

Circulaire DH/DSS n° 95-41 du 9 octobre 1995 relative à la mise en oeuvre, dans plusieurs établissements publics de santé, d'une expérimentation relative à la forfaitisation des soins externes. Date d'application : immédiate.

09/10/1995

Le souci permanent du Gouvernement d'améliorer la gestion budgétaire et financière des établissements publics de santé a conduit à la mise en place, en octobre 1994, de la Commission pour la modernisation de la gestion hospitalière.

Cette Commission a été chargée par le ministre de promouvoir, suivre et évaluer, en collaboration avec la direction des hôpitaux, les travaux et expériences entrepris à la suite du rapport de Mme Esper, présenté en février 1994.

La Commission assure notamment le suivi des réflexions conduites par trois groupes de travail, animés par la direction des hôpitaux.

L'un de ces groupes a été constitué sur le thème de 'la modernisation de la gestion comptable, économique et financière'.

Les objectifs suivants ont été assignés à ce groupe de travail :

- établir les conditions d'une plus grande cohérence du fonctionnement budgétaire et financier des établissements publics de santé ;
- renforcer l'efficacité des méthodes de gestion ;
- définir des procédures organisées davantage pour la gestion que pour le contrôle.

Dans sa composition, ce groupe, piloté par la sous-direction des affaires financières de la direction des hôpitaux, a témoigné d'une volonté d'ouverture et de transparence ; à des représentants, nombreux, des directeurs d'hôpital, des trésoriers et de la fédération hospitalière de France ont été associés des représentants du ministère de l'économie et des finances, du ministère de l'intérieur, de la direction de l'action sociale, de la direction de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Après analyse de 27 propositions, le groupe de travail 'Modernisation de la gestion comptable, économique et financière' a retenu deux axes de réflexion : la gestion financière et la facturation des prestations hospitalières.

Sur le premier volet, le rapprochement préconisé de l'ordonnateur et du comptable vise à développer une gestion plus dynamique de l'hôpital portant notamment sur la gestion de trésorerie, l'amélioration des délais de paiement et de recouvrement, le partage de l'information. Sur ce thème, a été élaborée, à l'initiative du directeur de la comptabilité publique et du directeur des hôpitaux, une convention de partenariat hospitalier (B.O. du 10 juin 1995, n° 95/15) qui établit les conditions générales d'une gestion budgétaire, comptable et financière maîtrisée de l'hôpital. Il est souhaité que cet esprit de partenariat se développe dans les établissements publics de santé et conduise notamment à la passation d'une convention entre chaque directeur d'hôpital et le trésorier gestionnaire de son établissement.

S'agissant de la facturation des prestations hospitalières, il apparaît indispensable, aux membres du groupe de travail, de simplifier les règles de facturation aux urgences et dans les services de consultations externes. La complexité des règles de facturation fait en effet obstacle au développement des encaissements en régie et se traduit par des délais importants d'émission des titres de recettes. Dans ces conditions, les risques d'admission en non-valeur sont fortement accrus. A cet égard, la forfaitisation et le prépaiement devraient permettre aux hôpitaux d'améliorer sensiblement leurs taux de recouvrement et de réduire les besoins de financement générés par les créances irrécouvrables.

Cette démarche s'inscrit entièrement dans le cadre des orientations de la politique du Gouvernement, telles qu'elles ont été définies par la circulaire du 26 juillet 1995 visée en référence, visant à simplifier les procédures et les circuits administratifs et à améliorer la situation financière des établissements publics de santé tout en permettant d'accroître l'efficacité des services publics.

Je souhaiterais toutefois qu'à cet objectif financier soit étroitement associé un second objectif, qualitatif, concernant la relation même de l'institution avec ses usagers : la forfaitisation des soins externes doit ainsi permettre d'améliorer la qualité de l'accueil grâce à une meilleure information et une meilleure gestion des dossiers des particuliers.

C'est donc dans le cadre de ces deux objectifs essentiels, amélioration de l'accueil des consultants et assainissement

financier, que j'ai décidé de lancer, sur quelques sites sélectionnés, une expérimentation reposant sur une base conventionnelle, entre l'hôpital, l'autorité de tutelle et les caisses d'assurance maladie, à partir d'un cahier des charges national.

Dans sa mise en oeuvre, cette expérimentation doit trouver les trois principes directeurs suivants : neutralité pour l'assurance maladie et les autres débiteurs, création d'un nombre limité de tarifs forfaitaires de consultations et en conséquence forfaitisation du ticket modérateur.

En outre, dans le cadre de l'expérimentation, il doit y avoir intégration complète de la part prise en charge par l'assurance maladie dans la dotation globale.

