

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

03/06/96

Origine :

DGR

ENSM

ACCG

MMES et MM les Directeurs et Agents Comptables
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)
MMES et MM
les Médecins-Conseils Régionaux
les Médecins Chefs des Echelons Locaux
du Service Médical
(pour attribution)
M le Médecin-Chef de La Réunion
(pour attribution)

Réf. :

DGR n° 46/96 - ENSM n° 16/96

ACCG n° 21/96

Plan de classement :

2431

Objet :

ACCORD TRIPARTITE DU 1ER MARS 1996 PORTANT CLASSIFICATION ET TARIFICATION DES PRESTATIONS EN HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL EN SERVICE DE MEDECINE ET OBSTETRIQUE - J.O. DU 14 MARS 1996.

Pièces jointes :

0 1

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

A-F. SIMS-LAGADEC - A. PLANQUAIS - Dr M. Aoustin

Téléphone :

42.79.34.93 - 42.79.34.32 - 42.79.34.41 - J-C. JAFFRES - 42.79.35.18

@

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical
Agence Comptable / Contrôle de Gestion**

03/06/96

Origine : MMES et MM les Directeurs et Agents Comptables
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)
DGR MMES et MM
ENSM les Médecins Conseils Régionaux
ACCG les Médecins-Conseils des Echelons Locaux
du Service Médical
(pour attribution)
M le Médecin Chef de la Réunion
(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 46/96 - ENSM n° 16/96 - ACCG n° 21/96

Objet : Accord tripartite du 1er mars 1996 portant classification et tarification des prestations en hospitalisation à temps partiel en service de médecine et obstétrique -J.O du 14 mars 1996 -

1 - Le contexte

Depuis la loi du 31 juillet 1991, la classification et la tarification des prestations sans hébergement dispensées dans des établissements de santé privés doivent être fixées par des accords tripartites annuels, en application de l'article L 162-22-2 du code de la sécurité sociale.

Le premier accord de ce type a été conclu le 14 décembre 1992 et portait sur la chirurgie et l'anesthésie ambulatoire.

Pour ce qui concerne l'hospitalisation à temps partiel, les partenaires (Etat, Caisses Nationales d'Assurance Maladie et Fédérations d'établissements) ont abouti, après de longues négociations, à l'accord tripartite ci-joint.

2 - Le contenu de l'accord

L'accord du 1er mars 1996 couvre les prestations délivrées aux malades hospitalisés sans hébergement, dans des structures autorisées à cet effet, au titre des disciplines obstétrique et médecine hors chimiothérapie.

Les signataires sont convenus de traiter indépendamment l'activité de chimiothérapie ambulatoire, actuellement régie par la circulaire ministérielle du 4 mai 1981 et la convention type du même nom. En l'attente d'un accord tripartite spécifique, ces dispositions restent en vigueur. Cet élément figure en clair à l'article 1 de l'accord du 1er mars, ce qui confère au dispositif en vigueur force d'accord tripartite.

A l'instar de ce qui a prévalu en matière de chirurgie-anesthésie ambulatoire, la tarification de l'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP) repose sur le classement des actes retenus, en fonction du niveau de prestations qu'ils requièrent.

2.1 - Ont ainsi été élaborés deux groupes d'actes ou bilans :

- Le premier rassemble des *bilans avec éducation et des bilans simples*, dans les spécialités d'endocrinologie, de gynéco-obstétrique, de neurologie et de rhumatologie.
- Le deuxième regroupe, sur un champ de spécialités médicales beaucoup plus large, des *actes isolés complexes ou des bilans complexes*.

Sous réserve qu'ils figurent dans ces groupes, ces actes et bilans ouvrent droit à rémunération de l'accueil et de la surveillance du patient au profit de la structure, sous la forme de forfaits créés à cet effet :

- pour le premier groupe : l'ACS 1 d'une valeur de 100 francs,
- pour le second groupe : l'ACS 2 et l'ACS 3 d'une valeur de 300 francs.

2.2 - Actes hors listes du groupe 2

Il est à noter que le deuxième groupe comporte une sous catégorie constituée de bilans complexes hors liste, réalisés au profit de malades lourds. Cette notion s'entend au sens défini par les partenaires dans l'accord tripartite. Dans cette hypothèse, lorsque l'état ou le handicap du patient justifie la mise en oeuvre d'un environnement hospitalier identique à celui de la liste 2, l'établissement est rémunéré, bien qu'il s'agisse de bilans non inscrits formellement en annexe 2.

