

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
04/03/93

Origine :
DGR
ENSM

MMES ET MM les Directeurs
des Caisses primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM
les Médecins Conseils Régionaux
les Médecins-Chefs des Echelons Locaux
du Service Médical

M le Médecin Chef de Service de la Réunion

(Pour attribution)

Réf. :

DGR n° 27/93 - ENSM n° 6/93

Plan de classement :

241

Objet :

LES HOTELS POUR MALADES DANS LE CADRE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE FINANCES PAR DOTATION GLOBALE.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions de prise en charge des structures appelées "Hôtel pour Malades".

Pièces jointes :



Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

M. ALZON (DESMES).-MME le Dr RACT (ENSM)

Téléphone :

42.79.32.93 - 42.79.34.57

@

Le Directeur
de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés

à

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

MMES et MM
- les Médecins Conseils Régionaux
- les Médecins-Chefs des Echelons Locaux du
Service Médical

M le Médecin Chef de Service
de la Réunion

(Pour attribution)

04/03/93

N/REF. : DGR n° 27/93 - ENSM n° 6/93

Objet : Prise en charge des structures "Hôtels pour malades"
fonctionnant dans le cadre des établissements de santé financés
par dotation globale.

L'attention des services de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie a
été appelée par plusieurs Caisses Régionales et Primaires d'Assurance
Maladie sur des projets d'implantation d'hôtels pour malades, dans
l'enceinte des hôpitaux ou à proximité de ceux-ci.

En principe non médicalisés, ces hôtels sont destinés à l'hébergement de
malades ne nécessitant pas une hospitalisation dans les structures lourdes
et qui relèvent de l'hospitalisation de jour.

Le développement de cette nouvelle forme d'hébergement n'est pas sans incidence pour l'Assurance Maladie. Ce dossier a fait l'objet d'un examen attentif par la Commission de l'Assurance Maladie qui a finalement, dans sa réunion du 17 novembre 1992, retenu un certain nombre d'orientations.

I - L'EVALUATION DES PROJETS

Compte tenu des caractéristiques de chaque établissement, l'évaluation ne peut se faire qu'au niveau local (cf. annexe I - Guide méthodologique d'évaluation des projets). Il s'agit en premier lieu de déterminer *l'opportunité de chaque projet*, qui doit répondre aux besoins réels de l'établissement.

Ceux-ci doivent être évalués notamment au regard de l'utilisation du potentiel existant. Le recours à l'hôtel ne peut être le palliatif d'une mauvaise organisation. Doivent être également pris en compte les besoins de la clientèle, liés d'une part à la situation sociale (ex : dépendance, isolement) et d'autre part à la situation médicale (ex : traitements étalés par séquence).

A ce titre, les projets d'hôtels pour malades devront s'inscrire dans le projet d'établissement basé sur le projet médical et soumis à l'approbation de la Tutelle.

L'opportunité du projet doit également s'apprécier compte tenu de l'environnement de l'établissement : analyse des filières de soins, de l'offre de soins locale et régionale, analyse du projet au regard des schémas d'organisation sanitaire.

Le développement de structures ne concernant plus directement la distribution de soins ne doit pas se faire au détriment des structures existantes (ex. hospitalisation à domicile).

En second lieu, dès lors que l'opportunité d'un projet est reconnue, sa mise en oeuvre ne devra pas entraîner de surcoût pour l'Assurance Maladie. C'est pourquoi, pour chaque projet, *il est nécessaire de comparer le coût engendré par ce nouveau mode d'hébergement et les prestations habituellement prises en charge :*

- **soit dans le cadre des hospitalisations complètes.** L'établissement doit être en mesure de transmettre le coût de ses prestations hôtelières, calculé notamment à partir de sa comptabilité analytique, afin de le comparer au coût de l'hôtel ;

- **soit, dans le cadre des hospitalisations de jour ou traitements ambulatoires**, lorsque les Caisses prennent en charge les transports.

