

CIRCULAIRE

CIR-2/2012

Document consultable dans Médi@m

Date :

03/01/2012

Domaine(s) :

gestion des prestations en nature

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

Objet :

Facturation des actes des médecins salariés en établissements de santé (visés au d de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale)

Liens :

Cir-16/2010

Plan de classement :

P06-02

Emetteurs :

DDGOS DDO DDFC

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <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 information

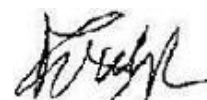
Résumé :

Informations complémentaires relatives à la facturation à titre dérogatoire, par les établissements de santé visés au d de l'article L-162-22-6 du code de la sécurité sociale, des actes délivrés par les médecins salariés.

Mots clés :

facturation ; cliniques privées

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 2/2012

Date : 03/01/2012

Objet : Facturation des actes des médecins salariés en établissements de santé (visés au d de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale)

Affaire suivie par :

Questions réglementaires et administratives :

Monsieur Michel MARTIN- DDGOS/DOS/DHOSPI – michel.martin@cnamts.fr

Madame le Dr Marie-Thérèse ALLIOUX - DDGOS/DOS/DACT – marie-therese.allieux@cnamts.fr

Questions médicales :

Madame le Dr Elisabeth RICHARD - DDGOS/DOS/DHOSPI – elisabeth.richard@cnamts.fr

Questions relatives aux modalités de facturation :

Monsieur Franck ROBIN - DDGOS/DDFPH - franck.robin@cnamts.fr

Questions relatives à la maîtrise d'ouvrage - production :

Madame Ligia LAGARRIGUE - DDO/DRA/DMOP – ligia.lagarrigue@cnamts.fr

Au regard des questions posées par les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé, la présente circulaire apporte des informations et instructions venant en complément de celles exposées dans la circulaire CNAMTS n° 16-2010 du 16 juin 2010.

I – Rappels : contexte de la mise en place du dispositif de l'article L 162-26-1 du code de la sécurité sociale ; imputation comptable et statistique

La dérogation prévue à l'article L 162-26-1 concerne les situations où il s'avèrerait indispensable que les établissements de santé privés salarient certains de leurs médecins, pour mieux répondre aux exigences relatives à la continuité des soins (notamment, satisfaction des besoins des patients dans des zones géographiques rendue difficile par la démographie médicale déficitaire). Elle n'a pas vocation à étendre les prestations délivrées par les médecins au-delà des dispositions prévues à la NGAP. Cette évolution n'est pas source de dépenses supplémentaires, la facturation par l'établissement demeurant limitée aux tarifs conventionnés.

Les honoraires facturés en sus par l'établissement de santé sur la partie basse du bordereau S 3404 correspondant à l'activité effectuée par les médecins salariés à l'occasion de séjours hospitaliers sont imputés comptablement en "dépenses de ville", et statistiquement, dans l'enveloppe "soins de ville".

II – Précisions relatives au champ d'application

2.1 Etablissements et activités de soins

La précédente circulaire précisait que ses dispositions concernaient les établissements de santé "ex-OQN" contractualisés avec l'ARS, exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, qui emploient des médecins ayant choisi le mode d'exercice salarié. Les autres activités de soins – psychiatrie et soins de suite et de réadaptation SSR en étaient exclues.

En effet, avec le cadre réglementaire s'appliquant à ces dernières activités¹, les prestations d'hospitalisation sont actuellement remboursées sur la base de tarifs journaliers fixés dans le cadre d'avenants tarifaires au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec les ARS, dont découlent des situations diversifiées selon les régions, alors qu'un tarif national s'applique aux prestations d'hospitalisation des activités de court séjour. De plus, le forfait de surveillance "SSM" permet d'ores et déjà, en l'absence de facturation des honoraires de surveillance médicale, de rémunérer la surveillance exercée par des médecins salariés dans ces établissements.

Les difficultés rencontrées (inadaptation du forfait SSM notamment pour la psychiatrie...) ont été abordées dans le cadre d'une rencontre réunissant des représentants de la CNAMTS, des services ministériels et des représentants des établissements de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie dans le secteur hospitalier privé

Après échanges, et dans un souci d'égalité de traitement de l'ensemble des établissements de santé face aux dispositions de la loi HPST, le champ d'application de l'article L 162-26-1 du code de la sécurité sociale est désormais étendu aux établissements exerçant des activités de SSR et de psychiatrie.

Toutefois, la spécificité du financement de ces établissements, telle que rappelée plus haut, impose que la dérogation définie à l'article L.162-26-1 du code de la sécurité sociale soit **expressément prévue par l'avenant tarifaire au CPOM des établissements concernés pour être mise en œuvre**, pour les situations préexistantes à la publication de la loi HPST comme pour les situations nouvelles. Cette obligation garantira que les tarifs en vigueur n'incluent pas le financement du ou des praticiens salariés, dont les actes seront désormais facturés par l'établissement de santé.

De plus, il sera nécessairement tenu compte des principes rappelés ci-dessous :

- seuls les actes rattachés à une prestation d'hospitalisation² (partie haute du bordereau S3404) exécutés par des médecins salariés sont susceptibles d'être facturés par une clinique au titre de l'activité de ces médecins (cf § 2.2.1.2) ;
- ces actes seront facturés conformément à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- l'établissement de soins ne peut pratiquer aucun dépassement d'honoraires au titre de l'activité des médecins salariés.

2.2. Les actes et majorations pouvant ou non être facturés au titre de l'activité des médecins salariés

Au § 2.4.1 de la circulaire de juin 2010, relatif aux actes réalisés à l'occasion de soins non suivis d'hospitalisation en relation avec les prestations d'hospitalisation ATU, FFM, SE, **la nouvelle prestation APE**³ (administration de produits et prestations en environnement hospitalier), **est ajoutée**.