Le niveau de rémunération est alors identique aux actes visés par l'annexe 2 ; elle est assurée par un forfait ACS 3 dont la valeur est fixée à 300 F.

L'attention des Caisses est appelée sur le fait que s'agissant en effet d'un assouplissement de la règle des groupes d'actes tarifants, ces bilans complexes hors liste du groupe 2 pour des malades lourds ne pourront représenter en année pleine plus de 15% de l'activité de la structure, à raison de 365 malades par place.

2.3 - La réalisation conjointe d'un acte ou bilan complexe (groupe 2) et d'un acte d'exploration endoscopique visé par l'accord tripartite de chirurgie-anesthésie ambulatoire du 14 décembre 1992 (liste 1 ou 2).

Dans ce cas de figure, les forfaits d'accueil ACS et FAS ne peuvent se cumuler, et la structure d'HTP facture un seul forfait d'accueil et de surveillance, baptisé ACS 4 ou ACS 5 selon que l'acte d'endoscopie associé donnerait lieu en structure de chirurgie-anesthésie ambulatoire à un FAS 1 ou à un FAS 2.

La valeur de l'ACS 4 est celle du FAS 1, celle de l'ACS 5 est celle du FAS 2.

Il est à noter que dans cette hypothèse, la rémunération de l'environnement de l'acte d'endoscopie continue de se faire par application du FSO ou FSE, conformément à l'accord tripartite de chirurgie ambulatoire.

En corollaire, en application de l'article 7 de l'accord tripartite, cette possibilité n'est ouverte qu'aux seules structures associant au sein d'un même établissement, à la fois des places de chirurgie-anesthésie ambulatoire et des places d'hospitalisation à temps partiel.

3 - Le contenu des prestations nouvelles

Les forfaits ACS 1, 2, 3, 4 ou 5 couvrent l'ensemble des dépenses de soins y compris infirmiers, et des prestations hôtelières afférentes au patient et mises en oeuvre par l'établissement.

Il couvre également l'ensemble des dépenses pharmaceutiques et de pansements.

En revanche, ne sont pas compris dans ce forfait, et peuvent donner lieu à remboursement en sus, sur justification des dépenses exposées :

- les produits sanguins, y compris les frais de transport facturés par les centres de transfusion sanguine,
- les honoraires des praticiens exerçant à titre libéral et facturés par application de la NGAP,
- les analyses de biologie médicale.

4 - La facturation des actes

4.1 - Les actes multiples

Lorsque sont réalisés, au profit d'un même malade, des actes ou bilans relevant respectivement des listes 1 et 2, les honoraires des praticiens sont facturés conformément à l'article 11b des dispositions générales de la nomenclature relatif à la facturation d'actes effectués au cours d'une même séance. En revanche, un seul forfait d'accueil et de surveillance peut être facturé par la structure.

Lorsque qu'un malade bénéficie d'un acte ou bilan complexe (groupe 2 ou malade "lourd") et d'un acte d'exploration endoscopique visé à la liste 3 de l'accord sur la chirurgie ambulatoire, les frais d'environnement de ce dernier peuvent être facturés sur la base d'un FSO x 20 %, et le forfait d'accueil et de surveillance dû est l'ACS 2 ou l'ACS 3.

4.2 - Les actes et bilans non inscrits en groupes 1 et 2 et ne relevant pas de l'article 5 de l'accord tripartite (malades lourds).

Les actes et bilans hors groupe, qui ne concerneraient pas des malades "lourds" n'ouvrent droit à la perception d'aucun forfait.

Ils doivent être facturés par les praticiens qui les réalisent, sur leurs propres feuilles de soins. L'établissement n'a donc pas à intervenir dans leur facturation.

5 - L'hospitalisation avec hébergement à la suite d'une séance d'HTP

L'hospitalisation sans hébergement du malade dans la structure d'HTP débouche normalement sur un retour au domicile. Dans les cas exceptionnels où l'état du malade ne permet pas ce retour et nécessite une hospitalisation à temps complet dans un service d'hospitalisation d'un établissement de santé privé, les règles suivantes s'appliquent.

Le principe de non cumul des prestations hospitalières est confirmé. Dans la mesure où le séjour du malade se prolonge suffisamment longtemps pour donner lieu à facturation d'au moins deux prix de journée (sortie après 13 heures le lendemain de son admission), la structure d'HTP ne peut présenter de facturation d'un ACS ni a fortiori de FSO/FSE (l'établissement pourra le faire dans le cadre de l'hospitalisation à temps complet).

