



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-119/2003

Document consultable dans Médi@m

Date :

28/08/2003

Domaine(s) :

Ets sanitaires et médico-sociaux

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Circulaire Ministérielle
DHOS/F2/2003 du 4 juillet
2003.

Liens :

Plan de classement :

2442

Emetteurs :

DRM

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☒ URCAM
☒ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☐ **Médecins Conseils**

☐ Régionaux ☐ Chef de service
☐ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

La circulaire ministérielle du 4 juillet 2003 vise à clarifier la situation des services accueillant des personnes âgées dépendantes gérés sous forme de budget annexe des établissements de santé, au regard de la réforme de la tarification et de la signature des conventions tripartites. Elle fournit également des précisions concernant la procédure à suivre dans le cas particulier des hôpitaux locaux et centres hospitaliers dont la seule activité sanitaire est constituée par un service de soins de longue durée.

Mots clés :

EHPAD - USLD - Hôpital local - Réforme de la tarification.

La Directrice
des Risques Maladie

Bernadette MOREAU

CIRCULAIRE : 119/2003

Date : 28/08/2003

Objet : Circulaire Ministérielle DHOS/F2/2003 du 4 juillet 2003.

Affaire suivie par : Hélène BENARD (DRM/DREAM/DAHMES) 01.42.79.32.96

Veuillez trouver, ci-joint, copie de la circulaire ministérielle du 4 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières gérées par des établissements de santé sous forme de budget annexe.

Il convient de noter que cette instruction ainsi que la circulaire budgétaire du 30 mai 2003 provoquent des réactions négatives de la part des représentants des EHPAD. Ils contestent, en effet, la faiblesse des moyens financiers accordés à ce secteur qui ne permet pas aux établissements d'entrer dans la réforme en améliorant la qualité de la prise en charge des résidents.

De nombreuses interrogations relatives à la mise en œuvre de cette réforme persistent. Son adaptation pourrait faire partie des mesures envisagées au cours de l'automne 2003.

La réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) a pris du retard par rapport aux objectifs initialement prévus. Ainsi, afin de prendre en compte ce faible rythme de montée en charge, le Parlement a adopté un report de sa date définitive de mise en œuvre (au 31 décembre 2005 pour l'ensemble des structures à l'exception des logements foyers qui bénéficient d'un délai supplémentaire jusqu'au 31/12/2006).

Dans la mesure où les Unités de soins de longue durée semblent rentrer très difficilement dans la réforme (seules 9% des USLD avaient signé une convention au 31 avril dernier contre 18% des EHPAD), une circulaire ministérielle du 4 juillet 2003 (jointe en annexe) a cherché à clarifier leur situation.

Partant du principe que les craintes qui pourraient expliquer cette situation (risque de diminution des crédits d'assurance maladie, risque pour les personnels de perte d'avantages objectifs si la signature de la convention s'accompagne d'un transfert

juridique de l'USLD dans le champ médico-social) sont non fondées, la circulaire ministérielle vise notamment à rappeler les principaux objectifs de la réforme et à préciser les modalités de signature des conventions tripartites dans les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

I. LES MODALITES DE SIGNATURE DES CONVENTIONS TRIPARTITES POUR LES UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE ET LES MAISONS DE RETRAITE HOSPITALIERES.

I-1. La réforme de la tarification s'impose tant aux maisons de retraite qu'aux unités de soins de longue durée.

Au même titre que les maisons de retraites, l'ensemble des USLD (soit près de 1 000 unités ou centres représentant environ 84 000 lits) ont vocation à conclure une convention tripartite, au plus tard le 31 décembre 2005.

Il convient de souligner que les résidents des Unités de Soins de Longue Durée doivent, sauf souhait contraire de leur part, rester hébergés dans ces unités, après la signature de la convention.