Dans tous les cas, il peut être établi une "distance seuil" au delà de laquelle l'hébergement en hôtel est moins onéreux que la prise en charge d'un transport, dans la limite bien sûr du coût d'une hospitalisation complète.

Une seule comparaison des coûts est insuffisante. Elle doit s'accompagner d'une analyse des *conditions de réalisation* : fermeture de lits et incidence sur les moyens en personnel.

En effet, le recours à l'hébergement des malades en hôtel ne doit pas être un moyen pour les établissements d'augmenter le nombre de lits hospitaliers et de détourner la carte sanitaire ; cela d'autant plus que la création de lits hôteliers n'est pas soumise à la procédure d'autorisation puisqu'il ne s'agit pas d'installations hospitalières.

Ce mode d'hébergement est un substitut du domicile et ne doit en aucun cas être médicalisé. De plus, il est à craindre que l'établissement développe l'activité de son plateau technique en accroissant sa clientèle. En conséquence, l'établissement doit s'engager à fermer un certain nombre de lits en compensation.

La diminution du nombre de lits entraîne une augmentation du taux d'encadrement par lit, permettant le redéploiement des personnels. L'établissement devrait également s'engager sur ce point.

L'Assurance Maladie devra être associée à l'analyse des projets et donner un avis sur leurs conséquences financières de nature à éclairer la décision prise par la Tutelle.

II - PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Comme indiqué supra, la Commission de l'Assurance Maladie de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie a pris position sur le sujet.

A la majorité, les Administrateurs ont considéré que :

- la création de ces structures ne devaient pas générer de coûts supplémentaires pour l'Assurance Maladie,
- la clientèle accueillie devait répondre à des critères médicaux précis (cf. annexe 1, paragraphe 13 c),

- le projet devait demeurer dans le cadre du redéploiement interne de l'établissement,
- le financement devait être assuré sur le RISQUE dans le cadre de la dotation globale.

L'ouverture d'une structure de ce type devra donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel fixant les obligations des établissements et prévoyant une évaluation économique et médicale périodique. Un modèle de contrat figure en annexe 2 à titre indicatif.

Il vous est demandé par ailleurs d'informer la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie lors de la mise en place effective de cette formule et de lui adresser un bilan après deux ans de fonctionnement (destinataire : DESMES).

J.P PHELIPPEAU

HOTELS POUR MALADES

GUIDE METHODOLOGIQUE

EVALUATION PREALABLE DU PROJET

L'objet de ce guide est de permettre aux organismes d'Assurance Maladie de procéder à l'évaluation des projets de création d'hôtels médicalisés, présentés par les établissements.

L'évaluation devra être effectuée conjointement par les services administratifs et médicaux des Caisses Primaires et Régionales d'Assurance Maladie.

1. Etude d'opportunité.

Les objectifs affichés des établissements sont le plus souvent de répondre aux besoins d'hébergement de malades venant en examens dans les hôpitaux ou en traitements de jour, ainsi que de réduire la durée des séjours en hospitalisation complète.

Il est à noter que certains projets ont également une vocation sociale et accueilleront les parents des patients hospitalisés, des personnels hospitaliers, ou bien toute autre personne. Dans ce cas, la charge financière devra incomber aux intéressés, sans intervention de l'Assurance Maladie.

L'objectif de cette première phase est de déterminer si le projet répond à un réel besoin au regard :

- de l'offre de soins,
- de l'utilisation du potentiel de l'établissement,
- de la clientèle accueillie.

11) *Besoins au regard de l'environnement de l'établissement.*

Cette étape de l'étude consiste à éviter toute redondance coûteuse et à optimiser les possibilités de soigner sur place par une coordination des structures.

En effet dans la plus part des cas, il est préférable de rechercher un rééquilibrage géographique de l'offre, plutôt que d'accentuer les disparités constatées en favorisant la création d'un hôtel.

De plus, le développement de cette structure ne doit pas se faire au détriment de structures existantes, type hospitalisation à domicile.

