

INSTRUCTION

N° 99-135-M21 du 31 décembre 1999

NOR : BUD R 99 00135 J

Texte publié au BOCP

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

ANALYSE

Dispositions d'ordre budgétaire et comptable

Date d'application : 01/01/2000

MOTS-CLES

COLLECTIVITES ET ETABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX ; ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ;
COMPTABILITE ; BUDGET ; REFORME ; NOMENCLATURE

DOCUMENTS A ANNOTER

Néant

DOCUMENTS A ABROGER

Néant

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TPG	TGAP	RF	T	DOM	TOM						

DIFFUSION

GT 82

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

6ème Sous-direction - Bureau 6B

SOMMAIRE

1. L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL DE MAYOTTE.....	3
2. L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG	3
3. LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES	4
3.1. Réglementation actuelle.....	4
3.2. Le décret 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.....	4
3.3. Modalités pratiques comptables.	5
3.3.1. Tarif journalier hébergement.....	5
3.3.2. Tarif journalier dépendance.....	6
3.3.3. L'établissement passe une convention avec le président du conseil général.....	7
3.3.4. Tarifs journaliers soins et dotation globale de financement relative aux soins	7
4. AUTRES MODIFICATIONS DE NOMENCLATURES AU 1^{ER} JANVIER 2000	9

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : Circulaire interministérielle DH/AF3/DGCP/6B/99 n° 714 du 23 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements financés par dotation globale : nomenclature 2000.	11
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.	24
ANNEXE N° 3 : Circulaire DGS/DH/DGCP/AFS N° 99/257 du 29 avril 1999 relative à la création de l'Etablissement Français du Sang.....	37

La présente instruction a pour objet de porter à la connaissance des trésoriers, gérant des établissements publics de santé :

- la circulaire interministérielle DH/AF3/DGCP/6B/99 n° 714 du 23 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements financés par dotation globale : nomenclature 2000 (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 DGS/DH/DGCP/AFS n° 99/257 du 29 avril 1999 relative à la création de l'établissement français du sang (annexe 3).

La circulaire DH/AF3/DGCP/6B/99 n°714 du 23 décembre 1999 indique les modifications de nomenclature au 1^{er} janvier 2000. Ces modifications résultent de dispositions législatives et réglementaires relatives à l'établissement territorial de Mayotte, à l'établissement français du sang et à l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

1. L'ETABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL DE MAYOTTE

L'établissement public de santé territorial de Mayotte créé par l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996, ratifiée et modifiée par la loi n° 98-144 du 6 mars 1998, est assujéti à un régime financier spécifique qui, en l'espèce, repose sur un financement tripartite de l'assurance maladie, de l'Etat et de la collectivité territoriale.

Cette contribution financière de l'Etat et de la collectivité territoriale, spécifique à Mayotte, conduit à créer deux comptes au groupe fonctionnel 2 de recettes du budget général :

- compte 706281 Contribution forfaitaire de l'Etat (établissement public territorial de Mayotte) ;
- compte 706282 Contribution forfaitaire de la collectivité territoriale (établissement public territorial de Mayotte).

2. L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

La loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire des produits destinés à l'homme prévoit, en son article 18, la création de l'établissement français du sang. Les activités exercées par les établissements de transfusion sanguine sont transférées à l'établissement français du sang.

La circulaire DGS/DH/DGCP/AFS n° 99/257 du 29 avril 1999 relative à la création de l'établissement français du sang indique les conditions dans lesquelles va s'effectuer le transfert des biens, droits et obligations, créances et dettes, des établissements de transfusion sanguine vers le futur établissement français du sang.

Les établissements publics de santé, membres d'un GIP de transfusion sanguine, ont réalisé des apports au GIP lors de la création de ce dernier (cf. instruction n° 95-055-M21 du 16 mai 1995).

Dans le cadre de la création de l'établissement français du sang, les établissements publics de santé renoncent au retour de ces apports. La circulaire précitée prévoit des schémas d'écritures pour traduire en comptabilité cette renonciation aux apports des établissements publics de santé. Ces schémas d'écritures sont à mettre en oeuvre au 1^{er} janvier 2000, au moment de la substitution de l'établissement français du sang aux GIP de transfusion sanguine.

Des comptes ont été spécialement ouverts par la circulaire DH/AF3/DGCP/6B/99 n°714 du 23 décembre 1999 afin d'assurer ce transfert. Il s'agit des comptes 24 « immobilisations affectées » pour les immeubles affectés à l'établissement français du sang, 78742 « Reprise sur autres provisions réglementées – plus values réinvesties » et du compte 78743 « Reprise sur la réserve de trésorerie antérieure au financement par dotation globale ».

