



Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité

29 janvier 2008

**DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE**

Sous-direction des âges de la vie  
Bureau des personnes âgées (2C)  
Personnes chargées du dossier :  
Annick BONY - Frédérique CHADEL  
Sous-direction des institutions, des affaires  
juridiques et financières

Le Ministre du travail, des relations sociales et de la  
solidarité,

à

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

Madame et Messieurs les Préfets de région  
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
(pour mise en œuvre)

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

**INSTRUCTION SUR LA TARIFICATION PAR ARRÊTE ET LE DISPOSITIF D'APPUI AUX SERVICES DECONCENTRES, dans l'attente de la circulaire sur la campagne budgétaire 2008 dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.**

**Date d'application :** Immédiate

**Résumé :** Application de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : tarification des établissements visés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles n'ayant pas signé de convention tripartite. Mission d'appui aux services déconcentrés pour l'achèvement du conventionnement initial

**Mots clés** Tarification par arrêté, achèvement de la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

## **I/ La tarification par arrêté**

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 rassemble les dispositions relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment la tarification des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes n'ayant pas souscrit la convention tripartite à l'échéance du 31 décembre 2007, conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Ce dernier prévoit que tous les établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées dépendantes, mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du même code ainsi que les établissements dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique dont le GIR moyen pondéré est supérieur à 300 doivent avoir signé une convention tripartite au plus tard le 31 décembre 2007. **Cette disposition s'impose à tous les établissements.** Un certain nombre d'établissements n'ont pas signé de convention tripartite avant le 31 décembre 2007. Les raisons peuvent en être diverses. En tout état de cause, si la convention pluriannuelle n'a pas été signée avant le 31 décembre 2007 et si l'établissement ne s'apprête pas, de manière imminente, à signer début 2008 une convention tripartite, il vous appartient de mettre en œuvre une tarification par voie d'arrêté de la façon suivante :

### **a - L'arrêté de tarification précise de quelle manière est réalisée la tarification des établissements non signataires d'une convention tripartite au 1<sup>er</sup> janvier 2008 :**

#### **a - 1 - Les structures ne disposant pas de dotation globale de soins**

**Pour les structures n'ayant pas d'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux**, la tarification par arrêté s'applique sans formalités. C'est en effet dans le cadre de la préparation et de la signature de la convention tripartite que sera sollicitée l'habilitation à dispenser des soins aux assurés sociaux, soumise à l'avis du CROSMS.

L'arrêté de tarification détermine le forfait global de soins applicable à l'établissement selon la formule de calcul suivante :

Valeur du point fixé par arrêté ministériel * GMP de la structure * capacité installée
--

La valeur du point est fixée par arrêté ministériel à 9,64 €. Elle ne comprend pas la réintégration des dispositifs médicaux.

#### **a - 2 - Les structures disposant antérieurement au 31 décembre 2007 d'une dotation soins : option tarifaire**

**Pour les structures disposant antérieurement au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et d'un forfait de soins en application des dispositions transitoires de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001**, l'arrêté du préfet - ou du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, s'agissant des USLD - fixera le montant du forfait global de soins en retenant la solution la plus avantageuse entre les deux options suivantes :

- soit : maintien de la dotation 2007 d'assurance maladie.

Le forfait global de soins correspondra, pour la totalité de la capacité installée, au niveau du montant constaté des dotations reçues pour l'exercice budgétaire de 2007 (euros courants), sans comporter de revalorisation.

- soit : application de l'équation résultant d'un tarif soins à la place.

Le forfait global de soins correspondra au montant obtenu par la formule suivante : 9,64 € \* GMP \* capacité installée (mode de tarification explicité en a-1).

Au même titre que les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF, les unités de soins de longue durée n'ayant pas souscrit la convention tripartite au 31 décembre 2007 sont concernées par ces dispositions et verront en 2008 leur dotation d'assurance maladie strictement maintenue au niveau de celle constatée en 2007.

Le mode de tarification optionnel explicité ci-dessus est la règle. Néanmoins, certaines situations spécifiques, en fonction notamment des caractéristiques des résidents et au regard de la nécessité de garantir le maintien de la qualité du service rendu, nécessiteront un traitement particulier lorsque l'option résultant de l'application d'un tarif soins à la place ne permet pas d'abonder la dotation soins constatée au 31 décembre 2007 et est donc susceptible d'entraîner des difficultés de fonctionnement importantes pour les établissements concernés. Exceptionnellement, ces établissements seront rendus éligibles, sous réserve de la signature de la convention tripartite et dès celle-ci intervenue ainsi que sur présentation d'une coupe Pathos validée par l'échelon régional du service médical de la CNAMTS, à la tarification au GMPS (GIR moyen pondéré soins) selon une procédure adaptée.

Pour ces cas particuliers, les services déconcentrés sont invités à faire appel à la procédure d'accompagnement et d'expertise de la mission d'appui, telle que précisée ci-après, notamment pour gérer la période de transition conduisant à la signature de la convention tripartite.

