

**Les relations de l'Assurance Maladie avec les institutions hospitalières
et médico-sociales :
Surmonter la complexité... en attendant les ARS**



Charles CARO
Directeur Adjoint
CRAM des Pays de la Loire

Les services administratifs et médicaux des organismes d'Assurance Maladie du régime général de la Sécurité sociale exercent une action concertée dans la région des Pays de la Loire, afin de contribuer à la protection sanitaire et sociale des assurés sociaux et de leur famille.

Cette action s'exerce dans le cadre des orientations de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), pour la mise en œuvre des relations avec les institutions hospitalières et médico-sociales, telles qu'elles ont été en particulier définies par le Conseil de la CNAMTS le 12 janvier 2006, et tendant à :

- Informer les assurés sociaux pour les aider à mieux s'orienter ;
- Contribuer à l'évaluation des besoins de santé de la population pour promouvoir une meilleure adéquation des équipements hospitaliers et médico-sociaux et des besoins ;
- Accompagner les établissements de santé et médico-sociaux ;
- Contribuer à l'évolution de l'offre et des pratiques de soins pour faciliter le parcours de soins des patients ;
- Développer la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé en établissements hospitaliers et médico-sociaux.

Conformément aux orientations pour l'organisation du réseau de l'Assurance Maladie, adoptées pour la période de 2006 à 2009 par le Conseil de la CNAMTS lors de sa réunion du 16 mars 2006, les 7 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de la région, la Direction Régionale du Service Médical (DRSM), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) ont décidé de coordonner les interventions de leurs services respectifs et « *d'aménager progressivement les modes de fonctionnement des réseaux administratif et médical* » pour :

- « *Accroître l'efficacité des actions de gestion du risque sur l'ensemble du réseau et mieux coordonner les actions de gestion du risque au niveau régional* » ;
- « *Garantir un service plus homogène en harmonisant les processus, en confortant l'expertise et en développant la mutualisation des activités et la coopération entre les différentes structures de l'Assurance Maladie* ».

Cette démarche de coordination a fait l'objet d'un protocole d'accord signé le 13 décembre 2006 : il définit, en l'absence de conclusion avec l'URCAM du contrat de services prévu à l'article L 183-1 du Code de la Sécurité Sociale, les orientations et principes d'action retenus pour renforcer la coopération des Organismes et du Service Médical de l'Assurance Maladie afin de :

- Structurer la mise en œuvre de relations opérationnelles concertées et efficaces avec les institutions hospitalières et médico-sociales ;
- Garantir une action cohérente et des interventions efficaces et complémentaires des services administratifs et médicaux des organismes d'Assurance Maladie du régime général de Sécurité Sociale, afin de contribuer à la réalisation des missions de l'Assurance Maladie, fixées par l'article L 221-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ces orientations et principes d'action respectent les missions et attributions respectives des organismes et services de l'Assurance Maladie telles qu'elles ont été définies :

- Pour l'**Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)** des Pays de la Loire, par l'article L 183-1 du Code de la Sécurité Sociale ;

- Pour la **Direction Régionale du Service Médical (DRSM)**, par les articles L 315-1 à L 315-2-1 d'une part, et R 166-1 à R 166-8, R 315-1 à R 315-3 du Code de la Sécurité Sociale, d'autre part ;
- Pour la **Caisse Régionale d'Assurance Maladie des Pays de la Loire (CRAM)**, par l'article L 215-1 du Code de la Sécurité Sociale qui prévoit que « *les Caisses régionales assument les tâches d'intérêt commun aux Caisses primaires de leurs circonscriptions* » ;
- Pour les **Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)**, par les articles L 211-1 à L 211-7 du Code de la Sécurité Sociale.

1. Une stratégie régionale de convergence institutionnelle

Pour mettre en œuvre cette stratégie régionale, les organismes et services de l'Assurance Maladie développent des échanges d'informations directs et structurés afin de renforcer leur potentiel d'intervention et leur efficacité globale dans le respect mutuel de leurs missions respectives.

Les axes suivants d'intervention sont mis en œuvre dans le cadre de la **mission générale de veille informationnelle et d'observation des pratiques et comportements**, exercée par chacun des organismes et services de l'Assurance Maladie.

