



DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE

Sous-direction des affaires financières
et de la modernisation



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

La réforme de la contractualisation et de la tarification des ESSMS – Evolutions réglementaires et impact sur les financements -

**Rencontre régionale médico-sociale – ARS Centre Val de
Loire
Le 22 mars 2017**

Sommaire

1. **Introduction et rappels**

2. **Présentation des forfaits soins et dépendance**

3. **Présentation du décret budgétaire et comptable**

4. **Échanges sur la contractualisation**

1.

Publication des textes de la réforme de la tarification et de la contractualisation des ESMS

- Décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les **dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux** mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- Les **arrêtés du 27 décembre 2016**:
 - Diffusion des cadres normalisés EPRD/ERRD et des annexes obligatoires (arrêté du 27 décembre 2016) ;
 - Diffusion des cadres normalisés transitoires 2017, pour les ESMS publics ;
- Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux **principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers** des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges des CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF (CPOM « EHPAD »).

1.

La réforme de la tarification et de la contractualisation

☛ Pour les EHPAD :

- ☛ 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 des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

☛ Pour les **ESMS du champ des personnes en situation de handicap, les SSIAD/SPASAD et les accueils de jour autonomes** :

- ☛ CPOM obligatoire pour les ESMS compétence ARS et partagée avec les CD ;
- ☛ CPOM permet de définir les ressources pluriannuelles des ESMS ;
- ☛ Passage à l'EPRD l'exercice suivant la signature du CPOM, qu'il soit signé le 1/01 ou le 31/12 de l'année N, l'entrée en vigueur de l'EPRD sera effective à compter de l'exercice N+1.

1.

Modifications introduites par la LFSS pour 2017

- **Pour le CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 (=CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD, AJA) :**
 - Obligation pour les conseils départementaux de signer le CPOM pour les établissements et services de compétence partagée avec les ARS. En revanche, il n'y a aucune obligation pour les CD de conclure des CPOM avec les ESMS qui relèvent de leur compétence exclusive. En revanche, si les parties en sont d'accord, ces ESMS (notamment les foyers de vie) peuvent être inclus dans le périmètre de la contractualisation et de l'EPRD.
 - Elargissement du périmètre de la réforme aux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
 - Modulation de la dotation relevant de l'assurance maladie pour les ESMS-PH relevant d'un CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du CASF.
- **Pour le CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV ter) (=CPOM « EHPAD ») :**
 - Signature des CPOM pluri EHPAD au niveau départemental par la société commerciale qui contrôle les sociétés détenant les autorisations des EHPAD [CPOM relevant de l'article L.313-12 (IV ter)] ;
 - S'agissant du CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV ter), il est précisé que dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

1.

L'accompagnement de la réforme de la contractualisation et les outils

● Publication le 10 octobre 2016 d'une information aux ARS concernant :

- ⇒ le calendrier de la nouvelle procédure budgétaire et comptable ;
- ⇒ Les documents budgétaires à produire pendant la phase transitoire ;
- ⇒ Les différents modèles envisagés pour chaque catégorie d'ESMS (public autonome/public hospitalier, privé à but lucratif ou non lucratif ...).

● Publication de l'instruction du 28/12/2016 cadre transitoire ESMS publics ;

● Publication de plusieurs instructions (CNP Visé 31/03/2017 :

● Une sur la contractualisation (CNP du 2/12/2016) portant notamment sur :

- ⇒ les objectifs attendus de cette contractualisation (poursuite de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement, gestion des ressources humaines ...)
- ⇒ L'articulation CPOM-EPRD ;
- ⇒ l'articulation des différents CPOM ;

● Une relative à la réforme de la tarification, aux forfaits soins et dépendance

● Une relative à la mise en œuvre du décret du 21 décembre 2016 EPRD (conjointe DGCS-CNSA)

● Dans le cadre de la convention EHESP/CNSA, organisation de sessions de formation pour les personnels d'ARS et des CD et mise en ligne d'outils sur la plateforme de l'EHESP (200 personnes)

● Mise en place d'une FAQ par l'EHESP portant sur l'ensemble de la réforme accessibles aux personnes ayant participé aux formations et qui sera publiée sur le site internet du ministère.

