

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

14/05/81

Origine :

DGR

ENSM

MM les Directeurs

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Directeurs des Caisses

Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins-Conseils Régionaux

Réf. :

DGR n° 1116/81 - ENSM n° 470/81

Plan de classement :

24

Objet :

Code des règles de facturation des prestations hospitalières publiques.

Deuxième mise à jour référencée n° 1/81 (Mai 1981) du code des règles de facturation des prestations hospitalières publiques.

Pièces jointes :

Liens :

Com.circ SDAM 1006/80

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

14/05/81 MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

Origine : MM les Directeurs
DGR des Caisses Générales de Sécurité Sociale
ENSM (pour attribution)

MM les Médecins-Conseils Régionaux
(pour attribution)

MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR N° 1116/81 - ENSM N° 470/81

Objet : Code des règles de facturation des prestations hospitalières
publiques.

J'ai l'honneur de vous faire parvenir la deuxième mise à jour, référencée
n° 1/81 (mai 1981), du Code des règles de facturation des prestations
hospitalières publiques.

Cette mise à jour est constituée de 11 feuillets qui remplacent les anciens
correspondants ou s'ajoutent au document. Les paragraphes modifiés sont
ceux précédés d'un astérisque.

Pour le Directeur et par délégation,
Le Directeur-Adjoint chargé de la
Direction de la Gestion du Risque

J. GOURAULT

CHAPITRE II

HONORAIRES MEDICAUX

21. DEFINITION

Les honoraires médicaux perçus à l'hôpital public sont de deux types :

- Les honoraires à l'acte :

Ils sont dus pour l'acte pratiqué sur le malade par un praticien.

Chaque acte est désigné par une cotation (2 A) :

- . une lettre-clé qui indique le type d'acte et peut être considérée comme une unité de tarification.
- . un coefficient qui indique la valeur relative de l'acte ou le nombre d'unités de tarification.

Les règles décrites ci-après permettront de déterminer le montant des honoraires à l'acte qui est fonction de la cotation, de la nature de l'acte et des conditions dans lesquelles il a été effectué.

- Les honoraires forfaitaires journaliers

Les honoraires sont calculés sur la base d'un forfait à la journée représentant la rémunération de la surveillance médicale et de tous les actes médicaux non individualisés.

La valeur des lettres-clés et des honoraires forfaitaires journaliers est fixée par arrêté. Deux tarifs sont applicables à l'hôpital public un pour les Centres Hospitaliers Universitaires et un pour les autres Centres Hospitaliers (2 B).

22. HONORAIRES A L'ACTE

221 - Différents types d'actes

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels range les actes en 18 catégories valables pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (2 A) :

- C, CS, CNPSY, V, Vs, VNPSY, K, SCP, SPM, Z, D, SF, SFI, AMM, AMI, AMP, AMO, AMY.

La Nomenclature des actes de biologie médicale utilise 5 types d'actes (2 F) :

- B, K, KB, AMI, SFI.

Nous ne retiendrons que les catégories susceptibles d'être facturées aux malades hospitalisés (2 B). Les lettres-clés utilisables à l'hôpital public sont donc : B, C, D, SCP, SPM, K et Z.

Cette classification est trop générale pour les besoins de la facturation. Il a été nécessaire de faire les distinctions suivantes :

- B Analyses médicales (1).
- C Consultations.
- K Actes de chirurgie et de spécialités (sauf anesthésie-réanimation et stomatologie) pratiqués par le médecin.
- KARE Actes d'anesthésie réanimation.
- KSTO et SPM Actes de stomatologie.
- ZDG Actes de radiodiagnostic, dont il existe trois tarifs selon la spécialité du médecin qui a pratiqué l'acte (voir ci-après paragraphe 2251).
- ZTH Actes de radiothérapie (radiothérapie de haute énergie, à moyenne et basse énergies, de contact, curiethérapie, utilisations thérapeutiques des radioéléments).
- D et SCP Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste.

La distinction parmi les actes cotés "K", des actes en K, KARE et KSTO et parmi les actes cotés "Z", des actes en ZDG et ZTH, ne peut être effectuée que par le médecin qui a pratiqué l'acte.