3. LA REFORME DE LA TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

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.

3.1. 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 niveaux de dépendance des 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.

3.2. 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'usager comme pour l'établissement.

Le calcul des tarifs est facilement compréhensible pour l'usager 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 comptabilité analytique, tenue par l'ordonnateur de l'établissement, de la répartition des charges entre les trois sections tarifaires : hébergement, dépendance et soins.

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.

3.3. MODALITES PRATIQUES COMPTABLES.

3.3.1. Tarif journalier hébergement

3.3.1.1. Calcul

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.

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

3.3.1.2. 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/4111 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/4111 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).

3.3.2. Tarif journalier dépendance

3.3.2.1. 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.

3.3.2.2. 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.

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.

3.3.2.3. 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/4111 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/4111 crédit/70642).

3.3.3. 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).

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

3.3.4.1. Dispositions relatives aux prestations de soins

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.

3.3.4.2. 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.

3.3.4.3. 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 au crédit du compte 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/4111 crédit 70662).

3.3.4.4. 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 (article 10 du décret n° 99-316 du 26 avril ,1999 » ;
- 70672 « prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (option tarif journalier partiel) ».

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 déplaçonnés 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.

4. AUTRES MODIFICATIONS DE NOMENCLATURES AU 1^{ER} JANVIER 2000

Les autres modifications de nomenclatures visent notamment à transférer des comptes d'un groupe fonctionnel à l'autre :

- le compte 61551 « Matériel et outillage médicaux » est transféré du groupe fonctionnel n° 3 au groupe fonctionnel n° 2 pour le budget général et pour les budgets annexes « unités de soins de longue durée » et « activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975 » ;
- le compte 61357 « matériel médical » est créé et inséré au groupe fonctionnel n° 2 pour le budget général et l'ensemble des budgets annexes sauf DNA ;
- le compte 61681 est créé et inséré au groupe fonctionnel n°1 de dépenses du budget des centres de cure ambulatoire en alcoologie et du budget toxicomanie ;
- le compte 67281 est créé et inséré au groupe fonctionnel n° 1 de dépenses des budgets annexes « unités de soins de longue durée » et « activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975 » ;
- le compte 67282 est créé et inséré au groupe fonctionnel n° 2 de dépenses des budgets annexes « unités de soins de longue durée » et « activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975 » ;
- le compte 67283 est créé et inséré au groupe fonctionnel n° 3 de dépenses des budgets annexes « unités de soins de longue durée » et « activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975 ».

Le libellé du compte 6416 « contrats emploi solidarité » est modifié comme suit : 6416 « contrats soumis à des dispositions particulières ». Ce compte comporte les subdivisions suivantes :

- 64161 emploi-solidarité (CES)
- 64162 Emplois-jeunes
- 64163 Emploi consolidé (CEC)
- 64168 Autres contrats soumis à dispositions particulières.

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 DH/AF3/DGCP/6B/99 n° 714 du 23 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements financés par dotation globale : nomenclature 2000.

REPUBLIQUE FRANCAISE

**MINISTERE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE**

**MINISTERE DE L'ECONOMIE
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE**

**SECRETARIAT D'ETAT
A LA SANTE ET
A L'ACTION SOCIALE**

DIRECTION DES HOPITAUX

Bureau AF3

**DIRECTION GENERALE
DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE**
Bureau 6B

LA MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

LA SECRETAIRE D'ETAT
A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE DES FINANCES
ET DE L'INDUSTRIE

à

MESDAMES ET MESSIEURS
LES DIRECTEURS DES AGENCES REGIONALES
DE L'HOSPITALISATION
(pour information et diffusion)

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE REGION
Directions Régionales des Affaires
Sanitaires et sociales

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE DEPARTEMENT
Directions Départementales des
Affaires Sanitaires et Sociales

MESDAMES ET MESSIEURS
LES TRESORIER PAYEURS GENERAUX

CIRCULAIRE DH/AF3/DGCP/6B/99 N° 714 du 23 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements financés par dotation globale : nomenclature 2000

ANNEXE N° 1 (suite)

Résumé :

- Actualisation de la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels
- Actualisation de la nomenclature des comptes à ouvrir dans la comptabilité
- Actualisation de la nomenclature des comptes à ouvrir dans la balance des comptes du grand livre

Champ d'application :

- Etablissements de santé financés par dotation globale, sauf les dispositions relatives à la tenue de la balance qui ne concernent que les seuls établissements publics de santé

