

Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD ; crédits sur l'ONDAM 2000.

15/09/2000

L'objet de la présente circulaire est de préciser les modalités de la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des EHPAD pour l'exercice 2000 et d'allocation du solde des crédits prévus à cet effet dans la sous-enveloppe 'personnes âgées' de l'ONDAM 2000. Je vous invite à en définir les modalités au niveau régional dans le cadre d'un comité technique régional et interdépartemental élargi au représentant du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

1. Apurement définitif des places de SCM autorisées avant le 1er janvier 1997

L'article 23-V de la loi n° 60-97 du 24 janvier 1997 fait obligation aux régimes d'assurance maladie d'assurer le financement des créations ou extensions de section de cure médicale autorisées avant la date d'entrée en vigueur de la loi, c'est-à-dire avant le 1er janvier 1997.

Vous trouverez en annexe I le tableau de répartition du reliquat des places de section de cure médicale autorisées sans base budgétaire au 1er janvier 1997 et le montant des crédits afférents à leur apurement avec effet au 1er juillet 2000 : ces crédits vous ont été notifiés au cours du mois de juin dernier.

J'appelle votre attention sur le fait que les places qui auraient été autorisées sur dossiers de création ou d'extension déclarés complets entre la promulgation de la loi et le 1er avril 1997, ne peuvent en aucune façon bénéficier de l'enveloppe d'apurement qui solde définitivement la dette contractée au titre des sections de cure médicale. Les établissements bénéficiaires de ces autorisations postérieures au 31 décembre 1996 devront entrer directement dans le cadre commun de la nouvelle tarification.

2. Mise en oeuvre des conventions tripartites 2000

2.1. Financement de 'l'effet mécanique' de la réforme et des premières dotations minimale de convergence

Les nouvelles règles de tarification des soins prévues par les décrets nos 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 conduisent soit à une augmentation de la participation de l'assurance maladie (grâce à ce qu'on conviendra de nommer l'effet mécanique' de la réforme) soit à une conservation du montant de cette participation sur le fondement de l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 (dite clause de 'clapet anti-retour')(1). L'annexe II à la présente circulaire donne une définition précise et illustrée par des exemples de ces mécanismes.

(1) En l'état des informations actuelles, les établissements ne remplissant pas les conditions du 'clapet anti-retour' (GMP > 700 ou ratio d'aides-soignants et d'AMP par place inférieur à la moyenne régionale) et devant donc voir sa dotation d'assurance maladie diminuer, ne sont pas volontaires pour signer une convention tripartite en 2000.

Aucune convention tripartite ne devra être signée sans que l'effet mécanique soit apuré dès le premier exercice budgétaire d'application des nouvelles dispositions. Vous trouverez donc en annexe III une répartition régionale de crédits sur 6 mois destinés à financer les 'effets mécaniques' des projets de conventions tripartites dont vous m'avez informé en transmettant à mes services l'annexe 1 f ter de la circulaire du 18 février 2000.

Ce financement de l'effet mécanique pour 2000 devrait en général, et hormis le cas des services de soins de longue durée, s'effectuer en procédant à un déplafonnement des forfaits de soins, après consultation de la commission tripartite, comme cela a été indiqué dans la circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-578 du 14 octobre 1999 (point III-4-2, variante B).

Ces crédits destinés à financer l'effet mécanique ont été répartis au niveau régional et devront être notifiés aux départements et aux établissements après une réévaluation exacte du montant dudit effet mécanique, et en particulier de celui des budgets annexes hospitaliers.

A ces montants s'ajoutent des enveloppes nécessaires aux augmentations des budgets soins des établissements nécessitées par l'intégration de soins de ville ou des remises à niveau de moyens indispensables pour, notamment, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgasmartthedhosdss-n-2000-475-du-15-septembre-2000-relative-a-la-mise-e-n-ouvre-de-la-reforme-de-la-tarification-dans-les-ehpad-credits-sur-londam-2000/>

financer les premières dotations minimales de convergence tarifaire (cf. annexe II).

2.2. Financement des conventions tripartites ayant des effets dès l'exercice 2000 et en 2001

Des conventions tripartites pourront être signées avec mise en oeuvre au cours de l'exercice 2000, dans des établissements non contraints par des dates d'approbation de leur budget annuel.

Leur conclusion se heurte dans certains cas aux difficultés engendrées au niveau local par l'absence d'évaluation par les caisses de sécurité sociale des dépenses de 'soins de ville' à intégrer soit dans les tarifs partiels, soit dans les tarifs globaux. Au niveau national, cependant, l'étude ERNEST donne une estimation de ces dépenses par strates. En effet, des données relatives aux consommations de 'soins de ville' qui ont été fournies fin juin par la CNAM ont pu être validées par la mission MARTHE et traitées. Aussi, l'étude 'Qu'est-ce qu'il dit ERNEST ?' a pu être complétée par l'étude : 'Alors Docteur ERNEST ?' diffusée par ailleurs.

