

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

29/01/97

**Origine :**

DGR

ACCG

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

*pour attribution*

des Centres de Traitement Informatique

*pour information*

**Réf. :**

DGR n° 11/97 - ACCG n° 3/97

**Plan de classement :**

242

**Objet :** Suppression du régime de financement par prix de journée préfectoral prévue au Titre V, Chapitre 3 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Entrée d'établissements à prix de journée préfectoral dans le champ conventionnel au 01/01/1997.

**Pièces jointes :**

0 | 1

**Liens :**

Com.circ DGR 67/96

app.dec 96-687

app.ord 96-346

**Date d'effet :**

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

DGR/DESMES : L. CASTRA

**Téléphone :**

01.42.79.32.86.

@

**Direction de la Gestion du Risque  
Agence Comptable/Contrôle de gestion**

29/01/97

**Origine :**  
DGR  
ACCG

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  
*pour attribution*

des Centres de Traitement Informatique  
*pour information*

**N/Réf. :** DGR n° 11/97 - ACCG n° 3/97

**Objet :** Suppression du régime de financement par prix de journée préfectoral prévue au Titre V, Chapitre 3 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

L'\*Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996\* portant réforme de l'hospitalisation publique et privée met fin au régime de financement par prix de journée préfectoral (cf. Titre V, Chapitre III, articles 22 à 27 de l'Ordonnance).

Les conditions de cette suppression ont été précisées par les textes suivants :

- une circulaire ministérielle (dans l'attente d'un décret d'application de l'Ordonnance) DH/DSS/96 n° 453 du 15 juillet 1996, diffusée aux organismes d'Assurance Maladie en annexe de la \*circulaire CNAMTS/DGR n° 67/96\* du 2 août 1996 ;

- le \*décret n° 96-687 du 31 juillet 1996\* “ relatif au financement de certains établissements relevant du régime du prix de journée et fixant les modalités d’application du Chapitre III de l’\*Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996\* portant réforme de l’hospitalisation publique et privée ” (décret d’application de l’Ordonnance n° 96-346).

L’objet de la présente circulaire est, après avoir rappelé le cadre général dans lequel doit intervenir la suppression du régime de financement à prix de journée préfectoral, d’en préciser les modalités d’application pour ce qui a plus particulièrement trait aux établissements de santé devant entrer dans le champ conventionnel au 01/01/1997.

## **I - Suppression du régime de financement à prix de journée préfectoral : le cadre général.**

### **1. Champ de la réforme.**

L’\*Ordonnance n° 96-346 du 24 avril\* et le \*décret n° 96-687 du 31 juillet 1996\* prévoient la suppression du régime de financement à prix de journée préfectoral, et précisent les conditions dans lesquelles les établissements de santé concernés entrent, soit dans le champ de la dotation globale, soit dans le champ conventionnel.

Toutefois, sont exclus du champ de la réforme (cf. \*circulaire ministérielle DH/DSS/96/N° 453 du 15 juillet 1996\* et \*circulaire CNAMTS/DGR/ N° 67/96 du 2 août 1996\*) : les activités ne relevant pas du domaine sanitaire, les établissements exerçant uniquement une activité relative à des soins de longue durée, ainsi que les établissements gérés par des organismes de protection sociale relevant d’une approbation budgétaire par la CNAMTS (en application de la loi du 25 juillet 1994).

L’entrée dans le champ conventionnel, qui doit intervenir au 1er janvier 1997, concerne les établissements de santé à prix de journée préfectoral suivants :

- la totalité des établissements à but lucratif (cf. article 24 de l’Ordonnance du 24 avril 1996),
- certains établissements à but non lucratif, ayant opté pour ce mode de financement (cf I.2).

### **2. Régime de financement : le droit d’option des établissements à but non lucratif.**

L'article 25 de l'\*Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996\* prévoyait en effet l'exercice d'un droit d'option pour les seuls établissements à but non lucratif en matière de régime de financement.

Ce droit d'option devait impérativement être exercé avant le 1er septembre 1996 (le délai imparti ayant toutefois été prolongé au 10 septembre de la même année dans certains cas exceptionnels prévus par la circulaire ministérielle du 15 juillet 1996 précitée) en faveur, soit du régime de financement dont bénéficient les établissements de santé privés relevant de l'\*article L 162-22 du code de la Sécurité Sociale\*, soit de la dotation globale dissociée toutefois de la participation au service public hospitalier.

