INFORMATION EXTERNE

Directive relative au financement résiduel cantonal des soins dans les établissements médico-sociaux (EMS)	
Version	EMS 011 - V1
Objectif	Directives sur la détermination et le processus de versement du financement résiduel des soins aux EMS
Domaine	EMS - direction, comptabilité et finances
Documents de référence	• Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; 32.10) ; • Ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; 832.102) ; • Prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, 29 septembre 1995 (OPAS ; 832.112.31) ; • Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (LGEPA ; J 7 20) ; • Règlement d'application de la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 16 mars 2010 (RGEPA ; J 7 20.01) ; • Loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS ; K 1 03) ; • Loi sur l'organisation du réseau de soins et le maintien à domicile, du 28 janvier 2021 (LORSDom ; K 1 04) ; • Règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins et le maintien à domicile, du 10 mars 2021 (RORSDom ; K 1 04.01) ; • Règlement sur les institutions de santé, du 9 septembre 2020 (RISanté ; K 2 05.06) ; • Loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF ; D 1 11), du 15 décembre 2005 (pour l'indemnité de l'Etat des prix de pension UATR).
Champ d'application	Etablissements médico-sociaux (EMS)
Mots clés	EMS, financement résiduel des soins
Responsables de la mise en œuvre	Département de la cohésion sociale, service cantonal des seniors et de la proche aidance (SeSPA), secteur des EMS
Rédacteur	Antoine Dembinski, contrôleur de gestion Secteur des EMS
Approbateur	Laurent Mauler, directeur Service cantonal des seniors et de la proche aidance (SeSPA)
Date d'approbation	22 septembre 2023
Date d'entrée en vigueur	1er janvier 2024

SOMMAIRE

CHAPITRE I **3**

1. CONTEXTE ET CHAMP D'APPLICATION **3**

2. DÉFINITIONS ET OBJECTIFS **3**

CHAPITRE II **4**

1. PROCESSUS POUR LE VERSEMENT DU FINANCEMENT RÉSIDUEL DES SOINS DE L'ANNÉE N **4**

1.1. GRILLE TARIFAIRE 4

1.2. ACOMPTES 4

1.3. AJUSTEMENT N°1 : SUR LA BASE DES JOURNÉES EFFECTIVES – JANVIER N+1 4

1.4. AJUSTEMENT N°2 : SUR LA BASE DU TAUX DE COUVERTURE CAE – MARS N+1 5

CHAPITRE III **7**

1. DISPOSITIONS TRANSITOIRES **7**

1.1. MISSIONS SPÉCIFIQUES 7

1.2. RÉVISION 7

ANNEXE 1 – RÈGLEMENT SUR LE FONDS AFFECTÉ AU FINANCEMENT RÉSIDUEL CANTONAL DES SOINS EN EMS **8**

Chapitre I

1. Contexte et champ d'application

Les présentes directives règlent les modalités et le processus de versement du *financement résiduel des soins* (ci-après : le financement) pour les lits de long et de court séjour (unités d'accueil temporaire de répit (UATR) dans les établissements médico-sociaux (ci-après : les EMS) genevois reconnus d'utilité publique admis selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) à fournir des prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS).

Les EMS éligibles au financement sont au bénéfice d'une autorisation d'exploitation délivrée par le Département de la cohésion sociale conformément aux dispositions de la LGEPA et signataire d'un mandat de prestations auquel la présente est annexée pour en faire partie intégrante.

Les modalités et le processus décrits dans la présente directive ont fait l'objet d'une concertation des représentants des EMS du secteur, soit les établissements publics autonomes (EPA), la Fédération genevoise des structures d'accompagnement pour seniors (Fegems) et l'Association genevoise des établissements médico-sociaux (Agems), qui en ont validé la teneur lors de la séance du 12 juillet 2023.

2. Définitions et objectifs

A teneur de l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les coûts des soins de longue durée sont assumés par l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon les tarifs de l'article 7a, alinéa 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), par l'assuré lui-même à 20% maximum des tarifs de l'OPAS (actuellement 8 francs par jour selon l'arrêté du Conseil d'Etat du 19 décembre 2018), et par le canton pour le coût résiduel des soins qui ne serait pas déjà couverts. Les cantons peuvent fixer des forfaits visant l'économicité.

Le financement correspond donc à la différence entre le coût complet normatif des soins et la somme des participations de l'AOS et du résident.

Le coût complet normatif des soins correspond au coût complet moyen de la minute de soins ressortant des comptabilités analytiques révisées des EMS. Le calcul de la moyenne ne tient pas compte des EMS dont le coût de la minute de soins présente un écart significatif avec le reste du secteur, soit en raison d'une mission spéciale identifiée et validée par le département, soit en raison d'une situation particulière non représentative de la prise en charge au niveau du secteur (par exemple une période de travaux prolongée induisant une forte baisse du taux d'occupation).

