

La réforme tarifaire des EHPAD

Groupe Contact du 5 avril 2016

Sommaire

1.

- Rappel succinct des dispositions de la loi ASV et des travaux à réaliser pour septembre 2016

2.

- L'arrêté CPOM

3.

- Le décret budgétaire et comptable

4.

- Les décrets soins et dépendance

1.

Les dispositions de la loi ASV : L'article 58 en synthèse

- **Une réforme tarifaire** par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance ;
- **Une contractualisation renouvelée** à travers la substitution obligatoire d'un CPOM à l'actuelle convention tripartite pluriannuelle (CTP) ;
- **Des dispositions transitoires en vue** de la montée en charge des CPOM (sur 5 ans) et de l'harmonisation du niveau de financement des soins des EHPAD (en 7 ans) ;
- **Au niveau des établissements, un pilotage par les ressources** nécessitant une réforme des règles budgétaires et comptables, avec notamment la mise en place d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ;

1.

Méthodologie et calendrier de travail

- **Objectif** : Publication des textes en septembre ce qui nécessite de saisir le CE pour avis dès le mois de juin prochain.
- Mise en place d'un **groupe contact avec les fédérations** présidé par le cabinet : 1ère réunion le 21 janvier , la seconde aujourd'hui, la troisième prévue fin mai;
- Mise en place de **4 groupes techniques inter-administratifs** : décret soins, décret dépendance, décret budgétaire et comptable, CPOM;
- Proposition d'**intégration des fédérations aux travaux des groupes de travail techniques** à la DGCS selon le calendrier suivant :
 - ⇒ Pour le soins et la dépendance : mardi 26 avril et jeudi 19 mai ;
 - ⇒ Pour le décret budgétaire et comptable : le jeudi 14 avril et le jeudi 12 mai;
 - ⇒ Pour le CPOM : jeudi 21 avril et mardi 17 mai.

1.

Les travaux à réaliser pour une publication en septembre 2016

4 chantiers majeurs:

- La rénovation du cadre de contractualisation (CPOM) et de dialogue de gestion des EHPAD ;
 - Livrable : un arrêté relatif au cahier des charges des CPOM comprenant un modèle de contrat.
- La refonte des règles budgétaires et comptables pour les établissements et services relevant du périmètre d'un EPRD ;
 - Livrable : un décret budgétaire et comptable en Conseil d'Etat ;
- La fixation du forfait soins ; livrables :
 - Un décret en Conseil d'Etat sur le forfait soins ;
 - Un décret simple relatif à la minoration du forfait global de soins ;
- La fixation du forfait dépendance ;
 - Livrable : un décret en Conseil d'Etat sur le forfait dépendance ;

1.

Points de vigilance : interactions entre les secteurs PA et PH

- **La Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement rénove :**
 - la contractualisation sur le secteur des EHPAD (substitution de la CTP par un CPOM pluri établissements voire pluriactivités)
 - L'allocation de ressources par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance ;
- => À compter du 1^{er} janvier 2017, l'ensemble des EHPAD seront soumis à un EPRD.
- **des chantiers communs entre les deux secteurs :**
 - Généralisation des CPOM pour les ESSMS PH relevant des ARS (le cas échéant conjointement avec les CD) ;
 - Pour ces établissements et services, à compter de la conclusion d'un CPOM, application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat et utilisation d'un EPRD.

Ces dispositions ont été complétées par l'article 158 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

- Modifications de l'article L. 313-9 du code de l'action sociale et des familles en introduisant la possibilité pour les autorités ayant délivré l'autorisation de conclure un CPOM avec un ESSMS dans le but d'adapter l'offre suite à une modification ou à la publication d'un nouveau schéma.
- Ainsi, le CPOM a pour objet d'accompagner l'établissement ou le service à modifier ou transformer son activité.
- A défaut, l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ou celle de dispenser des soins aux assurés sociaux peut être retirée en cas de non atteinte des objectifs.

- **Le texte est pris en substitution de l'arrêté du 26 avril 1999 et sera complété par :**
 - Un décret fixant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD
 - Une instruction
 - Un guide méthodologique ANAP

- **Un CPOM type pour faciliter la démarche de contractualisation :**
 - Le CPOM envisagé est conçu comme un outil «souple» pour permettre de s'adapter aux problématiques rencontrées localement et définir des objectifs adaptés à chacun des gestionnaires.
 - Le projet de CPOM type est organisé en un socle contractuel (identification des parties, vie du contrat ...) et des annexes opposables (diagnostic partagé, objectifs du CPOM, éléments budgétaires ...) afin de faciliter la démarche de contractualisation conjointe. Il reste adaptable aux pratiques locales.

➤ **Articulation avec les autres chantiers** : la première version du texte qui vous est soumise sera complétée une fois l'ensemble des dispositions réglementaires stabilisées.

⇒ Nécessaire articulation avec les autres chantiers et notamment le décret DBC. Deux exemples :

- liste des éléments à transmettre annuellement et à quelle date ?
- Sur les annexes : le GT a fait une première liste des annexes : pour l'écriture de certaines, il faudra attendre que les textes "soins", "DBC" et "dépendance" soient stabilisés pour les alimenter (fiche de synthèse budgétaire/PPI ...).