Date d'application : 1er janvier 2000

Mots clés :

Comptes à ouvrir et à supprimer

Textes de référence :

- Décret n° 99-41 du 21 janvier 1999 fixant la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels visés à l'article L.714-7 du code de la santé publique.
- Arrêté du 21 janvier 1999 modifiant la liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements publics de santé et des établissements de santé privés financés par dotation globale.
- Arrêté du 21 janvier 1999 modifiant la listes des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand livre au titre du budget général et des budget s annexes des établissements publics de santé

L'évolution des dispositions législatives et réglementaires intervenue au cours de l'année 1999 ainsi que l'examen des suggestions formulées par les gestionnaires hospitalières conduisent à modifier la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels fixée par décret N° 99-41 du 21 janvier 1999 et le plan des comptes fixé par arrêté du 21 janvier 1999. Dans les établissements publics de santé, ces modifications affectent la tenue de la balance des comptes du grand livre.

La présente circulaire a pour objet de présenter les modifications apportées à la composition des groupes fonctionnels, au plan des comptes et, dans les seuls établissements publics de santé, à la balance des comptes du grand livre.

ANNEXE N° 1 (suite)

I NOMENCLATURE DES COMPTES COMPOSANT LES GROUPES FONCTIONNELSCOMPOSITION DES GROUPES FONCTIONNELS
DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT***Budget général******Recettes***

Groupe 4

Autres recettes

↳ 24 Immobilisations affectées

Dépenses

Groupe 4

Autres dépenses

↳ 24 Immobilisations affectées

COMPOSITION DES GROUPES FONCTIONNELS
DE LA SECTION EXPLOITATION***budget général*****Recettes**

Groupe 2

Produits de l'activité hospitalière

706281 Contribution forfaitaire de l'État (établissement public territorial de Mayotte)

706282 Contribution forfaitaire de la collectivité territoriale (établissement public territorial de Mayotte)

Groupe fonctionnel 3

Autres produits

78742 Reprises sur autres provisions réglementées- plus values réinvesties

78743 Reprises sur la réserve de trésorerie antérieure au financement par dotation globale

ANNEXE N° 1 (suite)

Dépenses

Groupe 2

Charges d'exploitation à caractère médical

61551 Matériel et outillage médicaux

61357 Matériel médical

Groupe 3

Charges d'exploitation à caractère hôtelier et général

61 Services extérieurs (sauf 611, 61357, 615611, 61562, 61551, 61681)

COMPOSITION DES GROUPES FONCTIONNELS
DES BUDGETS ANNEXES*Unités de soins de longue durée, activités
relevant de la loi sociale du 30 juin 1975***Recettes**

Groupe fonctionnel 1

Forfait global soins

70661 Dotation globale de financement soins

Groupe fonctionnel 2

Charges d'exploitation à caractère médical

70662 Hébergé

7067 Produits des prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers afférents aux soins

Groupe fonctionnel 3

Produits de l'hébergement

70617 Tarif hébergement (EHPAD)

7064 Tarifs dépendances (EHPAD)

Dépenses

groupe 1

Charges d'exploitation relatives au personnel

67281 Charges de personnel

ANNEXE N° 1 (suite)

Groupe 2

Charges d'exploitation à caractère médical

61551 Matériel et outillage médicaux

615611 Maintenance informatique à caractère médical

61562 Maintenance du matériel médical

61357 Matériel médical

67282 Charges à caractère médical

Groupe 3

Charges d'exploitation à caractère hôtelier et général

61 Services extérieurs (sauf 611, 61357, 615611, 61562, 61551, 61681)

67283 Charges d'exploitation à caractère hôtelier

Groupe 4

Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles

67 Charges exceptionnelles (sauf 6721, 67281, 67282, 67283)

Activités de lutte contre l'alcoolisme

Structures pour toxicomanes

LETTRE MNEMOTECHNIQUE

U : activité de lutte contre l'alcoolisme

V : structures pour toxicomanes.