Le coût des soins est essentiellement composé des charges salariales incluant les charges sociales de l'équipe-type soignante. La dotation de l'équipe-type soignante requise et reconnue est déterminée par la méthode « *Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis* » (PLAISIR). En finançant les EMS sur la base du coût complet moyen, le département part du principe que les dotations soignantes correspondent à la méthode PLASIR qui doit être strictement appliquée. En effet, selon les termes du chapitre II de la présente directive, l'excédent de financement des soins est comptabilisé dans un fonds affecté dédié au maintien de l'emploi du personnel soignant, ou restitué à l'Etat.

Chapitre II

1. Processus pour le versement du financement résiduel des soins de l'année N

1.1. Grille tarifaire

Le coût moyen normatif de l'année N est calculé sur la base des comptabilités analytiques des EMS N-2 qui sont les dernières disponibles lorsque débute l'exercice N. Par conséquent, le coût normatif peut être ajusté en fonction d'éléments particuliers intervenus durant l'année N-1, notamment les mécanismes salariaux octroyés.

Avant le dernier trimestre N-1, le département, pour lui le secteur des EMS communique aux EMS une grille tarifaire provisoire pour l'année N comprenant les forfaits journaliers du financement par classe OPAS, y compris les classes supérieures au degré 12 (OPAS 12+) pour compenser la contribution dégressive de l'AOS. La grille tarifaire définitive est communiquée au cours du dernier trimestre N-1.

Les établissements publics autonomes (EPA) concernés peuvent faire l'objet d'un financement complémentaire pour compenser les surcoûts sociaux en lien avec les dispositions de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (LPAC ; B 5 05), notamment en matière de rente-pont AVS.

Les EMS historiquement affiliés à la CPEG peuvent bénéficier d'un complément de financement au titre des charges sociales accrues qui en découlent.

1.2. Acomptes

Au cours de l'année N, le département verse mensuellement aux EMS un acompte correspondant à 1/12ème du financement annuel prévisible, sur la base des éléments suivants :

- *Taux d'occupation* : 98%;
- *Financement résiduel journalier par classe yc OPAS 12+*: selon la grille tarifaire établie chaque année par le département ;
- *Répartition des journées réalisées par classes OPAS yc 12+*: selon la proportion des journées hôtelières prestées ressortant de la dernière comptabilité analytique disponible.

1.3. Ajustement n°1 : sur la base des journées effectives – janvier N+1

Le 5 janvier de l'année N+1 au plus tard, les EMS transmettent le décompte des journées hôtelières prestées durant l'année N, par degré OPAS, au moyen du fichier fourni par le département. Les journées hôtelières correspondent aux jours pour lesquels les résidents versent un prix de pension à l'établissement selon les termes du contrat d'accueil conclu avec l'établissement.

Le département procède au décompte annuel du financement sur la base des journées hôtelières effectives et de la grille tarifaire de l'année N.

⇨ Si le décompte annuel basé sur les journées hôtelières effectives est supérieur au total des acomptes versés, le département couvre la différence. L'EMS comptabilise le montant complémentaire à recevoir comme actif transitoire, dans l'exercice N.

Libellé	Débit	Crédit
Complément de financement résiduel à recevoir	Produits à recevoir (actif) [1091]	Subvention ordinaire du canton [69500]

⇨ Si le décompte annuel est inférieur au total des acomptes versés, l'EMS restitue le trop-perçu au département. L'EMS comptabilise le trop-perçu comme dette à court terme envers l'Etat, dans l'exercice N.

Libellé	Débit	Crédit
Financement résiduel à restituer à l'Etat	Subvention ordinaire du canton (produit) [69500]	Dette envers l'Etat de Genève (passif) [2090]

1.4. Ajustement n°2 : sur la base du taux de couverture CAE – mars N+1

Un fonds affecté au financement résiduel cantonal des soins est créé dans les comptes de chaque EMS, dès l'entrée en vigueur de la présente directive. Il a pour objectif de maintenir l'emploi lors de variations significatives du taux d'occupation ou des minutes de soins. Le règlement du fonds est établi par le département.

Avant la clôture définitive des comptes de l'exercice N, les EMS remplissent le fichier de comptabilité analytique permettant d'effectuer les dernières écritures comptables en lien avec le financement résiduel cantonal des soins.

Une fois le fichier de comptabilité analytique rempli, le taux de couverture de la charge en soins peut présenter 4 cas de figure conduisant aux écritures détaillées ci-dessous :

1) **= 100%** : pas d'écriture nécessaire.

