



Liberté . Égalité . Fraternité

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

Ministère des affaires sociales, du  
travail et de la solidarité

8, avenue de Ségur  
75350 PARIS 07 SP

Ministère de la santé, de la famille,  
et des personnes handicapées

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

Bureau du financement de l'hospitalisation publique  
et des activités spécifiques de soins pour les Personnes âgées – F2  
Personne chargée du dossier : Bruno MORIN  
☎ 01 40 56 52 97

**DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE**

Bureau des établissements de santé – 1A  
Affaire suivie par : Sylvain TURGIS  
☎ 01 40 56 73 45

**DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE**

Bureau de la politique des personnes âgées – 2C  
Affaire suivie par : Annick BONY  
☎ 01 40 56 85 78

**Le Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité**

**Le Ministre de la santé, de la famille, et des personnes  
handicapées**

**Le Secrétaire d'Etat aux personnes âgées,**

**à**

**Madame et Messieurs les Préfets de Région**

Directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
(pour mise en œuvre)

**Mesdames et Messieurs les Directeurs des Agences  
Régionales de l'Hospitalisation** (pour mise en œuvre)

**Mesdames et Messieurs les Préfets de Département**

Directions départementales des affaires sanitaires et sociales  
(pour mise en œuvre)

***Circulaire DHOS-F2/DGAS-2C/DSS-1A n° 73 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***

**Date d'application : Immédiate****Résumé :**

La présente circulaire fixe les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles pour les établissements et services pour personnes âgées et notifie les dotations régionales des dépenses médico-sociales personnes âgées au titre de la première notification de crédits pour 2004 des unités de soins de longue durée, des établissements hébergeant des personnes âgées et des services de soins infirmiers à domicile.

**Mots clés :** Plan « Vieillesse et solidarités », caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, journée de solidarité, ONDAM, établissements médico-sociaux pour personnes âgées, services de soins infirmiers à domicile, unités de soins de longue durée, réforme de la tarification des établissements, accueil de jour, hébergement temporaire, crédits de médicalisation des EHPAD, GVT, mesures salariales, accords nationaux agréés, forfait plafond..

**Textes de référence :**

- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004,
- Articles LO 111-3 et L.174-6 et 7 du code de la sécurité sociale,
- 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,
- 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,
- Décrets 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,
- Décrets 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,
- Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées,
- 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 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.
- Note d'information sur l'APA en date du 23 octobre 2002.
- 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

Le Gouvernement a annoncé le 6 novembre 2003 une grande réforme sociale de solidarité en faveur des personnes dépendantes qui repose sur deux programmes d'action : l'un au bénéfice des personnes handicapées et l'autre des personnes âgées.

Ainsi le Plan « Vieillesse et Solidarités » vise à réorienter la politique en faveur des personnes âgées par un renforcement des dispositions permettant de favoriser durablement la vie à domicile et par la médicalisation accrue des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes. Il sécurise également le dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie et garantit son financement en consolidant durablement la contribution supplémentaire apportée par l'Etat par le biais d'un emprunt exceptionnel en 2003.

Ce programme d'action constitue une première réponse aux attentes et besoins de prise en charge des personnes âgées sur la période 2004-2007. Dans ces conditions, le plan prévoit notamment la création de 15 000 emplois de personnels soignants financés par l'assurance maladie et la création de 10 000 nouvelles places dans les établissements afin de tenir compte de l'évolution démographique et de l'augmentation de l'espérance de vie. De plus, 17 000 places supplémentaires de SSIAD seront ouvertes afin de porter la capacité d'accueil de ces services à 100 000 places à échéance du plan en 2007. Enfin, s'agissant du développement de l'offre permettant de pérenniser le maintien à domicile tout en soutenant au mieux les prises en charge lourdes assumées par les familles et les aidants, il est prévu de créer 8 500 places d'accueil de jour et 4 500 places d'hébergement temporaire sachant que l'innovation devra être promue afin d'expérimenter des formes d'accueil innovantes comme l'accueil de jour itinérant, l'accueil de nuit et les gardes itinérantes de nuit.

Indépendamment des crédits prévus annuellement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, le financement de ce plan – dont le montant s'élève à 850 M€ sur la période 2004-2007 - nécessite la création d'une recette nouvelle et pérenne. Celle-ci résulte de l'instauration d'une journée de solidarité, prenant la forme d'une journée de travail supplémentaire en remplacement d'un jour férié, fixée, sauf dérogation le lundi de pentecôte.

