

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

26/03/92

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° 20/92

Plan de classement :

2431					
------	--	--	--	--	--

Objet :

Circulaire abrogeant à compter du 1er avril 1992 les points 2.2 et 2.3 de la circulaire CNAMTS CABDIR n° 54/90 du 26 novembre 1990 qui avait pour objet de rappeler la réglementation en vigueur, en terme de facturation des prix de journée et des forfaits de salle d'opération, concernant la pratique de la chirurgie ambulatoire en établissements de soins privés.

Pièces jointes :

-	1
---	---

Liens :

Modif.la circ.CNAMTS CABDIR n° 54/90

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DESMES - A. GOLFOUSE - ENSM Dr. RACT

Téléphone :

42.79.33.56 - 42.79.34.57

@

**Direction de la
Gestion du Risque**

26/03/92	Mesdames et Messieurs les Directeurs - des Caisses Régionales d'Assurance Maladie - des Caisses Primaires d'Assurance Maladie - des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Origine : CABDIR	Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux Monsieur le Médecin Chef de La Réunion

N/Réf. : CABDIR n° 20/92

Objet : Abrogation des points 2.2 et 2.3 de la circulaire CABDIR n° 54/90 du 26 novembre 1990 à compter du 1er avril 1992.

I - RAPPEL

La circulaire CABDIR n° 54/90 du 26 novembre 1990 avait pour objet de rappeler la réglementation en vigueur, en terme de facturation des prix de journée et des forfaits de salle d'opération, concernant la pratique de la chirurgie ambulatoire en établissements de soins privés.

Cette circulaire comportait deux volets :

- l'un, d'application immédiate, concernait le non-paiement du prix de journée pour des actes entraînant un séjour inférieur à 24 heures, indépendamment du critère de structure autorisée ou non autorisée, et en l'absence de convention particulière déjà signée entre une CRAM et un établissement comportant une structure de chirurgie ambulatoire ;
- l'autre, applicable dans un délai de six mois, reporté au 26 novembre 1991 puis au 31 mars 1992, concernait le non-paiement du FSO et des honoraires correspondants en cas d'activité de chirurgie ambulatoire constatée, dans des structures d'hospitalisation de jour pour lesquelles les établissements n'avaient pas entrepris une démarche de demande d'autorisation.

II - ELEMENTS NOUVEAUX

- 1/ La loi hospitalière du 31 juillet 1991 apporte un éclaircissement juridique souhaité par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie au cadre réglementaire dans lequel seront désormais gérées les structures de soins alternatives à l'hospitalisation et notamment celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire.

Les articles L. 712-2, 712-5 et 712-10 fixent les principes qui soumettent ces structures à la carte sanitaire et à la procédure d'autorisation. Par ailleurs, des projets de décrets d'application sont d'ores et déjà soumis pour avis aux différentes instances et seront très prochainement publiés ; ils définissent la nature et la liste des structures de soins alternatives entrant dans le champ de la carte sanitaire (décret en Conseil d'Etat) et fixent les modalités de prise en compte, dans la carte sanitaire, de l'offre de soins correspondant à ces structures (décret simple). Ces deux décrets seront très rapidement suivis d'un décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour ces structures, lui-même complété par un certain nombre d'arrêtés (ex. : arrêté définissant le "secteur opératoire") et/ou de circulaires.

Ainsi, l'imprécision liée à l'absence de décret d'application de l'article 31.3 de la loi de 1970, qui avait pourtant défini la nécessité de soumettre à autorisation les unités d'hospitalisation de jour, va prendre fin. L'Assurance Maladie ne peut que se féliciter de voir désormais réglementée une activité en développement, tant dans le secteur public que privé. Par ailleurs, dans le cadre du protocole cliniques du 6 janvier 1992, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie a obtenu que soient réintégrées dans le montant des dépenses régulées des établissements régis par l'article L. 162-22 du Code de la Sécurité Sociale, les prestations sans hébergement qui correspondent aux différentes formes d'alternatives : chirurgie ambulatoire, hospitalisation partielle, hospitalisation à domicile. Elles en étaient en effet exclues dans le DMOS du 31 juillet 1991.