2) **> 100% et < 103%**

⇨ L'excédent est attribué au fonds affecté dédié au financement[1].

Libellé	Débit	Crédit
Attribution au fonds affecté au financement résiduel cantonal des soins en EMS	Attribution (charge) [781]	Fonds affecté (passif) [220X]

[1] Cf. Annexe 1 - Règlement du fonds affecté intégré au mandat de prestations de chaque EMS.

3) **> 103%**

⇨ L'excédent entre 100% et 103% est attribué au fonds affecté dédié au financement résiduel des soins conformément au point (2) supra.

⇨ L'excédent dépassant le seuil de 103% est restitué à l'Etat.

Libellé	Débit	Crédit
Restitution à l'Etat	Subvention ordinaire du canton (produit) [69500]	Dette envers l'Etat de Genève (passif) [2090]

4) **< 100%**

⇨ Le fonds affecté dédié au financement résiduel des soins est utilisé pour couvrir les charges en soins, à hauteur du montant disponible.

Libellé	Débit	Crédit
Utilisation du fonds affecté	Fonds affecté (passif) [220X]	Utilisation (produit) [782]

⇨ Si la position du fonds affecté est insuffisante pour couvrir 100% du coût des soins, le découvert du coût des soins ressortant de la comptabilité analytique et subsistant après utilisation du fonds affecté sera partiellement financé par le département selon les règles suivantes :

- **2024** : 80% du déficit après utilisation du fonds affecté, mais au maximum 3% de la masse salariale normative des soins[2] de l'EMS;
- **2025** : 60% du déficit après utilisation du fonds affecté, mais au maximum 2.5% de la masse salariale normative des soins de l'EMS;
- **2026** : 40% du déficit après utilisation du fonds affecté, mais au maximum 2% de la masse salariale normative des soins de l'EMS;
- **2027 et suivantes** : 10% du déficit après utilisation du fonds affecté, mais au maximum 1% de la masse salariale normative des soins de l'EMS.

Libellé	Débit	Crédit
Complément en cas de découvert dans les soins	Produits à recevoir (actif) [1091]	Subvention ordinaire du canton [69500]

[2] La masse salariale normative des soins correspond au salaire brut moyen (yc charges sociales) calculé au niveau du secteur pour l'année N, multiplié par la dotation normative PLAISIR de l'établissement basé sur la moyenne des minutes de soins de l'année N (extrants PLAISIR de référence de mai et d'octobre).

Chapitre III

1. Dispositions transitoires

1.1. Missions spécifiques

Depuis 2022, un groupe de travail a été mis en place afin de définir le périmètre des missions spécifiques des EMS. Ce groupe de travail réunit l'Etat, les EPA, les associations faîtières des EMS et un représentant des médecins répondants.

En complément aux dispositions prévues par le chapitre II de la présente directive et jusqu'à l'aboutissement des travaux initiés par le groupe de travail, l'Etat a d'ores-et-déjà identifié et de manière non exhaustive les EMS entièrement dédiés à des missions spécifiques qu'il pourra accompagner de façon individuelle jusqu'au terme des réflexions du groupe de travail où ces établissements devront respecter les standards qui seront établis.

A l'issue des travaux du groupe de travail, la commission consultative validera les directives et l'encadrement médico-social que les EMS devront respecter pour être considérés comme ayant une mission particulière, pour tout ou partie de l'EMS.

1.2. Révision

A compter de la fin de la première année suivant l'entrée en vigueur des présentes directives, celle-ci pourra faire l'objet d'adaptations en fonction des retours des EMS à la commission consultative prévue à l'article 5a LGEPA.

Annexe 1 – Règlement sur le fonds affecté au financement résiduel cantonal des soins en EMS

A la demande du département, le Conseil ou le Comité de l'EMS édicte, en application de l'information externe (EMS 011 - V1) relative au versement du financement résiduel cantonal des soins en EMS, le règlement suivant :

