

INSTRUCTION

N° 01-028-M2 du 7 mars 2001

NOR : BUD R 01 00028 J

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

ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ET ETABLISSEMENTS PUBLICS SOCIAUX
ET MEDICO-SOCIAUX - CAMPAGNE BUDGETAIRE 2001

ANALYSE

Réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et de développement de l'offre de soins à domicile

Date d'application : 01/01/2001

MOTS-CLÉS

COLLECTIVITÉS ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX ; ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ;
SERVICES MEDICO-SOCIAUX ; PERSONNE ÂGÉE ; HÉBERGERMENT ; TARIF ; SOINS A DOMICILE

DOCUMENTS À ANNOTER

Néant

DOCUMENTS À ABROGER

Néant

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TPG	TGAP	RF	T	DOM	TOM						

DIFFUSION

GT 15

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

6^{ème} Sous-direction - Bureau 6B

La présente instruction a pour objet de porter à la connaissance des trésoriers, gérant soit des établissements publics de santé soit des établissements publics sociaux et médico-sociaux la circulaire interministérielle DHOS-F2/MARTHE/DGAS/DSS-1A n° 2001-58 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

La circulaire rappelle que, conformément aux dispositions de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, les établissements doivent conclure une convention tripartite avant le 31 décembre 2003.

Les établissements n'ayant pas signé de convention demeurent provisoirement sous le régime de la tarification forfaitaire de l'assurance maladie. Leurs dotations font l'objet, en 2001, d'actualisations, comme celles des services de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.)

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

Pour le Directeur Général de la Comptabilité Publique

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

OLLIVIER GLOUX

ANNEXE : Circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS/DSS-1A n° 2001-58 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**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
Affaire suivie par : Nadine RICHARD
☎ 01 40 56 53 38

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

Bureau 2C
Affaire suivie par Jean Paul CESSEY
☎ 01 40 56 88 32
Bureau 5C
Affaire suivie par : Jean-Pierre HARDY
☎ 01 40 56 86 56

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Bureau des établissements de santé – 1A
Affaire suivie par : Christian RIVIALE
☎ 01 40 56 71 10

MISSION MARTHE

Affaire suivie par : Jean-René BRUNETIERE
☎ 01 40 56 80 03

La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité

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*)

Date d'application : immédiate

ANNEXE (suite)

Résumé :

La présente circulaire fixe les priorités pour 2001 en matière de mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et de développement de l'offre de soins à domicile.

Elle notifie les dotations provisoires régionalisées des dépenses, dans l'attente de la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie :

- des unités de soins de longue durée, concernées par la nouvelle réforme,
- du médico-social au bénéfice des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et des services de soins infirmiers à domicile.

La composition de ces dotations et les règles d'emploi vous sont précisées.

Le montant des dotations sera confirmé par l'arrêté interministériel fixant les dotations régionales.

Mots clés :

ONDAM, établissements médico-sociaux pour personnes âgées, services de soins infirmiers à domicile, unités de soins de longue durée, ARH, réforme de la tarification des établissements, qualité, mesures de reconduction, forfaits plafond, suivi de la négociation tripartite, transferts d'enveloppe hospitalière et soins de ville, communication des données d'ANGELE, autorisation / financement des EHPAD, médecin coordonnateur, formation.

Textes de référence :

- Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001,
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifié relative aux institutions sociales et médico-sociales,
- Articles LO 111-3 et L.174-6 et 7 du code de la sécurité sociale,
- Décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD,
- Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées,
- Circulaires MARTHE/DAS/DH/DSS n°99-578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre en compte au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000 et n°2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD.

ANNEXE (suite)

L'année 2001 sera marquée par une accélération décisive de la politique d'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile et en établissement.

Le souhait de nombreuses personnes âgées est de vivre à leur domicile le plus longtemps possible dans la mesure où les aides nécessaires peuvent leur être procurées. Parmi les mesures décidées par le Gouvernement ou en préparation pour favoriser la vie à domicile malgré l'âge et la dépendance, celles qui concernent les soins à domicile font l'objet de la présente circulaire. Dans sa déclaration du 21 mars 2000 sur l'avenir des retraites, le Premier Ministre a rappelé son attachement au développement de cette offre de soins. Ainsi, il a annoncé un plan de médicalisation sur 5 ans visant à doubler le rythme de création de places nouvelles de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) au bénéfice des personnes âgées (1^{ère} partie de la circulaire).

L'établissement garde cependant un rôle irremplaçable, et complémentaire de l'aide à domicile. L'année 2001 sera la première année de pleine application de la réforme des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Des moyens nouveaux d'un montant exceptionnel sont prévus, première tranche d'un plan quinquennal (2001-2005) de renforcement de la médicalisation des établissements à hauteur de 6 milliards de francs (914,7 millions d'euros) de mesures nouvelles nettes en année pleine (2^{ème} partie).

L'apport de ces moyens nouveaux doit contribuer à promouvoir la qualité des prestations offertes aux résidents, selon les exigences du cahier des charges du 26 avril 1999. Il s'agit d'inciter tous les établissements – unités de soins de longue durée ou médico-sociaux, médicalisés ou non, - à s'engager dans une démarche de qualité qui permette notamment, d'assurer une bonne qualité des conditions de vie des résidents ainsi que des prestations de soins qu'ils peuvent recevoir. La fiche jointe en annexe précise notamment le rôle du médecin coordonnateur dans l'organisation des soins.

Les conventions tripartites quinquennales qui seront conclues entre les établissements et les autorités de tarification exprimeront les engagements des partenaires tant en matière de moyens (dans le cadre des nouvelles règles de tarification) que de qualité. Les établissements doivent conclure une convention tripartite avant le 31/12/2003 conformément aux dispositions de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Les établissements n'ayant pas encore signé de convention demeurent provisoirement sous le régime de la tarification forfaitaire de l'assurance maladie. Leurs dotations font l'objet en 2001 d'actualisations, comme celles des SSIAD.

La présente circulaire a pour objet de déterminer les dotations régionales provisoires de dépenses d'assurance maladie au bénéfice des établissements et structures sanitaires (unités de soins de longue durée) et médico-sociaux pour personnes âgées pour l'année 2001, au titre de la première notification de crédits. Le montant des dotations sera confirmé par l'arrêté interministériel fixant les dotations régionales limitatives.

De plus, les dotations régionales seront abondées en cours d'année, notamment afin de répartir le complément des mesures nouvelles, en fonction du rythme de signature des conventions tripartites (3^{ème} partie).

Pour 2001, l'objectif de dépenses afférentes aux soins dispensés dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées est fixé à 18,78 MdFs (2,87 milliards d'euros), soit une progression en taux de 8,76% par rapport à l'objectif 2000.

En ce qui concerne les unités de soins de longue durée, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est de 8,12 MdFs de francs (1,24 milliards d'euros), soit 2,62% de progression par rapport à l'objectif 2000.

ANNEXE (suite)

I – L'ANNÉE 2001 SE CARACTÉRISE PAR UNE ACCELERATION DE L'EFFORT DE MEDICALISATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE

L'effort financier consenti dans le cadre des plans de médicalisation concerne tant les établissements, dans lesquels la réforme de la tarification permettra d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, que les services de soins infirmiers à domicile dont le nombre de places va considérablement augmenter.

1.1. La réforme de la tarification des établissements sanitaires et médico-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) doit connaître une accélération décisive en 2001

Les mesures nouvelles prévues pour 2001 à hauteur de 1,2 MdFs (182,94 millions d'euros) constituent des mesures d'accompagnement de tous les établissements sanitaires (unités de soins de longue durée) et médico-sociaux médicalisés ou non, qui, à l'occasion de la conclusion de conventions tripartites, entrent sous le régime de la nouvelle tarification. Elles permettent de financer tant les effets mécaniques que les mesures nouvelles induites par l'application de la réforme.

Conformément à l'article 32 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999, la nouvelle tarification entre en vigueur à compter de l'exercice budgétaire qui suit la date de la conclusion tripartite, sauf accord entre les parties contractantes. Vous êtes invités à proposer à vos partenaires un large usage de cette possibilité d'application immédiate afin de ne pas retarder pour l'établissement et les résidents le bénéfice des dispositions nouvelles. Les mesures nouvelles accordées aux établissements et les nouveaux tarifs s'appliquent le premier jour d'un mois. Les établissements qui le souhaitent peuvent subordonner l'entrée en vigueur de la convention tripartite à la publication des textes modifiant les décrets n°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 (en cours d'examen par le Conseil d'Etat), notamment pour bénéficier du nouveau mode de calcul des tarifs soins et dépendance. Dans ces conditions, et conformément aux règles applicables à toute mesure nouvelle, l'incidence en 2001 a été évaluée à 860 MF pour 2001 (131, 11 millions d'euros) dont 600 MF (91,47 millions d'euros) sont notifiés immédiatement. Bien entendu, le financement des extensions en année pleine sera intégré dans les dotations régionales pour 2002.

Pour des raisons de simplicité, les mesures nouvelles, dont le montant couvre les deux champs, sont notifiées au sein des dotations régionales médico-sociales. Ces crédits doivent cependant être utilisés indifféremment dans le secteur médico-social et sanitaire, conformément aux objectifs énoncés. Cette fongibilité entre les deux enveloppes doit cependant faire l'objet d'un suivi dont les modalités sont détaillées dans les annexes III.

1.1.1. Les objectifs d'application de la réforme en 2001

Les résultats d'ERNEST montrent que dans 30 % des établissements, le changement de mode de tarification (à moyens constants pour l'établissement) procure un bénéfice financier global à tous les résidents : dans ces établissements, la somme des nouveaux tarifs dépendance et hébergement ¹ est inférieur à l'ancien prix de journée, même pour les GIR 1 et 2.

C'est donc dans ces établissements, qui bénéficient en général d'un « effet mécanique » notable, qu'il convient de mettre en œuvre, en priorité, la réforme.

¹ Calculés selon les règles des décrets en cours de parution

ANNEXE (suite)

En effet :

- on peut considérer que, dans ces établissements, les résidents payent des frais ayant vocation à être pris en charge par l'assurance maladie. Il convient donc de mettre fin au plus tôt à cette situation.
- dans ces établissements, il n'est pas nécessaire d'attendre l'instauration par la loi d'un nouveau mode d'aide personnelle pour que le changement de tarification soit socialement acceptable pour les résidents.

Vous inciterez vigoureusement les établissements qui sont dans cette situation à entrer dans le nouveau dispositif au plus tôt.

Pour les établissements dans lesquels la part des frais restant à la charge des résidents – ceux dont le tarif dépendance est le plus élevé (GIR 1 et 2) – est susceptible de légèrement augmenter dans l'attente de l'application de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), vous adresserez à la mission MARTHE, pour décision, les projets de conventionnement.

1.1.2. Application de la réforme dans les établissements pour personnes âgées relevant de la compétence des organismes d'assurance maladie

La tarification des forfaits de sections de cure médicale et de soins courants (ainsi que celle des forfaits de soins dans les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées), relève en général de la compétence du Préfet de Département. Toutefois, les organismes d'assurance maladie fixent les tarifs des établissements non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

La réforme de la tarification ne se traduit pas par une habilitation systématique des établissements à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Dans ces conditions, il appartient aux organismes d'assurance maladie d'évaluer les incidences financières de la réforme dans les établissements qu'ils tarifient et de négocier le contenu des conventions tripartites.

Ce mode de tarification est cependant appelé à disparaître. En effet, un projet de loi visant à confier à l'autorité administrative la tarification des prestations supportées par l'assurance maladie, de l'ensemble des établissements et services relevant du secteur médico-social, a été déposé par le Gouvernement sur le bureau du Parlement.

Au-delà de la participation des responsables des caisses d'assurance maladie à la commission départementale de suivi (cf. 5.1.), une étroite collaboration doit être organisée localement. Les autorités tarifaires de l'Etat se rapprocheront des responsables des caisses afin d'harmoniser les politiques en matière de mise en œuvre de la réforme tarifaire. En outre, il appartiendra aux responsables des caisses de suivre les incidences de cette réforme dans les établissements qu'ils tarifient et d'en informer les directions départementales des affaires sanitaires et sociales selon le dispositif de suivi précisé au point III de la présente circulaire.