En conséquence, c'est au praticien qu'il appartiendra de classer les actes effectués dans ces catégories et de communiquer ces informations aux services administratifs chargés de la facturation des prestations hospitalières.

(1) pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, la lettre clé B est complétée par la lettre P.

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

222. Actes pratiqués le dimanche et les jours fériés légaux

Coefficient	Majoration
< 15	0
> 15	5 % du coefficient de l'acte sans pouvoir dépasser 8 fois la valeur de la lettre-clé.

La nuit commence à 20 heures et finit à 8 heures. Ces majorations ne peuvent se cumuler : seule la majoration de nuit est appliquée.

. Majoration et minoration exceptionnelles

Certains actes pratiqués dans des circonstances particulières donnent lieu à une majoration ou une minoration de 20, 25, 30 et 50 % fixée à la Nomenclature.

Exemple : L'intervention, pour glaucome, cataracte, etc... sur un oeil ayant déjà subi une de ces interventions a un coefficient majoré de 25 %.

. Les majorations et minorations s'appliquent dans l'ordre suivant :

- Majoration et minoration exceptionnelles
- Majoration pour nuit ou dimanche (calculée sur l'acte principal) (2 K).

Dans le cas d'actes multiples, la règle du cumul est appliquée après les majorations ou minorations.

223. Actes cotés "B"

a) Facturabilité

Les actes d'analyses médicales sont toujours facturables quelle que soit la discipline d'hospitalisation (2 D).

Chaque rubrique affectée d'un numéro à la Nomenclature des Actes de biologie est considérée comme un examen.

Les examens non inscrits à la Nomenclature des actes de biologie ne peuvent faire l'objet d'aucune facturation.

b) Majorations

Les majorations prévues pour les examens de laboratoires effectués la nuit ou le dimanche ne sont pas applicables à l'hôpital public (2 G).

224. Actes cotés "C"

a) Facturabilité

Les consultations ne sont facturables que si le praticien qui les effectue appartient à un autre service que celui où le malade est hospitalisé et exclusivement dans le cas où le personnel médical du service n'est pas en mesure d'effectuer lui-même la consultation (2 D).

Elles ne sont susceptibles d'aucune majoration "nuit ou dimanche" (2 C).

b) Actes effectués dans la même séance qu'une consultation

Ces dispositions sont valables aussi bien pour les maladies externes qu'hospitalisés.

Les honoraires de la consultation ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance sous réserve d'exceptions indiquées, à la NGAP. Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est facturé (voir deuxième partie : Consultations externes, paragraphe 113).

225. Actes cotés "Z"

2251. Actes de radiodiagnostic (ZDG)

a) Le coefficient facturable est égal à :

$$B + (n_1 c_1) + (n_2 c_1 \times 2)$$

B est une base qui dépend de l'examen

n_1 est le nombre de films à 1 pose

n_2 est le nombre de films à plus d'une pose

c_1 est le coefficient correspondant à un film et dépendant des dimensions du film :

- . 5,5 pour les films dont la plus grande dimension dépasse 43 cm,
- . 1,5 pour les films de format inférieur ou égal à 24 x 30,
- . 2,5 pour les autres films.

b) La base est susceptible de majoration ou de minoration

Les majorations ou minorations applicables à la base, sont celles indiquées à la "Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes". Elles sont de deux types et sont à appliquer dans l'ordre suivant :

- 1°) Suivant les circonstances de l'examen (majorations et minorations exceptionnelles, en pourcentage du coefficient de base)
- 2°) Suivant l'appareillage utilisé (réduction ou supplément de cotation applicables au coefficient de base).

SIGMA N° 1/80 (Juillet 1980)

Par contre, les malades hospitalisés en "secteur privé" ou en "clinique ouverte" ont la liberté de choisir un tel laboratoire. Le tarif applicable est alors le tarif conventionnel de ville, mais la facturation n'est pas effectuée par l'administration de l'hôpital.

c) Actes non cotés en "B" effectués à l'extérieur, à l'initiative de l'hôpital

Ces actes nécessitent le transport du malade sur le lieu de l'examen (ou des soins), le malade est donc considéré par l'établissement receveur comme un malade externe.

