

INSTRUCTION

N° 99-100-M2 du 30 septembre 1999

NOR : BUD R 99 00100 J

Texte publié au BOCP

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ - ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SOCIAUX
ET MEDICO-SOCIAUX

ANALYSE

Tarification et financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
Gestion budgétaire et comptable de ces établissements.

Date d'application : 30/09/1999

MOTS-CLES

COLLECTIVITES ET ETABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX ; ETABLISSEMENT A CARACTERE SOCIAL ;
ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL ; PERSONNE AGEE ; TARIF ; FINANCEMENT ; GESTION

DOCUMENTS A ANNOTER

Néant

DOCUMENTS A ABROGER

Néant

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TPG	TGAP	RF	T	DOM	TOM						

DIFFUSION

GT 64

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

6^{ème} Sous-direction - Bureau 6B

SOMMAIRE

1. LA RÉFORME DE LA TARIFICATION.....	3
2. LA GESTION BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS AUTONOMES, HABILITÉS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE MENTIONNÉS À L'ARTICLE 18 DE LA LOI DU 30 JUIN 1975 MODIFIÉE, ET ACCUEILLANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES.	4
2.1. Le calendrier et les procédures budgétaires des établissements sont désormais mieux encadrés.....	4
2.2. Clôture de l'exercice.....	4
3. ETABLISSEMENTS NON PERSONNALISÉS ACCUEILLANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES QUI RELÈVENT DE PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC.	5
4. DATE DE MISE EN OEUVRE DES DÉCRETS DU 26 AVRIL 1999.....	5
4.1. Décret relatif à la réforme de la tarification.....	5
4.2. Décret relatif à la gestion budgétaire et comptable.	5

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.....	7
ANNEXE N° 2 : Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.....	36
ANNEXE N° 3 : Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.	50
ANNEXE N° 4 : Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO 4-AF2 n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé.....	54
ANNEXE N° 5 : 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 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), à partir d'un échantillon représentatif de 1 000 établissements.	59

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

- le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (annexe 1) ;
- le décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (annexe 2) ;
- la circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (annexe 3) ;
- la circulaire MARTHE/DAS/DH-EO 4-AF2 n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé (annexe 4) ;
- la circulaire MARTHE/DAS/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 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), à partir d'un échantillon représentatif de 1 000 établissements (annexe 5).

Cette instruction apporte quelques précisions essentielles quant au contenu des décrets affectant les financements des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

1. LA REFORME DE LA TARIFICATION.

La loi du 24 janvier 1997 créant la prestation spécifique dépendance (P.S.D.) pose le principe de la réforme de la tarification des établissements recevant des personnes âgées dépendantes. La tarification est désormais fonction de l'état de la personne âgée et non plus du statut juridique de l'établissement d'accueil. Elle est constituée de trois blocs (au lieu de deux actuellement, l'hébergement et les soins) « étanches » afin que le tarif hébergement ne soit plus utilisé comme variable d'ajustement pour le financement des établissements.

La réforme de la tarification a donc été conçue en tenant compte de trois données essentielles : la nécessité de répartir les surcoûts à la charge de l'assurance maladie sur plusieurs exercices, le respect du partage actuel des compétences entre l'Etat et les départements et la nécessité d'éviter un déport de charge sur l'usager.

Les dépenses et les recettes se répartiront donc en trois groupes reflétant les trois composantes de la prise en charge en institution (hébergement, dépendance, soins).

Le tarif « hébergement », recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale. Ce tarif est à la charge de la personne âgée et subsidiairement, de l'aide sociale du département.

Le tarif « dépendance » correspond aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées. Ce tarif est à la charge de la personne âgée, éventuellement solvabilisée par la prestation spécifique dépendance.

Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques et les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance. Ce tarif relève de l'assurance maladie.

2. LA GESTION BUDGETAIRE ET COMPTABLE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS AUTONOMES, HABILITES AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE MENTIONNES A L'ARTICLE 18 DE LA LOI DU 30 JUIN 1975 MODIFIEE, ET ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES.

2.1. LE CALENDRIER ET LES PROCEDURES BUDGETAIRES DES ETABLISSEMENTS SONT DESORMAIS MIEUX ENCADRES.

Ainsi, les tarifs soins, hébergement, dépendance sont fixés, par les autorités compétentes, dans un calendrier budgétaire.

En outre, si le budget n'est pas rendu exécutoire au 1er janvier de l'année de l'exécution, l'ordonnateur est autorisé, jusqu'à ce qu'il devienne exécutoire, à engager, liquider et ordonnancer les dépenses dans des conditions précises, comme indiquées ci-après.

« Pour ce qui concerne la section d'investissement :

- a) les dépenses afférentes au remboursement en capital des annuités de la dette venant à échéance ;
- b) sur autorisation du conseil d'administration, les dépenses d'investissement, dans la limite du quart des crédits ouverts, au titre de cette section, dans le cadre du dernier budget rendu exécutoire, non compris les crédits afférents aux dépenses mentionnées au a) ci-dessus ;

Pour ce qui concerne la section d'exploitation, les dépenses dans la limite des autorisations de dépenses de ladite section du dernier budget rendu exécutoire » - (cf. article 25 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999).

Par ailleurs, si les comptes de réserves de trésorerie couvrent le besoin en fonds de roulement de l'établissement constaté au cours des trois dernières années, les autorités de tarification peuvent procéder, sous certaines limites, à la reprise sur lesdites réserves de trésorerie (cf. article 20 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999).

2.2. CLOTURE DE L'EXERCICE.

Le directeur et le comptable de l'établissement sont chargés d'établir les documents relatifs à l'arrêté des comptes.

Ainsi, le décret prévoit l'élaboration d'un état portant résultat prévisionnel de l'établissement, transmis aux autorités de tarification par le directeur au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'exercice auquel il se rapporte (cf. article 37).

Par ailleurs, comme dans le domaine hospitalier, le comptable qui gère ce type d'établissement devra établir le compte de gestion ainsi qu'un rapport rendant compte, dans le cadre de ses compétences, de l'ensemble des éléments de sa gestion, et notamment de la situation patrimoniale de l'établissement.

S'agissant plus précisément de l'affectation des résultats, les nouvelles modalités donnent la possibilité, aux établissements concernés, d'affecter le résultat à l'investissement et d'affecter en N + 1.

3. ETABLISSEMENTS NON PERSONNALISES ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES QUI RELEVANT DE PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC.

L'article 41 dudit décret précise que les établissements non personnalisés hébergeant des personnes âgées dépendantes font l'objet d'un budget annexe comportant une section d'exploitation et appliquent les mêmes règles budgétaires et comptables que les établissements sociaux et médico-sociaux érigés en établissements publics autonomes.

4. DATE DE MISE EN OEUVRE DES DECRETS DU 26 AVRIL 1999.

4.1. DECRET RELATIF A LA REFORME DE LA TARIFICATION.

L'article 32 du décret du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes prévoit que la nouvelle tarification entre en vigueur lors de l'exercice budgétaire suivant la conclusion de la convention tripartite entre le directeur de l'établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie (directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou préfet de département). L'article 33 du même décret définit une date d'application différente selon la taille de l'établissement ou du service :

- dans les établissements ou services d'une capacité inférieure à quatre-vingt-cinq lits, les conventions tripartites doivent être en principe signées dans les deux ans à compter de la publication du décret, ce qui reporte l'application de la nouvelle tarification, en principe, à l'exercice 2002 ;
- dans les établissements ou services d'une capacité supérieure à quatre-vingt-cinq lits, les conventions tripartites doivent être négociées dans l'année suivant la publication du décret, c'est-à-dire, en principe, jusqu'au 26 avril 2000.

Si la convention est signée avant le 31 décembre de la présente année, la nouvelle tarification est applicable dès l'exercice 2000. En revanche, si la convention est conclue en 2000, la nouvelle tarification n'entre en vigueur qu'au 1er janvier 2001.

4.2. DECRET RELATIF A LA GESTION BUDGETAIRE ET COMPTABLE.

L'article 54-I du décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes précise que les dispositions dudit décret entrent en vigueur lors de la signature de la convention prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée.

Il convient de préciser que l'article 5-1 ci-dessus cité prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 et les établissements de santé visés au 2° de l'article L. 711-2 du code de la santé publique ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de dépendance mentionnées à l'article 2 de la loi du 24 janvier 1997 (texte institutif de la prestation spécifique dépendance) que s'ils ont passé une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

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.

Dès lors, à cette même date, les dispositions des décrets du 11 décembre 1958, du 29 décembre 1959 et du 3 janvier 1961 cesseront d'être applicables aux établissements publics et privés mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 modifiée ».

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE

Pour le Directeur Général de la Comptabilité Publique
LE SOUS-DIRECTEUR CHARGE DE LA 6EME SOUS-DIRECTION

OLLIVIER GLOUX

ANNEXE N° 1 : Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

NOR : MESA9921082D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 665-3, L. 711-2, L. 712-19, R. 712-2-1 et R. 714-3-1 à R. 714-3-53 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 174-4 à L. 174-9 ;

Vu la loi no 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi no 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, notamment ses articles 1er et 3 ;

Vu la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, notamment ses titres IV, V et VI ;

Vu le décret no 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi no 97-60 du 24 janvier 1997, notamment ses articles 6 et 13 ;

Vu le décret no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 18 décembre 1998 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mars 1999 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

TITRE 1ER

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Art. 1er. - Les prestations fournies par les établissements ou les sections d'établissements mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée et par les établissements mentionnés au 2o de l'article L. 711-2 du code de la santé publique comportent :

- 1° Un tarif journalier afférent à l'hébergement ;
- 2° Un tarif journalier afférent à la dépendance ;
- 3° Un tarif journalier afférent aux soins.

Art. 2. - Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie.

Art. 3. - Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

Art. 4. - Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies.

ANNEXE N° 1 (suite)

TITRE II

MODALITÉS DE DÉTERMINATION ET DE CALCUL DES TARIFS DES ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Section 1

Structure tarifaire des établissements

Art. 5. - Afin de calculer les tarifs journaliers des prestations prévues à l'article 1er, le budget d'un établissement est présenté en trois sections d'imputation, correspondant aux trois tarifs précédemment mentionnés, dont les charges et les produits sont arrêtés séparément, sur la base des éléments et documents ci-après énumérés :

- 1o La liste des charges et des produits afférents aux trois sections précitées, fixée à l'annexe I du présent décret ;
- 2o Les tableaux, figurant aux annexes IV-1 et IV-2 du présent décret, définissant les modalités de calcul des différents tarifs et les clés de répartition des charges et des produits communs à plusieurs tarifs, en tenant compte :
 - a) De la répartition des personnes accueillies dans les établissements par niveaux de dépendance dits groupes « iso-ressources » (GIR) tels que fixés par la grille nationale définie à l'article 6 du décret du 28 avril 1997 susvisé ;
 - b) De la répartition des emplois et des effectifs des établissements entre les sections de calcul des tarifs, dans le respect des dispositions prévues à l'article 6 ;
- 3o Le tableau, figurant à l'annexe V du présent décret, définissant les modalités de détermination et d'affectation des résultats de chaque section d'imputation tarifaire des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autres que ceux relevant de la loi du 6 juillet 1990 précitée, conformément aux modalités prévues à l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé ou, le cas échéant, à l'article R. 714-3-50 du code de la santé publique ;
- 4o Le tableau de bord, figurant à l'annexe VI du présent décret, établissant la liste des indicateurs médico-socio-économiques.

Les tableaux mentionnés au 2o à 4o ci-dessus, dûment remplis, sont, d'une part, joints aux propositions budgétaires de l'établissement, d'autre part, transmis aux autorités de tarification pour le 30 avril qui suit l'exercice auquel ils se rapportent.

Art. 6. - Les charges de personnel afférentes aux aides- soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi que leurs charges sociales et fiscales figurent concurremment aux sections d'imputation tarifaire relatives respectivement à la dépendance et aux soins.

Ces charges sont réparties entre les deux sections précitées à raison de :

- a) 30 % sur la section d'imputation tarifaire relative à la dépendance, au titre des activités de ces personnels qui correspondent aux prestations définies à l'article 3 ;
- b) 70 % sur la section d'imputation tarifaire relative aux soins, au titre des activités de ces personnels qui correspondent aux prestations définies à l'article 4.

Cette répartition constitue la référence à atteindre au terme de la cinquième année d'exécution de la convention mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975, conformément aux dispositions de l'article 21 du présent décret.

Art. 7. - Le tarif journalier afférent à l'hébergement est, en cas d'absence de plus de soixante-douze heures, minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale. Pour les absences de plus de soixante-douze heures pour cause d'hospitalisation, cette minoration doit tenir compte du montant du forfait hospitalier.

Un tarif journalier afférent à la dépendance et un tarif journalier afférent aux soins sont arrêtés pour chacun des six niveaux de dépendance fixés par la grille nationale mentionnée au 2o (a) de l'article 5, dans lesquels sont classées les personnes hébergées.

ANNEXE N° 1 (suite)

Art. 8. - Les tarifs journaliers mentionnés à l'article 7 sont obtenus selon les modalités de calcul précisées dans l'annexe II du présent décret :

1o En prenant en compte la totalité des charges d'exploitation autorisées imputables à chaque élément de tarification ;

2o En diminuant les charges d'exploitation mentionnées au 1o des produits d'exploitation, autres que ceux relatifs à la présente tarification, visés aux rubriques c à j du 2o de l'article 11 du décret du 26 avril 1999 susvisé imputables à chaque élément de tarification ;

3o En incorporant, le cas échéant, les résultats conformément aux dispositions de l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé.

La somme des éléments mentionnés aux 1o, 2o et 3o est divisée par un nombre de journées égal à la moyenne des journées effectivement constatées les trois dernières années ou, en cas de circonstances particulières, par le nombre de journées prévisionnelles pour l'exercice considéré.

Section 2

Dispositions relatives aux prestations de soins

Art. 9. - Déduction faite des éléments mentionnés à l'article 10, les établissements mentionnés à l'article 1er du présent décret 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, à l'exception de celles relatives au médecin coordonnateur visé au premier alinéa de l'article 12 et de celles relatives aux infirmières libérales.

Un arrêté des ministres chargés des affaires sociales, de l'agriculture et du budget précise la nature des examens et médicaments mentionnés aux alinéas précédents.

La convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée mentionne l'option tarifaire choisie qui ne peut être modifiée pendant la durée de ladite convention, laquelle est fixée à cinq ans.

Six mois avant l'arrivée à échéance de ladite convention, l'établissement peut demander un changement d'option tarifaire.

Art. 10. - 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.

Ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents à la dépendance, à l'hébergement et aux soins, les prestations mentionnées aux rubriques i à k de l'annexe III précitée.

Art. 11. - Afin d'assurer un suivi de la consommation médicale dans l'établissement, celui-ci doit fournir chaque semestre, sur demande des organismes d'assurance maladie, la liste des personnes hébergées à la date de cette demande ainsi que les mouvements intervenus au cours des six derniers mois.

Cette liste comporte pour chaque personne hébergée :

a) Les nom et prénom ;

b) Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ;

c) Le nom de l'organisme de prise en charge, assorti du numéro du centre de paiement.

Section 3

Evaluation du degré de dépendance des personnes hébergées dans les établissements

ANNEXE N° 1 (suite)

Art. 12. - Afin de moduler les tarifs afférents à la dépendance et aux soins, conformément aux dispositions mentionnées au second alinéa de l'article 7, 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.

Ledit classement est transmis, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale mentionnée à l'article 5 de la loi du 24 janvier 1997 susvisée et à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale.

En cas de désaccord entre les deux médecins précités sur cette validation, une commission départementale de coordination médicale, composée d'un médecin inspecteur de santé publique, d'un médecin du conseil général et d'un praticien-conseil d'une caisse d'assurance maladie, détermine à la majorité de ses membres le classement définitif à retenir et le transmet aux deux autorités chargées de la tarification.

Un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'intérieur détermine les modalités d'organisation et de fonctionnement de ladite commission.

Art. 13. - Le classement dans chacun des groupes de niveau de dépendance de la grille nationale mentionnée à l'article 12 donne lieu à une cotation en points fixée conformément au tableau figurant à l'annexe VII du présent décret.

Il est procédé pour chaque établissement à une totalisation des cotations en points précédemment opérées.