1.1. L'impérieuse nécessité d'une coordination régionale des stratégies d'intervention

L'**URCAM**, la **DRSM**, la **CRAM** et le **Directeur coordonnateur de la Gestion du Risque** exercent conjointement une responsabilité de **référént et de centre de ressources** pour le compte de l'Assurance Maladie, pour garantir une convergence régionale effective des stratégies d'action, de suivi et de contrôle des pratiques de soins et de prise en charge, de tarification et de facturation des prestations des établissements et services hospitaliers et médico-sociaux. L'**URCAM**, la **DRSM** et la **CRAM** veillent à associer les **CPAM** à la mise en œuvre de ces stratégies régionales, pour les dossiers et projets le justifiant.

- L'**URCAM** exerce cette responsabilité en gérant la **Mission Régionale de Santé (MRS)** prévue par l'article L 162-47 du Code de la Sécurité Sociale, en coordonnant l'action régionale de **gestion du risque** conformément aux principes d'organisation régionale résultant de l'article L 183-1 du Code de la Sécurité Sociale, prévoyant notamment l'élaboration et l'actualisation annuelle d'un « **programme régional commun** » (PRC) à l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie.
- La **DRSM** exerce cette responsabilité en assumant les fonctions prévues par l'article L 315-1 du Code de la Sécurité Sociale, en assurant la direction régionale des Échelons Locaux du Service Médical (ELSM) tout en apportant son concours à la réalisation des missions de l'**URCAM**.

En ce qui concerne plus particulièrement les établissements hospitaliers, La **DRSM** participe au fonctionnement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), dans les conditions prévues par la convention constitutive dont le Médecin Conseil Régional est signataire en qualité de représentant de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

La **DRSM** anime l'Unité de Coordination Régionale (UCR) créée par l'article R 162-42-9 du Code de la Sécurité Sociale, en application de l'article L 162-22-18 dudit code prévoyant les procédures de contrôle externe applicable aux établissements de santé publics et privés relevant de la Tarification À l'Activité (T2A).

- **La CRAM** exerce cette responsabilité en contribuant à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale et des orientations de l'Assurance Maladie applicables aux établissements et services hospitaliers et médico-sociaux.

La CRAM gère un service d'intérêt commun, le « **Département des Affaires Sanitaires** qui participe, avec le concours du Service Médical, à la gestion des relations techniques, financières et administratives de l'Assurance Maladie avec ces structures.

La CRAM assure notamment un rôle d'interface et de référent technique pour les relations nécessaires à la réalisation des missions de l'Assurance Maladie en :

- Participant au fonctionnement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), dans les conditions prévues par la convention constitutive de ce Groupement d'Intérêt Public (GIP), avec le souci d'y promouvoir, avec le concours du Service Médical et de l'URCAM, une cohérence du positionnement de l'Assurance Maladie ;
 - Suivant la production des informations médico-administratives, budgétaires, comptables et financières incombant aux établissements et services médico-sociaux dans le cadre des procédures de planification, d'allocations de ressources et, le cas échéant, de conventionnement ou de contractualisation.
- **Le Directeur coordonnateur de la Gestion du Risque** est, conformément aux orientations de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), le garant de la bonne coordination, au sein de la région, entre les caisses du régime général et le service médical pour mettre en œuvre des programmes nationaux de maîtrise médicalisée, de la prévention et la lutte contre la fraude, tant sur l'activité médecine de ville, que sur celle des établissements de santé. À ce titre, il assure notamment :
 - Le développement des synergies entre réseaux administratif et médical ;
 - La responsabilité de l'organisation de la gestion des indus dans le cadre des contrôles effectués sur la tarification à l'activité (TZA) ;
 - Le suivi des actions engagées et des résultats obtenus sur les plans d'action nationaux dans les champs hospitalier et médico-social.

1.2. Une gestion active des informations et interventions nécessaires à la prise en charge et au financement des dépenses hospitalières et médico-sociales et à leur maîtrise médicalisée

Les CPAM et les Échelons Locaux du Service Médical (ELSM) exercent cette responsabilité en développant les actions d'information, de communication, d'accompagnement et de conseil technique que justifient :

1. **Les relations et procédures médico-administratives** nécessaires à la prise en charge par l'Assurance Maladie, des prestations dispensées par les structures hospitalières et médico-sociales.