En conséquence, le tarif hospitalier "externes" doit être appliqué, les honoraires étant facturés par l'hôpital où le malade est hospitalisé.

d) Actes non cotés en "B" effectués à l'extérieur, à la demande du malade

En aucun cas, l'administration hospitalière n'intervient dans le règlement de ces actes. Ces derniers donnent lieu à entente directe entre l'intervenant extérieur et le malade.

23. HONORAIRES FORFAITAIRES JOURNALIERS

Ces honoraires sont facturés sur la base d'un forfait à la journée. Ils subissent des abattements ou sont supprimés selon les disciplines d'hospitalisation, la durée des séjours et les actes pratiqués.

231. Abattement dû à la durée du séjour

En dehors des abattements dus aux actes qui seront vus plus loin, on facture les honoraires journaliers de la façon suivante :

- 100 % de leur valeur pendant 20 jours et 50 % de leur valeur à partir du 21ème jour dans les services de médecine, chirurgie, spécialités médicales et chirurgicales.

Le premier jour est la date d'admission dans l'établissement quelque soit le mode d'entrée (transfert).

Cette règle est valable même s'il y a des changements de service pendant le séjour, à l'intérieur de l'établissement (2 E).

Dans le cas d'un malade transféré dans un autre établissement, ce dernier pourra facturer des honoraires journaliers.

- 50 % pendant toute la durée du séjour quelle que soit sa durée dans les services de convalescents et de malades chroniques.
- 100 % pendant 40 jours et 50 % à partir du 41ème jour dans les services de prématurés.

Exception :

Les honoraires journaliers sont facturables à 100 % pendant toute la durée du séjour pour les spécialités suivantes :

- . Neurologie
- . Neurochirurgie
- . Chirurgie thoracique
- . Chirurgie cardio-vasculaire
- . Cardiologie
- . Thérapeutique des grands brûlés
- . Thérapeutique des grands insuffisants respiratoires.

Exemple :

Soit un malade qui séjourne :

- . 10 jours en médecine générale
- . 20 jours en ophtalmologie
- . 10 jours en neurochirurgie

Les honoraires journaliers sont facturés :

- . à 100 % pendant 10 jours de médecine générale
- . à 100 % pendant 10 jours d'ophtalmologie
- . à 50 % pendant 10 jours d'ophtalmologie
- . à 100 % pendant 10 jours de neurochirurgie

Remarque :

En dialyse, le K.20 d'honoraire de surveillance ne peut être coté, mais l'honoraire forfaitaire journalier ne fait pas l'objet de réduction.

232. Abattement dû aux actes cotés "K"

Les actes pratiqués dans des services de médecine et de spécialité médicale (liste 1), dans les conditions de la lettre ministérielle GEN 7226 du 9 avril 1969, ne donnent jamais lieu à la suppression des honoraires journaliers.

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

CHAPITRE III

FRAIS DIVERS

Les frais divers pouvant donner lieu à facturation par l'administration hospitalière représentent les prestations fournies par l'hôpital dont le coût n'est pas inclus dans les frais de séjour ou les honoraires médicaux.

31. FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transport du malade ne sont pas toujours facturables. Il convient de distinguer différents types de transports.

311. Transports primaires

Il s'agit des transports consécutifs à l'admission du malade dans l'établissement et à sa sortie définitive, à l'exclusion des transports entre établissements.

Lorsque ces transports sont effectués par une ambulance "hospitalière ou privée conventionnée avec l'établissement" : imputation des frais au budget général de l'établissement, ils ne peuvent faire l'objet d'une facturation.

Lorsque ces transports sont effectués par une ambulance "non hospitalière" : ambulances privées, SMUR ou ambulance dont l'imputation des frais se fait aux budgets annexes, la facturation des frais de transport s'effectue sur la base des tarifs applicables à ces catégories de moyens de transport.

