

INSTRUCTION

N° 01-107-M21 du 20 novembre 2001

NOR : BUD R 01 00107 J

Texte publié au **Bulletin Officiel de la Comptabilité Publique**

DISPOSITIONS D'ORDRE BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE

ANALYSE

Diffusion de la circulaire portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable :
nomenclature 2002 et seuil de comptabilisation en section d'investissement
ou en section d'exploitation.

Date d'application : 01/01/2002

MOTS-CLÉS

COLLECTIVITÉS ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX ; ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ;
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ; BUDGET ; NOMENCLATURE ; COMPTABILITÉ M21

DOCUMENTS À ANNOTER

Instruction n° 01-054-M2 du 19 juin 2001
Instruction n° 00-098-M21 du 18 décembre 2000
Instruction n° 99-135-M21 du 31 décembre 1999
Instruction n° 99-100-M2 du 30 septembre 1999

DOCUMENTS À ABROGER

Néant

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TPG	TGAP	RF	T	DOM	TOM						

DIFFUSION

GT 58

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

6^{ème} Sous-direction - Bureau 6B

SOMMAIRE

1. TRANSPOSITION DES COMPTABILITÉS « FRANCS » EN « EUROS »	3
2. ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES INTERVENUES AVEC LA LOI N° 2001-647 DU 20 JUILLET 2001.....	3
2.1. Création de l'aide personnalisée à l'autonomie	3
2.2. Modifications budgétaires et comptables.....	4

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : Circulaire DHOS/F4/DGCP/6B n° 468 du 28 septembre 2001 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable : nomenclature 2002 et seuil de comptabilisation en section d'investissement ou en section d'exploitation	7
ANNEXE N° 2 : Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie	16
ANNEXE N° 3 : Tableau récapitulant les modifications des subdivisions du compte 706 pour les budgets annexes « Unités de soins de longue durée » et « Activités relevant de la loi sociale ».....	29
ANNEXE N° 4 : Circulaire DSS-1A/DHOS-F2 n° 2001/465 du 27 septembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2001 des établissements financés par dotation globale.....	34

La présente instruction a pour objet de porter à la connaissance des trésoriers gérant des établissements publics de santé la circulaire DHOS/F4/DGCP/6B/2001 n° 468 du 28 septembre 2001 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable : nomenclature 2002 et seuil de comptabilisation en section d'investissement ou en section d'exploitation (annexe 1).

Cette circulaire apporte des modifications aux nomenclatures budgétaires et comptables des établissements publics de santé à mettre en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2002 compte tenu d'une part, de la transposition des comptabilités « francs » en « euros » et, d'autre part, des évolutions législatives intervenues avec la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (annexe 2).

1. TRANSPOSITION DES COMPTABILITÉS « FRANCS » EN « EUROS »

Pour l'exercice 2002, deux types d'écart de conversion pourront être comptabilisés ce qui conduit à subdiviser le compte 4785 « Ecart de conversion – Euro » en deux sous-comptes :

- 47855 « Ecart de conversion : opérations de trésorerie »

Le compte 47855 « Ecart de conversion : opérations de trésorerie » enregistre les écarts liés aux opérations de trésorerie, comptabilisés auparavant au compte 4785 « Ecart de conversion – Euro ».

Le compte 47855 est alimenté automatiquement en débit des écarts de conversion positifs et en crédit des écarts de conversion négatifs.

Le comptable apure ce compte en fin d'exercice. Si le solde du compte 47855 est créditeur, l'apurement des écarts s'effectue par le crédit du compte 515 « Compte au Trésor ». Si le solde du compte est débiteur, l'apurement des écarts s'effectue par le débit du compte 515 « Compte au Trésor ».

- 47858 « Ecart de conversion : bilan 2001 »

Le compte 47858 « Ecart de conversion : bilan 2001 » est mouvementé par le solde du compte 589 « Virements internes – reprise des balances de sortie » qui enregistre l'écart de conversion constaté lors de la transposition du bilan de sortie 2001 en francs au bilan d'entrée 2002 en euros.

Le compte 47858 est soldé au cours de l'exercice 2002 par l'émission d'un titre sur le compte 768 « Autres produits financiers » ou d'un mandat sur le compte 668 « Autres charges financières ».

Par ailleurs, le compte 589 « Virements internes – reprise des balances de sortie » est créé. Il enregistre les écarts de conversion liés au basculement du bilan de sortie 2001 en francs au bilan d'entrée 2002 en euros. Le solde débiteur ou créditeur de ce compte est soldé par le crédit ou le débit du compte 47858 « Ecart de conversion : bilan 2001 ».

Enfin, le seuil de 2500 francs qui détermine l'imputation d'un bien en section d'investissement ou en section d'exploitation, mentionné dans la circulaire interministérielle n° 51 du 15 juillet 1991 est transposé à 380 euros.

2. ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES INTERVENUES AVEC LA LOI N° 2001-647 DU 20 JUILLET 2001

2.1. CRÉATION DE L'AIDE PERSONNALISÉE À L'AUTONOMIE

La loi crée une nouvelle prestation en nature, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) destinée à remplacer la prestation spécifique dépendance (PSD), instituée par la loi du 24 janvier 1997.

Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à l'APA. L'allocation est ouverte tant aux personnes très dépendantes qu'aux personnes dont la perte d'autonomie est d'un moindre degré (la perte d'autonomie est évaluée à l'aide de la grille nationale, dite grille « agir » qui permet de déterminer si la personne peut accomplir un certain nombre d'actes essentiels de la vie quotidienne).

Le montant de la nouvelle allocation est modulé en fonction des ressources et du degré de dépendance du bénéficiaire. L'APA est uniforme sur tout le territoire national, même si le barème varie selon que la personne âgée reste à domicile ou est accueillie en établissement.

L'APA servie en établissement correspond au tarif afférent à la dépendance applicable dans l'établissement. Une partie des ressources du bénéficiaire peut ne pas être prise en compte afin de préserver les moyens d'existence du conjoint resté à domicile.

Les établissements concernés sont ceux visés à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles (modifié par l'article 4 de la loi). Il s'agit :

- des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées ou des adultes handicapés (CASF art L.312-1, 5°) ;
- des établissements de santé publics ou privés, ayant pour objet de dispenser des soins de longue durée, comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (code santé art L.6111-2, 2°).

L'APA est égale au montant des dépenses correspondant au degré de perte d'autonomie de son bénéficiaire dans le tarif afférent à la dépendance, diminué d'une participation du bénéficiaire de l'allocation. Cette participation est calculée en fonction de ses ressources.

A titre expérimental et seulement si les établissements sont volontaires, l'APA en établissement peut être versée par le président du conseil général sous la forme d'une dotation budgétaire globale (et non individuellement pour chaque personne âgée), en prenant en compte le niveau de perte d'autonomie moyen de l'ensemble des résidents de l'établissement. L'enveloppe globale n'inclut pas la participation des résidents.

L'APA est accordée par décision du président du conseil général et servie par le département. La décision d'attribution est prise par le président du conseil général sur proposition d'une commission départementale présidée par lui-même ou par son représentant. Elle peut être versée directement aux services prestataires d'aide à domicile ou aux établissements d'hébergement, avec l'accord du bénéficiaire, afin d'éviter à la personne de faire l'avance des frais.

Les sommes servies au titre de l'APA ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire.

2.2. MODIFICATIONS BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES

Compte tenu de la création de l'aide personnalisée à l'autonomie, il est apparu nécessaire de modifier le plan de compte des budgets annexes « Unités de soins de longue durée » et « Activités relevant de la loi sociale » (codifiés par les lettres B, E, J, K, N, P).

Ces modifications portent sur la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels, la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans ces budgets annexes, la nomenclature des comptes ouverts à la balance des comptes du grand livre de ces budgets annexes.

Ainsi, le groupe fonctionnel n°1 en recettes des budgets annexes « Unités de soins de longue durée » et « Activités relevant de la loi sociale » (codifiés par les lettres B, E, J, K, N, P) s'intitule désormais « Produits afférents aux soins ». Il regroupe tous les comptes de produits relatifs aux soins et auparavant comptabilisés dans deux groupes fonctionnels distincts.

Le groupe fonctionnel n°2 en recettes de ces budgets annexes concerne désormais les produits relatifs à la dépendance.

Les subdivisions du compte 706 ont été modifiées dans la nomenclature de la balance des comptes du grand livre comme suit :

- 7061 Produits des tarifications relevant de l'activité de soins de longue durée et des activités relevant de la loi sociale (inchangé)
- 70612 Forfait journalier de soins (nouveau compte)
- 70616 Dotation globale des établissements relevant de l'article L 312-1 du CASF (changement d'intitulé)
- 706171 Département (compte qui n'est plus réservé aux seuls EHPAD)
- 706172 Hébergé (compte qui n'est plus réservé aux seuls EHPAD)
- 70618 Autres produits des établissements relevant de la loi sociale (inchangé)
- 7062 Forfait journalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale) (nouveau compte)
- 70641 Tarif dépendance couvert par l'APA (changement d'intitulé)
- 70642 Participation du résident au tarif dépendance (changement d'intitulé)
- 70643 Contribution de l'assurance maladie prévue à l'article 30 du décret 99-316 du 26/4/99 (inchangé)
- 70644 Dotation budgétaire globale (APA) (nouveau compte)
- 7065 Produits des activités faisant l'objet d'une tarification spécifique (inchangé)
- 70661 Dotation globale de financement soins (inchangé)
- 70662 Hébergés (inchangé)
- 70663 Forfait global de soins - article 5 de la loi APA (nouveau compte)
- 70671 Prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (article 10 du décret n° 99-316 du 26/4/99) (inchangé)
- 70672 Prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (option tarif journalier partiel)

Les comptes suivants sont à supprimer :

- 706112 Forfait journalier de soins (maison de retraite ou logement foyer ou hospice ou service de soins infirmiers à domicile)
- 706122 Forfait journalier de soins (soins de longue durée)
- 70613 Prix de journée hébergement (établissements comportant un forfait de soins)
- 70614 Prix de journée (établissements pour personnes âgées sans forfait de soins)
- 70615 Prix de journée des autres établissements relevant de la loi sociale
- 70621 Dotation globale (forfait global annuel de soins : unité de soins de longue durée et maisons de retraite tenues en budget annexe des EPS)
- 70627 Forfait journalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale)
- 7063 Prestation spécifique dépendance

L'annexe n° 3 de la présente instruction récapitule ces différentes modifications pour la nomenclature budgétaire et comptable des budgets annexes « Unités de soins de longue durée » et « Activités relevant de la loi sociale ».

La liste des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand livre du budget général et des budgets annexes sera mise à jour au 1^{er} janvier 2002 dans les applications informatiques Clara et HTR. L'instruction codificatrice M21 sera également mise à jour des modifications budgétaires et comptables intervenues depuis le 1^{er} janvier 2000 dans le courant de l'année 2002.

Enfin la présente instruction diffuse, pour information, la circulaire DSS-1A/DHOS-F2 n° 2001/465 du 27 septembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2001 des établissements financés par dotation globale (annexe 4).

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

Pour le Directeur Général de la Comptabilité Publique
LE SOUS-DIRECTEUR CHARGÉ DE LA 6^{ÈME} SOUS-DIRECTION

OLLIVIER GLOUX

ANNEXE N° 1 : Circulaire DHOS/F4/DGCP/6B n° 468 du 28 septembre 2001 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable : nomenclature 2002 et seuil de comptabilisation en section d'investissement ou en section d'exploitation

REPUBLIQUE FRANCAISE

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

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

Bureau F4

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

**DIRECTION GENERALE
DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE**

Bureau 6B

LA MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

LE MINISTRE DELEGUE A LA SANTE

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

A

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

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

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

MESDAMES ET MESSIEURS
LES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENT DE
SANTE FINANCE PAR DOTATION GLOBALE
(pour exécution)

MESDAMES ET MESSIEURS
LES TRESORIER PAYEURS GENERAUX

CIRCULAIRE DHOS/F4/DGCP/6B/2001 N° 468 du 28 septembre 2001 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable : nomenclature 2002 et seuil de comptabilisation en section d'investissement ou en section d'exploitation.

ANNEXE N° 1 (suite)

Résumé :

- Actualisation de la nomenclature des comptes composants les groupes fonctionnels
- Actualisation de la nomenclature des comptes à ouvrir dans la comptabilité
- Actualisation de la nomenclature des comptes à ouvrir dans la balance des comptes du grand livre
- Seuil à partir duquel un bien est enregistré en section d'investissement ou d'exploitation

Champ d'application :

- Etablissements de santé financés par dotation globale, sauf les dispositions relatives à la tenue de la balance et à l'adaptation de la circulaire interministérielle n°47 du 15 juillet 1991 qui ne concernent que les seuls établissements publics de santé.

Date d'application :

- 1^{er} janvier 2002

Mots clés :

- Comptes à ouvrir et à supprimer
- Transposition de seuil en euros

Textes de référence :

- Décret n° 99-41 du 21 janvier 1999 fixant la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels.
- Décret n° 2001-525 du 14 juin 2001 modifiant la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels visés aux articles L 6145-1 et L 6414-7 du code de la santé publique.
- Arrêté du 21 janvier 1999 fixant la liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements publics de santé et des établissements de santé privés financés par dotation globale.
- Arrêté du 14 juin 2001 modifiant la liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements publics de santé et des établissements de santé privés financés par dotation globale.
- Arrêté du 21 janvier 1999 modifiant la liste des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand livre au titre du budget général et des budgets annexes des établissements publics de santé.
- Arrêté du 14 juin 2001 modifiant la liste des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand livre au titre du budget général et des budgets annexes des établissements publics de santé.

Texte à abroger :

- Circulaire DH/9B/91-51 du 15 juillet 1991 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements d'hospitalisation portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicable aux établissements d'hospitalisation publics.

ANNEXE N° 1 (suite)

La transposition des comptabilités « francs » en « euros » donne lieu à la constatation d'écarts tenant aux opérations de conversion et d'arrondi. Outre les écarts afférents aux opérations de trésorerie pour lequel un compte spécifique avait été créé en 1999, le basculement du bilan en euros nécessite une ultime adaptation des nomenclatures comptables.