Les CPAM et les ELSM informent les assurés sociaux et les patients sur les différents niveaux d'offre et de prise en charge des soins, et gèrent :

- **Les formalités de prise en charge, et de gestion des droits des assurés sociaux, de paiement des séjours et prestations dispensées ;**
- **La communication, le conseil et la diffusion d'informations techniques** nécessaires aux assurés sociaux et aux patients pour leur orientation dans le parcours de soins et la prise en charge des soins par l'Assurance Maladie.

2. **Les opérations de tarification, facturation des prestations** des structures hospitalières et médico-sociales, en garantissant la qualité et la fiabilité des fichiers. Les **CPAM** accompagnent ces structures dans la bonne application des évolutions réglementaires, notamment celles concernant la coordination et la continuité des soins, les nomenclatures applicables.
3. Le développement des **actions de maîtrise médicalisée** au sein des structures hospitalières et médico-sociales, en articulant cette démarche, le cas échéant, avec les accords-cadres nationaux, régionaux ou locaux prévus par l'article L 6113-12 du Code de la Santé Publique et les référentiels, accords de bon usage des soins ou contrats de bonne pratique mentionnés aux articles L 162-12-15, L 162-12-18 et L 162-12-20 du Code de la Sécurité Sociale.
4. La **communication et l'échange d'informations** avec les structures hospitalières et médico-sociales, relatives à leur **activité**, à **leurs recettes** et, s'il y a lieu, à **leurs prescriptions** et aux incidences pour l'Assurance Maladie.

Les **CPAM** et les **ELSM** contribuent à la prise en compte par les structures hospitalières et médico-sociales des **orientations de l'Assurance Maladie**, en mobilisant et valorisant les moyens informationnels de l'Institution pouvant faciliter l'efficacité de leurs actions, par la diffusion ou la mise à disposition d'informations, voire de conseils nécessaires à la prise en compte par ces structures des orientations de l'Assurance Maladie et des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses de l'Assurance Maladie.

2. La nécessité d'un suivi régional des procédures d'autorisation des établissements et services hospitaliers et médico-sociaux

L'article L 162-21 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que « l'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux. »

Afin de permettre la prise en charge par les **CPAM** de ces frais de traitement et le versement aux établissements des ressources financières incombant à l'Assurance Maladie, la **CRAM** :

- Gère une **base régionale des établissements hospitaliers et médico-sociaux** conforme aux référentiels réglementaires, aux instructions de la CNAMTS, et aux décisions des autorités et services de tutelle des établissements ;
- **Actualise en permanence et sans délai les éléments administratifs et tarifaires de cette base régionale**, en intégrant les évolutions des référentiels et nomenclatures applicables aux secteurs hospitaliers et médico-sociaux financés par l'Assurance Maladie, et transmet au Centre de Traitement Informatique (CTI) Bretagne-Pays de la Loire, les éléments d'actualisation des fichiers permanents mis à la disposition des **CPAM** pour la prise en charge et le paiement des prestations dispensées par les établissements.

Après l'intégration de ces éléments par le CTI, les **CPAM** informent le cas échéant la **CRAM** de toute difficulté intervenant suite à un flux d'information administrative ou tarifaire : la **CRAM** prend, dans les meilleurs délais, les mesures adaptées pour traiter ces signalements lorsque ceux-ci relèvent de sa responsabilité, et en informe la ou les **CPAM** concernées, et en tant que de besoin, le Centre de Traitement Informatique.

Afin de contribuer au respect des autorisations délivrées aux établissements et services hospitaliers et médico-sociaux, les **CPAM** et les **Échelons locaux du Service Médical**

(ELSM) signalent, respectivement à la CRAM et à la Direction Régionale du Service Médical (DRSM), les faits établis correspondant à un non-respect des autorisations, et les situations d'inadéquations de prise en charge significatives d'une offre de soins ne correspondant pas à l'autorisation d'un établissement ou d'un service, ou illustrant un dysfonctionnement de l'organisation du système de soins.

3. Une convergence régionale pour le suivi des relations contractuelles ou conventionnelles avec les établissements et services hospitaliers et médico-sociaux

Du fait des compétences et attributions exercées par les services de l'État et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation mais aussi les Départements en ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux, les organismes et services de l'Assurance Maladie n'ont plus de relations contractuelles ou conventionnelles directes de portée générale, définissant l'intervention de l'Institution au bénéfice de ces établissements ou services, sous réserve de quelques dispositifs spécifiques ou particuliers d'intervention.

