

Date :
01/12/2000

Origine :
DDRI

Réf. :
DDRI n° 140/2000
 n /
 n /
 n /

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Pour attribution

Plan de classement :

2442						
------	--	--	--	--	--	--

Titre :

Réforme de la tarification des EHPAD : Crédits sur l'ONDAM 2000.

Résumé :

Mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD : Crédits sur l'ONDAM 2000. Circulaire ministérielle DGAS/MARTHE/DHOS/DSS/2000/475 du 15 septembre 2000.

Pièces jointes : 2

Liens :

Com.circ	DDRI	43/2000
Com.circ	DDRI	58/1999

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DDRI/DOS/HMS/F. d'ESPARRON

Téléphone :

01/42/79/33/62

@

La Direction Déléguée aux Risques

01/12/2000

MMES et MM les Directeurs

Origine :
DDRI

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Pour attribution

N/Réf. : DDRI - N° 140/2000

Objet : Réforme de la tarification des EHPAD : Crédits sur l'ONDAM 2000.

Vous voudrez bien trouver ci-joint la circulaire ministérielle DGAS/MARTHE/DHOS/DSS/2000/475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD, crédits sur l'ONDAM 2000, communiquée à la CNAMTS tardivement.

1. RELIQUATS DES PLACES DE SECTION DE CURE MEDICALE

L'annexe à la circulaire ministérielle prévoit le montant des crédits afférents à l'apurement des places de Section de Cure Médicale autorisées avant le 1^{er} janvier 1997, conformément à l'article 23-V de la loi n° 60-97 du 24 janvier 1997, avec effet au 1^{er} juillet 2000.

Les établissements bénéficiant d'autorisations postérieures au 31 décembre 1996 devront entrer directement dans le cadre des dispositions de la réforme de la tarification.

2. MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME DANS LES EHPAD

Un certain nombre de conventions tripartites va pouvoir être signé dès l'exercice 2000 portant effet dès ce même exercice.

Les décrets n° 99-316 et 317 du 26 avril 1999 vont être modifiés afin de prendre en compte l'élargissement du périmètre des tarifs de soins :

- ✓ intégration des prescriptions d'actes infirmiers et des médicaments dans le tarif de soins partiel,
- ✓ intégration des prescriptions des médecins spécialistes dans le tarif de soins global.

21. Effet mécanique et le clapet anti-retour :

La mise en œuvre des nouvelles modalités de financement va entraîner un surcoût des dépenses d'Assurance Maladie qui se traduira par l'application d'un des deux dispositifs suivants :

- ✓ l'effet mécanique si la dotation de soins actuelle est inférieure à la dotation évaluée selon les nouvelles dispositions budgétaires et comptables,
- ✓ le clapet anti-retour ou le maintien du financement de la dotation actuelle supérieure à la dotation évaluée selon les nouvelles dispositions.

Ce surcoût financier, qui devra être apuré dès le premier exercice budgétaire d'application de la réforme, risque d'entraîner un déplafonnement des forfaits de soins.

La Commission consultative tripartite prévue à l'article 37-5 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 devra être systématiquement saisie pour permettre d'excéder le tarif plafond.

22. Intégration des Soins de ville

L'enquête concernant l'évaluation des soins de ville remboursés aux personnes âgées hébergées dans les établissements de l'échantillon ERNEST a permis d'évaluer sur l'exercice 1999 la part des soins de ville susceptibles d'être transférés dans le budget des EHPAD selon l'option tarifaire retenue.

Les résultats régionaux qui vous ont été communiqués par la circulaire DDRI n° 87/2000 DSE n° 3/2000 et que chaque CPAM a dû retransmettre aux établissements concernés, ne doivent pas être considérés par ces mêmes établissements comme des sommes réintégrables dans leur totalité, mais doivent pouvoir servir de base à la négociation budgétaire.

La justification de certains montants pourra être appréciée en liaison avec l'Echelon Local du Service Médical.

Les services ministériels ont fixé une limite maximale (dotation globale après intégration des dépenses de soins de ville d'un montant maximum de 35% supérieur à la DO.MI.NIC.) qu'il ne semble pas raisonnable de dépasser.

Les résultats de la seconde enquête (établissements de plus de 85 lits/places) vont vous être envoyés très prochainement.

Dans le cas d'établissements désireux de signer une convention tripartite et n'ayant pas fait l'objet de l'une de deux premières enquêtes, vous pouvez vous appuyer sur les résultats nationaux tirés de l'échantillon ERNEST comme référence.

C'est par la circulaire DDRI - n° 123/2000 - DSE - n° 5/2000 que vous a été transmis le bilan national de cette première étude, et notamment des coûts journaliers moyens par résident calculés par type d'établissements classés en strates.

Ces résultats divers ont montré l'importance des soins de nursing.

23. Dotation Minimale de Convergence (DO.MINI.C.)

Les services ministériels ont fixé un objectif minimum permettant à chaque EHPAD d'évaluer la dotation annuelle par résident cible vers laquelle devront tendre les EHPAD.

Cette dotation prend en compte la pathologie des personnes âgées hébergées, dans l'attente de la mise en œuvre d'un outil issu de PATHOS.

Sa formule est liée à :

- ✓ l'option tarifaire de l'établissement : 34 F pour le tarif partiel et 38 F pour le tarif global (et les services de soins de longue durée),
- ✓ au GMPS (GIR Moyen Pondéré Soins) : 300 ou 800 points GIR supplémentaires.

