

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

15/01/91

Origine :

CABDIR

MMES et MM les Directeurs

MMES et MM les Agents Comptables

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

CABDIR n° 1/91

Plan de classement :

2431

Objet :

MODALITES D'APPLICATION DE L'ARRETE DU 28 DECEMBRE 1990 (PUBLIE AU JO DU 30 DECEMBRE 1990) QUI FIXE, A COMPTER DU 1ER JANVIER 1991 ET A TITRE TEMPORAIRE, LES MODALITES DE DETERMINATION DU COMPLEMENT AFFERENT AUX FRAIS DE SALLE D'OPERATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS PRIVES REGIS PAR L'ARTICLE L. 162-22 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE.

Les modalités de calcul du FSO, dans les établissements de soins privés sont modifiées temporairement, à compter du 1er janvier 1991.

La formule posée par cet arrêté ne modifie pas la valeur unitaire monétaire du FSO, mais affecte la cotation de l'acte à la NGAP qui constitue la base de calcul actuelle d'un coefficient correcteur destiné à neutraliser l'augmentation en volume des dépenses engagées à ce titre.

Les modalités de mise en oeuvre de cette réforme sont précisées par cette présente ainsi que le régime d'avance consentie.

Pièces jointes :

- 3

Liens :

App.arr

28/12/90

Date d'effet :

01/01/91

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DESMES L. DURAND - ACCG A. BOUREZ

Téléphone :

42.79.32.86 - 42.79.33.86

@

15/01/91

MMES et MMles Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables

Origine :

CABDIR

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

N/Réf. : CABDIR n° 1/91

Objet : Application de l'arrêté du 28 décembre 1990 fixant les modalités de détermination du complément afférent aux frais de salle d'opération dans les établissements d'hospitalisation privés régis par l'article L. 162-22 du Code de Sécurité Sociale.

L'arrêté du 28 décembre 1990 (publié au J.O. du 30 décembre 1990) fixe à compter du 1er janvier 1991 et à titre temporaire, les modalités de détermination du complément afférent aux frais de salle d'opération dans les établissements d'hospitalisation privés régis par l'article L. 162-22 du Code de la Sécurité Sociale.

Cet arrêté tend à bloquer **provisoirement**, en l'attente de la mise en place d'un dispositif pérenne de maîtrise des dépenses concernées, l'évolution en volume des dépenses engagées au titre des Forfaits de Salle d'Opération (FSO).

La volonté d'une redéfinition, à terme, des modalités de calcul du FSO par les parties conventionnelles est, par ailleurs, clairement affirmée par l'article 2 dudit arrêté, lequel dispose que l'application temporaire, prévue à compter du 1er janvier 1991, "prendra fin à la date d'entrée en vigueur des nouvelles modalités de détermination du complément afférent aux FSO".

Par lettre du 3 janvier 1991, jointe en annexe 1, le Ministère des Affaires Sociales et de la solidarité a indiqué, dans leurs grandes lignes, les modalités de mise en oeuvre du nouveau dispositif à compter du 1er janvier 1991.

La présente circulaire a pour objet de les préciser afin de permettre aux Caisses d'appliquer les nouvelles dispositions réglementaires dès réception du présent texte.

1. - RAPPEL JURIDIQUE

L'article L. 162-22 du Code de la Sécurité Sociale, qui définit le cadre conventionnel des relations entre les établissements d'hospitalisation privés et les Caisses Régionales d'Assurance Maladie, prévoit le mode de fixation des tarifs d'hospitalisation des établissements et le tarif de responsabilité des Caisses.

Ceux-ci sont négociés entre les parties, compte tenu du classement et sont homologués par l'autorité administrative conformément au décret n° 73.183 du 22 février 1983.

L'article 7 de ce décret modifié prévoit que les tarifs des Caisses comprennent notamment :

- un forfait journalier pour les frais de séjour et de soins infirmiers,
- un complément afférent aux frais de salle d'opération ou d'accouchement indépendant de la durée d'hospitalisation et dont le montant doit être fixé par arrêté interministériel.

Si la teneur des frais compris dans ces deux éléments est précisée par la convention-type annexée à l'arrêté interministériel du 29 juin 1978, l'arrêté fixant les modalités de détermination du complément afférent aux FSO n'a jamais été publié.

