

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

22/01/97

Origine :

DGR

MMES et MM les Directeurs

des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

DGR n° 7/97

Plan de classement :

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

Objet :

**CIRCULAIRE MINISTERIELLE DH/AF2/96/ N° 754 DU 18 DECEMBRE 1996 RELATIVE A LA
CAMPAGNE BUDGETAIRE 1997 DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES SOUS COMPETENCE
TARIFAIRE DE L'ETAT**

Pièces jointes :

0	1
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

F.d'ESPARRON

Téléphone :

01.42.79.33.62

@

Direction de la Gestion du Risque

MMES et MM les Directeurs

22/01/97

des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaire d'Assurance Maladie

Origine :
DGR

N/Réf : DGR n° 7/97

Objet : *Circulaire ministérielle DH/AF2/96/N° 754 du 18 décembre 1996* relative à la campagne budgétaire 1997 des Etablissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'Etat.

L'attention des Caisses est appelée sur la circulaire ministérielle DH/AF2/96/N° 754 du 18 décembre 1996 relative à la campagne budgétaire 1997 des établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'Etat.

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée a mis fin au dispositif du taux directeur national. Le Parlement vote désormais un objectif national de dépenses d'Assurance Maladie fixé en Francs (600,2 milliards de Francs pour 1997) à partir duquel est déterminé la part réservée aux établissements de santé sous compétence tarifaire de l'Etat (plus de 260 milliards de Francs.). Ce montant total annuel et national des dépenses hospitalières présente un caractère limitatif. Il est réparti en dotations régionales initiales et en dotations pour soins de longue durée ; il comprend également des mesures spécifiques et des ajustements en cours d'exercice.

Le financement des établissements sous dotation globale (publics et PSPH) et des établissements encore à prix de journée préfectoral pour une année relève pour 1997, en attendant la mise en place des agences, de la compétence des services déconcentrés de l'Etat en fonction des caractéristiques de l'offre hospitalière de la région et du niveau d'activité des établissements.

La circulaire ministérielle indique, outre les objectifs pour 1997 et les nouveaux instruments créés par l'ordonnance, la composition des dotations régionales.

I - Les objectifs nationaux pour 1997 et leurs moyens issus des ordonnances :

1 - Les objectifs pour 1997

La circulaire ministérielle fixe des objectifs d'économie et de gain de productivité orientés vers une restructuration de l'offre hospitalière de soins et une mise en oeuvre des priorités de santé publique.

Les actions de redéploiement devront être gagées sur des économies qui ne remettent pas en cause la qualité des soins, notamment par une meilleure répartition des effectifs par service.

Les recherches d'économies devront porter en priorité sur d'autres postes que celui de la rémunération du personnel, notamment les dépenses générales, logistiques, médico-techniques et médicales.

Les établissements devront anticiper le développement du secteur médico-social notamment par une requalification de leur personnel.

Le Ministère a également axé ses priorités sur d'autres actions :

la réduction des inégalités régionales dans l'accès aux soins par une répartition plus équitable des moyens hospitaliers notamment,

l'amélioration des performances des structures hospitalières de lutte contre le cancer et les maladies virales (SIDA, hépatites) avec un effort renforcé sur la trithérapie,

le renforcement du dispositif d'accès aux soins des plus démunis.

2 - Les moyens

L'ordonnance du 24 avril 1996 a créé de nouveaux outils utiles à la réalisation des objectifs :

- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'Agence Régionale d'Hospitalisation et l'établissement appuyé sur une contractualisation interne à l'établissement,

les groupements de coopération sanitaire,

les réseaux de soins,

les communautés d'établissements,

le retrait partiel ou total d'autorisation,

les transferts de financement entre les dotations régionales sanitaires du secteur hospitalier public et les ressources des établissements médico-sociaux dans le seul cadre d'une restructuration de l'établissement de santé. Quant à la fongibilité des ressources avec le secteur des cliniques privées, les transferts financiers seront décidés au niveau national, la régionalisation de l'Objectif Quantifié National (OQN) des cliniques n'intervenant pas avant 1998.

En outre, des instructions seront données ultérieurement (arrêté prévu au 1er trimestre 1997) s'agissant de l'extension du PMSI aux soins de suite et de réadaptation, notamment sur les modalités de transmission des variables aux Caisses d'Assurance Maladie, aux services de l'Etat et aux Agences Régionales de l'Hospitalisation et sur le financement des Recueils Hebdomadaires de séjour par le biais de la dotation régionale initiale.

II - Les Dotations régionales :

2.1 Dotations régionales initiales :

Les dotations régionales initiales fixées par le Ministère (tableau page 7 de la circulaire ministérielle) correspondent aux montants des dépenses engagées par les établissements de santé concernés et non aux montants des dotations globales de fonctionnement (Groupe I des recettes de l'établissement) versées par l'Assurance Maladie.

