



Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère de l'économie et des finances

Direction de la Sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Mission de la coordination et de
la gestion du risque maladie
Personne chargée du dossier : Isabelle Deloffre
Tél. : 01 40 56 71 57 Mél: isabelle.deloffre-mathieu@sante.gouv.fr

Direction générale de la cohésion sociale
Sous-direction de l'autonomie
Personne chargée du dossier : Adeline Bertsch-Merveilleux
Tél : 01 40 56 86 71 Mél : adeline.bertsch-merveilleux@social.gouv.fr
Sous-direction des affaires financières et de la modernisation
Personne chargée du dossier : Nadia Arnaout
Tél : 01 40 56 85 97 Mél : nadia.arnaout@social.gouv.fr

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Direction ESMS
Pôle allocation budgétaire
Personne chargée du dossier : Delphine Fauchet
Tél. : 01.53.91.28.48 Mél : polebudgetaire@cnsa.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

et

Le directeur de la caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
(pour exécution)

CIRCULAIRE N° DSS/MCGR/DGCS/CNSA/2013/357 du 15 novembre 2013 relative au
déploiement de huit ratios de la grille d'analyse des dépenses de soins en EHPAD.

Date d'application : immédiate

NOR : AFSS1324848C

Classement thématique : Sécurité sociale : organisation financement

Validée par le CNP le 27 septembre 2013 - Visa CNP 2013-211

Résumé : Dans le cadre des priorités de gestion du risque portant sur l'efficacité des EHPAD, et dans la continuité de la circulaire N° DSS/DGCS/CNSA/MCGR/201/336 du 18 octobre 2012 relative à l'application de quatre ratios d'analyse des dépenses de soins en EHPAD, il est demandé aux ARS de mettre en œuvre une troisième étape dans le déploiement des ratios d'analyse des dépenses de soins, dans l'attente de la mise en place

d'un système d'information permettant de générer automatiquement ces ratios.

Mots-clés : Priorités GDR ARS - établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – analyse des dépenses de soins des EHPAD (3ème étape)

Textes de référence : circulaire N° DSS/DGCS/CNSA/MCGR/2012/336 du 18 octobre 2012 relative à l'application de quatre ratios d'analyse des dépenses de soins en EHPAD

Annexes :

annexe 1 - Fiches de présentation des ratios d'analyse et des pistes d'actions

annexe 2 - Masque de saisie Excel « 8 ratios »

annexe 3 – Notice d'utilisation de la macro d'importation

annexe 4 – Macro d'importation

annexe 5 - Calendrier

En application de la circulaire du 18 octobre 2012 citée en référence, les agences régionales de santé (ARS) ont poursuivi le déploiement de l'analyse des dépenses de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à partir de quatre ratios issus des comptes administratifs (CA) des EHPAD d'un département choisi.

Les données et analyses transmises à l'issue de cette étape confirment l'intérêt d'une telle démarche qui s'inscrit dans le cadre de la priorité nationale de gestion du risque en EHPAD portant sur l'efficacité du fonctionnement de ces établissements.

La présente instruction a pour objectif de préciser les modalités de la poursuite de cette action. Ainsi, la nouvelle étape proposée de cette action GDR repose sur le déploiement de huit ratios d'analyse des dépenses de soins relatifs à l'exercice 2012 *a minima* sur le même échantillon que celui de l'exercice 2011. La stabilité de l'échantillon permettra d'amorcer une première analyse pluriannuelle.

Dans l'attente de la mise en place d'un système d'information permettant leur dématérialisation, il a été fait le choix d'un déploiement progressif car le traitement des données issues des comptes administratifs des EHPAD représente une charge de travail importante pour les ARS.

S'agissant des données de l'exercice 2012, les ratios reposeront sur l'exploitation, d'une part, des données issues des comptes administratifs et, d'autre part, des données fournies par l'assurance maladie (dépenses de soins de ville, nombre de journées d'hospitalisation des résidents).

1. Objectifs de la démarche

Comme en 2012, cette action a pour objectif de renforcer la connaissance du fonctionnement des EHPAD mais aussi de la structuration des dépenses médicales (médecins, biologies, séjours hospitaliers ...) avec les données soins de ville pour identifier, à partir de différents ratios d'efficacité (cf. annexe 1), les EHPAD dont les modalités de fonctionnement et d'organisation diffèrent fortement de celles d'établissements ayant des caractéristiques proches (notamment statut juridique, capacité, option tarifaire, GMPS, etc.).

2. Calendrier de la démarche

Parmi les huit ratios retenus, cinq sont issus directement des comptes administratifs des EHPAD et trois sont calculés à partir de données fournies par l'assurance maladie (dépenses de soins de ville et nombre de journées d'hospitalisation).

Dans l'attente de la mise en place d'un système d'information permettant la dématérialisation des comptes administratifs des EHPAD, la CNSA a diffusé, en février 2013, un fichier Excel « CA GDR » destiné à être renseigné par les établissements qui le souhaitent. Il convient de rappeler que ce fichier Excel « CA GDR » est distinct des documents composant le compte administratif de clôture de l'exercice budgétaire tels que prévus à l'article R. 314-19 du code de l'action sociale et des familles. Ainsi, ce cadre ne vaut pas transmission de comptes administratifs de l'exercice 2012.

Les comptes administratifs 2012 ont été transmis par les EHPAD aux ARS en avril 2013, éventuellement accompagnés du fichier Excel « CA GDR ».

