

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

24/12/92

Origine :

DGR

Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)
Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour information)

Réf. :

DGR n° 2812/92

Plan de classement :

245

Objet :

MODALITES DE MISE EN OEUVRE DE LA PROCEDURE DE DECLARATION DES STRUCTURES DE SOINS ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION, PREVUE A L'ARTICLE 24 DE LA LOI N° 91-748 DU 31 JUILLET 1991 MODIFIE

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DESMES - Mme CHOLET GAUTIER

Téléphone :

42.79.35.63

@

Direction de la Gestion du Risque

Origine : Mmes et MM les Directeurs
DGR des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)
Mmes et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 2812/92

Objet : Circulaire ministérielle du 15 décembre 1992 (ci-jointe) relative aux modalités d'application de la procédure déclarative prévue à l'article 24 de la loi hospitalière.

Aux termes de l'article 24 précité, les établissements de santé publics et privés qui, antérieurement à la date de promulgation de la 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.

Les conséquences de cette procédure sont très importantes et vont modifier l'offre de soins pour plusieurs années. En effet, par le biais de cette procédure, les établissements échappent à la réduction des moyens d'hospitalisation qui s'appliqueront aux nouvelles autorisations lorsque la carte sanitaire est excédentaire (cf. décret n° 92-1100 JO du 8 octobre).

Des éléments d'information en notre possession, il ressort que la déclaration du stock existant sera importante, l'activité de chirurgie ambulatoire s'étant développée à un rythme soutenu ces dernières années en dehors de toute autorisation. Il n'est pas déraisonnable de penser que ce développement s'est effectué dans des proportions telles que l'activité à reconnaître correspondra à une part importante de la potentialité de l'offre de soins en chirurgie ambulatoire.

La CNAMTS estime indispensable une maîtrise des dépenses d'hospitalisation privée assurée en même temps par les deux outils que sont la planification et la régulation des dépenses ; elle a donc oeuvré pour que le système déclaratif prévu à l'article 24 de la loi hospitalière ne soit pas analysé comme une reconnaissance pure et simple des éléments déclarés.

Aussi a-t-il été obtenu que le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 et l'arrêté du 12 novembre 1992 prévoient des modalités d'appréciation et de contrôle des déclarations : le préfet dispose d'un délai de 4 mois pour exercer pleinement son pouvoir de contrôle et pour permettre à l'Assurance Maladie d'intervenir dans cette procédure.

Au vu des enjeux de cette régularisation du stock, il est important que le délai de 4 mois ouvert pour apprécier la déclaration soit utilisé au mieux.

L'Assurance Maladie devra essayer de limiter les places reconnues *aux seules vraies activités* de chirurgie ambulatoire ou d'hospitalisation partielle ; pour cela, elle devra prendre une part active dans l'instruction et le contrôle des dossiers. Cette place sera d'autant plus aisée à prendre que la Direction des Hôpitaux, suite aux multiples interventions de la CNAMTS, reconnaît la nécessité d'un partenariat Tutelle-Assurance Maladie.

1 - LA PROCEDURE DE DECLARATION

1.1 - Qui peut déclarer ?

L'article 24 de la loi hospitalière ouvre la procédure déclarative aux seuls établissements de santé publics ou privés comportant au 2 août 1991 une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Cet article ne pose aucune distinction entre les structures ayant déjà fait ou non l'objet d'une autorisation au titre de la législation antérieure.

Ainsi, tous les établissements comportant des structures autorisées ou non autorisées au 2 août 1991 doivent souscrire à la procédure de déclaration.

Le champ d'application de la procédure déclarative a été élargi par la circulaire de la Direction des Hôpitaux.

Une première extension a été admise pour des structures n'ayant pas le statut d'établissement de santé. Il s'agit des associations conventionnées avec les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) sur la base de la convention-type d'hospitalisation à domicile de 1974 et des trois Centres autonomes de chirurgie ambulatoire conventionnés avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie au titre des expérimentations prévues par la convention médicale de 1985. Cette exception se justifie dans la mesure où il y avait reconnaissance de ces activités de soins alternatives à l'hospitalisation par le biais du conventionnement.

