

Annexe VIII. Le financement des unités de soins de longue durée (USLD)

1. La partition des USLD

La mise en œuvre de la redéfinition des unités de soins de longue durée issue des dispositions de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, s'est poursuivie sur l'année 2008 : 300 nouveaux établissements, soient 27 000 lits, sont entrés dans la réforme au 1er janvier 2009.

Cette partition s'accompagne, dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age, d'une enveloppe de 50 millions d'euros pour 2009 destinée à renforcer le niveau des ressources d'assurance maladie pour les USLD dont la dotation « soins » était inférieure au plafond de ressources défini par l'équation tarifaire au GMPS. Par ailleurs, les USLD bénéficient d'un financement de 15,8 M€ pour prendre en compte l'évolution des dépenses de personnel et du coût des achats.

2. La mise en œuvre du financement au GMPS pour les unités qui ont partitionné

2.1. Le cadre juridique

- En vertu de l'article L.314-9 du code de l'action sociale et des familles, le forfait « soins » prend en compte le niveau de dépendance moyen (le GIR moyen pondéré mesuré à partir de la grille nationale AGGIR mentionnée à l'article L. 232-2) et les besoins en soins médico-techniques de la personne accueillie (le PATHOS moyen pondéré mesuré à partir du référentiel mentionné à l'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 et précisé dans l'arrêté du 12 mai 2006).
- L'arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles définit l'équation tarifaire en fonction du nombre de points correspondant au groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS) et les modalités de calcul de la valeur du point d'un établissement.

Calcul du GMPS moyen de l'USLD :

GIR moyen pondéré + (PATHOS moyen pondéré *2.59)

*Valeur annuelle du point : charges nettes en soins / (GPMS * capacité exploitée)*

*Calcul de la dotation : nombre de patients * GMPS moyen * valeur du point annuelle*

- La LFSS pour 2009 donne une base juridique à la tarification au GMPS pour les USLD et permet de définir les règles de convergence : *« les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. (L.174-6 du CSS) ».*
- L'arrêté fixant les modalités de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévu à l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale, qui s'applique aux établissements qui ont conventionné et qui ont réalisé leur partition au 1^{er} janvier 2009, fixe la valeur nationale plafond du point GMPS à 12,83 € pour 2009 et définit les modalités de convergence.

2.2. Les modalités de financement pour 2009

Trois situations distinctes sont à prendre en compte :

- pour les établissements n'ayant pas signé leur convention tripartite, le forfait global de soins qui a été attribué au titre de l'exercice 2007 est reconduit en 2009 en application de l'article 69 de la LFSS pour 2008
- pour les établissements ayant signé leur convention tripartite, mais n'ayant pas finalisé leur processus de partition au 1^{er} janvier 2009, le forfait global de soins est augmenté de 1,15 %. Je vous invite à moduler le taux de progression des établissements en prenant en compte la charge en soins des patients qu'ils hébergent, tout en respectant un taux d'évolution moyen régional de 1,15 % pour cette catégorie d'établissements.
- pour les établissements ayant signé leur convention tripartite et ayant réalisé leur partition au 1^{er} janvier 2008 ou 2009, la tarification au GMPS s'applique, avec une valeur du point GMPS fixée à 12,83 €.
 - Les établissements « sous-dotés » bénéficient de mesures nouvelles pour atteindre la valeur nationale du point (12,83 €)
 - Les établissements « sur-dotés » voient leur dotation « soins » progresser de 0,5%.

Il convient de rappeler que la réforme vise à recentrer les USLD sur leur activité sanitaire : en effet cette réforme avait été engagée sur la constatation d'un certain taux d'inadéquation de la prise en charge des patients dans les USLD. **Vous veillerez, dans le cadre de la contractualisation, à ce que les USLD redéfinies accueillent des patients requérant des soins médico-techniques lourds.** Une nouvelle coupe Pathos qui sera réalisée en 2010, permettra de mesurer l'adéquation du profil des patients à la vocation sanitaire de l'unité et servira de base pour le calcul du montant de la dotation « soins » pour 2010.

2.3. La convergence tarifaire

La convergence ne concerne que les établissements sur-dotés dans la mesure où les établissements qui sous-dotés bénéficient, à l'occasion de leur partition, de mesures nouvelles pour atteindre la valeur nationale plafond.

La convergence tarifaire est réalisée en deux étapes. En 2009, les établissements sur-dotés se voient appliquer une augmentation de dotation plus faible que la progression de la valeur du point. Puis, à partir de 2010, la convergence est mise en œuvre sur une durée maximale de sept ans. Le rythme de convergence sera fixé chaque année par arrêté ministériel. Pour les établissements sur-dotés, la convergence peut être réalisée par une diminution progressive de la dotation « soins » ou par la mise en adéquation de leur dotation avec le niveau de soins médicaux et techniques, notamment par l'augmentation des capacités.