

ANNEXE N°3

NOTICE TECHNIQUE PRECISANT LES MODALITES DE REPARTITION ET D'UTILISATION DES CREDITS LIES A LA REINTRODUCTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX DANS LES BUDGETS SOINS DES EHPAD

Comme précisé lors de la notification du 15 février dernier, l'année 2008 est marquée par l'application de l'article 88 de la LFSS 2007 visant à réintégrer dans les budgets soins des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), les dispositifs médicaux collectifs ou non individualisables dont la liste sera fixée par arrêté ministériel.

La date de réintroduction effective de ces dispositifs médicaux a été fixée au 1^{er} août 2008 par la circulaire du 15 février 2008. L'arrêté ci-dessus mentionné doit paraître très prochainement et en tout état de cause avant le 1^{er} août 2008. Ceci signifie qu'à compter de cette date, les charges induites par la consommation de dispositifs médicaux par les personnes âgées résidant en EHPAD seront couvertes par les dotations soins des EHPAD, et non plus remboursées à titre individuel à chaque résident concerné.

Compte tenu de ces éléments, vos dotations départementales limitatives sont abondées dans le cadre de la présente notification, des crédits nécessaires au financement sur 5 mois des dispositifs médicaux¹. L'extension en année pleine correspondant à 7 mois de financement sera effectuée au titre de l'année 2009.

L'évaluation financière des montants à transférer de l'enveloppe soins de ville vers l'ONDAM médico-social au titre des dispositifs médicaux aboutit à une valorisation journalière de ces derniers à hauteur de 2,32 € par jour et par résident, TVA incluse.

La répartition des sommes au niveau de chaque dotation départementale a été effectuée au prorata du nombre de places d'EHPAD entrant dans le champ du conventionnement et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI).

La présente annexe vous précise les modalités pratiques de réintégration des dispositifs médicaux dans le cadre des dotations soins que vous êtes amenées à fixer pour les EHPAD (I), ainsi que les éléments permettant d'assurer le suivi de leur consommation (II).

I. Les modalités pratiques de réintégration des dispositifs médicaux dans les budgets soins des EHPAD en disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)

A. Les établissements n'entrant pas dans le champ de la tarification au GMPS (utilisation du référentiel PATHOS) et ceux soumis à la tarification par arrêté

La prise en compte de la charge liée à la réintégration des dispositifs médicaux dans la fixation de la dotation des EHPAD sans PUI n'entrant pas en 2008 dans le champ d'application de la tarification au GMPS ou soumis à la tarification par arrêté, s'effectue par un abondement forfaitaire correspondant à 2,32€ par jour et par place à compter du 1^{er} août.

En conséquence, la dotation soin des EHPAD mentionnés ci-dessus doit être augmentée d'un montant forfaitaire par place correspondant à :

$$2,32 \text{ €} \times 152 \text{ jours (soit 5 mois)} = 353 \text{ €}$$

(pour mémoire, le coût en année pleine correspond à 2,32 € x 365 = 847 €)

¹ Pour mémoire, la notification du 15 février vous indiquait à titre indicatif la somme correspondante à la couverture financière sur 12 mois soit 320 M€.

Exemple :

Ainsi, un établissement de 100 places verra sa dotation abondée pour l'exercice 2008 de :

$$353 \text{ €} \times 100 = 35\,300 \text{ €}$$

(pour mémoire, le coût en année pleine correspond à $847 \text{ €} \times 100 = 84\,700 \text{ €}$)

Dotation fin 2007 : 677 869 €

Dotation 2008 (par simplicité de présentation, l'exemple n'inclut pas l'intégration du taux d'actualisation des dépenses) : $667\,869 + 35\,300 = 703\,169 \text{ €}$

B. Les établissements soumis à la tarification au GMPS (utilisation du référentiel PATHOS)

La prise en compte de la charge liée à la réintégration des dispositifs médicaux à compter du 1^{er} août 2008 pour les EHPAD sans PUI soumis à la tarification au GMPS, a été intégrée dans la valorisation des tarifs applicables au titre de l'année 2008.