En conséquence, le suivi des relations contractuelles ou conventionnelles avec les établissements et services hospitaliers et médico-sociaux s'exerce selon les modalités suivantes :

- **La CRAM et L'URCAM**, avec le concours de la **Direction Régionale du Service Médical (DRSM)**, participent à l'élaboration des orientations régionales et/ou départementales de contractualisation avec les structures hospitalières et médico-sociales, en faisant valoir les orientations et préoccupations de l'Assurance Maladie auprès des services déconcentrés de l'État, de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, voire des Conseils Généraux pour certains établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées, financés totalement ou partiellement par l'Assurance Maladie.

Les préoccupations ainsi exprimées intègrent le cas échéant les informations et signalements émanant des CPAM et Échelons Locaux du Service Médical (ELSM).

- **La CRAM, L'URCAM, la DRSM et les CPAM** agissent plus particulièrement auprès des autorités et instances compétentes en matière de contractualisation et de conventionnement pour la **prise en compte des orientations suivantes** :
 - **Le respect de la réglementation** de la Sécurité sociale, de l'Assurance Maladie et des Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (AT-MP) ;
 - **Le développement des échanges d'informations dématérialisés et sécurisés** entre les établissements et services hospitaliers et médico-sociaux et les organismes d'Assurance Maladie ;
 - **Le respect des procédures et nomenclatures administratives, budgétaires, financières et comptables**, afin de permettre l'analyse et le suivi de l'évolution des recettes et produits financiers mis à la charge de l'Assurance Maladie ;
 - **L'égalité de traitement des assurés et l'accessibilité effective de la population au système de soins** ;
 - La mise en œuvre des **objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et d'Assurance Maladie** au sein des établissements et services hospitaliers et médico-sociaux afin qu'ils intègrent les dispositions les concernant et résultant des accords et contrats de bonnes pratiques et de bon usage des soins, et de santé publique.

4. L'indispensable participation aux procédures d'allocations de ressources budgétaires et financières aux établissements hospitaliers et médico-sociaux

Des dispositions légales et réglementaires confient à la CRAM, pour le compte du régime général de Sécurité Sociale, des responsabilités spécifiques dans le cadre des procédures budgétaires, d'allocations de ressources financières et de tarification applicables aux établissements hospitaliers et médico-sociaux.

4.1. La CRAM met en œuvre un dispositif de suivi des procédures d'allocations de ressources selon les modalités suivantes :

411. La CRAM gère des bases de données régionales, par catégorie d'établissements hospitaliers et médico-sociaux, qui ont favorisé la mise en place d'un Observatoire Régional Interne à l'Assurance Maladie (ORIAM).

Ces informations permettent la mise en œuvre d'une démarche d'analyse de gestion comparative à partir d'indicateurs retenus ou élaborés entre structures de même nature, et issus des informations officielles produites par les établissements et services hospitaliers et médico-sociaux aux autorités de tutelle.

412. La CRAM développe une capacité d'expertise technique permettant d'apprécier la situation budgétaire et financière des établissements et services hospitaliers et médico-sociaux, d'analyser leurs performances et leur positionnement au sein du système régional de soins.

Ce dispositif permet d'avoir une **vision régionale des enjeux financiers pour l'Assurance Maladie**, et de **détecter les risques financiers éventuels et leur origine**, afin, si possible, de prévenir les situations de dérive ou de déficit financier. Cette contribution aux missions d'allocations de ressources financières et de tarification se traduit par la réalisation par la CRAM :

- **D'études, d'analyses, voire d'audits thématiques par catégories de services ou d'établissements**, assorties de conclusions, préconisations, observations ou avis adressés aux autorités ou instances compétentes : L'URCAM, la DRSM et les CPAM peuvent y être associées selon des modalités précisées au cas par cas, et formalisées par voie de cahier des charges ;
- **D'une étude, d'une analyse ou d'un diagnostic spécifique à un établissement ou service**, faisant l'objet d'un **rapport particulier** destiné à l'autorité ou à l'instance compétente : la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement ou du service concerné est destinataire du rapport réalisé, et qui intégrera, le cas échéant, les informations, études ou signalements adressés par la CPAM, voire le Service Médical, à la CRAM.

4.2. La CRAM et la DRSM réalisent un suivi des dépenses régionales de l'Assurance Maladie correspondant au financement des institutions hospitalières et médico-sociales

La CRAM élabore et diffuse un rapport annuel de suivi des dépenses régionales hospitalières et médico-sociales de l'Assurance Maladie. Ce rapport est mis à disposition et accessible sur le site Internet de la CRAM : www.cram-pl.fr.

