

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
02/08/96

Origine :
DGR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

DGR n° 67/96

Plan de classement :

242						
-----	--	--	--	--	--	--

Objet :

MODALITES D'APPLICATION DE LA REFORME RELATIVE A LA SUPPRESSION DU REGIME DE FINANCEMENT PAR PRIX DE JOURNEE PREFECTORAL PREVUE PAR LES DISPOSITIONS DU CHAPITRE III DE L'ORDONNANCE N° 96-346 DU 24 AVRIL 1996.
TRANSMISSION DE LA CIRCULAIRE MINISTERIELLE DH/DSS/96 N° 453 DU 15 JUILLET 1996.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/Desmes : C. POUILLOUX - L. CASTRA

Téléphone :

42.79.33.62

42.79.32.86

@

**Direction
de la Gestion du Risque**

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :
DGR

N/Réf. : DGR n° 67/96

Objet : Modalités d'application des dispositions de la réforme relative à la suppression du régime de financement par prix de journée préfectoral.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'Hospitalisation Publique et Privée met fin, par les articles 22 à 27, au régime de financement par prix de journée préfectoral pour les établissements de santé privés.

Dans l'attente de la parution du décret d'application et compte tenu notamment du délai fixé pour le droit d'option d'un régime de financement au 1er septembre 1996, la *circulaire ministérielle DH/DSS/96 n° 453 du 15 juillet 1996* jointe en annexe, fixe les modalités de la réforme mise en place par l'ordonnance.

Après avoir défini le champ d'application de la réforme, la circulaire précise les principes et les modalités de reclassement des établissements dans les différents régimes de financement.

1 - Définition du champ de la réforme

La réforme tarifaire concerne les établissements de santé privés qui étaient antérieurement visés par les articles L. 162-23 (notamment les anciens établissements de cure), L. 162-23-1 (établissements à but non lucratif ne participant au service public hospitalier) et L. 162-25 (établissements de rééducation fonctionnelle) du Code de la Sécurité Sociale.

Sont comprises également dans ce champ les maisons d'enfants à caractère sanitaire visées à l'article L. 203 du Code de la Santé Publique.

Sont concernées toutes les activités relevant de la tarification préfectorale même dans le cas où elles sont rattachées à une activité principale régie par l'article L. 162-22 du Code de la Sécurité Sociale. En outre, la réforme s'applique aux différents modes de fonctionnement : hospitalisation complète, hospitalisation partielle, hospitalisation à domicile.

S'agissant de l'hospitalisation à domicile, seules les structures qui relèvent de la tarification préfectorale sont visées.

Les structures d'hospitalisation à domicile tarifées par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie sont exclues du champ de la réforme.

Il en est de même des structures exerçant une activité de dialyse ayant un statut d'association ou des activités de traitement à domicile d'insuffisance respiratoire chronique relevant d'associations.

Le dispositif de la réforme exclut les activités médico-sociales et expressément celles relatives aux soins de longue durée.

S'agissant des établissements de lutte contre la tuberculose, compte tenu de l'abrogation des dispositions applicables à ces établissements (article L. 238 du Code de la Santé Publique) concernés par la réforme, ils devront être requalifiés dans une autre discipline afin de permettre leur prise en compte notamment dans le champ du financement de la tarification conventionnelle.

Le Ministère n'a pas retenu la proposition de la CNAMTS visant à intégrer dans le dispositif prévu par l'ordonnance du 24 avril 1996 **les établissements gérés par les caisses** qui ne sont pas conventionnés avec l'aide sociale et sont placés sous le régime de l'approbation budgétaire de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés en application de la loi du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité Sociale (article L. 153-2 du Code de la Sécurité Sociale).

La circulaire met hors champ de la réforme ces établissements gérés par des organismes de Protection Sociale (cf annexe 1 de la circ. ministérielle).

2 - Les principes de reclassement des établissements

La réforme consiste à répartir les établissements de santé qui relèvent actuellement de la tarification par prix de journée préfectoral (480 établissements), notamment sur le critère de la non lucrativité et de la lucrativité, entre d'une part, le champ de la dotation globale de financement et, d'autre part, celui du conventionnement des établissements privés régulés par l'OQN.

