

INSTRUCTION

N° 99-125-M22 du 20 décembre 1999

NOR : BUD R 99 00125 J

Texte publié au BOCP

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

ANALYSE

Tarification et financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
Disposition d'ordre budgétaire et comptable.

Date d'application : 01/01/2000

MOTS-CLES

ETABLISSEMENT A CARACTERE SOCIAL ; ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL ; COMPTABILITE ;
PERSONNE AGEE ; FINANCEMENT ; GESTION

DOCUMENTS A ANNOTER

Instruction n° 99-100-M2 du 30 septembre 1999

DOCUMENTS A ABROGER

Néant

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TPG	TGAP	RF	T	DOM	TOM						

DIFFUSION

GT 77

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

6^{ème} Sous-direction - Bureau 6B

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : Circulaire interministérielle DAS/DGCP n° 99 / 676 du 7 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements publics sociaux et médico-sociaux.....	5
ANNEXE N° 2 : 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.	14

La présente instruction a pour objet de porter à la connaissance des trésoriers, gérant des établissements publics sociaux et médico-sociaux :

- la circulaire interministérielle DAS/DGCP n° 99 / 676 du 7 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables à ces établissements (annexe 1) ;
- la 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 (annexe 2).

La circulaire DAS/DGCP n° 99 / 676 du 7 décembre 1999 définit les modalités d'application des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999.

La mise en œuvre de la nouvelle tarification est conditionnée par la signature de la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée.

La tarification actuelle est fondée sur une répartition « binaire » des charges entre l'hébergement et les soins.

Le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 pose le principe d'une répartition des dépenses et des recettes de l'établissement dans trois groupes appelés « sections tarifaires » reflétant les trois composantes de la prise en charge gériatrique en institution (hébergement, dépendance et soins).

Il convient de souligner que la solution retenue est un suivi en comptabilité analytique, tenue par l'ordonnateur de l'établissement, de la répartition des charges entre les trois sections tarifaires citées ci-dessus.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ce dispositif, une application informatique développée sous Excel, par l'E.N.S.P., permettant le calcul automatique, est mise à la disposition des autorités chargées de la tarification.

La circulaire indique les modalités pratiques comptables. A cet effet, il est précisé, pour chaque tarif, le mode de calcul et le déroulement à suivre de l'émission des titres de recettes jusqu'à leur recouvrement.

En outre, elle rappelle les dispositions posées par l'article 20 du décret n° 99-317 quant à la réserve de trésorerie.

Dans une deuxième partie, elle met à jour la nomenclature des comptes des établissements publics sociaux et médico-sociaux (arrêté du 12 août 1987 modifié) à compter de l'exercice budgétaire et comptable 2000.

La présente instruction diffuse par ailleurs la 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 (E.H.P.A.D.) et à diverses autres dispositions concernant ces établissements.

Cette circulaire donne quelques recommandations, eu égard au montant prévisionnel des dotations régionales qui seront affectées aux E.H.P.A.D., au titre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, pour l'exercice 2000.

Elle rappelle le contexte juridique et réglementaire. Ainsi, l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée dispose que « la convention tripartite doit être conclue, au plus tard, deux ans après la date de publication du décret » relatif à la réforme de la tarification, soit donc pour le 27 avril 2001.

De plus, l'article 33 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 prévoit que ledit décret « entre en vigueur dès sa publication pour les établissements disposant d'une capacité de plus de 85 places, deux ans après sa publication pour les établissements disposant d'une capacité totale inférieure ou égale à 85 places. Les parties signataires des conventions ... peuvent toutefois convenir d'une mise en œuvre anticipée des dispositions dont il s'agit ».

Enfin l'article 32 de ce décret précise que « les conventions entrent en vigueur à compter de l'exercice budgétaire qui suit la date de leur conclusion, sauf accord entre les parties signataires pour anticiper cette date d'application ».

Ainsi, les établissements dotés d'une capacité de plus de 85 places sont prioritaires pour entrer dans le nouveau régime tarifaire, dès l'exercice 2000 sans exclure ceux, volontaires, qui n'atteignent pas ce seuil.

Les situations suivantes peuvent se présenter :

- Procédure de droit commun :
 - la convention est conclue au cours du dernier trimestre de 1999 et la nouvelle tarification entre en vigueur au 1^{er} janvier 2000 ;
 - la convention est conclue au cours des premiers mois de l'année 2000 et elle est assortie d'une prise d'effet tarifaire à compter du 1^{er} janvier 2001.
- Anticipation totale ou partielle de l'application de la nouvelle tarification au cours de l'exercice 2000, suite à un accord entre les partenaires conventionnels :
- La nouvelle tarification s'applique sur les neuf derniers mois de l'exercice 2000 ;
Dans ce cas, les établissements « sans passé tarifaire » peuvent se voir appliquer le nouveau régime tarifaire à tout moment de l'exercice. S'agissant des établissements « avec passé tarifaire », la tarification binaire sera maintenue sur les trois premiers mois de l'année et la nouvelle tarification « ternaire » sera applicable sur les trois derniers trimestres de l'exercice.
- Anticipation partielle au cours de l'exercice 2000 de la nouvelle tarification au titre des seuls soins, sous la forme de forfaits déplafonnés de sections de cure médicale ;
Dans cette hypothèse, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, bénéficiaires de crédits nouveaux de l'assurance maladie, resteraient, pour l'année 2000, en tarification binaire (hébergement, soins) mais disposeraient de forfaits soins.

La circulaire donne enfin des précisions quant à la répartition des résidents par groupes iso-ressources et expose les principales dispositions à prendre dans le cadre de cette réforme.

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE

Pour le Directeur Général de la Comptabilité Publique

le Sous-directeur chargé de la 6^{ème} sous-direction

Ollivier GLOUX

ANNEXE N° 1 : Circulaire interministérielle DAS/DGCP n° 99 / 676 du 7 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements publics sociaux et médico-sociaux.

REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'ECONOMIE,

DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE

BUREAU 6B

MINISTERE DE L'EMPLOI

ET DE LA SOLIDARITE

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

BUREAU TS2

MARTHE

LA MINISTRE DE L'EMPLOI

ET DE LA SOLIDARITE

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE,

DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

A

MESSIEURS LES PREFETS DE REGION

DIRECTIONS REGIONALES DES AFFAIRES

SANITAIRES ET SOCIALES

MESDAMES ET MESSIEURS

LES PREFETS DE DEPARTEMENT

DIRECTIONS DEPARTEMENTALES

DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

MADAME ET MESSIEURS LES

TRESORIER-PAYEURS GENERAUX

DE REGION

MESDAMES ET MESSIEURS

LES TRESORIER-PAYEURS GENERAUX

Circulaire interministérielle DAS/DGCP n° 99 / 676 du 7 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements publics sociaux et médico-sociaux

ANNEXE N° 1 (suite)

La présente circulaire a pour objet de porter à la connaissance des ordonnateurs et des trésoriers :

- Les modalités de mise en œuvre des dispositions du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;
- La mise à jour des nomenclatures des établissements sociaux et médico-sociaux publics (arrêté du 12 août 1987 modifié) applicable à compter de l'exercice budgétaire et comptable 2000.

1. DISPOSITION REGLEMENTAIRE RELATIVE AUX MODALITES D'APPLICATION DES DECRETS DU 26 AVRIL 1999

Il est rappelé que la mise en œuvre des décrets du 26 avril 1999, qui concerne uniquement les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, est conditionnée par la signature de la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée.

1.1. REGLEMENTATION ACTUELLE.

A ce jour, la tarification est fondée sur une répartition « binaire » des charges entre l'hébergement et les soins.

Celle-ci ne tient pas compte d'une composante essentielle de l'état de la personne âgée, à savoir sa dépendance.

