

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

NOR : AFSA1616908D

Publics concernés : agences régionales de santé ; conseils départementaux ; établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; petites unités de vie (PUV) ; établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée.

Objet : tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des petites unités de vie et des établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Notice explicative : dans un objectif de simplification de l'allocation de ressources aux établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, le présent décret prévoit la mise en place d'un financement automatique des prestations relatives à la dépendance des résidents, reposant sur une équation tarifaire qui prend en compte le niveau de dépendance des résidents. Il précise les conditions selon lesquelles le conseil départemental peut moduler le forfait versé aux établissements en fonction de l'activité réalisée. Le décret prévoit également les modalités de fixation des tarifs relatifs à l'hébergement à la charge des résidents. Il précise les modalités de financement des établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée. Il prévoit enfin des dispositions transitoires pour la mise en place du forfait global relatif à la dépendance. Les dispositions du présent décret s'appliquent également aux petites unités de vie.

Références : le décret est pris pour l'application du I de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les dispositions du code de l'action sociale et des familles modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 313-12 et L. 314-2 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment son article 58 ;

Vu le 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 code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire) ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (section sociale) en date du 7 juillet 2016 ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et personnes âgées en date du 7 juillet 2016 ;

Vu les avis n° 16-07-21-00956, n° 16-07-21-00957 et n° 16-07-21-00958 du Conseil national d'évaluation des normes en date du 21 juillet 2016 ;

Vu l'avis de la Caisse centrale de la mutualité agricole du 23 août 2016 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 30 août 2016 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 30 août 2016,

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – La sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :

1° L'article D. 313-17 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « lorsqu'ils n'ont pas passé la convention pluriannuelle prévue au I du même article » sont remplacés par les mots : « lorsqu'ils choisissent de déroger aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurées sociaux fixées au 1° du I de l'article L. 314-2 » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lors de la signature du contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12, et lors de chaque renouvellement, ces établissements précisent les modalités de tarification pour lesquelles ils optent. » ;

2° Le 2° de l'article D. 313-22 et les articles D. 313-23 et D. 313-24 sont abrogés.

Art. 2. – Le paragraphe 10 de la sous-section 4 de la section II du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du même code est ainsi modifié :

1° Le sous-paragraphe 1 est ainsi modifié :

a) L'article R. 314-158 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 314-158.* – Les prestations fournies par les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant des I et II de l'article L. 313-12 sont financées, dans les conditions prévues au présent paragraphe, par :

« 1° Un forfait global relatif aux soins en application du 1° du I de l'article L. 314-2, correspondant aux soins et prestations délivrés aux résidents affiliés à un régime obligatoire de base de sécurité sociale, auquel s'ajoutent les tarifs journaliers correspondant aux soins et prestations délivrés aux autres résidents ;

« 2° Un forfait global relatif à la dépendance, versé par le département d'implantation de l'établissement, en application du 2° du I de l'article L. 314-2, auquel s'ajoutent les tarifs journaliers afférents à la dépendance acquittés par les autres départements en application du II de l'article L. 232-8, les participations acquittées par les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en application du même article ainsi que les tarifs journaliers acquittés par les résidents non bénéficiaires de cette allocation ;

« 3° Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement fixés en application du 3° du I de l'article L. 314-2, qui couvrent les charges correspondant *a minima* aux prestations mentionnées aux articles D. 312-159-2 et D. 342-3. Ces tarifs journaliers sont à la charge du résident. » ;

b) Les articles R. 314-159 à R. 314-162 sont abrogés ;

2° Les articles R. 314-167, R. 314-168, R. 314-170-2 à R. 314-171-1, R. 314-172 à R. 314-181, R. 314-184 à R. 314-186 et les articles R. 314-188 à R. 314-193 sont abrogés ;

3° Le paragraphe est complété par les cinq sous-paragraphes suivants :

a) Le sous-paragraphe 3 est intitulé : « Evaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des personnes hébergées » et comprend les articles R. 314-170, R. 314-170-1, R. 314-171-2 et R. 314-171-3 ;

b) Le sous-paragraphe 4 est ainsi rédigé :

« *Sous-paragraphe 4*

« *Forfait global relatif à la dépendance*

« *Art. R. 314-172.* – Le forfait global relatif à la dépendance est égal à la somme :

« 1° Du résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées par l'établissement ;

« 2° Des financements complémentaires définis dans le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12.