Dans ces conditions, une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sera créée au cours du premier semestre 2004. Elle sera alimentée par une contribution de 0,3% prélevée sur les employeurs publics et privés et sur les revenus du patrimoine et les placements. Ainsi, les recettes de la CNSA seront constituées, notamment, par :

- une contribution de 0,3 % acquittée par tous les employeurs, privés et publics. Pour simplifier son prélèvement, cette contribution sera assise et recouvrée comme le sont les cotisations patronales affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie ;
- une contribution de 0,3 % portant sur les revenus du patrimoine et sur les revenus des placements. Pour simplifier son prélèvement, cette contribution est définie comme une contribution additionnelle au prélèvement de 2 % portant sur ces mêmes revenus. Mise en recouvrement par un prélèvement unique à intervenir le 15 novembre, son taux 2004 sera

de 0,15 % étant donné que l'exercice 2004 de la nouvelle caisse portera, sous réserve du vote de la loi, sur un seul semestre ;

- par le produit du 0,1 point de la contribution sociale généralisée (CSG) actuellement affecté au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) ;
- une participation des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse au titre de leurs anciennes dépenses d'action sociale d'aide ménagère à domicile au profit des personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA, participation finançant actuellement le FFAPA.

Dans un premier temps, seules les ressources d'assurance maladie fixées par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 sont mobilisables immédiatement. Ainsi, ce sont près de 327 M€ de crédits supplémentaires qui peuvent être notifiés rapidement aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées, ce qui correspond à une augmentation de 10,02% d'évolution de l'ONDAM, soit un taux d'évolution des dépenses de soins des établissements de 9,69 % (hors compte épargne temps) par rapport à 2003.

Pour les unités de soins de longue durée, les dépenses d'assurance maladie et le montant des dépenses autorisées, hors CET et après les opérations de fongibilité, évoluent de 4,23%.

Dans un second temps, lorsque la loi portant création de la CNSA et de la contribution nationale de solidarité aura été votée et promulguée, des crédits complémentaires vous seront délégués au titre du plan « vieillissement et solidarité », dans le cadre d'une seconde circulaire.

La présente circulaire détaille les mesures financées en application de la loi de financement de la sécurité sociale. et fixe le montant des dotations régionales qui sera confirmé par l'arrêté ministériel fixant les dotations régionales limitatives. En outre, elle décline à titre indicatif, les différentes mesures du plan « vieillissement et solidarités » qui seront financées au second semestre 2004.

\*

## **IERE PARTIE : LE RENFORCEMENT DES MOYENS DE L'ASSURANCE MALADIE DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES AGEES**

### **1. La médicalisation des EHPAD**

Si des objectifs de simplification des règles de la réforme tarifaire ont été affichés dans le Plan « Vieillissement et Solidarité », ils n'auront pas de traduction juridique immédiate. C'est pourquoi, les négociations des conventions tripartites en 2004 s'effectueront à législation et réglementation constantes.

Au 31 décembre 2003, 2509 conventions tripartites ont été signées depuis 2000, ce qui correspond à 24,2% des établissements pour personnes âgées et à près de 30% des établissements appelés obligatoirement à souscrire une convention tripartite. La présente circulaire a pour objectif d'augmenter fortement le rythme de signature des conventions tripartites pour 2004.

## 1.1. Le financement des conventions tripartites en 2004

### 1.1.1. Les établissements existants

#### *a) les extensions en année pleine*

Au titre de l'année 2004, vous sont alloués les crédits nécessaires au financement des conventions signées avant le 31 décembre 2003 qui comprenaient des engagements de crédits en 2004 (extension en année pleine des mesures nouvelles financées en 2003, financement des conventions signées en 2003 et qui entrent en vigueur en 2004, et engagement de crédits en 2004 pour les conventions signées antérieurement) tels qu'ils ont été déclarés par vos services dans le tableau récapitulatif de la consommation des crédits de médicalisation, soit 140M€ (annexe 1)

#### *b) les mesures nouvelles*

Les crédits de mesures nouvelles de l'assurance maladie pour 2004, et ceux dégagés dans le cadre du plan « vieillissement et solidarités » permettent de fixer des objectifs ambitieux de signature de nouvelles conventions tripartites.

**Au total près de 180M€ seront consacrés en 2004 à la médicalisation des établissements existants.** En effet, aux mesures nouvelles inscrites en 2004 dans l'ONDAM, et qui vous sont notifiées dans le cadre de la présente circulaire, s'ajouteront les mesures nouvelles financées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Dans ces conditions, un objectif national de 2000 signatures de conventions tripartites est fixé en 2004, réparti en objectifs régionaux. Ces derniers sont calculés par rapport au nombre d'établissements qui doivent encore signer une convention d'ici le 31 décembre 2005. (annexe 10)

Les 64,8 M€ de crédits, correspondant aux crédits qui vous sont d'ores et déjà alloués et qui restent disponibles au 31 décembre 2003 au sein de vos dotations, et aux mesures nouvelles 2004 pour la médicalisation des EHPAD, permettent dès à présent de financer des conventions tripartites qui seront signées au cours du premier semestre de 2004. La répartition par région de ces mesures nouvelles a été faite en tenant compte des objectifs de signature des conventions fixés pour 2004 et du montant des crédits non consommés à la fin de l'année 2003.