2.2.1. Modification des périmètres du tarif partiel et du tarif global pour les soins

L'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire va être modifié pour intégrer les dépenses de médicaments dans le tarif partiel. Le point g) de l'annexe III du décret n° 99-316 sera aussi modifié au cours du dernier trimestre 2000 pour intégrer les prescriptions des médecins spécialistes :

- dans le tarif partiel pour les prescriptions d'actes infirmiers et de médicaments ;
- dans le tarif global pour les autres prescriptions des médecins spécialistes.

2.2.2. Les dépenses de 'soins de ville' en EHPAD

Les dépenses de 'soins de ville' en EHPAD s'avèrent extrêmement dispersées selon le groupe GIR, le statut juridique et la strate des établissements.

La très grande dispersion des coûts par résidant des dépenses de soins de ville, notamment dans les établissements commerciaux, interdit de prendre comme base de référence établissement par établissement les dépenses actuelles et on devra plutôt apprécier les dépenses de soins à prendre en compte, au regard de la procédure mentionnée au 2.2.3. pour les établissements non médicalisés.

Il importe que les établissements soient traités de manière aussi équitable que possible quelle que soit l'année où ils signent leur première convention tripartite, et, bien entendu, quel que soit leur statut.

Les dépenses de soins en EHPAD ont deux composantes :

1. Les soins de nursing dont les coûts sont liés, comme pour ceux de la dépendance, au GMP ;
2. Les soins techniques dont les coûts ne sont pas proportionnels au GMP.

Cette partie fixe est cependant liée aux pathologies des résidents. Les études de la Mission MARTHE de ces dernières semaines ont bien montré l'existence de cette partie fixe.

2.2.3. La dotation minimale de convergence (DO.MINI.C.)

Les crédits de l'assurance maladie, une fois apurés les effets automatiques des nouvelles règles budgétaires (effet mécanique ou clapet 'anti-retour'), (voir 2.1.) seront destinés en priorité à augmenter les moyens des établissements les moins bien dotés au regard de la charge qu'ils doivent affronter. Le présent paragraphe indique à quelle hauteur minimum doivent être portés ces moyens.

Ainsi toutes les dotations qui sont inférieures à un niveau dit 'dotation minimale de convergence'(1) pourront être portées à ce niveau à l'occasion de la convention tripartite (bien entendu en contrepartie des améliorations nécessaires, objectivement fixées dans la convention, de la qualité des soins prodigués aux résidents).

(1) DO.MINI.C fille d'ANGELE et d'ERNEST vient ainsi agrandir la famille de MARTHE.

En toute rigueur, cette dotation doit être fixée au regard de la dépendance des résidents (bien représentée par le GIR et son GMP) et les pathologies dont ils souffrent. L'évaluation de la charge liée aux pathologies ('soins techniques') fait l'objet de travaux à partir de 'PATHOS' dont on espère en 2001 pouvoir tirer un outil de repérage de besoins en 'soins techniques' suffisamment fiable et simple pour être généralisé. Dans l'attente de cet outil, on distinguera :

- d'une part, les maisons de retraite et les logements foyers de toutes natures et de tous statuts où la charge en 'soins techniques' peut être réputée indépendante du GMP et sera en l'état actuel des connaissances estimée forfaitairement ;
- d'autre part, les établissements où le traitement des pathologies lourdes constitue une part essentielle de la mission : c'est le cas de la majorité des services de soins de longue durée (SSLD) et d'un petit nombre d'établissement n'ayant pas le statut de SSLD mais ayant une population et une activité comparable en tout point aux SSLD.

Dans la première catégorie d'établissements, et en l'absence de données plus précises, vous pourrez évaluer à l'équivalent de 300 points GIR l'effet du traitement des pathologies sur la charge globale des équipes ('soins techniques'). Ainsi l'indice synthétique qui vous servira d'indicateur de charge dans l'évaluation du besoin en soins sera :

GMP soins (GMPS) = GMP + 300.

Dans la seconde catégorie d'établissements (SSLD pour la plupart) et dans l'attente de l'outil opérationnel mentionnée ci-dessus, vous estimerez à 800 points GIR au lieu de 300 l'effet des pathologies.

La dotation minimale de convergence (DO.MINI.C.) doit donc, pour les campagnes 2000 et 2001 être calculée ainsi :

2.2.3.1. La DO.MINI.C. d'un établissement (hors SSLD) pour le tarif global :

DO.MINI.C (en F/an/résident) = [38 F x GMPS] x nombre de résidents

Soit :

- une maison de retraite de 100 lits avec un GMP de 520 ;
- son GMPS sera donc de 520 + 300 = 820 ;
- DO.MINI.C = [38 F x (820)] x 100 = 3 116 000 F/an.