2.

Un nouveau modèle de financement des soins en EHPAD

Le forfait global de soins =

Résultat de l'équation tarifaire + Financements complémentaires

Avec une possible modulation liée à l'activité

⇒ L'équation tarifaire :

- GMPS x capacité autorisée et financée HP x valeur de point
Le résultat de l'équation tarifaire finance les places **d'hébergement permanent**.
Il est calculé en tenant compte des **GMPS validés au plus tard le 30 juin N-1** 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 ») avant la contractualisation (conclusion ou renouvellement)
- Evaluation intermédiaire **systematique** au cours de la 3ème année du CPOM.

2.

Un nouveau modèle de tarification des soins des EHPAD

- Validation des évaluations des PMP et GMP:
 - ⇒ Possibilité pour les médecins des agences régionales de santé ou les médecins relevant des conseils départementaux **de valider tacitement ou sur pièces les évaluations**. Allongement d'un mois du délai de validation tacite des évaluations : de 3 à 4 mois. Suppression du délai de 2 mois permettant de revenir sur une validation tacite.
 - ⇒ Une mesure introduite dans la LFSS pour 2017 afin de pallier la pénurie de ressources médicales au sein des ARS et des conseils départementaux (article 89 de la loi):
 - modification du cadre législatif (article L.314-9 du code de l'action sociale et des familles) afin de sécuriser juridiquement le **recours à des médecins vacataires** ;
 - les médecins recrutés pour effectuer ces vacations devront être **formés** à la grille AGGIR et au référentiel PATHOS. Il faudra également s'assurer de **l'absence de conflit d'intérêt**.

2.

Un nouveau modèle de financement des soins en EHPAD

- **Les financements complémentaires sont négociés dans le cadre du CPOM et couvrent :**
 - **Les modalités d'accueil particulières :**
 - Hébergement temporaire / accueil de jour / PASA / UHR => les modalités de tarification sont les mêmes que celles prévues actuellement ;
 - Modalités d'accueil expérimentales qui relèvent du 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
 - Modalités d'accueil autorisées dans le cadre d'appels à projets à caractère innovant.
 - **La possibilité de financer des actions dont la liste est prévue dans le décret :**
 - Des actions relatives à la **prévention** : par exemple un bilan bucco dentaire à l'entrée en EHPAD
 - Des financements liés à des **situations sanitaires exceptionnelles** : épisodes de grippe, canicule, etc.
 - La **formation des personnels** notamment à la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
 - La **prise en charge de publics spécifiques** : les personnes handicapées vieillissantes et les personnes en grande précarité.

2.

La tarification des EHPAD : la modulation en fonction de l'activité

Le dispositif retenu est le suivant :

- ⇒ Fixation du seuil de déclenchement de la **modulation est renvoyée à un arrêté** (souplesse pour révision du seuil).
- ⇒ Calcul de la **modulation par établissement** : tarification par établissement et logique de la réforme qui prévoit une allocation des financements en fonction du besoin en soins des résidents.
- ⇒ Prise en compte du **dernier taux d'occupation connu** : donnée disponible au compte administratif ou dans l'ERRD.
- ⇒ Les **absences de moins de 72 heures** pour hospitalisation ou convenances personnelles **sont comptabilisées en tant que journées réalisées** dans le calcul du taux d'occupation.
- ⇒ Calcul de l'abattement du forfait : seuil = 95% ; TO = 90 %; abattement = $5/2 = 2,5\%$;
- ⇒ Possibilité pour les autorités de **ne pas appliquer tout ou partie de la modulation** pour prendre en compte une situation exceptionnelle.
- ⇒ Possibilité de **moduler les financements complémentaires** en fonction de l'activité. Cette modulation sera possible dans des conditions prévues dans le CPOM.
- ⇒ Pas d'application de la modulation **avant l'exercice 2018**.