La tarification en vigueur n'intégrant pas « la composante dépendance », elle ne tient pas compte a fortiori des différents niveaux de dépendance présentés par les personnes âgées.

Actuellement, la part tarifaire liée à l'hébergement sert de variable d'ajustement pour le financement des établissements.

De plus, les établissements non « médicalisés » font appel à des personnels médicaux et paramédicaux libéraux afin de faire face à la montée de la dépendance, mais le recours à ces professionnels, faute de règles, ne conduit pas toujours à des prises en charge coordonnées.

Par ailleurs, les modes d'allocation des ressources des établissements ne reposent pas sur une analyse globale des budgets en raison du caractère forfaitaire de la médicalisation.

Corrélativement, lorsqu'un établissement jusqu'alors non médicalisé bénéficie d'une autorisation et d'un financement de section de cure médicale, ce surcroît de recettes ne conduit pas nécessairement à une augmentation globale des ressources de l'établissement.

L'activité des établissements ne peut être évaluée, faute de références de bonnes pratiques et de l'existence d'une démarche « d'assurance qualité » dans ce secteur.

L'absence de règles du jeu claire entraîne une grande hétérogénéité des budgets des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ou non, et surtout un manque de transparence.

Le décret du 26 avril 1999 doit donc remédier à ces imperfections.

ANNEXE N° 1 (suite)

1.2. LA REFORME DE LA TARIFICATION PRESERVE TROIS PRINCIPAUX EQUILIBRES

Cette réforme ne pourra s'effectuer à coût constant pour l'assurance maladie, les surcoûts seront donc répartis sur plusieurs exercices.

Le partage actuel des compétences entre l'Etat et les départements doit être respecté.

La réforme ne conduit pas à un déport global de charges sur l'utilisateur.

1.3. LE DECRET POSE LE PRINCIPE D'UNE REPARTITION DES DEPENSES ET DES RECETTES DE L'ETABLISSEMENT DANS TROIS GROUPES APPELES « SECTIONS TARIFAIRES » REFLETANT LES TROIS COMPOSANTES DE LA PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE EN INSTITUTION.

L'hébergement correspond à l'ensemble des prestations hôtelières, de restauration et de services aux résidents non liés à leur état de dépendance mais pouvant contribuer à la prévention de celui-ci.

La dépendance recouvre les prestations spécifiques « hors soins » directement liées à la dépendance des personnes accueillies (ménage, lingerie ...) auxquelles s'ajoutent les prestations relationnelles et d'aide à la vie quotidienne.

Les soins englobent :

- les soins d'hygiène, de confort et de continuité de la vie liés à l'état de dépendance, d'entretien ;
- les prestations liées aux affections somatiques et psychiques des résidents, incluant les pathologies gériatriques pouvant être valablement prises en charge en milieu médico-social.

La réforme définit des tarifs et des clés de répartition des charges entre les trois sections tarifaires précitées en conciliant deux impératifs :

- tenir compte de l'état de dépendance des personnes ;
- adopter un mécanisme simple et intelligible pour l'utilisateur comme pour l'établissement.

Le calcul des tarifs est facilement compréhensible pour l'utilisateur et simple pour l'établissement :

- le tarif est modulé selon les six niveaux de la grille « AGGIR », chaque usager n'ayant à connaître qu'un seul tarif ;
- le nombre de clés de répartition des charges émergeant à plusieurs sections tarifaires est très limité.

LA SOLUTION RETENUE EST UN SUIVI EN COMPTABILITE ANALYTIQUE, TENUE PAR L'ORDONNATEUR DE L'ETABLISSEMENT, DE LA REPARTITION DES CHARGES ENTRE LES TROIS SECTIONS TARIFAIRES : HEBERGEMENT, DEPENDANCE ET SOINS.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ce dispositif, une application informatique développée sous Excel (ENSP) permettant le calcul automatique est mise à la disposition des autorités chargées de la tarification.

1.4. MODALITES PRATIQUES COMPTABLES.

1.4.1. Tarif journalier hébergement

* Calcul

ANNEXE N° 1 (suite)

Le tarif journalier afférent à l'hébergement est calculé en divisant, par le nombre de journées prévisionnelles des personnes hébergées dans l'établissement, le montant des charges d'exploitation autorisées à la section d'imputation tarifaire relative à l'hébergement prévue à l'article 5 et au I de l'annexe I du décret n° 99-316, diminuées des produits d'exploitation imputables à cette même section d'imputation, et après, le cas échéant, incorporation des résultats relevant de ladite section d'imputation conformément à l'article 39 dudit décret.

Ce tarif est arrêté par le Président du conseil général et facturé mensuellement selon le terme à échoir.

* Emission des titres de recettes et recouvrement

L'établissement émet, tous les mois, les titres de recettes correspondants.

A cet effet, les comptes budgétaires et subdivisions correspondantes suivants ont été ouverts :

70617 « Tarif hébergement (E.H.P.A.D.) »

706171 « département »

706172 « hébergé ».

La personne est prise en charge à 100 % à l'aide sociale, le titre de recette est émis à l'encontre du département (débit/4114 crédit/706171).

La personne n'est pas à l'aide sociale, le titre de recette est émis à l'encontre de l'hébergé (débit/411 crédit/706172).

La personne est prise en charge partiellement par l'aide sociale, l'établissement émet :

- un titre de recette à l'encontre de l'hébergé (débit/411 crédit/706172) ;
- un titre de recette à l'encontre du département, (débit/4114 crédit/706171), pour la part restante (cf : instruction n° 90-94-M2 du 24 août 1990 modifiée par instruction n° 98-162-M2 du 30 décembre 1998).

1.4.2. Tarif journalier dépendance

* Evaluation du degré de dépendance

Afin de moduler les tarifs afférents à la dépendance et aux soins, conformément à l'article 7 dudit décret, le classement des résidents selon leur niveau de dépendance est réalisé par l'équipe médico-sociale de chaque établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

Le classement dans chacun des groupes de niveau de dépendance de la grille nationale (article 12) donne lieu à une cotation en points.

Il est procédé pour chaque établissement à une totalisation des cotations en points. Le total des points dans les différents groupes de toutes les personnes âgées dépendantes hébergées dans l'établissement divisé par le nombre de personnes hébergées permet d'obtenir une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Cette valeur est dénommée GIR moyen pondéré de l'établissement.

* Calcul du tarif

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont arrêtés en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe II du décret n° 99-316.

ANNEXE N° 1 (suite)

Ainsi pour le GIR I :

(Total des charges d'exploitation de la section tarifaire « dépendance » multiplié par % de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe ISO - ressource 1) divisé par le nombre de journée prévisionnelle « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe ISO-ressource 1.

Ce tarif est arrêté par le président du conseil général et facturé mensuellement selon le terme à échoir.

* Emission des titres de recettes et recouvrement.

L'établissement émet, tous les mois, les titres de recettes correspondants.

A cet effet, les comptes budgétaires et subdivisions correspondantes suivants ont été ouverts :

7064 « Tarif dépendance (E.H.P.A.D.) »

70641 « département »

70642 « hébergé ».

La personne est prise à 100 % par la prestation spécifique dépendance, le titre de recette est émis à l'encontre du département (débit/4114 crédit/70641).

La personne n'est pas prise en charge, le titre de recette est émis à l'encontre de l'hébergé (débit/411 crédit/70642).

La personne est prise en charge partiellement, l'établissement émet deux titres de recettes :

- un à l'encontre du département (débit/4114 crédit/70641)
- un à l'encontre de l'hébergé (débit/411 crédit/70642).