Par ailleurs, le seuil de 2500 francs qui détermine l'imputation d'un bien en section d'investissement ou en section d'exploitation, mentionné dans la circulaire interministérielle n°51 du 15 juillet 1991, doit être transposé en euros.

Enfin, les nomenclatures des budgets annexes unités de soins de longue durée et activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975 doivent être adaptées pour tenir compte des évolutions législatives intervenues avec la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Tel est l'objet de la présente circulaire.

I - ADAPTATION DES NOMENCLATURES

La nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels, la nomenclature budgétaire et comptable applicable aux établissements financés par dotation globale et la balance des comptes du grand livre applicable aux seuls établissements publics de santé sont modifiées selon les dispositions ci-dessous.

1.1 Nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels des budgets annexes « unités de soins de longue durée » et « activités relevant de la loi sociale » (lettres mnémotechniques B, E, J, K, N, P).

La composition des groupes fonctionnels des budgets annexes « unités de soins de longue durée » et « activités relevant de la loi sociale » (lettres mnémotechniques B, E, J, K, N, P) est modifiée comme suit :

- *groupe fonctionnel n°1 en recettes :*

Le groupe fonctionnel n°1 en recettes « forfait global de soins » s'intitule désormais « Produits afférents aux soins ».

Les comptes suivants sont ouverts dans ce groupe fonctionnel :

70612 Forfait journalier de soins

70662 hébergé

70663 Forfait global de soins – article 5 de la loi APA

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

Le compte 70621 « Dotation globale (forfait global annuel de soins : unité de soins de longue durée et maisons de retraite tenues en budget annexe des EPS) » est supprimé

ANNEXE N° 1 (suite)

- *groupe fonctionnel n°2 en recettes :*

Le groupe fonctionnel n°2 en recettes « forfaits journaliers de soins » s'intitule désormais « Produits afférents à la dépendance ».

Les comptes suivants sont ouverts dans ce groupe fonctionnel :

70641 Tarif dépendance couvert par l'APA

70642 Participation du résident au tarif dépendance

70643 Contribution de l'assurance maladie prévue à l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999.

70644 Dotation budgétaire globale APA

Les comptes suivants sont supprimés dans ce groupe fonctionnel :

706112 Forfait journalier de soins (activités autres que soins de longue durée)

706122 Forfait journalier de soins (longue durée)

70662 Hébergé

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

- *Groupe fonctionnel n°3 en recettes :*

Le groupe fonctionnel n° 3 en recettes « Produits de l'hébergement » est maintenu avec le même libellé.

Les comptes suivants sont ouverts dans ce groupe fonctionnel :

7062 Forfait journalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale)

Les comptes suivants sont supprimés dans ce groupe fonctionnel :

70613 Prix de journée hébergement (établissements comportant un forfait de soins)

70614 Prix de journée (établissements pour personnes âgées sans forfait de soins)

70615 Prix de journée des autres établissements relevant de la loi sociale

70627 Forfait journalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale)

7063 Prestation spécifique dépendance

7064 Tarifs dépendance (EHPAD).

1.2 Nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans le budget général et les budgets annexes des établissements de santé financés par dotation globale.

1.2.1 Budget général-

1.2.1.1 Les comptes de tiers –classe 4-

Pour l'exercice 2002, deux types d'écart de conversion pourront être comptabilisés ce qui conduit à subdiviser le compte 4785 « Ecart de conversion – Euro » en deux sous-comptes :

- 47855 « Ecart de conversion : opérations de trésorerie »

- 47858 « Ecart de conversion : bilan 2001 »

ANNEXE N° 1 (suite)

➤ Le compte 47855 « Ecart de conversion : opérations de trésorerie » enregistre les écarts liés aux opérations de trésorerie, comptabilisés auparavant au compte 4785 « Ecart de conversion – Euro ».

Le compte 47855 est alimenté automatiquement en débit des écarts de conversion positifs et en crédit des écarts de conversion négatifs.

Le comptable apure ce compte en fin d'exercice. Si le solde du compte 47855 est créditeur, l'apurement des écarts s'effectue par le crédit du compte 515 « Compte au Trésor ». Si le solde du compte est débiteur, l'apurement des écarts s'effectue par le débit du compte 515 « Compte au Trésor ».

➤ Le compte 47858 « Ecart de conversion : bilan 2001 » est mouvementé par le solde du compte 589 « Virements internes – reprise des balances de sortie » qui enregistre l'écart de conversion constaté lors de la transposition du bilan de sortie 2001 en francs au bilan d'entrée 2002 en euros.

Le compte 47858 est soldé au cours de l'exercice 2002 par l'émission d'un titre sur le compte 768 « Autres produits financiers » ou d'un mandat sur le compte 668 « Autres charges financières ».

1.2.1.2 les comptes financiers -Classe 5-

Le compte 589 « Virements internes – reprise des balances de sortie » est créé.

Il enregistre les écarts de conversion liés au basculement du bilan de sortie 2001 en francs au bilan d'entrée 2002 en euros. Le solde débiteur ou créditeur de ce compte est soldé par le crédit ou le débit du compte 47858 « Ecart de conversion : bilan 2001 ».

1.2.2 Budgets annexes « unités de soins de longue durée » et « activités relevant de la loi sociale » de plus de 100 lits et de moins de 100 lits (lettres mnémotechniques B, E, J, K, N, P)

les comptes de produits -Classe 7-

Liste des comptes à ouvrir

70644 Dotation budgétaire globale (APA)

70663 Forfait global de soins - article 5 de la loi APA

ANNEXE N° 1 (suite)

Les comptes suivants changent d'intitulé

- Le compte 70612 « Forfait de soins en maisons de retraite ou logement foyer ou hospice, ou service de soins infirmiers à domicile » a désormais comme intitulé 70612 « Forfait journalier de soins » ;
- Le compte 70616 « Dotation globale des établissements relevant de la loi sociale » s'intitule désormais 70616 « Dotation globale des établissements relevant de l'article L 312-1 du CASF » ;
- Le compte 70617 « Tarif hébergement EHPAD » s'intitule 70617 « Tarif hébergement » ;
- Le compte 7062 « Forfaits à la charge de l'assurance maladie ou des personnes hébergées » s'intitule 7062 Forfait journalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale) ;
- Le compte 7064 « Tarif dépendance EHPAD » devient 7064 « Tarif dépendance » ;
- Le compte 70641 « Département » se nomme 70641 « Tarif dépendance couvert par l'APA » ;
- Le compte 70642 « Hébergé » devient 70642 « Participation du résident au tarif dépendance » ;
- Le compte 7066 « Tarif soin EHPAD » devient 7066 « Tarifs soins ».

Liste des comptes à supprimer :

70611 Forfait de soins en maison de retraite ou logement foyer ou hospice ou service de soins infirmiers à domicile

706112 Forfait journalier de soins

706122 Forfait journalier de soins

70613 Prix de journée hébergement (établissements comportant un forfait de soins)

70614 Prix de journée (établissements pour personnes âgées sans forfait de soins)

706141 valides

706142 invalides

706143 autres

70615 Prix de journée des autres établissements relevant de la loi sociale

70621 « Dotation globale (forfait global annuel de soins : unité de soins de longue durée et maisons de retraite tenues en budget annexe des EPS) »

70627 Forfait journalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale)

7063 Prestation spécifique dépendance

1.3 Nomenclature des comptes ouverts à la balance des comptes du grand livre du budget général et des budgets annexes (uniquement pour les établissements publics de santé)

1.3.1 budget général

1.3.1.1. Les comptes de tiers –classe 4-

Le compte 4785 « Ecart de conversion – Euro » est supprimé.

ANNEXE N° 1 (suite)

Les comptes suivants sont ouverts :

- 47855 « Ecart de conversion : opérations de trésorerie »
- 47858 « Ecart de conversion : bilan 2001 »

1.3.1.2. Les comptes financiers -Classe 5-

Le compte 589 « Virements internes – reprise des balances de sortie » est créé.

1.3.2 Budgets annexes « unités de soins de longue durée » et « activités relevant de la loi sociale » (lettres mnémotechniques B, E, J, K, N, P)

Comptes de produits – classe 7

Liste des comptes à ouvrir

- 70612 « Forfait journalier de soins »
- 7062 Forfait journalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale)
- 70644 Dotation budgétaire globale (APA)
- 70663 « Forfait global de soins - article 5 de la loi APA »

Les comptes suivants changent d'intitulé

- Le compte 70616 « Dotation globale des établissements relevant de la loi sociale » s'intitule désormais 70616 « Dotation globale des établissements relevant de l'article L 312-1 du CASF » ;
- Le compte 70641 « Département » se nomme 70641 « Tarif dépendance couvert par l'APA »
- Le compte 70642 « Hébergé » devient 70642 « Participation du résident au tarif dépendance »

Liste des comptes à supprimer :

- 706112 Forfait journalier de soins (maison de retraite ou logement foyer ou hospice ou service de soins infirmiers à domicile)
- 706122 Forfait journalier de soins (soins de longue durée)
- 70613 Prix de journée hébergement (établissements comportant un forfait de soins)
- 70614 Prix de journée (établissements pour personnes âgées sans forfait de soins)
- 70615 Prix de journée des autres établissements relevant de la loi sociale

ANNEXE N° 1 (suite)

70621 « Dotation globale (forfait global annuel de soins : unité de soins de longue durée et maisons de retraite tenues en budget annexe des EPS) »

70627 Forfait journalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale)

7063 Prestation spécifique dépendance

II - TRANSPOSITION EN EUROS DU SEUIL A PARTIR DUQUEL UN BIEN EST ENREGISTRE EN FONCTIONNEMENT OU EN INVESTISSEMENT.

Le seuil de 2500 francs mentionné dans la circulaire interministérielle n° 51 du 15 juillet 1991 rectificative à la circulaire n°421 du 17 décembre 1990 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements d'hospitalisation publics est adapté comme suit :

Sont considérés comme une charge de la section d'investissement :

- tout bien dont la durée de vie est supérieure à 1 an et dont la valeur est supérieure à 380 euros T.T.C. ;
- tout meuble meublant (table, bureau, chaise...) dont la durée de vie est supérieure à 1 an, (imputation comptable 2184) quel que soit son montant ;
- le matériel et l'outillage (compte 2154), le matériel de bureau et le matériel informatique (compte 2183), dont la valeur unitaire est inférieure à 380 euros T.T.C. mais acquis dans le cadre d'un équipement initial ou d'un renouvellement complet, significatif par la quantité. Cette information est précisée au comptable par l'ordonnateur.

Sont considérés comme une charge de la section de fonctionnement :

- tout bien dont la durée de vie est inférieure à 1 an (quel que soit son montant) ;
- hormis le cas de l'équipement initial ou du renouvellement complet, sont, en outre, imputées sur cette section, les acquisitions suivantes dont la valeur unitaire est inférieure à 380 euros TTC :

matériel et outillage

matériel de bureau

matériel informatique

ANNEXE N° 1 (suite et fin)

➤ Si un bien se compose de plusieurs éléments qui peuvent être achetés séparément (meubles de rangement modulables, par exemple), il y a lieu de prendre en considération le prix global de ce bien et non la valeur de chaque élément pour apprécier la limite de 380 euros T.T.C. prévue ci-dessus ».

Nous vous remercions de bien vouloir faire remonter toutes les difficultés d'application de la présente circulaire au bureau F4 de la DHOS et au bureau 6B de la DGCP.

Pour la Ministre de l'Emploi
et de la solidarité

Pour le Ministre de l'Economie, des finances
et de l'industrie

et pour le Ministre délégué à la santé

Par délégation,

Par délégation,

Par empêchement du directeur de
l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Le Chef de service

Le directeur général
de la comptabilité publique

Le Sous-directeur

Jean DEBEAUPUIS

Olivier GLOUX

ANNEXE N° 2 : Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

NOR : MESX0100027L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel no 2001-447 DC du 18 juillet 2001,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

**DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES ET RELATIVES
A L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

Article 1er

Le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Chapitre II

« Allocation personnalisée d'autonomie

« Section 1

« Allocation personnalisée d'autonomie
et qualité des services aux personnes âgées

« Art. L. 232-1. - Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.

« Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

« Art. L. 232-2. - L'allocation personnalisée d'autonomie, qui a le caractère d'une prestation en nature, est accordée, sur sa demande, dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire, à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie, évaluée à l'aide d'une grille nationale, également définies par voie réglementaire.

« Les personnes sans résidence stable doivent, pour prétendre au bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie, élire domicile auprès de l'un des organismes mentionnés à l'article L. 232-13, agréé à cette fin conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et par le président du conseil général.

« Sous-section 1

« Prise en charge et allocation personnalisée
d'autonomie à domicile

« Art. L. 232-3. - Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale.

« L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à la charge de celui-ci. Le montant maximum du plan d'aide est fixé par un tarif national en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 et revalorisé au 1er janvier de chaque année, au moins conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année civile à venir.

ANNEXE N° 2 (suite)

« Art. L. 232-4. - La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2, selon un barème national revalorisé au 1er janvier de chaque année comme les pensions aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale.

« Les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l'intéressé lorsqu'elles ont été constituées en sa faveur par un ou plusieurs de ses enfants ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie.

« De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire.

« Art. L. 232-5. - Pour l'application de l'article L. 232-3, sont considérées comme résidant à domicile les personnes accueillies dans les conditions fixées par les articles L. 441-1 à L. 443-10 ou hébergées dans un établissement visé au II de l'article L. 312-8.

« Art. L. 232-6. - L'équipe médico-sociale recommande, dans le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3, les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire.

« Dans les cas de perte d'autonomie les plus importants déterminés par voie réglementaire, lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie est, sauf refus exprès du bénéficiaire, affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail.

« Quel que soit le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie, le montant de celle-ci est modulé, dans des conditions fixées par voie réglementaire, suivant l'expérience et le niveau de qualification de la tierce personne ou du service d'aide à domicile auquel il fait appel.