Les dépenses de soins de ville 2012 des résidents des EHPAD ainsi que le nombre de journées de leurs hospitalisations seront transmis par la CNAMTS fin novembre 2013 à la CNSA sous forme d'un fichier Excel. La CNSA les transmettra au correspondant GDR de chaque ARS. Seuls les départements dans lesquels les établissements sont majoritairement rattachés à une caisse pivot du régime général seront concernés par les transmissions des données de remboursement. Les ARS ne pouvant pas disposer des données de dépenses de soins de ville des établissements de leur région et du département ciblé en 2012 (exploitation des CA 2011), soit en raison de l'existence d'une majorité d'établissements ne relevant pas d'une caisse pivot du régime général, soit en raison d'un renseignement insuffisant de l'outil RESID-EHPAD, seront informées des dispositions spécifiques les concernant.

Une fois l'ensemble des informations centralisées par les ARS, le calcul des huit ratios sera réalisé à partir du masque de saisie Excel « 8 ratios » présenté en annexe 2. Ce masque sera alimenté par :

- les données des comptes administratifs issues des fichiers Excel « CA GDR » transmis par les EHPAD et intégrées dans le masque via la macro d'importation fournie par la CNSA ;
- les données des comptes administratifs saisies manuellement par les ARS pour les EHPAD n'ayant pas complété le fichier Excel « CA GDR » ;
- les données « soins de ville » et « nombre de journées d'hospitalisation ».

La macro d'importation permettant une extraction des données du tableau « CA GDR » dans le masque de saisie est annexée à cette présente circulaire (annexe 2) ainsi que la notice d'utilisation (annexe 3).

3. Modalités de mise en œuvre du programme GDR 2013

3.1. – Mise en œuvre des huit ratios GDR

Les 8 ratios retenus pour cette nouvelle phase du déploiement sont les suivants :

- **Ratio 1 : le *taux d'utilisation de la dotation de soins*** mesure le niveau de consommation de la dotation soins allouée à l'établissement. Il permet d'apprécier le volume budgétaire consommé pour couvrir les dépenses de fonctionnement sur la section tarifaire « soins ».
- **Ratio 2 : la *structure de la dépense financée par la dotation de soins*** mesure la répartition de la dépense entre les charges en personnel, les médicaments et les dispositifs médicaux et le matériel médical. Il permet d'identifier le poids respectif de chaque poste de dépenses.
- **(Nouveauté GDR 2013) Ratio 3 : la *structure de la dépense de personnel par catégorie*** mesure la part de chaque catégorie de personnel dans la masse salariale financée sur la dotation soins.

- (Nouveauté GDR 2013) Ratios 4 et 5 (déclinés en sous-indicateurs 4.1, 4.2, 5.1 et 5.2 pour prendre en compte les spécificités des EHPAD en TG et TP) : ces deux ratios mesurent le coût des soins de ville en EHPAD par places installées
- Ratio 6 : le **taux d'occupation** mesure l'activité réalisée au regard de la capacité totale de l'établissement. Il permet de mettre en lumière le niveau de fréquentation des places existantes et/ou de souligner la pression de la demande.
- (Nouveauté GDR 2013) Ratio 7 : le **taux d'hospitalisation** des résidents en EHPAD mesure la fréquence d'hospitalisation des résidents au cours de leur séjour en EHPAD.
- (Extension GDR 2013) Ratio 8 : le **taux d'encadrement médical et paramédical** mesure le taux d'encadrement par catégorie de personnel (dont le temps de médecin coordonnateur).

Les fiches de présentation des 8 ratios figurent en annexe 1.

3.2. – Périmètre d'application des ratios

Les ratios seront calculés au minimum sur la totalité des données 2012 des EHPAD (CA 2012 et soins de ville 2012) du département retenu pour l'exploitation des années antérieures afin de rendre possible une analyse pluriannuelle.

3.3. – Remontées attendues

Il est demandé aux ARS de transmettre avant le 28 février 2014 les éléments suivants :

- le masque de saisie contenant le calcul des ratios pour les EHPAD du département de référence ;
- une description des actions menées par l'ARS dans le cadre du programme GDR (modalités d'intégration de la démarche dans les processus mis en œuvre par les ARS : tarification, fixation d'objectifs à partir de ces ratios d'efficacité dans les avenants des conventions tripartites, inspection, audit et évaluation interne et externe, tableau de bord de la performance) ;
- une description des dispositifs de communication de la démarche GDR auprès des EHPAD. Les ARS présenteront la démarche aux établissements concernés selon des modalités laissées à leur appréciation et les sensibiliseront à l'importance de la fiabilité des données transmises.

Ces éléments seront transmis par messagerie aux adresses ci-dessous avec comme objet « Remontées relatives à l'action « 8 ratios d'analyse » GDR EHPAD axe efficacité » :

suivi-GDR-ARS@sante.gouv.fr

polebudgetaire@cnsa.fr

adeline.bertsch-merveilleux@social.gouv.fr

4. Prise en compte dans l'indicateur composite CPOM 2014

La mise en œuvre de cette action entrera dans le calcul de l'indicateur composite CPOM 2014 au titre des priorités de gestion du risque portant sur l'efficience des EHPAD.

*
* *

Nous restons à votre disposition en cas de difficulté rencontrée.

