

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

01/07/86

Origine :

DGR

ENSM

MM les Médecins Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de la REUNION

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

DGR n° 1957/86 - ENSM n° 1071/86

Plan de classement :

30	244				
----	-----	--	--	--	--

Objet :

EXERCICE DU CONTROLE MEDICAL DE LA SECURITE SOCIALE DANS LES ETABLISSEMENTS, SERVICES ET INSTITUTIONS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX.

La CNAMTS apporte des précisions sur la circulaire du 29 janvier 1986 suite à des questions posées par des services administratifs des CPAM et les services médicaux des échelons régionaux.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Com.circ	DGR	1869/86	ENSM	1027/86
----------	-----	---------	------	---------

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

MM les Médecins Conseils Régionaux

01/07/86

M le Médecin Chef de la REUNION

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

N/Réf. : DGR N° 1957/86 - ENSM N° 1071/86

Objet : Exercice du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale dans les établissements, services et institutions sanitaires et médico-sociaux. L'attention des services de la Caisse Nationale ayant été appelée sur l'application de la circulaire DGR n° 1869/86 - ENSM n° 1027/86 du 29 janvier 1986 sur le sujet visé en objet, un certain nombre de précisions sont apportées par la présente instruction.

I - CHAMP D'APPLICATION

Contrairement à certaines interprétations, je vous rappelle que le décret n° 84-1042 du 28 novembre 1984 ainsi que la circulaire interministérielle d'application visent l'ensemble des établissements, services et institutions sanitaires et médico-sociaux recevant des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Par contre, les missions d'analyse médicale de l'activité des services, départements, unités médicales ou médico-techniques ainsi que la procédure de suppression de la demande de prolongation de prise en charge SP₁₀ par suspension de l'article L.162-30 du Code de la Sécurité Sociale, ne visent que les établissements sanitaires publics et privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

II - LIMITATION DU TARIF DE RESPONSABILITE

21 - Inadéquation à la structure

211 - Procédure

Cette modalité est applicable en cas d'inadéquation du malade à la structure dans laquelle il se trouve. En conséquence, une limitation peut être opposée si :

- le chef de service maintient le malade dans la structure alors qu'une structure plus adaptée est disponible,
- ou s'il n'existe aucune structure adaptée disponible.

Dans les deux cas, l'application de la limitation est une décision médicale applicable après concertation avec le chef de service, et n'ayant pu permettre de trouver une solution mieux adaptée. Le contentieux est dans ce cas, l'expertise médicale du 7 janvier 1959.

212 - Accord tacite

Par accord tacite, il convient de considérer l'absence de réponse de la Caisse gestionnaire dans le délai de 45 jours dans les établissements visés par la dotation globale prévue par la loi du 19 janvier 1983.

213 - Force majeure

Dans l'attente d'une définition ministérielle, il faut entendre par force majeure, des cas exceptionnels et imprévisibles indépendants de la volonté du malade et du médecin qui accueille ce dernier pour des raisons d'extrême urgence, d'intempéries, de cataclysme, etc... En conséquence, le malade n'a pu être transporté dans la structure la mieux adaptée à son état.

214 - Notification du refus

Il appartient au Médecin Conseil de communiquer les éléments nécessaires au service administratif pour établir la notification de refus, tels que la date à laquelle il considère le malade comme inadéquat à la structure ainsi que le type de structure la plus adaptée à son état.

22 - Etablissement le plus proche

Les décrets n° 64-881 du 21 août 1964 et 73-183 du 22 Février 1973 ne s'appliquent qu'aux établissements sanitaires publics ou privés. Toutes les notifications de refus sont d'ordre médical. Le contentieux relève de l'expertise médicale du 7 janvier 1959.

III - INFORMATION ET AVIS PREALABLE DU CONTROLE MEDICAL

31 - Champ des moyens et longs séjours

Le moyen séjour, outre le moyen séjour pour personnes âgées, comprend les disciplines suivantes :

- chroniques,
- convalescence, repos et régime,
- rééducation fonctionnelle,
- cure thermale,
- post-cure,
- lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires,
- cure médicale pour enfance,
- autres cures médicales.

Les pages 120, 121 et 122 du lexique des nomenclatures PS₃ communiqué par le Département Statistiques, précisent les disciplines de prestations moyens et longs séjours concernées ainsi que les codes correspondants.

