

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
19/05/88

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins-Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins-Conseils Chefs de Service

Réf. :

CABDIR n° 30/88

Plan de classement :

24

Objet :

COOPERATION CRAM/CPAM EN MATIERE DE GESTION DES RISQUES DANS LE DOMAINE DES
ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX.

La présente circulaire fixe les objectifs de la coopération CRAM/CPAM ainsi qu'un premier programme
de travail commun.

Pièces jointes :

0 1

Liens :

Date d'effet :

MMEDIATE

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

19/05/1988

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins-Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins-Conseils Chefs de Service
(pour attribution)

N/Réf. : CABDIR n° 30/88

Objet : Coopération CRAM/CPAM en matière de gestion des risques
dans le domaine des établissements sanitaires et médico-
sociaux

La gestion des risques, qui constitue un objectif prioritaire de la Caisse Nationale, s'est largement développée à partir des orientations définies avec le Comité Technique de Gestion des Risques, associant les Caisses Primaires à des actions ressortissant plus particulièrement à la médecine ambulatoire (cf. circulaire DGR n° 2188/88 - ENSM n° 1198/88 du 10 février 1988).

En effet, une large partie des efforts entrepris depuis deux ans a concerné :

- le bon usage des soins dans le cadre de la convention médicale,
- le plan de modération des dépenses,
- le plan de rationalisation des dépenses, action ponctuelle à l'initiative des Pouvoirs Publics.

Toutefois, tous les responsables d'organismes considèrent, comme la Caisse Nationale, que la gestion des risques concerne l'ensemble des modes de dispense des soins, médecine ambulatoire et médecine hospitalière. N'agir que sur la première et négliger le secteur hospitalier public et privé, dont on connaît le poids (61,8 % en 1987) dans le total des dépenses d'Assurance Maladie (mais 50 % dans le total des dépenses de santé) ne conduiraient qu'à des résultats dont aucun gestionnaire de l'Assurance Maladie ne saurait se satisfaire.

I - OBJECTIF

Le travail dans le domaine de l'hospitalisation doit être une oeuvre commune des organismes de l'Institution, en fonction de leurs attributions et dans le respect de leurs compétences respectives. Une étroite collaboration entre les services médicaux et administratifs conditionne notre efficacité à l'égard de nos partenaires et la réussite de nos actions.

Dans cet esprit a été constitué un groupe de travail paritaire CRAM/CPAM après avis du Comité Technique des Directeurs de Caisses Régionales et du Comité Technique des Directeurs de Caisses Primaires. Le groupe a reconnu le bien-fondé de la démarche proposée par la CNAMTS.

Les participants à la réunion des présidents et Directeurs des Caisses Régionales et des Caisses Primaires du Languedoc-Roussillon à MONTPELLIER ont été informés, les 4 et 5 juin 1987, de la constitution de ce groupe. Ils ont adhéré à cette initiative.

Le groupe a travaillé dans le souci de rechercher les complémentarités, de partager l'information disponible de part et d'autre, de promouvoir une coopération active, dans des domaines déterminés, de manière à favoriser les interactions qui existent déjà entre Caisses Régionales et Caisses Primaires et deviennent plus visibles avec la rigueur financière, sans nier les compétences acquises, les attributions distinctes et les spécificités conventionnelles.

Cette tâche ne peut être entreprise sans un état d'esprit qui permette d'aborder le sujet sereinement en évitant les visions restrictives, les a priori et en dépassant les difficultés qui ont pu être, ici ou là, rencontrées.

II - MESURES IMMEDIATES

Le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, dans sa séance du 16 février 1988, a souhaité renforcer la concertation locale entre les Caisses et mieux définir leurs responsabilités.