A défaut d'avoir exercé leur droit d'option avant le 6 septembre 1996 (10 septembre pour les cas exceptionnels prévus par la circulaire ministérielle du 15 juillet), les établissements conventionnels à but non lucratif étaient - selon les termes du \*décret n° 96-687 du 31 juillet 1996\*- réputés avoir opté pour le champ conventionnel.

### **3. Etablissements concernés par le basculement dans le champ conventionnel au 01/01/1997.**

Une enquête a été réalisée auprès des Caisses Régionales d'Assurance Maladie en vue de recenser les établissements entrant dans le champ conventionnel au 01/01/1997.

L'exploitation des résultats de cette enquête conduit à dresser le bilan suivant (sous réserve de validation de la liste des établissements concernés par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie).

Vont entrer dans le champ conventionnel :

- 129 établissements à but lucratif (qui n'avaient pas de droit d'option), dont près de 110 sont d'ailleurs concentrés dans quatre régions (Sud-Est, Languedoc-Roussillon, Aquitaine et Midi - Pyrénées) ;
- 33 établissements à but non lucratif (ayant exercé leur droit d'option) sur un total de plus de 360 établissements, les autres ayant opté pour un financement par dotation globale. Encore faut-il préciser que sur ces 33 établissements, moins de trente ont effectivement exercé un droit d'option, les autres entrant obligatoirement dans le champ conventionnel pour n'avoir pas exercé ce droit dans le délai prévu par le décret du 31 juillet 1996.

Au total, ce sont donc 162 établissements de santé à prix de journée préfectoral - sur un total de plus de 500 - qui vont entrer dans le champ conventionnel au 1er janvier 1997.

Enfin, il convient d'ajouter que 22 établissements conventionnés à titre expérimental (19 maisons d'enfants à caractère sanitaire et 3 centres de réadaptation fonctionnelle), antérieurement aux dispositions visant à supprimer le financement par prix de journée préfectoral, demeurent dans le champ conventionnel.

#### **4. La mise en place d'une régulation spécifique pour les établissements entrant dans le champ conventionnel.**

L'article 24 de l'Ordonnance du 24 avril 1996 prévoit la mise en oeuvre d'un Objectif Quantifié National spécifique aux établissements à prix de journée préfectoral entrant dans le champ conventionnel au 01/01/1997.

Compte tenu des implications financières de cette réforme, et de la nécessité de délimiter avec la plus grande précision qui soit le périmètre financier constitué par ces établissements, une liste exhaustive (avec indication de leur nom, FINESS, localisation, catégorie et caractère lucratif ou non) des établissements concernés, est adressée en complément de la présente circulaire aux Caisses Régionales d'Assurance Maladie afin que ces dernières puissent les valider.

Cependant, au delà de la mise en oeuvre d'un mécanisme de régulation spécifique à ces établissements, il convient d'apporter un certain nombre d'indications portant sur les conditions même du basculement d'établissements à prix de journée préfectoral dans le champ conventionnel, en particulier en matière de conventionnement et de détermination des tarifs de ces établissements.

## **II. Conventionnement, détermination des tarifs et classement des établissements à prix de journée préfectoral entrant dans le champ conventionnel.**

### **A - Le conventionnement.**

Le conventionnement par l'Assurance Maladie intervient à compter du 1er janvier 1997, sauf dans le cas où l'agence régionale de l'hospitalisation serait à même d'exercer ses compétences dès cette date, et où un contrat d'objectifs et de moyens serait d'emblée conclu entre elle et l'établissement concerné (cf. infra).

Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie procèdent donc, à compter de cette date, au conventionnement des établissements sur la base de l'\*article L 162-22 du Code de la Sécurité Sociale\* et de la convention type de l'hospitalisation privée modifiée (cf. articles modifiés de la convention-type de 1978 en annexe de la présente circulaire) pour tenir compte des spécificités des établissements concernés.

Des particularités tarifaires, qui d'ailleurs subsisteront au-delà du 1er janvier 1997, propres aux établissements à prix de journée préfectoral, nécessitent en effet d'adapter la convention type de 1978 en lui apportant un certain nombre de modifications.

Ces particularités tarifaires ont trait au contenu et aux modalités de détermination des tarifs.

### **1. Contenu des tarifs.**

Le prix de journée préfectoral est conçu comme un " tout compris ", à l'exception de certains frais de transport (frais de transports relatifs à l'entrée et à la sortie du malade hospitalisé facturés en sus du prix de journée par les ambulanciers; les transferts étant par contre, eux, inclus dans le prix de journée) et de gros appareillage (conformément à l'arrêté ministériel du 4 octobre 1982 et à la \*circulaire CNAMTS-DGR n° 1464/83 du 28 juin 1983\*).