Cette réforme qui s'inscrit dans un objectif de simplification et d'harmonisation des dispositifs tarifaires prévoit un calendrier de mise en oeuvre en deux temps :

- à compter du 1er janvier 1997, les établissements à but lucratif et ceux à but non lucratif, sur la base d'un droit d'option à exercer volontairement avant le 1er septembre 1996, seront soumis au régime de financement du secteur conventionnel des établissements privés ;
- à compter du 1er janvier 1998, les établissements à but non lucratif ayant préalablement opté pour le maintien de la compétence tarifaire de l'Etat, seront régis par les dispositions du régime financier de la dotation globale, sans obligation de participation à l'exécution du service public hospitalier.

La circulaire ministérielle du 15 juillet 1996 précise les statuts juridiques des établissements concernés par les modalités de reclassement tarifaire des établissements dans le régime de financement des établissements privés conventionnés et dans le régime de la dotation globale et indique les conditions du droit d'option que doivent exercer les établissements avant le 1er septembre 1996.

L'option du régime de financement des établissements

En application de l'article 25 de l'ordonnance portant réforme de l'Hospitalisation, les établissements de santé privés à but non lucratif ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but non lucratif doivent exercer un droit d'option **avant le 1er septembre 1996** soit pour le régime de financement des établissements privés, soit pour le champ de la dotation globale dissociée de la participation au service public hospitalier.

L'option retenue doit faire l'objet d'une décision du Conseil d'Administration ou de l'organe délibérant de l'organisme gestionnaire de l'établissement.

Il s'agit d'une délibération qui doit être portée à la connaissance du Préfet et du Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ***avant le 6 septembre 1996.***

La preuve de cette transmission doit être attestée par le cachet de la poste ou la délivrance d'une attestation de dépôt.

La circulaire demande aux services déconcentrés de l'Etat de s'assurer de la bonne transmission de la délibération à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

Pour les établissements à but non lucratif qui n'auront pas exercé leur droit d'option au 1er Septembre 1996, la circulaire prévoit qu'ils seront réputés avoir opté pour le régime de la tarification conventionnelle .

L'instruction du Ministère admet toutefois en raison de difficultés exceptionnelles rencontrées par l'établissement pour réunir son Conseil d'Administration avant le 1er septembre 1996, que le choix du régime de financement soit fait par une lettre d'intention du gestionnaire et sera confirmé ultérieurement par décision de l'organe délibérant de l'établissement *avant le 10 septembre 1996.*

En outre, s'agissant du droit d'option ouvert aux établissements à but non lucratif la circulaire limite ce droit aux établissements qui relèvent aujourd'hui de la tarification préfectorale. La circulaire interdit d'étendre ce droit d'option aux créations d'établissements à but non lucratif et aux établissements dont le statut du gestionnaire est modifié à l'occasion d'une opération de reprise d'activité. Il ne doit pas s'appliquer aux établissements privés participant au service public hospitalier qui demanderaient leur retrait du service public hospitalier.

3 - Incidence du reclassement des établissements dans les régimes de financement

3.1. Incidence du reclassement dans le champ du régime de financement des établissements privés

Compte tenu de l'inexistence ou de l'inadaptation de grilles de classement, un dispositif transitoire est mis en place qui se caractérise par la fixation de premiers tarifs calculés pour chaque discipline sur la base du prix de journée moyen réel 1996 et du taux d'évolution des dépenses d'hospitalisation privée de 1997.

En outre, conformément aux dispositions fixées par l'article 24 II de l'ordonnance portant réforme de l'Hospitalisation, est mis en oeuvre un nouvel Objectif Quantifié National de l'Hospitalisation Privée (O.Q.N.) spécifique sur la base du montant des remboursements effectués en 1996 au profit des établissements concernés et du taux d'évolution des dépenses de l'hospitalisation privée négocié pour 1997.

Les modalités de calcul de l'O.Q.N. ainsi que les spécificités du dispositif conventionnel feront l'objet de précisions ultérieures après notamment la conclusion d'un accord tripartite.