1.1.3. Application de la réforme dans les unités de soins de longue durée et dans les maisons de retraite à gestion hospitalière

Les ARH doivent inciter les établissements qu'elles tarifient à s'inscrire dans une démarche de négociation d'une convention tripartite.

ANNEXE (suite)

A ce titre, deux missions leurs incombent :

- Dans les établissements de santé gérant des unités de soins de longue durée (USLD) et des maisons de retraite, l'enquête ERNEST a révélé d'importants transferts de charges entre budget général et budgets annexes. Dans la nouvelle tarification, fondée sur la vérité des coûts, ces « subventions croisées » n'ont plus lieu d'être.

Il est donc impérativement demandé aux ARH de s'assurer, préalablement à la négociation d'une convention tripartite, que l'établissement a bien procédé à une évaluation correcte des charges pesant sur son budget annexe. L'opération de « sincérité des budgets » s'avère en effet indispensable pour apprécier précisément le montant des crédits complémentaires susceptibles d'être alloués à l'établissement. Il appartient aux ARH de s'assurer de la sincérité des budgets.

- Au-delà, pour les USLD, l'ARH doit apprécier en fonction du degré de la médicalisation et de la qualité de la prise en charge des personnes âgées, le bien fondé des demandes de l'établissement, dans le cadre des priorités régionales et par comparaison avec les dotations des autres EHPAD pour un même niveau moyen de dépendance.

La nécessaire coordination entre le Préfet de Région et le directeur de l'ARH doit être recherchée

Ses modalités doivent être définies au niveau régional dans le cadre d'un comité technique régional et interdépartemental élargi au représentant de l'agence régionale de l'hospitalisation. Cela permettra d'arrêter des propositions communes qui seront portées à la connaissance des membres de la conférence administrative régionale.

Les différents mouvements engendrés par les éventuels transferts de charges entre budgets hospitaliers et budgets annexes sont retracés dans l'annexe n° III – d qui doit être co-signée par les deux autorités de tarification.

1.1.4. Financement des créations et transformation d'établissements

Les demandes de création ou de transformation d'établissements doivent retenir toute votre attention :

La création d'un Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) relevant de la loi du 30 juin 1975 modifiée :

Tout promoteur déposant à la DDASS un dossier de création d'EHPAD sollicite une autorisation qui ne peut être délivrée que conjointement par l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le président du conseil général, en application de l'article 46 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 (la tarification conjointe implique une autorisation conjointe).

Le titulaire de ladite autorisation ne pourra la mettre en œuvre que s'il a conclu la convention prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 et s'il entre d'emblée dans le dispositif tarifaire défini par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999.

A l'appui de sa demande d'autorisation, le promoteur doit déposer dans le même temps un projet de convention comprenant notamment son projet d'établissement, une évaluation prévisionnelle de son GIR moyen pondéré, le tableau des effectifs du personnel le montant prévisionnel des dépenses d'assurance maladie, ainsi que les engagements en matière de qualité des prestations délivrées.

ANNEXE (suite)

La création ou l'extension d'une USLD, par transformation d'un établissement ou d'un service doté d'une section de cure médicale :

Contrairement à la création de nouvelles sections de cure médicale que la loi du 24 janvier 1997 interdit désormais, il est toujours juridiquement possible de créer des USLD, y compris par transformation de sections de cure médicale.

Cependant, il vous appartient d'être particulièrement attentifs à la réalité des besoins mis en exergue, notamment eu égard à la démographie locale. En effet, ces établissements ayant vocation à entrer dans la réforme de la tarification, il convient de les inciter à entrer immédiatement dans le nouveau dispositif tarifaire, sans donc, même à titre transitoire, bénéficier de la majoration du forfait SCM au niveau du forfait SLD. La nouvelle tarification s'effectuant « au coût des facteurs », il s'ensuit que le nouveau tarif afférent aux soins tiendra compte de la lourdeur de l'état des personnes résidant actuellement dans une section de cure médicale.

Toutefois, lorsque la transformation d'un établissement se traduit par une augmentation significative des prix d'hébergement et de dépendance à la charge des usagers (dans l'attente d'une meilleure solvabilisation de la dépendance par la future allocation personnalisée à l'autonomie), vous communiquerez à la mission MARTHE, pour décision, les projets de conventions.

En tout état de cause, il vous appartient, en opportunité, et compte tenu de vos perspectives budgétaires, de financer sur vos dotations régionalisées les opérations qui vous sembleraient justifiées. Quant aux lits de soins de longue durée autorisés mais non budgétés, ils ne peuvent être financés que par prélèvement sur la dotation régionale de dépenses hospitalières, hors soins de longue durée dans la mesure où aucune mesure de création de place n'est prévue dans l'ONDAM 2001 pour les unités et centres de long séjour.

Fixation des tarifs de soins des EHPAD nouvellement créés :

Le calcul de la « DOMINIC », sur la base du GMP prévisionnel de l'établissement, permet à celui-ci de bénéficier de tarifs dont le montant pourra être modifié, dès lors que le GMP réel sera connu définitivement. Il convient donc de prévoir dans la convention tripartite une clause de rendez-vous, afin d'ajuster le cas échéant le tarif arrêté initialement, dès que le taux d'occupation maximum de l'établissement est atteint.

Les instructions données par circulaire du 15 septembre 2000, notamment celles relatives aux montants et à la fixation de la DOMINIC, continuent à s'appliquer en 2001.

1.2. Le développement de l'offre de soins à domicile pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées

Le plan de médicalisation annoncé par le Premier ministre vise à doubler le rythme de créations de places nouvelles en SSIAD au bénéfice des personnes âgées dépendantes. Ainsi, il est prévu de créer 20 000 places de 2001 à 2005 pour un montant de 1,2 MdFs (soit 182,94 millions d'euros), soit un coût moyen annuel de 240 MF (36,59 millions d'euros).

Parallèlement, un projet de décret visant à prolonger les missions des services de soins infirmiers à domicile, en les transformant en services de soins et d'accompagnement, et en leur permettant d'intervenir au bénéfice de personnes handicapées adultes, et de personnes adultes atteintes de maladies chroniques invalidantes notamment, est en cours de finalisation.

ANNEXE (suite)

L'organisation d'une véritable coordination dans la prise en charge de ces publics, tant sur le plan sanitaire que sur le plan médico-social, est l'une des clés de la réussite d'une politique de maintien à domicile efficace.

Pour l'année 2001, une enveloppe de 185,4 MF (28,26 millions d'euros) est destinée à la création de 4 000 places de services de soins infirmiers à domicile.

Compte tenu de la montée en charge progressive de ce plan de médicalisation, les moyens alloués correspondent à 9 mois de fonctionnement de 4 000 places nouvelles ou autorisées sans financement. L'extension en année pleine de ces places sera assurée en 2002.

Au niveau régional, il conviendra de veiller à la correction des inégalités de ressources entre départements, eu égard notamment au taux d'équipement.

La création de places nouvelles doit prendre en compte essentiellement les besoins de la population et l'activité des services existants.

Les modalités de répartition de ces places figurent en annexe I – c.

ANNEXE (suite)

II - CONSTRUCTION DES DOTATIONS RÉGIONALES POUR 2001**2.1 La définition des bases régionales pour 2001**2.1.1. Les transferts d'enveloppe intervenus au cours de l'année 2000 :

Les dotations de crédits médico-sociaux et sanitaires notifiées au titre de l'année 2000 ont préalablement été ajustées des crédits transférés durant l'année par les DDASS/ DRASS ou ARH (annexe II – a et c).

Pour le médico-social « personnes âgées », le montant global de ces transferts s'élève à 4,88 MF (743 951,20 euros) en dépenses d'assurance maladie des établissements. Il se décline comme suit :

- un transfert de 1,97 MF de francs (301 086, 81 euros) sortant de l'enveloppe « personnes âgées » et abondant l'enveloppe « personnes handicapées »,
- une majoration de 6,85 millions de francs (1,05 millions d'euros) de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale.

Les opérations de transferts au sein de l'enveloppe médico-sociale entre les établissements tarifés par le Préfet et ceux tarifés par les organismes de sécurité sociale seront prises en compte ultérieurement.

Indépendamment des effets de réforme de la tarification qui va induire des transferts entre les différentes enveloppes (cf. annexes III), il convient de faire jouer pleinement la fongibilité entre les diverses composantes de vos enveloppes sanitaires et médico-sociales. Celle-ci vous permet en effet de redéployer des moyens existants afin de développer une meilleure offre de soins ou d'améliorer la prise en charge de certaines populations à travers une médicalisation accrue.

Pour ces opérations de transferts, les annexes n° II - e, doivent être renseignées, selon l'objet du transfert, et adressées par les services régionaux au plus tard le 1^{er} septembre 2001 à la DHOS. Les projets de transferts entre les sous enveloppes 4 « personnes handicapées » et 3 « personnes âgées » doivent être envoyés d'une part, à la DGAS (bureau BBF) et d'autre part, à la DHOS (bureau F2).

Le logiciel GEODE sanitaire doit continuer à être utilisé. J'appelle cependant votre attention sur la nécessité de préciser la nature de l'opération de transfert envisagée.

2.1.2. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) :

A titre transitoire, et par dérogation, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique créés en 2000 ont été financés par des crédits d'assurance maladie. A partir de 2001, ces centres seront financés par des crédits d'Etat ; Il n'y a donc pas lieu de reconduire, à partir de votre dotation, les moyens alloués en 2000 aux structures concernées. En conséquence, ces crédits ont été retirés des bases régionales de référence pour 2001.

2.2. Les mesures de reconduction et de personnel

Ces mesures sont constituées principalement de mesures salariales. Certaines d'entre-elles seront notifiées ultérieurement, elles n'ont donc pas été prises en compte dans les taux moyens d'évolution des dépenses ici indiqués.

ANNEXE (suite)

Des provisions ont été constituées au niveau national de manière à financer notamment les mesures salariales en cours de négociation, dont les crédits feront l'objet d'une notification ultérieure

2.2.1. Les SCM/SC et les SSIAD

Le taux d'évolution des dépenses des établissements qui vous sont notifiées (hors mesures nouvelles de médicalisation) est en moyenne de 1,42% pour les EHPAD. Quant aux SSIAD, le taux d'évolution est en moyenne de 1,08%.

Le taux moyen d'évolution des dépenses médico-sociales présentement alloué au bénéfice des personnes âgées permet de financer pour 2001 :

- l'augmentation des traitements de la fonction publique de 0.5% au titre de l'année 2000 applicable au 1^{er} décembre 2000.

Dans les établissements ou services privés à but non lucratifs accueillant des personnes âgées, l'augmentation de 0,5% permet notamment de compléter le financement des accords collectifs de réduction du temps de travail agréés. En effet, l'équilibre économique de certains accords était lié au gel de l'augmentation de salaire intervenant postérieurement à la fin d'application du protocole ZUCCARELLI (CCN de 1951, CCN de 1966).

Une dotation non reconductible (de 0,04% de la masse salariale) vous est allouée au titre du rattrapage 2000. L'effet report de la mesure générale intervenue au 1^{er} décembre 2000 est quant à lui prévu sur 12 mois en 2001.

- l'effet glissement – vieillesse - technicité évalué à 0.8% de la masse salariale,
- la prise en compte des mesures du protocole hospitalier applicables au secteur médico-social public

Par ailleurs, l'augmentation des dépenses médico-sociales au bénéfice des personnes âgées prend également en compte un certain nombre de mesures diverses : hausse du taux de la cotisation patronale de la CNRACL, dans les établissements publics, qui est porté de 25,60 à 26,10% au 1^{er} janvier 2001.

Enfin, l'extension en année pleine des crédits notifiés en 2000 par les circulaires des 18 février et 15 septembre 2000 pour le financement des places en section de cure médicale (dans le cadre du dispositif d'apurement prévu au paragraphe V de l'article 23-1 V de la loi du 24 janvier 1997), des conventions tripartites conclues en 2000 et de soins infirmiers à domicile, est assuré.

2.2.2. Les centres et unités de soins de longue durée

Au titre des mesures qui vous sont notifiées, le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie des unités de soins de longue durée est de 1,90%.

Ce taux permet de financer l'effet report, sur 11 mois en 2001, de l'augmentation salariale de 0.5% intervenue au 1^{er} décembre 2000. Dans les services de soins de longue durée privés à but non lucratif, cette augmentation permet notamment de compléter le financement des accords collectifs de réduction du temps de travail agréés (CCN de 1951,...).