L'analyse des projets doit s'inscrire dans la démarche de planification entreprise au niveau régional. Doivent être pris en compte les paramètres de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, s'il existe.

Cette analyse sera effectuée à partir des outils permanents des Caisses : F.R.E., H80, EHP, travaux de la Commission de l'article 35, observations du Contrôle Médical, des outils développés soit dans le cadre des expériences Lille-Lyon soit dans le cadre de la participation de l'Assurance Maladie à l'élaboration des SROS.

Il conviendra également de déterminer la zone d'attraction de l'établissement (cf. outils diffusés par lettre circulaire du 4 mars 1992 dans le cadre de la coordination de la Gestion du Risque Hospitalier) de déterminer les fuites de la population en faveur de l'établissement, et de repérer les flux de clientèle.

12) *Besoins de l'établissement.*

L'objectif est d'apprécier l'utilisation de son potentiel existant au niveau global par discipline et pour chaque service concerné afin de déterminer si des redéploiements peuvent être effectués.

L'analyse sera effectuée à partir de données d'activités classiques relatives à plusieurs exercices (3 au minimum).

Pour l'hospitalisation complète :

- nombre d'entrées,
- nombre de journées,
- taux d'occupation,
- durée des séjours.

Si le projet ne concerne que quelques services, ces données peuvent figurer dans les observations du Service Médical ou devront être fournies par l'établissement.

S'il ressort une sous-occupation de certains services et une sur-occupation d'autres, il conviendra de demander à l'établissement de procéder à une réorganisation interne, s'il existe des gisements, avant de prendre en compte son projet.

Il est à noter qu'en cas de sur-occupation, le recours à l'hôtel reviendrait à une augmentation de la capacité de l'établissement. Le projet ne pourra être accepté que si l'établissement s'engage à fermer des lits (cf. infra).

Lorsque le projet concerne des malades admis en hospitalisation de jour ou pour des traitements ambulatoires, l'activité de moins de 24 heures développée par l'établissement devra être analysée à partir des indicateurs suivants :

- nombre de lits ou places
- nombre de postes
- nombre de journées inférieures à 24 heures
- nombre de séances
- taux d'occupation

Ces données seront à rapprocher de l'évaluation des besoins liés à la clientèle.

13) *Besoins liés à la clientèle.*

L'objectif est de déterminer si les propositions de l'établissement correspondent aux besoins de sa clientèle. Pour ce faire, devront être pris en compte des critères liés à la "situation médicale" et à la "situation sociale" des malades.

a) Situation médicale

La décision de faire bénéficier un patient d'un hébergement à l'hôtel est avant tout une décision médicale. L'Echelon Régional du Service Médical formulera un avis sur les indications d'hébergement hôtelier retenues par chacun des services de l'établissement concerné par le projet :

- hospitalisations de jour étalées sur plusieurs jours,
- traitements séquentiel (radiothérapie, chimiothérapie),
- hospitalisations nécessitant à leur issue un hébergement à proximité pour motifs médicaux et/ou "sociaux" (ex. isolement, éloignement, retour immédiat au domicile déconseillé, etc...).

L'hébergement à l'hôtel devra être réservé aux malades remplissant les conditions suivantes :

- autonomie physique, y compris la nuit,
- absence de désorientation temporo-spatiale,
- absence de besoins de soins en dehors de ceux dispensés par l'établissement dans la journée, afin d'éviter toute médicalisation de la structure,
- entrée programmée : les urgences ne devront pas être prises en compte, afin d'éviter un service de porte détourné.

Les Médecins Conseils devront procéder à l'estimation du nombre de malades séjournant en hospitalisation complète répondant aux indications et aux conditions ci-dessus mentionnées, et en déduire l'estimation du nombre prévisionnel de journées pouvant être transformées en journées d'hôtel. Ils pourront, pour ce faire être amenés à réaliser des coupes transversales.

Les malades vus en consultation externe ne doivent pas être pris en compte dans cette estimation.