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, établie entre le 1er janvier et le 30 septembre de l'année, est dénommée GIR moyen pondéré de l'établissement.

Art. 14. - Le montant des charges nettes afférentes à la dépendance définies aux articles 5 et 6, a, et au 1o du II de l'annexe I du présent décret, divisé par le nombre de points d'un établissement par groupes, constitue la valeur nette de son point afférent à la dépendance.

Le montant des charges relatives aux dépenses d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques définies aux articles 5 et 6 b, du présent décret, divisé par le nombre de points d'un établissement dans ses groupes, constitue la valeur nette de son point relatif aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques.

Ces données sont incluses dans le tableau de bord mentionné au 4o de l'article 5.

Art. 15. - Les tarifs journaliers afférents à la dépendance et aux soins de l'exercice en cours sont établis en prenant en compte les données résultant des valorisations mentionnées aux deuxième et troisième alinéas de l'article 13 au titre de l'année précédente.

Les informations correspondantes sont, d'une part, jointes aux propositions budgétaires de l'établissement, d'autre part, transmises aux autorités de tarification pour le 30 avril qui suit l'exercice auquel ces informations se rapportent.

Est également joint un tableau de répartition des personnes hébergées entre les niveaux de dépendance définis par la grille nationale mentionnée à l'article 5 de la loi du 24 janvier 1997 susvisée.

Art. 16. - Afin de comparer le niveau des prestations délivrées et de contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements, le président du conseil général calcule la valeur nette moyenne départementale du point relatif à la dépendance concernant les établissements du département relevant de l'article 1er du présent décret. Cette valeur est égale au quotient des charges nettes, constatées au dernier compte administratif, et qui entrent dans le calcul du tarif journalier afférent à la dépendance, par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6, issu de la valorisation prévue au premier alinéa de l'article 14 pour le même exercice.

Art. 17. - Afin de comparer les niveaux de prestations délivrées et de contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements, le préfet calcule la valeur nette moyenne départementale du point relatif aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques concernant les établissements du département relevant de l'article 1er du présent décret. Cette valeur est égale au quotient des frais de personnel relatifs aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui ont été constatés au dernier compte administratif et qui entrent dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6 issu de la valorisation pour le même exercice prévue au deuxième alinéa de l'article 14.

ANNEXE N° 1 (suite)

Art. 18. - A la demande de l'autorité tarifaire compétente, lorsque la valeur nette des points respectivement mentionnés aux articles 16 et 17, proposée par l'établissement, est supérieure à la valeur nette moyenne départementale constatée du point correspondant, l'établissement expose les raisons, en dehors de celles liées à l'augmentation des prix et des salaires, qui expliquent et justifient cet écart et, le cas échéant, les mesures qu'il programme afin de mettre en adéquation ses charges, ses produits et l'état de dépendance des personnes accueillies, en tenant compte :

- a) Des critères de qualité de prises en charge résultant de l'application du cahier des charges mentionné à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée ;
- b) De l'efficacité de l'action médico-sociale visant à améliorer l'autonomie des personnes hébergées ;
- c) Des indicateurs médico-socio-économiques composant le tableau de bord prévu au 4o de l'article 5.

La convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi précitée prévoit, le cas échéant, les modalités de réduction des écarts constatés entre la valeur nette du point résultant des propositions de l'établissement et la valeur nette moyenne départementale du point correspondant.

Art. 19. - Le préfet de région procède au calcul d'une valeur nette moyenne régionale du point relatif aux aides-soignants et aides médico-psychologiques en procédant à l'agrégation au niveau régional des données ayant permis le calcul des valeurs nettes moyennes départementales du point relatif aux aides-soignants et aides médico-psychologiques dans les conditions mentionnées à l'article 17.

Afin de répartir les enveloppes régionales de crédits relatives aux établissements relevant de l'article 1er, allouées chaque année en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, l'autorité régionale compétente pour l'assurance maladie tient compte de la valeur nette moyenne régionale du point mentionnée au précédent alinéa, et de l'ensemble des indicateurs médico-socio-économiques figurant au tableau de bord prévu au 4o de l'article 5.

Art. 20. - Le préfet de région procède au calcul de la valeur moyenne régionale du point relatif à la dépendance. En vue de permettre les comparaisons interdépartementales et inter-établissements, il procède également au calcul de la valeur régionale de tous les autres indicateurs médico-socio-économiques figurant au tableau de bord prévu au 4o de l'article 5.

Art. 21. - Chaque établissement établit un plan pluriannuel d'évolution du tableau des effectifs annexé à la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée qui précise les variations d'effectifs envisagées chaque année et dans chaque section tarifaire pendant la durée de ladite convention.

Afin de mettre en oeuvre la convergence tarifaire permettant d'allouer des ressources équivalentes à des établissements accueillant un public similaire, le tableau annuel des effectifs mentionné à l'article 15 du décret du 26 avril 1999 susvisé, prend en compte les évolutions prévisionnelles et pluriannuelles permettant de satisfaire au terme de la cinquième année d'exécution de la convention tripartite les objectifs en matière d'effectif préalablement fixés.

Section 4

Tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance

Art. 22. - 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 présent décret, diminuées des produits d'exploitation imputables à cette même section d'imputation, et après, le cas échéant, incorporation des résultats relevant de ladite section d'imputation conformément à l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé.

Art. 23. - Sont arrêtés par le président du conseil général et facturés mensuellement selon le terme à échoir :

- 1o Le tarif journalier afférent à l'hébergement ;
- 2o Les tarifs journaliers afférents à la dépendance.

ANNEXE N° 1 (suite)

Le président du conseil général peut aussi 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 ayants droit soit de l'aide sociale départementale, soit de la prestation spécifique dépendance.

Art. 24. - Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont arrêtés en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe II du présent décret.

Section 5

Tarifs journaliers afférents aux soins et dotation globale de financement relative aux soins

Art. 25. - 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.

Art. 26. - Les tarifs journaliers afférents aux soins sont arrêtés en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe II du présent décret.

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Art. 27. - Il est inséré au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale une section 3 bis intitulée : « Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » et comprenant les articles R. 174-9 à R. 174-16, ainsi rédigés :

« Art. « R. 174-9. - L'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe, conformément aux articles 1er, 7 et 25 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes :

« 1o Les tarifs journaliers afférents aux soins applicables aux personnes hébergées qui ne sont pas prises en charge par un régime d'assurance maladie ;

« 2o Une dotation globale de financement relative aux soins qui correspond à la part des dépenses obligatoirement prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

« La dotation globale de financement mentionnée au 2o est calculée en retranchant des dépenses nettes relatives aux soins calculées dans les conditions prévues aux articles 5 et 6 du décret susmentionné, les produits des tarifs journaliers afférents aux soins multipliés par le nombre prévisionnel des journées non prises en charge par un régime d'assurance maladie.

« La dotation globale de financement est versée par douzième par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans l'établissement.

« Toutefois, lorsque les tableaux établis conformément à l'article D. 174-3 font apparaître que le nombre de bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie autre que le régime général est le plus élevé, l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime peut demander à effectuer le versement mentionné à l'alinéa précédent.

« Dans le cas où une caisse n'appartenant pas au régime général assure les versements, cette caisse communique à la caisse primaire d'assurance maladie géographiquement compétente les informations nécessaires au suivi des dépenses et à la répartition de celles-ci.

« Art. R. 174-10. - La dotation globale est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie pour la part qui leur incombe, dans les conditions fixées par les articles D. 174-3 à D. 174-8.

« Art. R. 174-11. - Dans le cas où les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision les fixant :

« 1o La caisse chargée du versement de la dotation globale de financement règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation de l'exercice antérieur ;

« 2o Les recettes relatives à la facturation des tarifs journaliers afférents aux soins sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

ANNEXE N° 1 (suite)

« Pour la première année d'application du décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les acomptes sont versés sur la base d'un douzième de l'ensemble des dépenses autorisées au dernier budget rendu exécutoire financées par les tarifs journaliers afférents aux soins.

« Art. R. 174-12. - Les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie en vertu du mode de tarification en vigueur antérieurement à la signature de la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales viennent en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-9, le solde de dotation étant versé l'année suivante.

« Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements prévus à l'article R. 174-9.

« Art. R. 174-13. - Pour les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes rattachés à un établissement de santé sous dotation globale, les dates de règlement de la dotation globale de financement relative aux soins correspondent à celles de la dotation globale de soins de l'établissement de santé.

« Art. R. 174-14. - Pour les établissements autonomes hébergeant des personnes âgées dépendantes, le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué le vingtième jour du mois, ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour précédant cette date.

« Art. R. 174-15. - Lors de l'admission en établissement, la personne âgée doit présenter la carte d'assuré social justifiant de cette qualité ou de celle d'ayant droit. A défaut, une demande de prise en charge doit être adressée à l'organisme compétent par l'établissement.

« Art. R. 174-16. - Pour les dépenses de soins comprises dans les tarifs journaliers afférents aux soins, la participation des assurés sociaux est supprimée. »

Art. 28. - Il est ajouté à l'article R. 714-3-26 du code de la santé publique un 3o ainsi rédigé :

« 3o La dotation globale relative aux soins prévue à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale. »

Art. 29. - Dans le cas où les tarifs journaliers afférents aux soins ne sont pas susceptibles d'être pris en charge soit au titre de l'aide médicale, soit par un organisme d'assurance maladie, ou par tout autre organisme public, les intéressés ou, à défaut, un tiers, souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Art. 30. - Par dérogation aux dispositions de l'article 6, lorsque les établissements font l'objet d'un montant total de financement alloué par l'assurance maladie supérieur à celui qui résulterait de l'application de la clé de répartition des charges entre la section tarifaire afférente aux soins et celle afférente à la dépendance telle qu'elle résulte du tableau défini au 1o et 2o de l'article 5, ces établissements continuent à bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie acquise lors de l'exercice antérieur à celui relevant de l'application de la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, sous réserve du respect de l'une des deux conditions suivantes :

1. Avoir un groupe « iso-ressource » moyen pondéré défini à l'article 13 du présent décret supérieur à 700 ;
2. Avoir un ratio de postes d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique par lit inférieur au ratio moyen constaté au niveau régional.

Art. 31. - Pour les établissements régis par la loi du 6 juillet 1990 susvisée :

1o Les dispositions du 1o de l'article 1er, de l'article 22 et du 1o de l'article 23 ne sont pas applicables ;

2o Les modalités de tarification afférentes à la dépendance définies au titre II ne sont applicables qu'aux contrats mentionnés à l'article 1er de ladite loi de 1990, conclus postérieurement à la date de publication du présent décret.

Art. 32. - 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° 1 (suite)

Art. 33. - Dans le respect du délai mentionné au second alinéa de l'article 5-1 de la loi précitée, les dispositions du présent décret entrent en vigueur dès sa publication pour les établissements mentionnés à l'article 1er disposant d'une capacité supérieure à 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 mentionnées au précédent alinéa peuvent toutefois convenir d'une mise en oeuvre anticipée des dispositions dont il s'agit.

Art. 34. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale et le secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 avril 1999.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine Aubry

Le ministre de l'intérieur,
Jean-Pierre Chevènement

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Dominique Strauss-Kahn

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
Jean Glavany

Le secrétaire d'Etat à la santé
et à l'action sociale,
Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat au budget,
Christian Sautter

ANNEXE N° 1 (suite)

27 avril 1999

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

6227

*Le secrétaire d'Etat à la santé
et à l'action sociale,
BERNARD KOUCHNER*

*Le secrétaire d'Etat au budget,
CHRISTIAN SAUTTER*

ANNEXE I

LISTE DES CHARGES ET DES PRODUITS
MENTIONNÉS À L'ARTICLE 5

I. - La section d'imputation tarifaire afférente à l'hébergement comprend :

1° En charges :

- a) Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
- b) Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
- c) Les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
- d) Les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;

2° En produits, ceux mentionnés au 2° de l'article 11 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 susvisé lorsqu'ils relèvent de la présente section d'imputation tarifaire.

II. - La section d'imputation tarifaire afférente à la dépendance comprend :

1° En charges :

- a) Les fournitures et prestations de services hôteliers liées à la prise en charge de la dépendance ;
- b) Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes hébergées dépendantes ;
- c) Les amortissements du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation ;

2° En produits, ceux mentionnés au 2° de l'article 11 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 susvisé lorsqu'ils relèvent de la présente section d'imputation tarifaire.

III. - Nonobstant l'application des dispositions prévues à l'article 10, la section d'imputation tarifaire afférente aux soins comprend, en fonction de l'option tarifaire prévue à l'article 9 :

1° En charges :

- a) Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales ; le petit matériel médical fait l'objet d'une liste fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ;
- b) Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant les soins, y compris celles prévues à l'article 6 ;
- c) L'amortissement du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales ;

2° En produits, ceux mentionnés au 2° de l'article 11 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 susvisé lorsqu'ils relèvent de la présente section d'imputation tarifaire.

ANNEXE II

ÉLÉMENTS ET MODES DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS
D'UN ÉTABLISSEMENT HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES
DÉPENDANTES

a) Calcul du prix de journée Hébergement :

$$D1/I$$

b) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 1 :

$$\frac{D2 \times H1}{K1}$$

c) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 2 :

$$\frac{D2 \times H2}{K2}$$

d) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 3 :

$$\frac{D2 \times H3}{K3}$$

e) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 4 :

$$\frac{D2 \times H4}{K4}$$

f) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 5 :

$$\frac{D2 \times H5}{K5}$$

g) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 6 :

$$\frac{D2 \times H6}{K6}$$

h) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 1 :

$$\frac{(E \times H1) + [(D3 - E) \times L1]}{K1}$$

i) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 2 :

$$\frac{(E \times H2) + [(D3 - E) \times L2]}{K2}$$

j) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 3 :

$$\frac{(E \times H3) + [(D3 - E) \times L3]}{K3}$$

k) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 4 :

$$\frac{(E \times H4) + [(D3 - E) \times L4]}{K4}$$

l) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 5 :

$$\frac{(E \times H5) + [(D3 - E) \times L5]}{K5}$$

m) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 6 :

$$\frac{(E \times H6) + [(D3 - E) \times L6]}{K6}$$

n) Signification des éléments du calcul :

- A1 : Total des charges d'exploitation de la section tarifaire « hébergement ».
- B1 : Recettes atténuatives de la section tarifaire « hébergement ».
- C1 : Incorporation des résultats des exercices antérieurs de la section tarifaire « hébergement ».
- D1 = A1 - B1 + C1.
- A2 : Total des charges d'exploitation de la section tarifaire « dépendance ».
- B2 : Recettes atténuatives de la section tarifaire « dépendance ».
- C2 : Incorporation des résultats des exercices antérieurs de la section tarifaire « dépendance ».
- D2 = A2 - B2 + C2.
- A3 : Total des charges d'exploitation de la section tarifaire « soins ».
- B3 : Recettes atténuatives de la section tarifaire « soins ».
- C3 : Incorporation des résultats des exercices antérieurs de la section tarifaire « soins ».
- D3 = A3 - B3 + C3.
- E : Quote-part des charges relatives aux aides-soignantes et aux AMP à imputer sur la section d'imputation tarifaire « soins ».
- F : Production totale en points GIR de l'établissement.

G1 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 1.

G2 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 2.

G3 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 3.

G4 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 4.

G5 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 5.

G6 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 6.

G1/F = H1 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 1.

G2/F = H2 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 2.

G3/F = H3 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 3.

ANNEXE N° 1 (suite)

6228

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

27 avril 1999

G 4/F = H 4 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 4.

G 5/F = H 5 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 5.

G 6/F = H 6 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 6.

I : Nombre de journées prévisionnelles « hébergement » pour les personnes classées dans les groupes Iso-Ressource 1 à 6.

J : Nombre de journées prévisionnelles « soins et dépendance » pour les personnes classées dans les groupes Iso-Ressource 1 à 6.

K 1 : Nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 1.

K 2 : Nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 2.

K 3 : Nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 3.

K 4 : Nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 4.

K 5 : Nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 5.

K 6 : Nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 6.

K 1/J = L 1 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 1.

K 2/J = L 2 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 2.

K 3/J = L 3 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 3.

K 4/J = L 4 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 4.

K 5/J = L 5 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 5.

K 6/J = L 6 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles « soins et dépendance » des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 6.