312. Transports secondaires

Il s'agit des transports consécutifs au transfert du malade d'un établissement de soins à un autre.

1°) Transferts provisoires

En cas de transferts provisoires des malades vers un hôpital plus spécialisé pour soins ou diagnostic avec retour à l'établissement d'origine, les frais exposés incombent à ce dernier et doivent être inclus dans son prix de journée, conformément aux dispositions de la circulaire ministérielle n° 41 du 25 février 1952 qui demeurent toujours en vigueur.

SIGMA N° 1/80 (Juillet 1980)

Cette règle doit s'appliquer dans tous les cas, qu'il s'agisse de transferts effectués par des ambulances hospitalières ou des ambulances privées signataires ou non

de conventions avec les établissements hospitaliers qui doivent rémunérer les transporteurs le sous-équipement des hôpitaux relevant uniquement du domaine de la gestion hospitalière.

2°) Transferts définitifs (3 A)

Lorsque les hôpitaux ont recours pour les transferts définitifs vers d'autres établissements à leurs propres ambulances ou à des ambulances privées, la prise en charge de ces frais de transports par l'Assurance Maladie, s'effectue indépendamment du remboursement du prix de journée. Deux éventualités peuvent se présenter, soit l'hôpital fait lui-même l'avance des frais de transport et en demande le remboursement à la Caisse, soit la facturation est établie par le transporteur qui la transmet à la caisse.

Dans l'attente du règlement du problème de la tarification des transports par ambulance hospitalière, actuellement en cours d'examen, les caisses remboursent sur la base du montant demandé par l'établissement.

Sont considérés comme transferts définitifs, les cas dans lesquels les malades quittent, même provisoirement, le premier établissement pour une durée supérieure à 48 heures et pour lesquels le second séjour hospitalier donne lieu à une nouvelle prise en charge (3 b).

313. Transports consécutifs aux permissions de courte durée

Dans le cas de permissions de courte durée (soit deux jours, augmenté éventuellement des délais de route), le transport du malade n'est pas en principe assuré par l'hôpital. Dans le cas où il le serait, les frais correspondants ne peuvent donner lieu à facturation.

ANNEXE AU CHAPITRE III

- REFERENCE AUX TEXTES OFFICIELS CONCERNANT LES FRAIS DIVERS -

3.A. Lettre ministérielle - Direction de la Sécurité Sociale
Sous-Direction de l'Assurance Maladie Bureau P.1
GEN 8204 du 13 août 1980

** 3.B. Lettre ministérielle - Direction de la Sécurité Sociale
Sous-Direction de l'Assurance Maladie Bureau P1
GEN 8337 du 27 février 1981

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

CHAPITRE II**

L'ASSURANCE MALADIE

21. TAUX INITIAL DE PRISE EN CHARGE

La Sécurité Sociale prend en charge le séjour à un certain taux initial. Si ce taux n'atteint pas 100 %, la participation laissée aux autres débiteurs est appelée ticket modérateur (2 A).

Lorsqu'elle n'est pas délivrée initialement à 100 %, la prise en charge de la Sécurité Sociale pour les frais de séjour, les honoraires médicaux et les frais d'examens de laboratoire est de :

- 80 % pour les malades hospitalisés assurés sociaux et ayants-droit (2 B),
- 100 % pour les malades hospitalisés assurés sociaux salariés et ayants-droit affiliés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle dont 80 % à la charge du Régime Général et 20 % à la charge du Régime Local.

Certaines règles permettent de porter la participation de la Sécurité Sociale à 100 %.

Nous n'examinons ici que les cas de modification du taux de départ de prise en charge en fonction des soins et traitements suivis par le malade au cours d'un séjour.

22. EXONERATION DUE AUX ACTES

221. Règles générales d'exonération

. Actes entraînant l'exonération du ticket modérateur

Les actes ou séries d'actes cotés "K" ou "Z" affectés à la NGAP d'un coefficient global égal ou supérieur à 50 entraînent l'exonération du ticket modérateur.

