

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

06/05/99

Origine :

DGR

ENSM

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Régionales de l'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins Conseils Chefs des Services des

Echelons Locaux

M le Médecin Chef de Service de La Réunion

Pour attribution

MMES et MM les Directeurs

- des Agences Régionales de l'Hospitalisation

MMES et MM les Directeurs

- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Pour information

Réf. :

DGR N° 41/99

ENSM N° 19/99

Plan de classement :

2430	2431				
------	------	--	--	--	--

Objet :

MISE EN ŒUVRE DE L'ARTICLE 17-III-3 DU CONTRAT-TYPE DU 15 AVRIL 1997. PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS NECESSITES PAR LES AFFECTIONS DIFFERENTES DE CELLES QUI MOTIVENT L'HOSPITALISATION, DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES SOUS CONTRAT L.710.16.2 DU C.S.P, DE PSYCHIATRIE ET DE SOINS DE SUITE.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/DOS – Xavier ROMULUS/A.F. SIMS-LAGADEC – ENSM – M. AOUSTIN – M.F. SORIN – M. RICATTE

Téléphone :

01.42.79.35.63.

01.42.79.34.93.

01.42.79.34.41. 01.42.79.34.23. 01.42.79.34.58.

**Direction Déléguée aux Risques
Echelon National du Service Médical**

06/05/99

Origine :
DGR
ENSM

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

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins Conseils Chefs des Services des
Echelons Locaux

M le Médecin Chef de Service de La Réunion
Pour attribution

MMES et MM les Directeurs
- des Agences Régionales de l'Hospitalisation
Pour information

MMES et MM les Directeurs
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
Pour information

N/Réf. : DGR – N° 41/99

ENSM – N° 19/99

Objet : Mise en œuvre de l'article 17-III-3 du contrat-type du 15 avril 1997. Prise en charge des médicaments nécessités par les affections différentes de celles qui motivent l'hospitalisation, dans les établissements de santé privés sous contrat L.710.16.2 du C.S.P, de psychiatrie et de soins de suite.

I. RAPPEL DU CHAMP

PRESENTATION

Lors des négociations du contrat national et de l'annexe n°1 de ce contrat (contrat type), les partenaires avaient souhaité combler le vide juridique qui caractérisait la prise en charge des médicaments liés à des affections différentes de celles ayant motivé l'hospitalisation des malades dans les disciplines de psychiatrie et de soins de suite (repos et convalescence, rééducation fonctionnelle), par dérogation au principe actuel du forfait pharmacie tout compris institué par le décret du 14-9-1988 modifié en 1992 et 1993.

L'objectif du nouveau dispositif introduit à cet effet par l'article 17-III-3 du contrat type, vise à couvrir les besoins en médicaments de malades hospitalisés et atteints de certaines maladies préexistantes ou intercurrentes, différentes dans tous les cas de celles qui ont motivé leur hospitalisation, dès lors que les dépenses afférentes sont médicalement justifiées et ne sont pas couvertes par le forfait pharmacie.

La mise en application de ces nouvelles dispositions suppose que l'on fasse coexister dans ces établissements deux modes de prises en charge : l'un, compris dans le forfait pharmacie, l'autre, facturable en sus à l'acte, dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur.

Il est nécessaire dans ces conditions d'assurer le suivi des prescriptions pharmaceutiques émanant des différents prescripteurs en vue de maîtriser les interactions médicamenteuses et les redondances éventuelles, dans un souci de qualité des soins et de bon usage des médicaments.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions dans lesquelles la prise en charge des médicaments liés à des maladies intercurrentes ou préexistantes est effectuée.

1 Maladie préexistante

Est considérée comme relevant de la maladie préexistante toute pathologie suivie et traitée en ville, sans rapport direct ou indirect (cause et/ou conséquence) avec la pathologie motivant l'hospitalisation.

Cette pathologie préexistante et le traitement en rapport, devront être clairement individualisés sur la demande d'entente préalable.

Exemple : Hospitalisation pour rééducation d'une hémiplégie,

** Malade traité depuis plusieurs années pour diabète. Il s'agit d'une maladie préexistante et le traitement sera facturé en sus.

** N'est pas considérée comme maladie préexistante l'HTA causale. Le traitement est donc inclus dans le forfait.

2 Maladie intercurrente

Est considérée comme relevant de la maladie intercurrente toute pathologie survenant de façon inopinée pendant l'hospitalisation, différente de la pathologie d'entrée, ou d'une pathologie justifiant la poursuite de l'hospitalisation, et sans rapport direct ou indirect (cause et/ou conséquence) avec elle.

Exemple : Malade hospitalisé pour convalescence après hystérectomie, fait une chute avec fracture,

** pendant le temps de la convalescence, il s'agit d'une pathologie intercurrente, et le traitement est pris en sus ;

** si le séjour se prolonge en raison de la fracture, les soins sont alors compris dans le forfait pharmacie.

Les traitements prescrits au titre de maladie(s) préexistante(s) ou intercurrente(s) répondant aux conditions ci-dessus définies sont pris en charge à titre exceptionnel "à l'acte" sur la base d'une prescription individuelle détaillée qui doit être jointe au bordereau 615.

Le forfait pharmacie qui demeure le principe de base concernant la rémunération des dépenses pharmaceutiques dans ces établissements, couvre l'ensemble des traitements médicamenteux concernant la (les) pathologie(s) ayant motivé l'hospitalisation, ou justifiant la poursuite du séjour (y compris les causes et conséquences).

