

Annexe 3 – Covid-19 : Fiche financière pour les EHPAD et les SSIAD dans le cadre de la stratégie d'accompagnement des personnes âgées

Mise à jour le 27/11/2020

Ce document vise à donner aux gestionnaires d'EHPAD et de SSIAD **une vision claire des dispositifs financiers à leur disposition pour les soutenir dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et permettre une continuité de l'activité pendant la période du 17 octobre au 31 décembre 2020**

1/ Recours à l'intérim, aux contrats à durée déterminée, aux heures supplémentaires

Afin d'assurer la continuité de l'accompagnement des résidents, les gestionnaires d'EHPAD sont encouragés à trouver des solutions alternatives comme par exemple :

- Recourir à l'intérim et/ ou aux contrats à durée déterminée
- Dépasser les bornes horaires fixées par le code du travail (dans la limite d'un contingent mensuel de 20 heures, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des résidents en application du décret n°2020-298 du 24 mars 2020
- Proposer aux agents en temps partiel un passage en temps complet

Les surcoûts (dépenses engagées en sus de la dotation allouée) liés au remplacement/recrutement de personnel (médecins, infirmiers, aides-soignants, AMP, personnels hôteliers, administratifs...) **seront financés par l'ARS** au moment de la campagne budgétaire 2021 sur la base des justificatifs des dépenses fournis par l'établissement (tableau récapitulatif des heures effectuées et du coût horaire).

Les salaires proposés devront respecter les grilles de rémunération de la convention collective en vigueur dans l'établissement.

2/ Augmentation du temps de présence du médecin coordonnateur

Les EHPAD ont la possibilité d'augmenter jusqu'à 1 temps plein la présence des médecins coordonnateurs. **Cette mesure sera financée par l'ARS IDF** au moment de la campagne budgétaire 2021 sur la base des justificatifs de dépense fournis par l'établissement.

3/Recours aux médecins libéraux ou des médecins salariés des centres de santé

Afin de faciliter et d'accompagner le renfort apporté par les médecins libéraux et les médecins salariés exerçant en centre de santé aux professionnels des EHPAD, plusieurs mesures sont mises en place :

A/ Un financement à l'acte

Jusqu'au 31 décembre 2020, les médecins de ville sont autorisés à facturer à titre dérogatoire la majoration d'urgence pour chaque visite réalisée au sein d'un EHPAD :

Ainsi, en journée, la visite auprès d'un résident est valorisée de la manière suivante : visite (25€) + majoration de déplacement (10€) + majoration d'urgence (22.60€) = 57.60€.

Les règles habituelles relatives aux majorations de déplacement continueront, elles, de s'appliquer. Elles continueront d'être remboursées par l'Assurance maladie au-delà du 30 septembre 2020 pour les visites en EHPAD en tarif partiel.

Dans le cas où le déplacement a lieu la nuit ou le dimanche ou un jour férié, les majorations de déplacement sont les suivantes : 38,50 € pour un déplacement la nuit de 20h à minuit et de 6h à 8h et 43,50 € de minuit à 6h ; 22,60 € pour le dimanche et les jours fériés.

La majoration de déplacement est facturable pour 3 patients au maximum (dans le cas où le médecin assure la prise en charge de plusieurs patients au cours d'une même visite en EHPAD). La majoration de déplacement ne s'applique donc pas au-delà du 3ème patient pris en charge.

La visite donne lieu, le cas échéant, à des indemnités kilométriques.

La dérogation de remboursement en sus du forfait de soins des EHPAD **porte également sur les téléconsultations remboursables depuis le 4 mai 2020 en EHPAD en tarif global, et ce jusqu'au 31 décembre 2020**. A compter du 1er janvier 2021, les téléconsultations devront être de nouveau couvertes par le forfait soins des EHPAD en tarif global, comme toutes les visites de généralistes et gériatres.

B/ Le financement au forfait

Jusqu'au 31 décembre 2020, il peut également être mis en place par l'ARS une valorisation financière au forfait, via un contrat entre l'établissement et le médecin ou le centre de santé.

