

# Réforme de la tarification des Ehpad : point d'étape

Note Uniopss 16/07/09

Une réforme de la tarification est à l'œuvre dans le secteur social et médico-social (voir note Uniopss sur cette réforme<sup>1</sup>). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont les premiers concernés.

En effet, des textes réglementaires sont déjà parus pour ces structures : un arrêté fixant les tarifs plafonds et les règles de convergence tarifaire, un arrêté sur la réintégration des médicaments dans les dotations soins et un projet de décret relatif à leur tarification est en cours d'élaboration.

Les Ehpad avaient connu en 1999 une réforme de leur tarification en profondeur. Ce système avait été modifié en 2001 et se voit, aujourd'hui, à nouveau profondément réformé, dans un sens qui remet en cause les fondamentaux que nous défendons, basés sur un financement partant des besoins des personnes.

Le dispositif aujourd'hui envisagé – dénommé « tarification à la ressource » - se basant sur « les besoins des personnes », met à mal le principe de l'étanchéité tarifaire entre les 3 sections (hébergement, dépendance, soins), en impactant fortement le tarif hébergement et le reste à charge pour l'utilisateur.

**Le décret en projet indique que les dispositions qu'il contient entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Les nouvelles dispositions tarifaires ne seront donc pas applicables pour le budget prévisionnel 2010 – hormis les tarifs plafonds et les règles de convergence tarifaire.**

Cette note fait le point sur ces différentes dispositions. Elle est à jour au 16 juillet 2009 et a vocation à évoluer, en fonction de l'avancée des textes législatifs et réglementaires.

Plus précisément, la note présente :

- L'organisation tarifaire des Ehpad (tarif hébergement – habilitation ou non à l'aide sociale -, forfait dépendance et forfait soins),
- Les règles de calcul des tarifs plafonds soins et de mise en place de la convergence tarifaire,
- Les dispositions tarifaires et la procédure budgétaire prévue dans le projet de décret : transmission d'un EPRD, modalités de calcul des forfaits soins et dépendance, l'outil Pathos, disparition de la procédure contradictoire, comptes d'emploi, etc.

*Les parties grisées recouvrent les nouveautés prévues par le projet de décret tarifaire, qui seraient applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2010.*

## Sommaire

### I. Les trois différents tarifs des Ehpad

1. Tarif journalier afférent à l'hébergement
2. Forfait global relatif à la dépendance
3. Forfait global relatif aux soins
4. Dépenses exclues des trois tarifs

### II. Précisions sur les règles tarifaires et budgétaires

1. Règles de calcul des tarifs plafonds
2. Modalités de convergence tarifaire des Ehpad en dépassement des valeurs plafonds
3. EPRD
4. Disparition de la procédure contradictoire
5. Suppression de l'opposabilité financière des conventions collectives
6. Réintégration des médicaments dans les dotations soins des Ehpad
7. Prise en charge des frais de remplacement des personnels soignants participant à des actions de formation
8. Reprise de déficit
9. Comptes d'emploi
10. Versement de l'APA aux Ehpad sous forme de forfait global

<sup>1</sup> Fiche 50943  
ALB/ML'H/AV/160709

11. Accueil temporaire en Ehpad : expérimentation tarifaire
12. Capacité d'autofinancement (CAF)
13. Plan pluriannuel de financement / équilibres financiers
14. Contenu du budget et du rapport budgétaire
15. Dépenses prises en charge par l'aide sociale départementale
16. Indicateurs
17. Autorisation de prise en charge des frais de siège dans le cadre d'un Cpom
18. Tarif hébergement et forfait dépendance pour l'APHP
19. Hébergement temporaire / Accueil de jour / Alzheimer

### III. Annexes

1. Calcul du Pathos
2. Questions à la DGAS
3. Projet de décret relatif à la tarification des Ehpad au 29/06/09
4. Courrier de la DGAS pour une réunion le 10/07/09 concernant le projet de décret
5. Note de l'Uniopss à la DGAS en vue de la réunion du 10/07/09 sur le projet de décret tarifaire (l'Uniopss n'étant présente)
6. Liste du petit matériel médical
7. Liste du matériel médical amortissable

*Document en complément de cette note : Récapitulatif des articles concernés par le projet de décret.*

<b>Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa)</b>	Etablissement médicalisé, supérieur à 25 places Personnes âgées peu ou pas dépendantes
<b>Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)</b>	Etablissement médicalisé, supérieur à 25 places Personnes âgées dépendantes
<b>Petite unité de vie (Puv)</b>	Ehpa ou Ehpad inférieur à 25 places Moins de 25 places Personnes âgées dépendantes Régime dérogatoire de prise en charge des soins
<b>Foyers logements</b>	Groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs Pas de nombre limité de places Régime dérogatoire de prise en charge des soins
<b>Hébergement temporaire pour personnes âgées</b>	Au sein d'un Ehpad ou organisé en unité autonome (Puv) Durée limitée d'accueil Personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis Régime spécifique de prise en charge des soins
<b>Accueil de jour</b>	Au sein d'un Ehpad ou organisé en unité autonome (Puv) Régime spécifique de prise en charge des soins

## I. LES TROIS DIFFERENTS TARIFS DES EHPAD

---

La tarification des Ehpads s'organise autour de trois sections d'imputation tarifaire :

- un tarif journalier afférent à l'hébergement,
- un forfait global relatif à la dépendance,
- ainsi qu'un forfait global relatif aux soins.

**Les ressources afférentes aux soins et à la dépendance sont désormais forfaitisées ;** il n'existe donc plus de dotation globale calculée sur la base des charges autorisées.

**Les règles de calcul de ces tarifs en sont donc modifiées.**

### Article R.314-158 modifié

« Les prestations fournies par les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de L.313-12 comportent :

- 1) Un forfait global relatif aux soins en application du 1° de l'article L.314-2
- 2) Un forfait global relatif à la dépendance en application du 2° de l'article L.314-2
- 3) Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement fixés par le président du conseil général et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées en application du 3° de l'article L.314-2 ;
- 4) Des tarifs journaliers pour les résidents non admis à l'aide sociale en application du dernier alinéa de l'article L.314-2.

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement comprennent la taxe à la valeur ajoutée applicable. Ils sont versés à terme à échoir ».

Les personnes âgées dépendantes sont classées en groupe iso-ressources (GIR), de 1 à 6, 1 représentant le plus haut niveau de dépendance

Pour les EHPAD, le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents de l'établissement, dénommé « Gir moyen pondéré » (GMP), influence sur les dépenses des sections dépendance et soins.

### 1. Tarif journalier afférent à l'hébergement

Nouvelles règles de tarification de l'hébergement :

- Le tarif hébergement est opposable aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement
- Les règles d'actualisation sont précisées
- Il n'y a plus de distinction entre les établissements habilités totalement ou partiellement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

❖ **Contenu / Financeur du tarif / Convention sociale / Deux cas de figure : habilitation totale ou partielle à l'aide sociale ou non habilitation / Règles tarifaires**

#### 1.1. Contenu

Le tarif journalier afférent à l'hébergement ne se calcule plus en additionnant un ensemble de prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, etc. ; le tarif **recouvre désormais l'ensemble des prestations non couvertes par les forfaits soins et dépendance.**

### Article R.314-159 modifié

« Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement d'un établissement relevant du I de l'article L.313-12 recouvrent l'ensemble des prestations de l'établissement non couvertes par le forfait global de soins mentionné à l'article R.314-111 du présent code et par le forfait global afférent à la dépendance mentionné au II de l'article R.314-171 du présent code. Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie ».

## 1.2. Financier du tarif

Ce tarif est à la charge de la personne accueillie et des personnes qui sont tenues envers elles à l'obligation alimentaire. En cas d'insuffisance de ressources, l'aide sociale du département peut sous certaines conditions prendre en charge une partie du tarif.

A noter que le 2° de l'article R 131-4 du CASF modifie les règles de versement des allocations d'aide sociale servies aux résidents des établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées : elles sont dorénavant **versées à terme à échoir** (en début de période), et non plus à terme échu (en fin de période).

## 1.3. Deux cas de figure

### Convention d'aide sociale

#### Article D.342-2 modifié

« Une convention d'aide sociale, d'une durée maximale de cinq ans est conclue entre le représentant de l'Ehpad habilité totalement ou partiellement à l'aide sociale aux personnes âgées et le président du conseil général.

Cette convention peut être une annexe de la convention tripartite prévu au I de l'article L.313-12 ou au Cpom prévu au même article .

Cette convention mentionne notamment :

- Les catégories de publics que l'établissement s'engage à accueillir ;
- La nature des actions qu'il conduit au bénéfice de ces publics ;
- Les conditions d'admission et de réservation des places des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Les modalités de coordination avec les services sociaux aux fins de faciliter l'admission des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Les modalités selon lesquelles sont assurés les soutiens sociaux aux bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Les montants des tarifs pris en charge par l'aide sociale, leurs règles de calcul et de revalorisation ».

### A) Règles tarifaires des établissements qui sont habilités « totalement ou partiellement » à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

#### Article L314-2 du CASF

Depuis la LFSS pour 2009, cet article dispose que les **tarifs hébergement des résidents non admis au bénéfice de l'aide sociale** dans les Ehpad habilités partiellement ou totalement à l'aide sociale **évoluent dans les mêmes conditions** que ceux des établissements non habilités et sont soumis au taux d'augmentation fixé annuellement par arrêté du ministère des finances.

#### a) Calcul du tarif journalier afférent à l'hébergement

#### Introduction d'un nouvel article D.314-175

« Calcul du tarif journalier :

*I – Dans les établissements publics ou privés **habilités totalement ou partiellement** à l'aide sociale aux personnes âgées, sans préjudice de la mise en œuvre des articles R.314-61, R.314-85 et R.314-86 et de la non prise en compte des dépenses pouvant être qualifiées d'excessives et d'abusives en application du 4° de l'article R.314-22 , **le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement est calculé en divisant, par le nombre de journées prévisionnelles des personnes hébergées dans l'établissement, le montant de toutes les charges d'exploitation dudit établissement diminuées de tous les produits d'exploitation et de tous les produits de la tarification autres que ceux afférent à l'hébergement.***

*La quote-part de frais de siège éventuellement imputable à l'établissement en vertu des dispositions du sous-paragraphe 3 du paragraphe 4 de la sous-section 2 de la présente section, est imputée sur les charges prises en considération pour le calcul du tarif journalier moyen afférent à l'hébergement.*

*Le tarif moyen hébergement ainsi calculé chaque année est **fixé par arrêté du président du conseil général** du lieu d'implantation de l'établissement et il est **opposable aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.***

Autre hypothèse :

Fixation automatique du tarif aide sociale de l'année n sur la base du prix de revient journalier résultant des dernières dépenses nettes afférentes à l'hébergement acceptées au dernier compte administratif par le conseil général.

Ce tarif journalier hébergement aide sociale constatée de n-2 est ensuite majorée du taux DGCRF de n+1 et de n.

Exemple prix de revient journalier hébergement 2001 = prix de revient journalier hébergement résultant du CA 2008 \* par taux DGCRF<sup>2</sup> 2009 \* taux DGCRF 2010

Le tarif journalier du résident admis à l'aide sociale est celui qui a été fixé par le président du conseil général et qui est en cours le jour de leur entrée dans l'établissement. Ce tarif est **revalorisé lors du séjour dudit résident dans l'établissement en appliquant le taux d'évolution fixé par l'arrêté** prévu à l'article L.342-3.

II - En application du dernier alinéa de l'article L.314-2, les résidents non admis à l'aide sociale, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code.

III - Les tarifs afférents à l'hébergement sont **payés mensuellement à terme à échoir**.

IV - En application de l'article R.131-4, les tarifs afférents à l'hébergement des bénéficiaires de l'aide sociale départementale sont payés à terme à échoir, mais peuvent faire l'objet en application de l'article R.314-115 d'un prix de journée globalisé fixé par arrêté du président du conseil général ».

Pour résumer, dans ces Ehpad totalement ou partiellement habilités à l'aide sociale :

Fixation tarif hébergement	1ère année	Années suivantes
<b>Bénéficiaire de l'aide sociale</b>	fixé par arrêté du conseil général	revalorisé par un taux d'évolution fixé par arrêté
<b>Non bénéficiaire de l'aide sociale</b>	liberté des prix la 1ère année ; fixé contractuellement entre le gestionnaire et la personne accueillie ou son représentant légal	encadré par le ministère des finances

#### b) Résidents admis à l'aide sociale de moins de soixante ans

##### **Article R.314-189 abrogé**

Le prix de journée fixé par le Président du Conseil général n'est donc plus calculé comme suit : le montant total des charges nettes des sections tarifaires hébergement et dépendance divisé par le nombre de journées prévisionnelles annuelles pour l'ensemble des résidents de l'établissement.

