https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-2-marthe-dgas-n-2002-205-du-10-avril-2002-relative-a-la-prise-en-compte-des-medicaments-dans-les-etablissements-et-services-medico-sociaux-et-sanitaires-accueillant-des-personn/
Circulaire DHOS-F 2-MARTHE-DGAS n° 2002-205 du 10 avril 2002 relative à la prise en compte des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et à la fixation du budget de soins
10/04/2002
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 ;
Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. 96) ;
Décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 ;
Décrets 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 des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment l'article 24 ;
Décrets n° 2001-1086 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 des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
Textes abrogés :
Circulaire 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 ;
Circulaire n° 99-578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000 et à diverses autres dispositions concernant les EHPAD.
La ministre de l'emploi et de la solidarité, le 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])
L'article 96 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dispose :
L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code. »
Cet article modifie la teneur des prestations de soins incluses dans les tarifs des EHPAD dans le cadre de la signature des conventions tripartites et de l'instauration de la tarification ternaire.
L'objet de la présente circulaire est de préciser la portée et les conséquences de cette disposition nouvelle, et de vous indiquer les conséquences à en tirer dans la détermination des budgets de soins des établissements.
Le décret du 4 mai 2001, modifiant le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 avait inclus les charges relatives au médicament dans les tarifs soins partiels, comme elles l'étaient déjà dans les tarifs globaux. L'article précité modifie cet état de droit.
I. - CONSÉQUENCES SUR LA SITUATION ACTUELLE DES ÉTABLISSEMENTS
Tout d'abord, l'article 96 sus visé ne concerne que les structures médico-sociales (6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles). Les unités de soins de longue durée sont donc exclues de son champ d'application.
Pour les établissements médico-sociaux, les conséquences de cette mesure sont différentes selon qu'ils disposent ou non de PUI et selon la situation dans laquelle ils se trouvent à la date d'application de la nouvelle disposition.
1.1. Pour les établissements non-signataires de la convention tripartite
Les Etablissements qui avant le 1er janvier 2002 étaient dotés de forfaits de section de cure médicale ou de forfaits de soins courants sont sous le régime défini par l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001, et leur tarification transitoire a été fixée pour l'année 2002. La nouvelle disposition ne s'appliquera que lors de l'entrée en vigueur de la convention et du passage en tarification ternaire. En effet, l'article 5 précité établit un régime tarifaire transitoire à caractère spécial, insensible aux modifications qui touchent le régime juridique général qui est celui de la tarification ternaire établi par l'article L. 314-2 - 1° (1).
Les dispositions de cet article 5 de la loi susvisée prévoient notamment que la dotation de l'assurance maladie - qui trouve son origine dans les anciens forfaits de soins (cure médicale ou soins courants) censés inclure des charges de médicaments - est maintenue au niveau atteint en 2001 actualisé jusqu'à la conclusion de la convention tripartite.
Dès lors, pour les établissements dotés de forfaits de l'assurance maladie et n'ayant pas encore signé de convention tripartite, le maintien des recettes d'assurance maladie au niveau antérieur induit un maintien concomitant des dépenses de médicaments qui étaient prises en charge en 2001 par les forfaits de soins. Ces établissements doivent donc continuer à assurer, pour les places médicalisées, la fourniture des médicaments aux résidents. Il peut être utile de le leur rappeler afin d'éviter toute erreur d'interprétation.
1.2. Pour les établissements ayant conclu la convention tripartite
Pour ces établissements, la convention a, en vertu de l'article 9 du décret n° 99-136 du 26 avril 1999 modifié, fixé l'option tarifaire retenue pour les cinq années de la convention. Il faut considérer que le contenu du forfait soins a été « cristallisé », pour l'établissement, dans la forme qu'il avait à la date de signature. En effet, selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, « sauf rétroactivité expressément stipulée par le législateur, une nouvelle loi ne s'applique pas aux conditions d'un contrat définitivement conclu avant son entrée en vigueur ».
Les conventions déjà signées au 5 mars 2002 ne sont donc pas affectées par cette disposition nouvelle. C'est au moment de leur renouvellement au terme de cinq années de validité (ou si un avenant conclu entre les trois parties modifie l'option tarifaire) que les dispositions légales introduites entre-temps devront être prises en compte (2). Vous éviterez en tout état de cause de conclure des avenants modifiant l'option tarifaire en cours d'année.
II. - MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE DE L'ARTICLE 96
2.1. Conséquences pour les résidents
Les résidents qui étaient en section de cure médicale dans un établissement dépourvu de PUI vont devoir, lors de l'entrée en vigueur de la convention tripartite, se procurer directement les médicaments et en demander le remboursement à leur caisse d'assurance maladie.
L'établissement doit intégrer cette obligation dans les contraintes de son projet de soins et veiller à ce que cette nouvelle situation présente le moins de difficultés possible pour les résidents. En particulier, pour certains d'entre eux, des formalités préalables seront nécessaires auprès des caisses d'assurance maladie ou auprès des organismes de protection sociale complémentaires. L'établissement veillera à la bonne information des résidents et, le cas échéant, facilitera leurs démarches.
2.2. Nouveau périmètre du tarif soins
Pour les établissements qui sont appelés à signer une convention après le 5 mars 2002 et qui ne disposent pas d'une pharmacie à usage intérieur, les budgets devront dorénavant exclure les charges et produits relatifs aux médicaments et produits à usage médical.
Il faut considérer que l'article 96 de la loi n° 2002-303 abroge toute disposition réglementaire qui lui serait contraire et y substitue la disposition nouvelle.
Il n'y a donc pas lieu de surseoir à la conclusion des conventions en cours de négociation, dans lesquelles il convient simplement, et seulement pour les établissements dépourvus de pharmacie à usage intérieur :
- d'exclure les fournitures de médicaments à la fois en charges et en produits ;
- d'amender en conséquence les dispositions du projet de soins correspondant à la gestion des médicaments.
Pour l'évaluation de ce montant, il y aura lieu de défalquer du budget prévisionnel afférent aux soins le montant des dépenses constatées en 2001 dans les comptes :
6021 : produits pharmaceutiques et produits à usage médical ;
60321 : variation des stocks des produits pharmaceutiques et produits à usage médical ;
6066 : fournitures médicales.
III. - DÉTERMINATION DE LA DOTATION DE SOINS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION
Les dispositions du 2. de la circulaire n° 2000/475 du 15 septembre 2000, valables pour les campagnes budgétaires 2000 et 2001, sont, pour la campagne 2002, abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :
3.1. Financement de « l'effet mécanique » de la réforme, et clause de « clapet antiretour »
Les nouvelles règles de tarification des soins prévues par les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 modifiés impliquent d'abord de constater (3) si le solde de la section soins du budget ternaire est positif ou négatif. Selon le signe du solde constaté, ces règles conduisent :
a) Soit, si ce solde est négatif, à une augmentation de la participation de l'assurance maladie (grâce à ce qu'on conviendra de nommer l'« effet mécanique » de la réforme, lorsque la dotation forfaitaire fixée dans le cadre de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 est inférieure aux charges de soins du budget 2002) ;
b) Soit, si ce solde est positif, 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 antiretour », lorsque la dotation forfaitaire fixée dans le cadre de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 est supérieure aux charges de soins du budget 2002).
Les établissements se partagent entre ces deux catégories.
Cette appréciation du solde de la section soins doit bien entendu s'effectuer en adoptant le même périmètre pour les charges et pour les produits. En conséquence, l'article 96 de la loi du 4 mars 2002 est sans influence sur le résultat de ce calcul. En particulier, l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 ne fait pas obstacle à la reprise du budget antérieurement consacré au médicament lorsque, à l'occasion de la signature d'une convention tripartite, l'établissement se trouve déchargé de ce poste de dépense.
La reprise des crédits affectés aux dépenses de médicaments devra s'effectuer lors du premier exercice budgétaire de la convention et consistera à diminuer l'enveloppe de soins, toutes choses égales par ailleurs, du montant des dépenses de médicaments et produits à usage médical constaté au compte administratif 2001 (4). Cette reprise de crédits devra faire l'objet d'une opération de transfert de l'enveloppe EHPAD vers l'enveloppe de soins de ville.
Si le montant de ces dépenses de médicaments constatées en 2001 était, pour des raisons conjoncturelles, exceptionnellement faible ou, à l'inverse, exceptionnellement élevé par rapport aux dépenses habituelles de cette nature dans l'établissement, on pourrait retenir la moyenne constatée lors des exercices 1999, 2000 et 2001.
Aucune convention tripartite ne devra être signée dans un établissement en situation a) sans que l'effet mécanique soit apuré dès le premier exercice budgétaire d'application des nouvelles dispositions.
3.2. Financement des conventions tripartites prenant effet en 2002
Dans la nouvelle tarification, le budget des établissement devra intégrer les soins de ville consommés par les résidents (3.2.1.). Il convient donc d'en tenir compte pour fixer la dotation d'assurance maladie qui doit leur être attribuée, à partir d'une analyse des besoins en soins des résidents (3.2.2.).