Dépenses

Groupe 1

Charges d'exploitation relatives au personnel

61681 Maladie, maternité et accident du travail

Groupe 2

Charges d'exploitation à caractère médical

61357 Matériel médical

ANNEXE N° 1 (suite)

Groupe 3
Autres charges

61 Services extérieurs (sauf 611, 61357 et 61681)

II PLAN DES COMPTES

NOMENCLATURE BUDGETAIRE ET COMPTABLE APPLICABLE AUX ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ET AUX ETABLISSEMENTS PRIVES FINANCES PAR DOTATION GLOBALE

Classe 2 -Comptes d'immobilisations

24 Immobilisations affectées

Classe 6 -Comptes de charges

61357 Matériel médical
6416 Contrats soumis à dispositions particulières
64161 emploi-solidarité (CES)
64162 Emplois-jeunes
64163 Emploi consolidé (CEC)
64168 Autres contrats soumis à dispositions particulières

Classe 7 -Comptes de produits

70628 Produits de l'hospitalisation concernant l'établissement public territorial de Mayotte
706281 Contribution forfaitaire de l'Etat (établissement public territorial de Mayotte)
706282 Contribution forfaitaire de la collectivité territoriale (établissement public territorial de Mayotte)
7584 Remboursement de frais par les budgets annexes
78742 Reprises sur autres provisions réglementées- plus values réinvesties
78743 Reprises sur la réserve de trésorerie antérieure au financement par dotation globale

NOMENCLATURE BUDGETAIRE ET COMPTABLE DES BUDGETS ANNEXES DES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Unités de soins de longue durée
Activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975

ANNEXE N° 1 (suite)

Classe 6 Comptes de charges

60256 Couches, alèses et produits absorbants
 61561 Informatique
 615611 Maintenance informatique à caractère médical
 615618 Maintenance informatique. -Autres
 61562 Maintenance du matériel médical
 61568 Maintenance. - Autres
 61357 Matériel médical
 62113 Personnel médical
 62114 Personnel paramédical
 6416 Contrats soumis à dispositions particulières
 64161 Emploi solidarité (CES)
 64162 Emplois-jeunes
 64163 Emploi consolidé (CES)
 64168 Autres contrats soumis à dispositions particulières
 67281 Charges de personnel
 67282 Charges à caractère médical
 67283 Charges d'exploitation à caractère hôtelier

classe 7 Comptes de produits

70617 Tarif hébergement (EHPAD)
 706171 Département
 706172 Hébergé
 7064 Tarifs dépendances (EHPAD)
 70641 Département
 70642 Hébergé
 7066 Tarifs soins (EHPAD)
 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 (article 10 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999)
 70672 Prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (option tarif journalier partiel)

ANNEXE N° 1 (suite)

Unités de soins de longue durée
Activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975

NOMENCLATURE SIMPLIFIEE DES COMPTES DE CHARGES ET DE PRODUITS
 A UTILISER PAR LES SERVICES COMPORTANT MOINS DE 100 LITS

6132 Locations immobilières
 6135 Locations mobilières
 61351 Informatique
 61352 Equipements
 61353 Matériel de transport
 61357 Matériel médical
 61358 Autres locations mobilières
 6152 Entretien et réparations sur biens immobiliers
 61521 Entretien des jardins et espaces verts
 61522 Bâtiments
 61523 Voies et réseaux
 6155 Entretien et réparations sur biens mobiliers
 61551 Matériel et outillage médicaux
 61552 Matériel de transport
 61553 Matériel et mobilier de bureau
 61558 Autres matériels et outillages
 6156 Maintenance
 61561 Informatique
 615611 Maintenance informatique à caractère médical
 615618 Maintenance informatique. -Autres
 61562 Maintenance du matériel médical
 61568 Maintenance. - Autres
 6416 Contrats soumis à dispositions particulières
 64161 Emploi solidarité (CES)
 64162 Emplois-jeunes
 64163 Emploi consolidé (CES)
 64168 Autres contrats soumis à dispositions particulières
 67281 Charges de personnel
 67282 Charges à caractère médical
 67283 Charges d'exploitation à caractère hôtelier

classe 7 Comptes de produits

70617 Tarif hébergement (EHPAD)
 706171 Département
 706172 Hébergé
 7064 Tarifs dépendances (EHPAD)
 70641 Département

ANNEXE N° 1 (suite)

70642 Hébergé

7066 Tarifs soins (EHPAD)

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 (article 10 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999)

70672 Prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (option tarif journalier partiel)

*Activité de lutte contre l'alcoolisme**Structures pour toxicomanes***Classe 6- Compte de charges**

61357 Matériel médical

616 Primes d'assurances

6161 Multirisques

6162 Assurance obligatoire dommage-construction

6163 Assurance transport

6165 Responsabilité civile

6166 Matériels

6167 Assurances capital-décès « titulaires »

6168 Primes d'assurances. - Autres risques

61681 Maladie, maternité et accident du travail

61688 Autres risques

6416 Contrats soumis à dispositions particulières

64161 emploi-solidarité (CES)

64162 Emplois-jeunes

64163 Emploi consolidé (CEC)

64168 Autres contrats soumis à dispositions particulières

ANNEXE N° 1 (suite)