La détermination des dotations régionales initiales procède de la démarche suivante :

une *base régionale de référence* correspondant à l'agrégation des bases départementales 1996 :

augmentée du montant accordé au titre des moyens de reconduction et du financement de mesures spécifiques au cours de l'année 1996,

réduite :

du montant des dotations destinées aux *enveloppes médico-sociales*.

du montant affecté *aux établissements à prix de journée préfectoral basculant dans le champ du financement conventionnel au 1er janvier 1997* (cf. point III de la note technique). S'agissant des établissements à but non lucratif ayant opté pour le financement en dotation globale pour 1998, les prix de journée préfectoraux pour 1997 seront égaux au prix de revient réel 1996 auquel sera appliqué le taux d'évolution de l'ensemble du secteur.

du coût des *antirétroviraux délivrés en ambulatoire sortant de la dotation globale au 1er janvier 1997*, évalué à 800 Millions de Francs, qui seront financés par des recettes subsidiaires, groupe III du budget de l'établissement, non opposables à l'assurance maladie, jusqu'à la délivrance par les seules officines de ville au cours de l'année 1997, (cf. annexe IV et ses pièces jointes : circuits de dispensation, liste des spécialités concernées, coût des antirétroviraux par établissements hospitaliers, tableaux de synthèse de consommation des médicaments).

Durant la période transitoire pendant laquelle ces médicaments seront encore délivrés par les pharmacies hospitalières à des malades non hospitalisés de façon complète ou incomplète, les caisses primaires prendront en charge le coût total de la spécialité sans marge de rétrocession (prix d'achat TVA incluse) sur la base d'une facture de l'hôpital.

Une prochaine circulaire est prévue, qui fera le point sur ces dispositions.

Ne sont pas compris dans la base régionale de référence les effets de transfert d'établissement entre le financement par dotation globale et le champ conventionnel. Un ajustement des bases 1997 pourra être opéré au cours de l'exercice.

trois ajustements sont apportés à la base régionale de référence s'agissant :

du financement des coûts salariaux inéluctables (effet GVT, protocole Durafour pour 337,5 Millions de Francs correspondant à 0,13 % de la dotation régionale initiale cf. annexe II) (cf. note technique point 1.1),

de la réduction des inégalités entre régions (calculée à l'aide du PMSI pour un montant total de 500 Millions de F),

de la lutte contre le SIDA (70 Millions de Francs : 48,7 Millions de Francs attribués aux régions et 21,3 Millions de Francs mis en réserve au niveau national) et la toxicomanie (60 Millions de Francs : 30 Millions de Francs pour la prise en charge financière des frais d'analyses urinaires et

30 Millions de Francs pour l'augmentation du nombre de patients inclus dans un programme méthadone) (cf. point 2.1 de la note technique).

En outre, l'éventuelle revalorisation générale des traitements des agents n'est pas prévue et pourra faire l'objet d'un ajustement ultérieur.

En ce qui concerne la revalorisation du *forfait plafond des soins de longue durée*, porté à **248,60 F** pour 1997 (soit 1,3 % d'augmentation), les services déconcentrés de l'Etat devront calculer la fraction de la dotation allouée aux établissements à partir des bases précisées aux annexes I et II.

Les maisons de retraite, qui auraient obtenu la création de lits de soins de longue durée, peuvent garder le statut médico-social, et avoir un tarif supérieur dérogatoire au tarif forfaitaire défini chaque année pour les sections de cure médicale dans la limite de l'enveloppe médico-sociale.

2.2 Financements spécifiques éventuels :

Un ensemble limitatif de mesures pourra faire l'objet d'un financement spécifique en cours d'année, correspondant :

au coût résiduel de la mesure de *reprise d'ancienneté* (protocole Durieux pour 70 Millions de Francs,...),

le surcoût relatif à la *création de postes de praticiens adjoints contractuels* (320 Millions de Francs),

l'hospitalisation des détenus (cf. annexe V). Un schéma national d'hospitalisation des personnes incarcérées va être mis en place et reposera sur la création de 7 à 8 unités inter régionales sécurisées de court séjour implantées en CHU. Ces unités sont destinées à accueillir l'ensemble des hospitalisations des détenus, à l'exception des hospitalisations urgentes et des hospitalisations de jour qui relèveront des hôpitaux de proximité.

S'agissant des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), l'Annexe V de la circulaire ministérielle prévoit des dispositions concernant le suivi budgétaire et financier de ces unités. En outre, la période transitoire concernant le financement des frais de transport et d'appareillage en sus de la dotation globale pour les établissements ayant passé dans ce domaine une convention de tiers-payant est prorogée d'un an.

Les établissements de santé devront établir un état retraçant le nombre de prestations réalisées et le montant de la part supportée au titre de la dotation globale.

Ils doivent également émettre les titres de recettes correspondant aux prestations assurées dans le cadre de l'UCSA, notamment pour la part ticket modérateur à la charge de l'administration pénitentiaire.

la restructuration des établissements de transfusion sanguine (reclassement des personnels des GIP ou des associations dans les établissements publics de santé),

les opérations *d'investissement de sécurité* (incendie, désamiantage, aires d'hélicoptage),

soutien à la *recherche clinique*,

les programmes *d'assurance qualité*.

Ces mesures sont comprises en sus des dotations régionales initiales fixées par le Ministère.

Je vous serais obligé de bien vouloir me tenir informé des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application de la présente circulaire.

**Le Directeur de la
Gestion du Risque**

J.P. PHELIPPEAU

PJ : 1 *Circulaire Ministerielle DH/AF2/96/n° 754 du 18 decembre 1996*