

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :  
09/01/95

Origine :  
DGR

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

*Pour attribution*

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de La Réunion

Réf. :  
DGR            n°        2/95

Plan de classement :  
2442

Objet :  
CREATION DE PLACES MEDICALISEES DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICE-SOCIAUX  
POUR PERSONNES AGEES ET DANS LES HOSPICES.

Pièces jointes :            0    1

Liens :  
Com.circ            CABDIR            6/91

Date d'effet :            Immédiate  
Dossier suivi par :        Monsieur ALZON  
Téléphone :            42.79.32.93.

Date de Réponse :

@

**Direction  
de la Gestion du Risque**

MMES et MM les Directeurs

09/01/95

**Origine :**  
DGR

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
  - des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
  - des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- Pour attribution***

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de La Réunion

**N/Réf. :** DGR n° 2/95

**Objet :** Création de places médicalisées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et dans les hospices.

Les Caisses sont informées de la création en 1995 de 6.000 places supplémentaires de services de soins à domicile et de sections de cure médicale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées ainsi que de création de places de services de soins de longue durée et de places pour adultes handicapées dans le cadre de la transformation juridique des hospices.

La circulaire ministérielle n° 94-37 du 23 décembre 1994, jointe en annexe, fixe les modalités de mise en oeuvre de ce programme.

Il vise à créer :

- 3.000 places de sections de cure médicale,
- 3.000 places de services de soins à domicile

dont le financement doit être assuré par :

- redéploiement à hauteur de 20%,
- une enveloppe supplémentaire hors taux directeur évaluée à 214 MF (base forfaits plafond 95).

L'instruction ministérielle prévoit une association des organismes maladie au montage de l'opération. En effet, très généralement, le financement de places de section de cure médicale en établissement d'hébergement déjà ouvert correspond à une substitution de financement assuré à l'acte jusque là. C'est pourquoi il est apparu nécessaire de mesurer le surcoût réel pour l'Assurance Maladie en étudiant la consommation médicale des personnes admises en section de cure médicale sur les 6 mois précédant l'autorisation d'ouverture et de financement de la dite section.

A cet effet, les Caisses - régionale et primaire en étroite collaboration - de la circonscription des établissements concernées devront être associées à la désignation des établissements.

La Caisse Primaire du lieu d'implantation de l'établissement devra recevoir de ce dernier la liste des pensionnaires relevant de la section de cure médicale en cours de création.

Cette liste devra comporter :

- les coordonnées de la personne (nom, prénom, adresse),
- le numéro d'identification,
- le rang du bénéficiaire,
- l'organisme de prise en charge (Caisse, Centre de paiement, Régime).

Pour rechercher le montant remboursé sur 6 mois et le montant journalier, les Caisses Primaires utiliseront la méthodologie - déjà largement utilisée dans des études menées par des Caisses - diffusée par la lettre-circulaire DGR/DESMES - EB/PA n° 1172/92 du 27 novembre 1992 et complété par la lettre-circulaire DGR/DESMES - AA/VC n° 1062/93 du 4 octobre 1993.

Devront être retenus les postes de dépenses intégrées dans le forfait de section de cure médicale, à savoir :

- soins infirmiers (AMI, AIS),
- médicaments,
- petit matériel médical ..., etc.

Le résultat obtenu sera extrapolé sur une année complète.

Ce travail devra être réalisé autant que possible, pour les assurés concernés en liaison avec les autres régimes (MSA - TNS principalement)

les mutuelles voire les CPAM voisines si la personne n'est pas affiliée à votre Caisse.

Le bilan sera communiqué à la CRAM et à la DRASS.

Au moment où la nécessité d'améliorer la médicalisation des établissements d'hébergement est reconnue de tous compte tenu de l'accroissement du niveau de dépendance de la clientèle hébergée, il est important pour l'Assurance Maladie de démontrer que l'amélioration qualitative peut se réaliser sans nécessairement générer un surcoût important pour les Caisses.

Je vous remercie de vous associer à ce travail et vous demande de me faire part des difficultés rencontrées.

Le Directeur  
de la Gestion du Risque

J.P. PHELIPPEAU

P.J. : \*Circulaire Ministérielle N° 94-37 du 23 décembre 1994\*