

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
29/04/98

Origine :
DGR

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

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
MMES et MM les Médecins Chefs de Services des Echelons
Locaux
M le Médecin Chef de Service de La Réunion

Réf. :

DGR n° 44/98 ACCG n° 8/98
ENSM n° 20/98

Plan de classement :

2430	2431				
------	------	--	--	--	--

Objet :

Mise en oeuvre de l'avenant n° 1 pris en application de l'article 7 du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée.

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/DESMES / A.F. SIMS-LAGADEC / A. PLANQUAIS - ENSM / M. Aoustin - ACCG / M. JOUIN

Téléphone :

01.42.79.34.93. 01.42.79.34.32. 01.42.79.34.41. 01.42.79.32.47

@

29/04/98

MMES et MM Directeurs et Agents Comptables

Origine :
DGR

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
MMES et MM les Médecins Chefs de Services des Echelons
Locaux
M le Médecin Chef de Service de La Réunion

N/Réf. : DGR N° 44/98 - ACCG n° 8/98 - ENSM n° 20/98

Objet : Mise en oeuvre de l'avenant n°1 pris en application de l'article 7 du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée

Lors des négociations du contrat national, au cours du deuxième semestre 1996, les partenaires avaient considéré devoir reporter à des discussions ultérieures plusieurs sujets d'importance qu'ils n'étaient pas en mesure de traiter dans le cadre du débat général.

Ces éléments, groupés dans l'article 7 du contrat national, ont fait l'objet de négociations durant presque un an, de mars 1997 à février 1998.

L'avenant n°1 qui vient d'être signé le 31 mars dernier, introduit trois réformes, dont deux applicables à tous les établissements sans exception : il s'agit de la suppression de la facturation du jour de sortie et de la possibilité de facturer des hospitalisations de moins de vingt-quatre heures dans les services d'hébergement.

La troisième réforme, importante néanmoins, ne concerne que ceux des établissements qui souhaitent développer de la chirurgie ambulatoire réellement substitutive en structure alternative.

Ne s'agissant pas d'un plan d'économies, l'engagement avait été pris fin 1996 d'opérer ces réformes dans le respect de la neutralité financière. Par principe, cet engagement est respecté par les dispositions contenues dans l'avenant n°1. Des mesures de contrôle de ce respect sont néanmoins prévues, afin d'évaluer l'économie générale de cette réforme, notamment sur les points concernant le financement de l'activité non programmée de moins de 24 heures, et sur le caractère opérationnel des incitations créées dans le domaine de la chirurgie ambulatoire.

Les nouvelles prestations Forfait d'Activité non programmée (FANP) et Forfait d'Entrée (FE) vont nécessiter une adaptation des fichiers et des logiciels, ainsi que la création des codes de prestation correspondants. Des instructions pour la mise en place de ces éléments techniques vous seront prochainement transmises par circulaire.

1 - La suppression de la facturation du prix de journée de sortie

1.1 - les nouvelles modalités de facturation du prix de journée

A compter du 1er juillet 1998, les établissements privés relevant de l'article 14 de l'ordonnance (régime transitoire) ou placés sous contrat en application de l'article L 710 16 2, ne seront plus en mesure de facturer le jour de sortie du malade, quelle que soit l'heure à laquelle cette sortie interviendra.

Ceci revient à dire que la facturation du dernier jour du séjour d'hospitalisation se fait à terme échu, à 0 heure.

Eu égard à la création (cf. infra: création du FANP) d'une prestation couvrant spécifiquement et exclusivement les séjours d'une durée comprise entre 6 et 24 heures, il faut bien considérer que ces dispositions ne s'appliqueront qu'au cas de séjour d'une durée effectivement supérieure à 24 heures.

L'heure d'entrée du malade sera le point de départ à partir duquel s'appréciera la facturation applicable, comme le

stipule l'article 15 de l'avenant n°1. S'il reste 24 heures ou plus, chaque journée sera facturée sauf la dernière ; s'il reste moins de 24 heures, les dispositions figurant à l'article 18 du même avenant s'appliqueront.

Exemples :

- 1/ Le malade entre à 18 heures le 23 février et sort le 25, soit un séjour de plus de vingt-quatre heures. La facturation sera de FE et 2 PJ puisque le malade est présent deux fois à zéro heure, entre le 23 et le 24 février et entre le 24 et le 25 (Antérieurement, il y aurait eu facturation de 2 ou 3 PJ selon que le malade était sorti avant ou après treize heures).
- 2/ Le malade entre à 18 heures le 23 février et sort le 24 à 14 heures, soit un séjour de vingt heures. Aucun PJ n'est facturé puisque le malade est resté moins de vingt-quatre heures (Antérieurement, il y aurait eu facturation de 2 PJ).
- 3/ Le malade entre à 14 heures le 23 et sort à 16 heures le 24. Il y a facturation de FE et d'1 PJ.

La disparition de la facturation du jour de sortie représente pour chaque établissement une perte inversement proportionnelle à sa DMS: plus celle-ci est courte, plus la perte de chiffre d'affaires est élevée. La compensation de ce manque à gagner s'opérera à la date de la suppression du jour de sortie, par deux mesures d'ordre tarifaire.

1.2 la création du forfait d'entrée

Les signataires sont convenus de disposer d'une prestation destinée à rémunérer les frais fixes que l'établissement expose lors de l'entrée du malade en hospitalisation complète, frais qui sont définis par l'article n°1 de l'avenant contractuel, comme étant les frais d'admission.