ANNEXE (suite)

Contrairement au secteur médico-social « personnes âgées », le taux d'évolution des dépenses des unités de soins de longue durée fixé et notifié à 2.9% pour l'exercice 2000, comprenait une provision au titre de l'augmentation salariale qui devait intervenir en cours d'année. L'augmentation des traitements de 0.5% au 1^{er} décembre 2000 a donc été financée.

Le taux d'évolution des dépenses pour 2001 permet également de financer l'effet glissement - vieillesse – technicité dont le taux a été évalué à 0,66% en masse, l'augmentation de la cotisation CNRACL, dans les établissements du secteur public, ainsi que des mesures spécifiques qui correspondent pour l'essentiel à la poursuite de l'exécution des protocoles des 13 et 14 mars 2000 (notamment la suppression de l'échelle 1 de la fonction publique hospitalière, la prime de service public exclusif, la revalorisation de la carrière des praticiens...).

Les dotations régionales de dépenses des unités de soins de longue durée ont été calculées sur la base de ce taux de progression.

Une provision a été constituée au niveau national de manière à financer notamment les mesures salariales 2001 ainsi que certaines mesures catégorielles prévues par les protocoles des 13 et 14 mars 2000, en cours de négociation. Elles feront l'objet de prochaines notifications.

Les annexes II b et d vous notifient les dotations régionalisées de dépenses sanitaires (USLD) et médico-sociales pour 2001.

2.3. Revalorisation des différents forfaits applicables dans les établissements et les services de soins infirmiers à domicile

En fonction du niveau de progression des crédits d'assurance maladie, hors mesures nouvelles, les forfaits plafonds, sont fixés à compter de la date de publication de l'arrêté interministériel fixant l'ONDAM, pour :

- les forfaits de sections de cure médicale : à 175 francs (soit 26,68 euros)
- les forfaits de soins courants : à 21,73 francs (soit 3,31 euros),
- les forfaits de soins de longue durée : à 275,44 francs (soit 41,99 euros) :

Ce système de forfaits de soins plafonnés est maintenu pour les établissements médicalisés qui n'ont pas signé de convention tripartite. Je vous rappelle que le forfait plafond peut être dépassé, après avis de la commission tripartite. En revanche, aucune dérogation n'est possible sur le forfait plafond des unités de soins de longue durée.

En ce qui concerne le forfait plafond des SSIAD, il est fixé à 212,29 francs (soit 32,36 euros).

Une revalorisation de ces plafonds pourra intervenir en cours d'année afin de prendre en compte les notifications ultérieures des mesures pour lesquelles des provisions ont été constituées.

2.4. Rappel de règles de procédure budgétaire

Je vous rappelle que toute demande de crédits complémentaires doit faire l'objet, d'une justification explicite des établissements. Les motivations de la décision budgétaire pourront s'appuyer sur les justificatifs apportés par les établissements. En tout état de cause, tout arrêté tarifaire doit faire l'objet d'une motivation précise.

ANNEXE (suite)

En ce qui concerne plus précisément la répartition éventuelle des dépenses de personnel entre l'hébergement et les soins, dans le cadre de la tarification binaire encore applicable actuellement aux sections de soins courants ou de cure médicale, l'annexe n° II – f vous apporte des éléments de méthodes qu'il convient d'appliquer de façon impérative afin de prévenir tout contentieux.

Par ailleurs, s'agissant de l'exécution des décisions du juge tarifaire, il convient de rappeler que leurs incidences financières s'imputent sur vos dotations régionales de dépenses hospitalières ou de dépenses médico-sociales.

Enfin, dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, il est indispensable que l'arrêté tarifaire de l'établissement précise, en sus des dispositions existantes :

- le numéro FINESS du site propre à l'établissement avant signature de la convention tripartite ; des instructions vous seront ultérieurement données en ce qui concerne les numéros FINESS des établissements signataires de conventions tripartites ;
- les différents tarifs de soins en fonction des groupes iso-ressources (des codes tarifs vous seront communiqués), leur date d'effet ainsi que, s'agissant des unités ou services de soins de longue durée, le code de tarification défini par l'Etat et l'assurance maladie (cf. annexe IV) ;
- le montant de la dotation globale de financement relative aux soins résultant de la section tarifaire « soins » ainsi que le montant du clapet « anti-retour » défini à l'article 30 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 ;
- le montant des dépenses de soins de villes correspondant au transfert de tout ou partie de l'activité libérale exercée antérieurement dans les établissements et intégrée dans les nouveaux tarifs de soins ;
- l'option tarifaire de l'établissement (tarif de soins partiel ou global).

En outre, pour la première année d'exécution la date de la signature de la convention tripartite devra être visée.

ANNEXE (suite)

III. PRÉPARATION DES NOTIFICATIONS DE MESURES NOUVELLES EHPAD À PARTIR DES DONNÉES DES CONVENTIONS TRIPARTITES ET DE LEURS EFFETS SUR LES ENVELOPPES SANITAIRES ET SOINS DE VILLE

La préparation des notifications des mesures nouvelles qu'il conviendra d'effectuer au cours de l'année 2001 nécessite au préalable de recueillir des données d'une part, au titre de la consommation des enveloppes notifiées le 15 septembre 2000 et, d'autre part au titre des mesures nouvelles notifiées par la présente circulaire.

La transmission de ces informations à la DHOS conditionne la possibilité de notifier de nouvelles mesures au cours de l'exercice 2001. Par ailleurs, les modalités de suivi des dépenses d'assurance maladie pour les établissements et les services vous seront précisées ultérieurement.

3.1. Le suivi de la négociation des conventions tripartites

S'agissant d'une priorité gouvernementale et dans la mesure où d'importants moyens financiers ont été alloués dans le cadre de la réforme de la tarification, il est important de s'assurer de l'effectivité de sa mise en œuvre. Au-delà de cet objectif, les données de ces tableaux constituent des indicateurs qu'il est impératif de connaître afin d'apprécier localement les difficultés liées à l'application de la nouvelle tarification.

Les services se coordonneront afin de recueillir des données sur l'état de la négociation quelle que soit l'autorité de tarification (Etat ou CRAM).

L'annexe n° III – a devra donc être renseignée mensuellement selon les modalités exposées ci-après.

3.2. Le suivi de l'utilisation des mesures nouvelles et des incidences financières de la signature des conventions tripartites**3.2.1. Suivi de l'utilisation des mesures nouvelles notifiées pour 2001 et préparation de la deuxième notification de crédits**

A partir de l'application ANGELE, un travail de simulation de l'application de la réforme dans tous les établissements potentiellement concernés – médicalisés ou non, sanitaires et médico-sociaux - doit impérativement être effectué, au plus tard le 30 avril 2001. Cette simulation ne concerne donc pas exclusivement les établissements souhaitant conclure des conventions tripartites en 2001. S'agissant des établissements tarifés CRAM, il appartient à ces dernières de procéder à cette simulation.

De plus, il convient d'enregistrer dans cette application, au fur et à mesure des signatures des conventions tripartites, les données financières concernant les établissements. Les informations ainsi saisies permettront de remplir les annexes relatives aux mouvements qui concernent d'autres enveloppes (sanitaire, soins de ville...).

L'agrégation de ces informations au niveau régional, puis au niveau national, permettra de notifier, au plus près des besoins, les mesures nouvelles complémentaires au cours de l'exercice 2001. Cette agrégation au niveau national s'effectuera au cours des mois de mai et septembre 2001. La communication de ces informations conditionne la deuxième notification de mesures nouvelles.

Une version modifiée du logiciel ANGELE, prenant en compte notamment la « DOMINIC » vous sera adressée prochainement.

ANNEXE (suite)

3.2.2. Incidences des conventions tripartites sur les différentes enveloppes

Au-delà du plan de médicalisation (cf. 1.1.) Qui s'est traduit par des moyens nouveaux au bénéfice des établissements signataires d'une convention tripartite, le nécessaire fongibilité entre les différentes enveloppes budgétaires (intégration de fait d'une partie de l'activité libérale exercée dans les EHPAD dans les nouveaux tarifs soins, transferts de recettes entre les budgets hospitaliers et leurs budgets annexes...) qui résulte de la mise en œuvre de la réforme de la tarification, contribueront à accroître ces moyens.

Ces différents mouvements dépendent essentiellement du rythme de signature de conventions tripartites et du statut des établissements.

C'est pourquoi, un dispositif de suivi mensuel de ces opérations de transfert est mis en place et permet d'ajuster le montant de votre dotation régionale de dépenses médico-sociale. Chaque opération de fongibilité, en fonction de sa nature, est retracée dans une annexe spécifique à laquelle est jointe une notice de remplissage (cf. annexes n° III – c à III - f).

Un tableau de bord mensuel, permettant de calculer le solde de crédits disponibles pour le mois suivant, est constitué à partir de la saisie des montants de la dotation régionale notifiée et des crédits engagés au titre des conventions tripartites signées, et du report automatique du montant total de chacune des opérations de transferts (cf. annexe n° III – b).

L'ensemble des tableaux et annexes, sous format EXCEL, sera diffusé sur messagerie, et seront communiqués, en tant que de besoin, aux organismes d'assurance maladie pour les établissements relevant de leur compétence tarifaire.

L'enquête budgétaire annuelle de la DGAS ne sera pas reconduite en 2001.

3.3. Procédure de communication des informations3.3.1. Conventions tripartites conclues avant le 31/12/2000

En ce qui concerne le suivi de ces premières conventions, il est impératif d'adresser pour le 15 février 2001 l'annexe de suivi de la mise en œuvre de la réforme pour chaque mois au cours duquel une convention aura été signée (annexe n° III -a), en spécifiant le mois concerné. A ces annexes seront jointes, en cas de besoin, celles relatives aux opérations de transferts. Vous justifierez de l'utilisation de ces crédits.

3.3.2. Conventions tripartites conclues en 2001

Pour chaque opération, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales doit renseigner les tableaux de bord et les différentes annexes, à partir des informations transmises, le cas échéant, par les CRAM.

A chaque fin de mois, ceux-ci seront envoyés à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales qui aura pour mission de valider et d'agrèger les différentes données départementales afin d'obtenir un total régional.

Au plus tard le 10 du mois suivant, les informations sont adressées par messagerie à Housseyni HOLLA, chef du bureau F1, bureau des études et synthèses financières relatives aux activités de soins à la DHOS.

ANNEXE (suite)

En ce qui concerne les opérations de transfert entre l'enveloppe sanitaire et médico-sociale, cette procédure doit être doublée d'un envoi écrit conjoint des deux autorités de tarification. Cet envoi est adressé au bureau F2, bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées.

J'appelle votre attention sur la nécessité de renseigner précisément les annexes en précisant la date d'effet du transfert (date de l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs - au plus tôt le premier jour du mois qui suit la signature de la convention), son coût en 2001 et en extension année pleine 2002.

Le respect des dates de transmission de toutes ces informations à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est impératif. A défaut, les projets de transferts ne pourront être validés et pris en compte dans le cadre de la notification des mesures nouvelles au cours de l'exercice 2001.

ANNEXE N° 1 (suite)

IV –MODALITES D’APPLICATION DE LA REFORME AU NIVEAU LOCAL**5.1. Création des commissions départementales de suivi de la réforme**

La bonne marche de la réforme nécessite une bonne coopération des partenaires principaux. Dans de nombreux départements ont été installées des commissions départementales de suivi, dont la composition et le mode de fonctionnement diffèrent suivant le département.

Il convient de généraliser ces initiatives.

5.1.1. Composition de la commission

Dans chaque département doit être constituée une commission paritaire consultative entre les représentants des autorités de tarification et les représentants des établissements. Elle comprendra au moins :

- deux représentants des services de l’Etat,
- deux représentants du département,
- deux représentants de l’assurance maladie,
- et six responsables d’établissement, dont au moins :
 - un représentant des établissements de santé,
 - un représentant des établissements médico-sociaux publics autonomes ou communaux,
 - un représentant des établissements privés non lucratifs,
 - un représentant des établissements commerciaux.

Vous attribuerez le ou les sièges restant à des responsables d’établissements reconnus pour leur qualification ou leur expertise particulière sur les sujets traités (notamment en matière de qualité) et/ou pour tenir compte de la représentation particulièrement nombreuse d’une catégorie d’établissements dans le département.