En outre, La CRAM met en place avec le concours de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM), un dispositif **de veille et de suivi trimestriel des dépenses** de l'Assurance Maladie pour le financement des établissements hospitaliers publics et privés. Ce dispositif de veille et de suivi est

mis en œuvre essentiellement à partir du Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM).

- 4.3. Les CPAM gèrent le suivi des dépenses de l'Assurance Maladie correspondant à la facturation de leur activité par les établissements et services hospitaliers et médico-sociaux.

Ce suivi est réalisé par la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement hospitalier ou médico-social. En cas d'observation de difficultés particulières ou d'évolution atypique ou exceptionnelle des dépenses, la CPAM en informe la CRAM, en vue d'une intervention appropriée dans le cadre des responsabilités lui incombant. La CRAM informe en retour la CPAM de l'intervention réalisée.

5. Une gestion partagée des informations médico-administratives, comptables et financières produites par les établissements et services hospitaliers et médico-sociaux

La CRAM participe à la gestion et au développement du système commun d'information de l'État et de l'Assurance Maladie, avec, en particulier pour les établissements et services hospitaliers :

- La gestion des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et leur validation après transmission par les établissements sur la plate-forme « e-pmsi » gérée par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) ;
- Le traitement et la collecte pour les établissements privés sous contrat des données de la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE).

En outre, la CRAM gère et valorise les Moyens Informatiques de l'Assurance Maladie (MIAM), avec principalement :

- La gestion et l'actualisation de la Base Régionale des Établissements sous Unix (BREX) ;
- L'utilisation effective et la mobilisation des informations et données du Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) ;
- La Production d'Informations Synthétisées médico-Sociales (PRISMES).

- 5.1. Cette activité a permis à la CRAM de mettre en place, dès 2002, un observatoire régional des établissements de santé dans le cadre d'une mission Régionale d'Analyse Budgétaire et Financière animée par la CRAM au sein de l'ARH pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale et dits "ex-DG".

Ces travaux ont également contribué à la mise en place en 2006 d'un "réseau d'alerte" constitué conjointement par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et le Trésorier Payeur Général (TPG) des Pays de la Loire.

La CRAM des Pays de la Loire réalise en outre une analyse de la situation financière des cliniques privées de la région, dans le cadre de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, malgré l'abandon par la CNAMTS de l'outil national d'aide à l'analyse de la situation économique et financière de ces établissements appelé STEFIE (SiTuation Économique et Financière des Établissements de santé privés).

Ces démarches ont été consolidées, dans le cadre de l'Observatoire Régional Interne à l'Assurance Maladie (ORIAM) commun aux établissements de santé publics et privés.

Les principes d'organisation de cet observatoire ont en outre été formalisés le 19 novembre 2007 par les organismes d'Assurance Maladie de la région, afin d'accroître l'efficacité des actions de gestion du risque.

Cet observatoire a en effet contribué à la mise en œuvre de la Maîtrise Médicalisée à l'Hôpital (MMH) par les CPAM et les Échelons Locaux du Service Médical (ELSM) : 57 fiches synthétiques de diagnostic (FSD) ont en effet été diffusées par la CRAM en 2007 aux CPAM, complétées par des signalements ponctuels d'information (SPI) pour les établissements le justifiant.

5.2. Une démarche d'analyse comparative se met progressivement en place pour les établissements et services médico-sociaux.

Afin d'apprécier la situation budgétaire et financière de ces établissements et services médico-sociaux, la CRAM des Pays de la Loire développe pour l'émission de "l'avis de synthèse" prévu par l'article R 314-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), dans le cadre de la procédure budgétaire applicable aux établissements et services médico-sociaux financés par l'Assurance Maladie, une **démarche d'analyse de gestion comparative**, à partir d'indicateurs entre structures de même nature.

L'article R 314-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit en effet que *"les établissements et services financés par l'Assurance Maladie transmettent... dans le délai mentionné au I (31 octobre), leurs propositions budgétaires et leurs annexes à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie dans le ressort de laquelle ils sont implantés, ainsi qu'à l'organisme qui leur verse le tarif. La Caisse Régionale d'Assurance Maladie tient ces documents à la disposition des autres organismes d'Assurance Maladie, qui peuvent faire valoir leurs observations.*

Dans un délai d'un mois à compter de la réception des documents budgétaires, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, après avoir recueilli le cas échéant les avis des autres organismes d'Assurance Maladie, fait parvenir à l'autorité de tarification un avis de synthèse relatif aux tarifs pris en charge par l'Assurance Maladie...

