

Circulaire DGAS/5 B/DHOS/F 2/DSS/1 A/MARTHE n° 2001-569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n° 99-316 (dit " clapet anti-retour ")

27/11/2001

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment les articles 5, 6 et 10 ;
Décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatifs aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 ;
Article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;
Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/Marthe n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en oeuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/Marthe n° 2001-276 du 21 juin 2001 relative à la " sincérité des comptes " dans les établissements de santé entre le budget principal et les budgets annexes relatifs à des services accueillant des personnes âgées dépendantes.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat aux personnes âgées à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre])

La présente circulaire précise la méthode à appliquer aux établissements qui n'ont pas encore signé une convention tripartite pour prendre en compte les conséquences des opérations de rétablissement de la sincérité des comptes menées dans les établissements publics de santé (I).

En outre, des précisions sur la conduite à tenir envers les établissements qui font l'objet d'un " clapet anti-retour " vous sont apportées, dans le cadre de la signature de la convention tripartite (II), et dans le cadre de la période transitoire pour les établissements n'ayant pas encore signé la convention (III).

Les règles de calcul des différents tarifs pendant la période transitoire prévue par l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 susvisée sont enfin précisées (IV).

I. - INCIDENCE DE L'OPÉRATION DE " SINCÉRITÉ DES COMPTES " DANS LA PRÉSENTATION ET L'APPROBATION DES BUDGETS ANNEXES HOSPITALIERS RELATIFS AUX SERVICES POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

Il est traité dans cette partie I du cas des unités de soins de longue durée (USLD) et des maisons de retraites rattachées à des établissements de santé.

Dans le cadre de la mise en oeuvre de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 pris en application de l'article 5 de la loi APA, comme dans le cadre du passage dans la tarification ternaire, les propositions budgétaires relatives aux budgets annexes doivent intégrer les transferts des charges et des produits entre le budget principal et les budgets annexes concernés conformément à la circulaire n° 2001-276 du 21 juin 2001.

En effet, dans la majorité des établissements, un certain nombre d'éléments de charges ayant vocation à être pris en compte dans les budgets annexes sont aujourd'hui fréquemment imputés au seul budget principal. Il peut s'agir :

- de charges de personnel médical, paramédical, de service ou administratif émergeant au budget principal et exerçant effectivement à plein temps ou à temps partiel dans l'EHPAD ;
- de prestations fournies par l'établissement principal (chauffage, fluides) sans remboursement du budget annexe au <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgas5-bdhsf-2dss1-amarthe-n-2001-569-du-27-novembre-2001-relative-a-l-a-campagne-budgetaire-2002-pour-les-etablissements-relevant-de-larticle-5-de-la-loi-apa-et-au-traitement/>

budget principal ;

- de prestations remboursées par le budget annexe sur des bases inférieures à leur coût de revient effectif (alimentation, nettoyage, blanchisserie, administration générale).

Toutefois, dans une minorité d'établissements, on relève des flux de sens inverse (surfacturation de prestations fournies à l'EHPAD).

Ces pratiques comptables trouvaient leur origine pour l'essentiel dans la rigidité du système forfaitaire de financement. Elles perdent toute justification dans le cadre du nouveau dispositif, fondé sur la réalité des coûts. Tous les établissements ont donc été appelés à faire le bilan des transferts de charge à opérer et les synthèses de leurs travaux sont actuellement transmises par les ARH à l'administration centrale.

Il est nécessaire, dès le budget 2002, de porter les charges des budgets annexes à leur coût réel calculé selon les indications des circulaires n° 2000-475 du 15 septembre 2000 et n° 2001-276 du 21 juin 2001. Les autorités compétentes de l'Etat, les organismes d'assurance maladie, et en premier lieu l'établissement public de santé concerné, sont en effet habilités à faire valoir leurs droits, (y compris, en dernier recours, par voie contentieuse) contre les décisions de tarification qui n'intégreraient pas de telles charges.

