

## PROTECTION SOCIALE

### ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE,  
DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DU BUDGET,  
DES COMPTES PUBLICS  
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

*Direction de la sécurité sociale*

*Direction générale de l'action sociale*

Sous-direction des âges de la vie (SD 2)

Bureau des personnes âgées (2C)

**Circulaire DSS/DGAS/2C n° 2009-75 du 12 mars 2009 relative à l'application de l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale concernant la déduction des sommes remboursées au titre des soins de ville par l'assurance maladie sur les forfaits de soins alloués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et aux établissements de santé dispensant des soins de longue durée comprenant un hébergement destiné à des personnes âgées**

NOR : SASS0930312C

*Date d'application* : immédiate.

*Résumé* : les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent déduire sur les forfaits de soins qu'ils allouent aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et aux unités et centres de soins de longue durée les remboursements de soins de ville faits aux personnes âgées dès lors que les soins en cause sont pris en charge dans les forfaits soins qu'ils leur versent.

*Mots clés* : personnes âgées – EPHAD et unités et centres de soins de longue durée – forfait de soins, remboursement de soins de ville – déduction sur les forfaits de soins versés ultérieurement.

*Références* :

Articles L. 133-4-4, L. 174-6, L. 174-8, R. 174-3-1, R. 174-3-2, R. 174-9 à R. 174-16 du code de la sécurité sociale, L. 313-12, L. 314-2, L. 314-8, R. 314-111, R. 314-161, R. 314-167 et R. 314-168 du code de l'action sociale et des familles ;

Articles 62 et 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;

Décret à paraître ;

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 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes modifié par l'arrêté du 4 mai 2001 et par l'arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code.

*La ministre de la santé et des sports, le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville à Monsieur le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur général de la caisse nationale du régime social des indépendants ; Mesdames et Messieurs les*

*directeurs des caisses nationales ou services gestionnaires des régimes spéciaux d'assurance maladie (CAVIMAC, CANSSM, CCIP, CNMSS, CRPCEN, ENIM, Port autonome de Bordeaux, RATP, SNCF, CAMIEG); Monsieur le directeur de la caisse des Français à l'étranger; Madame et Messieurs les préfets de région; directions régionales des affaires sanitaires et sociales; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.*

L'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale (issu de l'art. 62 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009) dispose que lorsqu'un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie prend en charge, pour une personne âgée résidant dans un établissement mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (établissements pour personnes âgées dépendantes ou établissements de santé dispensant des soins de longue durée et comportant un hébergement, soit les unités ou centres de soins de longue durée), à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs afférents aux soins, les sommes en cause, y compris lorsque celles-ci ont été prises en charge dans le cadre de la dispense d'avance des frais, sont déduites, par la caisse pivot dont relève l'établissement, des versements ultérieurs que la caisse lui alloue au titre du forfait de soins, sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu.

Ces dispositions ont pour objet d'éviter que l'assurance maladie ne paie deux fois les mêmes soins pour les personnes âgées dépendantes (dans le cadre des soins de ville et par le biais des forfaits de soins).

L'article 62 de la loi du 17 décembre 2008 a renvoyé à un décret le seul soin de définir les modalités de reversement par la caisse pivot de ces sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés (décret en cours d'élaboration). Pour le reste, ces dispositions sont d'application directe.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de déduction par la caisse pivot, sur les forfaits de soins alloués à ces établissements, des sommes remboursées au titre des soins de ville et les modalités de leur reversement par la caisse pivot aux caisses d'affiliation des assurés concernés.

## **1. Rappel des modalités de financement par l'assurance maladie des soins des personnes âgées résidant dans un EHPAD ou séjournant dans une unité ou un centre de soins de longue durée**

*1.1. Les EHPAD et les unités ou centres de soins de longue durée bénéficient, pour les soins des personnes âgées qu'ils hébergent, d'un tarif journalier afférent aux soins, financé entièrement par l'assurance maladie et qui recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de la dépendance des personnes accueillies (art. R. 314-161 du CASF)*

Deux tarifs afférents aux soins aux périmètres différents (art. L. 314-8, R. 314-167 du CASF et arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, modifié par l'arrêté du 4 mai 2001 et par l'arrêté du 30 mai 2008) ont été définis et sont laissés au choix de l'établissement :