« Art. L. 232-7. - Dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer au président du conseil général le ou les salariés ou le service d'aide à domicile à la rémunération desquels est utilisée l'allocation personnalisée d'autonomie. Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions.

« Si le bénéficiaire choisit de recourir à un service d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail, l'allocation personnalisée d'autonomie destinée à le rémunérer peut être versée sous forme de titre emploi-service.

« Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité. Le lien de parenté éventuel avec son salarié est mentionné dans sa déclaration.

« Le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie peut être suspendu à défaut de la déclaration mentionnée au premier alinéa dans le délai d'un mois, si le bénéficiaire n'acquiesce pas la participation mentionnée à l'article L. 232-4, ou, sur rapport de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-3, soit en cas de non-respect des dispositions de l'article L. 232-6, soit si le service rendu présente un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral de son bénéficiaire.

« Sous-section 2

« Allocation personnalisée d'autonomie en établissement

« Art. L. 232-8. - I. - Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne hébergée dans un établissement visé à l'article L. 312-8, elle est égale au montant des dépenses correspondant à son degré de perte d'autonomie dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance, diminué d'une participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie.

« La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources, déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4, selon un barème national revalorisé au 1er janvier de chaque année comme les pensions aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale.

ANNEXE N° 2 (suite)

« Les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l'intéressé lorsqu'elles ont été constituées en sa faveur par un ou plusieurs de ses enfants ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie.

« II. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 232-15 et dans le cadre de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 312-8, l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement peut, à titre expérimental, être versée par le président du conseil général qui assure la tarification de l'établissement volontaire sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance qui prend en compte le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents de l'établissement.

« Cette dotation budgétaire globale n'inclut pas la participation des résidents prévue au I du présent article.

« Les tarifs afférents à la dépendance pour les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement relevant d'autres départements que celui du président du conseil général qui a le pouvoir de tarification sont calculés conformément aux articles L. 315-1 et L. 315-6 et versés directement à l'établissement, le cas échéant, sous forme de dotation globale. Ces versements sont pris en compte pour le calcul de la dotation globale afférente à la dépendance.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. L'évaluation des résultats de l'expérimentation intervient dans le cadre du bilan prévu à l'article 15 de la loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

« Art. L. 232-9. - Il est garanti aux personnes accueillies dans les établissements visés à l'article L. 232-8 habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, un montant minimum tenu à leur disposition après paiement des prestations à leur charge mentionnées aux 2o et 3o de l'article L. 315-1 dont le montant, réévalué chaque année, est fixé par voie réglementaire.

« Art. L. 232-10. - Lorsque les conjoints, les concubins ou les personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité résident, l'un à domicile, l'autre dans un établissement, le montant des prestations mentionnés aux 2o et 3o de l'article L. 315-1 restant à la charge de ce dernier est fixé de manière qu'une partie des ressources du couple correspondant aux dépenses courantes de celui des conjoints, concubins ou personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité restant à domicile lui soit réservée par priorité.

« Cette somme ne peut être inférieure à un montant fixé par décret. Elle est déduite des ressources du couple pour calculer les droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et à l'aide sociale visée à l'article L. 231-4 auxquels peut prétendre celui des conjoints, des concubins ou des personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité qui est accueilli en établissement.

« Art. L. 232-11. - Les droits à prestation de la personne accueillie en établissement sont examinés au regard de l'allocation personnalisée d'autonomie puis au titre de l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4.

« Si la participation au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 232-8 ne peut être acquittée par un résident, celle-ci peut être prise en charge par l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4 dans les conditions prévues au livre Ier.

« Section 2

« Gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie

« Art. L. 232-12. - L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée par décision du président du conseil général et servie par le département sur proposition d'une commission présidée par le président du conseil général ou son représentant.

« Un décret précise les modalités de fonctionnement et la composition de cette commission qui réunit notamment des représentants du département et des organismes de sécurité sociale.

« En cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social, le président du conseil général attribue l'allocation personnalisée d'autonomie à titre provisoire, et pour un montant forfaitaire fixé par décret, à dater du dépôt de la demande et jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 232-14.

« L'allocation personnalisée d'autonomie est servie aux personnes sans résidence stable par le département où elles sont domiciliées en application du dernier alinéa de l'article L. 232-2.

ANNEXE N° 2 (suite)

« Art. L. 232-13. - Une convention, dont les clauses respectent un cahier des charges fixé par arrêté interministériel, est conclue entre le département et les organismes de sécurité sociale pour organiser les modalités de leur coopération pour la mise en oeuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile.

« Des conventions portant sur tout ou partie de cette mise en oeuvre, et particulièrement sur celle des plans d'aide, peuvent également être conclues entre le département et des institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux, notamment des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, des centres locaux d'information et de coordination ou des organismes régis par le code de la mutualité ou des services d'aide à domicile agréés dans les conditions prévues à l'article L. 129-1 du code du travail. Toutefois, dans ce dernier cas, les institutions et organismes précédemment mentionnés ne peuvent participer à la mise en oeuvre du plan d'aide qu'ils ont défini.

« Les départements assurent la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un schéma arrêté conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département.

« Le schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit des modalités d'information du public et de coordination des prestataires s'appuyant notamment sur des centres locaux d'information et de coordination.

« Art. L. 232-14. - L'instruction de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie comporte l'évaluation du degré de perte d'autonomie du demandeur et, s'il y a lieu, l'élaboration d'un plan d'aide par l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-3.

« Lorsqu'il n'y a pas lieu d'élaborer un plan d'aide, un compte rendu de visite comportant des conseils est établi.

« Les droits à l'allocation personnalisée d'autonomie sont ouverts à compter de la date du dépôt d'un dossier de demande complet. Dans un délai de deux mois à compter de cette date, le président du conseil général notifie la décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie au bénéficiaire. A défaut d'une notification dans ce délai, l'allocation personnalisée d'autonomie est réputée accordée pour un montant forfaitaire fixé par décret à compter du dépôt du dossier complet, jusqu'à la notification d'une décision expresse.

« L'allocation personnalisée d'autonomie fait l'objet d'une révision périodique. Elle peut être révisée à tout moment en cas de modification de la situation du bénéficiaire.

« L'allocation personnalisée d'autonomie est versée mensuellement à son bénéficiaire. Toutefois, une partie de son montant peut, compte tenu de la nature des dépenses, être versée selon une périodicité différente dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 232-15. - L'allocation personnalisée d'autonomie est, le cas échéant, avec l'accord de son bénéficiaire, versée directement aux services prestataires d'aide à domicile visés à l'article L. 129-1 du code du travail ou aux établissements visés au 5o de l'article L. 312-1 du présent code et au 2o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Cet accord peut être repris à tout moment par le bénéficiaire.

« Art. L. 232-16. - Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. Lesdites informations doivent être limitées aux données nécessaires à l'identification de la situation du demandeur en vue de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie. Elles sont transmises et utilisées dans les conditions garantissant leur confidentialité.

« Art. L. 232-17. - Chaque département transmet, dans des conditions fixées par décret, au fonds institué par l'article L. 232-21, à la fois des données comptables relatives aux dépenses nettes d'allocation personnalisée d'autonomie et des données statistiques et comptables relatives au développement du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie, à ses principales caractéristiques et notamment à celles de ses bénéficiaires ainsi qu'à l'activité des équipes médico-sociales et au suivi des conventions visées respectivement aux articles L. 232-3 et L. 232-13, de façon à alimenter un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

ANNEXE N° 2 (suite)

« Art. L. 232-18. - Le demandeur, le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie ou, le cas échéant, son représentant, le maire de la commune de résidence ou le représentant de l'Etat dans le département peut saisir la commission mentionnée à l'article L. 232 12 pour qu'elle formule des propositions en vue du règlement des litiges relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie.

« Pour l'exercice de cette attribution, la commission s'adjoit des représentants des usagers ainsi que des personnalités qualifiées, dont des représentants des organisations de retraités et personnes âgées désignés par les comités départementaux des retraités et personnes âgées.

« Art. L. 232-19. - Les sommes servies au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire.

« Art. L. 232-20. - Les recours contre les décisions relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie sont formés devant les commissions départementales mentionnées à l'article L. 134-6, dans des conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 134-1 à L. 134-10.

« Lorsque le recours est relatif à l'appréciation du degré de perte d'autonomie, la commission départementale mentionnée à l'article L. 134-6 recueille l'avis d'un médecin titulaire d'un diplôme universitaire de gériatrie ou d'une capacité en gériatrie et gériatrie, choisi par son président sur une liste établie par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

« Section 3

« Financement de l'allocation personnalisée d'autonomie

« Art. L. 232-21. - I. - Il est créé un fonds dont la mission est de contribuer au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie. Ce fonds, dénommé "Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie", est un établissement public national à caractère administratif.

« Les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds, la composition de son conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, et la composition de son conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement et des représentants des départements, des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse et des personnes âgées, sont déterminées par voie réglementaire.

« Le conseil d'administration du fonds transmet chaque année au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, un rapport présentant ses comptes prévisionnels pour l'année en cours et l'année suivante. Un rapport du conseil de surveillance, transmis selon les mêmes modalités, rend compte de la mise en oeuvre du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie à partir des données statistiques mentionnées à l'article L. 232-17.

« II. - Les dépenses du fonds sont constituées par :

« 1° Un concours versé aux départements, destiné à prendre en charge une partie du coût de l'allocation.

« Le montant de ce concours est réparti annuellement entre les départements, en fonction de la part des dépenses réalisées par chaque département au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie dans le montant total des dépenses au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie constaté l'année précédente pour l'ensemble des départements ; il est modulé en fonction du potentiel fiscal déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales et du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion de chaque département.

« Toutefois, au titre des deux premières années de fonctionnement du fonds, ce concours est réparti entre les départements en fonction du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, du potentiel fiscal déterminé selon les mêmes modalités et du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion de chaque département.

« Le montant ainsi réparti :

« - ne peut excéder par département la moitié des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie dudit département. Le cas échéant, l'excédent constaté fait l'objet d'une régularisation au cours de l'exercice suivant ;

ANNEXE N° 2 (suite)

« - est majoré pour les départements dont les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie rapportées au nombre de personnes âgées du département de plus de soixante-quinze ans excèdent d'au moins 30 % les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie de l'ensemble des départements rapportées au nombre total de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans sur l'ensemble du territoire national.

« Cette majoration, égale à 80 % de la fraction de dépenses excédant le seuil de 30 %, est prise en charge par le fonds et minore, à due concurrence, les montants à répartir en fonction des trois critères visés ci-dessus.

« Des acomptes sont versés aux départements. Ils sont établis sur la base des trois critères visés ci-dessus, dans la limite de 80 % des recettes disponibles du fonds après prise en compte des dépenses visées au 2° et au 3°. Ils sont régularisés au cours de l'exercice suivant par application de l'ensemble des critères ainsi définis, dans la limite des recettes de l'exercice au titre duquel est effectuée la régularisation.

« En aucun cas, les dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie de chaque département ne peuvent excéder un montant moyen par bénéficiaire égal à 80 % du montant au 1er janvier 2001 de la majoration pour tierce personne mentionnée à l'article L. 335-1 du code de la sécurité sociale revalorisée, chaque année, comme les prix à la consommation hors tabac aux termes du rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année civile à venir. Les dépenses effectuées en dépassement de ce seuil sont prises en charge en totalité par le fonds et minorent, à due concurrence, les montants à répartir.

« L'ensemble de ces dispositions sera réexaminé avant la fin de l'exercice 2003, en fonction du bilan mentionné à l'article 15 de la loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 précitée ;

« 2° Les dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, afin notamment de promouvoir des actions innovantes, de renforcer la professionnalisation et de développer la qualité de ces services.

« Ces dépenses sont retracées dans une section spécifique du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, dénommée "Fonds de modernisation de l'aide à domicile", abondée par une fraction de la recette mentionnée au 2o du III ; cette fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, ne peut être inférieure à 3 % ni supérieure à 10 % des sommes en cause.

« Les projets de modernisation de l'aide à domicile sont agréés par le ministre chargé de l'action sociale et financés par le fonds dans la limite des crédits disponibles ;

« 3° Le remboursement des frais de gestion du fonds.

« III. - Les recettes affectées au financement des dépenses prévues au II sont constituées par :

« 1° Une participation des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause ;

« 2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. »

TITRE II DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 2

I. - Le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est complété par une section 4 intitulée : « Dispositions communes ». Cette section 4 comprend les articles L. 232-10, L. 232-11, L. 232-12, L. 232-15, L. 232-16 et L. 232-24 du même code dans leur rédaction applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi, qui deviennent respectivement les articles L. 232-22, L. 232-23, L. 232-24, L. 232-25, L. 232-26 et L. 232-27.

ANNEXE N° 2 (suite)

II. - Le même code est ainsi modifié :

- 1° Aux articles L. 132-8 et L. 132-9, les mots : « , la prestation spécifique dépendance » sont supprimés ;
- 2° Au dernier alinéa de l'article L. 132-8, les mots : « , de la prestation spécifique dépendance » sont supprimés ;
- 3° Aux articles L. 232-22, L. 232-23, L. 232-24, L. 232-25 et L. 232-26, les mots : « la prestation spécifique dépendance » sont remplacés par les mots : « l'allocation personnalisée d'autonomie » ;
- 4° Aux articles L. 232-25, L. 232-26 et L. 232-27, les mots : « la prestation » sont remplacés par les mots : « l'allocation » ;
- 5° A l'article L. 232-22, la référence : « L. 232-2 » est remplacée par la référence : « L. 232-3 » ;
- 6° A l'article L. 232-26, les mots : « au deuxième alinéa des articles L. 232-19 et L. 232-23 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 232-15 » ;
- 7° A l'article L. 232-27, la référence : « L. 232-15 » est remplacée par la référence : « L. 232-25 » ;
- 8° L'article L. 315-5 est abrogé ;
- 9° Au deuxième alinéa de l'article L. 315-1, les mots : « L. 315-5, après avis du président du conseil général » sont remplacés par les mots : « L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale » ;
- 10° A l'article L. 315-15, la référence : « L. 315-5, » est supprimée.

