

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

19/07/90

**Origine :**

DGR

ENSM

MMES et MM les Directeurs  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux  
MM le Médecin Chef de La Réunion

**Réf. :**

DGR n° 2519/90 - ENSM n° 1368/90

**Plan de classement :**

2416

**Objet :**

TARIFICATION DES UNITES ET CENTRES DE LONG SEJOUR

La circulaire ministérielle n° 90 H 376 du 22 mai 1990 précise les modalités de mise en oeuvre du décret n° 90-313 du 5 avril 1990 relatif aux centres et unités de long séjour pris en application des articles 52.1 et 52.2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.

**Pièces jointes :**

0 1

**Liens :**

**Date d'effet :**

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

DESMES / C. POUILLOUX - ENSM / Dr VEDRINE - Dr MABRIEZ

**Téléphone :**

42.79.33.62 - 42.79.34.41 - 42.79.34.57



**Direction de la  
Gestion du Risque**

19/07/90

**Origine :**  
DGR  
ENSM

Mmes et Mrs les Directeurs  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
Mmes et Mrs les Médecins Conseils Régionaux  
Mr le Médecin Chef de La Réunion

**N/Réf. :** DGR n° 2519/90 - ENSM n° 1368 bis/90

**Objet :** Tarification des unités et centres de long séjour.

J'ai l'honneur de vous communiquer ci-joint la circulaire ministérielle n° 90 H 376 du 22 mai 1990 relative aux modalités d'application du décret n° 90-313 du 5 avril 1990 (Journal Officiel du 8 avril 1990) relatif aux centres et unités de long séjour.

Le décret n° 90-313 du 5 avril 1990 a mis fin au vide juridique né de l'absence de décrets d'application de la loi du 4 janvier 1978, concernant la double tarification en vigueur dans les unités ou centres de long séjour et complète le dispositif prévu par la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 (Journal Officiel du 25 janvier 1990).

## **I - LA SITUATION EN APPLICATION DES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 4 JANVIER 1978**

- La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 a complété la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière en introduisant deux articles 52.1 et 52.2 relatifs aux modalités de prise en charge et de répartition des frais de soins et d'hébergement des personnes hospitalisées en unités ou centres de long séjour.

Les dispositions contenues dans ces deux articles prévoyaient que seuls les frais de soins étaient à la charge des organismes d'Assurance Maladie, à l'exclusion de ceux d'hébergement.

La mise en oeuvre de ces dispositions prises par les Pouvoirs Publics résulte d'une circulaire n° 1952 bis du 15 septembre 1978, qui est donc sans valeur réglementaire.

Une revalorisation du forfait journalier plafond intervenait en outre chaque année dans le cadre des circulaires budgétaires.

- Or, la Cour de Cassation, dans un arrêt du 22 mars 1989 a estimé que les dispositions de la loi du 4 janvier 1978 mettant à la charge des organismes d'Assurance Maladie les seuls frais de soins, à l'exclusion de ceux d'hébergement, n'avaient pu, en l'absence de décrets d'application fixant la tarification de ces deux éléments, recevoir application.

Il convenait de se référer au système antérieur qui mettait à la charge de l'Assurance Maladie l'ensemble des frais afférents à une hospitalisation dans une unité ou centre de long séjour.

## **II - LE DISPOSITIF LEGAL ET REGLEMENTAIRE INTRODUIT PAR LA LOI N° 90-86 DU 23 JANVIER 1990 ET LE DECRET N° 90-313 DU 5 AVRIL 1990**

### **A - La loi n° 90-86 du 23 janvier 1990**

Les articles 27.I, 27.II, 27.III de la loi visent à :

- fixer le principe d'un plafond aux prestations de soins,

- confirmer la fixation, par décret en Conseil d'Etat, des modalités de répartition des dépenses budgétaires entre les deux éléments de tarification (soins-hébergement),
- donner, en les validant, une base légale aux actes administratifs antérieurement à la publication du décret du 5 avril 1990.

**B - Le décret n° 90-313 du 5 avril 1990**, pris en Conseil d'Etat, précise les modalités de prise en charge, de détermination et de fixation des tarifs prévus aux articles 52.1 et 52.2 de la loi du 31 décembre 1970.

### **III - LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE DU DECRET N° 90-313 DU 5 AVRIL 1990**

La circulaire ministérielle n° 90 H 376 du 22 mai 1990 jointe en annexe précise les modalités d'application du décret du 5 avril 1990. Les points suivants sont abordés :

#### **A - Champ d'application**

- **Les unités et centres de long séjour publics et privés participant au service public hospitalier.**

Le décret n° 90-313 du 5 avril 1990 modifie à cet effet, le décret n° 83-744 du 11 avril 1983, en introduisant une sous-section III spécifiquement consacrée aux centres et unités de long séjour.

