



Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction générale de la
cohésion sociale

Sous-direction des politiques
d'appui
Bureau de la gouvernance du
secteur social et médico-social
Personne chargée du dossier :
Adeline LEBERCHE
tél. : 01 40 56 86 73
fax : 01 40 56 87 24
mél. : adeline.leberche@social.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du
système de soins
Bureau 1A

Personne chargée du dossier :
Marie-José SAULI
tél. : 01 40 56 41 27
fax : 01.40.56.69.57
mél. : marie-jose.sauli@sante.gouv.fr

Le ministre du budget, des comptes publics, de la
fonction publique et de la réforme de l'Etat
La ministre des solidarités et de la cohésion sociale

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs généraux
d'agence régionale de santé,
(pour mise en œuvre)

Validée par le CNP le 21 mars 2011
Visa CNP n°2011-62

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/5C/DSS/2011/120 du 22 mars 2011 proposant
une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et
services médico-sociaux relevant des articles L.314-3 et L.314-3-1 du code de l'action sociale
et des familles, et précisant les modalités de détermination des prix de journée.**

Date d'application : immédiate
NOR : SCSA1109123C
Classement thématique : Etablissements médico-sociaux

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : gestion des enveloppes limitatives de crédits dans les établissements sociaux et médico-sociaux, modalités de calcul des prix de journée
--

Mots-clés : établissements médico-sociaux, enveloppe régionale limitative, crédits limitatifs, résultats, prix de journée, prix de journée modulés

Textes de référence : Circulaire interministérielle DGAS/SD/5B n° 2007-412 du 21 novembre 2007
Textes abrogés :
Textes modifiés : Partie 1 de la circulaire interministérielle DGAS/SD/5B n° 2007-412 du 21 novembre 2007
Annexe : Illustration du mode de mise en œuvre de la tarification « AMENDEMENT CRETON »
Diffusion : les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des services, selon le dispositif existant au niveau régional.

Dans un contexte marqué par un besoin de plus grande maîtrise des finances publiques, l'Objectif Général de Dépenses (OGD) géré par la CNSA est construit en 2011 pour la première année en « crédits de paiements », sur la base des données relatives aux besoins financiers des établissements et services liés, au-delà des mesures de revalorisation, aux installations de places nouvelles qui seront effectives dans l'exercice.

Cette budgétisation au plus près des besoins impose une meilleure maîtrise de l'exercice de tarification des établissements et services, alors que, dans le secteur de la prise en charge des personnes handicapées en établissements et services, le dépassement de l'OGD déjà constaté sur la période 2006-2009, a atteint fin 2010 un niveau inégalé. Une mission d'audit « flash » est d'ores et déjà diligentée par l'IGAS auprès de quelques ARS dans l'objectif d'identifier les causes de ce dérapage et de proposer les mesures correctrices nécessaires.

L'une des causes potentielles du dépassement réside, comme l'a identifié la mission IGAS/IGF de 2009 sur la consommation de l'OGD, dans l'absence de compréhension partagée sur le sens des différents agrégats utilisés dans la détermination de l'OGD et du montant des enveloppes notifiées, et, partant, de pratiques de tarification divergentes. L'harmonisation de ces pratiques, qui vise à garantir également l'égalité de traitement des établissements et services considérés, constitue donc un enjeu majeur de maîtrise des dépenses de l'assurance-maladie.

C'est dans ce cadre qu'il est apparu indispensable de préciser dès à présent, sans attendre les résultats de l'audit précité, certaines des modalités de gestion des dotations régionales limitatives.

La présente circulaire constitue l'une des premières mesures de régulation qui doivent être mises en œuvre dans ce contexte. Elle a vocation à compléter la partie 1 de la circulaire interministérielle n° DGAS/SD/5B/2007-412 du 21 novembre 2007 proposant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs, pour ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux relevant de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Ces précisions visent à conforter le caractère strictement limitatif des enveloppes de crédits qui vous sont annuellement déléguées au titre du financement du fonctionnement de ces établissements et services, conformément aux dispositions de l'article L.314-3 du CASF.

Elle rappelle par ailleurs les modalités de calcul des tarifs exprimés en prix de journée (PJ).

Vous veillerez à leur application rigoureuse dans le cadre de la gestion des enveloppes limitatives de crédits d'assurance-maladie qui vous sont déléguées à compter de l'exercice 2011.