➤ **Articulation entre les différents CPOM du secteur (PH, résidences-autonomies...)** : proposition que le CPOM puisse s'articuler avec les autres CPOM existants de l'organisme gestionnaire (potentiellement multiples). Deux solutions :

- La première consiste au regroupement simple de l'ensemble des différents CPOM qui continuent à poursuivre leurs effets propres.
- La seconde consiste en l'intégration de l'ensemble des contrats existants dans un CPOM unique.

⇒ à ce stade des échanges, le GT propose le maintien de deux solutions possibles à la discrétion des cocontractants.

☛ Dialogues de gestion du CPOM vs dialogue budgétaire et financier

- ☛ La périodicité des dialogues de gestion du CPOM : proposition d'un dialogue de gestion à mi-parcours et lors du renouvellement
- ☛ Exercice distinct du dialogue financier réalisé dans le cadre de l'EPRD qui comprendra un suivi des indicateurs du CPOM (articulation avec les documents demandés dans ce cadre pour ne pas alourdir les procédures)

☛ Renouvellement du CPOM

- ☛ Proposition de prorogation d'un an sans avenant (souplesse) et possibilité d'une année supplémentaire par avenant

☛ Postulat sur les indicateurs du CPOM :

- ☛ Proposition de se référer aux indicateurs du tableau de bord de la performance et de l'ANESM.
- ☛ Possibilité laissée aux cocontractants d'en définir d'autres et d'en vérifier l'atteinte, mais volonté d'en limiter le nombre pour en conserver le sens.

➤ **Les annexes** : volonté de construire le modèle-type comme un outil souple avec un socle contractuel et des annexes opposables dont le nombre serait limité :

- La synthèse du diagnostic partagé ;
- La réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire ;
- Objectifs fixés dans le cadre du CPOM ;
- L'habilitation à l'aide sociale départementale ;
- Le dernier document d'évaluation externe réalisé ;
- Les valeurs recueillies dans le cadre du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux, pour les trois dernières campagnes de recueil ;
- Le cas échéant, l'arrêté fixant les frais de siège ;
- Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple, CPOM sanitaire, PH ou résidences autonomes) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat.

➤ **La conclusion de CPOM par les PUV**

- Elles dérogent à la tarification au GMPS mais, en revanche, elles sont soumises à l'obligation du CPOM.

➤ **En cours d'examen : abrogation de l'arrêté de 1999 pour les PUV**

- **La loi impose l'utilisation d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses** dans des conditions définies en Conseil d'Etat.
 - Cadre de présentation qui permet de regrouper plusieurs budgets et d'avoir une vision de la situation financière globale des ESMS du CPOM (le cas échéant multi-activités, y compris le secteur « personnes handicapées »).
 - **Applicable dès le 1^{er} janvier 2017** au titre des mesures transitoires.
- ⇒ Ce chantier nécessite la revue de l'ensemble des dispositions relatives à la tarification des ESMS : articles D. 314-1 à 314-193 du code de l'action sociale et des familles
- ⇒ Il n'est pas possible de différencier les dispositions budgétaires et comptables prises en application de l'article 58 de celles relevant de l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016 (CPOM obligatoires pour des catégories d'ESSMS PH et des services PA).
- ⇒ **Cohérence nécessaire des règles liées à une tarification à la ressource.**

- **Proposition d'un cadre « classique » de l'EPRD qui nécessite des adaptations pour deux catégories d'établissements :**
 - Pour les ESSMS relevant d'un établissement public de santé : un cadre EPRD « médico-social » ne doit pas rentrer en conflit avec l'EPRD « sanitaire » auquel l'hôpital est soumis et pour lequel le code de la santé publique définit ses propres règles ;
=> Proposition d'un cadre allégé n'ayant qu'une visée tarifaire et permettant une consolidation des données au niveau national par la CNSA, il pourra nécessiter une adaptation de la nomenclature des comptes
 - Pour les EHPAD commerciaux : un cadre EPRD préservant le secret commercial, ce qui implique de ne pas aller au-delà des actuelles sections « soins » et « dépendance » de ces établissements
- D'autres modèles sont à prévoir :
 - Des états réalisés des recettes et des dépenses (un modèle classique, déjà travaillé, et deux modèles adaptés) ;
 - Annexe(s) « activité », compte(s) d'emploi, tableau des effectifs rémunérés notamment.

- **Sur la construction du décret** : à partir des dispositions réglementaires existantes dans le code de l'action sociale et des familles en matière financière (Livre 3 Titre 1 chapitre IV - articles R. 314-1 et s.), il convient de :
 - Exclure les dispositions inapplicables dans le cadre d'une tarification à la ressource et de l'utilisation d'un EPRD (d'où la création d'un article R. 314-1-1 procédant à ces exclusions);
 - Modifier les articles nécessitant une adaptation pour être applicables à la fois à la tarification de droit commun (dépôt d'un BP + procédure contradictoire) et à la tarification à la ressource et pour l'utilisation d'un EPRD ;
 - Créer dans ce même chapitre une section IV « Dispositions particulières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses »
 - Prévoir des mesures diverses, transitoires et finales.

