

Circulaire n° 85/H/1809 du 18 décembre 1985 relative à la mise en oeuvre de la dotation globale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier

18/12/1985

Par citée en référence, je vous demandais de me faire le point de l'application des textes relatifs à la réforme du financement par dotation globale des établissements publics et privés participant au service public hospitalier.

Vous avez, à cette occasion, soulevé des questions portant sur l'interprétation à donner à certaines dispositions réglementaires.

L'objet de la présente circulaire est de préciser lesdites dispositions.

I. - Consultations externes





1. Imputation des dépenses relatives aux examens pratiqués en externe par un établissement différent de celui du séjour




Les actes effectués en consultation externe pour un malade hospitalisé dans un autre établissement public ou privé doivent être facturés par l'établissement prestataire à l'établissement demandeur sur la base des tarifs des consultations externes, à charge pour ce dernier établissement de répercuter ces frais, soit dans ses dépenses de fonctionnement (établissement à tarification préfectorale), soit dans sa facturation (clinique privée).

2. Tarifs des consultations externes applicables au 1er janvier 1986

En application de l'arrêté du 26 décembre 1984, les tarifs applicables en matière de consultations et soins externes dans les établissements hospitaliers publics et participant au service public et participant au service public hospitalier sont ceux en vigueur dans le cadre de la médecine conventionnelle au 1er janvier de l'année d'exercice du budget.

A cet effet, je vous précise qu'à la suite d'un avenant tarifaire intervenu le 7 juin 1985, les tarifs applicables aux actes pratiqués par les médecins sont désormais les suivants:

C	(consultation omnipraticien)	75
Cs	(consultation spécialiste)	110
CNPSY	(consultation neuropsychiatrique)	175
K	(actes de chirurgie et de spécialités)	11,65
KC		12,35
SPM	(orthopédie dento-faciale, obturations dentaires, traitements des parodontoses, prothèses dentaires)	13,20
Z	(actes utilisant les radiations ionisantes):	
	- électroradiologistes, gastro-entérologues	9,70
	- rhumatologues, pneumologues	8,85

	- autres spécialités, omnipraticiens	7,60
	Majoration nuit	142
	Majoration dimanche	105

Pour les autres professions de santé conventionnées, les avenants tarifaires n'ont pas été approuvés à ce jour. Les hôpitaux prendront contact avec leur caisse pivot pour connaître les tarifs applicables au 1er janvier 1986.

Pour ce qui concerne les modalités d'application et de calcul des majorations pour urgence de nuit, de dimanche ou jours fériés légaux, il convient de retenir les règles suivantes.

Dès lors qu'ils sont effectués par des intervenants différents, les actes pratiqués à l'occasion d'une consultation externe donnent lieu à facturation et, éventuellement, à majoration.

En revanche, lorsqu'à l'occasion d'une même séance un praticien est amené à pratiquer plusieurs actes, je vous rappelle que leur facturation est régie par les dispositions de l'article 11 de la nomenclature générale des actes professionnels. Dans ce cas, la majoration pour urgence de nuit ou de dimanche et jours fériés légaux se calcule sur la base du coefficient global applicable à la lettre clé pour la facturation des actes.

Enfin, il convient de préciser que les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés légaux ne sont pas cumulables.

Par ailleurs, j'appelle votre attention sur le fait que les états semestriels statistiques prévus par la [circulaire n° 84 H 1298 du 23 octobre 1984](#) doivent porter sur la totalité des actes de consultation, que ces derniers aient été facturés en totalité ou qu'ils soient inclus dans la dotation globale. Vous trouverez en annexe I le modèle d'état semestriel modifié à servir.

3. Prise en charge des produits pharmaceutiques et fournitures délivrés par les établissements hospitaliers

Vous trouverez ci-joint, en annexe II, un tableau précisant les modalités de prise en charge des produits pharmaceutiques et des fournitures délivrés au cours de consultations et soins externes.

