



Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

**Sous-direction de l'organisation du système
de soins**

Bureau de l'organisation de l'offre régionale
des soins et populations spécifiques (O2)
Personne chargée du dossier :
Cécile Balandier
Tél : 01.40.56.65.47
Mél : cecile.balandier@sante.gouv.fr

Sous-direction des affaires financières

Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques (F2)
Personne chargée du dossier :
Isabelle Gautier-Lhermite
Tél : 01.40.56.60.16.
Mél : isabelle.gautier-lhermite@sante.gouv.fr

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

Sous-direction des âges de la vie

Bureau des personnes âgées (2C)
Personne chargée du dossier
Frédérique Chadel
Tél : 01.40.56.86.71.
Mél : frederique.chadel@sante.gouv.fr

La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Le directeur général de l'action sociale

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des agences régionales de l'hospitalisation
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les Préfets de
départements
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/F2/DGAS/2C/CNSA/2008/340 du 17 novembre 2008 relative à
la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006
modifiée concernant les unités de soins de longue durée

Date d'application : Immédiate

NOR : SJSH0831183C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Etablissements de santé

Mots clés : unités de soins de longue durée (USLD), mise en œuvre de la réforme des USLD,
organisation des soins, financement.

Textes de référence :

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006
- Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007
- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée
- Circulaire n°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée
- Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées
- Circulaire n°DHOS/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée
- Circulaire interministérielle n° DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées

Annexes :

Annexe 1 : bilan des opérations de partition en 2007

Annexe 2 : Modalités de calcul à mettre en œuvre de la cadre de la partition des unités de soins de longue durée

Au terme des opérations de partition des unités de soins de longue durée (USLD) menées depuis 2007 et suite à de nombreux échanges avec les régions, il convient de rappeler les principes fondamentaux qui guident cette réforme et d'apporter quelques précisions complémentaires aux deux circulaires du 15 mai 2006 et du 10 mai 2007 susmentionnées.

1. DISPOSITIF LEGISLATIF

L'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit la redéfinition des USLD mentionnées au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique par répartition des capacités d'accueil et des crédits entre le secteur sanitaire et le secteur médico social.

Le processus de redéfinition ayant été étendu sur 3 ans par les dispositions de l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, il revient aux établissements qui n'auraient pas encore partitionné de faire connaître leur projet de partition à l'agence régionale de l'hospitalisation avant le 31 mars 2009, après délibération de leur conseil d'administration.

L'objet de la présente circulaire consiste à préciser la procédure de partition des capacités et des enveloppes.

2. PARTITION DES CAPACITES ET ORGANISATION DES SOINS

- Etablissements éligibles à la partition

Tous les établissements qui ont un statut juridique sanitaire d'USLD au 19 décembre 2005 sont concernés par la réforme. La somme des lits, occupés par des patients à profil SMTI+M2, constatée par la coupe de juin 2006, constitue le socle sanitaire de la région. Les établissements qui sont devenus médico sociaux depuis cette date ne peuvent redevenir sanitaires, mais leur capacité SMTI+M2 est toutefois prise en compte dans le socle sanitaire régional.

La répartition des capacités d'accueil et des crédits qui, à l'issue du processus, relèveront respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale est réalisée à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée, mentionné à l'article 46 la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 et précisé dans l'arrêté du 12 mai 2006.

Les capacités des USLD redéfinies sont ainsi déterminées sur la base des résultats des coupes transversales réalisées en juin 2006 validées par l'échelon régional du service médical de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Sur les trois années de la réforme, seule la coupe Pathos, réalisée en 2006 fait foi pour l'évaluation des besoins sanitaires de la région. Si la coupe PATHOS n'a pas été réalisée en 2006 dans un établissement, celui-ci se verra attribuer la moyenne du nombre de patients SMTI + M2 de la région. Afin de maintenir le principe d'égalité entre toutes les USLD, les données Pathos postérieures à 2006 ne sont pas prises en compte.

