

**Date :**  
16/05/2001

**Origine :**  
DDRI  
AC  
DAR

**Réf. :**  
DDRI n° 65/2001  
AC n 17/2001  
DAR n 6/2001  
n /

MMES et MM les Directeurs

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

MMES et MM les Agents Comptables

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

**Plan de classement :**

2431

**Titre :**

Création et liquidation de nouvelles prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé privés.

**Résumé :**

A compter du 1er mai 2001, les établissements de santé privés relevant de l'article L. 6114.3 du code de la Santé Publique peuvent prétendre à une rémunération spécifique liée à leurs activités, d'accueil et de traitement des urgences, et de chimiothérapie ambulatoire. La présente circulaire vient préciser les modalités d'application de ces nouvelles dispositions tarifaires.

**Pièces jointes :** 2

**Liens :**

**Date d'effet :** 1er mai 2001

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par:**

**Téléphone :**

@

**La Direction Déléguée aux Risques  
L'Agence Comptable  
La Direction Déléguée aux Ressources**

Le 16/05/2001

MMES et MM les Directeurs

**Origine :**  
DDRI  
AC  
DAR

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

MMES et MM les Agents Comptables

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

**N/Réf. :** DDRI- N° 65/2001 – AC – N° 17/2001 – DAR – N° 6/2001

**Objet :** Création et liquidation de nouvelles prestations d'hospitalisation afférentes aux activités, de soins d'accueil et de traitement des urgences, et de chimiothérapie ambulatoire, exercées par les établissements de santé privés.

L'attention des Caisses est appelée sur la création de nouvelles prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé privés relevant de l'article L. 6114.3 du code de la Santé Publique afférentes, d'une part à l'activité d'accueil et de traitement des urgences, d'autre part à la réalisation de séances de chimiothérapie ambulatoire, dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1<sup>er</sup> mai 2001.

Compte tenu des contraintes techniques qui ne permettaient pas aux systèmes habituels de liquidation de les prendre en compte dans le délai imparti, il a été décidé d'adopter un mode de liquidation provisoire afin que les établissements concernés puissent percevoir ces prestations dès leur date d'effet.

Le cadre juridique dans lequel s'inscrit cette tarification une fois posé, cette circulaire a pour objet de préciser les conditions d'ouverture de droit aux établissements des prestations qui ont été créées pour rémunérer les activités susvisées exercées en leur sein.

Les Caisses y trouveront également le mode de liquidation qui a été retenu, dans l'attente d'une solution définitive qui sera définie par les Groupes d'Etudes Fonctionnelles (GEF) pour une mise en œuvre effective au 1<sup>er</sup> mai 2002.

## **I. TARIFICATION DE L'ACTIVITE DE SOINS D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES**

L'article L.162.22.8 du code de la Sécurité Sociale, issu de l'article 41 de la \*loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000\* de financement de la sécurité sociale pour 2001, a ouvert la possibilité aux établissements de santé privés de bénéficier d'un financement conjoint sous forme, d'un forfait d'accueil et de traitement des urgences facturable à chaque passage de patient dès lors que des soins lui sont prodigués, et d'un forfait global annuel versé par douzième par la caisse centralisatrice des paiements visée à l'article L.174.18 du code de la Sécurité Sociale.

Ne peuvent prétendre à ces prestations que les établissements :

- ✓ autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences en application des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), dès lors que les conditions réglementaires fixées aux articles R.712.63 et suivants du Code de la Santé Publique sont réunies,
- ✓ sous réserve du résultat positif de la visite de conformité telle que prévue à l'article L.6122-4 du code de la Santé Publique.

Quant aux établissements non autorisés à ce titre, ils continueront à percevoir les prestations FFM ou FANP sous les mêmes conditions que celles actuellement applicables.

### **A. Forfait d'accueil et de traitement des urgences**

Ce forfait, dénommé ATU, est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Il est perçu par l'établissement pour chaque patient auquel ont été délivrés des soins ne nécessitant pas d'hospitalisation.

L'accord national du 4 avril 2001 (publié au Journal Officiel du 14 avril 2001) pris en application de l'article L. 162.22.3 du code de la sécurité sociale, conclu entre l'Etat et les Fédérations Représentatives de l'Hospitalisation Privée et fixant les taux d'évolution des tarifs des prestations d'hospitalisation pour 2001, a arrêté sa valeur unitaire à 100 F.

#### **1. Système de liquidation provisoire**

##### **a/ Présentation de la facture par l'établissement**

S'agissant d'une prestation hospitalière, l'ATU doit figurer sur la partie haute du bordereau 615.

