Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des affaires financières

Bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)
Personnes chargées du dossier :
Marc BOURQUIN
Florence CHENAL
Bruno MORIN

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Sous-direction du financement du système de soin

Bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux (1A)
Personne chargée du dossier :
Céline LAMBERT

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

Sous-direction des âges de la vie

Bureau des personnes âgées (2C)
Personnes chargées du dossier :
Annick BONY
Frédérique CHADEL

Le Ministre des solidarités, de la santé et de la famille
La Secrétaire d'Etat aux personnes âgées
Le Secrétaire d'Etat à l'Assurance maladie

à

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

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

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

CIRCULAIRE n° DHOS-F2/DSS-1A/DGAS-2C/113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

Date d'application : Immédiate
NOR :
Grille de classement :

Résumé : La présente circulaire fixe le montant des dotations régionales des dépenses médico-sociales personnes âgées des établissements hébergeant des personnes âgées et des services de soins infirmiers à domicile et le montant des dotations régionales des unités de soins de longue durée.

Mots clés : Plan « Vieillissement et solidarités », caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, journée de solidarité, établissements médico-sociaux pour personnes âgées, services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire, crédits de médicalisation des EHPAD.

Textes de référence :

- Code de la sécurité sociale notamment ses articles L. 111-3 et L.174-6 et 7,
- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment les articles 5,6 et 10.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins notamment l'article 96,
- Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 relative au financement de la sécurité sociale pour 2005**,**
- Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
- Décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des

établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD modifiés par le décret du 4 mai 2001

- Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment l'article 24,
- Décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA.
- Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L.6111-2 du code de la santé publique,
- Circulaire n°2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n°99-316 et n°99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 relatif au financement de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Circulaire n° 2001-569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 du décret n°99-316 (dit « clapet anti-retour).
- Circulaire n°2002/205 du 10 avril 2002 relative à le prise en compte des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et à la fixation du budget de soins.
- Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n° 2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Instruction N°DHOS/F2/2003/332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières gérées par des établissements de santé sous forme de budget annexe
- Circulaire N° DGAS/DHOS/DSS 2004-073 du 18 février 2004, relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées,
- Circulaire N° DGAS/DHOS/DSS 2004-415 du 30 août 2004, relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées
- Note d'information sur l'APA en date du 23 octobre 2002.

Annexes :

Annexe 1 : Bilan de la médicalisation des EHPAD au 31 décembre 2004
Annexe 2 : Construction des dotations régionales médico-sociales
Annexe 3 : Répartition des mesures nouvelles pour la médicalisation des EHPAD
Annexe 4 : Tableau explicatif des dépassements d'allocation aux EHPAD
Annexe 5 : Montants des mesures nouvelles gelées par département
Annexe 6 : Montants plafonds des dotations pour les établissements dont la capacité d'accueil est inférieure à 60 places
Annexe 7 : Bilan des créations de places en EHPAD au 31 décembre 2004
Annexe 8 : Répartition des mesures nouvelles de créations de places en EHPAD
Annexe 9 : Bilan des fermetures de lits
Annexe 10 : Répartition des mesures nouvelles SSIAD
Annexe 11 : Répartition des mesures nouvelles Accueil de jour et hébergement temporaire
Annexe 12 : Suivi des créations de places de SSIAD d'accueil de jour et d'hébergement temporaire
Annexe 13 : Résultats de la fongibilité entre enveloppes sanitaires, médico-sociale personnes âgées
Annexe 14 : Consolidation des dotations régionales médico-sociales
Annexe 15 : Construction des dotations régionales USLD

La présente circulaire a pour objet d'assurer pour l'année 2005 la mise en œuvre effective des engagements gouvernementaux en matière d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes tels qu'ils figurent dans le plan vieillissement et solidarités annoncé le 6 novembre 2003 par le Premier Ministre.

Le montant très important des crédits qui vous sont notifiés vous permettra d'accélérer le développement des services d'aide à domicile et d'alternative à l'hébergement complet. Ces crédits vous permettent également d'assurer la signature de plus de 1 500 conventions tripartites et une accélération du rythme de création des places d'EHPAD. Des instructions vous sont également données pour améliorer le niveau de ressources des établissements de moins de 60 places.

Ces assouplissements ont pour contre partie la nécessité absolue de respecter les règles de financement des conventions tripartites. C'est pourquoi l'évaluation des dotations régionales tient compte des dépassements constatés.

L'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour les services et établissements médico-sociaux pour personnes âgées, après abondement de crédits en provenance de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), est de 11,40% pour l'année 2005.

Ainsi, après un apport de la CNSA de 217 M€, l'assurance maladie pourra en 2005 financer 437,7 M€ de mesures nouvelles.

La présente circulaire vous délègue 361,4 M€, le solde est provisionné au niveau national et sera délégué ultérieurement.

Sur ces 361,4 M€, un montant de 289,4 M€ permettra de financer la poursuite de la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, le développement de l'aide à la vie à domicile des personnes âgées et les créations de places en EHPAD.