La seconde a pour objet de convertir en places *les lits ou postes autorisés entre le 2 août 1991 et le 8 octobre 1992* selon l'activité effectivement réalisée et conformément aux annexes de l'arrêté du 12 novembre 1992.

1.2 - La procédure.

Les établissements de santé disposent d'un délai de 4 mois à compter de la date de publication de l'arrêté du 12 novembre 1992, soit le 19 novembre 1992, pour adresser leur déclaration au préfet qui devra en communiquer un double à la CRAM et à l'Echelon Régional du Service Médical (ERSM).

Le préfet dispose du même délai, à compter de la réception de la déclaration, pour apprécier la réalité de cette déclaration et délivrer le récépissé de dépôt mentionnant le nombre de places retenues, la discipline et la carte sanitaire concernées.

La Direction des Hôpitaux distingue bien le récépissé de dépôt mentionné dans le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992, de l'accusé de réception postal.

Ce récépissé de dépôt vaut autorisation de poursuivre l'activité dans la limite des places retenues. Cette autorisation suit le régime de droit commun établi par la loi hospitalière (cf. annexe). Les structures autorisées dans le cadre de la procédure déclarative devront, dans un délai d'un an à compter de la réception du récépissé de dépôt, se mettre en conformité avec les normes définies par le décret n° 92-1102. La circulaire explicite sur ce point le décret qui était ambigu sur la date de départ du délai imparti aux établissements pour se mettre aux normes.

Pour l'instant, les modalités de contrôle de cette mise aux normes n'étant pas expressément prévues, les CRAM doivent être vigilantes et s'assurer, à l'expiration du délai imparti, de la réalité de la mise aux normes en demandant qu'il soit procédé à la visite de conformité de droit commun. Ce point est très important, la plupart des structures qui seront autorisées n'étant évidemment pas aux normes pour l'instant.

Enfin, si le préfet ne délivre pas un récépissé de dépôt à l'issue des 4 mois, l'établissement sera tacitement autorisé à poursuivre son activité sur les bases de sa déclaration. Il importe donc que les CRAM veillent au strict respect du délai de réponse accordé au Préfet.

2 - LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE DE LA PROCEDURE DE DECLARATION

2.1 - Un partenariat Tutelle - Assurance Maladie

Pour instaurer le partenariat sollicité par la CNAMTS compte tenu des enjeux, la Direction des Hôpitaux préconise la création d'un comité de liaison chargé de gérer et d'organiser le déroulement de la procédure de déclaration.

Il est demandé aux CRAM, si nécessaire, d'insister auprès du préfet pour que cette instance soit installée dans les plus brefs délais. Ce comité est en effet le lieu privilégié où pourra s'exercer le partenariat recommandé.

La mission de ce comité sera :

- d'organiser la gestion de la procédure,
- d'établir les modalités et le planning des contrôles,
- de constituer, à l'issue de la procédure, le dossier qui permettra au préfet de prendre sa décision. Il est recommandé aux CRAM d'émettre, à ce stade, *un avis formel sur chaque déclaration pour indiquer le nombre de places que l'Assurance Maladie estime devoir être reconnues*, cet avis devant être inséré dans le dossier transmis au préfet.

2.2 - Appréciation et contrôle de la réalité de la déclaration

Dans un premier temps, les Caisse Régionales auront essentiellement un rôle d'appréciation.

Une première analyse des déclarations soit en effet permettre de cerner les éléments les plus problématiques devant donner lieu ensuite à un contrôle sur place par les seuls ERSM et Services de la Tutelle.

Cette appréciation devra être réalisée en étroite collaboration avec l'ERSM, par confrontation des données déclarées avec celles disponibles par ailleurs. Pour les structures de chirurgie ambulatoire déclarées par des établissements L. 162-22, les services de la CNAMTS espèrent être en mesure de communiquer prochainement aux CRAM des chiffres indicatifs issus des requêtes SIAM, leur permettant d'exercer un contrôle de vraisemblance sur le nombre de places à retenir.