Le GMP Soins est égal au GMP auquel doit être ajouté :

- ✓ 300 points GIR pour une maison de retraite ou un foyer logement,
- ✓ 800 points GIR pour les services de soins de longue durée (et les établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes aux lourdes pathologies).

La formule de la DO.MI.NIC. annuelle par résident est donc :

- ✓ Pour le tarif global = $(\text{GMPS} \times 38 \text{ F}) \times \text{Nombre de résidents}$,
- ✓ Pour le tarif partiel = $(\text{GMPS} \times 34 \text{ F}) \times \text{Nombre de résidents}$,

Les calculs de la dotation globale de soins seront différents selon que l'établissement est ou non déjà médicalisé, notamment au regard du montant des dépenses de soins de ville à réintégrer et de l'application du clapet anti-retour.

24. Médicaments coûteux

Des dispositions sont prévues pour permettre aux petits établissements de prendre en charge des personnes âgées pour qui les dépenses de médicaments sont importantes du fait de leurs pathologies lourdes.

Un crédit calculé sur une moyenne de dépenses des 3 à 5 dernières années devra être inscrit au budget de l'établissement à un compte de dotation aux provisions pour risque d'exploitation.

Ces crédits non utilisés pourront être affectés à un compte de réserve de compensation.

25. Réalité des coûts pour les EHPAD budget annexe hospitalier

Chaque établissement de santé gérant en budget annexe une unité de soins de longue durée et/ou une maison de retraite devra avant signature d'une convention tripartite pour cette structure rétablir la bonne répartition des charges entre le budget général et le(s) budget(s) annexe(s), dans un but de transparence des coûts.

Des transferts d'enveloppes (enveloppe sanitaire vers enveloppe médico-sociale) découleront de ces remises à niveau.

26. Evaluation de la dotation globale de soins par ANGELE

La Mission MARTHE a mis en place une application appelée ANGELE (Application Nationale de Gestion des Enveloppes Liées aux Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, cf. document en annexe) permettant aux établissements de calculer directement la dotation globale de soins (y compris l'effet mécanique ou le clapet anti-retour) et aux services déconcentrés de l'Etat de réaliser un suivi budgétaire de ces établissements.

Les DDASS devront communiquer aux CRAM les tableaux de synthèses de chaque établissement (dont copie jointe en annexe) qui seront utiles à l'élaboration de l'avis budgétaire des EHPAD.

La version régionale de l'application intégrant le calcul du GMPS et de la DO.MI.NIC. paraîtra en même temps que le décret modificatif.

3. DEMARCHE QUALITE OU L'OUTIL ANGELIQUE

La qualité est un des objectifs premiers de la réforme qui doit justifier une partie du surcoût des dépenses d'Assurance Maladie.

Les services ministériels ont élaboré avec des représentants de l'ensemble des parties concernées par cette réforme l'outil ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements).

Ce référentiel auquel est joint un modèle type de rapport d'évaluation des EHPAD apparaît comme une aide très utile aux établissements pour remplir les conditions d'auto-évaluation de la qualité demandées par les décrets et arrêtés du 26 avril 1999.

Cette démarche va dans le sens d'une meilleure transparence et va guider l'établissement dans la définition de ses axes d'amélioration de la qualité.

4. AUTORISATION DES EHPAD

La signature d'une convention tripartite donnant à l'établissement le statut d'EHPAD ne remet pas en cause l'obligation d'une autorisation, après passage en CROSS.

Trois circuits sont prévus selon la situation de l'établissement qui souhaite signer une convention tripartite :

- ✓ établissements médicalisés (Soins de longue durée, maison de retraite ou foyer logement bénéficiant de places de soins courants et/ou de section de cure médicale) : l'autorisation en cours est suffisante.
- ✓ établissements non médicalisés mais bénéficiant d'autorisation de places de section de cure médicale non financées : une régularisation de l'autorisation des places non financées correspondant à une transformation doit être réalisée,
- ✓ établissements non médicalisés et ne bénéficiant d'aucune autorisation de place de section de cure médicale : une autorisation du préfet avec passage en CROSS doit être obtenue.

5. MISE A JOUR DES FICHIERS

Afin de pouvoir identifier ces nouvelles structures et suivre leurs dépenses, une mise à jour des fichiers (notamment la BREX) va être réalisée.

L'arrêté ministériel du 2 novembre 1999 portant modification de l'arrêté du 19 septembre 1983 relatif aux nomenclatures applicables aux unités de production des établissements sanitaires et sociaux, et modifié par l'arrêté du 22 février 2000, a créé de nouveaux code Mode de Fixation de Tarif (MFT) et notamment :

- ✓ MFT 18 : pour les établissements de soins de longue durée qui auront signé une convention tripartite au titre de l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975,
- ✓ MFT 19 : pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées relevant de l'article 3 5° de la loi du 30 juin 1795 et ayant passé une convention tripartite au titre de l'article 5-1 de cette même loi.

La demande de création d'une DMT pour les deux types de structures ainsi que de la détermination de codes tarifs spécifiques pour les soins de longue durée a été faite auprès de services ministériels mais est restée actuellement sans réponse.

Par ailleurs, il a été demandé auprès des services de production de la CNAMTS la création de codes spécifiques pour individualiser les différents tarifs de soins (partiel et global).

Des instructions complémentaires vous seront fournies dès la mise en œuvre de ces dispositions.

Le Directeur Délégué aux Risques

Antoine MASSON

Circulaire ministérielle DGAS/MARTHE/DHOS/DSS/2000/475 du 15 septembre 2000