La facturation de ce nouveau forfait répond donc à une condition d'hospitalisation de plus de 24 heures : il n'est pas facturable sans prix de journée.

Il est fixé à l'identique pour toutes les disciplines d'hospitalisation, et quel que soit le classement de ces disciplines, à hauteur de 350 F lors de son entrée en vigueur.

Un décret est en préparation pour créer cette prestation.

1.3 - Un nouveau prix de journée pour chaque discipline tarifée de l'établissement

La suppression de la facturation du jour de sortie ne poursuivant pas un objectif d'économies directes sur les dépenses d'assurance maladie, mais plutôt de cohérence et de transparence, il a été décidé de l'assortir d'une modification du montant des prix de journée et des forfaits pharmacie des établissements à due concurrence du manque à gagner résultant de cette suppression.

Ceci permet de préciser que les établissements anciennement à prix préfectoral qui n'avaient pas, de par la composition de leurs tarifs, la possibilité de facturer le prix de sortie, sont naturellement exclus du champ d'application des nouvelles dispositions. (Afin d'éviter la persistance de ces situations particulières, il est toutefois recommandé d'analyser les modalités de mise en place du forfait d'entrée en hospitalisation complète dans ces établissements, par diminution subséquente de leur prix de journée, tout en restant globalement neutre).

1.3.1 Le calcul du nouveau prix de journée

L'attention des caisses est particulièrement appelée sur la méthode de détermination des nouveaux prix de journée et forfaits pharmacie, subséquent à la suppression de la facturation du jour de sortie et à la création du forfait d'entrée.

La formule de calcul des nouveaux prix de journée et forfaits pharmacie est fixée par l'article 17 de l'avenant n°1: l'ensemble des disciplines d'hospitalisation complète est concerné par cette modification, au sens des grands groupes de disciplines (M, C, O, soins de suite, maladies mentales). Lorsqu'il y a plusieurs tarifs pour une même discipline, le calcul sera fait pour chacun des tarifs sur la base de la DMS de la grande discipline à laquelle il se rapporte (ex : chirurgie indifférenciée, spécialités chirurgicales - prendre la DMS de chirurgie).

- Il faut noter par ailleurs que (article 21 de l'avenant n°1), les établissements conservent la possibilité de percevoir le forfait journalier hôtelier à la sortie du

malade. C'est pourquoi le calcul du nouveau prix de journée doit soustraire le montant du forfait journalier correspondant au jour de sortie.

- L'attention des caisses est également appelée sur le fait que la suppression du prix de journée de sortie va avoir pour conséquence la résurgence des factures de 1PJ dans l'ensemble des disciplines, correspondants aux anciennes facturations de deux PJ d'avant la réforme.

1.3.2 La validation des statistiques SAE 1997

La procédure visant à fixer la DMS de référence doit faire l'objet d'une vigilance particulière. Les fédérations ont en effet insisté au cours des discussions sur le caractère évolutif des durées moyennes de séjour, notamment en M.C.O., conduisant à retenir les exercices d'activité les plus proches.

Il a donc été admis, si les statistiques SAE sont effectivement transmises par l'établissement avant la date du 15 avril 1998 (conformément à l'accord des partenaires sur la date butoir de transmission des statistiques), de calculer la DMS par moyenne arithmétique - moyenne simple, non pondérée - des deux dernières années (1996 et 1997).

Inversement, si SAE 1997 n'est pas disponible au 15 avril 1998, seront prises en compte pour le calcul de la DMS de référence les statistiques 1995 et 1996.

Le critère qui a présidé au choix de cette solution est celui de l'opposabilité des statistiques, critère qui ne se trouve rempli qu'après validation dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Dans la mesure où les nouveaux tarifs entreront en vigueur le 1er juillet 1998, il est vivement recommandé aux CRAM d'aviser dans les meilleurs délais l'ensemble des établissements de leur circonscription afin que toutes mesures utiles puissent être prises par

eux dans cette perspective.(cf. fax DESMES/AFSL du 20 mars 1998)

Compte tenu du délai imparti pour procéder à la validation -deux mois à compter du 15 avril- et de la charge de travail que celle-ci représente pour les services concernés, il est demandé aux directions de Cram de bien vouloir considérer cette opération comme prioritaire, le basculement dans le nouveau régime tarifaire au 1er juillet reposant sur la capacité des Cram à fixer les tarifs dans les conditions qui précèdent.

Il convient par ailleurs de souligner que, dans tous les cas, ce sont les statistiques d'activité réelle qui servent à la détermination de la DMS de référence, et non les journées facturées, et que, une fois le nouveau prix de journée recalculé conformément aux directives, il n'y aura pas de possibilité de le modifier par la suite pour quelque raison liée à une correction de la DMS de référence.

Enfin, il est indiqué que la validation qui va servir à la détermination des nouveaux prix de journée peut ne concerner, avant le 15 juin 1998, que les bordereaux d'activité, puisque seule la détermination des DMS est à opérer en urgence. De même, il est possible de considérer qu'un accord expresse (par la signature d'un PV de validation par exemple) de l'établissement vaut validation pour cette partie de la statistique.

Dans ce cas, il n'y aura pas lieu de procéder dans le cadre du comité technique paritaire, à la validation conjointe des données servant à la détermination des DMS. Un accord de vos partenaires en région est toutefois souhaitable pour opérer ainsi.

A défaut d'un tel accord, ou du refus d'un établissement d'opérer ainsi, la procédure de validation devra être strictement suivie, charge à la CRAM d'achever la validation au 15 juin 1998.