En aucun cas, le recours à l'hôtel ne doit constituer une alternative à l'hospitalisation.

b) Situation sociale.

Les principaux paramètres sont :

- *L'âge des patients reçus*

L'établissement devra indiquer l'âge des patients susceptibles d'être hébergés à l'hôtel.

La dépendance des malades devra être prise en compte. Ce critère intervient plus particulièrement pour les enfants et les personnes âgées. Dans certains cas, l'hébergement d'un accompagnant s'avère nécessaire et des chambres doubles devront être prévues.

A titre d'exemple, il ressort de deux études réalisées l'une par l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne et l'autre par la Société Hospitel que pour les services d'adultes la population hôtelière potentielle se situe dans les tranches d'âge des 40-49 ans.

Il apparaît que les enfants ne sont pas des candidats très nombreux, même si les parents les accompagnent.

- *L'éloignement*

L'établissement devra préciser l'origine géographique des malades qui seront hébergés à l'hôtel et déterminer le nombre de malades domiciliés :

- . dans le département,
- . dans la région,
- . dans les autres régions,
- . à l'Etranger (répartition assurés sociaux-non / assurés sociaux).

Trois critères devront être pris en compte :

- . la distance entre le domicile et l'établissement pour les assurés du département ou des départements limitrophes. En effet, en cas de distance

trop rapprochée, il s'avère que les malades préfèrent retourner à leur domicile,

- . la distance seuil telle qu'elle est déterminée au §32. de la présente note,
- . la situation géographique de l'établissement (enclavement, moyens d'accès...)

Ces données devront être confrontées avec la zone d'attraction de l'établissement déterminée par les Caisses.

2. Analyse des prévisions de l'établissement

L'établissement devra fournir un état prévisionnel relatif à :

- l'effectif annuel des malades hébergés à l'hôtel,
- le nombre annuel de nuitées,
- le nombre maximal de patients pour une journée,
- le nombre de lits occupés en moyenne par jour.

Ces données devront être validées au regard des critères retenus pour déterminer les besoins de la clientèle.

Le nombre de nuitées correspondant aux journées d'hospitalisation complète supprimées déterminera le nombre de lits que l'établissement s'engage à fermer.

3. Etude économique

L'objectif est de déterminer les économies (ou le surcoût) engendrées par l'opération hôtelière, en comparant le coût de l'hébergement hôtelier et les prestations habituellement prises en charge par l'Assurance Maladie :

- soit dans le cadre des hospitalisations complètes,
- soit dans le cadre des hospitalisations de jour avec prise en charge des transports.

31) *Comparaison du coût hôtelier et du coût de l'hébergement en hospitalisation complète*

- a) Le coût hôtelier dépend des prestations fournies : nuitées, repas, liaisons éventuelles entre l'hôtel et l'hôpital.

Le prix de revient devra être comparé avec d'autres hôtels de même catégorie.

Actuellement, les prestations correspondent à des hôtels de deux étoiles NN, à l'exception du projet de ... qui correspond à un hôtel trois étoiles NN.

L'évaluation des coûts devra prendre en compte le taux de revalorisation du prix de revient prévu par le contrat passé entre l'établissement et la société hôtelière. Ce taux ne devra pas excéder le taux d'évolution des dépenses hôtelières de l'établissement.

- du nombre de chambres mises à la disposition de l'établissement et du taux de remplissage. Toutefois, l'Assurance Maladie ne peut prendre en compte que l'équivalent du nombre de lits d'hospitalisation complète que l'établissement s'est engagé à fermer.

b) Coût des prestations hôtelières de l'établissement pour les malades hospitalisés en hospitalisation complète.

L'établissement hospitalier devra transmettre le coût de ses prestations hôtelières calculé notamment à partir de la comptabilité analytique.

Par ailleurs, l'établissement devra être en mesure d'évaluer les moyens dégagés par le transfert des malades à l'hôtel :

- les moyens de fonctionnement à savoir le coût de l'hôtellerie (denrées, entretien, linge...).