Un montant indicatif de 115 M€ des crédits supplémentaires à recevoir de la CNSA en deuxième partie de campagne vous est communiqué (annexe 10). Le montant définitif de ces crédits vous sera notifié dans une circulaire de mi-campagne. Ces crédits ne pourront être engagés qu'après publication de cette circulaire. Ce montant sera définitivement fixé en tenant compte de l'avancement effectif de la signature des conventions tripartites dans votre région et du respect des règles de détermination des financements de médicalisation (respect de la DOMINIC notamment).

### 1.1.2. Les établissements nouveaux

En application de l'article L.313-4 du code de l'action sociale et des familles créé par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, l'autorisation de création d'un établissement est subordonnée à la disponibilité des crédits d'assurance maladie, en année pleine, au titre de l'exercice correspondant à la date de ladite autorisation.

En conséquence,

- ◆ Les créations d'établissements autorisés en 2002 ou 2003 dont l'ouverture est prévue en 2004, doivent être financées selon le même mode que les conventions tripartites signées en 2004, c'est à dire sur l'enveloppe de crédits de mesures nouvelles ou éventuellement par les crédits gelés à cet effet lorsque l'autorisation a été délivrée après la loi du 2 janvier 2002.
- ◆ Dans le cadre du plan « vieillissement et solidarités » qui prévoit la création de 10 000 nouvelles places en établissement d'ici fin 2007, une enveloppe spécifique sur la période 2004-2007 a été prévue. Les crédits seront répartis en deuxième partie de la campagne budgétaire 2004.

Afin de procéder à une évaluation précise des besoins et d'affiner la répartition régionale des créations de places, vous voudrez bien renseigner le tableau joint en annexe n° 11 pour le 31 mai 2004 à la DHOS/F2. A partir de ces informations, un montant des crédits destinés à la création de places sera alloué à chaque région. Les autorisations de créations correspondantes pourront alors être arrêtées.

Néanmoins, en début de campagne, toute décision d'autorisation doit se traduire par un gel du montant des crédits de médicalisation sur l'enveloppe des mesures nouvelles prévues pour le financement des conventions tripartites jusqu'à la date de l'ouverture de la structure.

### 1.2. La négociation des conventions

La règle contenue dans la circulaire du 30 mai 2003, prévoyant, pour les conventions signées en 2003 entrant en vigueur en 2004, un financement plafonné à 75 % des mesures nouvelles en 2004 n'est pas reconduite pour les nouvelles conventions signées en 2004. En revanche, comme le préconise l'instruction du 13 janvier 2003, il y a lieu de favoriser l'échelonnement du financement des conventions sur plusieurs exercices budgétaires, notamment au regard de l'échelonnement des éventuels recrutements de personnels de la structure qui signe une convention. L'outil d'information Saisehpad permet désormais un suivi plus précis de ces engagements pluriannuels.

Il vous est rappelé par ailleurs que :

- l'allocation de la DOMINIC + 35% constitue un plafond à ne pas dépasser sur les cinq exercices budgétaires de la convention tripartite (hors « effet mécanique » et « clapet anti-retour »). Ainsi les mesures nouvelles allouées sur les cinq années de la convention ne doivent pas augmenter la dotation de l'établissement au delà de DOMINIC +35%.
- les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire créées dans le cadre de la convention et bénéficiant de financements spécifiques ne sont pas comptabilisées dans le calcul de la DOMINIC ( ni dans le calcul du GMP ni dans la capacité retenue).
- Si, avec le financement de « l'effet mécanique », la dotation de l'établissement dépasse DOMINIC +35%, aucune mesure nouvelle, au delà de l'effet mécanique, ne peut être allouée à l'établissement.
- Concernant le financement de l'effet mécanique, il convient de s'assurer que
  - Les personnels mis à la charge de l'assurance maladie sont bien affectés à la prise en charge psychique et somatique des personnes âgées dépendantes comme le prévoit l'article 4 du décret du 26 avril 1999. Cela suppose en particulier que l'ensemble des aides-soignantes soient effectivement affectées à des tâches de soins et non d'entretien des locaux.
  - Les effectifs pris en charge par l'assurance maladie à l'occasion de la signature de la convention tripartite étaient bien rémunérés par le budget hébergement ou dépendance lors du dernier compte administratif.
  - Le transfert d'enveloppe du budget principal au budget annexe a bien été effectué, des montants mis à jour par l'opération de sincérité des comptes. Celui-ci vient ainsi en atténuation de l'effet mécanique. Il convient de rappeler que l'absence de transfert à ce titre pénalise l'enveloppe médico-sociale.