L'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour les unités de soins de longue durée est de 2,2 % pour l'année 2005 et permet de financer 27,68 M€ de mesures nouvelles déléguées par la présente circulaire.

1. LE RENFORCEMENT DES MOYENS DE L'ASSURANCE MALADIE DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES AGEES

1-1. La médicalisation des EHPAD

1-1-1 Le bilan de la signature des conventions tripartites au 31 décembre 2004

Au total, 3 732 conventions tripartites ont été signées pour 4 031 établissements. Ainsi plus de 60% de la capacité d'accueil des établissements hébergeant des personnes âgées ayant un GMP supérieur à 300 ont conventionné, soit environ 308 000 places.

L'année 2004 marque une accélération du processus de conventionnement puisque 1 238 conventions ont été signées au cours de l'année, dont plus de la moitié en novembre et décembre 2004.

Ces 4 031 établissements conventionnés pourront bénéficier de 901,4 M€ de mesures nouvelles sur les cinq années de leur convention, dont 670,6 M€ leur ont déjà été alloués au 31 décembre 2004.

L'assurance maladie pourra ainsi financer sur les cinq années des conventions déjà signées 6 107 postes d'infirmières et 22 054 postes d'aides-soignants ou aides médico-psychologiques supplémentaires.

Vous trouverez un bilan financier de la médicalisation des EHPAD en annexe 1

1-1-2 Le financement des conventions tripartites en 2005

a) Les engagements au titre de l'année 2005 des conventions signées de 2000 à 2004 s'élèvent à 184,7 M€

Les engagements financiers de l'assurance maladie résultant des conventions tripartites signées de 2000 à 2004 au titre de l'exercice budgétaire 2005 sont évalués à 184,7 M€. Ils sont financés par :

- Les crédits non consommés en 2004 au titre de la médicalisation des EHPAD et disponibles dans les dotations régionales

- Un apport complémentaire en 2005 de 115,4 M€.

(cf. annexe 2)

b) Le montant des crédits disponibles pour financer la médicalisation des EHPAD s'élève à 171,4 M€

Un montant de 171,4 M€ sera disponible en 2005 pour signer de nouvelles conventions.

Ce montant se décompose comme suit :

- 4,07 M€ correspondant aux crédits qui restent disponibles au 31 décembre 2004 après financement des engagements 2005 quand le montant des crédits disponibles est supérieur au montant de ces engagements ;

- 53,07 M€ correspondant aux crédits « médicaments et petits matériels médicaux » retirés des budgets des établissements lors de la signature de la convention tripartite. Ce montant est évalué selon les données de SAISEHPAD. Ces ressources d'ores et déjà présentes dans les enveloppes départementales pourront être engagées pour signer de nouvelles conventions selon la répartition fixée en annexe n°1.

- 114,26 M€ de crédits nouveaux apportés par la CNSA et dégagés par l'évolution de l'ONDAM personnes âgées en 2005.

Ce montant de 171,4 M€ devra permettre d'atteindre un objectif minimum de 1 500 signatures de conventions tripartites, dont la plus grande part devront intervenir au 1er semestre, afin d'accélérer le rythme de conventionnement. Cet objectif national est réparti en objectifs régionaux calculés par rapport au nombre d'établissements qui ont obligation de signer une convention et qui ne l'ont pas encore fait. (annexe 3)

Ces objectifs devront être déclinés par département.

Vous veillerez à informer l'administration centrale – la DHOS sous-direction des affaires financières pôle personnes âgées– de ces objectifs de signature dès que le comité administratif régional se sera prononcé. Celui-ci devra se prononcer sur la répartition des crédits entre départements dans le délai d'un mois après la parution de la présente circulaire.

La répartition de ces 114,3 M€ de crédits par région a été effectuée au prorata de l'objectif régional. (annexe 3)

c) Prise en compte des dépassements constatés depuis la circulaire du 30 août 2004 dans l'allocation de mesures nouvelles

L'outil d'information SAISEHPAD fait apparaître un dépassement global de 170 M€ du plan de médicalisation, par rapport au cadrage financier de la réforme. L'achèvement du plan de médicalisation des EHPAD suppose que soit enrayée cette dérive.

1° Gel des crédits dédiés aux départements n'ayant pas apporté d'explication au dépassement

La circulaire n°415 du 30 août 2004 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées demandait aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales d'exposer les motifs pour lesquels certaines allocations financières avaient dépassé les montants autorisés en application des règles du plan de médicalisation. La réponse devait parvenir à la DHOS avant le 30 septembre 2004.

A ce jour 11 DDASS n'ont apporté aucune explication et 15 DDASS ont transmis des informations qui ne permettent pas d'expertiser les causes des dépassements constatés.

Il leur est demandé de remplir le tableau joint en annexe n° 4 et de le retourner aux services de la DHOS par courrier ou par mail (florence.chenal@sante.gouv.fr) dans les meilleurs délais

Dans l'attente de ces informations et de leur analyse, les montants relatifs aux mesures nouvelles sont gelés au niveau national. La liste des départements concernés ainsi que les montants en cause sont précisés en annexe n°5.

