

## **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**

23/10/1984

A compter du 1er janvier 1985, le financement par dotation globale prévu par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 et le décret n° 83-744 du 11 août 1983 est étendu à l'ensemble des établissements d'hospitalisation publics et privés participant à l'exécution du service public hospitalier.

L'expérience acquise en 1984 dans les centres hospitaliers régionaux et les premières caisses-pivots permet d'apporter en 1985 d'importantes simplifications aux échanges d'informations entre les établissements d'hospitalisation et les organismes d'assurance maladie.

La présente circulaire, qui fixe des règles nouvelles applicables à compter du 1er janvier 1985 à l'ensemble des établissements financés par dotation globale, centres hospitaliers régionaux inclus, traite successivement des sujets suivants:

- l'émission de la demande d'avis d'admission-prise en charge (SP 4);
- les modalités d'application de la règle de prise en charge sur la base du tarif de l'établissement le plus proche;
- les échanges mensuels d'informations relatives aux séjours des malades;
- l'inclusion des consultations externes dans la dotation globale;
- le calendrier de mise en oeuvre.

### **1. L'émission de la demande d'avis d'admission-prise en charge (SP 4)**

Le modèle de demande d'avis d'admission-prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins tel qu'il a été défini par l'arrêté du 25 octobre 1983 et la circulaire n° 83-31 du 25 novembre 1983 n'est pas modifié. Toutefois son émission, même sous la forme d'avis d'admission, n'est plus systématique.

1.1. Les cas dans lesquels l'hôpital est dispensé de l'envoi de la demande d'avis d'admission-prise en charge (SP 4).

L'émission de l'avis d'admission-prise en charge SP 4 est supprimée lorsque les deux conditions suivantes sont simultanément réunies:

- le malade présente des pièces justificatives permettant à l'hôpital de présumer l'ouverture des droits et d'identifier l'organisme d'assurance maladie gestionnaire;
- il n'y a pas lieu de limiter la prise en charge au tarif de l'établissement le plus proche (voir point 2 ci-dessous).

Sous réserve de l'application de la règle de l'établissement le plus proche, les cas où il n'y a pas lieu d'émettre de SP 4 sont les suivants:

a) Risque maternité.

Pour le régime général, les régimes agricoles et les régimes spéciaux, lorsque l'hospitalisation a lieu au titre du risque maternité, il n'y a pas lieu à établissement de SP 4 dès lors que la parturiente se présente munie d'un carnet de maternité. Pour le régime d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, la carte d'assuré social attestant de droits en cours de validité doit être exigée, en supplément du carnet de maternité qui ne permet pas de présumer l'ouverture des droits.

Il est rappelé que l'assurée est prise en charge au titre du risque maternité pendant douze jours à compter de la date de l'accouchement conformément au chapitre II du titre XI de la nomenclature générale des actes professionnels.

b) Risque maladie.

Il n'y a pas lieu à émission de SP 4 lorsque les deux conditions suivantes sont remplies simultanément:

- la personne se présente à l'hôpital munie d'une carte d'assuré social attestant de droits en cours de validité;
- <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-84-h-1298-du-23-octobre-1984-relative-aux-echanges-d-informations-entre-les-etablissements-d-hospitalisation-finances-par-dotation-globale-et-les-organismes-d-assurance-maladie-a/>

- le forfait journalier est à la charge du malade.

c) Quel que soit le risque, il n'y a pas lieu à envoi de SP 4 lorsque l'une des conditions suivantes est remplie:

- accord préalable de la caisse après avis du contrôle médical (modèles n° 600 et 212);
- hospitalisation programmée telle qu'elle est définie par la fiche n° 5 des fiches techniques d'organisation hospitalière (Bulletin officiel du ministère de la santé et de la sécurité sociale, fascicule spécial n° 79-40 bis);
- constatation de l'ouverture des droits par un agent d'accueil de la sécurité sociale présent à l'hôpital;
- présentation par le malade des pièces justificatives de l'ouverture des droits et permettant d'identifier l'organisme d'assurance maladie gestionnaire, dont la liste est fixée par convention locale entre l'hôpital et les caisse d'assurance maladie.

1.2. Les cas dans lesquels l'hôpital est tenu d'envoyer à la caisse chargée du versement de la dotation globale un SP 4.

Pour les assurés sociaux, l'hôpital reste tenu d'adresser une demande d'avis d'admission-prise en charge dans tous les cas non visés au point 1.1 ci-dessus, notamment lorsque le séjour est pris en charge:

- en vertu d'une convention internationale;
- au titre du risque accidents du travail.