- Pilotage du processus de partition et organisation des soins

Les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation et les préfets de département fixent la répartition des lits et des crédits demeurant dans le domaine sanitaire et ceux intégrant le secteur médico-social, par arrêté conjoint pris après avis du conseil d'administration de l'établissement, au vu des résultats de la coupe Pathos ainsi que des données issues du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La partition s'inscrit dans une logique de révision des SROS tant pour ce qui concerne l'élaboration du schéma cible que pour les objectifs quantifiés exprimés en implantation et en volume. Ces objectifs en volume sont ensuite déclinés pour chaque établissement de santé dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans la mesure où la partition modifie l'offre de soins des USLD en transférant une partie des lits vers le secteur médico-social, il convient chaque année durant les trois exercices de la partition, de modifier les objectifs quantifiés.

Les capacités d'USLD redéfinies doivent être les plus proches possible du nombre de patients SMTI + M2 constaté par la coupe Pathos de juin 2006. Une majoration du nombre de lits d'USLD pourra être proposée afin de corriger notamment les effets de seuil, favoriser les recompositions et le cas échéant, lisser les inégalités régionales.

Les capacités prises en compte dans la partition sont celles réellement autorisées et financées. Il en est ainsi pour des places qui seraient momentanément fermées pour

travaux. A l'inverse, les places d'USLD autorisées mais non installées et non financées sont exclues de la partition.

En aucune façon, les opérations de partition ne doivent conduire à augmenter ou réduire la capacité totale de prise en charge sanitaire et médico- sociale des personnes âgées.

Nous vous rappelons que les propositions de capacités d'USLD redéfinies, avant d'être traduites dans l'arrêté conjoint du directeur d'agence régionale d'hospitalisation et du préfet de département, doivent être validées par la DHOS qui est garante des équilibres nationaux de cette réforme définis en 2006 tant sur le plan de l'utilisation de la marge de manœuvre nationale que sur le plan financier.

3. VOLET FINANCIER DE LA REFORME

Pour les établissements, les conséquences financières de la réforme sont duales :

- Répartition des dotations soins

La réforme des USLD implique d'une part la répartition des dotations soins entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social (article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006) : les dotations soins sont scindées entre la partie restant sanitaire d'une part, et la partie devenant médico-sociale d'autre part, au prorata du nombre de points GMPS produit par chacune des parties redéfinies.

Lorsque les capacités d'une USLD passent en totalité dans le champ médico-social alors qu'elle accueillait des patients SMTI au moment de la coupe PATHOS, la dotation soins de l'établissement est reconduite à l'identique pendant trois ans afin d'assurer la couverture des soins des personnes nécessitant des soins médico techniques lourds maintenues dans la structure, en application de la règle relative au non transfert des patients rappelée dans la circulaire du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée, concernant les unités de soins de longue durée. Les crédits correspondant au surcoût lié aux patients SMTI maintenus dans la structure devenue médico sociale font l'objet d'une fongibilité temporaire pour une durée de trois ans de l'ONDAM USLD vers l'OGD-PA .

Pour une opération de partition donnée d'un établissement, et à l'issue de trois années, la dotation soins de la section requalifiée en médicosocial est réajustée pour correspondre à la prise en charge de personnes présentant un profil médico-social, dans la mesure où les recrutements postérieurs à la partition ne doivent concerner que des patients non SMTI .

Le montant des crédits, ayant fait initialement l'objet d'une fongibilité dans ce cadre dérogatoire est alors restitué en une fois dans sa totalité à l'ONDAM USLD, dans le cadre des opérations nationales de fongibilité.

Vous veillerez bien, après la partition, à mettre en adéquation la population accueillie avec la vocation de la structure. Ainsi, à la faveur du renouvellement naturel des personnes prises en charge, les capacités devenues médico-sociales devront se centrer sur l'accueil des patients à profil médico-social de sorte que l'ajustement de la dotation soins qui se fera dans les trois ans permette une prise en charge adaptée pour les patients accueillis. De la même façon, la partie restée sanitaire de l'établissement devra recentrer ses activités sur l'accueil des patients à profil sanitaire.