III. - La section 4 du chapitre II du titre III du livre II du même code est complétée par un article L. 232-28 ainsi rédigé :

« Art. L. 232-28. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

IV. - Le troisième alinéa de l'article L. 113-2 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Ce comité a également pour mission d'évaluer le développement qualitatif et quantitatif du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie au terme des deux ans d'application. Cette mission ne comprend pas la réforme de la grille mentionnée à l'article L. 232-2. »

Article 3

L'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 245-3. - Toute personne qui a obtenu le bénéfice de l'allocation compensatrice avant l'âge mentionné à l'article L. 245-1 et qui remplit les conditions prévues par l'article L. 232-2 peut choisir, dans des conditions fixées par décret, lorsqu'elle atteint cet âge et à chaque renouvellement de l'attribution de cette allocation, le maintien de celle-ci ou le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie. »

Article 4

L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8. - I. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 5o de l'article L. 312-1 et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 du présent code que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2003 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté interministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.

ANNEXE N° 2 (suite)

« II. - Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret ont la possibilité de déroger aux règles mentionnées au 1o de l'article L. 315-1. Dans ces établissements, les modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux sont fixées par décret.

« III. - Les établissements accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes inférieur au seuil mentionné au I doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées. »

Article 5

A titre transitoire, les établissements mentionnés à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles perçoivent jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle prévue audit article et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 :

1o Un forfait global de soins correspondant au montant global des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2001 ;

2o Des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du conseil général en application du 2o de l'article L. 315-1 du même code ;

3o Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement calculés en prenant en compte les produits mentionnés au 1° et au 2° ;

En application de l'article L. 232-8 du même code, l'allocation personnalisée d'autonomie accordée à une personne hébergée dans un établissement dont les tarifs et le forfait global sont fixés conformément aux dispositions du présent article est égale au montant des tarifs mentionnés au 2o diminués de la participation du bénéficiaire de cette allocation.

Article 6

Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

« La tarification des établissements mentionnés à l'article L. 312-8 est arrêtée :

« 1o Pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par l'autorité compétente de l'Etat, après avis du président du conseil général et de la caisse régionale d'assurance maladie ;

« 2o Pour les prestations relatives à la dépendance acquittées par l'usager ou, si celui-ci remplit les conditions mentionnées à l'article L. 232-2, prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie, par le président du conseil général, après avis de l'autorité compétente de l'Etat ;

« 3o Pour les prestations relatives à l'hébergement, dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, par le président du conseil général.

« Cette tarification est notifiée aux établissements au plus tard soixante jours à compter de la date de notification des dotations régionales limitatives mentionnées à l'article L. 315-9, pour l'exercice en cours, lorsque les documents nécessaires à la fixation de cette tarification ont été transmis aux autorités compétentes.

« Pour les établissements visés à l'article L. 342-1, les prix des prestations mentionnées au 3o ci-dessus sont fixés dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6. »

Article 7

L'article L. 315-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

ANNEXE N° 2 (suite)

« Art. L. 315-6. - Les montants des éléments de tarification afférents à la dépendance et aux soins mentionnés aux 1o et 2o de l'article L. 315-1 sont modulés selon l'état de la personne accueillie au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« La convention mentionnée à l'article L. 312-8 précise la périodicité de la révision du niveau de perte d'autonomie des résidents selon la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie. En cas de désaccord entre les deux médecins précités sur cette validation, une commission départementale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et des collectivités territoriales, détermine le classement définitif.

« Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie arrêtée dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale mentionnée à l'article L. 351-1. »

Article 8

Après le deuxième alinéa de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le Fonds de solidarité vieillesse gère également le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 9

I. - Au 1° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,15 % » est remplacé par le taux : « 1,05 % ».

II. - Au IV de l'article L. 136-8 du même code, le taux : « 1,15 % » est remplacé par les mots : « 1,05 %, au fonds institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ».

III. - Les dispositions relatives aux recettes prévues au 2o du III de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 1er de la présente loi, sont applicables :

1° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, aux revenus perçus à compter du 1er janvier 2002 ou, pour les revenus professionnels visés à l'article L. 136-4 du même code, sur les revenus pris en compte pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2002 ;

2° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à compter de l'imposition des revenus de l'année 2001 ;

3° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, aux produits de placement sur lesquels est opéré à partir du 1er janvier 2002 le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts et aux revenus assujettis en application du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à compter de cette même date ;

4° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au I de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, aux tirages, événements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 2001 ;

5° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au II de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur les sommes engagées à compter du 1er janvier 2002 ;

6° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur le produit brut des jeux et des gains réalisés à compter du 1er janvier 2002.

ANNEXE N° 2 (suite)

Article 10

I. - L'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L.162-24-1. - La tarification des prestations supportées par l'assurance maladie et délivrées par les établissements et services mentionnés aux 2o, 5o et 9o de l'article L. 312-1 et à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, à l'exception de ceux mentionnés au 2o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, au 2o de l'article L. 312-14, aux articles L. 343-2, L. 344-1, au 2o de l'article L. 344-7, ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 344-3 du code de l'action sociale et des familles, est fixée par l'autorité compétente de l'Etat, après avis de la caisse régionale d'assurance maladie et, le cas échéant, du président du conseil général.

« Les commissions interrégionales de la tarification sanitaire et sociale sont compétentes en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les décisions de l'autorité susmentionnée. »

II. - L'article L. 174-7 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « énumérés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « et services mentionnés à l'article L. 162-24-1 ».

III. - L'article L. 174-8 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-8. - Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 162-24-1 sont versées à l'établissement ou au service par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement ou le service, pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans un établissement ou un service le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

« Les sommes versées aux établissements et services pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.

« Les modalités d'application des alinéas précédents sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« La participation de l'assuré social aux dépenses relatives aux soins prévus à l'article L. 174-7 peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les organismes d'assurance maladie et l'aide sociale versent directement à l'établissement leur participation aux dépenses de soins non compris dans le forfait mentionné à l'article L. 174-7, lorsque ceux-ci sont demandés par le ou les médecins attachés audit établissement et que ce dernier en a assuré le paiement. »

IV. - Après le mot : « dispositions », la fin de l'article L. 174-9 du même code est ainsi rédigée : « des articles L. 162-24-1 et L. 174-8 ».

V. - A l'article L. 174-13 du même code, les mots : « les deuxième et troisième alinéas de » sont supprimés.

VI. - Les articles L. 6116-1 à L. 6116-3 du code de la santé publique sont abrogés.

Article 11

Dans le premier alinéa du 1o de l'article 199 sexdecies du code général des impôts, les mots : « les conditions prévues à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ».

Article 12

Le e du I de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

ANNEXE N° 2 (suite)

« e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret. »

Article 13

A l'article L. 3321-1 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un 10o bis ainsi rédigé :

« 10o bis Les dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie ; »

Article 14

Après l'article L. 3321-1 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article L. 3321-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 3321-2. - Les dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie sont retracées dans un chapitre individualisé du budget du département. »

Article 15

Le Gouvernement présentera au Parlement, au plus tard le 30 juin 2003, un rapport d'évaluation quantitative et qualitative de l'application de la présente loi, en s'appuyant notamment sur les rapports du conseil d'administration et du conseil de surveillance du fonds institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles et sur celui du comité scientifique institué par l'article 17 de la présente loi.

Article 16

Les personnes bénéficiant, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, de prestations attribuées en vertu des conventions mentionnées à l'article 38 de la loi no 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale peuvent choisir, dans des conditions fixées par décret, entre le maintien de ces prestations qui sont prises en charge dans les conditions fixées par lesdites conventions, ou l'allocation personnalisée d'autonomie.

Article 17

Il est créé un comité scientifique dont la mission est d'adapter des outils d'évaluation de l'autonomie. Ce comité, dont la composition est déterminée par un décret, présentera au Parlement ses conclusions avant le 31 janvier 2003.

Article 18

Au début du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « durée indéterminée », sont insérés les mots : « ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions visées à l'article L. 122-1-1 du code du travail ».

Article 19

I. - Les personnes bénéficiant, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, de la prestation spécifique dépendance peuvent solliciter l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, dans les conditions mentionnées à l'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles. Elles continuent à percevoir la prestation spécifique dépendance jusqu'à la notification par le président du conseil général de la décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie.

II. - Il est procédé, au plus tard le 1er janvier 2004, dans les conditions mentionnées à l'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles, au réexamen des droits au regard de la présente loi des bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance qui n'auraient pas sollicité l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

ANNEXE N° 2 (suite)

III. - Les personnes admises au bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie qui étaient, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, titulaires de la prestation spécifique dépendance, de l'allocation compensatrice pour tierce personne, des prestations servies au titre des dépenses d'aide ménagère à domicile des caisses de retraite ou des dispositions mentionnées à l'article 16 de la présente loi ne peuvent voir leurs droits réduits ou supprimés. Sous réserve, s'agissant des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, des dispositions des articles L. 232-5 et L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles, elles bénéficient, s'il y a lieu, d'une allocation différentielle qui leur garantit un montant de prestation équivalent à celui antérieurement perçu, ainsi que du maintien des avantages fiscaux et sociaux auxquels elles pouvaient prétendre.

Article 20

Sauf disposition contraire, les modalités d'application de la présente loi sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article 21

I. - Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur le 1er janvier 2002.

II. - Les articles L. 132-8, L. 132-9, L. 232-1 à L. 232-25 du code de l'action sociale et des familles, dans leur rédaction applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi, demeurent applicables aux personnes auxquelles le bénéfice de la prestation spécifique dépendance a été reconnu avant sa date d'entrée en vigueur.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 20 juillet 2001.

Jacques Chirac
Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice,
Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur,
Daniel Vaillant

La secrétaire d'Etat aux personnes âgées,
Paulette Guinchard-Kunstler

(1) Loi n° 2001-647.

- Travaux préparatoires :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 2936 ;

Rapport de M. Pascal Terrasse, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 2971 ;

Discussion les 18 et 19 avril 2001 et adoption après déclaration d'urgence le 19 avril 2001.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 270 (2000-2001) ;

Rapport de M. Alain Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, n° 315 (2000-2001) ;

Avis de M. Michel Mercier, au nom de la commission des finances, n° 316 (2000-2001) ;

Discussion les 15, 16 et 22 mai 2001 et adoption le 22 mai 2001.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat ;

Rapport de M. Pascal Terrasse, au nom de la commission mixte paritaire, n° 3090.

Sénat :

Rapport de M. Alain Vasselle, au nom de la commission mixte paritaire, n° 341 (2000-2001).

ANNEXE N° 2 (suite et fin)

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 3082 ;

Rapport de M. Pascal Terrasse, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 3093 ;

Discussion et adoption le 7 juin 2001.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, n° 367 (2000-2001) ;

Rapport de M. Alain Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, n° 375 (2000-2001) ;

Discussion et rejet le 19 juin 2001.

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat en nouvelle lecture, n° 3152 ;

Rapport de M. Pascal Terrasse, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 3178 ;

Discussion et adoption, en lecture définitive, le 26 juin 2001.

- Conseil constitutionnel :

- Décision du Conseil constitutionnel n° 2001-447 DC du 18 juillet 2001 publiée au Journal officiel de ce jour.

ANNEXE N° 3 : Tableau récapitulant les modifications des subdivisions du compte 706 pour les budgets annexes « Unités de soins de longue durée » et « Activités relevant de la loi sociale ».

NOMENCLATURE 2001	NOMENCLATURE 2002	COMMENTAIRE
7061 Produits des tarifications relevant de l'activité de soins de longue durée et des activités relevant de la loi sociale	7061 Produits des tarifications relevant de l'activité de soins de longue durée et des activités relevant de la loi sociale	inchangé
70611 Forfait de soins en maison de retraite ou logement foyer ou hospice ou service de soins infirmiers à domicile (2R)		supprimé
706112 Forfait journalier de soins (2R)		supprimé
70612 Forfaits de soins de longue durée (2R)	70612 Forfait journalier de soins (1R)	Changement d'intitulé et de groupe fonctionnel Ce compte enregistre les forfaits journaliers de soins
706122 Forfait journalier de soins (2R)		supprimé
70613 Prix de journée d'hébergement (établissement comportant un forfait de soins) (3R)		supprimé
70614 Prix de journée (établissements pour personnes âgées sans forfait de sons) (3R)		supprimé
706141 Valides (3R)		supprimé
706142 Invalides (3R)		supprimé

ANNEXE N° 3 (suite)

706143 Autres (3R)		supprimé
70615 Prix de journée des autres établissements relevant de la loi sociale (3R)		supprimé
70616 Dotation globale des établissements relevant de la loi sociale (3R)	70616 Dotation globale des établissements relevant de l'article L 312-1 du CASF (3R)	Changement d'intitulé
70617 Tarif hébergement EHPAD (3R)	70617 Tarif hébergement (3R)	Changement d'intitulé Désormais les subdivisions de ce compte peuvent être utilisées par tous les établissements comportant un tarif hébergement et non plus seulement par les EHPAD
706171 Département (3R)	706171 Département (3R)	Inchangé Produit lié à l'hébergement et versé par le département quand la personne est admise à l'aide sociale
706172 Hébergé (3R)	706172 Hébergé (3R)	Inchangé Compte qui enregistre la participation de l'hébergé pour ses frais d'hébergement
70618 Autres produits des établissements relevant de la loi sociale (3R)	70618 Autres produits des établissements relevant de la loi sociale (3R)	inchangé

ANNEXE N° 3 (suite)

7062 Forfaits à la charge de l'assurance maladie ou des personnes hébergées	7062 Forfait journalier (article L174-4 du code de la sécurité sociale) (3R)	Changement d'intitulé Sont enregistrés à ce compte les produits antérieurement comptabilisés au compte 70627
70621 Dotation globale (Forfait global annuel de soins : unités de soins de longue durée et maisons de retraite tenues en budget annexe des EPS) (1R)		Supprimé. La dotation globale correspondant au forfait global annuel de soins des unités de soins de longue durée et maisons de retraite tenues en budget annexe est désormais comptabilisée au compte 70663.
70627 Forfait journalier (article L174-4 du code de la sécurité sociale) (3R)		Supprimé (les sommes enregistrées sur ce compte sont désormais comptabilisées au compte 7062)
7063 Prestation spécifique dépendance (3R)		Supprimé
7064 Tarif dépendance EHPAD (3R)	7064 Tarif dépendance (2R)	Changement d'intitulé et de groupe fonctionnel Les subdivisions de ce compte concernent les établissements hébergeant des personnes âgées dépendante (article 5 de la loi APA)
70641 Département (3R)	70641 tarif dépendance couvert par l'APA (2R)	Changement d'intitulé et de groupe fonctionnel Ce compte enregistre la part du tarif dépendance couvert par l'APA (ainsi que la prestation spécifique dépendance qui peut être versée dans l'attente de l'attribution de l'aide personnalisée à l'autonomie) L'APA est égale au montant des dépenses correspondant au degré de perte d'autonomie de la personne, diminuée d'une participation du bénéficiaire.
70642 Hébergé (3R)	70642 participation du résident au tarif dépendance (2R)	Changement d'intitulé et de groupe fonctionnel Ce compte enregistre la participation de l'hébergé au tarif dépendance qui est calculée en fonction de ses ressources et de son degré de dépendance.

