

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

04/06/93

Origine :

CABDIR

MMES et MM les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de Service de la Réunion

Pour attribution

Réf. :

CABDIR n° 6/93

Plan de classement :

2414

Objet :

CIRCULAIRE N° 14 DU 26 MARS 1993, RELATIVE A L'APPLICATION DU DECRET N° 92-1210 DU 13 NOVEMBRE 1992.

Modalités de fonctionnement médical à l'hôpital local.

Pièces jointes :

0 1

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DESMES/M. POUILLOUX - DARDO/Mme SADOUL - ENSM/Dr. SORIN

Téléphone :

42.79.33.62.

42.79.33.92.

42.79.34.23.

CABINET DU DIRECTEUR

04/06/93
Origine :
CABDIR

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

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de Service de la Réunion
Pour attribution

CABDIR n° 6/93

Objet : Modalités de fonctionnement médical à l'hôpital local.

Je vous prie de trouver en annexe de la présente, la circulaire ministérielle n° 14 du 26 mars 1993, relative à l'application du décret 92-1210 du 13 novembre 1992, relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux.

Cette instruction des Pouvoirs Publics

- définit l'hôpital local en fonction des dispositions introduites par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et le décret d'application du 13 novembre 1992,
- précise les modalités particulières du fonctionnement médical des hôpitaux locaux,
- indique les conditions de rémunération des médecins généralistes et de financement des autres intervenants médicaux,

- donne des précisions sur le contenu de la convention prévue par l'article L. 711-6 du Code de la Santé Publique.

L'attention des Caisses est particulièrement appelée sur le nouveau fonctionnement médical de l'hôpital local et de ses conséquences dans la prise en charge par l'Assurance Maladie des prestations médicales.

❶ Le décret du 13 novembre 1992 ouvre l'accès de l'hôpital local à un plus grand nombre de catégories de praticiens

- des praticiens hospitaliers qui peuvent dorénavant être recrutés par l'hôpital local pour des soins de suite ou de longue durée (article R. 711-6-15 du Code de la Santé Publique) ; dans ce cas il n'y a pas d'exercice de médecins généralistes libéraux,
- des médecins spécialistes du ou des établissement(s) de santé publics ou privés participant au service public hospitalier ayant passé convention (article R. 711-6-6 du Code de la Santé Publique) ou des médecins spécialistes libéraux auxquels l'hôpital peut faire appel à titre exceptionnel (article R. 711-6-7. du Code de la Santé Publique). Les honoraires de ces médecins spécialistes ainsi que les frais de déplacement sont versés par l'hôpital local au praticien. L'hôpital local intègre ces frais dans ses dépenses de fonctionnement qui seront couverts par la dotation globale.
- des médecins généralistes libéraux qui sont toujours autorisés sur leur demande à exercer à l'hôpital local (article R. 711-6-9. du Code de la Santé Publique) pour des soins de médecine mais également pour des soins de suite ou de longue durée.

Selon l'article R. 711-6-4. du Code de la Santé Publique, l'hôpital local dispense :

- des soins de courte durée en médecine,
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion,
- des soins de longue durée comportant un hébergement pour des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Pour les soins de courte durée en médecine et les soins de suite, les honoraires des médecins généralistes sont pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie ; les honoraires des actes dispensés en soins de longue durée sont inclus dans les dépenses de fonctionnement de l'hôpital local et couverts par sa dotation globale.

② Conditions de remboursement des honoraires des médecins généralistes

L'article R. 711-6-19 du Code de la Santé Publique a limité l'activité des médecins généralistes selon un quota d'actes.

10% des honoraires sont reversés par le médecin généraliste à l'hôpital local. Par ailleurs, les honoraires sont remboursés sur la base de 85% de la valeur des actes en C et en K.

Un relevé mensuel comportant les actes réalisés dans la limite du quota imposé par le décret du 13 novembre 1992 est établi par chaque médecin généraliste selon le modèle joint en annexe de la circulaire ministérielle.

Il est à noter à ce propos que la moyenne des actes servant de base au calcul du quota est assise sur la globalité des actes pratiqués pendant le séjour du malade, quelle que soit la lettre clé de chaque acte (C ou K).

Le Directeur de l'hôpital local transmet aux CPAM ce relevé mensuel au cours de la première quinzaine du mois qui suit celui de la réalisation des actes.

Il est par ailleurs précisé que l'imprimé "relevé mensuel d'honoraires médicaux" est réalisé par l'imprimeur BERGER LEVRAULT et mis à disposition des hôpitaux locaux.

2.1 Présentation de la demande de remboursement

Les actes accomplis par les médecins généralistes libéraux au profit des patients admis pour des soins de courte durée en médecine et en soins de suite dans les hôpitaux locaux sont remboursés aux médecins en sus de la dotation globale versée à l'établissement.