III BALANCE DES COMPTES DU GRAND LIVRE (ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE)

LISTE DES COMPTES A SUPPRIMER OU A OUVRIR
A LA BALANCE DES COMPTES DU GRAND LIVRE
DU BUDGET GENERAL DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Classe 2***Comptes à ouvrir***

24 Immobilisations affectées

Classe 6***Comptes à supprimer***

613 Location

6416 Contrats emploi solidarité

6155 Entretien et réparations sur biens mobiliers

Comptes à ouvrir

6132 Locations immobilières

61351 Informatique

61352 Equipements

61353 Matériel de transport

61357 Matériel médical

61358 Autres locations mobilières

64161 emploi-solidarité (CES)

64162 Emplois-jeunes

64163 Emploi consolidé (CEC)

64168 Autres contrats soumis à dispositions particulières

61551 Matériel et outillage médicaux

61552 Matériel de transport

61553 Matériel et mobilier de bureau

61554 Matériel informatique

61558 Autres matériels et outillages

ANNEXE N° 1 (suite)

classe 7

706281 Contribution forfaitaire de l'Etat (établissement public territorial de Mayotte)
 706282 Contribution forfaitaire de la collectivité territoriale (établissement public territorial de Mayotte)
 78742 Reprises sur autres provisions réglementées- plus values réinvesties
 78743 Reprises sur la réserve de trésorerie antérieure au financement par dotation globale

LISTE DES COMPTES A SUPPRIMER OU A OUVRIR
 A LA BALANCE DES COMPTES DU GRAND LIVRE
 DES BUDGETS ANNEXES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Unités de soins de longue durée
Activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975

Comptes à supprimer

613 Location
 6416 Contrats emploi solidarité
 615 Entretien et réparations
 6728 Autres charges sur exercices antérieurs

Comptes à ouvrir

6132 Locations immobilières
 61351 Informatique
 61352 Equipements
 61353 Matériel de transport
 61357 Matériel médical
 61358 Autres locations mobilières
 61521 Entretien des jardins et espaces verts
 61522 Bâtiments
 61523 Voies et réseaux
 61551 Matériel et outillage médicaux
 61552 Matériel de transport
 61553 Matériel et mobilier de bureau
 61554 Matériel informatique
 61558 Autres matériels et outillages
 615611 Maintenance informatique à caractère médical
 615618 Maintenance informatique. -Autres
 61562 Maintenance du matériel médical
 61568 Maintenance. - Autres
 64161 emploi-solidarité (CES)
 64162 Emplois-jeunes

ANNEXE N° 1 (suite)

64163 Emploi consolidé (CEC)
 64168 Autres contrats soumis à dispositions particulières
 67281 Charges de personnel
 67282 Charges à caractère médical
 67283 Charges d'exploitation à caractère hôtelier

Classe 7***Comptes à ouvrir***

706171 Département
 706172 Hébergé
 70641 Département
 70642 Hébergé
 70661 Dotation globale de financement soins
 70662 Hébergé
 70671 Prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (article 10 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999)
 70672 Prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (option tarif journalier partiel)

Centres de cure ambulatoire en alcoologie***Structures pour toxicomanes******Comptes à supprimer***

613 Location
 616 Primes d'assurances
 6416 Contrats emploi-solidarité

Comptes à ouvrir

6132 Locations immobilières
 61351 Informatique
 61352 Equipements
 61357 Matériel médical
 6161 Multirisques
 6162 Assurance obligatoire dommage-construction
 6163 Assurance transport
 6165 Responsabilité civile
 6166 Matériels
 6167 Assurances capital-décès « titulaires »
 61681 Maladie, maternité et accident du travail
 61688 Autres risques
 64161 emploi-solidarité (CES)

ANNEXE N° 1 (suite et fin)

64162 Emplois-jeunes

64163 Emploi consolidé (CEC)

64168 Autres contrats soumis à dispositions particulières

POUR LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET
DE LA SOLIDARITE

POUR LE MINISTRE DE
L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE
L'INDUSTRIE

ET POUR LA SECRETAIRE D'ETAT
A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE

Par délégation,

Par délégation,

Le directeur des Hôpitaux

Le directeur général
de la Comptabilité publique

Edouard COUTY

Jean BASSERES

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 ². 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 ³.
 - 4° Le règlement intérieur mentionné à l'article 8 ter de la loi du 30 juin 1975 précitée ;

² Cf circulaire n° 99/398 du 7 juillet 1999 citée en textes de référence

³ 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 déplaçonnés 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 déplaçonnés, 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 déplaçonnement 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 libéral⁴.