ANNEXE N° 3 (suite)

70643 Contribution de l'assurance maladie prévue à l'article 30 du décret 99-316 du 26/4/99 (3R)	70643 Contribution de l'assurance maladie prévue à l'article 30 du décret 99-316 du 26/4/99 (2R)	Changement de groupe fonctionnel Compte créé en application de l'article 30 du décret n° 99-316 pour ce que l'on appelle communément un système de « clapet anti-retour » (cf. instruction n°00-098-M21).
	70644 Dotation budgétaire globale (APA) (2R)	Nouveau Article L232-8 du code de l'action sociale et des familles : dans le cadre de la convention pluriannuelle, l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement peut être versée par le président du conseil général qui assure la tarification de l'établissement sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance et qui prend en compte le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents de l'établissement.
7065 produits des activités faisant l'objet d'une tarification spécifique (4R)	7065 produits des activités faisant l'objet d'une tarification spécifique (4R)	inchangé
7066 Tarif soins EHPAD	7066 Tarif soins	Changement intitulé. Ce compte s'applique pour tous les établissements comportant un tarif soins.
70661 dotation globale de financement soins (1R)	70661 dotation globale de financement soins (1R)	Inchangé. Ce compte enregistre la dotation globale de financement soins des EHPAD
70662 hébergés (2R)	70662 hébergés (1R)	Changement de groupe fonctionnel. Un titre de recettes est émis sur ce compte à l'encontre de l'hébergé d'un EHPAD qui n'est pas pris en charge par un régime d'assurance maladie
	70663 Forfait global de soins – article 5 de la loi APA (1R)	Nouveau. Comptabilise le forfait global annuel de soins des unités de soins de longue durée, des établissements hébergeant des personnes âgées (article L 3128 du CASF). Ce compte reprend les produits comptabilisés auparavant au compte 70621.

ANNEXE N° 3 (suite et fin)

7067 produits des prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers afférents aux soins (2R)	7067 produits des prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers afférents aux soins (1R)	Changement de groupe fonctionnel
70671 prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (article 10 du décret n°99-316 du 26/4/99) (2R)	70671 prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (article 10 du décret n°99-316 du 26/4/99) (1R)	Changement de groupe fonctionnel. Pour les EHPAD, en vertu de l'article 10 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999, les prestations mentionnées aux rubriques a à h décret sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie mais ne peuvent pas être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins.
70672 prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (option tarif journalier partiel) (2R)	70672 prestations exclues du calcul des tarifs journaliers afférents aux soins (option tarif journalier partiel) (1R)	Changement de groupe fonctionnel. Pour les EHPAD, dans le cas de l'option tarifs partiel, les éléments exclus des tarifs journaliers afférents aux soins sont d'abord pris en charge directement par l'hébergé lui-même. Ce dernier sera ensuite remboursé par la caisse d'assurance maladie.

ANNEXE N° 4 : Circulaire DSS-1A/DHOS-F2 n° 2001/465 du 27 septembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2001 des établissements financés par dotation globale

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS Sous-direction des affaires financières Bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées, F 2 DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE Sous-direction du financement du système de soins Bureau des établissements de santé, 1 A Affaire suivie par : Sylvie Doucet – tél : 01-40-56-75-51	
	RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
	Le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité Le Ministre délégué à la Santé
	à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences Régionales de l'hospitalisation (<i>pour mise en œuvre</i>) Madame et Messieurs les Préfets de régions Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (<i>pour information</i>) Mesdames et Messieurs les Préfets de départements Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (<i>pour information</i>)

CIRCULAIRE DSS/1 A/DHOS/F 2 n° 2001-465 du 27 septembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2001 des établissements de santé financés par dotation globale

NOR : MESH0130661C

Date d'application : immédiate.

Textes de référence :

Articles LO. 111-3 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
Articles L. 6145-1 et L. 6145-4 du nouveau code de la santé publique ;
Arrêté du 1er février fixant pour l'année 2001 l'objectif des dépenses d'assurance maladie et le montant total des dépenses hospitalières encadrées pour les établissements de santé de la France métropolitaine financées par dotation globale ;
Arrêté ministériel du 26 février fixant les dotations régionales de dépenses hospitalières pour 2001 ;
Circulaire DHOS-O-F2/DGS/DSS-1A/n° 2000-603 du 13 décembre 2000 ;
Circulaire DSS-1A/DHOS-F2 n° 2001-125 du 6 mars 2001, relatives à la campagne budgétaire pour 2001 des établissements de santé financés par dotation globale ;

Pièces jointes :

Annexe VIII : Tableaux notifiant les dotations régionales de dépenses hospitalières au 1er juillet 2001 ;
Annexe VIII : Mesures salariales générales pour 2001 ;
Annexe VIII : Utilisation de la provision de 0,29 % ;
Annexe IIIV : Surcoût CCN des CLCC ;
Annexe IIIV : Programme « prisons 13 000 » ;
Annexe IIVI : Tableau des mesures de santé publique ;
Annexe IVII : Liste des mesures restant à déléguer ;
Annexe VIII : Enquête sur les dépenses de psychiatrie ;
Annexe IIIX : Régularisation crédits protocole médical du 13 mars 2000.

ANNEXE N° 4 (suite)

La ministre de l'emploi et de la solidarité ; le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de régions (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de départements (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) La présente circulaire a pour objet de vous faire connaître le montant de vos dotations régionales des dépenses hospitalières modifiées. Une évaluation précise du coût des mesures à financer dans le cadre de l'enveloppe prévisionnelle de 0,98% vous permettra d'accorder aux établissements les compléments de crédits nécessaires au financement de ces mesures. Par ailleurs, un certain nombre de mesures nouvelles qui n'avaient pu être prises en compte en début de campagne budgétaire sont désormais connues et sont financées soit sur le solde de la provision conservée au niveau régional, soit par des crédits ajoutés à vos dotations régionales initiales. Par ailleurs, vous serez rappelés quelques éléments de suivi du déroulement de la campagne budgétaire en cours.

I. Utilisation de l'enveloppe prévisionnelle de 0,98 %

Une enveloppe prévisionnelle, correspondant à 0,98 % de votre dotation régionale de base, vous a été déléguée dès le début d'année pour financer les mesures de revalorisation salariales ainsi que diverses mesures découlant des protocoles en faveur du service public hospitalier de mars 2000. Il vous avait été demandé d'affecter immédiatement une quotité de 0,69 % aux établissements et de mettre en réserve le solde, soit 0,29 %, dans l'attente de l'issue des négociations en cours. Celles-ci étant achevées, il convient de faire le point sur l'utilisation de la provision accordée.

I.1. Les mesures salariales générales

La valeur du point d'indice dans la fonction publique, revalorisée de 0,5 % au 1er décembre 2000, a été augmentée de 0,5 % au 1er mai 2001 et sera à nouveau revalorisée de 0,7 % au 1er novembre 2001. L'effet masse de ces mesures en 2001 correspond à une augmentation de 0,95 % de la masse salariale des établissements.

Par ailleurs, il a été décidé l'attribution de points d'indices, au 1er mai 2001, en faveur des agents dont les indices sont inférieurs à 350 :

indice < 254 : 5 points ;

indice < 263 : 4 points ;

indice < 275 : 3 points ;

indice < 321 : 2 points ;

indice < 350 : 1 point.

L'incidence de ces mesures a été évaluée à 0,18 % de la masse salariale globale des établissements.

Le financement des mesures salariales générales et les mesures en faveur des « bas salaires » dans la fonction publique hospitalière et de leur équivalence dans le secteur privé, correspond à un montant de 2,125 milliards de francs en métropole et 58,464 millions de francs dans les départements d'outre-mer. Les mesures concernant les établissements publics peuvent être délégués dès maintenant. En ce qui concerne les établissements privés, les crédits correspondants à l'augmentation de 0,5% en décembre doivent être consacrés au financement de la mise en oeuvre de la réduction du temps de travail, conformément aux accords conclus. Des instructions ultérieures vous préciseront les modalités d'attribution des crédits aux établissements privés pour les différentes mesures applicables en 2001. Le tableau joint en annexe II vous indique la répartition régionale des crédits nécessaires au financement de ces mesures.

I.2. La revalorisation des filières de la fonction publique hospitalière

Conformément au protocole du 14 mars 2000 signé entre le gouvernement et des organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière, des négociations se sont engagées sur les filières administratives, ouvrières, techniques et paramédicales, les sages-femmes et les cadres et ont abouti au protocole d'accord du 14 mars 2001. Les mesures issues de ce protocole concernent l'ensemble des métiers de l'hôpital et s'étalent sur 6 années. Pour 2001 les mesures en cause entrent en vigueur au 1er octobre et concernent :

ANNEXE N° 4 (suite)

- la filière administrative (nouvelles modalités de recrutement dans le corps des adjoints administratifs pour les agents administratifs, création d'un corps d'attaché d'administration hospitalière, et octroi de points NBI aux adjoints des cadres assurant des fonctions d'encadrement et aux secrétaires médicaux) ;
- la filière technique (attribution d'une NBI aux adjoints techniques, revalorisation de la carrière des ingénieurs hospitaliers) ;
- la filière ouvrière (classement en catégorie B du corps d'agent chef avec recrutement externe, transformation de 10 000 OPS en OPQ et basculement de ces derniers dans le corps des maîtres ouvriers, transformation de 1 200 contremaîtres en agents chef 2e catégorie, accès au NEI des conducteurs ambulanciers) au 1er octobre 2001 ;
- la filière médico-technique (revalorisation des aides de laboratoires, de pharmacie et de radiologie, classement en CII des préparateurs en pharmacie).

Les crédits nécessaires au financement de ces mesures sont intégrés définitivement dans vos dotations régionales de dépenses hospitalières conformément au tableau joint en annexe III. Des précisions sur les modalités d'application de ces mesures vous seront adressées par circulaire séparée.

I.3. Les autres mesures déléguées dans le cadre de l'enveloppe prévisionnelle

Quatre autres mesures avaient été incluses dans l'enveloppe prévisionnelle :

- la contribution des établissements de santé au financement de la formation assurée par l'ENSP ;
- la création de 30 postes équivalent-temps plein de médecins du travail prévue par le protocole du 14 mars 2000 ;
- l'augmentation de la cotisation à la formation professionnelle pour les agents de la fonction publique hospitalière ;
- la mise en oeuvre du repos de sécurité des médecins.

Les trois dernières mesures sont reportées en 2002, et la contribution des établissements à la formation de l'ENSP sera financée en 2001, conformément à la prévision initiale. Le nouveau dispositif statutaire des directeurs d'hôpitaux prévoit en effet la prise en charge, par les établissements de santé, par la voie de la contribution annuelle, de la formation au cycle préparatoire au concours d'entrée des élèves directeurs ainsi que des formations d'adaptation à l'emploi.

Vous trouverez en annexe III le détail des mesures qui peuvent désormais être attribuées aux établissements et dont le financement avait été prévu dans le cadre de la dotation prévisionnelle intégrée dans vos dotations régionalisées des dépenses hospitalières.

Comme vous le constatez, le coût de ces mesures est inférieur aux prévisions initiales. Le solde constaté région par région permet de financer en partie un certain nombre de mesures nouvelles.

II. Les mesures nouvelles

II.1. La rémunération du travail de fin de semaine des internes

Le travail supplémentaire de fin de semaine effectué par les internes est désormais rémunéré dès lors qu'ils participent effectivement à la permanence et la sécurité des soins. Les crédits nécessaires au financement de cette mesure vous ont été indiqués dans la circulaire DHOS/M2 du 28 mai 2001.

ANNEXE N° 4 (suite)

II.2. La régularisation de deux mesures du protocole en faveur des praticiens hospitaliers du 13 mars 2000

Le montant des crédits attribués en 2000 avec effet report en 2001 avaient été jugés insuffisants par certaines ARH pour deux des mesures contenues dans le protocole précité : la prime dite de service public exclusif et la revalorisation des carrières des praticiens hospitaliers. L'étude effectuée sur ces deux mesures a permis de mettre en évidence que les crédits nécessaires à leur financement ont été correctement évalués au niveau national, mais que leur répartition régionale ne correspondait pas exactement aux besoins des régions. En effet celle-ci s'est appuyée sur les données du fichier SIGMED encore insuffisamment renseigné dans certains départements. Un renoncement important à l'exercice de l'activité libérale qui a entraîné une sous-estimation des bénéficiaires de la prime dite de service public exclusif a pu localement aggraver l'insuffisance de crédits. La situation de chaque région a été réexaminée en tenant compte des effectifs de praticiens tels qu'ils étaient comptabilisés dans SIGMED à fin octobre 2000 et des praticiens qui pouvaient prétendre à l'attribution de la prime « service public exclusif » recensés par les agences régionales de l'hospitalisation. Le tableau joint en annexe IX permet de comparer les montants attribués pour ces deux mesures en 2000 et 2001 et les montants estimés nécessaires après enquête. Il a été décidé d'accorder une dotation complémentaire dont vous trouverez le montant dans la dernière colonne de ce même tableau aux régions pour lesquelles les crédits ont été insuffisants sur l'ensemble des deux mesures.