Vous voudrez bien assurer la diffusion de cette circulaire ainsi que du cahier des charges type joint en annexe auprès des hôpitaux de votre région, puis inciter quelques-uns des établissements les plus représentatifs à faire acte de candidature pour cette expérimentation.

Les déclarations de candidature devront être transmises dans les meilleurs délais, si possible dans le courant du mois de septembre, à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales qui prendra l'attache de la C.R.A.M.

Cette déclaration sera obligatoirement accompagnée ou suivie d'un cahier des charges élaboré, sur la base du modèle ci-joint, à partir d'un projet commun défini par l'établissement, les services de tutelle et les caisses d'assurance maladie (C.R.A.M. et caisse-pivot). Il apparaît notamment essentiel que des objectifs quantifiés d'amélioration du recouvrement soient définis par rapport à la situation existante.

Les projets retenus par la D.R.A.S.S. seront communiqués, avant le 1er décembre, au ministère de la santé publique et de l'assurance maladie (direction des hôpitaux, bureau AF 3) qui les présentera aux membres du groupe de travail 'modernisation de la gestion comptable, économique et financière' pour approbation définitive.

J'appelle votre attention sur le fait que le cahier des charges type qui vous est proposé s'appuie largement sur des pratiques existantes et se réfère aux expériences conduites par certains établissements, notamment les C.H.U. de Toulouse et de Lille.

Convaincue de l'intérêt de cette démarche, qui doit contribuer à améliorer le service rendu à l'utilisateur et à rationaliser le fonctionnement de la structure, je souhaite que cet appel à candidatures rencontre le plus large écho et soit l'occasion pour les établissements publics de santé d'engager une réflexion sur les conditions d'accès aux consultations externes, sur leur prise en charge financière et sur l'accueil administratif et médical.

Référence : circulaire du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en oeuvre de la réforme de l'Etat et des services publics.

ANNEXE

FORFAITISATION DES SOINS EXTERNES

Cahier des charges type

1. Préambule

La convention 'Forfaitisation des soins externes' est le fruit de la réflexion conduite par le groupe de travail 'Modernisation de la gestion comptable, économique et financière'. Elle s'inscrit dans le cadre des orientations de la politique du Gouvernement visant à simplifier les procédures et les circuits administratifs, afin, d'une part, d'améliorer la qualité de l'accueil grâce à une meilleure gestion des dossiers des particuliers et, d'autre part, d'accroître l'efficacité des services publics.

Elle a pour objet la mise en place, à titre expérimental, sur une période de trois ans à compter du 1er janvier 199.., d'une
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhdss-n-95-41-du-9-octobre-1995-relative-a-la-mise-en-oeuvre-dans-plusieurs-etablissements-publics-de-sante-dune-experimentation-relative-a-la-forfaitisation-des-soins-externes/>

facturation forfaitaire des consultations et soins externes au centre hospitalier de...

Le présent cahier des charges définit les modalités techniques de la facturation forfaitaire et les bases de son évaluation.

2. Objectifs

Le forfait correspond à une prestation définie a priori. Sur cette base, la forfaitisation des soins externes doit concourir à améliorer la situation financière de l'établissement et la qualité de la prestation servie à l'utilisateur :

- il s'agit d'abord d'améliorer l'accueil des consultants. A cet égard, la forfaitisation se traduit par une simplification du mode d'accès aux soins qui permet notamment de dispenser une meilleure information aux patients, de les sensibiliser au coût des prestations et de réduire les délais d'attente pour le paiement aux régies ;
- il s'agit ensuite d'accroître la sûreté du recouvrement et de limiter ainsi le plus possible le poids des créances irrécouvrables. Dans ce but, la forfaitisation doit se traduire, grâce à la simplification de la procédure de constatation des créances, par une augmentation des encaissements en régie, une fiabilisation de la saisie des données et une accélération, en l'absence d'un recouvrement au comptant, de l'émission des titres de recettes sur les particuliers.

Il faut par ailleurs souligner que l'allègement des tâches administratives qu'autorise la forfaitisation doit permettre d'opérer des redéploiements de moyens et de crédits qui pourront être mis à profit pour renforcer la fonction accueil et de soins et pour financer d'autres charges d'exploitation (admission en non valeur des créances irrécouvrables ; dépenses médicales...) en fonction des priorités de l'établissement.

En annexe n° 1

Détailler les objectifs précis assignés à l'établissement

Décrire préalablement la situation initiale puis définir, à partir de là, des objectifs quantitatifs et qualitatifs

3. Principes de la forfaitisation

La forfaitisation conduit à mettre en place de nouvelles règles de facturation. Ces nouvelles règles peuvent être synthétisées comme suit :

1. Préfacturation : la forfaitisation doit permettre de raccourcir au maximum le délai de facturation et d'aboutir, si possible, à un délai zéro. La facturation doit donc s'effectuer en présence des malades. Forfaitisation et préfacturation sont ainsi étroitement liées, le bon fonctionnement du système reposant sur une prédétermination des prestations. Il convient toutefois de souligner que le prépaiement ne constitue, en aucun cas, une condition préalable de l'accès aux soins.