2.2.3.2. La DO.MINI.C. d'un établissement (hors SSLD) pour le tarif partiel :

DO.MINI.C (en F/an/résident) = [34 F x GMPS] x nombre de résidents

Soit :

- une maison de retraite de 120 lits avec un GMP de 300 ;
- son GMPS sera donc de 400 + 300 = 700 ;
- DO.MINI.C = [34 F x (700)] x 120 = 2 856 000 F/an.

2.2.3.3. La DO.MINI.C. d'une unité de soins de longue durée (UDSL) en tarif global :

DO.MINI.C (en F/an/résident) = [38 F x GMPS] x nombre de résidents

Soit :

- une UDSL de 100 lits avec un GMP de 800 ;
- son GMPS sera donc de 800 + 800 = 1600 ;
- DO.MINI.C = [38 F x (1600)] x 100 = 6 080 000 F/an.

Pour les établissements déjà médicalisés, la détermination de la dotation en crédits d'assurance maladie se fera de la manière suivante après avoir d'abord effectué les réajustements de nature comptable ;

1. Retraitement comptable dans le cadre d'un budget annexe hospitalier ;

2. Calcul de l'effet mécanique ou du clapet anti-retour ;

La dotation ainsi redressée devra alors être comparée à la DO.MINI.C de l'établissement. C'est le plus grand des deux chiffres qui devra être retenu comme valeur minimum à atteindre dans le cadre de la convention tripartite (1).

(1) Cette progression peut se faire en plusieurs étapes au cours de la convention :

- la conséquence de l'effet mécanique doit être apurée dès le premier exercice de la convention ;
- l'augmentation au titre de la DO-MINI.C peut, elle être programmée par étapes en 2 ou 3 ans.

Pour les établissements non médicalisés, la consommation en soins de ville n'est pas toujours connue au moment de la signature de la convention :

1. Si cette consommation est connue, vous calculerez les dépenses totales de soins de l'établissement en ajoutant aux charges de soins internes le coût pour l'assurance maladie des soins de ville. Vous apprécierez en liaison avec les services médicaux de l'assurance maladie si cette consommation totale est raisonnable, auquel cas elle pourra servir de base à la discussion tarifaire, ou excessive (35 % au-dessus de la DO.MINI.C. (2) représente sauf cas de pathologies particulièrement lourdes et coûteuses une limite à ne pas dépasser). Dans cette appréciation, vous tiendrez grand compte de la qualité de l'organisation et de la dispensation des soins actuelle et des engagements objectifs en la matière.

(2) Soit 15 % au-dessus de la moyenne observée sur ERNEST pour l'ensemble des maisons de retraite et logements foyers.

2. Si elle n'est pas connue (ni fournie par l'assurance maladie, ni estimée à partir des données internes à l'établissement), vous procéderez par comparaison :

- avec les établissements similaires de votre département et de votre région ;
- avec les données nationales d'ERNEST ;
- sans descendre au-dessous de la DO.MINI.C. et en tenant le plus grand compte là aussi de la qualité.

L'ensemble de ce processus, valable dès 2000, mais dont les termes seront affinés et complétés pour les campagnes suivantes, aboutira à une répartition des crédits d'assurance maladie beaucoup plus équitable et directement orientée vers la qualité des soins donnés aux résidents.

Les correspondants MARTHE des DRASS seront chargés de rapporter à la mission MARTHE les difficultés d'application de cette méthode nouvelle, notamment afin d'apporter pour les campagnes budgétaires ultérieures les affinements souhaitables.

2.2.4. Prise en charge des médicaments dans les petits établissements

La prise en charge des médicaments coûteux des résidents présentant une pathologie lourde ne nécessite pas de dispositions particulières dans les EHPAD ayant une capacité et un budget important, qu'ils soient autonomes ou gérés par un établissement de santé. En effet, ces surcoûts générés par la prise en charge des médicaments coûteux des résidents présentant une pathologie lourde peuvent être 'moyennés' dans le cadre des allocations de ressources annuelles

En revanche, dans les petits établissements, la survenue chez un ou plusieurs résidents d'une pathologie lourde, peut entraîner un déséquilibre excessif pour son poste budgétaire 'médicaments', voire affecter l'équilibre d'ensemble de son budget. Or, il est hors de question de refuser à des malades les médicaments régulièrement prescrits.

La solution à cette difficulté consistera à allouer des ressources à ces établissements en prenant en compte la moyenne des dépenses constatées sur les 3 ou 5 dernières années.

Dans les années de 'basses dépenses médicamenteuses' du fait du départ et de la non-admission de résidents présentant une pathologie lourde, l'établissement fera des économies sur le poste budgétaire des médicaments. Cette économie pourra être affectée par un virement de crédits à un compte de dotation aux provisions pour risques d'exploitation (sous-compte du 6815) pour constituer une provision pour risques spécifique (un sous-compte du compte 1518 : 'Autres provisions pour risques').

