

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travaillleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :  
26/11/90

Origine :  
CABDIR

Mesdames et Messieurs les Directeurs  
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux  
Monsieur le Médecin Chef de La Réunion

Réf. :  
  
CABDIR      n°      54/90

Plan de classement :  

|      |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|
| 2431 |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|

Objet :  
RAPPEL DE LA REGLEMENTATION EN TERME DE FACTURATION DES PRIX DE JOURNEE ET DES FORFAITS DE  
SALLE D'OPERATION CONCERNANT LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN ETABLISSEMENTS DE SOINS PRIVES.

Pièces jointes :  

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Liens :

Date d'effet :  
Dossier suivi par :  
Téléphone :

Date de Réponse :  
DESMES Mme. GOLFOUSE - ENSM Dr VEDRINE  
42.79.33.56 - 42.79.34.41

**Direction de la  
Gestion du Risque**

|                            |                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26/11/90                   | Mesdames et Messieurs les Directeurs<br>- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie<br>- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie<br>- des Caisses Générales de Sécurité Sociale |
| <b>Origine :</b><br>CABDIR | Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux<br>Monsieur le Médecin Chef de La Réunion                                                                                    |

**N/Réf. :** CABDR n° 54/90

**Objet :** Rappel de la réglementation en terme de facturation des prix de journée et des forfaits de salle d'opération concernant la chirurgie ambulatoire en établissements de soins privés.

## **1 - OBJECTIFS DE CE RAPPEL**

**1.1** L'attention de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a été appelée, à de nombreuses reprises, sur les difficultés de facturation auxquelles sont confrontées les Caisses face au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de soins privés.

Ce terme générique recouvre, en effet, une activité non juridiquement définie à ce jour, qui se caractérise notamment par l'utilisation du bloc opératoire et qui peut s'effectuer dans les différentes structures que sont :

- les unités d'hospitalisation complète autorisées, par rotation accélérée des lits pour des séjours inférieurs à 24 heures,
- les "unités de soins externes", individualisées ou non du secteur de l'hospitalisation, et dans lesquelles sont installés des lits de "repos", "places" ou "fauteuils" et souvent équipées de possibilités de réanimation (vide, oxygène, scopes ...),

et à titre externe, sans possibilité d'hébergement.

L'absence de décret d'application de l'article 31.3 de la loi hospitalière du 31 décembre 1970, définissant l'hospitalisation de jour est à l'origine des ambiguïtés juridiques qu'utilisent actuellement des établissements de soins privés :

- pour développer cette activité de chirurgie ambulatoire, sans autorisation de capacité,
- pour demander le remboursement des forfaits de salle d'opération correspondant à ces interventions, en se fondant essentiellement sur l'article 11.2 de la convention type de l'Hospitalisation Privée, qui prévoit que "le forfait de salle d'opération est également dû en cas d'intervention sans hospitalisation", ainsi que sur les circulaires de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés des 24 juillet et 14 décembre 1981 relatives aux soins externes et résultant d'un accord conventionnel, complétées par la circulaire technique du 6 mars 1987.

La Caisse Nationale, consciente des difficultés résultant d'un dispositif juridique complexe, de l'importance croissante des dépenses liées à la chirurgie ambulatoire (+ 117 % de 1985 à 1989, + 63 % des dépenses de FSO de 1985 à 1989 - source chaîne VAD), de l'absence de maîtrise actuelle des capacités correspondantes, de la méconnaissance de l'activité effectivement recouverte par ce terme générique, de l'absence de définition des moyens de surveillance (locaux, personnel) et de critères de sélection et de suivi des patients, de la nécessité d'appliquer un mode de tarification adapté qui rémunère les actes justifiés et leur environnement médical, a entamé une réflexion sur ce sujet.

Des contacts ont été pris avec les syndicats de cliniques (FIEHP, UHP, FEHAP) pour que se mettent en place deux groupes de travail, l'un médical, l'autre administratif, dont l'objectif serait de proposer le plus rapidement possible un canevas servant de base à la rédaction d'une convention-type particulière : les différents aspects de cette question devront y être analysés, définition médicale et juridique de l'activité, autorisation de capacité, cadre normatif de sécurité et d'environnement, tarification.

