



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-37/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

21/02/2002

Domaine(s) :

Ets Sanitaires et Médico-Sociaux

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé.

Liens :

Circ DGR 2180/1988

Circ DGR 2235/1988

Circ DGR 63/1995

Plan de classement :

2413

Emetteurs :

DDRI AC DAR

Pièces jointes : 0

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☒ CRAM

☒ URCAM

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☐ **Médecins Conseils**

☐ Régionaux

☐ Chef de service

☐ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

Une circulaire ministérielle est venue préciser l'application de la nouvelle réglementation applicable aux praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé, qui prévoit notamment que leurs honoraires doivent être perçus par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. Elle complète ainsi les dispositions du décret n° 2001-367 du 25 avril 2001, pris en application de l'article 54 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU, visant à un meilleur contrôle de cette activité. Les modalités pratiques de mise en oeuvre de ces textes par les Caisses sont explicitées dans la présente circulaire CNAMTS.

Mots clés :

**Le Directeur
de l'Animation du Réseau**

Marie-Renée BABEL

L'Agent Comptable

Alain BOUREZ

**Le Directeur
Délégué aux Risques**

Pierre-Jean LANCERY

CIRCULAIRE : 37/2002

Date : 21/02/2002

Objet : Activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé.

Affaire suivie par : **Sylvie LIBOUBAN (DDRI/DOS/DAHMES) 01.42.79.31.29.**
e-mail : sylvie.libouban@cnamts.fr
Jean-Pierre LISCH (DAR/DMOP) e-mail : jp.lisch@cnamts.fr
Arlette PIEDNOEL (AC) – e-mail : arlette.piednoel@cnamts.fr

La loi a autorisé, sous certaines conditions, les praticiens hospitaliers à temps plein à exercer une activité libérale dans les établissements publics de santé.

Le régime juridique de cette activité a été redéfini par l'article 54 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU, qui a modifié les articles L. 714-31 et L. 714-32 du code de la santé publique (devenus articles L. 6154-2 et L. 6154-3 du code de la santé publique), cet article de loi imposant en outre que les honoraires liés à ce mode d'exercice soient perçus par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Au terme de différentes concertations, le décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 est venu déterminer les modalités nouvelles d'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein, et fixé un contrat type auquel devra désormais être conforme chaque contrat d'activité libérale souscrit avec le Directeur de l'établissement pour être autorisé à y exercer cette activité.

La circulaire ministérielle DHOS/F4/M2/DGCP/ 6B 2001 n°561 du 26 novembre 2001 apporte toutes précisions utiles à une bonne application de ces dispositions.

Vous trouverez dans la présente circulaire CNAMTS des instructions pratiques concourant à la mise en œuvre de la réglementation qui régit désormais cette pratique.

I. MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN

La circulaire ministérielle du 26 novembre 2001 rappelle que cette forme d'activité, qui s'inscrit dans un cadre juridique particulier, n'est ouverte qu'à certains praticiens, et qu'elle répond à des règles précises qui fixe les limites de son exercice.

A. Les praticiens concernés

Peuvent ainsi bénéficier des dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale à l'hôpital les praticiens statutaires exerçant à temps plein, selon les termes de la loi.

Ne sont donc visées que certaines catégories de praticiens, qui figurent sur la liste établie par la circulaire ministérielle précitée.

De façon générale, il convient de retenir que cette activité s'exerce uniquement au sein des établissements dans lesquels ces praticiens ont été nommés, ou, en cas d'activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique.

Pour être autorisés à pratiquer ce type d'activité, ces praticiens doivent exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.

Ces exigences sont rappelées par les articles L. 6154-1 et L. 6154-2 du code de la santé publique.

Il y a lieu enfin de noter que la présente circulaire ne concerne que l'activité libérale au sein des établissements hospitaliers publics, à l'exclusion des institutions voisines comme les cliniques ouvertes notamment.

B Conditions et limites de cette activité

L'article L. 6154-2 du code de la santé publique dispose que :

- ✓ le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique,
- ✓ la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire.

La loi précise également qu'aucun lit, ni aucune installation médico-technique, ne doit être réservé spécifiquement à l'activité libérale.

❶ Limitation en termes de consultations et d'actes effectués

La circulaire ministérielle introduit une distinction entre les consultations et les actes, et précise le mode de comptabilisation à adopter pour effectuer cette comparaison.

La comparaison entre activité privée et publique sur la base des lettres-clés, en fonction du nombre total de consultations effectuées et du nombre total des coefficients résultant de la cotation des actes, qui avait été envisagée dans les premiers projets de texte, a été abandonnée.