Mais il ne s'agit là que du cas général, car de nombreuses exceptions existent :

- certains prix de journée préfectoraux peuvent par exemple parfois inclure la totalité des frais de transport ;
- mais, le plus souvent, d'autres éléments que ceux qui viennent d'être cités sont pris en charge en sus du prix de journée (des actes de laboratoire, du petit appareillage, ...).

Ces spécificités doivent, compte tenu des modalités de tarification aux 1er janvier et 1er avril 1997 des établissements concernés, être prises en compte lors du conventionnement.

Aussi l'article 11 de la convention-type de 1978 doit-il être modifié (cf. annexe) mais surtout adapté à la situation de chaque établissement. Les modifications proposées étant valables pour le cas général, la tâche revient aux Caisses de les adapter pour chaque cas particulier rencontré. Il leur appartient d'ailleurs, dans tous les cas, de fixer précisément - dans une annexe à la convention passée avec chaque établissement - le contenu des tarifs préfectoraux repris comme base de la tarification dans le champ conventionnel.

Quant aux modalités de détermination des tarifs, il importe de rappeler que l'\*Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996\*' et le \*décret n° 96-687 du 31 juillet 1996\*' incluent un ensemble de dispositions conduisant à la mise en oeuvre d'une tarification en deux temps.

### **2. Modalités de fixation des tarifs : un processus en deux temps.**

a) Premier temps : la période transitoire du 01/01/1997 au 31/03/1997 inclus.

Conformément aux dispositions du \*décret n° 96-687 du 31 juillet 1996\*, le représentant de l'Etat dans le département fixe un tarif provisoire tenant lieu de tarif de responsabilité pour chacun des établissements concernés.

Dans le cas général ce tarif est - pour chaque discipline - égal au dernier prix de journée préfectoral de l'année 1996 majoré du forfait journalier. Des conditions particulières sont toutefois prévues par le décret précité dans le cas où le dernier prix de journée applicable au titre de l'exercice 1996 serait inférieur ou supérieur d'au moins 10 % au prix de journée prévisionnel retenu pour 1996 (cf. sur ce point la \*circulaire CNAMTS/DGR n° 67/96 du 2 août 1996\*).

En tout état de cause, et pour la durée de la période transitoire, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie sont de ce fait amenées à passer convention avec les établissements concernés sans pour autant procéder à la fixation de leurs tarifs.

La convention reprend donc le tarif fixé par le représentant de l'Etat comme tarif de responsabilité.

b) Second temps : à compter du 1er avril 1997.

Les tarifs conventionnels fixés par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie et les Caisses Générales de Sécurité Sociale prennent effet au 1er avril 1997.

A compter de cette date s'appliquent donc des tarifs déterminés par l'Assurance Maladie, selon les modalités suivantes (contenues dans le décret et la circulaire précités) :

- 1ère étape : détermination d'un tarif moyen d'hospitalisation pour 1996 par calcul, pour chaque discipline ayant donné lieu à la fixation d'un prix de journée préfectoral, du ratio : montant total des produits constatés sur l'exercice 1996 au titre des frais de séjour résultant de la facturation du prix de journée préfectoral / nombre de journées réalisées en 1996.

Le nombre de journées réalisées en 1996 correspond au nombre de journées facturées, y compris, éventuellement, le jour de sortie (certains établissements ayant en effet passé avec les Caisses une convention particulière de paiement leur permettant de facturer le jour de sortie).

- 2ème étape : revalorisation de ce tarif par application d'un taux de revalorisation négocié dans le cadre d'un accord tripartite conclu pour l'année 1997 (cf. rubrique relative à l'OQN spécifique des ex-établissements à prix de journée préfectoral),
- 3ème étape : ajout au tarif déterminé à l'issue de la seconde étape, du montant correspondant au forfait hôtelier journalier.

