

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
21/03/97

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 Médecin Chefs des Echelons Locaux
du Service Médical
(pour attribution)
- M le Médecin Chef de La Réunion
(pour attribution)

Réf. :

DGR n° 35/97 - ACCG n° 7/97 -
ENSM n° 14/97

Plan de classement :

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

Objet :

CONVENTIONNEMENT DES STRUCTURES AUTORISEES A PRATIQUER L'HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL.
ARRETE DU 4 OCTOBRE 1996 PORTANT APPROBATION DE L'AVENANT N ° 6 STRUCTURES
D'HOSPITALISATION A
TEMPS PARTIEL DE MEDECINE OU D'OBSTETRIQUE -J.O. DU 3 DECEMBRE 1996.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

A-F. SIMS-LAGADEC S. LIBOUBAN Dr M. AOUSTINA. PIEDNOEL

Téléphone :

01.42.79.34.93 01.42.79.31.29 01.42.79.34.41 01.42.79.32.57

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

21/03/97

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)

N/Réf. : DGR n° 35/97 - ENSM n° 14/97 - ACCG n° 7/97

**Objet : Conventionnement des structures autorisées à
pratiquer l'Hospitalisation à Temps Partiel.
Arrêté du 4 octobre 1996 portant approbation de
l'avenant n ° 6 Structures d'hospitalisation à temps
partiel de médecine ou d'obstétrique -J.O du 3
décembre 1996.**

Par circulaire (DGR n° 46/96 - ENSM n° 16/96 - ACCG n° 21/96) en date du 3 juin 1996, vous avez été informé (e) de la parution au Journal Officiel du 14 mars 1996 de l'accord tripartite d'hospitalisation à temps partiel en service de médecine ou d'obstétrique, et de la signature à venir d'un avenant conventionnel par les partenaires de l'hospitalisation, destiné à régir les relations entre l'Assurance Maladie et les structures autorisées à exercer cette activité.

Signé le 10 juillet 1996 par les Fédérations des établissements et les Caisses Nationales, cet avenant n°6, pris en application de l'article 7 de la Convention Nationale de l'Hospitalisation Privée, a été approuvé par l'ensemble des Ministres concernés par arrêté du 4 octobre 1996 publié au Journal Officiel du 3 décembre 1996.

C'est sur la base de cet avenant type, que seront conclues les conventions avec les structures autorisées.

A compter de la date effective de fonctionnement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation mentionnée dans sa convention constitutive, le Directeur de l'Agence se substitue au Directeur de la CRAM pour la conclusion de ces avenants avec les structures d'hospitalisation à temps partiel.

Le conventionnement de ces structures d'hospitalisation emportera de plein droit dispense d'avance des frais par l'assuré pour la part garantie par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie, en application de l'article L.162.21.1 du Code de la Sécurité Sociale.

1. Les structures concernées

L'avenant type vise toutes les structures conventionnées, sur le fondement de l'article L.162.22 du Code de la Sécurité Sociale, quelle que soit l'origine des places autorisées, par reconnaissance ou création.

1.1 Leur organisation et leur fonctionnement

1.1.1 Le Règlement Intérieur

Pour passer convention, la structure doit notamment déposer auprès de la CRAM son règlement intérieur, et communiquer le nom des praticiens qui y exercent habituellement. Ces documents sont transmis à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dès lors qu'elle est créée.

En application de l'article 1er du décret n° 1102 du 2 octobre 1992, doivent notamment figurer dans le règlement intérieur :

- les jours et heures d'ouverture :

L'amplitude d'ouverture journalière ne doit pas excéder 12 heures.

Concernant les jours et heures d'ouverture, rien n'empêche la structure d'être ouverte la nuit, les dimanches et jours fériés. Dans ces cas-là toutefois, comme en chirurgie ambulatoire, il n'y a pas de possibilité de facturer de majorations, ni sur les frais d'hospitalisation, ni sur les honoraires.

- Le dispositif mis en place pour orienter le patient et assurer la continuité de ses soins.