C'est donc dans le cadre d'un vide réglementaire que la pratique conventionnelle suivante s'est développée, depuis 1974, entre les partenaires professionnels :

le calcul du complément afférent aux frais de salle d'opération s'effectue en multipliant le coefficient de l'acte opératoire et de l'anesthésie, tel que prévu à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, par une valeur unitaire fixée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie à l'établissement, en fonction du classement du service de chirurgie ou d'obstétrique dudit établissement.

Cette valeur unitaire est fixée, annuellement, dans le cadre d'un avenant tarifaire à la convention passée avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, conformément à l'article R. 162-32 de du Code de la Sécurité Sociale.

2. - PRINCIPE POSE PAR LE NOUVEL ARRETE

La modification introduite par l'arrêté du 28 décembre 1990 ne remet pas en cause la valeur unitaire monétaire fixée par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie, mais vise à modifier le coefficient de l'acte servant de base au calcul du complément, par l'affectation d'un coefficient correcteur, **déterminé par établissement** et qui vise à neutraliser l'augmentation en volume des dépenses engagées au titre des FSO.

3. - CHAMP D'APPLICATION

La nouvelle réglementation s'applique aux établissements de soins privés - chirurgicaux et obstétricaux - conventionnés et non conventionnés, pour lesquels une valeur unitaire du FSO a été fixée par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie.

4. - EXPLICATION DE LA FORMULE DE CALCUL DU COEFFICIENT ET DU FSO

a) Rappel de la formulée posée par l'arrêté

Complément = Valeur unitaire x a

$$a = b \times \frac{1}{1 + t}$$

"a" correspond au coefficient **corrigé** de l'acte à NGAP

"b" correspond au coefficient de l'acte prévu par la NGAP

"t" correspond au taux de croissance annuel moyen de la somme des coefficients des actes en K présentés au remboursement sur 2 ans.

Le ratio : $\frac{1}{1+t}$ = permet de déterminer le **coefficient correcteur**

b) Calcul du coefficient correcteur

Le coefficient correcteur prévu par l'arrêté est égal au taux de croissance moyen annuel de la somme des coefficients des actes en K présentés au remboursement (K anesthésiques inclus), par établissement, au cours des deux dernières années connues.

Les résultats d'activité de l'année 1990 n'étant pas connus au 1er janvier 1991, il appartiendra aux Caisses Régionales de **demande à chaque établissement de calculer**, à partir de la somme des coefficients des actes en K présentés au remboursement des Caisses - tous régimes confondus - au titre des années 1987, 1988 et 1989, le taux de croissance moyen annuel et le coefficient correcteur en découlant, ainsi qu'il suit :

Exemple pour un établissement :

Somme des coefficients des actes en K présentés au remboursement (K anesthésiques inclus)

année 1987 : 10.000.000 K

année 1988 : 11.180.000 K

année 1989 : 12.488.060 K

taux d'évolution 1989/1987 : + 24,88 %

taux d'évolution 1988/1987 : + 11,80 %

taux d'évolution 1989/1988 : + 11,70 %

Calcul du coefficient correcteur :

$$\frac{1}{(\sqrt{(1,118 \times 1,117)})} = \underline{\underline{0,89}} \quad \text{ou}$$

$$\sqrt{\frac{10.000.000}{12.488.060}}$$

Le coefficient correcteur ne devra pas comporter plus de deux décimales.

L'attention des Caisses est attirée sur les particularités suivantes :

- le coefficient pourra être égal ou supérieur à 1 dans des cas très exceptionnels, dès lors que l'activité de l'établissement est stagnante ou en régression.

Une attention toute particulière devra donc être apportée par les Caisses sur ces établissements, lors des contrôles de vraisemblance qu'elles seront appelées à faire et dont les modalités sont précisées en point 6 ;

- Pour les établissements nouvellement créés, ne disposant d'aucune statistique d'activité pour les exercices considérés, un coefficient égal à 1 devra être mentionné.
- Pour les établissements nouvellement créés, qui ne disposent de statistique d'activité que pour les années 1988 et 1989, ne pouvant donc faire ressortir qu'un seul taux de croissance (1989/1988), le coefficient correcteur devra être calculé à partir de ce seul taux.

c) Calcul du complément afférent aux FSO

De manière plus explicite, l'application de la formule posée par l'arrêté peut être réécrite ainsi qu'il suit :

Valeur unitaire x (coefficient de l'acte NGAP x coefficient correcteur) = complément FSO.