ANNEXE III

LISTE DES PRESTATIONS NE POUVANT ÊTRE PRISES EN COMPTE DANS LE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS EN APPLICATION DE L'ARTICLE 10

a) Les soins avec ou sans hébergement mentionnés au 1° de l'article L. 711-2 du code de la santé publique incluant les prises en charge au sein des structures de soins alternatives à l'hospitalisation définies à l'article R. 712-2-1 ;

b) Les séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;

c) Les interventions *in situ* des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie générale définis aux articles 1° et 10 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ;

d) Les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés tant en établissement de santé qu'en cabinet de ville ;

e) Les dispositifs médicaux visés à l'article L. 665-3 du code de la santé publique autres que ceux mentionnés aux a et c du III de l'annexe I, en fonction du droit d'option tarifaire retenu par l'établissement ;

f) Les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds définis au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique, lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne ;

g) Les honoraires et les prescriptions des médecins spécialistes libéraux ;

h) Les transports sanitaires ;

i) Les frais d'inhumation des pensionnaires ;

j) La prise en charge des frais couverts par un organisme mutualiste mentionné à l'article L. 111-1 du code de la mutualité ;

k) La participation de l'assuré social aux frais de soins mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

ANNEXE N° 1 (suite)

ANNEXE IV-1

TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS D'UN EHPAD

Rappel N° de Compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			
		hébergement	dépendance	soins	TOTAL
602	ACHATS STOCKES; AUTRES APPROVISIONNEMENTS sauf 6021, 6022 et 6025				
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical				
6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-techniques				
6025	Fournitures hôtelières (dont couches, alèses et produits absorbants...)				
603	VARIATION DES STOCKS sauf 60321, 60322 et 60325				
60321	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical				
60322	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-techniques				
60325	Fournitures hôtelières (dont couches, alèses et produits absorbants...)				
606	ACHATS NON STOCKES DE MATIERES ET FOURNITURES sauf 60621, 60622 et 60625				
60621	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical				
60622	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-techniques				
60625	Fournitures hôtelières (dont couches, alèses et produits absorbants...)				
6111	Sous-traitance à caractère médicale				
6112	Sous-traitance à caractère médico-social (sauf 61121)				
61121	Ergothérapie				
612	REDEVANCE DE CREDIT BAIL				
613	LOCATIONS				

ANNEXE N° 1 (suite)

SECTIONS D'IMPUTATION					
	INTITULE	hébergement	dépendance	soins	TOTAL
614	CHARGES LOCATIVES ET DE COPROPRIETE				
615 sauf 65551 et 61551	615262: ENTRETIEN ET REPARATIONS matériel et outillage médicaux				
61562	Maintenance du matériel médical				
616	PRIME D'ASSURANCE				
617	ETUDES ET RECHERCHES				
618	DIVERS SERVICES EXTERIEURS				
621 sauf 62113. et 62114	PERSONNEL EXTERIEUR A L'ETABLISSEMENT				
62113	Personnel médical				
62114	Personnel para-médical				
622 sauf 6223	REMUNERATIONS D'INTERMEDIAIRES ET HONORAIRES				
6223	Médecins				
623	INFORMATIONS, PUBLICATIONS, RELATIONS PUBLIQUES				
624	TRANSPORTS DE BIENS,D'USAGERS ET TRANSPORTS COLLECTIFS DU PERSONNEL				
625	DEPLACEMENTS, MISSIONS ET RECEPTIONS				
626	FRAIS POSTAUX ET FRAIS DE TELECOMMUNICATIONS				
627	SERVICES BANCAIRES ET ASSIMILES				
628	PRESTATIONS DE SERVICES A CARACTERE NON MEDICAL				

ANNEXE N° 1 (suite)

Rappel N° de Compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			TOTAL
		hébergement	dépendance	soins	
6281	Blanchissage à l'extérieur				
6282	Alimentation à l'extérieur				
6283	Nettoyage à l'extérieur				
6284	Informatique				
6285	Prestations de services à caractère éducatif				
6288	Autres prestations diverses				
631	IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS SUR REMUNÉRATIONS (administrations des impôts)				
633	IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS SUR REMUNÉRATIONS (autres organismes)				
635	AUTRES IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS (administrations des impôts)				
64	CHARGES DE PERSONNEL				
65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE				
66	CHARGES FINANCIÈRES				
68	Dotations aux amortissements et aux provisions sauf matériel médical				
	Dotations aux amortissements du matériel médical				
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION:					
"hébergement" = A 1, "dépendance" = A 2, "soins" = A 3					
PRODUITS AUTRES QUE CEUX RELATIFS À LA TARICATION					

ANNEXE N° 1 (suite)

Rappel N° de Compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			
		hébergement	dépendance	soins	TOTAL
	"hébergement" = B 1, "dépendance" = B 2, "soins" = C 3				
	INCORPORATION DES RESULTATS des EXERCICES ANTERIEURS				
	"hébergement" = C 1, "dépendance" = C 2, "soins" = C 3				
	BASE DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS /				
	"hébergement" = D 1 soit A 1 - B 1 + C 1				
	"dépendance" = D 2 soit A 2 - B 2 + C 2				
	"soins" = D 3 soit A 3 - B 3 + C 3				
	QUOTE PART DES CHARGES NETTES RELATIVES AUX AIDES-SOIGNANTES ET				
	AUX AMP IMPUTEES SUR LA SECTION TARIFAIRE "SOINS" = E				
	PRODUCTION TOTALE DE POINTS GIR DE L'ETABLISSEMENT = F				
	VALEUR NETTE DU POINT GIR "Aides soignantes et AMP" = E / F				
	VALEUR NETTE DU POINT GIR "Dépendance" = (A 2 - B 2) / F				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 1 = G 1				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 2 = G 2				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 3 = G 3				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 4 = G 4				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 5 = G 5				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 6 = G 6				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR				
	DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 1 = G 1 / F = H 1				

Rappel N° de Compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			TOTAL
		hébergement	dépendance	soins	
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 2 = G 2 / F = H 2				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 3 = IG 3 / F = H 3				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 4 = G 4 / F = H 4				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 5 = G 5 / F = H 5				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 6 = G 6 / F = H 6				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "HEBERGEMENT" POUR LES PERSONNES CLASSEES DANS LES GROUPE ISO-RESSOURCES 1 à 6 = I				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LES GROUPE ISO-RESSOURCES 1 à 6 = J				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 1 = K 1				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 2 = K 2				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 3 = K 3				

ANNEXE N° 1 (suite)

Rappel N° de Compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			TOTAL
		hébergement	dépendance	soins	
NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 4 = K 4					
NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 5 = K 5					
NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 6 = K 6					
Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins" des personnes classées dans le groupe iso-ressource 1 : K 1/J = L 1					
Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins" des personnes classées dans le groupe iso-ressource 2 : K 2/J = L 2					
Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins" des personnes classées dans le groupe iso-ressource 3 : K 3/J = L 3					
Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins" des personnes classées dans le groupe iso-ressource 4 : K 4/J = L 4					
Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins" des personnes classées dans le groupe iso-ressource 5 : K 5/J = L 5					
Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins" des personnes classées dans le groupe iso-ressource 6 : K 6/J = L 6					
CALCUL DU TARIF JOURNALIER "HEBERGEMENT" = D 1/I					
CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 1					

ANNEXE N° 1 (suite)

Rappel N° de Compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			TOTAL
		hébergement	dépendance	soins	
	D 2 X H 1 K 1				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 2 D 2 X H 2 K 2				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 3 D 2 X H 3 K 3				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 4 D 2 X H 4 K 4				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 5 D 2 X H 5 K 5				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 6 D 2 X H 6 K 6				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 1 (E X H 1) + [(D 3 - E) X L 1]				

ANNEXE N° 1 (suite)

Rappel N° de Compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			TOTAL
		hébergement	dépendance	soins	
	K 1				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 2 (E X H 2) + [(D 3 - E) X L 2]				
	K 2				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 3 (E X H 3) + [(D 3 - E) X L 3]				
	K 3				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 4 (E X H 4) + [(D 3 - E) X L 4]				
	K 4				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 5 (E X H 5) + [(D 3 - E) X L 5]				
	K 5				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 6 (E X H 6) + [(D 3 - E) X L 6]				
	K 6				
	Montant total des tarifs journaliers "soins" des non assurés sociaux = M				
	DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT "SOINS" = D3 - M				

ANNEXE N° 1 (suite)

RÉPARTITION DES CHARGES RELATIVES AU PERSONNEL SALARIÉ DANS UN EHPAD

PERSONNEL	hebergement en ETP	dépendance en ETP	soins en ETP	VALORISATION SALAIRES ET CHARGES SOCIALES ET FISCALES	IMPUTATION à la section hébergement	IMPUTATION à la section dépendance	IMPUTATION à la section soins
DIRECTION ADMINISTRATION	100%						
CUISINE- SERVICES GENERAUX	100%						
ANIMATION- SERVICE SOCIAL	100%						
ASH-agent de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas	70%	30%					
AIDE SOIGNANTE-AMP		30%	70%				
PSYCHOLOGUE		100%					
INFIRMIERE			100%				
AUTRES AUXILIAIRES MEDICAUX (KINE / ERGO...)			100%				
PHARMACIEN préparateurs en pharmacie			100%				
MEDECIN			100%				
TOTAL							

ANNEXE N° 1 (suite)

ANNEXE IV-2

TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS « DÉPENDANCE » ET « SOINS »
D'UN EHPAD RELEVANT DE LA LOI DU 6 JUILLET 1990

Rappel N° de compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			TOTAL
		hébergement pour information	dépendance	soins	
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical				
6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-techniques				
6025	Fournitures hôtelières (dont couches, alèses et produits absorbants...)				
60321	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical				
60322	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-techniques				
60325	Fournitures hôtelières (dont couches, alèses et produits absorbants...)				
60621	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical				
60622	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-techniques				
60625	Fournitures hôtelières (dont couches, alèses et produits absorbants...)				
6111	Sous-traitance à caractère médicale				
61121	Ergothérapie				
61551	matériel et outillage médicaux				
61562	Maintenance du matériel médical				
62113	Personnel médical				
62114	Personnel para-médical				
62223	Médecins				
6281	Blanchissage à l'extérieur				
6283	Nettoyage à l'extérieur				
631	IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES SUR REMUNERATIONS (administrations des impôts)				
633	IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES SUR REMUNERATIONS (autres organismes)				
64	CHARGES DE PERSONNEL				
68:	Dotations aux amortissements et aux provisions sauf matériel médical				
	Dotations aux amortissements du matériel médical				

Rappel N° de compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			
		hébergement pour information	dépendance	soins	TOTAL
	TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION: "dépendance" = A 2, "soins" = A 3				
	PRODUITS AUTRES QUE CEUX RELATIFS A LA TARICATION "dépendance" = B 2, "soins" = C 3				
	BASE DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS / "dépendance" = D 2 soit A 2 - B 2 "soins" = D 3 soit A 3 - B 3				
	QUOTE PART DES CHARGES NETTES RELATIVES AUX AIDES-SOIGNANTES ET AUX AMP IMPUTEES SUR LA SECTION TARIFAIRE "SOINS" = E				
	PRODUCTION TOTALE DE POINTS GIR DE L'ETABLISSEMENT = F				
	VALEUR NETTE DU POINT GIR "Aides soignantes et AMP" = E / F				
	VALEUR NETTE DU POINT GIR "Dépendance" = B 2 / F				
	VALEUR NETTE DU POINT GIR "Dépendance" = (A 2 - B 2) / F				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 1 = G 1				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 2 = G 2				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 3 = G 3				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 4 = G 4				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 5 = G 5				
	PRODUCTION DE POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 6 = G 6				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 1 = G 1 / F = H 1				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 2 = G 2 / F = H 2				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 3 = G 3 / F = H 3				

ANNEXE N° 1 (suite)

Rappel N° de compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			TOTAL
		hébergement pour information	dépendance	soins	
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 4 = G 4 / F = H 4				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 5 = G 5 / F = H 5				
	PROPORTION DE LA PRODUCTION EN POINTS GIR DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 6 = G 6 / F = H 6				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LES GROUPE ISO-RESSOURCES 1 à 6 = J				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 1 = K 1				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 2 = K 2				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 3 = K 3				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 4 = K 4				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 5 = K 5				
	NOMBRE DE JOURNEES PREVISIONNELLES "dépendance" et "soins" pour les PERSONNES CLASSEES DANS LE GROUPE ISO-RESSOURCE 6 = K 6				
	Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins des personnes classées dans le groupe Iso-ressource 1 : K 1/J = L 1				
	Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins des personnes classées dans le groupe Iso-ressource 2 : K 2/J = L 2				
	Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins				

ANNEXE N° 1 (suite)

Rappel N° de compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			TOTAL
		hébergement pour information	dépendance	soins	
	des personnes classées dans le groupe iso-ressource 3 : K 3/J = L 3				
	Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins des personnes classées dans le groupe iso-ressource 4 : K 4/J = L 4				
	Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins des personnes classées dans le groupe iso-ressource 5 : K 5/J = L 5				
	Pourcentage du nombre de journées prévisionnelles "dépendance" et "soins des personnes classées dans le groupe iso-ressource 6 : K 6/J = L 6				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 1 D 2 X H 1 K 1				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 2 D 2 X H 2 K 2				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 3 D 2 X H 3 K 3				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 4 D 2 X H 4 K 4				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 5 D 2 X H 5 K 5				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" POUR LE GIR 6 D 2 X H 6				

ANNEXE N° 1 (suite)

RÉPARTITION DES CHARGES DE PERSONNEL SALARIÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT
RELEVANT DE LA LOI N° 90-600 DU 6 JUILLET 1990

PERSONNEL	heber- gement en ETP	dépen- ance en ETP	soins en ETP	VALORISATION SALAIRES ET CHARGES SOCIALES ET FISCALES	IMPUTATION à la section hébergement	IMPUTATION à la section dépendance	IMPUTATION à la section soins
CUISINE SERVICES GENERAUX	100% pour information						
ASH-agent de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas	70%	30%					
AIDE SOIGNANTE-AMP		30%	70%				
PSYCHOLOGUE		100%					
INFIRMIERE			100%				
AUTRES AUXILIAIRES MEDICAUX (KINE / ERGO...)			100%				
PHARMACIEN préparateurs en pharmacie			100%				
MEDECIN			100%				
TOTAL							

Rappel N° de compte	INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION			
		hébergement pour information	dépendance	soins	TOTAL
	<u>K 6</u>				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 1 $(E X H 1) + [(D 3 - E) X L 1]$				
	<u>K 1</u>				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 2 $(E X H 2) + [(D 3 - E) X L 2]$				
	<u>K 2</u>				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 3 $(E X H 3) + [(D 3 - E) X L 3]$				
	<u>K 3</u>				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 4 $(E X H 4) + [(D 3 - E) X L 4]$				
	<u>K 4</u>				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 5 $(E X H 5) + [(D 3 - E) X L 5]$				
	<u>K 5</u>				
	CALCUL DU TARIF JOURNALIER "SOINS" POUR LE GIR 6 $(E X H 6) + [(D 3 - E) X L 6]$				
	<u>K 6</u>				
	Montant total des tarifs journaliers "soins" des non assurés sociaux = M				
	DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT "SOINS" = D3 - M				

ANNEXE N° 1 (suite)

