



RENTRÉE SOCIALE

des associations sanitaires,
sociales et médico-sociales



2017
2018

L'environnement tarifaire des ESMS : « année zéro » des nouveaux paradigmes

Intervenants de la table-ronde

	nom	fonction
ARS – DT 13	Karine HUET	Directrice départementale 13
CD 83	Nathalie ROMAN	Responsable du service tarification de la direction de l'autonomie
CD 84	Myriam MAZZOCUT	Chef de service tarification et contrôle
CD 13	Armelle SAUVET	Directrice adjointe de la direction PA-PH
CD 04	Roland RUZAFRA	Chef de service PA-PH

Une révolution dans le secteur médico-social – 2017 : « année zéro » des nouveaux paradigmes

- Une **nouvelle logique** : d'ascendante à descendante
- Une **nouvelle culture** : responsabilisation, autonomisation, analyse financière,...
- Des CPOM rendus **obligatoires** pour les secteurs PA et PH
- Un **nouveau cadre budgétaire** : l'EPRD et l'ERRD
- Une **tarification redéfinie** : à la ressource et non plus à la dépense, forfaitisée et selon des tarifs nationaux
- **EHPAD** : réforme de la tarification applicable dès janvier 2017
- PH : chantier de réforme de la tarification en cours (Seraphin-PH)

Objectif : une meilleure organisation de l'offre et une meilleure allocation des financements

« Dans les années qui viennent, les autorités compétentes en matière de planification, d'autorisation, de financement et de pilotage, au 1^{er} rang desquelles les CD et les ARS, auront de + en + à travailler à **l'organisation de l'offre pour l'améliorer et la faire évoluer en fonction des besoins, dans un souci de bonne allocation des financements publics** » .

Rapport annexé au projet de loi ASV

Un CPOM obligatoire et un EPRD : une gestion sanitaire du médico-social - En résumé

LFSS 2016 et 2017 + loi AVS déc 2015

CPOM OBLIGATOIRES - à signer entre 2016 et 2021 :

- EHPAD et PUV
- ESMS PH à compétence conjointe et SSIAD

EPRD REMPLACANT LE BP pour certains ESMS - à partir de 2017

REFORMES DE LA TARIFICATION (tarification à la ressource)

- applicable dès 2017 pour les EHPAD
 - en cours pour le secteur PH (projet Serafin)
- fin de la procédure contradictoire
- modifications au niveau de l'affectation des résultats



Ordre de ces
3 étapes
différent
selon secteur
PA ou PH

Chronologie Secteur PA

1) EPRD +
réforme de la
tarification

**EPRD obligatoire dès le 1^{er} janvier
2017**

= à rendre pour le 30 avril 2017 (*)

2) CPOM

**+ nouvelles règles de tarification
Même si pas de CPOM signé
pour tous les EHPAD et PUV**

Chronologie Secteur PH

1) CPOM

CPOM à signer entre 2016 et 2021

en fonction du calendrier établi
par les autorités de tarification

2) EPRD si CPOM

3) Réforme de la tarification ? (chantier Serafin en cours)

Si CPOM signé → EPRD

Des CPOM obligatoires

Contexte : de l'incitation à l'obligation

- Depuis plusieurs années, contexte d'incitation politique à la “restructuration” du secteur.
- Objectif initial : réduire le nombre d'interlocuteurs pour les discussions budgétaires : de 35 000 à 3000/5000.
- Un des outils phares = le CPOM.
- Au départ volontaire.
- Volonté de généralisation avec la loi HPST du 21 juillet 2009 qui prévoit son extension au-delà d'un certain seuil (non appliquée en l'absence d'arrêté).
- Tous les derniers textes insistent fortement sur les CPOM et les dernières lois les rendent obligatoires pour les EHPAD et les ESMS PH.

Enjeux des réformes

*Source : instruction du
21 mars 2017*

- Meilleure **structuration de l'offre**.
- Levier de **performance** et de **gestion + efficiente** pour les ESMS.
- Mieux répondre aux besoins des personnes. Amélioration de la **qualité** de l'accompagnement et de la prise en charge.
- Source de **simplification** administrative.
- Donner la visibilité d'un cadre pluriannuel aux objectifs et aux financements , dialogue + **stratégique**.
- Permettre aux groupes de conclure un contrat unique pour tous leurs établissements.
- Passer à une culture de **résultats** et d'évaluation.
- Encourager la réalisation d'**économies d'échelle**.
- Gestionnaire + autonome et + responsabilisé (peut se recentrer sur la définition d'objectifs stratégiques).

Les CPOM obligatoires : pour qui ?

	<i>secteur PA</i>	<i>secteur PH</i>
<i>ESMS concernés</i>	EHPAD et PUV	Compétence conjointe ARS/CD : enfance handicapée, ESAT, CDTD, ESMS de réadaptation, pré-orientation et rééducation professionnelle, FAM, MAS, SAMSAH, SSIAD, SPASAD, CAMSP

Cas de CPOM « facultatifs »

type d'ESMS

Résidences autonomie

SAAD

SPASAD

**CPOM de restructuration
de l'offre**

Tous les autres ESMS



L'EPRD

Définition et logique de l'EPRD

= acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et dépenses annuelles.