En contrepartie de cette majoration des charges brutes du budget annexe, il convient, là encore, de transférer les produits correspondants de l'assurance maladie du budget principal vers le budget annexe (cf. 2.3 de la circulaire DGAS-5 B/Marthe/DHOS-F 2/DSS n° 2000-175 du 15 septembre 2000).

1.1. Cas des établissements signant une convention tripartite applicable en 2002

Les transferts de ces produits de l'assurance maladie qui correspondent à des charges afférentes aux soins, à la dépendance ou à l'hébergement jusqu'alors prises en compte par le budget principal, se traduisent par une majoration de la dotation de soins du budget annexe.

Il va de soi que la juste appréciation du montant des transferts financiers à opérer, et leurs modalités précises demandent d'être soigneusement étudiées à partir des propositions de l'établissement et des justifications qu'il apporte. A ce constat doit bien entendu être associé le président du Conseil général, responsable de la tarification de la dépendance et de l'hébergement.

Dans tous les établissements signant une convention, avec effet budgétaire en 2002, il conviendra d'opérer ces transferts de charges et de produits équivalents, lesquels doivent être accompagnés par des transferts effectifs d'enveloppes (à relater dans les annexes mensuelles de suivi adressées à la DHOS au titre de l'annexe III de la circulaire du 26 janvier 2001).

1.2. Cas des établissements appliquant les dispositions de l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 et de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001

Dans de nombreux établissements, cependant, ces travaux aboutissant à un constat contradictoire sur les transferts de charge et à un accord tripartite sur leur traitement ne pourront matériellement être menés à bien avant le 1er janvier 2002. Dans une telle situation, il est compréhensible que le président du conseil général ne s'estime pas en mesure de fixer des tarifs hébergement qui acteraient définitivement ce constat.

Pour les établissements non-signataires de la convention tripartite, le IV de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 pris en application de l'article 5 de la loi APA prévoit la possibilité d'une subvention du budget principal au budget annexe pendant la période transitoire entre le 1er janvier 2002 et l'entrée en vigueur de la convention tripartite, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003. Cette subvention est une charge du budget principal (compte 6578) et un produit du budget annexe (compte 741).

Pour ces établissements appliquant les dispositions du IV de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001, vous ferez usage en tant que de besoin de cette possibilité, qui permet dans la période transitoire de préserver les intérêts de l'assurance maladie, des résidents et du département dans l'attente de la signature de la convention.

Ainsi, la mise à niveau des charges s'accompagnera de l'inscription d'une subvention compensant au franc le franc les <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgas5-bdhsf-2dss1-amarthe-n-2001-569-du-27-novembre-2001-relative-a-l-a-campagne-budgetaire-2002-pour-les-etablissements-relevant-de-larticle-5-de-la-loi-apa-et-au-traitement/>

variations de charge pour le budget principal comme pour le budget annexe. La base de référence des dépenses du budget principal s'en trouve inchangée. En effet, si des charges ont été transférées au budget annexe, une subvention équivalente est imputée en charges. Quant au budget annexe, il prend en dépenses toutes les charges à leur coût de revient analytique, mais en contrepartie, il bénéficie d'une subvention qui constitue une recette du budget annexe.

La subvention s'impute sur le tarif hébergement (cf. IV).

Cette subvention qui doit être fixée par l'autorité compétente de l'Etat, n'entre pas dans le calcul du " clapet anti-retour " comme le précise le dernier alinéa du IV de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001. Elle n'entraîne aucun transfert entre enveloppes.

A l'occasion de la convention tripartite et au plus tard avant le 31 décembre 2003, cette subvention est appelée à disparaître, et à être remplacée par un mouvement d'enveloppe en dépenses et en recettes (consistant en une majoration de la dotation soins du budget annexe et en une minoration de la dotation du budget principal) après que les trois partenaires de la convention ont pu faire un constat contradictoire de la réalité des charges et établir les bases de la tarification tripartite proprement dite.

