



INSTRUCTION

N° 02-023-M21 du 18 mars 2002

NOR : BUD R 02 00023 J

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

ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

ANALYSE

Précisions sur l'emploi de la lettre mnémotechnique "E" et sur les conséquences de la signature de la convention tripartite pour les hôpitaux locaux.

Date d'application : 18/03/2002

MOTS-CLÉS

COLLECTIVITÉS ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX ; ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ;
ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL ; PERSONNE ÂGÉE ; TARIF ; FINANCEMENT ; BUDGET ;
DOTATION GLOBALE DES HÔPITAUX ; PRESTATION SPÉCIFIQUE DÉPENDANCE ;
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

DOCUMENTS À ANNOTER

Néant

DOCUMENTS À ABROGER

Néant

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TGAP	TPGR	TPG	RF	T	DOM						

DIFFUSION

GT 12

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

6^{ème} Sous-direction - Bureau 6B

SOMMAIRE

1. EMPLOI DE LA LETTRE MNÉMOTECNIQUE « E »	3
2. CAS DES HÔPITAUX LOCAUX QUI SIGNENT UNE CONVENTION TRIPARTITE :	4
3. COMPTABILISATION DE LA PRESTATION SPÉCIFIQUE DÉPENDANCE	5

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.....	6
ANNEXE N° 2 : Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/DSS-1A/MARTHE n° 2001/569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n° 99-316 (dit « clapet anti-retour »)	26
ANNEXE N° 3 : Circulaire DGS/DSS-1A/DHOS-O-F2 n° 2001/649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale (hors unités de soins de longue durée).....	46

La présente note de service a pour objet d'apporter des précisions aux comptables des établissements publics de santé sur les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, budgets annexes d'un établissements public de santé.

Ces précisions sont relatives :

- à l'emploi de la lettre mnémotechnique « E » pour les services qui hébergent des personnes âgées dépendantes,
- aux hôpitaux locaux qui n'ont comme activité sanitaire que l'activité de soins de longue durée pour laquelle une convention tripartite a été signée,
- à la comptabilisation de la prestation spécifique dépendance.

Cette instruction diffuse également trois circulaires du ministère de l'emploi et de la solidarité :

- la circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- la circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/DSS-1A/MARTHE n° 2001/569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n° 99-316 (dit « clapet anti-retour »),
- la circulaire DGS/DSS-1A/DHOS-O-F2 n° 2001/649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale (hors unités de soins de longue durée).

1. EMPLOI DE LA LETTRE MNÉMOTECNIQUE « E »

La lettre mnémotechnique « E » a été créée par la circulaire interministérielle DHOS/F4/DGCP/6B/2000 N° 585 du 4 décembre 2000 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements financés par dotation globale et diffusée par l'instruction n° 00-098-M21 du 18 décembre 2000.

Cette lettre mnémotechnique « E » permet d'identifier les budgets annexes des établissements publics de santé qui hébergent des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et qui ont signé la convention tripartite leur permettant de passer à une tarification ternaire stricto sensu. Elle ne doit pas être employée si la convention n'a pas été signée.

Ainsi si une maison de retraite, budget annexe d'un établissement public de santé, signe une convention tripartite au cours de l'année 2002 avec date d'application immédiate, l'emploi de la lettre mnémotechnique « E » ne peut pas être anticipé au 1^{er} janvier 2002. Jusqu'à la date de signature de la convention, les opérations de la maison de retraite seront retracées sur le budget annexe « J ». Ce budget annexe sera ensuite clôturé le jour de la signature de la convention au profit de la création d'un nouveau budget annexe EHPAD codifié par la lettre mnémotechnique « E ». Le budget de l'établissement public de santé sera modifié en conséquence.

Toutefois, il existe une exception à ce principe qui résulte d'un cas spécifique : la fusion d'un budget annexe « unité de soins de longue durée » (lettre « B ») et d'une maison de retraite (lettre « J »).

En effet, par circulaire DHOS/DSS/DGAS/MARTHE n° 2001/659 du 27/11/2001 (paragraphe 321), le ministère de l'emploi et de la solidarité a indiqué qu'il était possible de fusionner le budget annexe « USLD » et le budget annexe « maison de retraite » pour ne constituer qu'un seul EHPAD lorsque la distinction entre les deux entités n'avait qu'une origine administrative et financière.

Dans ce cas, le ministère de l'emploi et de la solidarité précise que cette fusion des deux entités peut intervenir durant la période transitoire (Période durant laquelle la convention tripartite n'est pas encore signée) en utilisant la lettre mnémotechnique « E ». Toutefois, l'emploi de cette lettre « E » doit s'accompagner d'une transformation juridique effective.

Cette transformation juridique effective répond aux conditions suivantes :

- la fusion entre l'unité de soins de longue durée et la maison de retraite doit être réelle c'est à dire qu'une demande de l'établissement public de santé doit avoir été déposée auprès du CROSS si la transformation des lits de l'USLD par extension concomitante de la capacité d'accueil de la maison de retraite desdits établissements a pour conséquence d'accroître la capacité des lits médico-sociaux de la maison de retraite de plus de 15 lits ou de plus de 30 % de la capacité déjà autorisée de ladite maison de retraite avant cette fusion. Un arrêté préfectoral doit être pris en ce sens à la suite du CROSS.
- la signature de la convention tripartite doit intervenir rapidement et de façon concomitante à la transformation juridique des lits sanitaires de l'USLD en lits médico-sociaux.

Si ces deux conditions ne sont pas réunies, l'emploi de la lettre « E » n'est pas autorisé durant la période transitoire.

Ainsi si le budget annexe « unité de soins de longue durée » et le budget annexe « maison de retraite » souhaitent fusionner sans toutefois avoir préparé la convention tripartite, ce nouveau budget annexe ne pourra pas être codifié par la lettre mnémotechnique « E » mais avec la lettre « P – autres services relevant de la loi sociale ».

2. CAS DES HÔPITAUX LOCAUX QUI SIGNENT UNE CONVENTION TRIPARTITE

Les établissements publics de santé, en application de l'article R.714-3-9 du code de la santé publique, ne peuvent gérer leurs maisons de retraites et leurs unités de soins de longue durée, et, désormais leurs EHPAD, que sous forme de budgets annexes. Ces activités, qui doivent être suivies en budget annexe, ne doivent en aucun cas être suivies sur le budget principal d'un établissement public de santé puisque, notamment, les groupes fonctionnels du budget principal et des budgets annexes sont différents.

Si l'hôpital local n'a plus d'activité dans les disciplines sanitaires, son budget principal peut donc se limiter à la section d'investissement. Un établissement public de santé qui a comme activité sanitaire uniquement l'activité de soins de longue durée continue de retracer les opérations d'exploitation de l'activité de soins de longue durée dans un budget annexe.

Dans certains cas, le regroupement des activités de soins de longue durée et du secteur d'hébergement médico-social pour personnes âgées peut être envisagé pour ne créer notamment qu'un seul budget annexe EHPAD.

Ce regroupement ne pose aucune difficulté pour les établissements publics de santé qui assurent, par ailleurs, au moins une des activités de soins énumérées au 1° de l'article L.6111-2 CSP. Une telle opération constitue donc une suppression de lits de soins de longue durée avec extension concomitante de la capacité d'accueil de leurs maisons de retraite (Cf. le point 1 de la présente note).

Dans le cas des hôpitaux locaux n'ayant plus d'activités sanitaires en MCO, SSR ou psychiatrie, un tel regroupement ne peut pas s'analyser comme la suppression d'un établissement public de santé.

En effet, il résulte des dispositions de l'article R.714-1-3 CSP que la suppression d'un établissement public de santé ne peut être prononcée que par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pris après avis du CROSS, " soit à la demande ou avec l'accord de la ou des collectivités territoriales de rattachement, soit, même en l'absence d'une telle demande ou d'un tel accord, lorsque l'autorisation prévue à l'article L. 714-8 [actuel L. 6122-1] est retirée ou n'est pas renouvelée ". A défaut de demande ou d'accord des collectivités territoriales, leurs avis doivent être pris, ainsi que, dans tous les cas, celui du conseil d'administration de l'établissement concerné. Il revient donc aux différents acteurs susmentionnés d'apprécier dans quelle mesure les conséquences d'un tel changement de régime juridique sont compatibles avec les nécessités de fonctionnement du nouvel établissement.

Si l'ARH n'envisage pas de confier par la suite à cet établissement des activités sanitaires mais uniquement une mission d'hébergement des personnes âgées dépendantes, le statut d'établissement public social ou médico-social autonome est a priori plus adapté. Cet établissement social et médico social ne constituerait alors qu'un seul et même budget et pourrait appliquer l'instruction M22 .

En tout état de cause, la disparition complète des activités de soins de longue durée dans un hôpital local n'a donc pas pour conséquence le basculement automatique de tels établissements dans le champ des établissements sociaux et médico-sociaux autonomes qui assurent l'hébergement des personnes âgées, prévus au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Il est nécessaire d'obtenir un arrêté de l'ARH pour que cet établissement ne soit plus qualifié d'hôpital . Tant que cet arrêté n'a pas été pris, l'établissement conserve son statut d'établissement public de santé . Il continue d'appliquer l'instruction M21 (section d'investissement codifié par la lettre "H" et budget annexe codifié par la lettre "E" dans le cas présent, voire E1 et E2 s'il y a deux budgets annexes "EHPAD").

3. COMPTABILISATION DE LA PRESTATION SPÉCIFIQUE DÉPENDANCE

En application de l'article 19 de la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les personnes bénéficiant de la prestation spécifique dépendance continuent de la percevoir jusqu'à la notification par le président du conseil général de la décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le compte relatif à la prestation spécifique dépendance ayant été supprimé, celle-ci doit être rattachée aux produits de la dépendance et doit être comptabilisée sur le compte 70641 « tarif dépendance couvert par l'APA » (M21) ou le compte 7341 « tarif dépendance couvert par l'APA » (établissements appliquant l'instruction M22).

Il est précisé que la personne a tout intérêt à demander le bénéfice de l'APA pour être en mesure de régler financièrement son tarif dépendance. En ce sens, les établissements doivent aider ces personnes à réaliser les démarches administratives nécessaires à l'obtention de cette aide.

Enfin, j'ajoute que les précisions apportées sur les différents points évoqués ci-dessus ont reçu l'aval de la direction générale de l'Action sociale.

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

Pour le Directeur Général de la Comptabilité Publique

LE SOUS-DIRECTEUR CHARGE DE LA 6^{ÈME} SOUS-DIRECTION

OLLIVIER GLOUX

ANNEXE N° 1 : Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

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

REPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE

Sous-direction des institutions, des affaires juridiques et financières

Bureau de la réglementation financière et comptable

**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 (F2)

La ministre de l'emploi et de la solidarité

à

Mesdames et Messieurs les Préfets de région
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les Préfets de département
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et
Sociales
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
Agences Régionales de l'Hospitalisation
(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE DGAS-5 B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en oeuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

ANNEXE N° 1 (suite)

Résumé :

Afin de rendre plus clairs le contenu et le mode de calcul des tarifs des établissements hébergement des personnes âgées dépendantes, la présente circulaire précise la notion d'établissement, les charges communes à répartir entre deux sections tarifaires, les charges à imputer sur la section tarifaire de soins et d'hébergement, des règles de calcul des tarifs, du budget exécutoire et de l'affectation des résultats antérieurs à l'application de la réforme.

Textes de références :

- Décrets n° 99-316 et n° 99-317 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- Note d'information DGAS-5 B du 30 octobre 2000 aux directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales relative aux plans comptables applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux ; situation particulière des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- Circulaire DGAS-5 B/DGCP-6 B n° 2000-570 du 21 novembre 2000 relative à la mise en oeuvre de l'instruction budgétaire et comptable n° 00-061-M 22 du 10 juillet 2000 dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) .

L'objet de la présente circulaire est de préciser le contenu et le mode de calcul des tarifs hébergement, dépendance et soins des EHPAD.

En effet, les différentes dispositions tarifaires définies par les décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatifs respectivement aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que par le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics, ont été partiellement modifiées par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001.

La présente circulaire traite de la notion d'établissement (1), des charges communes à répartir entre deux sections tarifaires (2), des charges à imputer sur la section tarifaire de soins (3) et d'hébergement (4), des règles de calcul des tarifs (5), du budget exécutoire (6), de la comptabilisation du clapet anti-retour (7), de l'affectation des résultats antérieurs à l'application de la réforme (8) et du statut juridique des tableaux de calcul des tarifs (9).

Une prochaine circulaire traitera des modalités relatives à la résorption du clapet anti-retour « au terme de la première convention tripartite et de l'opération de sincérité des comptes » entre le budget principal d'un établissement de santé et ses budgets annexes maisons de retraite et unité de soins de longue durée (USLD).

Dès promulgation de la loi relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), une circulaire vous apportera les premières précisions concernant, notamment, l'APA en établissement, le basculement de la tarification conventionnelle CRAM dans le champ de compétence préfectorale, l'expérimentation du versement de l'APA de façon globalisée en établissement et la tarification des établissements non-signataires de la convention tripartite pendant la période transitoire allant jusqu'au 31 décembre 2003.

ANNEXE N° 1 (suite)

Plan de la circulaire

1. La notion d'établissement dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD.

1.1. Les établissements publics médico-sociaux et les établissements médico-sociaux gérés par des organismes privés.

1.1.1. Définition de la notion d'établissement.

1.1.2. Application de la réforme aux établissements pratiquant, en tout ou partie, l'accueil de jour ou l'hébergement

1.2. Les budgets annexes dans les établissements publics de santé.

1.2.1. Conditions techniques à réunir pour un regroupement au sein d'un même budget annexe des services accueillant des personnes âgées dépendantes.

1.2.2. Incidence en matière de régime juridique des autorisations.

1.2.3. Aspects comptables.

1.2.4. Incidence en matière de démarche qualité.

1.3. Les hospices publics autonomes et les sections d'hospice dans les établissements publics de santé.

2. Les charges communes à répartir entre les trois sections tarifaires.

2.1. La répartition des charges de personnel relatives aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques (AMP) entre la section tarifaire dépendance (30 %) et la section tarifaire soins (70 %).

2.2. La répartition des charges afférentes aux agents de service entre les sections tarifaires dépendance « (30 %) et hébergement » (70 %).

2.3. Les amortissements à imputer à la section tarifaire « dépendance ».

3. Les charges à imputer sur la section tarifaire soins.

3.1. Les auxiliaires médicaux.

3.2. Le médecin coordonnateur

3.3. Les lits médicalisés et autres matériels amortissables.

3.4. Les médicaments.

3.4.1. L'achat de médicaments

3.4.2. La prise en charge des médicaments coûteux dans les petites structures.

4. Les charges à imputer à la section tarifaire hébergement.

5. Précisions sur les règles de calcul des tarifs d'un EHPAD.

5.1. La différence entre le nombre de journées prévisionnelles « dépendance et soins » et le nombre de journées prévisionnelles « hébergement ».

5.2. Le calcul du GIR Moyen Pondéré (GMP) prévu à l'article 13 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 lors de l'examen des propositions budgétaire d'un EHPAD.

ANNEXE N° 1 (suite)

- 5.3. Le calcul des tarifs de chaque groupe GIR lorsqu'il n'y a pas de personnes dans un ou plusieurs d'entre eux.
- 5.4. Les « produits autres que ceux relatifs à la tarification » qui n'ont pas fait l'objet d'une clef de répartition préétablie entre les sections d'imputation tarifaire.
- 6. Le budget exécutoire prévu à l'article 28 du décret n° 99-317.
- 7. L'inscription comptable du clapet « anti-retour » prévu à l'article 30 du décret n° 99-316.
- 8. L'affectation des résultats antérieurs à l'application de la réforme.
- 9. Les tableaux de calcul des tarifs des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

ANNEXE. - Consolidation des textes réglementaires de 1999 et 2001.

ANNEXE N° 1 (suite)

1. La notion d'établissement dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD**1.1. Les établissements publics médico-sociaux et les établissements médico-sociaux gérés par des organismes privés****1.1.1. Définition de la notion d'établissement**

Un établissement se définit au minimum comme une unité budgétaire et comptable identifiée.

Un établissement présente souvent à la fois :

- une entité géographique délimitée ;
- une unité budgétaire et comptable spécifique et spécialisée ;
- une entité juridique.

Mais toutes ces caractéristiques ne sont pas obligatoirement cumulées :

- un établissement constituant une seule entité juridique et une unité budgétaire et comptable peut être éclaté sur plusieurs sites géographiques ;
- un établissement médico-social géré par une personne morale comme une collectivité locale, une association, une mutuelle ou un centre communal d'action sociale (CCAS) n'a pas de personnalité juridique propre par rapport à son organisme gestionnaire. Par contre, il doit disposer d'un budget spécifique,

ce qui est donc commun à tous les établissements, c'est l'unité budgétaire et comptable que chacun d'entre eux constitue.

Dans le cadre de la réforme de la tarification, il est généralement souhaitable de regrouper au sein d'une même et nouvelle entité budgétaire et comptable des établissements similaires relevant de la même personne morale gestionnaire et situés dans le même département, mais qui étaient jusqu'alors distincts et avaient fait l'objet d'autorisations de création propres. La fusion de ces différents établissements permet de conclure une seule convention tripartite.

Le nouvel article 23-1 du décret n° 99-316 du 26 avril inséré par l'article 9 du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 qui permet de moduler le tarif moyen hébergement en fonction d'éléments objectifs touchant au cadre de vie et à la qualité de « l'hôtellerie du grand âge » devrait encourager de tels regroupements.

Dans de tels cas, il convient :

- de procéder aux régularisations d'autorisations nécessaires (passage en comité régional d'organisation sanitaire et sociale - CROSS -, arrêtés d'autorisation, habilitation à l'aide sociale) selon des procédures simplifiées ;
- de présenter un budget unique en trois sections d'imputation tarifaire ;
- enfin d'effectuer en conséquence et le cas échéant, les transferts entre enveloppes et sous-enveloppes sanitaires et médico-sociales.

1.1.2. Application de la réforme aux établissements pratiquant, en tout ou partie, l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire

La réforme tarifaire est aussi applicable aux établissements pratiquant, en tout ou partie, l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire.

En effet, au titre de l'accueil de jour, ce mode de prise en charge comporte à l'évidence, en contrepoint des tarifs afférents à la dépendance et aux soins, un tarif relatif à l'hébergement qui correspond à la prise en compte des charges correspondant à la fonction « gîte et couvert de jour » et calculées selon les imputations et clés de répartition définies par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié.

Qu'il fonctionne uniquement en accueil de jour ou non, cet établissement entre dans la réforme des EHPAD à partir du moment où il accueille des personnes âgées dépendantes.

ANNEXE N° 1 (suite)

Au titre de l'hébergement temporaire, la tarification nouvelle s'applique également sur la base du nombre de journées prévisionnelles annuelles afférentes à ce mode d'accueil. Enfin, le tarif moyen hébergement pouvant être modulé en application de l'article 23-1 du décret n° 99-316 inséré par l'article 8 du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, ce mode d'accueil peut être parfaitement pris en compte dans le cadre de la réforme des EHPAD.