Lorsque la date de fin d'ouverture des droits figurant sur la carte d'assuré social se situe au cours de l'hospitalisation, l'hôpital doit émettre une demande d'avis d'admission-prise en charge pour la période d'hospitalisation postérieure à la date de fin d'ouverture des droits.

Il est en outre rappelé que:

a) Lorsque le médecin hospitalier constate l'existence de l'une des 25 maladies dont la liste est fixée par le décret n° 74-362 du 2 mai 1974 et donnant lieu à la suppression de la participation de l'assuré, il appartient à l'hôpital d'adresser au contrôle médical de la caisse gestionnaire du malade les informations administratives et médicales nécessaires selon un modèle qui sera fixé par arrêté. Le service administratif de la caisse gestionnaire informera de sa décision la caisse chargée du versement de la dotation globale, cette dernière transmettant la réponse à l'hôpital.

b) Lorsque le risque accidents du travail est géré par l'employeur et non par un régime obligatoire d'assurance maladie dont la liste est donnée à l'annexe 1 de l'arrêté du 20 avril 1984 (Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, fascicule spécial n° 84-6 bis), il y a lieu d'émettre un SP 4 auprès de l'employeur et non de la caisse chargée du versement de la dotation globale, les recettes correspondantes étant exclues de la dotation globale de financement.

c) Pour les personnes effectuant leur service national, la demande d'avis d'admission-prise en charge est à adresser à la direction du service de santé des armées la plus proche de l'hôpital, les recettes correspondantes étant exclues de la dotation globale.

d) Pour les exploitants agricoles, aucune présomption n'est possible 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 l'avis d'admission-prise en charge (SP 4) directement à l'organisme assureur gérant l'assurance accident des exploitants agricoles. En cas de doute sur l'origine accidentelle de l'état pathologique, l'hôpital adresse à la caisse-pivot la demande d'avis d'admission-prise en charge sur laquelle il aura coché la case «accidents».

e) Pour le régime de la R.A.T.P. dans lequel la carte d'assuré social n'est pas encore instituée, la carte d'agent de la R.A.T.P. ne confère des droits qu'à l'agent en activité à l'exclusion de ses ayants droit.

## **2. Les modalités d'application de la règle de l'établissement le plus proche**

La règle de la prise en charge sur la base des tarifs de l'établissement le plus proche de la résidence de l'assuré est fixée par le décret n° 64-881 du 21 août 1964.

L'application de cette règle est présumée ne pas jouer dans les cas suivants:

- a) Quelle que soit la discipline, pour tous les malades résidant dans le département siège de l'établissement hospitalier. Exceptionnellement, en Ile-de-France, le même principe s'applique aux malades résidant dans la région Ile-de-France.
- b) Dans l'une des disciplines mentionnées à l'annexe n° 1 pour tous les malades résidant dans la circonscription de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de l'établissement.
- c) Dans tous les cas d'admissions en urgence ou assimilés (mode d'entrée: 0, 4, 5, 6, 7).

En dehors de ces cas, l'établissement doit émettre un SP 4.

Lorsque la règle s'applique, l'établissement hospitalier est tenu d'émettre un titre de recette au nom de l'assuré pour recevoir le montant de la différence entre le tarif de l'hôpital et le tarif de responsabilité notifié par l'organisme d'assurance maladie gestionnaire. Le tarif de responsabilité de référence est présumé s'appliquer pendant toute la durée du séjour.

### **3. Les échanges mensuels d'informations relatives aux séjours des malades**

La nature des informations de séjour tient compte de l'émission éventuelle du SP 4.

#### **3.1. Informations de séjour dans le cas où un avis d'admission-prise en charge SP 4 est émis.**

Pour les malades ayant donné lieu à émission d'un SP 4, l'hôpital transmet à la caisse pivot, dans la première quinzaine du deuxième mois suivant celui auquel il se rapporte, un état mensuel simplifié des séjours des malades pour lesquels ont été réunies, au cours du mois considéré, les deux conditions suivantes: prise en charge par un régime d'assurance maladie et sortie de l'établissement.

L'état indique pour chaque malade:

- a) Le code nature de mise à jour;
- b) Le numéro d'entrée;
- c) La date d'entrée;
- d) Le numéro d'immatriculation de l'assuré;
- e) Le code risque;
- f) Les dates de début et de fin de la période à laquelle se rapporte l'information;
- g) Le code sortie;
- h) Le code tarif mentionné sur l'arrêté préfectoral fixant les tarifs de prestations;
- i) Le taux de prise en charge.