- 2/ Les mesures transitoires de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 précisent par ailleurs dans l'article 24 modifié par le DDOS du 31 décembre 1991 que les établissements de santé publics et privés qui, antérieurement à la date de promulgation de la présente loi, comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la Santé Publique sont autorisés à poursuivre cette activité, à condition d'en faire la déclaration au représentant de l'Etat et de respecter, dans un délai fixé par décret, les conditions techniques prévues au 3° de l'article L. 712-9 dudit Code.

La procédure qui va prochainement être définie par arrêté laissera probablement un délai de 2 mois aux établissements pour déposer leur déclaration, à compter de sa parution.

Le Préfet, sur déclaration des établissements faite selon un modèle type **et sur avis et informations des organismes de Sécurité Sociale** (ceci résulte des négociations menées au niveau national entre les services du Ministère et ceux des Caisses Nationales), aura 4 mois pour se prononcer et accorder une autorisation temporaire à l'établissement : celle-ci sera fondée sur la preuve de l'existence matérielle de la structure au 31 juillet 1991 et définira le nombre de places temporaires autorisé.

La structure bénéficiera d'un délai (6 mois ou 1 an ?) pour se mettre aux normes.

Concernant les structures de chirurgie ambulatoire existant antérieurement à la loi et déclarées, le taux de change (2 lits pour 1 place en cas de carte excédentaire inférieure à 25 %, 2,5 lits si l'excédent est supérieur à 25 %) ou les contrats tripartites devant définir une compensation des dépenses d'Assurance Maladie ne s'appliquent pas.

Le risque de voir déclaré un stock considérable de places de chirurgie ambulatoire de la part des établissements est donc important, puisque ce stock n'est pas soumis aux contraires de réduction des moyens d'hospitalisation applicables aux futures autorisations.

Afin d'éviter la reconnaissance d'un stock fictif d'une part, et la définition d'un nombre de places fondé sur une activité réelle mais de soins externes ne nécessitant pas le recours à un secteur opératoire ou à une anesthésie autre que locale d'autre part, les services de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie sont en train d'élaborer une méthode de requête par établissement, permettant de récupérer sur 1991 et en particulier le dernier trimestre, les informations de facturation nécessaires.

Des instructions sur la participation des échelons médicaux et des Caisses à ce nécessaire travail seront envoyées ultérieurement.

III - INSTRUCTIONS

Compte tenu de ces éléments nouveaux, la présente circulaire a pour objet de définir l'attitude commune que doivent désormais adopter les Caisses :

- les points 2.2 et 2.3 de la circulaire du 26 novembre 1990 sont abrogés à compter du 1er avril 1992,
- le point 2.1 continue de s'appliquer.

Il est en effet indispensable de maintenir temporairement le non-paiement des prix de journée pour les hospitalisations inférieures à 24 heures.

Certes, la réglementation va très prochainement évoluer sur ce point, grâce à deux séries d'éléments nouveaux :

- d'une part, le décret (à paraître) définissant les conditions techniques fixera de manière plus précise le caractère individualisé de structures spécifiques dont la séquence d'ouverture est de 12 heures. Ces critères permettront de mieux distinguer la chirurgie ou anesthésie ambulatoire des hospitalisations accidentelles inférieures à 24 heures,
- d'autre part, la rémunération de la prise en charge (hébergement partiel) dans les structures de soins alternatives est, pour le secteur L. 162-22, en cours de négociation.

C'est précisément pour éviter que des pratiques locales ne créent des précédents en la matière que doit impérativement être appliqué le point 2.1 de la circulaire du 26 Novembre 1990, quelle que soit, par ailleurs, l'évolution des contentieux qui ont pu opposer certains établissements à certaines Caisses Primaires. Les décisions rendues par les TASS et les Cours d'Appel se fondent sur des interprétations éminemment variables de la convention type de 1978 : à cet effet, je joins à cette circulaire le dernier jugement en date rendu par la Cour d'Appel d'Orléans.

◦

◦ ◦

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés rencontrées, le cas échéant, dans l'application des présentes dispositions.