La reconnaissance de places ne pourra se faire que si deux éléments sont réunis : l'existence d'une structure suffisamment individualisée au 2 août 1991 et d'une réelle activité de soins alternative à l'hospitalisation au dernier trimestre 1991.

2.2.1 La consistance de la structure

L'appréciation de la consistance est un préalable obligatoire à l'examen de l'activité. En effet, l'absence de matérialité suffisante doit conduire, sans autre contrôle, au refus de délivrance par le préfet du récépissé de dépôt.

La structure doit être un minimum individualisée et équipée en propre (cf. points III.1 et 2 des annexes 1 et 2 de l'arrêté), par contre, il est admis pour la chirurgie ambulatoire qu'elle puisse utiliser les éléments de plateau technique de l'établissement dans lequel elle est pratiquée (cf. point III. 3 de l'annexe 1 de l'arrêté). Le secteur opératoire doit toutefois être localisé dans le même établissement et proche de la structure. Les autres critères définis dans les annexes de l'arrêté, constituent des faisceaux d'indices intéressants pour compléter l'appréciation de cette consistance.

Il est demandé aux CRAM d'exercer leur pouvoir d'appréciation avec le plus de rigueur possible, le nombre d'éléments exigés par l'arrêté, en terme de consistance, étant pour le moins limité.

La CNAMTS estime absolument nécessaire que les CRAM réclament les documents visés en nota bene des annexes de l'arrêté et qu'elles vérifient la date de réalisation des travaux, puisque seules les structures existantes au 2 août 1991 sont éligibles.

2.2.2 L'activité déclarée

2.2.2.1 Les principes

*** Nécessité d'une facturation**

Seules les prestations ayant fait l'objet d'une facturation peuvent être prises en compte dans le cadre de cette procédure en vertu du principe de neutralité financière.

- Pour les établissements de santé publics ou privés participant au service hospitalier en budget global déclarant une structure alternative, seules les prestations recensées au titre d'une tarification au sens de l'article 31 b) c) d) du décret n° 83-744 du 11 août 1983 pourront être retenues pour le calcul du nombre de places.
- Pour les établissements de santé privés à prix de journée préfectoral, facturation d'un prix de journée d'hospitalisation incomplète, d'un prix de journée d'hospitalisation de jour ou de nuit et d'un prix de journée d'hospitalisation à domicile.
- Pour les établissements régis par l'article L. 162-22 du code de la Sécurité Sociale, il convient de distinguer selon le type de structure alternative concernée :
 - . *chirurgie ambulatoire* : pour les service de chirurgie, **facturation de FSO avec au plus un prix de journée**. Par ailleurs, la définition de la chirurgie ou de l'anesthésie ambulatoire contenue dans le décret n° 92-1101 n'exclut pas les services de médecine de la procédure de déclaration. Dans ce cas, la facturation d'un prix de journée isolé, jour d'entrée égal jour de sortie, est exigée (il s'agit principalement d'actes de cardiologie ou d'endoscopie, ...).
 - . *hospitalisation partielle* : facturation d'un prix de journée isolé. Ces déclarations devraient être rares.
 - . *hospitalisation à domicile* : à notre connaissance aucun établissement L. 162-22 ne peut déclarer cette activité.
- Pour les associations à but non lucratif participant à l'hospitalisation à domicile, prestations prévues par les conventions.
- Enfin, pour les trois Centres autonomes de chirurgie ambulatoire, facturation des indemnités complémentaires versées aux centres par l'Assurance Maladie.

*** L'activité minimale exigée :**

A l'exception de la chimiothérapie ambulatoire dispensée dans les cliniques privées et de l'hospitalisation à domicile pratiquée par des associations, une activité minimale est requise : l'activité 1991 en année pleine doit pouvoir ouvrir droit à la reconnaissance de deux places au minimum, seuil plancher en deçà duquel on considère a priori qu'aucune

activité spécifique n'est organisée. Dans ce cas, le préfet ne délivre pas l'autorisation de poursuivre l'activité.

