

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

26/12/83

Origine :

DGR

DGA

ENSM

MMES et MM les Directeurs

MMES et MM Les Agents Comptables

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins-Conseils Régionaux

Réf. :

DGR n° 1536/83 - DGA n° 63/83 -

ENSM n° 800/83

Plan de classement :

2414					
------	--	--	--	--	--

Objet :

RELATIONS ENTRE LES HOPITAUX ET LES CAISSES DE SECURITE SOCIALE DANS LE CADRE DE LA DOTATION GLOBALE

La présente circulaire a pour objet d'apporter des précisions sur les nouvelles procédures dans le cadre de la dotation globale.

Pièces jointes :

1

Liens :

Date d'effet :

1er janvier 1984

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

26/12/83	MMES et MM les Directeurs MMES et MM les Agents Comptables	
DGR n° 1536/83	des Caisses Primaires d'Assurance Maladie des Caisses Régionales d'Assurance Maladie	
DGA n° 63/83	des Caisses Générales de Sécurité Sociale	
ENSM n° 800/83	MM les Médecins-Conseils Régionaux	
AC n° 118/83		(pour attribution)

Objet : Relations entre les hôpitaux et les Caisses de Sécurité Sociale dans le cadre de la dotation globale

Par circulaire DGR n° 1528/83 - AC n° 315/83 du 5 décembre 1983, je vous ai communiqué la circulaire interministérielle n° 83.31 du 25 novembre 1983 relative à l'application des arrêtés du 25 octobre 1983 concernant les relations entre les hôpitaux et les Caisses de Sécurité Sociale. Ce texte apporte des précisions sur l'utilisation du nouvel imprimé SP4 (S 3407) "Avis d'admission - prise en charge" annulant l'imprimé actuel qui avait été commenté dans la circulaire CNAMTS/SER.C. n° 163/78 du 22 septembre 1978 (chapitre 1 - Les établissements hospitaliers du secteur public).

La présente circulaire a pour objet d'effectuer le point sur la mise en place du budget global en ce qui concerne les relations quotidiennes entre les établissements hospitaliers et les organismes d'Assurance Maladie. Elle est applicable dès le 1er janvier 1984 dans les Centres Hospitaliers Régionaux.

I - RAPPEL DES DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A LA DOTATION GLOBALE

La loi n° 83.25 du 19 janvier 1983 (J.O. du 20.01.83) portant diverses mesures relatives à la Sécurité Sociale a posé le principe de la dotation globale au profit des établissements d'hospitalisation publics et dans les établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier. Cette dotation est versée pour le compte de l'ensemble des régimes par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, sauf convention particulière, dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement.

Le décret n° 83.744 du 11 août 1983 (J.O. du 12.08.83) assure la mise en oeuvre réglementaire de la dotation globale. Il a été complété par un certain nombre d'arrêtés interministériels et diverses instructions, notamment la circulaire n° 83.30 du 29 septembre 1983. Les textes parus au 1er octobre 1983 font l'objet d'une publication dans un fascicule spécial du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale SN-S n° 83/12bis.

Je rappelle également qu'afin de mettre en oeuvre la réforme dans les meilleures conditions techniques, l'application de l'article 8 de la loi du 19 janvier 1983 a été échelonnée dans le temps au niveau des établissements et au niveau des prestations. Ne sont donc visés au 1er janvier 1984 que les vingt-neuf Centres Hospitaliers Régionaux pour leur activité d'hospitalisation complète, partielle ou à domicile. Tous les autres établissements visés par la loi et toutes les autres prestations ne seront concernés qu'à partir du 1er janvier 1985 et, au plus tard, le 1er janvier 1987. En conséquence, les circuits actuellement existants sont maintenus pour tous les autres établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, quelles que soient les prestations, ainsi que pour toutes les prestations facturées individuellement par les Centres Hospitaliers Régionaux, à savoir, consultations et soins externes, forfaits de soins long séjour, SMUR, objets de gros appareillage, interruptions volontaires de grossesse.

