



FINANCEMENT DES EHPAD (Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes)

Le budget des EHPAD est composé de trois sections : Section tarif hébergement - Section dépendance - Section soin

TARIF HEBERGEMENT	DEPENDANCE	SOIN
<p>Le tarif comprend :</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Hôtellerie, loyers et charges financières, amortissement biens meubles ou immeubles, animation, administration, direction. 100% à la charge du résident❖ Blanchisserie, agents de services et d'entretien 70 % à la charge du résident 30 % supportés par la section dépendance <p><u>Pour les établissements habilités à 100 % à l'aide sociale :</u></p> <ul style="list-style-type: none">❖ le tarif hébergement est fixé chaque année par le Conseil Général après présentation du budget prévisionnel de l'établissement. Pour les personnes dont les ressources sont insuffisantes le tarif hébergement est pris en charge par le Conseil Général (Aide sociale à l'hébergement) après avoir demandé une contribution des enfants lorsqu'ils sont solvables, voire des petits enfants.❖ <u>Pour les établissements privés à but lucratif non habilités à l'aide sociale :</u> le tarif hébergement est fixé à l'entrée du résident puis chaque année revalorisé d'un pourcentage fixé par le Ministère des finances.❖ Pour les établissements privés à but lucratif habilités partiellement à l'aide sociale : le tarif hébergement est fixé chaque année par le Conseil Général uniquement pour les chambres habilitées à l'aide sociale. Sinon voir ci-dessus.	<p>Le tarif comprend :</p> <ul style="list-style-type: none">❖ 30% du coût des agents de services, d'entretien, et des aides-soignantes.❖ 30% du coût des fournitures et prestations liées à la dépendance (blanchisserie.....) <p>Trois tarifs journaliers sont fixés par le Conseil Général selon que les résidents sont classés en groupes GIR 1/2, GIR 3/4, GIR 5/6 définis par la grille AGGIR (1)</p> <p>Le tarif dépendance est partiellement à la charge du résident qui règle le « ticket modérateur », quel que soit son « GIR » et dont le montant correspond au tarif journalier GIR 5/6. Le ticket modérateur représente 30 % du montant du tarif dépendance.</p> <p>Pour l'autre partie le tarif dépendance est financé par l'Aide Personnalisée à d'Autonomie (APA) attribuée à chaque résident suivant son groupe « GIR » et ses ressources financières.</p> <p>La contribution du Conseil Général et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie(CNSA) est de 70% du montant du tarif dépendance.</p> <p>Le résident règle donc 30 % du tarif dépendance et davantage si, compte tenu de ses ressources, l'APA ne couvre pas intégralement les 70 % restants.</p> <p>(1)Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) pour l'évaluation, déclinée ensuite en trois groupes GIR</p>	<p>Le soin est financé à 100% par l'assurance maladie.</p> <p>Une procédure annuelle encadre le budget soin :</p> <ol style="list-style-type: none">1. La loi de financement de la sécurité sociale votée à l'automne par le parlement.2. La Caisse Nationale de Solidarité Autonomie(CNSA), dans les limites des crédits accordés annuellement par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), réparti à chaque région (Agence Régionale de Santé-ARS) une dotation limitative.3. La dotation soin allouée à l'EHPAD est arrêtée annuellement par le Directeur général de l'Agence régionale de santé.

Les établissements ont le choix entre deux tarifications :

1. Le tarif partiel qui prend en charge :

- ❖ 100% de la rémunération du médecin coordonnateur, des infirmiers salariés et autres auxiliaires salariés,
- ❖ 70% des rémunérations des aides-soignants.
- ❖ Les charges relatives aux « dispositifs médicaux » (lits médicalisés, fauteuils.....), petites fournitures médicales.
- ❖ les amortissements du matériel médical.