But du fonds	***Art. 1*** Le fonds affecté au financement résiduel des soins mentionné au chapitre II.1.4 de l'information externe EMS 011 - V1 sert au financement des prestations de soins au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal, conformément à l'art.6 du mandat de prestations liant l'EMS au département. Le fonds sert à compenser les futurs découverts en cas de pertes liées à la fourniture de prestations de soins pendant la période contractuelle.
Constitution du fonds	***Art. 2*** Le fonds affecté est constitué annuellement par le financement résiduel cantonal non utilisé durant l'exercice comptable, résultant d'un taux de couverture des charges en soins positif issu de la comptabilité analytique d'exploitation reconnue par le département.
Autorisation par le département	***Art. 3*** Les dotations et les prélèvements possibles du fonds sont listés de manière exhaustives par le département, par voie de directive. Aucune autre écriture comptable engageant le fonds ne peut être effectuée sans l'autorisation préalable du département.
Identification du fonds	***Art. 4*** Le fonds affecté mentionné est inscrit au passif du bilan de l'EMS; toute modification (versements et retraits) doit être indiquée de manière précise dans l'annexe aux comptes annuels, ainsi que dans les outils informatiques de reporting fournis par le département.
Restitution du fonds à l'Etat	***Art. 5*** Le département peut ordonner la restitution à l'Etat de tout ou partie du capital du fonds à l'échéance du mandat de prestations ou lorsque l'EMS n'est plus en mesure d'allouer son capital conformément au but édicté dans le présent règlement, par exemple lorsque l'EMS cesse son activité.
Approbation	***Art. 6*** Le présent règlement a été approuvé par le Conseil ou le Comité de l'EMS et entre en vigueur le 1er janvier 2024.

Adopté le

Le président / La présidente :	***Le directeur / La directrice :***
<Prénom, nom>	***<Prénom, nom>***
Signature	Signature

Annexe 2 – Informations communiquées aux EMS au dernier trimestre N-1 (et de façon provisoire avant le dernier trimestre N-1)

REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de la cohésion sociale
Service cantonal des seniors et de la proche aidance

Grille tarifaire relative au financement résiduel des soins en EMS pour l'année 2024

A renseigner — A renseigner

	Minutes			F/jour					LS			UATR			Total		
Classes OPAS	de	à	3ème quartile	AOS OPAS art. 7a, al.3	LiMA	Résident	Etat GE	Total	Journées hôtelières	Financement résiduel	Pondération	Journées hôtelières	Financement résiduel	Pondération	Journées hôtelières totales	Financement résiduel	Pondération
1	0	20	15.00	0.00	0	0	0.00	0.00		-			-		-	-	
2	21	40	35.25	19.20	1.35	8	9.35	37.90		-			-		-	-	
3	41	60	55.25	28.80	1.35	8	21.25	59.40		-			-		-	-	
4	61	80	75.25	38.40	1.35	8	33.15	80.90		-			-		-	-	
5	81	100	95.25	48.00	1.35	8	45.05	102.40		-			-		-	-	
6	101	120	115.25	57.60	1.35	8	57.00	123.95		-			-		-	-	
7	121	140	135.25	67.20	1.35	8	68.90	145.45		-			-		-	-	
8	141	160	155.25	76.80	1.35	8	80.80	166.95		-			-		-	-	
9	161	180	175.25	86.40	1.35	8	92.70	188.45		-			-		-	-	
10	181	200	195.25	96.00	1.35	8	104.60	209.95		-			-		-	-	
11	201	220	215.25	105.60	1.35	8	116.50	231.45		-			-		-	-	
12	221	240	235.25	115.20	1.35	8	128.40	252.95		-			-		-	-	
13	241	260	255.25	115.20	1.35	8	149.90	274.45		-			-		-	-	
14	261	280	275.25	115.20	1.35	8	171.40	295.95		-			-		-	-	
15	281	300	295.25	115.20	1.35	8	192.95	317.50		-			-		-	-	
16	301	320	315.25	115.20	1.35	8	214.45	339.00		-			-		-	-	
17	321	340	335.25	115.20	1.35	8	235.95	360.50		-			-		-	-	
18	341	360	355.25	115.20	1.35	8	257.45	382.00		-			-		-	-	
19	361	380	375.25	115.20	1.35	8	278.95	403.50		-			-		-	-	
20	381	400	395.25	115.20	1.35	8	300.45	425.00		-			-		-	-	
Total									-	-	0.00	-	-	0.00	-	-	0.00

A renseigner

		Long-séjour	UATR	Total	Liens
Nombre de lits				0	
Taux d'occupation selon journées prestées		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Minutes de soins selon journées prestées		**0.00**	**0.00**	**0.00**	
Dotation normative des soins, taux occupation projeté (selon décision n°8 PLAISIR)		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	décision n°8 CT PLAISIR
Dotation normative des soins, taux occupation 98%□(selon décision n°8 PLAISIR)		0.00	0.00	0.00	décision n°8 CT PLAISIR
Salaire moyen secteur par ETP soins y.c. charges sociales (selon questionnaire PFQ données 2022)				102'755	
Financement résiduel selon projection		-	-	-	
Simulation du complément de financement maximum 2024 en cas de déficit selon directive	3%			-	
Financement résiduel total avec complément en cas de déficit				-	

Remarque:
La présente grille tarifaire se base sur le coût complet moyen de la minute de soins ressortant des CAE 2022, intégrant +2.44% au titre de l'indexation 2023 et +0.8276% au titre des mécanismes salariaux 2023.