1.2. Les budgets annexes dans les établissements publics de santé

Il y a 1106 maisons de retraite hospitalières et 980 unités de soins de longue durée (USLD), ce qui représente 20 % des 10.100 établissements pour personnes âgées susceptibles d'entrer dans la réforme des EHPAD.

Les établissements publics de santé gèrent dans le cadre de budgets annexes des maisons de retraite (appelées maisons de retraite à gestion hospitalières) et la grande majorité des unités de soins de longue durée.

Cette dichotomie entre maison de retraite hospitalière et USLD coexistant souvent dans les mêmes bâtiments est souvent artificielle et résulte le plus souvent des règles qui avaient présidé la transformation des hospices et d'impératifs financiers.

Le regroupement dans un seul budget annexe de plusieurs maisons de retraite ou de plusieurs USLD, voire, de tous les services accueillant des personnes âgées dépendantes au sein d'un même établissement public de santé, est susceptible de simplifier l'entrée dans la réforme de la tarification tout en améliorant la gestion des établissements publics de santé.

Aussi :

- une seule autorité de tarification pour l'assurance maladie sera compétente. En l'espèce, il paraît souhaitable que les transformations s'effectuent au profit du secteur médico-social. En effet, l'un des principes majeurs de la réforme de la tarification est la prise en charge globale de la personne âgée dépendante dans le cadre d'un projet de vie défini, l'objectif de la réforme étant d'assurer une juste médicalisation de la fin de vie, au service du projet de vie ;
- une seule convention tripartite pourra être conclue.

Par ailleurs, le regroupement dans un seul budget annexe peut permettre d'éviter, notamment, l'application de tarifs dépendance différenciés pour un même niveau de GIR et de tarifs moyens hébergement différents pour une même prestation.

1.2.1. Conditions techniques à réunir pour un regroupement au sein d'un même budget annexe des services accueillant des personnes âgées dépendantes

Lorsqu'une ou plusieurs des conditions suivantes sont réunies, il appartient aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales d'inciter les établissements à suivre cette démarche de regroupement :

- locaux communs ou imbriqués, proches ou complémentaires ;
- admissions indifférenciées des résidents entre la maison de retraite et l'USLD au regard de leurs dépendances et pathologies ;
- prestations et prises en charge identiques ;
- personnels communs ou partagés ;
- même projet de vie.

1.2.2. Incidence en matière de régime juridique des autorisations

A législation inchangée, ce regroupement doit s'opérer dans le cadre du 5° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour qu'il se réalise au profit du secteur médico-social comme nous le préconisons.

Dans le cadre du 5° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, il ne s'agit pas, bien évidemment, d'étendre l'autorisation du nombre de lits de sections de cure médicale, (la possibilité d'en créer ayant été supprimée) mais de donner une nouvelle autorisation à accueillir des personnes âgées dépendantes et à dispenser des soins aux assurés sociaux qui correspondent à la nouvelle capacité du budget annexe regroupé.

ANNEXE N° 1 (suite)

Il convient d'organiser les procédures CROSS nécessaires, en les allégeant le plus possible, de façon à régulariser par arrêté du préfet de tels regroupements.

S'agissant d'établissements publics, il convient de rappeler que le président du conseil général n'a pas à prendre un arrêté conjoint avec le préfet. En revanche, il doit bien entendu être informé de cette opération. En effet, il appartient au président du conseil général de régulariser la situation de l'établissement public de santé au regard de l'habilitation au titre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées.

Ces regroupements, s'ils doivent être régularisés au niveau juridique, sont sans incidence en matière financière. En effet, ces regroupements doivent être concomitants avec le passage dans la nouvelle tarification ternaire, laquelle repose sur une prise en charge des soins à leurs coûts réels et non plus sur des bases forfaitaires différentes entre les lits de « longs séjours » et les lits de sections de cure médicale. L'allocation de ressources doit se faire en prenant en compte : le GMP du service ainsi regroupé.

1.2.3. Aspects comptables

La lettre mnémotechnique d'une maison de retraite en budget annexe hospitalier est la lettre J et la lettre mnémotechnique d'une unité de soins de longue durée en budget annexe hospitalier est la lettre B.

Une lettre mnémotechnique pour les EHPAD, la lettre E a été créée. Elle peut se subdiviser en E1, E2, E3 et plus pour accueillir un ou plusieurs budgets annexes EHPAD ex-maison de retraite, ex-hospice, ex-USLD.

Ce regroupement total ou partiel des anciens budgets annexes maisons de retraite et USLD peut alors s'effectuer en respectant la démarche suivante :

- première étape : les charges des budgets annexes à regrouper sont fusionnées et corrigées, le cas échéant, du transfert des charges supportées par le budget principal hospitalier ;
- deuxième étape : répartition du total des charges résultant de la première étape entre les sections d'imputation tarifaire hébergement « dépendance » et « soins », conformément aux tableaux en annexe du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 ;
- troisième étape : calcul d'un seul tarif moyen hébergement qui peut être, le cas échéant, modulé en application du nouvel article 23-1 du décret n° 99-316, des trois tarifs dépendance et des trois tarifs soins ;
- quatrième étape : transferts résultant dudit regroupement, des crédits de forfait de soins de longue durée, ainsi que de la compensation du transfert des charges entre le budget principal et ce nouveau budget annexe, dans l'enveloppe médico-sociale personnes âgées.

1.2.4. Incidence en matière de « démarche qualité »

L'ensemble des EHPAD est soumis au même cahier des charges de la qualité (arrêté du 26 avril 1999). Le regroupement des services pour personnes âgées dépendantes dans les établissements publics de santé au sein d'un même budget annexe rend facultative la procédure d'accréditation mais nécessite la mise en oeuvre des recommandations du cahier des charges et en particulier sur les aspects suivants :

- création d'unités de vie fonctionnelles devant permettre une qualité relationnelle pour les résidents et les personnels ;
- organisation médicale adaptée et au service du projet de vie ;
- organisation de la filière gériatrique et du travail en réseaux ;
- constitution en pôle de référence médical pour les établissements pour personnes âgées dépendantes des environs ;
- établissement d'un tableau des effectifs adapté à la prise en charge de personnes âgées dépendantes évitant les inadéquations en matière de qualification qui entraînent une mauvaise prise en compte du projet de vie ;
- identification du responsable de cette structure, ce qui peut passer par la désignation d'un directeur délégué motivé pour ces problématiques ou d'un directeur d'établissement médico-social, assisté d'un médecin coordonnateur ou d'un responsable médical chef de service.

ANNEXE N° 1 (suite)

1.3. Les hospices publics autonomes et sections d'hospice dans les établissements publics de santé

Le dernier bilan effectué par la DGAS le 11 mai 2000, faisait apparaître que sur les 216 300 lits d'hospices publics originels, il n'en restait plus que 4 600 à transformer juridiquement. Les derniers hospices publics autonomes ont conclu en 2000 et 2001, les premières conventions tripartites qui ont permis leur transformation en EHPAD.

Il n'y aurait donc plus que des sections d'hospice en budgets annexes d'établissements publics de santé.

Nous vous demandons donc de bien vouloir nous confirmer à la DGAS, bureau 5 B, qu'il n'y a plus ou qu'il n'y aura plus fin 2001 dans votre département d'hospices publics autonomes.

Aussi, à compter du 31 décembre 2001 pourront être abrogés le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics à l'exception des articles 32 à 34, 36 et 37, et le décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics à l'exception des articles 10, 11, 12, 13 et 23.

L'article 11 du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 a inséré un nouvel article 30-1 dans le décret n° 99-316 du 26 avril qui précise les modalités de tarification de l'hébergement et des soins des personnes âgées de moins de 60 ans.

Les sections d'hospice qui accueillent très majoritairement des personnes âgées dépendantes de plus de soixante ans ont donc vocation à passer dans la réforme. Elles peuvent aussi prendre toute leur place dans le cadre des regroupements des budgets annexes qui a été présenté au 1.2.

2. Les charges communes à répartir entre deux sections tarifaires

En application de l'article 19 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999, il vous appartient d'émettre un avis sur les tarifs afférents à la dépendance avant leur fixation par le président du conseil général.

Compte tenu de la participation de la contribution sociale généralisée (CSG) au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement comme à domicile, cet avis revêt une particulière importance. Il vous appartient donc de proposer des objectifs dans le cadre de la convention tripartite et de vérifier leurs déclinaisons budgétaires annuelles, notamment, sur les postes de charges communes qui sont à répartir entre les différentes sections tarifaires.

2.1. La répartition des charges de personnel relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques (AMP) entre la section tarifaire dépendance (30 %) et la section tarifaire soins (70 %).

Conformément à l'article 2 du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant l'article 6 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999), cette répartition doit porter sur les personnes diplômées et sur les personnes sélectionnées dans une école agréée et employées par l'établissement pendant leur formation.

Par ailleurs, comme le précise de façon claire et explicite la nouvelle rédaction de l'article 6 du décret n° 99-316 modifié par l'article 2 du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, cette répartition doit prendre en compte l'exercice réel de la fonction d'aide-soignant et d'aides médico-psychologiques par les personnes répondant à ces conditions de qualification et de formation.

Ainsi les charges de rémunération des personnels faisant fonction d'aides-soignants mais ni diplômés, ni sélectionnés dans une école s'imputent à 70 % sur l'hébergement et à 30 % sur la dépendance, comme celles des agents de service affectés au nettoyage et au blanchissage.

De même, les charges d'une aide soignante diplômée, détachée à temps plein sur des fonctions d'animation, seront imputées à la section tarifaire « hébergement ».

ANNEXE N° 1 (suite)

Dans le cas où un aide soignant diplômée partage son activité entre l'animation et les soins, il convient alors de répartir la charge financière entre les deux sections au prorata des différentes activités.

Afin d'affecter correctement les charges de personnel soignant et d'AMP aux différentes sections tarifaires en fonction de leurs activités réelles, il vous appartient d'apprécier l'adéquation entre l'activité et le nombre de ces personnels et d'une part, les caractéristiques des résidents pris en charge et d'autre part, l'activité et le nombre des agents de service.

Ainsi, la présence d'un nombre important de personnel aide-soignant et d'AMP dans un EHPAD peut être l'indice que ces derniers exercent des fonctions d'agents de service, sauf à démontrer que l'activité remplie usuellement par les agents de service a été sous-traitée, lorsque :

- le degré moyen de dépendance des résidents n'est pas très élevé ;
- l'établissement ne prend pas en charge des résidents présentant des pathologies lourdes.

Les tarifs qui découlent de la mise en oeuvre de la réforme de la tarification peuvent également donner des indices quant à l'activité du personnel soignant. Une diminution importante du tarif moyen d'hébergement (de 200 F à 50 F par exemple comme il a pu être constaté), nettement supérieure aux baisses moyennes des tarifs hébergement constatées dans l'étude Ernest, fournit bien un indice que des aides-soignants et AMP exercent de fait sur des postes d'agents de service, d'autant plus si ces derniers sont quasi-absents.

Ces éléments doivent être débattus dans le cadre de la négociation de la convention tripartite, qui pourra prévoir des échéances pour mettre en adéquation le niveau d'encadrement et le GMP.

Les établissements peu médicalisés peuvent souhaiter anticiper les conséquences de la réforme de la tarification en recrutant dès maintenant des personnels soignants. Sachant que ces derniers émargent principalement au budget soins financé par l'assurance maladie, ces établissements doivent demander un accord préalable aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Dans les services accueillant des personnes âgées dépendantes dans le cadre des budgets annexes hospitaliers, cette répartition des aides soignants et AMP, comme d'ailleurs des autres catégories de personnels, présuppose l'existence d'un tableau des effectifs propre à ces services.

Le tableau des effectifs doit reposer sur les fonctions réellement exercées et ne doit pas être confondu avec un tableau des grades et des emplois. Des missions d'inspection réalisées ces derniers mois par les missions interdépartementale et régionale d'inspection contrôle évaluation (MIRICE) de certaines DRASS ont mis en évidence des discordances importantes entre le tableau des effectifs et les tableaux de service établis sur plusieurs semaines correspondant à un fonctionnement normalisé de ces services.

L'objectif de la réforme étant de prendre en compte au plus près la réalité du fonctionnement des établissements, ces tableaux de service constituent des pièces déterminantes pour déterminer les effectifs réellement « au lit des personnes âgées dépendantes ».

L'analyse et la répartition des charges d'aides soignants et d'AMP peuvent particulièrement s'inscrire dans le cadre de la convergence tarifaire qu'il appartient aux autorités de tarification de mettre en oeuvre en application des articles 13,14, 16 à 20 et de l'annexe VI du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié.

2.2. La répartition des charges afférentes aux agents de service entre les sections tarifaires dépendance « (30 %) et hébergement » (70 %)

Seuls les agents de service affectés aux fonctions de nettoyage des locaux d'hébergement et au blanchissage doivent être pris en compte dans la répartition 70 % sur la section d'imputation tarifaire hébergement et 30 % la section d'imputation tarifaire dépendance. Ces agents interviennent aussi dans l'aide à l'alimentation, la toilette, l'habillage et les déplacements des résidents.

Les personnels avec la qualification d'agent de service mais exerçant par exemple les fonctions de commis de cuisine, jardinier ou ouvrier d'entretien, doivent être imputés à 100 % sur la section d'imputation tarifaire hébergement.

ANNEXE N° 1 (suite)

Les autorités chargées de la tarification vérifient la bonne répartition de ces charges entre les deux tarifs selon les fonctions réellement exercées.

Comme cela a été précisé au 2-1, vous devez vous assurer de la pertinence de l'encadrement de l'établissement et de la bonne répartition de ce dernier entre les agents de service et les aides soignant et AMP. Aussi, si le ratio d'agent de service dans un établissement par rapport à celui des aides-soignants et d'AMP est inférieur à celui fixé par le décret n° 89-241 du 18 avril 1989, soit un agent de service pour trois aides-soignants, il y a l'indice que certains des aides soignants et AMP exercent les fonctions d'agents de service.

2.3. Les amortissements à imputer à la section tarifaire dépendance

Le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 prévoit que la section d'imputation tarifaire dépendance comprend en charges les amortissements du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

En la matière, il faut exclure les amortissements d'agencements et installations immobiliers et d'immeubles par destination. Les investissements qui permettent l'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite sont aussi à exclure puisqu'ils relèvent d'obligations légales de droit commun. Tous les établissements accueillant des personnes âgées doivent avoir un plan d'investissement afin de s'adapter à une « hôtellerie du grand âge ». Aussi, de tels amortissements relèvent de la section tarifaire hébergement.

La liste du matériel amortissable sur la section tarifaire soins « a été fixé par un arrêté du 26 avril 1999 modifié par un arrêté du 4 mai 2001.

Les autres matériels ou de mobilier spécialisés et spécifiques à la prise en charge et la prévention de la dépendance peuvent faire l'objet d'une dotation aux amortissements sur la section d'imputation tarifaire dépendance. Aucune liste n'a été fixée par arrêté car elle aurait été vite obsolète compte tenu des innovations techniques permanentes dans ce domaine.

On peut cependant citer les chariots douches et les baignoires à hauteur variable, certains lits médicalisés, qui ne peuvent être imputés à la section tarifaire soins pour les raisons qui seront explicitées au 3-3 peuvent être aussi amortis sur cette section tarifaire. A l'inverse, le matériel de buanderie est exclu.

3. Les charges à imputer sur la section tarifaire soins

L'annexe III du décret n° 99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 a précisé la liste des prestations qui ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers soins « », que ces derniers soit des tarifs globaux ou partiels. Les honoraires des médecins spécialistes et les transports sanitaires sont donc bien exclus des ces tarifs alors qu'ils devaient être pris antérieurement en compte dans le calcul des forfaits de soins de longue durée.

3.1. Les auxiliaires médicaux

Les psychomotriciens, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, sont des auxiliaires médicaux diplômés d'Etat. Les conditions d'exercice de ces professions sont définies dans le code de la santé publique et leurs prestations prises en charge par l'assurance maladie sont mentionnées par le code de la sécurité sociale. C'est pourquoi, leur financement relève de la section d'imputation tarifaire « soins ». Il en va de même des préparateurs en pharmacie qui, quoique n'étant pas des auxiliaires médicaux au sens strict, sont exclusivement affectés à une mission de soins.

Si la pédicure de l'établissement n'est pas une pédicure podologue diplômée d'Etat et qu'il s'agit d'une personne qui intervient sous cette appellation générique pour animer, par exemple, un atelier d'esthétique, cela entre dans la mission d'animation et vie sociale de la structure dont les charges d'exploitation relèvent de la section d'imputation tarifaire hébergement.

Les psychologues ne sont pas des auxiliaires médicaux, c'est bien pourquoi ils ne pouvaient pas être imputés dans la section tarifaire soins et l'ont été dans la section tarifaire dépendance.

ANNEXE N° 1 (suite)

Les interventions d'une diététicienne ne sont pas soumises à une prescription préalable d'un médecin. De plus, la diététicienne ne prescrit pas d'actes remboursables. Elle exerce son métier dans d'autres champs que celui du sanitaire ou du médico-social : restauration scolaire, restauration d'entreprise... Aussi, elle doit être imputée à la section d'imputation tarifaire hébergement comme cela a été précisé dans les tableaux en IV-1 et IV-2 annexés au décret n° 99-316 modifié. Rappelons que ces tableaux annexes au décret ont la même valeur réglementaire que le décret lui-même.

Les actes infirmiers réalisés par des sages-femmes libérales comme tous les actes infirmiers sont compris dans le tarif partiel « soins » et à plus forte raison dans le tarif global « soins » qu'ils soient prescrit par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. La rémunération de ces actes s'effectue selon les mêmes modalités que ceux réalisés par les infirmiers libéraux.

3.2. Le médecin coordonnateur

Dans l'attente d'un texte réglementaire, les modalités et le montant de sa rémunération ont été, dans un premier temps, précisés par la circulaire Marthe/DAS/DH/DSS du 14 octobre 1999. Il s'avère que cette question peut trouver pour tous les établissements une solution en mettant en oeuvre les dispositions des deux premiers alinéas de l'article 46 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999.

Si l'établissement opte pour une rémunération similaire à celle que pourrait avoir son médecin coordonnateur dans le cadre de la fonction publique hospitalière, il lui appartient d'explicitier sa proposition de le rémunérer par assimilation à la rémunération d'un médecin attaché ou d'un praticien hospitalier à temps partiel. Le choix entre l'une ou l'autre de ces deux possibilités doit prendre en considération :

- les difficultés locales pour trouver un médecin coordonnateur ;
- les incidences financières et les moyens financiers déjà consacrés à la médicalisation ;
- le niveau de formation du médecin coordonnateur ;
- la nécessaire équité de traitement par rapport aux autres médecins salariés par l'établissement.

