

GUIDE

sur la réforme des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

PREAMBULE

Ce guide a été réalisé en 2002, dans le cadre du Programme Régional Hospitalier, par un groupe de travail piloté par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine et composé des représentants de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Bayonne, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Landes, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Béarn et de la Soule, du Service Médical de l'Assurance Maladie, de la Caisse Régionale des Artisans et Commerçants d'Aquitaine, de la Caisse de la Mutualité Sociale Agricole et de l'Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie d'Aquitaine.

Depuis sa création, la CRAM Aquitaine actualise chaque année les fiches en fonction des évolutions réglementaires et des besoins d'information des différents membres du réseau Assurance Maladie.

Une présentation sous forme de fiches thématiques a été retenue car elle permet une plus grande souplesse dans la mise à jour du guide.

L'objectif du guide est de rappeler de manière synthétique les dispositions contenues dans les textes (lois, décrets, arrêtés, circulaires ministérielles) sur des thèmes clés de la réforme des EHPAD.

Procédure d'élaboration, de validation et de diffusion des fiches

L'objectif est de définir les différentes étapes de réalisation du guide.

La CRAM Aquitaine est le référent pour l'élaboration et le suivi du guide.

Un correspondant est nommé dans chaque organisme. La Caisse Régionale devra être informée des changements éventuels.

Présentation et contenu des fiches

Pour être lisible, la fiche doit être synthétique et correspondre, dans la mesure du possible, à une feuille. Le cas échéant, des fiches annexes peuvent être rédigées.

Des tableaux récapitulatifs peuvent être intégrés à la suite du développement ou dans le corps du document.

Les références des textes sont rappelées à la fin de la fiche.

Rédaction des fiches

L'actualisation, la suppression et la rédaction d'une nouvelle fiche sont effectuées au fur et à mesure en fonction des besoins (évolution de la réglementation, nouvelles problématiques rencontrées par différents partenaires du réseau).

L'initiative est laissée au référent.

Ce dernier centralise les demandes des différents organismes, contacte les correspondants et détermine en concertation avec ceux-ci l'attribution de la rédaction de la fiche.

Les contacts sont principalement effectués via e mail ou par téléphone. Le cas échéant, le référent peut organiser une réunion de travail.

Chaque correspondant dispose d'une maquette de fiche, assortie de sa charte graphique.

Validation et diffusion des fiches

Lorsqu'une fiche est rédigée ou modifiée, elle doit être validée.

La CRAM Aquitaine centralise les fiches avant validation, les transmet aux autres partenaires afin de recueillir leurs observations et diffuse la fiche validée accompagnée du sommaire mis à jour.

La diffusion est effectuée par e mail.

Les correspondants, destinataires des fiches, sont chargés de les transmettre en interne aux personnes concernées par la réforme.

La mise à jour du guide incombe à chaque correspondant d'organisme.

Parallèlement, le guide actualisé sera consultable sur le site de la CRAM Aquitaine.

Les correspondants seront tenus informés de la date de la mise en ligne.

Personnes destinataires des fiches et chargées du suivi du guide au sein de la CRAM Aquitaine :

- ⇒ Mlle DUCOURNEAU, Chargée d'études, Service Gestion du Risque
- ⇒ Mme LENOIR, Chargée d'études, Service Gestion du Risque

Liste des correspondants du réseau Assurance Maladie :

- ⇒ M. DEYCARD, ARAMSA
- ⇒ Mme TIFFON, CRACA
- ⇒ Mme DUPLASSO, CPAM de Bayonne
- ⇒ M. CARPONCIN, CPAM du Béarn et de la Soule
- ⇒ M. DUBERT, CPAM de Dordogne
- ⇒ M. DARTIGUELONGUE, CPAM de Gironde
- ⇒ M. DUPOUYO, CPAM des Landes
- ⇒ Mme SEMENADISSE, CPAM du Lot-et-Garonne
- ⇒ Mme MIRAMOND, URCAM
- ⇒ Mme BURBAUD, SMAM

SOMMAIRE

- ⇒ **Fiche n°1** : Glossaire des abréviations (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°2** : Glossaire des notions clés (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°3** : Les établissements concernés par la réforme (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°4** : La procédure d'autorisation des EHPAD (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°5** : La convention tripartite pluriannuelle : dispositions générales (*mars 05*)
 - ⇒ Annexe 1 : Le référentiel qualité sur la prise en charge en EHPAD (*mars 05*)
 - ⇒ Annexe 2 : La définition des objectifs conventionnels à 5 ans (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°6** : Le girage et la CDCM (*mars 05 - non modifiée*)
- ⇒ **Fiche n°7** : Le médecin coordonnateur (*mars 05 - non modifiée*)
- ⇒ **Fiche n°8** : La tarification ternaire des établissements ayant signé une convention tripartite : tarifs hébergement, dépendance et soins (*mars 05*)
 - ⇒ Annexe 1 : La répartition des charges de personnel entre les 3 sections d'imputation tarifaire (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°9** : La tarification des établissements médicalisés avant la conclusion de la convention tripartite : dispositif transitoire (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°10** : Les charges comprises dans la dotation « soins » : option tarifaire partielle ou globale (*mars 05*)
 - ⇒ Annexe 1 : Les listes du petit matériel médical et du matériel amortissable (*mars 05 - non modifiée*)
 - ⇒ Annexe 2 : Les prestations de soins non comprises dans la dotation « soins » (*mars 05 - non modifiée*)
- ⇒ **Fiche n°11** : Les modalités de calcul de la dotation minimale de soins (DOMINIC) et de la dotation plafond (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°12** : Les modalités de tarification des petites unités de vie (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°13** : L'APA en établissement (*mars 05*)
- ⇒ **Fiche n°14** : Le rôle des Caisses Pivots dans la réforme (*mars 05 - non modifiée*)

Glossaire des abréviations

Sigle	Libellé
AGGIR	Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANGELE	Application Nationale de Gestion des Enveloppes liées aux Etablissements accueillant des PAD
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une évaluation Labellisée de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASH	Agent de Service Hospitalier
ASQ	Aide soignant Qualifié
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CDCM	Commission Départementale de Coordination Médicale
COFIL	Comité de Pilotage de la Réforme
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSP	Code de la Santé Publique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Dotation Globale de Soins
DOMINIC	Dotation Minimale de Convergence
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
ERNEST	Echantillon Représentatif National d'Etablissements pour Simuler la Tarification
GALAAD	Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision
GIR	Groupe Iso-Ressource
GMP	Gir Moyen Pondéré
GMPS	Gir Moyen Pondéré Soins
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
LF	Logement Foyer
MARTHE	Mission ministérielle d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées
MR	Maison de Retraite
PAD	Personnes Agées Dépendantes
PH	Praticien Hospitalier
PMP	Pathos Moyen pondéré
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SC	Soins Courants
SCM	Section de Cure Médicale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Glossaire des notions clés

Sigle	Libellé
AGGIR	Grille nationale d'évaluation du degré de perte d'autonomie
ANGELE	Application informatique utilisée par les DDASS pour le suivi de la réforme sur le versant Assurance Maladie (doit être progressivement remplacée par le logiciel « SAISEHPAD »)
ANGELIQUE	Guide d'auto-évaluation des EHPAD élaboré par le ministère
BINAIRE (tarification)	Ventilation des charges suivant 2 sections d'imputation tarifaire : hébergement et soins (budget pour les soins courants et/ou les sections de cure médicale)
CDCM	Instance intervenant notamment pour la validation des girages effectués par les établissements
CLAPET ANTI-RETOUR	Le Forfait Global de soins alloué à l'établissement avant le conventionnement est supérieur à la dotation de soins minimale calculée en tarification ternaire ⇒ L'établissement a le droit de conserver la différence qui représente le montant du CLAPET (dans la limite de 30 % des dépenses salariales afférentes aux ASQ et AMP lorsque l'établissement ne dispose pas de PUI), à charge pour lui de l'affecter à des charges de soins d'ici le terme de la convention Les modalités du rééquilibrage entre la dotation et les charges réelles en soins (résorption du CLAPET) doivent être négociées dans le cadre de la convention
COMMISSION DEPARTEMENTALE DE SUIVI DE LA REFORME	Instance consultative paritaire incluant des représentants des établissements et des autorités de tarification
COFIL	Instance informelle mise en place dans chaque département pour le suivi de la réforme
DOMINIC	Dotation soins minimale allouée dans le cadre de la tarification ternaire à un EHPAD
EFFET MECANIQUE	Le Forfait Global de soins alloué à l'établissement avant le conventionnement est inférieur à la dotation de soins minimale calculée en tarification ternaire. ⇒ L'autorité de tarification compétente doit rembourser cette dette de l'Assurance Maladie dès le premier exercice de la convention
ERNEST	Simulation de la réforme de la tarification réalisée par la Mission Marthe
GALAAD	Logiciel utilisé pour l'évaluation du niveau de dépendance
GIR	Classement des résidents par niveau de dépendance - Définition de 6 niveaux de GIR - GIR 1 à 6, le GIR 1 regroupant les résidents les plus lourds en terme de dépendance, le GIR 6 les plus légers
GIRAGE	Evaluation du niveau de dépendance des résidents d'un établissement
GMP	Niveau moyen de dépendance des résidents dans un établissement
GMPS	Unité de valeur utilisée dans le calcul de la DOMINIC

