



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-84/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

10/06/2002

Domaine(s) :

Ets Sanitaires et Médico-Sociaux

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Modification de la prise en charge des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Liens :

Plan de classement :

2442

Emetteurs :

DDRI

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☐ URCAM
☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☐ **Médecins Conseils**

☐ Régionaux ☐ Chef de service
☐ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

Implication, pour les caisses, de la parution de l'article 96 de la loi n° 2002-03 du 4 mars 2002 - relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - selon lequel les médicaments, les produits et prestations remboursables sont exclus des forfaits de soins rémunérant les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

Mots clés :

EHPAD ; Médicaments ; Conventions tripartites ; Liquidation.

**Pour le Directeur
Délégué aux Risques**

Xavier BROSETA

CIRCULAIRE : 84/2002

Date : 10/06/2002

Objet : Modification de la prise en charge des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Affaire suivie par : Hélène BENARD (DDRI/DOS/DAHMES) 01.42.79.32.96.
Sandrine AUJOUX (DDRI/DM2) 01.42.79.30.11.
Sandrine FRANGEUL (DDRI/DM2) 01.42.79.35.80.

A Mesdames et Messieurs les Directeurs,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint la circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS n° 2002-205 du 10 avril 2002 relative à la prise en compte des médicaments, des produits et prestations remboursables dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et à la fixation du budget de soins.

Toutefois, l'attention des caisses est appelée sur le fait que l'article 96 de la loi relative aux droits des malades et à la qualité des soins précise que, outre les médicaments, les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale sont exclus des tarifs journaliers de soins dans les établissements et services ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur.

La CNAMTS vous propose, donc, une circulaire interprétative présentant *les conséquences des modifications législatives intervenues avec la parution de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002* relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En effet, l'article 96 de cette loi remet en cause la définition des tarifs journaliers de soins puisqu'il indique que, dans les établissements et services, ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur, qui accueillent des personnes âgées, "les prestations de soins ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la Sécurité Sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code".

I. CONSEQUENCES SUR LA SITUATION DES ETABLISSEMENTS.

1/ Pour les établissements signataires d'une convention tripartite

La circulaire ministérielle précise en application d'une jurisprudence du Conseil d'Etat que l'article 96 s'applique différemment selon le statut dont bénéficie la structure au jour d'entrée en vigueur de la disposition. Deux cas de figure doivent donc être distingués :

a) Les établissements ou services ayant signé une convention avant le 5 mars 2002

Avec la mise en place de la réforme des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, plusieurs établissements ont d'ores et déjà été amenés à signer une convention pluriannuelle tripartite. Dans ce cadre, ils ont donc opté, en matière de soins, pour un tarif journalier (partiel ou global), dont les composantes ont été définies par l'arrêté du 4 mai 2001 (modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n°99-316 du 26 avril 1999).

Dans ce cas, **les conventions signées avant le 5 mars 2002 ne sont pas affectées par cette nouvelle disposition législative.** Sauf avenant, signé par les trois parties, qui modifierait l'option tarifaire retenue, la révision des tarifs journaliers de soins s'effectuera, dans ce cas, au terme de 5 ans, lors du renouvellement de la convention.

b) Les établissements et services ayant signé une convention tripartite après le 5 mars 2002

Dans ce cas, une distinction doit être opérée entre les structures disposant d'une pharmacie à usage intérieur et celles qui n'en ont pas.

- L'établissement **dispose d'une pharmacie à usage intérieur : les médicaments, les produits et prestations remboursables restent inclus dans le tarif journalier de soins.**
- L'établissement **n'a pas de pharmacie à usage intérieur : les médicaments ainsi que les produits et prestations remboursables sont exclus du tarif journalier de soins.** Dès lors, les résidents devront se procurer directement les médicaments, les produits et prestations remboursables et, en demander le remboursement à leur Caisse d'Assurance Maladie.