L'établissement peut aussi opter afin d'assurer la rémunération de son médecin coordonnateur pour une convention collective agréée conformément à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Une convention collective non agréée peut être aussi retenue, mais dans ces cas les rémunérations supérieures à celles qu'auraient eu le médecin coordonnateur dans le cadre de la fonction publique hospitalière ne sont pas opposables à l'autorité de tarification et à l'assurance maladie.

Un médecin libéral qui exerce cette fonction de médecin coordonnateur, le fait en tant que salarié pour une quote-part d'équivalent temps plein. Rien ne s'oppose à ce qu'il pratique des soins sous statut libéral ou salarié dans l'établissement en dehors du temps qu'il consacre à cette fonction de médecin coordonnateur.

Les dépenses de formation des médecins coordonnateurs seront prises en charge sur la section tarifaire soins au compte 6488. Dans le cadre de la montée en charge de la réforme, cette charge peut être provisionnée avec les crédits disponibles sur votre enveloppe. De même, cette charge peut être provisionnée avant la clôture des comptes administratifs dans les établissements potentiellement excédentaires sur la section tarifaire soins « . L'établissement peut aussi prendre en charge une partie du temps passé en stage dans le cadre de la formation au prorata de son temps partiel dans l'établissement.

Le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne par deux jugements rendus le 4 juillet 2000 a rejeté les requêtes de deux médecins salariés et donné raison au directeur d'une maison de retraite publique qui avait mis fin à leur fonction au motif que ces derniers refusaient d'assurer la fonction de médecin coordonnateur. Le tribunal administratif s'est fondé sur les dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au cahier des charges des conventions tripartites qui fait naître de nouvelles exigences à l'égard des établissements.

Un médecin gérant d'une maison de retraite en SARL ne peut pas exercer les fonctions de médecin coordonnateur. Une telle situation serait en contradiction avec le code de déontologie des médecins (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1999) et notamment de son article 26.

ANNEXE N° 1 (suite)

3.3. Les lits médicalisés et autres matériels amortissables

L'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 4 mai 2001 a précisé la liste limitative du matériel médical amortissable sur la section tarifaire « soins ». Par ailleurs, la circulaire DSS/SDAM/AMI/n° 91-14 du 4 mars 1991 relative aux modalités de prise en charge de l'appareillage dans les établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'Etat et dans les établissements médico-sociaux ne s'applique plus aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes appliquant la nouvelle tarification.

Rappelons que les charges de locations immobilières et mobilières ne peuvent pas être imputées dans la section tarifaire « soins ».

Les lits médicalisés font bien partie de la liste fixée par arrêté. Ce sont les lits dont la prise en charge est prévue pour les assurés sociaux et qui figurent au TIPS.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans les EHPAD repose sur un projet de vie bien déterminé qui vise à respecter et à promouvoir une vie normale « au sein de l'établissement. Dans ces conditions, il ne semble pas justifier de remplacer l'intégralité des lits en lits médicalisés. Bien entendu, ces derniers peuvent s'avérer indispensables eu égard à l'état de santé et de dépendance de certains résidents ; ils doivent cependant respecter minoritaires.

Il appartient à l'autorité tarifaire pour l'assurance maladie de prendre en compte, en fonction de ses priorités, la médicalisation des lits parmi l'ensemble des mesures nouvelles destinées à améliorer la qualité des prestations aux personnes âgées dépendantes.

La généralisation de l'équipement en lits médicalisés peut aboutir à transférer des charges d'amortissement de la section tarifaire hébergement « vers la section tarifaire soins ». Si l'assurance maladie doit prendre en charge les lits médicalisés des résidents qui en ont médicalement besoin, elle n'a aucune obligation de financer une option générale prise par les établissements en matière d'équipement mobilier.

3.4. Les médicaments

Ils sont désormais inclus dans les tarifs soins partiels.

Deux points méritent d'être précisés : l'achat de médicaments par l'EHPAD, la prise en charge des médicaments coûteux dans les petites structures.

3.4.1. L'achat de médicaments

La nouvelle configuration des tarifs soins conduira les EHPAD de statut public à inclure les médicaments dans leurs achats et à appliquer le code des marchés publics pour se les procurer.

L'utilisation de procédures de mise en concurrence, telles l'appel d'offre ou la mise en concurrence simplifiée prévue par le nouveau code des marchés publics (qui entre en vigueur en septembre 2001), devraient se traduire par des économies substantielles qui permettront, notamment, de couvrir les frais liés au poste de pharmacien attaché.

Le recours à des formules de coopération ou de groupement d'achats entre EHPAD ou entre EHPAD et établissements de santé doit être encouragé afin d'obtenir de meilleures conditions économiques.

Des formules de contrat de prestation avec les pharmaciens officinaux proches de l'établissement peuvent parfois utilement être envisagées.

3.4.2. La prise en charge des médicaments coûteux dans les petites structures

La prise en charge des médicaments coûteux des résidents présentant une pathologie lourde ne nécessite pas de dispositions particulières dans les EHPAD ayant une capacité et un budget important, qu'ils soient autonomes ou gérés par un établissement de santé. En effet, ces surcoûts générés par la prise en charge des médicaments coûteux des résidents présentant une pathologie lourde peuvent être pris en compte, sur une base statistique, dans le cadre des allocations de ressources annuelles.

En revanche, dans les petits établissements, la survenue chez un ou plusieurs résidents d'une pathologie lourde, peut entraîner un déséquilibre excessif pour le poste budgétaire médicaments, voire affecter l'équilibre d'ensemble du budget. Or, il est hors de question de refuser à des malades les médicaments régulièrement prescrits.

ANNEXE N° 1 (suite)

Comme cela a été déjà précisé dans la circulaire MARTHE du 15 septembre 2000, la solution à cette difficulté consistera à allouer des ressources à ces établissements en prenant en compte la moyenne des dépenses constatées sur les 3 ou 5 dernières années.

Dans les années de « basses dépenses médicamenteuses » du fait du départ et de la non-admission de résidents présentant une pathologie lourde, l'établissement fera des économies sur le poste budgétaire des médicaments. Cette économie pourra être affectée par un virement de crédits à un compte de dotation aux provisions pour risques d'exploitation (sous compte du 6815) pour constituer une provision pour risques spécifique (un sous-compte du compte 1518 : « Autres provisions pour risques »).

Vous devrez privilégier ce mécanisme comptable, cependant, si ce virement de crédit n'a pas été effectué avant clôture des comptes de l'exercice considéré, l'excédent d'exploitation que cette économie aura généré pourra être affecté au financement de dépenses d'exploitation, par exemple de médicaments, ou, à défaut, être affecté au compte « réserve de compensation » (compte 10686.13 : réserve de compensation EHPAD section tarifaire soins pour les établissements médico-sociaux et, à partir de 2001, compte 10686.223 pour les établissements à gestion hospitalière). Rappelons que l'autorité de tarification pour l'assurance maladie conserve, pour les établissements qui ne sont pas rattachés à un établissement public de santé, la maîtrise de l'affectation des résultats de la section tarifaire soins.

Aussi, il sera possible de faire face aux années de hautes dépenses médicamenteuses « , en procédant à des reprises sur le compte de provisions pour charges de médicaments coûteux » ainsi constitué ou par résorption du déficit d'exploitation de la section soins « par solde de la réserve de compensation ».

Un tel dispositif relève des « bonnes pratiques » en matière d'allocation de ressources. Les DDASS sont donc invitées à s'assurer que, dans les petites unités qui accueillent des résidents présentant une pathologie lourde, le compte de provisions pour charges de « médicaments coûteux » et le compte de réserve de compensation « soient au niveau, dans les années à venir, de l'écart entre les dépenses moyennes constatées et allouées de médicaments, et le niveau le plus élevé ces 3 ou 5 dernières années.

Lorsque le coût annuel constaté des médicaments consommés par un malade dépassera 30 000 F, vous accepterez d'augmenter le budget « soins » ultérieur de l'établissement de la différence entre le coût constaté des traitements et ces 30 000 F. Ces sommes contribueront à la reconstitution des provisions.

Enfin, la montée en charge de la nouvelle tarification peut vous permettre de doter ces provisions dès la première année de convention compte des décalages entre crédits alloués en année pleine ou année partielle et la date réelle de passage dans la nouvelle tarification.

4. Les charges à imputer à la section tarifaire hébergement

Cette section doit prendre en compte l'ensemble des charges relatives aux fonctions administration générale - logistique - animation et gestion des ressources humaines d'un EHPAD. De façon plus générale, les charges non prévues explicitement par le décret n° 99-316 et ses annexes aux sections d'imputation tarifaire « dépendance » ou « soins », sont à imputer à la section d'imputation tarifaire « hébergement » dont elles relèvent d'ailleurs actuellement dans le cadre de l'ancienne tarification.

Aussi, pour ne pas multiplier les clefs de répartition, le médecin du travail doit être imputé à la section d'imputation tarifaire « hébergement ». En effet, il intervient dans le cadre d'une mission à rattacher à la fonction administration générale - gestion des ressources humaines qui relève de cette section. En revanche, si l'établissement n'emploie pas de médecin du travail, mais verse des cotisations à un organisme professionnel pour bénéficier d'un service de médecine du travail, ces cotisations, comme les autres charges sociales, doivent être réparties entre les sections tarifaires de la même façon que la rémunération du personnel correspondant.

Les cotisations aux organismes représentatifs des employeurs qui doivent être imputées au compte 6184, relèvent de la section tarifaire hébergement, les charges supplémentaires résultant de la mutualisation du temps syndical doivent aussi être imputées à cette section.

Les aumôniers et les autres personnels des cultes doivent être imputés à la section d'imputation tarifaire « hébergement ».

ANNEXE N° 1 (suite)

L'indemnité du comptable du trésor doit être imputée à la section d'imputation tarifaire « hébergement ». Les dépenses relatives à l'ordonnateur (le directeur) étant imputées à cette section, celles relatives au comptable doivent l'être aussi.

Les secrétaires médico-sociales exercent des fonctions administratives et doivent donc être imputées sur la section d'imputation tarifaire « hébergement ».

Les diététiciennes doivent être prises en charge sur l'hébergement (cf 3-1).

La surveillante-chef est normalement imputée à la section d'imputation tarifaire « soins ». Mais, il faut analyser les fonctions qu'elle exerce réellement. S'il n'y a pas de cadres de direction, et même si, ayant le soutien d'un siège social, elle exerce des fonctions d'encadrement, d'administration générale, d'organisation des activités et d'animation de sa structure, elle doit alors être imputée sur la section d'imputation tarifaire « hébergement ». Une telle situation se rencontre assez fréquemment dans certains établissements à but lucratif et dans les budgets annexes hospitaliers.

Les médecins-directeurs salariés que l'on trouve parfois à la direction de certains établissements du secteur lucratif et du secteur associatif ont pour fonction principale la direction générale et l'animation de leurs établissements. Ces attributions réglementaires et conventionnelles de direction administrative, financière et sociale l'emportent sur les missions médicales. Ils doivent donc être imputés à la section tarifaire « hébergement ».

Cependant, s'il exerce les fonctions de médecin-coordonnateur prévues par le décret n° 99-316 et l'arrêté du 26 avril 1999, il peut être affecté pour une quote-part à la section tarifaire « soins ». Cette quote-part doit tenir compte de la capacité de l'établissement et être équivalente à celle pratiquée dans les établissements similaires.

Dans ce cas, cela signifie que le médecin-directeur salarié figure au tableau des effectifs de l'établissement, d'une part, pour une quote-part d'équivalent temps plein (ETP) comme médecin-directeur et, d'autre part, pour une quote-part d'équivalent temps plein comme médecin-coordonnateur.

Son indice de base pour sa rémunération peut se calculer en appliquant la formule suivante : (indice conventionnel de médecin-directeur * % du poste ETP) + (indice conventionnel de médecin salarié comme coordonnateur * % du poste ETP).

Par exemple (indice 1000 * 80 %) + (indice 800 * 20 %) = 800 + 160 = 960.

Pour les établissements privés à but lucratif qui n'ont pas une convention collective agréée conformément à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (ancien article 16 de la loi du 30 juin 1975), les rémunérations prises en charge par la section tarifaire « soins » doivent être prises en compte dans les limites prévues à l'article 46 du décret n° 99-317.

Les veilleurs de nuit doivent être imputés sur la section d'imputation tarifaire « hébergement ». Il ne faut cependant pas confondre veilleurs de nuit au sens de qualification professionnelle et personnes qui travaillent la nuit. Si la présence d'une infirmière et/ou d'une aide soignante est nécessaire pendant la nuit, les charges qui en résultent sont bien évidemment à imputer à la section d'imputation tarifaire « soins ».

Les contrats emploi-solidarité (CES), comme les autres contrats de travail aidés dans le secteur non marchand (CEC, emploi-jeune*), ne se substituent pas, conformément à la législation et la réglementation qui les régissent, aux personnels prévus au tableau des effectifs de l'établissement.

Il s'agit donc de personnes supplémentaires qui apportent notamment une aide aux personnels en place ce qui permet à ce dernier de notamment dégager du temps pour assurer leur fonction du tutorat sur ces derniers. Les CES permettent aussi de développer de nouveaux services aux résidents.

Les CES ont été recentrés sur les publics les plus en difficulté et les moins qualifiés. Ils sont une étape dans un parcours d'insertion visant à la resocialisation et préparant l'obtention d'une qualification reconnue. Les CES n'ont pas à intervenir dans le cadre des activités de soins pour lesquelles ils n'ont aucune qualification.

Aussi, ils doivent être imputés à la section d'imputation tarifaire « hébergement », tant en charges qu'en produits - aides de l'Etat versées par le CNASEA.

La taxe professionnelle acquittée, notamment, par les établissements relevant du chapitre II du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles (loi n° 90-600 du 6 juillet 1990 codifiée) relève de la section d'imputation tarifaire « hébergement ».

ANNEXE N° 1 (suite)

Les chapitres 65 : « autres charges de gestion courante » et 66 : « frais financiers » doivent être bien imputés entièrement à la section d'imputation tarifaire « hébergement », y compris le compte 6587 : « Participation aux frais de stage "ENSP » et le compte 6581 : « Frais de culte et d'inhumation ». Sachant que les frais d'inhumation des pensionnaires sont à exclure du calcul des tarifs conformément au point i) de l'annexe III du décret n° 99-316.

Dans le cadre de la réforme du financement des EHPAD, les charges relatives aux frais de siège social (compte 6556) relèvent de la seule section d'imputation tarifaire « hébergement ». Le cas échéant, à savoir si l'association gère d'autres établissements médico-sociaux autres que d'hébergement pour personnes âgées, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales qui contrôle les frais de siège social, doit veiller à ce que les charges nettes desdits sièges sociaux soient équitablement réparties entre les différents établissements médico-sociaux. Sauf à ce qu'une telle répartition s'écarte manifestement du coût du service rendu, une répartition au prorata des charges brutes des différents établissements apparaît la plus pertinente, ce qui signifie pour un EHPAD prendre en compte les charges brutes de l'ensemble de son budget, sans tenir compte des différentes sections tarifaires. Il convient de ne pas confondre le mode de détermination de la quote-part de frais de siège d'un EHPAD et son imputation dans la section tarifaire « hébergement ».

En ce qui concerne les subventions aux associations (compte 657), notamment aux associations de résidents, il convient d'éviter dans les établissements publics le risque de gestion de fait conformément à la lettre DGAS-5B du 5 octobre 2000 relative aux créations d'associations régies par la loi du 1er juillet 1901 dans les maisons de retraite publiques et au risque de gestion de fait (bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité n° 2000/41). Dans les établissements privés, il s'agit du risque « d'associations transparentes » ou d'associations « poupées russes » pouvant entraîner un risque de déclaration de « confusion ». L'attitude à adopter en pareil cas a été rappelée par une lettre de principe du 15 février 1999 relative à la mission d'enquête sur l'IME de* - organismes juridiquement distincts mais financièrement imbriqués avec l'IME et son association gestionnaire (Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité n° 99-9).

Les frais financiers relèvent désormais de la section d'imputation tarifaire « hébergement ». Rappelons que la section d'investissement est unique et commune à un établissement. Ainsi, la section d'investissement d'un établissement public de santé est commune à son budget principal et ses budgets annexes. De même, la section d'investissement d'un établissement social et médico-social est commune à son budget principal et aux budgets annexes prévus à l'article 8 du décret n° 88-279 du 24 mars 1988. De plus, les règles comptables font qu'une ressource de la section d'investissement n'est pas affectée à un emploi particulier de cette dernière, mais concourt à son équilibre global. La section d'investissement d'un EHPAD n'a donc pas à être divisée, comme sa section d'exploitation, en sections tarifaires. Les dépenses d'investissement relatives au matériel médical sont dans un EHPAD tout à fait accessoires, l'arrêté du 26 avril 1999 en a fixé une liste très limitative. Il n'y a pas lieu de contracter un emprunt spécifique pour les financer.

La gestion des tutelles sur les majeurs protégés entraîne des charges (délégués à la tutelle, frais de secrétariat) qui sont équilibrées, voire excédentaires, compte des produits de la gestion des biens des majeurs protégés (compte 7586). Ces charges et ces produits ne relèvent pas de la section « soins », elles doivent donc être imputés à la section « hébergement ».

La gestion des stocks en dehors des médicaments peut être simplifiée compte tenu notamment du nouveau plan de compte (M 22) dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics qui concerne tout particulièrement les maisons de retraite publiques.

En effet, les comptes d'achats non stockés ont été ouverts. Aussi, la tenue d'un gestion de stocks devrait prendre en compte :

- la capacité de l'établissement ;
- le montant des achats réellement stockés ;
- les délais de rotation des stocks.

ANNEXE N° 1 (suite)

La grande majorité des achats dans les établissements publics sociaux et médico-sociaux, avant le 1er janvier 2001, devaient être, en termes comptables, imputés en achats stockés (sous-comptes du compte 602), alors que dans les établissements privés sociaux et médico-sociaux ils peuvent l'être dans des sous comptes du 606 : Achats non stockés. Par exemple, le plan comptable des établissements sociaux et médico-sociaux privés a ouvert des comptes 60623 : Alimentation ou 60625 : Fournitures hôtelières, alors que ces comptes n'ont été ouverts dans le plan comptable des établissements sociaux et médico-sociaux publics qu'à compter du 1er janvier 2001.

Dans les établissements publics de santé gestionnaires d'EHPAD, la gestion des stocks s'effectue conformément à la procédure décrite par la circulaire ministérielle DH/AF3/n° 92-34 du 27 août 1992.

Les établissements sociaux et médico-sociaux, y compris les EHPAD, ont de moins en moins de stocks, voire pratiquement plus, du fait des phénomènes suivants :

1. Encouragement à une gestion des biens consommables en « flux tendus » : livraison du « juste nécessaire » le matin, transformation et consommation dans la journée ;
2. Développement de la sous-traitance des fonctions relatives à la restauration et à l'entretien des locaux, des matériels et des espaces ;
3. Effets croissants des normes de sécurité alimentaire et d'hygiène qui conduisent à réduire les stocks (tout ce qui n'est pas consommé dans la journée doit être jeté) ;
4. Développement des produits à usage unique et autres produits jetables dans le domaine médical.