Sigle	Libellé
MUTUALISATION DES GIR	Dans le cadre de la tarification ternaire, les 6 GIR ont été regroupés 2 par 2, constituant ainsi 3 groupes GIR, afin de définir 3 tarifs soins et dépendance
OPERATION SINCERITE DES COMPTES	Préalablement au conventionnement, les établissements en budgets annexes ont dû effectuer cette opération qui vise à s'assurer de l'affectation correcte des charges et des recettes accompagnée, le cas échéant, de virements de crédits entre le budget principal et les budgets annexes
OPTION PARTIELLE ou GLOBALE	Options tarifaires sur le budget soins qui détermine les charges prises en compte par l'Assurance Maladie (libre choix de l'établissement)
PATHOS	Logiciel utilisé pour l'évaluation de la charge en soins d'un établissement c'est-à-dire du niveau de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies gériatriques
SAISEHPAD	Logiciel utilisé par les DDASS pour le suivi de la réforme sur le versant Assurance Maladie (destiné à remplacer progressivement l'outil « ANGELE »)
STRATE	Classement des établissements relevant de la réforme suivant leur statut juridique et leur niveau de médicalisation : Strate 1 : MR rattachée à un hôpital public avec SCM Strate 2 : MR non rattachée à un hôpital public avec SCM Strate 3 : MR avec SCM privée Strate 4 : MR sans SCM, publique ou privée à but non lucratif Strate 5 : MR sans SCM privée à caractère commercial Strate 6 : LF habilité à l'aide sociale Strate 7 : LF non habilité à l'aide sociale Strate 8 : Services de soins de longue durée
TARIFEHPAD	Logiciel utilisé pour la tarification ternaire des EHPAD
TERNAIRE (tarification)	Ventilation des charges d'un établissement suivant 3 sections d'imputation tarifaire : hébergement, dépendance et soins

Les établissements concernés par la réforme

Principe

La réforme s'applique à tous les établissements autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, et ce quel que soit leur statut juridique actuel ou leur appellation.

Cf. Fiche n° 4 sur la procédure d'autorisation des EHPAD

Ils devront signer une convention pluriannuelle tripartite et appliquer les nouvelles règles tarifaires posées par la réforme.

Régime dérogatoire

Un régime dérogatoire a été mis en place pour les établissements de petite taille (capacité inférieure à 25 places) et les établissements accueillant peu de personnes âgées dépendantes (GMP inférieur à 300).

Cf. Fiche n° 12 sur les modalités de tarification des petites unités de vie

Ces établissements peuvent déroger aux règles de tarification ternaire et, selon les cas, n'ont pas l'obligation de signer une convention tripartite. Ils devront cependant répondre aux critères de fonctionnement et de qualité définis dans le cahier des charges.

Cf. Fiche n° 5, annexe 1, sur le référentiel qualité

Le tableau ci-après dresse les différents cas de figure en fonction des caractéristiques de l'établissement :

	Obligation de signer une convention tripartite	Règles de tarification
GMP supérieur à 300 25 places et +	oui	tarification ternaire
GMP supérieur à 300 - de 25 places	non (volontariat)	tarification dérogatoire
GMP inférieur à 300 25 places et +	non (*) (volontariat)	tarification binaire (*) (héb + dép)
GMP inférieur à 300 - de 25 places	non (volontariat)	tarification binaire (héb + dép)

Dans les trois derniers cas, lorsque un établissement opte pour la signature d'une convention tripartite, la tarification de droit commun (tarification ternaire) s'applique.

(*) Les raisonnements peuvent diverger compte tenu des difficultés d'interprétation des textes. L'interprétation retenue est celle du ministère.

Textes de référence :

- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 modifiée, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA
- Articles R 313-15 et R 313-16 du CASF
- Circulaire DHOS n°2002/207 du 10 avril 2002 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2002
- 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 CASF

La procédure d'autorisation des EHPAD

Pour bénéficier de la réforme, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes doivent être autorisés pour l'ensemble de leur capacité d'hébergement à dispenser des soins.

Une régularisation de l'autorisation doit donc être effectuée pour les établissements existants non médicalisés ou partiellement médicalisés.

Des dispositions particulières ont été prévues pour les établissements régulièrement autorisés avant le 1^{er} janvier 2001 :

1^{ère} hypothèse : ils bénéficient d'une autorisation de dispenser des soins pour une partie de leur capacité

⇒ Ils sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux pour la totalité de leur capacité d'hébergement dès la conclusion de la convention tripartite pluriannuelle.

2^{ème} hypothèse : ils ne bénéficient pas d'une autorisation de dispenser des soins

⇒ L'avis du CROSMS est nécessaire à la délivrance de cette autorisation. Il se prononce au vu d'un dossier dont le contenu a été défini réglementairement.

Pour les structures n'étant pas régulièrement autorisées ou celles créées après le 1^{er} janvier 2001, la procédure d'autorisation de droit commun s'applique.

Textes de référence :

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (article 37)
- Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 (article 30)
- Arrêté du 6 juin 2002 relatif au contenu du dossier simplifié présenté pour avis au CROSMS
- Circulaire DHOS n° 2004/415 du 30 août 2004 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004

Etablissement autorisé au titre de l'hébergement avant le 1 ^{er} janvier 2001		Etablissement <u>non régulièrement autorisé</u> avant le 1 ^{er} janvier 2001 Etablissement créé après le 1 ^{er} janvier 2001
Etablissement partiellement médicalisé (avec SCM et/ou SC)	Etablissement non médicalisé (sans SCM et SC)	
<ul style="list-style-type: none"> - Pas de procédure de régularisation en CROSMS - Autorisation tacite à compter de la signature de la convention tripartite 	<ul style="list-style-type: none"> - Sollicitation d'une autorisation auprès du préfet du département - Dossier simplifié - Avis CROSMS - Arrêté d'autorisation de dispenser les soins avant la signature de la convention tripartite <p>Les 2 procédures de négociation de la convention et de passage en CROSMS peuvent être conduites simultanément.</p> <p>Afin de ne pas retarder la signature de la convention tripartite, il est également possible de signer la convention avant la date de passage en CROSMS en subordonnant son entrée en vigueur effective à l'avis favorable du CROSMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sollicitation d'une autorisation auprès du préfet et du président du Conseil Général du département - Dossier comportant les pièces nécessaires - Avis CROSMS - Arrêté d'autorisation conjoint avant la signature de la convention tripartite

La convention pluriannuelle tripartite : dispositions générales

Les établissements autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes devront avoir passé une convention pluriannuelle avant le 31 décembre 2005 ou le 31 décembre 2006 pour les logements foyers (*).

Cf. Fiche n°3 sur les établissements concernés

Les parties à la convention

Les trois signataires de la convention sont :

- le représentant légal de l'établissement,
- le président du conseil général,
- l'autorité tarifaire compétente pour l'Assurance Maladie (le préfet pour les établissements hébergeant des personnes âgées et le directeur de l'ARH pour les USLD).

Les objectifs de la convention

Cette convention doit principalement :

- Définir les conditions de fonctionnement de l'établissement :
 - ↳ sur le plan financier,
 - ↳ par rapport à la qualité de la prise en charge des personnes et des soins dispensés.
- Définir les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation.

La durée de la convention

La convention est fixée pour une durée de cinq ans à compter de sa date d'effet.