❷ Limitation en termes de temps consacré à l'activité libérale

La circulaire ministérielle précise que la durée maximale de 20% de la durée du service hospitalier hebdomadaire pouvant être consacrée à l'activité libérale, ce qui représente deux demi-journées, s'entend hors gardes.

Elle mentionne que pour les praticiens qui exercent des activités d'intérêt général à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, cette activité vient en déduction de l'exercice de l'activité libérale, qui sera limitée dans ce cas à 10% de la durée du service public hospitalier.

C. Le cadre de l'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein

Les praticiens qui souhaitent poursuivre leur activité libérale dans le secteur public doivent souscrire avec le Directeur de l'établissement un contrat d'activité libérale comportant des clauses minimales obligatoires définies par voie réglementaire, dont le bon respect est contrôlé.

❶ Le contrat d'activité libérale

L'article L.6154-4 du code de la santé publique rappelle que les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.

Soumis à la commission médicale d'établissement, ce contrat est adressé au Préfet du département qui a deux mois pour donner son approbation.

L'approbation vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale pour cinq ans.

Le contrat type auquel devront être conformes tous les contrats individuels est annexé au décret n° 2001-367 du 25 avril 2001.

Y figurent notamment les obligations relatives :

- ✓ au temps consacré et nombre d'actes effectués dans le cadre de cette activité au regard de l'activité de même nature exercée dans le secteur hospitalier public,
- ✓ à la perception des honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière,
- ✓ à l'affichage des tarifs.

La circulaire ministérielle, qui prévoit un afflux des demandes, exige des préfetures un examen rapide des contrats qui leur sont soumis, tout défaut de mise en conformité à la nouvelle réglementation exposant le praticien concerné à ne plus être autorisé à poursuivre cette forme d'activité.

② Le contrôle de l'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitalier à temps plein

Ce contrôle est exercé par :

- ✓ le Directeur de l'établissement,
- ✓ les Commissions de l'Activité Libérale.

a. Le contrôle par le Directeur de l'établissement

Le Directeur de l'hôpital doit établir mensuellement un tableau de service prévisionnel mentionnant les jours et les heures des consultations relevant de l'activité libérale.

Il doit en outre vérifier pour chaque praticien que le nombre de consultations et d'actes effectués en secteur libéral est bien inférieur au nombre effectués au titre de l'activité publique.

b. Le contrôle par les Commissions de l'Activité Libérale

➤ *La Commission de l'Activité Libérale de l'établissement*

La composition et le fonctionnement de la commission de l'activité libérale qui est chargée, dans chaque établissement, de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect par les praticiens de leurs obligations législatives, réglementaires et contractuelles, relèvent désormais des articles R. 714-28-17 à R. 714-28-24 du code de la santé publique issus du décret n°2001-367 du 25 avril 2001.

Si les attributions de cette commission n'ont pas été modifiées, sa composition et son fonctionnement ont été revus.

En est à présent membre de droit, un représentant de la CPAM librement désigné par son Directeur.

La possibilité de saisine de cette commission par le Directeur de la CPAM a également été introduite.

➤ *La commission nationale de l'activité libérale*

La commission nationale de l'activité libérale donne son avis sur les recours hiérarchiques déposés en cas de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale.

Elle est régie par les articles R. 714-28-25 à R. 714-28-30 du code de la santé publique issus du décret précité.

En est membre de droit le Directeur de la CNAMTS, ou son représentant.

II. MODALITES PRATIQUES DE RECOUVREMENT DES HONORAIRES PAR L'INTERMEDIAIRE DE L'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

A. Rappel des dispositions légales et réglementaires

L'option dont disposait jusqu'alors les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale d'encaisser leurs honoraires, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration hospitalière, a été supprimée.

L'article 54-II- de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU, par dérogation aux dispositions de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale, a imposé à ces praticiens la **perception de leurs honoraires par l'intermédiaire de la caisse de l'hôpital.**

- L'article R.714-28-12 du code de la santé publique issu du décret n°2001-367 du 25 avril 2001 précise que ces honoraires font ensuite l'objet **d'un reversement mensuel au praticien**.
- Cet article indique également que ce praticien doit adresser au moins chaque mois au directeur de l'établissement un **état récapitulatif de l'exercice de son activité** comprenant, pour chaque acte réalisé, les informations suivantes telles qu'énumérées dans la circulaire ministérielle :
 - ✓ son nom et son numéro d'identification,
 - ✓ la nature de l'acte réalisé et sa codification,
 - ✓ le montant de ses honoraires,
 - ✓ le nom et l'adresse du patient ainsi que son numéro d'immatriculation,
 - ✓ la mention d'une dispense d'avance de frais éventuelle.
- Deux possibilités sont prévues pour **l'encaissement des honoraires** :
 - ✓ directement par le comptable de l'établissement public de santé,
 - ✓ ou par l'intermédiaire des régies.