2.2.3 Appréciation de la nature et du volume de l'activité pour les structures.

2.2.3.1 Nature et volume de l'activité déclarée

L'activité déclarée par les établissements doit correspondre à des soins réalisés au cours du dernier trimestre 1991 et non aux factures remboursées. Il s'agit d'éviter une augmentation fictive du volume de l'activité par le biais de la prise en compte des rappels, ou régularisations de facture qui ont été très importantes pour les frais de salle d'opération au cours du trimestre considéré (en raison des modalités d'application de l'arrêté du 28 décembre 1990).

Le volume de l'activité en année pleine s'obtient en multipliant par quatre le nombre de prestations dispensées au cours du dernier trimestre 1991 et retenues comme entrant réellement dans le champ des alternatives.

Le nombre de places reconnues s'obtient, compte tenu du fait qu'une place équivaut, aux termes du décret 92-1100, à 365 patients, en divisant par 365 le nombre de prestations calculé comme indiqué précédemment. Ce nombre de 365 doit être le diviseur dans tous les cas, même si la structure n'est pas ouverte tous les jours de l'année.

2.2.3.2 Modalités spécifiques à la chirurgie ambulatoire

La définition de la chirurgie posée par le décret n° 62-1101 ne permettant pas de cerner cette activité, il a été nécessaire d'élaborer une méthode simple permettant de dissocier clairement les soins externes de la chirurgie ambulatoire.

Les négociations tarifaires ayant été menées en même temps que celles sur la procédure déclarative, il a été possible d'élaborer un outil de sélection automatique des actes (moulinette) en fonction de leur cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Cet outil ne permet donc pas de coller exactement aux listes d'actes contenus dans l'accord tripartite du 14 décembre 1992 : certains actes tarifés en chirurgie ambulatoire seront rejetés en soins externes par l'application de cette moulinette, d'autres appartenant désormais aux soins externes seront en revanche comptabilisés.

Cette légère distorsion était connue lors de l'élaboration de notre outil, mais les syndicats professionnels ont néanmoins reconnu sa validité et donné leur accord à son application.

Ainsi, seuls les actes répondant à la définition suivante sont comptabilisés au titre de la chirurgie ou de l'anesthésie ambulatoire :

- ceux effectués sous anesthésie générale (au sens de l'article 22.1 des dispositions générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, c'est à dire effectués par un praticien autre que celui qui réalise l'acte), faisant donc l'objet d'une cotation supérieure à K25, quelle que soit la cotation de l'acte qui motive l'anesthésie.
- ceux effectués sans anesthésie générale et dont la cotation est égale ou supérieure à KC30 ou à K50.

Par "acte" il faut entendre "intervention" : pour chaque intervention, seul l'acte dont le coefficient est le plus élevé peut être comptabilisé s'il répond aux critères précédemment définis.

2.2.3.3 Les modalités spécifiques à la chimiothérapie ambulatoire dans les établissements régis par l'article L. 162-22 du code de la Sécurité Sociale.

La conversion des postes autorisés en places se fait par référence à l'activité effectivement réalisée par la structure. Toutefois, la circulaire de la Direction des Hôpitaux précise que l'activité retenue ne peut dépasser le volume d'activité autorisé par le biais de la convention. Pour le calcul du volume autorisé, on peut rappeler que la durée moyenne d'une séance est fixée à 4 heures.

3 - LE SUIVI A PREVOIR A L'ISSUE DE LA PROCEDURE DE DECLARATION POUR LES STRUCTURES REGIES PAR L'ARTICLE L. 162-22 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

3.1 - Evaluation de l'impact de cette procédure déclarative

Il est demandé aux CRAM d'adresser à la CNAMTS, en fin de procédure, un tableau récapitulatif qui indiquera pour chaque type d'activité alternative à l'hospitalisation, le nombre de places proposé par l'Assurance Maladie et le nombre de places retenu par le préfet. En cours de procédure, l'envoi de tableaux intermédiaires pourrait se révéler utile.

3.2 - Analyse de l'hospitalisation partielle

Compte tenu de la définition de l'hospitalisation partielle donnée par le décret n° 62-1101, qui est pour le moins imprécise, et des difficultés d'appréhender concrètement cette notion, il vous est demandé d'effectuer une étude particulière pour pouvoir préciser quel type d'activité a été reconnu à ce titre.