Cette gestion des stocks exige un minimum de moyens, non liés à l'importance des stocks à suivre. Le coût de cette gestion est estimé à un minimum, quelle que soit la capacité d'un établissement, de 300 000 F. Ce montant prend en compte les charges suivantes :

1. Coût des assurances sur les stocks et les locaux de stockage ;
2. Amortissement et entretien des locaux de stockage ;
3. Provisions pour dépréciation des stocks ;
4. Poste d'économe ;
5. Primes d'économat à certaines catégories de personnel.

Aussi, les moyens économisés par la réduction, voire la suppression, de la gestion des stocks pourront être redéployés vers d'autres fonctions et d'autres missions des EHPAD.

5. Précisions sur les règles de calcul des tarifs d'un EHPAD

5.1. La différence entre le nombre de journées prévisionnelles « dépendance et soins » et le nombre de journées prévisionnelles « hébergement »

Le nombre de journées « dépendance et soins » tient compte du taux d'occupation et de l'absentéisme « pour toutes les raisons confondues », alors que le nombre de journées « hébergement » prend en compte l'absentéisme des résidents qu'au-delà de 72 heures (cf. art. 7 du décret n° 99-316).

En termes prévisionnels, les absences futures ne pouvant être estimées précisément, il n'est pas interdit de retenir le même nombre pour préparer le budget.

5.2. Le calcul du GIR Moyen Pondéré (GMP) prévu à l'article 13 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 lors de l'examen des propositions budgétaires d'un EHPAD

L'article 13 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 prévoit que l'établissement calcule son GMP entre le 1er janvier et le 30 septembre de l'exercice en cours.

Les propositions budgétaires relatives à l'exercice de l'année suivante que cet établissement doit adopter avant le 15 octobre doivent prendre en compte ce GMP, où, si elles s'en éloignent en fournir les raisons dans le rapport du directeur prévu à l'article 14 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999.

ANNEXE N° 1 (suite)

Aussi, le GMP retenu au budget de l'exercice N+1 peut être sensiblement différent du GMP constaté entre le 1er janvier et 30 septembre de l'année N,

Normalement, le GMP d'un établissement ne devrait pas connaître d'importantes évolutions d'une année sur l'autre. Le GMP constaté d'un établissement doit donc être comparé par les autorités de tarification avec le GMP prévisionnel pour apprécier ses propositions budgétaires.

Pour les raisons suivantes, le GMP peut évoluer :

- modifications de la politique de l'établissement en matière de nouvelles admissions afin de notamment mettre plus en adéquation ses moyens avec le public accueilli ;
- aggravation tendancielle de la dépendance des personnes actuellement accueillies.

En ce qui concerne la section accueil de jour et la section accueil temporaire, il y a lieu soit de prendre le GMP de l'établissement, soit le dernier GMP constaté dans ladite section.

5.3. Le calcul des tarifs de chaque groupe GIR lorsqu'il n'y a pas de personnes dans un ou plusieurs d'entre eux

Il convient de fixer le tarif « dépendance » et le tarif « soins » correspondant à chaque groupe GIR, même lorsqu'il n'y a aucune personne classée dans l'un d'entre eux, pour prévoir le cas d'admission dans l'établissement en cours d'année d'un nouveau résident qui serait classé dans ce groupe GIR.

On le fait en procédant de la façon suivante :

1er exemple : s'il n'y a personne classé en GIR 3-4 :

Tarif du GIR 1-2 * 660

1040

2e exemple : s'il n'y a personne classé en GIR 1-2 :

Tarif du GIR 3-4 * 1040

660

5.4. Les « produits autres que ceux relatifs à la tarification » d'un EHPAD n'ont pas à faire l'objet d'une clef de répartition préétablie entre les sections d'imputation tarifaire

Ces produits appelés couramment « recettes atténuatives » représentent une très faible part du total des recettes d'un établissement médico-social.

Ils ne peuvent faire l'objet que d'imputations directes dans les sections d'imputation tarifaire et non d'une clef de répartition forfaitaire.

Ces imputations directes doivent s'effectuer en tenant compte :

1. De la nature et de l'objet de ces recettes. Par exemple, les frais de formation continue d'une infirmière salariée remboursés par un fonds d'assurance formation doivent être imputés en section d'imputation tarifaire « soins », tandis que ceux de la secrétaire comptable doivent être imputés à la section d'imputation tarifaire « hébergement ».
2. De l'imputation des charges dans les différentes sections d'imputation tarifaire que ces recettes sont censées atténuer.

6. Le budget exécutoire prévu à l'article 28 du décret n° 99-317

Cette procédure dite du budget exécutoire s'inspire du droit hospitalier le plus récent et l'article 28 du décret n° 99-317 l'a adapté aux spécificités des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, lesquels ont des statuts juridiques très divers (établissements publics autonomes, établissements en régie hospitalière, établissements sans personnalité publique autonome gérés par des centres communaux d'action sociale, établissements privés à but non lucratif, établissements commerciaux...).

ANNEXE N° 1 (suite)

La procédure du budget exécutoire évite une approbation du budget de l'établissement à un niveau détaillé des comptes. Une telle approbation a été volontairement exclue par le décret n° 99-317 afin de responsabiliser les établissements conformément aux demandes réitérées par bon nombre de gestionnaires et d'accroître ainsi leur liberté de gestion.

Aussi, il a paru plus pertinent et plus opérationnel pour un établissement d'adopter un budget exécutoire au lieu de se conformer fidèlement à un budget approuvé, compte par compte, par l'autorité tarifaire, ce qui déresponsabilise totalement son gestionnaire et conduit à une confusion des rôles et des responsabilités.

Il appartient alors à l'établissement, au titre d'une gestion modernisée et correctement mise en oeuvre, d'arbitrer en matière de choix de gestion interne pour rester dans le cadre du budget exécutoire, et non au tarificateur de le faire en lieu et place de l'établissement, en approuvant des charges à un niveau trop détaillé.

Il convient en outre de souligner que l'adoption d'un budget exécutoire par le conseil d'administration ne fait perdre pas à l'établissement sa faculté d'engager des recours auprès de la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale compétente.

Si le conseil d'administration rejette les tarifs arrêtés et le montant global des charges nettes autorisées, il peut certes refuser de voter le budget qui en découle. Dans cette hypothèse, l'établissement n'aura donc pas de budget exécutoire qui devait lui permettre de procéder à une nouvelle répartition par comptes de ses charges nettes autorisées.

Dans le cas d'un établissement public, le préfet constatant l'absence de budget voté ou le vote d'un budget en déséquilibre doit saisir la chambre régionale des comptes. Il y a dès lors mise en oeuvre d'une procédure de droit commun du contrôle budgétaire.

Dans le cas d'un établissement privé, ce dernier n'étant pas soumis au contrôle budgétaire des chambres régionales des comptes, il a donc la possibilité de ne pas voter de budget ou de voter un budget en déséquilibre. C'est à lui de prendre ses responsabilités, sachant que, sans budget exécutoire, l'établissement privé prend alors le risque, lors de l'examen de son compte administratif, d'une non-reprise de son résultat comptable puisque les dépenses réalisées par lui doivent être comparées et justifiées par référence à son budget exécutoire, et non au regard de son budget proposé. Il lui appartiendra donc de motiver très précisément les dépenses réalisées et son résultat.

Le décret n° 99-317 relatif au régime budgétaire et comptable des EHPAD prévoit qu'après une procédure contradictoire préalable l'autorité de tarification arrête globalement le montant des charges et produits autorisés et fixe les tarifs. A la suite de cette opération, le gestionnaire d'un EHPAD propose un budget exécutoire conformément à l'article 28 du décret précité.

Dans les EHPAD publics non budgets annexes hospitalier, la circulaire DGAS-5B/DGCP-6B mentionnée en référence a précisé la nécessité de ne pas confondre les niveaux de présentation, vote et approbation des crédits. Le budget exécutoire de ces établissements doit être présenté conformément au niveau de vote.

Ce budget exécutoire se doit non seulement de respecter les grands équilibres de la tarification : non-dépassement du montant total des charges prises en compte pour le calcul des tarifs, respect des tarifs et de la dotation de l'assurance maladie, mais aussi des clauses de la convention tripartite : variations du tableau des effectifs dans ses aspects quantitatifs et qualitatifs, respect des conventions collectives agréées, accord sur les frais de siège social.

Si le président du conseil général n'a pas accepté les frais de siège social conformément à l'article 46 du décret précité, et même si le budget exécutoire adopté respecte les grands équilibres ci-dessus rappelés ; conformément à l'article 39 du décret n° 99-317, lors de l'examen du compte administratif, le président du conseil général peut déterminer et affecter un résultat qui tienne compte de sa position relative à ces frais de siège social.

7. L'inscription comptable du clapet « anti-retour » prévu à l'article 30 du décret n° 99-316

L'article 10 du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 a modifié l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 de façon à étendre le bénéfice de ce mécanisme à tous les établissements qui percevaient, lors de l'exercice précédant le passage dans la tarification ternaire, des produits de l'assurance maladie d'un montant supérieur aux charges nettes de soins résultant de la réforme de la tarification.

ANNEXE N° 1 (suite)

Le montant des ressources de l'assurance maladie de l'exercice précédant celui du passage dans la réforme est donc maintenu que ces ressources proviennent des forfaits soins ou, dans les cas des établissements de santé, d'une partie de la dotation globale hospitalière.

La différence entre le montant des charges nettes relatives aux soins et l'intégralité des ressources de l'assurance maladie donne le montant du clapet « anti-retour » qui constitue un produit de la section tarifaire dépendance imputé au compte 734-3 (plan comptable M 22) ou au compte 70643 (plan comptable M 21) : contribution de l'assurance maladie prévue à l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999.

Les produits de l'assurance maladie se décompose en une dotation globale « soins » qui vient en produit de la section tarifaire « soins » et en une contribution de l'assurance maladie prévue à l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 appelé clapet « anti-retour » qui est un produit de la section tarifaire dépendance.

Comme le prévoit l'article 30 modifié du décret n° 99-316 du 26 avril 1999, cette contribution de l'assurance maladie doit être résorbée à l'échéance de la première convention tripartite. Une prochaine circulaire précisera les diverses modalités de résorption du clapet « anti-retour » afin de répondre aux nombreuses interrogations, notamment, celles des conseils généraux et des caisses d'assurance maladie.

8. L'affectation des résultats antérieurs à l'application de la réforme

Dans les établissements autonomes hébergeant des personnes âgées dépendantes, les résultats des exercices antérieurs à celui de l'application de la réforme sont à incorporer après contrôle et affectation dans le cadre de la section d'imputation tarifaire « hébergement » puisque aujourd'hui ils constituent une recette ou une dépense qui minore ou majore le prix de journée « hébergement ». Dans les établissements à gestion hospitalière, les résultats restent régis par l'article R. 714-3-50 du code de la santé publique.

Si l'établissement applique la tarification ternaire en cours d'exercice, comme le permet la réglementation, il convient d'y procéder en début d'un mois. Le compte administratif correspondant à cet exercice de passage doit être présenté en trois sections tarifaires conformément à l'annexe V du décret n° 99-316, sachant que toutes les charges et tous les produits, y compris ceux relatifs aux soins, rattachés aux mois où l'établissement était encore sous le régime de l'ancienne tarification doivent être imputés à la section tarifaire « hébergement ». Les sections tarifaires « dépendance » et « soins » n'enregistrent les charges et les produits les concernant qu'à partir du mois de passage dans la nouvelle tarification ternaire.

Il n'y a, en revanche, pas de reprise et d'affectation de résultats dans les établissements relevant du chapitre II du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles (ancienne loi n° 90-600 du 6 juillet 1990). Ces établissements n'ont donc pas à établir un compte administratif, mais ils doivent transmettre un compte d'emploi permettant de vérifier si les financements publics alloués ont été utilisés conformément à la convention tripartite. Dans le cas où il serait constaté que tel n'est pas le cas, une procédure de reversement total ou partiel des financements publics, et non de reprise et d'affectation des résultats, doit être engagée. Cette procédure est similaire à celle relative au reversement des subventions non utilisées ou mal utilisées.

L'annexe IV-2 au décret n° 99-316 a été modifiée (cf. deuxième colonne) de façon à ce que les établissements relevant du chapitre II du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles (ancienne loi n° 90-600 du 6 juillet 1990) vous donnent une information complète sur les effectifs en personnel de leurs établissements. Ce document doit vous être remis à l'occasion du budget prévisionnel et en pièce jointe du compte d'emploi. Ainsi a été anticipée l'une des propositions de l'inspection générale des affaires sociales qui, dans son rapport n° 2001-037 de mars 2001 intitulé : « Propositions pour faciliter la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », préconise un renforcement des moyens d'appréhension globale et de contrôle sur ces établissements.

L'article 22 du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 a inséré dans le décret n° 99-317 du 26 avril 1999 un nouvel article 54-1 qui fait basculer l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées, mêmes ceux non signataires de la convention tripartite, dans le régime budgétaire et comptable du décret n° 99-317.

En matière d'affectation des résultats, l'article 39 peut donc être mis en oeuvre pour les établissements non signataires, même s'il s'agit d'un résultat comptable global qui ne peut être réparti entre des sections tarifaires encore inexistantes.

ANNEXE N° 1 (suite et fin)

9. Les tableaux de calcul des tarifs des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les nouveaux tableaux en annexes du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 ont été établis en reprenant le plan comptable M 22. Il convient d'insister sur le fait qu'il s'agit de documents administratifs et financiers, et non de documents comptables, au sens qu'ils ne relèvent pas de la responsabilité du comptable de l'établissement, du comptable public ou du commissaire aux comptes, mais du directeur ou dans les établissements publics de santé de l'ordonnateur.

Ce n'est pas un document comptable comme peut l'être un bilan, un compte de résultat et une annexe dans le secteur privé, ou un compte de gestion dans le secteur public.

C'est ainsi que ces tableaux de calcul des tarifs aujourd'hui normalisés en M 22 doivent être utilisés par un directeur d'établissement de santé public qui gère en budget annexe une maison de retraite, même si sa comptabilité est tenue en M 21.

Dans les EHPAD commerciaux, ces tableaux de calcul des tarifs aujourd'hui normalisés en M 22 doivent être aussi utilisés, même si l'organisme gestionnaire tient ses comptes selon le plan comptable général.

*
* *

Vous trouverez prochainement sur le site intranet de la DGAS/Marthe une diapotheque constituée de plus d'une centaine de diapositives présentant la réforme de la tarification qui vous pourrez télécharger sur Power Point 97 afin de faire votre propre tri et préparer vos animations régionales et départementale. Vous pouvez aussi transmettre par messagerie à Jean-Pierre HARDY, DGAS-5B/mission Marthe, vos diverses présentations sous Power Point 97 afin de mutualiser les outils en les rendant sur le site intranet accessibles autres DDASS et DRASS.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale
de l'action sociale,

Sylviane LEGER

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

Edouard COUTY

Le chef de la mission MARTHE,

Jean-René BRUNETIERE

ANNEXE N° 2 : Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/DSS-1A/MARTHE n° 2001/569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n° 99-316 (dit « clapet anti-retour »)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

Bureau- F2

Affaire suivie par : Nadine RICHARD

☎ 01 40 56 53 38

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Bureau 1A

Affaire suivie par : Christian RIVIALE

☎ 01 40 56 71 10

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

Bureau 5B

Affaire suivie par : Jean-Pierre HARDY

☎ 01 40 56 86 56

MISSION MARTHE

Affaire suivie par : Jean-René BRUNETIERE

☎ 01 40 56 80 03

La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité

La Secrétaire d'Etat aux personnes âgées

à

Madame et Messieurs les Préfets de Région

Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (*pour mise en œuvre*)

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation (*pour mise en œuvre*)

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

CIRCULAIRE DGAS-5 B/ DHOS-F2/ DSS-1A/ MARTHE n° 2001/569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n°99-316 (dit « clapet anti-retour »).

Date d'application : Immédiate.

ANNEXE N° 2 (suite)

Résumé :

La présente circulaire examine l'incidence de l'opération de « sincérité des comptes » dans la présentation et l'approbation des budgets annexes hospitaliers relatifs aux services pour personnes âgées dépendantes.

Elle indique les procédés à mettre en œuvre pour résorber le « clapet anti-retour » dans le cadre des conventions tripartites

Enfin, elle traite de la gestion du clapet anti-retour et des transferts de charges entre budget principal et budgets annexes des établissements hospitaliers dans la période transitoire ouverte par l'article 5 de la loi créant l'APA.

Mots clés : application de l'article 5 de la loi APA, articulation avec l'opération de « sincérité des comptes », « clapet anti-retour », période transitoire, subventions entre budgets principal et annexe.

Textes de référence :

- 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, notamment les articles 5,6 et 10.
- Décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatifs aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001.
- Article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/ Marthe n°2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n°99-316 et n°99-317 modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/ Marthe n°2001/ 276 du 21 juin 2001 relative à la « sincérité des comptes » dans les établissements de santé entre le budget principal et les budgets annexes relatifs à des services accueillant des personnes âgées dépendantes.

La présente circulaire précise la méthode à appliquer aux établissements qui n'ont pas encore signé une convention tripartite pour prendre en compte les conséquences des opérations de rétablissement de la sincérité des comptes menées dans les établissements publics de santé (I).

En outre, des précisions sur la conduite à tenir envers les établissements qui font l'objet d'un « clapet anti-retour » vous sont apportées, dans le cadre de la signature de la convention tripartite (II), et dans le cadre de la période transitoire pour les établissements n'ayant pas encore signé la convention (III).

Les règles de calcul des différents tarifs pendant la période transitoire prévue par l'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 susvisée sont enfin précisées (IV).

ANNEXE N° 2 (suite)

I INCIDENCE DE L'OPERATION DE « SINCERITE DES COMPTES » DANS LA PRESENTATION ET L'APPROBATION DES BUDGETS ANNEXES HOSPITALIERS RELATIFS AUX SERVICES POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES.

Il est traité dans cette partie I du cas des unités de soins de longue durée (USLD) et des maisons de retraites rattachées à des établissements de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 pris en application de l'article 5 de la loi APA, comme dans le cadre du passage dans la tarification ternaire, les propositions budgétaires relatives aux budgets annexes doivent intégrer les transferts des charges et des produits entre le budget principal et les budgets annexes concernés conformément à la circulaire n°2001-276 du 21 juin 2001.

En effet, dans la majorité des établissements, un certain nombre d'éléments de charges ayant vocation à être pris en compte dans les budgets annexes sont aujourd'hui fréquemment imputés au seul budget principal. Il peut s'agir :

- de charges de personnel médical, paramédical, de service ou administratif émergeant au budget principal et exerçant effectivement à plein temps ou à temps partiel dans l'EHPAD ;
- de prestations fournies par l'établissement principal (chauffage, fluides...) sans remboursement du budget annexe au budget principal ;
- de prestations remboursées par le budget annexe sur des bases inférieures à leur coût de revient effectif (alimentation, nettoyage, blanchisserie, administration générale...).