1.3.3 Le cas particulier des activités à soins particulièrement coûteux

- Pour ce qui concerne les services de médecine à soins particulièrement coûteux et de réanimation médicale, la sortie directe n'est envisageable que dans deux hypothèses numériquement marginales

dans l'activité du service : le transfert vers un autre établissement ou le décès du malade.

La détermination du nouveau tarif se fera donc en pondérant la formule de calcul par la fréquence que ces sorties directes représentent dans l'activité réelle du service concerné.

- Pour ce qui concerne la chirurgie à soins particulièrement coûteux, on procédera dans tous les cas à une nouvelle détermination du tarif sans pondération du taux de sorties directes , puisque celles-ci sont la règle générale. La formule de calcul du nouveau prix de journée figurant à l'article 17 de l'avenant n°1 s'applique par voie de conséquence au tarif de chirurgie SPC en vigueur dans l'établissement, en prenant en compte la DMS propre de la discipline.

1.3.4 Le supplément pour surveillance médicale

En établissements de soins de suite et de réadaptation, la surveillance médicale est en principe rémunérée par un honoraire hebdomadaire à raison de C X 0,80.

Dans certains cas, lorsque les médecins sont salariés de l'établissement, et bien qu'il ne s'agisse pas strictement d'une prestation d'établissement, les caisses paient cette prestation à la journée, le versement étant aligné sur celui du prix de journée.

La suppression de la journée de sortie a conduit les partenaires à considérer qu'il y avait dans ce cas également manque à gagner, qu'il convient de compenser par la détermination d'un nouveau forfait de surveillance médicale, afin d'assurer la neutralité financière pour la clinique, calculé de la façon suivante :

$$\begin{array}{l} \text{nouveau forfait} \\ \text{de surveillance} \\ \text{médicale} \end{array} = \text{forfait}^{**} + \frac{\text{forfait}^{**}}{\text{DMS de référence}}$$

** valeur journalière antérieure au 1er juillet 1998

Cette modification ne remet bien sûr pas en cause le principe général du Cx 0,80 par semaine prévu à la nomenclature.

2. Le financement de l'activité non programmée de moins de 24 heures en M.C.O.

Depuis la réforme de la chirurgie anesthésie-ambulatoire en 1992, la question de la rémunération d'une journée unique d'hospitalisation était périodiquement à l'ordre du jour des discussions avec les fédérations.

Car si en 1992, il avait été admis par tous les partenaires que le financement de la réforme était gagé par les facturations des prix de journée uniques (1 PJ), sur le terrain et concrètement, ceci n'a pas toujours été bien compris ni appliqué.

L'Assurance Maladie ayant constaté sur ses chaînes de paiement une inflation importante de la facturation des séjours de deux jours entre 1991 et 1995, il semble acquis que les établissements confrontés à des séjours de très courte durée, ont généralement opté pour le maintien du malade suffisamment longtemps pour pouvoir facturer le séjour, c'est-à-dire au moins 2 PJ- ceci étant permis par la règle de facturation dès treize heures. L'autre possibilité qui était ouverte à certains établissements consistait à accueillir le malade dans la structure alternative, d'où des dépassements d'activité liés à ce seul facteur.

Face à ces contournements de l'accord de 1992, les partenaires ont estimé nécessaire d'adopter une mesure permettant la rétribution à son juste niveau, de la prise en charge d'un malade dans un service d'hospitalisation complète de médecine, chirurgie ou obstétrique durant quelques heures.

L'attention est appelée à ce sujet sur le risque d'amalgame qui existe entre ce type d'activité et l'urgence au sens propre du terme. Les signataires du contrat national se sont attachés à ce qu'aucune confusion ne soit faite entre ces deux concepts :

- *l'activité non programmée de moins de vingt-quatre heures* peut être pratiquée par tous les établissements d'hospitalisation complète (de M.C.O) dès lors que se présente à l'entrée un malade dont l'état nécessite surveillance, explorations ou actes thérapeutiques immédiats dans un cadre hospitalier. Cette activité est dorénavant prise en charge dès lors que le malade est présent au moins six heures dans l'établissement.

Au delà de vingt-quatre heures d'hospitalisation, ce sont les modalités tarifaires applicables à l'hospitalisation complète qui s'appliquent.

- *L'urgence*, telle qu'elle est définie par les textes réglementaires, est un concept structurel ; l'établissement doit disposer d'une infrastructure propre à cette activité et être autorisé spécifiquement à la pratiquer. La rémunération de ces structures n'est pour l'instant pas en place.

Il est utile également de rappeler en quoi l'activité non programmée de moins de vingt-quatre heures ne peut être confondue avec l'activité déployée dans une structure alternative à l'hospitalisation : par nature, ne peuvent être pris en charge par cette dernière que des malades dont l'hospitalisation a été programmée (ex : chimiothérapie ambulatoire), ce qui est bien sûr antinomique de l'activité non programmée instituée par l'article 1 de l'avenant n°1 au contrat national.

A cet égard, la constatation de l'accueil de malades non programmés dans une structure alternative à l'hospitalisation devra donner lieu à une retarification des prestations qui leur ont été délivrées : FANP si la durée du passage est comprise entre six et douze heures (ouverture maximale de la structure), FFM si le passage a été de moins de six heures et si des actes relevant de la liste 4 ont été réalisés.