2.

La tarification des EHPAD : la modulation en fonction de l'activité

- Hypothèse de **montée en charge du seuil de déclenchement** de la modulation en fonction du taux d'occupation durant la période de convergence (jusqu'en 2023) :
 - ⇒ Pour les EHPAD qui perçoivent **100% ou plus du tarif plafond** : le seuil de déclenchement de la modulation est de **95% dès 2018** ;
 - ⇒ Pour les EHPAD qui perçoivent **entre 90% et 100%** du tarif plafond : **90% en 2018, 91% en 2019, 92% en 2020, 93% en 2021, 94% en 2022 et 95% en 2023** ;
 - ⇒ Pour les EHPAD qui perçoivent **moins de 90%** du tarif plafond : **pas de modulation** en fonction de l'activité.
- 2 arrêtés (soins et dépendance) seront prochainement publiés pour fixer ces seuils.

2.

La tarification des EHPAD : Les petites unités de vie (PUV)

● Impact de la réforme tarifaire sur le régime dérogatoire propre aux PUV :

⇒ **Principe actuel** : les PUV peuvent opter pour une tarification dérogatoire à condition qu'elles n'aient pas signé de conventions tripartites ;

⇒ L'article L. 313-12 du CASF prévoit **l'obligation de signer un CPOM** pour toutes les PUV ;

⇒ Le choix de **l'option tarifaire est négocié dans le cadre du CPOM** (tarification au GMPS, convention avec un service de soins infirmiers à domicile, forfait « soins » de 2007). Possibilité de renouveler leur choix tous les 5 ans à l'occasion du renouvellement du CPOM.

2.

Un nouveau modèle de tarification de la dépendance

Forfait global dépendance:

Résultat de l'équation tarifaire

+

Financements complémentaires

Avec une possible modulation liée à l'activité

Equation tarifaire =

[(niveau de dépendance des résidents x capacité autorisée et financée HP x valeur départementale du point GIR arrêtée par le PCD) - participations des résidents - tarifs des résidents d'autres départements].

Niveau de dépendance des résidents =

= $\frac{\text{Somme des points GIR valorisés par la colonne E de l'annexe 3-6 du CASF}}{\text{Nombre de personnes hébergées}}$ *capacité autor. et fi. HP

Les participations à soustraire :

Participation financière des résidents (GIR 5/6 + participation en fonction des ressources), participation des résidents des autres départements, participation des résidents non bénéficiaires de l'APA et notamment ceux de moins de 60 ans.

2.

Un nouveau modèle de tarification de la dépendance

• Modalités de convergence vers le tarif dépendance :

- ⇒ **Convergence en 7 ans** vers le niveau de ressource ciblé (= résultat de l'équation tarifaire). Réduction de l'écart par septième. Il peut s'agir d'une convergence à la hausse comme à la baisse.
- ⇒ Il est possible **d'aménager le rythme** (et non la durée) de convergence en le prévoyant dans le CPOM.

• Détermination de la valeur du point GIR départemental et clapet anti-retour :

- ⇒ **La valeur de référence « point GIR départemental »** ne peut pas être inférieure à la valeur moyenne de l'exercice précédent ;
- ⇒ **Calcul du point GIR départemental applicable en 2017** = division du total des charges nettes autorisées en 2016 (hors incorporation des résultats) par la somme des points GIR 2016 (valorisés à colonne E de l'annexe 3-6);
- ⇒ Une valeur unique pour tous les établissements du département (pas de distinction en fonction des statuts).

2.

La tarification des EHPAD : Les tarifs hébergement

- Pour les **structures couvertes par un CPOM** : fixation pluriannuelle du tarif hébergement dans le contrat.
- **Dans l'attente de la signature du CPOM** : maintien de la procédure contradictoire.
- **Le périmètre du tarif hébergement est inchangé**, il couvre **a minima** l'ensemble des charges correspondant à **la liste des prestations minimales d'hébergement** délivrées par les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes en application des dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.