II. - Facturation du jour de sortie en hospitalisation de semaine

L'hospitalisation de semaine ne constitue pas un mode d'hospitalisation susceptible de faire l'objet d'un tarif journalier institué à l'article 11 de la [loi n° 83-25 du 19 janvier 1983](#). Ce type «d'hospitalisation» ne correspond en réalité qu'à un aménagement ponctuel dans l'intérêt du malade de l'hospitalisation complète en régime commun et demeure, de ce fait, soumis à la réglementation en vigueur concernant l'hospitalisation complète, notamment en matière d'admission, de sortie et, par voie de conséquence, de facturation.

De ce fait, si le séjour correspond à une semaine, il est tout à fait normal que le jour de sortie ne soit pas facturé.

En revanche, si le traitement nécessite plusieurs séjours consécutifs d'une semaine, il doit s'analyser comme un séjour de plusieurs semaines coupé d'autorisations de sortie au plus supérieures à quarante-huit heures, avec pour conséquence que seul le jour de sortie définitive n'est pas facturé.

III. - Conséquences des changements de taux de prise en charge sur les relations établissement - caisse - assuré - aide sociale

La mise en place de la dotation globale a modifié les relations entre les établissements hospitaliers et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et les assurés ou l'aide sociale, d'autre part.

En conséquence, lorsque la caisse adressera une décision de prise en charge ou une modification faisant apparaître que des séjours ont été facturés à l'assuré ou à l'aide sociale alors que le malade avait des droits ouverts ou était exonéré du

ticket modérateur, l'établissement devra rembourser l'assuré ou l'aide sociale, la caisse gestionnaire ne devant, en aucun cas, rembourser les sommes indûment versées par le malade.

L'établissement procédera à une annulation et une réémission ou réduction du titre de recettes.

Par ailleurs, lorsqu'une modification de décision ou un élément nouveau est intervenu après communication des informations de séjour par l'établissement hospitalier à la caisse-pivot, il convient, bien entendu, de modifier celles-ci compte tenu de la nouvelle situation.

IV. - Bulletin de sortie délivré aux malades dans les établissements publics

En application des dispositions de l'article 57 du [décret n° 74-27 du 14 janvier 1974](#) relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, je vous rappelle que les établissements d'hospitalisation publics doivent délivrer aux malades hospitalisés, lors de leur sortie, un bulletin de sortie.

Ce bulletin devra obligatoirement comporter les mentions relatives à l'entrée et à la sortie du malade ainsi que, le cas échéant, du K opératoire exact.

Il permettra aux assurés de disposer rapidement des justificatifs nécessaires pour obtenir l'attribution d'autres prestations (remboursement de frais de transport, règlement des indemnités journalières. . .).

V. - Présentation des informations de séjours en cas de séjours discontinus

En cas de séjours discontinus (hôpitaux de jour, séances de dialyse ou de chimiothérapie . . .) l'information de séjour doit retracer la réalité du séjour et non un regroupement de journées sur une période déterminée. Chaque séjour doit donc faire l'objet d'un signalement particulier.

Par ailleurs, les permissions doivent également figurer sur le SP 3 avec le code tarif 00.

VI. - Création d'un nouveau code de refus de prise en charge par l'organisme gestionnaire

La [circulaire n° 122 du 15 novembre 1985](#) relative aux délais de transmission des informations de séjour en case de demande de prise en charge - application de la règle du délai de quarante-cinq jours-prévoit que tout refus de prise en charge doit être notifié par la caisse gestionnaire à l'hôpital par lettre recommandée.

Ce type de refus apparaîtra sous le code 7, dans la rubrique du formulaire SP 4 intitulée «décision de l'organisme d'assurance maladie dont relève l'assuré».

VII. - Conditions de prise en charge pour le risque accident

Il est rappelé que les établissements doivent informer les caisses lorsque l'hospitalisation est liée à un accident, qu'il soit de travail ou de la vie privée.

En effet, la gestion de ces différentes informations permet aux organismes une récupération financière auprès d'autres tiers débiteurs (compagnies et mutuelles d'assurances) de charges financées par les régimes.

Conformément à la [circulaire n° 84 H 1298 du 23 octobre 1984](#), aucune présomption de prise en charge n'est possible pour les exploitants agricoles pour le risque accident (professionnel ou de la vie privée), ce risque étant exclu de la dotation globale.