1.4.3. L'établissement passe une convention avec le président du conseil général

Conformément à l'article 23 du décret, le président du conseil général peut prévoir par convention avec l'établissement le versement d'un acompte mensuel d'une dotation globale de financement relative à l'hébergement et à la dépendance correspondant aux tarifs journaliers hébergement et dépendance des personnes hébergées ayant droit soit à l'aide sociale départementale, soit à la prestation spécifique dépendance.

Il convient de distinguer le montant relatif à l'hébergement et le montant relatif à la dépendance.

Tous les mois, l'établissement émet deux titres de recettes à l'encontre du département :

- l'un au titre de l'hébergement (débit/4114 crédit/706171)
- l'autre au titre de la dépendance (débit/4114 crédit/70641).

La convention doit prévoir la régularisation des versements de la dotation globale. Cette régularisation pourrait être annuelle. Elle correspond à la différence entre les sommes dues et les sommes encaissées au titre de la dotation globale.

Cette régularisation entraîne l'émission de deux titres de recettes complémentaires (un pour la part hébergement, un pour la part dépendance).

1.4.4. Tarifs journaliers soins et dotation globale de financement relative aux soins

* Dispositions relatives aux prestations de soins

ANNEXE N° 1 (suite)

Les établissements peuvent opter en matière de soins :

- a) soit pour un tarif journalier global, comprenant notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie et les médicaments dont les caractéristiques sont fixées par arrêté ;
- b) soit pour un tarif journalier partiel qui ne comprend ni les examens et médicaments ni les charges de personnel mentionnées au a) ci-dessus, à l'exception de celles relatives au médecin coordonnateur et à celles relatives aux infirmières libérales.

La convention tripartite mentionne l'option tarifaire choisie qui ne peut pas être modifiée pendant la durée de ladite convention, laquelle est fixée à cinq ans.

* Calcul et fixation des tarifs afférents aux soins.

L'annexe II du décret n° 99-316 liste les formules de calcul à appliquer par GIR.

Les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins sont arrêtés par l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

* Emission du titre de recettes et recouvrement.

L'établissement émet les titres de recettes correspondants.

A cet effet, les comptes budgétaires et subdivisions suivants ont été ouverts.

7066 « tarif soins (E.H.P.A.D.) »

70661 « dotation globale de financement soins »

70662 « soins hébergé ».

L'établissement émet, en début d'année, un titre global pour le montant de la dotation globale de financement relative aux soins. Cette dotation correspond à la part prise en charge par l'assurance maladie. Elle donne lieu à des versements, par douzième, par la caisse primaire d'assurance maladie.

Prise en charge du titre de recette global en début d'année : (débit/4118 crédit/70661)

L'établissement émet un titre de recette à l'encontre de l'hébergé qui n'est pas pris en charge par un régime d'assurance maladie (débit/411 crédit 70662).

* Cas des prestations non prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins.

En vertu de l'article 10 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999, « sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale ou de l'aide médicale, mais ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins, les prestations mentionnées aux rubriques a à h de l'annexe III du présent décret ».

Par ailleurs, dans le cas de l'option « tarif partiel », les éléments exclus des tarifs journaliers afférents aux soins sont d'abord pris en charge directement par l'hébergé lui-même. Ce dernier sera ensuite remboursé par la caisse d'assurance maladie.

A ce titre, le compte 7067 « produits des prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers afférents aux soins » a été ouvert dans la nomenclature.

Ce compte fait l'objet des subdivisions suivantes :

70671 « prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins »

ANNEXE N° 1 (suite)

70672 « produits de la facturation des charges non incluses dans les tarifs journaliers afférents aux soins (tarif partiel) ».

1.5. DISPOSITIONS RELATIVES A L' AFFECTATION DES RESULTATS

Conformément à l'article 39 du décret n° 99-317, « l'affectation des résultats du budget principal ou annexe et de chaque section d'imputation tarifaire définie à l'article 5 du décret susvisé est arrêtée par les autorités de tarification, chacune pour ce qui la concerne, après appréciation des circonstances ayant engendré ces résultats ».

Le décret pose le principe d'une étanchéité de chaque section tarifaire et une affectation des résultats sur chacune d'entre elle.

Les comptes nécessaires seront ouverts et détaillés en tant que de besoin dans la nomenclature.

1.6. RESERVES DE TRESORERIE

L'article 20 du décret n° 99-317 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes dispose que « si les comptes de réserves de trésorerie couvrent le besoin en fonds de roulement de l'établissement constaté au cours des trois dernières années, les autorités de tarification peuvent procéder à la reprise sur lesdites réserves de trésorerie d'une somme inférieure ou égale à l'excédent de financement dudit besoin en fonds de roulement de l'établissement et ce au profit des comptes d'affectation des excédents précisés au b et c de l'article 39 dudit décret ». Les comptes de « réserves de trésorerie » sont les comptes 10685 « Réserve de trésorerie » et 141 « Provision réglementée ».

Dans le cas où la reprise concerne la réserve de trésorerie constituée par affectation du résultat, le compte 10685 « Réserve de trésorerie » sera débité par le crédit des comptes 110 « Report à nouveau (solde créditeur) » et 10682 « Excédents affectés à l'investissement ».

Dans le cas où la reprise concerne la provision réglementée, le compte 141 « Provision réglementée » sera débité par le crédit du compte 78741 « Reprises sur provisions réglementées ».

Lors de l'affectation du résultat, la partie de celui-ci correspondant à la reprise ainsi effectuée sera inscrite au crédit des comptes 110 « Report à nouveau (solde créditeur) » ou 10682 « Excédents affectés à l'investissement ».

2. MISE A JOUR DES NOMENCLATURES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX (ARRETE DU 12 AOUT 1987 MODIFIE) APPLICABLE A COMPTER DE L'EXERCICE BUDGETAIRE ET COMPTABLE 2000.

Cet arrêté est inséré dans l'annexe II, tome II de l'instruction M21 (page 70 à 100).

Compte à ouvrir pour les exercices budgétaires et comptables 2000 et suivants.

Annexe 1 (page 71 : nomenclature de base), annexe 2 (page 79 : nomenclature simplifiée), annexe 4 (page 92 : balance des comptes du grand-livre des établissements à caractère social).

ANNEXE N° 1 (suite)

Compte de la classe 1.

Compte 10686 « réserve de compensation ».

Annexe 3 (page 84 : nomenclature applicable aux C.A.T.), et annexe 5 (page 96 : balance des comptes du grand livre des C.A.T.).

Compte de la classe 4

44311 « Opérations particulières avec les collectivités d'assistance – contributions versées par les hébergés ».

44312 « Opérations particulières avec les collectivités d'assistance – ressources encaissées par le comptable ».

Annexe 1

Compte de la classe 6

60256 « couches, alèses, produits absorbants »

606256 « couches, alèses, produits absorbants »

Annexe 1, annexe 2

Comptes de la classe 7

70617 « tarif hébergement (E.H.P.A.D.) »

706171 « département »

706172 « hébergé »

7064 « tarif dépendance (E.H.P.A.D.) »

70641 « département »

70642 « hébergé »

7066 « tarif soins (E.H.P.A.D.) »

70661 « dotation globale de financement soins »

70662 « hébergé »

7067 « produits des prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers afférents aux soins »

70671 « prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins »

70672 « produits de la facturation des charges non incluses dans les tarifs journaliers afférents aux soins (tarif partiel) ».

Annexe n° 4

Compte de la classe 7

70617 « tarif hébergement (E.H.P.A.D.) »

7064 « tarif dépendance (E.H.P.A.D.) »

ANNEXE N° 1 (suite et fin)

7066 « tarif soins (E.H.P.A.D) »

7067 « produits des prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers afférents aux soins »

Le Ministre de l'Economie,
des Finances et de l'Industrie
pour le Ministre et par délégation
Le Directeur Général de la Comptabilité Publique
et par délégation

Le Sous-Directeur
Chargé de la 6^{ème} Sous-Direction

Ollivier GLOUX

La Ministre de l'Emploi
et de la Solidarité
pour la Ministre et par délégation
Le directeur de l'Action Sociale
et par délégation

Le Chargé de mission
d'appui à la réforme
de la tarification de
l'hébergement en
établissement pour
personnes âgées

Le Sous-Directeur
du Travail Social
et des Institutions
Sociales

Jean-René BRUNETIERE

Bernard GARRO

ANNEXE N° 2 : 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.

