

**P**rendre soin des plus fragiles et des plus vulnérables est le défi majeur du secteur médico-social et, plus largement, de l'économie sociale et solidaire (ESS). Preuve en est le nombre de personnes prises en charge et les financements alloués aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico-social a progressé de 1,9 % en 2016 (contre 2,2 % en 2015, 3 % en 2014 et 4 % en 2013<sup>1</sup>), le taux le plus faible des dix dernières années. La croissance continue de ce secteur et les financements qui y sont alloués sont l'un des enjeux majeurs de notre futur et du vivre ensemble.

#### REDEFINITION DU MODELE DE FINANCEMENT

Le secteur médico-social est un ensemble composite et polyforme par sa variété d'acteurs – publics, privés, lucratifs, non lucratifs, gestionnaires mono-établissement, groupes à dimension supranationale – combinée aux diversités des modalités de financement ou d'allocation des ressources – procédures budgétaires qui diffèrent entre chaque département, entre public et privé, ou encore quasi-impunité du secteur public en matière de déficit. Un sentiment de manque de transparence et une défiance croisée des opérateurs vis-à-vis de leurs financeurs – et parfois des usagers – étaient apparus. Ce secteur était resté une « boîte noire » en matière d'information comptable et financière.

Sur ce point, la loi ASV<sup>2</sup> et ses différents décrets d'application<sup>3</sup> ont presque clos le débat s'agissant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) – représentant près de 40 % des financements du secteur médico-social :

## EHPAD : RÉVOLUTION DU SYSTÈME DE TARIFICATION

Jusqu'à récemment, le secteur médico-social cherchait encore son archétype. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) et ses décrets d'application publiés en décembre 2016 sont venus conclure des années de tentatives de réforme et introduire un nouveau paradigme dans le processus d'allocation des financements.

- en introduisant une obligation de contractualisation au travers de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ces derniers se substituant aux conventions tripartites ;
- en introduisant une logique de financement à l'activité pour la prise en charge de la dépendance et des soins ;
- enfin, en maintenant le principe des trois tarifs (soin, dépendance et hébergement) auxquels pourront s'ajouter d'éventuels financements complémentaires, le cas échéant.

Le fil conducteur de la réforme : une simplification et une objectivation à terme de l'allocation de ressources aux Ehpad par la mise en place d'un financement automatique reposant sur une équation tarifaire modulée en fonction de l'activité réalisée.

#### CONTRACTUALISATION DES CPOM POUR LES EHPAD

Les futurs CPOM ne doivent pas être perçus comme un nouvel *oukase*, mais comme une chance pour les opérateurs, les finan-

ceurs, les citoyens et les usagers d'élaborer un nouveau contrat de confiance et de s'orienter vers un *new public management*. Les CPOM permettront – c'est en tout cas l'ambition – la contractualisation à l'échelle d'un territoire et non plus d'un seul établissement pour mettre en conformité l'offre des établissements et les besoins. Les CPOM s'accompagneront d'une inversion de la logique budgétaire pour une meilleure efficacité économique et pour le financement d'une activité prévisionnelle et non plus de dépenses prévisionnelles<sup>4</sup>. Ils ont, dès 2017, un caractère obligatoire pour l'ensemble des Ehpad et un caractère accessoire pour la filière handicap financée par l'agence régionale de santé (ARS) (v. schéma 1 page suivante). Mais la mise en place des CPOM est progressive et définie par l'arrêté de programmation<sup>5</sup>. La contractualisation des CPOM ne va pas sans un effort à fournir tant de la part des opérateurs gestionnaires que des autorités de tutelle (ARS et départements). Pour tenir compte du principe de réalité, des arrêtés de programmation conjoints des ARS et des départements définissent ●●●

1. Pour 2017, l'Ondam évolue de 2,9 % (circ. n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017).

2. L. n° 2015-1776 du 28 déc. 2015, JO du 29.

3. Décr. n°s 2016-1814 et 2016-1815 du 21 déc. 2016, JO du 23.

4. V. en p. 19 de ce dossier.

5. Arr. du 3 mars 2017, JO du 10, texte n° 22, JA n° 556/2017, p. 7 ; instr. n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017, JA n° 560/2017, p. 7.

# DOSSIER

●●● la programmation de signatures de CPOM entre 2017 et 2018. Les opérateurs ou établissements ne disposant pas ou plus de convention tripartite à jour **sont** de fait « prioritaires » pour la conclusion des CPOM. Pour les autres, la signature sera reportée à 2018.

## TARIFICATION À L'ACTIVITÉ DE LA DÉPENDANCE ET DU SOIN

La réforme a pour ambition d'asseoir les financements alloués aux gestionnaires d'ESMS sur la base d'un référentiel de coût – encore à parfaire –, à l'instar de la réforme connue par le secteur sanitaire il y a plus de

dix ans au travers de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)<sup>6</sup>. Ce référentiel de coût combiné à l'activité prévisionnelle sera « tarifant » et permettra d'objectiver les financements alloués (v. schéma 2).

