

CIRCULAIRE

CIR-16/2010

Document consultable dans Médi@m

Date :

16/06/2010

Domaine(s) :

gestion des prestations en nature

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Facturation des actes des médecins salariés en clinique (art. L162-26-1 du code de la sécurité sociale)

Liens :

Plan de classement :

P06-02

Emetteurs :

DDGOS DDO DFC

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input checked="" type="checkbox"/> CRAM	<input type="checkbox"/> URCAM
	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Application des dispositions de l'article L162-26-1 du code de la sécurité sociale relatives à la facturation par les établissements de santé visés au d de l'article L.162-22-6 du même code, des activités de soins exercées par des médecins salariés.

Mots clés :

facturation ; cliniques privées

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 16/2010

Date : 16/06/2010

Objet : Facturation des actes des médecins salariés en clinique (art. L162-26-1 du code de la sécurité sociale)

Application des dispositions de l'article L 162-26-1 du code de la sécurité sociale relatives à la facturation, par les établissements de santé visés au d de l'article L. 162-22-6 du même code, des activités de soins exercées par des médecins salariés

Affaire suivie par : Marie-Paule JOVENE – DDGOS/DHOSPI - marie-paule.jovene@cnamts.fr
Pierre GABACH - DDGOS/DACT - pierre.gabach@cnamts.fr
Xavier ROMULUS – DDGOS/SMOI - xavier.romulus@cnamts.fr
Catherine AL ABAYAJI – DDO/DMOP - catherine.alabayaji@cnamts.fr
Sylvie CHARLES – DDO/DMOP – sylvie.charles@cnamts.fr
Martine JOUIN – DFC – martine.jouin@cnamts.fr

L'article 29 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, insère dans le code de la sécurité sociale un article L **162-26-1** ainsi rédigé :

"Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles".

La règle en établissement privé ex-OQN étant l'exercice libéral et la perception par les médecins eux-mêmes de leurs honoraires, la présente disposition permet d'y déroger dans les cas où ces établissements seraient amenés à employer des médecins salariés.

La circulaire apporte des précisions relatives à l'application de ces dispositions.

I - Objectifs du nouveau dispositif

Les dispositions de l'article L 162-26-1 sont susceptibles de permettre aux établissements de santé privés, à travers l'emploi de médecins salariés, de répondre aux exigences auxquelles ils sont soumis.

Le texte déroge notamment aux dispositions relatives :

- aux principes d'exercice de la médecine libérale (article L. 162-2 du code de la sécurité sociale),
- au mode de paiement direct des honoraires (article L 4113-5 du code de la santé publique), dans la mesure où ces honoraires correspondant à l'activité des médecins salariés, vont être facturés par le gestionnaire de l'établissement de santé, et ne seront pas payés directement au médecin.

II - Champ d'application

2.1 Les établissements de santé

La présente circulaire concerne les établissements de santé "ex-OQN" contractualisés avec l'ARH, exerçant des activités de médecine (y compris la dialyse), chirurgie, obstétrique et odontologie, qui emploient des médecins ayant choisi le mode d'exercice salarié.

2.2 Les médecins

Sont visés les médecins généralistes ou spécialistes ayant choisi le mode d'exercice salarié pour exercer dans l'établissement. L'établissement de soins ne peut pratiquer aucun dépassement d'honoraires au titre de l'activité de ces médecins.

Les médecins salariés, rémunérés par l'établissement employeur, ne peuvent pas percevoir de rémunération directement auprès du patient.

Ils appliquent les dispositions législatives, réglementaires et ordinales relatives à la bonne tenue du dossier médical du patient et à la traçabilité des actes effectués.

2.3 Les activités visées

Il s'agit des activités de soins de l'établissement autorisées ou reconnues par l'ARH (ARS) et effectivement installées.

2.4 Les actes pouvant ou non être facturés au titre de l'activité des médecins salariés

Le dispositif permet le remboursement aux établissements de santé concernés, des actes techniques et cliniques correspondant à ces activités (application de la CCAM, de la NGAP pour les actes qui continuent à en relever, pendant l'hospitalisation) en relation avec des prestations d'hospitalisation telles que définies ci-dessous.

Ces actes liés aux prestations d'hospitalisation sont facturés s'il y a lieu avec les modificateurs prévus à la CCAM¹.