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.

Date d'application : immédiate.

Principaux textes de référence :

- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 : titres IV et V
- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle
- Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO4-AF2 n° 345 du 15 juin 1999 relative à la mise en oeuvre de la réforme des unités de soins de longue durée et à la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé
- Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99/369 du 25 juin 1999 relative à la simulation sur l'exercice 1998 de l'impact pour les différents financeurs de la réforme de la tarification des EHPAD, à partir d'un échantillon représentatif de 1 000 établissements
- Circulaire MARTHE/DSS/DAS/DH n° 99/398 du 7 juillet 1999 relative à l'évaluation de la consommation de soins des résidents en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) en actes et prescriptions des professionnels libéraux, à partir d'un échantillon représentatif de 1 000 établissements.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Madame et Messieurs les préfets de région (*direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales [pour mise en œuvre]*) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (*Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales [pour mise en œuvre]*) ; Mesdames et messieurs les directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation (*[pour mise en œuvre]*)

I - Le montant prévisionnel des dotations régionales qui seront affectées aux EHPAD, au titre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'exercice 2000

Sous réserve du vote par le Parlement du projet de loi précité, vos enveloppes régionales seront abondées en 2000 par des crédits destinés à accompagner la montée en charge de la nouvelle tarification des EHPAD et faciliter ainsi la conclusion des conventions tripartites prévues à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975, au regard des priorités conventionnelles évoquées ci-après. Elles seront déterminées en tenant compte des éléments suivants :

ANNEXE N° 2 (suite)

1° Pour ce qui concerne le financement des sections de cure médicale (SCM) autorisées sans support budgétaire, leur apurement sera poursuivi.

A cet égard, il paraît particulièrement opportun d'inciter fortement les établissements bénéficiaires de ces crédits nouveaux à conclure dès l'an 2000 la convention tripartite précitée, afin de leur appliquer dès l'exercice 2000, sinon au 1^{er} janvier 2001, la nouvelle tarification dans les conditions prévues à la rubrique III-4 ci-après.

2° Vos enveloppes régionales seront complétées par une dotation destinée à financer la réforme de la tarification des EHPAD, selon les modalités détaillées à la rubrique III-4.

Le montant des deux dotations mentionnées aux 1° et 2° **comprendra les transferts de crédits liés à l'activité des professionnels de santé libéraux** dont l'activité a vocation à s'intégrer dans les nouveaux tarifs.

Par ailleurs, en complément de ces dotations, il conviendra également de faire jouer pleinement la fongibilité entre les diverses composantes de vos enveloppes sanitaires et médico-sociales, au bénéfice d'une meilleure médicalisation des établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes, qu'il s'agisse des établissements médico-sociaux ou des établissements de santé dotés de services de soins de longue durée ou gérant des maisons de retraite.

Cette fongibilité est à organiser tant au sein des composantes des deux enveloppes précitées qu'entre les composantes de ces deux enveloppes.

Pour ce faire les commissions exécutives des agences régionales de l'hospitalisation et les conférences administratives régionales sont les instances à privilégier pour déterminer et mobiliser les redéploiements de crédits nécessaires à l'amélioration du niveau des soins prodigués par ces établissements, en complément des mesures nouvelles allouées dans le cadre de l'ONDAM.

II - Les priorités à prendre en compte en matière de conventionnement des établissements sanitaires ou médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes

II - 1 - Rappel du contexte juridique et réglementaire

a) L'article 5-1 modifié de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 dispose que *"la convention tripartite doit être conclue, au plus tard, deux ans après la date de publication du décret"* relatif à la réforme de la tarification, soit donc pour le 27 avril 2001.

b) Par ailleurs l'article 33 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 cité en référence, prévoit que, dans le respect du délai précité, le dit décret entre en vigueur dès sa publication *"pour les établissements disposant d'une capacité de plus de 85 places, deux ans après la publication pour les établissements disposant d'une capacité totale inférieure ou égale à 85 places. Les parties signataires des conventions [...] peuvent toutefois convenir d'une mise en oeuvre anticipée des dispositions dont il s'agit."*

c) Enfin l'article 32 de ce même décret précise que *"les conventions prévues à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée entrent en vigueur à compter de l'exercice budgétaire qui suit la date de leur conclusion, sauf accord entre les parties signataires pour anticiper la date d'application précitée."*

ANNEXE N° 2 (suite)

De ces trois séries de dispositions il résulte :

1° que sans préjudice de son éventuelle prorogation par voie législative, le délai légal prévu pour la conclusion des conventions tripartites est **particulièrement court** (entre 7 000 et 10 000 conventions à conclure avant avril 2001), ce qui implique un investissement conséquent de préparation et de négociation conventionnelle tant de la part des services de l'Etat que de ceux des départements, lesquels doivent à l'évidence travailler en étroite liaison ;

2° que la conclusion de la convention constitue un **préalable incontournable** pour accéder à la nouvelle tarification en trois sections tarifaires ;

3° que les établissements dotés d'une **capacité de plus de 85 places sont prioritaires** pour entrer dans le nouveau régime tarifaire dès l'exercice 2000, sans pour autant exclure les établissements volontaires qui n'atteignent pas ce seuil de capacité ;

4° que la réglementation **rend possible le changement de régime tarifaire en cours d'exercice** (cf article 32 précité), ce qui ne pose pas les mêmes problèmes pour les établissements qui ne disposent pas à ce jour de tarification binaire (absence de produits forfaitaires de crédits d'assurance maladie et donc fonctionnement médical exclusif au moyen de personnels libéraux) et pour les établissements disposant déjà d'une tarification "hébergement - soins" (cf rubrique III - 4 ci-après).

II - 2 - Les principaux critères présidant à un conventionnement prioritaire

1° Le seul ordre de priorité affiché au plan réglementaire concerne donc les établissements dont la capacité est supérieure à 85 places : l'effort doit donc principalement porter sur ces institutions, quelle que soit leur nature juridique : publics autonomes, publics non autonomes (CCAS, régie hospitalière incluant les services de soins de longue durée), privés associatifs et commerciaux. Il s'agit d'une priorité dictée par la commodité (ces établissements de taille importante ayant une armature administrative généralement plus étoffée).

2° au plan stratégique, les orientations suivantes peuvent d'ores et déjà vous être données en vue de vos discussions avec les représentants des départements :

a) - les mesures nouvelles qui vous seront attribuées dans le cadre de l'ONDAM 2000 (hors régularisation des sections de cure médicale) devraient bénéficier prioritairement aux établissements cumulant les deux critères suivants :

- être à ce jour **peu ou pas dotés en dotations forfaitaires de crédits d'assurance maladie** (forfaits de soins de longue durée, forfaits de section de cure médicale ou forfaits de soins courants) ;

- **présenter un GIR moyen pondéré conséquent**, à tout le moins supérieur à 400.

Il est en effet légitime d'orienter au mieux les mesures nouvelles en crédits d'assurance maladie en faisant porter principalement l'effort sur les établissements dont le niveau de médicalisation est très sensiblement insuffisant (voire inexistant) alors même qu'ils hébergent une population de résidents dont le niveau moyen de dépendance est significatif.

b) - La réglementation vous ouvre également la possibilité de conclure des conventions, sous réserve de l'accord des départements, avec des établissements dont la capacité est égale ou inférieure à 85 places et qui sont volontaires pour pratiquer sans délai la nouvelle tarification.

