

Dans le n° 75 - Décembre 2016 - Pilotage des structures

Réforme tarifaire des EHPAD : tout comprendre en 10 questions

Par Nadia Graradji

Le 1er janvier 2017 marque l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification et de la contractualisation des EHPAD. Quels changements pour les directeurs d'établissements ? Tour d'horizon des principaux points à connaître.

1. La signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est-elle obligatoire pour tous les EHPAD ?

Oui, les organismes gestionnaires d'EHPAD -et de petites unités de vie (PUV)- ont l'obligation de signer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux. Le CPOM se substitue à la convention tripartite pluriannuelle (CTP) à compter du 1er janvier 2017. Il définira des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement, y compris en matière de soins palliatifs. Le CPOM pourra concerner plusieurs EHPAD d'un même département, ou d'un territoire plus large sous réserve de l'accord des conseils départementaux. Il peut également être pluri-établissements et couvrir des EHPAD et d'autres types d'établissements et services médico-sociaux relevant d'un même gestionnaire. Un modèle type de CPOM sera défini dans un arrêté à venir.

2. Quelle sanction est prévue en cas de non signature d'un CPOM ?

La loi instaure une sanction sur la dotation soins des EHPAD pour les organismes gestionnaires qui refuseraient de signer un CPOM : une fraction de 1 à 5% du montant du forfait la première année et de 5 à 10% les années suivantes. Cette minoration du forfait global de soins est temporaire. Dès la signature du contrat par l'organisme gestionnaire, le forfait global de soins est versé dans sa totalité.

3. Quel est le calendrier ?

La montée en charge du dispositif est prévue sur la période 2017-2021. Le directeur général de l'ARS et le président de conseil départemental doivent arrêter une programmation conjointe au plus tard le 31 décembre 2016.

4. En quoi consiste le passage à un financement forfaitaire des soins ?

La loi introduit un pilotage par les ressources avec le passage à un financement forfaitaire des soins. Il repose sur l'équation tarifaire déterminée à partir de l'estimation des besoins en soins des résidents.

Cette équation GMPS [qui intègre le GIR moyen pondéré (GMP) et le Pathos moyen pondéré (PMP)] donnera pour chaque établissement le montant de sa dotation soins. Selon les estimations, 85 % des EHPAD sont actuellement en deçà de cette dotation-cible. Afin de les aider à y parvenir de façon transitoire, il sera procédé au calcul de la différence entre la dotation-cible et la dotation actuelle de chaque EHPAD, et 1/7e de cette différence sera versée chaque année aux EHPAD par les ARS. Le plafond du GMPS ne devrait être atteint pour l'ensemble des EHPAD qu'à horizon 2023.

Pour mettre en place ces équations tarifaires et éviter les sur ou sous-dotations prolongées, les GMP et PMP seront réévalués au début du CPOM et à mi-parcours, soit tous les deux ans et demi.

5. Quel financement pour la dépendance ?

Le financement de la dépendance relève lui aussi d'un forfait, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents.

Ce forfait, à la charge du département d'implantation de l'EHPAD est déterminé selon la formule suivante : le GMP de l'établissement est multiplié par sa capacité installée d'hébergement, dont est déduite la capacité prévue pour l'accueil temporaire. Ce produit est multiplié par la valeur du point GMP départemental, déterminée par le président du conseil départemental. On soustrait à ce résultat le montant prévisionnel de la participation des résidents, " notamment le tarif journalier afférent à la dépendance opposable aux résidents classés dans les groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6 et les tarifs journaliers afférents à la dépendance opposables aux autres départements dans lesquels certains résidents ont conservé leur domicile de secours ".

Chaque président du conseil départemental fixe chaque année, par arrêté, avant le 1er avril, une valeur de référence départementale pour le point GMP de ces établissements, appelée " point GMP départemental ". Cette valeur de référence est au moins égale à la somme des forfaits globaux relatifs à la dépendance, avant soustraction des participations et des tarifs journaliers, alloués l'année précédente à l'ensemble des établissements du département, rapportée à la somme de leurs points GIR.

6. Quid du tarif hébergement ?

La réforme de la tarification des EHPAD porte sur le soin et la dépendance. Il n'y a pas de modification portant sur le tarif hébergement.

7. Quels financements complémentaires sont prévus ?

Les forfaits soins pourront être complétés par des dotations complémentaires - également financés par les agences régionales de santé - prenant en compte des prises en charge spécifiques (au titre d'un PASA ou UHR par exemple) ou des circonstances ou charges particulières.

8. De quelle manière le taux d'occupation de l'EHPAD influe-t-il sur l'allocation des ressources ?

L'allocation des ressources peut être minorée en fonction de l'activité réalisée, l'autorité de tarification tenant compte du taux d'occupation et pouvant revoir le niveau du forfait soins de l'année n lorsque le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent est inférieur au seuil de 95% de l'activité réalisée en n-1. L'abattement en-dessous du seuil de 95% de TO, est de 0,5% de la dotation soins par tranche de 1% d'activité en dessous de ce seuil. Face à la grogne des fédérations lors des rencontres de travail, le ministère a accepté d'ajuster le taux pris en compte en ajoutant au TO dépendance les absences pour hospitalisation ou convenance personnelle de moins de 72h (qui sont les plus courantes).

9. Quels changements sont induits par l'EPRD ?

Dès janvier 2017, les EHPAD seront exonérés de la procédure budgétaire contradictoire sur le forfait soins et devront utiliser un nouveau cadre de présentation budgétaire : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

La mise en place de l'EPRD implique une redéfinition complète des documents budgétaires, du calendrier, des procédures d'élaboration et d'approbation, des modalités de suivi et de contrôle des réalisations. L'EPRD remplace le budget prévisionnel (BP), et l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) se substitue au compte administratif (CA). " Avec l'entrée en vigueur de l'EPRD, l'établissement déterminera une prévision des recettes, en fonction de ses prévisions d'activité. Puis il ajustera ses dépenses prévisionnelles afin d'aboutir à un EPRD équilibré. L'EPRD établit également un lien étroit entre l'exploitation et le cycle de l'investissement dans une optique pluriannuelle ", précise la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

10. De quelle latitude budgétaire bénéficient les organismes gestionnaires d'EHPAD ?

Ce sujet a fait l'objet de nombreux débats entre l'Etat et les fédérations. Le passage à l'EPRD et à la tarification à la ressource permet d'alléger la procédure budgétaire contradictoire : passage d'un contrôle de gestion a priori, vers un contrôle de gestion a posteriori. Pour les acteurs du secteur, le passage aux CPOM et à l'EPRD implique également de garantir aux gestionnaires la libre affectation des résultats, un point jugé fondamental dans le cadre d'une responsabilisation des gestionnaires, véritables pilotes de leur stratégie budgétaire et financière. Au final, le texte ouvre la possibilité pour les gestionnaires d'affecter les résultats de leur établissement entre les différentes sections tarifaires. Ce principe s'appliquera entre les établissements d'un même CPOM mais également entre sections tarifaires. Cette fongibilité permettra par exemple de compenser un potentiel déficit sur la dépendance avec l'excédent de l'enveloppe soins.