2.

La minoration du forfait soins en cas de refus de signature du CPOM

● L'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit :

« Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné 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, des conditions fixées par décret ».

⇒ Le **décret relatif à la minoration tarifaire du forfait global de soins des établissements en cas de refus de signature du CPOM** par l'organisme gestionnaire.

● Les modalités de mise de œuvre de la minoration :

⇒ **Délai raisonnable avant application de la minoration** : pour s'assurer que l'organisme gestionnaire a eu la possibilité de signer un CPOM.

⇒ **Procédure** qui ouvre la possibilité pour l'organisme gestionnaire d'entamer la négociation d'un CPOM ou de présenter ses observations / demander à être entendu en cas de refus de signature.

⇒ **Minoration graduelle et temporaire** : de 1 à 5 % la 1^{ère} année, de 5 à 10 % la 2^{ème} année et les années suivantes.

2.

La minoration du forfait soins en cas de refus de signature du CPOM

Cas n°1



Cas n°2



3.

Les enjeux de la mise en place de l'EPRD

- 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 »).
- La logique de l'EPRD est différente de celle du cadre du budget prévisionnel basée sur une présentation et une approbation du strict équilibre du budget, puisqu'il s'agit dorénavant de réaliser une analyse des grands équilibres financiers de l'ensemble consolidé des ESMS a minima du CPOM et non plus de valider le respect d'une procédure administrative de fixation d'un tarif établissement/service/activité par établissement/service/activité.
- La mise en place de cette réforme permet :
 - souplesse de gestion pour permettre de faciliter le pilotage financier par les organismes gestionnaires des établissements et services ;
 - autonomie des gestionnaires dans la mise en œuvre des objectifs qui ont été définis dans le cadre du CPOM.

3.

La coexistence de deux systèmes de tarification

- Les ESMS concernés par la contractualisation obligatoire :
 - ⇒ EHPAD / PUV (iv ter de l'article L. 313-12 du CASF)
 - ⇒ ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA (L. 313-12-2 du CASF)

- Les ESMS qui peuvent être inclus dans le périmètre d'un deux CPOM obligatoire :
 - ⇒ ESMS relevant de la compétence de l'ARS et/ou du PCD

- Les ESMS qui ne peuvent pas être inclus dans le périmètre d'un CPOM obligatoire
 - ⇒ ESMS compétence préfet

- Périmètre du CPOM et de l'EPRD
 - ⇒ Privé : périmètre du CPOM = périmètre de l'EPRD
 - ⇒ Public : EPRD = périmètre de l'EJ

- Les établissements qui ne sont pas inclus dans le périmètre d'un CPOM ou qui relève de la compétence du Préfet n'ont pas l'obligation de signer un CPOM ni de déposer un EPRD.

- Le système de tarification à la ressource coexiste donc avec le système de tarification issu de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Selon les catégories d'établissements et services et le choix du périmètre du CPOM, cette coexistence est parfois possible au sein d'un seul et même organisme gestionnaire.

3.

