

Autorisation et Tarification des Services d'aide à domicile

Entrée dans le marché des services d'aide à domicile

Il y a l'autorisation et deux types d'agrément. Donc il y a l'autorisation du président du CG, qui délivre une autorisation aux structures pour 15 ans, et ensuite un agrément est délivré par l'ancienne direction du travail, qui s'appelle aujourd'hui la DIRRECTE, l'agrément simple et l'agrément qualité pour les structures pour entrer dans le marché. Le CG donne seulement un avis simple. L'agrément qualité permet d'intervenir auprès des personnes âgées dépendantes, des personnes handicapées, des personnes de plus de 70 ans et les enfants de moins de 3 ans. Donc le CG travaille essentiellement avec des structures ayant l'agrément qualité.

Comparer l'agrément qualité et l'autorisation

L'agrément qualité est délivré à partir d'un cahier des charges qui a été déterminé par le ministère du travail, et l'agrément est donné pour 5 ans. Ce sont en général des structures privées qui rentrent dans le secteur de l'aide à domicile. Dans le cadre de l'agrément, et elle relève de la loi de 2005 de la loi Borloo sur le développement des services à la personne.

Les structures qui sont autorisées, à l'ère de la loi de 2002, du janvier 2002. Ils sont rentrés dans le cadre des institutions sociales et médico-sociales qui régissent les règles de fonctionnement des services et des établissements sociaux et médico-sociaux. Il fallait qu'il dépose un dossier auprès du président du CG, ce dossier est ensuite examiné auprès des instances, qui s'appelaient le CROSME, comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Jusqu'au mois dernier, le système fonctionnait ainsi: vous avez un promoteur qui présentait un projet, ce projet était examiné par le service du CG, qui regardait s'il répondait au besoin sur le territoire, ce qu'il proposait comme organisation du service, la prise en charge, quel type de population.... Le tarif qu'il avait demandé aux personnes âgées, ce dossier était ensuite présenté devant le CROSME, le CROSME donnait un avis, et ensuite il y

a un arrêté du président du CG qui était pris pour autoriser le fonctionnement de la structure pour 15 ans.

L'agrément qualifié un cahier de charges déterminé par le ministre, un arrêté d'autorisation de 5 ans, une évaluation pour renouvellement de l'agrément, fin il y avait une évaluation qui doit être faite par le service de l'état pour renouveler ou pas l'agrément qualifié C'est la DIRRECTE qui s'occupe de tout ça. CG donne un simple avis sur le cahier des charges. Par contre une fois ils sont agréés, ils peuvent intervenir auprès des personnes, et le CG rémunère le service qui rend auprès des personnes âgées qui sont en titulaire de l'APA.

Pour les structures autorisées, c'est le président du CG chargé de la tarification qui examine le budget. Il arrête le budget et la tarification, c'est-à-dire que c'est lui qui fixe le tarif horaire, alors que dans le cadre de l'agrément, c'est la structure elle-même qui fixe son prix de revient, fin le tarif qu'elle va demander aux personnes âgées. Donc dans le cadre de l'autorisation, le tarif pris en charge par le CG sera le tarif qu'il a arrêté ce qui est assez logique, puisqu'il arrête un tarif, donc il paie ce tarif à la structure lors qu'il intervient auprès d'une personne âgée. Dans le cadre de l'AQ, c'est la structure qui fixe son tarif, donc le président du CG fixe la hauteur de sa participation. Donc il peut y avoir une différence entre la participation du CG et le tarif fixe par la structure. Et s'il y a une différence, c'est la personne âgée qui doit la combler, qui doit payer la différence entre les deux tarifs, en plus de la participation qu'elle peut avoir dans le cadre de l'APA. Dans les structures agréées, la participation du CG est la même pour toutes les structures, quelque soit le prix que la structure demande.