- Attribution de mesures nouvelles

D'autre part, dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age, des mesures destinées à renforcer le niveau des ressources d'assurance maladie pour les USLD ont été décidées : une fois la répartition des crédits réalisée, et dans la mesure où la dotation soins n'excède pas le plafond de ressources défini par l'équation tarifaire au GMPS, l'établissement peut bénéficier des mesures nouvelles visant à atteindre le plafond de ressources précédemment défini. Les mesures nouvelles pour atteindre le plafond de ressources proviennent de l'ODAM USLD pour la partie sanitaire et de l'OGD-PA pour la partie devenue médico-sociale.

Le mécanisme d'abondement pour les USLD redéfinies et les EHPAD médico-sociaux est identique. Au même titre que les autres structures hébergeant des personnes âgées dépendantes, les crédits d'assurance maladie alloués à la partie non SMTI devenue médico-sociale ont pour plafond l'allocation budgétaire déterminée sur la base du GMPS. Pour les établissements en situation de « clapet anti-retour », la répartition de celui-ci se fera également au GMPS.

Conventionnement tripartite

L'article 69 de la loi de financement pour la sécurité sociale prévoit le gel des dotations pour les USLD n'ayant pas conventionné avant le 31 décembre 2007. L'attribution des mesures nouvelles reste également soumise à l'obligation de conventionnement tripartite.

Il est nécessaire que le dispositif de partition soit mentionné dans la convention initiale ou lors du renouvellement de la convention, soit ultérieurement par le biais d'un avenant.

4. LA FIN DES OPERATIONS

Dès à présent, il convient de finaliser les opérations de partition en 2008 et de procéder, si ces opérations n'ont pas déjà été conduites, à :

- l'élaboration du schéma cible
- la révision du volet SROS personnes âgées
- la redéfinition des objectifs quantifiés en matière d'USLD.
- la transmission à la DHOS des arrêtés conjoints DARH/ préfet de département

Les USLD dont les arrêtés de partition n'ont pas encore été pris restent soumises à l'obligation d'entrer dans la réforme.

5. CALENDRIER

Pour l'année 2009, les délibérations des conseils d'administration des établissements sur la partition sont envoyées à l'ARH au plus tard le 31 mars 2009

Le tableau synthétique des propositions de partition doit parvenir à la DHOS pour validation au plus tard le 30 avril 2009 : répartition des capacités et des enveloppes par le bureau 02 de la DHOS (cecile.balandier@sante.gouv.fr) en concertation avec la DGAS et la CNSA

Le 31 octobre 2009 au plus tard : validation par le bureau F2 de la DHOS des montants à transférer entre l'enveloppe médico-sociale et USLD
([Isabelle.gautier-lhermite@sante.gouv.fr.](mailto:Isabelle.gautier-lhermite@sante.gouv.fr))

1^{er} janvier 2010 : prise d'effet des arrêtés.

Nous vous rappelons que le projet d'ensemble de la répartition des capacités sera soumis chaque année pour avis au comité régional sanitaire et au comité régional de l'organisation médico social, si possible, réunis en formation conjointe.

La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

signé

Annie PODEUR

Le directeur général de l'action sociale

signé

Jean-Jacques TREGOAT

Annexe 1 : Bilan des opérations de partition en 2007

15 régions se sont engagées dans les opérations de partition en 2007 qui ont concerné 13 348 lits d'USLD dans 134 établissements ; 5 606 profils SMTI+M2 ont été constatés dans ces lits, soit 42,7 % des patients.

Les capacités ont été scindées de la façon suivante : 7 253 lits d'USLD redéfinies et 6 065 lits médico sociaux.

Annexe 2 : Modalités de calcul à mettre en œuvre dans le cadre du processus de partition des USLD
--

Une fois les capacités sanitaires (patients SMTI+M2) et médico-sociales (patients non SMTI) déterminées en fonction des résultats de la coupe PATHOS et des orientations du SROS, il vous appartient de procéder à la répartition de la dotation soins actuelle de l'USLD concernée.