On notera la suppression de l'indication du nom et du prénom du malade et la substitution d'un code tarif à l'indication en francs du tarif de prestations. L'attention de MM. les commissaires de la République est appelée sur la nécessité, d'une part, de respecter la codification des tarifs instituée pour l'application de l'article 31 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 et, d'autre part, de faire figurer le code tarif en regard du tarif de prestation dans les arrêtés fixant les tarifs de prestations.

#### **3.2. Informations de séjour en cas d'absence de SP 4.**

Pour les malades n'ayant pas donné lieu à émission d'un SP 4, l'état mensuel des séjours comporte, en sus des informations mentionnées au point 3.1. ci-dessus:

- a) Le code présomption (voir annexe n° 2);
  - b) Le code organisme d'assurance maladie gestionnaire figurant dans l'arrêté du 20 avril 1984 (Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, fascicule spécial n° 84-6 bis);
  - c) La date de naissance et le rang du bénéficiaire au sens de l'annexe II de l'arrêté précité du 20 avril 1984;
  - d) Le mode d'entrée;
  - e) Le type d'hospitalisation;
  - f) La discipline d'entrée;
- le cas échéant:
- g) Le code accident;
  - h) La date de l'accident;

- i) Le numéro du prescripteur;
- j) L'établissement antérieur.

Pour les rubriques d à j, les codes et les précisions nécessaires sont données à l'annexe I de la circulaire n° 83-31 du 25 novembre 1983.

L'état mensuel des malades n'ayant pas donné lieu à émission d'un SP 4, établi pour tous les malades sortis au cours d'un mois ou présents à la fin de ce mois, est transmis à la caisse chargée du versement de la dotation globale dans la première quinzaine du deuxième mois suivant celui auquel il se rapporte.

3.3. Etat annuel des malades dont la sortie n'est pas intervenue antérieurement au 1er janvier.

Pour les malades dont la sortie n'est pas intervenue antérieurement au 1er janvier, les informations mensuelles demandées au point 3.2. sont complétées par celles mentionnées au point 3.1. pour les malades ayant fait l'objet d'un SP 4.

#### **4. L'inclusion des consultations externes dans la dotation globale**

L'article 62 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 prévoit que les consultations et soins externes sont inclus dans la dotation globale de financement, à compter du 1er janvier 1985. Cet élargissement du champ couvert par la dotation globale ne modifie pas les critères de répartition de celle-ci entre les régimes et les risques.

4.1. Définition des consultations externes incluses dans la dotation globale.

Ne sont incluses dans la dotation globale que les consultations externes:

- a) Des malades remplissant les conditions prévues au point 1.1. ci-dessus pour la dispense de SP 4;
- b) Des consultants se présentant munis d'un volet de soins «Accident du travail, maladies professionnelles» à l'exception des assurés pour lesquels le risque accident du travail est pris en charge par l'employeur;
- c) Des consultants pris en charge en vertu d'une convention internationale, sous réserve qu'ils présentent les pièces justificatives fixées par convention locale entre l'hôpital et les caisses d'assurance maladie.

Dans tous les autres cas, il appartient à l'hôpital de facturer au malade les consultations externes, à charge pour ce dernier d'en obtenir le remboursement auprès de l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

4.2. Informations individualisées transmises à l'organisme d'assurance maladie gestionnaire.

a) Pour les consultants mentionnés au b du point 4.1. ci-dessus, l'hôpital adresse à l'organisme d'assurance maladie gestionnaire, dans la première quinzaine du deuxième mois suivant la date des soins, un état des consultations indiquant pour chaque malade:

- le code organisme d'assurance maladie gestionnaire;
- le numéro d'immatriculation de l'assuré à la sécurité sociale;
- la date de l'accident du travail;
- la date de soins;
- la cotation des actes suivant la nomenclature générale des actes professionnels.

b) Pour les consultants pris en charge au titre des conventions internationales, la convention locale prévue au c du point 4.1. ci-dessus détermine les informations à fournir à la caisse-pivot;

c) En cas de recours ultérieur de l'organisme d'assurance maladie contre un tiers, l'hôpital, sur demande de l'organisme d'assurance maladie gestionnaire, lui adresse un relevé individuel des soins comportant les informations mentionnées au a ci-dessus.

