

CIRCULAIRE

CIR-18/2011

Document consultable dans Médi@m

Date :

05/09/2011

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	☐
Modificatif	☒
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Dispositions relatives à la facturation et au règlement des forfaits techniques des équipements matériels lourds

Liens :

Cir-44/2007

Cir-19/2008

Cir-26/2010

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS

DDO

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☒ CARSAT

☒ UGECAM

☒ CGSS

☒ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite Loi H.P.S.T., a aménagé la procédure de vérification de la conformité des activités de soins et des équipements matériels lourds (EML). Deux décrets du 30 avril 2010 publiés au JO du 2 mai 2010 en décrivent les modalités d'application.

Pour les EML, les modalités pratiques de facturation et de règlement des forfaits techniques fixées par une convention conclue au niveau local entre les caisses et l'exploitant doivent être adaptées.

Les nouvelles dispositions présentées par cette circulaire prennent effet immédiatement.

Mots clés :

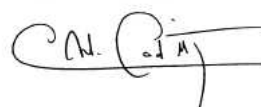
Forfaits techniques Scanners IRM TEP ; Visite de conformité ; Convention-type locale

**La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins**



Mathilde LIGNOT-LELOUP

**Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Olivier de CADEVILLE

CIRCULAIRE : 18/2011

Date : 05/09/2011

Objet : Dispositions relatives à la facturation et au règlement des forfaits techniques des équipements matériels lourds

Affaire suivie par : Eric BERTON (DDGOS/DOS/DAC) – eric.berton@cnamts.fr
Michel MARTIN (DDGOS/DOS/DHOSPI) – michel.martin@cnamts.fr
Patricia PONCIN (DDGOS/DOS/DREGL) – patricia.poncin@cnamts.fr
DDGOS/Département des professions de santé – ddgos.dos.dprof@cnamts.fr

- concernant les CARSAT et les BREX :

DDGOS/Département référentiels de l'offre de soins – dros@cnamts.fr

- concernant les modèles de courriers :

Laurent COUTANTIC (DDO/DOCQ/DOP) - laurent.coutantic@cnamts.fr

Patricia SANTERRE (DDO/DOCQ/DOP) - patricia.santerre@cnamts.fr

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite Loi H.P.S.T., a aménagé la procédure de vérification de la conformité des activités de soins et des équipements lourds. Alors que, précédemment, la mise en service d'une autorisation ne pouvait intervenir qu'au vu du résultat positif de la visite de conformité, le titulaire d'une autorisation peut aujourd'hui mettre en œuvre cette autorisation sous la seule condition d'en faire la déclaration au Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

Le principe de la réalisation d'une visite de conformité est toutefois maintenu, celle-ci devant être réalisée dans les six mois suivant la mise en œuvre de l'activité ou de l'équipement.

Le décret n° 2010-440 du 30 avril 2010 fixe notamment les conditions de réalisation de la visite de conformité.

Ainsi, la visite de conformité ne doit plus être considérée comme un préalable à la mise en œuvre d'une autorisation et à la dispensation de soins remboursables aux assurés sociaux.

Cela concerne tant les autorisations d'activité de soins que les autorisations d'équipements lourds.

Les équipements matériels lourds d'imagerie médicale (*scanographes à usage médical, IRMs, tomographes à émission de positons*) font l'objet d'une tarification spécifique alliant rémunération versée au titulaire de l'autorisation (par le forfait technique) et honoraires du médecin exécutant.

Leurs conditions de prise en charge par l'assurance maladie sont spécifiques (tarifs des forfaits techniques différenciés selon classification des appareils et l'atteinte de seuils d'activité, ...) et nécessitent la signature d'une convention locale particulière.

La présente Circulaire adapte l'ensemble des dispositions existantes à la législation résultant de la Loi H.P.S.T. et présente les nouvelles procédures et nouveaux documents.