I-2. Définition des autorités tarifaires compétentes

En ce qui concerne les prestations de soins et les crédits d'assurance maladie, les autorités tarifaires compétentes pour signer la convention tripartite sont :

- Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dont dépend la structure, pour les unités de soins de longue durée ;
- Le préfet du département pour les maisons de retraite hospitalières.

En outre, on note qu'en ce qui concerne la prise en charge de la dépendance et de l'hébergement, le Président du Conseil Général est signataire de la convention qu'il s'agisse d'une USLD ou d'une maison de retraite hospitalière.

I-3. La signature de la convention tripartite n'entraîne pas la transformation automatique du statut juridique des USLD

L'EHPAD constitue une nouvelle catégorie tarifaire et budgétaire et non une nouvelle catégorie juridique (puisque la loi ne reconnaît que deux catégories d'établissements publics : les établissements publics de santé et les établissements publics sociaux et médico-sociaux).

I-4. La signature de la convention tripartite ne suppose pas d'attendre la redéfinition des USLD et la création éventuelle d'unités de soins prolongés

La signature de la convention tripartite ne doit pas être conditionnée à la redéfinition des USLD et à la création éventuelle d'unités de soins prolongés prévue par l'article 23-IV de la loi du 24 janvier 1997 (et qui n'est, d'ailleurs, toujours pas intervenue).

En effet, la problématique des soins prolongés n'est pas spécifique au secteur des USLD. Elle est transversale à l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales et concerne des personnes de tous âges. En outre, seuls les centres hospitaliers disposant d'un plateau technique, ou situés à proximité immédiate de celui-ci, pourraient prétendre à l'attribution d'une unité de soins prolongés en raison du risque de défaillance vitale qui caractérise les patients relevant des soins prolongés.

Dans l'attente de la définition juridique des unités de soins prolongés, il convient de souligner que la signature d'une convention tripartite pour les USLD ne fait pas obstacle à la création ultérieure de places de soins prolongés au sein de l'établissement.

I-5. Les conditions financières de signature des conventions tripartites

La réalisation de l'opération "sincérité des comptes" doit impérativement être réalisée et validée au plus tard à l'occasion de l'examen du budget primitif 2004.

En effet, les établissements qui n'auront pas réalisé à cette date cette opération ne pourront pas prétendre au transfert automatique des crédits d'assurance maladie afférents au rétablissement de la sincérité des comptes sur les budgets annexes soins, en raison de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans le champ MCO à compter de la campagne budgétaire 2004.

II. L'INTERET DE FUSIONNER LES UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE ET LES MAISONS DE RETRAITES GERES PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.

La circulaire rappelle que les craintes d'une perte de ressources dans le cas d'un transfert des USLD dans le champ médico-social ne sont pas justifiées. En effet, l'objet même de la réforme de la tarification est de mettre en place des mécanismes d'allocation de ressources fondés sur l'état de dépendance des personnes âgées accueillies et la qualité des prestations dont elles bénéficient et non plus sur le statut de l'établissement ou du service.

La réforme de la tarification doit conduire les administrateurs et les gestionnaires des établissements de santé qui gèrent une maison de retraite et une USLD à

s'interroger sur un nouveau mode d'organisation de ces deux entités. Au terme de cette réflexion, c'est à l'organe délibérant de l'établissement de santé de décider ou non d'engager la procédure en vue d'aboutir à la fusion juridique et budgétaire des deux structures.

II-1. Les critères conduisant à préconiser le transfert juridique de la capacité des unités de soins de longue durée dans le champ médico-social

Plusieurs critères, conduisant à préconiser le transfert juridique de la capacité des USLD dans le champ médico-social, peuvent être pris en compte :

- Le niveau de dépendance des résidents justifie d'un projet de vie et de soin commun.
- Les services sont situés sur un même site, même s'il s'agit de bâtiments distincts.