Les conditions de modification

Des avenants annuels peuvent être conclus de manière :

- à concilier, au mieux, le caractère pluriannuel de la convention avec le principe d'annualité budgétaire,
- et à prendre en compte le changement éventuel d'option tarifaire et les aléas pouvant survenir au titre du fonctionnement de l'établissement.

Les conditions de résiliation

La convention doit impérativement prévoir les conditions de résiliation par un ou plusieurs contractants.

La résiliation doit s'effectuer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux autres signataires de la convention. Elle ne prend effet qu'à échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

L'évaluation de la convention

Elle peut être annuelle ou réalisée, au moins, à la date de renouvellement de la convention pluriannuelle.

Elle donne lieu à la production d'un rapport formalisé.

Textes de référence :

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (annexe I)
- Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 (article 42 modifiant l'article L 313-12 du CAFS)

(*) Selon la circulaire DHOS 2005/113 du 18 février 2005, le ministère devrait proposer au Parlement, à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, de reporter la date butoir de signature des conventions tripartites du 31 décembre 2005 au 31 décembre 2007.

Le référentiel qualité sur la prise en charge en EHPAD (cahier des charges)

Ces recommandations ne constituent pas à proprement parler des normes de fonctionnement.

Celles-ci, structurées autour de cinq thématiques, constituent une base de négociation dans le cadre de la convention tripartite et laissent une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement.

La qualité de vie des résidents

⇒ Respect du rythme de vie et maintien des repères

INDICATEURS

Les repas :

- ↯ Qualité nutritive
- ↯ Temps suffisant pour permettre aux résidents de s'alimenter de façon autonome
- ↯ Respect des habitudes antérieures
- ↯ Amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner inférieure à 12 heures

⇒ Participation aux activités mises en place en fonction des souhaits des résidents

INDICATEURS

- ↯ Modalités d'organisation de l'animation (activités à date fixe ou variable, sur la base du volontariat ou imposées, personnel affecté...)
- ↯ Participation à la vie quotidienne de l'établissement (confection des repas, vaisselle)
- ↯ Mise en place d'ateliers au sein de la structure (ateliers créatifs, pédagogiques, à visée thérapeutique, activités physiques...)
- ↯ Organisation de sorties à l'extérieur (promenades, sorties au marché, au cinéma, avec la famille, des bénévoles...)

⇒ Prise en charge adaptée à l'état de santé du résident

INDICATEURS

La stimulation des fonctions cognitives des résidents présentant une détérioration intellectuelle

- ↯ Mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident concerné
- ↯ Ateliers et activités spécifiques
- ↯ Temps de toilette et d'habillage

La prise en charge de l'incontinence

- ↯ Nombre de toilettes
- ↯ Accompagnement aux toilettes et/ou rééducation
- ↯ Modalités de recours aux systèmes absorbants et nombre de personnes en bénéficiant

La prévention et le traitement de la douleur

- ↯ Modalités de prise en charge (traitement, évaluation)
- ↯ Formation du personnel sur ce thème

Le traitement des escarres

- ↯ Nombre de résidents atteints d'escarres
- ↯ Nombre de résidents grabataires
- ↯ Nombre et cause de ces escarres
- ↯ Nature des traitements mis en œuvre

La prise en charge de la fin de vie

- ↯ Modalités de prise en charge
- ↯ Nombre de décès par an dans l'institution
- ↯ Nombre de personnes en fin de vie transférées dans une autre structure
- ↯ Formation du personnel sur ce thème

⇒ Adaptation des espaces architecturaux afin qu'ils constituent un lieu de vie pour les personnes dépendantes (permettant à la fois de préserver leur intimité et le maintien du lien social dans la structure et avec leur famille) et un lieu de prévention et de soins

Concernant les espaces privés :
Possibilité pour les résidents de personnaliser leur lieu de vie et recevoir leurs proches

Les chambres à deux lits doivent représenter 5 à 10 % de la capacité totale en chambres

Les chambres occupées par plus de deux personnes doivent être supprimées

SUPERFICIE MINIMUM DES ESPACES PRIVATIFS

Ils comprennent toujours un cabinet de toilette (douche, lavabo, sanitaire) et le cas échéant, une kitchenette.

Pour les établissements neufs ou ayant bénéficié d'une rénovation importante :

- ↪ 18 à 22 m² pour un logement individuel
- ↪ 30 à 35 m² pour un logement à deux lits

Pour les autres établissements :

- ↪ 16 à 20 m² pour un logement individuel
- ↪ 22 à 25 m² lorsqu'il s'agit d'un logement à 2 lits
- ↪ 20 à 22 m² lorsqu'il s'agit d'un logement avec kitchenette

Concernant les espaces collectifs :
Organisation de ces espaces pour favoriser les liens sociaux et améliorer le confort des résidents

- **Espaces de vie collective :** lieux de restauration, de repos et de rencontre, d'activités et d'animation
- **Espaces de circulation** (halls, couloirs, ascenseurs...) et signalétique adaptés
Le cas échéant, espaces de déambulation pour les personnes âgées démentes

Concernant les espaces spécifiques :

- **Espaces de soins médicaux et paramédicaux :** salle de soins, cabinet médical, salle de kinésithérapie
- **Espaces de soins esthétiques** (coiffure, etc...)

Concernant l'accessibilité : Application des normes relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées

Concernant la sécurité : production du dernier procès-verbal de la commission de sécurité incendie, prévention des chutes, organisation de la sécurité des biens

Concernant l'hygiène : Application de la réglementation en vigueur concernant la restauration collective et l'hôtellerie

Le rafraîchissement des locaux

⇒ A minima, installation d'une zone de repli ou d'un espace d'accueil, c'est-à-dire d'un local susceptible d'accueillir les résidents, éventuellement par roulement, afin de les protéger des conséquences d'un épisode caniculaire

Cet espace d'une superficie de 100 m² environ pourra accueillir entre 15 et 50 personnes, selon si elles sont assises ou alitées

⇒ Réalisation d'un bilan thermique et d'une étude permettant d'apprécier la nécessité et les modalités d'une climatisation plus poussée

La qualité des relations avec les résidents et leur proches

⇒ Mise en œuvre du conseil de la vie sociale et diffusion de l'information sur sa composition et son fonctionnement

⇒ Désignation de référents médicaux et administratifs pour les familles

⇒ Définition de procédures permettant :

- dès l'admission et pendant le séjour, d'informer le résident et sa famille sur les conditions d'hébergement et de prise en charge
- lors du décès, de garantir la dignité de la personne (accompagnement du mourant, respect des convictions religieuses)
- de recueillir des avis et attentes des résidents et de leur famille, et d'échanger des informations entre les familles et le personnel

- ⇒ Sont réalisés et remis aux résidents : un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, un contrat de séjour
- ⇒ Mise en place d'un lieu de rencontre pour le résident et sa famille
- ⇒ Participation des familles et/ou de l'entourage à certaines activités
- ⇒ Définition des modalités d'un éventuel accompagnement psychologique des familles

La qualité des personnels

- ⇒ Définition de l'organisation générale du travail, du rôle de chacun des personnels dans un souci d'amélioration des conditions de travail
- ⇒ Existence d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie

Cf. Fiche n°7 sur le médecin coordonnateur

- ⇒ Existence d'une IDE référente constituant une personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement.
- ⇒ Mise en œuvre d'un programme de formation (formations qualifiantes et formations continues) pour l'ensemble du personnel.
- ⇒ Développement du soutien psychologique du personnel (recours au secteur psychiatrique ou intervention d'un psychologue exerçant au sein de l'établissement).

INDICATEURS

- ↺ % de personnel qualifié et de personnel pour lequel le poste correspond à la qualification
- ↺ % de personnel ayant bénéficié d'une formation continue et thèmes retenus
- ↺ Ancienneté du personnel et % de personnel en contrats précaires ou en intérim
- ↺ Taux d'absentéisme
- ↺ Modalités d'intervention du personnel libéral (fréquence, conditions...)
- ↺ Recours à la sous-traitance

L'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés

- ⇒ Mise en œuvre d'une convention avec un établissement de santé public ou privé au titre de la continuité des soins
- ⇒ Développement des complémentarités avec les acteurs sociaux et médico-sociaux locaux
- ⇒ Coopération avec les équipes de sectorisation psychiatrique
- ⇒ Promotion des actions de soutien à domicile (accueil de jour, de nuit, accueil de week-end, l'hébergement temporaire)



L'ensemble de ces éléments et les objectifs définis doivent être contenu dans le **projet d'établissement** qui comprend la formalisation :

- d'un **projet de vie** dans lequel pourra être intégré un **projet architectural** et un **projet d'animation**,
- d'un **projet de soins** élaboré par l'équipe soignante et le médecin coordonnateur.