De plus, il convient de progresser vers la convergence tarifaire, en améliorant en priorité la dotation des établissements les moins bien dotés au regard des besoins en soins de leurs résidents (3.2.3.).
Ainsi, c'est à partir de l'ensemble de ces éléments que vous déterminerez le niveau convenable de la dotation à attribuer (3.2.4.).
3.2.1. Les dépenses de « soins de ville » en EHPAD
La conclusion des conventions 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 » (distinguant les médicaments et les autres dépenses) 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 » ont été fournies en juin 2000 par la CNAM. Vous trouverez ci-joint à titre indicatif un extrait utile de l'étude « Alors Docteur ERNEST ? » déjà diffusée.
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 résident des dépenses de soins de ville, notamment dans les établissements commerciaux, interdit de prendre sans précaution comme base de référence établissement par établissement les dépenses actuelles et on devra se référer parfois plutôt à des valeurs tirées des moyennes nationales.
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.
3.2.2. Les composantes du soin en EHPAD
Quelle que soit l'organisation de l'établissement en matière de médicalisation ou de recours aux soins de ville, les charges de soins en EHPAD ont deux composantes :
- les soins de nursing nécessités par la perte d'autonomie des personnes, dont les coûts peuvent être estimés proportionnels au GMP ;
- les soins techniques justifiés par les maladies dont peuvent souffrir les personnes, dont les coûts ne sont pas proportionnels au GMP. Leur besoin peut être apprécié par exemple à l'aide de l'outil PATHOS, utilisé par le service médical de l'assurance maladie (5).
En effet, l'évaluation de la charge liée aux pathologies (« soins techniques ») a fait l'objet en 2001 de travaux menés par le service médical de l'assurance maladie à l'aide de « Pathos ». Les premiers résultats de ces travaux confirment qu'on peut distinguer :
- d'une part, les maisons de retraite et les logements foyers de toutes natures et de tous statuts (dont le GMP est inférieur à 700 ou 800) où la charge en « soins techniques » varie de manière indépendante du GMP et peut être en l'état actuel des connaissances estimée forfaitairement à l'équivalent de 300 points GIR (dont environ 180 consacrés aux médicaments) ;
- 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'établissements n'ayant pas le statut de SSLD mais ayant une population et une activité comparable en tout point aux SSLD.
Dans la seconde catégorie d'établissements, l'étude Pathos montre que les besoins de soins médicaux et paramédicaux des résidents sont très différents d'un établissement à l'autre.
Le besoin en soins techniques estimé à 800 équivalents points GIR pour les services de soins de longue durée et, le cas échéant certaines maisons de retraite, dans le cadre du « GMPS » peut faire l'objet d'une évaluation plus précise avec la connaissance du « Pathos moyen pondéré » (PMP) (6). En effet, la coupe Pathos met en lumière des variations d'amplitude importantes des besoins en soins techniques (de 1 à 10) qui tiennent à la nature très hétérogène des services rendus par les USLD : ils s'inscrivent pour certains dans le cadre d'une filière gériatrique et s'apparentent à des charges en soins de types court et moyen séjours, alors que d'autres se présentent dans un profil proche des moyennes issues de la base Ernest pour les établissements d'hébergement des autres strates.
Il est recommandé de vous référer à la moyenne des 800 points GIR telle qu'elle a été établie au titre du GMPS, faute de disposer d'éléments plus établis, et de recourir à une évaluation Pathos lorsque le caractère atypique d'une situation en termes de services rendus et d'organisation appelle une connaissance plus approfondie, en vue d'une modulation à la hausse ou à la baisse de la moyenne de 800 en fonction des besoins de soins précisément mesurés.
3.2.3. La dotation minimale de convergence
La dotation minimale de convergence (DO.MINI.C.) doit, pour la campagne budgétaire 2002, et compte tenu du nouveau régime tarifaire des médicaments, être estimée comme suit.
3.2.3.1. La DO.MINI.C. d'un établissement
(hors SSLD et assimilés) pour le tarif global
DO.MINI.C = [6,1 euro x (GMP + 300)] x nombre de résidents (si les médicaments sont inclus dans le budget).
DO.MINI.C = [6,1 euro x (GMP + 120)] x nombre de résidents (si les médicaments sont hors budget).
3.2.3.2. La DO.MINI.C. d'un établissement
(hors SSLD et assimilés) pour le tarif partiel
DO.MINI.C = [5,5 euro x (GMP + 300)] x nombre de résidents (si les médicaments sont inclus dans le budget).