Néanmoins, même dans les cas où ces deux conditions sont remplies, la circulaire ministérielle rappelle qu'il convient d'être attentif aux conséquences tarifaires, pour les usagers, induites par la fusion juridique. Ainsi, lorsqu'il existe des différences importantes de tarifs hébergement et dépendance, la fusion doit être précédée d'un processus de convergence tarifaire pluriannuel.

Dans ce cadre, il conviendra d'examiner si ces différences de tarifs s'expliquent par des différences de qualité de services et d'état des bâtiments ou par l'absence de sincérité des comptes entre les différents budgets annexes (facturation des charges indirectes et ventilation des charges de personnel).

II-2. Les avantages de la fusion juridique et budgétaire des services accueillant des personnes âgées dépendantes

Selon la circulaire ministérielle, les avantages de la fusion sont les suivants :

- Unifier le champ de la prise en charge des personnes âgées dépendantes du point de vue de la tarification et de la planification,
- Simplifier la gestion et assurer la sincérité des comptes entre les budgets annexes,
- Assurer l'équité dans l'allocation des ressources au sein de la structure en particulier en terme de personnel médical et paramédical,
- Mutualiser l'usage du clapet anti-retour au bénéfice de toutes les personnes hébergées en maison de retraite et USLD lorsque ces unités sont implantées sur le même site géographique,

- Permettre la mise en œuvre d'un projet de vie commun sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur unique.

II-3. La procédure de fusion et de transfert des autorisations

a) La procédure de fusion juridique de l'unité de soins de longue durée et de la maison de retraite hospitalière

Cette procédure suppose une délibération favorable du conseil d'administration de l'établissement de santé. En revanche, le refus de l'établissement de fusionner l'USLD et la maison de retraite interdit la signature de la convention tripartite commune.

Le principe de la fusion étant adopté par le conseil d'administration, l'établissement doit adresser un dossier auprès :

- Du président du conseil général en sollicitant l'extension de la capacité de la maison de retraite à hauteur de la capacité autorisée de l'USLD,
- Du directeur de l'ARH pour l'informer, à ce stade, de la procédure engagée.

Il appartient alors au président du conseil général et au préfet de département de se prononcer sur la demande d'extension par arrêté conjoint, après avis du CROSS réuni en section sociale.

Au terme de cette procédure d'extension :

- L'ARH prendra acte, par arrêté, de la suppression des lits d'USLD.
- La convention tripartite unique est signée par le préfet du département, le président du conseil général et le directeur de l'établissement.

b) La compétence tarifaire est transférée au préfet sans pour autant que l'ARH voie disparaître les compétences qu'elle exerce dans l'ensemble des établissements de santé

La tarification de la nouvelle entité comptable est confiée à l'autorité préfectorale. Cependant le directeur de l'ARH continue à exercer un certain nombre de compétences :

- Le directeur de l'ARH continue à exercer le contrôle de légalité sur l'ensemble de l'activité de l'établissement dans la mesure où la nouvelle entité comptable et tarifaire reste gérée sous la forme un budget annexe d'un établissement de santé,

- Il continue, comme précédemment, à fixer la dotation globale de l'établissement, dont la dotation soins de l'EHPAD est une composante,
- Il apprécie l'équilibre financier global de l'établissement avant comme après la signature de la convention tripartite. A ce titre, il est le garant de la réalisation effective de la sincérité des comptes entre le budget principal et les budgets annexes au moment de la signature de la convention et au cours de son exécution.

De ce fait, il apparaît nécessaire de prévoir un visa de la convention tripartite, dont le préfet est signataire, par le directeur de l'ARH.

II-4. Les conséquences du transfert de l'autorisation de l'unité de soins de longue durée dans le champ médico-social pour les établissements publics de santé exerçant d'autres activités sanitaires que les soins de longue durée

Pour les personnels, le transfert des USLD dans le champ médico-social pour les établissements publics de santé qui exercent d'autres activités sanitaires (MCO, SSR ou psychiatrie) que les soins de longue durée n'entraînent aucune conséquence juridique et statutaire.