II.3. Les accords de la FEHAP

La Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée (FEHAP) a conclu le 20 février dernier un accord relatif aux médecins (attribution d'une prime mensuelle de 2 400 F) et un accord relatif aux sages-femmes (attribution d'une prime indiciaire mensuelle de 35 points) qui ont été agréés par arrêté ministériel du 6 avril dernier. Ces accords prenant effet au 1er septembre 2000, les crédits correspondant au financement en année pleine des mesures vous sont accordés à titre reductible et ceux correspondant au financement des quatre derniers mois de 2000 à titre non reductible.

II.4. L'avenant à la convention collective des centres de lutte contre le cancer (CLCC) relatif au statut social des praticiens

La mise en oeuvre des mesures prévues par l'avenant n° 2000-01 se traduit par une dépense supplémentaire pour les CLCC qui est financée par une dotation complémentaire de 71 millions de francs. Vous trouverez dans le tableau de l'annexe IV la répartition de ces crédits opérée avec l'ensemble des centres concernés.

II.5. Le protocole d'accord avec la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI)

Un certain nombre de mesures visant à mieux reconnaître le statut d'étudiants en soins infirmiers, à améliorer la situation de l'étudiant infirmier et à accompagner l'augmentation du nombre d'étudiants en soins infirmiers a été décidé récemment. Deux de ces mesures seront financées par les établissements hospitaliers support des instituts de formation en soins infirmiers ou ayant conclu une convention avec un institut en soin infirmier autonome. Un arrêté ministériel fixera les modalités d'indemnisation étendue à l'ensemble des stages pendant les 3 années d'études, qui prendra effet à partir de la rentrée de septembre 2001. Le niveau d'indemnisation par semaine de stage est de 150 F en 1re année, de 200 F en 2e année et 250 F en 3e année. Les frais de déplacement occasionnés par les stages se trouvant en dehors de la commune où est situé l'institut de formation seront pris en charge selon des modalités fixées par arrêté ministériel. Cette mesure prend également effet à la rentrée de septembre.

Les textes nécessaires à la mise en oeuvre de ces mesures doivent être publiés dans le courant de l'été. Les crédits permettant aux établissements de financer ces mesures sont ajoutés à vos dotations régionales des dépenses hospitalières conformément au tableau de l'annexe I. Nous vous demandons de prendre dès maintenant contact avec les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, pour procéder à la répartition de ces crédits entre les établissements en fonction du nombre d'élèves accueillis dans les IFSI.

ANNEXE N° 4 (suite)

II.6. Les postes d'enseignants des IFSI supplémentaires

Le financement de 400 postes nouveaux de moniteurs recrutés à compter du 1er septembre 2001 a été intégré à vos dotations régionales initiales, pour permettre le maintien des quotas des étudiants en soins infirmiers lors de la rentrée de 2001. La répartition des quotas entre régions ayant été revue entre 2000 et 2001, il apparaît qu'un renforcement en enseignants est nécessaire dans les régions qui connaîtront une augmentation sensible du nombre d'étudiants en 2001. Les crédits accordés permettent de financer 16 postes supplémentaires, ce qui porte à 416 postes le nombre de postes de moniteurs créés en 2001.

II. 7. Les missions d'appui conseil dans le cadre de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail pour la fonction publique hospitalière

Les missions d'appui conseil organisées dans les établissements de la fonction publique hospitalière de moins de 500 agents sont financées par un dispositif spécifique à raison de 50 000 F pour les établissements de moins de 200 agents titulaires et 60 000 F pour les établissements comptant entre 200 et 500 agents titulaires. Le nombre d'agents est apprécié au niveau de l'entité juridique, et dans les établissements comprenant des structures financées par budget annexe, seul l'établissement principal sera financé. Les modalités d'application de cette mesure vous sont précisées dans la circulaire du 13 juillet 2001. Les crédits accordés pour le financement de cette mesure ne sont pas reductibles, ils ne peuvent en conséquence être reportés sur 2002.

II. 8. La formation des membres des CTE et des CHSCT

Le protocole du 14 mars 2000 en faveur du service public hospitalier a prévu que des actions de formation doivent être engagées à l'égard des représentants du personnel titulaire, membres des comités techniques d'établissement et des comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail des établissements publics de santé. Une circulaire en cours de diffusion vous apportera toutes les précisions nécessaires sur les modalités d'attribution de cette mesure.

II. 9. La prise en charge des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du « programme 13 000 »

Vous trouverez en annexe V le tableau récapitulatif des crédits accordés aux établissements hospitaliers chargés d'assurer la prise en charge des soins aux personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du « programme 13 000 », et pour lesquels des notifications individuelles vous ont préalablement été adressées.

II. 10. Les créations de postes médicaux

Les tranches 2001 des programmes de créations de postes de praticiens hospitaliers en médecine polyvalente d'urgence et de créations de postes d'assistants ont été notifiées le 20 juillet 2001. Comme les années précédentes ces créations de postes sont financées à compter du 1er juillet (soit 6 mois).

Par ailleurs, il a été décidé la création de 7 postes médicaux pour renforcer les vigilances sanitaires, de 3 postes pour la prise en charge de la surdité (ORL) et 5 postes en génétique. Des notifications individuelles adressées récemment vous ont indiqué quels étaient les établissements bénéficiaires de ces créations de postes..

II. 11. Le programme de.santé

Des notifications individuelles vous ont informé des crédits qui ont d'ores et déjà été accordés pour accompagner le développement de projets de télé médecine à des régions qui n'en ont pas obtenus dans le cadre des contrats de plan Etat-région. Les autres mesures prises dans le cadre de cette dotation spécifique vous seront adressées en début d'automne.

II. 12. La restructuration de la transfusion sanguine

Vous avez reçu en juillet dernier les notifications relatives aux mesures de redéploiement de personnel acceptées dans le cadre de la restructuration de la transfusion sanguine.

ANNEXE N° 4 (suite)

II. 13. Quelques mesures de santé publique

Vous trouverez dans le tableau VI le détail des mesures de santé publique qui ont été notifiées depuis la circulaire du 6 mars dernier ou qui vont l'être dans les tous prochains jours et qui concernent :

- la dotation de 10 millions de francs destinée à la mise en place des centres référents hospitaliers pour les troubles d'apprentissage du langage (notifications en date du 26 juillet 2001) ;
- la création de quelques centres référents hospitaliers dans la prise en charge du transsexualisme ;
- la mise en place de pôles d'accueil et de soins pour les personnes sourdes (lettres du 9 juillet 2001) ;
- la dotation de 15 millions de francs en faveur des centres d'orthogénie (la répartition des crédits a été effectuée à partir des résultats de l'enquête Blayo de 2000 et de l'enquête réalisée en 2001 auprès des agences régionales de l'hospitalisation) ;
- le complément de 6,746 millions de francs pour l'extension du fichier français des volontaires au don de moëlle osseuse et l'enrichissement de la « banque de sang de cordon » (circulaire du 22 juin 2001) ;
- le renforcement de temps médical (3 postes de praticiens) dans les établissements de santé autorisés à l'activité de prélèvement des organes et tissus sur donneur décédé (dans le cadre du contrat d'objectif et de moyens de l'Etablissement français des greffes, en sus du plan greffe) ;
- le renforcement des centres agréés pour l'activité de diagnostic préimplantatoire (création de 3 postes d'ingénieur) ;
- les dispositions transitoires prises pour assurer la distribution des facteurs VIII recombinants pour les patients hémophiles (1 vacation hebdomadaire de pharmacien pendant 6 mois). Les crédits relatifs à cette dernière mesure sont non reconductibles.

III. Gestion de la fin de la campagne budgétaire pour 2001

III. 1. Modifications des dotations régionales au 15 juillet 2001

Vous trouverez ci-joint en annexe I le montant des dotations régionales actualisées au 15 juillet 2001, qui prend en compte les financements complémentaires accordés depuis l'arrêté du 26 février dernier après utilisation des crédits non consommés de la provision de 0,29% mise en réserve.

III. 2. Financements répartis ultérieurement

La dotation spécifique pour le financement des médicaments et dispositifs coûteux réservée au sein de la dotation incompressible de santé publique ne permet pas de faire face en totalité aux coûts de traitements nouveaux dont la montée en charge en 2001 est particulièrement rapide. C'est le cas notamment du traitement de la polyarthrite rhumatoïde par le Rémicade. Un abondement de 70 millions de francs complète les 50 millions de francs qui avaient été réservés au sein de la dotation « innovations thérapeutiques » et permet de porter à 120 millions de francs les crédits qui seront consacrés à la diffusion du Rémicade. Cette enveloppe est actuellement en cours de répartition la mission de l'observation, de la prospective et de la recherche clinique (OPRC) de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Vous êtes invités à attribuer les crédits aux établissements dès réception de la circulaire spécifique relative à ce nouveau médicament.

Vous trouverez en annexe VII la liste des autres mesures qui n'ont pu être intégrées dans la présente circulaire ou qui restent à répartir d'ici la fin de la campagne budgétaire.

ANNEXE N° 4 (suite)

III. 3. Les effets de champ

Les effets de champ ne sont pas pris en compte dans la présente circulaire, à l'exception de trois opérations de fongibilité autorisées depuis l'arrêté du 26 février dernier (en Aquitaine, Centre et Lorraine). Afin de pouvoir disposer des éléments techniques nécessaires à la détermination des bases de référence pour 2002, il importe que l'ensemble des éléments de nature à effectuer le contour des dotations régionales soit recensé avant le 30 septembre 2001. Il s'agit des éléments suivants :

- les transferts entre régions au sein de la dotation hospitalière. Ils doivent être inscrits dans le programme GEODE, dès la décision prise, par la région qui transfère les crédits ;
- les transferts entre la dotation sanitaire et la dotation médico-sociale. Ces transferts doivent faire l'objet d'une information à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et à la direction générale de l'action sociale lorsqu'il s'agit du secteur handicapé. Ils doivent être arrêtés conjointement par les deux autorités administratives concernées et préciser les montants transférés en dépenses autorisées au sens des enveloppes concernées et en dépenses pour l'assurance maladie. Nous vous rappelons que ces opérations ne sont acceptées que sur la base de la neutralité pour l'assurance maladie ;
- les transferts entre établissements financés par dotation globale et les établissements relevant de l'objectif quantifié national. Ces dossiers doivent faire l'objet d'une instruction par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins avant toute décision de financement. Vous voudrez bien adresser les dossiers détaillés, au plus tard à la date indiquée ci-dessus pour les opérations devant affecter votre base régionale pour 2002, à la direction précitée (sous-direction F, bureaux F2 et F3) ;
- les admissions à la participation au service public hospitalier comportant un transfert entre lignes de l'ONDAM. Les dossiers concernés doivent être adressés à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau O3 avec copie au bureau F2), assortis des pièces nécessaires, au plus tard à la date indiquée ci-dessus pour un effet au 1er janvier 2002.

III. 4. L'identification des dépenses de psychiatrie

L'enquête permettant d'identifier la masse des dépenses consacrées à la psychiatrie tant dans les établissements spécialisés que dans les établissements généraux à partir des comptes administratifs des établissements est reconduite selon les modalités déjà utilisées ces dernières années. Le cadre d'enquête figurant en annexe VIII vous a été adressé par messagerie début août. Dans l'hypothèse où vous n'auriez pas retourné cette enquête à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau F2 - à l'attention de Bruno Chénais messagerie électronique : DHOS-F2-QF-PERSO-CORR-INEG), nous vous demandons de le faire de toute urgence.

III. 5. Le suivi de la campagne budgétaire

L'enquête sur la déformation de la structure de recettes

L'enquête sur les recalages opérés au budget primitif pour 2001 des établissements doit être complétée par les éléments sur les résultats pris en compte dans le cadre de l'article R. 714-3-49-III, à partir des comptes administratifs de 2000. Dans le cas où ces éléments ne seraient pas encore parvenus à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, nous vous demandons de les adresser par messagerie sans délai à l'adresse suivante : DHOS-F2-FIMHO-SERV-ARM, à l'attention de M. Igor Busschaert.

Nous vous rappelons que cette enquête, en 2001, comme les années précédentes, porte sur la totalité des établissements sous dotation globale. Les modifications en cours dans le cadre de la version 2 du programme GEODE devraient permettre de réaliser cette enquête à partir des comptes administratifs enregistrés dans GEODE dès l'année prochaine.

Le suivi dans GEODE

ANNEXE N° 4 (suite)

Le programme est désormais opérationnel. Nous vous demandons de veiller à la saisie de l'ensemble des données en temps réel. Nous appelons tout spécialement votre attention sur la saisie des comptes administratifs de 2000 qui sont susceptibles de fournir des éléments pour la répartition des crédits lors de la future campagne budgétaire. Il est indispensable que tous les établissements financés par dotation globale soient répertoriés dans GEODE, c'est pourquoi nous vous demandons de vérifier que les codes « MFT » (mode de fixation des tarifs) sont corrects. Nous vous rappelons que seuls les codes 02 (établissement public national), 03 (établissement public communal ou départemental), 04 (établissement privé participant au service public hospitalier), 15 (autre établissement privé financé par dotation globale), 17, 22 et 23 (établissements pour les personnes âgées dépendantes) permettent d'être intégrés dans GEODE.

*

* *

Vous voudrez bien nous faire part, sous le timbre de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre des présentes instructions.

Le directeur de la sécurité sociale,

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,

PIERRE-LOUIS BRAS

EDOUARD. COUTY

ANNEXE N° 4 (suite)

A N N E X E I

Dotations régionales des dépenses hospitalières pour 2001 (au 15 juillet 2001)

Les données sont en milliers de francs.