II. - MODE DE RÉÉQUILIBRAGE DE LA SECTION SOINS DU BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS (" RÉSORPTION DU CLAPET ANTI-RETOUR " PRÉVU À L'ARTICLE 30 DU DÉCRET N° 99-316 MODIFIÉ) DANS LE CADRE DE LA CONVENTION TRIPARTITE

Cette partie II s'applique à tous les EHPAD médicalisés, autonomes ou non en situation de " clapet anti-retour ".

Les établissements sont réputés en situation dite de " clapet anti-retour " quand le montant total des produits de l'assurance maladie 2001 (F1) excède les charges de soins 2002 (F2).

C'est la différence F1-F2 qu'on convient d'appeler " montant du clapet anti-retour ". Ceci est valable qu'il s'agisse d'un établissement autonome ou d'une unité rattachée à un établissement hospitalier.

Selon le sondage ERNEST, la majorité des établissements dans cette situation présente un montant du clapet d'ampleur modérée (jusqu'à 30 % de la charge en soins, le phénomène peut s'expliquer pour l'essentiel par les modifications d'imputation résultant des nouvelles règles budgétaires).

Dans une minorité d'établissements cependant, le montant du " clapet anti-retour " peut être particulièrement élevé et sa résorption peut poser des problèmes particuliers. En effet, dans ce cas :

- le phénomène n'est pas explicable uniquement par l'évolution des règles budgétaires ;
- (le clapet anti-retour devrait être nettement inférieur à 30 % du budget soins puisqu'il devait au plus permettre de compenser la répartition des aides-soignantes à 70 % sur les soins et 30 % sur la dépendance dans les établissements qui les prenaient en charge à 100 % sur leurs forfaits de soins) ;
- il conduit (avant rééquilibrage) à un tarif dépendance anormalement faible (et même négatif dans des cas extrêmes) ;
- l'ampleur du rééquilibrage à opérer peut poser un problème particulier et les dispositions exposées ici peuvent alors ne pas suffire à assurer une transition harmonieuse entre l'ancien et le nouveau régime tarifaire. Seul un examen au cas par cas peut suggérer la conduite à tenir, et nous vous invitons à saisir l'administration centrale des cas qui vous posent une difficulté particulière.

Dans tous les cas, la règle prévue (art. 30 du décret n° 99-316 précité) dans le cadre de la convention tripartite est que l'établissement a droit à conserver son niveau de dotation de l'assurance maladie, à charge pour lui de réduire l'écart entre la dotation et les charges réelles en un ou plusieurs exercices, par un renforcement de ses moyens de soins dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Ce rééquilibrage peut avoir pour effet d'augmenter les montants à la charge des résidents (1), cet effet devant être compensé (partiellement, totalement ou au-delà) par l'intervention de l'APA.

La voie normale est de négocier et d'arrêter les modalités de ce rééquilibrage dans le cadre d'une convention tripartite compte tenu du fait que l'évolution des prix des prochaines années est susceptible de diminuer naturellement et mécaniquement ces déséquilibres. Dans ce cadre conventionnel, on peut mettre en oeuvre successivement un certain nombre d'actions de nature à utiliser cette marge financière apparue à la section budgétaire " soins " du fait du " clapet ", afin que cette section budgétaire retrouve l'équilibre au plus tard au terme de la première convention tripartite.

2.1. Qualification du personnel

La qualification de personnels par admission dans des formations d'aide-soignant ou d'AMP diminue le déséquilibre sans augmenter significativement les charges totales de l'établissement.

C'est une voie à privilégier dans le cadre de la recherche de la qualité.

2.2. Augmentation des moyens afférents aux soins

Cette augmentation a pour conséquence immédiate de diminuer le montant du déséquilibre de la section soins, mais aussi de majorer d'autant les tarifs dépendance.

La programmation de cette augmentation des moyens doit tenir compte des besoins de l'établissement tels qu'on peut les apprécier, et des objectifs de qualité prévus dans la convention.

