

CIRCULAIRE

CIR-14/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

26/07/2017

Domaine(s) :

gestion des prestations en nature

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Relations entre les hôpitaux et les Caisses de Sécurité Sociale dans le cadre de l'arrêt des demandes de prise en charge hors AT et RCT

Liens :

Plan de classement :

P06 P06-02

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ Directeurs	☒ CPAM	☐ CARSAT	☐ CNAMTS
☒ Agents Comptables	☐ UGECAM	☒ CGSS	☐ CTI
☐ DCGDR			
☒ Médecins Conseils	☒ Régionaux	☐ Chef de service	

Pour mise en oeuvre 1^{er} janvier 2018

Résumé :

Relations entre les hôpitaux et les Caisses de Sécurité Sociale dans le cadre de l'arrêt des demandes de prise en charge hors AT (Accident du Travail) et RCT (Recours Contre Tiers). La présente circulaire a pour objet d'apporter des précisions sur les nouvelles procédures d'arrêt des demandes de prise en charge hors AT et RCT.

Mots clés :

Budget Global (BDG) ; ETABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS ; ex DG ; ESPIC

Le Directeur
aux Opérations



Eric LE BOULAIRE

P/ La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Philippe ULMANN

CIRCULAIRE : 14/2017

Date : 26/07/2017

Objet : Relations entre les hôpitaux et les Caisses de Sécurité Sociale dans le cadre de l'arrêt des demandes de prise en charge hors AT et RCT

Affaire suivie par : Annie POUSSIN (DDGOS/SMOI) annie.poussin@cnamts.fr

I. RAPPEL DES DISPOSITIONS GENERALES INITIALES RELATIVES AUX DEMANDES DE PRISE EN CHARGE

Il est rappelé que depuis la loi du 19 janvier 1983¹ et le décret du 11 août 1983² et ³, les établissements sont tenus d'adresser à leur organisme pivot des demandes de prise en charge (imprimé SP4 - S3407) pour les assurés sociaux qui ne peuvent attester de leur identité, conformément aux dispositions de l'article L. 162-21, et - de l'ouverture de leurs droits aux prestations de l'assurance maladie.

Ils doivent de plus, enregistrer la décision des organismes gestionnaires - accord, refus, limitations, décisions suspensives - et transmettre à l'organisme pivot les informations relatives au séjour du malade.

II. CONTEXTE ACTUEL

A la suite d'une réserve émise par la Cour des comptes dans le cadre de la certification des comptes de la CNAMTS, l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a posé le principe d'une répartition des dépenses hospitalières sur la base des informations disponibles dans le PMSI.

¹ Loi n° 83.25 du 19 janvier 1983 (JO du 20/01/83) portant réforme du financement et de la gestion des établissements hospitaliers publics et des établissements privés participant au service public hospitalier

² Décret n° 83.744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements hospitaliers publics et des établissements privés participant au service public hospitalier

³ l'article R174-4 du code de la SS modifié par le Décret n°2005-30 du 14 janvier 2005 - art. 8 JORF 16 janvier 2005 et l'article L161-31 LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011,

Le passage à la tarification à l'activité (T2A) des établissements médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) a déconnecté les informations de séjours valorisées à partir des tarifs journaliers de prestations (TJP) de l'activité réelle de ces établissements valorisée dans le PMSI par groupes homogènes de séjours (GHS).

C'est pourquoi depuis 2014, les dotations hospitalières sont réparties avec les clés du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁴.

L'article R 174-1-6 du code de la sécurité sociale, issu d'un projet de décret relatif à la répartition des charges hospitalières, prévoit donc à terme la suppression de la chaîne BDG. La CNAMTS a alerté la DSS sur les conséquences de cette décision, notamment en ce qui concerne les secteurs impactés par cette mesure au titre desquels figurent les Accidents du travail (AT) et le Recours Contre Tiers (RCT) et elle a obtenu un report de ce décret.

C'est dans ce contexte, qu'il a été décidé d'arrêter l'envoi des demandes de prises en charge par les établissements publics de santé (visibles sur Control D ou via GLOBUL) et par conséquent, l'arrêt des décisions de prise en charge par les caisses **pour toutes les demandes HORS AT et RCT**.

Un groupe de travail composé des caisses du Haut-Rhin, du Loiret, de Paris et de la CNAMTS a été constitué pour définir les modalités d'arrêt des demandes et des décisions de prise en charge dans les 3 cas pour lesquels elles étaient obligatoires.

