

Fiche ARS et ESSMS

Prolongation des mesures dérogatoires de l'assurance maladie pour renforcer les équipes soignantes en EHPAD

La Caisse nationale d'assurance maladie a diffusé le 27 août une nouvelle lettre réseau aux caisses primaires d'assurance maladie sur les mesures dérogatoires accordées pour renforcer les équipes soignantes en EHPAD. La présente fiche a pour objet de vous en informer.

➤ Rappel

Les personnes âgées vivant en EHPAD ont été particulièrement exposées à la Covid-19. La situation des résidents en EHPAD a nécessité l'appui de tous les professionnels de santé qu'ils exercent en établissements de santé ou en ville, au premier rang desquels les médecins généralistes, les gériatres et les infirmiers libéraux. Ainsi, des mesures dérogatoires ont été mises en place afin de permettre un renfort des équipes soignantes en EHPAD.

Pour mémoire, s'agissant des ESMS pour personnes handicapées, les mesures dérogatoires de prise en charge par l'assurance maladie des soins complémentaires sans demande d'accord préalable en sus du budget des structures courent depuis le 12 mars 2020.

S'agissant des SSIAD, SPASAD et ES-SLD, les mesures dérogatoires de prise en charge par l'Assurance maladie des soins infirmiers en sus des budgets des structures ont pris fin le 10 juin 2020.

S'agissant des EHPAD, l'ensemble des mesures dérogatoires accordées aux médecins et infirmiers présentées ci-dessous sont prolongées jusqu'au 30 septembre 2020.

➤ Mesures pour les médecins de ville intervenant dans les EHPAD

Les médecins de ville sont autorisés à facturer à titre dérogatoire la majoration d'urgence pour chaque visite réalisée au sein d'un EHPAD :

- A partir du 9 avril en EHPAD à tarif partiel
- Cette dérogation a été étendue aux EHPAD en tarif global qui peuvent facturer en sus du forfait soins de l'établissement à l'assurance maladie à compter du 4 mai 2020.

Ainsi, en journée, la visite auprès d'un résident est valorisée de la manière suivante : visite (25€) + majoration de déplacement (10€) + majoration d'urgence (22.60€) = 57.60€.

Cette dérogation coure jusqu'au 30 septembre 2020. Les règles habituelles relatives aux majorations de déplacement continueront, elles, de s'appliquer. Elles continueront d'être remboursées par l'Assurance maladie au-delà du 30 septembre 2020 pour les visites en EHPAD en tarif partiel. Pour mémoire :

Dans le cas où le déplacement a lieu la nuit ou le dimanche ou un jour férié, les majorations de déplacement sont les suivants : 38,50 € pour un déplacement la nuit de 20h à minuit et de 6h à 8h et 43,50 € de minuit à 6h ; 22,60 € pour le dimanche et les jours fériés. La majoration



de déplacement est facturable pour 3 patients au maximum (dans le cas où le médecin assure la prise en charge de plusieurs patients au cours d'une même visite en EHPAD). La majoration de déplacement ne s'applique donc pas au-delà du 3^{ème} patient pris en charge.

La visite donne lieu, le cas échéant, à des indemnités kilométriques.

La dérogation de remboursement en sus du forfait de soins des EHPAD porte également sur les téléconsultations remboursables depuis le 4 mai 2020 en EHPAD en tarif global, et ce jusqu'au 30 septembre 2020. A compter du 1^{er} octobre 2020, les téléconsultations devront être de nouveau couvertes par le forfait soins des EHPAD en tarif global, comme toutes les visites de généralistes et gériatres.

Par ailleurs, il a été accordé à titre exceptionnel, de pouvoir mettre en place par les agences régionales de santé (ARS) et ce jusqu'au 30 septembre 2020, une valorisation financière au forfait pour les interventions de médecins libéraux ou salariés de centres de santé dans les EHPAD. Un contrat est conclu entre l'EHPAD et le médecin ou le centre de santé. Dans cette hypothèse, le médecin ou le centre de santé perçoit un forfait de 420 € par demi-journée. Ce forfait n'est pas cumulable avec la facturation à l'acte.

➤ Mesures pour les infirmiers de ville intervenant en EHPAD

L'Assurance maladie a accordé à titre exceptionnel de pouvoir mettre en place par les ARS une valorisation financière au forfait pour les interventions des infirmiers libéraux ou salariés de centres de santé dans les EHPAD.

Un contrat est conclu entre l'EHPAD et l'infirmier ou le centre de santé. Dans cette hypothèse, la caisse primaire de rattachement verse à l'infirmier ou le centre de santé un forfait de 220€ par demi-journée. Ce forfait n'est pas cumulable avec la facturation à l'acte.

De plus, les actes de soins infirmiers réalisés par des infirmiers libéraux et par les infirmiers salariés des centres de soins infirmiers ou des centres de santé dans des EHPAD, habituellement couverts par le budget des EHPAD, peuvent être facturés directement à l'Assurance maladie et sont financés en sus du forfait de soins des EHPAD.

Dans ce cadre, les actes réalisés sont facturés à titre dérogatoire à l'Assurance maladie dans les mêmes conditions (cotations identiques, majorations, frais de déplacement) que pour un patient résidant dans un domicile de ville (hors structure).

Toutefois, à titre exceptionnel, les infirmiers sont également autorisés à facturer systématiquement pour chaque séance de soins auprès d'un patient une « majoration » ou « complément de cotation », correspondant au montant de la majoration dimanche et jours fériés.

Enfin, de façon dérogatoire, la majoration de déplacement est facturable systématiquement pour chaque séance de soins, donc également en sus pour les patients d'EHPAD, dans la limite d'une facturation pour 3 patients maximum (dans le cas où l'infirmier assure la prise en charge de plusieurs patients au cours d'une même visite dans l'EHPAD). La majoration ne s'applique par au-delà du 3^{ème} patient pris en charge.

Ces mesures sont susceptibles d'être modifiées en fonction des évolutions de la crise sanitaire.