1. LA GESTION RENOVEE DE VOTRE DOTATION REGIONALE LIMITATIVE IMPOSE DE PRENDRE EN COMPTE L'ENSEMBLE DES RESULTATS APPROUVES DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

Dans le cadre de l'enveloppe limitative, la tarification annuelle effectuée par vos services doit être directement corrélée au niveau de crédits disponibles qui vous est notifié en dépenses encadrées (DE).

Le niveau de dépenses encadrées coïncide désormais très largement avec celui de l'objectif de dépenses également visé à l'article L314-3 du CASF et qui représente le total du financement des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L314-3-1 à la charge des organismes de sécurité sociale et de la contribution de la CNSA, soit l'OGD. Cette mise en adéquation est issue des mesures correctrices prises sur la base du rapport de la mission IGAS/IGF précité qui a pointé la difficulté à objectiver les écarts antérieurs entre OGD et dépenses encadrées (DE). Elle doit permettre de garantir une exécution de la campagne en ligne avec la tarification.

Désormais, sur le secteur des personnes âgées, le niveau de dépenses encadrées est strictement identique à celui de l'objectif général de dépense : le plafond des dépenses qu'il vous appartient d'autoriser dans la cadre de l'exercice tarifaire est ainsi, par construction, identique au plafond autorisé des décaissements des organismes de sécurité sociale.

En outre, sur le champ des personnes handicapées, l'écart entre les deux agrégats « OGD » et « DE », déjà réduit de moitié sur l'exercice 2010, sera encore diminué en 2011 dans l'optique de sa prochaine disparition.

Dans ce cadre, le niveau de la dotation régionale limitative (DRL) notifié en dépenses encadrées doit constituer, encore plus sûrement, le plafond de votre exercice de tarification et le plafond incompressible des dépenses opposables des établissements et services ainsi tarifés, en ligne avec les financements disponibles de l'année totalisant la contribution des régimes d'assurance maladie abondés des recettes propres de la CSA qui y sont affectées.

Vous serez donc particulièrement attentif à ce que le périmètre de la DRL intègre bien l'ensemble des dépenses que vous autorisez, y compris lorsqu'elles intègrent les résultats des exercices antérieurs.

1.1 Le rappel de la méthodologie exposée par la circulaire du 21 novembre 2007 : une première définition du périmètre des dotations régionales limitatives

La circulaire du 21 novembre 2007 est venue préciser le périmètre comptable des dotations limitatives de crédits d'assurance maladie.

Elle a indiqué qu'il correspondait, à quelques exceptions près rappelées plus bas, et pour les établissements médico-sociaux financés par l'ONDAM (structures prenant en charge les addictologies, établissements pour personnes âgées et personnes handicapées), aux dépenses de la classe 6, diminuées, le cas échéant :

- 1° Des groupes fonctionnels II (comptes 70, 71, 72, 74 et 75) et III (comptes 76, 77, 78 et 79) de produits ;
- 2° Des reprises sur les excédents affectés à la compensation des amortissements de sécurité (compte 10687) ;
- 3° Des soldes débiteurs des comptes 116, conformément à l'avis du Conseil national de la comptabilité publique du 4 mai 2007.

Les exceptions concernaient les Foyers d'accueil médicalisé (FAM), les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) et les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), pour lesquels il convenait de prendre en compte, respectivement :

- le forfait annuel global de soins des FAM définis à l'article R. 314-141 du CASF,
- les 80 % de la dotation globale de financement des CAMSP à la charge de l'assurance maladie
- et, pour les CPOM conclus en application de l'article R. 314-43-1 du CASF, la dotation globalisée commune de référence qui doit être actualisée chaque année pendant la durée du contrat.

Il est apparu à la mission d'enquête IGAS-IGF de 2009 sur la gestion de l'OGD que la formulation de cette circulaire a pu conduire certains services à considérer que les résultats excédentaires ou déficitaires des établissements et services concernés ne figuraient pas dans le périmètre de l'enveloppe régionale limitative.

Ainsi, et bien que cette circulaire n'ait aucunement autorisé une tarification excédant le niveau de l'enveloppe en raison de reprises des déficits, une dérive des pratiques tarifaires a pu être relevée dans le rapport d'inspection sur la gestion de l'OGD : **des dépassements d'enveloppe ont pu être constatés localement, résultant d'une tarification intégrant des reprises de résultats déficitaires ayant pour conséquence d'augmenter le volume des autorisations budgétaires de l'exercice.**

En réponse à ce constat, la reprise des résultats, et notamment son impact sur la consommation de l'OGD et sur l'estimation du volume de « Crédits Non Reconductibles-CNR » disponible, a été précisée dans l'annexe 3 de la notification CNSA du 4 mai 2010.