II - LES NOUVEAUX CIRCUITS MIS EN PLACE DANS LE CADRE DE LA DOTATION GLOBALE

Il me paraît particulièrement important de préciser tout d'abord que la mise en place de la dotation dans les établissements hospitaliers n'a en rien modifié les règles propres à l'Assurance Maladie. C'est pourquoi la procédure de prise en charge a été maintenue afin que la Caisse gestionnaire se prononce :

- sur les droits de l'assuré et de ses ayants droits,
- sur le taux de participation de l'Assurance Maladie,
- sur la prise en charge ou non du forfait journalier hospitalier, etc...

J'ajoute que l'article 53 du décret du 11 août 1983 a prévu "qu'en ce qui concerne les assurés sociaux, la demande de prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins est adressée par l'établissement à la Caisse chargée du versement de la dotation globale. La Caisse transmet la demande de prise en charge à l'organisme dont relève l'assuré pour le versement des prestations". Dans un but de décidé d'expérimenter le retour du document de prise en charge par le seul canal de la Caisse-pivot qui sera donc chargée de notifier la décision de la Caisse gestionnaire à l'établissement hospitalier. Afin de faciliter la fluidité des informations, des organismes relais ont été mis en place.

L'ensemble des demandes et des décisions de prises en charge est enregistré et géré au niveau de la Caisse-Pivot dans un fichier des malades hospitalisés.

Par ailleurs, l'article 46 du décret du 11 août 1983 a prévu que "les établissements d'hospitalisation font parvenir à la Caisse chargée des versements au titre de la dotation globale les informations nécessaires à la répartition de celle-ci...". Ces informations relatives au séjour des malades, fournies mensuellement, sont confrontées aux informations d'entrées contenues dans le fichier des malades hospitalisés.

La gestion de l'ensemble de ces données permet, entre autres, aux organismes d'Assurance Maladie d'élaborer eux-mêmes les statistiques prévues à l'article 43 du décret du 11 août 1983 pour la répartition du financement et la ventilation des charges en fonction des risques sans être dépendant des hôpitaux, la validation de ces informations relevant des organismes.

III - DEFINITION ET ROLE DES DIFFERENTS INTERVENANTS DANS LA PROCEDURE

Les nouveaux circuits visés au paragraphe II impliquent l'intervention de différents partenaires, à savoir :

- l'établissement hospitalier,
- l'organisme pivot,
- l'organisme gestionnaire,
- l'organisme relais.

Le rôle des différents organismes va être fixé dans une convention signée au niveau national entre les différents régimes (CNAM, CANAM, CCSMA, Mines, Militaires, etc...). Dès sa signature, cette convention vous sera communiquée. Dans l'immédiat, je vous précise les obligations réciproques de chaque partenaire :

31. L'établissement hospitalier :

- établit et transmet à l'organisme pivot les "avis d'admission - prises en charge" SP 4 (S. 3407) ;
- enregistre la décision des organismes gestionnaires (accord, refus, limitations, décisions suspensives) ;
- transmet à l'organisme pivot les informations relatives au séjour du malade.

32. L'organisme pivot :

- est chargé du versement de la dotation globale à l'établissement hospitalier;
- reçoit de l'établissement hospitalier tous les avis d'admission - prises en charge pour les malades hospitalisés quel que soit leur organisme gestionnaire ;
- transmet ces demandes soit à l'organisme relais (cf 34), soit à l'organisme gestionnaire ;
- reçoit en retour, par le même circuit et sous la même forme, les réponses de chaque organisme gestionnaire ;
- notifie à l'établissement les informations reçues ;
- comptabilise les données relatives au séjour des malades ;
- informe les organismes gestionnaires du contenu de ces informations ;
- gère le fichier dit "fichier des malades hospitalisés".

33. L'organisme gestionnaire :

- est chargé de la gestion individuelle du dossier des assurés ;
- examine dans les meilleurs délais les "avis d'admission - prises en charge";
- notifie obligatoirement sa décision à l'organisme pivot.

34. L'organisme relais :

- est le correspondant auprès de l'organisme pivot soit du régime général des travailleurs salariés, soit du régime agricole, en principe de l'organisme chargé de la gestion du régime dans la circonscription du lieu d'implantation de l'établissement hospitalier. (Voir annexe I - liste des organismes relais pour les 29 centres hospitaliers régionaux). En ce qui concerne les régimes autres que le régime agricole et le régime des travailleurs non salariés non agricoles, l'organisme relais est, uniquement dans le cas de transmission par support magnétique, le centre informatique national du régime général ;
- est chargé de ventiler, dès leur réception, les "avis d'admission - prises en charge" en provenance de l'organisme pivot vers les organismes gestionnaires;
- centralise les décisions des organismes gestionnaires avant transmission à l'organisme pivot.