ANNEXE V

TABLEAU DE DÉTERMINATION ET D'AFFECTATION DES RÉSULTATS
DE CHAQUE SECTION D'IMPUTATION TARIFAIRE D'UN EHPAD

EXERCICE DE L'ANNÉE :		INTITULE		SECTIONS D'IMPUTATION						TOTAL		
Rappel N° de Compte				hébergement		dépendance				soins		TOTAL
				exécutoire	retenu	exécutoire	réalisé	retenu	exécutoire	réalisé	retenu	
602	ACHATS STOCKS; AUTRES APPROVISIONNEMENTS sauf 6021, 6022 et 6025											
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical											
6022	Fournitures, produits fins et petit matériel médical et médico-techniques											
6025	Fournitures hospitalières (dont couches, alèses et produits absorbants...)											
603	VARIATION DES STOCKS											
60321	sauf 60321, 60322 et 60325											
60321	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical											
60322	Fournitures, produits fins et petit matériel médical et médico-techniques											
60325	Fournitures hospitalières (dont couches, alèses et produits absorbants...)											
606	ACHATS NON STOCKES DE MATIÈRES ET FOURNITURES											
60621	sauf 60621, 60622 et 60625											
60621	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical											
60622	Fournitures, produits fins et petit matériel médical et médico-techniques											
60625	Fournitures hospitalières (dont couches, alèses et produits absorbants...)											
6111	Sous-traitance à caractère médicale											
6112	Sous-traitance à caractère médico-social (sauf 61121)											
61121	Ergothérapie											
612	REDEVANCE DE CREDIT BAIL											
613	LOCATIONS											
614	CHARGES LOCATIVES ET DE COPROPRIÉTÉ											
615	sauf 61551 et 61562: ENTRETIEN ET REPARATIONS											
61551	matériel et outillage médicaux											
61562	Maintenance du matériel médical											
616	PRIME D'ASSURANCE											
617	ÉTUDES ET RECHERCHES											
618	DIVERS SERVICES EXTÉRIEURS											
621	sauf 62113 et 62114											
62113	PERSONNEL EXTÉRIEUR À L'ÉTABLISSEMENT											
62114	Personnel médical											
622	sauf 6223											
6223	Personnel para-médical											
623	REMUNÉRATIONS D'INTERMÉDIAIRES ET HONORAIRES											
623	Médecins											
624	INFORMATIONS, PUBLICATIONS, RELATIONS PUBLIQUES											
624	TRANSPORTS DE BIENS D'USAGERS ET TRANSPORTS COLLECTIFS DU PERSONNEL											
625	DEPLACEMENTS, MISSIONS ET RECEPTIONS											
626	FRAIS POSTAUX ET FRAIS DE TELECOMMUNICATIONS											
627	SERVICES BANCAIRES ET ASSIMILÉS											
628	PRESTATIONS DE SERVICES À CARACTÈRE NON MEDICAL											
6281	Blanchissage à l'extérieur											
6282	Alimentation à l'extérieur											
6283	Nettoyage à l'extérieur											
6284	Informatic											
6285	Prestations de services à caractère éducatif											
6288	Autres prestations diverses											
631	IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS SUR											
631	REMUNÉRATIONS (administrations des impôts)											
633	IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS SUR											
633	REMUNÉRATIONS (autres organismes)											
635	AUTRES IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS (administrations des impôts)											

ANNEXE N° 1 (suite)

Rappel N° de Compte	EXERCICE DE L'ANNEE : INTITULE	SECTIONS D'IMPUTATION											
		hébergement				dépendance				soins			
		excédutoire	réalisé	révisé	révisé	excédutoire	réalisé	révisé	révisé	excédutoire	réalisé	révisé	révisé
64	CHARGES DE PERSONNEL												
65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE												
66	CHARGES FINANCIERES												
	66 Dotations aux amortissements et aux provisions pour matériel médical												
	Dotations aux amortissements du matériel médical												
	CHARGES BRUTES = A												
	PRODUITS AUTRES QUE CEUX RELATIFS A LA TARIFICATION = B												
	PRODUITS DE LA TARIFICATION = C												
	NOMBRE DE POINTS GIR DANS L'ETABLISSEMENT AU 30 septembre = D												
	VALEUR NETTE DU POINT GIR "dépendance" = (A + B) / D = E												
	QUOTE PART DES CHARGES RELATIVES AUX AIDES-SOIGNANTES ET AUX AMP												
	IMPUTÉE SUR LA SECTION TARIFAIRE "SOINS" = F (cf annexe 4)												
	VALEUR NETTE DU POINT GIR "Aides soignantes et AMP" = F / D												
	NOMBRE DE JOURNEES REALISEES = G												
	TARIF NET JOURNALIER SOINS hors aides soignantes et AMP												
	A - (B + E)												
	G												
	COUT PLACE HEBERGEMENT hors dépenses de structures												
	RESULTATS DE L'EXERCICE = (B + C) - A = H												
	REPRISE DES RESULTATS EXERCICES ANTERIEURS: I												
	RESULTATS A AFFECTER = H + I												
	Résultat affecté au compte 10632: excédent affecté à l'investissement												
	Résultat affecté au compte 10635: excédent affecté à la réserve de trésorerie												
	Résultat affecté au compte 10636: excédent affecté à la réserve de compensation												
	Résultat affecté au compte 110: excédent affecté à la réduction des charges d'exploitation												
	Résultat affecté au compte 111: excédent affecté au financement des mesures d'exploitation												
	Résultat affecté au compte 118: Report à nouveau déficitaire												

ANNEXE N° 1 (suite)

ANNEXE VI

TABEAU DE BORD DES INDICATEURS MÉDICO-SOCIO ÉCONOMIQUES
DES ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES AU 30 SEPTEMBRE DE...

	ETABLISSEMENT	DEPARTEMENT	REGION
NOMBRE DE PERSONNES HEBERGEES			
AGE MOYEN			
DUREE MOYENNE DE SEJOUR			
NOMBRE DE NOUVELLES ADMISSIONS DANS L'ANNEE			
TAUX ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS			
PRODUCTION TOTALE DE POINTS GIR			
GIR MOYEN PONDERE (GMP)			
VALEUR NETTE DU POINT GIR "dépendance"			
VALEUR NETTE DU POINT GIR "aides soignantes - AMP "			
Nombre total de postes en équivalents temps plein (ETP)			
Nombre de postes à temps partiel en équivalents temps plein			
Nombre de postes à temps complet en équivalents temps plein			
% de postes ETP à temps partiel			
ANCIENNETE MOYENNE DES PERSONNELS SALARIES			
TARIF NET JOURNALIER SOINS hors aides soignantes et AMP			
COÛT PLACE "hébergement" hors dépenses de structures (1)			

(1) hors dotations aux amortissements et aux provisions, frais financiers, assurance de l'immobilier, entretien de l'immobilier, les locations immobilières,

ANNEXE N° 1 (suite et fin)

ANNEXE VII

TABLEAU DE VALORISATION EN POINTS DU CLASSEMENT EN NIVEAUX DE DÉPENDANCE (GROUPE GIR)
DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ACCUEILLIES DANS UN ÉTABLISSEMENT

	COTATION GIR	VALORISATION EN POINTS GIR
GIR 1	1	1000
GIR 2	0,84	840
GIR 3	0,66	660
GIR 4	0,42	420
GIR 5	0,25	250
GIR 6	0,07	70

ANNEXE N° 2 : Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

NOR : MESA9921083D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu le code de la famille et de l'aide sociale, notamment son article 165 ;

Vu le code rural ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L. 1612 et suivants ;

Vu la loi no 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi no 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi no 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, notamment son article 45 ;

Vu la loi no 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, notamment ses articles 1er et 3 ;

Vu la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, notamment ses titres IV, V et VI ;

Vu le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 modifié relatif aux hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret no 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant réglementation générale sur la comptabilité publique ;

Vu le décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 18 décembre 1998 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mars 1999 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - Relèvent, en tout ou partie, des dispositions du présent décret, dans les conditions prévues ci-après, les établissements mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée et les établissements de santé visés au 2o de l'article L. 711-2 du code de la santé publique.

TITRE IER

BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS AUTONOMES HABILITES AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE MENTIONNES A L'ARTICLE 18 DE LA LOI DU 30 JUIN 1975 SUSVISEE ET ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Art. 2. - Le régime budgétaire, financier et comptable défini par les dispositions du décret du 29 décembre 1962 susvisé s'applique aux établissements publics autonomes mentionnés à l'article 18 de la loi du 30 juin 1975 susvisée gérant un établissement mentionné à l'article 1er, sous réserve, en ce qui concerne le budget, des dispositions du code général des collectivités territoriales.

Section 1

Dispositions générales

Art. 3. - L'exercice budgétaire et comptable couvre la période du 1er janvier au 31 décembre d'une même année, sauf dans le cas d'une première mise en exploitation d'un nouvel établissement ou d'une cessation définitive d'activité.

ANNEXE N° 2 (suite)

Art. 4. - La nomenclature budgétaire et comptable est établie par référence au plan comptable général.

Elle comporte quatre niveaux :

- 1o Les classes de comptes ;
- 2o Les comptes principaux ;
- 3o Les comptes divisionnaires ;
- 4o Les comptes élémentaires.

La liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, des affaires sociales et de l'intérieur.

Art. 5. - La comptabilité des établissements publics hébergeant des personnes âgées dépendantes a pour objet la description et le contrôle des opérations ainsi que l'information des autorités chargées de la gestion ou du contrôle de ces établissements.

Elle est organisée en vue de permettre :

- a) La connaissance et le contrôle des opérations budgétaires et des opérations de trésorerie ;
- b) L'appréciation de la situation du patrimoine ;
- c) La connaissance des opérations faites avec les tiers ;
- d) La détermination des résultats ;
- e) Le calcul des coûts des services rendus, notamment en fonction du niveau de dépendance et du mode de prise en charge des personnes âgées accueillies ;
- f) L'intégration des opérations dans la comptabilité économique nationale et dans les comptes et statistiques élaborés pour les besoins de l'Etat.

Section 2

Présentation et vote du budget

Art. 6. - Le budget de l'établissement public hébergeant des personnes âgées dépendantes est l'acte par lequel sont prévues ses recettes et ses dépenses annuelles. Il détermine les dotations nécessaires à l'établissement pour remplir les missions qui lui sont imparties, conformément aux engagements pris dans la convention prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée. Ce budget tient compte des éléments consignés dans un rapport d'orientations budgétaires, retraçant les objectifs et les prévisions d'activités de l'établissement dans le cadre de son projet d'établissement, au cours de la période conventionnelle, ainsi que l'adéquation pour l'année à venir des moyens à ces objectifs et prévisions.

Le modèle des documents de présentation des budgets est fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales, du budget et de l'intérieur.

Les prévisions de dépenses et de recettes sont votées par le conseil d'administration sur proposition du directeur, présentées selon les modalités définies aux articles 9 et 10 et dans le respect des conditions d'équilibre réel définies à l'article 8.

Les décisions modificatives sont votées dans les mêmes conditions.

Art. 7. - En cas de nécessité, le directeur de l'établissement peut, en cours d'exercice, procéder de compte à compte à des virements de crédits portés au budget, à condition :

- a) Qu'aucun virement ne soit opéré au détriment des comptes de charges de personnel ou des crédits destinés à couvrir des charges certaines ne pouvant être différées, notamment les charges sociales ou fiscales ;
- b) Que ces virements n'entraînent pas de charges pour les exercices suivants.

Les virements opérés sont portés à la connaissance du préfet ou du président du conseil général, du comptable et du conseil d'administration lors de sa plus proche séance.

ANNEXE N° 2 (suite)

Art. 8. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1612-4 du code général des collectivités territoriales pour être voté en équilibre réel, le budget général d'un établissement public autonome à caractère social doit remplir les trois conditions suivantes :

1o La section d'investissement et chacune des sections d'exploitation, présentées selon les modalités prévues aux articles 10 à 12, doivent être votées en équilibre, sous réserve des opérations relatives à la régularisation des procédures de mise en recouvrement des produits de l'activité de l'établissement accueillant des personnes âgées dépendantes qui font l'objet d'une présentation spécifique dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés des affaires sociales, du budget et de l'intérieur ;

2o Les recettes et dépenses doivent être évaluées de façon sincère ;

3o Le remboursement de la dette en capital ne doit pas être couvert par le produit des emprunts, ni par des recettes affectées, sauf dans le cas de renégociation.

Art. 9. - Le budget général d'un établissement est présenté en deux sections :

a) Dans la première section, sont prévues les opérations d'investissement se rapportant à l'ensemble des activités de l'établissement ;

b) Dans la seconde section, sont prévues les opérations d'exploitation, à l'exclusion de celles qui sont retracées dans un budget annexe.

L'activité d'un établissement public autonome à caractère social relative à l'hébergement des personnes âgées dépendantes est retracée soit dans le cadre du budget principal, soit dans le cadre d'un des budgets annexes.

Art. 10. - Les emplois de la section d'investissement sont classés par nature de charge.

Elles sont destinées à couvrir notamment :

- a) Les remboursements du capital des emprunts ;
- b) La production ou l'acquisition de biens mobiliers et immobiliers ;
- c) Les charges liées aux grosses réparations ;
- d) L'acquisition de titres et valeurs ;
- e) Les dépôts et cautionnements ;
- f) Les frais de premier établissement ;
- g) Les reprises sur provisions ;
- h) Les charges à répartir sur plusieurs exercices.

Les ressources de la section d'investissement comprennent notamment :

- a) Les subventions d'équipement ;
- b) Les produits des emprunts ;
- c) Les provisions réglementées relatives aux différences sur réalisation d'éléments d'actif ;
- d) Les dons et legs en capital ;
- e) Les amortissements des biens meubles et immeubles ;
- f) Les dépôts et cautionnements reçus ;
- g) Les provisions et les réserves ;
- h) L'excédent de la section d'exploitation dans les conditions prévues au b de l'article 39.

ANNEXE N° 2 (suite)

Art. 11. - La section d'exploitation du budget général couvre notamment :

1o En charges :

- a) Les charges d'exploitation relatives au personnel ;
- b) Les autres charges d'exploitation à caractère médical ;
- c) Les autres charges d'exploitation à caractère hôtelier et général ;
- d) Les charges financières et exceptionnelles ;
- e) Les dotations aux comptes d'amortissements et de provisions ;

2o En produits :

- a) Les dotations globales de financement ;
- b) Les produits de la tarification ;
- c) Les autres produits des services rendus et des biens vendus autres que les valeurs immobilisées, calculés selon la réglementation en vigueur ou en vertu de conventions passées par l'établissement ;
- d) Les subventions, dons et legs affectés à l'exploitation ;
- e) Les produits financiers et les produits exceptionnels ;
- f) Les reprises sur provisions ;
- g) La valeur des dettes atteintes de péremption ou de déchéance ;
- h) Eventuellement, la valeur des travaux ou des productions de stocks réalisés par l'établissement pour lui-même ;
- i) Les transferts de charges.

Art. 12. - Pour la section d'exploitation du budget général et des budgets annexes, les propositions de dépenses et les prévisions de recettes présentées au vote du conseil d'administration font apparaître distinctement :

1o Le montant des dépenses et des recettes nécessaires pour la poursuite de l'exécution des missions dans les conditions arrêtées l'année précédente ;

2o Les mesures nouvelles portant majoration ou minoration des dotations de dépenses et des prévisions de recettes.

Art. 13. - Lorsqu'un même établissement gère plusieurs activités qui font l'objet de tarifications ou de financements distincts, l'exploitation de chacune d'entre elles est retracée distinctement, pour chaque activité, dans le budget de l'établissement qui comprend dans ce cas :

- a) D'une part, au sein d'un budget principal, les prévisions de dépenses et de recettes correspondant à l'activité principale de l'établissement ;
- b) D'autre part, au sein d'un ou de plusieurs budgets annexes, les prévisions de dépenses et de recettes correspondant aux autres activités qui justifient que soient connues leurs conditions particulières d'exploitation.

La ventilation des charges communes entre les budgets est opérée au moyen d'un tableau de répartition indiquant les critères utilisés à cet effet et joint aux propositions budgétaires de l'établissement.

Les résultats des budgets, principal et annexes, sont affectés à ces mêmes budgets selon la règle applicable à chacun d'entre eux.

Art. 14. - Les propositions budgétaires relatives aux demandes de financements relevant des autorités de tarification doivent être votées par le conseil d'administration de l'établissement au plus tard le 15 octobre de l'année qui précède celle pour lesquelles elles sont proposées.

Sont annexés au projet de budget soumis au conseil d'administration les documents suivants :

1o Le rapport du directeur de l'établissement justifiant les propositions de dépenses et les prévisions de recettes ;

ANNEXE N° 2 (suite)

2o Le tableau des effectifs de personnel imputés à chacune des sections tarifaires du budget prévues à l'article 5 du décret du 26 avril 1999 susvisé et défini à l'article 15 ;

3o Le tableau des amortissements imputés à chacune des sections tarifaires du budget ;

4o Le tableau des frais financiers imputés au budget ; Les projets d'investissements et d'emprunts nouveaux font l'objet d'une présentation distincte ;

5o Les informations relatives au classement des personnes hébergées par niveau de dépendance prévues au premier alinéa de l'article 12 du décret du 26 avril 1999 susvisé ;

6o Un état de répartition des charges et des produits par sections d'imputation tarifaires conformément au document prévu à l'article 6 du décret du 26 avril 1999 susvisé, accompagné des propositions de tarifs de prestations et de dotation globale de financement.