Un coût journalier peut également être calculé par les organismes à partir des dépenses hôtelières figurant dans le cadre budgétaire des établissements, divisé par le nombre de journées réalisées et multiplié par le nombre de journées d'hospitalisation complète supprimées.

- les coûts médicaux éventuellement. Mais en principe aucune économie n'est à attendre sur ce poste puisque le malade a le même traitement.
- les coûts en personnel, le nombre d'emplois concernés. L'établissement devra préciser les redéploiements qu'il entend effectuer.

L'économie engendrée (ou le surcoût) sera égale à la différence entre le coût total et les économies dégagées.

Il convient de raisonner à budget constant ; en cas de surcoût, celui-ci devra impérativement être financé par l'établissement qui devra rechercher des économies de gestion.

En cas d'économies l'établissement devra réduire le montant global de ses dépenses.

32) *Incidence sur les frais de transport.*

S'agissant des malades admis en hospitalisation de jour, les frais de transport sont à la charge de l'Assurance Maladie en sus de la dotation globale.

Dès lors, le recours à l'hôtel peut entraîner pour l'Assurance Maladie des économies sur ce poste.

Le coût du transport dépend du nombre de déplacements, de la distance domicile / établissement, du mode de transport prescrit.

Sur ce point, les Médecins Conseils procéderont à l'estimation du nombre et du type de transports (transports en commun, taxi, VSL, etc...) à prévoir compte tenu des indications médicales retenues et de la population concernée.

Il conviendra de calculer le point d'équilibre entre le coût des transports (CT) engagés pour un malade admis en hospitalisation de jour et d'autre part le coût d'un transport aller- retour associé à un hébergement à l'hôtel, tout kilomètre non effectué au delà de ce seuil constituant une économie pour l'Assurance Maladie.

Ce point d'équilibre (X) est donné par la formule suivante :

Nombre de séances x 2 x (forfait de base+ X km x prix du km) =
(Nombre de journées d'hôtel x tarif hôtelier journalier) + 2 x (forfait de base+X km x prix du km)

HOTEL POUR MALADES

PROJET DE CONTRAT

Vu les articles L.712.4 et R.712.13 du Code de la Santé Publique,

Vu la délibération du Conseil d'Administration de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

- LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE DE
- LA CAISSE DE MUTUALITE SOCIALE AGICOLE DE
- LA CAISSE MUTUELLE REGIONALE DE
- LE MINISTRE DE LA SOLIDARITE NATIONALE ET DE L'INTEGRATION représenté par Monsieur le Préfet de Région
- L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

PREALABLEMENT A LA SIGNATURE DE LA PRESENTE CONVENTION EXPOSENT CE QUI SUIIT :

L'établissement signataire a proposé de créer une structure hôtelière à proximité de ses locaux, destinée à l'hébergement de malades pour lesquels il assure des soins, mais dont l'état de santé ne motive pas nécessairement une hospitalisation complète.

Lors de sa séance du ..., le Conseil d'Administration de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a donné son accord de principe au projet de création d'une structure d'hébergement destinée à accueillir des malades suivant un traitement en hospitalisation de jour dans l'établissement.

CECI AYANT ETE EXPOSE, IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1er

La présente convention concerne exclusivement les assurés sociaux et leurs ayants-droits.

Seront hébergés préférentiellement à l'hôtel plutôt qu'à l'hôpital les malades dont l'état de santé ne justifie pas une présence permanente dans des services d'hospitalisation complète.

Seront hébergés préférentiellement à l'hôtel, par rapport au domicile, les malades dont le domicile légal est au moins distant de plus de ... km ou ceux dont l'état de santé nécessite un transport en ambulance, c'est à dire d'une manière générale ceux pour lesquels le coût de transport est supérieur au coût d'hébergement.

Ces malades devront de plus être autonomes pour éviter toute médicalisation de l'hôtel.

Comme pour les autres structures de soins, le Médecin - Conseil est amené à donner son accord sur le choix de la structure d'hébergement décidée par le médecin de l'établissement.