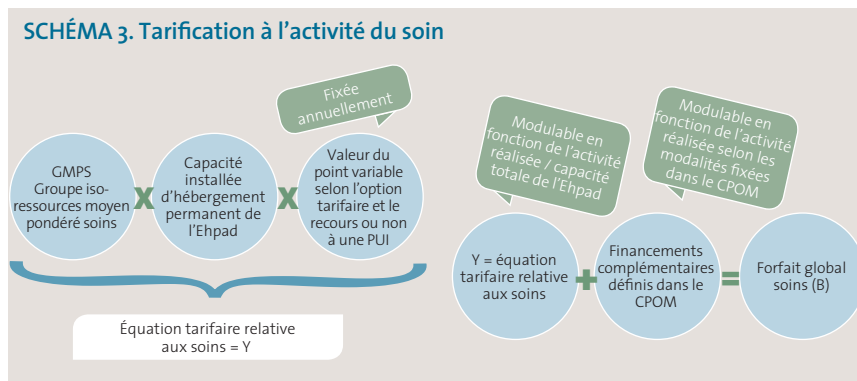
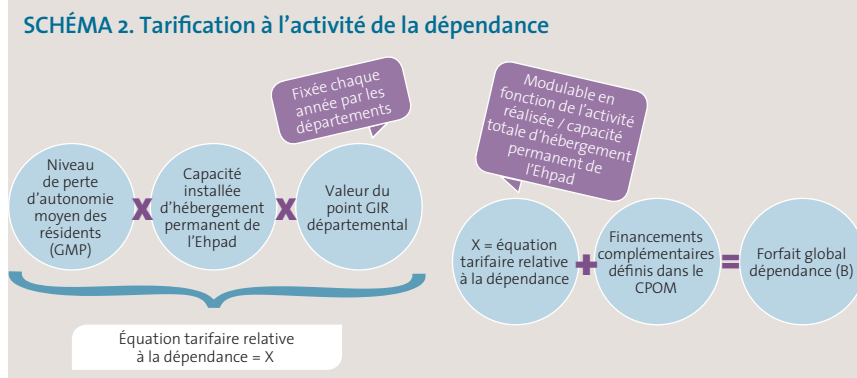
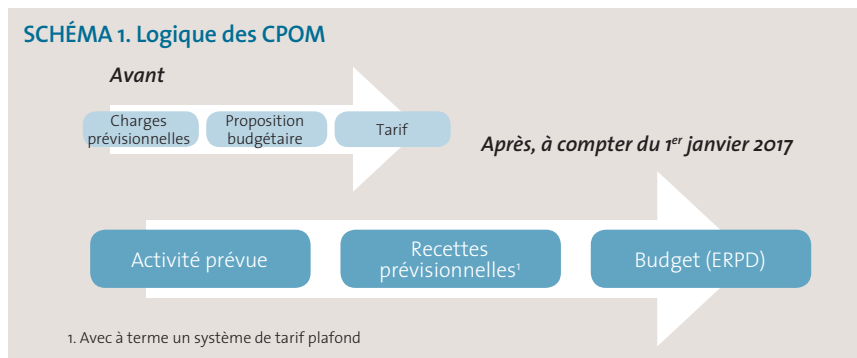
Cette transformation sera accompagnée par la mise en place d'un tarif de transition de la dépendance. En pratique, **il s'agira du** montant des produits de la tarification reconductibles afférents à l'année précédente, revalorisé d'un taux fixe annuellement par les départements. **Une fraction de la différence entre le forfait global de dépendance (équation tarifaire), à l'exclusion des financements complémentaires, et ce par septième progressifs entre 2017 et 2013.** S'agissant du forfait « soin », il suivra une logique analogue (v. schéma 3).

À noter également que des financements complémentaires peuvent être obtenus pour couvrir :

- des modalités d'accueil particulières (pôles d'activité et de soins adaptés [PASA], unité d'hébergement renforcée [UHR], accueil de jour, hébergement temporaire) ;
- des modalités d'accueil expérimentales ou autorisées dans le cadre d'appels à projets à caractère innovant ;
- des actions relatives à la prévention en santé ou destinées à prévenir la perte d'autonomie ;
- des opérations de modernisation ;
- le financement d'actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion de situations sanitaires exceptionnelles ou d'actions de coordination des structures.

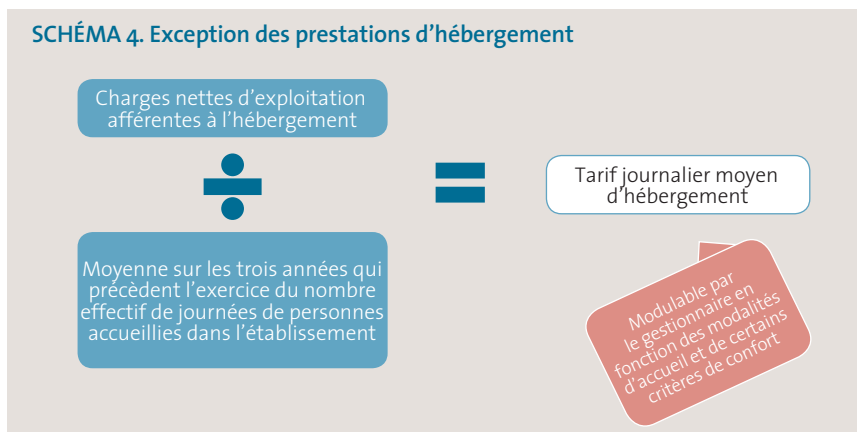
Enfin, à l'instar du forfait « dépendance », un forfait « soin de transition » sera applicable entre 2017 et 2023 (v. schéma 4).