La commission sera coprésidée par le préfet et le président du conseil général ou leurs délégués.

5.1.2. Rôle de la commission

La commission sera le lieu de concertation privilégié entre les autorités de tarification et les établissements.

- Elle sera régulièrement informée de l’avancement de la réforme.
- Elle aura notamment connaissance de synthèses financières lui permettant d’apprécier les conditions d’application des règles de tarification et de la convergence tarifaire.
- Enfin, elle pourra être saisie par l’un ou l’autre des co-présidents de tout sujet particulier concernant l’application de la réforme dans le département.

ANNEXE (suite)

5.2. Formation des services

Un premier cycle de formation des services déconcentrés, auquel les responsables des services départementaux et de l'assurance maladie avaient été conviés, s'est déroulé de novembre 1999 à février 2000.

Un second cycle, est programmé pour 2001. Il s'adressera aux mêmes participants et à des responsables d'établissements. Pour chaque département, il y aura :

- 2 ou 3 responsables de la DDASS,
- 2 ou 3 responsables du département,
- 2 responsables de l'assurance maladie,
- 5 responsables d'établissements.

Parmi les responsables d'établissements, priorité sera donnée aux membres de la commission de suivi.

Ce second cycle se décline en deux formations :

- Un module d'une demi-journée dans chaque région.

L'objectif de cette séance sera consacré à l'étude de cas pratiques budgétaires réels. Les effets de la réforme de la tarification et l'application de la circulaire budgétaire seront notamment abordés.

- Une « formation-action » à partir de cas concrets sur 3 jours pleins (mardi – mercredi – jeudi). 35 sessions – concernant 3 départements – seront organisées. Elles devraient débutées en avril 2001 et se déroulées sur une année.

* * * * *

Vous voudrez bien me rendre compte, sous le timbre de la DHOS et de la MARTHE, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Pour le Ministre et par délégation :

La Directrice Générale de l'Action Sociale

Sylviane LEGER

Le Directeur de la sécurité sociale

Pierre-Louis BRAS

Le Chargé de Mission

Jean-René BRUNETIÈRE

Le Directeur de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins

Edouard COUTY

ANNEXE (suite)

SOMMAIRE DES ANNEXES**I - MESURES NOUVELLES AU TITRE DE LA MEDICALISATION**

Annexe n° I - a : Modalités de répartition de mesures nouvelles EHPAD au niveau régional

Annexe n° I - b : Répartition et notification des mesures nouvelles EHPAD au niveau régional

Annexe n° I - c : Modalités de répartition du contingent national de places de SSIAD

Annexe n° I - d : Répartition et notification des places nouvelles SSIAD pour 2001

Annexe n° I - e : Programme départemental prévisionnel de financement des places de SSIAD

II – CONSTRUCTION DES DOTATIONS RÉGIONALES POUR 2001

Annexe n° II - a : Bilan des dotations régionales des établissements et services accueillant des personnes âgées pour 2000

Annexe n° II – b : Notification des dotations régionales de dépenses médico-sociales EHPAD et SSIAD pour 2001

Annexe n° II – c : Bilan des dotations régionales des soins de longue durée pour 2000

Annexe n° II – d : Notification des dotations régionales de dépenses des USLD pour 2001

Annexe n° II – e : Relative aux opérations de transferts intervenant hors conventions tripartites : entre la tarification préfectorale et conventionnelle / la sous-enveloppe 3 et 4 / autres

Annexe n° II – f : Jurisprudence et recommandations relatives au calcul des forfaits de soins dans le cadre de la tarification actuelle

III. PRÉPARATION DES NOTIFICATIONS DE MESURES NOUVELLES EHPAD À PARTIR DES DONNÉES DES CONVENTIONS TRIPARTITES ET DE LEURS EFFETS SUR LES ENVELOPPES SANITAIRES ET SOINS DE VILLE

Annexe n° III – a : Suivi de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD

Annexe n° III - b: Tableau de bord mensuel précisant le montant des mesures nouvelles utilisées et récapitulant les opérations de transferts entre enveloppes

Annexe n° III – c : Enveloppe de dépenses libérales «soins de ville »

Annexe n° III – d : Opérations de transfert entre budgets hospitaliers et budgets annexes des unités de soins de longue durée ou des maisons de retraite à gestion hospitalière

Annexe n° III – e : Financement des effets mécaniques ou de la médicalisation des établissements tarifés CRAM

Annexe n° III – f : Financement des effets mécaniques ou de la médicalisation des unités de soins de longue durée

Annexe n° IV – Codes tarifs applicables aux soins réalisés en structure de soins de longue durée devenue EHPAD

Fiche relative au médecin coordonnateur

ANNEXE (suite)

ANNEXE I

MESURES NOUVELLES AU TITRE DE LA MÉDICALISATION :

- **DES ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES,**
- **DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE.**

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° I A :

Modalités de répartition des mesures nouvelles EHPAD au niveau régional

Aucune simulation réelle des effets de la réforme de la tarification dans tous les établissements médicalisés ou non n'est disponible à ce jour.

Dans ces conditions, il était difficile de répartir au niveau régional les 600 millions de francs (91,47 millions d'euros) de mesures nouvelles en ciblant essentiellement les établissements bénéficiaires d'un « effet mécanique » sensible (cf. 1.1.1. de la circulaire), tout en tenant compte des rythmes de négociations qui peuvent être différents selon les départements.

Pour la première répartition des mesures nouvelles 2001, il a donc été décidé de procéder de façon plus globale en se basant sur les résultats de la DOMINIC (dotation minimale de convergence).

Bien entendu, la deuxième notification de mesures nouvelles tiendra compte de la réalité des négociations menées au niveau régional et des effets de l'application de la réforme, selon le statut des établissements et l'option tarifaire retenue.

Méthode de répartition utilisée :

La première répartition des mesures nouvelles a pris en compte la totalité des places installées dans chaque région en distinguant celles qui sont médicalisées.

Sur la base du nombre de places régionales de sections de cure médicale et de places non médicalisées, la « DOMINIC » a été calculée en prenant en compte le GIR moyen pondéré de 804 et en faisant l'hypothèse que tous ces établissements opérait pour le tarif partiel.

En ce qui concerne les places de soins de longue durée, il a été procédé de même en prenant toutefois un GMP plus élevé et en appliquant le tarif global. Une comparaison a été faite entre les montants de la « DOMINIC » et de la dotation de dépenses au niveau régional.

Le pourcentage d'utilisation de la « DOMINIC » de chacune des régions a alors été déterminé et a permis, en fonction du montant de la première répartition des mesures nouvelles, de déterminer le montant de mesures nouvelles auquel la région peut prétendre dans un premier temps.

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° 1 B :

Répartition et notification des mesures nouvelles EHPAD au niveau régional

Régions	Total des places de sections de cure médicale (1)	Total des places de soins de longue durée (2)	Total des places non médicalisées	Total des places installées	Répartition du montant des mesures nouvelles	
					en francs	en euros
Alsace	4 766	3 850	11 098	19 714	16 050 047 F	2 446 813,89
Aquitaine	9 284	2 866	25 341	37 491	35 031 068 F	5 340 451,89
Auvergne	6 999	2 914	9 723	19 636	16 918 109 F	2 579 149,09
Bourgogne	6 234	3 299	14 926	24 459	21 408 156 F	3 263 652,34
Bretagne	10 297	6 161	27 184	43 642	37 920 563 F	5 780 952,56
Centre	9 751	4 804	18 811	33 366	28 896 964 F	4 405 313,76
Champagne	4 066	2 071	9 093	15 230	13 313 324 F	2 029 603,16
Corse	351	351	615	1 317	977 329 F	148 992,85
Franche Comté	3 121	1 871	5 798	10 790	9 023 599 F	1 375 638,80
Île de France	20 722	10 276	59 905	90 903	81 572 562 F	12 435 656,91
Languedoc	7 191	2 914	13 540	23 645	20 974 125 F	3 197 484,74
Limousin	3 257	2 515	4 952	10 724	8 305 272 F	1 266 130,55
Lorraine	6 342	2 981	16 681	26 004	23 293 005 F	3 550 995,72
Midi Pyrénées	8 894	3 171	20 282	32 347	29 518 165 F	4 500 015,24
Nord Pas de Calais	6 834	4 443	22 756	34 033	29 937 020 F	4 563 869,28
Basse Normandie	4 132	2 040	14 221	20 393	18 568 237 F	2 830 709,48
Haute Normandie	4 954	2 363	17 468	24 785	22 684 956 F	3 458 299,25
Pays de la Loire	11 406	5 274	33 061	49 741	44 988 492 F	6 858 451,39
Picardie	3 849	2 397	12 369	18 615	16 408 198 F	2 501 413,66
Poitou-Charentes	5 048	2 330	17 068	24 446	22 375 368 F	3 411 102,86
PACA	9 802	3 704	32 675	46 181	42 975 154 F	6 551 519,99
Rhone-Alpes	17 268	10 620	38 373	66 261	56 293 534 F	8 581 893,94
Antilles-Guyane	857	563	880	2 300	1 757 371 F	267 909,48
Réunion	473	79	327	879	809 382 F	123 389,19
	165 898	83 857	427 147	676 902	600 000 000 F	91 469 410,34

(1) source : stats de la DRESS et nombre de places notifiées en 1999 et 2000

(2) Source : stats de la DRESS : situation du 31/12/98

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° I C :

Modalités de répartition des places nouvelles de Services de soins infirmiers à domicile pour 2001

Le plan de médicalisation portant création de 20 000 places de services de soins infirmiers à domicile sur 5 ans doit permettre de corriger les inégalités entre régions en matière d'équipement.

En effet, les taux d'équipement qui reflètent les besoins de la population (nombre de places installées dans une région rapporté à sa population de 75 ans et plus) mettent en exergue des écarts très importants: de 8,75% pour la Corse à 36,54% pour la Guyane.

Pour 2001, la répartition des places nouvelles met en œuvre une première étape de convergence vers un taux d'équipement moyen à la fois égal pour toutes les régions et supérieur au taux actuel.

Majoritairement (à 60%), les places nouvelles ont été réparties sur la base de ce critère. Toutefois, afin d'accompagner le développement des services de soins à domicile dans toutes les régions, il a été tenu compte également de l'importance régionale de la population de 75 ans et plus, pour la répartition des places restantes.

1. Correction des inégalités

Le taux d'équipement national cible qui sera atteint en 2005, au terme du plan de médicalisation, a été calculé (nombre total de places installées, y compris les mesures nouvelles pluriannuelles, rapporté à la population nationale âgée de 75 ans et plus).

Sur cette base, une dotation régionale cible a été déterminée (application du taux d'équipement national cible sur la population régionale âgée de plus de 75 ans a été déterminée pour 1000 habitants).

Pour établir le nombre de places nouvelles auxquelles chaque région peut prétendre, cette dotation cible a été comparée aux nombres de places installées par région (dotation régionale cible en 2005 diminuée du nombre de places installées au 31/12/2000 et divisé par 5 ans).

Une quotité de 60% de cette dotation annuelle théorique a été attribuée à chacune des régions. Certaines régions, pour lesquelles les taux d'équipement sont très supérieurs au taux d'équipement cible, n'ont pas bénéficié de cette première répartition.

2. Prise en compte de l'effectif régional de la population âgée de 75 ans et plus

Cette seconde clé de répartition a été utilisée dans toutes les régions. Les places nouvelles non attribuées selon la première méthode ont été réparties au prorata de la part de la région âgée de la population de 75 ans dans la population nationale âgée de 75 ans et plus.

Ainsi, après installation de ces nouvelles places, l'écart en matière d'équipement aura été réduit tout en augmentant le taux d'équipement national : de 14, 11%, il devient 14,90% en 2001.