- Des informations relatives à son plateau technique.

- La tenue des documents obligatoires concernant le patient.

1.1.2 La visite de conformité

Il est rappelé que le conventionnement de la structure d'hospitalisation à temps partiel et la facturation aux organismes payeurs, sont subordonnés à la conclusion favorable de la visite de conformité telle que prévue par l'article L.712.12 du Code de la Santé Publique.

1.2 Leur activité

La structure doit respecter la capacité pour laquelle elle a été autorisée.

En cas de dépassement de capacité, l'avenant type a défini des modalités particulières de récupération à mettre en oeuvre.

Compte tenu de la date de parution de l'avenant n° 6 au Journal Officiel, il convient de noter que ces modalités pourront être revues, non pas au 31 décembre 1996 ainsi que le stipule l'article 16, mais d'ici le 31 décembre 1997.

1.2.1 Le respect de la capacité autorisée

Elle s'apprécie au nombre de places figurant dans l'arrêté préfectoral, ou la décision ministérielle.

Il est rappelé qu'une place d'hospitalisation à temps partiel correspond à l'autorisation de traiter un patient par jour durant 365 jours, c'est-à-dire 365 patients par an et par place, indépendamment du nombre réel de journées d'ouverture et du nombre physique de places installées.

Par ailleurs, en application de l'article 8 de l'accord tripartite du 1er mars 1996, l'avenant n°6 a précisé dans son article 16 les cas dans lesquels pourra être mise en oeuvre une procédure de récupération financière.

Il en sera ainsi dès lors que :

- la structure aura dépassé son quota d'activité, équivalant à 365 séances annuelles par place autorisée.
- la proportion d'actes ou bilans complexes non inscrits dans le groupe 2, tels que visés à l'article 5 de l'accord tripartite du 1er mars 1996, et donnant lieu à la facturation d'ACS 3, aura dépassé 15% de l'activité de la structure en année pleine.

1.2.2 Les modalités de récupération en cas de dépassement de capacité

- La procédure :

Après chiffrage du dépassement, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation *informe* la structure du montant qu'elle va devoir rembourser.

La CPAM du lieu d'implantation de la structure *notifie* le montant à reverser.

- Le montant à récupérer

Il porte sur l'ensemble des tarifs d'hospitalisation au prorata du dépassement constaté à partir de la statistique annuelle d'activité déclarée par la structure et validée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

La somme à récupérer est déterminée à partir de la base des paiements enregistrés dans le SNIR-EP.

-Modalités de remboursement

Le remboursement devra intervenir le quatrième trimestre de l'année N+1 pour un dépassement constaté sur l'année N.

Sous réserve d'un accord entre les parties le mécanisme de la compensation, à due concurrence des créances de la structure sur la Caisse, est accepté en tant que mode de remboursement.

-Comptabilisation des remboursements

Les montants récupérés doivent être imputés comme l'ensemble des indus liés au dépassement de la capacité autorisée dans les établissements de santé privés, après répartition entre les régimes signataires de l'avenant n° 6 visé par la présente circulaire.

La part du régime général est imputée au compte MOC ou AN75783 - Indus - Etablissements de santé privés.

La répartition entre les branches "maladie et accidents du travail" se fera au prorata des remboursements effectués au titre des établissements de santé privés, maladie et maternité d'une part, accidents du travail d'autre part, issus de la chaîne statistique (VAD ou TANDEM).

La part des autres régimes (agricoles et CANAM) est imputée dans les subdivisions du compte TM-TA 4511368 - CNAMTS - Autres dettes envers d'autres régimes.

La répartition des remboursements entre les régimes est effectuée au vu de l'arrêté annuel répartissant entre les quatre grands

régimes les avantages maladie et vieillesse des praticiens et auxiliaires médicaux.

2. Les tarifs

2.1 Remplacement des tarifs d'autorité par les tarifs conventionnels

Durant la période qui s'est écoulée entre la parution au Journal Officiel du 14 mars 1996 de l'accord tripartite du 1er mars 1996 et la parution au 3 décembre 1996 de l'avenant conventionnel type, les tarifs applicables relevaient des tarifs fixés d'autorité par les CRAM.