Toutefois, dans une minorité d'établissements, on relève des flux de sens inverse (surfacturation de prestations fournies à l'EHPAD).

Ces pratiques comptables trouvaient leur origine pour l'essentiel dans la rigidité du système forfaitaire de financement. Elles perdent toute justification dans le cadre du nouveau dispositif, fondé sur la réalité des coûts. Tous les établissements ont donc été appelés à faire le bilan des transferts de charge à opérer et les synthèses de leurs travaux sont actuellement transmises par les ARH à l'administration centrale.

Il est nécessaire, dès le budget 2002, de porter les charges des budgets annexes à leur coût réel calculé selon les indications des circulaires n° 2000/475 du 15 septembre 2000 et n° 2001/276 du 21 juin 2001. Les autorités compétentes de l'Etat, les organismes d'assurance maladie, et en premier lieu l'établissement public de santé concerné, sont en effet habilités à faire valoir leurs droits, (y compris, en dernier recours, par voie contentieuse) contre les décisions de tarification qui n'intégreraient pas de telles charges.

En contrepartie de cette majoration des charges brutes du budget annexe, il convient, là encore, de transférer les produits correspondants de l'assurance maladie du budget principal vers le budget annexe (cf. 2.3. de la circulaire DGAS-5B/Marthe/ DHOS-F2/ DSS n°2000-175 du 15 septembre 2000).

ANNEXE N° 2 (suite)

1.1. Cas des établissements signant une convention tripartite applicable en 2002 :

Les transferts de ces produits de l'assurance maladie qui correspondent à des charges afférentes aux soins, à la dépendance ou à l'hébergement jusqu'alors prises en compte par le budget principal, se traduisent par une majoration de la dotation de soins du budget annexe. Il va de soi que la juste appréciation du montant des transferts financiers à opérer, et leurs modalités précises demandent d'être soigneusement étudiées à partir des propositions de l'établissement et des justifications qu'il apporte. A ce constat doit bien entendu être associé le président du Conseil général, responsable de la tarification de la dépendance et de l'hébergement.

Dans tous les établissements signant une convention, avec effet budgétaire en 2002, il conviendra d'opérer ces transferts de charges et de produits équivalents, lesquels doivent être accompagnés par des transferts effectifs d'enveloppes (à relater dans les annexes mensuelles de suivi adressées à la DHOS au titre de l'annexe III de la circulaire du 26 janvier 2001).

1.2. Cas des établissements appliquant les dispositions de l'art. 5 de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 et de l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001.

Dans de nombreux établissements, cependant, ces travaux aboutissant à un constat contradictoire sur les transferts de charge et à un accord tripartite sur leur traitement ne pourront matériellement être menés à bien avant le 1^{er} janvier 2002. Dans une telle situation, il est compréhensible que le président du conseil général ne s'estime pas en mesure de fixer des tarifs hébergement qui acteraient définitivement ce constat.

Pour les établissements non-signataires de la convention tripartite, Le IV de l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 pris en application de l'article 5 de la loi APA prévoit la possibilité d'une **subvention du budget principal au budget annexe** pendant la période transitoire entre le 1^{er} janvier 2002 et l'entrée en vigueur de la convention tripartite, et au plus tard jusqu'au 31/12/2003. Cette subvention est une charge du budget principal (compte 6578) et un produit du budget annexe (compte 741).

Pour ces établissements appliquant les dispositions du IV de l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001, vous ferez usage en tant que de besoin de cette possibilité, qui permet dans la période transitoire de préserver les intérêts de l'assurance maladie, des résidents et du département dans l'attente de la signature de la convention.

Ainsi, la mise à niveau des charges s'accompagnera de l'inscription d'une subvention compensant au franc le franc les variations de charge pour le budget principal comme pour le budget annexe. La base de référence des dépenses du budget principal s'en trouve inchangée. En effet, si des charges ont été transférées au budget annexe, une subvention équivalente est imputée en charges. Quant au budget annexe, il prend en dépenses toutes les charges à leur coût de revient analytique, mais en contrepartie, il bénéficie d'une subvention qui constitue une recette du budget annexe.

Cette subvention qui doit être fixée par l'autorité compétente de l'Etat, n'entre pas dans le calcul du « clapet anti-retour » comme le précise le dernier alinéa du IV de l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001. Elle n'entraîne aucun transfert entre enveloppes.

A l'occasion de la convention tripartite et au plus tard avant le 31 décembre 2003, cette subvention est appelée à disparaître, et à être remplacée par un mouvement d'enveloppe en dépenses et en recettes (consistant en une majoration de la dotation soins du budget annexe et en une minoration de la dotation du budget principal) après que les trois partenaires de la convention aient pu faire un constat contradictoire de la réalité des charges et établir les bases de la tarification tripartite proprement dite.

ANNEXE N° 2 (suite)

II MODE DE REEQUILIBRAGE DE LA SECTION SOINS DU BUDGET DES ETABLISSEMENTS (« RESORPTION DU CLAPET ANTI-RETOUR » PREVU A L'ARTICLE 30 DU DECRET N° 99-316 MODIFIE) DANS LE CADRE DE LA CONVENTION TRIPARTITE.

Cette partie II s'applique à tous les EHPAD médicalisés, autonomes ou non en situation de « clapet anti-retour ».

Les établissements sont réputés en situation dite de « clapet anti-retour » quand le montant total des produits de l'assurance maladie 2001 (F1) excède les charges de soins 2002 (F2). C'est la différence F1-F2 qu'on convient d'appeler « montant du clapet anti-retour ». Ceci est valable qu'il s'agisse d'un établissement autonome ou d'une unité rattachée à un établissement hospitalier.

Selon le sondage ERNEST, la majorité des établissements dans cette situation présente un montant du clapet d'ampleur modérée (jusqu'à 30 % de la charge en soins, le phénomène peut s'expliquer pour l'essentiel par les modifications d'imputation résultant des nouvelles règles budgétaires).

Dans une minorité d'établissements cependant, le montant du « clapet anti-retour » peut être particulièrement élevé et sa résorption peut poser des problèmes particuliers. En effet, dans ce cas :

- Le phénomène n'est pas explicable uniquement par l'évolution des règles budgétaires; (le clapet anti-retour devrait être nettement inférieur à 30% du budget soins puisqu'il devait au plus permettre de compenser la répartition des aides soignantes à 70% sur les soins et 30% sur la dépendance dans les établissements qui les prenaient en charge à 100% sur leurs forfaits de soins).
- Il conduit (avant rééquilibrage) à un tarif dépendance anormalement faible (et même négatif dans des cas extrêmes) ;
- L'ampleur du rééquilibrage à opérer peut poser un problème particulier et les dispositions exposées ici peuvent alors ne pas suffire à assurer une transition harmonieuse entre l'ancien et le nouveau régime tarifaire. Seul un examen au cas par cas peut suggérer la conduite à tenir, et nous vous invitons à saisir l'administration centrale des cas qui vous posent une difficulté particulière.

Dans tous les cas, la règle prévue (article 30 du décret 99-316 précité) dans le cadre de la convention tripartite est **que l'établissement a droit à conserver son niveau de dotation** de l'assurance maladie, à charge pour lui de réduire l'écart entre la dotation et les charges réelles en un ou plusieurs exercices, par un renforcement de ses moyens de soins dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Ce rééquilibrage peut avoir pour effet d'augmenter les montants à la charge des résidents,¹ cet effet devant être compensé (partiellement, totalement ou au-delà) par l'intervention de l'APA.

La voie normale est de négocier et d'arrêter les modalités de ce rééquilibrage dans le cadre d'une convention tripartite compte tenu du fait que l'évolution des prix des prochaines années est susceptible de diminuer naturellement et mécaniquement ces déséquilibres. Dans ce cadre conventionnel, on peut mettre en œuvre successivement un certain nombre d'actions de nature à utiliser cette marge financière apparue à la section budgétaire « soins » du fait du « clapet », afin que cette section budgétaire retrouve l'équilibre au plus tard au terme de la première convention tripartite.

¹ Ce qui n'est pas le cas dans la mesure où le rééquilibrage se fait par qualification de personnel en place (acquisition de formation d'aides-soignants et d'AMP par des Agents de services).

ANNEXE N° 2 (suite)

2.1. Qualification du personnel :

La qualification de personnels par admission dans des formations d'aide-soignant ou d'AMP diminue le déséquilibre sans augmenter significativement les charges totales de l'établissement. C'est une voie à privilégier dans le cadre de la recherche de la qualité.

2.2. Augmentation des moyens afférents aux soins ;

Cette augmentation a pour conséquence immédiate de diminuer le montant du déséquilibre de la section soins, mais aussi de majorer d'autant les tarifs dépendance.

La programmation de cette augmentation des moyens doit tenir compte des besoins de l'établissement tels qu'on peut les apprécier, et des objectifs de qualité prévus dans la convention.

L'augmentation des moyens afférents aux soins constitue le moyen prioritaire de la résorption du « clapet anti-retour » pour les établissements dont les dépenses afférentes aux soins sont inférieures à la DO.MINI.C.

2.3. Autres actions finançables par redéploiement du surplus :

Ce redéploiement peut participer aux actions suivantes, notamment lorsque l'excédent de la section soins au titre du « clapet » dépasse de plus de 30 % les charges de cette section :

- financement de la part assurance maladie d'un accroissement de capacité de l'établissement ou de la médicalisation de places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire ;
- financement ou extension d'un service de soins infirmiers à domicile adossé à l'établissement ou en rapport conventionnel avec lui, lorsque les besoins dans ce domaine ne sont pas satisfaits : dans ce cas, l'opération s'accompagne d'un transfert d'enveloppe à due concurrence vers la sous enveloppe médico-sociale des SSIAD ;
- financement de la partie relevant de l'assurance maladie des opérations auxquelles l'établissement peut participer au titre de la mise en place
 - d'une filière de soins en gériatrie,
 - d'actions inscrites au schéma départemental gérontologique,
 - du plan démence,
 - etc.

Cette liste n'est pas exhaustive. D'autres propositions peuvent faire l'objet d'accord entre les partenaires intéressés au niveau local, sachant que ces moyens de l'assurance maladie ne sont pas destinés à financer des dépenses ne relevant pas du champ de l'ONDAM « personnes âgées ».

ANNEXE N° 2 (suite)

2.4. Intégration de dépenses externes

Le montant du surplus de la section soins, notamment lorsqu'il est particulièrement élevé (au-delà de 30 % du montant de la section soins) peut être réduit dès la première année par l'intégration totale ou partielle des dépenses de « soins de ville », et notamment de médicaments jusqu'alors prises en charge directement par les résidents et qui doivent désormais l'être par l'établissement. Il peut être en effet considéré comme anormal, au-delà de certaines limites, que le produit des forfaits versés par l'assurance maladie serve à financer des dépenses d'hébergement tandis que les résidents recourent à des soins de ville remboursés pour des prestations que ces forfaits ont vocation à financer.

2.5. Renoncement total ou partiel au clapet « anti-retour »

Dans certains cas particuliers, un établissement peut préférer renoncer totalement ou partiellement à son clapet « anti-retour » compte tenu :

- de l'importance du montant de ce dernier ;
- des inadéquations fortes entre, d'une part, le GMP de l'établissement et les pathologies des résidents, et d'autre part les moyens afférents aux soins ;

Dans le cas rare où un établissement disposerait d'une enveloppe d'assurance maladie très supérieure à ses charges de soins une fois épuisées les actions mentionnées aux 2.1. à 2.4., et ne se trouverait pas dans une situation de besoin à hauteur de ce montant ou s'il ne prend pas d'engagements dans le cadre de la convention tripartite pour arriver à une meilleure adéquation entre ces moyens et les caractéristiques des résidents accueillis, il conviendra alors d'effectuer de façon programmée et négociée le redéploiement de ces moyens.

Dans ce cas, les crédits de l'assurance maladie doivent faire l'objet de redéploiements au bénéfice de la médicalisation d'autres EHPAD ou d'autres actions finançables sur l'enveloppe EHPAD au bénéfice des personnes âgées dépendantes. Il conviendra alors d'en informer le comité départemental de suivi de la réforme.

Ainsi, la résorption du surplus de la section soins (clapet anti-retour) sera programmée dans le cadre de la convention tripartite en recourant aux solutions préconisées aux points 2.1 à 2.5 ci-dessus.

III GESTION DU « CLAPET ANTI-RETOUR » DANS LA PERIODE TRANSITOIRE.**3.1 L'appréciation des charges de soins dans le budget 2002**

Pour tous les établissements qui n'auront pas signé une convention tripartite couvrant l'exercice 2002, et qui appliqueront les dispositions de l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 pris en application de l'article 5 de la loi APA, il importe que la situation provisoire ainsi créée n'obère pas ou obère le moins possible la bonne gestion du rééquilibrage nécessaire.

ANNEXE N° 2 (suite)

Dans ces établissements, les résidents connaîtront deux modifications de leur situation :

- La première, lors de la mise en place du dispositif provisoire ;
- La seconde, lors de l'entrée en vigueur de la convention.

L'idéal est naturellement que le financement à charge du résident (après déduction de l'APA) soit dès le régime transitoire aussi proche que possible de ce qu'il aura à acquitter dans le régime conventionnel. A défaut, il est important que le résident **ne subisse pas successivement deux évolutions de sens contraire** de la contribution totale qui lui est demandée.

Pour y parvenir, il convient de prévoir au budget 2002 les charges de soins qui interviendront normalement au cours de l'exercice dans le cadre du rééquilibrage, en considérant que la convention tripartite sera conclue dans les premiers mois de l'année 2002.

Ainsi, lorsque l'autorité compétente de l'Etat doit déterminer le montant du clapet et le préciser au président du Conseil Général dans les établissements relevant du 5° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, il lui appartient d'intégrer à hauteur convenable des charges de soins à intervenir en 2002 telles :

- le recrutement du médecin coordonnateur celui-ci pouvant commencer sa mission avant signature de la convention tripartite pour participer à la mise au point des objectifs de l'établissement en matière de qualité du projet de soins ;
- le provisionnement des charges relatives à la formation de ce médecin coordonnateur et d'autres personnels afférents aux soins (frais de scolarité et frais de remplacement), aux médicaments coûteux et à l'acquisition du matériel médical.
- des renforcements des équipes soignantes lorsque les moyens en personnel soignant sont nettement insuffisants au regard des missions de l'établissement et des objectifs de la qualité prévus ;
- la prise en compte dès 2002 de toutes les dépenses de médicaments sur la totalité des places installées et non plus sur les seules places de section de cure médicale ;
- le financement des « soins de ville » que l'établissement doit prendre en charge sur son budget soins en application de la réforme, dans les conditions prévues au 2.4.

Ainsi, pour tous les établissements dont le montant du « clapet » est de niveau courant ces dispositions :

- permettent aux résidents de bénéficier de l'APA en établissement ;
- aboutissent à des tarifs dépendance réalistes ;
- consacrent le surplus de crédits de l'assurance maladie nés du clapet anti-retour à des opérations au bénéfice de la prise en charge des besoins en soins des personnes âgées.

3.2 : Appréciation du « clapet anti-retour » dans le cas des budgets annexes hospitaliers :

De nombreux établissements de santé gèrent plusieurs EHPAD (maisons de retraite ou USLD) ayant chacun son budget annexe.

ANNEXE N° 2 (suite)

Après rétablissement des comptes selon la méthode exposée au (I), il peut arriver que l'un des deux établissements soit dans une situation de clapet anti-retour, et l'autre dans une situation d'effet mécanique. Dans ce cas la conduite à tenir est la suivante :

- soit il s'agit de deux entités séparées, physiquement éloignées, de caractéristiques physiques (bâtiments, équipements etc...) sensiblement différentes et tenues par des équipes distinctes et autonomes ;
- soit les deux unités, hébergées dans les mêmes bâtiments, ne font en fait qu'un seul et même ensemble, partageant à la fois le personnel, l'intendance, les équipements. La distinction entre les deux entités n'a qu'une origine administrative et financière (les résidents passant le cas échéant d'une section à l'autre à l'occasion de l'évolution de leur état).

Dans le premier cas, on pourra, si l'établissement le souhaite, traiter les deux budgets de manière séparée.

Dans le second, en revanche, l'établissement a vocation à fusionner les deux unités dans un budget annexe unique.

Il serait en effet tout à fait artificiel de reconnaître un clapet anti-retour à une unité et un effet mécanique à l'autre: il convient de faire la consolidation des deux budgets et d'apprécier la situation au regard de l'effet mécanique ou du clapet anti-retour sur le budget consolidé.

Deux méthodes comptables alternatives sont utilisables pour réaliser cette consolidation :

3.2.1. 1^{ère} méthode : fusion des budgets annexes.

Si ce regroupement des budgets annexes comme préconisé au 1.2. de la circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/ Marthe n°2001/241 du 29 mai 2001 est envisagé, il est possible de les regrouper dès le début de la période transitoire en utilisant la lettre mnémotechnique E. Le budget annexe unifié au niveau de ces charges perçoit alors en produits de la tarification la totalité des forfaits perçus antérieurement par les deux budgets². Les conséquences des transferts de charges afférentes aux soins doivent être prises en compte dans le calcul de la somme des forfaits globaux de soins. Dans ce cas, une subvention du budget principal relative aux charges afférentes à l'hébergement et à la dépendance du budget principal vers ce nouveau budget annexe peut être prévue dans les conditions exposées au 1.2. ci-dessus. Cette fusion doit s'accompagner d'une transformation juridique, et d'un mouvement d'enveloppe lorsqu'il s'agit de la fusion d'une unité de soins de longue durée et d'une maison de retraite hospitalière.

3.2.2. 2^{ème} méthode : subventions croisées entre budgets annexes.

Si, dans le cadre de la période transitoire, on ne souhaite pas fusionner les deux budgets, des subventions croisées entre ces budgets annexes sont possibles pour obtenir le même résultat en termes d'équilibre budgétaire.

² soit un seul forfait global de soins s'il y a eu transfert entre l'enveloppe sanitaire USLD et l'enveloppe médico-sociale, soit deux forfaits de soins : l'un sur l'enveloppe sanitaire correspondant aux forfaits soins de longue durée 2001 et l'autre de l'enveloppe médico-sociale correspondant aux forfaits de section de cure médicale 2001

ANNEXE N° 2 (suite)

En effet, le IV de l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 prévoit que pendant la période transitoire instaurée par l'article 5 de la loi, **un budget annexe peut accorder une subvention à un autre budget annexe.**

Par exemple, si l'USLD a une section soins excédentaire (« clapet »), une subvention (compte 6578) portée en charge de ce budget annexe peut financer le déficit de la section soins (« effet mécanique ») de la maison de retraite hospitalière. Cette subvention est alors un produit du budget annexe de la maison de retraite hospitalière (compte 741).

Le IV de l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 précise bien aussi que les produits de ces subventions ne sont pas pris en compte dans la détermination du montant du clapet. Aussi, la subvention de l'USLD à la maison de retraite hospitalière qui est un produit (compte 741) pour cette dernière, ne viendra-t-elle pas créer un clapet. A l'inverse, la subvention en tant que charge du budget annexe USLD diminue bien, elle, le clapet de cette dernière.