Pour les ministres et par délégation

Thomas FATOME

Signé

Directeur de la sécurité sociale

Sabine FOURCADE

Signé

Directrice générale de la cohésion sociale

Luc ALLAIRE

Signé

Directeur de la caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie

GDR Efficience EHPAD_ Grille d'analyse d'actions

Date mise à jour : 10 septembre 2012

I- Indicateurs d'efficience de la dotation soins

1-Taux d'utilisation de la dotation Soins'

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur mesure le niveau de consommation de la dotation soins allouée à l'établissement.
Son objectif	Calibrer le niveau d'utilisation de la dotation soins
Mode de calcul	Charges financées sur le forfait soins / dotation soins (taux en %) Hors reprises de résultats
Source des données	Comptes administratifs / Comptes d'emplois (EPRD)
Lecture du résultat	Si l'indicateur est > 100% → dépassement de l'autorisation de dépenses Si l'indicateur est < 100% → non consommation d'une partie de l'autorisation de dépenses à hauteur de x%. Seuil d'alerte : 90% - 95% et au-delà de 100%
Pour aller plus loin	Taux d'utilisation de la dotation soins par type de dépenses : <ul style="list-style-type: none"> • Personnel (préciser détail comptes comptables) • Prestations et fournitures médicales et paramédicales • Matériel médical et selon l'option tarifaire choisie : TP/TG ; avec/sans PUI, prive/public
Pistes d'analyse	Etude de la non-consommation : <ul style="list-style-type: none"> • Structurelle ou conjoncturelle ? • Difficulté à pourvoir tous les postes de personnel ? <i>% des AS diplômées ? personnel qualifié ? politique salariale ?</i> • Baisse d'activité conduisant à une sous consommation de prestations et fournitures médicales et paramédicales ? • Effort de rationalisation des dépenses avec mutualisation avec un autre établissement ? • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, habilitation aide sociale, privé/public, pathologies, capacité installée, etc... • Externalisation à tort de certaines charges incluses dans le forfait (fraude ou méconnaissance) • Niveau de l'offre dans le territoire Vigilance : Réaffectation des résultats sur une autre section ? financement de la dépendance ?

	<p>Etude de la sur-consommation :</p> <ul style="list-style-type: none">• Recours intérim ?• Modalités de financement complémentaires ?• Financement molécules onéreuses (EHPAD avec PUI)
Leviers d'action	<p>Révision calibrage du forfait soins en cas de sous consommation structurelle (activité)</p> <p>Coupe PATHOS</p> <p>Calcul GMPS sur places réellement occupées – capacité exploitée</p>

2-Structure de la dépense financée par la dotation Soins

Ce qu'il entend mesurer	Cet indicateur mesure la répartition de la dépense entre charges en personnel, médicaments et DM, matériel médical
Son objectif	Il a pour objectif de mesurer la structure des dépenses financées sur la dotation soins
Mode de calcul	Dépense de chaque poste analytique/ dotation soins (en %) Hors reprises de résultats Postes analytiques : <ul style="list-style-type: none"> • Personnel • Prestations et fournitures médicales et paramédicales • Matériel médical y compris son amortissement
Source des données	Comptes administratifs / Comptes d'emploi (EPRD) Données AM (décret du 7 juin 2010) dans le cadre du forfait soins → détails des rémunérations des libéraux
Lecture du résultat	Profil de l'établissement par rapport à une structure type (91% en personnel, 9% autres dépenses)
Pour aller plus loin	Selon l'option tarifaire choisie : TP/TG ; avec/sans PUI Selon la structure du personnel financé sur le forfait soins (indicateur n°3)
Pistes d'analyse	Etude de la structure de la dépense : <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de pourvoir tous les postes de personnel ? - Baisse d'activité conduisant à une sous consommation de prestations et fournitures médicales et paramédicales recrutement ? - Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, habilitation aide sociale, privé/public, capacité installée, pathologies, etc... - Appartenance à un groupe gestionnaire d'établissements - ...

3- Structure de la dépense de personnel par catégorie

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur mesure la dépense de chaque catégorie de personnel dans la masse salariale financée sur le forfait soins (salarié ou libéral conventionné)
Son objectif	Il vise à objectiver la part de chaque catégorie de personnel dans le forfait soins
Mode de calcul	Rémunérations de chaque catégorie de personnel / masse salariale (en %)
Source des données	Comptes administratifs / Comptes d'emploi (EPRD) Données des établissements pour les dépenses de professionnels de santé libéraux financés sur le forfait soins (décret du 7 juin 2010)
Lecture du résultat	Classification des personnels : <ul style="list-style-type: none"> - Médical (médecin, pharmacien) - Paramédical (kinés, ergothérapeutes, etc...) - Personnel soignant en distinguant infirmiers et AS/AMP
Pour aller plus loin	Selon le statut des personnel : CDI, CDD, intérim, libéral conventionné Niveau de qualification du personnel Selon l'option tarifaire choisie : TP/TG ; avec/sans PUI <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposer un indicateur avec les ETP
Pistes d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Tarif de convention pour la rémunération des médecins libéraux (par rapport au tarif conventionnel de 22€) ? • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, pathologies, privé/public, capacité installée, présence PASA/UHR, etc...