¹ Arrêté du 31 janvier 2005, article 1^{er}, 1^o, 2

² article R 162-31 du code de la sécurité sociale et arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code.

³ Arrêté du 28 février 2011 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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, article 5, C.

Celle-ci permet de financer l'administration, en environnement hospitalier, de produits et prestations inscrits sur la liste en sus (dispositifs médicaux à usage individuel).

Les § 2.4.2 et 2.4.3 de la circulaire de juin 2010 sont inchangés.

2.2.1 Précisions relatives à certains actes

2.2.1.1. Facturation des actes correspondant à l'exercice de la dialyse, y compris pour l'entraînement (cf. tableau récapitulatif en annexe 1)

➤ Dans les centres d'hémodialyse

Les actes CCAM en relation avec le forfait D09, D17, D18 et D19 peuvent être facturés dans les conditions prévues au sous-chapitre 08.08 du chapitre 8 de la CCAM.

La consultation effectuée régulièrement avec examen médical complet dans local de consultation⁴, si elle est en relation avec la prestation D09 peut être facturée CS ; une consultation ne peut être facturée en même temps qu'un acte.

➤ Dans les centres d'hémodialyse pour enfants

Les actes CCAM en relation avec le forfait D10 peuvent être facturés dans les conditions prévues au sous-chapitre 08.08 du chapitre 8 de la CCAM.

➤ Dans les unités de dialyse médicalisées

Principe énoncé dans la CCAM : *"la réalisation de dialyse en UDM ne peut pas être facturée par les actes épuration extra rénale pour IRC du sous chapitre 08 08"*.

Dans les UDM fonctionnant avec le concours d'une équipe de médecins salariés, les interventions dans l'unité prévues à l'article D 6124-76 du code de la santé publique peuvent être facturées par l'établissement de santé. En d'autres termes, peuvent être facturées, dans la mesure où elles sont en relation avec la prestation D11 :

- la visite d'un néphrologue de l'équipe une à trois fois par semaine en cours de séance, selon le besoin médical du patient, cotée CS ;
- la consultation avec examen médical complet dans un local de consultation, au moins une fois par mois (CS).

➤ Dans les unités d'autodialyse

La CCAM ne prévoit pas de facturation d'actes pour les modalités hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée.

Peuvent être facturées (CS) lorsqu'elles sont en relation avec une prestation "D" :

- la visite effectuée en cours de séance par un néphrologue au moins une fois par trimestre en autodialyse simple (en lien avec le forfait D12) et au moins une fois par mois en autodialyse assistée (en lien avec le forfait D13),
- La consultation au moins une fois par trimestre, en relation avec l'une des prestations D12 ou D13.

➤ Dans le cadre de la dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale

La CCAM ne prévoit pas à ce stade de facturation d'actes pour les modalités dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, y compris lorsque le patient habituellement dialysé à domicile est hospitalisé pour une durée inférieure à deux jours en établissement de santé.

⁴ Article D 6124-69 du CSP

Remarque :

Des travaux sont encours pour mettre en place des honoraires de suivi de la dialyse péritonéale pour les néphrologues, dont certains sont salariés.

Des instructions complémentaires à la présente circulaire seront apportées ultérieurement en tant que de besoin.

2.2.1.2. Consultations et activité externe

Les cliniques peuvent facturer dans la partie basse du bordereau S3404 les honoraires correspondant aux actes ou consultations des médecins salariés délivrés au cours d'un séjour hospitalier (consultations et actes en relation avec les prestations d'hospitalisation telles qu'exposées dans la présente circulaire et dans celle de juin 2010).

Au regard du dispositif juridique existant, l'activité spécifiquement externe - *c'est-à-dire les consultations et soins externes facturés sur feuille de soin, sans relation avec des prestations d'hospitalisation, y compris notamment, les consultations pré ou post anesthésiques, les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes, l'acte de gastro-entérologie rémunéré par le forfait VDE* - relève des prérogatives des médecins libéraux exerçant ou non sur le site d'une clinique. Il n'y a pas lieu qu'elles soient facturées par les établissements au titre de l'activité des médecins salariés.

2.2.2. Les majorations : rappel

Sont considérés comme actes de nuit, les actes effectués entre 20 h et 8 h, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, l'appel au praticien a été fait entre 19 h et 7 h (NGAP, art. 14, § 1 et 2).

2.3. Les médecins : cas particuliers

2.3.1 Médecins salariés intervenant dans le cadre d'une équipe ou unité mobile (soins palliatifs gériatrie ou gérontologie, douleur, addictologie...)

Ces structures sont financées par une enveloppe MIGAC. Leurs membres ne pratiquent en principe pas directement d'actes de soins, la responsabilité de ceux-ci incombant au médecin qui a en charge le patient dans le service ou qui a fait appel à l'équipe mobile⁵. **Cette situation n'entre pas dans le champ d'application des dispositions de l'article L162-26-1 du CSS.**

2.3.2 Médecin salarié/libéral

Il ressort des dispositions de l'article L 162-26-1 du code de la sécurité sociale que les médecins employés par un établissement de santé pour assurer des activités de soins "*choisissent le mode d'exercice salarié*". Ce choix s'entend pour un exercice sur le site d'un même établissement, rien ne s'opposant à ce que le praticien exerce par ailleurs une activité libérale en cabinet ou sur le site d'une autre clinique.

Les caisses d'assurance maladie tiendront les ARS informées des dispositions de la présente circulaire.

⁵cf notamment circulaire DHOS/O2 n° 2008-99du 25/03/2008 relative à l'organisation des soins palliatifs