### **a – 3 – Périmètre des charges supportées par les dotations soins fixées par arrêté**

La dotation "soins" fixée par arrêté ainsi déterminée doit contenir le périmètre de charges suivant, défini aux articles R. 314-162 et R. 314-167 2° du CASF :

- les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives au médecin coordonnateur et aux médecins salariés exerçant dans l'établissement ;
- les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives aux infirmiers et autres auxiliaires médicaux salariés exerçant dans l'établissement ;
- les charges correspondant aux rémunérations des infirmiers libéraux intervenant dans l'établissement ;
- les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives aux aides soignants et aides médico-psychologiques dans les conditions prévues par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 (art. R. 314-162 et R. 314-164 du CASF) ;

Si l'établissement n'a pas recruté un médecin coordonnateur, il sera procédé, au terme de l'exercice budgétaire, au reversement des crédits d'assurance maladie prévus à cette fin et représentant une somme de 470 € par place.

Afin de rendre efficient le dispositif de tarification par arrêté des établissements visés dans ce paragraphe vous veillerez tout particulièrement à ce qu'ils répondent aux exigences posées par l'article R. 314-169 du CASF, à savoir la remise, chaque semestre, à la caisse pivot d'assurance maladie de la liste des personnes hébergées ainsi que les mouvements intervenus au cours des six derniers mois. Ces listes doivent mentionner le nom et prénom de l'assuré social, le nom de l'organisme de prise en charge, assorti du numéro de centre de paiement, la date d'entrée dans l'établissement et, le cas échéant, la date de sortie. Cette liste doit comporter le numéro FINESS de l'établissement ainsi que le niveau de points GIR de chaque résident.

Vous veillerez également à ce que les établissements concernés remplissent les conditions de l'article R. 314-104 du CASF, à savoir qu'ils remettent un compte d'emploi. De telle sorte que les financements de l'assurance maladie qui n'auraient pas reçu l'affectation prévue fassent l'objet d'un reversement.

**b – Dans le même temps, l'arrêté préfectoral fixe des objectifs simples assignés à l'établissement** conformément aux préconisations de l'arrêté ministériel fixant le tarif à la

place ainsi qu'un socle minimal d'objectifs visant à assurer un fonctionnement de l'établissement conforme à la loi et au règlement.

Il s'agit des objectifs suivants qui concourent directement au respect des droits des résidents : contenu du règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du CASF), rédaction du livret d'accueil et du contrat de séjour-type, documents relevant tous d'une obligation légale prévue à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que la mise en place du conseil de la vie sociale dans les conditions fixées par les articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants et le cas échéant l'emploi d'un médecin coordonnateur. Concernant le médecin coordonnateur, si l'établissement décide de ne pas remplir cet objectif, il vous est demandé de prévoir la déduction du coût de sa prise en charge du forfait global de soins fixé dans l'arrêté préfectoral.

### **c – la perspective de réintégration des dispositifs médicaux**

La réintégration des dispositifs médicaux concerne tous les établissements sans pharmacie à usage intérieur, y compris les établissements non conventionnés, qu'ils fassent l'objet de la mesure de gel ou qu'ils se voient appliquer un tarif soins à la place. Leur budget sera révisé une fois intervenue la publication de l'arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux. La circulaire budgétaire relative à la campagne budgétaire 2008 dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées indiquera le montant du forfait à la place à réintégrer pour que ces établissements puissent prendre en charge les dispositifs médicaux.

**En tout état de cause, si vous souhaitez attendre que le montant du forfait global de soins attribué dans le cadre de la tarification par arrêté des établissements n'ayant pas signé leur convention tripartite au 31-12-2007 soit celui intégrant les dispositifs médicaux avant de publier vos arrêtés de tarification**, il vous est néanmoins conseillé, dans la mesure où vous disposez à la fois du montant des dotations soins de l'exercice 2007 reçues par les établissements soumis au gel et du montant de la valeur du point pour les établissements qui ne recevaient pas jusque là des crédits d'assurance maladie, de préparer, d'ores et déjà, l'ensemble des arrêtés, tel qu'indiqué ci-dessus, pour tous les établissements concernés par ce mode de tarification par arrêté, excepté le niveau de dotation que vous fixerez une fois reçues les instructions concernant les dispositifs médicaux.

Ce travail préparatoire est de nature à inciter les établissements concernés à procéder à la signature de leur convention tripartite le plus rapidement possible. Il importe, en effet, que les préfets et les directeurs d'ARH prennent sans délai ces arrêtés de tarification pour les établissements concernés.

## **II/ Mission d'appui aux services déconcentrés pour l'achèvement du conventionnement initial**

Dans le cadre de l'achèvement au 31 décembre 2007 du processus de conventionnement initial, les services déconcentrés ont souligné leur besoin d'appui pour faire face à des situations particulièrement complexes, générant parfois un dialogue bloqué entre les différents acteurs du conventionnement. Un certain nombre d'établissements en passe de signer une convention tripartite acheminent sur des difficultés spécifiques.