Exemple : malade hospitalisé pour fracture traitée par immobilisation plâtrée,

** le traitement d'une éventuelle phlébite est incluse dans le forfait.

II- PRESCRIPTION

Sur les avis ou au vu des prescriptions du médecin traitant du malade dans le cadre de la maladie préexistante, ou du praticien appelé comme consultant au cours de l'hospitalisation le cas échéant, dans le cadre d'une pathologie intercurrente, le médecin de l'établissement responsable du suivi du malade établit la prescription.

En effet, il incombe à la responsabilité de ce seul praticien de s'assurer de la continuité des soins et du suivi des thérapeutiques, ainsi que de la cohérence de l'ensemble du traitement, notamment de l'absence d'interactions médicamenteuses.

III- DELIVRANCE

La délivrance du traitement est effectuée par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement sous la responsabilité du pharmacien de l'établissement ou, le cas échéant, du praticien responsable des médicaments de l'établissement.

Le pharmacien assure la gestion des approvisionnements et le bon usage des médicaments en termes d'association et d'interaction médicamenteuses. Dans l'éventualité où l'établissement ne serait pas doté d'une pharmacie à usage intérieur l'approvisionnement auprès d'une officine est acceptée.

Par conséquent, pendant toute la durée de l'hospitalisation du malade, aucune prescription médicale ne doit donner lieu à délivrance directe par une officine de ville.

Les médicaments correspondant à la prescription de sortie, utiles à la poursuite d'un traitement au domicile du patient, ne peuvent être délivrés par la pharmacie de l'établissement en l'absence du cadre réglementaire.

IV- FACTURATION

L'ensemble des prescriptions est pris en charge au titre de prestations délivrées à des malades hospitalisés, et la facturation en résultant doit être établie sur le bordereau 615 qui constitue la feuille de soins. Celui-ci regroupe toutes les prestations dont bénéficie l'assuré dans le cadre de son hospitalisation, conformément aux dispositions du décret n° 97-1321 du 30 décembre 1997.

L'établissement devra à cet effet joindre au bordereau de facturation 615 :

- la prescription du médecin portant mention du nom de l'établissement dans lequel les soins ont été donnés,
- un exemplaire de la facture acquittée justifiant l'engagement par l'établissement des dépenses de médicaments exposées.

Les caisses acceptent le remboursement de ces produits sur la base des prix réellement facturés à l'assuré, déduction faite des ristournes et réductions de prix éventuellement consentis. **Aucune marge ne pourra être facturée par l'établissement.**

L'assuré ne peut par conséquent être remboursé à titre individuel d'aucune facturation de médicaments pendant toute la durée de son hospitalisation dans l'établissement.

Dès lors que les dépenses de médicaments dispensés dans le cadre de l'article 17-III-3 sont liées à l'hospitalisation du malade, un taux de remboursement unique de 80% leur est applicable, sauf dans les cas d'exonération du ticket modérateur (100%) prévus par la réglementation.

V- TELETRANSMISSION

Des opérations de maintenance informatique devront à terme permettre la télétransmission des facturations spécifiques à ces médicaments et d'assurer le suivi et l'évaluation des dépenses correspondantes.

Dans l'attente, il y a lieu d'appliquer les règles de facturation exposées ci-dessus.

Les caisses devront néanmoins s'assurer de l'indication d'informations nécessaires contribuant à la maîtrise et au suivi de ces dépenses, en particulier, celles concernant la date de prescription et l'identifiant du prescripteur, ainsi que toutes indications permettant le rapprochement de la prescription de la feuille de séjour du malade.

VI- MEDICAMENTS DANS ET HORS FORFAIT

Cette possibilité de facturer des médicaments en sus du forfait offre un avantage aux établissements, mais il conviendra que les services administratifs et médicaux des caisses restent vigilants afin que le forfait pharmacie ne soit pas vidé de son contenu.

En effet, l'hospitalisation dans ces établissements ne saurait ouvrir droit systématiquement à la facturation supplémentaire des médicaments liés à des affections préexistante ou intercurrente.

Les traitements prescrits au titre de ces affections ne correspondent en réalité qu'à un aménagement ponctuel dans l'intérêt du malade et

demeurent de ce fait soumis à une justification médicale au vu de l'état de santé de chaque patient.

C'est pourquoi, dans tous les cas, l'ensemble des pathologies et des thérapeutiques devront obligatoirement figurer au **dossier médical** du patient hospitalisé.

De plus, la part des thérapeutiques relevant du forfait ou financées sur prescription devra y être mentionnée. Ce dossier comportera également les doubles de prescriptions transmises en facturation aux caisses.

VII - DATE D'APPLICATION

Les dispositions de l'article 17-III-3 sont en principe applicables à compter de la date de signature par chaque établissement du nouveau contrat qui le lie avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Ce dispositif ayant nécessité la définition d'un certain nombre de modalités pratiques, les caisses devront désormais accepter de rembourser les traitements prescrits au titre de ces maladies dans le respect des conditions qui sont définies par la présente circulaire.

Je vous remercie de bien vouloir me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de ces directives.

**Le Médecin Conseil
National**

**Le Directeur
de la Gestion du Risque**

Hubert ALLEMAND

Denis PIVETEAU