2.1 - Modalités pratiques

- A compter du 1er juillet 1998, l'admission *non programmée* d'un malade dans un service d'hospitalisation d'un établissement privé pour une durée comprise *entre six et vingt-quatre heures consécutives*, donnera lieu à la facturation d'une nouvelle prestation, le FANP (forfait d'activité non programmée de moins de 24 heures). Ainsi, les établissements n'auront plus à faire le choix entre une absence totale de rémunération et la facturation de 2 prix de journée.
- S'agissant d'une prestation d'hospitalisation, la création du FANP par voie réglementaire s'avère sans doute nécessaire. Dans l'attente de l'expertise en cours sur cette question, les parties en ont fixé le tarif à 250 F lors de son entrée en vigueur.
- Une exception est maintenue pour les établissements de psychiatrie : ils gardent au delà du 1er juillet 1998 la faculté de facturer 1 PJ à la place du FANP tant que ne leur est pas donnée,

par voie d'accord tripartite, la possibilité de mettre en place effectivement des structures alternatives.

Cette exception ne vaut pas bien sûr pour ceux d'entre eux qui bénéficient à titre dérogatoire d'un tarif en structure alternative. La règle générale s'applique alors à ces établissements en cas d'hospitalisation non programmée de six à vingt-quatre heures (facturation du FANP).

- L'avenant précise au demeurant -article 19- que l'utilisation du secteur opératoire donne lieu, le cas échéant et dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur (actes inscrits en listes 1,2 ou 3 de l'accord tripartite du 14 décembre 1992), à facturation des FSO/FSE.
- Il convient également de noter que l'article 18 alinéa 3 prévoit expressément que l'activité réalisée au titre de l'hospitalisation non programmée de moins de vingt-quatre heures sera statistiquement comptabilisée comme une activité d'hospitalisation complète, un FANP équivalant en terme statistique à un PJ. Cet élément est tout à fait primordial dans l'économie générale du dispositif, puisque c'est sur lui que reposera le contrôle du transfert d'activité attendu.

Vous devrez veiller à ce que les établissements soient parfaitement informés de cette disposition, et qu'ils la respectent.

2.2 L'évaluation du dispositif

Il convient d'appeler l'attention des caisses sur l'indispensable évaluation médico-économique qui doit être faite de la création de cette prestation au bout de deux ans de mise en oeuvre. Car l'économie générale de cette réforme repose sur une hypothèse forte de transfert des facturations de deux PJ vers le FANP. Ces transferts ont été comptabilisés pour deux tiers du volume global financé, soit 200.000 venues.

Le tiers restant est supposé être réalisé actuellement sans facturation de prestation d'hébergement.

Des discussions vont s'ouvrir rapidement sur les modalités pratiques de cette évaluation, qui donnera lieu à la reconduction de la mesure si l'activité s'est équilibrée, ou à une reconsidération de l'ensemble si ce n'est pas le cas.

Dès que les modalités de cette évaluation seront arrêtées, des instructions vous seront transmises pour leur mise en oeuvre par vos services.

3 - Le maintien du forfait FFM pour l'activité de soins externes

Les signataires du contrat national étaient convenus (cf. article 7 du contrat national) de supprimer cette prestation au titre des forfaits payables à l'établissement, pour revenir au système d'origine de prise en charge des petites fournitures délivrées dans le cadre des soins externes, dans la mesure où il était alors prévu d'introduire une rémunération pour l'activité de 0 à 24 heures.

L'accord des parties s'étant fait sur une définition de cette activité à partir de six heures de présence du malade dans l'établissement, le forfait de frais de petit matériel a donc été maintenu dans sa version initiale afin de couvrir le segment 0-6 heures, à l'exclusion de toute autre prestation.

Il convient toutefois ici de rappeler les conditions de facturation de ce forfait, qui fait l'objet de l'article 10 de l'accord tripartite du 14 décembre 1992, repris dans le cadre de l'article 19 du contrat type.

Le forfait FFM n'est facturable que pour les actes figurant expressément dans l'annexe 4 de l'accord précité. Cette facturation est exclusive de toute autre prise en charge des produits délivrés, qu'il s'agisse d'une facturation à l'acte ou de la fourniture par le malade (pendant ou après son passage dans la clinique), desdits produits et fournitures.

Par construction, le forfait couvre les charges exposées par l'établissement à l'occasion de ces soins externes, que ces charges soient dans la réalité inférieures ou supérieures au niveau du forfait. Si une prescription intervient malgré tout, la formulation du texte pouvant laisser penser qu'elle n'est pas prohibée, la caisse n'a d'autre possibilité, faute de récupérer auprès de l'assuré le débours injustifié, que de récupérer le montant du FFM.

Toute autre lecture de l'article 10 de l'accord tripartite du 14 décembre 1992 serait erronée.

4. Le protocole d'incitation à une chirurgie ambulatoire réellement substitutive

4.1 L'esprit de la réforme

Face au constat des dépassements d'activité dans les structures autorisées d'une part, et à la faiblesse numérique des échanges de lits en places depuis 1994 d'autre part, les signataires du contrat national avaient souhaité que des modalités nouvelles

plus incitatives au développement de la chirurgie ambulatoire soient établies.

Plus que d'agir sur les effets des dépassements, par une négociation sur les récupérations, il a été convenu de s'attacher aux causes de ces dépassements.

La création du FANP, en assurant la rémunération des très courts séjours hors programmation, relève de cette entreprise : les dépassements de quotas ne trouveront plus demain leur origine dans la prise en charge de malades non programmés dans les structures alternatives, ce qui limitera d'autant ces dépassements.

Plus fondamentalement, une action sur le niveau des taux de change a été convenue, afin de rendre plus facilement accessibles les demandes de création de places ambulatoire en vue d'une vraie chirurgie substitutive. Ces dispositions ne remettent pas en cause le fait qu'un promoteur puisse créer des places ambulatoires pour y exercer toute la palette des actes prévue par les textes.