ANNEXE N° 2 (suite)

c) - Au regard des ajustements budgétaires, la priorité stratégique essentielle est **la qualité des prestations offertes aux résidents**¹ (1). Les établissements, qui dès à présent répondent aux références de qualité détaillées dans l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au contenu du cahier des charges des conventions pluriannuelles tripartites, ne posent pas de problèmes particuliers au regard de leur conventionnement.

En revanche, les services de l'Etat comme ceux des conseils généraux se doivent d'être particulièrement vigilants à l'occasion du conventionnement des établissements qui ne peuvent être considérés à ce jour comme atteignant des seuils minimaux de qualité sur des points importants. Il conviendra donc que ces établissements s'engagent explicitement à améliorer progressivement la qualité de leurs prestations sur les points défaillants au cours des 5 exercices de la convention, **toute attribution de dotations nouvelles étant justifiée par un gain objectif de qualité**, tant en termes d'organisation de l'hébergement que de prise en charge de la dépendance, de soins coordonnés ou de relations avec les résidents et leurs familles.

Un guide d'aide à l'auto-évaluation des établissements fait actuellement l'objet d'un test auprès de certains établissements. Il est principalement destiné aux établissements qui n'ont pas encore formalisé une véritable démarche d'assurance qualité. Ce guide permettra en effet de faire ressortir le degré de satisfaction des résidents et de leur entourage en les associant explicitement à la meilleure prise en compte de leurs besoins. Ce document sera disponible dans sa version définitive en novembre 1999.

Sur la base de ce guide (qui reprend méthodiquement les items du cahier des charges) ou d'un autre document équivalent, il est nécessaire que tous les établissements signataires se mettent en mesure d'évaluer régulièrement leur niveau de qualité par rapport aux exigences du cahier des charges.

Parmi les critères de qualité, mention particulière doit d'ores et déjà être faite de l'accessibilité externe et interne de l'établissement.

III - Modalités d'organisation de la campagne budgétaire relative à l'exercice 2000

III-1 Organisation et coordination des DDASS, des départements et des caisses d'assurance maladie

L'une des conditions essentielles de réussite de cette réforme réside dans les capacités des deux autorités concernées à se coordonner étroitement, en associant pleinement les caisses d'assurance maladie, pour conduire les opérations précitées **sur la base d'objectifs définis en commun et en utilisant des modes d'organisation transparents et connus des établissements concernés**, facilitant ainsi l'accès de ces derniers au nouveau dispositif.

Le travail en commun d'une part, des deux inspecteurs chargés, dans les deux services concernés, de la mise en oeuvre de cette réforme d'autre part, des médecins des départements, ceux de la DDASS et les médecins conseils sont à cet égard déterminants pour :

- effectuer, conjointement si possible, des visites sur place des établissements (prioritaires ou candidats au conventionnement),
- valider les répartitions des résidents des établissements par groupes iso-ressources,

¹ Sans préjudice du respect des normes de sécurité incendie : la convention tripartite prendra sur ce point en compte la situation constatée de l'établissement, en intégrant le cas échéant le programme prévisionnel de travaux et aménagements, sans toutefois se substituer aux services compétents en la matière

ANNEXE N° 2 (suite)

- organiser la campagne budgétaire et faciliter les avis réciproques requis concernant les tarifs journaliers afférents à la dépendance et aux soins en vérifiant la bonne application des clés de répartition des charges entre les trois sections tarifaires,
- conduire une politique articulée en matière de promotion de la qualité globale des prestations offertes par les établissements, chacune des composantes "hébergement", "dépendance" et "soins" ayant une incidence directe sur les deux autres,
- préparer et négocier les conventions pluriannuelles tripartites.

Il conviendra également de bien associer les caisses d'assurance maladie à ces opérations et à cet égard, il est conseillé d'instaurer dans chaque départements **un comité technique de pilotage informel** regroupant, selon des modalités définies en commun localement, des agents de l'Etat, des départements et des caisses directement chargés de cette opération.

III - 2 - Cas des établissements disposant d'une capacité de plus de 85 places

Ces établissements doivent transmettre à chacune des deux autorités chargées de la tarification **un dossier préparatoire au conventionnement et à la nouvelle tarification..** La date de transmission de ce dossier devra respecter la procédure de droit commun en vigueur, à savoir **le 15 octobre 1999** pour les établissements relevant des dispositions applicables aux établissements de santé et le **1er novembre 1999** pour les autres établissements. Le dit dossier est composé des éléments suivants :

1° la répartition de leurs résidents par groupe iso-ressources ;

2° l'option tarifaire retenue en principe entre le tarif global et le tarif partiel afférent aux soins, tel qu'il résulte des dispositions de l'article 9 du décret n° 99 - 316 du 26 avril précité ; cette option n'est qu'indicative tant que l'établissement ne dispose pas du relevé des dépenses de soins de ville transmis par l'assurance maladie.

A ce titre, l'établissement concerné effectuera au cours du mois d'octobre une demande préalable auprès de sa caisse pivot ou de sa caisse relais pour obtenir, sous une forme anonymisée, la consommation globale de ses résidents en soins libéraux (ventilée par catégorie de prestations), lorsque ces prestations ont vocation à s'intégrer dans le tarif journalier afférent aux soins, au regard du choix d'option tarifaire précité ¹. La caisse procédera aux requêtes nécessaires et rétrocèdera à la DDASS et à l'établissement ces données financières anonymisées. Les montants correspondants, après validation et intégration dans les enveloppes médico-sociales régionales "au franc pour franc" feront l'objet d'une remontée d'informations à la mission MARTHE au cours du premier trimestre de 2000.

3° Leur projet de budget pour l'exercice 2000, **sous la forme d'une double présentation :**

- selon la tarification actuelle "hébergement - soins",
- selon la tarification nouvelle "hébergement-dépendance-soins" (cf III-4) en respectant l'étanchéité des trois sections tarifaires ².

4° Le règlement intérieur mentionné à l'article 8 ter de la loi du 30 juin 1975 précitée ;

¹ Cf circulaire n° 99/398 du 7 juillet 1999 citée en textes de référence

² Le logiciel de calcul des nouveaux tarifs, transmis début juillet aux DDASS et aux services départementaux, est disponible pour les établissements depuis septembre 1999, auprès des éditions de l'ENSP.

ANNEXE N° 2 (suite)

5° Un modèle type de contrat de séjour pouvant être conclu entre l'établissement et chaque résident, en application du dit article 8 ter ;

6° L'indication des dispositifs d'auto-évaluation en place ou en cours de mise en place dans l'établissement, ainsi que les propositions de mesures, le cas échéant échelonnées sur la durée de la convention, tendant à corriger les écarts entre les prestations actuelles de l'établissement et les prescriptions et recommandations du cahier des charges.

7° Une esquisse de convention tripartite, reprenant les divers éléments figurant dans le cahier des charges institué par l'arrêté du 26 avril 1999 précité et incluant le projet institutionnel de l'établissement et son évolution proposée au cours de la période de cinq ans correspondant à la durée de la première convention ;

Compte tenu des délais précités et des difficultés techniques liées à cette opération nouvelle pour les établissements concernés, il peut être admis que lesdits établissements puissent vous faire parvenir des éléments complémentaires ou rectificatifs, postérieurement aux dates de transmission précitées, à l'exception de leurs propositions budgétaires afférentes à la tarification binaire actuelle.

III - 3 - Cas des établissements disposant d'une capacité égale ou inférieure à 85 places

Ces établissements ont la possibilité réglementaire de faire acte de candidature pour bénéficier, dès l'exercice 2000, d'un conventionnement et de la tarification qui en découle.