4.1-Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville » par place installée : périmètre global AM – ensemble des EHPAD

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur mesure le coût des soins de ville consommés par les résidents d'EHPAD par poste de dépenses de soins
Son objectif	Il a pour objectif de calibrer le coût complet des soins de ville de la population en EHPAD et identifier des profils de consommation de soins
Mode de calcul	Dépenses soins de ville (extrapolation par rapport au nombre de résidents RG) / nombre de places installées
Source des données	Données AM : consommation des soins de ville des résidents en EHPAD à partir des listes de résidents transmises mensuellement aux CPAM : <ul style="list-style-type: none"> • Définition de la période disponible pour estimer le nombre de résidents (3 mois, 6 mois) et leur consommation de soins de ville sur la période • Données à extrapoler à l'ensemble des résidents à partir des résidents RG
Lecture du résultat	Calibrage d'un coût moyen annuel par place installée, décliné par poste de soins de ville
Pour aller plus loin	<p>Champ des EHPAD en TP et TG</p> <p>Ensemble des soins de ville par poste :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecins généralistes - spécialistes - auxiliaires médicaux - actes de laboratoire - médicaments - dispositifs médicaux - transports
Pistes d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Composante du coût complet des soins en EHPAD • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, pathologies, privé/public, capacité installée, présence PASA/UHR, etc... • Comparer avec les dépenses de recours aux professionnels libéraux financées sur le forfait soins • Comparer avec la structure du personnel financé sur le forfait soins (indicateur n°3)

4.2-Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville » par place installée : périmètre médico-social - EHPAD en Tarif Partiel

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur calcule pour les EHPAD en tarif partiel les dépenses supplémentaires financées sur les soins de ville pour estimer le surcoût dans la limite du périmètre cadré par le tarif global
Son objectif	Il a pour objectif de : <ul style="list-style-type: none"> • calibrer le surcoût du passage au tarif global • comparer les EHPAD en TP dans leur recours aux soins de ville • évaluer le surcoût macro-économique pour un chiffrage du transfert soins de ville vers MS
Mode de calcul	Dépenses soins de ville (médecins généralistes, auxiliaires médicaux, actes de radio, labo – Art. R. 314-167 sur périmètre du tarif partiel et du tarif global) (extrapolation par rapport au nombre de résidents RG) / nombre de places installées
Source des données	Données AM : consommation des soins de ville des résidents en EHPAD à partir des listes de résidents transmises mensuellement aux CPAM : <ul style="list-style-type: none"> • Définition de la période disponible pour estimer le nombre de résidents (3 mois, 6 mois) et leur consommation de soins de ville sur la période • Données à extrapoler à l'ensemble des résidents à partir des résidents RG Périmètre limité aux EHPAD en TP pour chiffrer le surcoût dans la limite du périmètre cadré par le tarif global
Lecture du résultat	Calibrage d'un <u>surcoût moyen</u> annuel par place installée pris en charge dans établissement en tarif partiel
Pour aller plus loin	Champ des EHPAD en TP uniquement Ensemble des soins de ville par poste : <ul style="list-style-type: none"> - médecins généralistes - auxiliaires médicaux (kiné,...) - actes de laboratoire - actes de radiologie
Pistes d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, pathologies, privé/public, capacité, etc... • Lien avec le taux d'occupation

5.1-Coût complet "soins" en EHPAD (périmètre global AM)

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur mesure la dépense de soins en EHPAD dans sa globalité en intégrant la dépense totale de soins de ville
Son objectif	Il a pour objectif de : <ul style="list-style-type: none"> • analyser les profils de consommation de soins de ville des PA résidents en EHPAD • cibler des profils atypiques d'établissements
Mode de calcul	forfait soins (hors reprises de résultats) + dépenses soins de ville / nb de places installées
Source des données	données AM : consommation des soins de ville par rapport à la liste des résidents en EHPAD (indicateur n°4.1) + données des comptes administratifs (forfait soins)
Lecture du résultat	Calibrage d'un <u>coût moyen global</u> par place installée
Pour aller plus loin	Décliné selon l'option tarifaire choisie : TP/TG ; avec/sans PUI
Pistes d'analyse	Analyse du coût complet : <ul style="list-style-type: none"> • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, pathologies, privé/public etc... • Lien avec le taux d'occupation • Lien avec le taux d'hospitalisation

5.2-Coût complet "soins" en EHPAD (périmètre médico-social au sens strict)

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur mesure la dépense de soins en EHPAD dans sa globalité en intégrant les soins de ville dans la limite du périmètre cadré par le TG
Son objectif	Il a pour objectif de : <ul style="list-style-type: none"> • benchmarker les établissements, • cibler des profils atypiques
Mode de calcul	forfait soins (hors reprises de résultats) + dépenses soins de ville / nb de places installées → détails à préciser en fonction option tarifaire (TP ou TG)
Source des données	données AM : consommation des soins de ville par rapport à la liste des résidents en EHPAD (indicateur n°4.2) + données des comptes administratifs (forfait soins)
Lecture du résultat	Calibrage d'un <u>coût moyen global</u> par place installée
Pour aller plus loin	Décliné selon l'option tarifaire choisie : TP/TG ; avec/sans PUI
Pistes d'analyse	Analyse du coût complet : <ul style="list-style-type: none"> • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, pathologies, privé/public etc... • Lien avec le taux d'occupation • Lien avec le taux d'hospitalisation • Coûts annexes : dépenses d'hospitalisation et de transport • Offre libérale sur le territoire

II- Indicateurs d'efficience des moyens alloués pour une prise en charge optimale