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

. Série d'actes

Par série d'actes, on entend un ensemble d'actes constituant un traitement global, coté comme tel dans la nomenclature générale des actes professionnels. Le coefficient qui lui est affecté s'applique alors à tout cet ensemble.

Exemple : NGAP page 31 Article 1. Nez

Traitement d'une polypode nasale unilatérale en une ou plusieurs séances (y compris les récidives dans les 3 mois) : K 15.

. Succession d'actes cotés à la séance (actes en série)

Une succession d'actes cotés à la séance, ne donne pas lieu à dispense du ticket modérateur même si le total des coefficients est supérieur à 50.

Exemple : NGAP page 31 Article 2. Sinus

Lavage de sinus par ponction ou par la méthode de PROETZ avec maximum de 10 séances : K 5.

Remarques :

a) Chaque acte doit être indiqué avec sa date d'exécution sous sa codification à la nomenclature générale des actes professionnels, avant toute majoration ou minoration éventuelle.

En aucun cas, les coefficients d'actes comportent des suppléments ne doivent être additionnés. De même, les actes effectués au cours d'un même séjour ne peuvent être regroupés, afin d'éviter tout passage systématique du séjour à 100 %.

b) Lorsqu'un acte comporte une anesthésie, la dispense du ticket modérateur est accordée si l'addition des coefficients fixés pour l'acte et l'anesthésie donne un total égal ou supérieur à 50 (2 F).

c) Les coefficients des actes multiples effectués au cours d'une même séance s'additionnent suivant la règle dite "règle de cumul" (avec ses exceptions, voir titre I chapitre 2). (2 G).

d) Depuis la parution de l'arrêté du 27 juin 1955, il n'y a plus lieu d'établir de distinction entre acte de diagnostic et acte de soins, dès lors qu'il s'agit d'acte de coefficient global égal ou supérieur à 50.

e) Lorsque le coefficient additionné de deux interventions chirurgicales, subies non pas simultanément, mais successivement, la seconde intervention survenant au cours de la période d'hospitalisation consécutive au premier acte est supérieur ou égal à 50, la dispense du ticket modérateur est accordée (2 D).

SIGMA N° 2/80 (Octobre 1980)

222. Application aux actes coté "K"

Un acte coté "K" affecté à la NGAP d'un coefficient global, égal ou supérieur à 50 entraîne exonération du ticket modérateur.

Des actes multiples cotés "K" effectués au cours de la même séance, sous réserve que la somme de leurs coefficients, après application de la règle du cumul et de ses exceptions, soit supérieur ou égal à 50 (2 F), entraînent exonération (2 H).

En particulier, pour des actes multiples coté "K" effectués au cours de la même séance par des équipes différentes, le coefficient à prendre en compte est celui obtenu par addition des coefficients des actes effectués par chaque équipe. On additionnera donc les "actes en KARE" aux "Actes en KSTO" et aux "actes en K" effectués au cours d'une même séance pour déterminer le coefficient à prendre en compte.

Les actes d'un coefficient égal ou supérieur à 50 non facturables aux termes du ticket du décret du 21 décembre 1960 n'ont aucune incidence sur le ticket modérateur.

Certains actes ou séries d'actes qui additionnés à un acte coté "K" donnent un coefficient supérieur ou égal à 50 entraînent exonération ; ce sont les traitements dits "associés". (exemple : chirurgie plus roentgenthérapie, chirurgie plus curiethérapie) (2 I).

Exceptions :

Il n'est pas tenu compte des majorations "nuit ou dimanche" pour l'exonération, par contre les autres majorations (ou minorations) facturables à l'hôpital public sont à prendre en considération.

La cotation correspondant aux honoraires du praticien traitant qui assiste à une intervention (chirurgicale ou de curiethérapie pratiquée en salle d'opération), ne peut participer à l'exonération.

Les actes de prothèse dentaire en tant que tels n'entraînent pas et ne bénéficient pas de l'exonération du ticket modérateur quelque soit leur coefficient (actes figurant au Titre III - Section 3 de la NGAP).