##### **Introduction d'un nouvel article D.314-176**

Désormais, le tarif journalier hébergement d'un résident à l'aide sociale de moins de soixante ans est égal au **tarif journalier moyen afférent à l'hébergement et au tarif afférent à la dépendance de l'établissement**.

« Le tarif journalier hébergement d'un résident admis à l'aide sociale de moins de soixante ans dans un établissement relevant du I de l'article L.313-12 est égal à **l'addition** :

a) **du tarif journalier moyen afférent à l'hébergement** calculé en application de l'article D.314-175

<sup>2</sup> DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.  
ALB/ML'H/AV160709

b) **du tarif afférent à la dépendance de l'établissement** prévu au III de l'article R.314-168 du groupe GIR dans lequel il est classé en application de l'article R.314-169 ».

### c) Absence du résident

Lorsque la personne s'absente plus de 72 heures, la réglementation prévoit qu'elle n'a pas à acquitter l'intégralité du tarif hébergement. Les charges variables de restauration et d'hôtellerie doivent être déduites pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale. Le gestionnaire doit donc se référer à ce document pour connaître la déduction qu'il doit opérer. Si l'absence de plus de 72 heures est liée à l'hospitalisation de la personne, la minoration du tarif hébergement doit tenir compte du montant du forfait hospitalier (article R. 314-204 du CASF).

## B) Règles tarifaires des établissements non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

### a) Possibilité de modulation du tarif hébergement fixé par le président du Conseil général

Le tarif hébergement (pour les Ehpad tarifés) peut être modulé en fonction des caractéristiques des prestations offertes aux personnes accueillies. Cette possibilité ne vise pas à accroître les recettes de l'établissement mais à les répartir différemment entre les résidents.

Il convient de noter que le choix de recourir ou non à cette modulation doit se faire à la lumière des valeurs portées par l'institution.

L'initiative d'une telle modulation ne semble appartenir qu'au gestionnaire de l'établissement et suppose l'accord du président du conseil général. En effet, c'est ce dernier qui doit fixer les tarifs ainsi modulés dans l'arrêté de tarification.

### **Article R.314-182 devient l'article D.314-177 (attention restent des alinéas à abroger : 11<sup>ème</sup>/12<sup>ème</sup>/13<sup>ème</sup>)**

« Le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'organisme gestionnaire afin de tenir compte notamment :

- 1° Du nombre de lits par chambre ;
- 2° Des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- 3° De la localisation et du confort de la chambre ;
- 4° De la non-utilisation du service de restauration collective de l'établissement ;
- 5° De la non-utilisation du service de blanchisserie de l'établissement ;
- 6° De l'accueil temporaire ;
- 7° De l'accueil de jour ;
- 8° Pour les personnes dont la mesure de protection des majeurs est confiée à un agent désigné en application de l'article L. 472-6, des surcoûts nets afférents aux charges de personnel de cet agent diminués des participations financières des personnes protégées en application de l'article L. 471-5.

Dans le cas où l'accueil de jour ne fait pas l'objet d'un budget annexe ou d'un budget spécifique, le tarif de l'accueil de jour est constitué, d'une part d'un tarif hébergement modulé en application du présent article et d'autre part, du tarif dépendance correspondant au groupe iso-ressources de la personne concernée minoré d'un taux fixé par le président du conseil général.

Sur proposition du directeur de l'établissement, le président du conseil général arrête les tarifs ainsi modulés après s'être assuré :

- 1° Que ces derniers ne génèrent pas de recettes supérieures à celles qu'aurait entraînées l'application uniforme à tous les hébergés du tarif journalier moyen afférent à l'hébergement défini à l'article R. 314-180 ;
- 2° Que les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ne font pas l'objet d'une quelconque discrimination.

Lorsque le nombre de places d'accueil de jour est supérieur au seuil fixé par le décret pris en application du II de l'article L. 313-12, cet accueil de jour doit faire l'objet, soit d'un budget annexe, soit d'un budget spécifique.

Les logements foyers qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, et qui ont conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12, peuvent continuer de percevoir la redevance, définie aux articles R. 353-156 à R. 353-159 du code de la construction et de l'habitation, correspondant aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement ».

Pour résumer, dans ces Ehpad non habilités à l'aide sociale :

Fixation tarif hébergement	Première année	Années suivantes
Etablissement non habilité	Tarif fixé par voie de contrat de séjour entre le gestionnaire de l'établissement et la personne âgée ou son représentant légal	Tarif évoluant dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté interministériel

#### b) Règles spécifiques aux résidents de moins de 60 ans

Les règles qui s'appliquent sont les mêmes que pour les établissements totalement ou partiellement habilités (voir b) du A) Etablissements totalement ou partiellement habilités).

#### c) Absence du résident

Les règles qui s'appliquent sont les mêmes que pour les établissements totalement ou partiellement habilités (voir c) du A) Etablissements totalement ou partiellement habilités).

## 2. Forfait global relatif à la dépendance

### ❖ Contenu / Financier du tarif / Règles tarifaires

Le forfait suivant entre en vigueur au moment du renouvellement de la convention tripartite (prévue à l'article L.313-12 du CASF) qui précise l'organisation de la prise en charge de la dépendance que l'EHPAD s'engage à mettre en place et le nombre et la qualification des personnels qu'il s'engage à mettre au service des résidents.

**Pour les EHPAD qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, n'auraient pas renouvelé leur convention tripartite**, leurs tarifs journaliers dépendance 2009 sont reconduits selon des règles fixées par arrêtés du président du conseil général jusqu'à ce qu'ils concluent une nouvelle convention (*article R.314-167 du projet de décret*).

Le projet de décret prévoit aussi d'intégrer une partie des **dépenses d'animation dans le tarif dépendance**.

#### 2.1 Contenu

**Le forfait global afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir.** Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance (*article R.314-160 du projet de décret*).

#### 2.2 Financier du tarif

Les tarifs dépendance sont à la charge des personnes âgées, éventuellement solvabilisées en partie par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Pour les personnes admises à l'aide sociale départementale, le « talon modérateur » peut sous certaines conditions être financé par le département.

a) Calcul et modalités

**Nouvel article R.314-167**

Forfait global relatif à la dépendance perçu au moment du renouvellement de la convention tripartite ou de la conclusion d'un Cpom :

- Déterminé par le président du conseil général
- Prend en compte le niveau de dépendance moyen de l'établissement

**Nouvel article R.314-168**

L'arrêté annuel de tarification du président du conseil général fixe :

- Le montant du forfait global afférent à la dépendance,
- Les montants des tarifs journaliers afférents à la dépendance pour les GIR 1 et 2, les GIR 3 et 4 et pour les GIR 5 et 6,
- Le montant de sa quote-part du forfait global afférent à la dépendance qu'il doit verser selon les règles des articles R.314-107 et R.314-108 (règles de versement de la dotation).

Il ne peut couvrir que:

- 1° Les fournitures et prestations de services hôtelières liées à la prise en charge de la dépendance ;
- 2° Les charges nettes relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide, le soutien social et l'animation sociale aux personnes hébergées dépendantes ;
- 3° des charges nettes de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui, d'une part, sont diplômés ou en cours de formation, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle, dans un centre agréé et, d'autre part, exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ; ainsi que leurs charges sociales et fiscales ;
- 4° Les amortissements du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation ;
- 5° Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues lorsque l'établissement a opté pour le forfait global relatif aux soins prévu au III de l'article R.314-162 ».

Le tarif prend en compte le **niveau de dépendance moyen de l'établissement** :

- Si d'une année à l'autre le GMP augmente de 20 points ou moins : l'autorité de tarification ne prend pas en compte cette évolution et elle en reste à la valeur du GMP de l'année précédente
- Au-delà de 20 points : elle en tire des conséquences dans l'allocation des ressources
- Si GMP inférieur à l'année précédente : rien n'est précisé.

**Résidents ayant conservé leur domicile de secours :**

« Le montant du forfait est réduit du montant prévisionnel des participations des résidents prévu au premier alinéa de l'article L.232-8 et à l'article R.232-19 et des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposables aux autres départements dans lesquels certains résidents ont conservé leur domicile de secours. »

b) Valeur nette du point de l'établissement

**Nouvel article R.314-171**

**Valeur nette du point de l'établissement afférent à la dépendance** : montant des charges nettes afférentes à la dépendance définies à l'article R.314-167, divisé par le nombre de points d'un établissement calculé conformément à la colonne C de l'annexe 3-6.

**Valeur nette du point de l'établissement relatif aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques** : montant des charges relatives aux dépenses d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques, divisé par le nombre de points d'un établissement dans ses groupes calculé conformément à la colonne C de l'annexe 3-6.

Ces données sont incluses **dans le tableau de bord d'indicateur pour les EHPAD** prévu à l'article R.314-28. Elles sont communiquées au directeur général de l'ARS.

**Article R.314-172 modifié**

**Valeur nette moyenne départementale du point relatif à la dépendance concernant les établissements du département** : quotient des charges nettes, constatées au dernier compte d'emploi entrent dans le calcul du forfait global relatif à la dépendance, par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6, issu de la valorisation prévue au premier alinéa de l'article R. 314-171 pour le même exercice.

c) Suppression de la clé de répartition 70 / 30 pour les AS et AMP

**Article R.314-164 est abrogé**

Les charges de personnels aides-soignants et aides médico-psychologiques, ainsi que leurs charges sociales et fiscales, ne sont plus réparties sur les tarifs dépendance et soins selon la clef suivante : 30 % sur le tarif dépendance et 70 % sur le tarif soins.

d) Convergence tarifaire

**Article R.314-173 modifié**

Dans le cadre de la politique de convergence tarifaire, le décret prévoit une formule de calcul mécanique du forfait global dépendance avec obligation pour l'EHPAD de résorber l'écart sur une durée maximale de 5 ans dans le cadre de la convention tripartite, dans le cas où les produits de la tarification afférents à la dépendance versés par le département tarificateur avant la mise en œuvre des dispositions du présent article, seraient supérieurs à ceux résultant de son application lors du prochain exercice.

Forfait global dépendance = Valeur départementale du point relatif à la dépendance multiplié par GMP. A ce chiffre, on enlève la participation des personnes et les quotes-parts de tarifs dues par les départements qui sont domicile de secours de certains résidents.

e) Nombre de tarifs applicables

Le tarif dépendance varie en fonction de l'état de la personne âgée. Plus la personne sera dépendante, plus le tarif qu'elle devra acquitter sera élevé. Depuis mai 2001, le nouveau mode de calcul mutualisait les tarifs par deux. Trois tarifs étaient fixés : un pour les GIR 1 et 2, un autre pour les GIR 3 et 4 et un dernier pour les GIR 5 et 6.

Avec l'abrogation de l'article R.314-165 et le nouvel article R.314-168, le mode de calcul du tarif afférent à la dépendance est modifié.

**Nouvel article R.314-168**

**Pour les GIR 1 ET 2**

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance opposables aux résidents des autres départements que celui qui tarifie, sont calculés en application de la cotation de la colonne C de l'annexe 3-6. en multipliant la valeur du point GIR relatif à la dépendance obtenue au a) du II par 1040.

**Pour les GIR 3 et 4**

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance opposables aux résidents des autres départements que celui qui tarifie, sont calculés en application de la cotation de la colonne C de l'annexe 3-6. en multipliant la valeur du point GIR relatif à la dépendance obtenue au a) du II par 660.

**Pour les GIR 5 et 6**

- Le forfait global relatif à la dépendance est divisé par le nombre total de points GIR de l'établissement déterminé en application des articles R.314-169 et R.314-170
- La valeur du point GIR relatif à la dépendance obtenue au a) est ensuite multipliée par 280 en application de la cotation de la colonne C de l'annexe 3-6.

f) Règles spécifiques aux résidents de moins de 60 ans

Les règles qui s'appliquent sont les mêmes que pour les établissements totalement ou partiellement habilités (voir c) du A) Etablissements totalement ou partiellement habilités).

g) Absence du résident

Comme pour le tarif hébergement, des règles tarifaires sont désormais prévues en cas d'absence du résident pour la partie dépendance (alors que la réglementation actuelle ne l'aborde que pour le tarif hébergement) :

- Actuellement : une lettre ministérielle du 3 mai 2002, validée par le Conseil d'Etat, prévoit la non facturation du tarif dépendance dès le premier jour d'absence justifiée (lettre à laquelle l'Uniposs et d'autres organisations avaient manifesté leur opposition).
- Ce que prévoit le projet de décret : **en cas d'hospitalisation avec hébergement, le tarif dépendance n'est pas facturé** et en cas d'absence pour convenances personnelles d'un résident, dès lors qu'elle dépasse 72h, son tarif dépendance ne lui est pas facturé à condition qu'il en ait informé préalablement l'établissement (V, article R.314-168 du projet de décret).