Vous devrez privilégier ce mécanisme comptable, cependant, si ce virement de crédit n'a pas été effectué avant clôture <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgasmarthedhosdss-n-2000-475-du-15-septembre-2000-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-reforme-de-la-tarification-dans-les-ehpad-credits-sur-londam-2000/>

des comptes de l'exercice considéré, l'excédent d'exploitation que cette économie aura généré pourra être affecté au financement de dépenses d'exploitation, par exemple de médicaments, ou, à défaut, être affecté au compte 'réserve de compensation' (compte 10686.13 : réserve de compensation EHPAD section tarifaire soins pour les établissements médico-sociaux et, à partir de 2001, compte 10686.223 pour les établissements à gestion hospitalière). Rappelons que l'autorité de tarification pour l'assurance maladie conserve, pour les établissements qui ne sont pas rattachés à un établissement public de santé, la maîtrise de l'affectation des résultats de la section tarifaire soins.

Aussi, il sera possible de faire face aux années de 'hautes dépenses médicamenteuses', en procédant à des reprises sur le compte de provisions pour charges de 'médicaments coûteux' ainsi constitué ou par résorption du déficit d'exploitation de la section 'soins' par solde de la 'réserve de compensation'.

Un tel dispositif relève des 'bonnes pratiques' en matière d'allocation de ressources. Les DDASS sont donc invitées à s'assurer que, dans les petites unités qui accueillent des résidents présentant une pathologie lourde, le compte de provisions pour charges de 'médicaments coûteux' et le compte de 'réserve de compensation' soient au niveau, dans les années à venir, de l'écart entre les dépenses moyennes constatées et allouées de médicaments, et le niveau le plus élevé ces 3 ou 5 dernières années.

Lorsque le coût annuel constaté des médicaments consommés par un malade dépassera 30 000 F, vous accepterez d'augmenter le budget 'soins' ultérieur de l'établissement de la différence entre le coût constaté des traitements et ces 30 000 F. Ces sommes contribueront à la reconstitution des provisions. Si cette prise en charge particulière des traitements coûteux s'avère financièrement significative, il pourra être envisagé d'identifier une enveloppe régionale particulière pour couvrir ces dépenses.

L'estimation en année pleine des opérations précisées aux paragraphes 1, 2.1 et 2.2 de la présente circulaire, vous sera notifiée dans le cadre de la campagne budgétaire pour 2001.

2.3. Les EHPAD en budgets annexes hospitaliers

Les modalités forfaitaires de participation de l'assurance maladie ont conduit les établissements hospitaliers à présenter des budgets annexes pour les unités des soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières ne reflétant pas la réalité des coûts tels qu'ils résulteraient de la comptabilité analytique.

Or, la réforme est fondée sur la transparence et la prise en compte des coûts réels, tels qu'ils sont constatés selon des affectations de charges sincères et véritables. Aucune convention ne pourra être signée dans ces établissements sans qu'au préalable on ait rétabli la réalité des budgets annexes hospitaliers soumis à la nouvelle tarification. Pour cela, il faut établir le montant des charges réelles afférent aux activités des longs séjours et des maisons de retraite hospitalières suivant la vérité des coûts constatés.

Comme cela a été déjà préconisé à l'occasion de l'étude ERNEST (1), les facturations de services du budget principal aux budgets annexes doivent être fondées sur les retraitements comptables utilisés pour le PMSI. Aussi, les valeurs des unités d'oeuvre obtenues dans les sections d'imputation auxiliaires 'hôtellerie' (blanchisserie et restauration) et 'activités médico-techniques' doivent servir de base au calcul des reversements des budgets annexes au budget principal. En outre, les dépenses de personnel doivent être affectées dans le budget correspondant au service où les agents sont employés (budget général, budget annexe de soins de longue durée ou de maison de retraite, autre budget annexe).

(1) L'analyse des réponses à ERNEST montre que les établissements ayant répondu n'ont pas tous procédé à cette opération.

En ce qui concerne la section d'imputation auxiliaire 'charges de gestion générale et logistique', les retraitements comptables du PMSI ne sont pas pertinents pour servir de base au calcul de la quote-part d'un budget annexe EHPAD. Aussi, vous vous bornerez à majorer les charges nettes de la section d'imputation tarifaire 'hébergement' de 2 à 5 % selon l'ampleur des services rendus, ou de les prendre en compte à un niveau équivalent aux charges similaires constatées dans un établissement public autonome de même capacité.

Le fait de procéder, d'une part, au maximum d'imputations directes et, d'autre part, à l'ajustement du tableau des effectifs de l'EHPAD comme le prévoit la réglementation, est susceptible de faciliter l'opération. Vous effectuerez donc tous les transferts de crédits résultant de ces opérations dans chacune des enveloppes sanitaire et médico-sociale concernées.