Dans le cadre de l'autorisation, lors qu'il autorise une structure d'hébergement pour des personnes âgées, autorise sa capacité c'est à dire, il va dire la maison de retraite d'EHPAD est autorisé pour 60 lits, 65 lits... Il fixe sa capacité Et dans le cadre des structures d'aide à domicile, il va fixer le nombre d'heure dans le cadre de l'APA.

Intérêt et défaut d'entrer dans le cadre d'autorisation

La loi de l'autorisation est intervenue en 2002, c'est-à-dire avant l'agrément. De ce fait, un certain nombre de structures ont été autorisées avant cette date. Donc pour eux, quand ils sont

rentrés dans le dispositif, c'était l'assurance d'avoir un budget arrêté chaque année, et normalement une trésorerie qui s'établit très régulièrement, puisqu'on calcule le budget des structures par dotation globale, c'est à dire, un 12e par mois. On calcule dans le budget qu'elle doit être le budget récupéré par l'association, puisqu'on évalue l'activité qu'il va avoir, des dépenses qu'il va avoir. Donc pour eux c'est une trésorerie assurée tous les mois. Pour la structure, l'autorisation est donnée pour 15 ans, les évaluations qui se font ensuite, il y a un système d'évaluation interne et externe, qui est mis en place et qui permet d'ajuster l'activité de structure. Mais il n'y a pas de renouvellement à faire tous les 5 ans. Donc ils ont une perspective d'activité quand même plus longue.

L'autre avantage pour les structures c'est qu'ils sont assurés de la participation du CG sur le tarif plein qu'ils ont.

Les problèmes de l'ADMR :

-contraintes d'horaires

- lourdeur de la préparation des dossiers demandés par le CG
- durée particulièrement longue du processus de tarification
- différents modes de calcul du coût de revient

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité des services

-C'est pas le CG qui fait des évaluations. Le CG examine la partie budgétaire, il demande que l'établissement/ structure fasse faire des évaluations. C'est également prévu par le texte, et normalement les structures devraient rentrer bientôt dans le cadre de cette première évaluation. Donc, pour les SAD autorisés, une première évaluation arrivera au bout de 7 ans.

-Le système d'évaluation

-Interne et externe. Interne car c'est eux qui font leurs propres évaluations, externe car ils doivent faire appel à un prestataire extérieur qui va venir les évaluer. C'est surtout écrit dans la loi, et aussi dans la convention.

Budget et orientation

Alors le budget du département augmente chaque année en ce qui concerne l'APA. Il y a une augmentation depuis le début de la mise en place de l'APA, c'est à dire, depuis 2002, le budget consacré à cette prestation augmente chaque année de façon relativement importante. On se situe depuis deux ans dans une phase de stabilisation. Ça augmente moins vite qu'avant, et on est en train de stabiliser un peu les crédits pour cette prestation. Alors le budget de 2006 pour toutes les personnes âgées était de 139 millions dont l'APA 102 millions. En 2005, 88 million l'APA. En 2009, le budget des personnes âgées est de 174 millions, et l'APA représente 129 millions. En 2010, le budget pour les personnes âgées compte 179 millions, dont l'APA 133 millions. Donc la progression commence à être moins forte que ce qu'elle a été dans les années passées.

-Au niveau des demandes, le conseil général reçoit encore de l'ordre de 7000 mille demandes. Mais la progression est moins forte qu'avant. En 2006, il y a 8429 premières demandes, En 2007, 7199; En 2008, 7967; En 2009, environ 6800, au moins de juin 2010, il y a 3600 demandes. En tout, au total, on compte environ 11000 demandes par an. Le nombre de demandes se stabilise à peu près.

Concernant l'APA, la participation de l'État arrive directement sur le budget du département, elle est de l'ordre de 35 millions d'euros en 2010. C'est très stable depuis un certain nombre d'années. Ça n'évolue pas beaucoup. La participation de l'État est calculée en fonction du nombre de RMI dans le département, du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans, et du potentiel fiscal du département. Ce sont ces trois éléments qui déterminent la participations de l'État à la dépense de l'APA. Ils ne sont pas négociés du tout, c'est l'État qui décide. Cela représente environ 30%.