### 3. Forfait global relatif aux soins

#### ❖ Contenu / Règles tarifaires

Le forfait suivant entre en vigueur au moment du **renouvellement de la convention tripartite** qui précise l'organisation des soins que l'EHPAD s'engage à mettre en place et le nombre et la qualification des personnels qu'il s'engage à mettre au service des résidents. Dans la stricte limite du forfait global, l'établissement pourra opposer à l'assurance maladie les dépenses qui ont vocation à être supportées par le tarif soins (I de l'article R.314-162 du projet de décret).

Pour les EHPAD qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, n'auront pas renouvelé leur convention tripartite, **leur dotation globale soins 2009 sera reconduite selon des règles fixées** par arrêté jusqu'à ce qu'ils concluent une nouvelle convention (IV de l'article R.314-162 du projet de décret).

#### 3.1 Contenu

Ce forfait, déterminé par le directeur général de l'ARS et prenant en compte le niveau de dépendance moyen de l'établissement et les besoins en soins médico-techniques des résidents dans le cadre d'un barème fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, **recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés au niveau de perte d'autonomie** des personnes accueillies (*articles R. 314-161 et R.314-162 du CASF modifié par le projet de décret*).

#### 3.2 Règles tarifaires

##### a) Calcul du forfait

##### **Article R.314-162 modifié par le projet de décret**

**Règle de calcul mécanique du forfait global soins en fonction d'un barème national** (en fonction du GMPS) :

- Evolution du GMPS inférieur ou égale à 50 points : l'autorité de tarification peut en rester à l'ancien GMPS
- Evolution de plus de 50 points : l'autorité prend en compte la nouvelle valeur pour calculer le forfait global soins
- GMPS inférieur à celui de l'année précédente : rien n'est précisé.

En cas de **sous consommation pendant trois années consécutives ou de consommation non conforme à la finalité des financements** : système de reversement avec, en cas de désaccord, possibilité de recours devant le TITSS.

##### b) Tarif global / tarif partiel : suppression du droit d'option entre ces 2 tarifs (article R. 314-167 abrogé)

##### **Article R.314-162 du projet de décret**

« II- A l'occasion du prochain renouvellement de la convention tripartite ou de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12 qui dépassent un niveau, fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, de groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS) calculé en application de l'article R314-163, perçoivent un forfait global relatif aux soins en application du 1° de l'article L.314-2 qui, dans la stricte limite dudit forfait global relatif aux soins arrêté par l'autorité de tarification compétente, ne peut couvrir que :

- 1° Les charges nettes relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et aux fournitures médicales ;
- 2° Les charges nettes relatives à l'emploi de personnel médical et d'auxiliaires médicaux relevant du code de la santé publique assurant les soins à l'exception des diététiciens ;
- 3° des charges nettes de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui, d'une part, sont diplômés ou en cours de formation, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle, dans un centre agréé et, d'autre part, exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ; ainsi que leurs charges sociales et fiscales ;
- 4° L'amortissement du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées;
- 5° les médicaments dans les conditions prévues à l'article L. 314-8
- 6° les rémunérations versées au médecin coordonnateur et aux infirmiers libéraux ;
- 7° les rémunérations versées, aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie dont les caractéristiques sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.
- 8° Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;

III - Les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12 qui ne dépassent le niveau de GIR moyen pondéré « soins » (GMPS) mentionné au II, peuvent opter pour la perception d'un forfait global relatif aux soins couvrant :

- 1° Les charges nettes relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et aux fournitures médicales ;
- 2° Les charges nettes relatives à l'emploi de personnel médical et d'auxiliaires médicaux relevant du code de la santé publique assurant les soins à l'exception des diététiciens ;
- 3° des charges nettes de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui, d'une part, sont diplômés ou en cours de formation, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle, dans un centre agréé et, d'autre part, exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ; ainsi que leurs charges sociales et fiscales ;
- 4° L'amortissement du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées;
- 5° Les médicaments dans les conditions prévues à l'article L. 314-8
- 6° Les rémunérations versées au médecin coordonnateur et aux infirmiers libéraux ».

### c) Analyse des besoins en soins = coupe Pathos

#### **Article R.314-163**

« I - L'analyse transversale des besoins en soins requis des résidents des établissements relevant du I de l'article L.313-12 est faite en utilisant le référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée mentionné au III de l'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

II - Cette analyse transversale est effectuée par le médecin coordonnateur de l'établissement qui la transmet pour contrôle et validation au praticien conseil de la caisse d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale.

En cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le praticien conseil de la caisse d'assurance maladie, la commission médicale mentionnée au troisième alinéa de l'article R.314-169 détermine le « pathos moyen pondéré » (PMP) de l'établissement.

III - L'analyse transversale prévue au I donne lieu à une cotation en points permettant d'obtenir le « pathos moyen pondéré » de l'établissement, lequel est ensuite multiplié par un coefficient de 2,59.

IV - Le total de points obtenu au III du présent article est ajouté à celui ayant permis de calculer le groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré en application de l'article R.314-169 afin de déterminer le groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS) ».

#### d) Nature des dépenses de soins prises en compte dans le tarif ou exclues de celui-ci

Les honoraires des médecins spécialistes libéraux et les dispositifs médicaux (mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique) ainsi que la rémunération du psychologue (article R. 314-162 du projet de décret) **ne sont plus à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie** et peuvent donc être pris en compte dans le calcul du forfait global relatif aux soins. En effet, sont abrogés les 5° et 7° de l'art. R.314-168 ci-dessous :

« 5° Les dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique autres que ceux mentionnés aux a) et c) du III de l'article R. 314-162 en fonction du droit d'option tarifaire retenu par l'établissement ;

7° Les honoraires des médecins spécialistes libéraux ».

L'article R. 314-162 modifié par le projet de décret prévoit que la rémunération du psychologue, qui était auparavant prise en charge par le tarif dépendance, soit transférée au tarif soins.

**L'article R.314-168 devient le R.314-165**, après abrogation des alinéas 5° et 7° cités ci-dessus  
**« Sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale ou de l'aide médicale, mais ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins, les prestations suivantes :**

1° Les soins avec ou sans hébergement mentionnés au 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique incluant les prises en charge au sein des structures de soins alternatives à l'hospitalisation définies à l'article R. 712-2-1 et les prestations visées à l'article R. 712-2-2 du code de la santé publique ;

2° Les séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;

3° Les interventions in situ des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie générale définis aux articles R. 3221-1 et R. 3221-5 du code de la santé publique ;

4° Les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés tant en établissement de santé qu'en cabinet de ville ;

5° Les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds définis au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique, lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne ;

6° Les transports sanitaires.

**Ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents à la dépendance, à l'hébergement et aux soins, les prestations suivantes :**

1° Les frais d'inhumation des pensionnaires ;

2° Les frais couverts par un organisme mutualiste mentionné à l'article L. 111-1 du code de la mutualité ;

3° La participation de l'assuré social aux frais de soins mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;

4° Les dotations aux amortissements et aux provisions pour congés à payer et charges sociales et fiscales y afférents, dont les modalités ne respectent pas les règles de l'instruction comptable des établissements publics sociaux et médico-sociaux ».

#### e) Abrogation du « clapet anti-retour »

Les établissements sont en situation dite de « clapet anti-retour » quand le **montant total des produits de l'assurance maladie 2001 (F1) excède les charges de soins 2002 (F2)**. C'est la différence F1-F2 qu'on convient d'appeler « montant du clapet anti-retour ». Ceci est valable qu'il s'agisse d'un établissement autonome ou d'une unité rattachée à un établissement hospitalier.

L'abrogation du « clapet anti-retour » dans les Ehpad est due à la mise en œuvre des dispositions prises par la LFSS et de la convergence tarifaire (article R.314-188 abrogé)<sup>3</sup> ; les établissements les plus dotés verront leur évolution de tarif diminuer, par contre le « rattrapage » des actuels sous dotés apparaît moins clairement.

## 4. Dépenses exclues des trois tarifs

### Article R 314-168 du CASF **devient R.314-165**

« Ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents à la dépendance, à l'hébergement et aux soins, les prestations suivantes :

- les frais d'inhumation des pensionnaires ;
- les frais couverts par un organisme mutualiste mentionné à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité ;
- la participation de l'assuré social aux frais de soins mentionnée à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- les dotations aux amortissements et aux provisions pour congés à payer et charges sociales et fiscales y afférents, dont les modalités ne respectent pas les règles de l'instruction comptable des établissements publics sociaux et médico-sociaux.

En plus des dépenses exclues du calcul des trois tarifs, et quel que soit le tarif soins choisi par l'établissement, les prestations suivantes en sont exclues et font l'objet d'une **prise en charge par l'Assurance maladie** dans les conditions de droit commun (article R 314-168 du CASF :

- les soins de court séjour à l'hôpital avec ou sans hébergement y compris les prises en charge au sein de structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
- les séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;
- les interventions in situ des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs psychiatriques.
- les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés tant en établissement de santé qu'en cabinet de ville ;
- les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds ;
- les transports sanitaires ».

<sup>3</sup> Décret 2008-1500 du 30 décembre 2008 relatif à la réglementation financière et budgétaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux, fiche 47472

## II. Précisions sur les règles tarifaires et budgétaires

---

### 1. Règles de calcul des tarifs plafonds

*Arrêté du 26 février 2009<sup>7</sup>, modifié par l'arrêté du 24 avril 2009, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds pour la partie soins et les valeurs plafonds pour 2009, ainsi que les modalités de convergence des Ehpad en dépassement*

**1.1** Pour les établissements utilisant le référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée<sup>8</sup> :

Tarif plafond à la place afférent aux soins

= valeur annuelle du point \* [(GIR moyen pondéré + (PATHOS moyen pondéré \* 2, 59)]

**1.2** Pour les établissements n'utilisant pas le référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée :

Tarif plafond à la place afférent aux soins

= valeur annuelle du point \* [(GIR moyen pondéré + (PATHOS moyen pondéré fixé par référence à la valeur constatée nationalement l'année N – 1 par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) \* 2, 59)].

La valeur annuelle du point dépend, d'une part, de l'option tarifaire (tarif global ou partiel) retenue par l'établissement et, d'autre part, de l'installation ou non d'une PUI (pharmacie à usage intérieur).

Si le PMP n'est pas validé par la CRAM, on se base sur le PMP moyen national constaté par la CNAM. Pour l'année 2009, le PMP moyen national = 168.

Pour l'année 2009, les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds sont les suivantes :

Option tarifaire	avec PUI	sans PUI
Tarif global	12.83 euros	12.18 euros
Tarif partiel	9.89 euros	9.36 euros

Les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds sont majorées de 20 % dans les départements d'outre-mer.

*A noter :*

Le forfait global soins plafond est déterminé par arrêté au niveau national, alors qu'il l'était auparavant par circulaire : cela lui donne un caractère réglementaire et donc opposable.

### 2. Modalités de convergence tarifaire des Ehpad en dépassement des valeurs plafonds

*Arrêté du 26 février 2009, modifié par l'arrêté du 24 avril 2009, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds pour la partie soins et les valeurs plafonds pour 2009, ainsi que les modalités de convergence des Ehpad en dépassement*

---

<sup>7</sup> Arrêté du 26 février 2009, modifié par l'arrêté du 24 avril 2009, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre et la convergence tarifaire prévues à l'article L.314-3-II du CASF applicable aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L.313-12 du code précité.

<sup>8</sup> Référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

1. En 2009, pour les établissements dont le tarif afférent aux soins constaté en 2008 est supérieur au tarif plafond prévu, en fonction de l'option tarifaire applicable, le tarif journalier afférent aux soins est égal au tarif fixé en 2008 majoré de 0,5 % ;

2. Pour chacune des années 2010 à 2016, le tarif à la place afférent aux soins des établissements dont le tarif constaté en 2009 est supérieur au tarif plafond calculé est réduit chaque année dans une proportion telle que l'écart entre le forfait global relatif aux soins constaté au 31 décembre de l'année précédente et le forfait résultant de l'application du tarif plafond défini à l'article 1er pour l'année concernée soit diminué comme suit :

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Proportion de diminution du tarif</b>	1/7 de l'écart	1/6 de l'écart	1/5 de l'écart	1/4 de l'écart	1/3 de l'écart	1/2 de l'écart	Ecart totalement résorbé

Lorsqu'au cours de la même période le tarif moyen à la place afférent aux soins d'un établissement devient supérieur au tarif plafond calculé dans les conditions fixées à l'article 1er, ce tarif est réduit les années suivantes selon les modalités fixées précédemment de telle sorte que l'écart avec le tarif plafond soit résorbé en 2016.

Les établissements soumis à ces dispositions peuvent cependant convenir d'un échancier différent avec l'autorité de tarification, dans le cadre de la convention pluriannuelle, mentionnée à l'article L.313-12 du CASF, ou par avenant à celle-ci. Le délai maximum est fixé à sept exercices budgétaires et au plus tard au 31 décembre 2016.