Art. 15. - Le tableau des effectifs de personnel annexé au budget fait apparaître, pour l'année considérée, le nombre des emplois par grade ou qualification. Les suppressions, transformations, créations d'emplois font l'objet d'une présentation distincte.

Ledit tableau présente un caractère limitatif pour la prise en charge par l'assurance maladie ou le conseil général des dépenses correspondantes. Ses variations sont soumises à l'accord prévu selon le cas à l'article 26-1 (4o) ou 26-2 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Un plan pluriannuel d'évolution du tableau des effectifs est annexé à la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Dans le cas où les emplois sont inscrits au tableau des charges communes à répartir mentionné à l'article 13, la part des dépenses de personnel afférentes à l'activité, principale ou annexe, ainsi que ses éventuelles variations doivent faire l'objet de justifications.

Art. 16. - L'inventaire des équipements et des matériels imputés à chaque section tarifaire ainsi que l'état des propriétés foncières et immobilières, établi par le responsable de l'établissement, sont tenus à la disposition des autorités de contrôle.

Art. 17. - L'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe les tarifs journaliers afférents aux soins et la dotation globale dans les conditions prévues aux articles 18 à 21, 23 et 27 du présent décret. Elle tient compte pour ce faire de l'activité de l'établissement et des objectifs de la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Le président du conseil général du département d'implantation de l'établissement fixe les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance dans les conditions prévues aux articles 18 à 20, 22, 24 et 26 du présent décret. Il tient compte de l'activité de l'établissement et des objectifs de la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Section 3

Exécution et contrôle de l'exécution du budget

Art. 18. - Les propositions budgétaires de l'établissement et les documents mentionnés à l'article 14, ainsi que ses propositions concernant le montant des tarifs, sont transmis à la caisse régionale d'assurance maladie qui les tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie, à l'organisme d'assurance maladie appelé à verser la dotation globale, au président du conseil général et à l'autorité compétente pour l'assurance maladie dans les huit jours qui suivent leur adoption par le conseil d'administration.

La caisse régionale d'assurance maladie recueille les avis des organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie concernés. Elle adresse l'ensemble des avis relatifs aux tarifs afférents aux soins à l'autorité compétente pour l'assurance maladie et à l'établissement dans un délai d'un mois à compter de la réception des propositions et documents mentionnés ci-dessus.

Le président du conseil général adresse son avis relatif aux tarifs afférents aux soins à l'autorité compétente pour l'assurance maladie, à la caisse régionale d'assurance maladie et à l'organisme d'assurance maladie appelé à verser la dotation globale dans un délai d'un mois à compter de la réception des mêmes propositions et documents.

ANNEXE N° 2 (suite)

L'autorité compétente pour l'assurance maladie adresse son avis relatif aux tarifs journaliers dépendance au président du conseil général dans un délai d'un mois à compter de la réception des mêmes propositions et documents.

Les demandes de modification en cours d'année du budget et, le cas échéant, des tarifs afférents aux soins, lorsqu'elles entraînent une révision de la dotation globale ou des tarifs journaliers, sont transmises à la caisse régionale d'assurance maladie et à l'organisme d'assurance maladie appelé à verser la dotation globale, dans les mêmes conditions que précédemment.

La procédure prévue aux articles 21 et 22 est engagée après réception de l'avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

Art. 19. - Les documents mentionnés à l'article 14 sont tenus par l'établissement à la disposition des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales.

Art. 20. - Si les comptes de réserves de trésorerie couvrent le besoin en fonds de roulement de l'établissement constaté au cours des trois dernières années, les autorités de tarification peuvent procéder à la reprise sur lesdites réserves de trésorerie d'une somme inférieure ou égale à l'excédent de financement dudit besoin en fonds de roulement de l'établissement, et ce au profit des comptes d'affectation des excédents précisés au b et au c de l'article 39 du présent décret.

Le besoin en fonds de roulement mentionné au précédent alinéa est constitué dès lors qu'il y a un solde positif constaté par différence entre, d'une part, les comptes de stocks et les comptes de créances sur usagers et organismes payeurs et, d'autre part, les comptes de dettes à l'égard des fournisseurs d'exploitation et les comptes de dettes sociales et fiscales figurant au bilan de l'établissement.

Art. 21. - En cas de désaccord avec les propositions de l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie fait connaître, dans un délai de soixante jours à compter de la réception des propositions budgétaires votées par le conseil d'administration, au représentant qualifié de l'établissement, les décisions qu'elle envisage de prendre concernant les tarifs journaliers soins.

Dans les huit jours suivant cette notification, le représentant qualifié de l'établissement a la faculté d'adresser à l'autorité compétente pour l'assurance maladie un rapport exposant les raisons qui justifieraient, selon lui, l'adoption totale ou partielle de ses propositions initiales. Passé ce délai, et après publication de la loi de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe le montant global des dépenses et des recettes et arrête le montant des tarifs journaliers afférents aux soins ainsi que la dotation globale de financement afférente aux soins qui est versée chaque mois à l'établissement.

Art. 22. - En cas de désaccord avec les propositions de l'établissement, le président du conseil général fait connaître, dans un délai de soixante jours à compter de la réception des propositions budgétaires votées par le conseil d'administration, au représentant qualifié de l'établissement les décisions qu'il envisage de prendre concernant les tarifs journaliers hébergement et dépendance.

Dans les huit jours suivant cette notification, le représentant qualifié de l'établissement a la faculté d'adresser au président du conseil général un rapport exposant les raisons qui justifieraient, selon lui, l'adoption totale ou partielle de ses propositions initiales. Passé ce délai, le président du conseil général fixe le montant global des dépenses et des recettes, le cas échéant par sections tarifaires, et arrête, selon le cas, le montant des tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance.

Art. 23. - Dans le cas où les propositions budgétaires d'un établissement mentionné à l'article 1er n'ont pas été transmises dans le délai prévu à l'article 18, l'autorité compétente pour l'assurance maladie arrête le montant des tarifs journaliers afférents aux soins et de la dotation globale de financement afférente aux soins, sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, et après avis de la caisse régionale d'assurance maladie. Elle notifie à l'établissement sa décision. Le premier versement de la dotation globale ne peut être effectué qu'après fixation dudit tarif.

Les tarifs en vigueur peuvent être reconduits pour l'année à venir, sous réserve de modifications apportées par l'autorité compétente pour l'assurance maladie, sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, après avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

ANNEXE N° 2 (suite)

Art. 24. - Dans le cas où les propositions budgétaires d'un établissement mentionné à l'article 1er n'ont pas été transmises dans le délai prévu à l'article 18, le président du conseil général arrête le montant des tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance et notifie à l'établissement sa décision. Le premier versement ne peut être effectué qu'après fixation desdits tarifs.

Le président du conseil général peut reconduire les tarifs en vigueur pour l'année à venir, sous réserve de modifications qu'il apporte.

Art. 25. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1612-1 du code général des collectivités territoriales, dans le cas où le budget ne peut être rendu exécutoire au 1er janvier de l'année de l'exécution, l'ordonnateur est autorisé, jusqu'à ce qu'il devienne exécutoire, à engager, liquider et ordonnancer les dépenses dans les conditions suivantes :

1o Pour ce qui concerne la section d'investissement :

- a) Les dépenses afférentes au remboursement en capital des annuités de la dette venant à échéance ;
- b) Sur autorisation du conseil d'administration, les dépenses d'investissement, dans la limite du quart des crédits ouverts, au titre de cette section, dans le cadre du dernier budget rendu exécutoire, non compris les crédits afférents aux dépenses mentionnées au a ci-dessus ;

2o Pour ce qui concerne la section d'exploitation, les dépenses dans la limite des autorisations de dépenses de ladite section du dernier budget rendu exécutoire.

Art. 26. - Dans le cas où les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs, les recettes relatives à la facturation des tarifs de prestations sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Art. 27. - L'arrêté fixant les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement afférente aux soins est notifié par l'autorité compétente pour l'assurance maladie à l'établissement ainsi qu'à la caisse régionale d'assurance maladie et à la caisse chargée du versement de la dotation globale de financement.

L'arrêté fixant les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance est notifié par le président du conseil général à l'établissement.

Ces arrêtés sont respectivement insérés au recueil des actes administratifs de la préfecture et du conseil général du département où l'établissement a son siège.

Art. 28. - Lorsque les tarifs ont été fixés, le projet de budget est adopté par le conseil d'administration et est transmis aux autorités de tarification concernées. Il devient exécutoire dans les conditions prévues par les règles propres à chaque catégorie d'établissement.

Art. 29. - Des décisions modificatives au budget de l'établissement susceptibles d'entraîner une révision des tarifs de prestations et du montant de la dotation globale peuvent intervenir dans les cas suivants :

- 1o A l'occasion d'une modification importante et imprévisible des conditions économiques de nature à provoquer un accroissement substantiel des charges ;
- 2o A l'occasion d'une modification importante de l'activité, appréciée et évaluée selon des critères qui tiennent notamment compte de l'évolution de la répartition de la population accueillie, par niveaux de dépendance ;
- 3o A l'occasion de la modification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ;
- 4o A l'occasion de la modification des choix budgétaires de la collectivité concernée.

En cas de demande de révision émanant de l'établissement, les autorités de tarification font connaître leur accord ou leur opposition dans un délai de deux mois suivant le dépôt de cette demande.

Les modifications des projets d'investissement et les variations du tableau des effectifs de personnel en cours d'exercice sont également soumises à un accord dans les mêmes conditions.

Aucune révision des tarifs ne peut être entreprise si la modification du budget d'exploitation n'a pas préalablement fait l'objet d'un accord.

ANNEXE N° 2 (suite)

La décision modificative devient exécutoire à compter de sa transmission au représentant de l'Etat.

Aucune décision modificative ayant pour conséquence de modifier le montant de la dotation globale de financement et les produits de la tarification ne peut être proposée après le 15 novembre.

Art. 30. - Par dérogation aux dispositions de l'article 3, et sans préjudice des dispositions de l'article 31, au début de chaque année, l'ordonnateur dispose d'un délai d'un mois pour procéder, d'une part, pour ce qui concerne la section d'exploitation, à l'émission des titres de recettes et des mandats correspondant aux droits acquis et aux services faits au cours de l'année précédente et, d'autre part, aux opérations d'ordre budgétaire et non budgétaire dont il a l'initiative.

Le comptable procède dans le même délai à la comptabilisation de ces opérations.

Art. 31. - Les dépenses de la section d'investissement régulièrement engagées mais non mandatées à la clôture de l'exercice sont notifiées par l'ordonnateur au comptable avec les justifications nécessaires et font l'objet de la procédure de report visée au dernier alinéa du présent article.

Les dépenses de la section d'exploitation régulièrement engagées mais non mandatées à la clôture de l'exercice sont notifiées par l'ordonnateur au comptable avec les justifications nécessaires et rattachées au résultat dudit exercice selon la procédure de rattachement visée au dernier alinéa du présent article.

Les crédits budgétaires de la section d'investissement non engagés peuvent être reportés selon les modalités visées au dernier alinéa du présent article.

Les crédits budgétaires de la section d'exploitation non engagés ne peuvent être reportés au budget de l'exercice suivant.

Les modalités de report ou de rattachement susmentionnées sont précisées par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales, des collectivités territoriales et du budget.

Art. 32. - La fixation des tarifs journaliers afférents aux soins par l'autorité compétente pour l'assurance maladie vaut autorisation de financement par l'assurance maladie des charges nettes annuelles d'exploitation auxquelles correspond le produit des tarifs journaliers afférents aux soins.

En application des dispositions de l'article 26-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, les opérations prévues par les 1^o à 6^o dudit article ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers soins si elles n'ont pas été soumises à l'approbation du préfet ou si elles ont été rejetées par lui. Les opérations non soumises à l'approbation du préfet ou rejetées par lui lors de la fixation desdits tarifs ne sont pas opposables à l'assurance maladie. Les mêmes règles sont applicables à toute autre opération d'investissement ayant une incidence financière sur le budget d'exploitation. Les programmes d'investissement ayant une incidence financière sur plusieurs années sont soumis à une approbation distincte.

Les opérations mentionnées ci-dessus sont réputées approuvées si le préfet n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de deux mois.

Art. 33. - La fixation, par le président du conseil général, des tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance, vaut autorisation de financement par le conseil général des charges nettes annuelles d'exploitation auxquelles correspond le produit des tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance.

En application des dispositions des articles 26-1 et 26-2 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, les opérations prévues par les 1^o à 6^o dudit article ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers hébergement et dépendance si elles n'ont pas été soumises à l'accord du président du conseil général ou si elles ont été rejetées par lui. Les opérations non soumises à l'accord du président du conseil général ou rejetées par lui lors de la fixation desdits tarifs ne sont pas opposables au département. Les mêmes règles sont applicables à toute autre opération d'investissement ayant une incidence financière sur le budget d'exploitation. Les programmes d'investissement ayant une incidence financière sur plusieurs années sont soumis à un accord distinct.

Si le président du conseil général n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de deux mois, les incidences financières des opérations mentionnées aux deux précédents alinéas sont prises en compte dans le calcul des tarifs qu'il arrête.

ANNEXE N° 2 (suite)

Section 4

Du directeur, ordonnateur du budget, et du comptable

Art. 34. - Le directeur est l'ordonnateur du budget de l'établissement public accueillant des personnes âgées dépendantes. Il tient une comptabilité de dépenses engagées pour chacun des comptes prévus à l'article 4.

Au dernier jour de chaque trimestre civil, l'ordonnateur établit un tableau des effectifs rémunérés.

Art. 35. - Dans le respect des dispositions du code des marchés publics et sans préjudice des délégations de signature consenties par application de l'article L. 714-12 du code de la santé publique, le directeur est seul compétent pour passer les marchés de travaux, fournitures ou services pour le compte de l'établissement.

Art. 36. - I. - Les postes comptables des établissements publics sociaux et médico-sociaux relèvent des services déconcentrés du Trésor.

Les dépenses afférentes au fonctionnement des postes comptables ayant en charge des établissements publics sociaux et médico-sociaux sont à la charge du budget général de l'Etat.

II. - Les poursuites pour le recouvrement des produits sont exercées selon les règles suivies en matière de contributions directes.

III. - En attendant l'acceptation des dons et legs, le comptable de l'établissement fait tous les actes conservatoires qu'il estime nécessaire.

Section 5

Clôture de l'exercice et affectation des résultats

Art. 37. - Le directeur et le comptable sont chargés, chacun en ce qui le concerne, et selon les modalités définies ci-dessous, d'établir les documents relatifs à l'arrêté des comptes de l'établissement.

Un état portant résultat prévisionnel de l'établissement est arrêté et transmis aux autorités de tarification par le directeur au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'exercice auquel il se rapporte. Il est accompagné du rapport du directeur retraçant et expliquant l'évolution de l'activité, des dépenses et des recettes.

Il est attesté par le comptable, et est accompagné d'une balance établie et visée par le comptable et d'un tableau des résultats de l'exécution du budget visé par l'ordonnateur et par le comptable, et de l'état des restes à réaliser au 31 décembre établi par l'ordonnateur et visé par le comptable.

Le comptable établit le compte de gestion ainsi qu'un rapport rendant compte, dans le cadre de ses compétences, de l'ensemble des éléments de sa gestion, et notamment de la situation patrimoniale de l'établissement.

Le compte administratif établi par l'ordonnateur fait notamment apparaître le résultat comptable de chaque section du budget général et de la section d'exploitation de chacun des budgets annexes, ainsi que le montant des résultats à affecter selon les dispositions prévues à l'article 39.

Conformément aux dispositions de l'article L. 1612-12 du code général des collectivités territoriales, ces documents sont transmis à l'ordonnateur, et le conseil d'administration arrête les comptes de l'établissement après avoir délibéré sur le compte administratif présenté par l'ordonnateur et le compte de gestion présenté par le comptable de l'établissement. Il délibère également sur une proposition d'affectation des résultats de chaque section du budget général et des budgets annexes.