Par ailleurs au moment de l'ouverture de l'hôtel, l'établissement s'engage à procéder à la fermeture de l'équivalent de ... lits représentant ... journées d'hospitalisation ainsi qu'à procéder au redéploiement des personnels concernés dans les conditions suivantes....

Article 2

Le prix de journée de l'hôtel est fixé pour l'année à Le taux de revalorisation ne peut excéder le taux d'évolution des dépenses hôtelières de l'établissement.

D'une manière générale, le coût supporté par le malade est identique à l'hôtel et à l'hôpital. Il est donc actuellement équivalent au forfait journalier et suivra son évolution. Le malade en est exonéré dans les conditions fixées par la loi et les instructions subséquentes.

Article 3

L'écart entre le prix de journée à l'hôtel et le forfait journalier est inclus dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement servant de base au calcul de la dotation globale.

Par contre pour les hospitalisations non prises en charge par les organismes d'Assurance Maladie, le prix hôtelier est applicable.

Le montant global des dépenses de fonctionnement sera réduit, en contrepartie, du montant correspondant aux économies réalisées par la réduction du nombre de journées d'hospitalisation complète.

Article 4

La participation aux frais de fonctionnement de l'hôtel par les organismes d'Assurance Maladie ne devra concerner que les dépenses effectivement engagées pour l'hébergement des assurés sociaux et ne pourra en aucun cas couvrir les engagements pris par l'établissement à l'égard des tiers .

Elle se fera dans le cadre de la convention pour une durée de 5 ans et devra faire l'objet d'une évaluation annuelle médicale et financière de l'activité.

A cette fin, est constituée une Commission Médicale tripartite composée de représentants du Médecin - Conseil Régional, du Médecin - Inspecteur Départemental et de médecins de l'établissement. La commission devra procéder aux différentes évaluations à partir notamment des suivis et des résultats de fonctionnement de l'hôtel et de l'établissement hospitalier.

Elle sera mise en place dès l'ouverture de l'hôtel, prévue pour le ..., et se réunira pour un premier bilan après un délai de 4 mois de fonctionnement puis une fois par semestre, à l'initiative des organismes d'Assurance Maladie.

Les aspects financiers seront plus particulièrement suivis par une commission de contrôle composée des représentants du gestionnaire de l'hôtel, des organismes d'Assurance Maladie, de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et de l'établissement. Egalement mise en place dès l'ouverture de l'hôtel, la commission se réunira chaque semestre à l'initiative des organismes d'Assurance Maladie et au plus tard avant la fixation de la dotation globale de l'exercice suivant.

Chacune des parties représentées au sein de la Commission Médicale Tripartite et de la Commission de Contrôle disposera de 2 sièges.

Article 5

Chaque année, l'établissement devra fournir un état en termes de prévision pour l'année à venir portant sur :

- l'effectif annuel des malades hébergés à l'hôtel,
- le nombre annuel de nuitées,
- le nombre maximal de patients pour une journée,
- le nombre de lits occupés en moyenne par jour.

Un état similaire sera adressé chaque semestre en termes de réalisation.

Les pièces justificatives à produire par l'établissement sous la forme d'états mensuels devront mentionner les :

- Nom, prénom et adresse du malade,
- Nom et prénom de l'assuré social si le malade est ayant-droit,
- Numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale de l'assuré,
- Numéro et adresse de la Caisse Primaire d'affiliation de l'assuré, centre de paiement ou section.
- Nombre de journées hôtelières de 12H à 12H,
- Dates de début et de fin de séjour à l'hôtel,

sous la signature du contractant ou de son représentant dûment habilité à cet effet.

Article 6

La présente convention est établie pour une durée de 5 ans et sera éventuellement reconduite en fonction du bilan économique, médical et humanitaire qui aura été établi par les Commissions citées à l'Article 4. Ce bilan sera également soumis à l'appréciation des Conseils d'Administration des organismes d'Assurance Maladie.

suivent les signatures.