1 – Procédure pour les conventions locales déterminant les modalités pratiques de facturation et de remboursement des forfaits techniques

La prise en charge des forfaits techniques liés à l'activité de l'équipement matériel lourd visé par l'autorisation est subordonnée à la conclusion d'une convention locale avec le titulaire de l'autorisation.

La convention locale doit être signée par les parties concernées pour les cas suivants de facturation :

- activité libérale de praticiens hospitaliers¹,
- co-utilisation par des médecins libéraux, y compris lorsque l'appareil est exploité par une structure à statut juridique public²,
- exploitation de l'équipement par une structure à statut juridique privé³.

Seul le cas d'une exploitation de l'appareil par une structure à statut juridique public sans co-utilisation par des médecins libéraux et sans activité libérale de praticiens hospitaliers ne nécessite pas la signature d'une convention locale, les forfaits techniques n'étant alors pas facturés directement aux organismes d'Assurance maladie.

1.1 Information des caisses locales d'assurance maladie

Publiée au Bulletin Officiel Santé du 15 juin 2011, l'information DGOS du 7 février 2011 aux Directrices et Directeurs des ARS et relative aux nouvelles conditions de réalisation des visites de conformité précise entre autres les modalités d'information à l'attention des caisses locales représentant la CNAMTS, la CCMSA et le RSI :

« L'agence communique aux caisses d'assurance maladie régimes obligatoires et à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) une copie de la déclaration (pièces jointes comprises) et de l'accusé de réception. Ces documents sont notamment nécessaires aux caisses dans le cas des autorisations d'équipement matériel lourd pour l'établissement des conventions locales déterminant les modalités pratiques de tarification et de facturation. »

Cette information explicite également la nature des contrôles techniques applicables pour lesquels des attestations de résultats positifs doivent être joints à la déclaration du titulaire :

« ... contrôles éventuellement nécessaires à la mise en fonctionnement des installations concernées par l'autorisation en cause, par exemple : sécurité incendie des établissements recevant du public (type U) en application du code de la construction et de l'habitation ; sécurité des installations techniques (installations électriques, climatisation, ascenseurs, laboratoires, fluides, etc.) ; radioprotection, appareils utilisant les rayonnements ionisants. »

Afin de finaliser la convention locale qui déterminera les modalités pratiques de facturation et de remboursement des forfaits techniques (cf. § II-2), les caisses doivent nécessairement être informées :

- des identifiants (Raison sociale, FINESS, SIRET, adresse) du titulaire de l'autorisation et de ceux du lieu géographique d'implantation ;
- des éléments essentiels à l'identification précise de l'équipement : type d'équipement, nom du constructeur et du modèle précis de l'appareil installé⁴ ;
- de la date de la mise en service effective de l'équipement matériel lourd.

¹ Cf. dispositions de la circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

² Ceci inclut les groupements d'intérêt public (GIP) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) à statut public.

³ Ceci inclut les groupements d'intérêt économiques (GIE) et les GCS à statut privé.

⁴ Remarque concernant la classification des scanners : un appareil installé dont le modèle ne figure pas dans le tableau ad hoc en annexe 3 des Livres I et III est classé par défaut en classe 2 pour la tarification des forfaits techniques même s'il répond aux caractéristiques techniques d'une autre classe (supérieure).

1.2 La convention locale de prise en charge des examens réalisés

1.2.1 Modèle actualisé

Le modèle actualisé de convention locale (convention-type) relative à la prise en charge des examens de scanographie, d'imagerie par résonance magnétique nucléaire ou de tomographie par émission de positons est joint en annexe 1 de la présente circulaire.

Ce modèle sera également inscrit en annexe des Livres I et III de la Liste des actes et prestations.

1.2.2 Conclusion de la convention locale

Prenant en compte les modifications réglementaires explicitées à la section I, la convention locale est désormais signée sans attendre la réalisation de la visite de conformité par :

- le représentant du titulaire de l'autorisation d'équipement matériel lourd,
- les représentants locaux / régionaux des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Pour les départements de métropole, la caisse assurance maladie transmettra au plus tôt à la CARSAT une copie de la convention locale signée.