A cet effet, il est institué un dispositif dérogatoire au taux de change actuellement en vigueur, dispositif qui nécessitera une modification de l'article D. 712-13-1 du code de la santé publique.

Les signataires ont souhaité que l'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire s'opère le plus en amont possible, dès le stade de l'autorisation : le principe est que toute demande de places pour développer ce type de chirurgie bénéficie d'un taux de change plus avantageux que le taux actuellement en vigueur (2,25 pour 1 en cas de secteur saturé).

4.2 Modalités pratiques

Les parties sont convenues contractuellement de considérer les GHM de la série 700 de la classification PMSI comme étant constitutifs d'une activité de chirurgie ambulatoire substitutive d'une hospitalisation à temps complet.

L'évaluation de la part d'activité de chirurgie ambulatoire substitutive dans la structure sera appréciée :

- quantitativement au moyen du pourcentage de GHM de la série 700 du PMSI,
- qualitativement au moyen d'une liste d'actes dits "marqueurs"

Le promoteur doit déclarer quelle proportion de chirurgie ambulatoire substitutive il compte réaliser dans la structure. Il s'agit d'un engagement préalable souscrit au moment de la demande d'autorisation, engagement qui sera traduit dans un avenant au contrat de l'établissement lorsque l'autorisation sera délivrée.

En fonction du taux de GHM de la série 700 auquel le promoteur s'engage ("taux cible" figurant à l'article 10 de l'avenant n°1), la réduction du nombre de lits est variable, de 1, 1,5 ou 2. Si le promoteur ne précise pas lors de sa demande le taux cible de chirurgie substitutive, le taux de change de droit commun sera appliqué. On peut ici indiquer que ce taux est en cours de modification par voie réglementaire.

4.2.1 Le champ d'application du protocole

- Le dispositif s'applique à toutes les demandes de création intervenant à compter de la modification de l'article D 712.13.1, qu'il s'agisse d'une première demande ou d'une extension de capacité.
- L'engagement pris par l'établissement figure formellement dans son contrat. Il devient un objectif contractuel à part entière au sens de l'article 1 alinéa 4 du contrat type, au titre des nouveaux modes d'organisation de l'offre de soins.

En l'espèce comme de façon générale, il n'y a pas obligation pour l'agence d'accepter en l'état la demande du promoteur. Une analyse de son activité pourra éclairer l'agence sur l'aptitude de la structure à remplir l'objectif de substitution auquel elle aspire en contrepartie d'un taux de change réduit.

- L'engagement concerne l'ensemble (stock+flux) de la structure de chirurgie-anesthésie ambulatoire et non pas les seules places nouvelles.

4.2.2 L'évaluation de l'avenant contractuel

L'évaluation de l'activité s'opère dans les trois ans suivant la signature de l'avenant contractuel portant chirurgie de substitution.

Le Service Médical s'attachera à valider la part des séjours classés dans les GHM de la série 700 sur l'ensemble de l'activité de la structure. L'évaluation portant sur la nature des actes réalisés dans la structure sera conduite dans les conditions prévues à l'article L 712.12.1 du code de la santé publique, au moyen de la liste des actes marqueurs citée précédemment.

Les modalités pratiques de calcul et la procédure d'évaluation qualitative fondée sur les actes marqueurs, ainsi que la liste d'actes correspondants feront l'objet de directives ultérieures.

4.2.3 Que se passe-t-il si l'objectif contractuel de substitution n'est pas rempli au terme de l'évaluation ?

L'avenant prévoit d'appliquer des *sanctions financières*, afin que l'assurance maladie récupère les montants financiers correspondant au préjudice subi par elle du fait de l'application du taux de change amélioré, et des *sanctions administratives* qui peuvent se traduire de deux façons : soit l'autorisation des places n'est pas renouvelée, soit elle est renouvelée mais assortie d'une restitution des lits calculée sur la base du taux de change de droit commun.

- Les pénalités financières : en vertu de l'article 22 de l'avenant n°1, des pénalités financières sont appliquées à l'établissement qui n'a pas, au regard de l'évaluation à laquelle il aura été procédé, respecté les clauses de l'avenant contractuel.

Les modalités de récupération financière du surcoût que représentent pour l'assurance maladie les places autorisées en vertu du régime dérogatoire, sont organisées par l'avenant au contrat type. Les dispositions contenues dans l'article 22 de l'avenant n°1 sont donc à caractère réglementaire .

La formule de calcul de ces pénalités revient à rapporter les réalisations de chirurgie ambulatoire substitutive au nombre initialement prévu, lors de la prise en compte du taux de change dérogatoire : c'est la détermination du facteur " nombre de places corrigées "

Les exemples en annexe permettent de comprendre comment ce nombre de places est déterminé, et comment, par différence entre le nombre de séjours classés dans la série des GHM 700 prévus et ceux effectivement réalisés, on parvient à déterminer le montant à récupérer (chiffre d'affaires des places)

5 - La chimiothérapie anticancéreuse

Les parties étaient convenues en 1996 d'apporter une solution aux difficultés rencontrées en matière de chimiothérapie: en structure alternative, il n'y pas de problèmes de rémunération mais le nombre de places semble insuffisant ; inversement, en hospitalisation complète, il n'y a pas de problèmes de capacité, mais la rémunération des médicaments par le biais du forfait pharmacie du service d'hospitalisation n'est pas adaptée.