Il convient de préciser que, dès lors que les préfets de départements auront transmis des explications circonstanciées sur les causes de dépassement des règles d'allocation budgétaire, les crédits seront attribués par notification individuelle à chaque département.

2° Gel sur les dotations des départements n'ayant pas respecté les règles d'allocation budgétaire depuis le 30 août 2004

Conformément à ce qui vous a été annoncé à l'occasion de la circulaire budgétaire du 30 août de 2004, la signature de conventions tripartites à un niveau dépassant la DOMINIC +35% en dehors des situations de clapet anti-retour et d'effet mécanique, donne lieu à un gel de votre dotation équivalent au montant du dépassement constaté du 1er septembre au 31 décembre 2004, tel qu'il résulte des données de SAISEHPAD. Le tableau joint en annexe 5 précise pour chaque département le montant de ce gel. Ce montant pourra néanmoins être revu en atténuation courant 2005 pour tenir compte de l'impact des mesures visées au d) et le cas échéant des modalités d'ajustement du calcul de la DOMINIC prévues par la circulaire du 30 août 2004 qui n'auraient pas encore été intégrées dans les remontées SAISEHPAD.

Les montants faisant l'objet d'un gel pourront être délégués ultérieurement en 2005 si l'analyse du financement des conventions signées en 2005 établit qu'il s'opère bien dans le respect des règles d'allocation des ressources aux établissements.

Si les dépassements constatés par l'outil d'information SAISEHPAD devaient toutefois perdurer dans certains départements, le gel prendrait un caractère définitif.

d) Nouvelles modalités d'allocation de ressources pour les EHPAD de moins de 60 places

Pour tenir compte des difficultés rencontrées par les structures hébergeant des personnes âgées dépendantes de moins de 60 places, notamment au regard des moyens en personnel pour assurer l'accompagnement des résidents, le calcul du plafond de ressources est réévalué de la manière suivante pour les établissements de 25 à 60 places :

DOMINIC + 60 – [(nombre de places – 25) X 25/35]

Le montant de la dotation plafond pour les établissements dont la capacité d'accueil est inférieure à 25 places est de DOMINIC +60%.

Le tableau joint en annexe n° 6 permet de déterminer le niveau de la DOMINIC, arrondi au nombre supérieur, en fonction du nombre de places.

Dans le cadre de cet assouplissement, vous pouvez donc donner des moyens supplémentaires aux établissements existants ayant une capacité de moins de 60 lits dans la limite du montant plafond calculé ci-dessus, en fonction du nombre de places autorisées de l'établissement.

Il vous est précisé que les moyens supplémentaires qui vous sont attribués au titre des EHPAD et des petites unités de vie ont pour première justification la mise en œuvre de gardes ou astreintes soignantes permettant d'assurer la sécurité des résidents. De ce point de vue il vous est rappelé que la présence de personnel soignant en permanence dans les EHPAD n'est pas opposable au financeur et ne peut donc en aucun cas justifier l'attribution de moyens supérieurs à ceux prévus par les instructions ministérielles.

Par ailleurs, et de façon plus générale l'attribution d'un plafond de ressources plus élevé aux structures de moins de 60 places ne doit pas dispenser ces EHPAD de petite taille de se rapprocher d'autres structures pour rechercher des synergies permettant des économies d'échelle (activités logistiques et administration commune recrutement de personnels médicaux ou paramédicaux sur plusieurs sites). Il n'est pas inutile d'explorer également avec ces établissements les pistes de diversification de leurs activités (en termes de création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire) qui pourraient être compatibles avec le projet d'établissement.

Il convient de préciser dans le même esprit que le calcul de la taille à prendre en compte pour bénéficier des modalités de calcul définies ci dessus pour les EHPAD de moins de 60 places doit se faire sur l'ensemble de l'entité juridique dans tous les cas où un établissement gère plusieurs structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qu'elles soient ou non situées sur le même site.

De manière plus générale, il vous est demandé d'informer les établissements de moins de 60 lits de l'intérêt de constituer des groupements de coopération médico-sociaux, comme le prévoit désormais l'article 94 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En effet, les groupements de coopération constituent un dispositif supplémentaire intéressant pour améliorer les moyens des établissements.

1-1-3 La renégociation des conventions déjà signées

a) les avenants concernant les assouplissements « Alzheimer » et moins de 60 places.

De nombreux établissements qui ont signé leur convention tripartite avant la diffusion des instructions modifiant les règles d'allocation de ressources peuvent être amenés à solliciter les services déconcentrés afin de conclure un avenant à leur convention au titre des dispositions spécifiques prévues pour les établissements accueillant de nombreux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, d'une part, ou en raison de leur capacité inférieure à 60 places, d'autre part.

Dans tous les cas l'avenant intervient à la simple demande de l'établissement et sous réserve que celui-ci justifie des modalités d'utilisation des crédits supplémentaires.

L'avenant peut prendre effet en cours d'année. Il n'a toutefois aucun caractère rétroactif.