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° 1 D :

Répartition et notification des places nouvelles de SSIAD pour 2001

Annexe n° 1 d : Répartition et notification des places nouvelles de SSIAD pour 2001

Régions	Critères pris en compte			Répartition des places nouvelles					Taux d'équipement 2001
	Population de 75 ans et plus (source : INSEE)	Places installées (4)	Taux d'équipement au 31/12/2000 (3)	Au titre de la correction des inégalités	En fonction de l'importance de la population âgée de plus de 75 ans	Nombre total de places	en crédits (2)		
							en francs	en euros	
Alsace	105 077	1 476	14,05	51	32	83	3 846 801	586 441,03	14,83
Aquitaine	277 830	3 698	13,31	158	85	243	11 262 321	1 716 929,77	14,19
Auvergne	123 151	1 803	14,64	50	38	88	4 078 536	621 768,80	15,36
Bourgogne	151 580	2 276	15,02	55	46	101	4 681 047	713 621,01	15,68
Bretagne	244 386	4 290	17,55	15	75	90	4 171 230	635 899,91	17,92
Centre	218 100	2 946	13,51	119	67	186	8 620 542	1 314 193,16	14,36
Champagne-Ardenne	99 555	1 577	15,84	26	30	57	2 641 779	402 736,61	16,41
Corse	22 978	201	8,75	26	7	33	1 529 451	233 163,30	10,17
Franche-Comté	83 376	1 326	15,90	22	25	47	2 178 309	332 081,07	16,47
Île de France	625 561	7 912	12,65	406	191	597	27 669 159	4 218 136,10	13,60
Languedoc-roussillon	220 978	2 549	11,54	173	67	240	11 123 280	1 695 733,10	12,62
Limousin	83 909	1 642	19,57	0	26	26	1 205 022	183 704,42	19,87
Lorraine	156 012	2 291	14,68	63	48	111	5 144 517	784 276,56	15,39
Midi-Pyrénées	245 555	3 792	15,44	77	75	152	7 044 744	1 073 964,30	16,06
Nord-Pas-de-Calais	249 768	4 470	17,90	5	76	81	3 754 107	572 309,92	18,22
Basse-Normandie	113 875	1 552	13,63	60	35	95	4 402 965	671 227,69	14,47
Haute-Normandie	121 676	1 438	11,82	91	37	128	5 932 416	904 390,99	12,87
Pays de la Loire	254 038	3 510	13,82	129	78	207	9 593 829	1 462 569,80	14,63
Picardie	120 242	2 282	18,98	0	37	37	1 714 839	261 425,52	19,28
Poitou-Charentes	161 508	2 084	12,90	100	49	149	6 905 703	1 052 767,64	13,83
Provence Alpes côte d'Azur	422 046	4 808	11,39	337	129	466	21 597 702	3 292 548,44	12,50
Rhône-alpes	403 544	5 473	13,56	218	123	341	15 804 327	2 409 354,12	14,41
France métropolitaine :	4 504 745	63 396	14,07	2181	1 376	3557	164 902 626	25 139 243,27	14,86
Martinique	19959	192	9,62	20	6	26	1 205 022	183 704,42	10,94
Guyane	2463	90	36,54	0	1	1	46 347	7 065,55	36,85
Guadeloupe	17806	431	24,21	0	5	5	231 735	35 327,77	24,51
Réunion	16206	244	15,06	6	5	11	499 726	76 182,73	15,72
DOM	56434	937	16,96	26	17	43	1 982 830	302 280,47	17,72
FRANCE ENTIERE (1)	4 561 179	64 333	14,11	2207	1 393	3600	166 885 456	25 441 523,75	14,90

(1) Base sources INSEE recensement 1999 France Métropolitaine

(2) Crédits calculés selon le coût moyen d'une place SSIAD pour un taux d'occupation de 98% et pour 9 mois de fonctionnement.

(3) Nombre de places financées pour mille personnes âgées de 75 ans et plus.

(4) Places de SSIAD financées au 31/12/2000 - (source : enquête DGAS auprès des DDASS d'octobre 2000)

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° I E :

Programme départemental prévisionnel de financement de places de SSIAD

Annexe n° I e :
Programme départemental prévisionnel de financement de places de SSIAD

Région :
Département :
Nom et coordonnées du correspondant départemental :

Ce tableau doit être adressé, au plus tard le 1er septembre 2001 à :
_ la DHOS (Sous-direction des affaires financières / Bureau F2) et à la DGAS (sous-direction des âges de la vie / bureau 2C)

PROGRAMME DÉPARTEMENTAL PRÉVISIONNEL DE FINANCEMENT DES PLACES DE SSIAD									
SERVICES	Date d'autorisation des places	places financées sur :						places restant à financer	capacité totale autorisée du SSIAD
		enveloppe déconcentrée		redéploiement du sanitaire		nationales	social		
		centrée	nationale	du médico-social	du sanitaire				
TOTAL									
OPÉRATIONS QUI RESTERONT À FINANCER PAR ORDRE DE PRIORITÉ									
TOTAL									

ANNEXE (suite)

ANNEXE II

CONSTRUCTION DES DOTATIONS REGIONALES POUR 2001

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° II A :

Bilan des dotations régionales 2000 des établissements et services accueillant des personnes âgées

Annexe n° II - a : Bilan des dotations régionales 2000 des établissements et services accueillant des personnes âgées

RÉGIONS	Dotations régionales au 18/02/2000	Mesures nouvelles 2000			Protocole FPII SCM	Solde des transferts		crédits non reconductibles : CLIC	Dotations régionales finales pour 2000 (en francs)	Dotations régionales finales pour 2000 (en euros)
		SSIAD	S.C.M.	CLIC		santitaire	sous-enveloppe n°4			
Alsace	394 000 738	2 209 207	6 881 253	320 000	1 356 376	-1 325 999	0	-320 000	403 121 575	61 455 487,94
Aquitaine	924 459 628	5 422 599	13 841 046	460 000	3 254 880	175 000	-430 380	-460 000	946 722 773	144 326 956,34
Auvergne	554 419 835	1 575 798	8 660 888	400 000	2 044 361	0	-1 500 000	-400 000	565 200 882	86 164 319,00
Bourgogne (1)	539 798 376	1 900 227	14 943 084	1 360 000	2 228 252	0	0	-1 360 000	558 869 939	85 199 172,96
Bretagne	974 048 067	2 641 779	26 007 309	1 150 000	3 756 734	3 170 979	0	-1 150 000	1 009 624 868	153 916 318,91
Centre	817 991 753	4 171 230	26 350 945	250 000	3 461 343	0	0	-250 000	851 975 271	129 882 792,77
Champagne-Ardenne	371 958 212	1 205 022	133 473	0	1 621 056	-276 008	-44 346	0	374 597 409	57 107 006,86
Corse	41 474 921	0	375 000	0	0	0	0	0	41 849 921	6 379 979,33
Franche-Comté	286 206 782	1 019 634	4 898 262	500 000	1 032 784	0	0	-500 000	293 157 462	44 691 566,98
Île de France	1 797 288 144	12 884 466	49 167 588	454 500	6 648 303	11 572 826	0	-454 500	1 877 561 327	286 232 379,10
Languedoc-Roussillon	639 965 031	6 071 457	3 515 568	479 940	2 167 847	0	0	-479 940	651 719 903	99 354 058,73
Limousin	315 306 221	787 899	2 135 568	1 029 000	1 066 803	750 000	0	-1 029 000	320 046 491	48 790 773,02
Lorraine	627 331 904	1 992 921	15 036 698	960 000	1 769 997	293 000	0	-960 000	646 424 520	98 546 782,79
Midi-Pyrénées	830 865 936	3 754 107	12 472 008	467 000	2 668 692	1 752 125	0	-467 000	851 512 868	129 812 299,89
Nord-Pas de Calais	772 755 203	1 390 410	10 000 000	500 000	2 147 914	0	0	-500 000	786 293 527	119 869 675,45
Basse-Normandie	372 924 888	2 641 779	9 349 772	0	1 377 273	1 487 000	0	0	387 780 712	59 116 788,45
Haute-Normandie	415 917 927	2 131 962	4 760 528	0	1 877 221	-6 612 195	0	0	418 075 443	63 735 190,42
Pays de Loire	984 416 934	3 939 495	50 062 076	302 000	3 617 327	1 401 367	0	-302 000	1 043 437 199	159 070 975,54
Picardie (1)	377 377 884	1 205 022	1 937 604	0	1 398 222	0	0	0	381 938 732	58 226 184,34
Poitou Charentes	449 356 267	1 081 430	4 700 000	0	1 984 382	0	0	0	457 122 079	69 687 811,70
Provence Alpes Côte d'Azur	919 782 008	13 008 058	10 468 203	400 000	2 268 949	-584 872	0	-400 000	944 942 346	144 055 531,99
Rhône-Alpes	1 499 791 514	7 600 908	28 302 675	1 166 758	5 014 673	-2 950 379	0	-1 166 758	1 537 759 391	234 429 907,91
France métropolitaine :	14 907 438 173	78 635 410	304 019 548	10 199 198	52 763 389	8 852 844	-1 974 726	-10 199 198	15 349 734 638	2 340 051 960,42
Guadeloupe	47 639 755	0	0	0	0	0	0	0	47 639 755	7 262 633,83
Martinique	51 753 904	278 082	88 982	0	165 177	-1 997 000	0	0	50 289 145	7 666 530,73
Guyane	9 325 017	0	0	0	0	0	0	0	9 325 017	1 421 589,68
Réunion	68 167 956	0	1 505 926	0	71 436	0	0	0	69 745 318	10 632 605,19
DOM	176 886 632	278 082	1 504 908	0	256 613	-1 997 000	0	0	176 999 235	26 983 359,43
France entière :	15 084 324 805	78 913 492	305 614 456	10 199 198	53 000 002	6 855 844	-1 974 726	-10 199 198	15 526 733 873	2 367 035 319,85

(1) Pour ces régions, une régularisation a été effectuée afin de prendre en compte des notifications de mesures nouvelles SCM intervenues en 1999, et non comptabilisées dans les enveloppes.

ANNEXE suite)

ANNEXE N° II B :

Notification et décomposition des dotations régionales de dépenses
d'assurance maladie des EHPAD et SSIAD

Annexe II - b :
Notification et décomposition des dotations régionales de dépenses d'assurance maladie des EHPAD et SSIAD pour 2001

Régions	Base de référence pour 2001	Apport en reconduction (2)		Extension en année pleine des mesures nouvelles pour 2000				Dotations régionales 2001 (en francs)	Dotations régionales 2001 (en euros)
		total	dont à titre non reconductible	SCM	EHPAD	SSIAD			
Alsace	403 121 575	5 415 173	149 155	4 923 626	0	571 613	414 031 987	63 118 769,59	
Aquitaine	946 722 773	12 762 489	350 287	1 571 980	9 125 000	1 807 533	971 989 775	148 178 886,03	
Auvergne	565 200 882	7 673 449	209 124	6 050 720	0	525 266	579 450 317	88 336 631,41	
Bourgogne	558 869 939	7 685 887	206 782	4 330 376	3 850 000	633 409	575 369 611	87 714 531,79	
Bretagne	1 009 624 868	13 744 482	373 561	15 156 464	4 800 000	880 593	1 044 206 407	159 188 240,53	
Centre	851 975 271	11 758 668	315 231	11 374 681	650 000	1 390 410	877 149 030	133 720 507,54	
Champagne-Ardenne	374 597 409	5 221 675	138 601	44 490	0	401 674	380 265 248	57 971 063,30	
Corse	41 849 921	489 644	15 484	0	375 000	0	42 714 565	6 511 793,47	
Franche-Comté	293 157 462	4 009 290	108 468	1 216 060	1 250 000	339 878	299 972 690	45 730 541,84	
Île de France	1 877 561 327	25 405 056	694 698	12 145 780	13 382 000	4 294 822	1 932 788 985	294 651 781,22	
Languedoc-Roussillon	651 719 903	8 751 467	241 136	711 840	1 380 000	2 023 819	664 587 029	101 315 639,42	
Limousin	320 046 491	4 299 656	118 417	711 840	0	262 633	325 320 620	49 594 808,80	
Lorraine	646 424 520	8 479 467	239 177	4 968 059	1 200 000	664 307	661 736 353	100 881 056,67	
Midi-Pyrénées	851 512 868	11 347 765	315 060	385 585	9 600 000	1 251 369	874 097 587	133 255 318,04	
Nord-Pas de Calais	786 293 527	10 311 584	290 929	0	10 000 000	463 470	807 068 581	123 036 812,06	
Basse-Normandie	387 780 712	5 247 352	143 479	2 254 180	+ 960 000	880 593	401 122 837	61 150 782,34	
Haute-Normandie	418 075 443	5 865 207	154 688	1 052 930	0	710 654	425 704 234	64 898 192,06	
Pays de Loire	1 043 437 199	14 073 395	386 072	22 719 729	1 300 000	1 313 165	1 082 843 488	165 078 425,60	
Picardie	381 938 732	5 192 557	141 317	652 520	0	401 674	388 185 483	59 178 495,41	
Poitou Charentes	457 122 079	6 372 144	169 135	0	4 700 000	92 694	468 286 917	71 389 880,33	
Provence Alpes Côte d'Azur	944 942 346	12 513 155	349 629	489 390	9 000 000	4 047 638	970 992 529	148 026 856,86	
Rhône-Alpes	1 537 759 391	20 301 346	568 971	12 323 875	8 000 000	2 224 656	1 580 609 268	240 962 329,52	
France métropolitaine :	15 349 734 638	206 920 909	5 679 402	103 084 125	83 572 000	25 181 870	15 768 493 542	2 403 891 343,83	
Guadeloupe	47 639 755	557 385	17 627	0	0	0	48 197 140	7 347 606,65	
Martinique	50 289 145	672 841	18 607	29 660	0	92 694	51 084 340	7 787 757,43	
Guyane	9 325 017	109 103	3 450	0	0	0	9 434 120	1 438 222,28	
Reunion (1)	69 745 318	6 582 547	25 806	355 926	1 150 000	0	77 833 791	11 865 684,98	
DOM	176 999 235	7 921 876	65 490	385 586	1 150 000	92 694	186 549 391	28 439 271,33	
France entière :	15 526 733 873	214 842 785	5 744 892	103 469 711	84 722 000	25 274 564	15 955 042 933	2 432 330 615,16	