3.3 - La tarification

Une circulaire vous sera adressée très prochainement pour vous préciser le dispositif tarifaire et ses modalités d'application.

3.4 - La chimiothérapie ambulatoire

La procédure d'autorisation spécifique aux activités de chimiothérapie ambulatoire est caduque depuis la publication des trois décrets du 2 octobre 1992. En effet, cette procédure spécifique n'avait été instaurée que pour pallier l'absence de décrets d'application de la loi hospitalière de 1970.

Les trois décrets sus visés sont considérés, en l'attente de l'entrée en vigueur des autorisations à durée déterminée, comme étant des textes d'application de la loi hospitalière de 1970.

Aussi depuis le 8 octobre 1992, aucune demande de création ou d'extension du nombre de places de chimiothérapie ne peut être acceptée par les Caisses. La création de places de chimiothérapie ne peut s'effectuer, à compter de cette date, que par le biais de la procédure d'autorisation de droit commun.

Seules les demandes de création ou d'extension de postes de chimiothérapie ambulatoire déposées auprès des Caisses avant le 8 octobre 1992, continueront d'être instruites selon l'ancienne procédure. Toutefois, il ne sera plus attribué de postes mais des places. Concernant les procédures déjà closes et qui auraient attribué des postes, il convient de demander aux établissements concernés de se rapprocher des DRASS afin de convertir leurs postes en places, selon un coefficient tenant compte d'une durée moyenne de séance de 4 heures.

Le Directeur

Gilles JOHANET

P.J. : Annexe I : Application de textes relatifs aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Articulation avec les procédures d'autorisation.

Annexe II : Création ou extension d'une structure alternatives

Annexe III : *Circulaire ministérielle n° 52 DH/PE du 15/12/92*

Pour consulter les pièces jointes à cette circulaire, vous pouvez télécharger celles-ci sur micro-ordinateur et lire ou éditer le document SOUS WORD POUR WINDOWS.

ANNEXE

Application des textes relatifs aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation (AAH). Articulation avec les procédures d'autorisation

Textes de référence :

- loi portant réforme hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 ;
- décret 91-1410 du 31 décembre 1991 ;
- décrets "alternatives" n° 92-1100, 92-1101 du 2 octobre 1992 ;
- arrêté "déclaration" du 12 novembre 1992 ;
- circulaire déclaration n° 52 du 15 décembre 1992 ;
- décret relatif à la durée de validité des autorisations (à paraître) ;
- décret modifiant la composition des CNOSS/CROSS (à paraître) ;
- circulaire relative aux CNOSS-CROSS (à paraître).

Une partie des textes relatifs à la Carte Sanitaire (art. R. 712-6 et R. 712-7 du décret 91-1410) et aux Autorisations (art. R. 712-37 à 47) ne pourront être appliqués, conformément aux dispositions de l'art. 3-II du décret 91-1410, **qu'à la date de mise en place du CNOSS et des CROSS.**

Il est donc entendu que le **nouveau régime d'autorisation** entrera en vigueur à cette date : il concerne essentiellement la déconcentration de certaines autorisations au niveau du Préfet de région et la durée déterminée des autorisations octroyées par l'Autorité de Tutelle (art. L. 712-14).

A contrario, les textes fixant les **conditions d'autorisation** (art. L. 712-9 et 10) ne sont pas concernés par l'art. 3 du décret 91-1410 sus visé. Ils sont donc applicables dès maintenant pour l'ensemble des installations et équipements soumis à autorisation.

En conséquence, pour les structures de soins AAH, en l'absence du nouveau régime d'autorisation, une **période de transition** est instaurée : elle va de la date de parution des 3 décrets les concernant à la date de "basculement" des procédures d'autorisation (date de mise en place du dernier des CROSS et CNOSS).

I. Le Système pérenne : le fonctionnement du dispositif d'autorisation des structures des soins AAH après la mise en place des CNOSS/CROSS :

L'article L. 712-8 de la loi institue le principe d'un régime d'autorisation pour la création, l'extension, la conversion et le regroupement de tout établissement de santé public ou privé

ainsi que pour la création, la transformation et l'extension des installations équipements, y compris les matériels lourds, les activités de soins et les structures d'AAH.