Exemple :

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Forfait global relatif aux soins constaté en N-1</b>	200	196.43	193.03	189.83	186.87	184.25	182.13
Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Forfait résultant du tarif plafond en N</b>	175	176	177	178	179	180	181
<b>Ecart</b>	200-175 = 25	196.43-176 = 20.43	193.03-177 = 16.03	189.83-178 = 11.82	186.87-179 = 7.87	184.25-180 = 4.25	182.13-181 = 1.13
<b>Proposition de diminution du tarif</b>	25*1/7 = 3.57	20.43*1/6 = 3.40	16.03*1/5 = 3.20	11.83*1/4 = 2.96	7.87*1/3 = 2.62	4.25*1/2 = 2.12	= 1.13
<b>Tarif à appliquer pour N</b>	200-3.57 = 196.43	196.43-3.40 = 193.03	193.03-3.20 = 189.83	189.83-2.96 = 186.87	186.87-2.62 = 184.25	184.25-2.12 = 182.13	182.13-1.13 = 181

➤ Tarif à appliquer pour l'année 2011, par exemple :

- Forfait global relatif aux soins constaté en 2010 = Tarif appliqué en 2009 soit 196.43

- Forfait résultant du tarif plafond 2011 = fixé par arrêté ministériel en 2011= 176
- Ecart = 196.43 – 176 = 20.43
- Proposition de diminution de tarif = écart \* (1/6) = 20.43 \* 1/6 = 3.40  
(Se référer au tableau des modalités de convergence)
- Tarif à appliquer en 2011 = forfait global relatif aux soins constaté en 2010 – proposition de diminution de tarif = 196.43 – 3.40 = 193.03

- En 2016, tarif à appliquer = forfait résultant du tarif plafond : l'écart est totalement résorbé et la convergence tarifaire appliquée.

### 3. EPRD

*Article R.314-34 et nouvel article R.314-19-1 du projet de décret*

Remplacement des documents budgétaires par un **EPRD** (état des prévisions des recettes et des dépenses, applicable dans le sanitaire) pour les ESMS concernés par les tarifs plafonds :

**« Les Ehpad mentionnés au I de l'article L.313-12 transmettent un état des prévisions de recettes et de dépenses conformément à l'article L.314-7-1 lorsque leurs différents tarifs pour l'année en cours ont été fixés. »**

Outil de prévision budgétaire et d'analyse financière, son contenu doit être fixé par voie réglementaire.

### 4. Disparition de la procédure contradictoire

*Article 63 LFSS 2009, articles L. 314-5 et L.314-7-1 du CASF :*

*Les deux premiers alinéas de l'article L. 314-5 ainsi que le 3° du I, le premier alinéa du II et le III de l'article L. 314-7 ne s'appliquent pas aux établissements et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales.*

Les Ehpad ne se voient donc plus appliquer les dispositions suivantes, liées à la procédure contradictoire et à la modification des prévisions de dépenses par l'autorité de tarification :

*Article L.314-5 :*

- Modification du montant global des recettes et dépenses prévisionnelles par le préfet de département ;
- Suppression ou diminution des prévisions de dépenses injustifiées ou excessives.

*Article L.314-7 :*

- Fixation du tarif au terme d'une procédure contradictoire, au plus tard 60 jours à compter de la notification des dotations ;
- L'autorité compétente du tarif ne peut modifier que :
  - Les prévisions de charges ou produits insuffisantes ou incompatibles avec les dotations de financement
  - Les prévisions de charges hors de proportion avec le service rendu ou les coûts

#### **Suppression de l'article R.314-3 dans le projet de décret**

Les **avis croisés** des différentes autorités de tarification des Ehpad **concernant les documents budgétaires sont supprimés** : suppression de la procédure consultative du président du conseil général sur les tarifs soins puisqu'il y a désormais une formule mécanique de fixation du tarif

### 5. Suppression de l'opposabilité financière des conventions collectives

*Article 63 de la LFSS, article L314-16 du CASF<sup>9</sup>*

<sup>9</sup> Loi de Finances et Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) : dispositions tarifaires, fiche 47604

L'opposabilité financière des conventions collectives, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des Ehpad (et ayant signé un Cpom ou une convention tripartite) est supprimée ; sans pour autant soustraire les établissements à l'obligation de les appliquer.

## **6. Réintégration des médicaments dans les dotations soins des Ehpad**

*Arrêté du 5 juin 2009 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999*<sup>10</sup>

Les débats parlementaires au cours du PLFSS ont permis d'obtenir que la mesure de réintégration des médicaments et produits pharmaceutiques introduite par le projet de loi soit subordonnée aux résultats d'une expérimentation conduite à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009 et pour une période maximale de deux ans. Le gouvernement devra remettre au parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2010. L'échéance prévue pour la réintégration est arrêtée par la loi au 1<sup>er</sup> janvier 2011 au plus tard, et cela en fonction du bilan de ces expérimentations.

Cette mesure vise l'ensemble des médicaments et produits pharmaceutiques inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux (art. L162-17 du Code de la Sécurité Sociale).

Par ailleurs la loi enjoint le gouvernement de fixer par arrêté ministériel la liste des spécialités pharmaceutiques coûteuses qui continueront à faire l'objet d'un remboursement direct aux assurés sociaux et qui ne seront donc pas à ce titre prises en compte dans les dotations soins des Ehpad.

Afin de lutter efficacement contre l'iatrogénie médicamenteuse, chaque Ehpad ne disposant pas de PUI désigne un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Celui-ci collabore avec les médecins traitants à l'élaboration de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dressée par le médecin coordonnateur en fonction du projet de soins de l'EHPAD. Cette liste de médicaments doit être établie par le médecin coordonnateur dans tous les Ehpad dotés ou non d'une PUI.

Un arrêté du 5 juin 2009 entérine cette disposition :

*« Art. 3. — En application de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs journaliers afférents aux soins, dénommés partiel et global, des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur ou qui sont membres d'un groupement de coopération sanitaire et des établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique comprennent, outre les charges prévues aux articles 1er et 2 du présent arrêté, les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L-5123-2 du code de la santé publique, à l'exclusion des médicaments réservés à l'usage hospitalier en application du 1° de l'article R. 5121-77 du code de la santé publique. »*

## **7. Prise en charge par le budget de la CNSA des frais de remplacement des personnels soignants participant à des actions de formation et de dépenses relatives à la formation des aidants familiaux ou des accueillants familiaux**

*Article 65 LFSS, article L. 14-10-9 du CASF*

Les frais de remplacement des personnels des Ehpad, (mentionnés à l'article L-314-3-1 du CASF) ayant formellement négocié une convention tripartite, participant à des actions de formation qualifiantes ou de préparation et d'adaptation à la vie professionnelle peuvent être pris en charge par les financements de la CNSA. Cette possibilité n'est ouverte que si les formations sont suivies pendant le temps de travail.

---

<sup>10</sup> Arrêté du 5 juin 2009 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendante, fiche 50844

« IV. - Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la **formation des aidants familiaux**, à la **formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1** et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, qui est divisée en deux sous-sections.

1. La première sous-section, consacrée aux personnes âgées, retrace :

a) En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;

b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, **de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1**, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1.

2. La deuxième sous-section, consacrée aux personnes handicapées, retrace :

a) En ressources, une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du présent article ; cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, **de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1**, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1.

Les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'Etat qui recueille, le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

## 8. Reprises de déficit

### - Non reprise des déficits ?

Une interprétation immédiate des dispositions qui précèdent et de la fixation mécanique des tarifs conclurait à une non-reprise des déficits sur le tarif soins.

En application de la tarification plafond, si jamais l'Ehpad a un coût de la prise en charge en soins inférieur au tarif plafond, serait-il autorisé à utiliser le différentiel pour financer son déficit ?

« En cas de sous consommation pendant trois années consécutives ou de consommation non conforme à la finalité des financements, la réglementation prévoit un système de reversement avec, en cas de désaccord, possibilité de recours devant le TITSS. »

La situation et l'interprétation sont plus compliquées pour le forfait dépendance, qui ne serait a priori pas fixé par arrêté ministériel.

Les règles fixées par le projet de décret ne sont pas très claires à ce sujet.

- Possibilité d'étaler la reprise de déficit sur cinq exercices, au lieu de trois précédemment, en cas de circonstance exceptionnelles.

- Conditionnement de certaines reprises de déficit à la signature d'un Cpom pour des déficits observés sur trois exercices consécutifs.

#### **Article R.314-51 complété par le projet de décret :**

« III. - Le déficit est couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation, le surplus étant ajouté aux charges d'exploitation de l'exercice au cours duquel le déficit est constaté, ou de l'exercice qui suit. **En cas de circonstances exceptionnelles, la reprise du déficit peut être étalée sur cinq exercices.**

1° Lorsqu'il est constaté un **résultat déficitaire sur au moins trois exercices successifs**, la **reprise des déficits peut être conditionné** à la conclusion avec l'autorité de tarification d'un contrat de retour à l'équilibre, lequel peut prendre la forme d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens en application de l'article L.313-1 ».

## **9. Comptes d'emploi**

**La présentation des propositions budgétaires ne se fait plus par sections tarifaires. Les dépenses réalisées dans le cadre des forfaits dépendance et soins sont retracées dans un compte d'emploi.**

#### **Article R.314-51 modifié**

« I. - L'affectation du résultat du budget général, ou le cas échéant des budgets principal et annexes, ainsi que, pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12, **de chaque compte d'emploi**, est décidée par l'autorité de tarification. Celle-ci tient compte des circonstances qui expliquent le résultat ».

#### **Nouvel article R.314-174**

« I- **Les dépenses réalisées dans les limites des forfaits globaux relatifs à la dépendance et aux soins font l'objet d'un compte d'emploi commun** dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

Ce compte d'emploi commun est transmis avec les documents et dans les délais prévus à l'article R.314-104 aux autorités de tarification compétentes.

II - En cas de non consommation des financements apportés par ces forfaits globaux pendant trois exercices successifs ou d'utilisations non-conformes à celles prévues respectivement au II de l'article R.314-162 et au II de l'article R.314-167, le reversement des sommes indument touchées s'effectue en procédant à la diminution des forfaits globaux de l'exercice en cours ou de l'exercice suivant.

En cas de sous-consommation pendant trois exercices successifs des crédits globalement prévus pour les aides-soignants et les aides médico-psychologiques dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses pour assurer les soins et la prise en charge de la dépendance, ladite sous-consommation est répartie sur la partie du compte d'emploi commun relatif au forfait global afférent aux soins et sur la partie du compte d'emploi commun relatif au forfait global afférent à la dépendance au prorata du forfait global afférent aux soins et du forfait global afférent à la dépendance.

III - Les reversements prennent la forme d'une réduction des montants des forfaits globaux de l'exercice en cours ou de l'exercice suivant.

L'arrêté rectificatif du montant de l'un des forfaits globaux est pris par l'autorité de tarification compétente. Il doit préciser le montant du reversement et peut faire l'objet d'un recours dans le cadre du contentieux de la tarification relevant du présent code. »

#### **Article R.314-104 modifié**

« Les établissements relevant de l'article R. 314-102 transmettent dans les délais mentionnés au II de l'article R. 314-49 un rapport d'activité et un compte d'emploi dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

Les documents et informations mentionnés aux 2°, 3° et 4° du I de l'article R. 314-17 et, le cas échéant, au 2° du II de cet article R. 314-17 sont transmis avec le compte d'emploi.

**Les documents mentionnés au I de l'article R.314-49 sont transmis avec le compte d'emploi.**

*Les résultats du compte d'emploi relatifs aux sections tarifaires afférentes à la dépendance et aux soins des établissements relevant de l'article L. 342-1 sont affectés par l'autorité de tarification compétente, en application des 1°, 3° et 4° du II ou du III de l'article R. 314-51.*

*Les établissements peuvent toutefois affecter eux-mêmes le résultat de la section tarifaire afférente à la dépendance, si les produits du tarif relatif à la dépendance, versés par le département qui fixe ce tarif, représentent moins de la moitié des recettes d'exploitation de cette section tarifaire. Cette affectation doit respecter les dispositions des 3° et 4° du II et des III et IV de l'article R. 314-51 ».*

Rappel : les documents suivants sont à transmettre avec le compte d'emploi (article R.314-49 du CASF):

- Le compte de résultat de l'exercice et le bilan comptable propre à l'établissement ou au service ;
- L'état des dépenses de personnel issu notamment de la déclaration annuelle des salaires ;
- Une annexe comprenant un état synthétique des mouvements d'immobilisations de l'exercice, un état synthétique des amortissements de l'exercice, un état des emprunts et des frais financiers, un état synthétique des provisions de l'exercice et un état des échéances des dettes et des créances ;
- L'état réalisé de la section d'investissement ;
- Les documents mentionnés aux 2° et 3° du I de l'article R. 314-17, ainsi que, le cas échéant, les documents mentionnés au 1° et 2° du II du même article, actualisés au 31 décembre de l'exercice ;
- Les données de ce dernier exercice clos nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement et au service mentionnés à l'article R. 314-28.