Ces disciplines ont été fixées par l'arrêté du 19 septembre 1983 relatif aux nomenclatures applicables aux unités de production des établissements sanitaires et sociaux et aux prestations qui y sont servies (bulletin officiel, fascicule spécial n° 83/14 bis).

Par contre, je vous précise que les établissements psychiatriques sont des établissements de court séjour à l'exception des centres de post-cure.

32 - Avis préalable

Cet avis préalable s'applique aussi bien aux structures publiques que privées sanitaires et médico-sociales (soins à domicile).

321 - Admission directe - définition

Il faut entendre par admission directe toute admission sans hospitalisation préalable à l'entrée dans le service de moyen ou de long séjour ou de soins à domicile pour les personnes de moins de 60 ans. L'entrée dans ces structures, prescrite au cours d'une consultation externe hospitalière, ne peut être assimilée à un transfert. La procédure de l'avis préalable est à respecter.

Il en est de même en cas d'admission en provenance du secteur médico-social, soins infirmiers à domicile compris.

322 - Document à utiliser

Prévu à l'annexe 1 de la circulaire du 29 janvier 1986 visée supra, ce document est en cours d'élaboration à l'UCANSS. Il appartient, jusqu'à sa diffusion complète, d'exiger une prescription avec certificat médical détaillé pour une durée précise et indiquant le mode de transport.

Le Médecin Conseil placé auprès de la Caisse gestionnaire du dossier de l'assuré prend position sur sa demande, la durée du placement et parallèlement sur le transport éventuel ainsi que sur l'exonération du forfait journalier hospitalier.

L'établissement qui reçoit le malade doit se mettre en rapport direct avec le prescripteur pour recevoir les éléments indispensables du dossier médical.

323 - Rôle du Contrôle Médical

L'avis préalable nécessite une décision obligatoire du Contrôle Médical placé auprès de la Caisse gestionnaire **dans les meilleurs délais** pour permettre la notification par les services administratifs.

33 - Information du Contrôle Médical

331 - Définition du transfert

Il doit exister une continuité permanente entre les placements dans les deux structures de soins. Toutefois, par référence à la circulaire ministérielle n° 1554 du 18 mai 1978, transmise par circulaire SDAM n° 766/78 - ENSM n° 294/78 du 20 juin 1978, il peut être admis une interruption de courte durée **pour des raisons administratives**.

Dans tous les cas, la prescription médicale du transfert doit émaner du médecin hospitalier de l'établissement d'origine.

Par ailleurs, en cas de transfert vers une unité de moyen ou long séjour, d'un service d'hospitalisation à domicile ou de soins à domicile (personnes âgées de plus de 60 ans) à l'intérieur d'une même entité juridique, la formalité du bulletin d'information doit être respectée.

332 - Bulletin d'information (SP₃₀)

Ce bulletin est établi par le médecin de la structure qui reçoit le malade. Ce document n'est pas remis par les Caisses. Les établissements doivent se les procurer auprès d'imprimeurs spécialisés.

A titre transitoire, en l'absence de ces documents, les médecins doivent établir un certificat comportant les mêmes informations que celles figurant sur le SP₃₀ en respectant les règles déontologiques.

333 - Cas particulier de l'hospitalisation à domicile

Ainsi que le prévoit l'article 6 (2ème alinéa) du décret n° 84.1042 du 28 novembre 1984, l'admission en hospitalisation à domicile n'est pas soumise à la procédure de l'avis préalable que celle-ci fasse suite à une hospitalisation ou soit prescrite lors d'une consultation externe hospitalière par application de la circulaire ministérielle du 12 mars 1986 (JO du 19 mars 1986). Un bulletin d'information doit être adressé dans les conditions prévues par les instructions interministérielles.

334 - Imprimé administratif à utiliser

Il est confirmé que dans cette situation, l'établissement établit une demande de prise en charge (réf. 614 ou SP₄ selon le cas) ou présomption ainsi que l'indique l'annexe II de la circulaire du 29 janvier 1986.

Pour les établissements non en budget global, la notification est réalisée selon la catégorie d'établissement soit à l'aide de :

- volet 3 de la réf. 614 (ex. certaines maisons de santé médicales spécialisées),
- réf. 212 (ex. rééducation fonctionnelle),
- réf. 600 (ex. maison de repos).