Gilles JOHANET

ARRET DE LA COUR D'APPEL D'ORLEANS

Par ordonnance en date du 25 juillet 1991, à la lecture de laquelle il est renvoyé pour l'exposé des faits et de la procédure, le Juge des Référés du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale d'ORLEANS :

- a ordonné la jonction des deux instances engagées par la _____ et la _____, à l'encontre de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Loiret, de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, de la Mutuelle Générale de la Police ;
- vu l'urgence a dit que les factures afférentes aux séjours hospitaliers devront être réglées par les organismes de paiement sans distinction de durée ;
- a rejeté les autres demandes ;

Par déclaration reçue au Greffe du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale le 1er août 1991 la CPAM du Loiret a régulièrement interjeté appel de l'ordonnance ;

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Loiret et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (ci-après CNAMTS) intervenante à ses côtés demandent à titre principal à la Cour de réformer l'ordonnance ;

Après avoir rappelé que les tarifs de responsabilité versés par les Caisses d'Assurance Maladie au titre des frais d'hospitalisation des assurés sociaux dans des établissements sanitaires privés sont fixés par des conventions signées entre ces établissements et les Caisses Régionales d'Assurance Maladie, conventions conformes à une convention type, les organismes sociaux relèvent que ces tarifs n'ont été prévus "que pour l'hospitalisation complète c'est-à-dire 24 heures au moins" ;

Ils ajoutent que le versement du forfait de salle d'opération n'était permis que dans l'hypothèse où l'intervention aurait été pratiquée dans un service autorisé ;

Sur ce dernier point les appelants s'appuient sur les dispositions de la Loi du 29 décembre 1979 qui a ajouté un troisième paragraphe à l'article 31 de la Loi du 31 décembre 1970 non sans observer que la référence à un décret ultérieur n'était faite que pour définir l'hospitalisation à domicile et non l'hospitalisation de jour déjà définie par la circulaire n° 2780 du 17 octobre 1972 ;

Ils en déduisent "que la création d'un service d'hospitalisation de jour accroissant la capacité de l'établissement d'hospitalisation constituait une extension de celui-ci soumise à autorisation" ;

A défaut pour les deux cliniques de justifier d'une autorisation de création ou d'extension de leur capacité pour pratiquer l'hospitalisation de jour, la CPAM du Loiret et la CNAMTS estiment que les cliniques ne peuvent prétendre aux prestations en cause (prix de journée - forfait pharmaceutique) ;

Ces prestations ne seraient pas plus prévues par la convention-type et les conventions qui en reproduisent les termes ;

Les appelants notent d'ailleurs "que les difficultés d'interprétation que présenteraient ces dispositions excluaient que la juridiction des référés puisse ordonner les mesures qui lui sont demandées" ;

Ils retiennent encore : - "que le paiement des forfaits aujourd'hui refusés procédait d'une simple tolérance qu'expliquait le caractère tout à fait marginal que présentait à l'origine l'hospitalisation de jour" ;

- "que la pratique d'une Caisse Primaire ne peut s'analyser comme celle d'une partie d'un contrat de droit commun dont le comportement pourrait exprimer l'intention commune des cocontractants" ;

Elles exposent en effet :

- que leurs interprétation repose sur l'interprétation de la convention-type réglementaire et sur celle des textes législatifs et réglementaires auxquels la convention se réfère à savoir la loi du 31 décembre 1970 et le décret du 22 février 1973 ;
- qu'elles pouvaient revenir sur leur doctrine antérieure à la seule condition que les effets du changement soient limités à l'avenir ;

La CPAM du Loiret et la CNAMTS demandent en conséquence à la Cour de dire n'y avoir lieu à référé, de débouter les deux cliniques de la totalité de leurs prétentions, de les condamner solidairement à payer à chacune d'elles 12.000 F sur le fondement de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ;

Très subsidiairement les appelants concluent au sursis à statuer dans l'attente de l'arrêt à rendre par le Conseil d'Etat sur le recours en annulation formé contre la circulaire de la CNATVS du 26 novembre 1990 ;

La
rétorquent qu'elles bénéficiaient d'un agrément général avant décembre 1979.