Les modalités de calcul de l' 'effet mécanique' et du 'clapet anti-retour' d'un EHPAD en budget annexe hospitalier sont

détaillées dans l'annexe III. La prise en compte de la réalité des coûts de revient des budgets annexes ne fait ainsi pas obstacle à l'application du 'clapet anti-retour'.

Afin d'assurer un suivi global de ces transferts et de permettre leur prise en compte dans l'ONDAM pour 2001, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet de région (DRASS) devront nous adresser un courrier conjoint, sous le timbre de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (DHOS-F2), afin de préciser les montants transférés pour l'année concernée et le cas échéant les extensions en année pleine à prévoir, conformément au modèle présenté en annexe IV.

Je vous rappelle que ces transferts doivent suivre les règles générales posées par la note conjointe DH/DAS du 28 septembre 1998 relative à la prise en compte des effets de champ entre les secteurs sanitaire et médico-social. J'attire en particulier votre attention sur le fait que les dotations de dépenses encadrées des établissements, qui sont consolidées en dotations régionales et nationales de dépenses hospitalières ou de dépenses médico-sociales, ne sont pas toutes financées selon la même proportion par l'assurance maladie. Les dépenses hospitalières encadrées hors soins de longue durée sont ainsi financées, non seulement par la dotation globale, mais également par les produits de l'activité hospitalière (groupe 2 de recettes : forfait journalier, tarifs de prestations, conventions internationales, etc.). En moyenne métropolitaine, cette prise en charge par l'assurance maladie est de 93 %, mais elle peut varier d'un établissement à l'autre.

Comme les dépenses encadrées des établissements hébergeant des personnes âgées sont financées, en règle générale, à 100 % par l'assurance maladie, un effet de levier pourrait intervenir si la totalité des dépenses du budget général était transférée sur le budget annexe.

Afin de préserver la neutralité de l'effet de champ, il convient soit de ne transférer vers le budget annexe que la part prise en charge par l'assurance maladie, soit d'imputer le léger surcoût consécutif à la disparition de recettes de groupe 2 par imputation sur la dotation de mesures nouvelles EHPAD.

3. L'application nationale de gestion des enveloppes liées aux établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (ANGELE)

Cette application testée dans quatre départements vous a été adressée sous CEDEROM le 10 juillet dernier. Il s'agit de la version départementale d'ANGELE. Sa version régionale sera transmise dans les prochaines semaines.

ANGELE vous permettra de simuler, au cours des prochains mois, la réforme de la tarification sur tous les établissements concernés. Ainsi, ANGELE vous permettra d'évaluer soit l'effet mécanique de la réforme qu'il faudra financer dès la première année de la convention tripartite, soit l'effet 'clapet anti-retour' qu'il faudra résorber le plus tôt possible et en tout état de cause dans les 5 années de la convention grâce à une augmentation des moyens à l'oeuvre dans l'établissement pour le soin des résidents.

La version 01 d'ANGELE transmise le 10 juillet calcule automatiquement les valeurs moyennes du point GIR 'soins' et le GMP. Elle ne calcule pas le GMPS, les valeurs moyennes et minimales du GMPS ainsi que la DO.MINI.C, ces indicateurs ayant été élaborés postérieurement grâce à l'analyse des dépenses de 'soins de ville' pris en compte dans ERNEST ces toutes dernières semaines. Cela sera donc pris en compte dans une prochaine version et dans la version régionale (1). La version 02 de TARIFEHAD qui sortira dès la parution du décret modifiant les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 pourra intégrer le calcul de la DO.MINI.C des EHPAD.

(1) Cela n'affecte en rien le processus de saisie des données, que vous êtes invités à poursuivre dans les meilleurs délais qu'il vous est possible.

L'initialisation d'ANGELE doit être l'occasion d'une mise à jour du répertoire FINESS sur les EHPAD. Une instruction est envoyée aux statisticiens régionaux à ce sujet.

Elle vous permettra par ailleurs de programmer de manière cohérente les allocations de moyens supplémentaires au cours des cinq prochaines années. ANGELE vous permettra d'avoir un tableau de synthèse des principales données d'un établissement, des établissements du département par strates et selon l'option tarifaire, et donc de planifier l'ensemble de la montée en charge de la réforme.

Les informations d'ANGELE, notamment les tableaux de synthèse, peuvent être communiquées aux organismes d'assurance maladie et aux départements qui peuvent, s'ils le souhaitent, les utiliser pour leurs propres exercices de prévision. Vous êtes invité à leur faciliter l'accès à cet outil afin de favoriser le partage d'information et la bonne coopération.