### c) Observations

Trois précisions doivent être apportées concernant la détermination des tarifs conventionnels au 1er avril 1997 :

- en premier lieu : le tarif moyen pour 1996 (cf. supra, b) - 1ère étape) comprend au numérateur le “ montant total des produits constatés, sur l'exercice 1996, au titre des frais de séjour liés à la facturation (de ce) prix de journée ” préfectoral, soit le montant total des produits résultant de la facturation des prix de journée et non pas le produit des seuls remboursements par l'Assurance Maladie,
- en second lieu : les modalités de tarification prévues par le décret du 31 juillet s'appliquent à l'ensemble des établissements concernés, sans exception. Elles valent donc également pour les établissements ne recevant pas de bénéficiaires de l'aide sociale avant l'abrogation de l'\*article L 162-23 du code de la Sécurité Sociale\* au 1er janvier 1997, et pour lesquels l'Assurance Maladie avait pu être amenée dans le passé à fixer un tarif de responsabilité inférieur au prix de journée préfectoral ;
- en troisième lieu : la réforme s'applique tant aux activités d'hospitalisation complète qu'aux activités d'hospitalisation sans hébergement. Les modalités de tarification prévues par le décret du 31 juillet 1996 valent donc non seulement pour les prix de journée préfectoraux, mais aussi pour les “ frais de séances de soins ” (correspondant aux codes FS et SNS) relatifs à une hospitalisation sans hébergement ;

### 3. Classement

Les règles de classement applicables aux établissements de santé à prix de journée préfectoral intégrant le champ conventionnel au 1er janvier 1997 sont les mêmes que celles qui prévalent actuellement pour les

établissements de santé relevant de l’\*article L 162-22 du Code de la Sécurité Sociale\*.

Une exception est faite, cependant, pour les établissements exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation.

Pour cette dernière discipline en particulier, il importe de définir des règles de classement au plan national. Le classement des établissements concernés ne pourra donc intervenir qu’ultérieurement, dès qu’une procédure aura été définie conjointement par l’Assurance Maladie, l’Etat et les Fédérations d’établissements de santé privés. Ce travail, en cours de réalisation, fera l’objet d’une diffusion d’instructions auprès des Caisses, sachant que de toute façon (cf. supra) la tarification de ces établissements est dans un premier temps indépendante de leur classement.

Il importe par ailleurs de rappeler que les établissements agréés au titre de la lutte contre la tuberculose sont également concernés par la suppression du régime de financement par prix de journée préfectoral, et qu’il n’existe pas non plus pour eux de grille de classement dans le champ conventionnel. Toutefois, eu égard à l’abrogation par la \*loi n° 94-43 du 18 janvier 1994\* des dispositions applicables à ces établissements, leurs agréments doivent faire l’objet d’un réexamen en CROSS en vue d’une requalification éventuelle dans une autre discipline de tout ou partie des capacités concernées (cf. circulaire ministérielle DH/DSS précitée).

### **III. Modalités de facturation**

Les conditions de facturation des prestations doivent être alignées, à compter du 1er janvier 1997, sur celles des établissements relevant de l’\*article L 162-22 du code de la Sécurité Sociale\*, avec quelques spécificités cependant, permettant de ménager une transition entre deux régimes de financement présentant des différences significatives.

#### **1. Mode de fixation des tarifs**

Les établissements à prix de journée préfectoral entrant dans le champ conventionnel doivent impérativement facturer en mode de fixation de tarif M.F.T. O7 à compter du 1er janvier 1997 et non plus en M.F.T. 05.

Il convient d’ailleurs de mémoriser cette information au FRE.

#### **2. Imprimé de facturation**

Les prestations facturées par ces établissements doivent en principe l'être sur un bordereau 615, comme pour les établissements de santé relevant de l'article L 162- 22 du code de la Sécurité Sociale\*.

A défaut et à titre transitoire (dans l'attente de dispositions réglementaires attendues), les Caisses d'Assurance Maladie pourront accepter l'imprimé de facturation propre à chaque établissement à la condition toutefois que cet imprimé réponde aux conditions minimales suivantes :

- a) il doit être conforme notamment à l'Ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986\* relative à la liberté des prix et de la concurrence modifiée par la loi n° 92-1442 du 31 décembre 1992\* relative aux délais de paiement entre les entreprises, et par la loi n° 96-588 du 1er juillet 1996 sur la loyauté et l'équilibre des relations commerciales ;
- b) il doit faire apparaître le montant des frais donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie, distinctement de celui qui reste à la charge de l'assuré social ;
- c) un double de la facture doit être remis au malade ou à sa famille.

### **3. Conditions de facturation.**

Elles peuvent être distinguées en fonction : du choix de l'imprimé de facturation (bordereau 615 ou imprimé spécifique) d'une part, des prestations couvertes par le prix de journée préfectoral avant le 1er janvier 1997, d'autre part.

Sur ce dernier point, le constat d'une certaine variabilité du contenu des prix de journée préfectoraux d'une région à une autre, voire même d'un établissement à l'autre au sein d'une région donnée, a en effet pu être dressé.