En ce qui concerne pour les établissements accueillant des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, la circulaire n° 415 du 30 août 2004 (chapitre 1- B) a introduit un nouveau mode de calcul de la DOMINIC dans la mesure où trois critères cumulatifs sont remplis : un GMP supérieur à 700, 50% de résidents en GIR 1 et 2 et un nombre significatif de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Ce dernier critère doit être interprété comme suit :

- soit l'établissement accueille au moins 50% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ;

- soit le médecin inspecteur a validé un projet de soins et de vie spécifique à la prise en charge de cette pathologie ou de troubles apparentés.

b) Les conventions signées dans des conditions trop coûteuses pour l'assurance maladie

Certaines directions départementales des affaires sanitaires et sociales souhaitent revenir sur les financements accordés à certains EHPAD dans le cadre de la convention tripartite en dépassement du plafond de ressources autorisé par les instructions ministérielles, ou ne pas honorer des engagements financiers pluriannuels inscrits dans la convention.

Il vous est rappelé que toute modification des dotations des établissements prévues dans les conventions nécessite la signature d'un avenant par les parties signataires de la convention.

Le non-respect d'engagements contractuels souscrits dans le cadre de la convention tripartite ferait courir un risque juridique à l'Etat et serait également susceptible d'entraîner une perte de confiance dans la crédibilité de sa signature.

En revanche, il en va tout autrement si l'établissement n'a pas exécuté tout ou partie de ses propres engagements, notamment en termes d'amélioration de la qualité. En effet, ce sont les résultats qualitatifs de l'établissement qui doivent conditionner la poursuite de l'attribution des moyens nouveaux.

Dans ce cas, et pour en tirer les conséquences, il peut être prévu un moindre taux de reconduction les années suivantes.

1-1-4 La situation des EHPAD n'ayant pas signé de convention tripartite au 31 décembre 2005

La caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie doit financer la médicalisation des EHPAD sur la durée du plan vieillissement et solidarités, soit jusqu'à fin 2007. Il sera donc proposé au Parlement, à l'occasion de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, de modifier l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles de façon à reporter la date butoir de signature des conventions tripartites du 31 décembre 2005 au 31 décembre 2007. Cette modification s'accompagnera de l'examen d'un dispositif de convergence tarifaire pour les établissements dont les ressources de l'assurance maladie sont supérieures à un certain montant et qui n'auront pas souhaité s'inscrire dans le processus de conventionnement avant le 31 décembre 2005.

1.2 Les créations de places en EHPAD

En ce qui concerne les créations d'établissements, il vous est demandé de n'autoriser que les établissements dont la capacité est supérieure à 60 places.

L'article D. 313-17 du code de l'action sociale et des familles (décret n° 2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins

remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles) prévoit des modalités particulières de tarification des soins dans les « petites unités de vie » (établissements de moins de 25 places autorisées dont le GMP est supérieur à 300). Les demandes de création de places pour les établissements répondant à ces critères, qui choisissent une des deux options ouvertes par l'article D. 313-17 précité, c'est-à-dire soit un forfait soins comprenant la rémunération et les charges sociales et fiscales afférentes des infirmiers salariés ainsi que le paiement des prestations des infirmiers libéraux, soit l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile dès lors qu'ils n'emploient pas de personnel de soins salarié, peuvent être autorisées par dérogation à la règle vous demandant de n'autoriser que les établissements dont la capacité est supérieure à 60 places.

1.2.1 Les mesures nouvelles

En 2004 une enveloppe de 24,1 M€ vous a été allouée pour financer les créations de places en EHPAD. Le bilan de la consommation de cette enveloppe au 31 décembre 2004 figure en annexe 7. Selon ce calcul 8 régions ont mobilisé des montants supérieurs à ceux des enveloppes allouées. Ce dépassement devra être financé sur l'enveloppe allouée pour les créations en 2005.

En 2005, 33,5 M€ pourront être consacrés à la création de places nouvelles en EHPAD. Ce montant de 33,5 M€ permettra de créer environ 5 000 places nouvelles.

La présente circulaire vous délègue 26,8 M€, correspondant au financement de 4 000 places, qui sont répartis de la même façon qu'en 2004, selon les besoins déclarés par les DRASS et selon le taux d'équipement relativement à la population de 75 ans et plus. Les crédits notifiés pour ces créations sont au minimum de 200 000€. (annexe 8)

Les autorisations de créations de places à partir du 30 août 2004 ne peuvent être financées sur une autre enveloppe que celle réservée aux créations de places nouvelles en EHPAD.

Le financement des établissements dont l'autorisation de création a été délivrée avant la loi du 2 janvier 2002, peut être effectué à partir de l'enveloppe de médicalisation des EHPAD existants.

Le financement des établissements dont l'autorisation de création a été délivrée entre le 2 janvier 2002 et le 30 août 2004 doit être effectué sur l'enveloppe de médicalisation des EHPAD existants dans la mesure où un gel de crédits est intervenu à la date de cette autorisation. Par contre si aucun gel de crédits n'a été effectué le financement émarge sur l'enveloppe créations de places nouvelles.

1.2.2 Les créations d'EHPAD par redéploiement

- Réduction des capacités d'EHPAD existants ou fermetures d'établissements

  Les fermetures doivent permettre de redéployer les crédits de médicalisation exclusivement pour financer les projets de créations de places nouvelles en EHPAD dans les départements où le besoin existe.