Les remontées des synthèses départementales au niveau régional et national favoriseront une allocation à la fois rationnelle et prospective des moyens nouveaux obtenus pour la médicalisation des EHPAD (plan pluriannuel 2001-2005), et ce en articulation étroite avec la démarche qualité initiée par la réforme.

4. Démarche qualité : Application nationale pour guider une évaluation labellisée de la qualité pour les usagers des établissements (ANGELIQUE)

L'outil d'auto-évaluation est le résultat du travail d'un groupe réuni dans le cadre de la mission MARTHE, composé de représentants des services de l'Etat, des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé, et de l'Ecole nationale de la santé publique. Elaboré à partir du cahier des charges publié par arrêté en date du 26 avril 1999, il a été enrichi par les tests et remarques des professionnels travaillant en établissement, des organismes représentatifs, de conseils généraux et représentants de l'assurance maladie, des DDASS et DRASS.

La version 1 de cet outil s'adresse plus particulièrement aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention.

L'outil comprend quatre parties :

- attentes et satisfaction des résidents et familles ;

- réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins ;
- l'établissement et son environnement ;
- démarche qualité.

Cet outil doit être rempli en suivant la démarche et les principes définis dans le guide d'accompagnement et avec l'ensemble de l'équipe. L'amélioration de la qualité des aides et soins impliquant une démarche participative. Il comprend des indicateurs qualitatifs qui nécessitent d'être appréciés à l'occasion d'une analyse comportant la visite de l'établissement par les parties signataires de la convention tripartite.

L'outil d'auto-évaluation permet à l'établissement d'effectuer la synthèse des objectifs 'qualité' qu'il propose de détailler dans le projet de convention ainsi que les évaluations périodiques annuelles, permettant de vérifier le niveau de réalisation des objectifs.

Pour assurer son caractère nécessairement évolutif, il fera l'objet d'un suivi de son utilisation par l'ensemble des partenaires, afin de l'actualiser.

Nous attirons particulièrement votre attention sur le partenariat de cet outil, qui devrait en faire un outil préférentiellement utilisé par les EHPAD appartenant, notamment, aux fédérations signataires.

Une présentation informatisée d'ANGELIQUE est en préparation et devrait être disponible avant la fin de l'année.

5. Régularisation des autorisations du 'stock' des établissements existant avant la réforme tarifaire et concernés par celle-ci

Il est rappelé que l'introduction de la procédure de conventionnement prévue par l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 n'a pas supprimé, pour les établissements concernés, la nécessité de disposer préalablement d'une autorisation.

Cette autorisation est obligatoirement accordée tant par le président du conseil général que par le préfet de département, dès lors que l'établissement considéré à vocation à être tarifé par les deux autorités précitées (cf. art. 46 de la loi n° <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgasmarthedhosdss-n-2000-475-du-15-septembre-2000-relative-a-la-mise-e-n-oeuvre-de-la-reforme-de-la-tarification-dans-les-ehpad-credits-sur-londam-2000/>)

83-663 du 22 juillet 1983).

Se pose alors le cas des établissements existant avant la réforme tarifaire, autorisés par le seul président du conseil général, et accueillant néanmoins des personnes âgées dépendantes. Ces établissements ont donc vocation à se voir appliquer la nouvelle tarification, au vu de la répartition de leurs résidents par groupes iso-ressources, dûment validée dans les conditions prévues à la rubrique IV de la circulaire n° 99-578 du 14 octobre 1999 citée en référence.

Deux principaux cas sont à considérer :

1. Cas des établissements existant ayant vocation à bénéficier de la nouvelle tarification mais ne disposant à ce jour d'aucune place couverte par un forfait de l'assurance maladie (forfait de soins courants (FSC), forfait de section de cure médicale (FSCM), forfait de soins de longue durée (FSLD)) :

Ces établissements doivent alors, en complément de l'autorisation du président du conseil général dont ils disposent déjà, solliciter auprès du préfet de département une autorisation d'accueillir des personnes âgées dépendantes, impliquant une tarification ultérieure des soins inexistante à ce jour.

Cette autorisation devrait être provisoirement assortie d'un refus de dispenser des soins aux assurés sociaux, dans l'attente de la conclusion de la convention tripartite précitée, à moins que ladite convention puisse être conclue dans le même temps que l'octroi de l'autorisation.

Les dossiers des établissements concernés doivent être présentés à l'avis du CROSS, au titre de cette autorisation complémentaire, selon une procédure simplifiée laissée à votre appréciation, étant entendu que l'ensemble des dossiers de cette nature peuvent être examinés par le CROSS en une seule séance et présentés par le même rapporteur.

J'appelle toutefois votre attention sur le fait qu'un état retraçant la répartition des résidents par groupes iso-ressources, état validé dans les conditions précitées, constitue une pièce indispensable pour apprécier la pertinence du dossier.