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.

⁴ 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

ANNEXE N° 3 : Circulaire DGS/DH/DGCP/AFS N° 99/257 du 29 avril 1999 relative à la création de l'Etablissement Français du Sang.

MINISTERE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES
FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE
ET A L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GENERALE DE LA
COMPTABILITE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DES HOPITAUX

AGENCE FRANCAISE DU SANG

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le

LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE
LA SOLIDARITE

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

LE SECRETAIRE D'ETAT A LA
SANTE ET A L'ACTION SOCIALE

A

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE REGION
Directions régionales des affaires
sanitaires et sociales (pour information)

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE DEPARTEMENT
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour action)

MESDAMES ET MESSIEURS LES
DIRECTEURS DES ARH (pour
information et action)

MESDAMES ET MESSIEURS LES
TRESORIER-PAYEURS GENERAUX
(pour information)

CIRCULAIRE DGS/DH/DGCP/AFS N° 99/257 du 29 avril 1999 relative à la création de l'Etablissement Français du Sang.

Date d'application : **Immédiate**

Résumé : Le transfert des biens, droits et obligations, créances et dettes, des Etablissements de Transfusion Sanguine vers le futur Etablissement Français du Sang se fera par le biais de conventions de cession à titre universel.

Textes de référence : Loi du 1^{er} juillet 1998.

ANNEXE N° 3 (suite)

La loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998, relative au renforcement de la veille sanitaire, prévoit en son article 18 la création de l'Etablissement Français du Sang (EFS) au plus tard le 31/12/1999. Le même article prévoit également le transfert à l'EFS des activités exercées par les Etablissements de Transfusion Sanguine (ETS) et il dispose : « des conventions conclues entre, d'une part, l'Etablissement Français du Sang et, d'autre part, chaque personne morale concernée fixent les conditions dans lesquelles les droits et obligations, créances et dettes liées à ces activités sont, le cas échéant, transférés à l'Etablissement Français du Sang, ainsi que les conditions dans lesquelles les biens nécessaires à ces activités sont cédés à l'Etablissement Français du Sang ou mis à sa disposition ».

La présente circulaire a pour objet de fixer le cadre dans lequel ces conventions seront mises en œuvre, dès lors qu'elles concernent des ETS ayant le statut de groupement d'intérêt public (GIP).

S'agissant des ETS ayant le statut d'association, ou de budget annexe hospitalier, des instructions spécifiques seront données ultérieurement.

1 - Le cadre général

Il est rappelé qu'en vertu de la loi du 4 janvier 1993, les ETS peuvent avoir le statut de GIP, d'association ou de budget annexe hospitalier.

Le dispositif retenu par le Gouvernement vise à garantir la continuité du service public de la transfusion sanguine en assurant la cession ou la mise à disposition de l'EFS des biens mobiliers et immobiliers nécessaires à l'exercice des activités transférées et la transmission des droits et obligations, créances et dettes liés à ces activités.

Ces transferts seront réalisés par la signature de conventions dans lesquelles les biens, droits et obligations, créances et dettes transférés forment un tout dénommé universalité. Ces conventions prendront effet au jour de la nomination du Président de l'EFS.

2 – Les parties à la convention

S'agissant d'Etablissement de Transfusion Sanguine ayant le statut de GIP, les parties à ces conventions seront :

- D'une part, l'Agence Française du Sang (AFS) agissant pour le compte de l'EFS (art. 18 B de la loi du 01/07/1998) ;
- D'autre part, le GIP et chacun de ses membres dès lors qu'ils transféreront à l'EFS un bien, une créance ou une dette, un droit ou une obligation. En règle générale, devrait être partie à la convention l'ensemble des membres du GIP à l'exception des caisses primaires d'assurance maladie et des associations des donneurs de sang.

S'agissant des établissements publics de santé, vous vous attacherez à ce que les conseils d'administration et, le cas échéant, les commissions médicales d'établissements et le comité technique d'établissement soient saisis et puissent valablement délibérer des projets de conventions.

3 – Les modalités de transfert

Les modalités de transfert s'analysent de manière différente selon les personnes morales concernées.

S'agissant des groupements d'intérêt public :

L'AFS ayant proposé de transférer l'ensemble des biens droits et obligations, créances et dettes des GIP à l'EFS, les membres des GIP ne seront pas sollicités pour couvrir d'éventuels déficits et ne pourront demander le retour de leurs apports, y compris leurs apports de trésorerie.