III. NOUVELLES DISPOSITIONS

Je vous informe qu'à compter du 1^{er} janvier 2018, les établissements publics ex-DG (Dotation Globale) en T2A, les ESPIC, les établissements psy et SSR en DAF hors T2A et PMSI ne doivent plus adresser de demandes de prise en charge à leur organisme pivot exclusivement dans les 3 cas cités ci-après.

CAS POUR LESQUELS LES ETABLISSEMENTS NE DOIVENT PLUS ENVOYER DE DEMANDES DE PRISE EN CHARGE :

CAS N°1 - Les Nouveau-Nés

Actuellement, en cas d'hospitalisation de nouveaux nés, non encore inscrits sur la carte vitale de leur mère, père ou parents, une demande de PEC est adressée à la caisse gestionnaire de l'assurée.

Dorénavant, les établissements ne devront plus envoyer de demande de prise en charge.

Les déclarations d'état civil sont un prérequis pour avoir la possibilité de faire la demande de rattachement via le compte AMELI. Ces demandes peuvent être faites directement au sein de l'établissement.

Les agents hospitaliers informeront les mamans de la possibilité de rattacher les nouveau-nés via AMELI.

La déclaration via le compte AMELI est totalement automatique si les deux parents sont tous les deux au régime général.

⁴ Lettre réseau CNAMTS LR-DDFC-13/2014 du 26/03/2014

Enfin, avec la mise en place de PRADO MATER, chaque équipe PRADO dans les caisses devra communiquer vers l'hôpital et vers les futures mamans pour qu'elles prennent leurs dispositions afin de créer un compte AMELI pour rattacher leur nouveau-né.

CAS N°2 - Affection de Longue Durée (ALD) hors liste et Polypathologie

Actuellement, l'établissement fait une DPEC, le Service Médical de la caisse doit déclarer s'il s'agit :

- d'une maladie en rapport avec une ALD hors liste ou polypathologie et dans ce cas le malade est pris à 100% avec un risque 29 - assuré reconnu atteint d'une affection hors liste -, ou un risque 27 – Polypathologie ;
- d'une maladie qui n'est pas en rapport avec une ALD hors liste ou polypathologie et dans ce cas, le malade est pris à 80% avec un risque 19 - assuré reconnu atteint d'une affection hors liste ou un risque 17- assuré reconnu atteint d'une affection hors liste et appartenant au régime local Alsace Moselle, et paye le ticket modérateur- ou un risque 15- séjour non motivé par la polypathologie relevant du régime Alsace Moselle.

Dorénavant, les établissements ne devront plus envoyer de demande de prise en charge.

L'établissement devra envoyer directement à la caisse, le séjour de l'assuré atteint d'une maladie en rapport avec une ALD hors liste ou polypathologie avec le code risque 29 - assuré reconnu atteint d'une affection hors liste -, ou un risque 27 – Polypathologie et un taux de prise en charge à 100%.

CAS N°3 – Carte Vitale non à jour

Actuellement, quand un assuré n'a pas de carte vitale à jour, l'établissement envoie une demande de prise en charge à sa caisse pivot pour savoir si les droits de l'assuré sont ouverts à l'assurance maladie.

Dorénavant, les établissements ne devront plus envoyer de demande de prise en charge.

L'établissement qui reçoit un assuré pour lequel la carte vitale n'est pas à jour, peut consulter CDR - Consultation des DROITS – pour vérifier les dates d'ouverture des droits.

Il peut également se rapprocher du pôle établissement de la caisse.

De surcroît, depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie est entrée en application. Cette réforme, prévue par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, parachève la logique initiée avec la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues.

La PUMA garantit désormais à toute personne qui travaille ou réside en France un droit à la prise en charge des frais de santé (remboursements des frais de santé hors prestations en espèces), sans démarche particulière à accomplir.

IV. DATE D'EFFET DU NOUVEAU DISPOSITIF

La procédure décrite au chapitre III, en matière de prise en charge est applicable dans les établissements publics ex-DG (Dotation Globale) en T2A, les ESPIC, les établissements psy et SSR en DAF hors T2A et PMSI, aux malades entrés à compter du **1er janvier 2018**.

Les caisses devront informer les établissements concernés de ces nouvelles dispositions.

Pour les séjours dont la date d'entrée se situe avant le 31 décembre 2017 et qui se poursuivent au-delà de cette date, les demandes de prises en charge continuent, même si elles sont émises par l'hôpital après le 1er janvier 2018, à être adressées directement à l'organisme gestionnaire et suivent la procédure en vigueur avant cette date.

Je vous serais obligé de bien vouloir tenir informée le Département développement du processus de facturation hospitalière au Service de la Maîtrise d'Ouvrage Informatique 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 (e.mail : annie.poussin@cnamts.fr).