2. Cas des établissements existant ayant vocation à bénéficier de la nouvelle tarification pour la totalité de leur capacité, mais pour lesquels le nombre de places couvertes à ce jour par des forfaits de l'assurance maladie (FSC et/ou FSCM et/ou FSLD) ne représente pas la totalité des places autorisées :

En application des articles 2 et 3 du décret n° 95-185 du 14 février 1995 relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements relevant du présent cas doivent également solliciter la régularisation de leur autorisation décrite au 1, au titre du nombre de places non couvertes par une médicalisation de l'assurance maladie, l'opération correspondant à une transformation.

La procédure simplifiée de traitement des dossiers décrite au 1 peut également être mise en oeuvre pour les établissements relevant du présent cas.

6. Prochaines réunions des correspondants de la mission MARTHE

Ces réunions ouvertes à vos partenaires des conseils généraux et des caisses d'assurance maladie se tiendront dans le même lieu que les précédentes les :

Lundi 11 septembre 2000 ;

Mercredi 25 octobre 2000 ;

Jeudi 14 décembre 2000.

Vous voudrez bien me rendre compte, sous le timbre de la mission MARTHE ou sous celui de la direction générale de l'action sociale et, s'agissant de la gestion des dépenses d'assurance maladie, celui de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre des présentes instructions.

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 ;
Circulaire MARTHE/DSS/DAS/DH n° 99-398 du 7 juillet 1999 relative à l'évaluation de la consommation de soins des résidents en établissements ;
Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000 applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à diverses autres dispositions concernant ces établissements ;
Arrêté du 13 janvier 2000 pris en application de l'article 27-5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 fixant pour l'année 2000 l'objectif des dépenses d'assurance maladie et le montant total des dépenses sociales et médico-sociales encadrées pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés ;
Arrêté du 17 février 2000 pris en application de l'article 27-5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, fixant les dotations régionales de dépenses des établissements et services médico-sociaux publics et privés pour l'année 2000 ;
Circulaire DAS-TS2/DSS-1A n° 2000-92 du 18 février 2000 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2000 dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

ANNEXES

ANNEXE I

RECAPITULATIF DES PLACES DE SCM FINANCEES (EXERCICE 2000)

[Tableau : cf. document original]

ANNEXE II

SITUATION AU 13 JUILLET 2000

* Dont 5 500 000 F pour la résidence départementale d'accueil et de soins de Saône-et-Loire.

ANNEXE III

LE CLAPET ANTI-RETOUR (DEFINITION ET EXEMPLES)

Le passage des anciennes règles de tarification des soins par forfaits de section de cure médicale, forfaits de soins courants et forfaits de long séjour avant signature de la convention tripartite aux nouvelles dans le cadre de la section d'imputation 'soins', génère soit un 'effet mécanique' (augmentation de l'enveloppe), soit un effet 'clapet anti-retour' (conservation de l'enveloppe).

Il y a 'effet mécanique' lorsque le total des charges nettes d'exploitation calculées selon les nouvelles règles d'imputation sur la base de moyens physiques inchangés est supérieur aux produits des forfaits soins de l'exercice précédant la signature de la convention tripartite.

Il y a 'clapet anti-retour' lorsque le total des charges nettes d'exploitation calculées selon les nouvelles règles d'imputation sur la base de moyens physiques inchangés est inférieur aux produits des forfaits soins de l'exercice précédant la signature de la convention tripartite.

Pour les maisons de retraite et les longs séjours en budgets annexes d'un établissement de hospitalier, l'effet mécanique ou l'effet clapet anti retour est calculé après une opération 'vérité' entre le budget principal et les budgets annexes devant aboutir à mettre fin aux :

- sur ou sous-évaluations des remboursements des prestations de service ;
- non-imputations de certaines charges pour rester dans les forfaits alloués ;
- sous-facturations.

Le montant du clapet anti-retour s'analyse comme une contribution exceptionnelle et temporaire de la section tarifaire 'soins' à la section tarifaire 'dépendance'. Il est d'ailleurs prévu de créer le compte 67189 : contribution exceptionnelle de la section soins à la section dépendance (article 30 du décret n° 99-317) imputable à la section tarifaire 'soins' et le compte 77189 : contribution exceptionnelle de la section soins à la section dépendance (article 30 du décret n° 99-317) <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgasmarthedhosdss-n-2000-475-du-15-septembre-2000-relative-a-la-mise-e-n-oeuvre-de-la-reforme-de-la-tarification-dans-les-ehpad-credits-sur-londam-2000/>

imputable à la section tarifaire 'dépendance'.

L'apurement de ce clapet anti-retour s'effectue par l'utilisation de cette contribution pour financer dans le cadre de la convention tripartite des mesures nouvelles d'amélioration de la qualité des soins, sans augmentation de l'enveloppe de l'assurance maladie. Le rythme de ce rééquilibrage, qui peut prendre entre un à cinq ans, est laissé à la négociation conventionnelle. A l'issue de ce rééquilibrage, l'équilibre et l'étanchéité des sections tarifaires est réalisé.