Je tiens à vous confirmer par la présente circulaire que les résultats des établissements et services retenus par vos services pour la tarification de l'exercice n doivent être intégrés dans le périmètre de l'enveloppe régionale limitative de ce même exercice.

En effet, lorsque les résultats sont affectés, comme le permet l'article R.314-51 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), au financement des charges de l'exercice N+1 ou en majoration de celles-ci, l'impact sur le calcul des tarifs de l'établissement pris en charge par l'assurance maladie est le suivant : une reprise de déficit majore le niveau des produits de la tarification prévisionnelle alors qu'une reprise d'excédent l'allège¹.

La politique des services en matière d'affectation des résultats, conformément aux dispositions de l'article R.314-51 du CASF, est donc susceptible de modifier le niveau de consommation des crédits d'assurance maladie et, en conséquence, la consommation de l'OGD.

1.2 L'intégration des résultats affectés dans le périmètre des dotations régionales limitatives et les conséquences sur vos pratiques tarifaires

Au regard des développements précédents, je vous remercie de bien vouloir noter que le périmètre des dotations régionales limitatives prévues à l'article L.314-3 se décompose de la manière suivante, selon le type d'ESMS et/ou la modalité tarifaire applicable :

1° Total des charges (dépenses) de classes 6 des établissements et services concernés par la présente circulaire, sous réserve des particularités suivantes :

- pour les établissements et services entrant dans le périmètre d'un CPOM (articles L.313-11 du CASF) : prise en compte dans le périmètre de l'enveloppe du montant de la dotation globalisée commune établi conformément aux dispositions de l'article R.314-43-1 du CASF, soit la dotation globalisée commune de référence qui doit être actualisée chaque année du taux prévu au contrat ;
- pour les FAM et les SAMSAH: prise en compte dans le périmètre de l'enveloppe du montant des forfaits annuels globaux de soin établis conformément aux dispositions de l'article R.314-141 ;
- pour les CAMSP : prise en compte dans le périmètre de l'enveloppe de la part de la dotation globale de financement financée par l'assurance-maladie, soit 80% conformément aux dispositions de l'article R.314-123 du CASF ;

¹ Annexe 3 de la notification CNSA du 4 mai 2010

2° Le montant déterminé au 1° sera corrigé des éléments suivants :

- a. Intégration des résultats retenus par l'autorité de tarification dans le cadre de l'analyse des comptes administratifs et affectés conformément aux dispositions du 1° du II et du III de l'article R.314-51. Ainsi :
 - ⇒ Le total des résultats déficitaires des établissements et services s'imputera sur le niveau de votre DRL et viendra diminuer, le cas échéant, le montant de votre disponible sur enveloppe ;
 - ⇒ Le total des résultats excédentaires repris en atténuation des charges d'exploitation conformément au 1° de l'article R.314-51 du CASF augmentera le volume de votre disponible sur enveloppe ;
- b. Retrait des montants des produits (recettes) de groupe fonctionnel II et du groupe fonctionnel III, soit :
 - ⇒ Pour les produits du groupe fonctionnel II : les comptes 70, 71, 72, 74 et 75
 - ⇒ Pour les produits du groupe fonctionnel III : les comptes 76, 77, 78 et 79
- c. Retrait des reprises opérées sur le compte 10687 « excédent affecté en réserve de compensation des charges d'amortissement » constitué à partir de la part des excédents d'exploitation affectés à la compensation des amortissements de sécurité (6° de l'article R.314-51 du CASF) ;
- d. Retrait des soldes débiteurs des comptes 116, conformément à l'avis du Conseil national de la comptabilité publique du 4 mai 2007.

1.3 Points d'alerte en matière de traitement des résultats des établissements et services

Il vous est d'abord rappelé que s'agissant des résultats déficitaires qui vous sont présentés par les établissements et services dans le cadre du dépôt du compte administratif d'une année et avant approbation et affectation du résultat :

- vous devez d'abord utiliser les possibilités ouvertes par l'article R.314-52 du CASF afin de réformer le montant du résultat, de façon à assurer, dans la mesure du possible, une neutralisation de l'impact de ce mécanisme sur l'OGD ;
- conformément aux dispositions du III de l'article R.314-51 du CASF, vous devez ensuite mobiliser les ressources de la « réserve de compensation » constituée par l'établissement ou le service considéré pour couvrir en tout ou partie le besoin de financement issu de la reprise d'un déficit que vous aurez retenu dans le cadre de l'approbation du compte administratif en question.