« *Art. R. 314-173.* – I. – Le forfait global relatif à la dépendance à la charge du département d'implantation de l'établissement, prévu au 2° du I de l'article L. 314-2, est déterminé comme suit :

« 1° Le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées est calculé en divisant la somme des "points GIR" obtenus par la valorisation prévue à la colonne E de l'annexe 3-6 par le nombre de personnes hébergées, multiplié par la capacité autorisée et financée d'hébergement permanent de l'établissement ;

« 2° Ce produit est multiplié par la valeur du "point GIR" départemental, déterminée par le président du conseil départemental conformément aux dispositions de l'article R. 314-175 ;

« 3° Du produit obtenu au 2° sont soustraits, d'une part, le montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L. 232-8, notamment le tarif journalier afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 5 et 6 de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 et, d'autre part, le montant des tarifs journaliers afférents à la dépendance applicables aux autres départements dans lesquels certains résidents ont conservé leur domicile de secours, ainsi que la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

« II. – Pour calculer le tarif journalier :

« 1° Le produit obtenu au 2° du I est divisé par le nombre de "points GIR" de l'établissement résultant du classement de ses résidents puis par le nombre de jours d'ouverture de l'établissement ;

« 2° Le résultat obtenu au 1° est :

« a) Multiplié par 280 pour calculer le tarif annuel afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 5 et 6 de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;

« b) Multiplié par 660 pour calculer le tarif annuel afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 3 et 4 de la même grille ;

« c) Multiplié par 1 040 pour calculer le tarif annuel afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 1 et 2 de la même grille.

« Art. R. 314-174. – La part du forfait global relatif à la dépendance mentionnée au 1° de l'article R. 314-172 est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité de places autorisées et financées d'hébergement permanent de l'établissement, dans les conditions suivantes :

« 1° L'activité réalisée est mesurée par le taux d'occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée de places d'hébergement permanent, multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement. Les absences de moins de soixante-douze heures pour cause d'hospitalisation ou pour convenance personnelle sont comptabilisées dans le total du nombre de journées réalisées ;

« 2° Lorsque le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent est inférieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et des collectivités territoriales, le président du conseil départemental module le montant du forfait global. La modulation est opérée sur la tarification de l'exercice en cours et prend en compte le dernier taux d'occupation connu ;

« 3° Le pourcentage de minoration de la part du forfait mentionnée au 1° de l'article R. 314-172 est égal à la moitié de la différence entre le seuil mentionné au 2° et le taux d'occupation défini au 1° du présent article ;

« 4° L'autorité de tarification peut tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer tout ou partie de la modulation.

« Art. R. 314-175. – Le président du conseil départemental fixe chaque année, par arrêté pris au plus tard le 1^{er} avril, une valeur de référence appelée "point GIR départemental". Cette valeur est au moins égale à la valeur du point arrêtée l'année précédente.

« La valeur de référence est calculée en divisant la somme des forfaits globaux relatifs à la dépendance, avant soustraction des participations et des tarifs journaliers, alloués l'année précédente à l'ensemble des établissements du département, par la somme de leurs "points GIR" de l'année précédente calculés conformément à la colonne E de l'annexe 3-6.