Textes de référence :

- Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (Annexes I, II, III)
- Circulaire DGAS n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil
- Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation
- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement

La définition des objectifs conventionnels à 5 ans

Dans le cadre de la négociation de la convention, l'établissement doit définir les objectifs à mettre en œuvre. Le cahier des charges de la réforme précise la procédure à suivre.

1^{ère} étape : Evaluation de la situation initiale de l'établissement

Les principales données à prendre en compte pour caractériser la situation initiale sont :

- les caractéristiques de l'autorisation et les modalités de prises en charge développées,
- les données d'activité,
- les données budgétaires,
- le tableau des effectifs,
- l'évaluation des actes et prescriptions des professionnels libéraux intervenant le cas échéant dans la structure,
- les données relatives à l'état de dépendance des personnes âgées : répartition par GIR et GMP.

Ces données doivent être relevées sur les 3 derniers exercices connus.

Un bilan doit également être réalisé sur l'ensemble des données permettant à l'établissement de se positionner en terme de points forts / points faibles par rapport au référentiel qualité défini dans le cahier des charges.

**SUPPORT ELABORE PAR LE MINISTERE
pour effectuer ce DIAGNOSTIC :**

↳ la grille d'auto-évaluation ANGELIQUE

A partir de ces constats, des objectifs d'évolution peuvent être dégagés pour améliorer les points faibles et développer le cas échéant les points forts ou encore planifier les différents projets susceptibles d'être mis en œuvre sur la durée de la convention.

2^{ème} étape : Formalisation des perspectives d'évolution à 5 ans au travers de différents documents

Les objectifs mis en évidence lors de l'étape précédente doivent être repris dans les documents suivants :

- la définition du projet d'établissement (projet de vie / projet de soins) qui reprend les éléments « qualité » du référentiel,
- L'option tarifaire choisie,
- le tableau d'évolution des effectifs à 5 ans, répartis par section tarifaire,
- le plan pluriannuel de formation des personnels,
- le plan pluriannuel des investissements immobiliers et mobiliers, les modalités de financement, et le cas échéant, le schéma d'évolution architectural de l'établissement,
- la description des modalités d'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique et de soins coordonnés,
- l'échéancier financier prévisionnel sur 5 ans de la mise en œuvre de la convention.

3^{ème} étape : Validation des objectifs conventionnels

La DDASS est chargée de l'instruction des dossiers pour l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et de la négociation des objectifs conventionnels avec l'établissement.

DEMARCHE OPERATIONNELLE DE CONVENTIONNEMENT

NB : cette démarche peut relativement varier d'un département à l'autre

- ↪ l'établissement doit formuler une demande de conventionnement auprès des autorités compétentes en joignant un dossier d'instruction.
- ↪ Ce dossier comporte le diagnostic de la situation actuelle de l'établissement, ainsi que tous les autres documents mentionnés dans la 2^{ème} étape. Un projet de convention doit également être transmis en complétant la convention type qui a été mise en œuvre dans chaque département par les autorités compétentes.
- ↪ Généralement, une visite de l'établissement est effectuée par les autorités compétentes pour réaliser une évaluation médico-administrative de la structure et permettre ainsi de valider ou de modifier les objectifs à inscrire dans la convention.
- ↪ Cette dernière étape peut être réalisée lors du Comité de Pilotage, instance regroupant des représentants administratifs et médicaux du Conseil Général, de la DDASS et de l'Assurance Maladie.
- ↪ La convention est ensuite finalisée par l'établissement au regard des observations formulées par les autorités compétentes.

LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DE SUIVI DE LA REFORME :

Elle est composée de :

- ↪ 2 personnes du Conseil Général,
- ↪ 2 personnes des services déconcentrés de l'Etat (DDASS),
- ↪ 2 personnes représentant l'Assurance Maladie (un représentant de la CRAM et un médecin-conseil),
- ↪ 6 personnes représentant chaque catégorie d'établissements, proposées par les Fédérations et désignées par le préfet.

Cette instance a un rôle d'information et de concertation.

Textes de référence :

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (annexe I)
- Circulaire DHOS n° 58/2001 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire des établissements et services sanitaires et médico-sociaux pour personnes âgées mettant en place les commissions départementales de suivi

L'évaluation de la dépendance des résidents

GIRAGE : Classification des résidents dans les six groupes iso-ressources

Le classement des résidents selon leur niveau de dépendance est réalisé annuellement par l'équipe médico-sociale de chaque établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

Ce classement est transmis, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à l'équipe médico-sociale du Conseil Général et à un praticien conseil de la caisse d'assurance maladie et ce, avant le 30 septembre de chaque année. En cas de désaccord, la commission départementale de coordination médicale statuera.

Les résidents de moins de 60 ans ne font pas l'objet de cette classification.

LES SIX GROUPES ISO-RESSOURCES

GIR 1 : déments grabataires

GIR 2 : grabataires lucides ou déments déambulants

GIR 3 : personnes lucides mais dépendantes au niveau locomoteur

GIR 4 : aides ponctuelles aux repas et lors des transferts

GIR 5 : aides à la toilette, au ménage, aux repas (aides ménagères)

GIR 6 autonomie dans les actes quotidiens

Commission départementale de coordination médicale (CDCM)

Composition

Elle regroupe dans chaque département un médecin inspecteur de santé publique (DDASS ou DRASS), un médecin du conseil général, un médecin conseil de l'un des trois régimes d'assurance maladie.

Rôles

- ⇒ Organisation des opérations de classement par GIR en établissement :
 - formation des équipes médico-sociales et du médecin coordonnateur à l'utilisation de la grille AGGIR,
 - actualisation annuelle du GIRAGE par établissement.
- ⇒ Recours en cas de désaccord sur le GIRAGE global d'un établissement.
- ⇒ Transmission annuelle des données anonymisées concernant le GIRAGE validé des établissements :
 - avant le 30 octobre, aux autorités tarifaires départementales,
 - avant le 30 novembre, au ministère de l'emploi et de la solidarité et à la CNAMTS.

Textes de référence :

- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié (articles 12 et 30-1)
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale
- Circulaire Marthe n°99-578 du 14 octobre 1999 (CDCM)

Le médecin coordonnateur

Missions

Le médecin coordonnateur est le **garant d'une meilleure qualité de prise en charge gériatrique**.

Désigné par le directeur de l'établissement, éventuellement sur proposition des différents médecins intervenants dans l'institution, il est l'**interlocuteur médical** du directeur, des différentes administrations et des caisses d'assurance maladie.

Il coordonne (fonction pouvant être exercée dans plusieurs institutions) :

- ⇒ les **autres prestataires de soins** externes à l'établissement (libéraux et établissements de santé, secteur psychiatrique, SSIAD...),
- ⇒ et met en place la **permanence des soins**, notamment la nuit et le week-end. Il peut participer à ce système de gardes et/ou astreintes, dans la mesure où il exerce une activité thérapeutique au sein de l'institution.

Il évalue :

- ⇒ l'**adéquation** entre l'**état de santé** des personnes à accueillir et les capacités de **prise en charge** de l'institution à un moment donné. Il peut être directement en charge des visites d'admission.

Il élabore :

- ⇒ le **projet de soins qu'il met en œuvre** avec le concours de l'équipe soignante et si possible des intervenants libéraux,
- ⇒ le **dossier médical d'admission** (données sur le motif d'entrée /sortie, les pathologies, la dépendance, les différents comptes rendus

d'hospitalisation, les mesures de prévention éventuelles mises en œuvre et leur évaluation),

- ⇒ le **dossier infirmier** (avec l'équipe infirmière) qui contient notamment les grilles de dépendance utilisées,
- ⇒ une **liste type de médicaments** (avec le pharmacien gérant) lorsque l'établissement est doté d'une pharmacie à usage intérieur,
- ⇒ le **rapport d'activité médicale** annuel (données sur la dépendance, les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins, les motifs d'entrées et de sorties).

Il participe à la sensibilisation à la gériatrie :

- des médecins généralistes ou spécialistes,
- de tous les personnels paramédicaux libéraux ou salariés.