L'augmentation des moyens afférents aux soins constitue le moyen prioritaire de la résorption du " clapet anti-retour " pour les établissements dont les dépenses afférentes aux soins sont inférieures à la DO.MINI.C.

Autres actions finançables par redéploiement du surplus

Ce redéploiement peut participer aux actions suivantes, notamment lorsque l'excédent de la section soins au titre du " clapet " dépasse de plus de 30 % les charges de cette section :

- financement de la part assurance maladie d'un accroissement de capacité de
- l'établissement ou de la médicalisation de places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire ;
- financement ou extension d'un service de soins infirmiers à domicile adossé à l'établissement ou en rapport conventionnel avec lui, lorsque les besoins dans ce domaine ne sont pas satisfaits : dans ce cas, l'opération s'accompagne d'un transfert d'enveloppe à due concurrence vers la sous enveloppe médico-sociale des SSIAD ;
- financement de la partie relevant de l'assurance maladie des opérations auxquelles l'établissement peut participer au titre de la mise en place :
d'une filière de soins en gériatrie ;
d'actions inscrites au schéma départemental gérontologique ;
du plan démence ;
etc.

Cette liste n'est pas exhaustive. D'autres propositions peuvent faire l'objet d'accord entre les partenaires intéressés au niveau local, sachant que ces moyens de l'assurance maladie ne sont pas destinés à financer des dépenses ne relevant pas du champ de l'ONDAM " personnes âgées ".

2.4. Intégration de dépenses externes

Le montant du surplus de la section soins, notamment lorsqu'il est particulièrement élevé (au-delà de 30 % du montant de la section soins), peut être réduit dès la première année par l'intégration totale ou partielle des dépenses de " soins de ville ", et notamment de médicaments jusqu'alors prises en charge directement par les résidents et qui doivent désormais l'être par l'établissement. Il peut être en effet considéré comme anormal, au-delà de certaines limites, que le produit des forfaits versés par l'assurance maladie serve à financer des dépenses d'hébergement tandis que les résidents recourent à des soins de ville remboursés pour des prestations que ces forfaits ont vocation à financer.

2.5. Renoncement total ou partiel au clapet " anti-retour "

Dans certains cas particuliers, un établissement peut préférer renoncer totalement ou partiellement à son clapet " anti-retour " compte tenu :

- de l'importance du montant de ce dernier ;
- des inadéquations fortes entre, d'une part, le GMP de l'établissement et les pathologies des résidents et, d'autre part, les moyens afférents aux soins.

Dans le cas rare où un établissement disposerait d'une enveloppe d'assurance maladie très supérieure à ses charges de soins une fois épuisées les actions mentionnées aux 2.1 à 2.4, et ne se trouverait pas dans une situation de besoin à hauteur de ce montant ou s'il ne prend pas d'engagements dans le cadre de la convention tripartite pour arriver à une meilleure adéquation entre ces moyens et les caractéristiques des résidents accueillis, il conviendra alors d'effectuer de <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgas5-bdhsf-2dss1-amarthe-n-2001-569-du-27-novembre-2001-relative-a-l-a-campagne-budgetaire-2002-pour-les-etablissements-relevant-de-l'article-5-de-la-loi-apa-et-au-traitement/>

façon programmée et négociée le redéploiement de ces moyens.

Dans ce cas, les crédits de l'assurance maladie doivent faire l'objet de redéploiements au bénéfice de la médicalisation d'autres EHPAD ou d'autres actions finançables sur l'enveloppe EHPAD au bénéfice des personnes âgées dépendantes. Il conviendra alors d'en informer le comité départemental de suivi de la réforme.

Ainsi, la résorption du surplus de la section soins (clapet anti-retour) sera programmée dans le cadre de la convention tripartite en recourant aux solutions préconisées aux points 2.1 à 2.5 ci-dessus.