2.4.1 Actes réalisés pendant un séjour ou à l'occasion de soins, avec ou sans hébergement, en relation avec les prestations d'hospitalisation GHS, GHT, D (R 162-32, 1° du code de la sécurité sociale)

Les actes sont exécutés pendant la période qui se déroule à partir de l'admission du patient dans la structure hospitalière et pendant la durée de l'hospitalisation, en relation avec les séjours et soins hospitaliers

¹ Art I-9 livre 1^{er} des dispositions générales et dispositions diverses de la CCAM : "Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. Seuls peuvent être facturés les modificateurs se rapportant à des actes ayant un tarif. La description de ces modificateurs figure à l'article III-2 du Livre III [de la CCAM]. Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte."

rémunérés par des groupes homogènes de séjours (GHS) et en relation avec les prestations délivrées par les structures d'hospitalisation à domicile rémunérées par des groupes homogènes de tarifs (GHT) :

En ce qui concerne les actes en relation avec le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale rémunéré par des forfaits "D", la CCAM s'applique sans restriction (*les dispositions de la lettre réseau n° 76/2006 du 16 juin 2006 relative à la rémunération des honoraires des médecins salariés exerçant dans les établissements privés "ex-OQN" de dialyse en centre sont obsolètes*).

2.4.2. Actes réalisés à l'occasion de soins non suivis d'hospitalisation en relation avec les prestations d'hospitalisation ATU, FFM, SE (articles L 162-22-6 et aux, 2°, 4°, 5° de l'article R 162-32 du code de la sécurité sociale)

Ces actes sont en relation :

- avec des soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, rémunérés par le forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU),
- avec des soins non suivis d'une hospitalisation (soins représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou à l'observation du patient dans un environnement hospitalier), rémunérés par un forfait « sécurité et environnement hospitalier » (SE)²
- avec des soins non programmés non suivis d'une hospitalisation dans les établissements non autorisés à exercer l'activité d'accueil et traitement des urgences (soins représentatifs de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation), rémunérés par le forfait de petit matériel (FFM)².

2.4.3. Les actes techniques ne pouvant pas être facturés

Le dispositif ne permet pas la facturation d'actes isolés qui ne seraient pas en relation avec des prestations d'hospitalisation.

III - Modalités pratiques

3.1 Date d'application des dispositions de l'article L 162-26-12 du code de la sécurité sociale

Ces dispositions sont applicables à compter du 23 juillet 2009.

3.2 Identification des médecins salariés

Les gestionnaires des établissements fonctionnant avec des médecins en situation de salariat postérieurement à la publication de la loi du 21 juillet 2009, tiendront à disposition des caisses les données relatives au diplôme et à la spécialité de chacun. Tant que l'assurance maladie n'aura pas directement accès à ces informations, ces éléments pourront être vérifiés à tout moment par les caisses.

Ils attesteront de cette situation en communiquant à la caisse centralisatrice de paiement dans les meilleurs délais, les informations nécessaires (cf. modèle de demande - annexe 1).

Les caisses porteront à la connaissance du directeur général de l'Agence régionale de Santé et des établissements de santé concernés, les dispositions de la présente circulaire.

3.3 Modalités financières et supports de facturation

Le médecin est responsable de la réalisation de l'acte et de la traçabilité du dossier, permettant au directeur de répondre s'il y a lieu, des cotations des actes accomplis.

⁽²⁾ La liste des actes donnant lieu à rémunération par un forfait SE ou un forfait FFM est fixée chaque année dans l'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Le tarif des actes est facturé dans la partie basse du bordereau S3404 sous le numéro du Finess géographique de l'établissement. **Le directeur appose sa signature et les honoraires sont versés à l'établissement de santé.**

Ce support emprunte le circuit habituel de facturation des établissements de santé ex-OQN. Un exemple de facturation sera disponible, en annexe 24 de la norme B2 sur **ameli.fr** **rubrique documentation technique/norme B2**, dans les jours qui suivront la publication de cette circulaire.

Remarque : toute erreur ou fraude dans les cotations, tout non respect des conditions de réalisation, d'indications, d'environnement et/ou de facturation de ces actes telles que prévues dans les nomenclatures CCAM et NGAP engage la responsabilité de l'établissement.

3.4 Régularisations éventuelles

Lorsque les établissements auront communiqué aux organismes d'assurance maladie la lettre précitée (modèle annexe 1) comportant tous les renseignements relatifs à l'emploi de médecins salariés, ces organismes disposeront des informations nécessaires à la mise en œuvre du présent dispositif.

Les établissements de santé pourront, s'il y a lieu, demander des régularisations de paiements au titre de l'activité exercée par des médecins salariés postérieurement au 23 juillet 2009. Des factures rectificatives pourront être émises à titre exceptionnel selon les modalités précisées en annexe 2.

IV – Evolutions du dispositif

Cette circulaire ne concerne que le champ "MCOO". Une expérimentation va débiter sur le champ SSR. Des instructions complémentaires seront diffusées ultérieurement en tant que de besoin.