223. Application aux actes cotés "Z"

Un acte ou une série d'actes de radiothérapie (en "ZTH") dont le coefficient est supérieur ou égal à 50, entraîne exonération.

SIGMA N° 1/80 (Juillet 1980)

A l'occasion d'un traitement radiothérapie de contact haute moyenne et basse énergie, curiethérapique ou par isotopes radioactifs, l'exonération est entraînée si le nombre de séances - dont le coefficient total serait au moins égal à 50 - a fait l'objet d'un accord préalable entre le médecin électroradiologiste et le médecin-conseil de la Caisse (2 H).

Un acte de radiodiagnostic (en "ZDG") dont le seul coefficient de base est supérieur ou égal à 50, compte tenu des majorations (ou minorations) facturables, à l'exception des majorations "nuit ou dimanche", entraîne exonération pour lui seul.

Les clichés ne sont pas à prendre en compte pour le régime général et le régime des travailleurs non salariés non agricoles.

Les clichés sont pris en considération pour le régime agricole.

Certains actes ou séries d'actes cotés "Z" qui, additionnés à un acte "K" donnent un coefficient supérieur ou égal à 50 entraînent exonération. Ce sont les traitements dits "associés" (exemple : chirurgie plus roentgentherapie, chirurgie plus curiethérapie) (2 I).

. Exception :

Il n'est pas tenu compte des majorations "nuit ou dimanche" pour l'exonération.

Par contre, les autres majorations (ou minorations) facturables à l'hôpital sont à prendre en considération.

. Remarque :

Conformément aux règles énoncées ci-avant, on peut donc additionner une succession d'actes en ZTH (sous réserve d'accord préalable), par contre, on ne peut additionner les coefficients d'actes de radiodiagnostic successifs, (en ZDG) pour déterminer s'il y a ou non exonération.

224. Etendue de l'exonération

2241. Due aux actes en K

Lorsqu'un acte ou une série d'actes cotés "K" éventuellement associés à des actes en Z entraînent exonération, celle-ci s'étend :

- à tous les actes en rapport avec cette intervention
- à toute partie d'hospitalisation à la condition que ces actes aient nécessité par eux-mêmes l'hospitalisation du malade (2 E)

. Exemple : (Hospitalisations 1 et 2 chacune inférieure à 30 jours).

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

ANNEXE AU CHAPITRE II**

- 2 A - Code de la Sécurité Sociale - Article L. 286
- 2 B - Lettre ministérielle du 09.04.1969
- 2 C - Annulé
- 2 D - Circulaire ministérielle N° 176 SS du 22.08.1946 (guide de la Sécurité Sociale page 47)
- ** 2 E - Lettres ministérielles des 29 juillet 1957 et 25 avril 1960
- 2 F - Lettre ministérielle du 27.06.1962
- 2 G - Circulaire ministérielle n° 81 du 27.05.1946
- 2 H - Arrêté du 27.06.1955
- 2 I - Circulaire ministérielle n° 81 SS du 18.03.1947
- 2 J - Décret n° 77.108 du 04.02.1977

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

CHAPITRE I

FACTURABILITE DES PRESTATIONS

SOUS-CHAPITRE I CENTRES ET UNITES DE MOYEN ET LONG SEJOUR

I - CENTRES ET UNITES DE MOYEN SEJOUR

11. Généralités

Ils sont destinés à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome (1 A).

L'admission des malades se fait sur présentation d'un dossier médical ou médico-social. Elle est subordonnée à entente préalable de l'organisme compétent.

La prise en charge initiale est établie, sauf avis contraire du Contrôle Médical des Caisses, pour une durée minimale de 30 jours. Elle ne peut être prolongée plus de 2 fois, le séjour total pris en charge ne pouvant excéder, sauf avis contraire du Contrôle Médical, 90 jours.

12. Frais de séjour

Les frais de séjour sont calculés sur la base d'un prix de journée comprenant également les honoraires médicaux (1 B). Toutefois, ne sont pas inclus les actes de radiothérapie et les séances d'hémodialyse ainsi que les appareils de prothèse et d'orthopédie (sauf les fauteuils roulants qui doivent faire partie de la dotation normale de l'établissement).