Compétence

- ⇒ Compétence en gériatrie prenant en compte:
 - la pratique professionnelle antérieure,
 - la formation : module validé dans le cadre de la formation médicale continue, diplôme d'Université ou capacité en gériatrie, DESC en Gériatrie.
- ⇒ Deux situations :
 - soit le médecin répond aux critères requis lors de son recrutement,
 - soit il s'engage à suivre une formation dans un délai de trois ans.

Nombre de vacances (= demi-journées)
hebdomadaires préconisées dans le cas d'un
établissement isolé

Capacité de l'établissement	Nombre de vacances
Inférieure ou égale à 85 places	2 à 4
Entre 85 et 150 places	3 à 6
Plus de 150 places	6

Textes de référence :

- Décret n°99-317 du 26 avril 1999 (article 46)
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite
- Circulaires ministérielles n° 99/578 du 14 octobre 1999 et n° 2001/241 du 29 mai 2001
- Décrets statutaires n° 84-131 du 24 février 1984 modifié, n° 85-384 du 29 mars 1985 modifié ; décrets n° 87-788 du 28 septembre 1987 modifié et n° 93-701 du 27 mars 1993 modifié

Recrutement et rémunération du médecin coordonnateur :

Recrutement		Rémunération	
Soit	Un médecin libéral salarié (généraliste) par l'établissement pour l'activité de coordination	Soit	Par assimilation à un médecin attaché ou à un praticien hospitalier à temps partiel en considération du profil requis
		Soit	En fonction d'une convention collective agréée. Si la convention collective n'est pas agréée, les rémunérations supérieures à celles qu'aurait eu le médecin coordonnateur dans le cadre de la fonction publique hospitalière ne sont pas opposables à l'autorité de tarification et à l'Assurance Maladie
Soit	Un médecin hospitalier (*)	Pas de rémunération spécifique pour la fonction de coordination sauf lorsqu' un PH exerce cette activité dans un établissement privé non lucratif (dans le cadre d'une activité d'intérêt général)	

(*)Le recrutement des médecins hospitaliers dans un établissement médico-social hébergeant des personnes âgées, permis par l'article L 313-12. V, du code de l'action sociale et des familles s'effectue selon les modalités prévues dans les statuts :

Personnels médicaux hospitaliers concernés	Personnels titulaires		Personnels temporaires	
	Praticiens Hospitaliers	Praticiens exerçant à temps partiel	Praticiens contractuels	Assistants
EHPAD Concernés (hors USLD)	Peuvent exercer leurs fonctions dans un : - EHPAD géré par un EPS (médecins chefs de service ou de département) - EHPAD public autonome Peuvent être détachés auprès d'un EHPAD privé		Peuvent être recrutés (à temps plein ou à temps partiel) dans un : - EHPAD géré par un EPS (médecins chefs de service ou de département) - EHPAD public autonome	
	Peuvent exercer une partie de leur activité dans un EHPAD privé non lucratif dans le cadre de leur activité d'intérêt général (une ou deux demi-journées hebdomadaires)			

La tarification ternaire des établissements ayant signé une convention tripartite : tarifs hébergement, dépendance et soins

La réforme de la tarification des EHPAD prévoit la fixation de 7 tarifs journaliers :

- un tarif journalier moyen « d'hébergement » modulable,
- 3 tarifs journaliers « soins » et 3 tarifs journaliers « dépendance », en fonction des 3 groupes GIR (issus de la mutualisation des GIR deux par deux).

Ainsi, le budget de l'établissement est désormais présenté en trois sections d'imputation tarifaire.

Section hébergement

Etablissements habilités à l'aide sociale départementale :

Un seul tarif journalier moyen est défini pour les résidents bénéficiant de l'aide sociale.

Il est calculé en fonction du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale en divisant les charges de la section hébergement afférentes à ces bénéficiaires par le nombre de journées prévisionnelles de cette même catégorie.

Le gestionnaire de l'établissement peut moduler ce tarif en fonction :

- du nombre de lits par chambre,
- des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant,
- de la localisation et du confort de la chambre,
- de la non-utilisation du service de restauration et/ou de blanchisserie de l'établissement
- de l'accueil temporaire ou de jour.

Le Président du Conseil Général arrête les tarifs ainsi modulés.

Etablissements non habilités à l'aide sociale départementale :

Le prix de journée d'hébergement est fixé par le gestionnaire de l'établissement. Il est soumis à un taux annuel d'évolution réglementaire.

CHARGES RELEVANT DE LA SECTION HEBERGEMENT

- Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale
- Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale conformément au tableau en annexe 1
- Les amortissements de biens meubles (autres que le matériel médical ou dépendance) et immeubles
- Les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles

Texte de référence :

- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié par le 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 sociaux et médico-sociaux (Articles 23-1 et 23-2 sur les règles de modulation tarifaire pour la section hébergement)

Section dépendance

Trois tarifs journaliers dépendance sont définis suivant 3 groupes GIR :

- un tarif pour les résidents en GIR 1 et 2
- un tarif pour les résidents en GIR 3 et 4
- un tarif pour les résidents en GIR 5 et 6

Les charges relatives à cette section tarifaire sont réparties suivant le poids en point GIR de chaque groupe.

Les tarifs sont arrêtés par le Président du Conseil Général.

Pour l'accueil de jour, le tarif dépendance correspond au groupe GIR de la personne concernée minoré d'un taux fixé par le Président du Conseil Général.

Tous les résidents sont redevables du tarif applicable aux GIR 5/6. Les résidents en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier d'une aide dans le cadre de l'APA.

Cf. Fiche n°13 sur l'APA en établissement

CHARGES RELEVANT DE LA SECTION DEPENDANCE

- Les fournitures et prestations liées à la dépendance,
- Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux PAD conformément au tableau en annexe 1
- L'amortissement du matériel et de mobiliers permettant la prise en charge de la dépendance ou la prévention de son aggravation

Section soins

Les charges afférentes aux soins sont financées par l'Assurance Maladie en dotation globale.

Cf. Fiche n°10 sur les charges comprises dans la dotation « soins »

Toutefois, trois tarifs journaliers soins sont définis pour les non-assurés sociaux :

- un tarif pour les résidents en GIR 1 et 2
- un tarif pour les résidents en GIR 3 et 4
- un tarif pour les résidents en GIR 5 et 6

Les charges relatives à cette section tarifaire sont réparties suivant chaque groupe GIR en distinguant :

- les dépenses relatives à la rémunération des ASQ et AMP, équivalent à la quote-part ASQ/AMP,
- les autres dépenses de soins.

Le coût des ASQ/AMP est ventilé en fonction du poids en point GIR de chaque groupe considérant que ces dépenses sont directement liées au niveau de dépendance des résidents.

Les autres charges de soins, incluant notamment la rémunération des IDE et du médecin coordonnateur sont réparties uniformément sur chaque groupe GIR (clé de répartition : journées prévisionnelles).

NB : Pour les personnes de moins de 60 ans, le tarif applicable est équivalent au tarif journalier moyen de la section soins (budget soins / total des journées prévisionnelles)

L'ensemble de ces tarifs est arrêté par le Préfet du département ou le directeur de l'ARH le cas échéant.

Pour les soins en accueil de jour, sauf si cet accueil fait l'objet d'un budget annexe ou spécifique, les tarifs journaliers sont minorés d'un pourcentage fixé par arrêté ministériel.

CHARGES RELEVANT DE LA SECTION SOINS

- Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales si PUI (Cf. Fiche n° 10)
- Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant les soins conformément au tableau en annexe 1
- L'amortissement du matériel médical arrêté (Cf. Fiche n° 10)

La répartition des charges de personnel entre les 3 sections d'imputation tarifaire

PERSONNEL	HEBERG.	DEP.	SOINS
Direction, administration	100%		
Restauration, services généraux	100%		
Animation, service social	100%		
ASH, agents de services	70%	30%	
Psychologue		100%	
ASQ - AMP		30%	70%
IDE			100%
Auxiliaires médicaux			100%
Pharmacien, préparateur en pharmacie			100%
Médecin			100%

Remarques :

- concernant les ASQ et AMP :

Ces postes sont financés à 70 % sur les soins et 30 % sur la dépendance dès lors que ce personnel est diplômé ou en cours de formation dans un centre agréé, et uniquement lorsqu'il exerce effectivement les fonctions qui sont attachées à ces professions.

≠ Les personnels, ni diplômés, ni sélectionnés dans une école, faisant fonction d'aides-soignants s'imputent à 70 % sur l'hébergement et à 30 % sur la dépendance, comme celles des agents de service.