Elles en déduisent qu'on ne pouvait exiger d'elles un nouvel agrément pour une hospitalisation de jour non définie ;

Les deux cliniques expliquent en effet "que rien ne permet d'affirmer que séjour inférieur à 24 heures et hospitalisation de jour constituent les mêmes notions" ;

Qu'au contraire le législateur a pris soin de souligner que la définition de l'hospitalisation de jour serait donnée par décret ; qu'à ce jour aucun décret n'a été pris ; que faute de décret l'article 31-3 n'est pas applicable puisque la définition de l'hospitalisation de jour n'existe pas ;

Les deux cliniques soulignent enfin que dans le cadre des conventions signées respectivement les 8 juin 1989, et 23 décembre 1985 la CPAM du Loiret réglait les frais de séjour et du forfait pharmaceutique sans aucune distinction de durée de séjour et ceci pendant 12 années ;

Elles estiment en conséquence que le premier juge "a pu à bon droit sanctionner l'irrespect flagrant par les caisses de leurs obligations contractuelles confirmées par la pratique alors qu'aucun texte législatif ou réglementaire n'était intervenu fin 1990, début 1991 pour modifier les rapports contractuels des parties" ;

Les deux cliniques demandent en conséquence à la Cour de confirmer l'ordonnance, y ajoutant de condamner solidairement la CNAM et la CPAM du Loiret à leur payer (chacune) 10.000 F sur le fondement de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ;

Régulièrement convoquées, la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, et la Mutuelle Générale de la Police ne font valoir aucun moyen ; il sera donc statué à leur égard par arrêt réputé contradictoire ;

SUR CE LA COUR,

Préliminairement acte doit être donné à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Loiret de ce qu'elle ne soulève plus devant la Cour l'exception tirée du prétendu non-respect des dispositions de l'article R. 142-18 du Code de la Sécurité Sociale ;

1. Le sursis à statuer et l'application de l'article R. 142-21 du Code de la Sécurité Sociale

Les conventions signées respectivement les 8 juin 1979 et 23 décembre 1985 entre la Caisse Régionale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés du Centre d'une part, les _____, d'autre part, n'introduisaient aucune distinction selon la durée d'hospitalisation pour l'allocation notamment du prix de journée et du forfait pharmaceutique ;

Dans le silence des textes légaux ou réglementaires applicables et des conventions susvisées conformes aux stipulations de l'accord type, la pratique suivie par les parties contractantes loin de conférer un droit acquis n'empêchait pas la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés de se prévaloir des dispositions combinées des articles L. 221(1)7 et L. 251-2 du Code de la Sécurité Sociale pour assurer notamment "l'équilibre financier et la gestion de l'assurance maladie" ;

Dans le cadre légal ainsi fixé, la CNAM recevable en son intervention, invoque sa circulaire du 26 janvier 1990 qui ne comportait aucune disposition rétroactive ;

Sans autrement s'interroger sur la nature juridique de la circulaire (interprétative ou réglementaire) le premier juge ne pouvait qualifier de trouble manifestement illicite l'exercice par la Caisse Nationale des prérogatives qu'elle tient de la Loi ;

L'ordonnance rendue le 25 juillet 1991 sera donc réformée en ce qu'elle enjoignait aux organismes sociaux de régler les factures afférentes aux séjours hospitaliers sans distinction de durée ;

2. L'application des articles R. 144-6 du Code de la Sécurité Sociale et 700 du Nouveau Code de Procédure Civile

Il n'apparaît pas inéquitable de laisser à la charge des appelants l'intégralité des frais et honoraires exposés pour leur défense ;

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Statuant publiquement par arrêt réputé contradictoire ;

Reçoit l'appel interjeté par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Loiret le 1er août 1991 et l'intervention de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ;

Faisant application de l'article R. 142-21 du Code de la Sécurité Sociale dit que le premier juge ne pouvait qualifier de trouble manifestement illicite l'exercice par la Caisse Nationale des prérogatives qu'elle tient de la Loi ;

En conséquence, réforme l'ordonnance rendue par le Président du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale d'Orléans, Juge des Référés le 25 juillet 1991 en ce qu'elle enjoignait aux organismes sociaux de régler les factures afférentes aux séjours hospitaliers sans distinction de durée ;

Déboute les parties de leurs demandes plus amples ou contraires ;

Dit n'y avoir lieu à dépens ;

Dit que le délai de pourvoi en cassation est de deux mois à compter de la notification du présent arrêt.

Et le présent arrêt a été signé par Monsieur ZANGHELLINI, faisant fonctions de Président et Mademoiselle MAGNIER faisant fonctions de Greffier.

MAGNIER,

ZANGHELLINI,