### 1.3. Le financement des médicaments et des soins de ville

Un groupe de travail sur la question de la prise en compte des médicaments en établissement a été mis en place. Il doit rendre ses conclusions en avril 2004.

Cependant, en l'état actuel de la réglementation, lorsque la convention tripartite prévoit le financement des médicaments par le budget de l'établissement, tous les médicaments, y compris les médicaments coûteux, doivent être financés par la dotation soins de l'établissement, plafonnée à Dominic+35%.

Conformément à la circulaire du 10 avril 2002, relative à la prise en compte des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées, lorsque des établissements ne possèdent pas de pharmacie à usage intérieur les crédits correspondant au financement des médicaments prescrits aux résidents doivent être retirés des budgets des établissements à l'occasion de la signature de la convention. Lorsque par avenant à une convention déjà signée ou par la signature d'une nouvelle convention tripartite, ces crédits sont retirés des budgets des établissements, ils doivent être restitués à l'enveloppe soins de ville. Cette information doit figurer dans les informations contenues dans SAISEHPAD dans la ligne « médicaments ».

En revanche, l'enveloppe ONDAM personnes âgées est augmentée chaque année des moyens nouveaux qui prennent en compte les montants des dépenses de soins de ville intégrés dans les tarifs des établissements. Afin de permettre la bonne prise en compte de ces dispositions, vous veillerez à renseigner le logiciel SAISEHPAD.

Il convient de préciser que l'enveloppe qui vous est allouée au titre de la médicalisation des EHPAD intègre bien l'ensemble des mesures nouvelles, y compris le financement de l'intégration des soins de ville prévue dans les tarifs global et partiel. Les transferts des soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale personnes âgées s'effectuent au niveau national.

#### 1.4.Le système d'information : SAISEHPAD

Le nouveau système d'information de suivi des conventions tripartites des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes –SAISEHPAD-, présenté dans la circulaire du 15 juillet 2003 permet désormais un meilleur suivi du financement des conventions tripartites et de la consommation des crédits au niveau régional.

Ce système d'information doit remplacer rapidement, pour les régions qui les utilisent encore, les tableaux des annexes III mensuelles.

## **2. Le développement des alternatives à l'hébergement complet**

Le plan « vieillissement et solidarité » prévoit de renforcer les moyens consacrés au soutien du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

En 2004, des mesures en faveur des personnes âgées visant à développer des alternatives à l'hébergement complet sont prises. De nouveaux crédits sont dégagés pour financer la création de nouvelles places de SSIAD, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Les crédits qui sont notifiés au sein de vos dotations régionales correspondent à 8 mois d'extension en année pleine des places créées en 2003 et financées alors sur 4 mois, et à 8 mois de fonctionnement pour les places créées au premier semestre 2004. Dans l'attente de la parution du décret définissant les règles de financement applicables aux établissements de petite taille autonomes, seuls les établissements ayant signé une convention tripartite peuvent bénéficier des mesures nouvelles d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en application de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 modifiée.

Dans les cas où le nombre de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire réellement créées en 2003 est inférieur au nombre de places notifiées dans la circulaire du 30 mai 2003, les extensions en année pleine notifiées dans la présente circulaire peuvent être surévaluées. Il vous est demandé alors de réserver ces crédits. Ceux –ci pourront en cours de campagne être redéployés éventuellement pour la signature de conventions tripartites. Une prochaine instruction vous demandera de recenser depuis 2002 le nombre de places créées et les crédits utilisés pour ces mesures.

## 2.1 L'aide au soutien à domicile des personnes âgées par la création de places de services de soins infirmiers à domicile

Après revalorisation du coût de la place, 2000 nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile pourront être créées en 2004 sur la base des moyens alloués correspondant à 8 mois de fonctionnement (l'extension en année pleine de ces places sera assurée en 2005).

La circulaire de deuxième partie de campagne complètera cette première allocation de crédits. Au total en 2004, 4250 nouvelles places de SSIAD pourront être financées.

A l'instar de la politique mise en œuvre depuis plusieurs années maintenant, vous veillerez à la correction des inégalités entre départements en prenant spécifiquement en compte le taux d'équipement.