Politique du département : le budget restreint

-augmentation de participation & restriction de l'heure autorisée

-Les demandes sont moindres, et le nombre d'heure effectuées par la part des structures agréées est limité par rapport aux heures autorisées. Les structures agréées représentent à peu

près 200000 heures sur un total de 6 millions d'heures payées. Au total, les heures APA représentent 6 millions d'heures. L'impact des 200 mille heures se sent beaucoup moins sur le budget que sur celui de structures autorisées.

La politique du département de l'Hérault depuis l'année dernière est très particulière, parce que dans le cadre de l'APA, 97% des heures qui sont faites le sont par les services autorisés. Or le taux moyen est de 60% en France, et pour certains départements, il est de 30% ou 40%. Mais l'Hérault a 97%. Par conséquent, ça coûte très cher pour le Conseil Général. Donc le président du CG a voulu réduire le volume, notamment le volume des heures tarifées. Donc il a demandé au service de tarification de réduire de 200000 heures en 2010. Par rapport à la totalité des heures d'APA, ce n'est pas beaucoup. Et le service de tarification a fait des diminutions sur les trois plus gros services dans le département : ADMR, Présence verte, et SESAM 34. Ils ont commencé par l'ADMR. Ils ont enlevé 140000 heures à leurs heures autorisées. C'est aussi sur ce point là que l'ADMR a émis des critiques envers le département. L'ADMR a intenté un procès contre le service de tarification au tribunal de Bordeaux. Il a attaqué leur arrêté de tarification. C'est la troisième fois qu'il attaque le CG34.

Autre solution proposée :

1. Demander aux structures autorisées de développer l'espace du marché libre avec l'agrément qualité.

Normalement, l'autorisation donnait automatiquement l'agrément qualité aux structures autorisées. «C'était automatique». Comme dans le cadre de l'autorisation, le Conseil Général limite les activités des structures, alors cet agrément qualité leur permet d'aller au-delà des heures que le conseil général a autorisées. Donc ils ont une ouverture sur le marché qui est plus grande, puisque dans le cadre de l'agrément qualité il n'y a pas de limitation d'activités.

2. Développer le mode mandataire et de gré à gré:

Le conseil général de l'Hérault essaie d'élargir un peu l'offre de services sur le département en vue qu'elle ne soit plus exclusivement ou quasi-exclusivement rendue par les services prestataires. Jusqu'à présent, les prestataires avaient une part de marché qui

représentait 99% des bénéficiaires de l'APA, puisque le conseil général souhaitait et favorisait l'intervention du prestataire. Or à présent, il veut réduire cette part là et laisser plus de place à l'intervention du gré à gré ou du mandataire. Et comme il constate que le nombre de bénéficiaires est en train de se stabiliser, ça veut dire que le nombre d'heure réalisé par chaque structure va diminuer. Comme jusqu'à présent quand une personne demandait de l'emploi direct ou du mandataire, l'évaluateur lui disait qu'il valait mieux passer par un prestataire. Alors, Le CG34 souhaitera, aujourd'hui, si la personne âgée fait la même demande, l'évaluateur va dire « oui, et il n'y a pas de problème. Vous pouvez employer quelqu'un directement, ou vous pouvez utiliser une structure mandataire. » Alors la participation de mandataire est 14.22 euros, et la participation du GAG est 10.10 euros. Pour l'instant, ces chiffres restent stables. Ils ont plus ou moins 6% de GAG. C'est à dire, tout le reste est encore effectué par le prestataire.