Mesures déléguées depuis l'arrêté du 26 février 2001.

RÉGIONS	DOTATIONS régionalisées (arrêté du 26 février 2001)	DONT CRÉDITS reductibles	GARDES des internes	RÉGULARISATION protocole médical	MÉDECINS FEHAP (R)	MÉDECINS FEHAP (NR)
Alsace	9 607 733	9 599 064	800	0	5 656	1 342
Aquitaine	12 551 101	12 537 863	800		5 158	1 224
Auvergne	6 273 321	6 268 557	800	638	4 475	1 062
Bourgogne	6 901 201	6 897 415	800		2 300	546
Bretagne	13 947 172	13 934 941	1 600		9 571	2 272
Centre	9 282 644	9 277 765	1 600		1 057	250
Champagne-Ardenne	5 937 995	5 934 546	800		62	15
Corse	1 090 681	1 078 875	0	379	0	0
Franche-Comté	5 309 046	5 300 092	800		2 237	531
Ile-de-France	61 206 785	61 063 600	8 800	1 668	66 937	15 886
Languedoc-Roussillon	9 436 182	9 426 410	1 600	449	4 413	1 047
Limousin	3 903 929	3 901 731	800	487	746	177
Lorraine	12 409 001	12 396 660	1 600		12 492	2 965
Midi-Pyrénées	10 999 721	10 988 915	800		6 774	1 608
Nord - Pas-de-Calais	17 257 857	17 245 087	800		16 097	3 820
Basse-Normandie	7 128 205	7 124 088	800		3 045	723
Haute-Normandie	7 110 329	7 103 639	800		1 429	339
Pays-de-la-Loire	12 766 295	12 753 767	1 600	5 692	4 040	959
Picardie	8 453 741	8 449 853	800		3 108	738
Poitou-Charentes	6 927 214	6 922 056	800		622	147
Provence - Alpes - Côte d'Azur	21 262 825	21 239 271	1 600	11 440	10 255	2 434
Rhône-Alpes	26 407 884	26 361 451	2 400		16 470	3 909
France métropolitaine	276 170 862	275 806 096	31 200	20 753	176 944	41 994
Guadeloupe	1 846 275	1 805 707	50	66	0	0
Guyane	787 965	787 755	0	105	0	0
Martinique	2 256 179	2 255 504	50	238	0	0
Réunion	2 662 757	2 661 894	50	6 367	2 000	500
DOM	7 553 176	7 510 860	150	6 776	2 000	500
France entière	283 724 038	283 316 956	31 350	27 529	178 944	42 494

ANNEXE N° 4 (suite)

A N N E X E I
dotations régionales des dépenses hospitalières pour 2001 (au 15 juillet 2001)

Les données sont en milliers de francs.

RÉGIONS	SAGES-femmes FEHAP (R)	SAGES-femmes FEHAP (NR)	CLCC avenant médecins	ÉLÈVES infirmiers stages	ÉLÈVES infirmiers déplacements	POSTES enseignants IFSI supplémentaires	MISSIONS d'appui (NR)	FORMATIONS membres CHSCT	FORMATION S membres CTE
Alsace	1 506	502	2 360	2 991	1 018	0	1 850	338	1 782
Aquitaine	532	177	2 908	4 431	1 507	213	1 530	261	2 095
Auvergne	0	0	4 307	2 142	729		1 250	241	1 284
Bourgogne	155	52	2 216	2 700	919		2 140	378	2 167
Bretagne	487	162	1 881	3 811	1 297	747	1 870	257	2 464
Centre	0	0	0	3 858	1 313		1 870	309	2 344
Champagne-Ardenne	0	0	2 972	2 012	684		940	189	1 445
Corse	0	0	0	230	78		200	49	321
Franche-Comté	0	0	0	1 961	667		1 160	209	1 349
Ile-de-France	2 880	960	14 040	20 067	6 827		1 460	225	4 262
Languedoc-Roussillon	332	111	2 150	3 237	1 101	107	1 530	297	1 766
Limousin	0	0	0	1 661	565	107	1 050	161	972
Lorraine	1 861	620	4 077	4 969	1 690	213	1 890	354	2 288
Midi-Pyrénées	244	81	3 533	3 143	1 069		2 060	358	2 392
Nord - Pas-de-Calais	1 085	362	2 171	7 793	2 651		1 570	317	2 560
Basse-Normandie	155	52	3 679	2 505	852		1 190	209	1 605
Haute-Normandie	0	0	2 614	3 352	1 140		1 470	321	1 622
Pays-de-la-Loire	421	140	6 080	3 936	1 339	213	3 100	634	3 202
Picardie	0	0	0	3 253	1 106		1 420	313	1 870
Poitou-Charentes	0	0	0	2 481	844	107	1 060	177	1 501
Provence - Alpes - Côte d'Azur	687	229	9 195	6 053	2 059		2 590	362	3 122
Rhône-Alpes	820	273	7 207	9 251	3 147		4 980	1 020	5 136
France métropolitaine	11 165	3 721	71 390	95 837	32 602	1 707	38 180	6 979	47 549
Guadeloupe	0	0	0	195	112		350	61	458
Guyane	0	0	0	50	29		510	17	105
Martinique	0	0	0	114	65		60	73	442
Réunion	443	148	0	329	189		170	0	289
DOM	443	148	0	688	395	0	1 090	151	1 294
France entière	11 608	3 869	71 390	96 525	32 997	1 707	39 270	7 130	48 843

ANNEXE N° 4 (suite)

ANNEXE I
dotations régionales des dépenses hospitalières pour 2001 (au 15 juillet 2001)

Les données sont en milliers de francs.

RÉGIONS	PRISONS programme 13000	CRÉATION PH urgences	CRÉATION postes assistants	AUTRES postes médicaux	E-SANTÉ (NR)	TRANSFUSION sanguine	INNOVATIONS thérapeutiques (prog. 2001) NR	DIVERSES mesures santé publique	TRAITEMENT hémophilie (NR)
Alsace	0	975	158	0	0		500	1 546	0
Aquitaine	4 773	975	2 370	1 300			2 100	700	
Auvergne	0	975	1 106	650			2 100	796	
Bourgogne	14 213	1 625	1 580	650				700	
Bretagne	0	2 275	948					400	
Centre	6 601	1 625	1 422	650		1 744		863	12
Champagne-Ardenne	4 484	1 300	948	650		1 648		1 494	
Corse	0	325	632					146	
Franche-Comté	0	1 300	1 264		500			6 500	
Ile-de-France	24 701	3 250	3 476	650		6 240	1 700	11 703	12
Languedoc-Roussillon	7 151	1 300	948	650				1 983	
Limousin	6 788	650	632					444	
Lorraine	5 200	1 300	1 422	650			1 500	546	
Midi-Pyrénées	0	975	948	650			1 000	1 346	
Nord - Pas-de-Calais	18 169	1 625	1 580	650				2 200	
Basse-Normandie	6 103	1 300	948					400	
Haute-Normandie	0	1 300	1 580					1 050	
Pays-de-la-Loire	0	975	1 580			1 862	2 100	1 641	
Picardie	0	1 300	1 580					146	
Poitou-Charentes	0	975	316			1 869	500	146	
Provence - Alpes - Côte d'Azur	24 240	2 275	2 370	1 950			2 600	4 855	12
Rhône-Alpes	14 228	2 275	2 212	650	1 500		2 100	3 296	12
France métropolitaine	136 651	30 875	30 020	9 750	2 000	13 363	16 200	42 901	48
Guadeloupe	0	390	380					175	
Guyane	0	455	220					204	
Martinique	0	390	570					175	
Réunion	0	910	880		500			204	
DOM	0	2 145	2 050	0	500	0	0	758	0
France entière	136 651	33 020	32 070	9 750	2 500	13 363	16 200	43 659	48

ANNEXE N° 4 (suite)

ANNEXE I
Dotations régionales des dépenses hospitalières pour 2001 (au 15 juillet 2001)

Les données sont en milliers de francs.

RÉGIONS	EFFET DE CHAMP						
	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	Fongibilité	Disponible sur provision de 0,29 %	DOTATIONS régionales au 01/07/2001	DONT CRÉDITS reconductibles	DOTATIONS régionales en milliers d'euros
Alsace	460	222		- 13 565	9 618 174	9 605 089	1 466 281
Aquitaine	626	0	1 900	- 18 512	12 568 529	12 550 260	1 916 060
Auvergne	0	0		- 8 850	6 287 026	6 277 850	958 451
Bourgogne	1 333	3 180		- 10 076	6 928 779	6 919 075	1 056 286
Bretagne	5 212	426		- 21 959	13 960 893	13 943 932	1 128 324
Centre	651	0	5 754	- 15 808	9 298 759	9 291 748	1 417 587
Champagne-Ardenne	0	0		- 9 261	5 948 377	5 943 973	906 824
Corse	0	0		- 1 641	1 091 400	1 079 394	166 383
Franche-Comté	0	0		- 8 877	5 318 647	5 307 502	810 823
Ile-de-France	13 080	100 939		- 81 806	61 434 742	61 170 600	9 365 666
Languedoc-Roussillon	27 000	160		- 14 830	9 478 684	9 466 064	1 445 016
Limousin	0	0		- 5 918	3 913 251	3 909 826	596 571
Lorraine	0	0	19 828	- 14 631	12 459 835	12 440 519	1 899 490
Midi-Pyrénées	0	1 022		- 17 491	11 010 233	10 010 233	1 678 499
Nord - Pas-de-Calais	0	3 330		- 24 630	17 300 007	17 278 155	2 637 369
Basse-Normandie	15 098	0		- 9 504	7 157 365	7 151 283	1 091 133
Haute-Normandie	7 000	0		- 10 037	7 124 309	7 115 810	1 086 094
Pays-de-la-Loire	0	3 575		- 19 836	12 789 548	12 767 146	1 949 754
Picardie	0	326		- 12 108	8 457 593	8 451 221	1 289 352
Poitou-Charentes	0			- 11 716	6 927 043	6 920 628	1 056 021
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12 067	7 096		- 31 414	21 338 902	21 300 387	3 253 095
Rhône-Alpes	1 953	11 868		- 38 063	26 464 528	26 393 453	4 034 491
France métropolitaine	84 408	132 144	27 482	- 400 173	276 876 624	276 277 571	42 209 569
Guadeloupe				- 3 047	1 845 465	1 804 547	281 339
Guyane	12 600	30 000		- 1 026	831 234	800 514	126 721
Martinique				- 3 965	2 254 391	2 253 656	343 680
Réunion				- 4 449	2 671 287	2 669 106	407 235
DOM	12 600	30 000	0	- 12 487	7 602 377	7 527 823	1 158 975
France entière	97 080	162 144	27 482	- 412 660	284 479 001	283 805 394	43 368 544

ANNEXE N° 4 (suite)

A N N E X E II
Mesures salariales pour 2001

Les données sont en milliers de francs.

Revalorisation salariale 2001.

RÉGIONS	COÛT TOTAL revalorisation salariale	MONTANT déjà délégué (0,69 %)	COMPLÉMENT MESURES générales à déléguer
Alsace	74 146	64 652	9 494
Aquitaine	96 697	84 315	12 382
Auvergne	48 815	42 564	6 251
Bourgogne	52 679	45 934	6 745
Bretagne	109 747	95 694	14 053
Centre	71 634	62 461	9 173
Champagne-Ardenne	46 272	40 347	5 925
Corse	8 429	7 350	1 079
Franche-Comté	41 115	35 850	5 265
Ile-de-France	470 637	410 372	60 265
Languedoc-Roussillon	72 144	62 905	9 239
Limousin	30 535	26 625	3 910
Lorraine	95 711	83 455	12 256
Midi-Pyrénées	86 436	75 368	11 068
Nord - Pas-de-Calais	131 310	114 495	16 814
Basse-Normandie	56 154	48 963	7 191
Haute-Normandie	53 630	46 763	6 867
Pays-de-la-Loire	99 247	86 539	12 708
Picardie	64 042	55 842	8 200
Poitou-Charentes	52 341	45 639	6 702
Provence-Alpes-Côte d'Azur	157 883	137 666	20 217
Rhône-Alpes	205 416	179 112	26 304
France métropolitaine	2 125 021	1 852 911	272 109
Guadeloupe	14 258	12 432	1 826
Guyane	5 787	5 046	741
Martinique	17 564	15 315	2 249
Réunion	20 855	18 185	2 671
DOM	58 464	50 978	7 486
France entière	2 183 485	1 903 889	279 596

ANNEXE N° 4 (suite)

ANNEXE III
utilisation de la provision de 0,29 %

Les données sont en milliers de francs.

RÉGIONS	MONTANT provision 0,29	EMPLOI DE LA PROVISION				
		Coût des mesures « filiales » en 2001	Coût des mesures générales en 2001	Contribution ENSP	Coût total des mesures de la provision	MONTANT disponible
Alsace	26 940	3 170	9 494	711	13 375	13 565
Aquitaine	35 298	3 760	12 382	1 004	17 146	18 152
Auvergne	17 528	1 950	6 251	477	8 678	8 850
Bourgogne	19 693	2 310	6 745	562	9 617	10 076
Bretagne	41 424	4 310	14 053	1 102	19 465	21 959
Centre	28 968	3 170	9 173	817	13 160	15 808
Champagne-Ardenne	17 741	2 040	5 925	515	8 480	9 261
Corse	3 159	340	1 079	99	1 518	1 641
Franche-Comté	16 113	1 550	5 265	421	7 236	8 877
Ile-de-France	165 843	19 260	60 265	4 512	84 037	81 806
Languedoc-Roussillon	27 803	3 010	9 239	724	12 973	14 830
Limousin	11 392	1 230	3 910	334	5 474	5 918
Lorraine	31 722	3 980	12 256	855	17 091	14 631
Midi-Pyrénées	33 008	3 570	11 068	879	15 517	17 491
Nord - Pas-de-Calais	48 014	5 350	16 814	1 220	23 384	24 630
Basse-Normandie	19 299	2 310	7 191	294	9 795	9 504
Haute-Normandie	19 845	2 360	6 867	581	9 808	10 037
Pays-de-la-Loire	37 587	3 970	12 708	1 073	17 751	19 836
Picardie	23 736	2 740	8 200	688	11 628	12 108
Poitou-Charentes	21 105	2 090	6 702	597	9 389	11 716
Provence-Alpes-Côte d'Azur	59 898	6 730	20 217	1 537	28 484	31 414
Rhône-Alpes	75 045	8 680	26 304	1 998	36 982	38 063
France métropolitaine	781 161	87 880	272 109	21 000	380 989	400 173
Guadeloupe	5 661	645	1 826	143	2 614	3 047
Guyane	2 001	188	741	46	975	1 026
Martinique	7 286	882	2 249	190	3 321	3 965
Réunion	8 035	719	2 670	197	3 586	4 449
DOM	22 983	2 433	7 486	576	10 495	12 487
France entière	804 144	90 313	279 596	21 576	391 484	412 660

ANNEXE N° 4 (suite)

ANNEXE IV
surcoût CCN des SLCC - Avenant médecins 2000-2001

Les données sont en milliers de francs.