Il est, par ailleurs, souhaitable que les zones où sont implantés des établissements de petite taille qui ne souhaitent pas entrer dans la réforme de la tarification puissent bénéficier de places de SSIAD supplémentaires par extension de services existants ou par création de nouveaux services, sans attendre la parution du décret relatif aux petites structures.

La création de places nouvelles doit prendre en compte essentiellement les besoins de la population et l'activité des services existants.

Les modalités de répartition et de notification de ces places ainsi que leur suivi figurent aux annexes n° 4

Il vous est rappelé, conformément à la circulaire du 27 novembre 2001, qu'une des modalités de résorption du clapet anti-retour consiste à négocier avec l'établissement la création de places nouvelles de SSIAD.

## 2.2. La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire

Le plan « vieillissement et solidarité » prévoit d'accentuer l'effort en faveur de la vie à domicile par le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

La présente circulaire notifie les crédits permettant la création de 1000 places d'accueil de jour et de 500 places d'hébergement temporaire sur la base des moyens alloués correspondant à 8 mois de fonctionnement (l'extension en année pleine de ces places sera assurée en 2005).

La répartition et la notification de ces places ainsi que leur suivi financier figurent aux annexes n° 5 pour les places d'accueil de jour et n° 6 pour les places d'hébergement temporaire.

La circulaire de deuxième partie de campagne complètera cette première allocation de crédits. Ainsi 2125 places d'accueil de jour et 1125 places d'hébergement temporaire pourront être créées au total en 2004.

### **3. Les mesures de santé publique en matière de gériatrie**

Le financement des nouvelles mesures annoncées en 2002 afin de développer l'accès à la gériatrie au sein de l'hôpital se poursuit en 2004, pour un montant de 20M€

Ces mesures ont pour objectif de servir au développement d'unités individualisées de court séjour gériatrique (services ou unités fonctionnelles). Les établissements sièges de Service d'Accueil d'Urgence ont vocation à comporter de telles unités, toutefois des conditions locales particulières liées à la démographie devront aussi être prises en compte dans le choix des sites prioritaires, conformément à la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

A cette fin, les équipes hospitalières seront renforcées en personnels spécialisés permettant des prises en charge pluridisciplinaires : gériatres, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens, infirmières de prévention, psychologues et assistants de service social. Ces équipes, outre leur mission en court séjour gériatrique, pourront intervenir aux urgences ou dans les autres service hospitaliers.

Lors de la négociation des conventions tripartites des unités de soins de longue durée, vous porterez une attention particulière à la situation de l'établissement de santé notamment lorsqu'il dispose d'un service d'accueil d'urgence.

Contrairement à l'année 2003, les crédits sont inscrits directement dans l'ONDAM sanitaire des établissements financés sous dotation globale, et non transférés depuis l'enveloppe USLD.

## 2EME PARTIE : CONSTRUCTION DES DOTATIONS REGIONALES POUR 2004

### 1. La définition des bases régionales pour 2004

#### 1.1. Les fongibilités entre enveloppes médico-sociales et sanitaires intervenues en 2003

La nécessité de disposer de bases régionales incontestables et la mise en place de la tarification à l'activité dans le domaine sanitaire a conduit à un travail de validation très précis des différentes opérations de fongibilité qui nous ont été communiquées. Qu'il s'agisse d'opérations de régularisation (sur 2000, 2001 ou 2002) ou de transferts nouveaux (à prendre en compte en 2003 ou au 1<sup>er</sup> janvier 2004), chacun d'entre eux a été examiné et corrigé dans les montants, le cas échéant, afin d'appliquer les taux de change établis en accord avec les services des autres administrations centrales pour permettre la neutralité pour l'assurance maladie.

Afin de clarifier les bases régionales, un tableau récapitulatif par opération de fongibilité retenue sera adressé à chaque région avec un commentaire, le cas échéant.

##### *1.1.1. Hors conventions tripartites*

Les dotations de crédits d'assurance maladie du secteur médico-social et sanitaire pour personnes âgées au titre de l'année 2004 ont préalablement été ajustées des crédits transférés par les DDASS/DRASS ou ARH.

Pour le médico-social « personnes âgées », le montant global de ces transferts se traduit par une diminution de l'enveloppe nationale de dépenses d'assurance maladie de 0,19 M€

Pour les USLD, le montant de ces transferts se traduit par une augmentation de l'enveloppe nationale de dépenses d'assurance maladie de 1,94M€

Ces mouvements traduisent l'adaptation permanente des établissements qui sont amenés à se recomposer permettant ainsi de développer une offre de soins plus importante ou d'améliorer la prise en charge de certaines populations notamment dans le secteur médico-social.