Un diaporama sous Power Point 97 a été réalisé par l'ENSP et le bureau 5 B de la DGAS sur les écritures comptables relatives à ces subventions entre budget principal et budget annexe et entre budgets annexes, il est disponible sur le site INTRANET de la DGAS.

IV - CALCUL DES DIFFERENTS TARIFS DES ETABLISSEMENTS RELEVANT DE L'ARTICLE 5 DE LA LOI APA :

4.1. Fixation du forfait de soins dans les seuls établissements médicalisés

Afin que les services compétents du conseil général puissent déterminer les tarifs dépendance et hébergement entre le 15 octobre et le 31 décembre 2001, il importe que l'autorité de tarification compétente de l'Etat (ARH ou Préfet) :

- détermine le montant du produit afférent aux soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA du 20 juillet 2001. Ce montant est égal à la somme des différents forfaits de soins (SLD, SCM, SC) arrêtés en 2001. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit toutefois la possibilité d'une actualisation de ce forfait pour tenir compte notamment des mesures salariales prévues pour 2002.

Si des retards devaient intervenir dans la fixation du forfait global annuel de soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA, le président du conseil général pourrait alors fixer au 1^{er} janvier 2002 :

- les tarifs dépendance ;
- et, au cas d'habilitation à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, un premier prix de journée hébergement 2002 égal au prix de journée 2001 diminué du tarif dépendance du GIR 5-6. Un nouveau prix de journée hébergement avec effet le premier jour du mois suivant sa notification pourrait alors intervenir au cours du premier trimestre 2002 quand le forfait global annuel de soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA aura été arrêté définitivement.

- détermine le montant de la contribution de l'assurance maladie prévue à l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 correspondant au clapet anti-retour.

L'identification de celle-ci (v. III ci-dessus) et son montant doivent donc être communiqués au Président du Conseil Général.

ANNEXE N° 2 (suite)

L'autorité compétente de l'Etat doit transmettre sans délai ces informations au Président du Conseil Général qui pourra alors déterminer les tarifs afférents à la dépendance et à l'hébergement.

Pour les établissements non médicalisés, aucun « produit afférent aux soins » n'est à définir dans le cadre de l'article 5 de la loi du 20 juillet. L'établissement continue de fonctionner comme auparavant en recourant, le cas échéant, à la médecine de ville. Seuls les tarifs afférents à la dépendance (et, au cas d'habilitation à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, les tarifs afférents à l'hébergement) doivent être déterminés.

- valide le montant des subventions entre budget principal et budgets annexes et entre budgets annexes. Ces subventions n'entrent pas dans le calcul du clapet anti-retour.

4.2.Calcul des tarifs dépendance

Comme le prévoit le II l'article 24 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 pris en application de l'article 5 de la loi APA, ils doivent être calculés en application des articles 3, 5, 6, 8 et 24 du décret modifié n°99-316 et de la circulaire n°2001/241 du 29 mai 2001.

Le calcul des tarifs dépendance est simple : sont à prendre en compte les charges suivantes :

- 100% des charges de psychologues ;
- 30% des charges d'agents de service ;
- 30% des charges d'aides soignantes et d'aides médico-psychologiques que ces derniers soient en 2001 pris en charge par le prix de journée ou par les forfaits soins ;
- 30% des prestations de service relatives au blanchissage et au nettoyage ;
- les couches, alèses et produits absorbants (y compris lorsque ces prestations sont actuellement facturées à l'unité en sus du prix de journée) ;
- les dotations aux amortissements de biens mobiliers précisés par la circulaire n°2001-241 du 29 mai 2001 ;

et uniquement ces charges. Elles peuvent être diminuées du montant de la contribution de l'assurance maladie visée à l'article 30 du décret 99-316 susvisé, dont le montant est arrêté par l'autorité compétente de l'Etat.

ANNEXE N° 2 (suite)

Les tarifs afférents à la dépendance peuvent être rapidement calculés grâce à l'application informatique TARIFEHPAD 2³ qui prend en compte les charges ci-dessus décrites et la production en points GIR dans les groupes GIR 1-2, 3-4 et 5-6.

Les tarifs dépendance ainsi calculés doivent être très proches de ceux qui auraient résulté du calcul, hors mesures nouvelles éventuelles, effectué dans le cadre de la tarification ternaire stricto sensu.

Si un établissement n'a aucun résident classé dans les GIR 5 et 6, le tarif dépendance du GIR 5-6 peut être calculé en utilisant la formule suivante issue de l'annexe II au décret n°99-316 :

$$\frac{(D2/F) \times (280 \text{ points GIR } X \text{ par le nombre de résidents de plus de 60 ans})}{J}$$

J

Où :

D2 est égal aux charges nettes afférentes à la dépendance,

F est la production totale en points GIR de l'établissement

J est le nombre de journées prévisionnelles dépendance des personnes classées dans les groupes GIR 1 à 6

4.3. Calcul du tarif hébergement

- Pour les établissements habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, le tarif hébergement, calculé par le Président du Conseil Général, est obtenu :

- a) en prenant en compte l'ensemble des charges prévisionnelles de l'établissement, majorées ou minorées par la reprise des résultats des exercices antérieurs. Ce poste comprend, comme indiqué ci-dessus les charges qui devraient résulter en 2002, dans le cadre de la conclusion d'une convention, de la résorption du « clapet anti-retour »;
- b) les charges prévisionnelles mentionnées au a) sont diminuées des produits prévisionnels résultant des tarifs dépendance calculés conformément au 4.2. ci-dessus, du forfait global de soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA pour les établissements médicalisés et de toutes les autres recettes atténuatives, dont les subventions entre le budget principal et les budgets annexes et entre budgets annexes ;
- c) le solde entre les dépenses prévisionnelles définies au a) et les produits décrits au b), divisé par le nombre de journées d'hébergement prévisionnelles donne le prix de journée hébergement que le Président du Conseil Général doit fixer pour les établissements habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées. Rappelons qu'aux termes du décret 2001-388 du 4 mai 2001 (art 9), ce tarif peut être modulé pour tenir compte des éléments objectifs de confort offerts aux résidents (notamment chambres individuelles ou collectives).

³ Disponible au GIE des éditions de l'ENSP

ANNEXE N° 2 (suite)

- Pour les établissements non habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées, le Président du Conseil Général ne fixe que les tarifs afférents à la dépendance.

- Pour les établissements non habilités au titre de l'aide sociale et non médicalisés, le président du Conseil Général fixe aussi les tarifs afférents à la dépendance sachant que le forfait global de soins est égal à zéro puisque ces établissements n'avaient pas de forfaits soins en 2001.

Le Président du Conseil Général est donc le maître d'œuvre de cette procédure. L'autorité de tarification compétente de l'Etat (ARH ou préfet) doit seulement lui préciser le montant du forfait global de soins prévu au 1° de l'article 5 de la loi APA et le montant du clapet anti-retour déterminés dans les conditions indiquées par la présente circulaire.

Il est primordial que le Président du Conseil Général fixe de façon concomitante les tarifs afférents à la dépendance et le prix de journée hébergement 2002 puisque ce que le résident aura à acquitter est déterminé par ces deux tarifs.

Si l'article 5 de la loi APA **met fin à la tarification binaire hébergement et soins**, il n'instaure pas cependant **la tarification ternaire stricto sensu qui résultera de la convention tripartite**: il instaure au sein d'un budget qui reste unique une seule section tarifaire afférente à la dépendance et non trois sections tarifaires « étanches ». En conséquence, la reprise des résultats reste globale.

Vous voudrez bien me rendre compte, sous le timbre de la DHOS (bureau F2) et de la DGAS (bureau 5 b) des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Pour la Ministre et la Secrétaire d'Etat
et par délégation,

Le directeur de l'Hospitalisation et
De l'organisation des soins,

Le directeur de la Sécurité sociale,

Edouard COUTY

Pierre-Louis BRAS

Le chef de la mission MARTHE

La directrice générale de l'Action sociale

Jean-René BRUNETIERE

Sylviane LEGER

ANNEXE N° 2 (suite)

Transferts de charges à la signature de la convention tripartite

BUDGET GENERAL

Charges à
transférer 1000

{
{
{

personnel		
Blanchiss. Nett.		
Admin. Logist.		

BUDGET ANNEXE

--	--

ANNEXE N° 2 (suite)

Transferts de charges et de DG soins à la signature de la convention tripartite
--

BUDGET GENERAL

	Quote-part équivalente de la DG soins

BUDGET ANNEXE

	{	personnel
1000	{	Blanchiss. Nett.
	{	Admin. Logist.

Transferts de charges

- **Charges de personnel**
 - ventilation sur les catégories de personnel (suivant tableau annexé au décret)
- **Charges d'hôtellerie - restauration**
 - comptabilité analytique, ou comparaison AGHN ou ERNEST
- **Charges d'administration et logistique**
 - comptabilité analytique
 - fourchette de 2 à 5 % des charges brutes section hébergement (ou plus si justifications)

ANNEXE N° 2 (suite)

Transferts de charges et de DG soins à la signature de la convention tripartite
--

BUDGET GENERAL

--	--

BUDGET ANNEXE

	{	personnel	Quote-part équivalente
1000	{	Blanchiss. Nett.	de la DG soins
	{	Admin. Logist.	

ANNEXE N° 2 (suite)

Transferts de charges et subventions pendant la période transitoire (art. 5 loi APA)

BUDGET GENERAL

BUDGET ANNEXE

	{	personnel
1000	{	Blanchiss. Nett.
	{	Admin. Logist.

ANNEXE N° 2 (suite)

Transferts de charges et subventions pendant la période transitoire (art. 5 loi APA)

BUDGET GENERAL

6578 subventions au BA 1000	Le passage par le compte 741 n'occasionne aucun transfert d'enveloppe de soins et rend possible les ajustements futurs
--	---

BUDGET ANNEXE

personnel Blanchiss. Nett. Admin. Logist.	741 subventions du BG 1000
---	---

ANNEXE N° 2 (suite et fin)

Subventions entre budgets annexes pendant la période transitoire (art. 5 loi APA)

Budget annexe USLD

6578 subventions au BA MR 1000	clapet anti-retour > à 1000
	La subvention du BA USLD permet de réduire son clapet anti-retour et de compenser l'effet mécanique du BA MR

Budget annexe Maison de retraite

Charges soins (effet mécanique) 1000	741 subventions du BA USLD 1000
---	--

ANNEXE N° 3 : Circulaire DGS/DSS-1A/DHOS-O-F2 n° 2001/649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale (hors unités de soins de longue durée).

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

La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité
Le Ministre délégué à la Santé

Sous-direction des affaires financières
Bureau du financement de l'hospitalisation publique
Et des activités spécifiques de soins
Pour les personnes âgées - F 2

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

Sous-direction de l'organisation du système de soins
Affaire suivie par : Huguette Mauss

Madame et Messieurs les Préfets de régions
Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Directions Départementales des Affaires Sanitaires
Et Sociales (*pour information*)

CIRCULAIRE DGS/DSS/1 A/DHOS/O/F 2 n° 2001-649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale (hors unités de soins de longue durée)

Date d'application : immédiate.

Pièces jointes : tableaux notifiant les dotations régionalisées de dépenses hospitalières pour 2002.

Résumé : La présente circulaire organise la campagne budgétaire 2002 des établissements de santé financés par dotation globale et notifie les dotations régionales initiales de dépenses hospitalières pour 2002. Elle fixe par ailleurs les priorités en matière de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans le cadre de cette campagne budgétaire.

Textes de références :

- Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et L. 6145-4 ;
- Articles LO. 111-3 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;
- Circulaire DHOS-O-F2/DGS/DSS-1 A n° 2000-603 du 13 décembre 2000, circulaire DSS-1 A/DHOS-F 2 n° 2001-125 du 6 mars 2001, circulaire DSS-1 A/DHOS-F 2 n° 2001-465 du 27 septembre 2001 et circulaire du 28 novembre 2001, relatives à la campagne budgétaire pour 2001 des établissements de santé financés par dotation globale ;
- Circulaire du 15 novembre 2001 relative au FIMHO pour 2002.

ANNEXE N° 3 (suite)

La ministre de l'emploi et de la solidarité et 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 région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) La présente circulaire a pour objet de vous notifier les dotations régionales provisoires des dépenses hospitalières pour la campagne budgétaire 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale et de vous préciser les priorités de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans ce cadre. Les montants définitifs des dotations régionales seront notifiés après publication de l'arrêté interministériel fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie.

Cette campagne budgétaire s'inscrit dans la logique de la politique hospitalière définie ces dernières années et renforcée à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Les moyens mis à votre disposition doivent vous permettre de poursuivre la mise en oeuvre des priorités gouvernementales réaffirmées : assurer des soins de qualité pour tous avec pour l'hôpital une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins des malades, la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et la promotion de la qualité et de la sécurité des soins. La réalisation de ces priorités s'accompagne d'une politique sociale ambitieuse qui doit contribuer à l'amélioration des conditions de travail dans les établissements.

En 2002, **la progression des dépenses hospitalières résultant de l'ONDAM voté par le Parlement atteint 4,57 % en métropole, soit 1 951 millions d'euros**. Les crédits notifiés par la présente circulaire représentent d'ores et déjà une augmentation des moyens de 4,37 % en métropole et de 6,13 % dans les départements d'outre-mer. Ces moyens supplémentaires doivent pouvoir financer à la fois l'amélioration du fonctionnement interne et la relance des investissements nécessaires à une meilleure qualité et sécurité des soins.

La modernisation de l'hôpital exige un dialogue social plus dynamique. L'amélioration des conditions de travail avec notamment la mise en place de la réduction du temps de travail, la reconnaissance de l'évolution des métiers et l'accès facilité à la promotion professionnelle doivent largement y contribuer. Des moyens budgétaires importants accompagnent ces mesures.

En matière de santé publique, les programmes nationaux sont largement déclinés dans vos orientations régionales. Ils servent de base à une allocation de ressources ciblée sur des priorités de santé publique et sont pris en compte dans les contrats d'objectifs et de moyens que vous signez. Pour leur financement, vos dotations régionalisées comprennent une enveloppe de 168 millions d'euros (France entière). Ces programmes visent à proposer une approche globale alliant le traitement des pathologies à des actions de prévention, dépistage, organisation et qualité des soins. Le renforcement de la sécurité sanitaire doit aider à mieux prévenir les risques sanitaires et les actions en faveur des populations fragiles doivent être poursuivies.

En outre, vos dotations comprennent une enveloppe supplémentaire de 165 millions d'euros (1 082 millions de francs, chiffre France entière) consacrée aux nouveaux médicaments, en vue de faciliter l'accès de tous les patients aux progrès réalisés en matière diagnostique et thérapeutique.

L'accompagnement de cette politique sera facilité par **l'élargissement des missions et du champ d'intervention du fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) et par une augmentation importante des moyens de ce fonds**, à hauteur de 198 millions d'euros au titre des exercices 2001 et 2002, ainsi que ceux du **fonds d'aide à l'adaptation des établissements de santé (FIMHO)**, à hauteur de 198 millions d'euros pour 2002.

Ces moyens doivent vous permettre de réaliser l'adaptation de l'offre de soins conformément aux orientations des SROS que vous avez arrêtés. Outils de pilotage à court et moyen terme, ces schémas doivent permettre de réduire les inégalités dans l'accès aux soins, d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et de développer une organisation plus cohérente des structures hospitalières au sein de coopérations et de réseaux.

ANNEXE N° 3 (suite)

1. Composition et gestion des dotations régionales de dépenses hospitalières

1.1. Evolution des dépenses hospitalières encadrées

1.1.1. Evolution en métropole

Le taux d'évolution de la dotation hospitalière est régulièrement croissant depuis 1997 et a été multiplié par trois depuis cette date. De plus, un effort tout particulier de 1 milliard de francs non reconductible a été accompli en fin de campagne 2001 avec le plan de soutien au titre des tensions budgétaires dont ont pu bénéficier 406 établissements en métropole, dans les départements d'outre-mer et à Mayotte. La politique engagée ces dernières années pour moderniser le service public et assurer ainsi des soins hospitaliers encore de meilleure qualité doit être poursuivie. Le taux de croissance des dépenses hospitalières pour 2002 doit permettre de mener de front l'adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients, la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et de développer une politique sociale ambitieuse avec notamment la mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

- L'objectif des dépenses de l'assurance maladie pour les établissements sanitaires financés par dotation globale en métropole (hors soins de longue durée) progresse de **4,88 %** avec le financement de la réduction du temps de travail (RTT) **et de 3,66 %**, hors financement de la RTT, par rapport à l'objectif final de 2001. Le montant total des dépenses d'assurance maladie est ainsi porté à 40 755,87 millions d'euros hors RTT (267 341 millions de francs) et à 41 232,89 millions d'euros RTT comprise (270 470 millions de francs), avant prise en compte des effets de champ qui affecteront les différentes lignes de l'ONDAM d'ici la fin de l'année ;

- Le montant provisoire des dépenses hospitalières encadrées correspondant à cet objectif des dépenses d'assurance maladie s'élève à 44 268,6 millions d'euros RTT comprise en métropole, **soit une augmentation de 1 951 millions d'euros** (12 686 millions de francs), représentant une évolution de **4,57 %** par rapport à 2001.

L'évolution des dépenses encadrées doit en effet tenir compte de l'évolution de la déformation de la structure des recettes. Or la part de la dotation globale dans l'ensemble des recettes des établissements devrait encore progresser en 2002. En effet, le montant du forfait journalier hospitalier reste fixé à 70 francs (10,67 euros), afin de ne pas alourdir les coûts pesant sur les usagers. Par ailleurs, certaines dépenses jusqu'ici financées par des recettes comptabilisées en groupe 2 seront prises en charge à partir du 1er janvier 2002 exclusivement par l'assurance maladie au travers de la dotation globale de financement : il s'agit des écoles paramédicales adossées à un établissement hospitalier qui ne bénéficieront plus de subventions de l'Etat et des dépenses de soins à des ressortissants du régime des accidents du travail des exploitants agricoles, qui vient d'être intégré à l'assurance maladie en 2002. Ces transferts de recettes sont sans conséquence sur le montant des dépenses encadrées des établissements, mais se traduisent par une augmentation correspondante de leur dotation globale. Au total, la déformation de la structure des recettes pourrait représenter 0,27 % de la base budgétaire en 2002.

C'est pourquoi le taux de progression des dépenses encadrées métropolitaines a été fixé à **3,394 %**, hors réduction du temps de travail, correspondant à un montant provisoire de **43 771,62 millions d'euros** (287 123 millions de francs). L'augmentation des dépenses encadrées représente **1 437,14 millions d'euros** (9 426 millions de francs). Ce montant permet de financer l'augmentation des traitements dans la fonction publique et sa transposition éventuelle dans le secteur privé sous dotation globale, l'effet de glissement-vieillesse-technicité (GVT), l'extension en 2002 des mesures engagées partiellement en 2001, la poursuite de la mise en oeuvre des protocoles des 13 et 14 mars 2000 en faveur de l'hôpital public et du 14 mars 2001 sur les filières professionnelles de la fonction publique hospitalière. Il permet également d'accompagner la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins avec notamment la poursuite des mesures engagées dans le cadre de la prévention de la transmission des maladies infectieuses et un effort très significatif pour assurer le plus rapidement possible aux patients l'accès aux progrès réalisés en matière de thérapeutique et de diagnostic.