A cet égard, il est conseillé aux services de l'Etat et à ceux des départements d'organiser **un appel d'offres sommaire** auprès de ces établissements, établi sur quelques critères définis en commun entre les dits services.

Le dossier de candidature des établissements volontaires pour répondre à cet appel à projets doit notamment satisfaire aux sept éléments décrits à la rubrique III-2 ci-dessus.

III - 4 - La mise en place effective de la nouvelle tarification au cours de l'exercice 2000

III - 4 - 1 - L'allocation des ressources nouvelles

Les deux enveloppes mentionnées au I de la présente circulaire vous seront notifiées au cours du mois de février 2000, à l'issue du vote de l'ONDAM par le Parlement.

Afin de me permettre de déterminer la dimension des enveloppes régionales et départementales de mesures nouvelles de crédits de l'assurance maladie qui vous seront allouées en 2000 au titre de la réforme de la tarification des EHPAD (cf rubrique I, 2° précitée), il vous est demandé de me faire parvenir pour le **1^{er} février 2000, délai de rigueur** :

a) la liste prévisionnelle et indicative des établissements prioritaires avec lesquels, en accord avec les services des départements, vous envisagez de conclure une convention au cours de l'année 2000, en précisant pour chaque établissement considéré la modalité que vous aurez choisie parmi celles figurant à la rubrique III - 4 - 2 ;

b) pour chacune des quatre modalités définies ci-après, le montant des dotations nouvelles de crédits d'assurance maladie le cas échéant nécessaires pour rééquilibrer les sections tarifaires afférentes aux soins des établissements mentionnés au a). Ces montants, déterminés en charges nouvelles pour les établissements et en remboursements pour l'assurance maladie, feront apparaître l'exercice budgétaire sur lequel ils seront imputés.

Ces éléments feront l'objet d'une synthèse régionale établie par chaque correspondant de la DRASS, désigné pour coordonner la réforme de la tarification des EHPAD, sous la forme d'un état récapitulatif qui vous parviendra dans les prochains jours.

ANNEXE N° 2 (suite)

III - 4 - 2 - Les modalités et la date de passage de l'actuelle à la nouvelle tarification

A - La procédure de droit commun : l'application effective de la nouvelle tarification à compter de l'exercice budgétaire qui suit la date de la conclusion de la convention tripartite.

Il s'agit là du dispositif découlant logiquement des dispositions de l'article 32, déjà cité, du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 : la nouvelle tarification prendra dans ce cas effet au 1er janvier de l'exercice immédiatement postérieur à la date de signature de la convention.

Deux variantes sont à ce titre envisageables :

• **Variante A : La convention est conclue au cours du dernier trimestre de 1999 et la nouvelle tarification entre en vigueur au 1er janvier 2000 :**

Cette possibilité est plus particulièrement adaptée aux établissements qui équilibrent leur nouvelle section tarifaire afférente aux soins, sans surcoût pour l'assurance maladie au regard de la tarification actuelle.

• **Variante B : La convention est conclue au cours des premiers mois de l'année 2000 et elle est assortie d'une prise d'effet tarifaire à compter du 1er janvier 2001 :**

Cette variante est plus particulièrement conseillée pour les établissements qui enregistrent un déficit de leur nouvelle section tarifaire "soins" en comparaison avec leur actuelle tarification. Dans cette hypothèse, un avenant à la convention mentionnera explicitement le montant des nouveaux crédits de l'assurance maladie qui seront affectés à l'établissement dès la signature de cette convention et qui seront effectivement mis à disposition et consommés par ledit établissement à compter du début de l'exercice budgétaire de 2001.

B - L'anticipation totale ou partielle de l'application de la nouvelle tarification au cours de l'exercice 2000 : cette possibilité est offerte par l'article 32 précité, lorsqu'il existe un accord entre partenaires conventionnels pour procéder ainsi.

Dans ce cas deux variantes sont également envisageables :

• **Variante A : L'application de la nouvelle tarification sur les 9 derniers mois de l'exercice 2000 :**

Dans cette première variante, il s'agit de déterminer comment et à quelle date, au sein de l'exercice budgétaire 2000, aura lieu le passage de l'actuelle à la nouvelle tarification.

Il convient de prendre en compte à cet égard **deux types de situations bien distinctes** :

- celle des établissements "sans passé tarifaire", qui ne disposaient pas en 1999 de recettes forfaitaires de crédits de l'assurance maladie (sous forme de forfaits de SLD, de SCM ou de SC) lesquels fonctionnaient exclusivement avec des professionnels libéraux,

- celle des établissements "avec passé tarifaire" disposant pour tout ou partie de leurs capacités d'une couverture forfaitaire de crédits, au titre de leur médicalisation.

1° Cas des établissements "sans passé tarifaire"

Ces établissements, principalement commerciaux auxquels s'ajoutent quelques établissements privés à but non lucratif, peuvent sans aucune difficulté se voir appliquer le nouveau régime tarifaire à tout moment de l'exercice selon les modalités définies au III-2-2° : il est en effet aisé de déterminer la nouvelle section tarifaire afférente aux soins, sans se livrer à un exercice de conversion à partir d'une section soins qui n'existait pas en 1999, sous la condition toutefois que la consommation des résidents en soins de ville soit connue.

ANNEXE N° 2 (suite)

2° Cas des établissements "avec passé tarifaire"

L'exercice à conduire est ici, un peu plus complexe pour concilier deux contraintes.

Le changement de tarifs ne peut donc structurellement pas s'effectuer au 1er janvier, compte tenu de la date de promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale.

Il vous est donc recommandé **de procéder au changement de tarification à compter du 1^{er} avril 2000** en utilisant la faculté qui vous est offerte par l'article 32 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 susvisé. La tarification "binaire" sera ainsi maintenue sur les trois premiers mois de l'année et la nouvelle tarification "ternaire" sera applicable sur les trois derniers trimestres de l'exercice.

Les produits perçus en 2000 par les établissements concernés seront donc sur 3 mois ceux relatifs à l'ancienne tarification et sur les 9 mois suivants ceux qui résulteront des règles de la nouvelle tarification.

Le compte administratif de l'exercice 2000 sera lui aussi présenté en trois sections d'imputation tarifaire, selon un mode de présentation qui vous sera précisé en temps utile.

Dans ce calendrier, où des grandes lignes du budget et de la tarification peuvent être connues en décembre ou janvier, pour application au 1er avril, le premier trimestre peut être utilisé pour la concertation interne à l'établissement et la bonne information des résidents.

• ***Variante B : L'anticipation partielle au cours de l'exercice 2000 de la nouvelle tarification au titre des seuls soins, sous la forme de forfaits déplafonnés de section de cure médicale :***

Au titre de cette seconde variante, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes bénéficiaires de crédits nouveaux de l'assurance maladie resteraient pour l'année 2000 en tarification binaire (hébergement - soins) mais disposeraient de forfaits soins, sous la forme de sections de cure médicale (SCM), coïncidant avec le niveau des produits d'assurance maladie qu'ils auraient obtenus si on leur avait appliqué au titre de ces seuls soins la nouvelle tarification dès l'an 2000.

Autrement dit, les établissements jugés prioritaires au titre du conventionnement (cf rubrique II-2), qui par ailleurs ont déposé leurs budgets prévisionnels selon la double présentation mentionnée au 3° de la rubrique III-2, se verraient attribuer des forfaits de SCM déplafonnés, en application de l'article 37-5 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958, modifié, chaque fois que ces établissements présentent un "déficit" de leur section tarifaire "soins", telle qu'elle résulterait de l'application immédiate de la nouvelle tarification.

Cette mesure transitoire, qui serait reconduite en année pleine en 2001 au titre cette fois de l'application dans son intégralité du nouveau dispositif tarifaire, devrait explicitement figurer dans la convention tripartite conclue au cours de l'année 2000 et approuvée par les trois partenaires conventionnels.