##### *1.1.2. Dans le cadre des conventions tripartites*

L'utilisation des mesures nouvelles de médicalisation au bénéfice des établissements sanitaires ainsi que les mouvements consécutifs aux transferts de charges dans le cadre de l'opération de « sincérité des comptes », déclarés entre le 1<sup>er</sup> novembre 2002 et le 30 septembre 2003, ont été pris en compte dans l'ajustement des dotations régionales pour 2004.

Ainsi, les dotations régionales médico-sociales « personnes âgées » sont majorées globalement de 49,04 M€ tandis que les dotations régionales sanitaires relatives aux unités de soins de longue durée diminuent globalement de 29,30 M€ Les transferts correspondants sur

l'enveloppe sanitaire sont notifiés dans la circulaire relative à la campagne budgétaire des établissements sanitaires.

Les opérations de fongibilité postérieures à cette date seront prises en compte ultérieurement. Leur signalement doit être opéré, dès la signature de la convention tripartite, dans le cadre de la remontée d'informations par l'application SAISEHPAD ou, le cas échéant, dans le cadre du remplissage des annexes n° III relatives à la réforme de la tarification .

A cet égard, vous devez confirmer, dans un courrier signé par les deux autorités de tarification compétentes (ARH/Préfet) ces mouvements en précisant leurs montants et les dates d'effet des fongibilités.

### 1.2. Le débasage des crédits non reconductibles accordés en 2003

Les 40 M€ de crédits prévus dans le cadre de la circulaire du 19 septembre 2003 afin de permettre aux établissements et aux services de faire face à des surcroûts d'activité liés au retour à domicile de personnes âgées hospitalisées , suite à la période de canicule, 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.

Les annexes n°2, 3 et 8 présentent un bilan des dotations régionalisées de dépenses médico-sociales (EHPAD et SSIAD) et sanitaires (USLD) pour 2003.

## **2. Les mesures de reconduction et de personnel**

Ces mesures sont constituées principalement de mesures salariales. Certaines d'entre elles ne sont pas définitivement arrêtées. C'est pourquoi, une provision a été constituée au niveau national.

### 2.1. Dans les EHPAD et les SSIAD

Hors réduction du temps de travail, le taux moyen d'évolution des dépenses d'assurance maladie des établissements et services pour personnes âgées dépendantes est de 1,45%, soit 1,54% pour les EHPAD et 1,26% pour les SSIAD.

Il permet de financer :

L'augmentation des traitements dans la fonction publique au 1<sup>er</sup> janvier 2004 à hauteur de 0,5 %. 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 agréée dans le cadre de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles.

- le glissement – vieillesse – technicité (GVT) dont le taux a été évalué à 0,3% de la masse salariale des établissements publics et privés,

- les mesures du protocole filière du 14 mars 2001 au bénéfice des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière d'un montant de 2,44 M€

- l'avancement au grade dans certains corps de personnels de la fonction publique hospitalière pour un montant de 0,92M€ Il s'agit de la dernière année de financement de cette mesure.

- la poursuite de l'augmentation de la cotisation employeur à la CNRACL de 0,4% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004<sup>1</sup> pour un montant de 3,35 M€

- 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. Cette mesure, financée sur 5 ans, interviendra après concertation avec les partenaires sociaux. L'incidence financière pour 2004 est de 2,36 M€

- 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 la circulaire du 30 mai 2003 afin de financer notamment les incidences des conventions collectives agréées qui ont été renouvelées. En complément, une enveloppe correspondant à 2,46 M€ vous est notifiée en 2004.

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 1<sup>er</sup> 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.
- Fondation caisse d'Epargne : financement de l'accord, agréé le 17 décembre 2003 visant à mettre en œuvre progressivement la CCN 1951.
- MGEN : financement de l'accord en date du 18 avril 2000 (agréé le 18/09/03) relatif à la reprise d'ancienneté des médecins et du protocole d'accord en date du 23 mai 2003 (agréé le 18/09/03) portant sur la situation des médecins accordant une prime mensuelle brute d'un montant de 320 € pour les salariés à temps plein.
- CROIX ROUGE : financement de la nouvelle convention collective dont les nouvelles dispositions s'appliquent au 1<sup>er</sup> juillet 2004.

---

<sup>1</sup> 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'accord de la branche de l'aide à domicile conclu le 29 mars 2002 (et modifié par avenants. Cet avenant, qui vise à unifier les emplois occupés dans le secteur de l'aide à domicile à but non lucratif<sup>2</sup> et à revaloriser les grilles de salaires, s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003. Un complément de crédits de 1,44 M€ est notifié pour le financement de la montée en charge de cet accord (fin de financement en 2005).