Les tarifs des établissements intégrant le champ conventionnel au 1er janvier 1997 étant calculés sur la base des prix de journée préfectoraux 1996 (donc du contenu de ces derniers), il convient d'adapter les conditions de facturation à la situation de chaque établissement antérieure au 1er janvier 1997.

#### a) Facturation sur bordereau 615.

Sur le haut du bordereau figurent le tarif calculé à partir de l'ancien prix de journée préfectoral (cf. supra), ainsi que les éventuelles autres prestations non incluses dans ce tarif (grand appareillage par exemple ...),

et donnant lieu à prise en charge par l'Assurance Maladie, à l'exception des honoraires médicaux, paramédicaux et des actes de laboratoire, inscrits dans la partie basse du bordereau 615.

Les prix de journée préfectoraux ayant été normalement conçus à l'origine comme des tarifs " tout compris " (y compris les actes de scanner, IRMN, de laboratoire, les honoraires médicaux, ...), la facturation par les établissements concernés ne devrait pas donner lieu, dans la majorité des cas, au remplissage de la partie basse du bordereau.

Dans le cas général, seuls deux types de prestation devraient donner lieu à liquidation : les prix de journée et les frais de gros appareillage prévus par la circulaire n° 1464/83 du 28 juin 1983 (les frais de transport relatifs à l'entrée et à la sortie du patient étant normalement directement facturés à l'Assurance Maladie par les transporteurs).

Toutefois, certaines prestations peuvent parfois être facturées en sus de ces éléments. Dans certains cas, par exemple, des établissements à prix de journée préfectoral ne salarient pas leurs praticiens, ou encore, emploient des praticiens salariés alors que dans le même temps des honoraires sont facturés au nom de l'établissement.

Dans ce dernier cas, le salariat n'est qu'une modalité de gestion interne à l'établissement, et à partir du moment où le salaire des praticiens n'est pas compris dans le prix de journée préfectoral - donc dans le tarif fixé à compter du 1er janvier 1997 - les honoraires sont facturés dans la partie basse du bordereau 615.

#### b) Facturation sur un imprimé spécifique.

Cet imprimé peut être l'imprimé habituellement utilisé par l'établissement, à la condition qu'il récapitule bien l'ensemble des éléments facturés par l'établissement et faisant l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, en opérant une distinction entre le tarif d'hospitalisation (ou nouveau prix de journée calculé à partir de l'ancien prix de journée préfectoral) et les prestations facturables en sus (cf. supra).

Dans le cas de praticiens non salariés par l'établissement, un protocole doit être signé entre ces praticiens et la Caisse d'Assurance Maladie d'affiliation de l'assuré social afin que ce dernier puisse bénéficier des dispositions afférentes au tiers-payant en matière d'honoraires. Les dispositions relatives à la dispense d'avance de frais prévues dans les différentes conventions passées avec les professions de santé (tels que médecins, masseurs-kinésithérapeutes, ...) sont applicables.

#### c) Facturation du jour de sortie.

Eu égard aux modalités de fixation des tarifs des établissements à prix de journée préfectoral entrant dans le champ conventionnel à compter du 1er

janvier 1997, ces établissements n'ont pas la possibilité de facturer le " jour de sortie " à l'issue du séjour d'un patient, et ce quelle que soit l'heure de sortie de ce patient.

Cependant, une exception peut être faite à ce principe, mais doit rester limitée aux établissements ayant bénéficié au cours de l'année 1996 d'une convention particulière de paiement avec les Caisses (leur permettant de facturer le jour de sortie). Qu'il s'agisse des produits pris en compte pour la détermination des tarifs conventionnels au 1er avril 1997, ou de la facturation d'un prix de journée le jour de sortie dans le cadre d'une convention particulière de paiement, le basculement dans le champ conventionnel d'établissements bénéficiant de telles conventions particulières doit intervenir dans un cadre de stricte neutralité financière pour l'Assurance Maladie.

d) Facturation d'un supplément pour occupation d'une chambre particulière dans le cas d'isolement pour raison médicale.

Le supplément pour occupation d'une chambre particulière dans le cas d'isolement pour raison médicale n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie. La règle en vigueur pour les établissements à prix de journée préfectoral - absence de prise en charge des suppléments pour isolement médical - est donc maintenue après leur entrée dans le champ conventionnel.