Les opérations d'humanisation menées par de nombreux établissements, notamment pour se mettre en conformité avec les règles de sécurité incendie et le cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié du 13 août 2004 (JO du 22 septembre 2004), se traduisent fréquemment par une réduction importante de l'activité.

Par ailleurs le maintien de moyens d'assurance maladie pour une activité plus réduite contrevient à la fois au bon usage des ressources publiques et à la démarche de convergence tarifaire.

Ainsi et dès lors que l'établissement, quel que soit son statut, dispose d'ores et déjà d'un niveau de médicalisation suffisant (supérieur aux montants plafonds des dotations autorisés par les instructions ministérielles), la réduction de la capacité peut se traduire :

- Soit par l'utilisation de ces crédits dans le cadre de développement des alternatives à l'hébergement permanent (SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire) ou pour financer les projets de création de places nouvelles en EHPAD ;

- Soit par leur restitution à l'enveloppe départementale médico-sociale personnes âgées.

- Redéploiement d'activités de médecine chirurgie et obstétrique

La recomposition de l'offre de soins et son adaptation aux évolutions démographiques ne peuvent se concevoir exclusivement par l'attribution de moyens nouveaux d'assurance maladie.

Aussi, convient-il d'engager une politique dynamique de reconversion de lits relevant de l'enveloppe MCO.

Ainsi, au-delà des contingents de créations de lits et places médico-sociales qui vous sont notifiés dans le cadre de la présente circulaire en application du plan vieillissement et solidarités, il y a lieu également de tirer parti des opportunités de redéploiement budgétaire des enveloppes sanitaires de médecine chirurgie obstétrique, vers l'enveloppe USLD ou médico-sociale personnes âgées, sous réserve de la mise en œuvre du plan urgences gériatriques qui prévoit la conversion de places MCO en SSR.

Une telle opération permet au demeurant une création nette d'emplois pour l'établissement de santé porteur du projet en raison des recettes des tarifs hébergement et dépendance qui viennent à cette occasion compléter les ressources d'assurance maladie.

Il vous est demandé de rendre compte à la DHOS (florence.chenal@sante.gouv.fr) d'ici au 30 septembre 2005 au moyen du tableau joint en annexe n°9 faisant la synthèse pour votre région des opérations de reconversion /redéploiement /fermeture que vous envisagez d'engager en liaison avec les conseils d'administration et les directions d'établissements concernés.

Ces opérations s'inscriront naturellement dans le cadre actuel de la fongibilité (voir paragraphe 2-1-1 de la présente circulaire).

1-3. Le développement des alternatives à l'hébergement complet

1-3-1 L'aide au soutien à domicile des personnes âgées par la création de places de services de soins infirmiers à domicile

Vous sont notifiées les extensions en année pleine des places dont les financements vous ont été alloués en 2004.

Après revalorisation du coût de la place, 6 000 nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile pourront être créées en 2005 dont 5 400 places vous sont notifiées par la présente circulaire sur la base des moyens alloués correspondant à 6 mois de fonctionnement (l'extension en année pleine de ces places sera assurée en 2006).

Les modalités de répartition et de notification de ces places ainsi que leur suivi figurent aux annexes n°10. La répartition des crédits correspondant aux créations de places de SSIAD tient compte :

- pour 60% du taux d'équipement en places d'EHPAD et de SSIAD pour la population de 75 ans et plus de la région
- pour 40% de l'importance de la population de 75 ans et plus de la région.

1-3-2 La diversification de l'offre permettant le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire

Vous sont notifiées les extensions en année pleine des places dont les financements vous ont été alloués en 2004.

La présente circulaire notifie également les crédits permettant la création de 2 125 places d'accueil de jour et de 1 125 places d'hébergement temporaire sur la base des moyens alloués correspondant à 6 mois de fonctionnement (l'extension en année pleine de ces places sera assurée en 2006).

La répartition et la notification de ces places ainsi que leur suivi financier figurent en annexe n° 12.

Afin de suivre les créations de places de SSIAD, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, vous renseignerez et transmettrez par messagerie le 10 des mois d'avril, juillet, octobre, et janvier à la DHOS et à la DGAS le tableau en annexe 13.

1-4. Opération sincérité des comptes

Dans les établissements où l'opération sincérité des comptes a pu être menée à bien, elle permet de dégager des moyens supplémentaires pour financer le développement de la filière gériatrique et la diversification des activités médico- sociales des établissements de santé.

Néanmoins, dans de nombreuses régions les services déconcentrés et l'ARH n'ont pas mis en œuvre cette opération dans des conditions satisfaisantes. En particulier il apparaît que certaines ARH, malgré les instructions constantes de l'administration centrale, ne procèdent pas au transferts vers l'enveloppe USLD ou médico-sociale du montant des subventions mises à jour par l'opération sincérité des comptes.