Le couple Discipline de Prestations/Mode de Traitement renseigné est aligné sur celui relatif à la facturation des honoraires, soit une utilisation du Mode de Traitement 03 ou 07.

Il est rappelé que les facturations d'un FFM, d'un FANP et d'un ATU sont exclusives les unes des autres.

Il ne pourra en conséquence y avoir aucun cumul possible entre ces prestations.

**b/ Tables fonctionnelles**

Les tables fonctionnelles de valeur et de compatibilités ont été mises à jour.

Les compatibilités sont alignées sur le code prestation FFM, étant rappelé que le taux de prise en charge a été fixé à 100% et que les modes de traitement autorisés sont ceux cités précédemment, soit Modes de Traitement 03 ou 07.

**c/ Liquidation PPN**

La liquidation est réalisée sous l'onglet -séjour-

**d/ Télétransmission**

✓ La transmission de cette prestation s'effectue en type 3 de la Norme B2/CP,

✓ Un addendum au cahier des charges de la norme B2 sera réalisé.

**e/ Traitements Centraux**

Des contraintes techniques ne permettant pas de mettre à niveau le fichier des établissements, il a été décidé d'intégrer cette prestation au fichier des prix unitaires en tant que forfait, fixé à 100 F, comprenant comme date d'effet le 1<sup>er</sup> mai 2001.

Au regard du traitement IRIS, les compatibilités sont alignées sur le code prestation FFM.

La présence de l'acte au fichier des établissements ne pouvant être vérifiée, la liquidation s'effectuera par rapport au fichier des prix unitaires.

**f/ Ventilations**

Les ventilations comptables et statistiques se répartissent comme suit :

**Comptables :**

✓ Compte 656111231 x (\*\*) → Maladie

✓ Compte 656112231 x (\*\*) → Maternité

✓ Compte 656121231 x (\*\*) → Accident du Travail

(\*\*) où la valeur de x varie selon la discipline de prestation

### **Statistiques**

- ✓ TANDEM → Code PRSNATPS5-2238 - Forfait Accueil et Traitement des Urgences
- ✓ SNIRPS → Sans objet
- ✓ SNIREP → Table D364 - ATU-
- ✓ Dépenses AT → Code V1 -453-

### 2. Solution cible

La solution cible, qui ne sera opérationnelle qu'au 1<sup>er</sup> mai 2002, suppose :

- ✓ la prise en compte au fichier des établissements des Disciplines de Prestations 401 à 409, du Mode de Traitement "Urgence" (valeur 10), de l'acte ATU pour ces couples DDP/MT,
- ✓ la saisie externe (B2) ou interne (PPN) de l'acte ATU et de toutes les prestations liées, notamment les honoraires, pour ces couples DDP/MT,
- ✓ la liquidation via les systèmes centraux en référence aux tarifs mémorisés au fichier des établissements.

Afin de ne pas interrompre les paiements aux établissements, une transition entre la solution provisoire et la solution cible sera assurée (couples DDP/MT transmis par flux et gestion de ces couples en traitement central).

### **B. Forfait global annuel**

Si l'accord national précité publié au Journal Officiel du 14 avril 2001 est venu préciser les valeurs unitaires des forfaits globaux annuels comme suit :

- ✓ 4 000 000 F pour les Services d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU),
- ✓ 3 000 000F pour les Pôles Spécialisés d'Accueil et de Traitement des Urgences(POSU),
- ✓ pour les Unités de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences(UPATOU) :
  - moins de 5000 passages : 2 500 000F,
  - de 5000 à moins de 20 000 passages : 2 000 000F,
  - à partir de 20 000 passages : 2 500 000F,

les modalités pratiques de versement de ces forfaits ne sont pas encore définies.

Des instructions seront diffusées ultérieurement.

**C. Rémunération des médecins intervenant dans les structures autorisées à exercer des activités d'accueil et de traitement des urgences**

Quelle que soit la qualification du contrat (salarial ou exercice libéral) liant le praticien à l'établissement, le médecin appelé à dispenser des soins d'urgence dans ces structures, devra inscrire ses honoraires dans la partie basse du bordereau 615 afin que le patient bénéficie de la dispense d'avance des frais.

Pour les médecins salariés, les honoraires seront facturés sous le numéro de l'établissement.

Les majorations de nuit et de jours fériés facturés en application de l'article 14 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels sont remboursables uniquement dans le cas où le médecin intervient dans une structure dûment autorisée à prendre en charge des urgences en application de l'article R. 712.63 du code de la Santé Publique.

**II. OCTROI D'UN SUPPLEMENT AU FORFAIT DE SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE AMBULATOIRE**

La création d'un supplément au forfait de chimiothérapie ambulatoire est une mesure tarifaire qui s'inscrit dans le cadre d'une politique de revalorisation générale des ressources allouées aux établissements pratiquant la cancérologie.