Une temporalité différente de passage à l'EPRD entre les deux secteurs

- Les formes de tarification à la ressource diffèrent entre les secteurs personnes âgées et personnes en situation de handicap, dans la mesure où sur ce dernier, à défaut d'une tarification objectivée et automatique (en l'attente des travaux menés dans le cadre du chantier SERAFIN-PH) **c'est le CPOM qui permet de définir les ressources pluriannuelles des ESMS**. Cette tarification est négociée dans le cadre du CPOM et élaborée sur des bases historiques dans l'attente d'une tarification fondée sur les bases objectivées
- ⇒ **Ces éléments expliquent la temporalité différente de passage à l'EPRD**
- **dès le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et les PUV, qu'ils aient signé ou non un CPOM** = l'ensemble des EHPAD et des PUV est soumis à un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et la tarification est fondée sur une équation tarifaire
- ⇒ En attente de la signature du CPOM prévu par le IV ter de l'article L. 313-12, l'EPRD à présenter dès l'exercice 2017, regroupe les EHPAD et les PUV d'un même organisme gestionnaire du même périmètre géographique (au maximum départemental). Cette disposition transitoire s'applique quel que soit le statut de l'entité gestionnaire ainsi qu'aux entités qui contrôlent les sociétés détenant les autorisations des EHPAD.
- **l'exercice suivant la signature du CPOM pour les ESMS-PH, les AJA et les SSIAD/SPASAD** (CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF), afin de préparer le passage d'un mode de présentation à l'autre. Ainsi, pour ces derniers, l'EPRD devra être mis en place l'année qui suit la conclusion du CPOM (dispositions de l'article R. 314-39-2 du CASF).

☛ L'EPRD « complet »:**➤ Dès 2017 :**

- les ESMS relevant d'un organisme privé non lucratif ;
- les ESMS privés lucratifs habilités à l'aide sociale ;
- Les ESMS « mixtes » habilités et non habilités;

➤ A partir de 2018 :

- les EPSMS autonomes et ESSMS publics non dotés de la personnalité juridique (exercice 2017 ⇒ cadre transitoire).

☛ L'EPRD « simplifié » :

- les ESMS relevant des dispositions des articles L.342-1 à L. 342.6 du CASF.

☛ L'EPCP :

- les activités sociales et médico-sociales relevant d'un établissement public de santé.

3.

Le calendrier budgétaire type

- **Phase précédant la campagne budgétaire** : Pour le 31 octobre N-1, transmission par le gestionnaire d'une annexe « activité » permettant le calcul de prix de journée (mais le tarif sera bien versé sous la forme d'une dotation globale) ;
- **1ère phase de la campagne budgétaire – notification des ressources** : Les autorités de tarification procèdent à la notification de leurs financements (équivalent des décisions tarifaires).
- **2ème phase de la campagne budgétaire – élaboration de l'EPRD** : Chaque organisme gestionnaire élabore son EPRD au vu des notifications reçues dans un délai de 30 jours et au plus tard le 30 juin. Cet EPRD doit répondre à des critères d'élaboration (équilibre réel, respect des engagements prévus au CPOM et mesures adaptées en cas de situation financière dégradée).
- **3ème phase de la campagne budgétaire – validation/refus de l'EPRD** : Le principe est une approbation tacite dans un délai de 30 jours (sauf plan de redressement, avec approbation expresse requise, c'est-à-dire EPRD réputé rejeté en cas d'absence de réponse de l'ARS dans le délai de 30 jours)

3.

Calendrier budgétaire

Phase précédant la campagne budgétaire :

Pour le 31 octobre N-1 : Seule une annexe « activité » est à transmettre aux autorités de tarification (ARS, CD) par ESSMS/activité. Cette annexe permettra de déterminer les tarifs journaliers applicables à l'exercice N, dès la notification des financements en début de campagne budgétaire.

⇒ Ces annexes ne font pas l'objet d'une approbation (elles peuvent cependant faire l'objet d'observations dans un délai de 60 jours, cf. article R. 314-218 CASF).

⇒ **Les EPSMS restent soumis à l'obligation de vote de leur budget** pour le 31 octobre N-1, ainsi qu'à sa transmission au contrôle de légalité et au comptable public (même si un CPOM est signé).

3.