- Le tarif journalier partiel qui comprend :
  - la rémunération et les charges fiscales et sociales du médecin coordonnateur, des médecins salariés exerçant dans l'établissement et des auxiliaires médicaux salariés par l'établissement ;
  - les honoraires des infirmiers (ou infirmières) libéraux intervenant dans l'établissement ;
  - les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques définies selon les modalités prévues à l'article R. 314-164 du CASF (soit 70 % des charges représentées) ;
  - le petit matériel médical et les fournitures médicales dont la liste figure au I de l'annexe de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié ;
  - l'amortissement du matériel médical dont la liste figure au II de l'annexe de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié ;
  - les dépenses relatives aux médicaments et à l'ensemble des produits et prestations inscrits à la LPP pour les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur (arrêté du 26 avril 1999 modifié et dernier alinéa de l'article L. 314-8 du CASF) ainsi que celles concernant certains dispositifs médicaux dont la liste a été fixée par l'arrêté du 30 mai 2008 pour les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur ou ne la partageant pas dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.
- Le tarif journalier global comprend, outre les charges définies ci-dessus pour les tarifs journaliers partiels :
  - les dépenses de rémunération et de prescriptions des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement ;
  - les charges correspondant aux dépenses de rémunération des auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement ;
  - les examens de biologie et de radiologie.

La convention tripartite que l'établissement doit signer avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat (préfet pour les établissements médico-sociaux et directeur de l'ARH pour les unités et centres de soins de longue durée) pour pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes (GIR moyen pondéré mentionne l'option tarifaire choisie pour les soins. En cours de convention et par avenant, cette option tarifaire peut être changée. De même 6 mois avant l'échéance de la convention, l'établissement peut demander un changement d'option tarifaire (art. R. 314-167 du CASF).

#### 1.2. *Les prestations non prises en charge dans le cadre des forfaits afférents aux soins*

L'article R. 314-168 du CASF définit les prestations qui ne sont pas comprises dans les forfaits afférents aux soins alloués à ces établissements, soit :

- les soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie et les soins de suite ou de réadaptation dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion (1<sup>o</sup> de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique) ;
- les séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;
- les interventions *in situ* des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie générale ;
- les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés tant en établissement de santé qu'en cabinet de ville ;
- les dispositifs médicaux autres que ceux mentionnés aux a et c du III de l'article R. 314-162 en fonction de l'option tarifaire choisie par l'établissement (soit autres que ceux définis par l'arrêté du 26 avril 1999 modifié précité) ;
- les examens médicaux nécessitant le recours à certains matériels lourds lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne ;
- les honoraires des médecins spécialistes libéraux ;
- les transports sanitaires.

### 2. Le champ d'application de l'article L. 133-4-4

2.1. *Les organismes concernés par les dispositions de l'article L. 133-4-4 sont les EHPAD et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée comportant un hébergement (unités ou centres de soins de longue durée) qui ont conclu une convention tripartite prévue au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles*

2.2. *L'ensemble des remboursements par l'assurance maladie des soins et actes dispensés aux assurés sociaux hébergés dans un EHPAD ou une unité ou un centre de soins de longue durée et qui ont été facturés à tort en tant que soins de ville (actes et soins déjà pris en charge en principe dans le cadre des forfaits de soins alloués à l'établissement) doivent être déduits des versements ultérieurs alloués par la caisse à l'établissement*

Si des soins de ville sont remboursés à la personne âgée alors que celle-ci ne se trouve pas dans l'établissement (ex. : personne âgée qui passe quelques jours dans sa famille ou bénéficie d'une sortie), la procédure de déduction des sommes payées au titre des soins de ville n'est en revanche pas applicable.

La procédure de déduction s'applique également lorsque la personne âgée bénéficie de la dispense de l'avance de frais et que les soins ou produits de santé sont remboursés directement au professionnel de santé.

### 3. Les modalités de déduction sur les forfaits de soins

Les contrôles des dépenses assumées par l'assurance maladie sont effectués par les caisses à partir des listes semestrielles des résidents et du bordereau mensuel de suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels que les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes doivent obligatoirement transmettre aux caisses pivots en application de l'article R. 314-169 du CASF.

L'article L. 133-4-4 du CSS prévoit que la déduction des sommes remboursées à tort au titre des soins de ville est effectuée par la caisse pivot dont relève l'établissement.

Il est rappelé qu'aux termes des articles L. 174-6 et L. 174-8 du CSS, la caisse pivot peut être une CPAM ou que ce rôle peut être rempli, par convention entre les régimes, par une caisse relevant d'un autre régime que le régime général lorsque dans une unité ou un centre de soins de longue durée ou dans un EHPAD le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

La loi donne par ailleurs compétence à la caisse pivot pour traiter des réclamations (contestations devant la CRA et contentieux) relatives à ces sommes.