Le compte administratif et ses documents annexes, ainsi que le bilan et le compte de résultat se rapportant à l'exercice clos sont transmis dans un délai de huit jours, après leur adoption par le conseil d'administration, aux autorités de tarification et à la caisse régionale d'assurance maladie, qui les tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.

Art. 38. - Le résultat de la section d'investissement constaté à la clôture d'exercice se cumule avec le résultat de l'exercice précédent et est reporté sur l'exercice suivant.

ANNEXE N° 2 (suite)

Art. 39. - Un rapport du directeur ou de la personne ayant qualité à représenter l'établissement expose, de façon précise et chiffrée, les raisons qui expliquent les résultats, notamment celles tenant à l'évolution des prix, à la politique de recrutement et de rémunération des personnels, à la politique d'amortissement des investissements.

En cas de déficit, le rapport mentionné au précédent alinéa doit préciser les mesures qui ont été mises en oeuvre pour atteindre l'équilibre et les raisons pour lesquelles ce dernier n'a pas été réalisé.

L'affectation des résultats du budget principal ou annexe et de chaque section d'imputation tarifaire définie à l'article 5 du décret du 26 avril 1999 susvisé est arrêtée par les autorités de tarification, chacune pour ce qui la concerne, après appréciation des circonstances ayant engendré ces résultats.

L'excédent est affecté :

- a) Soit à la réduction des charges d'exploitation de l'exercice en cours ou de l'exercice suivant celui au cours duquel il a été constaté ;
- b) Soit au financement de mesures d'investissement ;
- c) Soit au financement de mesures d'exploitation n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices suivant celui auquel il a été affecté ;
- d) Soit à un compte de réserve de compensation ;
- e) Soit à un compte de réserve de trésorerie.

Le déficit est couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation et, pour le surplus éventuel, est imputé aux charges d'exploitation de l'exercice en cours ou de l'exercice suivant celui au cours duquel il a été constaté.

Toutefois, en cas de circonstances exceptionnelles et avec l'accord préalable de l'autorité de tarification concernée, la reprise du déficit peut être étalée sur trois exercices.

TITRE II

BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES DANS LE CADRE D'UN BUDGET ANNEXE PREVU AU b ET AU d DE L'ARTICLE R. 714-3-9 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Art. 40. - Sont applicables aux établissements publics de santé accueillant des personnes âgées dépendantes dans le cadre d'un budget annexe prévu au b et au d de l'article R. 714-3-9 du code de la santé publique les dispositions des articles R. 714-3-1 à R. 714-3-53 de ce code, et le 5o de l'article 14, les articles 16 à 19, 21 et 22, 26 à 29, le premier alinéa des articles 32 et 33 et l'article 52 du présent décret.

Après fixation des tarifs, le directeur de l'établissement public de santé transmet aux autorités de tarification les budgets exécutoires relatifs aux budgets annexes précités.

Le directeur de l'établissement de santé informe le président du conseil général des affectations des résultats qui sont effectuées par sections d'imputation tarifaire dans le cadre d'un budget annexe prévu au b et au d de l'article R. 714-3-9 du code de la santé publique. Tous les documents budgétaires et comptables relatifs à l'un des budgets annexes précités sont transmis, à sa demande, au président du conseil général du département d'implantation de l'établissement.

TITRE III

BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS NON PERSONNALISES ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES QUI RELEVANT DE PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC AUTRES QUE CELLES MENTIONNEES AU TITRE II

Art. 41. - Les collectivités territoriales et les établissements publics qui gèrent un ou plusieurs établissements non personnalisés hébergeant des personnes âgées dépendantes individualisent les dépenses et les recettes de chaque établissement dans un budget annexe comportant une section d'exploitation et appliquent les mêmes règles budgétaires et comptables que les établissements sociaux et médico-sociaux érigés en établissements publics autonomes.

ANNEXE N° 2 (suite)

Sont applicables à ces établissements non personnalisés relevant d'une collectivité territoriale ou de l'un de ses établissements publics accueillant des personnes âgées dépendantes les articles 3 à 19, 21 à 29, 32, 33, 39, 52 du présent décret.

Après fixation des tarifs, le directeur ou la personne habilitée à représenter l'établissement transmet aux autorités de tarification le budget exécutoire dudit établissement.

Art. 42. - A la clôture de l'exercice, il est établi un compte administratif propre à l'établissement qui est transmis aux autorités de tarification avant le 30 avril qui suit cette clôture. Il est accompagné d'un rapport relatif à l'activité et au fonctionnement de l'établissement précisant notamment les objectifs prévus par la convention tripartite qui ont été mis en oeuvre au cours de l'exercice concerné.

Aucune décision modificative au titre de l'exercice en cours ne peut être prise avant cette transmission, sauf accord exprès des autorités administratives.

Le modèle des documents de présentation des comptes administratifs est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, des affaires sociales et de l'intérieur.

TITRE IV

**BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT
NON LUCRATIF HABILITES AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES
DEPENDANTES**

Art. 43. - Sans préjudice des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé qui leur sont spécifiques :

1o Sont applicables aux établissements privés gérés par des organismes à but non lucratif les dispositions des articles 3 à 7, 8, à l'exception du 3o, 9 à 29, 32, 33, 38, 39, 43 à 49, 52 du présent décret ;

2o Sont applicables aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier, gérant des activités mentionnées aux 1o et 2o de l'article R. 715-1-1 du code de la santé publique habilitées au titre de l'aide sociale, les dispositions des articles R. 715-7-1 et R. 715-7-4 du code de la santé publique, et le 5o de l'article 14, les articles 16 à 19, 21 à 22, 26 à 29, le premier alinéa des articles 32 et 33 et l'article 52 du présent décret ;

3o Sont applicables aux établissements de santé privés visés à l'article L. 715-13 du code de la santé publique, gérant des activités mentionnées aux 1o et 2o de l'article R. 715-1-1 du code de la santé publique habilitées au titre de l'aide sociale, les dispositions de l'article R. 715-13-1 du code de la santé publique, et l'article 13, le 5o de l'article 14, les articles 16 à 19, 21 à 22, 26 à 29, le premier alinéa des articles 32 et 33 et l'article 52 du présent décret.

Après fixation des tarifs, le directeur ou la personne habilitée pour représenter l'établissement transmet aux autorités de tarification le budget exécutoire dudit établissement.

Art. 44. - Il doit être tenu, pour chaque établissement accueillant des personnes âgées dépendantes mentionné à l'article 43, une comptabilité distincte de celle des autres établissements appartenant, le cas échéant, au même organisme.

Cette comptabilité comprend toutes les opérations liées à l'exécution des recettes et des dépenses de l'établissement.

La comptabilité spéciale à un établissement doit, à leur demande, pouvoir être mise à la disposition des agents vérificateurs ou de contrôle. Si les résultats de cette comptabilité sont rattachés à la comptabilité d'un établissement principal, ce rattachement s'opère par l'intermédiaire de comptes de liaison.

Les comptes consolidés comprenant le bilan, le compte de résultat et l'annexe de l'organisme gestionnaire sont transmis, à leur demande, aux agents vérificateurs ou de contrôle des autorités de tarification.

Une copie du rapport du commissaire aux comptes qui a certifié les comptes de l'organisme gestionnaire est transmise par ce dernier aux autorités de tarification.

Art. 45. - Les établissements relevant de la présente section doivent tenir une comptabilité dont la liste des comptes est établie par référence au plan comptable des établissements publics de santé.

Les comptes non prévus au plan comptable hospitalier sont ouverts conformément au plan comptable général.

ANNEXE N° 2 (suite)

Art. 46. - Pour la fixation des tarifs journaliers et du montant de la dotation globale de financement définis aux articles 5 à 8 du décret du 26 avril 1999 susvisé, les autorités de tarification ne tiennent compte que des rémunérations des personnels telles qu'elles résultent des dispositions de la convention collective ou de l'accord d'établissement ayant reçu l'agrément prévu par l'article 16 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Lorsque l'établissement n'applique pas de convention collective ou d'accord d'établissement agréés, les rémunérations de ces personnels ne sont prises en compte que dans la limite de celles applicables aux catégories similaires des personnels de la fonction publique hospitalière ou, à défaut, des organismes publics analogues possédant les mêmes qualifications et la même ancienneté.

Les loyers ne sont pris en compte que dans la limite de la valeur locative des immeubles pris à bail, évaluée par les services des domaines.

L'autorité administrative tient compte des prestations fournies par le siège social, lorsque celui-ci est distinct de l'établissement, sous réserve qu'elles correspondent à une prestation ou à un service pour lesquels le siège social se substitue totalement ou partiellement à l'établissement.

Lorsqu'il y a une cessation définitive d'activité, totale ou partielle, l'autorité administrative peut tenir compte du paiement des indemnités et charges annexes résultant du licenciement du personnel, sous réserve qu'il soit satisfait aux conditions mentionnées aux 1o à 3o du premier alinéa de l'article 47.

Art. 47. - Les frais financiers, les dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, les dotations au compte de réserve de trésorerie et les annuités des emprunts contractés en vue de la constitution d'un fonds de roulement ne peuvent être pris en compte parmi les éléments servant au calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations que dans les cas suivants :

1o Si l'organisme gestionnaire est une fondation, une mutuelle ou une union de mutuelles, une association reconnue d'utilité publique, une congrégation ;

2o S'il s'agit d'une association déclarée, à la condition que ses statuts prévoient, en cas de cessation d'activité, l'attribution à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire de l'ensemble du patrimoine affecté à l'établissement ; l'autorité administrative a qualité pour approuver ou provoquer la désignation de l'attributaire ou pour procéder elle-même, le cas échéant, à cette désignation ;

3o Si, à défaut des dispositions statutaires ci-dessus, l'organisme gestionnaire s'engage, en cas de cessation d'activité, à verser à un organisme public ou privé poursuivant un but similaire, les réserves de trésorerie constituées par majoration des prix de revient des tarifs et par affectation des résultats, et les provisions non employées ainsi qu'une somme correspondant à la plus-value immobilière résultant de dépenses inscrites au budget ; le service des domaines procède à l'évaluation de cette plus-value ; le préfet intervient dans les mêmes conditions qu'au 2o ci-dessus.

En cas de transformation ou de modification importante dans le fonctionnement de l'établissement, le préfet apprécie s'il y a lieu d'imposer le versement ci-dessus et dans quelle mesure.

Art. 48. - A la clôture de l'exercice, il est établi un compte administratif et un bilan propre à l'établissement qui sont transmis aux autorités administratives de tarification avant le 30 avril qui suit cette clôture. Il est accompagné d'un rapport relatif à l'activité et au fonctionnement de l'établissement précisant notamment les objectifs prévus par la convention tripartite qui ont été mis en oeuvre au cours de l'exercice concerné.

Aucune décision modificative au titre de l'exercice en cours ne peut être prise avant cette transmission, sauf accord exprès des autorités administratives.

Le modèle des documents de présentation des comptes administratifs et des bilans d'établissement est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, des affaires sociales et de l'intérieur.

Art. 49. - En cas d'absence de transmission dans le délai fixé à l'article 48 du compte administratif et du bilan de l'établissement, les autorités de tarification déterminent elles-mêmes les résultats qui sont alors affectés conformément à l'article 39.

ANNEXE N° 2 (suite)

TITRE V

BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS RELEVANT DE LA LOI
N° 90-600 DU 6 JUILLET 1990 SUSVISEE

Art. 50. - Sans préjudice des règles d'organisation et de fonctionnement de droit public ou de droit privé qui leur sont spécifiques et à l'exception des dispositions des articles 17, 24 et 28 pour ce qui concerne les tarifs journaliers afférents à l'hébergement :

1o Sont applicables aux établissements privés à but lucratif habilités au titre de l'aide sociale les dispositions des articles 9 à 19, 21 à 24, 26 à 29, 32, 33, les deux premiers alinéas de l'article 46 et l'article 52 du présent décret ;

2o Sont applicables aux établissements privés à but lucratif non habilités au titre de l'aide sociale les dispositions des articles 14, à l'exception du 3o et du 4o, 17 à 19, 21 à 24, 26 à 29, 32, les deux premiers alinéas de l'article 46 et l'article 52 du présent décret ;

3o Sont applicables aux établissements publics et privés à but non lucratif non habilités au titre de l'aide sociale les dispositions des articles 13, 14, à l'exception du 3o et du 4o, 17 à 24, 26 à 29, 32, les deux premiers alinéas de l'article 46 et les articles 53 à 55 du présent décret.

Art. 51. - Les établissements mentionnés à l'article précédent sont tenus de communiquer aux autorités de tarification et à la caisse régionale d'assurance maladie tous les documents nécessaires à ces dernières pour calculer les tarifs prévisionnels, les prix de revient réels de l'année précédente et leur permettre de contrôler l'effectivité et la qualité des services financés par l'assurance maladie et par le département.

A cet effet, ils fournissent à l'autorité compétente pour l'assurance maladie et au président du conseil général, avant le 30 avril, un compte d'emploi et un rapport relatif à l'utilisation des financements accordés lors de l'exercice précédent par le département au titre de la prestation spécifique dépendance et par l'assurance maladie au titre des soins. Dans le cas où les financements alloués par ces derniers n'auraient pas connu l'affectation prévue, ils doivent être reversés aux financeurs concernés.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Art. 52. - Sans préjudice de l'exercice des pouvoirs généraux de contrôle conférés au préfet et au président du conseil général, le préfet peut, à son initiative ou à la demande de la caisse régionale d'assurance maladie ou de la caisse chargée du versement de la dotation globale, soumettre tout établissement mentionné à l'article 1er connaissant des difficultés de fonctionnement ou de gestion, à l'examen d'une mission d'enquête.

Cette mission est composée du trésorier-payeur général du département, du directeur régional et du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, du directeur départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, du directeur de la caisse régionale d'assurance maladie et du directeur de la caisse chargée du versement de la dotation globale ou de leurs représentants. La composition de la mission d'enquête peut être réduite, en fonction de son objet, à l'initiative de l'autorité administrative. Le président du conseil général peut être invité à y désigner, au sein de ses services, des représentants.

La mission d'enquête procède à l'audition de toute personne qu'elle juge utile d'entendre.

L'autorité administrative communique les conclusions de la mission d'enquête au président du conseil d'administration, au directeur et au comptable pour les établissements publics.

Art. 53. - Dans les départements d'outre-mer, les compétences attribuées par le présent décret à la caisse régionale d'assurance maladie sont exercées par la caisse générale de sécurité sociale ; les compétences attribuées aux directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales le sont pour ce qui concerne les établissements implantés dans les départements de leur ressort par le directeur régional de la sécurité sociale des Antilles-Guyane, ou le directeur départemental de la sécurité sociale de la Réunion.

Art. 54. - I. - Les dispositions du présent décret entrent en vigueur lors de la signature de la convention prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

ANNEXE N° 2 (suite et fin)

II. - A cette même date, les dispositions des décrets du 11 décembre 1958, du 29 décembre 1959 et du 3 janvier 1961 susvisés cessent d'être applicables aux établissements publics et privés mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Art. 55. - I. - Le 2o de l'article 37-2 du décret du 11 décembre 1958 susvisé est ainsi rédigé :

« 2o Le cas échéant, au titre des soins donnés aux personnes admises dans la section de cure médicale, les sommes figurant audit budget et afférentes :

« a) A la rémunération du médecin coordonnateur et, le cas échéant, des médecins salariés ;

« b) A la rémunération des infirmiers salariés, autres auxiliaires médicaux salariés ainsi que des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques affectés à cette section ;

« c) A la rémunération des infirmiers d'exercice libéral ;

« d) Aux médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des spécialités agréées aux collectivités prévue à l'article L. 618 du code de la santé publique, à l'exclusion des médicaments réservés à l'usage hospitalier en application de l'article R. 5143-5-2 du code de la santé publique ;

« e) A la fourniture de matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales ;

« f) L'amortissement du matériel médical prévu au C du 1o du III de l'annexe I au décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. »

II. - Après le premier alinéa du même article est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont exclus du forfait de soins global :

« a) Les fournitures à caractère hôtelier ;

« b) Les dépenses prises en charge par l'assurance maladie mentionnées à l'article 10 du décret du 26 avril 1999 précité. »

Art. 56. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale et le secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 avril 1999.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :
La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine Aubry

Le ministre de l'intérieur,
Jean-Pierre Chevènement

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Dominique Strauss-Kahn

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
Jean Glavany

Le secrétaire d'Etat à la santé
et à l'action sociale,
Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat au budget,
Christian Sautter

ANNEXE N° 3 : Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

MINISTERE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

Cabinet

Direction de l'action sociale

Marthe

NOR : MESA9930206C

Texte non paru au Journal officiel

Date d'application : immédiate

Références :

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 : titres IV et V ;

Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : article 139 modifiant certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 ;

Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 : article 34 ;

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.