(1) dont crédits au titre de l'accord du SAPRESS

(2) Les crédits relatifs aux mesures concernant le secteur public ont été réparties au niveau régional en fonction du poids du secteur (enquête DAS 1998). Les différents taux d'évolution tiennent compte de la part des dépenses de personnel dans le total des dépenses SCM/SC et SSIAD, soit respectivement 90 et 80%.

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° IIC :

**Bilan des dotations régionales des unités de soins
de longue durée pour l'année 2000**

Régions	Dotations régionales pour 2000	Mouvements entre enveloppe	Dotations régionales finales pour 2000	
			en francs	en euros
Alsace	358 289 000	12 135 000	370 424 000	56 470 774,76
Aquitaine (1)	274 852 000	1 394 000	276 246 000	42 113 431,22
Auvergne	255 031 000	16 642 000	271 673 000	41 416 281,86
Bourgogne	313 985 000	-5 073 000	308 912 000	47 093 330,81
Bretagne	597 161 000	2 122 000	599 283 000	91 360 104,40
Centre	447 442 000	11 366 000	458 808 000	69 944 828,70
Champagne-Ardenne	198 075 000	5 014 000	203 089 000	30 960 718,46
Corse	32 872 000	-243 000	32 629 000	4 974 258,98
Franche-Comté	175 203 000	-1 243 000	173 960 000	26 520 031,04
Ile de France dont AP-HP	925 535 000	-1 196 000	924 339 000	140 914 572,14
Languedoc-Roussillon	265 944 000	2 576 000	268 520 000	40 935 610,11
Limousin	235 432 000	1 043 000	236 475 000	36 050 381,35
Lorraine	284 727 000	3 163 000	287 890 000	43 888 547,57
Midi-Pyrénées	303 692 000	5 594 000	309 286 000	47 150 346,75
Nord-Pas-de-Calais	429 751 000	-2 216 000	427 535 000	65 177 290,58
Basse-Normandie	191 221 000	3 557 000	194 778 000	29 693 714,68
Haute-Normandie	214 382 000	7 482 000	221 864 000	33 822 948,76
Pays de la Loire	516 875 000	6 145 000	523 020 000	79 733 885,00
Picardie	261 869 000	-4 875 000	256 994 000	39 178 482,74
Poitou-Charentes	219 986 000	-1 841 000	218 145 000	33 255 990,87
Provence-Alpes-Côte- d'Azur	349 424 000	-5 479 000	343 945 000	52 434 077,23
Rhône-Alpes	999 812 000	7 360 000	1 007 172 000	153 542 381,59
France Métropolitaine	7 851 560 000	63 427 000	7 914 987 000	1 206 631 989,60
Guadeloupe	20 219 000	822 000	21 041 000	3 207 679,77
Guyane	6 504 000	-721 000	5 783 000	881 612,67
Martinique	15 189 000	5 004 000	20 193 000	3 078 403,01
Réunion	8 465 000	0	8 465 000	1 290 480,93
DOM	50 377 000	5 105 000	55 482 000	8 458 176,37
France entière	7 901 937 000	68 532 000	7 970 469 000	1 215 090 165,97

(1) Le montant du transfert comprend également celui de l'OQN vers l'enveloppe sanitaire (hôtel Musdehalsuéria).

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° II D :

**Notification des dotations régionales de dépenses pour 2001
des unités de soins de longue durée**

Régions	Base de référence pour 2001		Notification des dotations régionales 2001	
	Montant en francs	Montant en euros	Montant en francs	Montant en euros
Alsace	370 424 000	56 470 774,76	377 462 056	57 543 719,48
Aquitaine (1)	276 246 000	42 113 431,22	281 494 674	42 913 586,41
Auvergne	271 673 000	41 416 281,86	276 834 787	42 203 191,22
Bourgogne	308 912 000	47 093 330,81	314 781 328	47 988 104,10
Bretagne	599 283 000	91 360 104,40	610 669 377	93 095 946,38
Centre	458 808 000	69 944 828,70	467 525 352	71 273 780,45
Champagne-Ardenne	203 089 000	30 960 718,46	206 947 691	31 548 972,11
Corse	32 629 000	4 974 258,98	33 248 951	5 068 769,90
Franche-Comté	173 960 000	26 520 031,04	177 265 240	27 023 911,63
Ile de France dont AP-HP	924 339 000	140 914 572,14	941 901 441	143 591 949,01
Languedoc-Roussillon	268 520 000	40 935 610,11	273 621 880	41 713 386,70
Limousin	236 475 000	36 050 381,35	240 968 025	36 735 338,60
Lorraine	287 890 000	43 888 547,57	293 359 910	44 722 429,98
Midi-Pyrénées	309 286 000	47 150 346,75	315 162 434	48 046 203,33
Nord-Pas-de-Calais	427 535 000	65 177 290,58	435 658 165	66 415 659,11
Basse-Normandie	194 778 000	29 693 714,68	198 478 782	30 257 895,26
Haute-Normandie	221 864 000	33 822 948,76	226 079 416	34 465 584,79
Pays de la Loire	523 020 000	79 733 885,00	532 957 380	81 248 828,81
Picardie	256 994 000	39 178 482,74	261 876 886	39 922 873,91
Poitou-Charentes	218 145 000	33 255 990,87	222 289 755	33 887 854,69
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	343 945 000	52 434 077,23	350 479 955	53 430 324,70
Rhône-Alpes	1 007 172 000	153 542 381,59	1 026 308 268	156 459 686,84
<i>France Métropolitaine</i>	<i>7 914 987 000</i>	<i>1 206 631 989,60</i>	<i>8 065 371 753</i>	<i>1 229 557 997,40</i>
Guadeloupe	21 041 000	3 207 679,77	21 440 779	3 268 625,69
Guyane	5 783 000	881 612,67	5 892 877	898 363,31
Martinique	20 193 000	3 078 403,01	20 576 667	3 136 892,66
Réunion	8 465 000	1 290 480,93	8 625 835	1 315 000,07
<i>DOM</i>	<i>55 482 000</i>	<i>8 458 176,37</i>	<i>56 536 158</i>	<i>8 618 881,73</i>
France entière	7 970 469 000	1 215 090 165,97	8 121 907 911	1 238 176 879,12

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° II E :

**Suivi des opérations de transferts effectuées sur l'exercice 2001
(hors conventions tripartites)
(au sein de la sous enveloppe « personnes âgées » entre
les tarifications préfectorale et conventionnelle)**

Région :
Nom et Coordonnées du correspondant régional :

Cette fiche doit être envoyée pour le 1er septembre au plus tard :
_ à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités
spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Opération (1)	De la tarification préfectorale vers la tarification conventionnelle			De la tarification conventionnelle vers la tarification préfectorale			Date d'effet du transfert	Effets en Année Plaine pour 2002
	Champ d'origine : tarification préfectorale Montant pour 2001	Champ de destination : tarification conventionnelle CRAM Montant pour 2001	Champ d'origine : tarification conventionnelle CRAM Montant pour 2001	Champ destinataire tarification préfectorale Montant pour 2001				
Total :								

(1) remplir une ligne par opération en précisant sa nature. le nom des établissements et leurs lieux d'implantations.

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° II E (suite) :

Suivi des opérations de transferts effectuées sur l'exercice 2001
entre les sous enveloppes 3 « personnes âgées et 4 « personnes handicapées »

région .

Nom et Coordonnées du correspondant régional :

Cette fiche doit être envoyée pour le 1er septembre au plus tard :

- à la DGAS / sous-direction des institutions et des affaires juridiques et financières / bureau budgets et finances (5C)
- à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Opération (1)	De la sous-enveloppe 3 "personnes âgées" vers la sous-enveloppe 4 "personnes handicapées"		De la sous-enveloppe 4 "personnes handicapées" vers la sous-enveloppe 3 "personnes âgées"		Date d'effet du transfert	Effets en Année Pleine pour 2002
	Champ d'origine : SCM/SC ou SSI/AD Montant pour 2001	Champ de destination : sous-enveloppe "personnes handicapées" Montant pour 2001	Champ d'origine : sous-enveloppe "personnes handicapées" Montant pour 2001	Champ destinataire sous-enveloppe "personnes âgées" Montant pour 2001		
<i>Total :</i>						

(1) remplir une ligne par opération en précisant sa nature, le nom des établissements et leurs lieux d'implantations.

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° II E (suite et fin) :

Suivi des autres opérations de transferts effectuées sur l'exercice 2001
(hors conventions tripartites)

Région :
Nom et Coordonnées du correspondant régional :

à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités
spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Opération (1)	Opération de départ		Opération d'arrivée		Date d'effet du transfert	Effets en Année Pleine pour 2002
	Champ d'origine	Montant pour 2001	Champ de destination :	Montant pour 2001		
Total :						

(1) remplir une ligne par opération en précisant sa nature, le nom des établissements et leurs lieux d'implantations.

ANNEXE (suite)

ANNEXE III

PRÉPARATION DES NOTIFICATIONS DE MESURES NOUVELLES EHPAD À PARTIR DES DONNÉES DES CONVENTIONS TRIPARTITES ET DE LEURS EFFETS SUR LES ENVELOPPES SANITAIRES ET SOINS DE VILLE

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° III A :

Suivi de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD

RÉGION :

Nom et coordonnées du correspondant :

Mois de

Cette fiche doit être envoyée au plus tard le 10 du mois :
 – à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et
 des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Indicateurs	Strates *							
	1	2	3	4	5	6 + 7	8	Total
Nombre total d'établissements de la région (1) (2)								
Nombre total de résidents des établissements de la région (2)								
Nombre de lits installés dans la région (2)								
Nombre de conventions en cours de négociation au terme du mois considéré								
Nombre de conventions signées dans le mois								
Nombre de conventions entrées en vigueur dans le mois (3)								
Nombre d'établissements ayant opté dans le mois pour : le tarif partiel								
le tarif journalier global								

(1) Etablissements médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

(2) Ces données peuvent être renseignées à partir de FINESS.