4.3. Ticket modérateur.

Pour les malades dont les consultations externes sont incluses dans la dotation globale, mais qui ne justifient pas de <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-84-h-1298-du-23-octobre-1984-relative-aux-echanges-d'informations-entre-les-etablissements-d'hospitalisation-finances-par-dotations-globales-et-les-organismes-d'assurance-maladie-a/>

l'exonération du ticket modérateur, l'hôpital est tenu de recouvrer sur le malade la part des frais laissée à sa charge.

Dans le cas particulier des malades dont la participation aux frais est supprimée, sous réserve d'une franchise, au titre de la 26e maladie, la franchise est présumée ne pas jouer dans les rapports entre l'hôpital et le malade pour les consultations et soins externes entrant dans le champ de la dotation globale.

#### 4.4. Informations statistiques sur les consultations externes.

L'hôpital adresse à la caisse chargée du versement de la dotation globale un état statistique semestriel sur les consultations et soins externes, dont le modèle figure en annexe n° 3.

### 5. Le calendrier de mise en oeuvre

Les modèles des états mentionnés aux points 3.1., 3.2., 3.3. et 4.2. ci-dessus seront prochainement diffusés. L'arrêté du 25 octobre 1983 sera modifié en conséquence.

Les dispositions de la présente circulaire s'appliquent aux journées d'hospitalisation ainsi qu'aux soins et consultations externes postérieurs au 31 décembre 1984. Dans les centres hospitaliers régionaux, les précédentes instructions sont maintenues en vigueur pour les journées d'hospitalisation antérieures au 1er janvier 1985.

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

Vous vous assurerez par des enquêtes sur place diligentées avant le 1er décembre 1984 que les établissements d'hospitalisation et les caisses-pivots situés dans votre ressort ont pris les dispositions nécessaires à l'application de la circulaire à compter du 1er janvier 1985 et me tiendrez informé de toute difficulté éventuelle sous les timbres direction des hôpitaux (bureau 9 B) et direction de la sécurité sociale (bureau A.M. 1).

Référence: circulaire n° 83-31 du 25 novembre 1983 relative à l'application des arrêtés du 25 octobre 1983 concernant les relations entre les hôpitaux et les caisses de sécurité sociale.

### Annexes

#### ANNEXE N° 1

#### Liste des disciplines d'équipement non soumises à la règle de l'établissement le plus proche

- 103 Toxicologie.
- 104 Réa-médicale.
- 105 Réa-polyvalente.
- 123 Hématologie.
- 125 Maladies tropicales exotiques.
- 134 Radiothérapie et médecine nucléaire indifférenciée.
- 135 Radiothérapie.
- 136 Médecine nucléaire.
- 141 Réa-chirurgicale.
- 145 Chirurgie des grands brûlés.
- 147 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire indifférenciée.
- 148 Chirurgie thoraco-pulmonaire.
- 150 Chirurgie cardio-vasculaire.
- 151 Neuro-chirurgie.
- 206 Lutte anti-hansénienne.
- 303 Urgence médicale.
- 307 Urgence chirurgicale.
- 308 Urgence indifférenciée.
- 312 Néphrologie.
- 551 Troubles métaboliques et maladies héréditaires de l'enfant.
- 635 Réa-néonatale.

636 Réa-pédiatrique.

**ANNEXE N° 2**

**Codes de présomption ou d'accord de prise en charge**

- 30 Carte d'assuré social.
- 31 Carnet de maternité (sauf les travailleurs non salariés).
- 32 Carnet de maternité accompagné d'une carte d'assuré social (pour les travailleurs non salariés).
- 33 Entente préalable.
- 34 Admission programmée.
- 35 Décision agent d'accueil.
- 36 Délégation personnel hospitalier (accord local).
- 49 Non-présomption.

**ANNEXE N° 3**

**ETAT SEMESTRIEL DES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES**

(cf. le document original).

4161.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE Secrétariat d'Etat chargé de la santé MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU BUDGET Secrétariat d'Etat chargé du budget MINISTERE DE L'AGRICULTURE.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, Le ministre de l'économie, des finances et du budget, Le ministre de l'agriculture, Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget, Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé, à Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales ; Monsieur le directeur régional de la sécurité sociale des Antilles-Guyane ; Messieurs les directeurs régionaux du travail et de la protection sociale agricoles (sous couvert de Messieurs les préfets, commissaires de la République de région) ; Monsieur le directeur départemental de la sécurité sociale de la Réunion ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales (sous couvert de Madame et Messieurs les préfets, commissaires de la République de département).

Non parue au Journal officiel.

Source : Bulletin Officiel du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale n° 50 du 24 janvier 1985