De même, les charges d'une aide-soignante qualifiée détachée à temps plein sur des fonctions d'animation, seront imputées à la section tarifaire « hébergement ».

Si une ASQ partage son activité entre l'animation et les soins, la répartition des charges financières sera réalisée au prorata des différentes activités.

- concernant les auxiliaires médicaux :

Les postes de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de pédicures-podologues, dès lors que ceux-ci sont diplômés d'Etat, sont financés par la section « soins ».

≠ La rémunération des diététiciens est imputée sur la section tarifaire « hébergement » car ils ne sont pas soumis à une prescription préalable d'un médecin, ils ne prescrivent pas d'actes remboursables, et exercent leur métier dans d'autres champs que celui du sanitaire ou du médico-social (restauration scolaire, d'entreprise...).

- concernant les agents de service :

Ils sont pris en compte à 30 % sur le budget « dépendance » dès lors qu'ils interviennent auprès du résident.

Ainsi, parmi le personnel de cuisine, il convient de distinguer les agents travaillant uniquement en cuisine à la préparation des repas et à l'hygiène des locaux de ceux qui sont affectés au service des repas. Seuls, ces derniers peuvent être imputés sur le budget « dépendance ».

Par ailleurs, les ouvriers d'entretien, même s'ils ont la qualification d'agents de service, relèvent des services généraux, et donc, de la section tarifaire « hébergement ».

Textes de référence :

- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié (article 6)
- Circulaire DGAS/DHOS n° 2001 /241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre du décret susvisé

La tarification des établissements médicalisés avant la conclusion de la convention tripartite : dispositif transitoire

Dans l'attente du conventionnement, les établissements médicalisés hébergeant des personnes âgées perçoivent jusqu'à la date d'effet de la convention, et au plus tard le 31 décembre 2005 (le 31 décembre 2006 pour les logements -foyers) (*):

- au titre de l'hébergement :

Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement fixés par le président du Conseil Général dans les établissements habilités à l'aide sociale.

L'établissement relevant du régime transitoire peut moduler les tarifs afférents à l'hébergement en fonction des caractéristiques des prestations offertes selon les mêmes modalités qu'un établissement ayant signé une convention tripartite.

*Cf. Fiche n°8 sur
la tarification ternaire*

- au titre de la dépendance :

Des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du Conseil Général.

Les personnes hébergées dans un établissement non conventionné peuvent bénéficier de l'APA en établissement.

Celle-ci est égale au montant des tarifs afférents à la dépendance diminué de la participation du bénéficiaire de cette allocation.

- au titre des soins :

Un forfait global soins fixé par le préfet du département ou le directeur de l'ARH limité au montant du budget soins alloué en 2001, revalorisé chaque année dans la limite d'un taux d'évolution fixé par arrêté ministériel.

A l'exception de ces crédits de reconduction, les établissements non signataires d'une convention tripartite ne peuvent bénéficier de moyens nouveaux.

Textes de référence :

- *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 modifiée par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 (Article 5 relatif aux dispositions transitoires)*
- *Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 modifié par le 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 sociaux et médico-sociaux (article 24 III)*

() Selon la circulaire DHOS 2005/113 du 18 février 2005, le ministère devrait proposer au Parlement, à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, de reporter la date butoir de signature des conventions tripartites du 31 décembre 2005 au 31 décembre 2007.*

Les charges comprises dans la dotation « soins » : option tarifaire partielle ou globale

L'ensemble des dépenses relevant de la section « soins » est à la charge de l'Assurance Maladie.

L'établissement perçoit une dotation globale par douzième par l'intermédiaire de sa Caisse Pivot.

Les charges de soins prises en compte sont déterminées en fonction de l'option tarifaire retenue par chaque établissement (**option globale et option partielle**) :

Textes de référence :

- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié (Articles 6, 9 et 10 ; Annexe I)
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins modifié par l'arrêté du 4 mai 2001
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article 96)

OPTION TARIFAIRE PARTIELLE	OPTION TARIFAIRE GLOBALE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rémunération du médecin coordonnateur et des médecins salariés ▪ Rémunération des auxiliaires médicaux salariés ▪ Rémunération des infirmiers salariés et libéraux ▪ 70 % des rémunérations des ASQ et AMP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rémunération du médecin coordonnateur et des médecins salariés ▪ Rémunération des auxiliaires médicaux salariés ▪ Rémunération des infirmiers salariés et libéraux ▪ 70 % des rémunérations des ASQ et AMP <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rémunération des médecins généralistes libéraux ▪ Rémunération des auxiliaires médicaux libéraux ▪ Les examens de biologie et de radiologie, autres que ceux nécessitant un recours à des équipements lourds

CAS PARTICULIER DES MEDICAMENTS ET FOURNITURES MEDICALES :

Ils sont compris dans le budget soins, quelle que soit l'option tarifaire, pour :

- les **Unités de Soins de Longue Durée** (établissements sanitaires), quelle que soit la date de signature de la convention,
- les **établissements médico-sociaux ayant signé une convention avant le 5 mars 2002** (sauf si un avenant à la convention, excluant les médicaments et les fournitures médicales de la dotation « soins », a été signé postérieurement à cette date),
- les **établissements médico-sociaux conventionnés après le 5 mars 2002**, s'ils disposent d'une **Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)**.

*Cf. annexe 1 :
listes du petit
matériel médical
et du matériel
amortissable*

Les listes du petit matériel médical et du matériel amortissable

La liste du petit matériel médical est fixée par l'arrêté du 26 avril 1999 modifié :

- bandes
- cerceau pour lit de malade
- nutriments pour supplémentation
- ouate
- pansements
- seringues et aiguilles à usage des professionnels de santé non rémunérés à l'acte
- sparadrap
- abaisse-langue
- accessoires pour électrocardiogramme
- auto piqueurs et accessoires
- compresses
- crachoir
- dispositifs médicaux non stomisés
- doigtier
- étui pénien
- fil à sutures
- gants stériles
- garrot
- masque
- orthèses de série
- poche à urine
- réactifs (urine, sang)
- seringue à stylo injecteur d'insuline
- sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées
- sonde nasogastrique
- sonde urinaire

La liste du matériel amortissable est fixée par l'arrêté du 26 avril 1999 modifié :

- armoire à pharmacie
- aspirateur à mucosités
- béquilles et cannes anglaises
- bouteilles 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 pese-personne
- stérilisateur
- stéthoscope 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
- container pour stockage des déchets médicaux
- fauteuil roulant à pousser -ou manuel- non affecté à un résident particulier
- nutripompe
- système actif de perfusion
- soulève-malade
- verticalisateur

Les prestations de soins non comprises dans la dotation « soins »

Prestations non comprises dans la DG Soins	Option Partielle	Option Globale
Soins en court séjour, SSR, SSIAD, alternatives à l'hospitalisation	X	X
Séjours et séances pour insuffisants rénaux et respiratoires chroniques	X	X
Intervention in situ des équipes relevant des secteurs de psychiatrie générale	X	X
Soins dentaires	X	X
Examens médicaux nécessitant le recours à des équipements lourds sans hospitalisation	X	X
Honoraires des médecins spécialistes libéraux	X	X
Transports sanitaires	X	X
Médicaments et matériel médical (selon liste en annexe 1)	(*)	(*)
Les autres dispositifs médicaux	X	X
Rémunération des médecins généralistes libéraux	X	
Prestations des auxiliaires médicaux libéraux (sauf prestations des IDE)	X	
Examens de biologie et radiologie autres que ceux nécessitant un équipement lourd	X	

La dotation « soins » allouée dans le cadre de la tarification ternaire, ne prend pas en compte toutes les prestations de soins.

Le tableau ci-contre indique les prestations **exclues** du budget « soins ».

(*) : *Non comprises dans certains hypothèses :*

Pour le cas particulier des médicaments et du matériel médical, Cf. Fiche n° 10

Texte de référence :

- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié (Annexe III)

Les modalités de calcul de la dotation minimale de soins (DOMINIC) et de la dotation plafond

Le montant de la dotation allouée par l'Assurance Maladie au titre des soins à un établissement ayant signé une convention tripartite est encadré par des instructions ministérielles.

Celles-ci fixent un niveau plancher et un niveau plafond à la dotation « soins » variables en fonction des caractéristiques de l'EHPAD.