Ce travail qui suppose une meilleure connaissance médicale et administrative de l'existant, devra se faire en concertation avec les Caisses qui seront appelées à y participer.

L'élaboration d'une telle convention, dont le principe a été accepté par les syndicats de cliniques privées, devra aboutir dans les meilleurs délais.

## 1.2 Dans cette perspective, le principe **d'un "statu quo"** à appliquer pendant la période de négociation a bien été posé.

Mais certaines informations en provenance de Caisses Primaires laissent à penser que ce principe pourrait être interprété de manière erronée : une clinique se fonde en effet sur le maintien du statut quo pour justifier le paiement de forfaits de salle d'opération pour des actes effectués dans une unité dite de "soins externes", alors même que ces actes relèvent de l'hospitalisation de jour et que la création de cette unité d'hospitalisation de jour a été refusée par arrêté préfectoral.

Aussi, dans le délai nécessaire à l'élaboration et à la conclusion de cette convention-type, est-il important que l'ensemble des Caisses adopte une attitude commune, reposant sur une application stricte de la réglementation, destinée à éviter que ne créent des précédents risquant de faire obstacle à la mise en place de la convention.

## **2. - RAPPEL DE LA REGLEMENTATION**

### **2.1 Paiement du prix de journée**

La circulaire ministérielle n° 2780 du 17 octobre 1972, prise en application de la loi hospitalière du 31 décembre 1970, indique que les "hôpitaux de jour" et les "hôpitaux de nuit" ont une "activité qui se caractérise par une admission des malades pour des périodes moyennes inférieures à 24 heures (...)".

Le paiement des prix de journée pour des actes entraînant un séjour inférieur à 24 heures n'a fait l'objet d'aucune disposition dans la convention-type de 1978.

Ainsi, indépendamment du critère de structure autorisée ou non autorisée, et en l'absence de convention particulière déjà signée entre une Caisse Régionale d'Assurance Maladie et un établissement comportant une unité d'hospitalisation de jour autorisée, le paiement du prix de journée (ou d'un prix de journée partiel) doit être pour l'instant refusé.

Dans la mesure où la convention-type qu'il s'agit de mettre en place aura à examiner les conditions et les modalités de rémunération de l'environnement, il est important de ne pas créer d'antécédents en la matière.

### **2.2 Paiement du forfait de salle d'opération**

Il est nécessaire de distinguer les soins externes et l'hospitalisation de jour.

#### **a/ Soins externes**

Les circulaires CNAMTS de 1981 (22/07 et 14/12) résultent d'un accord conventionnel de la Commission Nationale Paritaire de l'Hospitalisation Privée, destiné à pallier l'absence d'arrêté prévu par l'article 7.2 du décret du 22 février 1973 concernant les modalités de fixation du montant des forfaits de salle d'opération, et à mettre en oeuvre l'article 11.2 de la convention-type concernant le paiement de forfait de salle d'opération en cas d'intervention sans hospitalisation.

Ces circulaires fixent donc la liste des actes ouvrant droit à paiement de forfaits ou de demi-forfaits de salle d'opération, ce qui, a contrario, interdit le paiement de forfaits ou de demi-forfaits de salle d'opération pour des actes non inscrits dans les listes.

#### **b/ Hospitalisation de jour**

Dès lors que les actes réalisés sont programmés et nécessitent une surveillance de plusieurs heures en milieu spécialisé, on doit considérer qu'il y a utilisation d'une unité d'hospitalisation de jour.

Faute de critères de densité et de complexité des soins, c'est le critère de durée de séjour qui différencie l'hospitalisation de jour de l'hospitalisation complète (> 24 heures) et des soins externes (pas de présence nécessaire du patient après l'acte) ; le projet de décret sur les alternatives de 1987 considérait, à cet égard, que l'hospitalisation de jour correspondait à une prise en charge du malade au-delà de 3 heures.

Par ailleurs, la notion de programmation permet de distinguer l'utilisation accidentelle et admise de lits d'hospitalisation complète pour des durées inférieures à 24 heures de l'utilisation systématique et organisée de ces lits en unité d'hospitalisation de jour.