IV - Les avis et observations transmis tardivement ne sont pas pris en compte dans la procédure contradictoire décrite au présent article".

Or, la procédure budgétaire applicable à ces établissements a considérablement évolué du fait notamment du développement des procédures de contractualisation et de gestion pluriannuelle du financement de ces établissements et services.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie s'est dotée, depuis plusieurs années, d'un outil informatique d'analyse budgétaire, comptable et financière pour le secteur médico-social pour personnes handicapées : l'appliquatif PRISMES (PRoduction d'Informations Synthétisées MÉdico-sociales), qui va prochainement s'étendre au secteur des personnes âgées, sachant que la CRAM des Pays de la Loire a développé une base de données régionales permettant d'ores et déjà de développer cette approche dans ce secteur.

Ces orientations correspondent en outre aux objectifs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Gestion (CPG) conclu avec la CNAMTS pour la période 2006/2009, et notamment aux objectifs de l'avenant n° 2 pour 2008 qui prévoit de faire de PRISMES une base de référence pour "renforcer son utilisation, notamment dans les avis budgétaires", avec la réalisation et la présentation d'une étude à partir des données de "PRISMES Ratios "aux partenaires institutionnels : Directions Régionale et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, Départements et Représentants des Établissements.

Cette démarche déjà engagée depuis quelques années a retenu l'attention de la Chambre Régionale des Comptes qui a souhaité utiliser ces travaux.

Ces orientations régionales se veulent pragmatiques, et s'inscrivent dans un objectif d'optimisation des procédures administratives : elles résultent de l'impossibilité pour la CRAM d'émettre un avis individualisé par structure, dans un délai d'un mois, sur les propositions budgétaires des établissements et services médico-sociaux entrant dans le champ de l'article R 314-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), à savoir environ 300 pour le secteur des personnes handicapées, et 600 pour le secteur des personnes âgées.

6. Une gestion et un suivi coordonnés des plaintes, signalements et réclamations

Les réclamations, plaintes et signalements des assurés sociaux relevant de la Sécurité Sociale et concernant les établissements et services hospitaliers et médico-sociaux font l'objet de procédures coordonnées et harmonisées afin de favoriser :

- Une **instruction correcte** garantissant une homogénéité régionale de traitement de ces dossiers au regard des responsabilités et engagements de l'Assurance Maladie ;
- Une **appréciation globale des dysfonctionnements relevés, le cas échéant**, lors de l'instruction de ces dossiers, afin de mettre en œuvre les actions ou procédures utiles à la sauvegarde des intérêts de l'Assurance Maladie et des assurés sociaux.

Les organismes et services de l'Assurance Maladie des Pays de la Loire mettent en œuvre une gestion attentive de ces plaintes, signalements et réclamations des assurés sociaux, et procèdent à des échanges d'information et de signalements, reposant sur les **principes et modalités suivants** :

- **Pour les plaintes, signalements, réclamations et recours relevant du Titre IV, Livre I^{er} du Code de la Sécurité Sociale** relatif à l'expertise médicale (chapitre 1^{er}) au contentieux général (chapitre 2), au contentieux technique de la Sécurité Sociale (chapitre 3), au contentieux du contrôle technique (chapitre 5) : la CPAM et L'ELSM, chacun en ce qui le concerne, les instruisent, gèrent les dossiers correspondants, et apprécient l'opportunité de signaler à L'URCAM, à la DRSM ou à la CRAM les faits ou situations concernant leurs missions ou responsabilités respectives ;
- **Pour les autres plaintes, signalements et réclamations** : l'organisme ou le service de l'Assurance Maladie destinataire les enregistre et les analyse, afin d'en déterminer la recevabilité pour les traiter ou les orienter vers l'autorité ou l'instance compétente, selon le schéma suivant. Il informe l'assuré de la saisine des autorités concernées ;