Des difficultés techniques n'ont pas permis aux partenaires de déboucher dans le cadre de ce premier avenant au contrat national, sur des solutions opérationnelles. Les travaux vont se poursuivre dans cette perspective.

Pour conclure, j'appelle votre attention sur le fait que les dispositions contenues dans cet avenant n°1 au contrat national tripartite modifient substantiellement les pratiques de tarification existantes à partir du 1er juillet prochain, ce qui nécessite un basculement absolument simultané dans le nouveau système.

Je vous remercie de porter rapidement à ma connaissance toute difficulté sérieuse que vous pourriez rencontrer dans l'application de ces directives.

Le Médecin Conseil National

**Le Directeur
de la Gestion du Risque**

L'Agent Comptable

Hubert ALLEMAND

Denis PIVETEAU

Monsieur BOUREZ

ANNEXES A LA CIRCULAIRE SUR L'AVENANT N°1 AU CONTRAT NATIONAL TRIPARTITE

I - EXEMPLES DE CALCUL DE PENALITES EN CAS DE NON RESPECT DE L'ENGAGEMENT DE CHIRURGIE SUBSTITUTIVE

RAPPEL : L'article 22 de l'avenant N°1 au Contrat National Tripartite prévoit les pénalités applicables en cas de non respect de l'engagement de chirurgie substitutive.

Pénalités = (nombre total places autorisées - nombre places corrigées) X (Coefficient d'Occupation) X (rémunération moyenne des actes autres que GHM 700) X 365 .

Exemple 1

Un établissement disposant de 60 lits et 4 places de chirurgie ambulatoire et pratiquant des actes de chirurgie substitutive à hauteur de 30%, s'engage à porter ce niveau à 55%. Il demande à bénéficier du taux de change dérogatoire à l'article D712.13.1.Ib, soit 1lit pour 1 place, et acquiert 4 nouvelles places contre 4 lits.

Au 1er janvier de l'année N, ses nouvelles capacités sont de 56 lits et 8 places de chirurgie ambulatoire. Compte tenu de l'importance de l'engagement de l'établissement (doublement de son pourcentage de chirurgie substitutive et de ses capacités de chirurgie ambulatoire), il est procédé dès la fin de l'exercice à l'examen de la situation de la structure, sachant que l'article 11 de l'avenant n°1 prévoit un délai maximal de 3 ans après délivrance de l'autorisation

L'exploitation des statistiques donne les éléments suivants:

- Coefficient d'occupation de la structure ambulatoire : 75 %
- Nombre total de venues au cours de la période : 2190
- Nombre de GHM700 : 876
- Taux GHM700 réalisés : 40%
- Rémunération moyenne venues autres que GHM700 : 1000 francs

Le taux de GHM700 réalisés(40%) est inférieur au taux d'engagement (55%). On peut procéder au calcul de la pénalité applicable selon la formule prévue à l'article 22 de l'avenant N°1.

Le “ nombre de places corrigées ” est de $\frac{40\%}{55\%} \times 8 \text{ places} = 5,82 \text{ places}$

$$\begin{aligned} \text{d'où pénalités} &= (8 - 5,82) \times 75\% \times 1000 \text{ francs} \times 365 \\ &= 2,18 \times 75\% \times 1000 \text{ francs} \times 365 = 596.775 \text{ francs} \end{aligned}$$

Observation: L'établissement n'a pas été en mesure de respecter le taux ambitieux de chirurgie substitutive qu'il s'était assigné compte tenu de sa capacité et son activité antérieures. Toutefois, le contrôle de la situation de la structure alternative à l'issue d'un seul exercice limite les risques des partenaires. Il permet de prendre dans les meilleurs délais les dispositions qui s'imposent.

Exemple 2

Un établissement de capacité identique (60 lits de chirurgie, 4 places de chirurgie ambulatoire) s'engage à pratiquer 50% d'actes de chirurgie substitutive dans ses places de chirurgie ambulatoire afin de bénéficier d'un taux de change dérogatoire. A titre indicatif, son taux de GHM700 est estimé à 35%.

Le 1er juillet de l'année N, l'établissement rend 6 lits et obtient en échange 4 places supplémentaires. Il dispose dorénavant de 54 lits et 8 places (soit 7300 venues théoriques).

Dans cet exemple, le respect de l'engagement est contrôlé le 31 décembre N+2. Le délai maximal prévu à l'article 11 de l'avenant n°1 est de 3 ans après la délivrance de l'autorisation.

- La période d'observation se répartissant sur 3 exercices, les éléments statistiques annuels doivent être retraités pour déterminer les pénalités applicables:

- Le taux de GHM 700 réalisés (actes classés " substitutifs ") doit être observé sur l'ensemble de la période, c'est à dire du 01/07/N au 31/12/N+2).

Ex: au cours des 2,5 années, on a observé un total de 5986 venues, dont 2394 relèvent effectivement du GHM700. Soit un taux de GHM700 réalisés de 40%. A titre indicatif, il est rappelé que la capacité théorique est de 7300 venues (365 X 2,5 X 8 places).

- Ce taux permet de déterminer le Nombre de Places Corrigées, c'est à dire le nombre de places théoriques permettant à l'établissement de respecter son engagement. La différence avec le nombre total de places autorisées donne le nombre de places surnuméraires.

$$\text{. Nombre de places corrigées} = \frac{40\%}{50\%} \times 8 \text{ places} = 6,4 \text{ places.}$$

- Le Coefficient d'Occupation de chirurgie ambulatoire est apprécié sur l'ensemble de la période en tenant compte du poids relatif de chacun des 3 exercices.