Par ailleurs, pour faciliter la tâche de l'établissement qui reçoit le malade, vous voudrez bien conseiller à l'établissement qui adresse celui-ci de fournir la photocopie de l'accord de prise en charge, lorsqu'il le possède, ou les éléments qui ont permis de déterminer la situation du patient au regard de l'assurance maladie.

Un bulletin de séjour, avec s'il y a lieu, l'indication du K opératoire, sera joint.

335 - Rôle du Contrôle Médical

Dans tous les cas où il y a information du Contrôle Médical, le Médecin Conseil n'a pas à émettre un avis préalable.

IV - PROLONGATION DE PRISE EN CHARGE (SP₁₀)

Avant l'intervention de la circulaire interministérielle n° 86-1 du 9 janvier 1986, la situation était la suivante :

- l'article L 280 (devenu article L 162-30) faisait obligation aux établissements d'aviser la Caisse si le séjour du malade devait se poursuivre au-delà du 20ème jour,
- dans les établissements soumis à entente préalable, un nouvel accord du Contrôle Médical était nécessaire au-delà de l'accord initialement donné par celui-ci.

Enfin, il est rappelé que le 1er alinéa de l'article L.162-30 prévoit que "les établissements d'hospitalisation publics ou privés sont tenus d'aviser la Caisse Primaire intéressée, dans un délai lui permettant d'assurer son contrôle, si le séjour du malade paraît devoir être prolongé au-delà d'un délai déterminé, sauf s'il s'agit d'un malade mentionné aux 3° et 4° de l'article L 322-3".

Compte tenu des nouvelles dispositions, les formalités de prolongation de séjour se déterminent ainsi :

41 - Court séjour

- établissements publics et privés participant au service public hospitalier :

- pas de prolongation de séjour au-delà du 20ème jour. Pas de bulletin d'information ; Le Contrôle Médical de la Caisse peut intervenir à tout moment. Cette suspension n'est applicable que si les éléments de la contrepartie de cette mesure de simplification administrative sont respectés.

Dans le cas contraire, le service médical peut être amené à rétablir cette procédure dans tout ou partie d'un établissement.

- autres établissements privés :

- maintien des prolongations au-delà du 20ème jour selon les articles L.162-30 et R.162-45. Pas de bulletin d'information. Contrôle médical inchangé (selon Convention type de 1978 pour les établissements privés conventionnés avec les Caisses).

42 - Moyen et long séjours, soins à domicile pour les personnes âgées Hospitalisation à domicile (HAD)

* établissements publics et privés participant au service public hospitalier

- Admission directe (sauf HAD) :

. avis préalable,

. durée accordée par le Contrôle Médical placé auprès de la Caisse gestionnaire. Le Contrôle Médical du lieu d'implantation de l'établissement n'intervient pas sur le déplacement et sa durée durant cette période.

. prolongation à échéance de la durée initialement accordée, adressée au Contrôle Médical du lieu d'implantation de l'établissement.

- Transfert

. bulletin d'information réalisé par le service receveur ; les éléments du dossier médical sont transmis directement par le service prescripteur au service receveur.

. pas de durée initiale accordée par le Contrôle Médical,

. prolongation de séjour à échéance de la durée prescrite, sauf avis contraire du Médecin Conseil, adressée au Contrôle Médical du lieu d'implantation de l'établissement,

. Le Contrôle Médical peut se prononcer à tout moment durant la phase initiale quant au placement et à la durée prescrits.

- autres établissements privés :

- admission directe (sauf HAD)

. même disposition que pour les établissements publics,

- transfert

. bulletin d'information,

. pas de durée initiale accordée par le Contrôle Médical,

. prolongation de séjour au-delà du 20ème jour en application de l'article L.162-30. Pour les malades relevant de l'article L.322-3 (3° et 4°), la prolongation est demandée à échéance de la durée initialement prescrite.

V - DIVERS

- Commission article 35 - Observations du Contrôle Médical

Ainsi que le prévoit l'article 35 du décret 88-744 du 11 août 1983, les observations du Contrôle Médical annexées à l'avis de la Commission interrégimes ne sont transmises à l'établissement concerné ainsi qu'à l'autorité administrative que lors de la communication de l'avis lui-même et non antérieurement ou indépendamment.

Les présentes précisions s'appliquent à réception de cette circulaire. Vous voudrez bien les porter à la connaissance des établissements pour ce qui les concerne et me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer pour l'application de ces instructions.

Dominique COUDREAU