#### **IV L'intégration des établissements dans le champ régulé par l'objectif quantifié national (OQN).**

L'ensemble des prestations facturées par les établissements préfectoraux - à l'exception des honoraires médicaux, paramédicaux et des actes de laboratoire, lorsque ceux-ci ne sont pas inclus dans le tarif déterminé à partir du prix de journée préfectoral - fait l'objet d'une régulation spécifique prévue à l'article 24 de l'Ordonnance du 24 avril 1996.

Les conditions d'intégration des 162 établissements dans le champ de l'OQN ont fait l'objet d'une négociation tripartite qui a débouché sur les points d'accord ci-après.

##### **1. Un objectif et un suivi spécifiques.**

Un dispositif de négociation spécifique des taux d'évolution prix-volume, à effet du 1er avril 1997, a été décidé pour les 162 établissements " ex-préfectoraux ", et notamment pour les établissements qui relèvent de la discipline générique " soins de suite et de réadaptation ".

Cette négociation doit déboucher sur un objectif spécifique en montant, mentionné dans l'accord tripartite 1997. Dès lors, les remboursements de l'Assurance Maladie pour ces établissements devront faire l'objet d'un suivi spécifique au travers de la chaîne SNIR-EP, déjà utilisée pour le suivi de l'OQN.

Ce suivi suppose que les CRAM aient procédé à l'enregistrement dans le FRE des établissements concernés sous mode de fixation tarifaire 07.

## **2. Détermination de l'enveloppe financière.**

La détermination des dépenses 1997 pour l'Assurance Maladie, donc de l'objectif 1997, suppose que soient connus un certain nombre de paramètres :

- un historique des remboursements aux établissements concernés quand ils étaient placés sous le régime de la tarification préfectorale ;
- pour chaque établissement, le tarif au 1er janvier 1997 (cf. II-2-a de la présente circulaire) et la discipline correspondante ;
- pour chaque établissement, les états statistiques prévus par le décret n° 96-687 du 31 juillet 1996 (transmis à la CRAM par l'établissement avant le 31 janvier 1997) ;
- pour chaque établissement, le tarif moyen d'hospitalisation (cf. II-2-b de la présente circulaire), avant application de la revalorisation qui sera décidée dans l'accord national tripartite et avant ajout du forfait hôtelier journalier.

Il est donc demandé aux CRAM de faire remonter ces éléments à la CNAMTS (plus précisément au DESMES) dès qu'ils seront disponibles (en fonction des dates indiquées).

Par ailleurs, il convient de rappeler qu'il s'agit là d'un dispositif transitoire, et ce jusqu'à la mise en place de la classification des prestations. Il convient d'ailleurs de rappeler à cette occasion que la procédure de conventionnement au 1er janvier des établissements à prix de journée préfectoral vient s'insérer dans le dispositif général fixé par l'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation.

Ces établissements sont donc également concernés - au même titre que les établissements relevant de l'\*article L 162-22 du Code de la Sécurité Sociale\* - par la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation.

## **V. Effets de la mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.) - Compétence en matière de conventionnement et contractualisation.**

Les conventions constitutives des ARH doivent être conclues le 31 décembre 1996 au plus tard. Ces conventions constitutives déterminent notamment la date à compter de laquelle chaque agence exerce ses

compétences à l'égard des établissements de santé d'ici au 1er juillet 1997 au plus tard (date d'abrogation de l'\*article L 162-22 du code de la Sécurité Sociale\*).

### **1. Cas d'un premier conventionnement.**

Le cadre général de la mise en place des ARH est le suivant :

- jusqu'au 30 juin 1997 inclus, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie passent convention avec les établissements de santé sauf si l'ARH est en mesure de conclure un contrat d'objectifs et de moyens avec les établissements ;
- à compter du 1er juillet 1997 (date d'abrogation de l'\*article L 162-22 du code de la Sécurité Sociale\*), les Caisses Régionales d'Assurance Maladie ne sont plus en mesure de passer de nouvelles conventions avec des établissements, et seuls des contrats peuvent être conclus entre ces derniers et les ARH.

### **2. Substitution des contrats aux conventions.**

A compter de leur date d'entrée en fonction fixée par leur convention constitutive, et jusqu'au 1er janvier 1999 au plus tard, les ARH disposent de 18 mois pour substituer des contrats d'objectifs et de moyens aux conventions passées entre les établissements et l'Assurance Maladie.

Durant cette période, les conventions - lorsqu'un contrat ne leur a pas été substitué - sont modifiées par voie d'avenants passés entre l'ARH et les établissements.

Je vous remercie par avance de bien vouloir me faire part d'éventuelles difficultés relatives à l'application de la présente circulaire.