A partir de la date de parution au Journal Officiel, le 3 décembre 1996, de l'Avenant n° 6, les tarifs d'autorité sont remplacés par les tarifs conventionnels.

2.2 Revalorisation des tarifs

La revalorisation des tarifs intervenue au 1er avril 1996 s'applique aux établissements conventionnés.

Faute d'approbation à cette date de l'avenant conventionnel, cette revalorisation n'a pu concerner les tarifs de l'hospitalisation à temps partiel.

Il ne sera donc pas procédé à une modification de la valeur au 1er avril 1996 des forfaits ACS 1, 2 et 3.

Par contre, les forfaits ACS 4 et ACS 5, par nature respectivement égaux à la valeur des FAS 1 et FAS 2 de chirurgie ambulatoire, ont été revalorisés au 1er avril 1996.

Il en est de même pour les prestations liées au mode de traitement 22 : FSO, FSE, KARE (cf. Lettre Circulaire CNAMTS n° 784/96 du 16 juillet 1996).

2.3 Règles de facturation

Dès lors que la structure passe convention, elle a l'obligation de grouper sur le bordereau de facturation 615 l'ensemble des frais d'hospitalisation : forfaits d'accueil et de surveillance (ACS), frais de salle d'opération (FSO), frais de sécurité et d'environnement (FSE), honoraires.

En corollaire, les Caisses remboursent directement aux établissements la part prise en charge par les régimes obligatoires.

Les suppléments acquittés par le malade

L'avenant type fixe de façon exhaustive les suppléments pour raison non médicale qui peuvent être facturés au malade lors de son hospitalisation dans cette structure.

Il s'agit du téléphone, de la télévision et des repas des accompagnants, dès lors que le patient en a fait la demande écrite.

A contrario, il n'est pas admis de facturation de type supplément pour chambre particulière.

Les majorations

L'activité des structures d'hospitalisation à temps partiel étant par définition programmée, il n'y a pas lieu d'appliquer de majorations, même pour des actes effectués de nuit, le dimanche ou un jour férié.

Le non cumul des prestations hospitalières

Dans l'hypothèse d'une hospitalisation à temps partiel débouchant sur une hospitalisation avec hébergement, il ne pourra y avoir cumul des prestations hospitalières.

Ce principe est réaffirmé à l'article 8 de l'avenant n°6.

2.4 La liquidation des prestations

La procédure de liquidation est opérationnelle.

Il convient de vous référer à la Lettre Circulaire CNAMTS n° 784/96 du 16 juillet 1996 qui donne toute précision quant aux codes liquidation prestations à utiliser.

3. Remontée d'informations

3.1 La première année de la mise en oeuvre de l'accord tripartite

Afin de vérifier leur pertinence et de procéder à une validation du contenu des groupes d'actes définis dans l'accord tripartite, les structures devront compléter les questionnaires réglementaires joints en annexe de l'accord.

Les cliniques ont déjà été informées par l'Echelon National du Service Médical de la procédure à suivre.

L'exploitation de ces questionnaires sera effectuée pour l'Echelon National du Service Médical par les Médecins-Conseils de l'Echelon Régional du Service Médical de RENNES.

3.2 Régulièrement, avant le 1er avril de chaque année

Les structures devront fournir des informations statistiques sur l'année écoulée, relatives à leur activité et leur équipement.

Le modèle de cette transmission sera fixé ultérieurement.

Je vous remercie de me tenir informé de toute difficulté qui pourrait survenir dans la mise en oeuvre de ces dispositions, et des décisions de non conventionnement que vous pourrez être amené (e) à prendre.

Le Directeur de la
Gestion du Risque,

L'Agent Comptable,

Le Médecin Conseil
National,

Jean-Paul PHELIPPEAU

Alain BOUREZ

Jean-Marie BENECH

Arrêté du 04 Octobre 1996, Journal Officiel du 03 Decembre 1996