La circulaire ministérielle, qui détaille le dispositif organisationnel et comptable de ces deux formes d'encaissement, indique néanmoins qu'il convient de privilégier le recouvrement des honoraires médicaux par l'intermédiaire des régies, liées par nature à la structure géographique où s'exerce l'activité, afin de ne pas alourdir le circuit de paiement et faciliter ainsi les opérations de règlement.

Modalités d'encaissement en cas de tiers payant

Des difficultés subsistaient quant à la gestion de ce nouveau circuit de paiement en cas de tiers payant.

Dans cette hypothèse, des modalités particulières d'encaissement ont donc dû être définies.

En principe, s'il y a eu dispense d'avance de frais, le comptable de l'établissement encaisse le montant du remboursement de l'Assurance Maladie pour les prestations liées à l'activité libérale.

Les CPAM ne pouvant toutefois faire la distinction, lors des opérations de remboursement, entre les versements liés à l'activité libérale et ceux réalisés dans le cadre des situations de tiers payant légal (CMU, AME...), il a été envisagé que puisse être ouvert un compte de dépôt de fonds au nom du régisseur, sur lequel elles devront virer les sommes relatives au tiers payant dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein, en vue d'une meilleure identification des montants réglés à ce titre.

Pour ce faire, l'Assurance Maladie devra avoir connaissance :

- ✓ de l'identification du professionnel de santé dans le cadre de son exercice libéral (numéro d'identification du praticien) et de celle de l'établissement (numéro FINESS géographique), au travers de la feuille de soins,
- ✓ des coordonnées du destinataire du règlement retenu (comptable ou régisseur) ; cette information devra être sollicitée par les CPAM.

Outre le fait qu'elle offre la possibilité d'adresser les règlements au régisseur de l'établissement, au lieu et place du comptable de l'établissement, cette procédure permet également d'établir un bordereau tiers payant à l'intention du destinataire du règlement, ainsi qu'au professionnel de santé, pour information.

Il y a lieu de noter que cette procédure est déjà utilisée pour le paiement des honoraires des professionnels de santé via une association dispensatrice de soins lors d'une hospitalisation en secteur privé.

Il est important d'insister sur la nécessité d'identifier l'établissement au travers de son numéro FINESS géographique. En effet, ainsi qu'il a été rappelé ci-dessus, le régisseur est affecté par nature à une structure géographique. Il peut donc y avoir plusieurs régisseurs sous un même numéro FINESS juridique, lorsque ce numéro juridique couvre plusieurs établissements différents.

Pour répondre aux questions que se sont posées certaines Caisses quant au champ d'application de cette obligation de perception des honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière, il convient de préciser qu'elle ne s'applique pas aux frais d'expertises effectuées par des médecins hospitaliers.

Sur ce point, il y a lieu de se reporter à l'INFO-CNAMTS n° 304 du 15 avril 1991 qui demeure d'actualité.

➤ Les modalités d'acquittement de la redevance

L'article L. 6154-3 du code de la santé publique rappelle que l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance calculée selon les dispositions du décret n° 87-945 du 25 novembre 1987 modifié par le décret n° 93-133 du 29 janvier 1993.

L'article R. 714-28-12 du code de la santé publique a par ailleurs prévu que cette redevance serait prélevée trimestriellement par l'établissement sur le montant des honoraires reversés aux praticiens.

La circulaire ministérielle décrit le dispositif administratif et comptable à mettre en œuvre pour assurer une bonne gestion des ces prélèvements au titre des redevances dues.

B. Leur mise en œuvre par les Caisses d'Assurance Maladie

❶ Impacts sur le système de production

La procédure élaborée implique la réalisation d'actions sur les fichiers :

- ✓ des établissements,
- ✓ des destinataires des règlements,
- ✓ des professionnels de santé,
- ✓ des tables centrales et option tiers

Préalablement à :

- ✓ l'édition des feuilles de soins à la double identification du professionnel de santé et de la structure dans laquelle il exerce son activité libérale,
- ✓ la diffusion des modalités de saisie interne,
- ✓ l'intégration des prestations concernées dans les échanges avec les établissements publics de santé.

❷ Actions sur les fichiers permanents

Les établissements ne connaissent pas nécessairement la CPAM en charge de la gestion des informations les concernant au regard du fichier "Etablissements".