ANNEXE N° 3 (suite)

Une attention particulière doit être apportée aux dépendances du domaine public hospitalier sur lesquels les établissements de santé ont consenti des droits réels aux GIP et qui sont inscrits comme apport au capital de ces derniers. Sauf exception, il n'est pas prévu de transfert en pleine propriété des biens concernés à l'EFS mais un simple transfert du droit réel au bénéfice du futur établissement, transfert auquel l'établissement de santé devra consentir explicitement dans la convention passée avec l'AFS.

La renonciation au retour des apports à laquelle consentent les établissements publics de santé se traduira dans leur comptabilité par des schémas d'écriture qui diffèrent selon la nature des apports effectués. Deux cas de figure sont ainsi prévus et décrits en annexe selon que les apports ont été réalisés par la voie de l'affectation ou en pleine propriété. Il appartiendra à chaque établissement qui rencontrerait des difficultés d'application de ces schémas, d'en informer la direction des hôpitaux.

Concernant les biens propres des GIP, vous veillerez à ce qu'une délibération spécifique du conseil d'administration prévoit leur déclassement du domaine public avant leur cession à l'EFS.

S'agissant des établissements publics de santé membres du GIP :

Hormis le cas particulier des droits réels consentis sur des dépendances de leur domaine public traitées ci-dessus, les établissements publics de santé devront garantir le transfert au profit de l'EFS des conventions ou contrats passés avec le GIP dans les mêmes conditions économiques que celles préexistant avant le transfert.

Les transferts pourront concerner aussi bien l'occupation de leur domaine public ou privé pour l'exercice des activités transférées que les prestations de services réciproques consentis entre l'établissement de santé et l'établissement de transfusion sanguine.

S'agissant des associations de transfusion sanguine, membres des GIP :

Le principe retenu est le transfert intégral de leurs actifs et de leurs passifs.

S'agissant des autres partenaires des GIP (clinique ...)

En règle générale, il ne devraient être concernés que par la renonciation au retour des apports.

4 – Les obligations du futur Etablissement Français du Sang

En contrepartie des transferts qui lui seront consentis par les groupements d'intérêt public et leurs membres, le futur EFS se substituera au groupement d'intérêt public pour l'ensemble des dettes nées ou à naître, et à chacun des membres pour les dettes nées ou à naître relatives aux activités transférées y compris les contentieux concernant la période antérieure à la création des Etablissements de Transfusion Sanguine.

Ce transfert de dettes nées ou à naître vise également les contentieux transfusionnels ainsi que le cas échéant, les autres contentieux, sous réserve qu'ils ne résultent pas d'une faute intentionnelle ou d'une fraude.

ANNEXE N° 3 (suite)

5 - Préparation et signature des conventions de transfert

L'Agence Française du Sang est chargée de la préparation des conventions de transfert avec les établissements de transfusion sanguine. A cette fin, un inventaire exhaustif des biens, créances et dettes, droits et obligations susceptibles d'être transférés à l'EFS a été engagé (circulaire CP/AFS du 26 novembre 1998). Il sera annexé à chacune des conventions. Compte tenu du décalage entre la date de ces inventaires (31 décembre 1998) et la date effective des transferts (nomination du Président du futur EFS au plus tard le 31 décembre 1999), des mécanismes de concertation régulière seront prévus entre l'AFS et les GIP afin que l'équilibre global de ces conventions ne soit pas altéré au cours de l'année 1999. Vous veillerez notamment à ce qu'aucune aliénation de biens ni qu'aucun contrat ne soit consenti par le GIP ou l'un de ses membres, dès lors que ces opérations concerneraient des biens transférés à l'EFS, ou entraîneraient des dangers pour le futur établissement, postérieurement à la signature de la convention, sans que l'AFS n'en ait été préalablement informée de manière à ce qu'elle puisse éventuellement s'y opposer dans un délai de 15 jours.

Ces dispositions conservatoires n'exonéreront toutefois pas chacune des structures d'effectuer un arrêté comptable et une mise à jour des annexes à la convention (inventaires ...) au 31/12/1999 afin de permettre en premier lieu d'établir le compte de liquidation de l'établissement et en second lieu de fournir l'état précis des éléments constitutifs du bilan d'entrée de l'EFS.

En cas de difficulté d'application ou d'interprétation de la présente circulaire, vous pourrez demander toutes explications utiles à l'Agence Française du Sang (Direction du groupe projet « convention de transfert » - Tél. 01.44.49.66.13) qui a engagé auprès de chaque ETS et de chacun de ses membres une présentation du dispositif de transfert les concernant.