Cette valorisation correspond à 2,32 € par jour et par résident en fonction de la production moyenne de point GMPS soit 847 € en année pleine et 353 € sur 5 mois.

Ainsi, pour un établissement disposant d'un GMP de 654 et d'un PMP de 160, correspondant à la moyenne nationale, la somme complémentaire par point GMPS produit correspond à :

- 0,79 € en année pleine
 - Ce calcul est obtenu en tenant compte :
 - de la valorisation de la réintégration des dispositifs médicaux à hauteur de 2,32 € par jour sur 12 mois (365 jours) soit 847 €
 - de la production moyenne de points GMPS $[(654 + (160 \times 2,59))] = 1\,068$ point
 - $847 \text{ €} / 1\,068 = 0,79 \text{ €}$ par point GMPS
- 0,33 € sur 5 mois.
 - Ce calcul est obtenu en tenant compte :
 - de la valorisation de la réintégration des dispositifs médicaux à hauteur de 2,32 € par jour sur 5 mois (152 jours) soit 353 €
 - de la production moyenne de points GMPS $[(654 + (160 \times 2,59))] = 1\,068$ point
 - $353 \text{ €} / 1\,068 = 0,33 \text{ €}$ par point GMPS

Compte tenu de ces éléments et de la date de réintégration des dispositifs médicaux au 1^{er} août 2008 soit 5 mois de financement sur l'exercice 2008, les valeurs du tarif partiel et tarif global sans PUI ont été portées à :

- Tarif partiel sans PUI : 8,85 €
- Tarif global sans PUI : 11,42 €

La dotation soin calculée selon les règles en vigueur avec les valeurs mentionnées ci-dessus intègre donc le financement sur 5 mois de la charge des dispositifs médicaux.

Exemple :

1) Fixation de la dotation soin 2008 d'un EHPAD de 100 places en tarif partiel sans PUI entrant dans la tarification au GMPS :

- GMP : 654
- PMP : 160

$$8,85 \text{ €} \times [654 + (160 \times 2,59)] \times 100 \text{ (capacité exploitée)}$$

Dotation 2008 : 945 534 €

2) Fixation de la dotation soin 2008 d'un EHPAD de 100 places en tarif partiel sans PUI soumis à la tarification au GMPS depuis l'exercice 2007 :

- Dotation soin fin 2007 = 897 120 €
- GMP : 654 (inchangé par rapport à 2007)
- PMP : 160 (inchangé par rapport à 2007)

- Calcul de l'abondement à réaliser au titre de l'intégration des dispositifs médicaux :

$$0,33 \text{ €} \times [654 + (160 \times 2,59)] \times 100 \text{ (capacité exploitée)} = 35\,250 \text{ €}$$

- Dotation 2008 intégrant le financement des dispositifs médicaux sur 5 mois (par simplicité de présentation, l'exemple n'inclut pas l'intégration du taux d'actualisation des dépenses) = $897\,120 + 35\,250 = 932\,370 \text{ €}$

C. Prise en compte des montants relatifs à la couverture des charges relatives aux dispositifs médicaux dans les arrêtés tarifaires de début de campagne 2008

La réintégration des dispositifs médicaux dans les budgets soins des EHPAD et la couverture des charges y étant rattachées dans le cadre des dotations soins représentent un enjeu majeur en termes de suivi des personnes âgées accueillies, mais également de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Aussi, afin de garantir la réussite de ce transfert de charges entre les soins de ville et l'ONDAM médico-social pour l'ensemble des acteurs, et la garantir un service rendu de qualité aux résidents, il convient d'éviter tout retard dans la mise en œuvre effective de cette réintégration.

En conséquence, et compte tenu de la disponibilité des moyens financiers nécessaires à la couverture des charges relatives aux dispositifs médicaux sur 5 mois dès la présente notification, il convient que vous attribuez sans attendre, donc dès l'arrêté tarifaire de campagne initial, les crédits afférents aux dispositifs médicaux selon les modalités de calcul précisées ci-dessus.