3.

« Décret budgétaire et comptable » : les points saillants 1/2

- **Périmètre de l'EPRD** : il coïncidera au périmètre du CPOM pour les EHPAD privés. Pour les établissements publics, l'EPRD comprendrait l'ensemble des activités rattachés à l'entité juridique;
- **Présentation en déséquilibre possible de l'EPRD** : autoriser une présentation de l'EPRD en déséquilibre budgétaire sous conditions (CAF finançant le capital des remboursements d'emprunt notamment);
- Les dépenses approuvées dans l'EPRD auront un caractère évaluatif sauf pour les dépenses de personnel ;
- Mise en place de ratio d'analyse financière dans l'EPRD.
- Chaque autorité de tarification notifiera ses ressources indépendamment ; en revanche, l'EPRD serait approuvé conjointement par le DG ARS et le PCD avec une possibilité d'approbation tacite.

3.

« Décret budgétaire et comptable » : les points saillants 2/2

- Suppression des clés de répartition fixes entre sections tarifaires mais l'évolution de la part de cofinancements ferait l'objet d'un suivi et les clés de répartition actuelles serviraient de référence pour calibrer les forfait
- Maintien de la répartition en sections tarifaires, avec application des clés de répartition, dans une annexe de l'EPRD pour analyser l'origine des excédents et des déficits.
- Règle d'affectation des résultats : resterait limitée au cas prévu par le CASF [1°compte de report à nouveau (dont mesures non pérennes n+1), 2°investissement, 3°réserve de compensation des déficit, 4°réserve de trésorerie, 5°compensation des charges d'amortissement], mais l'affectation serait faite par le gestionnaire sous réserve de l'atteinte des objectifs du CPOM. Pour les EHPAD commerciaux, l'affectation libre resterait cependant limitée aux cas prévus au 1° et 3°.

3.

« Décret budgétaire et comptable » : Cartographie des dispositions nouvelles

Les dispositions de la section IV «*Dispositions particulières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses* » sont reprises dans la cartographie jointe à ce diaporama.

4.

Un nouveau modèle de tarification des soins (1/2)

- **Forfait global de soins** = résultats de l'équation tarifaire + financements complémentaires et prise en compte de l'activité.
 - **L'équation tarifaire** : les GMPS validés au plus tard le 30 juin N-1 sont pris en compte pour le calcul du forfait soins N des EHPAD.
 - **Périodicité de révision du GMPS** : maintien d'une évaluation du niveau de dépendance et des besoins en soins requis (« GIRAGE + coupe PATHOS ») lors de la contractualisation (conclusion ou renouvellement) + une évaluation intermédiaire systématique au cours de la 3^{ème} année du CPOM.
- **Les financements complémentaires** définis dans le CPOM sont destinés à financer :
 - **Les modalités d'accueil particulières** : AJ, HT, PASA, UHR, PFR.
 - **Des actions ponctuelles dont la liste sera prévue dans le décret** : gestion des situations sanitaires exceptionnelles, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, développement de la qualification des professionnels, opérations de modernisation et de restructuration, etc.
 - **La prise en charge de publics spécifiques** : réflexion en cours sur des financements destinés aux personnes handicapées vieillissantes ou aux personnes âgées en situation de grande précarité.

● La prise en compte de l'activité :

- Proposition de modulation du produit de l'équation tarifaire : seuil à 95 % de taux d'occupation.
- En dessous du seuil de 95%, abattement de 1/2 point de la dotation pour 1 point d'activité en dessous du seuil. Exemple : 94 % de taux d'occupation = 99,5 % du forfait.
80% = 92,5 % etc.
- Réflexion sur la possibilité de moduler les financements complémentaires en fonction de l'activité. Cette modulation sera possible dans des conditions prévues dans le CPOM.
- L'autorité de tarification pourra tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer cette modulation.

4.

Un nouveau modèle de tarification de la dépendance

- **Proposition d'une équation tarifaire :**

= [(GMP x capacité installée x valeur départementale du point GIR arrêtée par le PCD) – participations des résidents – tarifs des résidents d'autres départements]

- Le forfait global relatif à la dépendance pourrait également inclure des financements complémentaires définis dans le CPOM.
- Proposition d'une modulation du forfait en fonction de l'activité cohérente avec la modulation du forfait soins.
- Mise en place d'une convergence tarifaire : la proposition retenue est d'appliquer, dès le 1er janvier 2017, le calcul du forfait dépendance et de fixer dans le décret le rythme de convergence tarifaire sur 7 ans comme le fait la loi ASV pour le soins.
- La valeur de référence « point GMP départemental » ne peut pas être inférieure à la valeur moyenne de l'exercice précédent. Le PCD peut geler la valeur de référence mais il ne peut pas la diminuer.