Ce supplément est destiné à couvrir les frais de gestion, de préparation, de reconstitution, et d'administration des médicaments au cours d'une séance de chimiothérapie ambulatoire.

L'accord susvisé a arrêté la valeur unitaire de ce supplément à 280 F.

**A. Système de liquidation provisoire**

1. Présentation de la facture par l'établissement

Cette prestation, dénommée SFC, est une prestation hospitalière dont le taux de prise en charge par l'Assurance Maladie a été fixé à 100%.

En tant que telle, elle doit figurer sur la partie haute du bordereau 615 et faire immédiatement suite à la facturation du forfait de séance de chimiothérapie ambulatoire dénommé SNS.

Le couple Discipline de Prestations/Mode de Traitement renseigné correspond à de la chimiothérapie ambulatoire exclusivement, soit une utilisation de la DMT 302/MT19.

2. Tables fonctionnelles

Les tables fonctionnelles et de compatibilités ont été mises à jour.  
Les compatibilités sont alignées sur le code SNS.

### 3. Liquidation PPN

La liquidation s'effectue sous l'onglet -séjour-

### 4. Télétransmission

La transmission de cette prestation est réalisée en type 3 de la norme B2/CP. Un addendum au cahier des charges de la norme B2 - Annexe 10- sera réalisé.

### 5. Traitements Centraux

Pour les mêmes raisons que celles évoquées pour la mise en œuvre de la nouvelle tarification afférente aux activités d'accueil et de traitement des urgences, il n'a pas été possible de mettre à jour le fichier des établissements au 1<sup>er</sup> mai 2001 pour intégrer ce supplément au forfait de chimiothérapie ambulatoire.

Son tarif sera donc monté au fichier national des prix unitaires en qualité de forfait, fixé à 280F, et comportera comme date d'effet le 1<sup>er</sup> mai 2001.

Au regard du traitement IRIS, les compatibilités sont alignées sur le code de prestation SNS rappelé précédemment.

La présence de la prestation SFC au fichier des établissements ne pouvant être vérifiée, la liquidation s'effectuera par rapport au fichier des prix unitaires.

### 6. Ventilations

Les ventilations comptables et statistiques de cette prestation se répartissent comme suit :

#### **Comptables :**

- ✓ Compte 656111231 x (\*\*\*) → Maladie
- ✓ Compte 656121231 x (\*\*\*) → Accident du travail

(\*\*\*) où la valeur de x varie selon la discipline de prestation

#### **Statistiques :**

- ✓ Chaîne TANDEM → Code PRSNATPS5 -2341- Supplément forfait chimiothérapie
- ✓ SNIRPS → Sans objet
- ✓ SNIREP → Table 0364 -SFC
- ✓ Dépenses AT → Code V1 -429-

**B. Solution cible**

Cette solution qui suppose :

- ✓ la création du code SFC au fichier des établissements pour le couple DMT302/MT19,
- ✓ la liquidation via les systèmes centraux de référence aux tarifs mémorisés au fichier des établissements,
- ✓ la présence obligatoire du code acte SNS sur la ligne acte précédant le SFC, ne sera opérationnelle qu'au 1<sup>er</sup> mai 2002.

Il est demandé aux Caisses de bien vouloir signaler les difficultés qu'elles pourraient rencontrer lors de la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions tarifaires.

Le Directeur Délégué aux Risques

L'Agent Comptable

Pierre-Jean LANCERY

Alain BOUREZ

Le Directeur Délégué aux  
Ressources

Marie-Renée BABEL

**Affaire suivie par :**

<b>Sylvie LIBOUBAN (DDRI/DOS/HMS)</b>	☎ 01.42.79.31.29.
<b>Martine MOULIN (DDRI/DOS/DREFI)</b>	☎ 01.42.79.35.20.
<b>Bruno Aoust (DDRI/DOS/DRPL)</b>	☎ 01.42.79.30.09.
<b>Jean-Pierre LISCH (DAR/DMO)</b>	☎ 01.42.79.33.50.
<b>Martine JOUIN (AC/AIC)</b>	☎ 01.42.79.36.91.

**Pièces Jointes :** Article L. 162.22.8 , issu de l'article 41 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001,  
Accord national du 4 avril 2001, publié au JO du 14 avril 2001, fixant les taux d'évolution des tarifs de prestations d'hospitalisation pour 2001  
[L'\*accord national\_du 04 Avril 2001\* fixant les taux d'évolution des tarifs de prestations d'hospitalisation pour 2001 est consultable en ligne]