- Étudier des **recettes** que son champ d'activité au sens large (financées par les tarifs ou autres) permet d'obtenir.....
- avant d'envisager les charges supplémentaires à engager ou les moyens supplémentaires que l'on souhaite obtenir.

A qui/quoi sert l'EPRD?

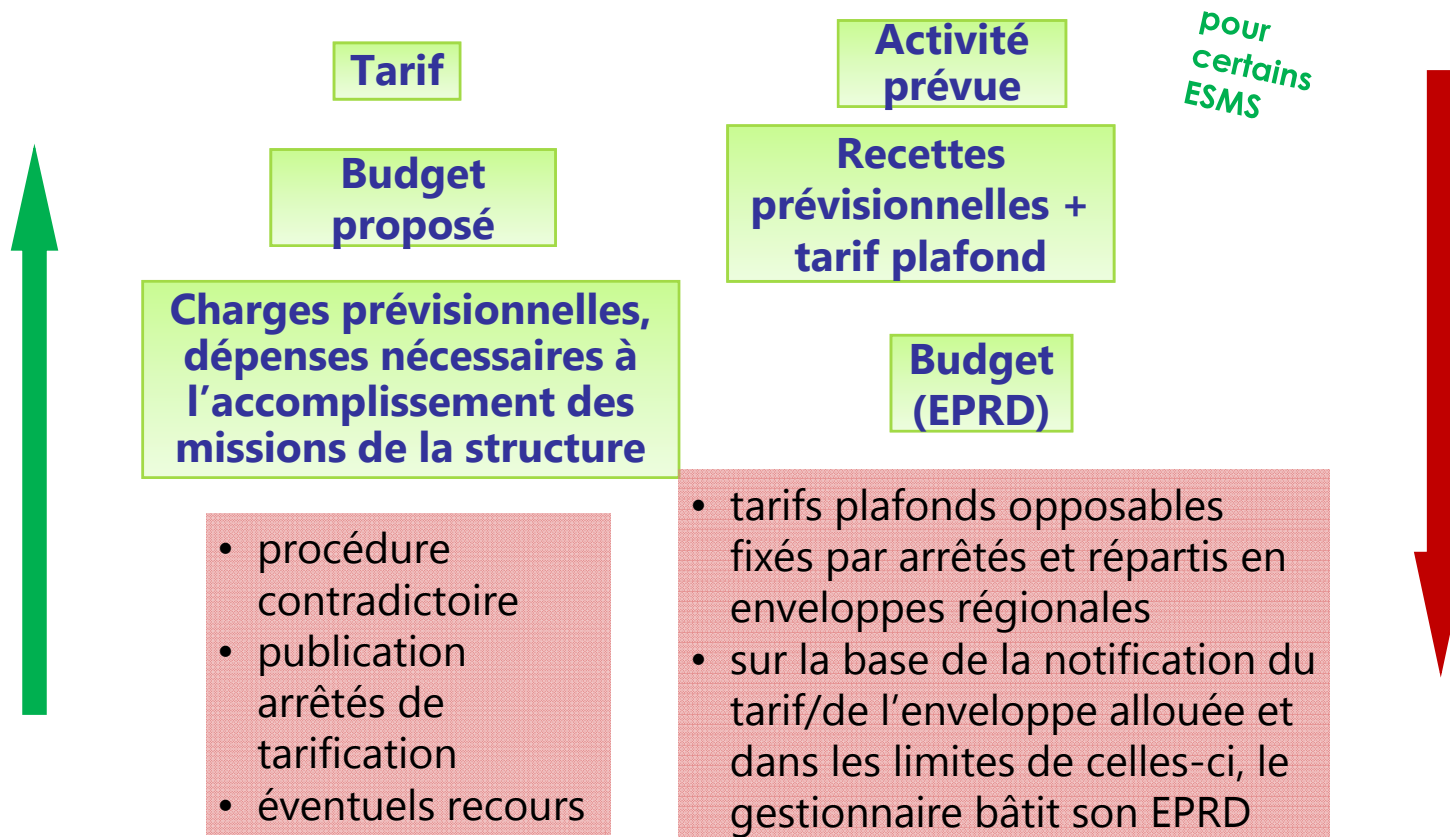
Démonstration faite par le gestionnaire à son autorité de tarification que les financements attribués permettent :

- L'équilibre d'exploitation
- Le financement des investissements
- L'équilibre financier global (= trésorerie suffisante pour faire face aux engagements)

*Etablir son budget prévisionnel, c'est négocier un tarif.
Etablir son EPRD, c'est démontrer qu'avec son tarif on va réussir à gérer.*

D'une logique ascendante à une logique descendante

Jusqu'à fin 2016 pour certains et au-delà pour d'autres **1^{er} janvier 2017**



La fin d'un système...