IV - LE NOUVEL IMPRIME "AVIS D'ADMISSION - PRISE EN CHARGE"

Prévu par l'article 53 du décret du 11 août 1983, le nouveau modèle de demande de prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins dispensés aux assurés sociaux a été fixé par l'arrêté du 25 octobre 1983 (J.O. du 29.10.83). Il vous a été diffusé par circulaire DGR n° 1528/83 - AC n° 315/83 du 5 décembre 1983. L'annexe 1 de la circulaire interministérielle n° 83.31 du 25 novembre 1983 transmise par la même circulaire DGR décrit et précise le mode d'utilisation du formulaire SP 4 (S.3407) à compter du 1er janvier 1984. Je rappelle que, dans le cas où l'hôpital est doté d'un système de traitement informatisé de gestion des malades, un envoi de bandes magnétiques comprenant toutes les informations prévues sur le SP 4 (S.3407) se substituera à l'envoi des SP 4. J'insiste pour que soient mis en place rapidement des circuits informatisés d'échanges d'information entre les Centres des circuits informatisés d'échanges d'information entre les Centres Hospitaliers Régionaux et les Caisses-pivot. A cet égard, je vous invite à prendre contact avec les établissements hospitaliers qui n'ont pas un système généralisé de traitement informatisé de gestion des malades afin de connaître leur projet de montée en charge et d'en obtenir une réalisation complète au plus tard le 1er janvier 1985. Je vous serais obligé de bien vouloir me tenir informé de cette réalisation.

Les informations contenues sur le nouvel avis d'admission - prise en charge appellent peu de commentaires particuliers. Elles tiennent compte de l'évolution législative et réglementaire intervenue depuis sa dernière modification, à savoir la dotation globale et la création du forfait journalier. Deux nouvelles précisions sont néanmoins demandées :

- le numéro d'établissement antérieur,
- le numéro de prescripteur de l'hospitalisation (médecin extérieur à l'hôpital). Sur ce point, des rapports récents ont souligné la nécessité d'établir des liaisons entre les différentes formes de médecine et en particulier entre médecine de ville et médecine hospitalière. L'adjonction de ce numéro permet de réaliser cette liaison. Cette demande permettra d'enrichir les informations statistiques utilisées dans le cadre de la concertation avec la profession médicale.

Dans l'immédiat, la fourniture de cette information n'a pas un caractère obligatoire pour l'établissement hospitalier qui ne complètera la zone prévue à cet effet que si le numéro est connu.

Par ailleurs, il est important que figure sur la prise en charge le numéro d'identification de la Caisse dont relève l'assuré.

V - LA DECISION DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

S'agissant de la zone "décision de l'organisme d'Assurance Maladie dont relève l'assuré", celle-ci est complétée dans les conditions habituelles. En cas de prise en charge, la décision mentionnée ne concerne que le régime légal d'Assurance Maladie. En effet, lorsque l'organisme gère également la part mutuelle, la demande de l'hôpital fait l'objet d'un document (SP 4 - S.3408) et d'un circuit séparés.

51. Accord de prise en charge

Comme le précédent document de prise en charge, le nouveau ne comporte pas de durée médicale. Dans l'attente des textes réglementaires relatifs au Contrôle Médical, la durée médicale est toujours fixée implicitement à vingt jours pour tous les bénéficiaires. Elle implique le maintien jusqu'à nouvel ordre des demandes de prolongation de séjour selon les procédures habituelles.

Les dispositions antérieurement prévues par les circulaires SDAM n° 328/74 du 22 mai 1974 et n° 790/78 du 19 septembre 1978 demeurent toujours applicables. Il est rappelé notamment que :

- la décision de prise en charge engage définitivement l'organisme, sous réserve de la constatation ultérieure d'erreurs imputables à l'établissement;
- la durée de la prise en charge n'est pas limitée dans le temps, sauf lorsque la date d'expiration des droits administratifs est prévisible. Dans ce cas, mention doit en être effectuée par la Caisse ;
- il peut toujours être mis fin, pour la suite du séjour, à un accord administratif qui, lors de la prise en charge initiale, n'a pas été limité dans le temps (cf procédure définie au paragraphe 41 de la circulaire SDAM n° 328/74).