Histoire de l'organisation du service de tarification dans l'Hérault :

La délivrance de l'autorisation et la tarification pour les établissements existent depuis les années 1980s dans l'Hérault (selon la loi du 30 janvier 1975). Ces deux services concernant l'établissement étaient réalisés par une équipe de tarificateurs qui s'occupaient de toutes les problématiques du côté de la maison de retraite jusqu'à l'année 2009, alors que la distribution des autorisations et la tarification pour des structures d'aide à domicile étaient apparues en 2006 dans l'Hérault. Ces services étaient apportés par l'équipe de l'UGAP. Le 1 janvier 2009, le conseil général de l'Hérault a réorganisé leurs services concernant des personnes âgées, ayant une tendance de « centralisation et spécialisation » :

-Les équipes UGAP (Unités de gestion administrative des prestations) ne s'occupent que les ouvertures du dossier pour accéder au marché / les ouvertures du droit administratif pour les personnes âgées et les structures. Ils examinent également si le dossier est recevable au point de vue administratif.

-L'équipe spécialisée en établissement a repris tous ce qui concerne la fixation de la capacité de la structure (nombre de lits, nombre d'heures autorisées...) et la tarification.

Ps : A partir de l'année 2008, le conseil général de l'Hérault n'a plus demandé d'entrer dans le système d'autorisation pour les services d'aide à domicile.

Organisation du service de tarification du CG34

Il s'agit d'une équipe de 19 personnes : une directrice, un directeur adjoint et 17 tarificateurs. La plupart d'entre eux sont diplômés en comptabilité. Leurs bureaux sont dans le bâtiment principal de la direction des personnes âgées, où se trouvent presque tous les services des personnes âgées sauf l'équipe de l'UTAG.

Leurs situations spécifiques :

1. Les autorisations pour les structures d'aide à domicile n'étaient pas délivrées par cette équipe, donc ils ne connaissent pas les critères d'autorisation. Par exemple, lors d'un entretien avec la directrice du service de tarification, elle a expliqué qu'elle trouvait bizarre d'autoriser autant d'heures pour les services à domicile dans le cadre d'APA (Plus de 95%). À présent, on leur demande de réduire le volume d'heures autorisées, ce qui est très difficile à pratiquer.
2. Comme c'était une équipe spécialisée en affaires d'établissement, ils ne connaissent pas très bien les services d'aide à domicile, qui leur semblent « plus compliqués à tarifier que la maison de retraite ». De plus, ils n'ont pas d'outil de travail. Ils avaient un référentiel de tarification pour les établissements, élaboré en fonction d'un référentiel des conduites d'analyse de budget proposé par un cabinet expert comptable. En 2009, ils étaient obligés d'élaborer un nouveau référentiel pour les structures à domicile, parce que le contexte social et juridique de celles-ci est très différent que les maisons de retraite. Avec l'aide d'un cabinet expert comptable, ils ont élaboré un référentiel à partir du texte pour l'établissement. Ce référentiel est juste la version provisoire et expérimentale.
3. Conflits avec l'ADMR concernant les heures autorisées réduites et le tarif proposé par le CG.

-ADMR était autorisé déjà en 2006, mais il n'était pas tarifé jusqu'à l'année 2009 (Tarification pour le tarif de 2010). Donc cette nouvelle équipe effectuait la tarification à l'ADMR pour la première fois. A la demande de réduire le budget de l'APA du Conseil Général, le service de tarification a décidé de réduire le nombre d'heures autorisées dans

le cadre d'APA de l'ADMR, environ 6.2% de la totalité de leurs heures autorisées. Mais le problème est que le nombre d'heures facturées en 2009 n'est pas très loin de cette somme, c'est-à-dire que l'ADMR devra refuser certaines nouvelles demandes à partir d'un certain moment pour ne pas dépasser les heures autorisées. Alors la proposition du CG est que l'ADMR refuse les nouvelles demandes du bénéficiaire en GIR 4. Mais l'ADMR n'est pas d'accord avec cette idée en disant qu'il faut pas choisir le client.