Au titre de cette mission exceptionnelle d'intérêt général, **le médecin percevra un forfait de 420 € par demi-journée**. Les forfaits seront versés par la caisse primaire de rattachement du médecin ou du centre de santé. **Ce forfait est financé en sus du forfait soins de l'EHPAD quelle que soit son option tarifaire, il n'est pas cumulable avec une facturation à l'acte**.

Les astreintes de nuit seront financées (15 € de l'heure) par l'EHPAD au médecin sous forme d'honoraires (sans charges supplémentaires pour les établissements). Ces astreintes de nuit **seront financées par l'ARS** au moment de la campagne budgétaire 2021 sur la base des justificatifs des dépenses fournis par l'établissement (tableau récapitulatif des heures effectuées).

L'établissement et le médecin signent un contrat en utilisant le modèle élaboré par la CNAMTS et l'URPS médecins (joint en annexe). Le médecin :

- Fournit au directeur de l'EHPAD le tableau des vacations récapitulatif (joint en annexe) avec les dates de ses interventions et le nom des résidents auprès desquels il est intervenu, ainsi que toute information utile à la gestion de ces interventions en lien avec le médecin

coordonnateur de l'EHPAD, ou à défaut le médecin référent désigné par le directeur de l'EHPAD.

- Envoie chaque semaine à sa caisse de rattachement la facture de ses interventions précisant le nombre de ½ journées d'interventions effectuées sur la période sur laquelle elle porte selon le modèle de facture fourni. Le médecin atteste de l'exactitude des informations renseignées sur la facture signée.

Les établissements proposant des missions doivent déposer des annonces sur la plateforme Soigner en Ile-de-France dans la catégorie "Urgence Covid-19" auxquelles les médecins libéraux peuvent répondre par ce biais. Un tutoriel d'accès à la plateforme, rédigé par l'URPS médecin est disponible en annexe.

4/ Recours aux infirmiers libéraux et aux infirmiers salariés des centres de santé

Les structures en difficultés peuvent faire appel aux infirmiers libéraux ou salariés des centres de santé pour venir en appui (de jour comme de nuit) pour assurer les soins nécessaires aux résidents que les infirmiers salariés ne parviennent plus à couvrir.

Deux modes de financements, non cumulables **sont possibles jusqu'au 31 décembre 2020.**

A/Un financement à l'acte

A titre dérogatoire, les infirmiers libéraux ou salariés des centres de santé peuvent facturer leurs actes à la caisse primaire d'assurance maladie en sus des budgets soins des établissements dans les mêmes conditions (cotations identiques, majorations, frais de déplacement) que pour un patient résidant dans un domicile de ville.

Les infirmiers sont également autorisés à facturer pour chaque séance de soins auprès d'un résident une majoration ou un complément de cotation correspondant à la majoration dimanche et jours fériés.

Enfin, de façon dérogatoire, la majoration de déplacement est facturable systématiquement pour chaque séance de soins, donc également en sus pour les résidents d'EHPAD, dans la limite d'une facturation pour 3 patients maximum (dans le cas où l'infirmier assure la prise en charge de plusieurs patients au cours d'une même visite dans l'EHPAD). La majoration ne s'applique pas au-delà du 3ème patient pris en charge.

B/ Un financement au forfait

Jusqu'au 31 décembre 2020, est également mise en place une valorisation financière au forfait, via un contrat entre l'établissement et l'IDE ou le centre de santé.

Au titre de cette mission exceptionnelle d'intérêt général, l'IDE **percevra un forfait de 220€ par demi-journée**. Les forfaits seront versés aux IDE libéraux par leur caisse primaire de rattachement de l'IDE ou du centre de santé sur la base d'un tableau récapitulatif des vacations effectuées (joint en annexe). **Ce forfait est financé en sus du forfait soins de l'EHPAD quelle que soit son option tarifaire, il n'est pas cumulable avec une facturation à l'acte.**

L'établissement et l'IDE signent un contrat en utilisant le modèle national communiqué par la CNAMTS (joint en annexe).