**Le Directeur**  
de la Gestion du Risque

**L'Agent Comptable**

J.P. PHELIPPEAU

A. BOUREZ

## ANNEXE

**Etablissements à prix de journée préfectoral entrant dans le champ conventionnel.****Propositions de modifications à apporter à la convention-type de 1978****et à l'avenant-type de la convention nationale de l'hospitalisation privée de 1992.**

La convention-type de 1978 peut être utilisée en l'état dans la perspective du conventionnement des établissements concernés par l'entrée dans le champ conventionnel au 1er janvier 1997, sous réserve toutefois de lui apporter un certain nombre de modifications rendues nécessaires par la prise en compte des spécificités desdits établissements.

Sont donc modifiés les articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 de la convention-type de 1978, pour lesquelles les rédactions suivantes (correspondant au cas général d'un prix de journée tout compris à l'exception de certains frais de gros appareillage) sont proposées.

**Article 5 - Respect des Tarifs**

Le quatrième alinea est ainsi modifié : “ Aucun supplément n'est exigé pour l'occupation d'une chambre particulière, soit en cas d'admission d'urgence faute d'autres places disponibles, soit pour tout autre motif indépendant de la volonté du malade ”.

*(référence supprimée : “ dans le cas d'isolement pour raison médicale, admise par le contrôle médical des caisses, le supplément de la chambre d'isolement est pris en charge par celles-ci ”.)*

*(paragraphe supprimé : “ Lorsque le malade choisit d'être placé en chambre particulière et s'il s'avère nécessaire au cours de son hospitalisation de lui accorder un régime analogue, mais pour raison médicale, l'établissement doit notifier immédiatement cette situation à*

*la caisse intéressée; il doit également signaler au malade la fin de la période d'isolement pour raison médicale en lui précisant que le supplément est à nouveau à sa charge. La caisse est de même informée de ce second changement de situation. ”)*

*(paragraphe supprimé : “ Le montant du (ou des) supplément pour chambre particulière est fixé par l’avenant tarifaire visé ci-dessus ”.)*

### **Article 6 - Information des Assurés**

Préalablement à son admission, l'établissement s'engage à porter à la connaissance du malade ou de sa famille son règlement intérieur ainsi que le prix de journée en chambre à plusieurs lits, le supplément en chambre particulière et les divers compléments et suppléments dont le paiement est susceptible d'être réclamé (ces tarifs devront comporter la précision : TTC ou hors taxe). Il indique également les conditions selon lesquelles seront réglés les frais liés à l'hospitalisation du malade.

*(paragraphe supprimé : “ L'établissement fait connaître au malade ou à sa famille, préalablement à l'admission, le tarif des honoraires applicables par les praticiens et les auxiliaires médicaux conventionnés qui y donnent habituellement leurs soins. ”).*

*(paragraphe supprimé : “ En cas d'appel à des praticiens ou auxiliaires médicaux non conventionnés ou à des praticiens autorisés à dépassement des honoraires conventionnels, le malade ou sa famille, est informé, préalablement à l'admission, qu'il peut supporter de ce fait, indépendamment de l'application du ticket modérateur, des suppléments d'honoraires. Moyennant l'exécution de cette obligation, l'établissement ne saurait être mis en cause par les caisses à propos de la demande d'honoraires. ”).*

L'établissement s'engage, sur demande des caisses, à justifier qu'il a bien communiqué au malade, ou à sa famille, le règlement intérieur et qu'il les a bien informés (*référence supprimée : “ des bases de la tarification des honoraires et ”*) des frais de séjour ainsi que des suppléments éventuels visés par le présent article.

### **Article 7 - Prise en charge**

En règle générale, l'admission du malade est subordonnée à sa prise en charge préalable par l'organisme d'Assurance Maladie dont il relève.

Toutefois en cas d'hospitalisation d'urgence ou de *transfert entre établissements (ajout)*, l'établissement s'oblige à demander, dans le délai de quarante-huit heures sauf cas de force majeure, une prise en

charge à l'organisme compétent. La décision de la Caisse doit être notifiée à l'établissement dans un délai de huit jours à compter de la réception de la demande.

A défaut de réponse dans ce délai, la prise en charge est réputée acquise.

La caisse se réserve le droit de mettre fin à tout moment aux effets de la prise en charge administrative qu'elle a délivrée. Dans ce cas, notification doit être obligatoirement faite à l'établissement au moins un mois à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception.

La demande de prise en charge dûment complétée est établie conformément au modèle fixé par voie réglementaire.