-D'ailleurs, l'ADMR n'est pas satisfait de la procédure administrative de la tarification du CG et des tarifs proposés. D'un côté, il est vrai que le service de tarification demande une liste de dossier à rendre et à vérifier, y compris les détails de la comptabilité de cette structure. Et ils les étudient avec prudence. Il est déjà arrivé que le service de tarification demande à l'ADMR d'expliquer certaines dépenses ou de fournir les détails de certains comptes. Pour l'ADMR, c'est une surveillance trop stricte et trop lourde qui n'a aucun sens. Et l'ADMR a perdu beaucoup de temps pour s'adapter aux exigences du CG. D'un autre côté, le service de tarification arrête le budget d'une structure avec leurs propres logiques et un référentiel spécifique. Souvent, ce ne sont pas les mêmes avec les associations. Par exemple, sur certains termes, le CG et la structure n'ont pas les mêmes points de vue, comme celui concernant les dépenses de véhicules et les recettes des autres financeurs... (Cette idée sera expliquée dans la partie de logique de tarification.)

4. Relation avec les autres financeurs

Le CG34 considère que tous les autres financeurs, sauf CRAM et l'aide sociale, devaient appliquer le tarif arrêté par le service de tarification. Donc sauf pour les heures de CRAM ayant le tarif de CNAV de 18.20 euros et les heures d'aide sociale ayant le tarif de 15.10 euros, le service de tarification a fait entrer le volume d'heures de tous les autres financeurs et leurs financements dans le calcul de tarification. En fait, dans un entretien avec la directrice de ce service et les directeurs des services d'aide à domicile, on a remarqué que la plupart des autres financeurs n'appliquent pas le tarif arrêté par le CG, en revanche ils emploient le tarif de CNAV comme le CRAM. Et le service de tarification n'est pas très clair sur ce point. Ils n'ont pas de relations avec aucun financeur sauf la CRAM.

Ici, un autre aspect pas très clair : le nombre d'heures des autres financeurs est-il arrêté par le CG ou par le financeur ? Existe-t-il une convention entre les autres financeurs et les associations ?

Processus de tarification

Les associations rendent tous les dossiers demandés par le service de tarification avant octobre. Les tarificateurs analysent les comptes administratifs et les budgets proposés des structures. Ensuite le service de tarification fait un rapport. Le directeur du pôle départemental de la solidarité décide de le valider. Ce rapport est ensuite envoyé à la structure, ils ont une période de 8 jours pour faire des observations, des remarques sur ce rapport là. Si l'association en est d'accord, le service de tarification prend un arrêté, et c'est cet arrêté là qui est signé par le président du CG; si l'association n'est pas d'accord, le service de tarification peut décider de tenir compte des remarques faites par l'association ou pas. Si le service de tarification tient compte leurs remarques, il refait une proposition budgétaire à la structure. Sinon, malgré tout, le service va prendre un arrêté et montrer au président du CG.

Critères de tarification:

1. Référentiel de la tarification.

Ce référentiel de tarification était élaboré par l'équipe de tarification de la direction des personnes âgées avec l'aide d'un cabinet expert comptable.

En gros, il y a deux parties : autorisation et tarification. Concernant l'autorisation, le service de tarification vérifie le nombre d'heures proposées par le SAD est inférieur ou égal au nombre d'heures autorisées et leurs périmètres d'intervention.

Ps : Quand les structures obtenaient l'autorisation du CG, elles signaient une convention avec le CG en précisant le nombre d'heures autorisées et les périmètres d'intervention. Mais ce nombre d'heures et ce périmètre d'intervention peuvent être ajustés par le service de tarification du CG en cas de besoin. Comme on a vu dans le cas de l'ADMR, le CG a modifié trois fois le nombre d'heures autorisées en fonction de la politique départementale sur les personnes âgées. Juste à ce point, on voit bien que le CG contrôle le somme de financement d'APA en employant les ajustements du nombre

d'heures et de la tarification.