6-Taux d'occupation

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur mesure l'activité réalisée au regard de la capacité totale de l'établissement
Son objectif	Optimisation des places existantes Mesurer offre par rapport demande
Mode de calcul	nb de journées réalisées / nb de journées théoriques (nb places financées x 365 jours)
Source des données	comptes administratifs / comptes d'emploi (EPRD)
Lecture du résultat	Si < x% sous occupation de l'EHPAD Si > x% → déterminer un taux d'occupation "moyen" Seuil d'alerte : 96% (à confirmer avec enquête DREES)
Pour aller plus loin	Décliné selon l'option tarifaire choisie : TP/TG ; avec/sans PUI
Pistes d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, pathologies, privé/public etc... • Lien avec les indicateurs 2 et 3 sur la structure de la dépense • Lien avec le tarif hébergement • Taux d'utilisation de la dotation soins • Offre du territoire • Personnel présent (qualification) • Quid des hospitalisations ? comptabilisées ou non dans les journées réalisées ?
Levier d'action	Révision calibrage des places financées sur : Voir capacité exploitée Rappel contractualisation – dialogue avec gestionnaire

7 -Taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur mesure la fréquence d'hospitalisation (court séjour ou SSR) des résidents au cours de leur séjour en EHPAD
Son objectif	Evaluer l'intervention d'autres structures dans le cadre de la dégradation de l'état de santé du résident
Mode de calcul	nombre de jours d'hospitalisation / nombre de journées réalisées dans l'exercice (côté hébergement, inclus les absences pour hospitalisation)
Source des données	Etablissement – liste des résidents
Lecture du résultat	
Pour aller plus loin	Décliné selon l'option tarifaire choisie : TP/TG ; avec/sans PUI
Pistes d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, pathologies, privé/public etc... • faire lien avec dépenses de transport soins de ville • niveau de médicalisation de l'EHPAD (structure du forfait soins : indicateur n°3) et taux d'encadrement médical • lien avec le coût complet • Nombre de journées d'hospitalisations • Niveau de médicalisation de l'établissement
Levier d'action	

8 -Taux d'encadrement médical et paramédical

Ce qu'il entend mesurer	L'indicateur mesure l'encadrement en personnel médical et paramédical
Son objectif	Identifier la bonne affectation des moyens
Mode de calcul	nombre d'ETP / nombre places installées
Source des données	Comptes administratifs / comptes d'emploi (EPRD)
Lecture du résultat	Par catégorie d'emploi : médical, paramédical, infirmiers, AS/AMP Zoom sur le taux d'encadrement Médecin coordonateur (Art D 312156 fixe le temps de médecin coordonateur en fonction du nombre de places)
Pour aller plus loin	Décliné selon l'option tarifaire choisie : TP/TG ; avec/sans PUI
Pistes d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Croiser avec le profil de l'établissement en termes de PMP, GMP, pathologies, privé/public etc... • niveau de médicalisation de l'EHPAD (structure du forfait soins : indicateur n°3) • lien avec le taux d'hospitalisation • lien avec le coût complet soins • démographie médicale du territoire • coopération entre établissements • nombre d'intervenants libéraux dans établissement
Levier d'action	Dialogue avec gestionnaire Rappel convention, réglementation



Données d'activité

N°ligne	Nombre de résidents de l'EHPAD pris en charge tout au long de l'année						nombre de journées réalisées soins					Nombre de journées théorique HP	Nombre de journées théorique Total	nombre de journées d'hospitalisation	
	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Capacité globale si distinction non disponible	Total	Dont résidents relevant du régime général	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Capacité globale si distinction non disponible	Total				
	source établissement ou rapport d'activité	source établissement ou rapport d'activité	source établissement ou rapport d'activité	source établissement ou rapport d'activité	source établissement ou rapport d'activité	source AM	nb de jours au CA	nb de jours au CA	nb de jours au CA	nb de jours au CA	nb de jours au CA				nb de jours théoriques
1					0							0	Données manquantes	0	
2					0							0	Données manquantes	0	
3					0							0	Données manquantes	0	
4					0							0	Données manquantes	0	
5					0							0	Données manquantes	0	
6					0							0	Données manquantes	0	
7					0							0	Données manquantes	0	
8					0							0	Données manquantes	0	
9					0							0	Données manquantes	0	
10					0							0	Données manquantes	0	
11					0							0	Données manquantes	0	
12					0							0	Données manquantes	0	
13					0							0	Données manquantes	0	
14					0							0	Données manquantes	0	
15					0							0	Données manquantes	0	
16					0							0	Données manquantes	0	
17					0							0	Données manquantes	0	
18					0							0	Données manquantes	0	
19					0							0	Données manquantes	0	
20					0							0	Données manquantes	0	
21					0							0	Données manquantes	0	
22					0							0	Données manquantes	0	
23					0							0	Données manquantes	0	
24					0							0	Données manquantes	0	
25					0							0	Données manquantes	0	
26					0							0	Données manquantes	0	
27					0							0	Données manquantes	0	
28					0							0	Données manquantes	0	
29					0							0	Données manquantes	0	
30					0							0	Données manquantes	0	
31					0							0	Données manquantes	0	
32					0							0	Données manquantes	0	
33					0							0	Données manquantes	0	
34					0							0	Données manquantes	0	
35					0							0	Données manquantes	0	
36					0							0	Données manquantes	0	
37					0							0	Données manquantes	0	
38					0							0	Données manquantes	0	
39					0							0	Données manquantes	0	
40					0							0	Données manquantes	0	
41					0							0	Données manquantes	0	
42					0							0	Données manquantes	0	
43					0							0	Données manquantes	0	
44					0							0	Données manquantes	0	
45					0							0	Données manquantes	0	
46					0							0	Données manquantes	0	
47					0							0	Données manquantes	0	
48					0							0	Données manquantes	0	
49					0							0	Données manquantes	0	
50					0							0	Données manquantes	0	
51					0							0	Données manquantes	0	
52					0							0	Données manquantes	0	
53					0							0	Données manquantes	0	
54					0							0	Données manquantes	0	
55					0							0	Données manquantes	0	
56					0							0	Données manquantes	0	
57					0							0	Données manquantes	0	
58					0							0	Données manquantes	0	
59					0							0	Données manquantes	0	
60					0							0	Données manquantes	0	



dictionnaire des données brutes

Références des comptes pour les charges d'exploitation financées sur le forfait soins