Cette absence de transfert a pour conséquence d'une part une augmentation indue des dépenses de l'enveloppe médico-sociale qui doit être mobilisée pour couvrir notamment les « effets mécaniques » et d'autre part le maintien de mécanismes opaques de formation des tarifs, aussi bien dans le champ des EHPAD que dans le champ sanitaire.

C'est pourquoi, chaque fois qu'elle en sera informée l'administration centrale procédera à un transfert unilatéral des ressources en cause vers les enveloppes USLD et médico-sociales personnes âgées.

En revanche, par dérogation aux règles d'utilisation des ressources issues de l'opération sincérité des comptes, jusqu'ici limitée au développement d'activités médico-sociales (accueil de jour, hébergement temporaire, SSIAD extension EHPAD), il sera également possible de financer grâce à l'opération sincérité des comptes des activités sanitaires sous réserve qu'elles soient exclusivement réservées aux personnes âgées dépendantes (court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, consultation mémoire) et que le financement de l'effet mécanique ait été préalablement assuré.

Ce mode d'utilisation des ressources issues de l'opération sincérité des comptes, dans la mesure où il se traduit par un moindre transfert de ressources vers les enveloppes médico-sociales est soumis à l'approbation préalable de l'administration centrale. Un courrier devra préalablement à la signature de la convention être adressé à la DHOS (marc.bourquin@santé.gouv.fr) décrivant précisément le projet, ainsi que sa chronologie et son financement. Ce n'est qu'au vu de ce projet qu'une dérogation pourra être accordée.

2. : CONSTRUCTION DES DOTATIONS REGIONALES POUR 2004

2-1. La définition des bases régionales pour 2005

2-1-1 Les fongibilités entre enveloppes médico-sociale et sanitaire prise en compte en 2004 viennent augmenter les dotations médico-sociales personnes âgées de 64,62 M€ et diminuer les dotations USLD de 44,24 M€

Ces opérations de transfert entre enveloppes qui résultent des recompositions, de la sincérité des comptes entre budgets annexes et budgets principaux des hôpitaux et de la mise en œuvre des conventions tripartites sont détaillées en annexe 13.

Les dotations régionales sont corrigées de ces montants (annexes 14 et 15)

2-1-2 Le débasage des crédits non reconductibles accordés en 2004

Les 18,76 M€ de crédits pour les établissements et services médico-sociaux et 7,23 M€ de crédits pour les unités de soins de longue durée prévus dans le cadre de la circulaire N°DHOS/F2/DGAS/2C/DSS/1A/2004/279 du 16 juin 2004 relative à l'allocation de moyens exceptionnels d'assurance maladie au bénéfice des services de soins infirmiers à domicile des établissements hébergeant des personnes âgées et des unités de soins de longue durée pour l'été 2004 ont été notifiés à titre non reconductible.

Dans ces conditions, il y a lieu de procéder à un débasage de vos dotations régionales pour un montant équivalent.

2-2 Les mesures de reconduction et de personnel

2-2-1 Dans les EHPAD et les SSIAD

Le taux moyen d'évolution des dépenses d'assurance maladie des établissements et services pour personnes âgées dépendantes est de 1,84 % : Ce taux correspond au financement des mesures de personnel notifiées par la présente circulaire. D'autres mesures pourront être financées en deuxième partie de campagne.

Il est de 2,66 % pour les SSIAD privés non lucratifs.

Il est de 1,91 % pour les autres SSIAD.

Il est de 2,24 % pour les établissements privés non lucratifs.

Il est de 1,50 % pour les autres établissements.

Ces taux permettent de financer :

- L'augmentation des traitements dans la fonction publique de 0,5 % au 1er février 2005. L'incidence financière de cette disposition a été calculée au bénéfice des personnels soignants des établissements privés à but non lucratif, dans l'hypothèse d'une transposition demandée par les fédérations d'employeurs agréées ;

- Le glissement – vieillesse – technicité (GVT) dont le taux a été évalué à 0,4% de la masse salariale des établissements publics et privés, soit 0,35% du taux de 1,84% ;

- Les mesures du protocole filière du 14 mars 2001 au bénéfice des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière, soit 0,01% du taux de 1,84% ;

- L'avancement au grade dans certains corps de personnels de la fonction publique hospitalière pour un montant de 1,02 M€. Il s'agit de la dernière année de financement de cette mesure (soit 0,03% dans le taux d'évolution) ;

- La poursuite de l'augmentation de la cotisation employeur à la CNRACL de 0,4% à compter du 1er janvier 2005[1] , soit 0,10% du taux de 1,84% ;

- L'intégration de la prime spéciale de sujétion des aides soignantes de la fonction publique, à hauteur de 10%, dans le calcul de leur future retraite prévue par l'article 37 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004. Il prévoit que la prime de sujétion spéciale est intégrée au calcul de la pension de retraite en contrepartie du paiement d'une cotisation sociale supplémentaire acquittée par les agents et leurs employeurs à hauteur de 5% respectivement. Soit 0,09% du taux de 1,84% ;