## 10. Versement de l'APA aux Ehpad sous forme de forfait global

*L'article 63 de la LFSS généralise le versement de l'APA aux EHPAD sous forme de forfait global, prenant en compte le GMP de l'établissement. Cette pratique prévue à titre expérimentale était déjà adoptée par plus de 60% des conseils généraux.*

## 11. Accueil temporaire en Ehpad : expérimentation tarifaire

*Article L. 314-8 complété par la loi HPST modifiée par le Sénat (5 juin 2009), page 191*

*« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012 ».*

## 12. Capacité d'autofinancement (CAF)

CAF = somme du résultat comptable, des dotations aux amortissements, des dépréciations et des provisions, à l'exception des provisions réglementées mentionnées à l'article R.314-81 diminué, premièrement des quotes-parts de subventions virées au compte de résultats, deuxièmement des reprises sur les dotations aux amortissements, les dépréciations et les provisions, à l'exception des provisions réglementées mentionnées audit article R.314-81 et troisièmement des productions immobilisées.

**Pour les établissements fixant le tarif hébergement pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale : la CAF ne peut excéder XX% des produits d'exploitation et des produits de la tarification. Si la CAF est supérieure au pourcentage fixé durant deux exercices consécutifs ou qu'il y a constatation de dépenses excessives ou abusives, le président du conseil général peut intervenir (III de l'article D.314-178 du projet de décret).**

**Nouvel article D.314-178 du projet de décret**

**« I – Pour les établissements publics et les établissements privés à but non-lucratif qui fixent pour les résidents ne relevant pas de l'aide sociale départementale leurs tarifs en application du dernier alinéa de l'article L.314-2 et du 4) de l'article R.314-158, leur capacité d'autofinancement définie au II du présent article ne peut pas excéder XX % des produits d'exploitation et des produits de la tarification. Cependant la convention tripartite ou le Cpom peut fixer un taux supérieur que les parties conviennent.**

II – la capacité d'autofinancement au sens du I du présent article sur un exercice budgétaire est égal à la somme du résultat comptable, des dotations aux amortissements, des dépréciations et des provisions, à l'exception des provisions réglementées mentionnées à l'article R.314-81, diminué, premièrement des quotes-parts de subventions virées au compte de résultats, deuxièmement des reprises sur les dotations aux amortissements, les dépréciations et les provisions, à l'exception des provisions réglementées mentionnées audit article R.314-81 et troisièmement des productions immobilisées.

III - **En cas de dépassement** de cette capacité d'autofinancement sur deux exercices consécutifs **ou de constatation de dépenses pouvant être qualifiées d'abusives et d'excessives** en application des 3° et 4° de l'article R.314-22, le président du conseil général peut avant de mettre en œuvre l'article L.313-9:

- Fixer les tarifs afférents à l'hébergement et les rendre opposables à tous les nouveaux résidents ;
- Décider de l'affectation des résultats dans le respect de l'article R.314-51 après l'avoir réformé afin de ne pas prendre en compte les dépenses pouvant être qualifiées d'abusives et d'excessives compte tenu des coûts des autres établissements du département offrant en matière d'hébergement un niveau et une qualité de service similaires.

IV – le juge de la tarification est compétent en cas de litiges résultat du III».

### 13. Plan pluriannuel de financement / équilibres financiers

Le président du conseil général :

- approuve les PPF des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale aux personnes âgées,
- veille au maintien ou au retour des grands équilibres financiers.

#### Nouvel article R.314-179 du projet de décret

« Les **plans pluriannuels de financement** mentionnés à l'article R.314-20 des établissements publics ou privés habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale aux personnes âgées sont **approuvés par le président du conseil général** dans les conditions prévues à ce même article qui doit **veiller au maintien ou au retour aux grands équilibres financiers** précisés à l'article D.314-205 ».

### 14. Contenu du budget et du rapport budgétaire

#### Nouvel article R.314-164 du projet de décret

En application du 2° du I de l'article R.314-17, les budgets des établissements (relevant du I de l'article L.313-12) sont accompagnés :

- De la répartition des personnes accueillies dans les établissements par niveaux de dépendance dits groupes iso-ressources (GIR), tels que fixés par la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;
- De la répartition des personnes accueillies dans les établissements en fonction de leurs besoins en soins requis en utilisant le référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale ».

**Le rapport budgétaire**, qui accompagne les propositions budgétaires de l'établissement, doit désormais comporter :

- Un bilan et des perspectives des conséquences des variations de la masse salariale
- Les justifications des propositions de frais de personnel

#### Article R.314-18 complété par le projet de décret par deux nouveaux alinéas :

« 4° Le rapport budgétaire effectue le bilan et en tire des perspectives quant aux conséquences dans l'établissement ou le service des **variations de la masse salariale** dues aux différences de rémunération et de qualification entre les salariés partis et arrivés ainsi que des durées de vacance de postes constatées ;

5° Il justifie ses propositions de frais de personnel en s'appuyant sur les résultats des exercices précédents pour l'établissement ou le service des indicateurs prévus à l'article R.314-28 en matière d'ancienneté, de technicité et de qualification des personnels ».

## 15. Dépenses prises en charge par l'aide sociale départementale

**L'autorité de tarification peut désormais proposer des modifications portant sur les dépenses prises en charge par l'aide sociale départementale.**

### Article R.314-22

« En réponse aux propositions budgétaires, l'autorité de tarification fait connaître à l'établissement ou au service les modifications qu'elle propose. Celles-ci peuvent porter sur :

4° Pour les dépenses prises en charge **par l'aide sociale départementale** par le budget de l'Etat ou par l'assurance maladie, celles qui paraissent injustifiées ou dont le niveau paraît excessif, compte tenu des conditions de satisfaction des besoins de la population, ou de l'activité et des coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables ».

## 16. Indicateurs

- Tableaux de bord

**Tableaux de bord** (liste des indicateurs applicables à chaque catégorie d'établissements ou de services) mentionnés à l'article R.314-28 **peuvent désormais être fixés par arrêté du président du conseil général pour les établissements et services financés par l'aide sociale départementale** des 1° et 2° de l'article R.314-29.

### Article R.314-29 du projet de décret

« I. - Les tableaux de bord mentionnés à l'article R. 314-28 sont fixés :

1° Par arrêté du ministre chargé de l'action sociale pour les établissements ou services financés par le budget de l'Etat ou les organismes d'assurance maladie ;

2° Par arrêté du ministre de la justice pour les établissements ou services mentionnés au b) du III de l'article L. 314-1 ;

3° Par arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre de l'intérieur pour les établissements ou services mentionnés au a) du III de l'article L. 314-1 ;

4° **Par arrêté du président du conseil général pour les établissements et services financés par l'aide sociale départementale qui ne relèvent pas des 1° et 3° ci-dessus ».**

- Indicateurs départementaux de référence

**Possibilité de fixation, par arrêté du président du conseil général, d'indicateurs départementaux de référence pour des établissements et services de niveau de prestations et de qualité de prise en charge semblables ; les écarts non justifiés pouvant être considérés comme dépenses abusives ou excessives.**

### Nouvel article R.314-33-2 du projet de décret

« Pour des catégories d'établissements et de services relevant de sa compétence tarifaire et offrant un niveau de prestations et de qualité de prise en charge analogues, le président du conseil général peut fixer par arrêté des indicateurs départementaux de référence assortis, le cas échéant, d'une marge de tolérance.

Ces indicateurs de référence sont calculés sur la base des établissements et services concernés dans le département.

Les établissements ou les services dont les coûts se situent au-dessus de ces indicateurs départementaux de référence doivent préciser les raisons qui expliquent et justifient ces écarts.

Les écarts non justifiés peuvent être qualifiés par le président du conseil général comme constituant des dépenses abusives ou excessives en application du 4° de l'article R.314-22 » .

## 17. Autorisation de prise en charge des frais de siège dans le cadre d'un Cpom

**Possibilité d'accorder l'autorisation de prise en charge des frais de siège dans le cadre d'un Cpom, dans lequel sont précisées les modalités de répartition des quotes-parts de frais de siège sur la durée du contrat et de l'autorisation de prise en charge.**

**Article R.314-87 modifié par le projet de décret**

*« Pour les organismes concernés et les établissements et services relevant des 2°, 4°, 8°, 9°, 13° et 14° du I de l'article L.312-1, l'autorisation des frais de siège social peut être accordée à la demande de l'autorité compétente prévue au premier alinéa du II de l'article R.314-90 dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens commun.*

*Par dérogation au I de l'article R.314-92, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens établi en application de l'article R.314-43-1 fixe les modalités de répartition des quotes-parts de frais de siège social sur la durée dudit contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens commun et de l'autorisation dudit siège social ».*

## **18. Tarif hébergement et forfait dépendance pour l'APHP**

Pour l'Assistance publiques-Hôpitaux de Paris : fixation du tarif hébergement et du forfait global relatif à la dépendance par les présidents des conseils généraux.

Nouvel article R.314-180 du projet de décret

*« Pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les présidents des conseils généraux de chacun de départements concernés par une implantation sur leur département fixent l'élément de tarification des prestations d'hébergement et du forfait global relatif à la dépendance des établissements relevant du I de l'article L. 313-12 ».*

## **19. Hébergement temporaire / Accueil de jour / Alzheimer**

### III. ANNEXES

#### 1. Calcul du Pathos et du GMPS

La CNSA, sous l'impulsion du Plan de Solidarité Grand Age (PSGA), a introduit de nouvelles modalités de calcul de la ressource d'assurance maladie par l'intermédiaire de l'outil PATHOS.

Les établissements prioritaires sont ceux disposant d'un GMP supérieur à 800 points, ceux qui renouvellent leur convention tripartite et enfin ceux qui décideraient d'opter pour le tarif global (mesure incitative).

La référence au plafond de ressources d'assurance maladie est fixée dans la circulaire du 17 octobre 2006<sup>11</sup> comme suit :

« GMP Soins » x Option tarifaire « Soins » x Capacité exploitée.

Le nombre de points GMP Soins (GMPS) est calculé comme suit :

**GMPS = GMP + (PMP x 2,59).**

Le nombre de points PMP (Pathos Moyen Pondéré) est identifié par la coupe PATHOS réalisée par l'équipe médicale de l'établissement, validée par le service médical de l'assurance maladie selon la procédure décrite dans les circulaires du 17 octobre 2006<sup>12</sup>, du 21 février 2007 et rappelée dans la circulaire du 15/02/2008<sup>13</sup>.

Le PMP est validé par la CRAM : sinon, le PMP moyen national est constaté par la CNAM (168 points – circulaire 2009)

L'option tarifaire « Soins » est fixé comme suit (valeur circulaire budgétaire CNSA 13/02/2009<sup>14</sup>) :

Valeur annuelle du point 2009	Avec PUI	Sans PUI
Tarif partiel	9.89 euros	9.20 euros
Tarif global	12.83 euros	12.08 euros

<sup>11</sup> Circulaire N°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

<sup>12</sup> Voir fiche 39156 de l'Uniopss

<sup>13</sup> Voir fiche 39781 de l'Uniopss

<sup>14</sup> Voir fiche 48533 et fiche 48439 de l'Uniopss.

## 2. Questions à la DGAS<sup>15</sup>(16/06/2009)

### ➤ Tarifs plafonds : disparition de la procédure contradictoire et instauration de l'EPRD

1) L'article L314-7-1 énonce "L'alinéa précédent, le 3° du I, le III du présent article et les 2 1ers alinéas de l'article L.314-5 ne s'appliquent pas aux éta et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs **sont fixés par arrêtés** des ministres... Les documents budgétaires sont remplacés, pour ces éta, par un EPRD..."

L'exposé des motifs du PLFSS parlait de disparition de la procédure contradictoire et d'application de l'EPRD pour les ESMS "**concernés par les tarifs plafonds**".

Cela signifie-t-il que ces dispositions s'appliquent :

- à l'ensemble des ESMS pour lesquels la possibilité législative de fixation des tarifs plafonds existe ("concernés") ?
- à ceux pour lesquels un arrêté fixant les tarifs plafonds et les règles de convergence tarifaire est déjà paru ?
- pour ceux pour lesquels un arrêté est paru - c'est-à-dire les Ehpad à ce jour - doit-on comprendre que les dispositions décrites ci-dessus s'appliquent à tous les Ehpad ou seulement à ceux qui sont au-dessus du tarif plafond ?

2) L'arrêté du 26 février 2009 fixe les tarifs plafonds "pour 2009". Cela veut-il dire que ces tarifs doivent être comparés aux tarifs du BP 2009 et du budget exécutoire correspondant ? Ou ces valeurs sont une base pour le BP 2010 ?

Si ce n'est pas le cas, quand seront fixés les tarifs plafonds 2010 ?

3) Pour les Ehpad, comment s'articule la réglementation sur les tarifs plafonds et celle du décret du 26 avril 1999 ?