III. - GESTION DU " CLAPET ANTI-RETOUR " DANS LA PÉRIODE TRANSITOIRE

3.1. L'appréciation des charges de soins dans le budget 2002

Pour tous les établissements qui n'auront pas signé une convention tripartite couvrant l'exercice 2002, et qui appliqueront les dispositions de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 pris en application de l'article 5 de la loi APA, il importe que la situation provisoire ainsi créée n'obère pas ou obère le moins possible la bonne gestion du rééquilibrage nécessaire.

Dans ces établissements, les résidents connaîtront deux modifications de leur situation :

- la première, lors de la mise en place du dispositif provisoire ;
- la seconde, lors de l'entrée en vigueur de la convention.

L'idéal est naturellement que le financement à charge du résident (après déduction de l'APA) soit dès le régime transitoire aussi proche que possible de ce qu'il aura à acquitter dans le régime conventionnel. A défaut, il est important que le résident ne subisse pas successivement deux évolutions de sens contraire de la contribution totale qui lui est demandée.

Pour y parvenir, il convient de prévoir au budget 2002 les charges de soins qui interviendront normalement au cours de l'exercice dans le cadre du rééquilibrage, en considérant que la convention tripartite sera conclue dans les premiers mois de l'année 2002.

Ainsi, lorsque l'autorité compétente de l'Etat doit déterminer le montant du clapet et le préciser au président du conseil général dans les établissements relevant du 5° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, il lui appartient d'intégrer à hauteur convenable des charges de soins à intervenir en 2002 telles :

- le recrutement du médecin coordonnateur, celui-ci pouvant commencer sa mission avant signature de la convention tripartite pour participer à la mise au point des objectifs de l'établissement en matière de qualité du projet de soins ;
- le provisionnement des charges relatives à la formation de ce médecin coordonnateur et d'autres personnels afférents aux soins (frais de scolarité et frais de remplacement), aux médicaments coûteux et à l'acquisition du matériel médical. des renforcements des équipes soignantes lorsque les moyens en personnel soignant sont nettement insuffisants au regard des missions de l'établissement et des objectifs de la qualité prévus ;
- la prise en compte dès 2002 de toutes les dépenses de médicaments sur la totalité des places installées et non plus sur les seules places de section de cure médicale ;
- le financement des " soins de ville " que l'établissement doit prendre en charge sur son budget soins en application de la réforme, dans les conditions prévues au 2.4.

Ainsi, pour tous les établissements dont le montant du " clapet " est de niveau courant ces dispositions :

- permettent aux résidents de bénéficier de l'APA en établissement ;
- aboutissent à des tarifs dépendance réalistes ;
- consacrent le surplus de crédits de l'assurance maladie nés du clapet anti-retour à des opérations au bénéfice de la prise en charge des besoins en soins des personnes âgées.

3.2. Appréciation du " clapet anti-retour " dans le cas des budgets annexes hospitaliers

De nombreux établissements de santé gèrent plusieurs EHPAD (maisons de retraite ou USLD) ayant chacun son budget annexe.

Après rétablissement des comptes selon la méthode exposée au (I), il peut arriver que l'un des deux établissements soit <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgas5-bdhsf-2dss1-amarthe-n-2001-569-du-27-novembre-2001-relative-a-l-a-campagne-budgetaire-2002-pour-les-etablissements-relevant-de-larticle-5-de-la-loi-apa-et-au-traitement/>

dans une situation de clapet anti-retour, et l'autre dans une situation d'effet mécanique. Dans ce cas la conduite à tenir est la suivante :

- soit il s'agit de deux entités séparées, physiquement éloignées, de caractéristiques physiques (bâtiments, équipements, etc.) sensiblement différentes et tenues par des équipes distinctes et autonomes ;
- soit les deux unités, hébergées dans les mêmes bâtiments, ne font en fait qu'un seul et même ensemble, partageant à la fois le personnel, l'intendance, les équipements. La distinction entre les deux entités n'a qu'une origine administrative et financière (les résidents passant le cas échéant d'une section à l'autre à l'occasion de l'évolution de leur état).