La fin :

- de la mise en œuvre des projets d'établissement et de service comme fondement d'élaboration des budgets.
- de la procédure contradictoire et de la reprise des déficits.
- de la place prépondérante de l'utilisateur dans les relations entre l'administration et les gestionnaires ?
- de l'affirmation des spécificités associatives ?

Forces et faiblesses des CPOM « nouvelle génération » (1/6)

Absence d'égalité de traitement entre les ESMS œuvrant auprès des personnes vulnérables et **mise à mal des objectifs de « simplification administrative »** du législateur et de mise en place du parcours des personnes :

❖ **Sur l'obligation de contractualisation :**

- Secteurs AHI/SAAD/enfance : CPOM facultatif
- Secteur PH et PA : obligatoire (sauf pour les ESMS PH sous compétence exclusive des CD)

Forces et faiblesses des CPOM « nouvelle génération » (2/6)

- ❖ Sur les règles budgétaires et tarifaires applicables :
 - Modalités d'approbation des prévisions budgétaires et d'affectation des résultats différentes selon le type de CPOM :
 - CPOM facultatif : BP / CA (possibilité d'exonération du dépôt de BP) + libre affectation.
 - CPOM obligatoire : EPRD /ERRD + libre affectation pour les EHPAD dès 2019, à négocier pour les ESMS PH + reprises de résultats exceptionnelles

Forces et faiblesses des CPOM « nouvelle génération » (3/6)

Quelles marges de manœuvre dans la négociation ?

- Démarche de contractualisation pas si simplifiée.
- **Temps très contraint** pour les gestionnaires comme pour les ATC - et des financeurs déjà hors délais.
- **Des CPOM à moyens constants ?**
 - reconnaissance de frais de siège,
 - évolution des capacités autorisées,
 - redéploiements de moyens et/ou attribution de financements complémentaires,
 - projets d'investissement pluriannuels.
- La part belle aux **financements complémentaires**.

Forces et faiblesses des CPOM « nouvelle génération » (4/6)

Une capacité à anticiper qui devient prégnante :

- Moyen contractuel de mettre en avant les spécificités d'accompagnement des gestionnaires tout en tenant compte des complémentarités possibles entre gestionnaires.
- Anticiper la recherche de la **taille critique** par les ATC mais également pour faire face aux normes d'organisation et de fonctionnement « socles » souhaités par le législateur.
- Revoir les stratégies en matière de besoin en fonds de roulement avec le passage en dotation globalisée (notamment sur l'investissement).

Forces et faiblesses des CPOM « nouvelle génération » (5/6)

Une attention particulière :

❖ Sur l'assouplissement de la démarche de contractualisation :

➤ une évaluation interne qui devient prégnante dans la négociation du CPOM

❖ et dans la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » :

➤ une nomenclature des ESMS PH dont les ATC peuvent « se saisir [...] pour les ouvertures à venir ainsi qu'au moment de la négociation des CPOM avec les structures existantes »

⇒ Un CPOM comme document de référence (opposable ??) pour décrire (cadrer) les réponses d'accompagnement des gestionnaires.

Forces et faiblesses des CPOM « nouvelle génération » (6/6)

- ❑ EHPAD : **sanction en cas de refus de signature** du CPOM.
- ❑ **Modulation des recettes** en cas de taux d'occupation inférieure à un seuil fixé par arrêté :
 - 95% pour les EHPAD - en attente de parution
 - ESMS PH : disposition similaire à confirmer – décret en attente publication 1^{er} trim. 2017
 - Élément central de la négociation

⇒ Le remplissage de l'annexe « activité » devient un outil stratégique pour le gestionnaire.

Enjeux de la réforme tarifaire pour les EHPAD (1/2)

- Veiller à faire coïncider les évaluations du niveau de dépendance (GIR) et des besoins en soins (Pathos) avec le calendrier de contractualisation et à ce que ces évaluations soient « correctes ».
- Quelle possibilité de convergence tarifaire dans un contexte fonctionnant par enveloppe fermée et donc circonscrite entre ESMS d'un même territoire et au sein d'une même enveloppe budgétaire ?
 - Si tous les ESMS sont insuffisamment dotés, la modulation sera sans effet et le problème viendra toujours d'une enveloppe insuffisante.

Enjeux de la réforme tarifaire pour les EHPAD (2/2)

- Quelles conséquences pour les gestionnaires en cas de rebasage insuffisant?
 - ✓ Un désaveu pour les accompagnements spécifiques (notamment pour ceux les plus coûteux) au profit d'une standardisation de l'offre.
 - ✓ Une tentation pour la **déshabilitation** partielle ou totale avec des conséquences risquées au niveau stratégique, éthique, fiscal et comptable.

SERAFIN-PH: réforme de la tarification

Construire des outils qui permettront une allocation des ressources :

- Équitable
- Simplifiée
- Et qui permettent des parcours de vie **sans rupture**

Une réforme qui prend le temps

PHASE 1 : nomenclatures des besoins et des prestations -- validées en janvier 2016

PHASE 2 : ENC → fin 2018

PHASE 3 : trouver un modèle tarifaire...