4) Les Fam et les Samsah sont déjà soumis à un système de plafonnement ; sont-ils concernés par les dispositions ci-dessus ?

### ➤ BP 2010

Concrètement, comment va s'effectuer le BP 2010 ?

5) Les Ehpad (et/ou d'autres types d'établissements et services) devront-ils présenter un EPRD dès le BP 2010 ?

---

<sup>15</sup> Tarifs plafonds et budget prévisionnel 2010 : questions à la DGAS Courrier du 16/06/2009, fiche 50810

### 3. Projet de décret relatif à la tarification des Ehpad (diffusion officielle du 29/06/09)

#### Décret n°

**relatif à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à la réglementation financière et budgétaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités

Vu le code de l'action sociale et des familles notamment les articles L.314-2 et L.313-12,

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du ;

Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du;

Le conseil d'Etat (Section sociale) entendu,

DECRETE :

**Titre 1<sup>er</sup> : Dispositions financières et tarifaires pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles**

#### Article 1:

Le chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié:

1°) Le III de l'article R.314-3 et le II de l'article R.314-13 sont abrogés.

2°) L'article R.314-34 est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa, les mots : « à l'exception des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L.313-12 pour lesquels cette autorisation s'effectue au niveau du montant global des charges et des produits de chaque section d'imputation tarifaire » sont supprimés.
- b) Il est inséré un dernier alinéa ainsi rédigé :  
« Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L.313-12 transmettent un état des prévisions de recettes et de dépenses conformément à l'article L.314-7-1 lorsque leurs différents tarifs pour l'année en cours ont été fixés ».

3°) Il est inséré un article R.314-19-1 ainsi rédigé :

« Article R314-19-1 :

Les établissements et services qui doivent transmettre un état des prévisions de recettes et de dépenses conformément à l'article L.314-7-1 ne sont pas soumis aux obligations budgétaires des articles R.314-3, R.314-7 et R.314-9 à R.314-19.

*L'état des prévisions de recettes et de dépenses est transmis lorsque les différents tarifs pour l'année en cours ont été fixés. Ils transmettent aussi, le cas échéant, un état modifié des prévisions de recettes et de dépenses lorsqu'ils ont procédé à l'affectation des résultats de l'exercice précédent en application de l'article R.314-54 ou lorsqu'ils procèdent à des décisions budgétaires modificatives en application de l'article R.314-46 ».*

4°) Les articles R.314-40, R.314-47 et R.314-51 sont ainsi modifiés :

- a) Au deuxième alinéa de l'article R.314-40, les mots : « *ou par section tarifaire* », sont supprimés ;
- b) Au premier alinéa de l'article R.314-47, les mots : « *ou des sections tarifaires* », sont supprimés ;
- c) Au premier alinéa du I de l'article R.314-51, les mots : « *de chaque section d'imputation tarifaire* », sont remplacés par les mots : « *de chaque compte d'emploi* ».

5°) Le deuxième alinéa de l'article R.314-54 est ainsi rédigé :

« *Dans la limite de la capacité d'autofinancement telle que définie à l'article D.314-178, les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif relevant du I de l'article L.313-12 affectent librement leurs résultats dans le respect des modalités prévues à l'article R.314-51. Avant détermination de leurs résultats, ils peuvent cependant procéder aux provisionnements prévus à l'article D.314-206* ».

6°) L'article R.314-104 est ainsi modifié :

- a) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :  
« *Les documents mentionnés au I de l'article R.314-49 sont transmis avec le compte d'emploi.* »
- b) Le troisième et le quatrième alinéa de l'article R.314-104 sont abrogés.

7°) L'article R.314-105 est ainsi modifié

- a) Au 1° du VII et au 1° du XII, les mots : « *dotation globale* », sont remplacés par les mots : « *forfait global* » ;
- b) Au 5° du VII, la référence à l'article R.232-21 est remplacée par la référence à l'article D.232-21 ;
- c) Au 1° du XII, les mots : « *dotation globale* », sont remplacés par les mots : « *forfait global* ».

8°) Le 2° de l'article R.314-111 est ainsi rédigé :

« *2° Pour les forfaits globaux afférents aux soins dispensés dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L.313-12, dans les conditions prévues par les articles R.174-9 à R.174-16 du code de la sécurité sociale* ».

9°) Les articles R.314-158 et R.314-159 sont ainsi rédigés :

« *Article R.314-158 :*

*Les prestations fournies par les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de L.313-12 comportent :*

- 5) *Un forfait global relatif aux soins en application du 1° de l'article L.314-2*
- 6) *Un forfait global relatif à la dépendance en application du 2° de l'article L.314-2*
- 7) *Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement fixés par le président du conseil général et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées en application du 3° de l'article L.314-2 ;*
- 8) *Des tarifs journaliers pour les résidents non admis à l'aide sociale en application du dernier alinéa de l'article L.314-2.*

*Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement comprennent la taxe à la valeur ajoutée applicable. Ils sont versés « à terme à échoir ».*

*Art R.314-159 : Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement d'un établissement relevant du I de l'article L.313-12 recouvre l'ensemble des prestations de l'établissement non couvertes par le forfait global de soins mentionné à l'article R.314-111 du présent code et par le forfait global afférent à la dépendance mentionné au II de l'article R.314-171 du présent code. Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie.*

10°) A l'article R.314-160, les mots : « *tarif afférent à la dépendance* » sont remplacés par les mots : « *forfait global afférent à la dépendance* ».

11°) A l'article R.314-161, les mots : « *tarif afférent aux soins* » sont remplacés par les mots : « *forfait global afférent aux soins* ».

12°) Les articles R.314-162 à R.314-167 sont abrogés.

13°) Il est rétabli les articles R.314-162 à R.314-164 ainsi rédigés :

« Article R.314-162 :

*I- Le forfait global relatif aux soins est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il prend en compte le niveau de dépendance moyen de l'établissement déterminé en application des articles R.314-169 et R.314-170 et les besoins en soins médico-techniques des résidents déterminés en application de l'article R.314-163, dans le cadre du barème fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées.*

*Dans la stricte limite de ce forfait global relatif aux soins, l'établissement peut opposer à l'assurance maladie les dépenses mentionnées au II du présent article.*

*La convention pluriannuelle prévue à l'article L.313-12 précise l'organisation des soins que l'établissement s'engage à mettre en place et le nombre et la qualification des personnels qu'il s'engage à mettre, à ce titre, au service de ses résidents.*

*II- A l'occasion du prochain renouvellement de la convention tripartite ou de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12 qui dépassent un niveau, fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, de groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS) calculé en application de l'article R314-163, perçoivent un forfait global relatif aux soins en application du 1° de l'article L.314-2 qui, dans la stricte limite dudit forfait global relatif aux soins arrêté par l'autorité de tarification compétente, ne peut couvrir que:*

*1° Les charges nettes relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et aux fournitures médicales ;*

*2° Les charges nettes relatives à l'emploi de personnel médical et d'auxiliaires médicaux relevant du code de la santé publique assurant les soins à l'exception des diététiciens ;*

*3° des charges nettes de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui, d'une part, sont diplômés ou en cours de formation, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle, dans un centre agréé et, d'autre part, exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ; ainsi que leurs charges sociales et fiscales ;*

*4° L'amortissement du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées;*

*5° les médicaments dans les conditions prévues à l'article L. 314-8*

*6° les rémunérations versées au médecin coordonnateur et aux infirmiers libéraux ;*

*7° les rémunérations versées, aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie dont les caractéristiques sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.*

*8° Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;*

*III - Les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12 qui ne dépassent le niveau de groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS) mentionné au II, peuvent opter pour la perception d'un forfait global relatif aux soins couvrant:*

*1° Les charges nettes relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et aux fournitures médicales ;*

*2° Les charges nettes relatives à l'emploi de personnel médical et d'auxiliaires médicaux relevant du code de la santé publique assurant les soins à l'exception des diététiciens ;*

*3° des charges nettes de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui, d'une part, sont diplômés ou en cours de formation, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle, dans un centre agréé et, d'autre part, exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ; ainsi que leurs charges sociales et fiscales ;*

*4° L'amortissement du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées;*

*5° Les médicaments dans les conditions prévues à l'article L. 314-8*

6° Les rémunérations versées au médecin coordonnateur et aux infirmiers libéraux ;

IV- Pour les établissements n'ayant pas, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, renouveler leur convention tripartite en application du I de l'article L.313-12, la dotation globale de financement afférente aux soins de 2009 est reconduite chaque année, jusqu'à la conclusion de la nouvelle convention tripartite, selon des modalités et des taux de revalorisation fixés par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

V – Le forfait global relatif aux soins d'un établissement relevant du I de l'article L.313-12 est fixé annuellement par arrêté du directeur général de l'agence régionale de la santé.

Ce forfait global relatif aux soins prend en compte l'évolution du le groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS) défini à l'article R.314-163 dès lors que ce dernier connaît, par rapport à l'année précédente, une évolution supérieure à 50 points.

« Article R.314-163

I - L'analyse transversale des besoins en soins requis des résidents des établissements relevant du I de l'article L.313-12 est faite en utilisant le référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

II - Cette analyse transversale est effectuée par le médecin coordonnateur de l'établissement qui la transmet pour contrôle et validation au praticien conseil de la caisse d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale.

En cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le praticien conseil de la caisse d'assurance maladie, la commission médicale mentionnée au troisième alinéa de l'article R.314-169 détermine le « pathos moyen pondéré » (PMP) de l'établissement.

III - L'analyse transversale prévue au I donne lieu à une cotation en points permettant d'obtenir le « pathos moyen pondéré » de l'établissement, lequel est ensuite multiplié par un coefficient de 2,59.

IV - Le total de points obtenu au III du présent article est ajouté à celui ayant permis de calculer le groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré en application de l'article R.314-169 afin de déterminer le groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS).

Article R.314-164

En application du 2° du I de l'article R.314-17, les budgets des établissements relevant du I de l'article L.313-12 sont accompagnés :

- a) De la répartition des personnes accueillies dans les établissements par niveaux de dépendance dits groupes iso-ressources (GIR), tels que fixés par la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;
- b) De la répartition des personnes accueillies dans les établissements en fonction de leurs besoins en soins requis en utilisant le référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale ».

14°) Le 5° et le 7° de l'article R.314-168 sont abrogés et l'article R.314-168 devient l'article R.314-165.

15°) L'article R.314-169 devient l'article R.314-166.

16°) Il est rétabli un article R.314-167 et un article R.314-168 ainsi rédigés :

«Article R.314-167

I - Les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12, au moment du renouvellement de la convention tripartite ou de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens perçoivent un forfait global relatif à la dépendance en application du 2° de l'article L.314-2.

*Le forfait global relatif à la dépendance est déterminé par le président du conseil général du département d'implantation de l'établissement. Il prend en compte le niveau de dépendance moyen de l'établissement déterminé en application des articles R.314-169 et R.314-170.*

*La convention pluriannuelle prévue à l'article L.313-12 précise l'organisation de la prise en charge de la dépendance que l'établissement s'engage à mettre en place et le nombre et la qualification des personnels qu'il s'engage à mettre, à ce titre, au service de ses résidents.*

*II - Le forfait global afférent à la dépendance ne peut couvrir que:*

*1° Les fournitures et prestations de services hôtelières liées à la prise en charge de la dépendance ;*

*2° Les charges nettes relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide, le soutien social et l'animation sociale aux personnes hébergées dépendantes ;*

*3° des charges nettes de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui, d'une part, sont diplômés ou en cours de formation, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle, dans un centre agréé et, d'autre part, exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ; ainsi que leurs charges sociales et fiscales ;*

*4° Les amortissements du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation ;*

*5° Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues lorsque l'établissement a opté pour le forfait global relatif aux soins prévu au III de l'article R.314-162 ;*

*III - Pour les établissements n'ayant pas, au 1<sup>er</sup> janvier 2010 renouveler leur convention tripartite en application du I de l'article L.313-12, les tarifs afférents à la dépendance fixés par le conseil général pour l'exercice 2009 sont reconduits chaque année, jusqu'à la conclusion de la nouvelle convention tripartite, selon des modalités et des taux de revalorisation fixés par arrêtés du président du conseil général.*

*«Article R.314-168*

*I - Le président du conseil général du lieu d'implantation de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes détermine le montant du forfait global relatif à la dépendance en application de l'article R.314-167.*

*Ce forfait global relatif à la dépendance prend en compte l'évolution du groupe iso-ressources moyen pondéré défini à l'article R.314-170 dès lors que ce dernier connaît, par rapport à l'année précédente, une évolution supérieure à 20 points.*

*Ce montant est réduit du montant prévisionnel des participations des résidents prévu au premier alinéa de l'article L.232-8 et à l'article R.232-19 et des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposables aux autres départements dans lesquels certains résidents ont conservé leur domicile de secours.*

*II – Le tarif dépendance pour les groupes iso-ressources 5 et 6 prévu à l'article R.232-19 est ainsi calculé :*

- a) Le forfait global relatif à la dépendance est divisé par le nombre total de points GIR de l'établissement déterminé en application des articles R.314-169 et R.314-170*
- b) La valeur du point GIR relatif à la dépendance obtenue au a) est ensuite multipliée par 280 en application de la cotation de la colonne C de l'annexe 3-6.*

*III – Les tarifs journaliers afférents à la dépendance opposables aux résidents des autres départements que celui qui tarifie, sont calculés en application de la cotation de la colonne C de l'annexe 3-6. en multipliant la valeur du point GIR relatif à la dépendance obtenue au a) du II par 1040 pour les GIR 1 et 2 et 660 pour les GIR 3 et 4.*

IV – L'arrêté annuel de tarification du président du conseil général fixe :

1° le montant du forfait global afférent à la dépendance ;

2° les montants des tarifs journaliers afférents à la dépendance pour les GIR 1 et 2, les GIR 3 et 4 et pour les GIR 5 et 6 ;

3° le montant de sa quote-part du forfait global afférent à la dépendance qu'il doit verser selon les règles des articles R.314-107 et R.314-108.

V - Pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident, son tarif dépendance ne lui est pas facturé.

*Pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, dès lors qu'elle dépasse 72 heures, son tarif dépendance ne lui est pas facturé à condition d'avoir informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour».*

17°) L'article R.314-170 devient l'article R.314-169, et au premier alinéa de cet article R.314-169, les mots : « les tarifs afférents à la dépendance et aux soins, conformément aux dispositions mentionnées à l'article R.314-165 », sont remplacés par les mots : « les forfaits globaux relatifs à la dépendance et aux soins ».

18°) Au premier alinéa de l'article R.314-171, la référence à l'article R.314-170 est remplacé par la référence à l'article R.314-169 et cet article R.314-171 devient l'article R.314-170.

19°) Il est rétabli un article R.314-171 ainsi rédigé :

*« Article R.314-171*

*Le montant des charges nettes afférentes à la dépendance définies à l'article R.314-167, divisé par le nombre de points d'un établissement calculé conformément à la colonne C de l'annexe 3-6, constitue la valeur nette de son point afférent à la dépendance.*

*Le montant des charges relatives aux dépenses d'aides-soignants et d'aides médico- psychologiques, divisé par le nombre de points d'un établissement dans ses groupes calculé conformément à la colonne C de l'annexe 3-6, constitue la valeur nette de son point relatif aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques.*

*Ces données sont incluses dans le tableau de bord d'indicateur pour les EHPAD prévu à l'article R.314-28. Elles sont communiquées au directeur général de l'agence régionale de la santé.*

20°) Les articles R.314-172 et R.314-173 sont abrogés.

21°) A l'article R.314-174, la référence à l'article R.314-172 est remplacée par la référence à l'article R.314-171, les mots : « compte administratif », sont remplacés par les mots : « compte d'emploi », et les mots : « tarif journalier afférent » sont remplacés par les mots : « forfait global relatif», et il devient l'article R.314-172.

22°) Il est rétabli un article R.314-173 ainsi rédigé :

*« R.314-173.*

*Dans le cadre d'une politique de convergence tarifaire départementale, le président du conseil général peut retenir une valeur départementale du point relatif à la dépendance calculée en application des articles R.314-171 et R.314-172.*

*Cette valeur départementale du point relatif à la dépendance multiplié par le GIR moyen pondéré de l'établissement défini à l'article R.314-170 permet de déterminer le forfait global relatif à la dépendance de l'établissement avant la déduction de la participation des résidents prévue à l'article R.232-19 et des quotes-parts de ce forfait global relatif à la dépendance à la charge des autres départements conformément à l'article R.314-168.*

*Dans le cas où les produits de la tarification afférents à la dépendance versés par le département tarificateur avant la mise en œuvre des dispositions du présent article, seraient supérieurs à ceux résultant de son application lors du prochain exercice, la convention tripartite mentionnée au I de l'article L.313-12 précise les modalités de la résorption des écarts sur une durée maximale de 5 ans.*

23°) Il est rétabli un article R.314-174 ainsi rédigé

*« R.314-174*

*I- Les dépenses réalisées dans les limites des forfaits globaux relatifs à la dépendance et aux soins font l'objet d'un compte d'emploi commun dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.*

*Ce compte d'emploi commun est transmis avec les documents et dans les délais prévus à l'article R.314-104 aux autorités de tarification compétentes.*

*II - En cas de non consommation des financements apportés par ces forfaits globaux pendant trois exercices successifs ou d'utilisations non-conformes à celles prévues respectivement au II de l'article R.314-162 et au II de l'article R.314-167, le reversement des sommes indument touchées s'effectue en procédant à la diminution des forfaits globaux de l'exercice en cours ou de l'exercice suivant.*

*En cas de sous-consommation pendant trois exercices successifs des crédits globalement prévus pour les aides-soignants et les aides médico-psychologiques dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses pour assurer les soins et la prise en charge de la dépendance, ladite sous-consommation est répartie sur la partie du compte d'emploi commun relatif au forfait global afférent aux soins et sur la partie du compte d'emploi commun relatif au forfait global afférent à la dépendance au prorata du forfait global afférent aux soins et du forfait global afférent à la dépendance.*

*III - Les reversements prennent la forme d'une réduction des montants des forfaits globaux de l'exercice en cours ou de l'exercice suivant.*

*L'arrêté rectificatif du montant de l'un des forfaits globaux est pris par l'autorité de tarification compétente. Il doit préciser le montant du reversement et peut faire l'objet d'un recours dans le cadre du contentieux de la tarification relevant du présent code.*

24°) Les articles R.314-175 à R.314-181 sont abrogés.

25°) Il est inséré un article l'article D.314-175 et un article D.314-176 ainsi rédigés :

*« D.314-175.*

*I – Dans les établissements publics ou privés habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale aux personnes âgées, sans préjudice de la mise en œuvre des articles R.314-61, R.314-85 et R.314-86 et de la non prise en compte des dépenses pouvant être qualifiées d'excessives et d'abusives en application du 4° de l'article R.314-22, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement est calculé en divisant, par le nombre de journées prévisionnelles des personnes hébergées dans l'établissement, le montant de toutes les charges d'exploitation dudit établissement diminuées de tous les produits d'exploitation et de tous les produits de la tarification autres que ceux afférent à l'hébergement.*

*La quote-part de frais de siège éventuellement imputable à l'établissement en vertu des dispositions du sous-paragraphe 3 du paragraphe 4 de la sous-section 2 de la présente section, est imputée sur les charges prises en considération pour le calcul du tarif journalier moyen afférent à l'hébergement.*

*Le tarif moyen hébergement ainsi calculé chaque année est fixé par arrêté du président du conseil général du lieu d'implantation de l'établissement et il est opposable aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.*

**Autre hypothèse :**

**Fixation automatique du tarif aide sociale de l'année n sur la base du prix de revient journalier résultant des dernières dépenses nettes afférentes à l'hébergement acceptées au dernier compte administratif par le conseil général.**

**Ce tarif journalier hébergement aide sociale constatée de n-2 est ensuite majorée du taux DGCRF de n+1 et de n**

**Exemple prix de revient journalier hébergement 2001 = prix de revient journalier hébergement résultant du CA 2008 \* par taux DGCRF 2009 \* taux DGCRF 2010**

*Le tarif journalier du résident admis à l'aide sociale est celui qui a été fixé par le président du conseil général et qui est en cours le jour de leur entrée dans l'établissement. Ce tarif est revalorisée lors du séjour dudit résident dans l'établissement en appliquant le taux d'évolution fixé par l'arrêté prévu à l'article L.342-3.*

*II - En application du dernier alinéa de l'article L.314-2, les résidents non admis à l'aide sociale, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code.*

*III - Les tarifs afférents à l'hébergement sont payés mensuellement à terme à échoir.*

*IV - En application de l'article R.131-4, les tarifs afférents à l'hébergement des bénéficiaires de l'aide sociale départementale sont payés à terme à échoir, mais peuvent faire l'objet en application de l'article R.314-115 d'un prix de journée globalisé fixé par arrêté du président du conseil général.*

#### D.314-176

*Le tarif journalier hébergement d'un résident admis à l'aide sociale de moins de soixante ans dans un établissement relevant du I de l'article L.313-12 est égal à l'addition :*

- a) Du tarif journalier moyen afférent à l'hébergement calculé en application de l'article D.314-175*
- b) Du tarif afférent à la dépendance de l'établissement prévu au III de l'article R.314-168 du groupe GIR dans lequel il est classé en application de l'article R.314-169.*

*26°) Les onzième, douzième et treizième alinéas de l'article R.314-182 sont abrogés, et l'article R.314-182 devient l'article D.314-177.*

*27°) Il est inséré les articles D.314-178 et D.314-179 ainsi rédigés :*

#### *« D.314-178*

*I – Pour les établissements publics et les établissements privés à but non-lucratif qui fixent pour les résidents ne relevant pas de l'aide sociale départementale leurs tarifs en application du dernier alinéa de l'article L.314-2 et du 4) de l'article R.314-158, leur capacité d'autofinancement définie au II du présent article ne peut pas excéder **XX** % des produits d'exploitation et des produits de la tarification. Cependant la convention tripartite ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut fixer un taux supérieur que les parties conviennent.*

*II – La capacité d'autofinancement au sens du I du présent article sur un exercice budgétaire est égal à la somme du résultat comptable, des dotations aux amortissements, des dépréciations et des provisions, à l'exception des provisions réglementées mentionnées à l'article R.314-81, diminué, premièrement des quotes-parts de subventions virées au compte de résultats, deuxièmement des reprises sur les dotations*

aux amortissements, les dépréciations et les provisions, à l'exception des provisions réglementées mentionnées audit article R.314-81 et troisièmement des productions immobilisées.

III - En cas de dépassement de cette capacité d'autofinancement sur deux exercices consécutifs ou de constatation de dépenses pouvant être qualifiées d'abusives et d'excessives en application des 3° et 4° de l'article R.314-22, le président du conseil général peut avant de mettre en œuvre l'article L.313-9:

- Fixer les tarifs afférents à l'hébergement et les rendre opposables à tous les nouveaux résidents ;

- Décider de l'affectation des résultats dans le respect de l'article R.314-51 après l'avoir réformé afin de ne pas prendre en compte les dépenses pouvant être qualifiées d'abusives et d'excessives compte tenu des coûts des autres établissements du département offrant en matière d'hébergement un niveau et une qualité de service similaires.

IV – Le juge de la tarification est compétent en cas de litiges résultant du III.

« D.314-179

Les plans pluriannuels de financement mentionnés à l'article R.314-20 des établissements publics ou privés habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale aux personnes âgées sont approuvés par le président du conseil général dans les conditions prévues à ce même article qui doit veiller au maintien ou au retour aux grands équilibres financiers précisés à l'article D.314-205.

28°) Les articles R.314-183 à R.314-193, les annexes 3-1 à 3-5, l'annexe 3-7 sont abrogés

29°) Il est rétabli un article R.314-180 ainsi rédigé :

« Article R.314-180 :

Pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les présidents des conseils généraux de chacun des départements concernés par une implantation sur leur département fixent l'élément de tarification des prestations d'hébergement et du forfait global relatif à la dépendance des établissements relevant du I de l'article L. 313-12. »

30°) Le premier alinéa de l'article D342-2 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Une convention d'aide sociale, d'une durée maximale de cinq ans est conclue entre le représentant de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes habilité totalement ou partiellement à l'aide sociale aux personnes âgées et le président du conseil général.

Cette convention peut être une annexe de la convention tripartite prévue au I de l'article L.313-12 ou au contrat pluriannuel d'objection et de moyen prévu au même article ».

## **Article 2 :**

Les articles D.314-176 à D.314-179 et l'article D.342-2 peuvent être modifiés par décret.