L'unité d'hospitalisation de jour doit être autorisée, même en l'absence de décret d'application de l'article 31.3 de la loi de 1970. En effet, la circulaire précitée du 17 octobre 1972 précise (I.2) que les hôpitaux de jour ou de nuit (hospitalisation inférieure à 24 heures) sont assujettis aux dispositions du système d'autorisation de la Loi de 1970, même en l'absence de décret. Cette nécessité d'un acte d'autorisation est confirmée par un arrêt du Conseil d'Etat du 7 Janvier 1987 (arrêt Le Gouarec) qui précise que le défaut d'intervention du décret d'application ne peut avoir pour effet de constituer un obstacle à l'application des articles de la loi du 31 décembre 1970.

L'autorisation accordée à l'établissement au titre de l'article 31.1 de la loi de 1970 ne concerne donc pas les unités où sont réalisées des hospitalisations programmées inférieures à 24 heures, relevant de l'article 31.3.Or, la convention signée entre une Caisse Régionale d'Assurance Maladie et un établissement, ainsi que les tarifs qui en découlent, sont applicables sous réserve de l'agrément résultant de l'autorisation prévue par l'article 31 de la loi de 1970 (article 2 de la convention-type du 29 Juin 1978).

Aussi, est-ce à tort que les cliniques s'appuient, juridiquement, sur l'article 11.2 de cette convention type pour fonder le remboursement du forfait de salle d'opération, quelles que soient les conditions d'hospitalisation ou de non-hospitalisation, puisqu'il ne peut produire son effet, en l'absence d'autre texte, que sur des structures autorisées.

Les conséquences de cette analyse juridique sont les suivantes :

- pour les structures d'hospitalisation de jour non autorisées, un délai de régularisation de 6 mois à compter de jour est accordé, au-delà duquel, si l'autorisation n'a pas fait l'objet d'une demande par l'établissement, le paiement du forfait de salle d'opération sera interrompu. Cette disposition devra être signifiée aux établissements dans les plus brefs délais. Avant l'expiration de ce délai et en l'attente de la décision en cas de demande d'autorisation, les Caisses continuent de payer les forfaits de salle d'opération facturés,
- pour les structures autorisées d'hospitalisation de jour, il existe deux cas de figure :
  - . les structures autorisées déjà conventionnées, pour lesquelles les Caisses remplissent leurs engagements conventionnels ;
  - . les structures autorisées non conventionnées, pour lesquelles les Caisses devraient payer le forfait de salle d'opération sur la base d'un tarif d'autorité défini à l'article 6 du décret du 22 février 1973.

Compte tenu de l'absence de références pour une activité qu'il s'agit précisément de régulariser après la mise en oeuvre d'une convention-type, l'application des tarifs d'autorité ne peut se concevoir.

Temporairement, le paiement du forfait de salle d'opération doit donc se faire sur la base du tarif conventionné en unité d'hospitalisation complète autorisée et conventionnée de l'établissement.

### **2.3 Honoraires correspondants**

L'article L. 162-21 dispose que "l'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements privés de soins de toute nature que si ces établissements sont **autorisés** à dispenser des soins aux assurés sociaux". Aussi, dès lors que le paiement du forfait de salle d'opération est suspendu conformément à l'analyse juridique et aux dispositions temporaires décrites ci-dessus, convient-il de ne plus rembourser les honoraires correspondants.

### **Conclusion**

La présente circulaire précise à quelle application de la réglementation correspond le principe de statu quo appliqué pendant la période de négociation de la convention-type de chirurgie ambulatoire.

Les principes retenus sont ceux de la rigueur juridique : non-paiement du prix de journée pour des hospitalisations inférieures à 24 heures, autorisation nécessaire des unités d'hospitalisation de jour.

En revanche, la suspension du paiement de forfait de salle d'opération en cas d'activité constatée dans des unités d'hospitalisation de jour non autorisées n'est pas immédiate, ce qui laisse aux établissements la possibilité de régulariser leur situation ou aux partenaires conventionnels de conclure la convention spécifique précitée.

L'attention des Caisses et des Services Médicaux est donc appelée sur la nécessité de renforcer :

- leur contrôle sur les paiements des forfaits de salle d'opération dans le cadre des circulaires de 1981,

- leur contrôle sur les cliniques dont les bordereaux 615 comportant une date d'entrée égale à la date de sortie, représentent une part significative des factures.

*Gilles JOHANET*