6 - Actes ou bilans réalisés hors des heures d'ouverture de la structure

Il convient ici de bien faire la distinction entre le fonctionnement nocturne de la structure, qui peut être tout à fait normalisé, et le fonctionnement en dehors des heures d'ouverture.

Les actes réalisés en dehors des jours et heures d'ouverture de la structure sont supposés être des actes et bilans pratiqués de façon non programmée, ce à quoi la structure n'est pas autorisée. Il reste toutefois la question des actes et bilans pratiqués en urgence. Comme en chirurgie-anesthésie ambulatoire, cette question ne trouvera de solution juridiquement et économiquement convenable que sur la base des dispositions réglementaires (normes et autorisations) attendues. Exceptionnellement, l'Assurance Maladie peut accepter de prendre en charge ces actes réalisés en urgence en dehors des jours et heures de fonctionnement ; l'activité émerge alors sur le volume annuel autorisé.

Il est cependant de la responsabilité du gestionnaire de la structure de s'assurer qu'au moment où le malade a été accueilli, les normes en personnel et en organisation étaient remplies, à défaut de quoi l'Assurance Maladie serait fondée à refuser les prestations, pour défaut de sécurité autour de l'assuré.

Quant au fonctionnement nocturne de la structure de façon habituelle, il est permis par les textes réglementaires, et l'accord tripartite prévoit d'ailleurs certains actes ou bilans qui ne se réalisent que de nuit (polysomnographie).

L'attention des Caisses est appelée sur le fait que cette activité nocturne, expressément fixée dans le cadre de l'autorisation, et qui fait l'objet du règlement intérieur déposé dans le cadre conventionnel, *ne peut donner lieu à aucune majoration*, ni des forfaits, ni des honoraires des praticiens exerçant dans la structure et dont la liste est également déposée.

Il s'agit en effet d'une organisation des soins choisie par la structure et ne donnant pas lieu à dérangement exceptionnel du praticien. Les majorations prévues à l'article 14 des dispositions générales de la NGAP ne s'appliquent pas en l'espèce.

7 - Le volume d'activité de la structure et la récupération des dépassements

En application du décret n° 92.1101 du 2 octobre 1992, les structures d'HTP voient leur capacité autorisée exprimée en nombre de places, chacune équivalant à 365 séances par an (1 séance = 1 malade). Cette disposition permet à la structure de s'organiser à son gré, à charge pour elle de respecter à tout moment de son fonctionnement les normes qui s'imposent à elle. Elle a de surcroît l'obligation conventionnelle de déposer son règlement intérieur faisant apparaître la réalité de cette organisation.

Comme en chirurgie ambulatoire, la structure peut de ce fait installer un nombre de postes physiques (lits ou fauteuils) supérieur à celui figurant dans son autorisation. En contrepartie, elle est tenue au respect des normes de sécurité édictées par les articles D712.31 à D712.34 du code de la santé publique.

Du point de vue du volume d'activité développée, la seule contrainte absolue qui pèse sur la structure est celle du quota annuel apprécié au regard de la facturation des ACS (1, 2, 3, 4 et 5), avec un maximum de 365 par an et par place.

Une contrainte relative pèse également sur l'activité de la structure, tenant à la proportion d'actes ou bilans complexes non inscrits en groupe 2, pour les malades "lourds": la facturation d'ACS 3 ne doit pas dépasser 15% du total facturé en année pleine.

(exemple : pour 2 places d'HTP, les ACS 3 ne peuvent représenter plus de $730 \times 15\% = 110$ séances)

La sanction d'un dépassement absolu ou relatif est la récupération par l'Assurance Maladie des sommes versées au titre des ACS, et le cas échéant des FSO/FSE, au delà des quotas. Le principe en est inscrit dans l'article 8 de l'accord tripartite du 1er mars 1996. Les modalités pratiques de cette récupération restent toutefois à arrêter dans le cadre de l'avenant type en préparation. Des instructions complémentaires vous seront donc données lorsque cet avenant entrera en application.

8 - La validation des groupes d'actes et de bilans figurant en annexe à l'accord tripartite du 1er mars 1996

Au terme de l'article 11, il a donc été retenu de procéder la première année de mise en oeuvre de ces dispositions, à une validation du contenu de ces groupes sur la base du questionnaire que chaque structure en fonctionnement devra remplir. Les fiches de saisie de ces questionnaires sont publiées au J.O, elles ont donc un caractère réglementaire.

Le suivi d'exploitation du questionnaire sera effectué par l'E.N.S.M. en collaboration avec l'E.R.S.M de RENNES selon les modalités suivantes convenues avec nos partenaires.

