

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
19/12/96

Origine :
DGR
ACCG

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

Réf. :

DGR n° 106/96 - ACCG n° 55/96

Plan de classement :

2453					
------	--	--	--	--	--

Objet :

FEDERATION ANTADIR : TARIFICATION DES PRESTATIONS DELIVREES PAR LES ASSOCIATIONS REGIONALES ET PRINCIPES APPLICABLES A L'OCCASION DE L'APPROBATION DES BUDGETS ASSOCIATIFS PAR LES CRAM.

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/DMA/DRPS : M.F.GIRAUDET-ACCG/Audit : Mle F. BERNARD

Téléphone :

01.42.79.35.89 - 01.42.79.35.65

@

**Direction de la Gestion du Risque
Agence Comptable/Contrôle de Gestion**

19/12/96
MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine : (pour attribution)

DGR

ACCG

N/Réf. : DGR n° 106 / 96 - ACCG n° 55 / 96

Objet : Fédération ANTADIR : Tarification des prestations délivrées par les associations régionales et principes applicables à l'occasion de l'approbation des budgets associatifs par les CRAM.

La présente circulaire a pour objet de présenter et d'explicitier aux caisses régionales les règles tarifaires et budgétaires retenues et applicables dès l'exercice 1997.

Ces règles sont la résultante du travail de définition et de tarification des prestations dispensées par les associations régionales entrepris en 1995. Elles sont destinées à harmoniser les pratiques associatives conformément à des référentiels exclusifs et stables.

1 Les principes budgétaires préconisés en 1997.

La fixation des montants forfaitaires procède d'une évaluation précise des charges nécessaires à la mise en oeuvre, au sein des associations régionales, des schémas thérapeutiques définis, en 1995, par l'ENSM et l'ANTADIR et validés par le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale. La décomposition des charges afférentes aux forfaits est décrite dans le rapport d'audit de la CNAMTS qui a été remis à tous les partenaires conventionnels.

Les schémas thérapeutiques seront annexés au nouveau dispositif conventionnel qui sera négocié avec la Fédération ANTADIR avant la fin

de l'année. Ils ont déjà été communiqués, en 1995, à tous les ERSM, ainsi qu'à l'ensemble des associations et figurent en annexe au rapport d'audit envoyé aux partenaires régionaux parallèlement à la présente circulaire.
Aucun schéma ne peut être modifié. Aucun autre ne peut être ajouté.

Vingt-cinq forfaits nationaux ont ainsi été arrêtés. Ils sont annexés à la présente circulaire. Ils résultent d'une valorisation de l'ensemble des schémas thérapeutiques retenus, à l'exception de l'aérosolthérapie qui fera l'objet de recommandations budgétaires particulières (infra : 3).

a) Les forfaits nationaux.

ces forfaits nationaux sont applicables dès l'exercice budgétaire 1997 en tant que critères de calcul obligatoires des budgets prévisionnels.

Ils constituent, par conséquent, un **référentiel budgétaire obligatoire**, mais non un ensemble de tarifs forfaitaires uniformément et strictement applicables par toutes les associations à court terme.

La situation financière des associations régionales, encore particulièrement disparate en 1996, exige que l'application de ces forfaits soit assortie de **mesures financières d'accompagnement destinées à adapter à chaque association régionale et à amortir dans le temps la diminution de charges résultant de l'application des forfaits nationaux**. Elles seront précisées ci-dessous (cf : 2a).

Dès lors qu'une modulation des forfaits nationaux est autorisée, il importe que ces dérogations soient clairement justifiées et conditionnées par un engagement des associations concernées sur un programme de réduction de leurs coûts qui leur permettront, à un terme déterminé, de respecter ces forfaits.

Cet engagement doit obligatoirement prendre la forme d'un plan financier de nature contractuelle, opposable aux parties, dont les grands principes seront exposés ci-dessous (2b).

La forfaitisation nationale admet les pratiques tarifaires inférieures. Par conséquent, dès lors qu'une association régionale qui conforme déjà ses prestations au cahier des charges parvient à dégager des coûts d'activité qui lui permettent de situer ses pratiques tarifaires en-dessous des forfaits nationaux, une dotation budgétaire calculée sur la base de ceux-ci ne se justifie pas.

b) Incidences au regard de l'évolution d'activité.