### **Article 9 - Classement de l'établissement**

*(entièrement réécrit, reprend l'article 14 du projet de contrat-type)*

*L'établissement signataire fait l'objet d'un classement pour chacune de ses disciplines autorisées pour l'hospitalisation avec hébergement, classement qui détermine la catégorie desdites disciplines.*

*Par exception et de façon provisoire, dans l'attente d'un dispositif réglementaire adapté, les établissements de soins de suite et de réadaptation relevant de l'article 24 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 ne sont pas classés.*

*Le classement est opéré conformément à la réglementation en vigueur.*

*Tout nouveau classement set applicable à compter de la date d'effet fixée par la décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, sous réserve et à compter de la mise en place effective des moyens en matériel et en personnel. Il s'impose alors à chacune des parties, même en cas de recours qui n'est pas suspensif.*

*S'agissant d'un établissement ou d'une discipline (sauf pour qui concerne les soins de suite et de réadaptation) nouvellement autorisée à fonctionner, il est procédé à un classement pour une durée d'un an, délai à l'issue duquel le classement définitif est mis en oeuvre.*

*L'établissement, l'agence régionale de l'hospitalisation, ou un organisme d'Assurance Maladie peuvent demander le réexamen de la situation de l'établissement au regard du classement acquis. La demande doit être motivée.*

*Une procédure visant au reclassement de l'établissement ne peut être mise en oeuvre moins d'un an après la dernière décision*

### **Article 10 - Principe d'un classement hors catégorie**

L'article 10 de la convention-type de 1978 n'est conservé (en l'état) que dans les conventions conclues avec les établissements disposant d'un prix de journée préfectoral dans les disciplines de médecine, chirurgie ou dialyse.

### **Article 11 - Tarifs**

*(réécrit jusqu'au III)*

*Les tarifs et les prix de journée de l'établissement ainsi que les tarifs de responsabilité qui lui sont applicables, sont fixés conformément aux dispositions prévues par l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 et le décret n° 96-687 du 31 juillet 1996.*

**I.** *Ils sont composés d'un forfait journalier (ou prix de journée) par discipline couvrant l'ensemble des frais liés au séjour du malade, dont, notamment, les frais de séjour et de soins, les rémunérations des personnels médicaux et paramédicaux, les actes de laboratoire, ....*

*La liste des prestations incluses dans la base de détermination de ces forfaits journaliers (ou prix de journée) fait l'objet d'une annexe à la présente convention.*

*Ces forfaits journaliers (ou prix de journée) comprennent le forfait journalier hôtelier mentionné prévu à l'article L 174-4 du Code de la Sécurité Sociale et à l'article 1er du décret n° 96-687 du 31 juillet 1996.*

*Seuls peuvent donner lieu à un remboursement en sus du forfait journalier (ou prix de journée) par l'Assurance Maladie certains frais de gros appareillage, conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 4 octobre 1982, et aux circulaires ministérielles du 27 avril 1983 et CNAMTS/N° 1464/83 du 28 juin 1983.*

**II.** *Le montant hors taxe (ou TTC) du forfait journalier (ou prix de journée) fait l'objet d'une annexe à la présente convention.*

*Les tarifs, ainsi que leurs éléments, peuvent être modifiés par avenant ultérieur.*

*Le forfait journalier (ou prix de journée) ne peut être facturé pour le jour de sortie, quelle que soit l'heure à laquelle le malade ait quitté l'établissement, sauf en cas d'existence d'une convention particulière de paiement antérieure au 1er janvier 1997 entre l'établissement et les Caisses d'Assurance Maladie.*

*Pour les établissements obstétricaux, le forfait susvisé comprend les prestations et fournitures servies tant aux mères qu'aux nourrissons.*

**III.** Aucun supplément ne pourra être facturé s'il ne correspond à une demande expresse du malade.

**IV.** Pour l'ensemble des médicaments, l'établissement s'engage à tenir :

- le cahier des prescriptions tenu selon les modalités précisées en annexe à la présente convention,
- le recueil des factures d'achat des produits pharmaceutiques.

*Supprimé : “ Un bordereau récapitulatif par malade hospitalisé, des médicaments prévus au 1° de l'article 7 du décret n° 73-183 du 22 février 1973 qui lui ont été prescrits et administrés. Ce bordereau, destiné à la Caisse intéressée, doit se trouver en stricte concordance avec le cahier des prescriptions ” et remplacé par :*

*Ajouté : “ L'établissement s'engage à mettre progressivement en place un dispositif de tenue d'un dossier du malade hospitalisé ”.*