2. Fin de la collecte des lettres-clés et simplification de la facturation reposant sur des forfaits. Ceux-ci sont définis sur la base de l'une des deux options suivantes :

a) Option 1 : forfaitisation de la cotation des lettres-clés sur la base d'une moyenne pondérée des actes constatés sur l'année. Cette cotation unique par type d'actes aboutit à plusieurs forfaits, en nombre limité mais combinables ; leur montant correspond au coût moyen pondéré de chaque acte.

b) Option 2 : facturation sur la base d'un nombre réduit de forfaits, au nombre minimum de 3 et maximum de 5. Ces forfaits comprennent notamment :

- un forfait simplifié pour la consultation ;
- un forfait complexe médical avec consultation et exploration ;
- un forfait complexe chirurgical avec consultation et exploration ;

La faculté est laissée à l'établissement de soustraire du champ de l'expérimentation certains actes et prestations : examens scanners et I.R.M. par exemple.

Afin de corriger une éventuelle sous-évaluation apportée par les forfaits, un système où seraient appliquées les majorations de nuits et jours fériés pourra être mis en place.

Préciser ici l'option retenue par l'établissement et joindre en annexe 2 la tarification prévue

3. Institution d'un ticket forfaitaire opposable à tous les patients non exonérés de ticket modérateur.

Dans le cas de l'option 2, ce ticket modérateur représente un pourcentage invariable de chacun de ces forfaits, fixé à...

La forfaitisation des soins externes doit assurer une complète neutralité à l'égard des financeurs de l'établissement public de santé. Le montant des forfaits est donc calculé en prenant en compte les deux paramètres suivants :

- d'une part, par référence aux recettes normalement attendues, par application de la nomenclature, sur les produits hospitaliers (groupe 2 de recettes-compte 70651).
- d'autre part, par référence aux règles relatives à la participation respective de l'assurance maladie et de l'assuré aux tarifs de prestations. Le calcul des forfaits doit s'établir sur la base des tickets modérateurs réels, avant expérimentation, applicables selon les actes. Il conviendra de vérifier que la base du ticket modérateur forfaitaire qui sera retenu n'induit pas de biais entre ticket modérateur présumé et ticket modérateur réel dans la répartition des charges entre assurance maladie et assurés.

Préciser en annexe 3 le détail du calcul réalisé et la méthodologie suivie

Afin d'égaliser, le plus possible, produits encaissables par forfait et tickets modérateurs encaissables d'après la nomenclature, il sera procédé à un contrôle régulier de l'application des règles forfaitaires retenues. Par ailleurs, dans le souci de maintenir inchangées les parts relatives de la dotation globale et du produit des tarifications, il sera fait référence au niveau des recettes antérieures à l'expérimentation.

Préciser en annexe 3 les modalités du contrôle annuel de l'application des règles forfaitaires

La revalorisation des forfaits devra intervenir régulièrement en fonction de la modification réglementaire des tickets modérateurs et des règles de rétribution des actes et après évaluation annuelle du dispositif (cf. paragraphe VI).

4. Dispositions budgétaires

Durant la phase d'expérimentation, les forfaits sont proposés dans le cadre de la procédure budgétaire à l'occasion de la présentation du budget primitif.

Ils font en conséquence l'objet d'une délibération du conseil d'administration après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

A l'issue de la procédure contradictoire et après avis de la commission d'examen des budgets hospitaliers, l'arrêté annuel préfectoral des tarifs prévoit les forfaits applicables pour l'exercice.

5. Facturation et paiement

Le paiement préalable conduit à mettre en place de nouvelles modalités d'organisation de l'accueil, visant à opérer sa décentralisation au plus près des malades, au niveau même des services de consultation.

Cette réorganisation contribue avant tout à une optimisation de la gestion des ressources humaines et à une redéfinition des tâches et des fonctions centrées principalement sur la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Son fonctionnement peut s'appuyer sur tout dispositif technique respectant les contraintes réglementaires liées à la gestion des établissements publics de santé (1).

(1) Procédure de la régie prolongée, mise en place de sous-régies et installation de bornes automatiques de paiement.

L'établissement entend ainsi mettre en place :

- description, site par site, des nouvelles modalités d'organisation de l'accueil ...
- description des dispositifs techniques retenus ...

Il est bien précisé que la forfaitisation des soins externes ne remet pas en cause les motifs d'exonération définis par la réglementation.