Ainsi, la dotation soin fixée à l'issue de la procédure budgétaire (ou dès à présent lorsqu'il s'agit de la prise en compte d'une extension année pleine d'une convention tripartite signée l'année précédente), intégrera les crédits nécessaires à la couverture des charges de dispositifs médicaux à compter du 1^{er} août 2008.

Il vous appartient, dans le cadre du courrier de procédure budgétaire, d'indiquer aux établissements la fraction de dotation correspondant à ces nouvelles charges qui devra être provisionnée en l'attente de la réintroduction effective à compter du 1^{er} août 2008.

Cette manière de procéder limite les risques de retard de financement liés à la prise d'arrêtés rectificatifs en cours d'exercice, et plus particulièrement lors de la période d'été.

D. Incidence sur les conventions tripartites signées

La réintégration des dispositifs médicaux modifie les conditions et obligations conventionnelles fixées dans le cadre de la convention tripartite, il convient donc en principe qu'elle fasse l'objet d'un avenant à la convention indiquant notamment la dotation complémentaire allouée à l'établissement à ce titre, et les modalités de suivi des dépenses s'y rapportant.

Néanmoins, cette modification conventionnelle étant liée à une obligation réglementaire, il convient que l'avenant soit le plus simple possible².

En tout état de cause, la signature de l'avenant ne doit en aucun cas être un frein à l'attribution dès le début de campagne, des moyens financiers nécessaires à la couverture des charges de dispositifs médicaux.

II. **Modalités de suivi de la consommation des dispositifs médicaux**

- A. L'obligation pour les EHPAD de transmettre aux caisses primaires d'assurance maladie la liste de leurs résidents et le montant mensuel de la consommation de dispositifs médicaux.

² Le fait que cette obligation réglementaire soit introduite par voie d'avenant conventionnel ne signifie pas, bien entendu, que l'établissement peut refuser d'y adhérer en ne signant pas l'avenant. Le coût des DM est obligatoirement réintégré. La non signature de l'avenant ferait seulement perdre le bénéfice de la majoration tarifaire.

Comme précisé dans la circulaire du 15 février 2008, il vous appartient de rappeler aux établissements l'obligation³ qui leur est faite de transmettre aux caisses primaires d'assurance maladie, le premier jour ouvrable de chaque semestre, la liste nominative des résidents qu'ils accueillent.

Un modèle de liste a été fixé au niveau national, mais le cas échéant les contacts entre la caisse pivot de rattachement de l'établissement et ce dernier doivent être privilégiés de manière à définir les modalités de transmission les plus efficaces.

Enfin, l'établissement doit également transmettre chaque mois, un bordereau de suivi⁴ comportant pour le mois écoulé le montant mensuel de la consommation des résidents au titre des dispositifs médicaux intégrés dans le tarif soins.

B. Les modalités de saisie dans saisehpad

En l'attente, de l'adaptation de l'application saisehpad2, il vous est demandé de renseigner le montant des dispositifs médicaux réintégrés pour chaque établissement dans le champ « Montant des dépenses de médicaments et de petit matériel »⁵.

Ce champ n'est actuellement pas pris en compte dans le calcul déterminant la dotation soin des EHPAD mais permettra au niveau national de suivre la répartition des crédits inclus dans vos dotations départementales.

³ Article R.314-169 du CASF

⁴ Article R 314-169 du CASF et Arrêté du 9 juillet 2003 (qui fixe notamment en annexe le modèle type de bordereau à adresser aux caisses pivots par voie électronique).

⁵ Il vous est rappelé que les informations antérieures relatives aux dépenses de médicaments et dispositifs médicaux retirés du budget soins des EHPAD après la parution de la Loi du 4 mars 2002, doivent être remises à zéro lorsque ces crédits vous ont servi au cours de l'année 2007 à créer des capacités nouvelles d'EHPAD.