EXEMPLES

1. Effet mécanique : établissement A

Effet mécanique = 12 000 000 F - 10 000 000 F = 2 000 000 F

L'assurance maladie augmente son enveloppe de 2 000 000 F dès le premier exercice de la convention assurant ainsi l'équilibre de la section 'soins'.

2. Effet 'clapet anti-retour' : établissement B

Effet 'clapet anti-retour' = 10 000 000 F - 14 000 000 F = 4 000 000 F

L'assurance maladie conserve à l'établissement son enveloppe de 14 000 000 F bien que les charges de soins ne soient que de 10 000 000 F.

L'établissement devra se doter au cours des 5 années de 4 000 000 F de moyens de soins supplémentaires supplémentaires (personnels soignants et autres) au service des résidents. La section 'soins' s'équilibrera en charges et en produits à 14 000 000 F.

SITUATION PARTICULIERE DES BUDGETS ANNEXES HOSPITALIERS

Dans les maisons de retraite et les longs séjours hospitaliers, des transferts financiers ont lieu entre le budget principal et les budgets annexes, grâce à des 'sous-facturations' ou des 'surfacturation' internes.

Les transferts financiers observés plus fréquemment dans le sens du budget principal vers des budgets annexes ont pour objet :

- de compléter la ressource en soins lorsque le montant des forfaits (270 F/J) ne suffit pas, compte tenu de la lourdeur de l'état des personnes ou de leurs pathologies. Cette pratique, comptablement contestable, répond à une nécessité ;
- ou de diminuer artificiellement les prix de journée, ce qui doit être corrigé.

La réforme implique de retrouver la vérité des facturations internes et d'opérer des transferts d'enveloppe à concurrence de leur impact entre le budget principal et les budgets annexes, avant de faire jouer les mécanismes précédemment décrits.

3. Effet mécanique dans un budget annexe hospitalier : cas où le budget principal 'subventionne' la section 'soins' du budget annexe

Effet mécanique = 15 000 000 F - (10 000 000 F + 4 000 000 F) = 1 000 000 F

Les 4 000 000 F correspondant aux charges indues du budget annexe d'une maison de retraite pesant sur le budget principal sont financés par un transfert de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale (MS1). Pour les UDSL, ce transfert se fera à l'intérieur de l'enveloppe sanitaire.

L'établissement devra assurer l'équilibre de chaque section tarifaire en ajustant ses moyens en soins et ses tarifs dépendance et hébergement.

4. Effet 'clapet anti-retour' dans un budget annexe hospitalier : cas où le budget principal 'subventionne' la section 'soins' du budget annexe

Effet 'clapet anti-retour' = (14 000 000 F + 4 000 000 F) - 15 000 000 F = 3 000 000 F

Le budget principal est déflaté en charges et en produits de 4 000 000 F.

Les 4 000 000 F correspondant, par exemple, aux charges du budget annexe d'une maison de retraite pesant sur le budget principal, sont financés par un transfert de l'enveloppe sanitaire (SAN3) vers l'enveloppe médico-sociale (MS1).

L'assurance maladie conserve à l'EHPAD la totalité de l'enveloppe, mais celui-ci devra se doter au cours des 5 années de la convention tripartite de moyens en soins supplémentaires au service des résidents.

5. Cas où la section 'soins' du budget annexe 'subventionne' le budget principal

En mettant fin à ce 'subventionnement' anormal, les charges de soins 2000 vont diminuer par rapport à celles de 1999. Aussi, le budget annexe 'rebasé' va se retrouver soit dans la situation de l'établissement B présentée au 2, soit dans la situation de l'établissement A avec un effet mécanique diminué du montant de sa 'subvention' au budget principal.

Le budget principal est augmenté en charges et en produits de 4 000 000 F

Ce cas théoriquement possible est normalement très rare : il correspond à une surestimation du prix de journée hébergement à deux titres :

1. Insuffisance des forfaits de l'assurance maladie pour couvrir les charges de soins.
2. Une contibution indue du budget annexe au budget principal.

ANNEXE IV

A retourner par la DRASS à la direction des hôpitaux (bureau F 2)

Nom et coordonnées du correspondant régional :

Nom du département :

FICHE DE SUIVI DES OPERATIONS DE TRANSFERTS EFFECTUEES SUR L'EXERCICE 2000 AU TITRE DE LA SIGNATURE DES CONVENTIONS TRIPARTITES ENTRE CHAMPS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

[Tableau : cf. document original]

Direction générale de l'action sociale, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction de la sécurité sociale, Mission MARTHE.

Mesdames et Messieurs les Préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre).

Texte non paru au Journal officiel.