ANNEXE N° 3 (suite)

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 oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation (pour information).

Les décrets et arrêtés du 26 avril 1999 relatifs à la tarification et au régime budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes sont parus le 27 avril 1999 au *Journal officiel*.

La réforme de la tarification de ces établissements a pour objectifs principaux :

- de permettre aux personnes âgées dépendantes hébergées en établissement de connaître les prestations assurées par les établissements et de bénéficier des services rendus nécessaires par leur état ;
- de définir des critères de qualité des services apportés aux personnes âgées et de vérifier leur respect ;
- et d'instaurer une répartition équitable du financement de ces actions entre les personnes elles-mêmes (bénéficiant le cas échéant de la PSD), l'aide sociale et l'assurance maladie selon des règles claires.

La présente circulaire a pour objet de vous donner les premières instructions pour aborder cette réforme et de vous communiquer les premiers documents qui vous seront utiles.

1 Une mission nationale d'appui à la mise en œuvre de cette réforme,

dirigée par M Jean-René Brunetière, est en cours de constitution.

D'ores et déjà, il vous est demandé de désigner au sein de chaque DDASS et DRASS un « correspondant » qui sera chargé d'assurer les relations courantes avec la mission (même si, au sein de vos services d'autres personnes participent aussi à cette opération).

Vous communiquerez au responsable de la mission les références dudit correspondant avant le 1er juin prochain.

Une première réunion d'information-formation sur cette réforme à l'attention des correspondants précités aura lieu le mercredi 16 juin 1999, salle des conférences de 9 h 30 à 13 h et de 14 h à 17 h 30.

2 La première phase de la mise en œuvre de la réforme répond aux objectifs suivants

a) Pour les établissements de plus de 85 lits¹

- recueillir pour chacun des 1 352 établissements de plus de 85 places les données budgétaires et physiques nécessaires :
- budget 1999 présenté suivant les nouvelles normes (en trois sections) faisant ressortir les éventuels déséquilibres des sections, dans les deux options tarifaires possibles ;

¹ Ces deux points feront l'objet de toutes les précisions nécessaires qui vous seront ultérieurement communiquées

ANNEXE N° 3 (suite)

- projet de budget 2000 respectant l'étanchéité des sections budgétaires ;
- répartition par GIR de la population hébergée, évaluée par l'équipe médico-sociale de l'établissement et validée par la commission départementale prévue à l'article 12 du décret n° 99—316 du 26 avril 1999, cette opération présentant un caractère particulièrement prioritaire ;
- analyser ces données en concertation avec les services des départements afin :
 - de préparer les bases budgétaires d'une convention tripartite ;
 - de relever les problèmes à résoudre et les difficultés apparentes ;
 - de faire remonter à la mission d'appui, selon des modalités qui vous seront précisées ultérieurement, les données financières et les difficultés rencontrées ;
- faire le point de la situation de chaque établissement au regard du cahier des charges « qualité » et esquisser les objectifs possibles en ce domaine dans le cadre de la convention.

b) Pour les établissements de 85 places ou moins¹

Il est prévu que ces établissements entrent dans la réforme dans un deuxième temps (à partir de l'exercice budgétaire 2001). Toutefois, certains établissements peuvent souhaiter entrer dans la réforme dès la première année. Vous traiterez leurs cas de la même manière que ceux des établissements de plus de 85 places.

c) Constitution d'une base de données nationale et locale

Pour programmer les développements de la réforme, tant au plan local que national, notamment en matière financière, des données précises sur un échantillon représentatif d'établissements sont nécessaires. Pour disposer rapidement d'une base de données exploitable, un échantillon a été sélectionné par la DREES, stratifié suivant :

- le statut ;
- la taille ;
- le mode de contribution de l'assurance maladie (au forfait) ;
- la région d'implantation.

Pour ces établissements, un exercice de présentation du budget 1999 suivant les cadres du décret n° 99—316 du 26 avril 1999 devra être conduit. Les résultats de cet exercice seront réunis dans une base de données nationale.

Cet exercice indispensable fournira également l'occasion d'apprécier les besoins d'assistance technique et de formation des petits établissements.

La liste des établissements retenus dans l'échantillon vous sera communiquée dans les plus brefs délais.

d) Déroulement des opérations

C'est au vu de l'ensemble de ces données et des disponibilités financières qui auront pu être dégagées que sera être préparée une première vague de conventions pouvant prendre effet dès l'exercice budgétaire 2000.

¹ Ces deux points feront l'objet de toutes les précisions nécessaires qui vous seront ultérieurement communiquées

ANNEXE N° 3 (suite et fin)

Le dossier ci-joint, préparé par la direction de l'action sociale est destiné à vous donner toute l'information nécessaire sur le dispositif juridique et financier, ainsi que les éléments de réponse aux principales questions de vos partenaires.

Une prochaine circulaire vous donnera toutes informations utiles sur le dispositif d'appui en cours de constitution, sur les outils de traitement de l'information qui seront mis à votre disposition au cours de l'été et sur la suite des actions qu'il vous sera demandé de conduire au cours de cette année.

Vos principaux correspondants ministériels sont les suivants :

- **Jean-René Brunetière, chef de la mission d'appui (tél. : 01-44-36-90-03, télécopie : 01-44-36-90-20) ;**
- **Jean-François Bauduret, DAS (tél. : 01-44-36-95-46, télécopie : 01-44-36-97-22) ;**
- **David Herlicoviez, DH (tél. : 01-40-56-51-94, télécopie : 01-40-56-50-10).**

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur du cabinet,

D. MARCEL

ANNEXE N° 4 : Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO 4-AF2 n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé.

Direction des Hôpitaux

Direction de l'action sociale

NOR MESH9930283C

Texte non paru au *Journal officiel*

Date d'application : immédiate.

Références :

Articles L 711-2, 2° ; L 715-6 et L 715-7 du code de la santé publique ;

Articles 5-1 et 26 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, dans leur rédaction issue de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 ;

Décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 ;

Arrêtés du 26 avril 1999 ;

Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information et diffusion auprès des établissements de santé) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en oeuvre).

Les établissements de santé gèrent environ 980 services de soins de longue durée et 1 100 maisons de retraite médicalisées, sous forme de budgets annexes. Ces services représentent une capacité respective de 81 200 et 98 600 lits. Les établissements sanitaires sont donc pleinement concernés par la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, annoncée par l'article 23 (IV) de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance et définie par les décrets n°s 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999, ainsi que les arrêtés du même jour.

La présente circulaire a pour objet de rappeler que la réforme s'applique selon les modalités de droit commun aux services de soins de longue durée et aux maisons de retraite à gestion hospitalières, et de préciser les étapes ultérieures de la réforme des soins de longue durée.

ANNEXE N° 4 (suite)

1 Les agences régionales de l'hospitalisation doivent mettre en œuvre la réforme de la tarification dans les services de soins de longue durée et participer à sa mise en œuvre dans les maisons de retraite hospitalières.

Actuellement les services de soins de longue durée accueillent de façon quasi exclusive des personnes âgées, voire très âgées. En effet, plus de 70 % des personnes hébergées ont plus de quatre-vingts ans et parmi elles, 22 % sont nonagénaires. A l'opposé, moins de 3 % ont moins de soixante ans. Il convient de souligner que les personnes actuellement accueillies dans les services de soins de longue durée sont, en règle générale, lourdement dépendantes, mais ne nécessitent pas, dans la majorité des cas, une surveillance médicale constante, ni des soins techniques lourds, relevant d'un plateau technique hospitalier. C'est pourquoi les soins de longue durée sont soumis à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

11 L'application immédiate de la réforme de la tarification aux services de soins de longue durée n'emporte pas leur mutation de structures sanitaires en structures médico-sociales

L'article 23 (IV) de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance, qui modifie le 2° de l'article L 711-2 du code de la santé publique, annonce la redéfinition des soins de longue durée pour le 31 décembre 1998 au plus tard. Cette loi n'a donc pas placé les services de soins de longue durée dans le champ médico-social. L'application des articles L 711-2 et L 716-6 du code de la santé publique et de l'article L 174-5 du code de la sécurité sociale impose de continuer à considérer les soins de longue durée comme une mission dévolue aux établissements de santé, sous la compétence des agences régionales de l'hospitalisation.

En vertu des articles 5-1 et 26 de la loi du 30 juin 1975, introduits par la loi du 24 janvier 1997, et de l'article 1er du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, cette réforme s'applique effectivement aux services de soins de longue durée, quel que soit l'âge des patients hébergés. D'ici à la constitution des services de soins de longue durée redéfinis, les services actuels de long séjour restent des structures sanitaires : ils peuvent continuer à être autorisés dans les conditions prévues par le chapitre II du titre 1er du livre VII du code de la santé publique et leurs dépenses restent incluses dans le montant total de dépenses hospitalières encadrées et dans les dotations régionales de dépenses hospitalières définies par l'article L 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

La réforme est également applicable aux services de soins de longue durée privés, qu'ils soient à but lucratif ou non lucratif, conventionnés ou habilités pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ou non. Des instructions ultérieures vous préciseront la liste des établissements concernés, leur régime financier transitoire et les modalités de suivi de leurs dépenses.

ANNEXE N° 4 (suite)

1.2 Le calendrier réglementaire de mise en oeuvre de la réforme de la tarification prévoit une application graduée, pour les services de soins de longue durée comme pour les autres services ou établissements pour personnes âgées

L'article 32 du décret du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes prévoit que la nouvelle tarification entre en vigueur lors de l'exercice budgétaire suivant la conclusion de la convention tripartite entre le directeur de l'établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie (directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou préfet de département). L'article 33 du même décret définit une date d'application différente selon la taille de l'établissement ou du service :

- dans les établissements ou services (services de soins de longue durée ou maisons de retraite) d'une capacité inférieure à quatre-vingt-cinq lits, les conventions tripartites doivent être en principe signées dans les deux ans à compter de la publication du décret, ce qui reporte l'application de la nouvelle tarification, en principe, à l'exercice 2002 ;

- dans les établissements ou services d'une capacité supérieure à quatre-vingt-cinq lits, les conventions tripartites doivent être négociées dans l'année suivant la publication du décret, c'est-à-dire, en principe, jusqu'au 26 avril 2000 ; si la convention est signée avant le 31 décembre de la présente année, la nouvelle tarification est applicable dès l'exercice 2000 ; en revanche, si la convention est conclue en 2000, la nouvelle tarification n'entre en vigueur qu'au 1er janvier 2001.

Des instructions complémentaires et des indications méthodologiques vous seront communiquées à l'automne, pour vous indiquer le rythme de conclusion souhaité des conventions tripartites et vous permettre de les négocier dans les meilleures conditions.

1.3 La mise œuvre de la réforme est précédée d'une simulation sur échantillon

Comme il vous l'a été annoncé par circulaire ministérielle DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a tiré un échantillon représentatif de mille établissements ou services, comprenant des services de soins de longue durée et des maisons de retraite à gestion hospitalière, pour lesquels l'application de la nouvelle tarification doit être simulée. Cette enquête, dont le dispositif vous sera précisé par une prochaine circulaire ministérielle concerne doublement les structures sanitaires :

- vous conduirez la simulation pour les unités et services de soins de longue durée de l'échantillon ;
- vous serez associés à la simulation pour les maisons de retraite à gestion hospitalière de l'échantillon, car elle peut conduire à modifier les périmètres respectifs du budget général et des budgets annexes.

Nous attirons d'ores et déjà votre attention sur un point : si la réforme peut s'appliquer conjointement ou distinctement à un service de soins de longue durée et à une maison de retraite gérés par un même établissement de santé, elle ne peut en aucun cas entraîner une fusion des deux structures, qui n'est pas prévue par le titre 1er du livre VII du code de la santé publique.

ANNEXE N° 4 (suite)

2 Les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé devront organiser à moyen terme des services de soins de longue durée redéfinis.

2.1 Les soins de longue durée doivent être redéfinis par la loi

Les malades chroniques, relevant de soins de longue durée redéfinis sont, notamment, ceux qui présentent les pathologies suivantes :

- états végétatifs chroniques ;
- maladies dégénératives du système nerveux central à un stade évolutif ;
- maladies requérant des soins techniques lourds prolongés, etc.

Cette nouvelle orientation des soins de longue durée n'en exclura pas pour autant les personnes âgées, dès lors qu'elles requièrent des soins techniques lourds et prolongés. Mais ces soins pourront être également destinés à des personnes plus jeunes.

La proportion de personnes susceptibles de bénéficier de soins de longue durée conditionnera l'organisation sanitaire, en raison de la nécessaire adéquation du volume de l'offre de soins de longue durée aux besoins constatés. Cette redéfinition des soins de longue durée sera nécessairement accompagnée d'une réforme des modalités de financement, qui sont actuellement à l'étude. Ces précisions, ainsi que le régime financier transitoire des actuels services de soins de longue durée, seront apportées par un prochain article de loi.

2.2 Les actuels services de soins de longue durée devront être requalifiés

Lorsque le dispositif juridique relatif à la redéfinition des soins de longue durée sera publié (loi et décret d'application), il conviendra de conduire la réforme institutionnelle en sollicitant une nouvelle autorisation. Il appartiendra dès lors aux actuels services de soins de longue durée de solliciter, en fonction des besoins de soins de personnes accueillies et des besoins à satisfaire par ailleurs pour des patients actuellement pris en charge de manière inadéquate, une autorisation pour qu'une partie des lits de ces services soit créée au titre des soins de longue durée redéfinis. Les établissements ou services qui n'auront pas, dans les délais fixés par les dispositions réglementaires susmentionnées, obtenu d'autorisation au titre des soins de longue durée redéfinis seront transformés en établissements ou services assurant l'hébergement des personnes âgées, au sens de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 susvisée.

Des instructions vous préciseront en temps utile les procédures à suivre. Une réflexion est d'ores et déjà engagée pour déterminer les instruments dont il serait utile de disposer pour appréhender les besoins en soins des personnes éligibles à une prise en charge dans les services de soins de longue durée redéfinis.

La direction des hôpitaux (David Herlicoviez, tél. : 01-40-46-51-94, télécopie : 01-40-56-43-73, mél. : DH-AF2-CHFBUR, et Gabrielle Hoppe, tél. : 01-40-56-52-78, télécopie : 01-40-56-41-89, mél. : DH-EO4-SLD-SSR), la direction de l'action sociale (Jean-François Bauduret, tél. : 01-44-36-95-46, télécopie : 0144369719, mél. : DAS-CHGMISS-1) et la mission d'appui à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Jean-René Brunetiere, tél. : 01-44-36-90-03, télécopie : 01-44-36-90-20, mél. : DAS-MARTHE) se tiennent à votre disposition pour répondre à toute question complémentaire.

ANNEXE N° 4 (suite et fin)

Vous voudrez bien nous faire part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Pour la ministre et le secrétaire d'Etat et
par délégation :
Le directeur des hôpitaux,
E. COUTY

Le Chargé de mission d'appui à la
réforme de la tarification
de l'hébergement en établissement
pour personnes âgées,
J.-R BRUNETIERE

Le directeur de l'action sociale,
P. GAUTHIER

ANNEXE N° 5 : 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 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), à partir d'un échantillon représentatif de 1 000 établissements.

Direction de l'action sociale

NOR : MESA9930295C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 : titres IV et V ;

Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : article 139 modifiant certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 ;

Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 : article 34 ;

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 DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD.

ANNEXE N° 5 (suite)

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).

1. Principaux objectifs poursuivis

La réforme tarifaire des EHPAD a été conçue pour que sa mise en œuvre soit, toutes choses égales par ailleurs, globalement neutre tant pour les usagers que pour l'assurance maladie. Toutefois, son application et la prise en compte de l'état de dépendance des résidents dans chaque établissement concerné pourra induire des modifications ou des transferts de charges pour chaque financeur.