C'est pourquoi il est demandé aux CPAM de prendre directement contact avec les établissements afin d'obtenir les coordonnées du destinataire du règlement.

Fichier "Destin":

Les éléments recueillis doivent permettre d'identifier le destinataire du règlement au fichier "Destin".

Fichier "Etablissements"

Le numéro du destinataire, attribué par la CPAM, ou le numéro SIRET, est mémorisé au fichier ETACET.

Pour chaque numéro FINESS géographique, le mode de règlement est positionné à la valeur M, permettant ainsi de générer un ordre de virement unique par journée de mandatement au destinataire désigné:

- ✓ en 1^{ère} domiciliation(Comptable) pour les prestations de l'établissement (CMU, Migrants, Pharmacie hospitalière...),
- ✓ en 2^{ème} domiciliation(Comptable ou Régisseur) pour les prestations dues au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein.

Il convient d'apporter un soin tout particulier aux signalements d'anomalies éventuelles au fichier ETACET.

Ces signalements doivent être traités immédiatement sous peine de non prise en compte de l'enregistrement correspondant au fichier ETAREP.

Fichier "Tables 99" et fichier "Option Tiers"

Les tables de production (table 99) et le fichier Option Tiers doivent être renseignés afin :

- ✓ d'éditer un bordereau tiers à l'intention du professionnel de santé, pour information,
- ✓ et un bordereau mandataire au destinataire du règlement,
- ✓ de faire procéder à l'édition quotidienne du bordereau mandataire,

Fichier "Professionnels de Santé"

Les coordonnées bancaires ou postales du professionnel de santé doivent y être enregistrées, aux lieu et place des coordonnées du comptable de l'établissement éventuellement mémorisées.

③ Edition des feuilles de soins

Un professionnel de santé salarié à temps plein dans un établissement public de santé ne peut exercer une activité libérale que dans un seul établissement géographique donné.

Les feuilles de soins sont donc à confectionner à la double identification du professionnel de santé et de l'établissement, sous son numéro FINESS géographique.

Dans l'attente de la fourniture de ces feuilles de soins ainsi préidentifiées, l'identification de l'établissement sera apposée sur les feuilles de soins par le service de facturation de l'hôpital.

④ Modalités de saisine interne

Impact organisationnel

Les feuilles de soins pour lesquelles le tiers payant est demandé sont regroupées à échéance au niveau du service de facturation de l'hôpital, et retransmises à la CPAM.

Il appartient aux CPAM de prendre les dispositions organisationnelles afin que ces pièces soient déposées en un point unique pour saisie interne. Autant que possible, cette saisie sera à effectuer au cours d'une même session de saisie.

Saisie interne

PPN :

L'outil PPN a fait l'objet d'une modification afin d'autoriser la saisie des prestations concernées au travers de la grille "hospitalisation":

N° Etablissement	N° FINESS géographique
DMT/MT	000/07
N° Exécutant	N°PS
DRG	
. Tiers Payant	P
. Sans Tiers Payant	A ou autre

N.B : Les frais d'expertise sont saisis en ambulatoire afin de permettre de les régler à la domiciliation propre du professionnel de santé enregistrée au FNPS.

PPNA1 :

Non prévu

SCANNER :

Non prévu

WIN B2:

Conforme au cahier des charges B2

NB : S'il y'a télétransmission, elle doit être opérée par l'intermédiaire de l'établissement en flux non sécurisé de norme CP

Vous trouverez en annexe un schéma descriptif de cette procédure.

C. Conséquences en cas de refus, par les praticiens, d'encaissement de leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière

Les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale n'ayant plus de fondement légal à encaisser directement leurs honoraires, leur autorisation d'exercer cette forme d'activité peut être suspendue, voir retirée, en cas de non respect du nouveau circuit légal de perception des honoraires, par application de l'article L. 6154-6 du code de la santé publique.

Ainsi que l'a rappelé Madame la Ministre de l'Emploi de la Solidarité dans une lettre adressée au directeur d'un centre hospitalier universitaire le 17 octobre 2001, le refus d'encaissement des honoraires par la caisse de l'hôpital entraîne la mise en œuvre, à l'encontre des contrevenants, de la procédure de suspension d'exercice telle que définie aux articles R. 714-28-21 et R. 714-28-22 du code de la santé publique.