Dans le premier cas, on pourra, si l'établissement le souhaite, traiter les deux budgets de manière séparée.

Dans le second, en revanche, l'établissement a vocation à fusionner les deux unités dans un budget annexe unique.

Il serait en effet tout à fait artificiel de reconnaître un clapet anti-retour à une unité et un effet mécanique à l'autre : il convient de faire la consolidation des deux budgets et d'apprécier la situation au regard de l'effet mécanique ou du clapet anti-retour sur le budget consolidé.

Deux méthodes comptables alternatives sont utilisables pour réaliser cette consolidation :

3.2.1. 1re méthode : fusion des budgets annexes

Si ce regroupement des budgets annexes comme préconisé au 1.2 de la circulaire DGAS-5 B/DHOS-F 2/Marthe n° 2001/241 du 29 mai 2001 est envisagé, il est possible de les regrouper dès le début de la période transitoire en utilisant la lettre mnémotechnique E. Le budget annexe unifié au niveau de ces charges perçoit alors en produits de la tarification la totalité des forfaits perçus antérieurement par les deux budgets (2). Les conséquences des transferts de charges afférentes aux soins doivent être prises en compte dans le calcul de la somme des forfaits globaux de soins. Dans ce cas, une subvention du budget principal relative aux charges afférentes à l'hébergement et à la dépendance du budget principal vers ce nouveau budget annexe peut être prévue dans les conditions exposées au 1.2 ci-dessus.

Cette fusion doit s'accompagner d'une transformation juridique, et d'un mouvement d'enveloppe lorsqu'il s'agit de la fusion d'une unité de soins de longue durée et d'une maison de retraite hospitalière.

3.2.2. 2e méthode : subventions croisées entre budgets annexes

Si, dans le cadre de la période transitoire, on ne souhaite pas fusionner les deux budgets, des subventions croisées entre ces budgets annexes sont possibles pour obtenir le même résultat en termes d'équilibre budgétaire.

En effet, le IV de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 prévoit que, pendant la période transitoire instaurée par l'article 5 de la loi, un budget annexe peut accorder une subvention à un autre budget annexe.

Par exemple, si l'USLD a une section soins excédentaire (" clapet "), une subvention (compte 6578) portée en charge de ce budget annexe peut financer le déficit de la section soins (" effet mécanique ") de la maison de retraite hospitalière. Cette subvention est alors un produit du budget annexe de la maison de retraite hospitalière (compte 741).

Le IV de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 précise bien aussi que les produits de ces subventions ne sont pas pris en compte dans la détermination du montant du clapet. Aussi, la subvention de l'USLD à la maison de retraite hospitalière qui est un produit (compte 741) pour cette dernière ne viendra-t-elle pas créer un clapet. A l'inverse, la subvention en tant que charge du budget annexe USLD diminue bien, elle, le clapet de cette dernière.

Un diaporama sous Power Point 97 a été réalisé par l'ENSP et le bureau 5 B de la DGAS sur les écritures comptables relatives à ces subventions entre budget principal et budget annexe et entre budgets annexes, il est disponible auprès de la DGAS.

IV.- CALCUL DES DIFFÉRENTS TARIFS DES ÉTABLISSEMENTS RELEVANT DE L'ARTICLE 5 DE LA LOI APA

4.1. Fixation du forfait de soins dans les seuls établissements médicalisés

Afin que les services compétents du conseil général puissent déterminer les tarifs dépendance et hébergement entre le 15 octobre et le 31 décembre 2001, il importe que l'autorité de tarification compétente de l'Etat (ARH ou Préfet) :

- détermine le montant du produit afférent aux soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA du 20 juillet 2001. Ce montant est égal à la somme des différents forfaits de soins (SLD, SCM, SC) arrêtés en 2001. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit toutefois la possibilité d'une actualisation de ce forfait pour tenir compte notamment des mesures salariales prévues pour 2002.