Il est donc apparu nécessaire et urgent de constituer une première base nationale de données (qui sera ultérieurement enrichie au fur et à mesure que les établissements passeront convention), afin d'évaluer l'impact du nouveau dispositif tarifaire sur les trois financeurs, afin d'en tirer toutes les conséquences utiles tant au plan financier que, le cas échéant, en matière législative et réglementaire. Cette base de données sera complétée ultérieurement par des données synthétiques sur la qualité dans les établissements.

La DRESS a constitué un échantillon représentatif de 1 000 établissements sur les quelque 10 000 qui accueillent des personnes âgées.

Vous trouverez en annexe à la présente instruction les établissements de votre département et de votre région qui font partie de cet échantillon.

La stratification de l'échantillon et le tirage aléatoire ou 10e auquel la DREES a procédé, garantit une bonne représentativité nationale mais pas au niveau régional ou départemental. Certaines catégories juridiques d'établissement peuvent donc être surreprésentées ou sous-représentées au plan régional ou départemental. Par ailleurs, l'enjeu de la simulation étant de mesurer l'impact général de la réforme, les établissements de moins de 85 places ainsi que les logements foyers sont inclus dans l'échantillon qui a été constitué.

La présente simulation a pour objectifs :

1° De simuler sur l'exercice 1998 les éventuels transferts de charges à l'occasion du passage de l'actuelle tarification « binaire » (hébergement-soins) à la future tarification « ternaire » (hébergement-dépendance-soins) ;

2° De mesurer plus précisément les incidences financières de la réforme pour les usagers en prenant en compte leur répartition, à la dernière date connue, dans les six groupes iso-ressources de la grille AGGIR ;

3° S'agissant des services de soins de longue durée et des maisons de retraite gérés par les établissements de santé de l'échantillon, d'évaluer sur l'exercice 1998 le montant effectif des charges qui doivent être affectées aux budgets annexes de ces établissements.

Concernant l'évaluation de l'activité des professionnels libéraux exerçant dans les établissements de l'échantillon, lorsque leurs actes et prescriptions ont vocation à s'incorporer dans les tarifs afférents aux soins, une opération va être menée avec les trois principaux régimes d'assurance maladie et fera l'objet d'une instruction ultérieure. Vous n'avez donc pas à prendre en compte ces dépenses à ce stade de la simulation.

ANNEXE N° 5 (suite)

L'évaluation à réaliser se présente donc en trois volets distincts qui peuvent être traités séparément, en fonction de la disponibilité des informations ou des délais nécessaires à leur obtention :

*Volet n° 1 : comparaison de l'actuelle tarification « binaire »
et de la future tarification « ternaire »*

En repérant, d'une part, les produits de l'établissement inscrits, selon les cas, au compte administratif ou au compte de résultat de 1998 afférents à l'hébergement et aux soins forfaitisés (tarification actuelle), et, d'autre part, la répartition des charges nettes (charges brutes de classe 6 moins les recettes atténuatives de classe 7) dans les trois futures sections d'imputation tarifaires, telles qu'elles résultent des clés de répartition fixées en annexe IV du décret n° 99-316 du 26 avril 1999.

Ces informations sont à obtenir auprès des établissements enquêtés de l'échantillon et sont validées par l'inspecteur de la DDASS chargé de « l'opération MARTHE », en liaison avec les services compétents du conseil général.

Ces informations sont à nous faire parvenir pour le 1er septembre. Elles feront l'objet d'une première exploitation dès le mois de septembre, indépendamment des données relatives aux volets n° 2 et n° 3.

*Volet n° 2 : répartition des résidents par groupes iso-ressources
à la dernière date connue*

Dans ce domaine, le degré d'avancement des opérations paraît très inégal :

- dans certains départements tout ou partie des EHPAD ont fait l'objet d'une répartition de leurs résidents par GIR, sous l'impulsion soit des équipes médico-sociales départementales, soit à l'initiative des praticiens conseils des caisses ;
- dans d'autres départements, certains établissements ont déjà procédé à cette répartition, sans toutefois que ces opérations soient validées par les médecins des conseils généraux et/ou par les praticiens conseils des caisses ;
- dans d'autres cas, enfin, aucune opération systématique de cette nature n'a été conduite à ce jour.

Il est clair que, dans les départements les moins avancés, le recueil et la validation de ces données pour tous les établissements ne pourront pas être achevés pour septembre 1999. Il vous est donc demandé :

1. De nous transmettre pour le 1er septembre l'ensemble de l'information disponible en indiquant son degré de validation (il sera possible ensuite d'apporter des correctifs ou des compléments) ;
2. De prendre les dispositions nécessaires pour compléter l'information :
 - en invitant l'établissement à procéder rapidement à cette répartition ;
 - en demandant soit à l'équipe médico-sociale départementale concernée, soit aux praticiens conseils de la caisse pivot de valider cette répartition.

ANNEXE N° 5 (suite)

*Volet n° 3 : dispositions spécifiques pour les services gérés
par les établissements de santé*

Pour les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements sanitaires, il vous est demandé de renseigner les tableaux n° 1 et 2 annexés pour le seul service (le seul budget annexe) figurant dans la liste de l'échantillon, à partir des données inscrites au compte administratif de 1998.

Si la comptabilité analytique de l'établissement ou les retraitements comptables effectués dans le cadre du PMSI sur les comptes administratifs 1998 font apparaître des écarts significatifs en volume par rapport aux budgets annexes approuvés, il vous est demandé de bien vouloir renseigner le tableau n° 3.

Il est bien évident que les renseignements fournis dans le cadre de ce tableau n° 3 ne sont élaborés que dans un but de sondage statistique rapide et ne sont pas destinés à faire foi lors de la discussion de la future convention tripartite.

Il est en revanche opportun que l'établissement puisse apporter des explications sur la nature des éventuels écarts.

Au titre de ce tableau n° 3, le champ de l'enquête est ainsi plus large que les tableaux n°s 1 et 2 : ainsi, lorsque l'établissement gère conjointement un service de soins de longue durée et une maison de retraite, l'évaluation demandée doit concerner l'ensemble des budgets annexes relatifs à l'accueil des personnes âgées.

2. Modalités de recueil et de transmission des données afférentes à la présente simulation

1. L'application informatique du calcul des nouveaux tarifs : une disquette « test » préparée par l'ENSP vous sera transmise en deux exemplaires dans les meilleurs délais. Elle vous aidera dans cette opération de simulation et vous pourrez me transmettre vos observations et propositions relatives à la qualité et aux nécessaires développements de ce produit, au moyen de la fiche de test annexée à la présente instruction (A faire parvenir soit à Jean-Pierre Hardy, direction de l'action sociale, soit à Jean-Marc Leroux, département MATISS - ENSP).

2. La disquette de recueil des données afférentes à la présente simulation ainsi que les modalités de transmission de ces données vous seront également communiquées très prochainement.

3. Il est demandé à chaque inspecteur, chargé de conduire cette opération dans les départements, de bien vouloir procéder pour le 5 juillet prochain à la simulation retracée dans le tableau n° 1, sur un établissement de son choix inclus dans l'échantillon, et de communiquer les résultats assortis de ses commentaires éventuels, en cas de difficultés rencontrées, à l'inspecteur de la DRASS assurant la coordination de la réforme au plan régional.

Les coordonnateurs régionaux précités sont invités à participer à ce titre à une réunion nationale organisée par la mission MARTHE, qui aura lieu le jeudi 8 juillet 1999 à 14 h 30, salle 6144, à la direction de l'action sociale, 11, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon, 75696 Paris Cedex 14.

Le chef de service adjoint
au directeur des hôpitaux,
J. LENAIN

Le directeur de la sécurité sociale,
R. BRIET

Le directeur de l'action sociale,
P. GAUTHIER

Le chargé de mission,
J-R. BRUNETIERE

ANNEXE N° 5 (suite)

ANNEXE

MODALITES DE CALCUL DES CHARGES S'IMPUTANT DANS LES TROIS NOUVELLES SECTIONS TARIFAIRES AFFERENTES A L'HEBERGEMENT, LA DEPENDANCE ET LES SOINS (RUBRIQUES 8, 9 ET 11 DU TABLEAU N° 1).

*Première étape : calculer les charges qui relèvent de la nouvelle section
d'imputation tarifaire « dépendance » (rubrique 9)*

La nouvelle tarification crée une catégorie nouvelle appelée « dépendance », qui regroupe un certain nombre de charges.

Les charges de la section « dépendance » sont :

a) Les personnels salariés

- 30 % des ASH-agents de service affectés aux fonctions blanchissage, nettoyage des locaux, service des repas ;
- 30 % des aides soignants et des aides médico-psychologiques. Il s'agit soit d'un personnel diplômé, soit d'un personnel sélectionné par une école agréée et en formation en cours d'emploi ;
- 100 % des psychologues.

Les charges de personnel à valoriser en valeur réelle.

b) Les autres charges de classe 6

- les comptes 6025, 60325, 60625 ;
- 30 % des comptes 6281 et 6283 ;
- les dotations aux amortissements du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

*Seconde étape : calculer les charges qui relèvent de la nouvelle section
d'imputation tarifaire « hébergement » (rubrique 8)*

a) Les personnels salariés

- 100 % des personnels de direction-administration, de cuisine et services généraux, d'animation et de service social ;
- 70 % des ASH-agents de services affectés aux fonctions blanchissage-nettoyage des locaux-services de repas.

Les charges de personnel sont à valoriser en valeur réelle.

b) Les autres charges de classe 6

- les comptes de classe 6 s'imputant à 100 % dans le tableau IV-1, figurant en annexe du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 ;
- 70 % des comptes 6281 et 6283 ;
- le compte 68 « dotation aux amortissements relevant de l'hébergement ».

ANNEXE N° 5 (suite)

Troisième étape : calcul des charges de la section « soins »

Dans la nouvelle tarification, la catégorie « soins » reçoit une définition précise en termes de charges.

Cette section d'imputation tarifaire « soins » prend en charge les dépenses relatives :

- aux médicaments et aux fournitures médicales, sans préjudice du choix ultérieur que fera l'établissement au titre du droit d'option tarifaire ;

- aux personnels médicaux et aux auxiliaires médicaux salariés ;

- à 70 % des aides soignantes et des AMP. Il s'agit soit d'un personnel diplômé, soit d'un personnel sélectionné par une école agréée et en formation en cours d'emploi. Les autres « faisant fonction » d'aides soignantes ou d'AMP sont à comptabiliser dans la catégorie « agents de service » et à répartir pour 70 % dans la section « hébergement » et 30 % dans la section « dépendance » ;

- aux dotations aux amortissements du matériel médical conformément à la liste fixé par l'arrêté du 26 avril 1999.

Lors de cette étape, les actes et prescriptions des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ne sont pas à prendre en compte.

Commentaire

Les calculs précités permettent de constater les soldes entre recettes actuelles en provenance de l'assurance maladie (tarifs 1998) et charges nettes de la section soins. Ils permettent aussi d'évaluer le nouveau prix de journée et, lorsque la répartition par GIR est connue, de calculer les tarifs dépendance.

La zone grisée du schéma général de cette simulation (cf annexes) correspond à la différence (en plus ou en moins) entre les charges de « soins » telles que périmétrées dans le cadre de la réforme de la tarification et les produits de l'assurance maladie tels qu'ils résultent des forfaits actuels.

Il convient de souligner que la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 a notamment pour objectif d'organiser le « rapatriement » progressif de ces charges non couvertes par les actuels produits de l'assurance maladie. La neutralité financière de départ étant garantie par le maintien de ces charges de « soins » dans la section d'imputation tarifaire « hébergement ».

ANNEXE N° 5 (suite)

TABLEAU N° 1

**Simulation de la réforme de la tarification des EHPAD
sur un échantillon représentatif de 1 000 établissements**

Tableau de synthèse des données budgétaires d'un établissement de l'échantillon, comparant la tarification actuelle et la tarification nouvelle sur l'exercice 1998

Etablissement : (nom ou raison sociale, adresse)

.....

.....

N° FINESS établissement

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Tarification actuelle ☐ Nouvelle tarification.

1	Capacité budgétée de l'établissement (au 1 ^{er} janvier 1998) : - nombre total de lits ou places (1) Dont : - nombre de places SCM (section de cure médicale) - nombre de places FSC (forfait de soins courants)	
2	Nombre total de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au 1 ^{er} janvier 1998	
3	Nombre total de bénéficiaires de la PSD ou de l'ACTP au 1 ^{er} janvier 1998	
4	Nombre de journées réalisées 1998	
5	Nombre de postes ETP d'aides-soignants et d'AMP (2)	
6	Intention de l'établissement en matière de droit d'option tarifaire (3)	
7	Hébergement 1998 (tarification actuelle) (4) : - montant total des produits - francs Dont : - produits aide sociale à l'hébergement - produits PSD	
8	Section d'imputation « hébergement » 1998 (nouvelle tarification) : - montant total des charges nettes - francs	
9	Section d'imputation « dépendance » 1998 (nouvelle tarification) : - montant total des charges nettes - francs	

Commentaires et observations :

TABLEAU N° 2

Répartition des résidents dans les groupes iso-ressources de la grille AGGIR (derniers résultats connus)

Etablissement : (nom ou raison sociale, adresse)

N° FINESS établissement | | | | | | | | | |

Date de la présente répartition :

	NOMBRE DE RÉSIDENTS de plus de 60 ans	NOMBRE DE RÉSIDENTS de moins de 60 ans
GIR. 1		
GIR. 2		
GIR. 3		
GIR. 4		
GIR. 5		
GIR. 6		

Degré et nature de la validation de cette répartition par GIR :

- A. - Proposition de l'établissement, non validée *a posteriori* ☐.
- B. - Validation réalisée par une équipe médico-sociale du conseil général (1) ☐.
- C. - Validation réalisée par le contrôle médical des caisses d'assurance maladie (1) ☐.

(1) En cas de validation conjointe, cocher les cases B et C.

ANNEXE N° 5 (suite)

TABLEAU N° 3

Evaluation dans un établissement de santé des charges réelles (compte administratif 1998) ayant vocation, avant application de la réforme tarifaire, à émarger respectivement au budget général et aux budgets annexes, dans le cas d'unités ou de services de soins de longue durée et maisons de retraite en régie hospitalière

Etablissement : (nom ou raison sociale, adresse)

N° FINESS établissement

BUDGET ANNEXE de l'établissement de santé (principaux comptes de charges concernés)	SERVICE(S) de soins de longue durée	MAISON(S) de retraite :	TOTAL
Diminution (-) ou augmentation (+) du compte 6281 (blanchissage) au budget annexe (1)			
Diminution (-) ou augmentation (+) du compte 6282 (alimentation) au budget annexe (2)			
Diminution (-) ou augmentation (+) du compte 6283 (nettoyage) au budget annexe (1)			
Diminution (-) ou augmentation (+) du compte 6288 (autres prestations) au bud- get annexe (3)			
Diminution (-) ou augmentation (+) d'autres comptes au budget annexe (préciser le ou les numéro(s) de comptes concernés)			
Total			
<p>(1) « Facturation » du budget général au budget annexe au prix de l'unité d'œuvre : prix de revient journalier conformément à la méthodologie des retraitements comptables PMSI. Ce poste sera réparti à 70 % sur l'hébergement et 30 % sur la dépendance.</p> <p>(2) « Facturation » du budget général au budget annexe au prix de l'unité d'œuvre : prix de revient journalier conformément à la méthodologie des retraitements comptables PMSI. Ce poste sera imputé à 100 % sur l'hébergement.</p> <p>(3) Quote-part de la section d'imputation logistiques-administration « facturation » conformément à la méthodologie des retraitements comptables PMSI (au prorata des charges nettes). Ce poste sera imputé à 100 % sur l'hébergement.</p>			

Remarque importante :

Au titre du présent tableau, le champ de l'enquête est plus large que pour les tableaux n° 1 et n° 2 : ainsi les établissements de santé retenus dans l'échantillon au titre des données retracées dans les deux précédents tableaux ne le sont (à quelques exceptions près) soit qu'au titre d'un service de soins de longue durée, soit qu'au titre d'une maison de retraite. Pour ce qui concerne le présent tableau, lorsque l'établissement gère conjointement un service de soins de longue durée et une ou plusieurs maisons de retraite, l'évaluation demandée couvre l'ensemble des services concernés accueillant des personnes âgées dépendantes.

ANNEXE N° 5 (suite et fin)