A titre d'illustration, la formule applicable et facturable par chaque établissement devra se présenter ainsi qu'il suit :

Valeur unitaire FSO : 17,41 F

Coefficient de l'acte à la NGAP : K 97

Coefficient correcteur de l'établissement : 0,89

Le complément facturable et remboursable par les Caisses à compter du 1er janvier 1991 s'élève à :

$$17,41 \text{ F} \times 97 \times 0,89 = 1.503,00 \text{ F}$$

au lieu de :

$$17,41 \text{ F} \times 97 = 1.688,77 \text{ F.}$$

5. - DECLARATION DES ETABLISSEMENTS

Dès réception de cette présente, il appartiendra aux Caisses Régionales d'indiquer aux établissements les modalités de calcul du coefficient correcteur ci-dessus mentionnées et de les informer de l'obligation de déclaration qui leur est faite, et ce, avec une date butoir.

En effet, compte tenu de la date de parution de cet arrêté et de ses incidences, tant sur le plan de la facturation que du remboursement, un système déclaratif est apparu souhaitable aux Pouvoirs Publics, afin notamment de limiter les délais de mise en oeuvre de cette réforme.

Afin de permettre aux Caisses Régionales et Primaires de disposer de cette information indispensable aux différents contrôles qui leur seront impartis, les établissements devront adresser, impérativement avant le **25 janvier 1991**, à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie une déclaration sur l'honneur comportant :

- la somme des coefficients à prendre en compte au titre des années 1987, 1988 et 1989,
- le taux de croissance moyen annuel,
- et le coefficient correcteur.

Les Caisses Régionales répercuteront les coefficients correcteurs aux Caisses Primaires et à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Département des Etablissements Sanitaires et Médico-Sociaux, dès réception de ces informations.

6. - CONTROLES DE VRAISEMBLANCE

Il appartiendra aux Caisses Régionales, en concertation avec les Caisses des autres Régimes, d'effectuer un contrôle de vraisemblance des taux de croissance et des coefficients correcteurs communiqués par les établissements.

Ce contrôle pourra s'effectuer notamment à partir des éléments résultant de l'enquête EHP. Il pourra s'accompagner, le cas échéant, d'un contrôle sur place.

7. - MODALITES DE FACTURATION A METTRE EN PLACE

a) Bordereau 615

Les bordereaux 615 remplis par les établissements conventionnés ou les factures émises par les établissements non conventionnés devront impérativement faire apparaître le coefficient correcteur déclaré.

Aussi, il devra être porté à la connaissance des établissements visés cette information et plus particulièrement, en ce qui concerne les établissements conventionnés, que la zone "TVA" figurant dans la partie frais de séjour du bordereau 615, devra être réservée, pendant la durée d'application de cet arrêté, à l'indication exclusive du coefficient correcteur.

En effet, il est apparu opportun, eu égard au caractère temporaire de cette réforme et des délais impartis, de ne pas s'engager dans une révision complète du bordereau 615.

L'utilisation de la zone TVA constitue donc un palliatif destiné à ne pas générer des retards dans la liquidation.

b) Modification à terme des chaînes de liquidation

1° Liquidation sans télétransmission

Les logiciels locaux et centraux vont être modifiés afin de prendre en compte les nouvelles règles de saisie, les contrôles de vraisemblance, les statistiques souhaitées par le Ministère de Tutelle, et la mémorisation du coefficient correcteur.

2° Liquidation avec télétransmission

La facture magnétique devant refléter, par obligation réglementaire, le contenu exhaustif du bordereau 615 le cahier des charges de la norme CP doit être modifié pour y indiquer le taux correcteur.

Les logiciels INTIERS, TE5 et V1 vont être aménagés pour prendre en compte le coefficient correcteur et effectuer la tarification à partir du coefficient recalculé, c'est-à-dire coefficient actuel (non réduit) x taux correcteur.

En attendant l'utilisation du coefficient correcteur dans les fichiers des établissements et pour les besoins des Mutuelles, il sera constitué une table nationale des établissements concernés, à partir des remontées des informations des Caisses Régionales d'Assurance Maladie comportant le numéro FINESS et la clé de chaque établissement ainsi que le coefficient correcteur déclaré.