Les infirmiers peuvent, dès lors que la situation sanitaire de l'EHPAD le justifie, assurer une présence la nuit dans la limite de 12h, **soit 770€ les 12h**. Les forfaits seront versés aux IDE libéraux par leur caisse primaire de rattachement de l'IDE ou du centre de santé. **Ce forfait est financé en sus du forfait soins de l'EHPAD quelle que soit son option tarifaire, il n'est pas cumulable avec une facturation à l'acte.**

5/ Recours aux masseurs kinésithérapeutes libéraux

S'agissant des EHPAD en tarif partiel : le recours aux kinésithérapeutes libéraux est possible selon les règles habituelles, **à savoir la facturation des actes à l'assurance maladie.**

S'agissant des EHPAD en tarif global : dès lors que l'accompagnement des personnes âgées nécessite une augmentation des interventions de kinésithérapeutes, l'EHPAD peut y avoir recours en sus de la dotation versée à l'établissement. Le surcoût sera financé par l'ARS au moment de la campagne budgétaire 2021 sur la base des justificatifs des dépenses fournis par l'établissement (tableau récapitulatif des heures effectuées et du coût horaire).

Pour tous les EHPAD quel que soit leur mode de tarification : l'ARS autorise les MK à intervenir en EHPAD pour les aider en réalisant des **actes de type aides-soignants**.

Une rémunération forfaitaire de 130€ bruts pour 3 heures d'intervention sera versée au MK par l'établissement **sous forme d'honoraires (sans charges supplémentaires pour les établissements)**. Le financement sera assuré par l'ARS IDF au moment de la campagne budgétaire 2021 sur la base des justificatifs des dépenses fournis par l'établissement le moment venu (tableau récapitulatif des vacations effectuées).

6/ Recours aux pédicures podologues

Pour les EHPAD en tarif partiel : le recours aux pédicures podologues libéraux est possible selon les règles habituelles, **à savoir la facturation des actes à l'assurance maladie et aux résidents pour les soins sans prescription.**

Pour les EHPAD en tarif global : dès lors que l'accompagnement des personnes âgées nécessite une augmentation des interventions des podologues, l'EHPAD peut y avoir recours en sus de la dotation versée à l'établissement. Le surcoût sera financé par l'ARS au moment de la campagne budgétaire 2021 sur la base des justificatifs des dépenses fournis par l'établissement (tableau récapitulatif des heures effectuées et du coût horaire).

Pour tous les EHPAD quel que soit leur mode de tarification : l'ARS autorise les pédicures podologues à intervenir en EHPAD pour les aider en réalisant des **actes de type aides-soignants**.

Une rémunération forfaitaire de 130€ brut pour 3 heures d'intervention sera versée au pédicure podologue par l'établissement **sous forme d'honoraires (sans charges supplémentaires pour les**

établissements). Le financement sera assuré par l'ARS IDF au moment de la campagne budgétaire 2021 sur la base des justificatifs des dépenses fournis par l'établissement (tableau récapitulatif des vacations effectuées).

7/Renforcer l'intervention des SSIAD

La réaffirmation du rôle des SSIAD dans leurs interventions auprès des personnes âgées à domicile prend une importance accrue dans le contexte lié au COVID 19.

A ce titre, les SSIAD peuvent conformément aux dérogations prévues par l'ordonnance n°2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux :

- Déroger à la zone d'intervention
- Déroger à la capacité dans la limite de 120 % de leur capacité autorisée, en veillant à maintenir des conditions de sécurité suffisantes dans le contexte de l'épidémie de covid-19

Les surcoûts liés au remplacement/recrutement de personnel soignant seront financés par l'ARS au moment de la campagne budgétaire 2021 sur la base des justificatifs des dépenses fournis par l'établissement (tableau récapitulatif des heures effectuées et du coût horaire).

Les salaires proposés devront respecter les grilles de rémunération de la convention collective en vigueur dans l'établissement.

8/Financement de l'hébergement temporaire en EHPAD

Dans le contexte actuel de seconde vague épidémique, l'ARS IDF propose de déployer de nouveau son dispositif d'HT en sortie d'hospitalisation.