1.2.3 Date d'effet et suspension de la convention locale : les modifications principales

La date d'effet à renseigner à l'article 17 de la convention locale n'est plus la date de la visite de conformité⁵ mais la date de mise en service de l'équipement.

Les Titres II, III et IV de la nouvelle convention locale comportent nécessairement des dispositions spécifiques permettant aux Caisses d'assurance maladie de mettre en œuvre les actions concomitantes à la non réalisation de la visite de conformité dans le délai réglementaire prévu par le code de santé publique ou à un résultat négatif de cette visite (Cf. précisions au § II-3)

1.2.4 Les modifications concernant les autres dispositions de la convention locale

Le modèle de convention locale a été partiellement re-structuré pour une plus grande cohérence.

Il intègre les modifications apportées par les récents textes législatifs et réglementaires aux principes de facturation et de prise en charge des actes et des forfaits techniques, concernant notamment :

- les nouveaux seuils d'activité pour les forfaits techniques de scanographie et de remnographie⁶ (Cf. Article 4 et Annexe 1),
- le décompte des forfaits techniques pour l'atteinte de ces seuils (Cf. Article 9) et la tenue du registre chronologique⁶ (Cf. Article 10).

De plus, les dispositions relatives aux mentions devant figurer sur le support de facturation des forfaits techniques ont été précisées afin de permettre aux caisses d'assurance maladie de suivre plus facilement la liquidation de l'activité.

Ainsi, pour chaque appareil considéré, le support de facturation devra mentionner :

- le n° FINESS retenu pour la facturation de l'ensemble des forfaits techniques ;
- les codes adéquats de discipline et de nature de prestation lorsqu'un Exploitant gère plusieurs appareils de type différent (notamment pour les forfaits techniques de TEP et TEP/TDM) ;
- le numéro d'ordre de chaque forfait, intitulé « n° d'ordre de l'examen » sur le formulaire S 631.

⁵ Implicitement, il s'agit de la visite de conformité avec un résultat positif.

⁶ Cf. avenants n° 24 et n° 26 à la convention nationale des médecins, prorogés par l'actuel règlement arbitral.

Une fiche jointe en annexe 1 de la convention locale permet de récapituler les principales modalités pratiques de facturation des forfaits techniques.

2 - Résultat de la visite de conformité et engagements financiers de l'assurance maladie

La déclaration au Directeur général de l'ARS par le titulaire de l'autorisation de la mise en service de ses équipements lui permet de dispenser des soins aux assurés sociaux et, à ce titre, d'être rémunéré par l'assurance maladie. Cette prise en charge par l'assurance maladie des examens réalisés sur des équipements autorisés postérieurement à la parution du décret n° 2010-440 du 30 avril 2010 reste conditionnée à la réalisation et au résultat positif de la visite de conformité.

L'information DGOS aux ARS indique :

- « Lorsque, un mois avant l'échéance de ce délai de six mois, aucune visite de conformité n'a été convenue, il est souhaitable que le directeur général de l'ARS rappelle au titulaire de l'autorisation qu'il n'aura plus le droit de faire fonctionner ses équipements, ni de donner des soins remboursables aux assurés sociaux si la conformité n'a pas été constatée à l'issue des six mois suivant la déclaration de mise en service. »
- « Lorsqu'au terme des six mois la visite n'a pas eu lieu par le fait du titulaire, le directeur général de l'ARS rappellera à ce dernier, dès l'échéance du délai, que son autorisation peut être suspendue immédiatement. »