3° Fichier Régional des Etablissements

Une action de maintenance est également en cours pour intégrer dans ce fichier le coefficient correcteur applicable à chaque établissement concerné.

Ces modifications nécessitent des délais de mise en oeuvre et des dispositions transitoires.

Aussi,

- **en ce qui concerne la liquidation sans télétransmission**, une saisie manuelle pour s'effectuer, en l'attente de la modification du logiciel, dès la fourniture par les établissements de factures 615 comportant le taux correcteur.

Pour ce faire, le technicien devra saisir le coefficient corrigé après l'avoir calculé manuellement ainsi qu'il suit :

Coefficient actuel de l'acte x taux correcteur = coefficient corrigé ;

- **En ce qui concerne la liquidation avec télétransmission**, aucune disposition transitoire n'est envisageable.

Par conséquent, en l'attente de la modification du cahier des charges, il ne pourra être procédé à aucun remboursement par télétransmission.

Des instructions complémentaires vous seront adressées sur cette question ultérieurement.

8. - REGIMES TRANSITOIRES DES AVANCES

L'arrêté du 28 décembre 1990, publié au Journal Officiel du 30 décembre 1990, est applicable à compter du 1er janvier 1991.

Compte tenu des délais nécessaires à la mise en oeuvre de cette réforme et de ses incidences, évoquées en chapitre 7, tant sur le plan de la facturation que du remboursement, les Caisses ont été informées, par télex du 4 janvier 1991, qu'un régime d'avance, à consentir transitoirement aux établissements, devra se mettre en place dans les meilleurs délais.

Ce système ne devrait toutefois avoir de portée véritable que pour la liquidation en télétransmission, puisque des dispositions transitoires doivent permettre la liquidation des factures non magnétiques, dès réception des bordereaux 615 conformes à la nouvelle réglementation.

A) Objet des avances

La notion "d'acomptes" imposant la production et le traitement de factures provisoires et de factures de régularisation, il est apparu préférable à la Caisse Nationale d'avoir recours à un système d'avance, pendant cette période transitoire, réservée exclusivement aux établissements conventionnés.

Les Caisses devront donc informer les établissements de surseoir à l'envoi de toutes les factures **comportant un FSO** (qui soit lié à un service de chirurgie, d'obstétrique ou à titre externe) pendant cette période. Je précise que cette suspension concerne l'intégralité des bordereaux 615, y compris les honoraires.

En revanche, **les factures ne comportant pas de FSO seront remboursées selon les modalités habituelles des Caisses.**

B) Modalité de mise en place des avances

1° Rôle pivot attribué temporairement à la Caisse Primaire du lieu d'implantation de l'établissement

La Caisse Primaire du lieu d'implantation de l'établissement sera chargée de verser une avance à chaque établissement concerné par la réforme FSO, pour l'ensemble des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Régime Général et régimes rattachés, y compris les mutuelles décompteuses.

2° Modalités de calcul et de ventilation de l'avance entre établissements et mandataire unique des praticiens

Eu égard au rôle qui est assuré par la Caisse Primaire d'implantation de l'établissement, l'avance ne pourra être calculée :

- que sur production d'un **état**, par l'établissement concerné, faisant ressortir le montant des dépenses toutes disciplines confondues et honoraires inclus, remboursées par les Caisses du Régime Général et Régimes rattachés, au titre de l'année 1990.

Cet état devra être conforme à la comptabilité de l'établissement et certifié sur l'honneur.

Parallèlement, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie concernée devra établir la structure, sur les mois de novembre et décembre 1990 :

- de la part des versements opérés par elle, au titre des factures comportant des FSO (chirurgie, obstétrique, soins externes) par rapport à la totalité des sommes versées à chacun de ces établissements, toutes disciplines et honoraires inclus (approche par DMT de chirurgie et d'obstétrique),
- de la part des honoraires, dans le sous-ensemble que constitue la structure des versements comportant des FSO, permettant de ventiler l'avance entre l'établissement pour les frais de séjour et les praticiens pour les honoraires.

Le montant de l'avance résultera donc de l'application du ratio défini précédemment en point a) à la moyenne mensuelle des versements perçus par l'établissement en 1990 et calculée à partir de l'état déclaratif transmis.

La ventilation de cette avance entre établissements et praticiens s'opérera en fonction des ratios dégagés en point b) ci-dessus.