S'il s'agit d'un accident caractérisé, l'hôpital doit adresser la demande de prise en charge directement à l'organisme assureur gérant l'assurance accident des exploitants agricoles (A.A.E.X.A.).

En cas de doute sur l'origine accidentelle, l'hôpital adresse à la caisse-pivot la demande de prise en charge sur laquelle il aura coché la case «accident».

La caisse de mutualité sociale agricole, après examen, acceptera ou refusera la prise en charge de ce séjour au titre de l'assurance maladie des exploitants (A.M.E.X.A.).

En cas de refus, l'hôpital se retournera vers l'organisme débiteur A.A.E.X.A. concerné.

En vue de faciliter le travail des agents hospitaliers chargés de l'admission des malades, en raison de l'exclusion de ce risque de la dotation globale, la branche à laquelle appartient l'assuré figure sur la carte d'assuré agricole (au-dessus du numéro d'immatriculation);

A.S.A.: salarié agricole;

A.M.E.X.A.: exploitants agricoles.

De plus, dans certains cas où les accidents sont pris en charge par l'A.M.E.X.A. (enfants, certains retraités), une mention particulière figure sur la carte d'assuré agricole. Dans ce cas, la prise en charge peut être présumée.

VIII. - Conventions internationales

La circulaire du 6 novembre 1985 portant fixation pour 1986 des budgets, des tarifs des prestations et des prix de journée des établissements et services sanitaires, sociaux, médico-sociaux sous compétence tarifaire de l'Etat indique qu'à compter du 1er janvier 1986 les hospitalisations, actes et consultations externes de ressortissants étrangers relevant de conventions internationales et ne relevant pas d'un régime français d'assurance maladie ne sont plus intégrés dans la dotation globale de financement.

Je vous précise que ces dispositions s'appliquent non seulement aux ressortissants étrangers, mais aussi à l'ensemble des personnes relevant de conventions internationales et, notamment, les frontaliers.

IX. - Prise en charge des hospitalisations, actes et consultations externes dispensés aux objecteurs de conscience

Ces prestations sont directement prises en charge par le ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, direction de l'administration générale, du personnel et du budget. Les établissements adresseront donc à cette administration les demandes de prise en charge et la facturation des prestations.

En revanche, les conjoints et enfants des objecteurs de conscience continuent de relever du régime auquel appartenait l'intéressé.

Vous veillerez à la plus large diffusion de la présente circulaire aux établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier et aux organismes d'assurance maladie placés sous votre tutelle.

Vous me tiendrez informé de toute difficulté éventuelle sous les timbres, direction des hôpitaux (bureau 9 B 2) et direction de la sécurité sociale (bureau AM 1).

Références:

Circulaire n° 84/H/1298 du 23 octobre 1984 relative aux échanges d'informations entre les établissements d'hospitalisation financés par dotation globale et les organismes d'assurance maladie à compter du 1er janvier 1985;

Circulaire n° 62 du 12 décembre 1984 prise en application du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relative à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics;

Circulaire n° 63 du 12 décembre 1984 relative à l'application du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement pour les dispositions qui concernent les établissements d'hospitalisation privés participant au service public hospitalier;

relative au suivi de la mise en place de la dotation globale de financement dans les établissements d'hospitalisation

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-85h1809-du-18-decembre-1985-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-dotatio-n-globale-dans-les-etablissements-hospitaliers-publics-et-privés-participant-au-service-public-hospitalier/>

publics et privés participant.

Ce texte complète le fascicule spécial SNS 83-12 bis «Réforme du financement et de la gestion des établissements publics et des établissements privés participant au service public hospitalier».

ANNEXES

ANNEXES I

(cf. le document original)

ANNEXE II

Produits pharmaceutiques, fournitures délivrées par les établissements hospitaliers

(cf. le document original)

7179.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE Direction de la sécurité sociale Bureau AM 1
Secrétariat d'Etat charge de la sante Direction des hôpitaux Bureau 9 B 2.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé, à Messieurs les préfets, commissaires de la République de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) ; Monsieur le préfet, commissaire de la République de la Réunion (direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Messieurs les préfets, commissaires de la République de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales).

Non parue au Journal officiel.

Source : Bulletin Officiel du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale n° 10 du 10 avril 1986