- **Les unités ou centres de long séjour privés à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier, mais habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.**

L'article 65 du décret du 11 août 1983 est complété par un deuxième alinéa relatif aux dispositions particulières applicables à ces structures.

S'agissant des établissements privés non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les règles en matière de conventionnement et de tarification résultent de diverses instructions de la Direction de la Sécurité Sociale et notamment de la lettre ministérielle du 29 juin 1982.

Dans l'attente de dispositions réglementaires nouvelles dans ce domaine, les dispositions antérieures demeurent applicables. La Convention devra prévoir la distinction entre prix de journée d'hébergement et forfaits de soins. Ces derniers, seuls pris en charge par l'Assurance Maladie seront fixés selon les conditions prévues par la nouvelle réglementation introduite par le décret du 5 avril 1990.

## **B - Détermination des tarifs**

Le décret du 5 avril 1990 reprend pour l'essentiel les dispositions antérieures. La circulaire ministérielle précise :

- que la tarification des unités ou centres de long séjour comporte deux éléments : un tarif journalier de soins, un tarif journalier d'hébergement,
- les modalités de financement des dépenses de soins par les régimes d'Assurance Maladie, à savoir :
  - . forfait global annuel pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier,
  - . tarif journalier de soins pour les établissements privés habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale,
- la notion de tarif plafond du forfait journalier de soins,
- les modalités de calcul du forfait global annuel de soins obtenu en retranchant des dépenses prévisionnelles de soins, le produit attendu des tarifications journalières opposables aux personnes non assurées sociales,
- et celles du tarif journalier d'hébergement établi à partir des dépenses prévisionnelles de l'établissement autres que les dépenses de soins prises en compte pour le calcul du tarif journalier de soins et du forfait global annuel de soins, diminuées des recettes atténuatives et corrigées des résultats des exercices antérieurs.

Deux nouvelles mesures sont par contre introduites par le décret :

- l'extension de l'article 28.1 au budget annexe de long séjour.

Ainsi, lorsqu'à la clôture de l'exercice, le montant des produits journaliers de soins est supérieur aux prévisions, le forfait global annuel de soins est diminué d'autant.

En revanche, lorsque ce produit est inférieur aux prévisions, la différence est ajoutée au forfait global de soins.

- la tenue obligatoire d'un budget annexe, pour les unités de long séjour des hôpitaux publics.

### **C - Procédure budgétaire et fixation des tarifs**

- Les précisions de dépenses et de recettes concernant les unités ou centres de long séjour et les propositions de tarifs de soins et d'hébergement sont transmises à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie avant le 1er novembre de l'année précédant l'exercice auquel elles se rapportent. La circulaire ministérielle énumère les documents qui devront être joints par l'établissement à sa transmission de proposition budgétaire. Il s'agit des documents mentionnés à l'article 13 du décret du 11 août 1983 (1°, 4°, 6°, 9°, 10°, 11° et 12°) et d'un rapport sur la décomposition analytique des charges.
- Les organismes d'Assurance Maladie font connaître leur avis dans le délai d'un mois, à l'autorité de tutelle, dans le cadre de la Commission de "l'article 35" sur les propositions de l'établissement.

Dans la mesure où les propositions lui ont été communiquées avant le 1er novembre, le Président du Conseil Général donne son avis à l'autorité de tutelle avant le 1er décembre.

- L'autorité de tutelle fixe les tarifs de soins avant le 1er janvier de l'année auxquels ils se rapportent.
- Le Président du Conseil Général fixe le tarif d'hébergement compte tenu de la décision du Préfet.

Dans le cas où le tarif journalier d'hébergement n'a pas été fixé avant le 1er janvier, il convient d'appliquer le **tarif antérieur** jusqu'à l'intervention du nouveau tarif.

### **D - Mesures transitoires**

La circulaire des Pouvoirs Publics précise d'une part la mise en oeuvre provisoire des dispositions du décret du 5 avril 1990 dans l'attente de l'entrée en vigueur de la réforme des conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

D'autre part, s'agissant des tarifs journaliers de soins, ceux arrêtés pour 1990 avant la publication du décret du 5 avril 1990, doivent être pris en compte. Pour ceux dont la procédure est en cours d'élaboration, il convient que cette procédure soit poursuivie si elle est conforme aux dispositions du décret du 5 avril 1990, ou, dans le cas contraire, reprise à son point de départ.

Les tarifs journaliers de l'exercice antérieur devront être appliqués dans ces deux situations dans l'attente de la fixation des tarifs de l'exercice concerné.

Je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de toutes difficultés rencontrées dans l'application de ces dispositions.

Le Directeur Adjoint

*Signé : Professeur Claude BERAUD*

*Georges DORME*

PJ : \*Circ. Min. N° H376 du 22.05.90\*