2/ Pour les établissements non signataires d'une convention tripartite

Pour les établissements non encore signataires d'une convention tripartite, les médicaments restent inclus dans le tarif journalier de soins. Ainsi, **durant la période transitoire, les structures doivent continuer à assurer, pour les places médicalisées (section de cure), la fourniture des médicaments, des produits et des prestations remboursables aux résidents** ; les nouvelles dispositions législatives ne s'appliquant qu'au moment de l'entrée en vigueur de la convention.

Par ailleurs, il convient de souligner que les **Unités de Soins de Longue Durée** continuent, également, à intégrer les médicaments, les produits et les prestations remboursables dans leur tarifs "soins".

I. CONSEQUENCES POUR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Afin d'éviter toute erreur d'interprétation, les CPAM sont invitées à informer tous les établissements relevant de leur circonscription, qui en feraient la demande, des nouvelles modalités de prise en charge des médicaments auxquelles ils sont, désormais, soumis.

En outre, la diversité des situations des établissements impactera de manière différente le travail que doivent effectuer les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

1/ Pour les établissements signataires d'une convention tripartite

Il appartient aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie de se procurer le document de la convention de manière à obtenir les informations suivantes :

- la date de signature de la convention (avant ou après le 5 mars 2002) ;
- la signature d'un avenant à la convention ayant permis de modifier le contenu du tarif journalier de soins ;
- la présence - ou non - d'une pharmacie à usage intérieur au sein de la structure.

En présence d'une convention signée avant le 5 mars 2002, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie s'assure que les médicaments et les produits et prestations remboursables visés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale ne donnent pas lieu à une demande de remboursement en sus du tarif journalier de soins de l'établissement d'hébergement des personnes âgées.

2/ Pour les établissements non signataires d'une convention tripartite

Les forfaits de soins couvrent l'ensemble des médicaments nécessaires aux traitements des pensionnaires de la section de cure médicale à l'exception des spécialités relevant de la réserve hospitalière.

Pour les Unités de Soins de Longue Durée, les forfaits soins couvrent l'ensemble des médicaments, des produits et prestations remboursables.

Par ailleurs, les Caisses d'Assurance Maladie sont invitées à se référer à la circulaire ministérielle de manière à prendre connaissance des informations subsidiaires qui y figurent et notamment celles relatives à la détermination de la dotation de soins dans le cadre de la convention.

Toutefois, il convient de souligner que lorsque le solde de la section soins du budget ternaire est négatif, l'Assurance Maladie augmente sa participation financière de manière à couvrir les charges supplémentaires : "effet mécanique". A l'inverse, lorsque le solde de la section soins du budget ternaire est positif, l'établissement conserve le montant de la participation de l'Assurance Maladie acquise précédemment : "clapet anti-retour". Cette appréciation du solde de la section soins doit s'effectuer en adoptant le même périmètre pour les charges et produits. De ce fait, l'article 96 de la loi du 4 mars 2002 n'a aucun impact sur le résultat de ce calcul. La reprise des crédits affecté aux dépenses de médicaments devra s'effectuer lors du premier exercice budgétaire de la convention et consistera à diminuer l'enveloppe de soins du montant des dépenses de médicaments et produits à usage médical constaté au compte administratif 2001. Cette reprise de crédits devra faire l'objet d'une opération de **transfert de l'enveloppe EHPAD vers l'enveloppe de soins de ville**. Néanmoins, s'il s'avère que le montant des dépenses de médicaments constaté en 2001 divergent sensiblement, pour des raisons conjoncturelles, des sommes habituelles, la moyenne des montants relatifs aux exercices 1999, 2000 et 2001 pourra être retenue.

Je vous remercie de bien vouloir porter à ma connaissance les difficultés que vous pourriez rencontrer lors de l'application de ces différentes dispositions et vous prie de croire, Mesdames et Messieurs, à l'assurance de ma considération distinguée.

P.J. : Circulaire ministérielle du 10 avril 2002.

Pour le Directeur Délégué aux Risques
Xavier BROSETA