II - CENTRES ET UNITES DE LONG SEJOUR

21. Généralités

Ils sont destinés à l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (1 A).

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

L'admission des malades se fait sur présentation d'un dossier médical ou médico-social. Elle est subordonnée à entente préalable de l'organisme compétent.

La prise en charge initiale est établie, sauf avis contraire du Contrôle Médical des Caisses, pour une durée minimale de 30 jours. Elle est renouvelable par période soit de 30 jours, soit de 90 jours, soit, s'il y a lieu, d'une durée supérieure si le Contrôle Médical le juge nécessaire.

22. Frais de séjour (I C)

Ils comportent :

- un prix de journée d'hébergement
- un forfait journalier de soins

221. Prix de journée d'hébergement

Il recouvre les dépenses liées à cette fonction (1 B).

222. Forfait journalier de soins

Il est exclusif de toute facturation à l'acte (1 B). Néanmoins, les actes de radiothérapie et les séances d'hémodialyse peuvent être facturés en sus ainsi que les appareils de prothèse et d'orthopédie (sauf les fauteuils roulants qui doivent faire partie de la dotation normale de l'établissement).

SOUS-CHAPITRE II ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'HEBERGEMENT (Hospices, maisons de retraite, foyers-logements)

Ils sont destinés à l'hébergement des personnes âgées. Des soins peuvent être prodigués selon différentes modalités. Il convient de distinguer les établissements et services :

- médicalisés, d'une part
- non médicalisés, d'autre part.

I - ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICALISES

11. Généralités

Il s'agit des établissements et services qui ont opté pour le régime mis en place par la législation relative aux institutions sociales et médico-sociales, lequel modifie les règles d'intervention des organismes de protection sociale au titre :

- des soins courants,
- des soins effectués en section de cure médicale,
- des autres frais.

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

12. Frais de séjour

Ils comprennent :

- un prix de journée hébergement applicable à l'ensemble des pensionnaires,
- un forfait journalier de soins applicables aux pensionnaires qui ne sont pas pris en charge par un régime d'assurance maladie,
- un forfait de soins annuel global destiné à couvrir les dépenses exposées par l'établissement pour les pensionnaires pris en charge par les régimes d'assurance maladie.

121. Prix de journée hébergement

Il recouvre les dépenses liées à cette fonction.

122. Forfait journalier de soins

Il comprend les dépenses afférentes :

- aux soins courants,
- le cas échéant, aux soins dispensés dans la section de cure médicale.

1221. Soins courants

Sont facturées à ce titre les dépenses relatives à la rémunération du ou des médecins chargés de la surveillance médicale de l'établissement, la rémunération des infirmiers et aides-soignants qui dispensent les soins courants, l'achat des médicaments et produits usuels nécessaires aux soins.

Remarque :

Les honoraires auxquels donnent lieu l'appel à un médecin extérieur par le pensionnaire ou le médecin attaché à l'établissement, de même que les médicaments que le pensionnaire se sera procuré à l'extérieur de l'établissement ne sont pas compris dans le forfait de soins.

1222. Soins dispensés en section de cure médicale

Sont facturés à ce titre toutes les dépenses exposées pour les personnes admises dans cette section. Ne sont pas inclus les actes de radiothérapie et les séances d'hémodialyse ainsi que les appareils de prothèse et d'orthopédie (sauf les fauteuils roulants qui doivent faire partie de la dotation normale de l'établissement).

Remarque :

L'appel à un médecin spécialiste de l'extérieur donne lieu à des honoraires facturables en sus à la condition d'avoir été demandé expressément par le médecin attaché à l'établissement sous réserve que l'établissement en ait assuré le paiement (1 D).

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

123. Forfait de soins annuel

Il comprend les mêmes éléments que le forfait journalier de soins puisqu'il est obtenu en retranchant du montant des dépenses prévisionnelles de soins le produit du forfait journalier multiplié par le nombre prévisionnel de journées de pensionnaires non pris en charge par un régime d'assurance maladie. (1 E).