La section hébergement échappera au principe de tarification à l'activité et son « prix de journée » restera déterminé de



6. V. en p. 15 de ce dossier.

#### SCHÉMA 4. Exception des prestations d'hébergement



manière contradictoire, lors de la conclusion du CPOM, sur la base de dépenses prévisionnelles. Pour rappel, sont uniquement concernés les Ehpad dits conventionnés ou habilités à l'aide sociale. En revanche, pour les Ehpad non conventionnés, la fixation du tarif reste libre. L'exception au profit des prestations d'hébergement permettra de tenir compte des spécificités immobilières de chaque établissement – et notamment des coûts partis, tels les frais financiers, les engagements de travaux ou les baux contractés – qui peuvent, à prise en charge équivalente de la dépendance et du soin, faire varier de façon significative les coûts d'hébergement.

#### PRÉNÉGOCIATION DES FINANCEMENTS, DE LEUR UTILISATION ET DE L'AFFECTATION DU RÉSULTAT

La nouvelle tarification des Ehpad et la généralisation des CPOM sont aussi des outils modernes et permettront d'offrir de nouvelles perspectives – et de nouvelles libertés, donc de nouvelles responsabilités en matière de gestion – s'agissant du pilotage des résultats et de l'utilisation des financements. **Notamment :**

- une seule dotation globale commune (DGC) aux ESSMS sera incluse dans le CPOM « initial » ;

- l'évolution de revalorisation budgétaire annuelle sera « prénégociée » ou « quasi automatique » ;
- des décisions budgétaires modificatives – et, *de facto*, un redéploiement des financements – pourront être prises entre groupes fonctionnels et entre ESSMS du CPOM ;
- enfin, les résultats pourront être affectés « quasi » librement dans le cadre de l'article R. 314-51 du code de l'action sociale et des familles.

#### DISPARITION PROGRESSIVE DE CERTAINS CONCEPTS : LES DÉPENSES REFUSÉES

Le changement de paradigme sera accompagné d'un nouveau calendrier budgétaire et d'une nouvelle forme de communication financière au travers de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et de l'introduction de nouveaux concepts financiers, à savoir :

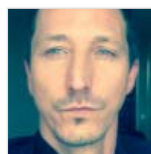
- la notion d'équilibre réel ;
- la suppression de la notion de résultat d'investissement cumulé (au profit d'une approche prospective et pluriannuelle) ;
- la « quasi »-disparition des comptes de dépenses rejetées.

Dans la mesure où le résultat n'aura plus d'impact sur la fixation du tarif, il n'y aura plus lieu de distinguer, par exemple,

l'affectation des résultats aux réductions des charges d'exploitation futures ou aux financements de mesures d'exploitation n'accroissant pas les charges d'exploitation. Les affectations des résultats seront régies par l'article R. 314-234 du code de l'action sociale et des familles, qui précise les possibilités offertes aux gestionnaires, leur laissant le choix d'en décider dans un cadre prédéfini. Enfin, sujet souvent « sensible » pour les opérateurs, la quasi-disparition des rejets de dépenses est une dernière évolution notable. Initialement, l'article R. 314-52 du code de l'action sociale et des familles autorisait l'autorité de tarification, avant de procéder à l'affectation d'un résultat, d'« en réformer d'office le montant en écartant les dépenses qui sont manifestement étrangères ». Cette procédure de réformation du résultat consistait à rejeter des dépenses d'exploitation qui avaient été réalisées mais qui n'avaient pas été prévues ou approuvées préalablement.

Selon l'évolution retenue pour l'ensemble des ESSMS, y compris pour les Ehpad, un éventuel rejet de dépenses ne se traduira plus au niveau comptable et financier mais uniquement au niveau tarifaire et budgétaire. Ainsi, l'autorité de tarification conservera son pouvoir de rejeter les dépenses, mais ce rejet se traduira uniquement par une diminution, à due concurrence, des financements ultérieurs.

En conclusion, la loi ASV est une opportunité formidable pour les opérateurs du secteur et tous leurs partenaires de repenser leur système d'information et de l'orienter en priorité sur l'activité, elle seule « tarifiante », et d'adapter ensuite leur organisation – donc leur structure de coût – dans une vision prospective et pluriannuelle. ■



**AUTEUR** Christophe Gabet  
**TITRE** Associé,  
Groupe Acticonseil, commissaire  
inscrit à la CRCC de Lyon