Ex: si TO. N = 70 %, TO.N+1 = 80 %, TO.N+2 = 90 %. Le Coefficient d'Occupation pondéré est alors de $70 \times 0,5 + 80 + 90 / 2,5 = 82 \%$

- Pour l'ensemble de la période d'observation, la rémunération moyenne des venues ayant données lieu à des actes ne relevant pas de la chirurgie substitutive est obtenue en divisant la somme des rémunérations moyennes de chaque exercice, pondérées de leur taux d'occupation

et de leur durée respective, par la durée totale de la période considérée, pondérée de son taux d'occupation, tel que précédemment calculé .

ex: si R.Moy. N = 1000 francs, R.Moy. N+1 = 900 francs, R. Moy. N+2 = 800 francs, la rémunération moyenne sur l'ensemble de la période d'observation (2,5 années) est alors de $1000 \times 0,7 \times (6/12) + 900 \times 0,8 + 800 \times 0,9 / 2,5 \times 0,82 = 873,17$ francs.

L'ensemble de ces éléments permet de déterminer le montant des pénalités sur la période :

$$\begin{aligned}\text{Pénalités} &= (8 - 6,4) \times 82\% \times 873,17 \times (365 \times 2,5) \\ &= 1,6 \times 82\% \times 873,17 \times 912,5 \\ &= 1.045.359,12 \text{ francs}\end{aligned}$$

Observations : On remarquera que l'examen du respect de l'engagement de chirurgie substitutive à l'issue d'une longue période est susceptible d'entraîner des pénalités élevées pour l'établissement. Aussi est-il recommandé de procéder d'autant plus régulièrement aux contrôles de l'activité que l'établissement s'engage sur un taux de chirurgie substitutive élevé au regard de son activité antérieure et de la structure de son équipe médicale.

II - LA MODIFICATION DES PRIX DE JOURNEE ET DES FORFAITS PHARMACIE

Rappel : l'article 17 de l'avenant n°1 au Contrat National Tripartite prévoit la modification du prix de journée et du forfait pharmacie des disciplines d'hospitalisation complète selon les formules suivantes:

$$\text{. nouveau prix de journée} = \text{PJ} + \frac{(\text{PJ} - \text{forfait d'entrée} - \text{forfait journalier})}{\text{D.M.S. de référence}}$$

$$\text{. nouveau forfait pharmacie} = \text{FPH} + \frac{\text{FPH}}{\text{DMS de référence}}$$

Précisions : les modifications ne portent que sur ces deux prestations. Les forfait d'environnement et de salle de travail, ainsi que les forfaits servis en structure alternative à l'hospitalisation ne font l'objet d'aucune modification.

Exemple 1

Un établissement dispose de lits de chirurgie de médecine (classés en catégorie A) et lits de repos convalescence (classés en catégorie D). Au 30 juin 1998, compte tenu des revalorisations annuelles en date du 1er avril 1998, ses tarifs de prestations sont les suivants

- . Médecine : Prix de journée 600 francs
: Forfait pharmacie 30 francs
- . Chirurgie : Prix de Journée 700
: Forfait pharmacie 40 francs
- . Repos Convalescence : Prix de Journée 300 francs
: Forfait pharmacie 10 francs

Les durées moyennes de séjour sont les suivantes

- . DMS Médecine 1996 = 7 jours , DMS 1997 = 6,5 jours
- . DMS Chirurgie 1996 = 5,5 jours , DMS 1997 = 5 jours
- . DMS Repos Convalescence 1996 = 25 jours, DMS 1997 = 23 jours

Il est rappelé que les DMS 1997 ne peuvent être prises en compte qu'après validation par les CRAM, sous réserve de mise à disposition des données SAE dans les délais précisés à l'article 17 de l'avenant n°1.

Sachant que le Forfait d'Entrée a " une valeur de 350 francs toutes disciplines et catégorie confondues " (article 2 de l'avenant n°1) et que le forfait hôtelier est égal à 70 francs, les nouveaux tarifs au 1er juillet 1998 seront les suivants,

- . Nouveau PJ = $600 + \frac{(600 - 350 - 70)}{6,75}$ = 600 + 26,66 = 626,66 francs
de médecine
- . Nouveau Forfait Pharmacie = $30 + \frac{30}{6,75}$ = 30 + 4,44 = 34,44 francs
de médecine
- . Nouveau PJ Chirurgie = 753,33 francs
- . Nouveau FPH chirurgie = 47,62 francs
- . Nouveau PJ Repos Conv. = 295 francs
- . Nouveau FPH Repos Conv. = 10,42francs

On peut remarquer que le prix de journée de Repos Convalescence diminue de 5 francs par rapport à sa valeur antérieure. D'une manière générale, une diminution sera observée pour tout PJ inférieur à 420 francs.

Exemple 2 :

Un établissement pluridisciplinaire dispose en chirurgie de 2 disciplines de prestations distinctes et d'un classement en chirurgie à soins particulièrement coûteux:

- . chirurgie indifférenciée : PJ = 700 francs, FPH = 40 francs) Tarifs
- . chirurgie spécialisée : PJ = 800 francs, FPH = 50 francs) au
- . chirurgie SPC : PJ = 1200 francs, FPH = 80 francs) 30.06.98

La DMS de chirurgie est de 6 jours en 1995 et de 5,5 jours en 1996.

La DMS de chirurgie SPC est de 12,5 jours en 1995 et de 12 jours en 1996.

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les données statistiques dans les délais prévus à l'article 17 de l'avenant N°1. La DMS 1997 ne peut être utilisée pour le calcul des DMS de référence.