Personnel

personnel salarié : charges de personnel (rémunérations + charges sociales et fiscales)

personnel non salarié : personnel extérieur à l'établissement et rémunérations d'intermédiaires et honoraires

Prestations et fournitures médicales et paramédicales

Produits pharmaceutiques et produits à usage médical, petit matériel médical et variation des stocks

Fournitures médicales et marchandises à caractère médical

Achats de marchandises à caractère médical et pharmaceutique

Sous traitance prestations à caractère médical

Ergothérapie

Matériel médical

Location à caractère médical

Entretien et réparation sur biens mobiliser : matériel et outillage à caractère médical

Maintenance du matériel médical

Dotation aux amortissements (pour les seuls amortissements liés à l'activité médicale)

compte M21

compte M22

631; 633; et 64

631; 633; et 64

621 et 6223

621 et 6223

6011; 6021; 6022;

6021

60311; 60321; 60322

60321

6066

6066

6071

6111

6111

61121

61121

6131

613 (pour les seules locations à caractère médicale)

6151

61551

61562

61562

681

681

N° indicateur	1	2	3	4.1	4.2	5.1	5.2	6	7	8
nom indicateur	Taux d'utilisation de la dotation soins	Structure de la dépense financée dans la dotation soins	Structure de la dépense de personnel par catégorie	Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée	Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée (pour les seules dépenses exclusivement prises en charge par le TG) (ne concerne que les EHPAD en TP)	Coût complet soins en EHPAD par place installée	Coût complet soins en EHPAD par place installée (pour les dépenses exclusivement prises en charge par le TG)	Taux d'occupation	Taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD	Taux d'encadrement médical et paramédical
objectif/finalité	mesurer le niveau de consommation de la dotation soins de l'EHPAD	mesurer la répartition de la dépense entre charges de personnel, médicaments et dispositifs médicaux et matériel médical (y compris amortissements du matériel médical)	objectiver la part de chaque catégorie de personnel dans la masse salariale financée sur la dotation soins	calibrer le coût complet des soins de ville de la population en EHPAD par places installées	calibrer pour les EHPAD en Tarif Partiel le coût des soins de ville des résidents en EHPAD par poste de dépenses, pour estimer le surcoût du passage au tarif global par place installée	mesurer la dépense de soins en EHPAD dans sa globalité en intégrant l'ensemble des soins de ville financés	mesurer la dépense de soins en EHPAD dans sa globalité en intégrant les soins de ville dans la limite du périmètre cadré par le tarif global : benchmark	mesure l'activité réalisée au regard de la capacité totale de l'établissement	mesure la fréquence d'hospitalisation (court séjour ou SSR) des résidents au cours de leur séjour en EHPAD	Identifier la bonne affectation des moyens
source des données	comptes administratifs (cf. liste des comptes par poste de charges)	comptes administratifs (cf. liste des comptes par poste de charges)	comptes administratifs (cf. liste des comptes par poste de charges)	données AM : consommation des soins de ville des résidents en EHPAD à partir des listes de résidents Régime général comptes administratifs : nombre de résidents pris en charge tout au long de l'année places installées	données AM : consommation des soins de ville des résidents en EHPAD à partir des listes de résidents Régime général comptes administratifs : nombre de résidents pris en charge tout au long de l'année places installées	comptes administratifs + données AM	comptes administratifs + données AM	comptes administratifs	traitement automatisé de la liste des résidents (CNAMTS)	comptes administratifs
mode de calcul	charges financées sur le forfait soins / dotation soins AM hors reprises de résultats	dépense de chaque poste de charge Total des charges	dépense de chaque catégorie de personnel / dépense de personnel	dépense de soins de ville par résident (extrapolation par rapport à résidents RG) / nb de places installées	dépense de soins de ville par résident TG (extrapolation par rapport à résidents RG) / nb de places installées	(dotation soins AM hors reprises de résultats + dépense de soins de ville par résident (extrapolation par rapport à résidents RG)) / nb de places installées	(dotation soins AM hors reprises de résultats + dépense de soins de ville par résident TG (extrapolation par rapport à résidents RG)) / nb de places installées	nb de journées réalisées sections soins / nb de journées théoriques Si les données détaillées sur l'IHP sont disponibles, le ratio est calculé pour l'IHP. Si non, il est calculé sur les données globales toutes prises en charge confondues.	nombre de jours d'hospitalisation / nombre de journées réalisées	nb d'ETP / nb de places installées
unité de mesure	%	%	%	en €	en €	en €	en €	en %	en %	
numérateur	charges d'exploitation financées sur le forfait soins -personnel -prestations et fournitures médicales et paramédicales -matériel médical	charges d'exploitation financées sur le forfait soins -personnel -prestations et fournitures médicales et paramédicales -matériel médical	classification des personnels : -médical (médecin, pharmacien) -paramédical (kinés, ergothérapeutes,) -personnel soignant : infirmiers / AS / AMP	postes de soins de ville remontées par les CPAM : -généralistes -spécialistes -auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinés, et autres) -actes de laboratoire -actes de radiologie -médicaments -dispositifs médicaux -transports -dentaires Total extrapolé à l'ensemble des résidents à partir des résidents RG	postes de soins de ville remontées par les CPAM : -généralistes -auxiliaires médicaux (masseurs kinés, pédicures, orthoptistes, orthopistes) -actes de laboratoire -actes de radiologie Total extrapolé à l'ensemble des résidents à partir des résidents RG	dotation soins allouée par l'ARS hors reprises de résultats et dépense de soins de ville du 4.1	dotation soins allouée par l'ARS hors reprises de résultats et dépense de soins de ville du 4.2	nombre de journées réalisées sur la section soins	Nombre de jours d'hospitalisation	nb d'ETP par catégorie d'emploi (médical / paramédical infirmiers / AS AMP)
dénominateur	dotation soins allouée par l'ARS hors reprises de résultats	Total des charges constatées au CA	total de la masse salariale	nombre de places installées	nombre de places installées	nombre de places installées	nombre de places installées	nb de places financées x 365 jours	Nombre de journées réalisées	nb de places installées (éventuellement pondéré par le GMPS)
lecture du résultat	seuil d'alerte : 90%-95% > 100%	profil type : 91% personnel / 9% autres dépense	indicateur décliné selon le statut du personnel : salarié (CDI/CDD) ou conventionné libéral	calibrage d'un coût moyen annuel par place installée de la dépense de soins de ville	calibrage d'un coût moyen annuel par place installée de la dépense de soins de ville des dépenses pris en charge par les soins de ville pour les résidents en EHPAD en TP	calibrage d'un coût moyen annuel par résident des dépenses totales AM	calibrage d'un coût moyen annuel par résident des dépenses totales AM	déterminer un taux d'occupation moyen et comparaison avec seuil d'alerte à définir		
	détail des comptes comptables	détail des comptes comptables	CA	AM + CA	AM + CA	AM + CA	AM + CA	CA	AM + CA	CA