Cette répartition s'effectue au prorata du nombre de points GMPS ($GMP + PMP * 2,59$) produits par la partie restant sanitaire d'une part, et la partie devenant médico-sociale d'autre part.

Il convient de noter que les crédits définis pour la partie médico-sociale font l'objet d'un transfert de fongibilité de l'ODAM USLD vers l'OGD PA.

Une fois cette répartition des crédits réalisée, et dans la mesure où la dotation soins n'excédait pas le plafond de ressources défini par l'équation tarifaire au GMPS mentionnée dans la circulaire 2006-447 du 17 octobre 2006 actualisé en 2008 (soit 12.40€ par point GMPS), l'établissement peut bénéficier des mesures nouvelles visant à atteindre le plafond de ressources précédemment défini.

Les mesures nouvelles pour atteindre le plafond de ressources proviennent de l'ODAM USLD pour la partie sanitaire, et de l'OGD PA pour la partie devenue médico-sociale. Cela ne donne donc pas lieu à une opération de fongibilité.

Vous trouverez ci-après trois exemples concrets illustrant ces principes (résultats arrondis):

1. les capacités retenues sont identiques aux résultats de la coupe PATHOS

Une USLD d'une capacité totale de 90 places dispose actuellement d'une dotation soins de 1 500 000€.

L'analyse transversale retrouve (coupe PATHOS) :

- 30 places SMTI avec un GMP de 850 et un PMP de 550
- 60 places non SMTI avec un GMP de 880 et un PMP de 130

o Répartition de la dotation soins

La production de points GMPS se calcule de la manière suivante :

- partie sanitaire : $30 * (850 + 550 * 2,59) = 68\ 235$ points GMPS
- partie médico-sociale : $60 * (880 + 130 * 2,59) = 73\ 002$ points GMPS
- production globale de points : $(68\ 235 + 73\ 002) = 141\ 237$

La production de points GMPS par place est de $68\ 235 / 30 = 2274,5$ points

- GMPS pour la partie sanitaire et de $73\ 002 / 60 = 1216,7$ points
- GMPS pour la partie médico-sociale.

La répartition de la dotation soins entre la partie sanitaire et médico-sociale se fait au prorata de la production des points GMPS de chaque partie, soit :

- pour la partie sanitaire, $1\ 500\ 000€ * 68\ 235 / 141\ 237 = 724\ 686€$
- pour la partie médico-sociale, $1\ 500\ 000€ * 73\ 002 / 141\ 237 = 775\ 314€$

- Calcul des mesures nouvelles

La valeur moyenne du point GMPS au vu de la dotation soins actuelle est de :
 $1500000 \text{ €} / 141\,237 = 10,62 \text{ €}$

Cet établissement peut bénéficier des mesures nouvelles visant à atteindre le plafond de ressources précédemment défini, calculé de la façon suivante :

- Partie sanitaire : dotation plafond = $12,40 \text{ €} * \text{production de points GMPS de la partie sanitaire} = 12,40 \text{ €} * 68\,235 = 846\,114 \text{ €}$

$846114 - 724\,686 = 121\,428 \text{ €} = \text{montant à abonder par l'ODAM USLD pour la partie sanitaire.}$

- Partie médico-sociale : dotation plafond = $12,40 \text{ €} * \text{production de points GMPS de la partie médico-sociale} = 12,40 \text{ €} * 73\,002 = 905\,225 \text{ €}$

$905\,225 - 775\,314 = 129\,911 \text{ €} = \text{montant à abonder par l'OGD-PA pour la partie médico-sociale.}$

La dotation soins figurant dans les arrêtés est de :

- pour la partie sanitaire : 724 686€
- pour la partie médico-sociale : 775 314€

La fongibilité au titre de la partition (ODAM USLD vers OGD-PA) est de 775 314€

Les mesures nouvelles sont attribuées lors de la parution de la circulaire budgétaire mais ne figurent pas sur les arrêtés de partition

2. Les capacités retenues sont différentes des résultats de la coupe PATHOS

Dans le cas où les capacités retenues pour la partition diffèrent de la coupe Pathos, la répartition de la dotation soin se décompose en deux étapes :

- a- partition de la dotation soin selon la coupe PATHOS ;
- b- prise en compte du différentiel de nombre de lits par rapport à la coupe PATHOS

Exemple 1 : les capacités retenues pour le sanitaire sont différentes des résultats de la coupe PATHOS

Soit la même USLD d'une capacité totale de 90 places disposant actuellement d'une dotation soins de 1 500 000€.