- L'accord signé par l'UNIFED en date du 17 avril 2002 relatif au travail de nuit. Cet accord s'applique à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2003 notamment aux salariés des établissements appliquant la convention collective de la FEHAP. Il précise que la durée maximale quotidienne de travail de nuit est portée de 8 à 12 heures par dérogation à l'article L 213-3 du code du travail et prévoit, en contrepartie, un repos supplémentaire non rémunéré égal à la durée de dépassement. Cet accord prévoit également pour les travailleurs de nuit définis comme tels ainsi que pour les salariés travaillant occasionnellement la nuit, des contreparties financières ou sous forme de repos. Son coût est de 11,57 M€ en année pleine.

- Au delà de ces notifications, vos dotations sont augmentées de crédits au titre de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Dans la fonction publique hospitalière, il est prévu en 2004 de financer, pour un montant de 10,14 M€, 268 créations d'emplois consécutives à la réduction du temps de travail des personnels de nuit dans les EHPAD, qui a été ramenée à 32 heures à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004. En ce qui concerne la fonction publique territoriale, il est procédé à la notification de 10, 81 M€ permettant de compléter le financement des créations d'emplois consécutives à la réduction du temps de travail des personnels de jour et des personnels de nuit. Pour allouer ces crédits aux établissements et services, vous apprécierez leur situation au regard du temps de travail pratiqué et du nombre d'emplois créés consécutivement à la réduction du temps de travail, dans la mesure où celle-ci a pu être mise en place antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2002 et dans le cadre de décisions prises par les autorités territoriales.

Par rapport à l'année 2003, le coût moyen d'un emploi en équivalent temps plein a été revalorisé pour 2004 de 1%, puisque celui-ci est porté en métropole à 37 723 euros (au lieu de 37 350 euros en 2003).

Concernant le compte épargne temps, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit d'étendre les missions du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Seuls les droits acquis en 2002 par les personnels non médicaux rémunérés sur les crédits d'assurance maladie seront financés par le fonds.

Vos dotations régionales de dépenses d'assurance maladie des EHPAD et des SSIAD pour 2004 ont été calculées sur ces bases. Elles sont retracées à l'annexe n° 1

## 2.2. Dans les centres et unités de soins de longue durée

---

<sup>2</sup> 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.

Hors réduction du temps de travail, le taux moyen d'évolution des dépenses d'assurance maladie des USLD est de 1,73% hors RTT en métropole.

Il permet de financer :

- L'augmentation salariale générale de 0,5% du 1<sup>er</sup> janvier 2004
- le glissement – vieillesse – technicité dont le taux a été évalué à 0,3% de la masse salariale des établissements publics et privés,
- les mesures du protocole filière du 14 mars 2001 d'un montant de 2,44 M€ aux bénéfices des établissements de la fonction publique hospitalière,
- l'avancement au grade dans certains corps de la FPH pour un montant de 1,28 M€
- l'augmentation de la cotisation employeur à la CNRACL de 0,4% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003,
- 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. Celui-ci 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. Cette mesure, financée sur 5 ans, interviendra après concertation avec les partenaires sociaux. L'incidence financière pour 2004 est de 2,12 M€
- 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 la circulaire du 30 mai 2003 afin de financer notamment les incidences des conventions collectives agréées qui ont été renouvelées. En complément, une enveloppe correspondant à 0,47 M€ vous est notifiée en 2004.

Elle doit être utilisée pour accompagner la mise œuvre des dispositions conventionnelles de la FEHAP : poursuite du financement des surcoûts de la nouvelle convention collective agréée le 12 décembre 2002 entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2003,

- L'accord signé par l'UNIFED en date du 17 avril 2002 relatif au travail de nuit. Cet accord s'applique à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2003 notamment aux salariés des établissements appliquant la convention collective de la FEHAP. Il précise que la durée maximale quotidienne de travail de nuit est portée de 8 à 12 heures par dérogation à l'article L 213-3 du code du travail et prévoit, en contrepartie, un repos supplémentaire non rémunéré égal à la durée de dépassement. Cet accord prévoit également pour les travailleurs de nuit définis comme tels ainsi que pour les salariés travaillant occasionnellement la nuit, des contreparties financières ou sous forme de repos. Son coût est de 0,12M€ en année pleine.

Par ailleurs, vos dotations régionalisées comprennent les crédits nécessaires à la poursuite de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les unités de soins de longue durée. Dans la fonction publique hospitalière, il est prévu en 2004 de financer, pour un montant de 17,24 M€, 457 créations d'emplois dont 162 créations d'emplois consécutives à la réduction du temps de travail des personnes de nuit dans les USLD.

Concernant le compte épargne temps, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit d'étendre les missions du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Seuls les droits acquis en 2002 par les personnels non médicaux rémunérés sur les crédits d'assurance maladie seront financés par le fonds.