**NOTICE D'UTILISATION
DE LA MACRO D'IMPORTATION
DES DONNEES DU CADRE CA GDR 2012
VERS LE MASQUE DE SAISIE GDR (GDR 2013)**

Contexte de la macro d'importation

La CNSA a transmis aux ARS le 25 février 2013 un fichier Excel (« cadre CA GDR ») visant à harmoniser la présentation des comptes administratifs (CA) des sections « soins » des EHPAD, ce afin d'outiller les travaux dans le cadre du déploiement du chantier « gestion du risque en EHPAD ». Ce cadre correspond au CA des sections soins que les EHPAD sont réglementairement tenus de transmettre au 30 avril. Il ne se substitue pas au cadre réglementaire prévu par le code de l'action sociale et des familles (voir foire aux questions transmise le 02 mai 2013).

Conformément à ce qui avait été annoncé, **la CNSA fournit aux ARS une macro permettant d'importer directement les données de ce cadre CA GDR dans le masque de saisie GDR permettant le calcul des indicateurs.**

Ainsi les données nécessaires au calcul des 8 ratios demandés dans la circulaire GDR du 15 novembre 2013 sur les CA 2012 (sur un département) seront-elles intégrées automatiquement dans le masque de saisie si elles sont présentes dans le cadre CA GDR. Dans le cas contraire (données assurance-maladie, journées d'hospitalisation, ...), les données devront être ajoutées par les ARS dans le masque de saisie.

Cette notice vise à expliquer la procédure de cette importation.

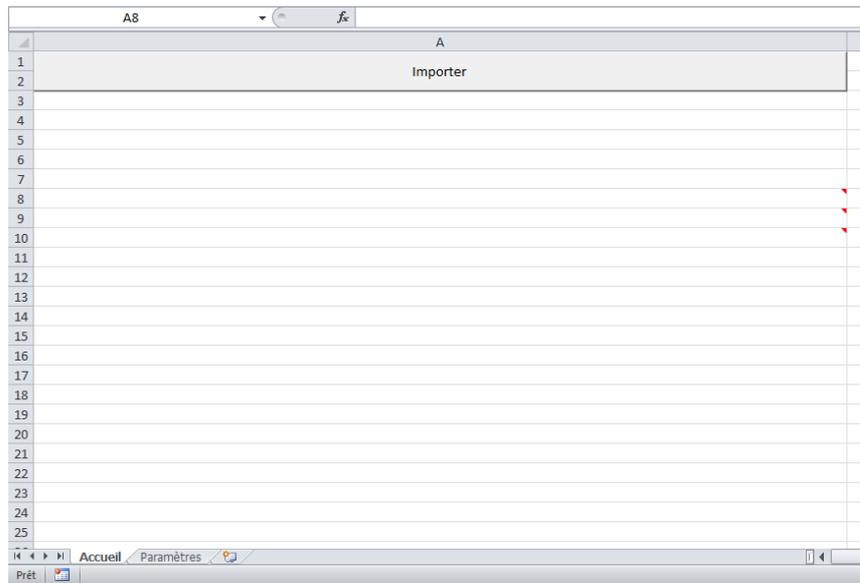
Description des éléments compris dans le dossier d'importation transmis

L'outil de consolidation est composé des éléments suivants :

- **La macro** à proprement parler (« Import GDR.xls ») : fichier permettant de lancer l'importation ;
- **Le masque de saisie** (« V2 annexe 2 masque de saisie.xls ») : fichier lequel seront importées les données du CA GDR ;
- **Le répertoire « Fichiers_A_importer »**, dans lequel les ARS déposeront les CA GDR 2012 dont elles disposent et qu'elles souhaitent importer dans le masque de saisie ;
- **Le répertoire « Fichiers_importes »** comprend les fichiers repris, après activation de la macro, dans la consolidation et renommés par complément de la date et l'heure d'import (à la seconde près) ;
- **Le répertoire « Fichiers_en_erreur »** comprend les fichiers non repris, après activation de la macro, dans la consolidation et renommés par complément de la date et l'heure d'import (à la seconde près).