En ce qui concerne la limitation au tarif de l'établissement le plus proche, les dispositions réglementaires actuelles sont toujours applicables en tenant compte des instructions contenues dans ma circulaire DGR n° 1330/82 - DGA n° 19/82 - ENSM n° 641/82 du 3 août 1982. La Caisse Primaire devra indiquer le cas échéant le nom de l'établissement (ou son code) dont le tarif servira de base de remboursement et préciser le tarif de responsabilité auquel sera limitée la prise en charge des frais d'hospitalisation.

52. Refus de prise en charge

En cas de refus de prise en charge, l'organisme d'Assurance Maladie précise la date et le motif du refus à l'établissement et notifie le refus à l'assuré dans les conditions habituelles.

Au cas où l'assuré est absent du fichier de la Caisse gestionnaire et si, après recherche, cette dernière constate que l'assuré relève d'un autre régime que celui présumé compétent par l'établissement hospitalier, la prise en charge est retournée à celui-ci.

53. Décisions suspendues

Il convient de rappeler que c'est aux Caisses qu'il appartient d'assumer en liaison avec l'assuré l'ensemble de formalités administratives. C'est pourquoi dans la mesure où la Caisse Primaire présumée responsable par l'établissement hospitalier ne possède pas les moyens permettant de délivrer la prise en charge, il lui appartient de prendre contact avec l'assuré (demande de pièces complémentaires pour l'ouverture des droits - régularisation d'affiliation, etc...).

La seule exception à cette procédure concerne les certificats médicaux nécessaires à la décision de la Caisse (ex. : accidents du travail ou hospitalisation en urgence d'un ressortissant communautaire en séjour temporaire en France - circulaire DGR n° 1493/83 du 15 septembre 1983). Dans ce cas, l'établissement adresse le certificat médical directement à l'organisme gestionnaire en précisant sur le certificat le numéro d'entrée et la date d'entrée.

Votre attention est néanmoins appelée sur les dispositions de la circulaire interministérielle n° 83.31 du 25 novembre 1983 (page 3) qui prévoit que les réponses aux demandes de prise en charge devront parvenir à l'hôpital dans un délai de trente jours après réception de la demande par la Caisse-pivot. Au-delà de ce délai, la prise en charge est présumée acquise. Il importe donc de veiller impérativement au respect de ce délai. Toutefois, si dans des cas qui doivent demeurer l'exception, l'organisme ne peut répondre immédiatement, il adresse, afin que le délai de trente jours ne s'impose pas à lui, une décision suspensive du type :

- examen des droits au titre "Accident du Travail" en cours,
- recherche des éléments d'ouverture des droits,
- ressortissant étranger. Examen des droits en cours.

Dès qu'un élément nouveau interviendra, la Caisse adressera à l'établissement, par l'intermédiaire de la Caisse-pivot, sa décision définitive (accord ou refus).

54. Procédures "avis d'admission" et "prises en charge"

La procédure "avis d'admission" prévue par la circulaire DGR n° 1330/82 du 3 août 1982 est toujours applicable. Je vous rappelle que, sous réserve de l'application de la règle de la limitation à l'établissement le plus proche, elle ne s'applique que si les conditions suivantes sont remplies :

- l'assuré présente une carte d'assuré social portant des droits en cours de validité ;
- l'hospitalisé n'est pas titulaire d'une pension militaire d'invalidité ;
- il n'est pas hospitalisé consécutivement à un accident du travail ;
- le séjour ne doit pas faire l'objet d'une entente préalable.

La procédure "avis d'admission" est utilisée lors d'un séjour pour un accouchement sur présentation du feuillet du carnet maternité. L'imputation

au risque Maternité n'est valable que pour douze jours. Au-delà de cette période, une demande au risque Maladie doit être présentée par l'établissement dans les nouvelles conditions soit sous la forme avis d'admission, soit sous la forme prise en charge.