Ainsi, plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

Situations vis-à-vis de la visite de conformité	Prise en charge par les caisses d'assurance maladie
1. Visite de conformité réalisée dans les 6 mois suivant la mise en œuvre de l'équipement.	
1.1 Résultat positif de la visite.	La caisse poursuit ses paiements.
1.2 Résultat négatif de la visite.	
1.2.1 L'ARS suspend l'autorisation ou prononce l'interruption du fonctionnement des moyens techniques nécessaires à la dispensation des soins.	La caisse suspend ses paiements.
1.2.2 L'ARS retire l'autorisation.	La caisse cesse ses paiements.
2. Visite de conformité non réalisée dans les 6 mois après la mise en œuvre de l'équipement.	<u>Au 5^{ème} mois avant l'échéance, alerte de la CPAM à l'ARS et courrier d'information à l'exploitant.</u> Suspension de la prise en charge des actes et forfaits techniques à l'échéance des 6 mois, sauf avis contraire de l'ARS.

3 - Application, mise en œuvre et autres conséquences

L'annexe 3 des Livres I, II et III de la liste des actes et des prestations sera modifiée afin :

- à la section « 1- Scanographie », de définir désormais l'année d'installation de l'appareil comme « l'année civile de la date effective de mise en service de l'appareil » ;
- aux sections « 2- Imagerie par résonance magnétique » et « 3- Tomographes par Emission de Positons (TEP) », de remplacer les termes « installation » par « mise en service effective ».

3.1 Conséquences pour les BREX

Les CARSAT / CGSS doivent être destinataires :

- 1) de la déclaration de mise en œuvre par l'exploitant de l'appareil,
- 2) de la convention locale signée,
- 3) le relevé d'observation et de conclusion de la visite de conformité.

Les tarifs des forfaits techniques Scanner, IRM et TEP sont créés dans la Base Régionale des Etablissements (BREX) à réception de la déclaration de mise en œuvre de l'appareil transmise par l'ARS avec en date d'effet la date effective de mise en œuvre.

A réception du procès verbal de la visite de conformité :

- dans le cas d'un résultat négatif, les tarifs sont fermés dans la BREX à la date de décision de l'ARS. La réouverture des tarifs s'effectuera sur décision de l'ARS.
- dans le cas de la non réalisation de la visite de conformité dans le délai des six mois, les tarifs seront maintenus ouverts dans la BREX ; le suivi sera réalisé par la CPAM.

3.2 Gestion par les CPAM des suspensions des paiements et des recouvrements d'indus

La CPAM :

- informera, au cours du dernier mois avant le terme du délai des 6 mois après la mise en service, l'ARS et le titulaire de l'autorisation de la non réception d'éléments confirmant la réalisation de la visite de conformité et des risques encourus de suspension de la prise en charge des prestations liées aux soins pratiqués à l'aide de l'appareil à compter de la fin de ces 6 mois ;
- informera également de la suspension du remboursement des prestations liées à l'utilisation de l'appareil, c'est-à-dire principalement des honoraires aux médecins et des forfaits techniques à l'exploitant, en l'absence d'un résultat positif de la visite de conformité ;
- procédera le cas échéant, lors du retrait par l'ARS de l'autorisation du titulaire suite au résultat négatif de la visite de conformité, au recouvrement des montants indûment versés depuis ce retrait d'autorisation ;
- dans tous les cas précédents, informera chaque assuré concerné de la survenue de problèmes de délai de remboursement de ces prestations et des actions entreprises pour la régularisation.

Des modèles de courriers seront mis à disposition et intégrés ultérieurement dans les bibliothèques adéquates.

La CPAM transmettra à la CARSAT / CGSS les documents mentionnés au 2) et 3) du paragraphe 3.1 et nécessaires à la mise en œuvre de la prise en charge des soins, et de ses évolutions selon la réalisation et le résultat de la visite de conformité.

La CPAM informera les caisses locales des autres régimes obligatoires des évolutions (suspensions, éventuels recouvrements d'indus) de la prise en charge des soins liés à l'exploitation de l'appareil.

La présente circulaire prend effet immédiatement.