RÉGIONS	CENTRES	SURCOÛT CC médecins	DOTATIONS régionales
Alsace	Strasbourg	2 360	2 360
Aquitaine	Bordeaux	2 908	2 908
Auvergne	Clermont-Ferrand	4 307	4 307
Bourgogne	Dijon	2 216	2 216
Bretagne	Rennes	1 881	1 881
Champagne-Ardenne	Reims	2 972	2 972
Ile-de-France			14 040
	Institut Curie	6 025	
	IGR	4 399	
	R.-Huguenin	3 616	
Languedoc-Roussillon	Montpellier	2 150	2 150
Lorraine	Nancy	4 077	4 077
Midi-Pyrénées	Toulouse	3 533	3 533
Nord - Pas-de-Calais	Lille	2 171	2 171
Basse-Normandie	Caen	3 679	3 679
Haute-Normandie	Rouen	2 614	2 614
Pays de la Loire			6 080
	Angers	3 664	
	Nantes	2 416	
Provence-Alpes-Côte d'Azur			9 195
	Nice	3 193	
	Marseille	6 002	
Rhône-Alpes	Lyon	7 207	7 207
France métropolitaine		71 390	71 390

ANNEXE N° 4 (suite)

ANNEXE V
programme « prisons 13000 »

Les données sont en milliers de francs.

RÉGIONS	ÉTABLISSEMENT de santé	TOTAL	COÛT 2001	COÛT 2002
Aquitaine		5 728	4 773	955
	CH de Périgueux	4 334	3 611	723
	CH de Montpon	1 394	1 162	232
Bourgogne		17 375	14 213	3 162
	CH de Châlon-sur-Saône	7 095	5 663	1 432
	CH d'Auxerre	6 907	5 756	1 151
	CH de l'Yonne	1 700	1 400	300
	CH de Sevrey	1 673	1 394	279
Centre		7 920	6 601	1 319
	CH de Châteaudun	5 959	4 966	993
	CH d'Henry-Ey (Bonneval)	1 961	1 635	326
Champagne-Ardenne		5 381	4 484	897
	CH de Troyes	4 177	3 481	696
	CHS de Brienne-le-Château	1 204	1 003	201
Ile-de-France		31 681	24 701	6 980
	CH d'Aulnay	10 300	7 700	2 600
	CH de Pontoise	10 100	7 600	2 500
	CASH Nanterre	11 281	9 401	1 880
Languedoc-Roussillon		10 527	7 151	3 376
	CHU de Montpellier	10 527	7 151	3 376
Limousin		8 066	6 788	1 278
	CH de Tulle	8 066	6 788	1 278
Lorraine		6 300	5 200	1 100
	CH de Verdun	4 800	4 000	800
	CHS de Fains-Veel	1 500	1 200	300
Nord - Pas-de-Calais		24 424	18 169	6 255
	CH d'Arras	7 876	5 907	1 969
	CH de la région Saint-Omer	6 499	4 875	1 624
	CH de Maubeuge	7 444	5 433	2 011
	EPSM du Val-de-Lys-Artois	2 605	1 954	651
Basse-Normandie		7 364	6 103	1 261
	CH d'Argentan	5 800	4 800	1 000
	CHO d'Alençon	1 564	1 303	261
Provence-Alpes-Côte d'Azur		36 619	24 804	11 815
	CH de Grasse	11 100	7 533	3 567
	CH d'Arles	6 459	4 440	2 019
	CH de Salon	5 800	4 000	1 800
	CH d'Aix-en-Provence	6 900	4 733	2 167
	CHS de Montfavet	1 800	1 200	600
	CH de Montperrin	4 560	2 898	1 662
Rhône-Alpes		17 074	14 228	2 846
	CH de Chambéry	5 039	4 200	839
	CH de Villefranche-sur-Saône	7 594	6 328	1 266
	CHS de La Savoie	1 616	1 346	270
	CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	2 825	2 354	471
Total		178 459	137 215	41 244

ANNEXE N° 4 (suite)

ANNEXE VI
mesures de santé publiques

Les données sont en milliers de francs.

RÉGIONS	DYSLEXIE	PRISE en charge transsexuels	ACCUEIL sourds	ORTHO- GÉNIE	FICHIER greffe	PRÉLÈ- VEMENT greffe	DIAGNOSTIC préimplantatoire	TOTAL santé publique (R)	TRAITEM ENT hémophilie (NR)
Alsace			1 000	146			400	1 546	
Aquitaine				700				700	
Auvergne				146		650		796	
Bourgogne				700				700	
Bretagne				400				400	
Centre	163			700				863	12
Champagne-Ardenne	700			146	648			1 494	
Corse				146				146	
Franche-Comté				700	5 800			6 500	
Ile-de-France	4 050	1 403	2 000	2 800		650	800	11 703	12
Languedoc-Roussillon	583		700	700				1 983	
Limousin				146	298			444	
Lorraine			400	146				546	
Midi-Pyrénées	1 200			146				1 346	
Nord - Pas-de-Calais			800	1 400				2 200	
Basse-Normandie				400				400	
Haute-Normandie				400		650		1 050	
Pays-de-la-Loire	241			1 400				1 641	
Picardie				146				146	
Poitou-Charentes				146				146	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 500	1 155	800	1 400				4 855	12
Rhône-Alpes	1 554	342		1 400				3 296	12
France métropolitaine	9 991	2 900	5 700	14 414	6 746	1 950	1 200	42 901	48
Guadeloupe				175				175	
Guyane				204				204	
Martinique				175				175	
Réunion				204				204	
DOM	0	0	0	758	0	0	0	758	0
France entière	9 991	2 900	5 700	15 172	8 696	1 950	1 200	45 609	48

ANNEXE N° 4 (suite)

ANNEXE VII**MESURES RESTANT A DELEGUER****I. - MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE**

Prise en charge psychologique des enfants maltraités.

Programme 2001 du PHRC.

Programme 2001 des innovations diagnostiques et thérapeutiques (à l'exception de la neuro-stimulation pour les patients atteints de la maladie de Parkinson).

Soutien aux soins coûteux.

II. - AIDE A L'INVESTISSEMENT ET DIVERS

Réseau « e-santé ».

Etude nationale des coûts (PMSI).

Intégration des pharmaciens à temps partiel dans le statut de PH.

MESURES NOTIFIÉES NON INTEGRÉES AU 15 JUILLET 2001

Construction des UHSI.

Mise aux normes des hélistations.

ANNEXE N° 4 (suite)

ANNEXE VIII
QUESTIONNAIRE RELATIF A L'IDENTIFICATION DES DÉPENSES
DE PSYCHIATRIE DES ÉTABLISSEMENTS SOUS DOTATION GLOBALE

Consignes générales de renseignement :

Dans ce questionnaire, cinq catégories d'établissements ont été distinguées (1a, 1b, 2, 3, 4) et au total huit montants de dépenses doivent être renseignés. Ce questionnaire doit permettre d'effectuer un classement exhaustif et unique des dépenses de psychiatrie des établissements sous dotation globale de votre région. En conséquence, il ne peut y avoir de double compte entre les huit items du questionnaire, et leur somme correspond à l'estimation totale des dépenses de psychiatrie des établissements sous dotation globale de votre région.

Les montants doivent être indiqués en milliers de francs.

Région : [_____]

1. Etablissements publics de santé, spécialisés en psychiatrie (CHS)

1 a) Pour les CHS ne disposant que de lits de psychiatrie, extraire du compte administratif 2000 (budget général) :

- les dépenses effectives de classe 6 - les recettes du groupe III (hors compte 7414) et IV : [_____]

1 b) Pour les CHS disposant également de lits de MCO ou de SSR, extraire des retraitements comptables issus du compte administratif 2000 :

- le « total des charges » de la sous-section psychiatrie de la SI 2

(cellule identifiée par « A » dans le tableau 2 des retraitements comptables ci-joints) : [_____]

- le total des charges de structures (SI3) relatives à la psychiatrie (1) : [_____]

2. Etablissements privés, spécialisés en psychiatrie, financés par dotation globale, intégrés ou non dans la sectorisation (ce champ intègre notamment les hôpitaux de jour privés non PSPH financé par DG).

Extraire du compte administratif 2000 :

- les dépenses effectives de la classe 6 - les recettes de groupe III (hors compte 7414) et IV.

3. Etablissements publics de santé, non spécialisés en psychiatrie, intégrés ou non dans la sectorisation (2)

Extraire des retraitements comptables issus du compte administratif 2000 :

- le « total des charges » de la sous-section psychiatrie de la SI2

(cellule identifiée par « A » dans le tableau 2 des retraitements comptables ci-joint) : [_____]

- le total des charges de structures (SI3) relatives à la psychiatrie (1) : [_____]

4. Les établissements privés financés par dotation globale, non spécialisés en psychiatrie, intégrés ou non dans la sectorisation (2)

Extraire des retraitements comptables issus du compte administratif 2000 :

- le « total des charges » de la sous-section psychiatrie de la SI2

(cellule identifiée par « A » dans le tableau 2 des retraitements comptables ci-joint) : [_____]

- le total des charges de structure (SI3) relatives à la psychiatrie (1) : [_____]

Total régional (somme des 8 items) :	[_____]
--------------------------------------	---------

(1) La ventilation du total des charges de la SI3 (cellule « B » du tableau 2) est réalisée au prorata du « sous-total » (ligne « C » du tableau 2) des SI 1A (MC O) 1 B (SSR) et des sous-sections de la SI2 (autres activités) dont notamment la psychiatrie.

(2) Pour les établissements hors du champ PMSI (qui ne produisent pas les retraitements comptables), les deux montants à renseigner devront être estimés à partir des éléments de leur comptabilité analytique 2000.

ANNEXE N° 4 (suite et fin)

ANNEXE VIII (suite)

CONSTITUTION DES COÛTS COMPOSÉS DES ACTIVITÉS

Le coût complet des activités est obtenu en ventilant sur chacune des activités, selon le cas, le coût de l'ensemble des UO qu'elle a consommées ou celui des coefficients de répartition qui lui reviennent :

- ICR ou lettres-clés pour les dépenses des services médico-techniques ;
- journée pour toutes les dépenses hôtelières ;
- franc de charges directes nettes pour les dépenses de logistique et de gestion générale (à appliquer au « sous-total » figurant au tableau ci-après).

TABLEAU 2 : On arrive à :

	HORS CHAMP						
	MCO	SSR	PSY	SAMU		STRUCTURE	TOTAL
Charges directes nettes							
Blocs							
Imagerie							
Labos							
Explorations fonctionnelles							
SMUR							
...(autres activités méd. techn.)							
Blanchisserie							
Restauration							
Sous-total pour ventilation des charges de logistiques et de gestion générale « C »							
Logistique et gestion générale							
Total des charges			« A »			« B »	
Nombre de journées ou d'unités d'oeuvre produites							

TABLEAU 3 : d'où on déduit les résultats du « tableau de synthèse » ci-après :

Total des dépenses de court-séjour MCO	
Total des dépenses de SSR	
Total des dépenses des autres activités	
Total des dépenses de structure	
+ Coût des médicaments inclus dans la DGF et distribués gratuitement à l'extérieur	

ANNEXE N° 4 (suite et fin)

A N N E X E I X
protocole du 13 mars 2000

Les montants sont en milliers de francs.

RÉGIONS	PRIME SERVICE PUBLIC exclusif PH (A) Ecart besoin accordé *	RÉMUNERATION des PH (B)	TOTAL (A) + (B)	RÉGULARISATION
Alsace		- 3 458	- 3 458	
Aquitaine	71	- 3 453	- 3 382	
Auvergne	861	- 223	638	638
Bourgogne	- 316	- 649	- 965	
Bretagne	738	- 2 801	- 2 063	
Centre		- 2 230	- 2 230	
Champagne-Ardenne	30	- 1 132	- 1 102	
Corse	657	- 278	379	379
Franche-Comté		- 746	- 746	
Ile-de-France	- 1 117	2 785	1 668	1 668
Languedoc-Roussillon	1 407	- 958	449	449
Limousin		487	487	487
Lorraine		- 2 746	- 2 746	
Midi-Pyrénées	- 566	- 2 098	- 2 664	
Nord - Pas-de-Calais		- 184	- 184	
Basse-Normandie		- 393	- 393	
Haute-Normandie	925	- 1 082	- 157	
Pays de la Loire	4 233	1 459	5 692	5 692
Picardie	471	- 760	- 289	
Poitou-Charentes	- 290	- 1 464	- 1 754	
Provence - Alpes - Côte d'Azur	8 060	3 380	11 440	11 440
Rhône-Alpes	124	- 4 110	- 3 986	
Total insuffisance métropole	15 577	8 111	20 753	20 753
Guadeloupe	51	15	66	66
Guyane		105	105	105
Martinique		238	238	238
Réunion	3 156	3 211	6 367	6 367
Total insuffisance DOM	3 207	3 568	6 671	6 776
Total	20 784	11 679	27 424	27 529

* La comparaison tient compte des crédits accordés en 2000 et 2001.