La facturation est ainsi réalisée :

- pour les assurés sociaux, sur la base du ticket modérateur s'il n'y a pas motif d'exonération ;
- pour les non-assurés sociaux, sur la valeur totale des forfaits.

6. Evaluation du dispositif

Vérification de la validité des forfaits

Afin de s'assurer que les forfaits ont été évalués à un juste niveau, un calcul de l'écart entre la facturation forfaitaire et la facturation sur la base de la N.G.A.P. sera effectué par sondages, régulièrement et sur une période de temps significative. Une méthode comparative sera retenue en procédant à partir d'un échantillon valorisé sur la base des tarifs N.G.A.P.

Deux types d'analyse seront effectuées, l'une macro-économique contrôlant le montant des produits hospitaliers enregistrés sur le groupe 2 de recettes, l'autre micro-économique analysant la bonne adéquation entre les forfaits facturés et la valorisation des soins prodigués.

Par ailleurs, il sera vérifié que la base de ticket modérateur retenue dans les forfaits n'introduit pas de distorsion par rapport aux règles de répartition de l'assurance maladie.

La révision des forfaits s'opère normalement dans le cadre de la procédure budgétaire de l'exercice suivant.

Les moins-values ou plus-values constatées sur le produit des forfaits donnent lieu à révision de la dotation globale en application de l'article R. 714-3-49 III du décret du 31 juillet 1992.

7. Evaluation des résultats

a) Résultats financiers :

La mise en évidence des résultats financiers doit reposer bien entendu sur une 'photographie' préalable de l'existant à partir de laquelle sont fixés des objectifs quantifiés précis.

Cf. annexe 1.

1° Analyse et description de l'existant :

2° Définition d'objectifs quantifiés et critères de mesure :

Liste non exhaustive :

- améliorer le pourcentage des recouvrements en régie : taux de dossiers payés en régie d'au moins... p. 100 ;
- accélérer le processus de facturation : définir un délai moyen de facturation tiers payant (inférieur ou égal à x... jours) et sur les particuliers (inférieur ou égal à x... jours) ;
- enregistrer une augmentation des taux de recouvrement ;
- aboutir à une simplification des circuits et procédures : avoir un taux de dossiers 'facturés + facturables' proche de x... p. 100 tout au long de l'année ;
- évaluer les économies réalisées :
- nombre d'équivalent temps plein et crédits dégagés.

b) Amélioration de l'accueil :

En permettant une gestion des dossiers en temps réel, la forfaitisation doit conduire à un allègement de la charge de travail des personnels administratifs et soignants.

Critères de mesure :

- redéfinition des tâches et des fonctions ;
- modalités de réorganisation de l'accueil ;
- postes redéployés en fonction des priorités de l'établissement ;
- taux de contentieux très faible, voire inexistant ;
- montant et nature des crédits redéployés.

8. Suivi du projet

Une commission locale de suivi de l'expérimentation est créée. Elle a pour rôle d'évaluer les résultats du projet, de suivre son évolution et de contribuer à améliorer sa qualité et sa pertinence.

Elle est composée :

- de représentants de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ;
- du trésorier de l'établissement ;
- de représentants de la caisse régionale d'assurance maladie ;
- de représentants de la caisse pivot.

La commission se réunit au moins une fois par an sur un rapport d'étape.

La commission se prononcera annuellement sur le bilan de la forfaitisation des soins externes et transmettra ses conclusions au ministère de la santé et à la Caisse nationale d'assurance maladie.

ANNEXE I

Description de l'existant et définition des objectifs assignés à l'établissement

a) Modalités présentes d'organisation de l'accueil, organisation des tâches, difficultés rencontrées.

Pourcentage des recouvrements en régie, délai moyen de facturation, taux de recouvrement.

b) Nouvelles modalités envisagées de l'accueil, objectifs quantifiés.

c) Montant des recettes concernées par le dispositif expérimental.

Cf. paragraphes 2 et 7 du cahier des charges.

ANNEXE II

Bases de la facturation forfaitaire

Indiquer l'option retenue

Option 1 : forfaitisation de la cotation des lettres-clés : préciser les cotations forfaitaires par lettre-clé.

Option 2 : facturation sur la base d'un nombre réduit de forfaits : préciser le montant et le contenu de chacun des forfaits.
Ticket modérateur forfaitaire : pourcentage et méthodologie retenus.

ANNEXE III

Méthodologie de calcul du montant des forfaits

Modalités de contrôle annuel de la pertinence des forfaits et du pourcentage des tickets modérateurs.

Cf. paragraphe 3 du cahier des charges.

Direction des hôpitaux, Direction de la sécurité sociale.

Le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

Texte non paru au Journal officiel.

2522.