La DOMINIC

La dotation minimale de convergence « DOMINIC », permet de déterminer le niveau minimal de ressources d'Assurance Maladie auquel peuvent prétendre les EHPAD.

Elle constitue un plancher.

CALCUL DE LA DOMINIC

Tarif partiel : $GMPS \times 5,79 \text{ €}^* \times \text{nb de résidents}$

Tarif global : $GMPS \times 6,47 \text{ €}^* \times \text{nb de résidents}$

* Valeurs en euros définies dans la circulaire ministérielle du 18 février 2005

CALCUL DU GMPS

$GMPS = GMP + X \text{ points}$

X = 120 points pour une MR sans PUI

X = 300 points pour une MR avec PUI

X = 800 points pour une USLD

$GMP = \text{Total des points GIR} / \text{nb de résidents}$

SONT EXCLUES

POUR LE CALCUL DE LA DOMINIC,

les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire destinées à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie Alzheimer car elles font l'objet de financements spécifiques.

La détermination du plafond

Jusqu'à la circulaire ministérielle du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005, le **plafond de ressources** correspondait à la **DOMINIC + 35 %**, quelle que soit la capacité de la structure.

La circulaire prévoit un **plafond variable** en fonction de la capacité de l'EHPAD : **entre la DOMINIC + 35 % et la DOMINIC + 60 %**

CALCUL DU PLAFOND *

En fonction de la capacité de l'EHPAD

$DOMINIC + 60 [(\text{nombre de lits} - 25) \times 25 / 35]$

* arrondi au nombre supérieur

Capacité d'accueil de l'établissement (*)	Plafond de ressources
> ou = à 60 lits	DOMINIC + 35 %
55 lits	DOMINIC + 39 %
50 lits	DOMINIC + 42 %
45 lits	DOMINIC + 46 %
40 lits	DOMINIC + 49 %
35 lits	DOMINIC + 53 %
30 lits	DOMINIC + 56 %
= ou < à 25 lits	DOMINIC + 60 %

(*) Lorsqu'un établissement gère plusieurs structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (qu'elles soient ou non situées sur le même site), la capacité prise en compte est celle de l'ensemble de l'entité juridique.

La dotation plafond peut être dépassée en cas :

- de clapet anti-retour,
- d'effet mécanique.

Pour ces notions, Cf. Fiche n°2 sur les notions clés de la réforme

Le calcul de la DOMINIC et la prise en compte de la charge en soins liée à la pathologie Alzheimer

Conformément à la circulaire ministérielle du 30 août 2004 relative à la campagne budgétaire 2004, précisée par celle du 18 février 2005, le calcul de la DOMINIC tient compte du nombre croissant de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, ou de pathologies apparentées, et de la charge en soins techniques que leur état nécessite.

Ainsi, la DOMINIC est revalorisée lorsque 3 critères cumulatifs sont réunis :

- un GMP supérieur à 700,
- au moins 50 % des résidents classés en GIR 1 et 2,
- nombre significatif de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer :
 - ↳ soit, au moins 50 % des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer,
 - ↳ soit, projet de vie et de soins spécifique à la prise en charge de cette pathologie ou de troubles apparentés validé par le médecin inspecteur de la DDASS.

Le calcul de la DOMINIC est ainsi modifié :

CALCUL DE LA DOMINIC **Prise en compte de la charge en soins**

Tarif partiel : $[GMP + X \text{ points}] \times 5,79 \text{ €} \times \text{nb de résidents}$

Tarif global : $[GMP + X \text{ points}] \times 6,47 \text{ €} \times \text{nb de résidents}$

Le nombre de points est revalorisé pour tenir compte de la charge en soins techniques :

X = 250 points pour un EHPAD sans PUI

X = 430 points pour un EHPAD avec PUI



Les nouvelles modalités de calcul du plafond et de la DOMINIC ne s'appliquent pas de manière automatique aux établissements déjà signataires d'une convention tripartite au moment de la diffusion des instructions du 30 août 2004 et du 18 février 2005.

Pour bénéficier du nouveau plafond et/ou de la DOMINIC intégrant la charge en soins liée à la pathologie Alzheimer, **ces établissements doivent conclure un avenant à la convention tripartite et justifier des modalités d'utilisation des crédits supplémentaires.**

L'avenant peut intervenir en cours d'année mais n'a pas de caractère rétroactif.



Textes de référence:

- *Circulaire DHOS n°2002/205 du 10 avril 2002 relative à la 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*
- *Circulaires DHOS n° 2004/73 du 18 février 2004 et n° 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*
- *Circulaire DHOS n° 2005/113 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*

Les modalités de tarification des petites unités de vie

Les établissements assurant l'hébergement de personnes âgées dépendantes ayant :

- une **capacité inférieure à 25 places**,
- et un **GMP supérieur à 300**,

peuvent bénéficier de règles de tarification particulières.

La procédure de **tarification de droit commun** s'applique, si la structure choisit de conclure une **convention tripartite pluriannuelle** avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat.

*Cf. Fiche n°8
sur la tarification
ternaire*

A défaut, des règles dérogatoires s'appliquent :

La tarification des soins

⇒ **Option 1** : L'établissement bénéficie d'un **forfait journalier de soins** pour rémunérer des infirmiers.

Dans ce cas, il doit être autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux.

CHARGES AFFERENTES AUX SOINS

- la rémunération et charges sociales et fiscales des infirmiers salariés
- le paiement des prestations des infirmiers libéraux

Ce forfait est fixé par le préfet de département, après avis de la CRAM, dans la limite d'un plafond fixé annuellement par décision ministérielle.

Un **forfait annuel global des soins** est calculé en multipliant le montant du forfait journalier de soins par le nombre prévisionnel de journées qui est au plus égal à 365 fois la capacité autorisée.

⇒ **Option 2** : En l'absence de personnel soignant salarié, la structure peut avoir **recours à un SSIAD**.

Un **forfait journalier de soins est alloué au SSIAD** pour les prestations assurées auprès des résidents de la structure.

Son montant, arrêté par le préfet de département, ne peut être inférieur à la moitié du forfait plafond pour les SSIAD, fixé au niveau national.

La tarification de la dépendance

Le dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile s'applique. En effet, les personnes âgées hébergées dans une structure de moins de 25 lits sont considérées comme résidant à domicile.

Un **plan d'aide individuel** est élaboré pour chaque résident par une équipe médico-sociale.

Ce plan d'aide prend en compte les charges de l'établissement, afférentes à la dépendance, ainsi que les interventions supplémentaires, qui sont nécessaires au résident concerné et qui ne sont pas assurées par l'établissement.

CHARGES AFFERENTES A LA DEPENDANCE

- les rémunérations et charges sociales et fiscales des ASQ, des AMP, des auxiliaires de vie, des auxiliaires de gérontologie, des psychologues, des maîtresses de maison
- 30 % des rémunérations et charges sociales et fiscales des ASH et des veilleurs de nuit
- les couches, alèses et produits absorbants

A partir de ces charges, et en prenant en compte le niveau de dépendance de chaque résidant de l'établissement, sont calculés des tarifs dépendance pour les GIR 1-2 et les GIR 3-4.

Ces tarifs n'ont pas à être fixés par le président du conseil général. Leurs montants doivent être précisés dans le plan d'aide.

Le résidant s'acquitte auprès de la structure du tarif journalier afférent à la dépendance qui lui est applicable.

La tarification de l'hébergement et de l'accompagnement à la vie sociale

A l'exception des établissements à but lucratif, ce tarif est déterminé par la soustraction de l'ensemble des charges brutes d'exploitation :

- du montant du forfait annuel global des soins,
- du montant des remboursements des prestations d'aide à l'autonomie assurés par l'établissement dans le cadre du plan d'aide,
- de tous les autres produits d'exploitation, à l'exception de ceux relatifs à l'hébergement et à l'accompagnement de la vie sociale

et l'incorporation, le cas échéant, des résultats des exercices antérieurs arrêtés par le président du conseil général.

Textes de référence :

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (article L 313-12 II du CASF)
- 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 CASF

Concernant la tarification de la dépendance :

- Articles D 232-20 et D 232-21 du CASF
- Article L 232-5 du CASF



Cas particulier : les structures d'accueil de jour autonomes (non rattachées à un EHPAD).