DO.MINI.C = [5,5 euro x (GMP + 120)] x nombre de résidents (si les médicaments sont hors budget).
3.2.3.3. La DO.MINI.C. d'un établissement traitant
des pathologies lourdes (en tarif global)
On peut considérer que tous ces établissements accèdent à une PUI et optent pour le tarif global.
DO.MINI.C = [6,1 euro x (GMP + P)] x nombre de résidents (avec les médicaments inclus dans le budget).
En l'absence ou en l'attente d'éléments précis, on pourra retenir pour P la valeur de 800. Pour approcher plus précisément cet aspect, vous prendrez l'attache le cas échéant du service médical de l'assurance maladie, et cette valeur pourra être modulée après avoir utilisé l'outil « Pathos ».
3.2.4. Mode de détermination des dotations de soins
Pour les établissements déjà entièrement 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 (cf. point 3.1.).
La dotation ainsi corrigée devra alors être comparée à la DO.MINI.C de l'établissement (éventuellement majorée, si la qualité de l'établissement le justifie, sans dépasser DO.MINI.C + 35 %). C'est le plus grand des deux chiffres qui devra être retenu comme valeur minimale à atteindre dans le cadre de la convention tripartite (7).
Pour les établissements non médicalisés ou partiellement médicalisés la consommation en soins de ville (avec ou sans les médicaments) 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 (comprenant ou non les médicaments, selon la situation de l'établissement). Vous apprécierez en liaison avec le service médical de l'assurance maladie si cette consommation totale est raisonnable, auquel cas elle pourra servir de base à la discussion tarifaire. Vous pouvez apprécier ce niveau :
soit en rapportant la consommation constatée au nombre de résidents des places non médicalisées, et en la comparant aux moyennes nationales ;
soit en vous référant au budget soins total (limité à DO.MINI.C. + 35 % sauf cas de pathologies particulièrement lourdes et coûteuses ou contraintes très particulières).
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. Si cette consommation n'est pas connue (ni fournie par l'assurance maladie ni estimée à partir des données internes à l'établissement), vous procéderez par comparaisons :
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 la plus grand compte là aussi de la qualité.
Il est rappelé :
que ces indications qui vous confèrent un rôle d'appréciation de la situation de chaque établissement en vue de parvenir à une meilleure équité sont à respecter soigneusement, car elles correspondent aux enveloppes totales qui seront déléguées pour la signature des conventions ;
que la priorité est d'améliorer la dotation des établissements les moins bien dotés au regard de leur GMP, les renforcements significatifs des moyens des établissements mieux dotés ne pouvant s'envisager qu'à terme ;
que la mission Marthe et la DGAS - bureau 5 B - (à saisir de préférence via cc-mail) se tiennent à votre disposition pour vous aider à apprécier la solution à donner aux cas particuliers. Vous voudrez bien, en particulier la saisir préalablement de toute dérogation significative que vous vous proposeriez de faire aux indications ci-dessus.
Le directeur de l'hospitaliation et de l'offre de soins, E. Couty
La directrice générale de l'action sociale, S. Léger
Le chef de la mission Marthe, J.-R. Brunetière
(1) Comme la loi spéciale (art. 5 de la loi du 20 juillet 2001) déroge à la loi générale (disposition nouvelle), même postérieure, il s'ensuit que ces derniëres dispositions ne s'appliqueront qu'aux établissements sortis du dispositif transitoire (art. 5) après entrée en vigueur de la convention tripartite.
(2) Seul un avenant signé par les trois parties pourrait modifier cette option tarifaire avant le terme.
(3) Cette comparaison donne le même résultat qu'on la fasse en incluant ou en excluant les charges et produits afférents actuellement aux médicaments, puisque dans le budget actuel on évaluera le niveau des produits correspondant aux médicaments comme égal à celui des charges de médicaments constatées.
(4) Il s'agit des comptes 6021 : produits pharmaceutiques et produits à usage médical, 60321 : variation des stocks des produits pharmaceutiques et produits à usage médical, 6066 : fournitures médicales.
(5) Une étude a été réalisée par le service médical de l'assurance maladie à l'aide de cet outil sur une partie de l'échantillon « Ernest » en 2001 : une partie de ce qui suit résulte des conclusions provisoires de cette étude.
(6) Le « PMP » peut être considéré, pour l'évaluation de la charge liée aux pathologies, comme le pendant du « GMP » en matière de perte d'autonomie.
(7) 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.