Je vous confirme par ailleurs qu'il vous appartient de mettre en corrélation la somme des montants que vous projetez de tarifier aux établissements et services dans le cadre de la campagne budgétaire, dans lesquels les résultats sont intégrés, et vos enveloppes limitatives, afin de vous assurer du respect de votre plafond constitué par la dotation régionale limitative.

Cet exercice vous permettra, avant d'arrêter la tarification des établissements et services, de déterminer les ajustements nécessaires à opérer dans l'objectif du respect du montant de la dotation régionale qui vous a été notifiée. Vous pourrez procéder, dans ce cadre, à l'équilibrage entre les reprises de résultats déficitaires et excédentaires, qui implique votre pleine mobilisation pour analyser, accepter ou réformer les résultats des ESMS considérés, qui contribuent au respect de votre DRL.

2. LES MODALITES SPECIFIQUES DE TARIFICATION EN PRIX DE JOURNEE

La tarification en prix de journée (PJ) repose sur un mode de calcul basé sur un volume d'activité prévisionnel. L'évaluation sincère de ce volume d'activité constitue un enjeu important afin que les décaissements ultérieurs de l'assurance-maladie, sur la base de l'activité effective tarifiée au prix que vous aurez déterminé, ne s'écartent pas du niveau des dotations régionales limitatives qui vous sont notifiées.

Vous devez en conséquence être particulièrement attentifs à la détermination du volume d'activité prévisionnel dans le cadre de la détermination du montant des prix de journée des établissements concernés, afin que les tarifs arrêtés par vos services et notifiés à l'assurance-maladie respectent le niveau plafond des dotations régionales qui vous sont allouées.

2.1. La tarification du prix de journée, déterminée par le volume prévisionnel d'activité, vous impose une évaluation pointilleuse de ce déterminant

La détermination d'une activité prévisionnelle au plus près du fonctionnement de la structure doit primer afin de ne pas engendrer un dépassement des versements prévus lors de la tarification, ou « sur activité ».

En effet, la qualité de la prévision d'activité a un impact sur la sincérité de la tarification ainsi que sur l'adéquation du niveau de prévision et de l'exécution.

Les modalités de détermination du montant du prix de journée sont décrites à l'article R.314-113 du CASF :

$$\text{PJ année N} = \frac{\text{totalité des charges d'exploitation du budget de l'année N après} \\ \text{incorporation éventuelle des résultats des exercices antérieurs – produits} \\ \text{d'exploitation autres que ceux relatifs au PJ (GII et GIII)}}{\text{nombre de journées}}$$

Le nombre de journées retenu pour ce calcul sera établi usuellement sur la base de la moyenne du nombre de journées effectives sur les trois dernières années, en prenant en considération pour ce faire les journées au cours desquelles les personnes ont été effectivement accueillies.

Vous veillerez, dans le cas où l'établissement ou le service considéré serait ouvert depuis moins de trois ans, ou en cas de circonstances particulières² (fermeture de places, extension de capacité, réouverture de capacité après des travaux...) à ce que le nombre de journées prises en compte dans la détermination du montant du prix de journée soit égal au nombre prévisionnel de journée de l'exercice.

J'attire votre attention sur la latitude qui vous est offerte par l'article R.314-113 du CASF de prendre en considération d'autres éléments d'appréciation de l'activité que la seule moyenne des trois derniers exercices, dès lors que les choix que vous opérez sont motivés.

Une attention particulière doit en conséquence être apportée par vos services à la détermination de l'activité de la structure entrant dans le cadre du calcul du PJ.

Enfin, il vous est rappelé que les recettes perçues au titre de la facturation des PJ aux Conseils Généraux (CG) pour les prises en charge des jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants handicapés au titre de l'amendement « Creton » ne constituent pas une recette atténuative à prendre en considération dans la détermination du montant du PJ de l'établissement. Il s'agit, en effet, de tarifs « hors OGD » qui équilibrent les agrégats OGD et DE. Les recettes issues de la facturation de ces PJ constituent comptablement un « produit de la tarification » qui doit être inscrit

² Décision Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale n°A.2007.012 en date du 10 décembre 2010 : Président du conseil général de l'Ariège/ Association « Enfants de France »

au compte 7313³. Le tableau annexé joint qui reproduit celui d'une circulaire antérieure vous rappelle les modalités de calcul du PJ unique qui sera facturé, selon le cas, ou bien à l'assurance-maladie ou au conseil général selon que le jeune adulte maintenu a bénéficié d'une orientation prononcée par la CDAPH dans un établissement financé par l'un ou l'autre.