- L'instauration d'un régime public de retraite additionnelle obligatoire prévu par l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003, destiné à permettre aux agents titulaires relevant des trois fonctions publiques d'acquérir des droits à une retraite additionnelle qui s'ajoutera à la retraite principale. Les cotisations dont le taux global est fixé à 10 % par décret en conseil d'Etat sont réparties à parts égales entre les collectivités employeurs et les bénéficiaires du régime. Les cotisations employeurs (5 %) et salariés (5 %) sont assises sur les éléments de rémunération de toute nature pris en compte pour le calcul de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale et non pris en compte dans l'assiette de calcul la pension principale. Toutefois, ces éléments sont pris en compte dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut total perçu au cours de l'année considérée. Pour les fonctionnaires financés par l'assurance maladie cette mesure est évaluée à 0,25% du taux de 1,84% ;

- La rénovation des conventions collectives agréées applicables dans le secteur des personnes âgées ;

Les crédits correspondant à la transposition du protocole « filières » en date du 14 mars 2001 ont été notifiés par les circulaires des 10 avril 2002, 30 mai 2003 et 18 février 2004 afin de financer notamment les incidences des conventions collectives agréées qui ont été rénovées. En complément, une enveloppe correspondant à 1,67M€ vous est notifiée en 2005.

Elle doit être utilisée pour accompagner la mise œuvre des dispositions conventionnelles suivantes :

- FEHAP : poursuite du financement des surcoûts de la nouvelle convention collective agréée le 12 décembre 2002 entrée en vigueur le 1er juillet 2003. L'évaluation des surcoûts de cette nouvelle convention correspond au montant des crédits réservés pour la transposition du protocole filières aux établissements appliquant la CCN 1951. La FEHAP s'est d'ailleurs engagée à ne pas solliciter de crédits supplémentaires à ceux attribués dans ce cadre et à recourir à une minoration de l'évolution des salaires de la CCN 1951 dans le cas où les

[1] Décret n° 2003-51 du 17 janvier 2003 relatif à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et modifiant le décret n°91-613 du 28 juin 1991 fixant les taux de cotisations de divers régimes spéciaux de sécurité sociale.

surcoûts réels seraient supérieurs au financement disponible, et par conséquent à l'évaluation du surcoût transmis par cette fédération nationale.

- Fondation caisse d'Epargne : financement de l'accord, agréé le 17 décembre 2003 visant à mettre en œuvre progressivement la CCN 1951.
- CROIX ROUGE : financement de la nouvelle convention collective dont les nouvelles dispositions s'appliquent au 1er juillet 2004.

L'accord de la branche de l'aide à domicile conclu le 29 mars 2002 qui vise à unifier les emplois occupés dans le secteur de l'aide à domicile à but non lucratif[2] et à revaloriser les grilles de salaires, s'applique à compter du 1er juillet 2003. Un complément de crédits de 5,20 M€ est notifié en 2005 pour financer cet accord qui s'applique dans les SSIAD.

Enfin, le taux de 2.24% inclut une enveloppe de 10 M€ pour les établissements privés non lucratifs qui rencontreraient des difficultés dans le cadre de la fin des aides liées aux dispositifs de réduction du temps de travail.

Vos dotations régionales de dépenses d'assurance maladie des EHPAD et des SSIAD pour 2005 ont été calculées sur ces bases. Elles sont retracées à l'annexe n°2.

2-2-2 Dans les centres et unités de soins de longue durée

Le taux moyen d'évolution des dépenses d'assurance maladie des unités de soins de longue durée est de 2,01 %.

Il permet de financer les mêmes mesures que pour les EHPAD et les SSIAD dans les conditions suivantes :

- L'augmentation des traitements dans la fonction publique de 0,5 % au 1er février 2005. L'incidence financière de cette disposition a été calculée au bénéfice des personnels soignants des établissements privés à but non lucratif, dans l'hypothèse d'une transposition demandée par les fédérations d'employeurs agréées ;

- Le glissement – vieillesse – technicité (GVT) dont le taux a été évalué à 0,4% de la masse salariale des établissements publics et privés, soit 0,36% du taux de 2,01% ;

- Les mesures du protocole filière du 14 mars 2001 au bénéfice des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière, soit 0,03% du taux de 2,01% ;

- L'avancement au grade dans certains corps de personnels de la fonction publique hospitalière pour un montant de 1,44 M€. Il s'agit de la dernière année de financement de cette mesure. (soit 0,10 % du taux de 2,01%) ;

- La poursuite de l'augmentation de la cotisation employeur à la CNRACL de 0,4% à compter du 1er janvier 2005[3], soit 0,21% du taux de 2,01% ;

[2] Sont concernés les personnels des établissements appliquant auparavant les conventions collectives suivantes : convention collective ADMR du 6 mai 1970, convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983, convention collective concernant les personnels des organismes de travailleuses familiales du 2 mars 1970 et accord UNACSS de mai 1983.

[3] Décret n° 2003-51 du 17 janvier 2003 relatif à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et modifiant le décret n°91-613 du 28 juin 1991 fixant les taux de cotisations de divers régimes spéciaux de sécurité sociale.