Les capacités restant sanitaires validées, compte tenu des objectifs de maillage territorial de la filière gériatrique contenus dans le volet personnes âgées du SROS et des projets médicaux de territoire, sont de 35 places soit 5 places au-delà du nombre de patients SMTI définis dans le cadre de la coupe PATHOS.

- partie sanitaire : $30+5=35$ places
- partie médico-sociale : $60-5=55$ places

Répartition de la dotation soins

a- 1^{ère} étape : répartition de la dotation soins selon la coupe Pathos comme en 1°

La répartition de la dotation soin entre la partie sanitaire et médico-sociale se fait de la même façon que dans le cas n°1, au prorata de la production des points GMPS de chaque partie, soit :

- pour la partie sanitaire, $1\ 500\ 000\text{€} * 68\ 235 / 141\ 237 = 724\ 686\text{€}$
- pour la partie médico-sociale, $1\ 500\ 000\text{€} * 73\ 002 / 141\ 237 = 775\ 314\text{€}$

b- 2^{ème} étape : prise en compte du différentiel de nombre de lits par rapport à la coupe PATHOS

Le montant des crédits à intégrer pour valoriser les 5 places supplémentaires dans la dotation de la partie sanitaire correspond à la valorisation issue de la production moyenne de points d'une place non SMTI.

La partie sanitaire produit 2274,5 points GPMS par patient (68 235/30)

La partie médico-sociale produit 1216,7 points GMPS par patient (73 002 /60)

La valeur moyenne du point GMPS au vu de la dotation soins actuelle est de : $1500000\text{€} / 141\ 237 = 10,62\text{€}$

Les 5 lits en dessus de la coupe PATHOS sont valorisés selon l'équation: $5 * 1216,7 * 10,62 = 64\ 607\text{€}$

Ces 64 607€ viennent majorer le budget USLD redéfinie.

- le budget de la partie USLD devient $724\ 686\text{€} + 64\ 607\text{€}$, soit 789 293€
- le budget de l'EHPAD médico-social devient $775\ 314\text{€} - 64\ 607\text{€}$, soit 710 707€

o Calcul des mesures nouvelles

La détermination des mesures nouvelles à verser pour chaque partie se fait ensuite de la même manière que précédemment :

- pour la partie sanitaire, la dotation cible est : $12,40 * 2274,5 * 35 = 987\ 133\text{€}$
- pour la partie médico-sociale, la dotation cible est : $12,40 * 1216,7 * 55 = 829\ 789\text{€}$

L'abondement du budget USLD redéfini en mesures nouvelles (enveloppe sanitaire) est de: $987\ 133 - 789\ 293 = 197\ 840\text{€}$, soit un budget total de fonctionnement pour la partie sanitaire de : $789\ 293 + 197\ 840 = 987\ 133\text{€}$

L'abondement du budget de l'EHPAD médico-social en mesure nouvelles (enveloppe médico-sociale) est de $829\ 789 - 710\ 707 = 119\ 082\text{€}$, soit un budget total de fonctionnement pour la partie médico-sociale de $119\ 082 + 710\ 707 = 829\ 789\text{€}$

La dotation soins figurant dans les arrêtés est de :

- pour la partie sanitaire : 789 293€
- pour la partie médico-sociale : 710 707€

La fongibilité au titre de la partition (ODAM USLD vers OGD-PA) est de 710 707€

Les mesures nouvelles sont attribuées lors de la parution de la circulaire budgétaire, mais ne figurent pas sur les arrêtés de partition

Exemple 2 : cas particulier où la totalité des capacités basculent dans le champ médico-social