Une telle opération, modifiant la dimension des ressources de l'assurance maladie ainsi distribuées peut toutefois avoir des conséquences sur les tarifs afférents à l'hébergement qui resteront déterminés, jusqu'au 1^{er} janvier 2001, dans le cadre de l'ancienne tarification.

Deux cas de figure sont à ce titre à envisager :

1°) l'incidence peut être neutre sur l'hébergement, si le déplafonnement des forfaits soins correspond au financement de charges nouvelles pour l'établissement bénéficiaire permettant une meilleure médicalisation, compte tenu notamment de son GIR moyen pondéré ;

2°) cette incidence peut être bénéfique pour le tarif hébergement résultant de l'ancienne tarification, si l'opération conduit à un transfert de charges de soins actuellement supportées par l'hébergement.

ANNEXE N° 2 (suite)

Dans ce dernier cas, il est opportun d'éviter une baisse temporaire du tarif hébergement de l'exercice 2000, au motif que le nouveau tarif afférent à l'hébergement en 2001, auquel il faudra ajouter les tarifs "dépendance" risque dès l'exercice suivant de connaître une brusque augmentation par rapport à ce tarif hébergement minoré au cours de l'exercice 2000.

Il convient donc que la convention tripartite puisse prévoir, dans ce cas, le maintien sur l'exercice 2000 du niveau du tarif hébergement. Toutefois, afin de ne pas générer d'excédent d'exploitation contraire aux règles d'équilibre des charges et des produits du droit budgétaire, il conviendra de saisir cette opportunité, avec l'accord du département, pour proposer notamment à l'établissement bénéficiaire :

- le provisionnement de charges qui n'a pu être réalisé ces dernières années : provisions pour départ à la retraite, provisions pour travaux ... ;
- la réalisation d'un programme de travaux d'entretien plus conséquent dans le but de se conformer rapidement à certaines recommandations du cahier des charges ;
- un amortissement au prorata temporis et dégressif des acquisitions de l'exercice 2000, afin d'accroître l'autofinancement de l'établissement tout en réduisant les charges d'exploitation pour les années à venir.

Le choix entre les diverses variantes précitées devrait à l'évidence faire l'objet de concertations préalables entre les trois partenaires conventionnels qui détermineront, au titre de ces dispositions transitoires sur l'année 2000, la stratégie qui leur paraît la plus pertinente.

Par ailleurs, il convient également de rappeler :

- que l'approbation du budget portant nouvelle tarification ne peut se faire avant la publication de l'arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale fixant votre dotation régionale (cf article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale de 1999),
- que la nouvelle tarification ne peut être opposable avant approbation du budget.

IV - Précisions relatives à la répartition des résidents par groupes iso-ressources : organisation, procédures, modalités de validation

Les tarifs afférent à la dépendance et aux soins étant dorénavant modulés en fonction des 6 niveaux de dépendance des résidents, déterminés par la grille AGGIR, le repérage et la validation des divers degrés de dépendance observés dans les établissements **revêt une priorité majeure et urgente** pour appliquer la nouvelle tarification : modulation des tarifs, détermination du GIR moyen pondéré de chaque établissement.

IV - 1 - Rappel des dispositions réglementaires

Il est opportun de rappeler les principales dispositions en vigueur et notamment :

1° - l'article 12 du décret n° 99.316 du 26 avril 1999 précité, précise :

- a) chaque établissement (équipe médico-sociale, sous la responsabilité du médecin coordonnateur) procède au classement de ses résidents en 6 niveaux,
- b) ce classement est transmis pour validation à la fois à l'équipe médico-sociale compétente relevant du conseil général et au praticien conseil de la caisse pivot,

ANNEXE N° 2 (suite)

c) dans l'hypothèse ou il existerait un désaccord sur cette validation entre les acteurs mentionnés au b), la commission de coordination médicale tranche et soumet le classement à retenir aux deux autorités tarifaires.

2° l'article 13 de ce même décret précise que le classement précité donne lieu à cotation sous forme de points, ladite cotation permettant d'établir le GIR moyen pondéré de l'établissement pour une période **comprise entre le 1er janvier et le 30 septembre d'une année.**

3° en application de l'article 12 précité un arrêté du 26 avril 1999 a précisé les missions de la commission départementale de coordination médicale, les modes de désignation de ses trois membres et les critères techniques de validation a posteriori de la répartition des résidents par GIR.

IV - 2 - Les principales dispositions à prendre

De ces diverses dispositions, il en résulte notamment :

- 1° que la modulation des tarifs afférents à la dépendance et aux soins de l'exercice "n" se fonde sur la répartition des résidents par GIR établie sur la période s'étendant du 1er janvier au 30 septembre de l'année "n-1" et qu'en conséquence :

a) les résidents se voient appliquer, tout au long de l'exercice n, **des tarifs inchangés afférents à la dépendance et aux soins**, même si l'état de dépendance des intéressés évolue au cours du dit exercice,

b) cette "stabilité tarifaire" est de nature à éviter des variations multiples, parfois erratiques, en matière de facturation et apporte une simplification de gestion pour les établissements comme pour les usagers,

c) l'introduction d'une disjonction entre une facturation ainsi stabilisée sur un exercice et une évolution du niveau réel de la dépendance des résidents sur la même période n'est pas de nature à créer en moyenne des déséquilibres budgétaires pour les établissements concernés, eu égard à la stabilité observée sur 12 mois du GIR moyen pondéré dans les établissements ; les variations des niveaux de dépendance se compensant globalement, compte tenu du taux de renouvellement des résidents et par le moyen d'une politique d'admission stable,

d) dans l'hypothèse où cette disjonction générerait néanmoins des déséquilibres entre l'activité réelle de l'établissement et ses moyens alloués, il est toujours possible de procéder à une décision modificative au budget de l'établissement, en application du 2° de l'article 29 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 précité.

2° que le moment le plus opportun pour procéder à la révision globale annuelle du classement des résidents par niveaux de GIR, au sein de la période allant du début janvier à la fin septembre, se situe à l'évidence **au cours du mois de septembre**, de manière à ce que :

a) les propositions budgétaires déposées à l'avenir par tous les établissements pour le 15 octobre tiennent compte de l'état de dépendance le plus récent de leurs résidents ;

Toutefois le GIR moyen pondéré (GMP) retenu pour l'élaboration du budget de l'exercice "n" peut être sensiblement différent du GMP constaté au cours de l'année "n - 1", notamment pour les raisons suivantes :

. évolution de la politique de l'établissement en matière de nouvelles admissions, afin notamment de mettre en adéquation ses moyens avec le public accueilli,

ANNEXE N° 2 (suite)

. forte aggravation sur une courte période du degré de dépendance des personnes actuellement accueillies.

Dans cette hypothèse, il est possible de prendre en compte un "GMP rectifié", pour autant que les justificatifs en soient fournis dans le rapport du responsable de l'établissement prévu à l'article 14 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999.

b) les transmissions aux deux autorités tarifaires des classements validés par les commissions départementales précitées puissent être effectives dans le délai prévu par l'arrêté susvisé, à savoir pour le 30 octobre.