Il a été particulièrement signalé :

- La problématique des EHPA assurant aujourd'hui la médicalisation de leurs résidents par l'intervention de professionnels libéraux dont les actes sont prescrits par les médecins de ville et remboursés à titre individuel aux personnes par l'enveloppe soins de ville.
- Les négociations avec les conseils généraux notamment lorsque les effets de la réforme aboutissent à une augmentation importante des tarifs hébergement liée à des adaptations architecturales ou à l'augmentation des budgets dépendance solvabilisés par l'APA (problématique des clapets anti retour positionnés en atténuation des charges de la section dépendance dans l'attente du conventionnement)
- La question particulière des USLD avec l'articulation entre processus de partition des capacités et conventionnement

Pour répondre à ces difficultés, un ensemble de dispositions d'appui spécifiques est mis en œuvre dès le début de l'année 2008 :

- Dès janvier 2008 une **foire aux questions** spécifiquement consacrée au thème de l'achèvement de la médicalisation est mise à votre disposition sur le site extranet de la CNSA (www.) <http://extranet.cnsa.fr/login.php>
- Par ailleurs, vous pouvez transmettre à la CNSA et à la DGAS, aux adresses suivantes : [sos-conventionEHPAD@cnsa.fr](mailto:sos-conventionEHPAD@cnsa.fr), spécialement créée à cet effet, et [frederique.chadel@sante.gouv.fr](mailto:frederique.chadel@sante.gouv.fr) pour la DGAS, **tous les cas concrets de difficultés** rencontrés. Le pôle allocation budgétaire de la CNSA vous apportera des éléments de réponse sous 15 jours. Ces cas serviront à alimenter des ateliers thématiques (cf. ci-dessous) reposant sur l'étude de « cas concrets ».
- Le cas échéant, les éléments de réponse seront apportés après **organisation d'une conférence téléphonique ou d'une réunion de travail**, sur place ou à Paris, avec le service en charge de la tarification.
- A partir des cas transmis et des questions les plus fréquemment posées, des **ateliers de travail thématiques** vous seront proposés.  
D'ores et déjà, quatre thèmes sont prévus dans un calendrier qui sera fixé sur janvier, en fonction de l'urgence des besoins et du nombre d'inscriptions.
  - ❖ *Atelier thématique «Conventionnement initial des EHPA auparavant médicalisées par recours intégral aux professionnels libéraux »*
  - ❖ *Atelier thématique «Les pistes de sortie de crise en cas de refus de conventionnement par les conseils généraux »*
  - ❖ *Atelier thématique « Conventionnement des USLD dans le contexte de la partition »*
  - ❖ *Atelier thématique « Mode d'emploi de la tarification par arrêté »*

En fonction du nombre et de la localisation des services territoriaux intéressés, ces ateliers thématiques seront organisés à Paris (dans les locaux de la CNSA) ou en région.

Ils sont à destination de l'ensemble des agents des DDASS et DRASS mobilisés sur l'achèvement du conventionnement initial. Ils associeront les directions d'administration centrale concernées et le cas échéant, en fonction du thème traité, d'autres partenaires nationaux compétents (CNAMTS, ADF, fédérations d'établissements..).

Leur objectif est double : d'une part apporter une réponse technique et des pistes de solutions, mais surtout permettre le partage d'expérience entre les services déconcentrés de l'Etat.

Afin de conserver un caractère pratique et opérationnel, le matériau de préparation de ces ateliers sera constitué des différentes études de cas dont 2 ou 3 représentatifs seront présentés en séance par les DDASS et DRASS concernées, et feront ensuite l'objet d'échanges techniques.

Chaque sujet traité dans les ateliers thématiques fera l'objet d'un relevé immédiatement mis à disposition sur l'extranet de la CNSA. Ces relevés ont vocation à faire office de « guides pratiques » à l'usage de l'ensemble des services.

- Pour faciliter la coordination entre services et le travail en cercle de compétences, chaque DRASS doit désigner **un correspondant « convention »** dont les coordonnées électroniques doivent être communiquées sans délai à l'adresse [sos-conventionEHPAD@cnsa.fr](mailto:sos-conventionEHPAD@cnsa.fr). Ces coordonnées seront transmises à tous les autres correspondants régionaux.

Vous pouvez dès à présent réagir en adressant vos premiers cas illustrant les difficultés rencontrées ([sos-conventionEHPAD@cnsa.fr](mailto:sos-conventionEHPAD@cnsa.fr) – [frederique.chadel@sante.gouv.fr](mailto:frederique.chadel@sante.gouv.fr) . Un formulaire d'inscription concernant les 4 propositions d'ateliers thématiques vous sera adressé très prochainement par la CNSA.

Le directeur général de l'action sociale,

**Signé JJ Trégoat**

Jean-Jacques TREGOAT