« Art. R. 314-176. – La part du forfait global relatif à la dépendance mentionnée au 1° de l'article R. 314-172 et les ressources mentionnées au 3° du I de l'article R. 314-173 ne peuvent couvrir que les charges suivantes :

« 1° Les fournitures pour l'incontinence ;

« 2° Concurrément avec les produits relatifs à l'hébergement, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;

« 3° Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurrément avec les produits relatifs à l'hébergement ;

« 4° Concurrément avec les produits relatifs aux soins, les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux titulaires d'un des diplômes mentionnés à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique ou en cours de formation dans un centre agréé, y compris dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience professionnelle, et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ;

« 5° Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;

« 6° Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

« Art. R. 314-177. – Le forfait global relatif à la dépendance, après soustraction du montant prévisionnel des participations et des tarifs journaliers, est versé par le département d'implantation de l'établissement selon les modalités définies aux articles R. 314-107 et R. 314-108.

« Les tarifs journaliers à la charge des autres départements et des résidents sont versés selon les modalités définies aux articles R. 314-115 à R. 314-117.

« Art. R. 314-178. – La participation prévue au I de l'article L. 232-8, notamment les tarifs journaliers à la charge des résidents classés dans les groupes 5 et 6 de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2, est perçue par l'établissement d'accueil.

« Pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

« Il en va de même pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour. » ;

c) Le sous-paragraphe 5 est intitulé : « Tarifs afférents à l'hébergement » et comprend les articles R. 314-182, R. 314-183 et R. 314-183-1 ;

d) Le sous-paragraphe 6 reprend l'intitulé du point 6 du sous-paragraphe 2 et ses articles R. 314-186-1 et R. 314-186-2 ;

e) Le sous-paragraphe 7 reprend l'intitulé du point 7 du sous-paragraphe 2 et son article R. 314-187 ;

4° Le sous-paragraphe 2 est ainsi modifié :

a) L'intitulé du sous-paragraphe est remplacé par l'intitulé : « Forfait global relatif aux soins » ;

b) Le point 1 et les articles R. 314-167 à R. 314-168 du point 2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. R. 314-159. – Le forfait global relatif aux soins est égal, déduction faite du produit prévisionnel de la facturation des tarifs journaliers de soins, à la somme :

« 1° Du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminé en application de l'article R. 314-162 ;

« 2° Des financements complémentaires, mentionnés à l'article R. 314-163, définis dans le contrat prévu au IV^{ter} de l'article L. 313-12.

« Art. R. 314-160. – La part du forfait global relatif aux soins mentionnée au 1° de l'article R. 314-159 est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions suivantes :

« 1° L'activité réalisée est mesurée par le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée de places d'hébergement permanent, multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement. Les absences de moins de soixante-douze heures pour cause d'hospitalisation ou pour convenance personnelle sont comptabilisées comme des journées réalisées ;

« 2° Lorsque le taux d'occupation est inférieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale, le directeur de l'agence régionale de santé module le montant du forfait global. La modulation est opérée sur la tarification de l'exercice en cours et prend en compte le dernier taux d'occupation connu ;

« 3° Lorsque le taux d'occupation est au moins égal au seuil mentionné au 2°, le pourcentage de modulation est égal à la moitié de la différence entre ce taux d'occupation et ce seuil ;

« 4° L'autorité de tarification peut tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer tout ou partie de la modulation.

« Art. R. 314-161. – Les financements complémentaires mentionnés au 2° de l'article R. 314-159 peuvent être modulés en fonction de l'activité réalisée, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au IV^{ter} de l'article L. 313-12.

« Art. R. 314-162. – Le résultat de l'équation tarifaire mentionnée au 1° de l'article R. 314-159 est calculé en multipliant le nombre de points correspondant à l'indicateur synthétique, déterminé dans les conditions prévues à l'article R. 314-170-5, par la capacité autorisée et financée de places d'hébergement permanent de l'établissement, puis par la valeur du point.

« Cette valeur est fixée par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale, en fonction de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R. 314-164 et du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

« Art. R. 314-163. – I. – Les financements complémentaires couvrent les prestations relatives aux modalités d'accueil autorisées mentionnées aux articles D. 312-155-0 à D. 312-155-0-2 et les frais de transport mentionnés à l'article R. 314-207.