Le Directeur des Hôpitaux

Le Directeur général de la santé

Professeur Joël MENARD

Pour le Ministre et par Délégation
Le Directeur général de la comptabilité
Publique

Le Président de l'Agence Française du Sang

Jean BASSERES

Christian CHARPY

ANNEXE N° 3 (suite)

HYPOTHESE D’UNE AFFECTATION D’IMMEUBLE

L’établissement public de santé a affecté un bien au GIP-ETS. Ce bien sera affecté à l’établissement français du sang.

1) Écritures comptables lors de la mise en place des GIP-ETS

	EPS								GIP			
	1471	21	28	2623	4728	68742	775		1018	4561	21	
- Balance		1 000		600					450	450		
- Constatation des apports		600 400	600		400 50		50			450	450	
- Remise des titres				450	450							
-Neutralisa- tion de la plus value	50					50						
	50			450		50	50		450		450	

ANNEXE N° 3 (suite)

2) Affectation de l'immeuble à l'EFS

Écritures dans la comptabilité de l'établissement public de santé

	24 ⁽¹⁾	2623
Balance		450
Constatation de l'affectation du bien à l'EFS	450	450

(1) Compte 24 « Immobilisations affectées » à créer pour les hôpitaux.

ANNEXE N° 3 (suite)

HYPOTHESE D’UN APPORT EN NUMERAIRE

1) Écritures comptables lors de la mise en place des GIP-ETS

	EPS		GIP			
	2621	4728	515	101	4561	CL. 5
- Versement de l’apport		1 000	1 000	1 000	1 000	
- Constatation de l’apport	1 000	1 000			1 000	1 000
	1 000		1 000	1 000		1 000

ANNEXE N° 3 (suite)

2) Renonciation au retour de l'apport en numéraire

Écritures dans la comptabilité de l'établissement public de santé.

Hypothèse :

- Provision sur le risque de contentieux transfusionnel : 100
- Plus-value d'apports au compte 1471 : 200
- Montant de la réserve de trésorerie au compte 10685 : 15000

	2621	675	7815	1518	787 ²	1471	10685
- Balance	1 000			100		200	15000
- Constatation de la valeur nette comptable	1000	1 000					
- Neutralisation de la moins-value par une reprise :							
1) de la provision pour contentieux transfusionnel			100	100			
2) de la plus-value d'apports ¹					200	200	
3) sur la réserve de trésorerie à hauteur de la moins-value restant à neutraliser					700		700

1 - reprise de la plus-value d'apports comptabilisée au compte 1471 correspondant aux affectations d'immeubles et lorsque l'établissement public de santé n'a effectué que des apports en numéraire et des affectations.

2 - reprise de la plus-value d'apports par le crédit du compte 78742 « Reprises sur autres provisions réglementées - plus-values réinvesties » (qui serait créé à cet effet) et reprise sur le compte 10685 par le crédit du compte 78743 « Reprises sur la réserve de trésorerie antérieure au financement par dotation globale » (créé à cet effet).

ANNEXE N° 3 (suite)

HYPOTHESE D'UN APPORT EN NATURE1) Écritures comptables lors de la mise en place des GIP-ETS

	EPS								GIP		
	1471	21	28	2622	4728	675	68742	775	101	4561	21
- Balance		1 000	600								
-Valeur nette comp- table		600 400	600			400					
- Apport					650			650	650	650	
- Remise des titres				650	650					650	650
- Neutrali- sation plus- value	250						250				
	250			650		400	250	650			

ANNEXE N° 3 (suite et fin)

2) Renonciation au retour de l'apport en nature

Écritures dans la comptabilité de l'établissement public de santé.

Hypothèse :

- Provision sur le risque de contentieux transfusionnel : 100
- Plus-value d'apports au compte 1471 : 200
- Montant de la réserve de trésorerie au compte 10685 : 15000

	2622	675	7815	1518	787 ²	1471	10685
- Balance	650			100		200	15000
- Constatation de la valeur nette comptable	650	650					
- Neutralisation de la moins-value par une reprise :							
1) de la provision pour contentieux transfusionnel			100	100			
2) de la plus-value d'apports ¹					200	200	
3) sur la réserve de trésorerie à hauteur de la moins-value restant à neutraliser					350		350

1 - reprise de la plus-value d'apports comptabilisée au compte 1471 correspondant aux apports en nature.

2 - reprise de la plus-value d'apports par le crédit du compte 78742 « Reprises sur autres provisions réglementées - plus-values réinvesties » (qui serait créé à cet effet) et reprise sur le compte 10685 par le crédit du compte 78743 « Reprises sur la réserve de trésorerie antérieure au financement par dotation globale » (créé à cet effet).