2. Le tarif global qui prend en charge :

- ❖ les mêmes charges que celles du tarif partiel.
- ❖ la rémunération des médecins généralistes libéraux, des auxiliaires médicaux libéraux (kinésithérapeutes, psychologues...), les examens biologiques et radiologiques autres que ceux nécessitant un recours à des équipements lourds.

Dans tous les cas (tarif partiel ou tarif global), les prestations relatives aux soins sont prises en charge par les « caisses de ville » (assurance maladie) en dehors du budget soin de l'EHPAD.

Le forfait soin et les médicaments

Si l'EHPAD dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) : les dépenses de médicaments sont couvertes par le forfait soin de l'EHPAD

Si l'EHPAD n'a pas une pharmacie à usage intérieur : les dépenses de médicaments sont couvertes par les « soins de ville » (assurance maladie).

Le PATHOS.....c'est quoi ?

PATHOS (mot grec qui signifie « souffrance, passion »), est une méthode d'évaluation des besoins en soins médicaux-techniques suivant l'état pathologique de chaque résident.

Au niveau de l'établissement il permet de calculer les besoins en financement pour assurer l'accompagnement médical des résidents : médecin coordonnateur, infirmières, aides-soignants, kinésithérapeute....

Et donc :

- ❖ de répertorier pour chaque résident ses affections pathologiques (en moyenne 6), afin d'établir un projet de soin médical et d'évaluer pour chaque affection identifiée les besoins en soins. (Les moyens à mettre en œuvre suivant les besoins médicaux évalués du résident sont exprimés en points « PATHOS », calculés à partir d'un logiciel).
- ❖ d'établir au niveau de l'établissement, à partir des besoins en soins médicaux de chaque résident, les moyens médicaux globaux nécessaires. Pour ce faire, l'établissement calcule le Pathos Moyen Pondéré(PMP) à partir de la sommation des moyens globaux requis en points PATHOS pour chaque résident.

L'évaluation « PATHOS » est effectuée par le médecin coordonnateur un jour donné, elle est ensuite validée par le service médical de l'assurance maladie.

Les variations entre EHPAD sont importantes : le PMP varie de 80 à 180 points PATHOS. En Unités de soins de longue durée (USLD) le PMP est en moyenne à 300 points PATHOS.

Le forfait soin d'un EHPAD est calculé en combinant :

- 1) **Le GIR Moyen Pondéré** de l'établissement (GMP) qui mesure en nombre de « points » le niveau de prestation à mettre en œuvre par l'établissement pour la prise en charge de la « dépendance ». Le GMP est calculé en fonction du positionnement de chaque résident sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)
- 2) **Le Pathos Moyen Pondéré** (PMP) qui mesure en nombre de points le niveau des prestations à assurer pour la prise en charge en soins médicaux apportés à la personne dépendante.

Si le « PATHOS » a permis un réel accroissement de la dotation financière pour le soin, celle-ci est cependant insuffisante pour assurer, en totalité, les besoins en soins médicaux identifiés pour chaque résident !

L'hébergement revient à 60 % de la dépense totale

L'APA à 15 %

Le soin à 25 %

Faute de moyens suffisants, le tarif hébergement devient une variable d'ajustement pour équilibrer les comptes des établissements... en fonction des dépenses :

- Modernisation du bâti et des équipements
- Mises aux normes
- Application du principe de précaution (salle à air conditionné, groupes électrogènes)

....et conséquence du sous- financement APA/SOIN

Bon à savoir :

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) attribuée en fonction de la dépendance du résident (GIR 1 à 4 inclus) est de plus en plus souvent versée directement à l'EHPAD sous forme de dotation si le résident est originaire du département. Son montant sera déduit du tarif dépendance qui s'ajoute au prix d'hébergement. Mais attention tout résident, dépendant ou non, doit payer le montant du GIR 5/6, appelé « ticket modérateur ».

Dans le cas où le résident est issu d'un autre département, il touchera directement l'APA sur son compte, par conséquent la dépendance lui sera facturée intégralement.