« Toutefois, les dépenses relatives à l'emploi d'un psychologue dans les pôles d'activités et de soins adaptés mentionnés à l'article D. 312-155-0-1 et les unités d'hébergement renforcé mentionnés à l'article D. 312-155-0-2 relèvent des dispositions du 2° de l'article R. 314-172.

« II. – Les financements complémentaires peuvent, en outre, couvrir les dépenses :

« 1° Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;

« 2° Du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;

« 3° Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;

« 4° Des actions de prévention ;

« 5° Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;

« 6° Des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;

« 7° Les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

« Art. R. 314-164. – La part du forfait global relatif aux soins prévue au 1° de l'article R. 314-159 correspond à un tarif dit "global" ou un tarif dit "partiel", selon ce qui est stipulé dans le contrat prévu au IV^{ter} de l'article L. 313-12.

« Ce contrat ou, le cas échéant, le contrat pluriannuel prévu à l'article L. 313-11, mentionne, pour chaque établissement couvert par le contrat, l'option tarifaire choisie dans le respect des dotations régionales limitatives

prévues au II de l'article L. 314-3 et des objectifs régionaux en matière de qualité et d'efficience du système de santé fixés dans le projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique. En cours de contrat, l'option tarifaire peut, sous réserve du respect des mêmes conditions, être changée par voie d'avenant.

« Art. R. 314-165. – Le tarif journalier afférent aux soins est calculé en divisant le résultat de l'équation tarifaire mentionnée au 1° de l'article R. 314-159 du présent code par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places d'hébergement permanent autorisées et financées.

« Art. R. 314-166. – I. – Les produits de la part du forfait global relatif aux soins prévue au 1° de l'article R. 314-159 et des tarifs journaliers relatifs aux soins ne peuvent être employés qu'à couvrir les charges suivantes :

« 1° Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 314-8 ;

« 2° Les charges relatives aux interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, de pharmacien et d'auxiliaires médicaux assurant les soins, à l'exception de celle des diététiciens ;

« 3° Concurrément avec les produits relatifs à la dépendance, les charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux titulaires d'un des diplômes mentionnés à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique ou en cours de formation dans un centre agréé, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ;

« 4° L'amortissement et la dépréciation du matériel médical figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale ;

« 5° Les médicaments dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 314-8 du présent code ;

« 6° Les rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement.

« II. – Lorsque la part mentionnée au I relève du tarif global mentionné à l'article R. 314-164, ses produits peuvent également couvrir les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale.

« Art. R. 314-167. – Ne relèvent pas d'une prise en charge par les produits du forfait global relatif aux soins et sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale, ou de l'aide médicale d'Etat, les prestations suivantes :

« 1° Les soins dispensés par des établissements de santé ;

« 2° Les séjours, les interventions d'infirmier à titre libéral pour la réalisation d'actes nécessaires à la dialyse péritonéale et les interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;

« 3° Les interventions *in situ* des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie générale définis aux articles R. 3221-1 et R. 3221-5 du code de la santé publique ;

« 4° Les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés en établissement de santé ou en cabinet de ville ;

« 5° Les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds relevant de l'article L. 6122-1 du même code, lorsque ces examens ne nécessitent pas l'hospitalisation de la personne ;

« 6° Les honoraires des médecins spécialistes libéraux, autres que ceux mentionnés au II de l'article R. 314-166 du présent code en cas d'option pour le tarif global ;

« 7° Les transports sanitaires, à l'exception des transports mentionnés à l'article R. 314-207 ;

« 8° Pour les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur, les dispositifs médicaux qui ne sont pas inclus dans la liste prévue au septième alinéa de l'article L. 314-8.