(3) Date d'application du tarif journalier de soins

* Rappel des strates :

1	Maisons de retraite rattachées à un hôpital public avec SCM
2	Maisons de retraites publiques non rattachées à un hôpital, avec SCM et foyers logements publics avec SCM
3	Maisons de retraite privées (lucratives ou non) avec SCM, foyers-logements (lucratifs ou non) avec SCM
4	Maisons de retraite sans SCM, publiques et privées à but non lucratif
5	Maison de retraite sans SCM, privées à caractère commercial
6 et 7	Logements foyers habilités ou non à l'aide sociale sans SCM
8	Services de soins de longue durée

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° III B :

Tableau de bord mensuel précisant le montant des mesures nouvelles utilisées et récapitulant les opérations de transferts

Région :
Nom et coordonnées du correspondant régional :

Cette fiche doit être renvoyée au plus tard le 10 du mois suivant :
_ à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

	au cours du mois de janvier 2001	Février
Montant de la notification régionale de dépenses nouvelles au titre de la réforme de la tarification (1) *		
Montant des crédits engagés au titre des conventions tripartites signées au cours du mois (2) *		
Extension en Année Pleine 2002 des crédits engagés au titre du mois en cours pour mémoire *		
Solde des mesures nouvelles : Sous-total A (1-2) :		
Opérations de transferts au bénéfice de l'enveloppe médico-sociale préfectorale en provenance :		
_ de l'enveloppe soins de ville (3)		
_ de l'enveloppe de dépenses hospitalières hors SLD pour les maisons de retraite à gestion hospitalière (4)		
Solde des transferts positifs : Sous-total B (3+4) :		
Opérations de transferts se traduisant par une diminution de l'enveloppe :médico-sociale :		
_ au titre de l'utilisation des mesures nouvelles dans des établissements tarifés CRAM (5)		
_ au titre de l'utilisation des mesures nouvelles dans des unités de soins de longue durée (6)		
_ au titre d'un transfert de recettes de maisons de retraite à gestion hospitalière (7)		
Solde des transferts négatifs : Sous-total C (5+6+7) :		
Solde disponible du mois suivant :		
Total Général A+B-C :	Montant automatiquement reporté	

* Seules ces trois données doivent être saisies :

Les montants des lignes 3 à 7 sont automatiquement indiqués par report du montant total de l'annexe correspondante (qui doit quant à elle être remplie).

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° III C :

Suivi des opérations de transferts générées par les conventions tripartites signées en 2001

Région : ENVELOPPE SOINS DE VILLE

Nom et Coordonnées du correspondant régional :

MOIS DE

Cette fiche doit être renvoyée au plus tard le 10 du mois suivant :
 à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités
 spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Total des opérations par strate de rattachement ERNEST	Champ d'origine : enveloppe "soins de ville" (1)			Champs de destination, vers l'enveloppe :			Date d'effet du transfert	Effets en Année Pleine pour 2002
	Dépenses calculées selon l'étude ERNEST (1) / montant pour 2001			médico-sociale préfectorale	médico-sociale conventionnelle	USLD		
	Montant total	dont rémunérations des infirmières	dont montant des médicaments	Montant pour 2001	Montant pour 2001	Montant pour 2001		
STRATE 1								
STRATE 2								
STRATE 3								
STRATE 4								
STRATE 5								
STRATE 6								
STRATE 7								
STRATE 8								
Total :								

(1) Les montants de dépenses tels qu'établis par ERNEST figurent en annexe de la fiche de renseignement.

ANNEXE (suite)

NOTICE DE RENSEIGNEMENT DE L'ANNEXE N° III – C :

Enveloppe de dépenses libérales «soins de ville »

La circulaire du 15 septembre 2000 indiquait sur quelles bases pouvait être conduite la négociation des budgets dans le cadre de la nécessaire convergence tarifaire. Elle distinguait le cas des établissements médicalisés et celui des établissements non médicalisés.

Pour ces établissements, ses termes restent valables et il convient de suivre les règles suivantes :

L'application d'un tarif journalier de soins (partiel ou global) dans tous les établissements accueillant des personnes âgées aura une incidence sur l'enveloppe « soins de ville » dans la mesure où ces tarifs intègrent tout ou partie des actes et prescriptions aujourd'hui effectués en libéral.

Au titre des engagements souscrits dans le cadre de la convention tripartite, l'établissement doit fournir à la caisse pivot des éléments permettant de suivre la consommation médicale et l'activité des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement, conformément aux futures dispositions de l'article 11 du décret n° 99-316 du 26 avril 99 modifié.

En amont de la signature d'une convention tripartite, il convient de procéder à une évaluation à partir des résultats de l'étude ERNEST qui indique le montant moyen de dépenses journalières de soins de ville par personne (cf. annexe relative au montant des dépenses libérales).

Ce montant sera multiplié par le nombre de résidents et par le nombre de journées prévisionnelles d'hébergement.

Afin de suivre précisément ces dépenses, vous devrez identifier la part de ces recettes correspondant aux rémunérations des infirmières ainsi que celle relative aux médicaments.

A priori, les USLD ne devraient pas être concernées par ce transfert dans la mesure où leur forfait actuel devrait couvrir l'intégralité des dépenses de soins.

Pour les établissements partiellement médicalisés :

Dans ces établissements, une partie des résidents sont soignés par le personnel de la cure médicale, tandis qu'un complément de soins est apporté par des professionnels de ville.

La marche à suivre consiste d'abord à apurer s'il y a lieu l'effet mécanique de la nouvelle tarification. S'il n'y a pas lieu, l'établissement bénéficie du « clapet anti-retour ».

Après cet apurement, vous estimerez la dotation à ajouter au budget de l'établissement pour tenir compte de l'incorporation des soins de ville dans le budget soin de l'établissement.

- si la dépense réelle de soins de ville de 1999 ou de 2000 est connue, celle ci pourra être prise en considération dans les conditions précisées au 1. du 2.2.3.3 de la circulaire du 15 septembre 2000 : sauf cas de pathologies lourdes et coûteuses, et en tenant le plus grand compte de l'appréciation de la qualité de l'organisation et de la dispensation des soins, le budget soins total de l'établissement ne devra pas dépasser de plus de 35 % la dotation minimale de convergence (DOMINIC)

ANNEXE (suite)

- si elle n'est pas connue vous pourrez procéder comme il est écrit au point 2 du 2.2.3.3 de la circulaire du 15 septembre 2000, c'est à dire par comparaison :
 - avec les établissements similaires de votre département et de votre région ;
 - avec les données nationales d'ERNEST, et notamment avec les coûts moyens des soins de ville de la strate considérée, ou avec le coût moyen des soins de ville par place non médicalisée dans les maisons de retraite publiques ou privées non lucratives : environ 16 F / an et par point de « GMPS » ;
 - sans descendre au dessous de la DOMINIC et en tenant le plus grand compte de la qualité.

Il est également rappelé que, alors que l'effet mécanique de la réforme doit être honoré dès le premier exercice, les mesures de convergence tarifaire, peuvent faire l'objet d'une programmation dans le temps sur la durée de la convention.

ANNEXE (suite)

Montants remboursés à l'acte en 1999 dans les EHPAS
 (source : première enquête EHPAD – ERNEST / résultats du régime général)

Nunéro de strate de rattachement	Moyenne en francs par jour et par résident	
	Prestations relevant du tarif partiel *	Prestations relevant du tarif global *
1	5,4	9,68
2	13,21	21,9
3	24,52	38,57
4	28,81	42,74
5	80,17	113,94
6	28,76	42,87
7	36,98	55,33
8	4,84	9,01

* Les montants sont calculés conformément aux dispositions de l'arrêté du 26 avril 99 modifié
 (le coût des médicaments a été notamment intégré)

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° III D :

**Suivi des opérations de transferts générées par les conventions tripartites signées en 2001
(mouvements entre budgets hospitaliers et budgets annexes des USLD
et des maisons de retraite à gestion hospitalière)**

Cette annexe annule et remplace l'annexe 4 à la circulaire du 15 septembre 2000.

region : _____
 Nom et Coordonnées du correspondant régional : _____
 MOIS DE
 Cette fiche doit être envoyée au plus tard le 10 du mois suivant :
 _____ à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités
 spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Récapitulatif des opérations par strate ERNEST	Mouvements du budget général vers les budgets annexes / montant pour 2001				Mouvements des budgets annexes vers le budget général / montant pour 2001				Date d'effet du transfert au titre de l'exercice 2001 *	Effets en année pleine pour 2002
	Champ d'origine		Champ de destination		Champ d'origine		Champ de destination			
	Budget général hospitalier	Budget annexe de l'USLD	Budget annexe de la maison de retraite à gestion hospitalière	Budget annexe de l'USLD	Budget annexe de la maison de retraite à gestion hospitalière	Budget annexe de l'USLD	Budget général hospitalier			
	Dépenses (1)	Recettes AM	Dépenses pour 2001	Recettes AM (2)	Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses		
STRATE I (maisons de retraite rattachées à un hôpital public) :										
STRATE 8 (centres de soins de longue durée) :										
<i>Total :</i>										

* Ce tableau décliné au niveau départemental doit comporter une ligne par établissement et renseigner précisément la date du transfert.
 (1 et 2) Pour un montant de dépenses hospitalières égal à 100%, seul un montant de 95% de recettes en assurance maladie peut être transféré.

ANNEXE (suite)

NOTICE DE RENSEIGNEMENT DE L'ANNEXE N° III – D :

**Opérations de transfert entre budgets hospitaliers
et budgets annexes des unités de soins de longue durée ou des maisons de retraite**

Dans les services de soins de longue durée et les maisons de retraite des établissements de santé fonctionnant en budget annexe, le financement de certaines charges est, dans un premier temps, assuré par le budget principal. Ultérieurement des remboursements sont effectués par les budgets annexes. Il s'agit notamment des charges d'alimentation, de blanchisserie, de nettoyage, de charges communes d'administration générale, et de personnel.

Pour des raisons tenant aux effets pervers de la réglementation actuelle, ces remboursements se font rarement au coût des facteurs, c'est à dire aux coûts tels qu'ils résultent de la comptabilité analytique ou, à défaut, du retraitement comptable du PMSI.

Le plus souvent, les remboursements se font à un prix inférieur au coût de revient, ce qui peut s'interpréter en termes économiques comme une subvention de fait du budget général au budget annexe (on trouve cependant, beaucoup plus rarement, le cas inverse). En outre, dans de nombreux cas, des charges de personnels travaillant totalement ou partiellement pour le service de longue durée ou la maison de retraite ne sont pas imputées au budget annexe.

Ces pratiques, contestables au plan de la sincérité budgétaire, étaient induites dans beaucoup de cas par la nécessité d'apporter aux personnes âgées résidentes les soins nécessités par leur état, dont le coût excédait le produit des forfaits de l'assurance maladie et de maintenir un prix d'hébergement raisonnable. Elles ont pour effet de faire porter sur le budget principal des charges qui ne sont pas les siennes, enchérissant artificiellement la valeur du point ISA, et perturbant les comparaisons entre les établissements de santé.

Les règles de la nouvelle tarification, fondées sur la tarification aux coûts réels des prestations, enlèvent toute justification à ces pratiques : la suppression de tout plafond de participation de l'assurance maladie, dans la limite de la dotation régionale, permet en particulier le retour au strict respect de la réglementation budgétaire, laquelle prévoit que les charges et recettes afférentes à chacune des activités de soins de longue durée et des activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975 sont retracées dans le cadre d'un budget annexe (article R.714-3-9 du code de la santé publique). Il va de soi que cette réglementation s'impose à tous.

Le retour à la sincérité des budgets se fera sous la responsabilité des ARH et des Préfets, selon la démarche suivante :

1. établissement des coûts réels des charges dont le financement est, dans un premier temps, assuré par le budget principal, et avec ensuite remboursement par les budgets annexes,
2. point sur les effectifs ;
3. évaluation du montant réel des charges du budget annexe,
4. détermination des dotations de soins, de dépendance et d'hébergement du budget annexe,
5. fixation de la dotation du budget hospitalier après rétablissement de la sincérité des comptes ;
6. identification des transferts d'enveloppes intervenant au niveau régional

ANNEXE (suite)

1) Etablissement des coûts réels des charges dont le financement est, dans un premier temps, assuré par le budget principal, et avec ensuite remboursement par les budgets annexes :

La comptabilité analytique ou à défaut, le retraitement comptable du PMSI permet de définir le coût de revient unitaire réel de chacun des postes suivants :

- hôtellerie (restauration et blanchisserie),
- activités médico-techniques;

En ce qui concerne les frais d'administration générale, il est préférable de retenir le montant des charges tel qu'il découle de la comptabilité analytique. A défaut, vous appliquerez la quote-part de 2 à 5% prévue par la circulaire du 15 septembre 2000 (au point 2.3).

2) Point sur les effectifs :

Les emplois affectés dans les services considérés (SLD ou maison de retraite) doivent être identifiés, tant en personnes physiques qu'en temps de travail, qu'il s'agisse du personnel médical comme du personnel non médical.