Une USLD de 90 lits dispose d'un budget soins de 1 300 000€

La coupe Pathos donne : - 10 patients SMTI avec un GMP à 850 et un PMP à 550
- 80 patients non-SMTI avec un GMP à 850 et un PMP à 130

Les capacités retenues pour la partition sont 90 lits médico-sociaux et 0 lit sanitaire

Calcul du budget soins de l'établissement :

Points GMPS de la partie sanitaire : $10 \times (850 + (550 \times 2,59)) = 22\,745$ points GMPS
Points GMPS de la partie médico-sociale : $80 \times (850 + (130 \times 2,59)) = 94\,936$ points GMPS
Total des points produits : 117 681 points

Valeur moyenne du point de l'établissement : $1\,300\,000 / 117\,681 = 11,04$ €

Le nombre de lits retenus au titre du médico-social au-dessus de la coupe PATHOS étant de 10, la nouvelle capacité de l'établissement est de 90 lits médico-sociaux.

La partie médico-sociale produit 1186,7 points GMPS par patient ($94936/80$), 1 lit médico-social est financé à hauteur de $11,04 \times 1\,186,7 = 13\,101$ €

La partie sanitaire produit 2274,5 points GPMS par patient ($22\,745/10$), soit une valeur du lit sanitaire de $11,04 \times 2274,5 = 25\,110$ €

Le montant des crédits à intégrer au titre de la partition dans la dotation de la partie médico-sociale correspond habituellement à la valorisation issue de la production moyenne de points d'une place non SMTI, soit ici $(2,59 \times 130 + 850) \times 11,04 = 1186,7 \times 11,04 = 13\,101$ € par place ou 131 011€ au total transféré vers la partie médico-sociale. Par dérogation, dans ce cas précis de transformation totale en établissement médico-social, et afin d'assurer la couverture des soins des personnes nécessitant des soins médico-techniques lourds maintenues dans la structure, le financement des 10 lits à profil sanitaire transférés au secteur médico-social est laissé, au prix du sanitaire, entièrement à la disposition de la structure pendant trois exercices à compter de l'année de la partition (année n).

Le budget soins de l'établissement partitionné sera de 1 048 080 € ($13\,101$ € * 80 lits médico-sociaux) + 251 100€ (maintien transitoire des 10 places SMTI au prix du sanitaire) = 1 300 000 €, dont un financement des 10 places SMTI de 131 011€ au titre du transfert des lits vers le médico-social et $251\,100 - 131\,011 = 120\,090$ € pour assurer le maintien des capacités financières pour les patients SMTI de la structure. Cette dernière mesure financière est maintenue pendant 3 ans à l'identique.

A l'issue de trois années après partition, les crédits correspondant sont rendus à l'enveloppe sanitaire.

Fongibilité de l'ODAM-USLD vers OGD-PA en n : 1 300 000 €, dont 251 100€ laissés au titre des lits de la partie sanitaire (130 910€ pour le transfert de lits au tarif médico-social + 120 090€ au titre du maintien des capacités financières).

En $n+1$ et $n+2$: maintien des capacités financières sur l'enveloppe médico-sociale pour les patients SMTI .

A l'issue de trois années après partition, en $n+3$, la fongibilité de l'ODG-PA vers l'ODAM USLD sera de 120 090€

**Exemple de séquence de financement des patients SMTI maintenus en
établissement médico-social et de rendu des crédits en fongibilité, pour un
établissement
(ayant une dotation initiale de 1 300 000€) dont la partition entre en vigueur au
01/01/2009 et dont la totalité des capacités est basculée dans le secteur médico-
social**

Année	<i>01/012009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
	Année de la partition n	n+1	n+2	n+3
	Le Budget de l'établissement est transféré en fongibilité vers le secteur médico-social en totalité			
Montant de la fongibilité	1 300 000 dont 120 090 au titre du maintien des capacités financières	-	-	120 090€
Sens de la fongibilité	De l'ODAM-USLD vers OGD-PA	-	-	de l'ODG-PA vers l'ODAM USLD