« Art. D. 314-167-1. – I. – En cas de refus par la personne gestionnaire de l'établissement de signer le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12, le forfait global relatif aux soins mentionné à l'article R. 314-159 peut être minoré dans les conditions suivantes :

« 1° Le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental soumettent à la personne gestionnaire, par tout moyen conférant date certaine, une proposition de contrat ;

« 2° Si, dans les trois mois après la réception de cette proposition, la personne gestionnaire n'a pas entamé de négociations ni signé de contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, dans les mêmes formes, une notification mentionnant la pénalité qu'elle encourt et l'informant qu'elle dispose d'un nouveau délai d'un mois, à compter de la réception de la notification, pour signer un contrat ou, si elle le refuse, pour demander à être entendue ou présenter ses observations écrites. Le directeur de l'agence régionale de santé en informe le président du conseil départemental ;

« 3° Si, au cours du délai de trois mois mentionné au 2°, la personne gestionnaire commence des négociations avec le directeur de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental, elle dispose d'un délai de six mois supplémentaires, à compter de la date du début des négociations, pour signer un contrat ;

« 4° Un mois avant l'expiration du délai de six mois prévu au 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental soumettent à la personne gestionnaire, par tout moyen conférant date

certaine, une proposition de contrat, accompagnée d'une notification mentionnant la pénalité encourue en cas de refus de sa signature.

« 5° A défaut de signature du contrat à l'expiration des délais mentionnés au 2° ou au 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé minore le forfait global relatif aux soins à hauteur d'un montant de 1 à 5 % du montant du forfait la première année et de 5 à 10 % les années suivantes. Le délai au terme duquel la sanction est prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si celle-ci a été demandée avant l'expiration du délai prévu au 2°.

« II. – La minoration du forfait global relatif aux soins est appliquée jusqu'à la signature du contrat par la personne gestionnaire.

« Art. R. 314-168. – Le forfait global relatif aux soins est versé à l'établissement par l'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles R. 174-9 à R. 174-14 du code de la sécurité sociale et sous réserve des déductions éventuelles opérées en application des dispositions de l'article L. 133-4-4 du même code. » ;

c) L'article R. 314-169 est ainsi modifié :

– au premier alinéa du I, les mots : « mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code » sont supprimés et les mots : « fixée par les articles R. 314-158 à R. 314-193 de ce même code » sont remplacés par les mots : « fixée en application du présent paragraphe » ;

– au 3° du III, les mots : « et intégrées dans le tarif journalier afférent aux soins » sont remplacés par les mots : « et pouvant être couvertes par le forfait global relatif aux soins prévu à l'article R. 314-159 » ;

– le 4° du III est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° La consommation globale de médicaments et de dispositifs médicaux pouvant être couverts par le forfait global relatif aux soins prévu à l'article R. 314-159. » ;

– au IX, les mots : « mentionné à l'article R. 314-169 du présent code » sont remplacés par les mots : « régi par les dispositions du présent article » ;

d) Les points 3 à 7 sont abrogés ;

6° Le sous-paragraphe 3 est ainsi modifié :

a) Le deuxième et le dernier alinéas de l'article R. 314-170 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Ces évaluations sont réalisées, de façon simultanée, avant la conclusion du contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12, ainsi qu'au cours de la troisième année du même contrat. » ;

b) Avant l'article R. 314-171-2, sont insérés six articles ainsi rédigés :

« Art. R. 314-170-2. – L'évaluation de la perte d'autonomie prise en compte pour la détermination annuelle du forfait global relatif à la dépendance et du forfait global relatif aux soins est celle relevée dans la plus récente des évaluations prévues à l'article R. 314-170, validées au plus tard le 30 juin de l'année précédente.

« Art. R. 314-170-3. – L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de l'établissement, opérée à partir du référentiel mentionné au premier alinéa de l'article L. 314-9, consiste en une cotation de ces besoins sous forme de points dits "points Pathos" qui permet le calcul d'un indicateur synthétique des besoins en soins dit "pathos moyen pondéré" (PMP).