A titre d'exemple :

10 établissements conventionnés relèvent de la CPAM "pivot" :

- . dont 7 établissements chirurgicaux ou pluridisciplinaires présentant des factures avec FSO,
- . et 3 établissements mono-disciplinaires de médecine, psychiatrie et convalescence.

Ces trois derniers établissements ne sont pas concernés par le système d'avance.

La structure devra donc être calculée sur les 7 autres établissements, établissement par établissement.

- . Total des versements effectués à chacun de ces 7 établissements au cours des mois de novembre et décembre 1990, toutes disciplines et honoraires inclus : **100**.
- . Poids des versements concernant les factures avec FSO dans la base 100 ci-dessus définie : **70 %**.
- . Poids des honoraires dans ce sous-ensemble : **40 %**. Les 60 % restants correspondent aux frais de séjour.

Calcul de l'avance par l'établissement

Etat déclaratif fourni par chacun de ces 7 établissements faisant ressortir la totalité des versements effectués par le Régime Général et assimilé, au titre 1990, toutes disciplines et honoraires inclus.

Pour un établissement : 12.000 F.

Moyenne mensuelle : **1.000 F.**

. Montant de l'avance totale à verser :

$1.000 \text{ F} \times 70 \% = 700 \text{ F}$ à ventiler ainsi qu'il suit :

. Avance à verser à l'établissement pour les frais de séjour :

$700 \text{ F} \times 60 \% = 420 \text{ F}$

. Avance à verser aux praticiens, pour les honoraires :

$700 \text{ F} \times 40 \% = 280 \text{ F}.$

Observations :

Dans le cas où les honoraires aux praticiens ne seraient pas versés par la voie d'un mandataire unique, il appartiendra à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de calculer une avance pour chacun des praticiens.

Pour ce faire, il lui appartiendra de dégager, en sus de la méthodologie définie, la structure des honoraires afférente à chaque praticien, à partir du poids des honoraires calculés selon le point b ci-dessus.

A partir de l'illustration visée supra, cette structure devra être calculée sur la base des 40 % dégagés.

Les avances devront **être versées mensuellement** par la Caisse Primaire d'Assurance maladie "pivot" à chaque établissement concerné.

C) Date d'expiration des avances

La régime d'avance transitoirement mis en place, devra s'achever au 31 mars 1991.

D) Récupération des avances consenties

Cette récupération sera effectuée selon des modalités arrêtées localement entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'établissement.

9. - BILAN DE LA SITUATION A LA FIN DU PREMIER SEMESTRE

A la demande des Pouvoirs Publics, un bilan de l'application du dispositif provisoire devra être réalisé à la fin du premier semestre 1991.

Ce bilan, effectué au niveau national par chacun des trois grands régimes, portera notamment sur l'évolution en volume de la base de calcul du FSO des 6 premiers mois 1991 par rapport aux mois correspondants de l'année antérieure, et ce, par établissement.

Il fera également apparaître les coefficients correcteurs appliqués à chacun des établissements concernés.

10. REMONTEE DES INFORMATIONS A LA CAISSE NATIONALE

Les actions de maintenance informatiques ainsi que l'obligation de bilan imposée par les Pouvoirs Publics imposent que les Caisses Régionales d'Assurance Maladie adressent à la Caisse Nationale, **dès réception**, les informations visées à l'annexe 2 de cette présente.

o

o o

J'appelle votre attention sur l'importance que revêt une mise en oeuvre rapide de l'ensemble de ces dispositions.

Les difficultés rencontrées par les Caisses devront être formulées par télex au DESMES qui centralisera les remarques et réalisera, si besoin est, un complément d'information au vu des problèmes soulevé

s. La demande d'explication individualisée, par Caisse, s'avère en effet ingérable compte tenu du volume de communications téléphoniques qu'elle entraîne.

Gilles JOHANET

PJ : -*Arrêté du 28 décembre 1990*

-* Lettre min. bureau AM1 /90/4322/1018

du 3 janvier 1991*

-état

REGION :

ETABLISSEMENTS NOM	N° DE FINESS + CLE	SERVICE CONCERNE CHIRUR. OU OBSTE.	ACTIVITE			TAUX DE CROISSANCE MOYEN ANNUEL	COEFFICIENT CORRECTEUR
			1987	1988	1989		