Ce dispositif peut être déployé par tout EHPAD disposant de places disponibles qu'il s'agisse d'une place d'hébergement temporaire ou d'hébergement permanent pour une durée de 30 jours renouvelable une fois, **soit 60 jours maximum**.

L'agence payera jusqu'à **90€/jour jusqu'à 60 jours au moment de la campagne 2021**. Ce tarif est un plafond comprenant l'hébergement et la dépendance, sans reste à charge pour les usagers, **donc sans possibilité de facturer un dépassement**.

En tant qu'EHPAD ayant des places disponibles, souhaitant s'engager dans cette démarche, voici la procédure à suivre :

- 1- Se rapprocher de la Délégation Départementale de votre territoire afin de manifester votre volonté de vous inscrire dans le dispositif, en précisant le **nombre de places mobilisables** dans votre structure ;

- 2- **Communiquer auprès des établissements** de votre territoire, afin de les informer de vos places disponibles. La délégation départementale communiquera en parallèle les informations aux établissements de santé de son territoire.
- 3- **En amont de chaque projet d'accueil**, solliciter la Délégation Départementale afin d'obtenir un accord écrit de cette dernière, permettant d'assurer une traçabilité et de sécuriser le financement du séjour.

Ce financement vient en complément des actions qui seraient déjà mises en place par les CD. A ce titre, la durée maximale de 60 jours comprend également la durée d'un séjour payé par une autre autorité publique.

Ce dispositif n'est pas cumulable avec celui mis en place la CNAMTS (lettre réseau du 29 octobre 2020/ MN santé du 20 avril 2020) qui prévoit une prise en charge financière d'une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement du séjour temporaire suite à une hospitalisation pour infection

COVID 19 pour ramener le reste à charge du résident à un niveau équivalent au montant du forfait journalier hospitalier, soit 20€/jour en 2020 contre 70€ en moyenne pour une place d'hébergement temporaire. Cette prise en charge exceptionnelle par la CPAM peut être mise en place dans la limite de 90€ par jour et pour une durée maximale de 30 jours par séjour.

8/ Prise en charge des frais de taxis et d'hébergement pour les professionnels de santé

Le dispositif mis en place lors de la 1^{ère} vague par la CNAMTS (MIN santé du 2 avril 2020) est réactivé depuis le 17 octobre 2020. Les publics prioritairement concernés sont :

- Personnels confrontés à des dépassements des amplitudes quotidiennes ou hebdomadaires autorisées ;
- personnels affectés en cellule de crise ;
- personnels mobilisés par des établissements éloignés de leur domicile ;
- personnels qui se retrouvent sans modalités de transports personnels ou en commun.

La mesure s'adresse aux personnels soignants et non soignants des établissements sanitaires et médicosociaux, publics et privés (les établissements sociaux, financés par l'Etat ou les départements (foyers de vie, centres d'hébergement, ...), ne sont pas ciblés par ce dispositif).

Pour activer le dispositif (taxis et/ou hébergement), l'établissement signe une convention avec sa caisse primaire de référence (convention type en annexe). Pour les EHPAD qui ont déjà signé une convention pendant la 1^{ère} période de mise en œuvre du dispositif (soit du 16 mars au 10 juillet 2020), le dispositif peut être réactivé en s'appuyant sur la convention déjà signée avec sa caisse de référence.

Pour obtenir son financement, l'établissement doit adresser à sa caisse avant le 15 du mois suivant un relevé mensuel des frais engagés au cours du mois et devant être remboursés par l'assurance maladie en utilisant le tableau mensuel des prestations (joint en annexe).

9/ Prise en charge financière des médicaments et autres dispositifs médicaux

Ce paragraphe s'adresse aux EHPAD en tarif global avec ou sans pharmacie à usage intérieur. Dès lors que l'état de santé des résidents nécessite des traitements médicamenteux ou l'utilisation de dispositifs médicaux en sus de la dotation globale versée à l'établissement, **le surcoût sera pris en charge par l'ARS**. Il sera demandé à chaque EHPAD de produire les justificatifs le moment venu (factures).