Mais les conditions auxquelles sont subordonnés les **autorisations nouvelles** et les **renouvellements d'autorisations** sont différentes :

- dans le cas d'une **nouvelle autorisation**, l'article L. 712-9 précise que les projets d'autorisation d'une structure, d'une installations d'un EML, d'une activité de soins ou d'une structure de soins AAH, doivent "répondre aux besoins de la population fixés par la carte sanitaire", "être compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire" et "satisfaire aux conditions techniques de fonctionnement". Par ailleurs, l'article R. 712-42 s'ajoute, quant à lui, les motifs pour lesquels peut être prise une décision de **refus d'autorisation** : aux trois modalités prévues précédemment, s'ajoutent, pour le demandeur, l'acceptation de **souscrire** aux "conditions d'évaluation périodique des activités de soins", ainsi "qu'aux engagements relatifs aux dépenses à la charge des organismes d'assurance maladie ou au volume d'activité".

Le constat d'un début d'exécution des travaux avant l'octroi de l'autorisation est également un motif de refus.

- les **renouvellements d'autorisations** sont subordonnés, en partie, aux mêmes conditions que pour les nouvelles autorisations (**souscrire** à l'évaluation périodique et aux engagements relatifs aux dépenses d'AM ou au volume d'activité, conditions techniques de fonctionnement).

S'y ajoutent deux autres motifs de refus : si les conditions et engagements décrits ci-dessus **n'ont pas été respectés** à l'issue de la période de validité des autorisations (fixée par ailleurs par décret) et, enfin, si les résultats de l'évaluation périodique **ne sont pas jugés satisfaisants**.

Par contre, **la référence à la comptabilité au SOS et à la Carte Sanitaire ne figure pas dans les conditions de refus de renouvellement d'autorisation.**

Spécificités des autorisations de structure d'AAH :

Vis à vis du droit commun des autorisations, dans le nouveau régime, les spécificités des AAH sont en fait peu nombreuses :

1. Il s'agit, principalement, de la **procédure de dérogation** (art. L. 712-10 de la loi) aux dispositions de l'article L. 712-9 ; article qui précise que l'autorisation est accordée quand le projet répond aux besoins de la population définis par la carte sanitaire et lorsqu'il est compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire.

Cette dérogation est formalisée par le décret 92-1100 du 2 octobre 1992 qui indique les réductions de moyens d'hospitalisations nécessaires, dans le cas d'une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires, pour la création ou l'extension de places d'alternatives (cf. tableau ci-joint).

2. Pour ce qui concerne les structures d'AAH antérieurement autorisées ou reconnues par la procédure de déclaration prévue à l'article 24 de la loi, l'article 2 du décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 stipule que ces structures bénéficient d'un délai d'un an pour satisfaire aux conditions techniques de fonctionnement, fixées par ce même décret, pris lui-même en application du 3° de l'article L. 712-9 de la loi relatif aux conditions d'autorisation.
3. D'autre part, conformément au projet de décret précisant les durées de validité des autorisations, les structures d'AAH -à l'instar d'ailleurs des autres équipements, installations et activités- sont soumises à des durées d'autorisations variables selon la discipline :
 - soit **5 ans** pour les installations **d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire** ;
 - et **10 ans** pour **l'hospitalisation à temps partiel et l'hospitalisation à domicile**.

L'examen du renouvellement des autorisations antérieurement accordées (ou reconnues au titre de la procédure de déclaration) devrait coïncider avec les durées prévues pour la validité des autorisations, soit dans 5 ans pour la chirurgie ambulatoire et 10 ans pour les deux autres types de structures d'AAH (à compter de la parution du décret sur les autorisations).

II. La période transitoire :

Elle court du 8 octobre 1992, date de la parution des décrets alternative à la date d'installation du dernier des CROSS et CNOSS.

Ces 3 décrets s'appliquent immédiatement, sans préjudice de la mise en place effective des CNOSS/CROSS (cf. infra I).