Il a été proposé à cette occasion que les "Commissions de l'article 35" soient incitées dans leurs avis à :

- apprécier à posteriori l'emploi fait par la tutelle des marges de redéploiement disponibles, les résultats obtenus, l'évolution de la dépense, ainsi que le respect des dispositions réglementaires ; la connaissance du montant des enveloppes financières départementales est à cet égard fondamentale ;
- comparer sur le plan budgétaire les établissements par rapport à des groupes d'établissements de référence et par rapport à leur environnement tant sanitaire que médico-social ;
- privilégier les axes d'intervention les plus favorables à une maîtrise des dépenses, sans négliger de mettre en lumière corrélativement les transformations nécessaires (alternatives internes ou externes, structures pour personnes âgées) ;
- apporter une attention particulière aux conséquences de la décentralisation : l'effort de maîtrise des dépenses effectué par les collectivités locales peut conduire à des transferts de charge sur l'Assurance Maladie (structures pour personnes âgées) ;
- évaluer précisément, dans le cadre d'une procédure pluriannuelle, les enjeux financiers correspondant aux inadéquations ou observations formulées par les contrôles médicaux ;
- faire sur l'ensemble de ces points une synthèse régionale et départementale, la diffuser au plan régional et la transmettre à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.

Dans ce cadre, il convient d'étendre la communication déjà pratiquée des fiches signalétiques, par établissement en budget global, et destinées jusqu'à présent aux seuls représentants des Organismes dans les Conseils d'Administration de ces établissements, aux Directeurs de Caisses Primaires d'Assurance Maladie ainsi qu'aux Médecins Conseils Régionaux et Médecins Chefs des Echelons Locaux du Contrôle Médical, pour les établissements de leur circonscription, dans le souci de les amener au même niveau d'information par un moyen pratique et rapide.

Par ailleurs, les Caisses Régionales sont invitées, comme cela commence à se réaliser, à se consacrer plus particulièrement à l'étude des cas présentant des difficultés importantes et aux travaux et synthèses, d'autant qu'elles voient leur charge de travail s'accroître notablement par les avis à formuler pour les établissements pour enfants et adultes handicapés.

Il est essentiel que, dans la phase préparatoire à la Commission de l'article 35, les Caisses pivot soient associées. Cette association peut prendre des formes diverses, telles que :

- mise en place d'une commission technique préparatoire regroupant les organismes concernés,

- accueil par la CRAM d'un ou deux techniciens de chaque CPAM concernée, pendant la période de trois à quatre semaines qui précède les Commissions, pour étude des différents dossiers,
- association des Caisses pivot, après définition d'une méthodologie adéquate au travail de préparation de l'avis de synthèse, pour certains types d'établissements,

etc...

La Commission de l'article 35 devra en tout état de cause examiner l'ensemble des cas, en raison des risques de dérive financière, en matière de recettes et les Caisses pivot devront être consultées sur cette matière, compte-tenu des éléments dont elles peuvent disposer.

III - PROGRAMME DE TRAVAIL - ACTIONS A COURT ET MOYEN TERME

Le groupe a recensé les problèmes rencontrés à la fois par les Caisses Régionales et Primaires d'Assurance Maladie. Il a défini un certain nombre d'actions concrètes qui peuvent être menées conjointement et dont la réalisation sera examinée au niveau régional dans le cadre d'un groupe de travail permanent CRAM/CPAM/Contrôles Médicaux.

1 - Le suivi des dépenses hospitalières publiques et privées

Dans le cadre de ce groupe, une attention particulière devra être apportée au suivi des dépenses hospitalières publiques et privées. Il devra :

- dresser l'état de l'exécution des campagnes budgétaires,
- comparer et valider les informations disponibles,
- évaluer les dérives financières et les transferts d'activité ou de malades d'un secteur à l'autre,
- préparer les synthèses régionales et départementales.

L'analyse portera donc sur :

- des établissements en budget global à partir du Fichier Régional des Etablissements, de SAAB, du cahier de charge statistique issu des échanges d'informations avec les Caisses pivot, des observations du Contrôle Médical,

- des cliniques privées : chaîne VAD et chaîne CO4 ou échantillon PSH d'une part, statistique EHP d'autre part, tant en ce qui concerne les dépenses forfaitaires que les honoraires associés,
- des établissements médico-sociaux et alternatives sanitaires et médico-sociales.