La répartition des dépenses d'ASQ et d'AMP entre le tarif « soins » et le tarif « dépendance » diffère des structures assurant l'hébergement de personnes âgées dépendantes :

CHARGES AFFERENTES AUX SOINS

- la rémunération et charges sociales et fiscales des infirmiers salariés
- le paiement des prestations des infirmiers libéraux
- 70 % de la rémunération et des charges sociales et fiscales des ASQ et des AMP

CHARGES AFFERENTES A LA DEPENDANCE

- les rémunérations et charges sociales et fiscales, des auxiliaires de vie, des auxiliaires de gérontologie, des psychologues, des maîtresses de maison
- 30 % des rémunérations et charges sociales et fiscales des ASQ et AMP
- 30 % des rémunérations et charges sociales et fiscales des ASH et des veilleurs de nuit
- Les couches, alèses et produits absorbants

Le forfait annuel global des soins est calculé en multipliant le montant du forfait journalier de soins par le nombre prévisionnel de journées qui est au plus égal à 300 fois la capacité autorisée.



Les structures de moins de 25 lits autorisées au 13 février 2005 (date de publication du décret) doivent informer par lettre avec avis de réception, au plus tard le 31 décembre 2005, le préfet et le président du conseil général, des modalités de tarification pour lesquelles elles ont opté.

Cette option est alors arrêtée pour une durée de cinq ans.

L'Aide Personnalisée à l'Autonomie dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

Depuis le 1er janvier 2002, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) s'est substituée à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).

Les structures concernées

L'APA en établissement concerne les structures régulièrement autorisées et qui accueillent des personnes âgées dépendantes avec un GMP supérieur à 300 et une capacité de 25 lits et plus.

Les autres établissements, qui ne cumulent pas ces deux critères, sont considérés comme des substituts du domicile : les résidents bénéficient du dispositif de l'APA à domicile.

Le montant de l'APA en établissement : un financement partiel des dépenses liées à la dépendance

L'APA en établissement permet de financer en partie le « tarif dépendance » de la structure d'accueil.

Un « ticket modérateur » (équivalent au tarif applicable aux GIR 5/6) est laissé à la charge des résidents quel que soit leur degré d'autonomie et leurs ressources.

En outre, le montant de l'APA varie en fonction :

- du classement du résident dans l'un des GIR,
- des tarifs dépendance de l'établissement pour les différents GIR
- des ressources du résident.

Les conditions d'accès à l'APA

La personne âgée doit, pour bénéficier de l'APA, remplir trois conditions cumulatives :

Condition d'âge	Personnes âgées de 60 ans et plus
Condition de résidence	Résidence stable et régulière en France
Condition de perte d'autonomie	Personnes classées dans les GIR 1 à 4

La procédure d'attribution

⇒ **Le retrait du dossier** s'effectue auprès :

- du directeur de la structure d'accueil,
- des services du département,
- de certains organismes (organismes de Sécurité Sociale, de services d'aides à domicile agréés, centres communaux d'action sociale...).

⇒ **Le dépôt du dossier** s'effectue auprès du Président du conseil général du département du domicile du bénéficiaire.

Celui-ci dispose d'un délai de 10 jours pour en accuser réception. Cet accusé mentionne la date d'enregistrement du dossier de demande complet. **La date d'enregistrement correspond à la date d'ouverture de droits.**

⇒ **L'instruction de la demande :**

Outre les vérifications administratives, une évaluation du degré d'autonomie du demandeur est réalisée par une équipe médico-sociale de la structure sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, d'un médecin conventionné.

Cette évaluation est ensuite contrôlée et validée.

Voir Fiche n° 6 sur le girage et la CDCM

⇒ **La décision d'attribution :**

La décision est prise par le Président du Conseil Général, sur proposition d'une commission qu'il préside, composée principalement de représentants du département et des organismes de sécurité sociale.

↔ **Délai de notification de la décision :**
2 mois à compter de la date de dépôt du dossier de demande complet.

A défaut de notification dans ce délai, l'APA est réputée accordée pour un montant forfaitaire à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet jusqu'à la notification de la décision expresse.

↔ **Recours :**

- recours amiable devant la commission précitée
- ou recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale dans un délai de 2 mois suivant la notification.

Le versement de l'APA en établissement

Le premier versement intervient le mois qui suit la décision d'attribution. Celui-ci comprend également, à titre rétroactif, le montant de l'APA due à compter de la date d'ouverture des droits (c'est-à-dire la date d'enregistrement du dossier de demande complet).

⇒ **Trois modalités de versement :**

- L'allocation est versée à son bénéficiaire. Elle est mandatée par le département au plus tard le 10 du mois ;
- Elle est versée directement à l'établissement, sur délibération du Conseil Général ;

- A titre expérimental et sur la base du volontariat, l'APA peut être versée à la structure sous la forme d'une dotation globale.

Le règlement de cette dotation est effectué par acomptes mensuels (versés le 20ème jour du mois) correspondant au douzième de son montant.

⇒ **Suspension du versement de l'APA en établissement :**

Le président du conseil général peut suspendre (à compter du 31ème jour) le versement de l'APA lorsque son bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement de santé pour recevoir des soins de courte durée ou des soins de suite et de réadaptation.

LA TRANSITION AVEC LA PRESTATION SPECIFIQUE DEPENDANCE

Les titulaires de la PSD bénéficient d'une garantie des droits acquis au titre de cette prestation. Ils ont la possibilité d'opter pour l'APA dans des conditions garantissant la continuité de la prise en charge.

Si le calcul de l'APA aboutit à un montant inférieur à celui dont ils bénéficiaient au titre de la PSD, une allocation différentielle, versée par le département, porte l'APA à hauteur de la prestation précédente.

Textes de référence :

- 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 modifiée par la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003
- Articles R 232-1 à R 232-61 du CASF

Le rôle de la Caisse Pivot

Identification de la caisse pivot

En principe, la caisse pivot est la caisse primaire dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement.

Toutefois, lorsque le nombre de bénéficiaires d'un régime d'Assurance Maladie autre que le régime général est le plus élevé, l'organisme territorialement compétent de ce régime peut demander à être caisse pivot.

Modalités de versement de la dotation de soins par la caisse pivot

Le montant des dotations de soins des établissements est fixé par arrêté préfectoral, adressé à la caisse pivot dont relève l'établissement.

La caisse pivot verse le forfait chaque mois par douzième pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie qui ont des ressortissants pris en charge dans les établissements concernés.

Une répartition des dépenses entre les régimes s'effectue au niveau national, au sein d'une commission, sur la base des tableaux des présents en établissements classés par régimes.

Pièces justificatives transmises par l'établissement à la caisse pivot

Les établissements médicalisés accueillant des personnes âgées doivent transmettre à la caisse pivot à laquelle ils sont rattachés :

- **dans les premiers jours de chaque trimestre civil**, un tableau indiquant le nombre de pensionnaires pris en charge par chaque régime au premier jour du trimestre.

Ce tableau permet de suivre et de répartir entre les différents régimes le montant des dotations globales de soins.

En outre, les établissements entrés dans la réforme envoient à la caisse pivot:

- **le premier jour ouvrable de chaque semestre**, la liste des résidents ayant été hébergés pendant le semestre écoulé, comportant :
 - a) les nom, prénom
 - b) le numéro d'inscription au répertoire national d'identification de l'assuré
 - c) le nom de l'organisme de prise en charge assorti du numéro du centre de paiement
 - d) la date d'entrée dans l'établissement
 - e) le cas échéant, la date de sortie, en précisant la raison sociale de l'établissement et son numéro FINESS.

Les organismes d'assurance maladie, autres que la caisse pivot, peuvent être destinataires de cette liste sur demande.

- **chaque mois**, un bordereau de suivi mentionnant l'option tarifaire et comportant pour le mois écoulé :
 - f) le montant des rémunérations mensuelles des libéraux intégrés dans le tarif soins (par catégorie professionnelle)
 - g) le montant mensuel de la consommation des médicaments
 - h) le montant mensuel de la consommation des résidants au titre des dispositifs médicaux intégrés dans le tarif soins

Un bordereau mensuel « type » a été élaboré au niveau national. Il doit être envoyé à la caisse pivot par voie électronique ou, à défaut, sur support électronique, la première semaine suivant le mois sur lequel portent les informations transmises.

Textes de référence :

- *Articles R. 174-9, R. 174-10 et D. 174-2 à D. 174-8 du code de la sécurité sociale*
- *Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 (article 11)*
- *Arrêté du 9 juillet 2003 relatif à la mise en œuvre de l'article 11 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié concernant le suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels de santé dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*