Transmission de l'EPRD

- Si l'autorité de tarification a notifié ses ressources **avant le 31 mars** de l'exercice N, l'organisme gestionnaire doit **transmettre un EPRD avant le 30 avril**.
- Si l'autorité de tarification a **notifié ses ressources après le 31 mars** de l'exercice N, l'organisme gestionnaire **doit transmettre l'EPRD dans les 30 jours** qui suivent cette notification et, au plus tard, **le 30 juin de l'exercice**.
- **Le délai de 30 jours court, selon le périmètre du CPOM, à compter de :**
 - La notification par le DG ARS des dotations régionales limitatives alloués au titre de cet exercice ;
 - Ou de la notification, par le PCD, des financements mentionnés au 2° alinéa de l'article L. 313-8 (objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par le conseil départemental) alloués au titre de cet exercice ;
 - Ou de la plus tardive des notifications de financements alloués au titre de cet exercice lorsqu'un ou plusieurs ESSMS/activités, relèvent d'une compétence tarifaire conjointe du DG ARS et du PCD.

A noter que ces notifications peuvent être effectuées par voie électronique.

3.

Transmission de l'EPRD

- S'agissant d'une **transmission au plus tard le 30 juin** :

⇒ Dans l'attente de notifications, l'EPRD peut inclure des sommes escomptées ;

⇒ L'absence d'observations de l'autorité de tarification ne vaut pas engagement de notification de ces financements.

- Dans le cas d'un **EPSMS soumis à la production d'un EPRD** et gérant par ailleurs un ou plusieurs budget(s) relevant de la compétence du préfet (CHRS, etc.), celui-ci est également destinataire de l'EPRD et peut formuler des observations sur ce document auprès de l'ARS. Un budget prévisionnel à visée purement tarifaire devra également être produit pour chacune des activités concernées, avec une transmission selon les modalités actuellement en vigueur.

3.

Définition de l'équilibre réel

- **Pour être en équilibre réel, l'EPRD doit respecter les conditions suivantes (art. R. 314-221 du CASF):**
 - Les produits de la tarification sont ceux notifiés ;
 - Les recettes et les dépenses sont évaluées de façon sincère ;
 - Le remboursement de la dette en capital ne doit pas être couvert par le produit des emprunts, sauf dans le cas de renégociation de ceux-ci ;
 - La capacité d'autofinancement est suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice ;
 - Les recettes affectées doivent être employées à l'usage auquel elles sont prévues.

3.

Définition de l'équilibre réel

Les CRP respectent les conditions suivantes :

- Les CRP des ESSMS/activités qui relèvent, séparément ou conjointement, de la compétence tarifaire du DG ARS et du PCD et qui sont inclus dans le périmètre du CPOM (c'est-à-dire pour lesquels une pluri-annualité budgétaire est fixée), peuvent présenter un déficit prévisionnel qui doit rester compatible avec le plan global de financement pluriannuel (PGFP);
- Les CRP des activités qui relèvent de la compétence tarifaire du préfet ou qui relèvent, séparément ou conjointement, de la compétence tarifaire du DG ARS et du PCD mais qui ne sont pas inclus dans le périmètre du CPOM (c'est-à-dire pour lesquels une pluri-annualité budgétaire n'est pas fixée) sont présentés en équilibre stricts (règles applicables aux budgets prévisionnels).

3.

Procédure d'approbation de l'EPRD

- L'autorité de tarification **peut s'opposer au projet d'EPRD** lorsque celui-ci n'est pas conforme aux critères d'élaboration ou n'est pas accompagné des documents annexes. Ce refus peut également être fondé sur l'évolution des équilibres et ratios financiers.
- **A défaut d'approbation expresse**, si à l'issue d'un délai de trente jours suivant la réception du projet d'EPRD, les autorités de tarification n'ont pas fait connaître leur opposition, ce document est réputé approuvé (approbation tacite).
- **L'approbation est expresse** pour les établissements confrontés à **des difficultés financières** (plan de redressement ou d'un contrat de retour à l'équilibre financier). En l'absence de réponse de la part des autorités de tarification dans un délai de 30 jours, le projet d'EPRD est réputé rejeté.
- L'approbation ou le rejet de l'EPRD **relève de la compétence du DG ARS** lorsque les établissements et services relèvent de sa compétence uniquement. Cette compétence **est conjointe avec le(s) PCD concerné(s)** lorsqu'au moins un de ces établissements et services est financé conjointement. En cas de désaccord des autorités, celle(s) refusant son (leur) approbation notifie(nt) ce refus au gestionnaire.