« Art. R. 314-170-4. – Le "pathos moyen pondéré" mentionné à l'article R. 314-170-3 pris en compte pour la détermination annuelle du forfait global relatif aux soins est celui relevé dans la plus récente des évaluations prévues à l'article R. 314-170, validées au plus tard le 30 juin de l'année précédente.

« Art. R. 314-170-5. – L'indicateur synthétique dit "groupe iso-ressources moyen pondéré soins" (GMPS) rend compte du niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement, déterminé en application des articles R. 314-170-1 à R. 314-170-2, et de leurs besoins en soins requis, déterminés en application des articles R. 314-170-3 et R. 314-170-4.

« Le nombre de points du "groupe iso-ressources moyen pondéré soins" résulte de l'addition pondérée, d'une part, du nombre de points correspondant au pathos moyen pondéré de l'établissement, calculé en application des articles R. 314-170-3 et R. 314-170-4, affecté d'un coefficient fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale, et, d'autre part, du nombre de points correspondant au "groupe iso-ressources moyen pondéré" calculé en application de l'article R. 314-170-1.

« Art. R. 314-171. – Les évaluations du niveau de dépendance moyen et des besoins en soins requis des personnes hébergées dans chaque établissement, telles que mentionnées aux articles R. 314-170 à R. 314-170-5, sont réalisées, validées et peuvent être contestées dans les conditions prévues à l'article L. 314-9.

« Les médecins chargés de la validation des évaluations du niveau moyen de dépendance et des besoins en soins requis des personnes hébergées dans chaque établissement, mentionnés au premier alinéa de l'article L. 314-9, disposent d'un délai de quatre mois à compter de la réception des évaluations de l'établissement pour les valider. Passé ce délai, les évaluations sont réputées tacitement validées. Le cas échéant, la saisine de la commission régionale de coordination médicale, en cas de désaccord sur le classement des résidents au regard du niveau de dépendance ou des besoins en soins requis, suspend le délai de validation tacite.

« Art. R. 314-171-1. – I. – La commission régionale de coordination médicale mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 314-9 est composée :

« 1° D'un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente ;

« 2° D'un médecin des services sociaux et médico-sociaux de chaque département de la région, désigné par le président du conseil départemental ;

« 3° D'un médecin gériatre désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la société régionale de gériatrie et de gérontologie affiliée à la Société française de gériatrie et de gérontologie ;

« 4° D'un médecin coordonnateur désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition conjointe des organisations et associations de médecins coordonnateurs présentes sur le territoire et de la société régionale de gériatrie et de gérontologie.

« II. – La commission régionale de coordination médicale est présidée par le médecin désigné par l'agence régionale de santé et vice-présidée par le médecin des services sociaux et médico-sociaux du département du ressort de l'établissement faisant l'objet du recours.

« Les membres de la commission siègent en raison des fonctions qu'ils occupent et peuvent être suppléés par un membre du service ou de l'organisme auquel ils appartiennent.

« Le médecin des services sociaux et médico-sociaux du département siège lorsqu'un litige concerne un établissement installé dans ce département. En cas d'absence ou d'empêchement de ce médecin titulaire et de son suppléant, le directeur de l'agence régionale de santé propose à un autre médecin désigné au même titre de siéger.

« Les membres de la commission ne peuvent siéger s'ils ont procédé à la réalisation ou à la validation de la perte d'autonomie ou des besoins en soins des personnes hébergées dans l'établissement faisant l'objet du recours.

« Le médecin coordonnateur de l'établissement est entendu par la commission, à sa demande ou à la demande du représentant légal de l'établissement.

« En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante. » ;

7° Le sous-paragraphe 6 est ainsi modifié :

a) Avant l'article R. 314-182, sont insérés trois articles ainsi rédigés :

« *Art. R. 314-179.* – Les tarifs journaliers moyens afférents à l'hébergement ne peuvent couvrir que les charges suivantes :

« 1° Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;

« 2° Concurrément avec les produits relatifs à la dépendance, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;

« 3° 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 ;

« 4° Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurrément avec les produits relatifs à la dépendance ;

« 5° Les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;

« 6° Les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles.