Les associations régionales n'ont pas la possibilité de refuser la prise en charge de patients qui leur sont adressés par les médecins prescripteurs. Les taux directeurs qui avaient été imposés aux associations en 1994, 1995 et 1996 avaient pour principale finalité d'astreindre celles-ci, en l'absence d'évaluation précise de leurs charges effectives, à des efforts de

réduction de leurs coûts d'activité, les contraintes budgétaires globales les obligeant à restreindre le coût de chaque forfait.

La logique de l'établissement de forfaits nationaux et, durant la période transitoire d'alignement progressif des pratiques, le caractère opposable conféré aux plans financiers permettent d'éviter la fixation d'un taux d'encadrement de l'évolution des dépenses.

Dès lors que les coûts réels par forfait sont évalués et que les pratiques forfaitaires par schéma thérapeutique sont encadrées, le seul facteur de croissance des dépenses non maîtrisable réside dans un accroissement très sensible du nombre de patients, phénomène sur lequel il est impossible d'agir en termes de santé publique.

2 Modalités d'application des forfaits nationaux au plan régional.

Une mise en oeuvre stricte des forfaits nationaux exigerait que les pratiques et la situation financière des associations soient déjà comparables et que toutes soient immédiatement en mesure d'aligner leurs activités sur les référentiels nationaux ; ce qui n'est envisageable qu'à moyen terme.

En l'état, un tiers des associations a la possibilité d'adapter ses pratiques tarifaires aux forfaits nationaux dès 1997 ; un autre tiers environ doit avoir pour objectif de s'y conformer à une échéance d'un an ; les autres associations devront bénéficier de mesures particulières qui favoriseront une telle adéquation sur une période de deux à cinq ans.

a) Des mesures financières d'accompagnement des forfaits nationaux doivent être retenues et calculées selon les modalités suivantes :

La tarification nationale n'a pas tenu compte de certaines charges qui n'étaient pas évaluables de façon suffisamment fiable, ou qui ne sont pas communes à l'ensemble des associations :

Le fonds de roulement correspondant à deux mois de charges décaissables : une partie des associations possède d'ores et déjà un tel fonds de roulement.

Aucune dotation supplémentaire ne peut donc leur être allouée à ce titre. En revanche, d'autres ne disposent pas de cette réserve ; auquel cas une allocation de 2 % du montant du budget doit être accordée.

Les investissements ponctuels impliquant un remboursement d'emprunts bancaires.

Les charges exceptionnelles pesant parfois sur les associations, en cas d'endettement notamment, peuvent rendre nécessaire une provision exceptionnelle.

Les antennes que possèdent certaines associations pour faciliter la couverture d'une zone géographique étendue : les forfaits nationaux apparaissent trop rigoureux, de ce point de vue, pour les associations régionales disposant de **plus de deux antennes**.

Ces charges ponctuelles ou incombant à certaines associations ici visées sont celles déjà effectivement engagées avant la fin de l'exercice 1996. Elles doivent être envisagées régionalement et donner lieu, chaque fois qu'elles sont justifiées, à un complément régional.

Ce complément régional doit se traduire par un pourcentage de réévaluation des forfaits nationaux applicables.

En revanche, en ce qui concerne les périodes d'hospitalisation de certains patients, aucun complément régional ne peut être concédé en attendant qu'une étude approfondie de ce problème réel et une évaluation adaptée de son ampleur aient abouti.

Les forfaits nationaux journaliers ont été calculés à partir d'un montant global annuel correspondant à un traitement de 365 jours, sans qu'il soit possible de tenir compte des périodes durant lesquelles les patients peuvent être hospitalisés. Or, les associations n'ont pas toujours la possibilité matérielle de récupérer l'appareillage durant cette hospitalisation du malade (cas d'hospitalisation de courte durée où l'association n'est pas informée). Les caisses primaires refusent alors souvent de prendre en charge les forfaits facturés durant la période d'hospitalisation. Dans ce cas, les recettes associatives sont inférieures aux dépenses budgétées.

La CNAMTS recommandera aux CRAM au cours du second semestre 1997, les mesures d'ajustement budgétaire rendues nécessaires de ce fait, à partir des éléments d'appréciation exhaustifs qu'elle aura pu recueillir durant les premiers mois d'exercice.

Les efforts budgétaires qu'il importe de demander doivent porter prioritairement sur certains postes :

Les coûts trop importants constatés au sein de certaines associations peuvent être en partie réduits sur les postes suivants :

les charges de personnel : certaines associations emploient un nombre de salariés excédentaire par rapport aux moyens que requièrent les missions définies par les schémas thérapeutiques et qui ont été précisés par le rapport d'audit de la CNAMTS.