3.

Procédure d'approbation de l'EPRD

- Les **décisions modificatives** sont approuvées dans les mêmes conditions.
- **Pour les ESMS publics**, l'approbation de l'EPRD par l'autorité de tarification est indépendante des contrôles budgétaire et de légalité réalisés par le représentant de l'Etat dans le département.
- **Sans refuser un EPRD**, les autorités de tarification peuvent formuler des observations. La transmission de ces observations vaut approbation de l'EPRD mais peut être assortie d'une **demande de relevé infra-annuel**. Cette demande fixe la date d'observation et le délai dans lequel ce relevé doit être transmis.
- **Le PGFP** ne fait pas l'objet d'une approbation spécifique, dans la mesure où il fait partie intégrante de l'EPRD. Il ne se substitue pas non plus à l'approbation des plans pluriannuels d'investissements et de leurs plans de financement.

3.

Conséquences d'un refus de l'EPRD (article R.314-226 du CASF)

- Dans le cas où l'EPRD est rejeté par une autorité de tarification, le gestionnaire fixe, **dans un délai de trente jours** suivant cette décision, un nouvel EPRD tenant compte des motifs de refus qui lui ont été opposés.
- Si le gestionnaire ne fixe pas ce nouvel EPRD ou si ce document ne prend pas en compte les motifs de refus, **l'autorité de tarification fixe l'EPRD des établissements et services concernés**. Les montants des charges fixés par groupe fonctionnel des différents comptes de résultat prévisionnels ont un caractère limitatif.
- **Pour les établissements publics de santé:**
 - le code de la santé publique s'applique : l'EPRD « M21 » (sanitaire) est arrêté d'office dans les conditions prévues aux articles L. 6145-1 et L. 6145-2 du CSP.

3.

Les documents de clôture de l'exercice comptable

- A la clôture de l'exercice, il est établi un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) comportant :

⇒ **Le cadre normalisé de l'ERRD** établi pour l'ensemble des établissements et services inclus dans le CPOM (document pendant de l'EPRD).

- Pour les EPSMS, il est établi pour l'ensemble des activités de l'établissement.
- Modèle adapté pour les activités relevant d'un EPS (état réalisé des charges et des produits), ainsi que pour les EHPAD relevant des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF.

⇒ **Un compte d'emploi** établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :

- Une annexe relative à l'activité réalisée, cette annexe différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs,
- Le tableau des effectifs et des rémunérations, incluant les charges sociales et fiscales,
- Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats,
- Les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement ou au service,
- Le cas échéant, le plan pluriannuel d'investissement actualisé.

⇒ **Un rapport financier et d'activité** qui porte sur :

- L'exécution budgétaire de l'exercice considéré,
- L'activité et le fonctionnement des ESMS, au regard notamment des objectifs du CPOM,
- L'affectation des résultats.

3.

Les documents de clôture de l'exercice comptable

- Pour les activités relevant d'un **EPS**, ces documents n'ont qu'une **visée tarifaire**. Le rapport est centré sur l'activité et sur le fonctionnement des activités concernées, au regard notamment des objectifs du CPOM, ainsi que sur l'affectation des résultats.
- Ces documents sont à **transmettre pour le 30 avril N+1**, sauf dans le cas des activités relevant d'un **EPS** pour lesquelles le délai est repoussé au **8 juillet N+1**.

3.