VI - DATE D'EFFET DU NOUVEAU DISPOSITIF

La procédure décrite aux chapitres II à V, en matière d'avis d'admission - prises en charge est applicable dans les centres hospitaliers régionaux, aux malades entrés à compter du 1er janvier 1984.

Pour les séjours dont la date d'entrée se situe avant le 1er janvier 1984 et qui se poursuivent au-delà de cette date, les demandes d'avis d'admission - prises en charge continuent, même si elles sont émises par l'hôpital après le 1er janvier 1984, à être adressées directement à l'organisme gestionnaire et suivent la procédure en vigueur avant cette date. La montée en charge au fichier des malades hospitalisés, des séjours des malades présents au 1er janvier 1984 s'effectuera exceptionnellement à partir de la fourniture par l'établissement des informations de séjour.

VII - LES INFORMATIONS DE SEJOUR

L'exploitation des états fournis par les établissements ainsi que la procédure de régularisation des informations feront l'objet d'instructions ultérieures.

*
* * *

Je vous serais obligé de bien vouloir tenir informée la Division de l'Hospitalisation et de la Carte Sanitaire de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés de toutes difficultés pouvant survenir à l'occasion de l'application de ces dispositions.

ANNEXE 1

SITUATION DES ETABLISSEMENTS EN DOTATION GLOBALE AU 1er JANVIER 1984

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE	CRAM DE	ORGANISME PIVOT	ORGANISME RELAIS		
			REGIME GENERAL	MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE de	TRAVAILLEURS NON SALARIES CMR de
ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS	PARIS	CPAM PARIS	CPAM AMIENS	PARIS	PARIS commerçants
51 REIMS	NANCY	CPAM REIMS		REIMS	REIMS
80 AMIENS	LILLE	CMR AMIENS		AMIENS	-
76 ROUEN	ROUEN	CPAM ROUEN	CPAM ORLEANS	ROUEN	ROUEN
37 TOURS	ORLEANS	CPAM TOURS		TOURS	ORLEANS
45 ORLEANS	ORLEANS	MSA ORLEANS		-	ORLEANS
14 CAEN	ORLEANS	CPAM CAEN		CAEN	CAEN
21 DIJON	DIJON	CPAM DIJON		DIJON	AUTUN
59 LILLE	LILLE	CPAM LILLE		LILLE	LILLE
54 NANCY	NANCY	CPAM NANCY		NANCY	NANCY
57 METZ THIONVILLE	STRASBOURG	CPAM METZ		METZ	NANCY
67 STRASBOURG	STRASBOURG	CPAM STRASBOURG		STRASBOURG	STRASBOURG
25 BESANCON	DIJON	CPAM BESANCON		BESANCON	BESANCON
44 NANTES	NANTES	CPAM NANTES		NANTES	NANTES
49 ANGERS	NANTES	CPAM ANGERS		ANGERS	NANTES
29 BREST	RENNES	CPAM BREST		LANDERNEAU	QUIMPER
35 RENNES	RENNES	CPAM RENNES		RENNES	QUIMPER
86 POITIERS	LIMOGES	CPAM POITIERS		POITIERS	NIORT
33 BORDEAUX	BORDEAUX	CPAM BORDEAUX		BORDEAUX	BORDEAUX
31 TOULOUSE	TOULOUSE	CPAM TOULOUSE		TOULOUSE	TOULOUSE

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE	CRAM DE	ORGANISME PIVOT	ORGANISME RELAIS		
			REGIME GENERAL	MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE de	TRAVAILLEURS NON SALARIES CMR de
87 LIMOGES 38 GRENOBLE 42 SAINT-ETIENNE 69 LYON 63 CLERMONT-FERRAND 30 NIMES 34 MONTPELLIER 06 NICE 13 MARSEILLE	LIMOGES LYON LYON LYON LYON MONTPELLIER MONTPELLIER MARSEILLE MARSEILLE	MSA LIMOGES CPAM GRENOBLE CPAM ST ETIENNE CPAM NIMES MSA MONTPELLIER CPAM NICE	CPAM LIMOGES CPAM MONTPELLIER	- GRENOBLE GRENOBLE ST ETIENNE LYON CLERMONT-FERRAND - NICE MARSEILLE	LIMOGES GRENOBLE LYON LYON LYON CLERMONT-FERRAND MONTPELLIER NICE MARSEILLE