2. Logique de la tarification

2.1 Périmètre de la tarification

«Toutes les heures facturées au département (APA, PCH...), ainsi que celles prises en charge par d'autres financeurs (CAF, Caisse de Retraite, mutuelle.....) ». Sauf les heures de CRAM (tarif CNAV, 18.20 euros) et l'aide sociale (15.20 euros).

2.2 Calculer les clés de répartition en fonction des heures facturées pour les activités diverses dans les comptes administratifs de l'année moins deux (N-2). Normalement il y a trois clés de répartition :

2.2.1 Clé1 : prestataire +60 ans dans l'activité globale

Les restes peuvent être mandataire, d'autres activités comme portage de repas, t él éalarme, SSIAD...etc.

Cette clé applique à l'ensemble des charges et produits.

2.2.2 Clé2 : prestataire + 60 ans dans l'activité prestataire totale

Cette clé applique à ceux relatifs au personnel d'intervention.

2.2.3 Clé3 : activité concernant des personnes de + 60ans dans l'activité globale.

(mandataire, prestataire, portage de repas...)

Les restes peuvent être le SSIAD, cr àche...etc. Cette clé applique aux charges et produits relatifs au personnel de coordination.

Ces trois clés de répartition appliquent à la fois au calcul des dépenses des associations et des recettes.

2.3 Rappel des résultats antérieurs.

Les spécificités des institutions sociales et médico-sociales tiennent au fait qu'elles sont des structures à but non lucratif, donc elles ne font pas de bénéfice. Mais le CG reprend dans la tarification les résultats que les structures peuvent avoir. C'est à dire, si les structures ont un excédent ou un déficit, ce résultat est repris sur l'année N+2. Si en 2010, une structure a un déficit, ce déficit va s'ajouter dans la dépense de 2012. Mais dans le cadre de la tarification des services à domicile, les excédents ou

les déficits ne sont pas affectés. Les deux affectations possibles sont en réserve de compensation ou en diminution des charges.

2.4 Calcul des charges d'exploitation (Dépenses)

Les dépenses des structures sont regroupées en trois groupes :

Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante

Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel

Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure.

2.4.1 Groupe 1 : y compris les achats, les services extérieurs (Les prestataires à caractère médical ou médico-social) et des autres services extérieurs (transport divers, frais postaux, télécom...)

Principalement, le CG applique la clé 1 sur les dépenses du groupe 1 proposées par le SAD. Par contre, sur certains comptes comme « prestation à caractère médical » ou médico-social, « transport divers » et « déplacements, missions et réception », le CG peut refuser la demande du SAD ou employer des manières différentes pour calculer les dépenses. Par exemple, concernant les dépenses de transport lors d'interventions, le CG n'utilise pas les mêmes méthodes pour calculer les charges de transport :

ADMR	<p>① personnel d'intervention : 2705 km sur une année par ETP d'intervention * nombre d'ETP d'intervention * 0.35 euros/km</p> <p>② personnel de coordination : 2472 km par ETP de coordination * nombre d'ETP de coordination * 0.35 euros/km * Clé 3</p> <p>③ personnel d'administration : environ 0.1% de toutes les charges de transport * Clé 1</p> <p>Total = ①+②+③</p>
AAMD	<p>Total= Nombre d'heures à tarifier (sauf les heures de CRAM et de l'aide sociale) * 0.35 euros * 1.12 km/h * Clé 2</p>

Alors, si on applique la méthode de calcul d'AAMD sur l'association ADMR, les charges de transport vont être beaucoup plus élevées que celles calculées par le CG.

2.4.2 Groupe 2 : D'abord, le CG examine l'organigramme du personnel de la structure.

Métier	Calcul du nombre d'ETP
Administratif	Dépend beaucoup du volume d'activités et de la taille de la structure. Appliquer la Clé 1.
Personnel d'intervention	(Nombre d'heures à tarifier + heures de CRAM et d'aide sociale) ÷ heures annuelles de travail effectif (variées en fonction des associations)
Personnel de coordination	Personnel d'intervention ÷ 22 * Clé 3

-concernant le personnel d'intervention, le CG demande en moyenne 15% d'intervention en catégorie C. Mais selon le nombre de salariés et la qualification des salariés. Les structures peuvent avoir un taux bas comme ADMR, 10% de personnel en catégorie C, ou bien comme AAMD, avoir un taux très élevé, 26% de personnel en catégorie C.