- L'E.N.S.M adresse à chaque établissement privé ayant une autorisation pour des places d'HTP Médecine et/ou Obstétrique, une fiche de recueil et un guide méthodologique.
- Les établissements dupliqueront, autant que de besoin, les fiches de recueil et les adresseront mensuellement, avant le 10 du mois suivant dûment remplies selon la méthodologie, à l'E.R.S.M de RENNES. Le recueil est prévu pendant 6 mois et ne sera prolongé que si la montée en charge est très lente.
- Le codage, la saisie et l'exploitation des résultats seront exécutés par les Médecins Conseils de l'ERSM de RENNES.
- Un bilan est prévu au deuxième mois et en fin de recueil.

- Avant la fin de l'année d'étude, il est prévu d'adresser une synthèse nationale et une synthèse individuelle à chaque établissement et à chaque E.R.S.M.
- En cas de difficulté concernant ce dispositif, les établissements pourront contacter l'E.N.S.M (Mission Hospitalisation Privée) ou l'E.R.S.M. de RENNES.

9 - Codification et facturation des actes

9.1 - Codification et transmission informatiques

Les modifications de codification nécessaires à l'application du présent accord sont prévues dans une action de maintenance des systèmes informatiques. Au terme de cette action de maintenance sont créés :

- un code **mode de traitement "22"** dédié à l'hospitalisation à temps partiel,

J'attire votre attention sur le fait que les nouvelles prestations ne sont compatibles qu'avec ce mode de traitement et qu'il convient donc de bannir l'utilisation des modes de traitement 04 "hospitalisation de jour" ou 05 "hospitalisation de nuit".

- des **codes de prestations** correspondant aux forfaits d'accueil et de surveillance du patient :

- . **ACS1** (codification informatique AS1) pour le forfait attaché aux actes et bilans du groupe 1,
- . **ACS2** (codification informatique AS2) pour le forfait attaché aux actes et bilans du groupe 2,
- . **ACS3** (codification informatique AS3) pour le forfait attaché aux bilans non inscrits en groupe 2 au profit de malades "lourds",
- . **ACS4** (codification informatique AS4) pour le forfait attaché aux bilans du groupe 2 associés à un acte d'endoscopie inscrit en liste 1 de l'accord de chirurgie ambulatoire,
- . **ACS5** (codification informatique AS5) pour le forfait attaché aux bilans du groupe 2 associés à un acte d'endoscopie inscrit en liste 2 de l'accord de chirurgie ambulatoire.

9.2 - Facturation des actes

La facturation des actes HTP médecine et obstétrique sur la base des codifications indiquées (point 9.1), est rendue possible par la validation récente et la diffusion en cours de l'ensemble des actions de maintenances informatiques dit "lot 95.20".

La mise en place par les CETELIC devra s'effectuer dans les meilleurs délais, la date finale de l'opération ne devant pas se situer au delà du 15 juin 1996.

L'attention des Caisses est appelée sur le fait que les structures d'HTP autorisées ont la possibilité de facturer les actes relevant de l'accord tripartite publié au Journal Officiel le 14 mars 1996.

L'avenant conventionnel type qui servira de base aux conventions passées avec chaque structure, est en cours de signature. Dès qu'il sera signé par l'ensemble des partenaires et approuvé par le Ministre, des instructions complémentaires vous seront données.

Je vous remercie de me faire part, le cas échéant, des difficultés d'interprétation ou de mise en oeuvre que ces nouvelles dispositions pourraient soulever.

Gérard RAMEIX

Décomposition de la rémunération des structures d'Hospitalisation à Temps Partiel

selon les trois groupes d'actes prévus à l'article 2 de l'accord tripartite du 1er mars 1996

GROUPE	Article et annexe de l'accord tripartite HPT	Codification	Valeur
Groupe n° 1	Article 3 - annexe 1 HTP	ACS 1	100 Francs
Groupe n°2	Article 4 - annexe 2 HTP	ACS 2	300 Francs
	Article 5 - Bilans complexes non inscrits en annexe 2 HTP	ACS 3	300 Francs
Groupe n°3	Articles 6 et 7- annexe 2 HTP et liste 1 de l'accord tripartite du 14 décembre 1992	ACS 4	égale au FAS 1 de l'accord tripartite du 14 décembre 1992
	Articles 6 et 7 - annexe 2 HTP et liste 2 de l'accord tripartite du 14 décembre 1992	ACS 5	égale au FAS 2 de l'accord tripartite du 14 décembre 1992