



## NOTE SUR LA REFORME DE LA TARIFICATION DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

En préalable, la convergence tarifaire, qui concerne plus particulièrement les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées) et les USLD (Unités de Soins de Longue Durée) des Centres Hospitaliers publics sous tarif global avec PUI (Pharmacie à Usage Intérieur), singulièrement aggravée lors du renouvellement des conventions tripartites mais mise en œuvre depuis 5 ans (ce qui signifie un taux 0 voire négatif avec les plans d'économies aux USLD), est insupportable et génère, du fait de la baisse des moyens et des suppressions de postes, une maltraitance institutionnelle des résidents et des agents.

En parallèle, l'augmentation constante et importante de la masse salariale liée aux améliorations statutaires de la Fonction Publique Hospitalière depuis 3 ans et pour les deux années à venir, non compensée par les taux et peu ou mal prise en compte par les Conseils départementaux (ex généraux), accroît cette pression et dégrade les ratios de personnels.

L'ONDAM voté est purement illusoire pour les établissements à cause de cet effet ciseau : baisse des ressources / augmentations des charges.

### PLFSS 2017

---

Le très grand flou sur la procédure budgétaire 2017 et son calendrier doit être levé rapidement : budgets prévisionnels en octobre partiel, Etats des Prévisions de Recettes et de Dépenses pour le 1<sup>er</sup> janvier ? A tout le moins, il faut conseiller de déposer un budget prévisionnel complet selon la procédure actuelle, ne serait-ce que pour se réserver le droit à un recours. Vraisemblablement, le travail sera à refaire un mois après sous la forme de l'EPRD : double travail comme souvent.

Pour les articles qui nous ont été communiqués, les remarques sont les suivantes :

- ⇒ Article L. 313-1 modifié du code de l'action sociale et des familles :  
[...] Toute autorisation est caduque ~~si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai fixé par décret à compter de sa date de notification~~ si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et des conditions fixés par décret. [...]

↳ **Remarques de l'ANCHL** : les aléas liés aux travaux du secteur public (concours d'architecte, appels d'offre des entreprises, contention sur les appels d'offre, entreprises de gros œuvre défectueuses et absence d'entreprise reprenant les travaux en cours...) ; les aléas financiers sur l'obtention de la subvention CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) ou la banque n'accordant que des emprunts partiels ; les aléas du projet de construction (recours du voisinage, avis des Bâtiments de France retardant les délais ou alourdissant le montant des travaux) ; les aléas administratifs (avis de la commission de sécurité, visite de conformité...) font que cette date butoir de l'ouverture de la structure au lieu du début d'exécution s'avère pour les établissements publics un risque important de retards. Il faut au moins une possibilité de prolongation pour motifs sérieux.

⇒ Article L. 313-12 modifié du code de l'action sociale et des familles

[...] Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret. [...]

↳ **Remarques de l'ANCHL** : il n'y a pas de parallélisme dans la sanction. Les autorités retardent parfois la signature des conventions tripartites ou imposent des clauses inacceptables. Ce dispositif rend la signature obligatoire et immédiate pour le directeur du contrat. Il ne crée aucune obligation et pénalité pour les autorités en cas de carence de celles-ci.

[...] **Sans préjudice des dispositions des articles L. 315-14 et L. 313-14-1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.** [...]

↳ **Remarques de l'ANCHL** : Quel est le critère d'appréciation de la situation financière ? Par exemple, pour les établissements sous tarif global avec PUI, la section dépendance est mécaniquement déficitaire, sauf à supprimer des postes hébergement et soins financés par ces sections. Il faut un critère global (3 sections confondues) avec un pourcentage par rapport aux crédits totaux comme dans le secteur sanitaire, sur une base annuelle.

⇒ Article L. 313-12-2 actuel du code de l'action sociale et des familles

[...] Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat selon des modalités fixées par décret en conseil d'Etat. [...]

↳ **Remarques de l'ANCHL** : substituer à « du tarif », des «des ressources tarifaires »

⇒ L. 314-9 modifié du code de l'action sociale et des familles

[...]L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin ~~appartenant à une équipe médico sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé~~ désigné

par le Président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente.

L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 précitée est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin ~~de l'agence régionale de santé territorialement compétente~~ désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente.

La périodicité de révision du niveau de perte d'autonomie et de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents est définie par décret.

Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'Etat, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au premier alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis. [...]

↳ **Remarques de l'ANCHL** : les autorités tarifaires se donnent de la souplesse sur la qualité du médecin valideur. La réciprocité doit s'exercer pour les établissements. Au moins 30% des EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur (pénurie de médecins en zones fragiles, fonction peu attractive, peu rémunératrice...). La validation de la coupe doit être faite sur avis d'un médecin exerçant dans l'établissement par le Directeur. Ainsi (5<sup>e</sup> paragraphe : Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1), en cas de recours, il ne sera pas en porte à faux avec un avis favorable sur une coupe Pathos si de plus, la procédure n'aurait pas été respectée par le médecin valideur.