A ce montant, s'ajoute le financement du coût en 2002 des mesures accompagnant la réduction du temps de travail, soit **513 millions d'euros** (3 365 millions de francs, dont 3 260 millions de francs soit près de 497 millions d'euros pour la métropole). En effet, la mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière à compter du 1er janvier 2002 se traduira par la création de 45 000 emplois non médicaux dans les trois ans qui viennent (2002-2004) et la création de 2000 postes de médecins hospitaliers sur 2 ans. Sur ce dernier point, une circulaire spécifique vous apportera toutes les précisions nécessaires à la mise en place de ce dispositif.

ANNEXE N° 3 (suite)

1.1.2. Evolution en outre-mer

Les départements d'outre-mer doivent bénéficier de soins de qualité équivalente à celle de la métropole. La politique de convergence menée à leur égard depuis 1997 est donc maintenue. De plus des surcoûts spécifiques tels que la majoration des traitements, l'octroi de mer, ou les charges liées à la situation géographique doivent être pris en considération. C'est pourquoi, comme les années précédentes, le taux moyen de progression des dépenses hospitalières est dès le début de campagne plus élevé qu'en métropole. Il s'établit à 4,73 % (hors RTT) et à 6,13 % (RTT incluse).

1.2. Les dotations régionalisées des dépenses hospitalières

Les dotations régionalisées comprennent les effets de la péréquation nationale, le financement des effets reports des mesures engagées en 2001 et le financement de la plupart des mesures à mettre en oeuvre en 2002, dont la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière. Elles vous permettent donc d'engager dès maintenant l'essentiel de la campagne budgétaire.

1.2.1. La réduction des inégalités

1.2.1.1. La réduction des inégalités entre les régions

Réduire les inégalités d'accès aux soins constitue l'un des trois objectifs de la politique hospitalière du gouvernement. En effet, les inégalités, notamment entre régions, sont fortes en matière de santé. Les inégalités en termes d'offre hospitalière ont été corrigées depuis quatre ans, mais elles restent encore trop importantes pour changer les actions menées dans ce domaine. Par ailleurs, la mission d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières ne remet pas en cause la pertinence d'ensemble des critères qui déterminent la péréquation. En l'état actuel des travaux de la mission, il apparaît nécessaire de maintenir le système de péréquation comme étant le seul moyen susceptible de réduire les inégalités régionales et de conforter l'engagement des agences régionales de l'hospitalisation et des hôpitaux vers les nécessaires recompositions de l'offre de soins hospitaliers.

La mise en oeuvre de la solidarité nationale s'effectue en 2002 conformément aux principes établis depuis 1999, après actualisation des données disponibles. Elle repose sur la combinaison des quatre indicateurs suivants :

- un indicateur représentatif des besoins de santé : l'indice comparatif de mortalité (ICM) qui mesure la surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale ;
- un indicateur de besoins de soins hospitaliers fondé sur les taux moyens nationaux de recours à l'hospitalisation et la structure démographique de la région ;
- un indicateur d'efficacité économique mesuré à travers la valeur moyenne du point ISA produit par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- une valorisation des dépenses liées aux flux de patients entre les régions.

L'effort est, comme les années précédentes, concentré sur les trois régions les moins bien dotées qui demeurent le Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord - Pas-de-Calais. Ces régions poursuivent leur convergence accélérée. Quant aux départements d'outre-mer, ils bénéficient, comme chaque année depuis 1998, d'un apport de péréquation équivalent à celui de la région la plus défavorisée (Poitou-Charentes).

Nous vous rappelons que les crédits accordés au titre de la réduction des inégalités doivent être impérativement employés à l'amélioration du dispositif régional de soins et contribuer à la réduction des inégalités dans l'accès aux soins. Ils peuvent notamment accompagner le financement des mesures prévues à ce titre dans les contrats d'objectifs et de moyens.

1.2.1.2. La réduction des inégalités au sein des régions

Chaque région doit consentir en son sein un effort de solidarité au moins comparable à celui mis en oeuvre au niveau national, pour contribuer à la réduction des inégalités de ressources entre établissements. Il est en effet particulièrement important, pour garantir la cohérence de la politique de correction des inégalités dans l'accès aux soins, que l'allocation régionale de ressources prolonge le dispositif de péréquation interrégional et s'appuie sur les mêmes critères. Une attention particulière doit être apportée à ce titre à l'évolution de l'activité des établissements ainsi qu'à leur efficacité réelle pour déterminer leurs enveloppes budgétaires.

ANNEXE N° 3 (suite)

1.2.2. Les financements intégrés dès la campagne initiale

L'évolution moyenne des dotations régionalisées est supérieure à celle de l'année précédente : elles progressent en moyenne de 4,37 % en métropole et de 6,13 % dans les DOM, si l'on inclut la réduction du temps de travail, et de 3,23 % en métropole et de 4,73 % dans les départements d'outre-mer, hors réduction du temps de travail. Le niveau des crédits délégués dès le début de la campagne budgétaire vous permet d'assurer la mise en oeuvre des grandes priorités nationales en cohérence avec la recomposition du dispositif de soins défini au niveau de vos régions, notamment au travers des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

1.2.2.1. Financement des mesures de personnel

Les mesures générales prises en compte comportent l'augmentation des traitements, les mesures en faveur des bas salaires et les effets du glissement-vieillesse-technicité (GVT). Toutefois certaines mesures, déterminantes pour l'évolution de la masse salariale en 2002, ne sont pas encore définitivement fixées (taux de revalorisation des traitements pour 2002, montant de la cotisation au fonds pour l'emploi hospitalier), c'est pourquoi une provision de 0,36 % a été constituée. Comme pour la provision constituée l'an passé, **nous vous demandons de mettre les crédits correspondants en réserve dans l'attente d'instructions ultérieures**. Vos dotations intègrent également les crédits nécessaires à la transposition éventuelle au secteur privé de ces mesures. Des instructions vous en préciseront les modalités d'attribution au fur et mesure des agréments donnés aux avenants aux conventions collectives.

- Les protocoles des 13 et 14 mars 2000 en faveur du service public hospitalier, prolongés par divers accords ultérieurs avec les diverses catégories de personnel hospitalier, se sont traduits par des mesures qui ont amélioré les conditions de travail, facilité les formations et les promotions professionnelles, revalorisé la situation des praticiens et des agents et renforcé les services d'urgence. Les dépenses hospitalières ont d'ores et déjà intégré plus de 435 millions d'euros pour le financement de ces mesures en 2000 et 2001. La poursuite des actions engagées dans le cadre des protocoles se traduit par un financement supplémentaire de 341 millions d'euros en 2002 (France entière).

Les dotations régionalisées intègrent donc les crédits nécessaires au financement des extensions en année pleine des mesures déjà engagées : indemnité de service public exclusif pour les praticiens et les praticiens universitaires à temps plein qui exercent la totalité de leur activité au sein du service public, création de postes de médecins urgentistes, créations de 417 postes d'enseignants dans les instituts de formation en soins infirmiers, protocole en faveur des élèves infirmiers.

Elles intègrent également les financements nécessaires à la mise en oeuvre de diverses mesures découlant des protocoles : la transformation des postes de praticien adjoint contractuel (PAC) en postes de praticien hospitalier (PH), pour les PAC qui sont reçus au concours de PH et inscrits sur la liste d'aptitude, dès lors que cette transformation est cohérente avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire pour l'établissement et l'activité concernés, et la création de 30 postes de médecins du travail. A ces mesures s'ajoute la dernière tranche de la revalorisation de la carrière des directeurs d'hôpital.

Le protocole du 14 mars 2000 a par ailleurs mis en place un important dispositif pour faire face aux difficultés de remplacement des agents absents avec un financement par l'Etat à hauteur de 2 milliards de francs. Ce dispositif sera reconduit en 2002 selon les mêmes modalités qu'en 2001, le montant alloué à chaque région étant identique à celui de 2000 et 2001. Pour 2001, les crédits sont inscrits dans la loi de finances rectificative. Une procédure exceptionnelle sera mise en place par l'intermédiaire des caisses d'assurance maladie pour accélérer le versement effectif des crédits alloués à ce titre aux établissements.

- Les dotations régionalisées comprennent également les crédits pour la mise en oeuvre des mesures de revalorisation et d'amélioration des carrières prévues par le protocole du 14 mars 2001 sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière, afin de mieux reconnaître les qualifications et les responsabilités professionnelles de ces personnels. Ces crédits concernent, d'une part, l'extension en année pleine des mesures déjà engagées en 2001 pour les personnels administratifs, techniques et ouvriers et, d'autre part, les mesures nouvelles d'amélioration de la situation des personnels paramédicaux et des sages-femmes. Les décrets statutaires sont parus au Journal officiel pour la très grande majorité d'entre eux et ceux présentés au dernier conseil supérieur de la fonction publique hospitalière le seront prochainement.

ANNEXE N° 3 (suite)

Cette politique sociale soutenue est renforcée en 2002 par la mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière. Les protocoles des 27 septembre 2001 (personnel de la fonction publique hospitalière) et 22 octobre 2001 (personnel médical) signés après négociation avec les organisations syndicales prévoient la création de 45 000 postes non médicaux en 3 ans (2002-2004) dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux concernés et de 2 000 postes de médecins en 2 ans (2002-2003) dans les établissements publics de santé. Le protocole du 22 octobre 2001 prévoit également l'intégration des gardes médicales dans le temps de travail. Nous vous rappelons les grandes lignes du cadrage de ce dispositif qui vous a d'ores et déjà été présenté, notamment dans la lettre circulaire du 31 octobre dernier. Pour les établissements publics de santé les créations d'emplois non médicaux liées à la réduction du temps de travail seront, hors soins de longue durée et activités sociales et médico-sociales, de 34 600 emplois sur 3 ans. Pour 2002, les dotations régionales déléguées comprennent le financement de la tranche 2002 de créations d'emplois et l'enveloppe d'heures supplémentaires. Les précisions vous sont apportées par les tableaux annexés à la présente circulaire qui vous ont déjà été remis le 29 octobre dernier. Figure par ailleurs, dans ces mêmes tableaux le niveau indicatif d'utilisation du compte épargne temps pour l'exercice 2002. Ses modalités seront précisées par des projets de décrets examinés lors des conseils supérieurs du 15 janvier 2002 (CSFPH et CSH respectivement pour la FPH et pour les médecins), à l'occasion desquels seront indiqués le traitement financier des droits accumulés en 2002 sur le compte épargne temps, et le mode de financement assuré à compter de 2003. La réduction du temps de travail doit contribuer à l'amélioration des conditions de vie au travail des agents et en conséquence à l'amélioration la qualité de la prise en charge des patients. Nous vous demandons de suivre tout particulièrement sa mise en place dans les établissements.

- Les capacités de formation des instituts de soins infirmiers ont été augmentées de 8 000 étudiants chaque année depuis septembre 2000. Les moyens en personnel d'encadrement nécessaires au maintien des quotas actuels lors de la rentrée de septembre 2002 seront financés en mi-campagne. Il a été décidé d'accroître également les capacités de formation des aides soignants en formant 7 000 élèves supplémentaires à compter de février 2002. Au delà de la création de postes supplémentaires de cadres enseignants dans les IFSI, des crédits d'un montant total de 15,66 millions d'euros (102 millions de francs) pour la France entière doivent vous permettre d'aider les écoles paramédicales à faire face à leur dépenses de fonctionnement supplémentaires.

Enfin, nous vous rappelons que les articles L. 6144-5 et D. 714-19-2 du code de la santé publique indiquent que le conseil d'administration de chaque établissement public de santé détermine, dans le cadre de son budget, les moyens de fonctionnement mis à la disposition de la commission médicale et du comité technique d'établissement pour remplir leurs missions. A cet égard, il est notamment essentiel que soient organisées, en particulier au profit des nouveaux membres de ces instances, des actions de formation à visée institutionnelle. En outre, dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, il paraît notamment souhaitable de compenser par du temps médical le temps consacré par le président de la CME à l'exercice de son mandat et de mettre à sa disposition un temps de secrétariat.

Au total, l'ensemble des mesures relatives aux personnels décrites ci-dessus représentent une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie de 899,32 millions d'euros (5 899 millions de francs), et de 1 381 millions d'euros (9 058 millions de francs) avec le financement de la réduction du temps de travail en 2002.

1.2.2.2. Les mesures en faveur du progrès médical et de la santé publique

L'effort considérable engagé en 2001 en faveur des mesures de santé publique et d'organisation des soins, ainsi que de l'aide pour l'investissement de sécurité sanitaire se poursuit en 2002. Parmi ces mesures, la diffusion des innovations induites par le progrès médical constitue une des grandes priorités de cette campagne budgétaire. Les patients doivent pouvoir avoir accès aux innovations thérapeutiques et diagnostiques dès que l'efficacité de celles-ci est démontrée. C'est pourquoi un effort tout particulier a été fait dès 2001 pour la prise en charge des dépenses de l'hôpital liées à l'arrivée de nouvelles molécules pour lutter contre le cancer ou la polyarthrite rhumatoïde. L'objectif des dépenses d'assurance maladie a ainsi été augmenté de 150 millions de francs en fin d'année 2001 pour compléter les crédits consacrés au financement des molécules coûteuses.

En 2002, cet effort est amplifié avec la constitution, au sein de votre dotation régionalisée, de deux enveloppes spécifiquement consacrées au financement des molécules coûteuses et des programmes de santé publique.

ANNEXE N° 3 (suite)

Le financement des molécules coûteuses

Pour permettre la diffusion rapide des innovations thérapeutiques et notamment des nouvelles molécules, une enveloppe spécifique, nettement individualisée, a été constituée. **Dotée de 165 millions d'euros** pour la France entière, elle représente une progression considérable des dépenses de médicaments, **de l'ordre de 5,6 % pour l'ensemble des dépenses de médicaments et de 7,7 % pour les dépenses de médicaments hors rétrocession.**

Les crédits qui vous sont ainsi délégués sont répartis en trois sous-enveloppes distinctes pour la France entière. Les deux premières doivent être strictement consacrées au financement de la montée en charge des traitements de la polyarthrite rhumatoïde par anti TNF (pour 45,7 millions d'euros) et des molécules innovantes en cancérologie (Mabthéra, Glivec et Herceptin par exemple, pour 82,3 millions d'euros). La troisième (36,9 millions d'euros) est laissée à votre disposition pour vous permettre de faciliter la diffusion des autres médicaments innovants utilisés par les établissements de votre région. Elle doit permettre de faire face aux besoins de financement en médicaments innovants pour l'ensemble de l'année. Nous soulignons que la répartition régionale de ces enveloppes a tenu tout particulièrement compte des besoins des populations de patients concernés par ces différents traitements.

Vous veillerez à ce que les crédits octroyés dans le cadre de cette enveloppe permettent effectivement la diffusion des médicaments innovants et coûteux et, en particulier, de prendre en charge les nouvelles molécules susceptibles de recevoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) en cours d'année 2002. De plus, les établissements bénéficiaires de ces crédits devront s'engager clairement dans une politique de gestion optimale de ce poste de dépenses. Il est donc souhaitable qu'ils contractent des engagements sur le bon usage de ces molécules et sur l'élaboration de bonnes pratiques.

Compte tenu de l'importance qui s'attache au suivi de l'évolution des besoins des établissements en matière de molécules innovantes, nous vous demandons de nous adresser avant la fin du mois de février 2002 un compte rendu détaillé, par établissement et molécule, des crédits que vous aurez alloués à ce titre à l'issue de votre campagne budgétaire. Un bilan de l'utilisation de ces crédits pourra ainsi être établi par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et sera annexé à la circulaire de mi-campagne.

La dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins

L'essentiel des autres mesures de santé publique déléguées dès à présent sont constituées comme l'an passé en une « dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins ». D'un montant total de **168 millions d'euros** pour la France entière, cette dotation doit vous permettre de mettre en oeuvre les priorités du Gouvernement - telles qu'elles sont présentées dans la deuxième partie de cette circulaire - dans le cadre défini par votre schéma régional d'organisation sanitaire. Nous vous rappelons que vous devez consacrer l'intégralité de cette dotation au financement de mesures de santé publique et d'organisation des soins. Vous disposez cependant d'une certaine latitude dans la répartition des crédits au sein de cette enveloppe de manière à répondre aux besoins locaux tels que vous les avez analysés.

Nous vous demandons d'accorder une attention particulière à la réalisation de deux mesures qui doivent faire l'objet d'un traitement prioritaire : la lutte contre le cancer et la prévention des maladies infectieuses. La lutte contre le cancer demeure une priorité absolue et les moyens qui sont consacrés à la lutte contre le tabagisme, à l'amélioration de la prise en charge psychologique des patients, au développement de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs et du renforcement des équipes de radiothérapie doivent être nettement accrus pour assurer la réussite du « plan cancer » décidé par les ministres en 2000. Au total, si l'on inclut les dépenses de médicaments nouveaux, la lutte contre le cancer devrait bénéficier de 120 millions d'euros supplémentaires. La prévention des maladies infectieuses demeure également une priorité de la campagne budgétaire pour 2002 et les actions engagées en 2001 doivent être poursuivies, s'agissant de la mise en conformité des services de stérilisation, et de la désinfection des dispositifs médicaux, et renforcées, s'agissant de l'utilisation du matériel à usage unique. Plus de 45,04 millions d'euros sont consacrés à ces mesures dont 22,63 millions d'euros pour l'usage unique.

Les programmes gouvernementaux engagés antérieurement : lutte contre les conduites addictives, prise en charge des patients atteints de l'hépatite C, doivent être poursuivis de manière à atteindre dans chaque région les objectifs fixés pour ces programmes.

ANNEXE N° 3 (suite)

Par ailleurs, la « dotation incompressible de santé publique » doit vous permettre de mettre en oeuvre les opérations prévues dans vos schémas régionaux en matière de psychiatrie, de développer les alternatives à l'hospitalisation ou d'améliorer l'offre de soins aux personnes détenues. Elle doit également être l'occasion de préparer l'organisation de la prise en charge des patients âgés atteints de démence telle que prévue par le programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées (2002/2005) et de développer les actions de prévention et de travail en réseau pour améliorer la prise en charge des mineurs en grande difficulté dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre la délinquance.

La « dotation incompressible » intègre comme en 2001 des crédits d'un montant de 36,33 millions d'euros pour accompagner les opérations d'investissement rendues nécessaires pour assurer une meilleure sécurité sanitaire et notamment la mise aux normes des services d'urgence et de périnatalité. Elle intègre également les crédits du « plan greffes », qui doivent permettre la mise en oeuvre de la deuxième phase de ce plan, selon des modalités qui vous seront précisées très prochainement.