Au delà, compte tenu du fait que certains crédits ont été gérés initialement par les ARH de façon globale pour l'ensemble des établissements du secteur sanitaire (ULSD et hors USLD), il convient d'affecter durablement ces crédits aux établissements devant en être bénéficiaires.

Il s'agit notamment des crédits affectés à la mise en œuvre de la RTT qui ont souvent été répartis sur la base des ETP existants comptabilisés dans chaque enveloppe. De ce fait, dans le cadre de l'opération de sincérité des comptes ou lorsque l'établissement USLD sanitaire devient un établissement médico-social, il est nécessaire de procéder à des ajustements.

Pour ces deux exemples et dans d'autres cas éventuellement comparables, il conviendra, le cas échéant, de procéder à des transferts, qu'il faudra porter à la connaissance de la DHOS dans les conditions habituelles.

Vos dotations régionales de dépenses des unités de soins de longue durée pour 2004 ont été calculées sur ces bases. Elles sont retracées à l'annexe n° 7

### 2.3. Règles d'actualisation des moyens pour 2004 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.

Avant de procéder à cette revalorisation, vous devez actualiser le montant du clapet anti-retour en tenant compte du montant du forfait de soins arrêté en 2002 et du montant des dépenses de soins. Il s'agit d'une simple opération de calcul ne pouvant donner lieu à une négociation.

Comme cela est indiqué par l'article 24 du décret du 20 novembre 2001, je vous rappelle qu'il incombe à l'autorité tarifaire (ARH / Préfet) de déterminer ce montant et de le communiquer aux Conseils Généraux afin que ces derniers fixent les tarifs afférents à la dépendance et à l'hébergement<sup>3</sup>.

La revalorisation des moyens se décompose :

- en une dotation attribuée au titre de la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements publics,
- en un taux d'actualisation des moyens qui s'appliquera de façon uniforme à tous les établissements de statut identique.

Un arrêté interministériel indiquera pour chaque catégorie d'établissement, le taux applicable au titre de la campagne budgétaire 2004.

Dans la mesure où toutes les mesures de personnel ne font pas l'objet d'une notification intégrale immédiate, vous pourrez procéder à une actualisation partielle du montant du forfait global de soins alloué en 2003, en vous référant aux taux moyens d'évolution hors RTT mentionnés aux paragraphes de la circulaire 2.1 pour les EHPAD et 2.2 pour les USLD. Au moment où les dernières mesures seront connues et notifiées, il vous appartiendra de procéder à une nouvelle actualisation.

### *2.3.2. Etablissements ayant signé une convention tripartite.*

Pour les établissements bénéficiaires d'une convention tripartite, il vous appartient de déterminer l'évolution de la dotation de soin de l'établissement, dans les conditions prévues aux paragraphes 2.1 et 2.2 de la deuxième partie de la circulaire. A cet égard, vous porterez une attention toute particulière à l'évolution du niveau de dépendance des résidents.

Afin d'engager dès cette année la logique de la convergence tarifaire il convient de préciser que les taux de reconduction des moyens et d'attribution de moyens au titre de la réduction du temps de travail, qui sont retenus, constituent des moyennes qu'il vous appartient d'adapter au contexte de chaque établissement en tenant compte notamment de l'écart de la dotation de celui-ci à la DOMINIC. Ainsi les établissements dont les ressources sont significativement inférieures à DOMINIC + 35% pourront se voir attribuer un taux de reconduction plus élevé que les établissements qui dépassent nettement ce ratio.

### *2.3.3. Actualisation de la DOMINIC*

Les montants des tarifs de soins permettant le calcul de la DOMINIC - fixés à 5,61 € pour le tarif partiel et 6,22€ pour le tarif global en 2003 - sont revalorisés de 1,54% dans le cadre de la campagne budgétaire 2004. Ils s'établissent ainsi à 5,69 € pour le tarif partiel et 6,31 € pour le tarif global.

---

<sup>3</sup> Il vous est rappelé que le montant du clapet anti-retour doit être indiqué dans l'arrêté tarifaire. Pour les établissements signataires d'une convention tripartite, l'arrêté tarifaire doit indiquer le cas échéant le montant des crédits d'assurance maladie retranchés du budget au titre des médicaments si l'établissement ne dispose pas de PUI, ainsi que le montant des dépenses de soins de ville intégrées dans les tarifs de soins au titre des places non médicalisées.

### **3. 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 :

- 38,65 euros pour les SSIAD publics,
- 34,13 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,

Edouard COUTY

Dominique LIBAULT

Jean-Jacques TREGOAT