

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
24/03/88

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins-Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de Service à LA REUNION

Réf. :

CABDIR n° 27/88

Plan de classement :

2414	2431				
------	------	--	--	--	--

Objet :

PRÉSUMPTION DE PRISE EN CHARGE DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION
PUBLICS OU PRIVÉS.

Extension des règles de la présomption de prise en charge aux établissements privés visés par l'article L. 162-22
du Code de la Sécurité Sociale.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

IMMEDIATE

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

24/03/1988

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

Origine :
CABDIR

MM les Médecins-Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de Service à LA REUNION
(pour attribution)

MME et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : CABDIR n° 27/88

Objet : Présomption de prise en charge dans les établissements d'hospitalisation publics ou privés.

En 1981, la CNAMTS généraliserait la carte d'assuré social. Cette opération, qui se situait dans le cadre des simplifications administratives, avait également pour objectif de simplifier les liaisons entre les Caisses et les établissements hospitaliers publics et privés lors de l'admission du malade.

Dans un premier temps, par circulaire DGR n° 1330/82 - DGA n° 19/82 - ENSM n° 641/82 du 3 août 1982, la procédure de prise en charge avait été remplacée par un simple avis d'admission dans les établissements d'hospitalisation publics ou privés participant au service public hospitalier (à l'exception des établissements où l'accord médical préalable était obligatoire).

Lors de la généralisation du financement par dotation globale des mêmes établissements, la formule de présomption s'est substituée (circulaire interministérielle n° 84 H 1298 du 23 octobre 1984 diffusée par circulaire Cabinet du Directeur n° 1/84 du 9 octobre 1984).

Dans ce cadre, des instructions ministérielles ont étendu l'usage de la carte d'assuré social à l'ensemble des régimes.

La présente circulaire a pour objet d'étendre les règles de la présomption aux établissements privés visés par l'article L 162.22 du Code de la Sécurité Sociale.

Cette instruction a été réalisée en accord avec les représentants de la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non Salariés des Professions Non Agricoles. S'agissant des établissements privés conventionnels, les nouvelles dispositions ont reçu un accord de la part des organisations professionnelles et du représentant des Pouvoirs Publics lors de la réunion de la Commission Paritaire Nationale de l'Hospitalisation Privée du 17 mars 1988.

I - ETABLISSEMENTS PRIVES A TARIFICATION CONVENTIONNELLE

Une enquête réalisée par la CNAMTS au 4ème trimestre 1987 a permis de constater que 40 % des CPAM avaient déjà admis le principe de la présomption en clinique privée et que d'autres CPAM négociaient cette mise en place. Il s'agit donc d'officialiser cette procédure et de l'appliquer dans les conditions fixées par le tableau joint en annexe.

S'agissant plus particulièrement de l'application de la règle de la limitation à l'établissement le plus proche et indépendamment des dispositions de l'article 12, 3ème alinéa, du décret n° 73.183 du 22 février 1973, celle-ci ne sera plus appliquée pour les malades domiciliés dans le département siège de l'établissement hospitalier. Il est rappelé par ailleurs qu'elle n'avait pas lieu d'être examinée en cas d'admission en urgence.

Enfin, pour éviter les distorsions qui ont uniquement pour origine les différences dans les modalités de calcul des tarifs, il convient d'établir la comparaison entre les établissements de même nature juridique, susceptible de dispenser les mêmes soins, à savoir :

- pour les établissements privés conventionnés, comparaison avec les autres établissements privés conventionnés uniquement,
- pour les établissements en dotation globale, comparaison avec des établissements en dotation globale.

S'agissant de la convention-type telle que prévue par l'arrêté du 29 juin 1978, celle-ci sera aménagée ultérieurement pour tenir compte de ces nouvelles dispositions.

Il est rappelé que le dispositif de présomption ne supprime pas les règles spécifiques d'entente préalable liées à l'application de la NGAP, du TIPS, etc...

S'agissant des soins externes, à savoir exclusivement les actes nécessitant l'utilisation justifiée médicalement de la salle d'opération, la présomption est également applicable dans le cadre défini ci-dessus (département et application des nomenclatures).

Pour la mise en place, il est demandé à chaque Caisse Primaire en liaison avec les organismes locaux des autres régimes d'informer les établissements concernés de ces nouvelles dispositions.

Traitements informatiques

Les établissements privés transmettent leurs factures par support magnétique au centre informatique (CETELIC) et indiquent dans l'enregistrement, position 58, l'origine des droits ou de la facturation :

- 0 pas de pièce justificative
- 1 pièces justificatives diverses autres que Carte d'Assuré Social (bulletin de salaire, attestation de droits, etc...)
- 2 droits ouverts sur carte d'assuré social
- 3 prise en charge délivrée par la CPAM

Cette codification demeure valable et sera servie par l'établissement avec des valeurs différentes de 0 à 3, s'il utilise la procédure de présomption de droits.

De la même façon, les CPAM adapteront leur fichier paramètre (interface TIERS OD) en fonction des accords passés avec les établissements et de la mise en service par ceux-ci de cette nouvelle procédure.

II - ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La présomption d'ouverture des droits avait pour objectif de ne plus utiliser la demande de prise en charge qu'à la marge et de permettre aux établissements une facturation plus rapide sur les deuxièmes débiteurs. Ces dispositions ne paraissent pas avoir encore reçu une totale application et il serait opportun que chaque Caisse-pivot intervienne auprès des établissements concernés pour relancer la procédure prévue par la circulaire interministérielle du 23 octobre 1984 déjà citée, complétée par la circulaire interministérielle n° 86 H 242 du 22 mai 1986 (Circulaire Cabinet du Directeur n° 13/86 du 7 juillet 1986).

Vous voudrez bien me faire part des difficultés rencontrées dans l'application de ces nouvelles dispositions (Division de l'Hospitalisation et de la Carte Sanitaire, 43.20.11.33, poste 91245, M. ALZON).

Dominique COUDREAU

ANNEXE

DISPENSE DE L'ENVOI D'UN "AVIS D'ADMISSION - PRISE EN CHARGE"

Présomption de prise en charge

Sous réserve des règles de limitation à l'établissement le plus proche, l'établissement est dispensé de l'envoi d'un "avis d'admission - prise en charge" dans les cas suivants :

REGIMES	RISQUES	CONDITIONS
- Général - Agricole - Spéciaux	Maternité	Présentation du carnet de maternité et carte d'assuré social pour vérifier s'il n'y a pas eu changement de Caisse d'affiliation.
- Non Salariés Non Agricoles	Maternité	Présentation du carnet de maternité et carte d'assuré social avec "droits en cours de validité"
- Général - Agricole - Non Salariés Non Agricoles - Spéciaux	Maladie	Présentation de la carte d'assuré social avec "droits en cours de validité" et forfait journalier à la charge du malade.
- Général - Agricole - Non Salariés Non Agricoles - Spéciaux	Tous risques	- Accord préalable de la Caisse après avis du Contrôle Médical - Hospitalisation programmée - Constatation de l'ouverture des droits par un agent de la Sécurité Sociale présent à l'établissement - Présentation par le malade de pièces justificatives de l'ouverture des droits et permettant d'identifier l'organisme d'Assurance Maladie gestionnaire, dont la liste est fixée par convention entre l'hôpital et les Caisses d'Assurance Maladie.
- Exploitants agricoles	Accident de la vie privée	- Lorsque sur la carte d'assuré social "AMEXA" figure la mention "A" pour le bénéficiaire concerné signifiant que ce risque est pris en charge par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.