Les nouveaux tarifs de chirurgie indifférenciée et de chirurgie spécialisée seront calculés à partir de la seule DMS de référence de chirurgie, soit 5,75 jours.

$$\begin{array}{l} \text{. Nouveau PJ} \quad 700 - 350 - 70 \quad 280 \\ \text{Chirurgie} = 700 + \frac{\quad}{5,75} = 700 + \frac{\quad}{5,75} = 748,69 \text{ francs} \\ \text{Indifférenciée} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{. Nouveau PJ} \quad 800 - 350 - 70 \quad 380 \\ \text{Spécialité} = 800 + \frac{\quad}{5,75} = 800 + \frac{\quad}{5,75} = 866,09 \text{ francs} \\ \text{Chirurgicale} \end{array}$$

On applique la même DMS pour le calcul des nouveaux forfaits pharmacie de ces deux disciplines .

Pour le calcul de nouveaux tarifs de chirurgie à Soins Particulièrement Coûteux, on a recours à la DMS de la chirurgie SPC, soit 12,25 jours sur la période. Ainsi,

$$\begin{array}{l} \text{. Nouveau PJ} \quad 1200 - 350 - 70 \quad 780 \\ \text{chirurgie} = 1200 + \frac{\quad}{12,25} = 1200 + \frac{\quad}{12,25} = 1263,67 \text{ francs} \\ \text{SPC} \end{array}$$

Exemple 3

Un troisième établissement a des lits classés en médecine à soins particulièrement coûteux. Les tarifs de ces derniers font l'objet de modification selon la formule prévue à l'article, telle que développée dans les 2 précédents exemples.

Toutefois, concernant les lits de médecine SPC, il y a lieu de procéder à un retraitement des données afin de ne tenir compte que des seules sorties directes. L'incidence économique de la suppression de la facturation du prix de journée de sortie, étant en effet différente selon que le patient rentre directement à domicile en sortant du service de médecine SPC, ou qu'il séjourne quelque temps en service de médecine avant de quitter l'établissement.

Il est donc nécessaire de mesurer la fréquence des sorties directes de SPC médecine. La validation du taux présenté par l'établissement pourra être effectuée par le Service Médical.

Pour cet établissement, on considère que

- . PJ SPC médecine = 1200 francs
- . DMS de référence = 9 jours
- . Taux de sortie directe = 3 %

C'est à dire que 97 % des hospitalisations en SPC médecine se terminent par un séjour en service de médecine. Seuls 3 % donnent lieu à une sortie directe, avec facturation le jour de sortie du tarif SPC.

On procède à l'abattement suivant :
$$\frac{1200 - 350 - 70}{9} \times 3\% = 86,66 \times 3\% = 2,6 \text{ francs}$$
 sur le jour de sortie

Nouveau PJ médecine SPC après application du taux de sortie directe = 1200 frs + 2,6 frs = 1202,6 francs

III - SUPPRESSION DU PRIX DE JOURNÉE DE SORTIE ET CRÉATION DES NOUVELLES PRESTATIONS FANP ET FE

La réforme tarifaire introduite par l'avenant n°1 modifie substantiellement les conditions de facturation des séjours en hospitalisation privée. Pour l'essentiel, elle articule la suppression du PJ de sortie avec la création du FANP et FE, et le maintien du Forfait Hôtelier et du FFM sous certaines conditions

Ainsi, l'article 14 supprime la facturation du jour de sortie, à compter du 1er juillet 1998. L'article 1 de l'avenant n°1 prévoit la création de deux prestations FE et FANP. Ces modifications tarifaires sont complétées par le maintien sous conditions, de la facturation du forfait hôtelier le jour de sortie (article 21) et du F.F.M. (article 20).

En conséquence de quoi, la facturation des différents types de séjour suit à compter du 1er juillet, les illustrations graphiques suivantes :

- pour l'hospitalisation de plus de 24 heures: § III - 1,
- pour la facturation des hospitalisations de moins de 24 heures : § III - 2 .

Partie d'annexe illisible sur BDBM, le service concerné vous la faxera en parallèle

III -1- SUPPRESSION DU PJ DE SORTIE

Facturation avant / après

Représentation graphique

Facturation des séjours:

- AVANT (convention type art.11) :

- APRES (avenant n°1) :

jour d'entrée jour de sortie

J J+1 J+2 J+3

0 h 13 h

20h

15h

Séjour n°1

facturation : **4 PJ**

facturation FE + 3PJ' + FH

Séjour n°2

9h

15h

facturation : **4 PJ**

facturation : FE + 3 PJ' + FH

Séjour n°3

9h

10h

facturation : **3PJ**

facturation FE + 3PJ' + FH

0 h 13 h

III - 2 - Hospitalisation inférieure à 24 heures
Facturation “ AVANT / APRES ”
Représentation graphique

jour d'entrée			jour de sortie	
J	J+1	J+2		
0h	12h	24h	12h	24h

Séjour n°4 18h 14h
 (durée totale 20h)
 avant : **2PJ**
 après: **1 FANP**

Séjour n°5 23h 11h
 (durée totale 36h)
 avant : **2 PJ**
 après : **FE+2PJ'+FH**

Séjour n°6 13h 18h
 (durée totale 5h)
 avant : **0 PJ**
 après : **1FFM si liste IV**

Séjour n°7 (durée totale 32 h)
 4h 12h
 avant **0PJ (sortie av.13h)**
 après **1PJ' + 1FE +FH**

J	J+1	J+2
----------	------------	------------