3° qu'il convient **de mettre en place sans délai, par arrêté conjoint du préfet de département et du président du conseil général, la commission départementale de coordination médicale**, afin notamment de :

a) dresser un bilan départemental sur le niveau de formation des équipes médico-sociales des établissements en matière d'utilisation de la grille AGGIR,

b) inciter les établissements, y compris ceux dont la capacité est égale ou inférieure à 85 places, à répartir leurs résidents par groupes iso-ressources,

c) identifier et faire connaître aux établissements qui le nécessitent les relais locaux de formation à la grille AGGIR (ayant bénéficié des stages de formation de formateurs organisés, notamment soit par la Fondation Nationale de Gérontologie, les échelons régionaux du service médical de l'assurance maladie ou les services des départements, par le biais de leurs équipes médico-sociales départementales...),

d) établir un bilan des évaluations de la dépendance déjà réalisées par les établissements du département et du degré de validation des données disponibles,

e) le cas échéant, délivrer les documents pédagogiques complémentaires utiles à un codage pertinent des résidents au sein de la grille AGGIR,

f) prévoir les procédures d'organisation du travail de validation des données, d'arbitrages éventuels à rendre sur cette validation et de transmission des classements validés aux deux autorités tarifaires, conformément aux missions mentionnées aux 2°, 3° et 4° de l'article 1er de l'arrêté précité.

Au regard de l'organisation de la commission médicale départementale, ledit arrêté n'a organisé, à dessein, aucune hiérarchie ou prééminence entre les trois médecins qui la composent.

Il reste qu'il serait opportun que la commission désigne en son sein **un référent identifiable** pour ses partenaires extérieurs, précise l'instance et le lieu qui assurera le secrétariat et où les diverses correspondances nécessaires aux travaux de cette instance pourront être transmises.

4° qu'il conviendra également, lorsque les établissements concernés ne disposent pas encore de médecin coordonnateur ou d'équipe médico-sociale compétente pour utiliser la grille AGGIR, de déterminer les modalités provisoires de réalisation de la répartition des résidents par GIR.

A cet égard, il y a lieu de souligner que les équipes médico-sociales des conseils généraux, au regard de leur nombre et de leur compétences maintenant bien établies en matière d'utilisation de la dite grille pour attribuer la PSD, paraissent le plus souvent bien placées pour réaliser ces évaluations, sans préjudice d'autres modes d'organisation qui seraient déterminées au plan local.

ANNEXE N° 2 (suite)

V - Dispositions et précisions diverses**V-1 - Des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux**

Le décret venant en application du nouvel article 27-6 de la loi du 30 juin 1975 (introduit par l'article 34 de la loi du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999) ne paraîtra pas avant le début de 2000. Ce texte devrait préciser :

- a) - les principaux éléments constitutifs du contrat devant être conclu entre l'établissement et les professionnels de santé libéraux, médecins et auxiliaires médicaux, au titre des nouvelles conditions d'exercice de ces professionnels dans les institutions accueillant des personnes âgées dépendantes ;
- b) - les modalités possibles de dérogation éventuelle au financement à l'acte desdits professionnels, sous une forme forfaitisée et/ou indemnitaire ;
- c) - les missions, modalités d'exercice et de rémunération du médecin coordonnateur d'exercice libéral¹.

V-2 - De la rémunération du médecin coordonnateur exerçant par ailleurs à titre libéral

Si, par définition, la rémunération du médecin coordonnateur ne pose pas de problèmes particuliers lorsque ce praticien est salarié de l'établissement (c'est fréquemment le cas dans les établissements de plus de 85 places), il n'en est pas de même si l'institution fonctionne à ce jour exclusivement avec des médecins libéraux.

Dans l'attente de la publication des dispositions réglementaires évoquées à la rubrique V-1 (notamment celles mentionnées au c)) il est d'ores et déjà possible d'attribuer au médecin coordonnateur exerçant par ailleurs à titre libéral **une indemnité de coordination** dont le montant mensuel est fixé par référence à la valeur d'un nombre de vacations de niveau 3 allouées aux attachés exerçant dans les établissements publics de santé autres que les centres hospitaliers et universitaires.

A titre indicatif et provisoire, le nombre de vacations hebdomadaires, optimalement réparties sur une semaine, peut être fixé comme suit, dans le cas d'un établissement isolé :

- deux à quatre vacations, lorsque l'établissement dispose d'une capacité inférieure ou égale à 85 places ;
- trois à six vacations, lorsque l'établissement dispose d'une capacité entre 85 et 150 places ;
- six vacations lorsque l'établissement dispose d'une capacité supérieur à 150 places.

Il conviendra donc de réserver des crédits à cette fin dans l'enveloppe régionale qui vous sera allouée au titre de la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

V - 3 - De l'imputation comptable des charges et produits afférents aux professionnels libéraux ayant vocation à s'intégrer dans les tarifs (partiels ou globaux) relatifs aux soins

En l'attente de la parution du décret en Conseil d'Etat mentionné à la rubrique V-1, lequel pourra instaurer des dérogations à des paiements à l'acte, les professionnels précités continueront à être rémunérés à l'acte au titre de leurs actuelles activités dans les établissements.

¹ Etant précisé que l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999, relatif au contenu du cahier des charges des conventions tripartites précise d'ores et déjà les missions, fonctions et compétences professionnelles du médecin coordonnateur, quelque soit son mode d'exercice.

ANNEXE N° 2 (suite et fin)

Toutefois, ces rémunérations doivent être pris en charge dans le budget "soins" de l'établissement conformément aux dispositions de l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 précité, et de son arrêté d'application de la même date relatif à la composition du tarif afférent aux soins.

Il reste que, en règle générale, les établissements ne connaissent pas, à ce jour, les niveaux de consommation de leurs résidents en soins libéraux et que l'information est à obtenir auprès de leur caisse pivot ou caisse relais mentionnées dans la circulaire du 7 juillet 1999 précitée. Le retour de l'information de la part des caisses pouvant prendre un certain délai en l'absence d'un système de repérage pérennisé actuellement en cours d'élaboration par les caisses nationales d'assurance maladie, il est conseillé, d'une part, de prévoir, sous forme d'avenants à la convention tripartite, l'intégration dans les tarifs de ces charges nouvelles, au cas où l'information correspondante ne serait pas disponible au moment de la conclusion de ladite convention, d'autre part de réserver des crédits à cette fin dans la dotation.

V - 4 - Des diverses questions posées sur la réforme de la tarification

Le site intranet réservé à cette opération fera l'objet d'une formalisation des réponses sous une forme plus complète et détaillée au cours du dernier trimestre de 1999 et le site internet sera ouvert au cours du mois d'octobre prochain et sera régulièrement alimenté grâce aux questions posées par les établissements lors des réunions régionales ou interrégionales animées par la mission MARTHE, qui se sont déroulées entre le 1er septembre et le 8 octobre de cette année.

Pour tout renseignement complémentaire concernant la mise en oeuvre de la présente instruction, vous pouvez contacter :

- Jean-René BRUNETIERE, chef de la mission MARTHE (Messagerie : MARTHE - Fax : 01.44.36.90.20)
- Jean-François BAUDURET, DAS (messagerie : DAS-CHGMISS-1 - Fax : 01.44.36.97.22)
- Jean-Pierre HARDY, DAS (messagerie : DAS-CHGMISS-1 - Fax : 01.44.36.97.22)
- Dr Fabienne DUBUISSON, DAS (messagerie : DAS-RVAS-CT - Fax : 01.44.36.97.22)
- Huguette BEAUX, DAS (messagerie : DAS-TS2-FONCT-ETAB - Fax : 01.44.36.97.24)
- Claude ROQUET, DH (messagerie : DH-AF2-REDAC - Fax : 01.40.56.50.10)
- Gabrielle HOPPE, DH (messagerie : DH-EO4-SLD-SSR - Fax : 01.40.56.41.89)
- Marie-Odile REBLE, DSS (messagerie : DSS-FOS-1A-CHFBUR - Fax : 01.40.56.72.05)

Pour la ministre et par délégation,
Le directeur de l'action sociale
Pierre GAUTHIER

Pour le directeur des Hôpitaux,
Le chef de service
Jacques LENAIN

Le directeur de la Sécurité Sociale
Raoul BRIET

Le chargé de mission
Jean-René BRUNETIERE