En revanche, un tel transfert permet d'appréciables simplifications tant en terme d'organisation administrative et budgétaire qu'en matière de procédure d'accréditation et de sécurité incendie.

III. LES CONSEQUENCES JURIDIQUES D'UN TRANSFERT DES UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE DANS LE CHAMP MEDICO-SOCIAL POUR LES CENTRES HOSPITALIERS ET LES HOPITAUX LOCAUX N'EXERCANT AUCUNE AUTRE ACTIVITE SANITAIRE QUE LES SOINS DE LONGUE DUREE

Actuellement, près de 100 structures (notamment des hôpitaux locaux et quelques petits centres hospitaliers) tiennent leur statut d'établissement de santé uniquement de leur activité de soins de longue durée.

Leur implantation en zone rurale, semi-rurale, parfois isolée, impose d'étudier s'il n'est pas opportun de créer en leur sein quelques lits de médecine, par création nette ou par transformation partielle de quelques lits de soins de longue durée, afin de répondre à un besoin de soins de proximité pas ou mal satisfait.

Si la totalité de leur capacité en lits de soins de longue durée était transformée en lits médico-sociaux, ces structures se trouveraient, privées de leur statut d'établissements de santé. Or, cette orientation serait en contradiction avec les missions conférées à l'hôpital local puisque la circulaire n°2003/257 du 28 mai 2003 affirme son rôle de premier niveau de prise en charge sanitaire d'une

population vivant à proximité et son intégration dans une filière de soins graduée et préconise la création de lits de médecine dans les hôpitaux locaux qui aujourd'hui ne comptent que des soins de longue durée.

C'est pourquoi, il est indispensable que le conseil d'administration, les acteurs de l'hôpital local et l'ARH examinent les besoins de santé non satisfaits auxquels ces structures devraient pouvoir répondre en créant des lits de médecine et/ou de soins de suite et de réadaptation (éventuellement par transformation de quelques lits de soins de longue durée).

Si l'analyse des besoins réalisée de façon partagée ne conclut pas à la nécessité d'introduire des lits de médecine ou de soins de suite et réadaptation, l'établissement peut :

- Soit signer deux conventions (une pour l'Unité de Soins de Longue Durée, l'autre pour la maison de retraite) afin de préserver son statut d'établissement public de santé,
- Soit solliciter la transformation de ses lits de soins de longue durée en lits médico-sociaux et signer une seule convention. Dans ce cas, il perdra son statut d'établissement public de santé. Toutefois, la circulaire du 28 mai 2003 devrait conduire à écarter cette solution.

Par ailleurs, il convient de souligner que dans le cas où deux conventions tripartites sont signées, la réglementation comptable ne permet pas aux USLD d'être le support du budget principal d'un établissement de santé. Aussi, les établissements qui seront appelés à faire ce choix devront adopter l'organisation budgétaire suivante :

- Budget principal : ensemble des activités administratives et logistiques ainsi que les comptes de stocks qui ne peuvent être retracés que dans le budget principal.
- Budget annexe médico-social : les activités de soins, d'hébergement et de dépendance de la maison de retraite retracées par la lettre mnémotechnique E1.
- Budget annexe sanitaire : les activités de soins et d'hébergement et de dépendance l'unité de soins de longue durée retracées par la lettre mnémotechnique E2.

Le budget principal sera constitué en recettes par les remboursements du budget annexe, ce qui assurera la sincérité des comptes, plus sûrement que par l'imputation des charges logistiques et administratives sur le budget annexe en particulier dans le cas où existent d'autres activités médico-sociales.

Une ventilation des charges au prorata des journées réalisées pourra être retenue dans ces établissements qui ne disposent pas tous d'une comptabilité analytique précise.

Je vous remercie de bien vouloir porter à ma connaissance les difficultés que vous pourriez rencontrer lors de l'application de ces différentes dispositions.