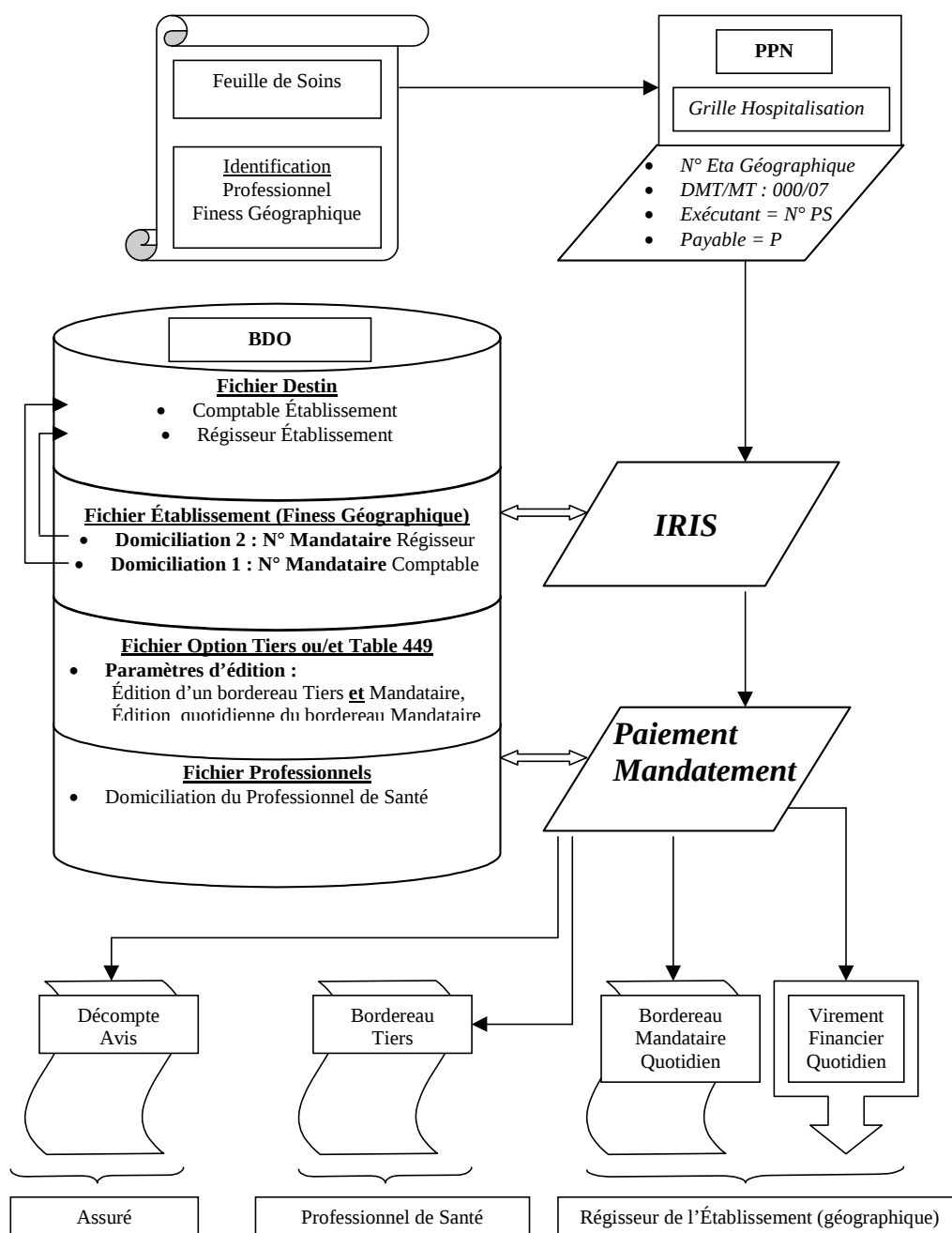
III. PROTECTION SOCIALE

La circulaire ministérielle rappelle enfin que les dispositions concernant la protection sociale de ces praticiens, qui figurent dans le décret n° 87-944 du 25 novembre 1987, restent toujours applicables.

Il est demandé aux Caisses de bien vouloir signaler les difficultés qu'elles pourraient rencontrer lors de l'application de ces nouveaux textes.

Pièces jointes (consultables dans Médiam) :

- Article 54 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la CMU (J.O du 28 juillet 1999),
- Décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 relatif à l'exercice d'une activité libérale par les praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé (J.O du 28 avril 2001),
- Circulaire DHOS/F4/M2/DGCP/6B 2001 n° 561 du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé (B.O du 22 décembre 2001),
- Lettre ministérielle du 17 octobre 2001 relative à une suspension d'exercice d'activité libérale pour non respect des textes régissant cette activité.

ANNEXESchéma de traitement (exemple : règlement des prestations au Régisseur de l'Établissement) :

NB : Si le règlement est à opérer au Comptable de l'établissement, son numéro de Mandataire est également à renseigner en Domiciliation 2 du Fichier Établissements.