Si des retards devaient intervenir dans la fixation du forfait global annuel de soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA, le président du conseil général pourrait alors fixer au 1er janvier 2002 :

- les tarifs dépendance ;
- et, au cas d'habilitation à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, un premier prix de journée hébergement 2002 égal au prix de journée 2001 diminué du tarif dépendance du GIR. 5-6. Un nouveau prix de journée hébergement avec effet le premier jour du mois suivant sa notification pourrait alors intervenir au cours du premier trimestre 2002 quand le forfait global annuel de soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA aura été arrêté définitivement.
- détermine le montant de la contribution de l'assurance maladie prévue à l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 correspondant au clapet anti-retour.

L'identification de celle-ci (v. III ci-dessus) et son montant doivent donc être communiqués au président du conseil général. L'autorité compétente de l'Etat doit transmettre sans délai ces informations au président du conseil général qui pourra alors déterminer les tarifs afférents à la dépendance et à l'hébergement.

Pour les établissements non médicalisés, aucun " produit afférent aux soins " n'est à définir dans le cadre de l'article 5 de la loi du 20 juillet. L'établissement continue de fonctionner comme auparavant en recourant, le cas échéant, à la médecine de ville. Seuls les tarifs afférents à la dépendance (et, au cas d'habilitation à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, les tarifs afférents à l'hébergement) doivent être déterminés.

- valide le montant des subventions entre budget principal et budgets annexes et entre budgets annexes. Ces subventions n'entrent pas dans le calcul du clapet anti-retour.

4.2. Calcul des tarifs dépendance

Comme le prévoit le II de l'article 24 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 pris en application de l'article 5 de la loi APA, ils doivent être calculés en application des articles 3, 5, 6, 8 et 24 du décret modifié n° 99-316 et de la circulaire n° 2001/241 du 29 mai 2001.

Le calcul des tarifs dépendance est simple : sont à prendre en compte les charges suivantes :

- 100 % des charges de psychologues ;
 - 30 % des charges d'agents de service ;
 - 30 % des charges d'aides soignantes et d'aides médico-psychologiques que ces derniers soient en 2001 pris en charge par le prix de journée ou par les forfaits soins ;
 - 30 % des prestations de service relatives au blanchissage et au nettoyage ;
 - les couches, alèses et produits absorbants (y compris lorsque ces prestations sont actuellement facturées à l'unité en sus du prix de journée) ;
 - les dotations aux amortissements de biens mobiliers précisés par la circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001 ;
- et uniquement ces charges. Elles peuvent être diminuées du montant de la contribution de l'assurance maladie visée à l'article 30 du décret n° 99-316 susvisé, dont le montant est arrêté par l'autorité compétente de l'Etat.

Les tarifs afférents à la dépendance peuvent être rapidement calculés grâce à l'application informatique TARIFEHPAD 2 (3) qui prend en compte les charges ci-dessus décrites et la production en points GIR dans les groupes GIR. 1-2, 3-4 et 5-6.

Les tarifs dépendance ainsi calculés doivent être très proches de ceux qui auraient résulté du calcul, hors mesures nouvelles éventuelles, effectué dans le cadre de la tarification ternaire stricto sensu.

Si un établissement n'a aucun résident classé dans les GIR. 5 et 6, le tarif dépendance du GIR. 5-6 peut être calculé en utilisant la formule suivante issue de l'annexe II au décret n° 99-316 :

$(D2/F) \times (280 \text{ points GIR} \times \text{par le nombre de résidents de plus de 60 ans})/J$

Où :

D2 est égal aux charges nettes afférentes à la dépendance ;

F est la production totale en points GIR de l'établissement ;

J est le nombre de journées prévisionnelles dépendance des personnes classées dans les groupes GIR. 1 à 6.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgas5-bdhsosf-2dss1-amathe-n-2001-569-du-27-novembre-2001-relative-a-l-a-campagne-budgetaire-2002-pour-les-etablissements-relevant-de-l'article-5-de-la-loi-apa-et-au-traitement/>