Il est délicat, cependant, de préconiser comme principe une compression des effectifs excédentaires dès lors que des salariés sont concernés. L'évolution de l'activité, encore prévisible pour les années à venir devrait favoriser l'adaptation progressive de ces charges à niveau constant.

En revanche, **les vacances** qui entraînent un surcoût, plus nombreuses dans les domaines médical et paramédical, peuvent être plus aisément adaptées ;

le petit matériel : il importe de **sensibiliser les associations à la négociation des prix d'acquisition du petit matériel**. Des économies très importantes peuvent être réalisées sur ce poste dans certaines associations ;

les frais généraux et les dépenses informatiques : l'étude de la CNAMTS a mis en évidence le caractère excessif des dépenses engagées par certaines associations sur ces postes. L'équipement informatique de certaines associations outrepassa les besoins. Il est recommandé aux CRAM de veiller particulièrement à un réajustement des pratiques et à une meilleure maîtrise, voire un gel dans certains cas, des acquisitions ;

les délais de renouvellement des appareils : il a été observé que leur durée de vie et d'utilisation était souvent supérieure à la période d'amortissement comptable de cinq ans (par exemple, les respirateurs manométriques utilisés ont une durée d'existence supérieure, de sept à dix ans).

la récupération de la trésorerie sur cinq ans peut permettre de financer une partie de l'effort incombant aux associations pour se rapprocher des forfaits nationaux, dès lors que les associations ont pu se constituer de telles trésoreries et que des efforts de rationalisation ont été réalisés.

il est demandé aux CRAM d'inciter les associations régionales à des **efforts particuliers** tendant à un alignement de leurs charges sur le forfait national fixé **dans le domaine de la PPC**. L'arrêté portant inscription des appareils nécessaires à ce traitement au TIPS a fixé un tarif de 25 F couvrant toutes les charges et, notamment, le petit matériel. Sachant que les associations subissent une fiscalité et des charges plus faibles que les entreprises, le forfait national de 22 F doit être considéré comme très précisément adapté aux besoins des associations régionales.

b) L'élaboration d'un plan financier de nature contractuelle.

Afin d'apprécier l'ampleur des efforts qui devront être consentis par les associations dont les pratiques tarifaires sont sensiblement éloignées des forfaits nationaux, il est recommandé aux caisses régionales d'utiliser comme base de référence **l'écart calculé entre le budget approuvé 1996 et celui qui aurait résulté cette même année d'une application des forfaits nationaux** (en fonction du nombre de journées).

Le but est de **réajuster progressivement les pratiques tarifaires**, lorsque l'écart constaté se révèle important et rend nécessaire un complément régional.

Ce réajustement doit s'opérer conformément à un plan financier, pouvant être pluriannuel, établi par les partenaires régionaux et revêtant la forme d'engagements contractuels.

(A titre purement indicatif, il est possible de considérer que le principe suivant pourrait être approximativement retenu :

écart inférieur ou égal à 5 % : alignement, dès 1997, sur les forfaits nationaux 1997 ;

écart supérieur à 5 % et inférieur ou égal à 10 % : réduire l'écart de 5 points, en 1997 ; alignement en 1998 ;

écart supérieur à 10 % : le réduire d'au moins 5 points par an.)

Il importe que les associations qui bénéficieront de tels plans s'engagent sur des **objectifs contractuels de réduction des coûts** négociés avec les CRAM et que celles-ci exercent un **contrôle annuel** des efforts accomplis et des économies réalisées conformément aux plans.

Ces objectifs contractuels doivent être fixés **par référence au volume de prestations correspondant aux schémas thérapeutiques que le rapport d'audit établi par la CNAMTS a précisés** en fixant des niveaux de charges à retenir ; il s'agit là d'un cahier des charges vers lequel les prestations associatives doivent tendre et donc, à terme, un facteur d'harmonisation du contenu des prestations et des pratiques tarifaires.

Cela implique également que les associations régionales qui disposent actuellement de moyens insuffisants pour se conformer à ce volume de prestations et ont des coûts de fonctionnement inférieurs aux forfaits nationaux s'alignent progressivement, sur une période de trois à cinq ans, sur le cahier des charges défini.

Les plans pluriannuels devront avoir une durée maximale de trois ans, sauf cas exceptionnels : principalement lorsque l'écart de référence ci-dessus évoqué est supérieur à 20 %.