L'ancien régime d'autorisation issu de la loi de 1970 continuera à s'appliquer pour toutes les structures (dont les alternatives), jusqu'à cette date encore inconnue. En conséquence :

- les autorisations restent à durée indéterminée ;
- les anciens niveaux de compétence pour la délivrance de celles-ci sont maintenus.

Durant cette période transitoire, l'ensemble des textes "alternatives" parus sont donc considérés comme textes d'application aussi bien de la loi de 1970 que de la loi de 91.

Ce qui induit pour une demande d'autorisation d'AAH que :

- la réduction des moyens d'hospitalisation, dans les zones sanitaires excédentaires, sera opérée selon les modalités fixées par le décret 92-1100 du 2 octobre 92 ;

- la définition de la place (décret n° 92-1101) et les conditions techniques de fonctionnement (décret n° 92-1102) s'appliquent également.

Pour ce qui concerne les structures de soins alternatives qui auront été reconnues au moyen de la procédure de déclaration au cours de cette période transitoire :

- la réduction des moyens ne peut évidemment pas s'opérer (décret n° 92-1101 et arrêté du 12 novembre 1992) ;
- par contre, ces structures devront répondre à la définition des structure alternatives (décret 92-1101) et, dans le délai fixé par le décret, aux conditions techniques de fonctionnement définies (décret n° 92-1102).

Le "basculement" de l'ancien régime d'autorisation dans le nouveau aura essentiellement pour conséquence de transformer, au moment du renouvellement, en autorisations à durée déterminée les autorisations antérieurement octroyées à durée indéterminée, c'est à dire 5 ans après la date de parution du décret relatif à la durée de validité des autorisations pour la chirurgie ambulatoire (soit approximativement, au printemps 1998) et 10 ans pour l'hospitalisation partielle et l'HAD (soit en 2003).

NB : Il convient de préciser que pour l'estimation des excédents servant de base au calcul des gages (décret 92-1100 du 2 octobre 1992), devront être intégrées les places reconnues par la procédure déclarative prévue à l'article 24 de la loi.

*Problème : on ne reconnaîtra définitivement le nombre réel de places reconnues au titre de la procédure de déclaration que **8 mois** après la date de publication (19 novembre 1992) de l'arrêté du 12 novembre 1992 relatif aux modalités et au contenu de cette procédure (c'est-à-dire, après le 19 juillet 1993).*

Une alternative se présente alors :

- les places reconnues sont intégrées au cours même de la procédure de déclaration, afin qu'elles puissent être prises en compte, "en temps réel", dans les excédents ;
- ou attendre la fin de la procédure pour prendre en compte ces places dans les excédents. Mais on prend alors le risque de sous-évaluer les excédents, et donc de "sous-gager" dans le cas d'une demande de création ou d'extension d'une structure d'AAH au cours de cette période.

CREATION OU EXTENSION D'UNE STRUCTURE DE SOINS ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION EN APPLICATION DE L'ART L. 712-10 DANS UNE ZONE SANITAIRE EXCEDENTAIRE DANS LA DISCIPLINE EN CAUSE

Articles D. 712-13-1 du décret 92-1100 du 2 octobre 1992

	APPLICATION DU TAUX DE CHANGE				PASSATION D'UN CTP (sur la base de l'article L. 712-4) en cas de non-application du taux de change
	EXC < 25%		EXC > 25 %		
CHIRURGIE OU ANESTHESIE AMBULATOIRE	2 lits de chirurgie pour 1 place de chirurgie ou anesthésie ambu.		2,25 lits de chirurgie pour 1 place de chirurgie ou anesthésie ambu.		Le CTP doit préciser : * le nombre lits de chirurgie supprimés * les modalités de compensation des dépenses d'AM pour la structure autorisée * les modalités d'évaluation de l'activité ambulatoire
HOSPITALISATION PARTIELLE	1 lit pour	de médecine, obstétrique moyen séjour ou psychiatre	2 lits pour	de médecine, obstétrique moyen séjour ou psychiatrie	
HOSPITALISATION A DOMICILE	1 place	de médecine, obstétrique ou moyen séjour	1 place	de médecine, obstétrique ou moyen séjour	