4.3. Calcul du tarif hébergement

Pour les établissements habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, le tarif hébergement, calculé par le président du conseil général, est obtenu :

- a) En prenant en compte l'ensemble des charges prévisionnelles de l'établissement, majorées ou minorées par la reprise des résultats des exercices antérieurs. Ce poste comprend, comme indiqué ci-dessus les charges qui devraient résulter en 2002, dans le cadre de la conclusion d'une convention, de la résorption du " clapet anti-retour " ;
- b) Les charges prévisionnelles mentionnées au a) sont diminuées des produits prévisionnels résultant des tarifs dépendance calculés conformément au 4.2. ci-dessus, du forfait global de soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA pour les établissements médicalisés et de toutes les autres recettes atténuatives, dont les subventions entre le budget principal et les budgets annexes et entre budgets annexes ;
- c) Le solde entre les dépenses prévisionnelles définies au a) et les produits décrits au b), divisé par le nombre de journées d'hébergement prévisionnelles donne le prix de journée hébergement que le président du conseil général doit fixer pour les établissements habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées. Rappelons qu'aux termes du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 (art. 9), ce tarif peut être modulé pour tenir compte des éléments objectifs de confort offerts aux résidents (notamment chambres individuelles ou collectives).

Pour les établissements non habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées, le président du conseil général ne fixe que les tarifs afférents à la dépendance.

Pour les établissements non habilités au titre de l'aide sociale et non médicalisés, le président du conseil général fixe aussi les tarifs afférents à la dépendance sachant que le forfait global de soins est égal à zéro puisque ces établissements n'avaient pas de forfaits soins en 2001.

Le président du conseil général est donc le maître d'oeuvre de cette procédure. L'autorité de tarification compétente de l'Etat (ARH ou préfet) doit seulement lui préciser le montant du forfait global de soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA et le montant du clapet anti-retour déterminés dans les conditions indiquées par la présente circulaire.

Il est primordial que le président du conseil général fixe de façon concomitante les tarifs afférents à la dépendance et le prix de journée hébergement 2002 puisque ce que le résident aura à acquitter est déterminé par ces deux tarifs.

Si l'article 5 de la loi APA met fin à la tarification binaire hébergement et soins, il n'instaure pas cependant la tarification ternaire stricto sensu qui résultera de la convention tripartite : il instaure au sein d'un budget qui reste unique une seule section tarifaire afférente à la dépendance et non trois sections tarifaires " étanches ". En conséquence, la reprise des résultats reste globale.

Vous voudrez bien me rendre compte, sous le timbre de la DHOS (bureau F 2) et de la DGAS (bureau 5 b) des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de la présente circulaire.

Pour la ministre et la secrétaire d'Etat et par délégation :
Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty

Pour la ministre et la secrétaire d'Etat et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale, P.-L. Bras

Pour la ministre et la secrétaire d'Etat et par délégation :
Le chef de la mission Marthe, J.-R. Brunetière

Pour la ministre et la secrétaire d'Etat et par délégation :
La directrice générale de l'action sociale, S. Léger

(1) Ce qui n'est pas le cas dans la mesure où le rééquilibrage se fait par qualification de personnel en place (acquisition de formation d'aides-soignants et d'AMP par des agents de service).

(2) Soit un seul forfait global de soins s'il y a eu transfert entre l'enveloppe sanitaire USLD et l'enveloppe médico-sociale, soit deux forfaits de soins : l'un sur l'enveloppe sanitaire correspondant aux forfaits soins de longue durée 2001 et l'autre <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgas5-bdhsf-2dss1-amarthe-n-2001-569-du-27-novembre-2001-relative-a-l-a-campagne-budgetaire-2002-pour-les-etablissements-relevant-de-l'article-5-de-la-loi-apa-et-au-traitement/>

de l'enveloppe médico-sociale correspondant aux forfaits de section de cure médicale 2001.

(3) Disponible au GIE des éditions de l'ENSP.