Dans l'attente de la mise en place d'une tarification sur la base d'une classification des prestations tenant compte des traitements par pathologie le dispositif de reclassement tarifaire des établissements à prix de journée préfectoral s'articule en deux phases suivantes :

1) Un dispositif transitoire du 1er janvier au 31 mars 1997

Compte tenu de la date d'effet des décisions de revalorisation tarifaire annuelle des établissements de santé privés du champ conventionnel au 1er avril 1997, **la fixation des tarifs est prévue transitoirement du 1er janvier 1997 au 31 mars 1997 par le Préfet de Département** sur la base du dernier prix de journée préfectoral de l'année 1996, majoré du forfait journalier (cf. annexe 2 de la circulaire ministérielle).

L'arrêté préfectoral fixant la tarification provisoire devra intervenir avant le 31 décembre 1996.

Durant cette période transitoire, deux hypothèses sont à envisager :

- a - Le dernier prix de journée applicable en 1996 demeure à 10% près identique au prix de journée prévisionnel fixé pour 1996. Dans ce cas, le dernier prix de journée de 1996 n'est pas modifié durant cette période.
- b- Le dernier prix de journée applicable pour 1996 est supérieur ou inférieur d'au moins 10% au prix de journée prévisionnel fixé pour l'exercice 1996. Dans ce second cas, c'est ce prix de journée prévisionnel majoré du montant du forfait journalier qui est pris en compte.

2) Un dispositif de tarification à compter du 1er avril 1997

Les tarifs applicables seront égaux aux prix de journée moyen 1996, déterminés par le rapport entre le montant des produits constatés au titre des frais de séjour et le nombre de journées réalisées sur l'année 1996, actualisés du taux de revalorisation des tarifs négociés pour 1997 et majorés du forfait journalier.

La circulaire ministérielle prévoit la compétence de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour la fixation de ces tarifs. Toutefois, dans la mesure où l'Agence Régionale ne serait pas entrée en activité, la gestion du dispositif tarifaire s'effectuera dans un premier temps par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

Dans la mesure où le dispositif de reclassement tarifaire ne prévoit pas, en accord avec les fédérations représentatives, la prise en compte des résultats d'exploitation en instance d'affectation, à savoir les résultats des exercices 1995 et 1996, les dispositions réglementaires antérieures relatives à la transmission des comptes administratifs et à l'intégration des résultats pour le calcul des prix de journée préfectoraux ne sont plus applicables.

3.2. Incidence du reclassement des établissements dans le régime de la dotation globale.

Les établissements qui seront reclassés dans le régime de la dotation globale au 1er janvier 1998 seront régis par l'article L. 714-7 du Code de la Santé Publique.

Les conditions de mise en oeuvre dans ces établissements, du régime financier, budgétaire et comptable applicable aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier et en particulier les modalités d'apurement des résultats des exercices 1996 et 1997, feront l'objet de précisions ultérieures par le Ministère.

La circulaire du Ministère précise en outre la prise en compte éventuelle d'honoraires médicaux ou des frais d'actes ou de soins pris en charge actuellement dans les établissements à prix de journée préfectoral hors prix de journée et qui devront être intégrés dans la dotation globale. Ces modalités devront faire l'objet d'un examen entre les services de l'Etat et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie, établissement par établissement.

Un dispositif transitoire fixe pour la première année de financement la part des dépenses pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations par référence aux produits constatés, en 1996, au titre des frais de séjour, actualisé en fonction du taux d'évolution appliqué lors de la fixation des prix de journée 1997 et du taux d'évolution mentionné à l'article L. 174-1-1, fixé pour 1998. (cf. annexe 3 de la circulaire ministérielle).

La circulaire ministérielle pose le principe de la création d'une Commission de Suivi pour le règlement des éventuels litiges et des difficultés rencontrées dans l'application de cette réforme tarifaire.

En conséquence, vous voudrez bien me tenir informé, par courrier, des difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre du dispositif de reclassement tarifaire.

Pour toute précision complémentaire que vous souhaiteriez obtenir sur ces modalités d'application, je vous invite à contacter au DESMES :

- Pour les établissements à tarification préfectorale, Claude Pouilloux - tél. 42.79.33.62,
- Pour les établissements privés conventionnés, Laurent Castra - tél. 42.79.32.86.

Le Directeur
de la Gestion du Risque

J.P. PHELIPPEAU

PJ : *Circ. ministérielle DH/DSS/96/n° 453 du 15 juillet 1996*