Procédure d'import

- 1) Copier les fichiers CA GDR 2012 à importer dans le répertoire « Fichiers_A_importer ».
- 2) Dans le fichier « Import GDR.xls », sélectionner la feuille Accueil, puis cliquer sur le bouton « importer », ce qui déclenche l'import des fichiers rangés dans le répertoire « Fichiers_A_importer ».



- 3) Lors de l'import, la macro fait quelques vérifications de base.
 - a. Elle contrôle la version du cadre CA GDR utilisée.
 - b. Un fichier sans numéro FINESS n'est pas importé.
 - c. Si le numéro FINESS du cadre CA GDR importé est déjà présent dans le masque de saisie, le message suivant apparaît :



Si vous choisissez « oui », le cadre CA GDR sera repris à nouveau, et les anciennes valeurs seront écrasées dans le masque de saisie.
Si vous répondez « non », le fichier ne sera pas repris et les anciennes valeurs resteront telles quelles dans le masque de saisie.

- 4) Sur le fichier « Import GDR.xls », un rapport est généré :

Importer
Date du dernier import : 25/05/13 16:31:47
CHI - FinessVide.xls Fichier non importé - Le numéro Finess n'est pas renseigné
CR CA-EHPAD - 2012 - J.xls - Mise à jour des données !
CA SOINS 2012 Briouze Notre Dame.xls Ok
CA-EHPAD-ARS CARPIQUET.xls Ok
CA-EHPAD_ARS_2012.xls Ok
CHI.xls Ok
CR CA-EHPAD - 2012 - AJT-ARS.xls Ok
ND - PUI - PARTIEL - PASA.xls Ok
ND - PUI - PARTIEL - UHR.xls Ok
ND - PUI - PARTIEL - AJ.xls Ok
privé lucratif.xls Ok
privé non lucratif.xls Ok
public.xls Ok

Ce rapport comprend la date du dernier import, ainsi que :

- en rouge, les cadres CA GDR non repris avec le motif d'anomalie. Ces fichiers sont déplacés vers le répertoire « Fichiers_en_erreur ».
- en orange, les cadres CA GDR repris en modifiant un établissement déjà importé. Ces fichiers sont déplacés vers le répertoire « Fichiers_importes ».
- en vert, les cadres CA GDR repris sans problème détecté. Ces fichiers sont déplacés vers le répertoire « Fichiers_importes ».

Si vous relancez un import, le rapport est réinitialisé, même si le répertoire « Fichiers_A_importer » est vide.

Dans le fichier « Import GDR.xls », l'onglet « Paramètres » permet de modifier les dossiers de travail. S'ils sont vides, le logiciel les remplit automatiquement à partir de la position du fichier « Import GDR.xls ». A priori, cet onglet ne doit être modifié qu'en connaissance de cause. **Pour l'usage courant, seule la cellule « Importer » doit être utilisée sur ce fichier.**

- 5) Sur le masque de saisie, les données des cadres CA GDR classés dans le répertoire « Fichiers_importes » ont été importées.

Attention, par défaut, le masque de saisie n'est pas sauvegardé. Penser à l'enregistrer.

Caractérisation des EHPAD de l'échantillon															
N° ligne	N° finess géographique	département/CPAM pivot	raison sociale	statut juridique	habilitation aide sociale oui/non/partielle	PMP	GMP	Tarifification GMPS oui/non	nombre de points GMPS	Option tarifaire TP/ITG	Présence d'une PUI avec fsans	ébt en convergence tarifaire oui/non	Présence PASA oui/non	Présence UHR oui/non	Hébergement permanent
	sur 9 chiffres			liste déroulante	liste déroulante	en points	en points	liste déroulante	formule : GMP + PMP*2,59	liste déroulante	liste déroulante	liste déroulante	liste déroulante	liste déroulante	en nb de places
1	760	76	Centre	OUI		149	698,36735	OUI	1084,22733	TARIF GLOB	AVEC PUI		NON	NON	251
2	760	76	CHG	OUI		249	757,0339	OUI	3481,8439	TARIF GLOB	SANS PUI		NON	NON	120
3	760	76		NON		142	746,69667	OUI	3114,4867	TARIF GLOB	SANS PUI		NON	NON	57
4	760	76		OUI			561,55903	NON	361,55903	TARIF GLOB	SANS PUI		NON	NON	
5															
6															

Informations

Version CA	#CAEH-2013-01#
Dossier des fichiers à importer	
Dossier des fichiers importés	
Dossier des fichiers en erreur	
Dossier fichier récapitulatif GDR	
Fichier récapitulatif GDR	V2 annexe 2 masque de saisie.xls

Annexe 5: Calendrier