Remarque :

Il est facturé par douzième à la caisse ou l'organisme d'assurance maladie de la circonscription de l'établissement chargé d'en assurer le versement pour l'ensemble des bénéficiaires des différents régimes.

124. Autres frais

La participation des organismes d'assurance maladie est versée directement à l'établissement pour les dépenses de soins non comprises dans les forfaits de soins lorsque ceux-ci sont demandés par le ou les médecins attachés audit établissement et que ce dernier en a assuré le paiement.

Les autres dépenses n'ont pas à être facturées par l'établissement, faisant l'objet d'une avance des frais par le pensionnaire.

II - ETABLISSEMENTS ET SERVICES NON MEDICALISES

21. Généralités

Il s'agit des établissements et services qui n'ont pas opté pour le régime ci-dessus.

22. Frais de séjour

Ils sont calculés sur la base d'un prix de journée, dont la fixation obéit aux règles régissant celles du prix de journée des hôpitaux publics.

Remarque :

Certains hospices comportent des services de convalescents ou de chroniques. Les frais de séjour des assurés dans ces services ainsi que les honoraires médicaux sont facturés comme en secteur hospitalier.

SIGMA N° 1/80 (Juillet 1980)

CHAPITRE II

PRISE EN CHARGE TOUS REGIMES

SOUS-CHAPITRE I CENTRES ET UNITES DE MOYEN ET LONG SEJOUR

I - CENTRES ET UNITES DE MOYEN SEJOUR

11. Base de remboursement

Dans l'attente de la réglementation à intervenir pour ces centres et unités, les frais de séjour donnent lieu à remboursement par les caisses ou organismes d'assurance maladie dans la limite d'un plafond fixé par la circulaire interministérielle annuelle sur les prix de journée des établissements publics de soins. Les actes de radiothérapie sont pris en charge sur la base des tarifs de responsabilité appliqués à l'établissement dispensateur des soins. Les séances d'hémodialyse donnent lieu à remboursement dans les mêmes conditions que pour les services d'aigus (voir titre I, Chapitre II, paragraphe 238).

12. Taux de prise en charge

Identiques à ceux pratiqués en services d'aigus.

II - CENTRES ET UNITES DE LONG SEJOUR

21. Base de remboursement

211. Prix de journée d'hébergement

Il ne donne pas lieu à remboursement par les Caisses ou organismes d'assurance maladie.

212. Forfait journalier de soins

2121. Base de remboursement

Dans l'attente de la réglementation à intervenir dans ces centres et unités, il donne lieu à remboursement par les caisses ou organismes d'assurance maladie dans la limite d'un plafond fixé par la circulaire interministérielle annuelle sur les prix de journée des établissements publics de soins.

Les actes de radiothérapie et les séances d'hémodialyse sont pris en charge sur la base des tarifs de responsabilité appliqués à l'établissement dispensateur des soins.

SIGMA N° 1/81 (Mai 1981)

2122. Taux de prise en charge

Le forfait journalier de soins est intégralement pris en charge par les caisses ou organismes d'assurance maladie.

SOUS-CHAPITRE II

ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'HEBERGEMENT (hospices - maisons de retraite - foyers - logements)

I - ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICALISES (2 A)

11. Prix de journée d'hébergement

Il ne donne pas lieu à remboursement par les caisses ou organismes d'assurance maladie.

12. Forfait journalier de soins

Il ne donne pas lieu à remboursement par les caisses ou organismes d'assurance maladie.

13. Forfait de soins annuel

131. Base de remboursement

Le forfait de soins annuel donne lieu à remboursement sur la base du forfait fixé par arrêté préfectoral.

132. Taux de prise en charge

Le forfait de soins annuel est intégralement pris en charge par les caisses ou organismes d'assurance maladie.

14. Autres frais

141. Base de remboursement

Tarif de ville.

142. Taux de prise en charge

Ces frais sont pris en charge par les caisses ou organismes d'assurance maladie dans les conditions habituelles.

SIGMA N° 1/80 (Juillet 1980)