Les Caisses sont amenées à procéder au paiement dès lors qu'elles reçoivent l'état récapitulatif mensuel par médecin et par malade (cf modèle joint en annexe) co-signé par le Directeur de l'hôpital ainsi que le médecin auteur des actes, et auquel sont jointes les feuilles de soins correspondantes.

2.2 Modalités de liquidation

Le règlement des honoraires est effectué directement au médecin généraliste sur la base des tarifs conventionnels et au moyen de la

procédure de tiers-payant ce qui entraîne la suppression de la deuxième domiciliation au fichier ETACET.

Il intervient sur la base de 85% de la valeur de l'acte en C ou en K et doit suivre la prise en charge du séjour hospitalier (80% ou 100% si exonération du ticket modérateur).

Les Caisses procèdent à la saisie des identifiants

- numéro FINESS de l'hôpital
- numéro du praticien
- des disciplines de prestations (codes discipline de médecine ou réadaptation) soins de suite
- code prestation C, K.

Un forçage du prix unitaire s'effectuera dans l'attente de la livraison du logiciel permettant le calcul automatique des montants.

Les conditions de prise en charge des actes en "Z" seront ultérieurement précisées par le Ministre.

Le Directeur de l'hôpital local procède à la vérification de la conformité de l'activité du médecin avec les normes définies à l'article R. 711-6-19 du Code de la Santé Publique. L'hôpital local assure l'entière responsabilité des actes médicaux dispensés en son sein par les médecins généralistes.

Il constitue l'interlocuteur de l'Assurance Maladie pour tout litige portant sur des anomalies constatées dans les facturations des honoraires des médecins généralistes.

2.3 *Suivi statistique de l'activité médicale*

Lorsque le séjour du malade nécessite l'utilisation de plusieurs relevés mensuels d'honoraires médicaux, l'indication des dates de séjour et du nombre d'actes figurant sur le précédent relevé est portée sur chaque imprimé, ce qui permet le calcul du quota des actes tel que défini à l'article R. 711-6-19 du Code de la Santé Publique, mais également le suivi de l'activité du praticien par séjour.

L'hôpital local transmet par ailleurs à la Caisse Pivot et à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie un état récapitulatif annuel du suivi de l'activité médicale de chaque médecin généraliste pour son exercice en soins de médecine, soins de suite et soins de longue durée.

Ce document doit être examiné en concertation par la CRAM, la Caisse Pivot et l'Echelon Régional du Service Médical. Il est à prendre en compte dans les observations à émettre dans le cadre de la Commission d'examen des budgets hospitaliers.

En cas d'anomalies constatées, des actions de gestion du risque devront être menées conjointement.

④ La convention

La circulaire des Pouvoirs Publics prévoit la transmission de la convention signée par l'hôpital local avec un Centre Hospitalier ou un établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier à la CRAM et à la Caisse Pivot dont relève l'hôpital local.

Ce document sera tenu par les Caisses à la disposition des autres organismes responsables de la Gestion des Régimes d'Assurance Maladie.

Cette convention précise notamment :

- 1) les modalités de l'organisation des prestations médicales à développer entre l'hôpital local et l'établissement de santé,
- 2) Les conditions d'accès au plateau technique,
- 3) L'obligation pour l'hôpital local de créer un dossier médical,
- 4) Les conditions d'un traitement compatible des informations médicales.

S'agissant du financement des examens ou soins spécialisés dispensés dans le cadre de la convention, l'instruction des Pouvoirs Publics prévoit que les conditions d'indemnisation par l'hôpital local des prestations fournies par les établissements de santé co-contractant doivent être fixées dans la convention. Il ne peut toutefois s'agir que d'un échange de prestations médicales entre l'hôpital local qui impute les frais dans ses dépenses de fonctionnement qui seront couverts par la dotation globale et l'établissement de santé co-contractant.

Par ailleurs des consultations externes spécialisées peuvent être organisées au sein de l'hôpital local par les praticiens de ou des établissements de santé ayant passé convention.

Ces consultations externes sont considérées comme une activité de l'hôpital local. Les frais sont couverts par la dotation globale. Les consultations externes donneront lieu à l'établissement d'un état semestriel dans les mêmes conditions que pour les autres établissements publics.

⑤ **Date d'application**

La date d'application du décret est immédiate.

Les dispositions financières s'appliquent au 1er janvier 1993. Néanmoins, les dossiers réglés à ce jour concernant des actes réalisés à compter du 1er janvier 1993 ne donneront lieu à aucune régularisation.

Le Directeur
de la gestion du risque

J.P PHELIPPEAU

PJ : *Circulaire ministérielle n° 14 du 26 mars 1993*