2.2 L'utilisation du prix de journée modulé

Il vous est par ailleurs rappelé que le prix de journée peut être modulé en fonction des modalités de prise en charge des personnes accueillies.

L'article R.314-119 du CASF précise l'application du prix de journée modulé pour des établissements et services qui offrent divers modes de prise en charge :

- des journées en externat
- des journées en internat complet
- des journées en internat de semaine
- la demi-pension
- l'accueil temporaire
- des journées d'intégration en milieu ordinaire.

Ce mode de détermination du prix de journée devra être privilégié et proposé à tout établissement ou service diversifiant ses modalités de prises en charge, afin de procéder à une détermination sincère des dépenses à la charge de l'assurance-maladie.

Pour la Ministre des solidarités
et de la cohésion sociale,

Par délégation,

signé

Sabine FOURCADE
Directrice générale de la cohésion sociale

Pour le Ministre du budget, des comptes
publics, de la fonction publique et de la
réforme de l'Etat,
Par délégation,

signé

Dominique LIBAULT
Directeur de la sécurité sociale

³ Voir la circulaire interministérielle n° DGCS/5B/DSS/1A/2010/387 du 9 novembre 2010 relative au mode de tarification des établissements pour enfants et adolescents handicapés mentionnés au 2° du I de l'article L.312-1 du CASF et aux modalités de participation des jeunes adultes accueillis au titre de l'amendement "Creton"

Cas d'un IME présentant une activité d'internat (tous les repas sont pris par les résidents hébergés) dont l'activité se décompose comme suit :

- 5500 journées pour les -20 ans
- 200 journées pour les +20 ans orientés en ESAT et double orientation ESAT/Foyer d'hébergement (FH)
- 100 journées pour les +20 ans orientés en MAS
- 200 journées pour les +20 ans orientés en foyers de vie
- 100 journées pour les +20 ans orientés en foyers d'accueil médicalisé (FAM)

Soit un total de 6100 journées en internat

Dépenses brutes de la classe 6		1 698 105	
Recettes du groupe II	4000		
dont forfait journalier (100j) pour les +20 ans orientés en MAS à inscrire au compte 70821	100j*18 = 1800		
dont autres participations des usagers au titre du L242-4 du CASF à inscrire au compte 70822*	nulles sur décision du CG	4000	
dont participations aux frais repas pour les jeunes adultes orientés en ESAT et ESAT/FH à inscrire au compte 70823	200j*3,31€ = 662		
Recettes du groupe III		12 078	
Résultat (excédent)		10 000	
Dépenses à couvrir par le PJ		1 672 027	
Nombre de journées facturables pour l'ensemble des usagers		6100	
PJ applicable aux CPAM et CG		274,10	
L'établissement encaissera les montants suivants :		PJ appliqué	Recettes encaissées
PJE (code CPAM) à facturer à l'assurance-maladie pour les -20 ans (comprenant le FJ) et +20 ans orientés en ESAT/MAS/ ESAT-FH à inscrire au compte 7313	5800j	274,10	1 589 796
PJ à facturer aux CG pour les +20 ans orientés en foyers de vie à inscrire au compte 7313 (ne constituent pas des recettes atténuatives)	200j	274,10	54 821
FJS (code facturation CPAM : forfait journalier de soin) à facturer à l'assurance-maladie pour les +20 ans orientés en FAM : forfait plafond de soins de l'article R.314-141 du CASF	100j	68,94**	6 894
PJ à facturer aux CG pour les +20 ans orientés en FAM	(274,10-68,94)*100j = 20 516	205,16	20 516
Produits de la tarification			1 672 027
Recettes du groupe II	4000		
dont forfait journalier (100j) pour les +20 ans orientés en MAS	1800		
dont autres participations des usagers au titre du L242-4 du CASF *	0		4000
dont participations aux frais repas pour les jeunes adultes orientés ESAT et ESAT/FH	662		
Recettes du groupe III			12 078
Résultat (excédent)			10 000
TOTAL DES RECETTES			1 698 105

* Montant des participations fixées par le conseil général (CG) dans le Règlement départemental d'aide sociale pour les orientations en foyer de vie (plafonnement conformément aux articles R.344-29, R.344-36 et R.344-37 du CASF), mais dans cette illustration non versée à l'établissement par décision du CG.

**Valeur brute du SMIC horaire au 1^{er} janvier 2011 : 9€ multipliée par le plafond de l'arrêté du 4 juin 2007.