| Objet ou nature de la réclamation, de la plainte ou du signalement ne relevant pas de la Sécurité Sociale | Autorités et institutions compétentes | | | |
|---|---------------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| | Établissements Hospitaliers | | Établissements médico-sociaux | |
| | ARH | DDASS/IRS | Président du Conseil Général | DDASS/IRS |
| Problème d'ordre médical, pharmaceutique ou médico-technique | | X | | X |
| Mise en cause de : | | | | |
| ▪ L'organisation des soins | X | X | | X |
| ▪ La prise en charge du patient ou des personnes âgées ou handicapées | X | X | X | X |
| ▪ L'hygiène, les conditions de séjour ou la configuration des locaux | | X | X | X |
| ▪ Problèmes administratifs, tarifaires et/ou financiers | X | X | X | X |
| Respect du droit et de la dignité des malades ou des personnes âgées ou handicapées | | X | X | X |

- **La CPAM et L'ELSM** apprécient l'opportunité de signaler à la CRAM et à la DRSM les plaintes, signalements et réclamations relevant de leurs compétences et attributions respectives lorsque ces démarches concernent les ressources allouées par l'Assurance Maladie, l'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale d'une part, ou le respect du droit et de la dignité des malades et des personnes prises en charge, d'autre part.
- **La CRAM et la DRSM** s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à communiquer respectivement aux CPAM et ELSM :
 - ✓ Une information sur les suites données aux réclamations, signalements et plaintes reçus et traités directement ;
 - ✓ Une information sur les conclusions, actions ou procédures et sur les résultats des démarches ainsi engagées à la suite des signalements transmis par la CPAM ou l'ELSM.

7. La nécessité d'une veille et d'un suivi du contentieux de la tarification sanitaire et sociale

Désormais, les organismes et services de l'Assurance Maladie ne sont plus représentés au sein des Tribunaux Interrégionaux de la Tarification Sanitaire et Sociale (TITSS), institués dans le cadre du titre V du Livre III du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), mais procèdent, pour ce qui concerne le TITSS de Nantes, compétent en application de l'article R 351-2 du CASF pour la région des Pays de la Loire, à un suivi régional des contentieux concernant les établissements et services financés par l'Assurance maladie, selon les modalités suivantes :

1. En application de l'article R 351-20 du CASF, la **CRAM** reçoit communication des recours pouvant concerner l'Assurance Maladie, et peut présenter des observations dans un délai de 45 jours suivant cette communication, conformément aux articles R 351-20 et R351-23 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Dans ce cas, la CRAM en informe la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement concerné par le litige.

2. En application des articles R 351-20 et R 351-36 du CASF, la CRAM reçoit notification des jugements pouvant concerner l'Assurance Maladie.

En conséquence, la CRAM actualise les bases régionales des établissements, en particulier lorsque les décisions du TITSS devenues exécutoires entraînent des conséquences financières opposables à l'Assurance Maladie, en termes de dotations globales, forfaits ou remboursements forfaitaires, prix de journée ou autres tarifs de prise en charge des prestations.

3. En outre, pour les jugements notifiés à la CRAM mais qui ne seraient pas notifiés aux CPAM par le Greffe du TITSS, la CRAM adresse à la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement ou du service concerné par le recours une copie de la décision ou du jugement, sachant qu'une insertion par extrait est par ailleurs réalisée au recueil des actes administratifs de la Préfecture du département où est situé l'établissement ou service concerné par le litige, conformément à l'article R 351-37 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

8. Dispositions spécifiques concernant les établissements de santé

Pour la bonne application des dispositions de l'article L 162-22-18 du Code de la Sécurité Sociale, les organismes et services de l'Assurance Maladie mettent en œuvre un dispositif de contrôle régional des établissements de santé relevant de la tarification à l'activité (T2A), reposant sur les principes suivants :

8.1. La maîtrise des risques inhérents aux règlements des établissements de santé hors dotation globale

Les CPAM mettent en œuvre le plan de maîtrise socle défini par la CNAMTS relatif aux règlements des établissements hors dotation globale ainsi que les programmes de travail issus de la certification des comptes.

Cette mise en œuvre peut impliquer la coopération avec les différents acteurs du PRAC (ELSM, URCAM, CRAM) et les autorités de tutelle (DDASS, ARH).

Ainsi, lors de la parution des arrêtés mettant en place de nouveaux tarifs, les CPAM vérifient l'adéquation entre les arrêtés et la base HOSPICUMU, application nationale de l'Assurance Maladie, permettant le réajustement automatique des tarifs.