Dans chacun des secteurs, l'utilisation d'INFOCENTRE devrait progressivement, au fur et à mesure de la mise en place de l'outil, permettre d'analyser les transferts, connaître les ré-hospitalisations et le coût des filières de soins.

Un document-support fera le point périodiquement sur les évolutions nationales avec l'aide du Département Statistique de la CNAMTS.

2 - **Etablissements publics**

21 - Les recettes atténuatives des dotations globales hospitalières

Un document-support a été examiné et validé par le groupe CRAM/CPAM et sera diffusé prochainement à l'ensemble des Caisses. Il a pour objet de faire le point sur ce problème et sur les possibilités d'analyse conjointe des recettes atténuatives dans le cadre du budget global. La circulaire Cabinet du Directeur n° 25/88 du 3 mars 1988 précise les nouveaux instruments disponibles et rappelle la nécessité d'un repositionnement, établissement par établissement, sur le recouvrement des tickets modérateurs et forfaits hospitaliers.

22 - Les simplifications des échanges Caisses/Etablissements

Une étude réalisée en 1986 sur ce sujet, va être réactualisée par un groupe de Directeurs de CPAM. Néanmoins, il convient d'ores et déjà de mesurer les conséquences en matière de refinancement de certaines dépenses (recours contre tiers et accidents du travail), de participation des seconds débiteurs ou de développement ultérieur sur la gestion des risques, qu'impliquerait la suppression systématique des prises en charge et des informations de séjour.

Le rôle des agents d'accueil de l'Assurance Maladie doit, en tout état de cause, être précisé et négocié afin d'aider les établissements à traiter des cas difficiles, notamment en vue d'améliorer le recouvrement des créances et d'appliquer la réglementation issue du plan de rationalisation de l'Assurance Maladie.

23 - Gestion et transformation des hôpitaux locaux

Les enquêtes administratives et médicales menées sur le fonctionnement de ces structures font apparaître que, si certains hôpitaux locaux répondent aux besoins de la population, un grand nombre n'ont aucune activité véritablement sanitaire. Accueillant exclusivement les personnes âgées, ces établissements sont comparables, en intensité de soins, au moyen ou long séjour. Ils devraient, par conséquent, être transformés en maisons de retraite médicalisées, avec plus ou moins de lits de moyen séjour et une unité de long séjour, voire en supports d'alternatives à domicile. La solution sur le devenir des hôpitaux locaux entre dans le cadre de la planification régionale. L'importance des facturations, hors dotations globales, implique une concertation étroite à ce sujet.

3 - Cliniques privées

Des actions communes, en association avec le Service Médica, sont proposées sur différents sujets :

- respect de la nomenclature,
- sur-occupation de lits,
- facturation abusive du jour de sortie,
- forfaits de salle d'opération en hospitalisation et en ambulatoire,
- consommation d'actes inhabituels pouvant révéler des pratiques excessives (césariennes),
- doubles paiements, etc...

Il s'agit de localiser les établissements posant problème, en s'aidant d'outils tels que la chaîne CO4, l'échantillon Plan Statistique Hospitalier du Département Statistique, de l'enquête statistique EHP (établissements privés), du logiciel d'analyse des dépenses hors forfaits (SFS), du Système Informationnel de L'Assurance Maladie (SIAM).

L'ensemble des résultats et des observations devraient être examinés en concertation entre CRAM et CPAM et faire l'objet de fiches-type d'intervention adressées à la CNAMTS (cf. annexe jointe).

4 - **Structures médico-sociales ou médico-techniques**

41 - Structures pour personnes âgées

La question des dépenses hors forfaits occasionnées par les séjours en structures spécifiques pour personnes âgées a été évoquée. Cette appréciation passe par une action sélective et concertée sur clientèle ciblée et par la généralisation des conventions de tiers payant, quel que soit le type de structure, afin de permettre aux CPAM, recevant les demandes de remboursement regroupées par bordereau, de recueillir les informations nécessaires. Ces informations peuvent notamment être utilisées par les organismes lors du passage en Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales (CRISMS) de dossiers de création de sections de cure médicale.