- L'intégration de la prime spéciale de sujétion des aides soignantes de la fonction publique, à hauteur de 10%, dans le calcul de leur future retraite prévue par l'article 37 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004. Il prévoit que la prime de sujétion spéciale est intégrée au calcul de la pension de retraite en contrepartie du paiement d'une cotisation sociale supplémentaire acquittée par les agents et leurs employeurs à hauteur de 5% respectivement. L'incidence financière pour 2005 correspond à 0,22% du taux de 2,01% ;

- L'instauration d'un régime public de retraite additionnelle obligatoire prévu par l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003, destiné à permettre aux agents titulaires relevant des trois fonctions publiques d'acquérir des droits à une retraite additionnelle qui s'ajoutera à la retraite principale. Les cotisations dont le taux global est fixé à 10 % par décret en conseil d'Etat sont réparties à parts égales entre les collectivités employeurs et les bénéficiaires du régime. Les cotisations employeurs (5 %) et salariés (5 %) sont assises sur les éléments de rémunération de toute nature pris en compte pour le calcul de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale et non pris en compte dans l'assiette de calcul la pension principale. Toutefois, ces éléments sont pris en compte dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut total perçu au cours de l'année considérée. Pour les fonctionnaires financés par l'assurance maladie cette mesure est évaluée à 0,51% du taux de 2,01% ;

- La rénovation des conventions collectives agréées applicables dans le secteur des personnes âgées ;

Les crédits correspondant à la transposition du protocole « filières » en date du 14 mars 2001 ont été notifiés par les circulaires des 10 avril 2002, 30 mai 2003 et 18 février 2004 afin de financer notamment les incidences des conventions collectives agréées qui ont été rénovées. En complément, une enveloppe correspondant à 0,02 M€ vous est notifiée en 2005.

Elle doit être utilisée pour accompagner la mise œuvre des dispositions conventionnelles de la FEHAP concernant la poursuite du financement des surcoûts de la nouvelle convention collective agréée le 12 décembre 2002 entrée en vigueur le 1er juillet 2003. L'évaluation des surcoûts de cette nouvelle convention correspond aux montants des crédits réservés pour la transposition du protocole filières aux établissements appliquant la CCN 1951. La FEHAP s'est d'ailleurs engagée à ne pas solliciter de crédits supplémentaires à ceux attribués dans ce cadre et à recourir à une minoration de l'évolution des salaires de la CCN 1951 dans le cas où les surcoûts réels seraient supérieurs au financement disponible, et par conséquent à l'évaluation du surcoût transmis par cette fédération nationale.

Vos dotations régionales de dépenses d'assurance maladie des USLD pour 2005 ont été calculées sur ces bases. Elles sont retracées à l'annexe n° 15

2-3. Règles d'actualisation des moyens pour 2005 pour les établissements médico-sociaux et sanitaires hébergeant des personnes âgées

2-3-1. Etablissements non-signataires d'une convention tripartite

L'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 modifié par l'article 30 paragraphe 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a prévu une règle spécifique d'actualisation pour les établissements non-signataires d'une convention tripartite. A l'exception de ces crédits d'actualisation, ces établissements ne peuvent bénéficier de moyens nouveaux.

Un arrêté interministériel indiquera pour chaque catégorie d'établissement, le taux applicable au titre de la campagne budgétaire 2005.

2.3.2. Etablissements ayant signé une convention tripartite.

Toute mesure nouvelle au-delà des moyens de reconduction pour l'établissement doit se faire dans le cadre de la négociation d'un avenant à la convention tripartite

2.3.3. Actualisation de la DOMINIC

Les montants des tarifs de soins permettant le calcul de la DOMINIC - fixés à 5,69 € pour le tarif partiel et 6,31 € pour le tarif global en 2004 sont revalorisés de 1,83% pour le tarif partiel et de 2,56% pour le tarif global dans le cadre de la campagne budgétaire 2005. Ils s'établissent ainsi à 5,79 € pour le tarif partiel et 6,47 € pour le tarif global.

Le choix du tarif global dans la convention tripartite, dans la mesure où il intègre plus de prestations de soins, permet d'améliorer la qualité de la coordination de la prise en charge des résidents et l'efficacité de l'utilisation des crédits d'assurance maladie ce qui justifie une revalorisation du tarif global plus importante.

2.4. Revalorisation du forfait plafond applicable dans les services de soins infirmiers à domicile :

En fonction du niveau de progression des crédits d'assurance maladie, hors mesures nouvelles, le forfait plafond applicable dans les SSIAD est fixé, à compter de la date de publication de l'arrêté interministériel fixant l'ONDAM, à :

- 39,45 euros pour les SSIAD publics,

- 34,84 euros pour les SSIAD privés.

Le taux de progression dont il est tenu compte pour actualiser le forfait est un taux qui intègre toutes les ressources notifiées dans la présente circulaire. Compte tenu du fait que tous les services de SSIAD ne peuvent prétendre aux mêmes mesures, il appartient aux DDASS d'apprécier l'opportunité d'allouer à un service le montant du forfait plafond.

* * * * *

Vous voudrez bien rendre compte, sous le timbre de la DHOS (bureau F2 / pôle des personnes âgées), des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins	Le directeur de la sécurité sociale	Le directeur général de l'action sociale