L'accord régional formalisant ce plan sera conclu dans le cadre d'un avenant à la convention régionale.

Il est demandé aux CRAM de communiquer à la CNAMTS les projets d'avenants avant leur conclusion, pour information, afin que puisse être apprécié l'engagement financier global des associations.

3 Recommandations particulières.

a) L'aérosolthérapie.

L'évaluation tarifaire du forfait afférent à ce traitement n'ayant pas été réalisée, il est demandé aux CRAM d'**approuver des montants forfaitaires inférieurs ou égaux à ceux pratiqués au cours de l'exercice budgétaire 1996.**

Jusqu'en 1996, seuls trois types d'indications étaient admises pour les traitements par nébulisation d'aérosol au sein de la Fédération ANTADIR : l'asthme grave, la pneumocystose et la bronchopathie chronique obstructive grave.

Dorénavant, sur la base des schémas thérapeutiques, **le forfait associatif aérosolthérapie est également applicable pour la mucoviscidose.**

Il est rappelé que tout autre traitement devra, en revanche, avoir fait l'objet d'une autorisation au niveau national pour pouvoir donner lieu à une prise en charge sur la base d'un forfait associatif.

b) Les activités dans le domaine de la matériovigilance et de la qualité.

La Fédération ANTADIR a développé des circuits d'évaluation des différents types de matériels utilisés par les associations régionales. Ce réseau, centralisé par l'association nationale, exige de la part de celles-ci la mise en oeuvre de moyens appropriés.

De-même, une partie d'entre elles mène un nombre croissant d'études portant sur la " qualité " et l'observance.

Au regard de ses missions légales, l'assurance maladie ne peut financer des activités n'ayant pas expressément une finalité à caractère thérapeutique. En outre, la liste précise des associations régionales concernées et des missions qui leur sont imparties dans cette optique n'a pas encore été communiquée à la CNAMTS. Enfin, aucune règle susceptible de définir la nature et la finalité de ce travail et de déterminer la délimitation de son champ n'a encore été arrêtée entre la CNAMTS et l'ANTADIR.

Par conséquent, **les dépenses générées par ces fonctions ne peuvent faire l'objet d'un financement complémentaire.** Il convient, en l'état, de considérer qu'elles sont déjà couvertes par les charges techniques et administratives retenues dans les forfaits.

c) La fonction des pharmaciens.

La confirmation du statut de médicament conféré à l'oxygène et du monopole pharmaceutique dans le domaine de la distribution de celui-ci devrait rapidement imposer aux associations régionales le recrutement de pharmaciens (0,25 ETP par association, quelle que soit sa dimension).

Toutefois, en l'état des textes, cette obligation n'a pas encore été organisée.

Il est demandé aux CRAM de n'accepter et de ne budgéter aucun recrutement anticipé de pharmacien. Ce problème ne devra être envisagé qu'à partir du moment où les textes relatifs à la pharmacovigilance dans ce domaine auront été publiés.

Le suivi de la mise en place des mesures préconisées dans la présente circulaire sera assuré par un groupe de travail constitué, au niveau national, entre la CNAMTS, différentes CRAM, ainsi que des ERSM. L'ensemble des CRAM sera prochainement invité à y participer afin que puissent y être abordés les problèmes éventuellement posés dans la pratique ; notamment, les modalités d'établissement des plans financiers et, ultérieurement, les résultats dégagés par les associations régionales.

le Directeur de
la Gestion du Risque

J.P PHELIPPEAU

l'Agent-Comptable

A.BOUREZ

ANNEXE

FORFAITS JOURNALIERS PAR SCHEMA

Schémas	Forfait journalier en FF
PPC	22
PPC + concentrateur	51
PPC + O2 gazeux	69
PPC + O2 liquide	110
O2 concentrateur	35
O2 bouteilles	56
O2 liquide	96
VAD embout	24
VAD embout + O2 concentrateur	49
VAD + O2 gazeux	68
VAD + O2 liquide	109
VAD trachéo	80
VAD Trachéo + Concentrateur	102
VAD trachéo + O2 gazeux	128
VAD trachéo + O2 liquide	168
Trachéo sans VAD	35
Trachéo sans VAD + concentrateur	59
Trachéo sans VAD + O2 gazeux	79
Trachéo sans VAD + O2 liquide	120
VAD masque	53
VAD masque + O2 concentrateur	69
VAD masque + O2 gazeux	94
VAD masque + O2 liquide	135
PET	51
PET + Concentrateur	70