Ainsi, ce seront donc les coûts des effectifs réels (rémunérations principales, accessoires et charges) qui seront imputés aux budgets annexes.

3) Evaluation du montant réel des charges du budget annexe :

A partir de la somme du coût des différentes charges identifiées avancées par le budget principal au bénéfice du budget annexe, celui-ci est reconstitué.

La différence entre les dépenses constatées au compte administratif et celles reconstituées dans le cadre de l'exercice de sincérité budgétaire fait ressortir le montant de la subvention financée par l'assurance maladie, par le biais du budget principal au bénéfice du budget annexe. Parfois, la subvention intervient en sens inverse – du budget annexe vers le budget principal -; elle est alors financée par les résidents et subsidiairement les départements.

4) Application de la réforme : imputation des charges selon la section tarifaire et détermination des dotations correspondantes des budgets annexes :

Après imputation des différentes charges selon la section tarifaire (de soins, de dépendance et d'hébergement), il convient de calculer le montant des dotations de chacune des sections.

La dotation de soins ainsi définie doit être comparée avec le montant de la dotation annuelle de crédits d'assurance maladie approuvée dans le cadre de la tarification binaire, augmenté ou minoré, le cas échéant, du montant de la subvention d'assurance maladie calculée au point 3.

Selon le cas, on constate le montant du clapet anti-retour ou de l'effet mécanique qui en découle.

Les règles relatives à l'effet mécanique de la nouvelle tarification ou au « clapet anti-retour » s'appliquent alors dans les mêmes conditions que dans les établissements autonomes. Cela permet, lorsque l'assurance maladie finançait dans le cadre du budget général hospitalier, des prestations afférentes à la dépendance ou à l'hébergement, de ne pas dégrader la situation financière des résidents après rétablissement de la sincérité des budgets et des comptes.

ANNEXE (suite)

La réforme de la tarification n'a pas pour objet de modifier en plus ou en moins les ressources réelles des budgets principaux des hôpitaux au détriment ou en faveur de l'enveloppe EHPAD. La subvention est acquise à l'EHPAD et n'appartient pas de fait aux autres services hospitaliers. Ce sont en effet des ressources qui sont effectivement consacrées au fonctionnement des unités de maison de retraite et de soins de longue durée et qui doivent le rester.

5) Fixation de la dotation du budget hospitalier après rétablissement de la sincérité des comptes

En pratique, et toutes choses égales par ailleurs, la dotation du budget principal de l'hôpital sera diminuée (ou augmentée) du montant de la subvention calculée au point 3.

Par ailleurs cette opération conduit à modifier le montant de chaque groupe de recettes du budget hospitalier, notamment le groupe III du fait du nouveau montant des versements du budget annexe au budget général au titre de chacune des sections tarifaires.

En effet, les remboursements se feront dorénavant à la valeur exacte des prestations servies aux résidents des EHPAD. Ainsi, les recettes supplémentaires du budget principal compenseront la diminution de la dotation globale de dépenses d'assurance maladie due au réajustement consécutif à l'opération de sincérité de l'imputation des charges. L'opération sera neutre pour les ressources globales de l'hôpital eu égard à son activité.

6) Identification des transferts d'enveloppes intervenant au niveau régional:

Le transfert de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe EHPAD (ou dans le sens inverse le cas échéant), s'effectuera après fixation des arrêtés de dotation et sera attesté par les signatures du directeur de l'ARH et du préfet de département. Une copie sera adressée à la DHOS (bureau F2). De plus, l'annexe III devra être remplie et envoyée par la DRASS au plus tard pour le 10 du mois suivant (cf. 3^{ème} partie de la circulaire).

Comme cela a été exposé au paragraphe 2 de la circulaire du 15 septembre 2000, les dotations de dépenses encadrées des établissements de santé (hors soins de longue durée) et médico-sociaux ne sont pas toutes financées selon la même proportion par l'assurance maladie. Au niveau macro-économique, la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses hospitalières est évaluée à 93%, alors que celle relative aux dépenses des établissements accueillant des personnes âgées et soins de longue durée et de sections de cure médicale est proche de 100%.

Cette réalité doit être prise en compte lors de la détermination des opérations de transferts :

Lorsqu'un transfert intervient du secteur sanitaire – hors SLD – vers le secteur médico-social, le montant de la dépense est totalement transféré ; toutefois, le montant transféré en recette doit être égal à 93% du montant des dépenses hospitalières encadrées jusque là inscrites au budget général (100 F ⇒ 93 F). En cas de nécessité, le différentiel de recettes pourra être financé par les mesures nouvelles.

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° III E :

**Suivi des opérations de transferts générées par les conventions tripartites signées en 2001
FINANCEMENT DES EFFETS MÉCANIQUES OU DE LA MÉDICALISATION
DES ÉTABLISSEMENTS TARIFES CRCAM**

Région :
Nom et Coordonnées du correspondant régional :

MOIS DE

.....

Cette fiche doit être renvoyée au plus tard le 10 du mois suivant :
à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités
spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Établissements tarifés par la CRCAM (1)	De l'enveloppe médico-sociale préfecturale (au titre de l'utilisation des mesures nouvelles)	vers la tarification conventionnelle (CRCAM)	Date d'effet du transfert	Effets en Année Picine pour 2002
	Montant pour 2001	Montant pour 2001		
<i>Total :</i>				

(1) Il convient de remplir une ligne par mouvement en précisant le nom et le lieu de l'établissement.
Le résultat doit être globalisé, dans le tableau de bord, au niveau régional.

ANNEXE (suite)

NOTICE DE RENSEIGNEMENT DE L'ANNEXE N° III -E :

**Financement des effets mécaniques ou de la médicalisation
des établissements tarifés CRAM**

En raison du regroupement des mesures nouvelles au sein de l'enveloppe médico-sociale, les éventuels besoins nouveaux liés au financement des effets mécaniques de la réforme et au renforcement nécessaire de la médicalisation dans les établissements, tarifés par les organismes d'assurance maladie, signataires d'une convention tripartite se traduiront par un transfert.

Une collaboration doit être organisée au niveau local entre les services de l'Etat et les responsables des caisses afin de déterminer les incidences de la réforme et les montants devant être transférés.

Le mouvement de transfert interviendra au sein de l'enveloppe médico-sociale entre la tarification préfectorale et la tarification conventionnelle.

L'annexe retracera ces différents mouvements.

ANNEXE (suite)

NOTICE DE RENSEIGNEMENT DE L'ANNEXE N° III – F :

**Financement des effets mécaniques ou de la médicalisation
des unités de soins de longue durée**

En raison du regroupement des mesures nouvelles au sein de la dotation médico-sociale, les éventuels besoins nouveaux liés au renforcement nécessaire de la médicalisation ou au financement des effets mécaniques dans les USLD signataires d'une convention tripartite se traduiront par un transfert de la dotation régionale de dépenses médico-sociales vers la dotation régionale de dépenses hospitalières encadrées des unités de soins de longue durée.

Seuls les établissements de la strate ERNEST n°8 (services de soins de longue durée tarifés par les ARH) peuvent être concernés par cette opération.

ANNEXE (suite)

**Suivi des opérations de transferts générées par les conventions tripartites signées en 2001
FINANCEMENT DES EFFETS MÉCANIQUES OU DE LA MÉDICALISATION
DES UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE**

Région : **MOIS DE**
 Nom et Coordonnées du correspondant régional :
 Cette fiche doit être renvoyée au plus tard le 10 du mois suivant :
 _ à la DHOS / sous-direction des affaires financières / bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités
 spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Etablissements relevant de la strate ERNEST 8 (services de soins de longue durée tarifés par l'ARH) (1)	De l'enveloppe médico-sociale (au titre de l'utilisation des mesures nouvelles)	vers les USLD signataires d'une convention tripartite	Date d'effet du transfert	Effets en Année Pleine pour 2002
	Montant pour 2001	Montant pour 2001		
<i>Total :</i>				

* Ce tableau décliné au niveau départemental doit comporter une ligne par établissement et renseigner précisément la date du transfert.

ANNEXE (suite)

ANNEXE N° IV

**CODES TARIFS APPLICABLES AUX SOINS DISPENSÉS
EN STRUCTURE DE SOINS DE LONGUE DURÉE DEVENUE EHPAD**

ANNEXE (suite)

ANNEXE IV
Codes tarifs applicables aux soins
réalisés en structure de soins de longue durée devenue EHPAD

En application de la circulaire ministérielle n° 84/H/298 du 23 octobre 1984, les tarifs de prestations facturés par les établissements de santé financés par dotation globale sont régis par une nomenclature commune à l'Etat et à l'assurance maladie. Cette codification permet en particulier à la commission prévue par l'article R. 174-1-4 du code de la sécurité sociale de procéder à la répartition des charges des dotations globales hospitalières entre régimes d'assurance maladie, sur la base des informations de séjours transmises par les établissements.

Les soins de longue durée actuellement pris en charge par l'assurance maladie conformément à l'article R. 716-5-1 du code de la santé publique sont codifiés au code tarif 40 pour les informations de séjour.

Dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD prévues par les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 et en vue de la valorisation des informations de séjours et des remboursements de prestations en sus de la dotation, les nouveaux codes tarifs applicables pour les structures de soins de longue durée ayant passé une convention tripartite sont fixés comme suit :

Groupe iso-ressources	Nouveaux codes tarifs
GIR 1	41
GIR 2	42
GIR 3	43
GIR 4	44
GIR 5	45
GIR 6	46

Les informations de séjours des services de soins de longue durée pour lesquels les nouvelles dispositions tarifaires ne s'appliquent pas encore continuent à être codifiées avec le code tarif 40.

ANNEXE (suite)

FICHE RELATIVE AU MEDECIN COORDONNATEUR

ANNEXE (suite et fin)

Fiche relative au médecin coordonnateur

L'arrêté du 26 avril 1999 prévoit la présence dans l'établissement d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie. C'est une condition sine qua non de la signature des conventions tripartites.

Dans les établissements hospitaliers, ou plus généralement dans les établissements dotés de médecins salariés, l'un de ceux-ci devra être explicitement désigné par l'établissement pour exercer ce rôle.

1. Statut du médecin coordonnateur

Dans les établissements où seuls exercent des médecins de ville, le médecin coordonnateur peut être :

- soit un médecin salarié d'un autre établissement mis par convention à disposition contre remboursement. La convention est alors conclue sur la base des charges salariales sociales et fiscales rapportées au prorata du temps de travail effectué dans le cadre de la mise à disposition ;
- soit un médecin d'exercice libéral (ou salarié à temps partiel par ailleurs) qui, pour le temps d'exercice de sa mission de coordination, perçoit une vacation de l'établissement en référence aux indications de la circulaire du 24 octobre 1999.

2. Sa position

Quel que soit son statut, il est rappelé qu'il n'a pas de pouvoir hiérarchique sur les prescriptions des médecins soignant dans l'établissement, chaque médecin étant responsable de sa propre prescription. En revanche, il peut avoir, par délégation du directeur, les pouvoirs d'organisation du service nécessaires à la bonne exécution du projet médical de l'établissement.

Formé en gérontologie, il exerce également, en tant que de besoin, un rôle de conseil auprès de ses confrères.

3. Sa formation

Les médecins coordonnateurs qui, à la date de leur prise de fonction n'ont pas encore suivi de formation particulière en gérontologie devront acquérir dans un délai de 3 ans :

- soit la capacité en gériatrie
- soit un diplôme universitaire d'aptitude à la coordination en EHPAD ; dès le mois de septembre 2001, l'ensemble des universités françaises proposera un cycle de formation continue sur un an conduisant à ce diplôme.

Cette formation comprendra :

- environ 120 heures d'enseignement
- et trois stages en immersion d'une semaine chacun.

Elle constituera une unité capitalisable en vue de la capacité en gériatrie dont elle constitue la première moitié.

Dans les établissements où l'état et les pathologies des résidents sont lourds, il est vivement recommandé que le médecin coordonnateur soit à terme titulaire de la capacité en gériatrie.

Les frais de formation du médecin coordonnateur ainsi que la rémunération, au tarif de la vacation... du temps passé en formation peuvent être pris en charge par l'établissement¹ et imputés à la section soin du budget de l'établissement.

¹ ou partagés entre les établissements concernés s'il exerce dans plusieurs établissements