En cas d'anomalie, les CPAM contactent la DDASS et la CRAM pour vérification.

8.2. Les actions de contrôle et de contentieux des établissements de santé

Conformément aux orientations de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, les CPAM et les ELSM sont chargés du contrôle de la tarification à l'activité.

La DRSM s'engage à effectuer le contrôle des séjours dans les établissements déterminés à partir d'un ciblage pertinent, en prenant en compte notamment les thèmes définis au niveau national.

Les CPAM sont chargées de notifier les indus, à partir des éléments permettant de recalculer le montant des factures, fournis par l'Unité de Coordination Régionale (UCR) du contrôle externe des établissements, créée par l'article R 162-42-9 du Code de la Sécurité Sociale.

Les CPAM mettent en œuvre les instructions de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie en matière de réalisation et de suivi du contrôle contentieux relatif aux établissements de santé, et engage, le cas échéant, les actions de recouvrement des indus, les procédures de pénalité prévues par l'article L 162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale et les actions de lutte contre la fraude.

Les CPAM communiquent au **Directeur coordonnateur de la Gestion du Risque** les informations relatives à ces actions et procédures, en particulier celles concernant la gestion et le recouvrement des indus, en fournissant les éléments relatifs à la nature et au montant des indus notifiés et aux sommes recouvrées.

Afin de garantir la maîtrise de ce processus en termes d'efficacité, d'efficience et de délais, il est mis en place :

- **Une cellule régionale de calcul des indus**, animée par la CPAM de Saint Nazaire, avec le concours de la DRSM et de la CRAM, afin de centraliser le calcul des montants des séjours contrôlés et des indus en résultant, pour les séjours contrôlés des établissements de la région ;
- **Une caisse référente**, la CPAM de Saint Nazaire, chargée de centraliser les notifications et les récupérations d'indus par délégation des caisses gestionnaires ;
- **Une cellule régionale du contentieux**, à constituer, afin de mutualiser et capitaliser les argumentaires utiles pour le compte du régime général de l'Assurance Maladie.



Cette approche régionale des relations de l'Assurance Maladie avec les institutions hospitalières et médico-sociales est complexe, mais elle résulte de mesures ponctuelles, plans ou réformes successifs que les organismes d'Assurance Maladie ont intégré, chacun en ce qui le concerne, au fil des réformes.

Surmonter cette complexité institutionnelle pour ne pas la subir : tel est l'objectif de cette formalisation prosaïque d'une démarche de coordination régionale qui a permis de baliser ce véritable labyrinthe où certains serviteurs pourtant avertis de l'Institution se sont parfois égarés... Qu'ils soient rassurés : la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et la création des Agences Régionales de Santé (ARS) constituent désormais leur terre promise !

Tableau schématique des responsabilités régionales conjointes de la CRAM et du Service Médical Régional

| Secteur sanitaire public | Secteur sanitaire privé | Secteur médico-social |
|---|---|---|
| Participation aux travaux d'élaboration de schémas régional d'organisation sanitaire et départementaux d'organisation médico-sociale et sociale, essentiellement à titre consultatif, et à la mise en œuvre des actions qui en découlent | | |
| Participation aux décisions régionales en matière de planification et d'allocations de ressources | | |
| Mission de chef de projet et de participation à certains projets du programme de travail de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (PT-ARH) | | |
| Participation à des études ou contrôles sur les établissements de santé (fonctionnement, gestion financière, vérification des normes, données de facturation...) | | Réalisation ou participation à des contrôles et études thématiques concernant les établissements médico-sociaux |
| | Réalisation des études de tarification, préparation des avenants tarifaires | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation et coordination des travaux de gestion du risque hospitalier dans le cadre, notamment du Programme Régional Commun (PRC) ▪ Gestion des systèmes d'information en garantissant la qualité et la fiabilité des fichiers les constituant par : <ul style="list-style-type: none"> ✓ La participation à la gestion du système commun d'information État - Assurance Maladie ; ✓ La tenue et la mise à jour du système d'information de l'Assurance Maladie concernant les établissements de santé et médico-sociaux ; ✓ Une analyse des données statistiques et la production d'études. | | |
| Participation et suivi des contrats d'objectifs et de moyens | | |
| Contribution à l'équipement et la modernisation des établissements sanitaires et médico-sociaux notamment par l'attribution d'aides financières institutionnelles. | | |