Des expériences sont en cours dans diverses Caisses, en utilisant le logiciel SFS et le SIAM déjà cités. Elles supposent le signalement des personnes âgées en cause et la possibilité de recueil par les CPAM des dépenses les concernant.

42 - Structures pour handicapés

Dans le domaine des handicapés, un nouveau champ s'ouvre à l'action concertée avec la généralisation des structures expérimentales laissant aux collectivités locales la charge de l'hébergement. Les conventions devront comporter la signature commune CRAM/CPAM.

S'agissant des adolescents atteignant l'âge de 20 ans et séjournant en institut médico-éducatif, une large coordination CRAM - CPAM - Echelons Médicaux est nécessaire. Des dérogations ont été et peuvent être accordées après cet âge. Elles doivent toutefois être de caractère exceptionnel. Une concertation avec le Conseil Général (pour le financement) et la DDASS (pour la restructuration) est nécessaire.

43 - Hospitalisation à domicile

Des instructions sont en préparation, elles permettront de mieux associer les Caisses Primaires à une action visant à dégager la réalité des coûts compris dans les forfaits et hors forfaits, conformément à la demande de la Commission de l'Assurance Maladie de la CNAMTS.

5 - **Problème particulier : le contentieux**

La coordination des actions contentieuses est souhaitable dans le contexte d'une progressive décentralisation du fonctionnement du Conseil Supérieur de l'Aide Sociale.

IV - DEVELOPPEMENT DES ACTIONS

Afin d'aider les Caisses dans le développement des actions, l'ensemble des documents de travail étudiés par le groupe national CRAM/CPAM depuis sa création va être transmis par lettre circulaire.

Par ailleurs, les actions entreprises feront l'objet de fiches types d'intervention adressées à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (Direction de la Gestion du Risque/Division de l'Hospitalisation et de la Carte Sanitaire) selon le modèle joint en annexe.

Les difficultés rencontrées seront consignées dans un document-support après validation du groupe de travail CRAM/CPAM.

Les études et recherches en provenance des Caisses Régionales d'Assurance Maladie feront l'objet d'un signalement, avec l'accord des organismes concernés, tant auprès des Caisses Régionales que des Caisses Primaires, par la Division de l'Hospitalisation et de la Carte Sanitaire de la CNAMTS. Une première diffusion a déjà été faite le 12 novembre 1987 aux CRAM, CGSS et le 28 décembre 1987 aux CPAM. L'inventaire des documents ou travaux d'information dans le domaine hospitalier, effectués par l'ensemble des organismes, est en cours d'examen par le groupe de travail CRAM/CPAM.

Il en ira de même pour les études et recherches des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, sur avis du Comité Technique de Gestion des Risques.

Les Caisses Primaires et les Caisses Régionales ont le devoir de s'engager ensemble dans une démarche plus vaste de gestion des risques. Elles doivent passer à des réalisations communes concrètes et vivifier mutuellement leurs instances de concertation.

Dans le contexte que nous connaissons, les organismes d'Assurance Maladie seront jugés sur leur capacité à donner une meilleur efficacité au système de soins et à conserver à la couverture sociale un niveau difficile à préserver.

Dominique COUDREAU

DESTINATAIRE :

CPAM de :

CNAMTS
**Division de l'Hospitalisation
et de la Carte Sanitaire**

**GESTION DES RISQUES DANS LE DOMAINE DES ETABLISSEMENTS
SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX**

* NOM DE L'ETABLISSEMENT (ou catégorie d'établissement) :

* NATURE (Public, PSPH, établissement privé relevant de l'annexe du décret n° 56 284
du 9 mars 1956, etc...)

* NATURE DE L'ANOMALIE :

* EXPOSE DE L'ACTION :

* MESURES PRISES :

* ECONOMIE EVENTUELLE REALISEE :