« *Art. R. 314-180.* – Le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement ne peut pas prendre en compte les charges relevant exclusivement des forfaits globaux relatifs aux soins et à la dépendance en application, respectivement, des articles R. 314-166 et R. 314-176.

« *Art. R. 314-181.* – Le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour l'exercice est calculé en divisant le montant des charges nettes d'exploitation afférentes à l'hébergement par la moyenne, sur les trois années qui précèdent l'exercice, du nombre effectif de journées de personnes accueillies dans l'établissement.

« Lorsque l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans, ou en cas de circonstances particulières, le nombre de journées figurant au diviseur est égal au nombre prévisionnel de l'exercice. » ;

b) L'article R. 314-182 est ainsi modifié :

– le premier alinéa est précédé d'un I ;

– les 4° et 5° sont abrogés ;

– les 6°, 7° et 8° deviennent respectivement les 4°, 5° et 6° ;

– le dixième alinéa est supprimé ;

– le onzième alinéa devenu huitième est précédé d'un II ;

– au 1° du II, la référence à l'article R. 314-180 est remplacée par la référence à l'article R. 314-181 ;

– les deux derniers alinéas sont supprimés ;

c) A l'article R. 314-183, les mots : « d'une convention d'aide sociale et dans les conditions prévues à l'article L. 342-3-1 » sont remplacés par les mots : « du contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 » ;

d) L'article R. 314-183-1 devient l'article R. 314-184 ;

e) Le sous-paragraphe est complété par deux articles ainsi rédigés :

« *Art. R. 314-185.* – Les établissements ayant conclu un contrat mentionné à l'article L. 313-11 ou au IV *ter* de l'article L. 313-12 appliquent les dispositions prévues à l'article R. 314-42.

« *Art. R. 314-186.* – Les tarifs afférents à l'hébergement sont payés mensuellement à terme à échoir.

« Les tarifs afférents à l'hébergement des bénéficiaires de l'aide sociale départementale sont payés à terme à échoir en application de l'article R. 131-4 ou font l'objet, en application des dispositions de l'article R. 314-115, du versement d'une dotation globalisée fixée par arrêté du président du conseil départemental. » ;

8° Le sous-paragraphe 7 est complété par deux articles ainsi rédigés :

« *Art. R. 314-188.* – Les résidents de moins de soixante ans dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ne font pas l’objet de la classification prévue à l’article R. 314-170-1.

« Le prix de journée de l’hébergement des résidents de moins de soixante ans est calculé en divisant le produit obtenu au 2° du I de l’article R. 314-173 par le nombre de jours d’ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l’établissement. Au résultat ainsi obtenu, est ajouté le tarif moyen journalier afférent à l’hébergement.

« Les produits relatifs aux prix de journée de l’hébergement des personnes hébergées de moins de soixante ans sont affectés à la couverture des charges mentionnées à l’article R. 314-179, pour un montant calculé sur la base du tarif journalier moyen afférent à l’hébergement, et sont affectés pour le solde à la couverture des charges mentionnées à l’article R. 314-176.

« *Art. R. 314-189.* – Les dispositions de l’article R. 314-181 et du II de l’article R. 314-182 ne sont pas applicables aux établissements régis par les articles L. 342-1 à L. 342-6. »

Art. 3. – A la sous-section 4 de la section 2 du chapitre IV du titre 1^{er} du livre III du même code, il est inséré, après le paragraphe 10, un paragraphe 10 *bis* ainsi rédigé :

« *Paragraphe 10 bis*

« *Modalités de financement des établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée*

« *Art. R. 314-190.* – Pour les établissements de santé autorisés, en application de l’article L. 6122-1 du code de la santé publique, à délivrer des soins de longue durée, les dispositions applicables sont celles des articles R. 314-158 à R. 314-193 du présent code, dans leur version antérieure à l’entrée en vigueur de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement. »

Art. 4. – I. – L’annexe 3-1 du même code est ainsi modifiée :

1° Les *b, c, d, e, f, g* et *h* sont abrogés ;

2° Au *i, qui devient le b*, les lignes A2 à H3 et J à L3 sont supprimées.