Les autres mesures de santé publique intégrées dans les dotations régionalisées

Vous veillerez enfin à la mise en oeuvre de deux mesures, dont la répartition ne peut pas être homogène sur l'ensemble du territoire, et qui figurent spécifiquement dans un tableau joint en annexe technique :

- le financement du fluorodésoxyglucose utilisé lors des tomographies à émission de positons pour les appareils déjà en fonctionnement ou qui le seront en tout début d'année 2002 ;
- la mise en place d'équipes référentes pour la procréation médicale assistée pour les couples dont l'un des membres est atteint d'une maladie virale transmissible (VIH - VHC).

1.2.3. Les mesures intégrées ultérieurement

Comme les années précédentes, vos dotations ne comprennent pas l'intégralité des crédits à attribuer dans le cadre de la campagne 2002. Les financements qui n'ont pas été intégrés en début de campagne dans vos dotations régionalisées concernent principalement des mesures à gestion nationale par appel à projets. Les précisions concernant leurs modalités d'attribution vous seront apportées en cours d'année.

Nous appelons votre attention sur cinq de ces mesures qui doivent être mises en oeuvre sans attendre l'allocation des moyens qui sera effectuée en mi-campagne : la prise en charge par l'assurance maladie des stages de résidents chez les praticiens généralistes dans le cadre du semestre supplémentaire de résidanat.

Ces dépenses auparavant à la charge de l'Etat sont transférées à l'assurance maladie à compter du 1er janvier prochain. Dans l'attente des précisions qui vous seront apportées prochainement sur les montants des crédits ajoutés à vos dotations régionales et sur leur modalités de gestion, les établissements doivent continuer à rémunérer les résidents, comme ils le faisaient jusqu'à présent. La rémunération des médecins généralistes, maîtres de stage, sera assurée par les hôpitaux à partir du 1er janvier 2002, selon des modalités qui vous seront précisées rapidement.

La prise en charge des patients atteints de la maladie de Fabry

Une fiche technique jointe en annexe vous expose les modalités de financement du traitement.

La formation des emplois-jeunes

Les établissements de santé ont largement participé à la réussite du programme emplois-jeunes. Des crédits seront attribués pour leur permettre d'assurer les formations nécessaires à la sortie du dispositif.

La mise en place du PMSI pour les activités de psychiatrie

Nous vous rappelons l'importance qui s'attache à la mise en oeuvre du PMSI dans les établissements psychiatriques, c'est pourquoi nous vous ferons connaître très rapidement les crédits attribués aux établissements participant à ce dispositif dès 2002.

Le renforcement des C-CLIN

Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales seront renforcés. Cette mesure peut d'ores et déjà être évaluée à 0,5 million d'euros, équivalant au recrutement d'un praticien hospitalier dans chaque centre.

ANNEXE N° 3 (suite)

1.3. Les dispositifs d'accompagnement de la recomposition et de la modernisation

L'accroissement très important des moyens pour le fonctionnement de l'hôpital est complété d'un dispositif d'accompagnement destiné à faciliter la modernisation de l'offre de soins. Ce dispositif est considérablement renforcé en 2002.

1.3.1. Le FIMHO

Depuis 1998, le FIMHO a pour vocation d'attribuer des subventions d'investissement aux établissements sous dotation globale qui présentent des projets contribuant à l'adaptation de l'offre de soins hospitalière au niveau régional. Les critères de sélection qui vous ont été rappelés par la circulaire du 15 novembre dernier ont été élargis en 2000, de manière à faire bénéficier davantage d'établissements de ce dispositif.

Le montant prévu en loi de finances pour 2002 a été augmenté de façon très significative puisqu'il sera de 198 millions d'euros. Cela traduit l'engagement fort de l'Etat dans l'accompagnement de la recomposition du tissu hospitalier, en participant au financement des investissements nécessaires.

1.3.2. Le FMES

Les mesures exceptionnelles décidées en faveur de l'hôpital comportent une augmentation substantielle des moyens du FMES. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 porte en effet la contribution des régimes d'assurance maladie à 600 millions de francs pour 2001, soit 300 millions de francs supplémentaires, et la fixe à 152,45 millions d'euros (1 milliard de francs) pour 2002, soit une augmentation des moyens à hauteur de 198 millions d'euros (1,3 milliard de francs).

Vous serez informés très rapidement par une circulaire spécifique des conditions d'utilisation de ces moyens.

2. Les priorités de santé publique et d'organisation des soins pour 2002

Les principales actions de santé publique sont organisées autour d'un plan ou d'un programme. Chacun d'entre eux a été élaboré en lien très étroit avec les associations de malades et les professionnels de santé concernés et est décliné en mesures dont le coût a été chiffré au plan national. Les moyens consacrés à certains de ces programmes ont d'ores et déjà été annoncés (lutte contre la mucoviscidose, troubles d'apprentissage du langage oral ou écrit) et feront l'objet d'un financement spécifique en cours d'année. Au-delà du financement de chaque plan ou programme, ces politiques doivent être également accompagnées par les moyens appropriés au plan régional.

Il vous revient de mettre en oeuvre ces plans ou programmes et d'apprécier au plan régional l'effort financier à réaliser à partir du calibrage réalisé au plan national. Chaque plan ou programme est accessible sur le site Internet du ministère : dans chaque dossier concernant la pathologie, la catégorie de population concernée ou les actions d'intérêt général, ou bien auprès du bureau compétent de la direction générale de la santé ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Une évaluation de leur mise en oeuvre sera réalisée au cours de l'année 2002. Cette évaluation comportera une dimension financière sur la base de tableaux annexes qui vous seront prochainement adressés par la DHOS.

2.1. La sécurité sanitaire

2.1.1. La prévention de la transmission des maladies infectieuses, notamment virales ou à prions

Le bilan national du plan de contrôle des activités de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux invasifs (mai 2001) a montré que des efforts importants devaient être faits en matière de stérilisation et de désinfection. C'est pourquoi l'effort d'accompagnement financier pour l'amélioration de ces activités doit être intensifié cette année.

De plus, la circulaire n° 138 du 14 mars 2001 définit la politique de gestion du risque lié aux ATNC servant de base à l'organisation des établissements et aux contrôles par l'afssaps du marché des dispositifs mis à disposition des professionnels par les industriels.

Le plan pluriannuel d'amélioration de la sécurité des actes de soins vis-à-vis du risque de transmission des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles doit être poursuivi en 2002.

ANNEXE N° 3 (suite)

2.1.2. La lutte contre l'antibiorésistance et la iatrogénie

Le bon usage des antibiotiques fait partie des priorités nationales. Les recommandations qui existent (ANAES en 1996 et INVS en 1999) ne sont pas généralisées. En France, le taux de résistance des bactéries à certains antibiotiques reste élevé.

Une mission ministérielle vient de rendre ses conclusions qui confirment la nécessité de mettre en place un véritable plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

Dans un premier temps, la sécurisation du médicament à l'hôpital devra être renforcée, grâce au rôle actif que joue le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans le bon usage et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, et en particulier dans le domaine de l'antibiothérapie.

J'attire votre attention sur l'intérêt de faciliter l'aide à la prescription des antibiotiques des médecins de ville. A cet effet, vous serez amenés à conforter les services qui se porteraient volontaires (maladies infectieuses, médecine interne, microbiologie, pharmacie) pour jouer ce rôle d'interface à titre expérimental.

Nous vous rappelons que les établissements doivent revoir l'organisation de leur pharmacie pour être en conformité avec les dispositions du décret du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur.

Vous serez attentif à accompagner les établissements qui mettent en place une amélioration du circuit du médicament dans ses différentes étapes.

2.2. L'appui au progrès médical

La politique d'accompagnement du progrès médical menée depuis deux ans est renforcée en 2002, pour les crédits délégués immédiatement aux régions comme pour les programmes nationaux.

Les crédits délégués aux régions

L'accélération des progrès de la recherche médicale et pharmaceutique, à caractère cognitif ou clinique, liée à celle de la recherche industrielle au titre du transfert technologique, suscite une aide à la diffusion de ce progrès dans le système de soins en général et dans les établissements de santé en particulier. C'est pourquoi la politique d'accompagnement du progrès médical s'est considérablement renforcée depuis deux ans, tant au titre des programmes nationaux que des moyens donnés immédiatement aux régions pour la promotion des soins innovants. C'est un montant d'au moins 228,67 millions d'euros qui y est consacré en 2002.

Les programmes gérés au niveau national

Un nouveau programme hospitalier de recherche clinique et un nouveau programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques seront lancés en 2002. Il s'agit - nous vous le rappelons - de programmes pluriannuels permettant, pour le premier, de soutenir des projets de recherche clinique et, pour le second, des protocoles d'évaluation médico-économique d'innovation pour lesquelles une aide à la diffusion en aval immédiat de la recherche clinique paraît nécessaire.

Le programme mis en place en 2001 d'aide aux soins coûteux rares nécessitant une régulation nationale en raison d'une prise en compte parfois difficile par les établissements, sera reconduit en 2002. Je vous rappelle qu'au titre du programme 2001 ont été soutenus des centres référents et des équipes spécialisées pour la pose des implants cochléaires ainsi que certains laboratoires effectuant les diagnostics par biologie moléculaire de la mucoviscidose. Les orientations pour 2002 seront précisées ultérieurement.

L'action relative à la mise en place de tumorothèques dans le cadre du plan de lutte contre le cancer sera poursuivie ainsi que cela a été déjà annoncé dans l'appel à projets lancé le 15 octobre 2001.

2.3. Le développement des réseaux de santé

Le développement des réseaux répond à une tendance lourde qui vise à repenser l'organisation du système de soins autour d'une logique centrée sur le patient, décloisonnant l'offre entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le social, entre généralistes et spécialistes, et en permettant de répondre d'une manière globale et coordonnée aux besoins des personnes là où ils s'expriment.

ANNEXE N° 3 (suite)

De nombreux réseaux se sont notamment développés ou sont en cours de formalisation avec le soutien des ARH sur les thématiques concernant cancer, périnatalité, urgence, diabète, asthme, psychiatrie, personnes âgées et soins palliatifs. En ce qui concerne les mesures spécifiques pour les personnes âgées, elles sont déclinées dans la circulaire relative aux établissements et services pour personnes âgées dépendantes qui vous sera transmise prochainement.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 instaure un cadre de financement pérenne des réseaux de santé en mettant en place une procédure unique d'octroi de financements. Il prévoit également la possibilité de financements dérogatoires au droit commun. Les financements seront attribués par décision conjointe du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

Ces financements s'imputeront sur des enveloppes limitatives régionales, alimentées par une enveloppe nationale constituée au sein de l'ONDAM. Un arrêté précisera dans le courant du premier semestre le montant de chaque enveloppe limitative régionale.

La mise en oeuvre de ces nouvelles procédures sera précisée par un décret d'application à paraître au cours du premier semestre 2002. Les décisions que vous serez susceptibles de prendre en relation avec les directeurs d'URCAM ne pourront intervenir qu'après la publication de ce texte.

2.4. Le développement de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile répond incontestablement au souhait d'un nombre grandissant de patients et est particulièrement adaptée à la prise en charge de maladies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phases de rémission, comme les cancers, les pathologies neurologiques ou l'infection à VIH.

Cette alternative à l'hospitalisation dispose aujourd'hui de 4 000 places réparties inégalement sur le territoire. Compte tenu de l'impact particulier de l'hospitalisation à domicile sur l'organisation des soins et sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades, le nombre de places autorisées devra au minimum être multiplié par deux sur cinq ans.

2.5. L'IVG

L'amélioration de l'accès des femmes à l'IVG est une priorité pour le Gouvernement. Un premier bilan de l'application de la loi du 4 juillet 2001 a été demandé à l'ensemble des ARH en novembre 2001. Les responsables d'établissement de santé et les chefs de service se doivent d'organiser cette activité qui constitue une mission de service public.

Dès lors, les moyens nouveaux obtenus pour améliorer les délais dans lesquels sont traitées les demandes des femmes devront être affectés en fonction des besoins prioritaires des établissements. Les ARH devront réaliser un nouveau bilan de l'application de la loi avant le 30 septembre 2002. Celui-ci mettra en exergue les améliorations apportées au dispositif, les difficultés qui subsistent et les moyens d'y remédier.

Je vous indique enfin qu'un groupe national d'appui vient d'être constitué pour permettre la résolution de difficultés ponctuelles. Sa présidence a été confiée à Mme Mengual (Emmanuelle), inspectrice générale des affaires sociales, qui peut vous aider dans cette démarche.

2.6. Les programmes régionaux de santé et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

Vous vous attacherez à renforcer l'articulation des programmes de santé avec les orientations tracées par les schémas régionaux d'organisation sanitaire et à rendre compte des avancées en la matière dans les comités régionaux des politiques de santé qui sont les lieux à privilégier pour la mise en oeuvre et le suivi des priorités arrêtées par les conférences régionales de santé.

Vous pourrez notamment vous appuyer sur le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, en sa qualité de secrétaire du comité régional des politiques de santé et de vice-président de la commission exécutive de l'agence, pour assurer la liaison avec la conférence régionale de santé.

ANNEXE N° 3 (suite)

En ce qui concerne la lutte contre les exclusions, vous veillerez tout particulièrement à ce que les établissements de santé concernés mettent en place, en lien avec les professionnels et les associations oeuvrant en faveur des plus démunis, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et disposent des moyens nécessaires à leur fonctionnement effectif. Par ailleurs, la mise en oeuvre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ouvre de nouveaux champs de coopération entre les établissements de santé et les autres acteurs de la santé.

Vous voudrez bien nous rendre compte de la répartition des dotations régionalisées sous le présent timbre, au plus tard le 15 février prochain. Vous détaillerez notamment l'utilisation des crédits complémentaires dont votre région a bénéficié au titre de la correction des inégalités de ressources, et l'utilisation de la dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins.

Le directeur général de la santé,
Professeur Lucien ABENHAÏM

Le directeur de la sécurité sociale,
Pierre-Louis BRAS

Pour la ministre et le ministre délégué :
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. COUTY

ANNEXE N° 3 (suite et fin)

Ministère de l'emploi
et de la solidaritéTaux d'évolution des dotations régionales initiales de dépenses hospitalières pour 2002
(hors soins de longue durée)

(Les données sont en milliers d'euros)

Régions	Bases de référence pour 2002	Péréquation, abondement et mesures nouvelles	dont dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins	Dotations régionalisées (hors RTT)	Taux d'évolution des dotations régionalisées (hors RTT)	dont provision (mesures salariales générales et FEH)	Dotations régionalisées (y compris RTT)	Taux d'évolution des dotations régionalisées (y compris RTT)
Alsace	1 464 891,60	50 744,58	5 497,21	1 515 636,18	3,46 %	0,36 %	1 531 979,90	4,58 %
Aquitaine	1 914 993,97	64 298,31	7 157,07	1 979 292,28	3,36 %	0,37 %	2 002 275,06	4,56 %
Auvergne	957 982,00	31 473,92	3 629,49	989 455,92	3,29 %	0,36 %	1 000 391,93	4,43 %
Bourgogne	1 057 560,63	39 428,62	4 046,08	1 096 989,25	3,73 %	0,37 %	1 110 370,03	4,99 %
Bretagne	2 126 829,05	74 880,08	8 163,53	2 201 709,13	3,52 %	0,37 %	2 226 210,59	4,67 %
Centre	1 424 044,56	52 251,26	5 507,48	1 476 295,83	3,67 %	0,37 %	1 495 510,16	5,02 %
Champagne-Ardenne	906 629,40	31 062,93	3 516,88	937 692,33	3,43 %	0,37 %	950 026,44	4,79 %
Corse	165 009,90	5 296,60	657,32	170 306,50	3,21 %	0,38 %	172 463,94	4,52 %
Franche-Comté	811 781,87	32 904,60	4 961,14	844 686,47	4,05 %	0,37 %	854 650,22	5,28 %
Ile-de-France	9 335 170,45	205 828,25	35 367,94	9 540 998,70	2,20 %	0,36 %	9 637 421,79	3,24 %
Languedoc-Roussillon	1 445 403,13	46 479,29	5 556,94	1 491 882,42	3,22 %	0,36 %	1 508 651,98	4,38 %
Limousin	596 295,95	21 355,14	2 284,26	617 651,09	3,58 %	0,37 %	625 216,24	4,85 %
Lorraine	1 897 662,04	63 991,84	7 366,07	1 961 653,88	3,37 %	0,36 %	1 981 719,89	4,43 %
Midi-Pyrénées	1 677 312,84	47 533,03	6 428,39	1 724 845,87	2,83 %	0,37 %	1 744 439,87	4,00 %
Nord-Pas-de-Calais	2 635 679,47	113 131,09	10 052,43	2 748 810,56	4,29 %	0,36 %	2 778 414,48	5,42 %
Basse-Normandie	1 090 632,16	37 326,23	4 143,60	1 127 958,39	3,42 %	0,33 %	1 141 098,01	4,63 %
Haute-Normandie	1 085 869,35	40 944,72	4 100,12	1 126 814,06	3,77 %	0,37 %	1 140 287,18	5,01 %
Pays-de-la-Loire	1 947 221,24	70 308,76	7 380,29	2 017 529,99	3,61 %	0,37 %	2 041 985,29	4,87 %
Picardie	1 288 916,04	57 095,83	4 849,32	1 346 011,87	4,43 %	0,37 %	1 362 022,09	5,67 %
Poitou-Charentes	1 055 864,33	52 213,51	3 965,89	1 108 077,84	4,95 %	0,37 %	1 121 763,88	6,24 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 248 879,27	93 847,10	12 286,80	3 342 726,38	2,89 %	0,36 %	3 377 312,18	3,95 %
Rhône-Alpes	4 026 222,45	130 193,92	15 348,47	4 156 416,37	3,23 %	0,36 %	4 201 012,09	4,34 %
France métropolitaine	42 160 851,70	1 362 589,62	162 266,73	43 523 441,32	3,23 %	0,36 %	44 005 223,26	4,37 %
Guadeloupe	275 236,18	13 275,81	1 394,16	288 511,99	4,82 %	0,37 %	292 741,84	6,36 %
Guyane	122 152,37	5 669,21	578,14	127 821,58	4,64 %	0,35 %	129 131,16	5,71 %
Martinique	343 614,90	16 354,25	1 717,79	359 969,15	4,76 %	0,37 %	365 167,58	6,27 %
Réunion	407 115,10	19 028,71	1 990,90	426 143,81	4,67 %	0,36 %	431 412,26	5,97 %
DOM	1 148 118,55	54 327,98	5 680,99	1 202 446,53	4,73 %	0,37 %	1 218 452,84	6,13 %
France entière	43 308 970,25	1 416 917,60	167 947,72	44 725 887,85	3,27 %	0,36 %	45 223 676,10	4,42 %

Nota : le taux d'évolution des dépenses hospitalières encadrées pour l'année 2002 est fixé à 4,57 % en métropole (avant transferts)