## **Titre II: Dispositions financières pour les établissements et services relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles**

## **Article 3 :**

Le chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié:

1°) L'article R. 314-18 est ainsi modifié :

a) Les 4° et le 5° deviennent respectivement les 6° et le 7° ;

b) Il est inséré trois alinéas ainsi rédigés :

*« 4°) - Il effectue le bilan et en tire des perspectives quant aux conséquences dans l'établissement ou le service des variations de la masse salariale dues aux différences de rémunération et de qualification entre les salariés partis et arrivés ainsi que des durées de vacance de postes constatées ;*

*5°) - Il justifie ses propositions de frais de personnel en s'appuyant sur les résultats des exercices précédents pour l'établissement ou le service des indicateurs prévus à l'article R.314-28 en matière d'ancienneté, de technicité et de qualification des personnels;*

2°) au 4° de l'article R.314-22, après les mots : *« prise en charge par »*, sont ajoutés les mots : *« l'aide sociale départementale »*

3°) Le 4° de l'article R. 314-29 est ainsi rédigé :

*« 4° par arrêté du président du conseil général pour les établissements et services financés par l'aide sociale départementale qui ne relèvent pas des 1° et 3° ci-dessus. »*

4°) Il est inséré un article un article R.314-33-2 ainsi rédigé :

*« Article R.314-33-2*

*« Pour des catégories d'établissements et de services relevant de sa compétence tarifaire et offrant un niveau de prestations et de qualité de prise en charge analogues, le président du conseil général peut fixer par arrêté des indicateurs départementaux de référence assortis, le cas échéant, d'une marge de tolérance.*

*Ces indicateurs de référence sont calculés sur la base des établissements et services concernés dans le département.*

*Les établissements ou les services dont les coûts se situent au-dessus de ces indicateurs départementaux de référence doivent préciser les raisons qui expliquent et justifient ces écarts.*

*Les écarts non justifiés peuvent être qualifiés par le président du conseil général comme constituant des dépenses abusives ou excessives en application du 4° de l'article R.314-22 » .*

5°) Au III de l'article R.314-51, le mot : *« trois »*, est remplacé par le mot : *« cinq »*, et il ajouter un alinéa ainsi rédigé :

*«Lorsqu'il est constaté un résultat déficitaire sur au moins trois exercices successifs, la reprise des déficits peut être conditionné à la conclusion avec l'autorité de tarification d'un contrat de retour à l'équilibre, lequel peut prendre la forme d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application de l'article L.313-11 ».*

5°) L'article R.314-87 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

*« Pour les organismes concernés et les établissements et services relevant des 2°, 4°, 8°, 9°, 13° et 14° du I de l'article L.312-1, l'autorisation des frais de siège social peut être accordée à la demande de l'autorité compétente prévue au premier alinéa du II de l'article R.314-90 dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens commun.*

*Par dérogation au I de l'article R.314-92, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens établi en application de l'article R.314-43-1 fixe les modalités de répartition des quotes-parts de frais de siège social sur la durée dudit contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens commun et de l'autorisation dudit siège social. »*

**Article 4 :**

A l'article R.331-7, après les mots : «*de l'article L.313-14* », ajouter les mots : «*ou de l'article L.313-14-1* ».

**Article 5 :**

Sont abrogés :

- 1°) le dernier alinéa de l'article R.314-64 ;

#### 4. Courrier de la DGAS pour une réunion concernant le projet de décret

Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville

**Direction générale de l'action sociale**

Sous-direction des institutions, des affaires  
juridiques et financières  
Bureau de la réglementation financière et  
comptable (5B)

Paris, le 29 JUIN 2009

Dossier suivi par :  
Jean-Pierre HARDY  
Tel. : 0140568656 Fax : 0140568723  
Courriel : jean-pierre.hardy@sante.gouv.fr

N/ réf : D :/Documents/jehardy/Mes documents/WORD/TARIF\concertation EHPAD.doc  
N° mercure : 117710 / 09

Monsieur le Président,

L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié en profondeur le dispositif juridique définissant le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le nouvel article L 314-2 du code de l'action sociale et des familles entrera en vigueur au 1er janvier 2010. Afin d'en permettre la mise en œuvre, mes services ont préparé un projet de décret d'application que je souhaite soumettre à une large concertation.

Ce projet de décret harmonise le régime tarifaire des EHPAD dans ses trois composantes à la suite des évolutions introduites dans la tarification de la section soins depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et adapte les modalités de tarification de la dépendance ainsi que les règles afférentes à la tarification de l'hébergement,

Je vous prie de trouver ci-joint ce projet ainsi qu'une note de présentation, qui vous donneront un premier aperçu des pistes de travail qui ont été envisagées,

En vue d'engager le processus de concertation qui revêt une importance particulière à mes yeux compte tenu de l'importance des modifications décidées par la loi de financement de la sécurité sociale, j'ai l'honneur de vous convier à une première réunion qui se tiendra:

**Vendredi 10 juillet à 9H30  
à la DGAS ( 11 place des cinq martyrs du lycée Buffon Paris 14<sup>ème</sup>) salle 2046**

Souhaitant pouvoir compter sur votre présence lors de cette réunion, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le directeur général de l'action sociale

Fabrice Heyriès

Destinataires : Messieurs les Présidents de

- Fédération Hospitalière de France (FHF)
- Fédération des Etablissements d'Hébergement et d' Aide à la Personne (FEHAP)
- Syndicat National des établissements et résidences pour personnes âgées (SYNERPA)
- Croix Rouge Française
- Union Nationale des Centres Communaux d' Action Sociale (UNCASS)
- Union Nationale Interfédérale des Œuvres Privées Sanitaires et Sociales (UNIOPSS)

Copie : Monsieur le directeur de la CNSA

## 5. Note de l'Uniopss à la DGAS en vue de la réunion du 10 juillet 2009 sur le projet de décret tarifaire (l'Uniopss n'étant pas présente car indisponible)

### Projet de décret relatif à la tarification des Ehpad et à la réglementation financière et budgétaire des ESMS Réunion DGAS du 10 juillet 2009 Note de l'Uniopss

#### Pour une vraie concertation

Comme elle l'a répété à plusieurs reprises, l'Uniopss tient à rappeler son attachement à une véritable concertation sur le sujet de la tarification, que ce soit pour les Ehpad ou le reste du secteur médico-social. La concertation ici proposée n'en est pas véritablement une ; puisqu'il s'agit de discuter de points techniques et restreints (listés dans le courrier de Fabrice Heyriès) alors que les organisations du secteur demandent depuis des mois une concertation globale et en amont des réformes (fin 2008-2009 : 2 courriers au Ministre, communiqués de presse. 2007 : diffusion d'une plateforme politique sur la tarification et le financement, nombreuses interpellations, ...).

Il s'agit également, avant d'engager une réforme d'une telle ampleur d'en mesurer les conséquences et impacts, tant sur les usagers qu'au niveau financier ; ce qui n'apparaît pas avoir été effectué pour l'ensemble des dispositions.

#### Lisibilité, compréhension et mise en application des réformes

Les Ehpad ont connu une réforme profonde de la tarification en 1999, modifiée en 2001 puis à nouveau bouleversée aujourd'hui. Le suivi et la compréhension de ces changements par les acteurs du secteur – gestionnaires, autorités et usagers – sont difficiles ; sans que l'on ait effectué le bilan de l'ensemble des dispositions précédentes.

De plus, les outils qui seraient nécessaires à l'instauration de la réforme voulue actuellement ne sont pas encore prêts ni maîtrisés par l'ensemble des acteurs.

Tout ceci s'inscrivant dans un contexte de bouleversement du paysage institutionnel et de la régulation du secteur fort questionnant et non figé à ce jour.

#### Report des « risques »

Plusieurs dispositions de la réforme de la tarification des Ehpad en cours tendent à reporter le risque sur l'usager (reste à charge), par le biais notamment du tarif hébergement, ou encore sur le gestionnaire, en ce qui concerne la fin de l'opposabilité financière des conventions collectives et l'injonction paradoxale qui lui est faite de respecter ces conventions dans la limite des enveloppes allouées, y compris lorsque ces dernières seront insuffisantes.

Le tarif hébergement devient en effet la variable d'ajustement. Ce projet de décret ne donne aucun contenu à ce tarif, si ce n'est qu'il recouvre ce que ne couvrent pas les 2 autres tarifs ; il devient ainsi un « tarif balai », les tarifs soins et dépendance devenant en quelque sorte des « recettes en atténuation ».

De plus, la réintégration annoncée des médicaments dans les dotations soins renforce les risques de déficit sur cette section budgétaire dont l'impact se répercutera directement sur les résidents aggravant encore ainsi le reste à charge qu'il était pourtant question de chercher à réduire ! Rappelons d'ailleurs que cette réintégration doit normalement s'effectuer à l'issue d'une expérimentation de 2 ans et d'un bilan « concluant » de celle-ci.

De même, la suppression du tarif partiel pour les Ehpad dont la charge en soins est la plus lourde risque de produire les mêmes effets, compte tenu de la difficulté de maîtrise des actes médicaux effectués au titre du libre choix du médecin.

L'Uniopss demande expressément à ce que le droit d'option entre tarif partiel et tarif global soit préservé pour l'ensemble des Ehpad. L'Uniopss a toujours défendu ce principe en raison de l'impossibilité de réguler les dépenses générées par l'intervention des praticiens libéraux, sur lesquels les Ehpad ne disposent d'aucun lien de subordination.

Par ailleurs, comment justifier la restriction de la portée de la mesure, attendue et annoncée par l'ancienne secrétaire d'Etat à la Solidarité, de prise en charge des dépenses d'AS et d'AMP à 100% sur le tarif soins aux seuls Ehpad qui n'ont pas atteint la valeur plafond de leur tarif soins ? Cette disposition pose un grave problème de rupture d'égalité devant la réglementation que l'Uniopss ne peut accepter.

Enfin, faire référence à un pourcentage de la CAF à ne pas dépasser revient à encadrer et restreindre la capacité de financement des gestionnaires, qui aurait pu leur permettre d'engager des dépenses utiles à l'accomplissement de leurs missions.

#### Lien et cohérence entre les différents chantiers en cours

Comment va s'inscrire cette réforme de la tarification dans la nouvelle organisation et régulation du secteur et la place du médico-social au sein des ARS ?

La future Anap, par l'intermédiaire de la CNSA pour l'instant, a déjà initié des travaux, autour des systèmes d'information. Même si ces derniers mentionnent les données budgétaires et financières, quelle articulation exacte est prévue ?

#### Questions spécifiques au projet de décret

- Nous ne comprenons pas le 26°) du projet : de quelle partie de l'article R914-182 s'agit-il (11è, 12è et 13è alinéas) ?
- Il manque apparemment une partie de l'article 5.
- Dans le calcul décrit des forfaits globaux, il est mentionné le cas d'une augmentation du GMP de plus de 20 points ou moins. Que se passera-t-il dans le cas d'un GMP inférieur à celui de l'année précédente ?
- Le projet de décret mentionne à plusieurs reprises « au renouvellement de la convention tripartite » ; ne faudrait-il pas ajouter « ou du CPOM » puisqu'il est prévu dans le projet de loi HPST de substituer les CPOM aux conventions tripartites.

## 6. Liste du petit matériel médical

### **LISTE DU PETIT MATÉRIEL MÉDICAL**

*Arrêté du 30 mai 2008<sup>16</sup>*

Bandes ;  
Cerceau pour lit de malade ;  
Nutriments pour supplémentation ;  
Ouate ;  
Pansements ;  
Seringues et aiguilles à l'usage des professionnels de santé non rémunérés à l'acte ;  
Sparadrap ;  
Abaisse-langue ;  
Accessoires pour électrocardiogramme ;  
Autopiqueurs et accessoires ;  
Compresses ;  
Crachoir ;  
Dispositifs médicaux pour stomisés ;  
Doigtier ;  
Étui pénien ;  
Fil à sutures ;  
Gants stériles ;  
Garrot ;  
Masque ;  
Orthèses de série ;  
Poche à urine ;  
Réactifs (urine, sang) ;  
Seringue et stylo injecteur d'insuline ;  
Sonde nasogastrique ;  
Sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées ;  
Sonde urinaire.

---

<sup>16</sup> Arrêté du 30 mai 2008 publié au Journal Officiel du 4 juin 2008

## 7. Liste du matériel médical amortissable

### LISTE DU MATÉRIEL MÉDICAL AMORTISSABLE

*Arrêté du 30 mai 2008*

Armoire de pharmacie ;  
Aspirateur à mucosité ;  
Béquilles et cannes anglaises ;  
Bouteille d'oxygène et accessoires ;  
Chariot de soins et/ou de préparation de médicaments ;  
Chaise percée avec accoudoirs ;  
Compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée ;  
Coussin d'aide à la prévention d'escarres ;  
Déambulateur ;  
Électrocardiographe ;  
Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier ;  
Lits médicalisés ;  
Matelas d'aide à la prévention d'escarres ;  
Matelas pour lits médicalisés.  
Matériels nécessaires pour sutures et pansements tels que pinces de Péan, pinces Kocher, ciseaux ;  
Matériel lié au fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur, lorsqu'elle existe, nécessaire à l'exercice des missions définies à l'article L. 595-2 du code de la santé publique ;  
Négatoscope ;  
Otoscope ;  
Pied à sérum ;  
Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes ;  
Soulève-malade mécanique ou électrique et pèse-personne ;  
Stérilisateur ;  
Stéthoscopes et tensiomètres ;  
Surmatelas d'aide à la prévention d'escarres ;  
Table d'examen ;  
Thermomètres électroniques ;  
Appareil à aérosol ;  
Appareil de mesure pour glycémie ;  
Appareil pour rééducation sphinctérienne ;  
Containers pour stockage des déchets médicaux ;  
Fauteuil roulant à pousser non affecté à un résident particulier ;  
Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier ;  
Nutripompe ;  
Système actif de perfusion ;  
Soulève-malade ;  
Verticalisateur.