II. – Les annexes 3-2, 3-3 et 3-4 au même code sont abrogées.

Art. 5. – I. – Dans l’attente de la signature du contrat pluriannuel d’objectifs et de moyen prévu au IV *ter* de l’article L. 313-12 du même code, lorsque l’établissement est habilité à l’aide sociale départementale, le tarif hébergement est fixé dans les conditions prévues à l’article L. 314-7 du même code et des dispositions réglementaires prises pour son application, sous les réserves suivantes :

1° Les articles R. 314-162 et R. 314-163 du même code sont applicables dans leur rédaction antérieure au présent décret. Toutefois, par dérogation aux dispositions de l’article R. 314-163, dans sa même rédaction, l’affectation du résultat de cette section tarifaire s’effectue par l’autorité de tarification dans les conditions précisées au 4° de l’article R. 314-234, au deuxième alinéa de l’article R. 314-235 et aux articles R. 314-236 et R. 314-237 du même code, dans leur rédaction issue du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles ;

2° Lorsque l’activité relève d’un établissement public de santé, les dispositions des articles R. 314-75 et R. 314-76 du même code, dans leur rédaction issue du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 précité, et celles de l’article R. 314-77 sont applicables.

II. – Pour l’exercice 2017 :

1° La modulation en fonction de l’activité prévue aux articles R. 314-160, R. 314-161 et R. 314-174 du code de l’action sociale et des familles, dans leur rédaction issue du présent décret, ne s’applique pas ;

2° Il n’est pas fait application de la disposition prévue au deuxième alinéa de l’article R. 314-175 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret ;

3° La valeur du “point GIR départemental” mentionné à l’article R. 314-175 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret, est calculée en divisant le total des charges nettes autorisées qui entrent en compte dans le calcul du tarif journalier afférent à la dépendance par le nombre de “points GIR”, valorisés conformément à la colonne E de l’annexe 3-6 du même code, de l’ensemble des établissements du département pour l’exercice 2016.

III. – Pour les exercices 2017 à 2023, et par dérogation aux dispositions de l’article R. 314-173 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret, les établissements mentionnés aux I et II de l’article L. 313-12 du même code sont financés, pour la part des prestations afférentes à la dépendance, par la somme des montants suivants :

1° Le montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance fixé l’année précédente, revalorisé d’un taux fixé chaque année par arrêté du président du conseil départemental ;

2° Une fraction de la différence entre le forfait global relatif à la dépendance, à l’exclusion des financements complémentaires mentionnés au 2° de l’article R. 314-172 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret, et le montant mentionné au 1° du présent II. Cette fraction est fixée à un septième en 2017, un sixième en 2018, un cinquième en 2019, un quart en 2020, un tiers en 2021, un demi en 2022 et un en 2023.

Le contrat mentionné au IV *ter* de l’article L. 313.12 peut déroger au rythme de convergence fixé au 2° du présent III.

Art. 6. – L'article 3 du 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 code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire) est abrogé.

Art. 7. – Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales, le ministre de l'intérieur, le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics et la secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 21 décembre 2016.

BERNARD CAZENEUVE

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

MARISOL TOURAINE

*Le ministre de l'économie
et des finances,*

MICHEL SAPIN

*Le ministre de l'aménagement du territoire,
de la ruralité et des collectivités territoriales,*

JEAN-MICHEL BAYLET

Le ministre de l'intérieur,

BRUNO LE ROUX

*Le secrétaire d'Etat
chargé du budget
et des comptes publics,*

CHRISTIAN ECKERT

*La secrétaire d'Etat
chargée des personnes âgées
et de l'autonomie,*

PASCALE BOISTARD