#### 3.1. *Une information préalable sur les sommes indûment prises en charge*

En cas de constatation de sommes indûment prises en charge, il est vivement recommandé à la caisse pivot d'adresser, par courrier, à l'établissement concerné une information préalable sur les sommes en cause (éléments permettant de les identifier : nature, identité des résidents et des professionnels de santé, montant des sommes prises en charge, date des actes ou prestations facturés).

L'établissement pourra être également convié à présenter des observations écrites. Dans ce cas, la caisse pivot devra lui indiquer les conditions et les délais dans lesquels il pourra les présenter. Ce délai ne devra pas en tout état de cause dépasser un mois.

### 3.2. La notification du montant réclamé

L'article L. 133-4-4 du CSS dispose que l'action en recouvrement s'ouvre par l'envoi par la caisse pivot à l'établissement d'une notification du montant des sommes réclamées.

En conséquence, à l'expiration du délai pendant lequel l'établissement a été invité à présenter des observations, la caisse pivot devra lui adresser une notification du montant réclamé.

La notification du montant réclamé, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, devra comporter :

- les éléments permettant de l'identifier (nature, identité des résidents et des professionnels de santé, montant des sommes réclamées, date des actes ou prestations facturés) ;
- l'information que le montant réclamé sera recouvré par voie de retenue sur les sommes qui lui sont mensuellement allouées au titre du forfait de soins ;
- les voies et les délais de recours (possibilité de contester la décision devant la commission de recours amiable (CRA) de la caisse pivot dans les 2 mois suivant la notification et indication de ses coordonnées).

Il est rappelé que l'article L. 133-4-4 prévoit que l'action en recouvrement des sommes indûment prises en charge se prescrit par 3 ans à compter du paiement des prestations. Ce délai est interrompu par la notification du montant réclamé adressée par la caisse à l'établissement.

### 3.3. Conditions à la mise en œuvre du recouvrement par la caisse pivot

L'article L. 133-4-4 prévoit que les sommes réclamées peuvent être déduites du forfait de soins par la caisse pivot à la condition que l'établissement n'en conteste pas le caractère indu.

Si l'établissement a saisi la commission de recours amiable (CRA), les sommes réclamées ne peuvent pas être recouvrées sur les forfaits ultérieurs tant que la CRA ne s'est pas prononcée. Il en est de même en cas de saisine du TASS.

S'il demande un échelonnement de paiement de la dette, il appartiendra à la caisse pivot d'en apprécier l'opportunité.

Si l'établissement n'a pas contesté la notification dans le délai de 2 mois, la caisse pivot procède à la déduction des sommes réclamées sur les forfaits qu'elle verse et informera l'autorité compétente qui arrête les tarifs afférents aux soins (actuellement préfet du département pour les EHPAD ou directeur de l'ARH pour les unités et centres de soins de longue durée) de l'envoi à l'établissement d'une notification du montant réclamé.

## 4. Le reversement par la caisse pivot des sommes concernées aux caisses d'affiliation des assurés

Un décret en cours doit préciser le délai maximum à l'issue duquel la caisse pivot doit reverser les sommes récupérées aux caisses d'affiliation des assurés. Le délai retenu devrait être de 3 mois.

## 5. L'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions

Les nouvelles dispositions de l'article L. 133-4-4 du CSS sont d'application immédiate (elles sont entrées en vigueur le lendemain de la publication de la loi au *Journal officiel*, soit le 19 décembre 2008). Elles concernent donc les notifications adressées par les caisses pivots à compter de cette date, y compris pour des soins dispensés avant cette date mais qui n'ont pas donné lieu à notification avant le 19 décembre 2008.

Le délai de reversement prévu par le décret en cours sera applicable à compter de son entrée en vigueur (soit le lendemain de sa publication au *Journal officiel*).

Pour les sommes récupérées entre l'entrée en vigueur de la loi et celle du décret, il est recommandé aux caisses pivots d'opérer les reversements dans les 3 mois qui suivent leur récupération.

\*  
\* \*

Nous vous serions obligés de bien vouloir nous faire connaître les éventuelles difficultés que l'application de la présente circulaire pourrait susciter.

*Le directeur général de l'action sociale,*  
F. HEYRIES

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
D. LIBAULT