-Même si le temps d'inter-vacation est noté sur le référentiel de tarification, il n'est pas pris en compte dans les pratiques de tarification.

-Ensuite, le tarificateur recalcule les rémunérations et les dépenses totales correspondent au personnel en fonction des nombres d'ETP fixé par le CG.

2.4.3 Groupe 3 : y compris les dépenses pour la structure, les autres charges de gestion courante, les charges financières, les charges exceptionnelles et les dotations.

-Ce groupe applique principalement la Clé 1.

-Par contre pour le compte 616, les primes d'assurance peuvent avoir

plusieurs clés appliquées en fonction des contenus de la garantie : la garantie des véhicules, la clé 2 ; des locaux, la clé 1.

-Pour les comptes de ce regroupe, on a remarqué que le CG accepte ou pas la proposition du SAD dépend beaucoup des manières dont le SAD a justifié la dépense et l'exigence personnelle du tarificateur. Devant les mêmes situations, certains tarificateurs acceptent la proposition du SAD et certains la refusent. D'ailleurs, les raisons à refuser les propositions données par les tarificateurs sont souvent comme « pas assez explicite » ; « aléatoire et imprévisible » ; ou « l'objet n'est pas défini » ; « ne retient pas aux provisions pour dépréciation des actifs circulants » ou « pas clairement identifié et évalué »...etc. *(Ici on peut continuer à les analyser.)*

2.5 Calcul des produits d'exploitation

le montant des produits d'exploitation (inconnue)

= le montant des charges d'exploitation (connu)

- Résultat antérieur (connu)

les produits de la tarification (Base de tarification, inconnue)

= le montant des produits d'exploitation (connu)

- autres produits d'exploitation (connu)

- produits financiers (connu)

-Autres produits d'exploitation : le compte 70 (Recette de CRAM et d'aide sociale), les subventions d'exploitation, l'autre produit gestion courante, remboursement / rémunération personnel non médical en appliquant les clés.

-Produits financiers : produits exceptionnelles et les transferts des charges (remboursement des formations et des sinistres, remboursement de kilomètre ou de mise à disposition---en fonction des demandes)

1.1 Calcul du tarif moyen :

		Aide et employé à domicile (A+B)	AVS ou diplômé (C)	Coordination	Frais de structure	Total
Charges	Groupe 1					
	Groupe 2					
	Groupe 3					
	Total	A	B	C	D	L
Recette en atténuation	Autres produits d'exploitation					
	Produits financeurs					
	Résultat antérieur					
	Total	E	F	G	H	M
Base de tarification		A-E	B-F	C-G	D-H	L-M
Activités en heure		I	J	K (Nombre d'heures tarifées)	K	K
Coût horaire		$\frac{A-E}{I}$	$\frac{B-F}{J}$	$\frac{C-G}{K}$	$\frac{D-H}{K}$	$\frac{L-M}{K}$
Tarif horaire		$\frac{A-E}{I}$ + $\frac{C-G}{K}$ + $\frac{D-H}{K}$	$\frac{B-F}{J}$ + $\frac{C-G}{K}$ + $\frac{D-H}{K}$			

$$\text{Donc Tarif Aide/ Employé à domicile} = \frac{A-E}{I} + \frac{C-G}{K} + \frac{D-H}{K}$$

$$\text{Tarif Auxiliaire de vie/ AMP} = \frac{B-F}{J} + \frac{C-G}{K} + \frac{D-H}{K}$$

$$\text{Tarif moyen jours ouvrables hors TISF} = \frac{L-M}{K}$$