaire de tous les dossiers entrant dans le cadre de cette expérience et sur lesquels vous serez amené à vous prononcer ainsi que l'avis détaillé et circonstancié que vous aurez émis à cette occasion.

II - EN CE QUI CONCERNE L'ASPECT MEDICAL

Le Contrôle Médical, sous l'autorité du Médecin Conseil Régional, sera consulté par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales sur le dossier création des établissements.

Il donnera un avis motivé sur le niveau de soins pris en compte dans le forfait après étude de la clientèle de l'établissement.

Dès la parution de la liste des dix établissements désignés l'Echelon National du Service Médical (ENSM) réunira les responsables des Echelons Régionaux et Locaux concernés par la mise en place de cette expérimentation afin de mener une réflexion d'ensemble sur le fonctionnement de ces structures.

D'ores et déjà, les dispositions prévues dans le décret n° 84-1042 du 28 novembre 1984 (articles 1, 5, 6, 11) et la circulaire n° 861 du 9 janvier 1986 (I : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4) s'appliquent à cette expérience, l'intervention du Contrôle Médical dans ces établissements s'assimilant à celle exercée dans les services de long séjour.

De ce fait, l'avis préalable du Contrôle Médical sera exigé en cas d'admission directe et l'avis d'information, en cas de transfert dans le service ou l'établissement considéré.

Le Contrôle Médical pourra justifier un séjour de 6 mois maximum lors de l'avis préalable. Par contre, l'examen du malade hospitalisé se fera dans le mois d'entrée de celui-ci après avis d'information.

Parallèlement, le Contrôle Médical placé auprès de l'établissement procédera à une analyse sur le plan médical de l'activité de l'établissement à partir du recueil de données de nature médicale et administrative (études transversales avec la fiche 85.4 - études rétrospectives ...).

A l'issue de la première année d'expérimentation, les observations du Contrôle Médical rédigées à partir des données du Contrôle Médical individuel et de l'analyse médicale de l'activité de la structure seront jointes à l'avis de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie dans le but d'ajuster si nécessaire le montant du forfait soins journalier.

III - SUIVI ET TERME DE L'EXPERIENCE

En matière de suivi, seule est prévue une évaluation annuelle établie à partir de rapports d'activité accompagnés de documents budgétaires transmis par les établissements aux DDASS, aux Caisses et au Ministère.

Ces documents devront m'être adressés accompagnés des avis de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie auxquels seront jointes les observations de l'Echelon Régional du Service Médical.

Ils sont essentiels pour dresser un bilan général de l'expérience.

Ce bilan général sera établi lors d'une réunion annuelle à la CNAMTS avec la participation de la DGR, de l'ENSM et des représentants administratifs des CRAM et de l'Echelon Régional du Contrôle Médical concernés, ce qui suppose, bien entendu, qu'au niveau régional déjà, une étroite collaboration se soit développée entre les services.

*

* *

Je vous serais obligé de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans l'application de ces mesures en prenant contact :

- à la DGR avec Mesdames GUELDRY ou OSSELIN, poste 90293,
- à l'ENSM avec Monsieur le Docteur MABRIEZ, poste 90457.

Dominique COUDREAU

P J : *circulaire ministérielle n° 86.6 du 14-02-86*