L'affectation des résultats (hors activités relevant d'un EPS)

- Dans le cadre de la forfaitisation des dotations par le biais d'équation tarifaire (pour les EHPAD /PUV tarifées au GMPS) ou dans le cadre du CPOM (ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA), le principe retenu est celui de la **définition des modalités d'affectation dans le CPOM**. La nature du financement des structures financées sur la base de l'évaluation du besoins en soins requis des résidents et de leur niveau de dépendance **interdit de prévoir la reprise de résultats de ces structures**.
- Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. Il reste **possible de demander le reversement de certains montants** dès lors que l'autorité de tarification constate des **dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS** fournissant des prestations comparables en termes de qualités de prise en charge ou d'accompagnement, ou des recettes non comptabilisées.

3.

L'affectation des résultats (hors activités relevant d'un EPS)

- Les résultats du compte de résultat principal et de chaque compte de résultat annexe sont affectés, au cours de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte, selon les modalités suivantes :

⇒ **L'excédent d'exploitation est affecté :**

- 1° En priorité, à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
- 2° A un compte de report à nouveau ;
- 3° Au financement de mesures d'investissement ;
- 4° À un compte de réserve de compensation ;
- 5° À un compte de réserve de trésorerie dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R. 314-48 ;
- 6° A un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

⇒ **Le déficit de chacun des comptes de résultat est :**

- 1° Couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
- 2° Puis, le cas échéant, couvert par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
- 3° Pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

3.

L'affectation des résultats (hors activités relevant d'un EPS)

- Les résultats sont affectés au sein du même compte de résultat, c'est-à-dire par établissement ou service, puis **de manière globale** puisque le bilan est commun au périmètre des structures du CPOM et donc de l'EPRD.
- Pour les **organismes commerciaux**, l'impossibilité d'affecter des excédents dégagés sur les tarifs soins et dépendance en réserve d'investissement ou de trésorerie, ainsi qu'à la compensation de charges d'amortissement, est maintenue.
- **Pour l'ensemble des gestionnaires**, la possibilité de reprendre tout ou partie d'un résultat (déficitaire ou excédentaire), pour les établissements et services autres que les EHPAD, est maintenue.

3.

L'affectation des résultats (hors activités relevant d'un EPS)

- **Cas des sections tarifaires d'un EHPAD et le contrôle de la répartition des charges communes à plusieurs financeurs :**
 - Au sein de l'EPRD, le **compte de résultat prévisionnel (CRP)** d'un EHPAD **n'est pas subdivisé en section tarifaire** ;
 - Le décret forfaits « soins » et « dépendance » liste les charges pouvant être couvertes par chacun des tarifs mais **suppriment les clés fixes de répartition des charges communes**. Dans la limite des forfaits notifiés, le gestionnaire peut donc faire varier la répartition des charges communes entre financeurs.
 - **Les autorités de tarification contrôlent l'usage des financements** qu'elles accordent :
 - ⇒ **Au prévisionnel**, l'annexe financière de l'EPRD comprend une présentation prévisionnelle par section tarifaire pour un EHPAD ;
 - ⇒ **Au réalisé**, le compte d'emploi annexé à l'ERRD présente également la répartition réelle.

3.

Dans l'attente de la signature du CPOM

- Les mesures relatives aux **EHPAD** :

⇒ **dans l'attente de la signature du CPOM**, le tarif hébergement d'un EHPAD (ou PUV) habilité à l'aide sociale est fixé selon la procédure contradictoire (production d'un BP au 31 oct. N-1) ;

⇒ les autorités de tarification **peuvent s'opposer à l'affectation des résultats** décidée par le gestionnaire (sections « soins » et « dépendance »).

NB : le traitement des résultats comptables des exercices 2015 et 2016 : au titre des exercices 2017 et 2018, les forfaits globaux de soins et les forfaits globaux relatifs à la dépendance peuvent inclure un report à nouveau excédentaire ou déficitaire.

4.

La généralisation des CPOM sur le secteur médico-social Volet personnes âgées

- **Les mesures de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) concernant les CPOM :**
 - L'article 10 introduit la conclusion d'un CPOM pour les résidences autonomes pour la réalisation de leurs missions de prévention et la perception d'un forfait autonomie correspondant ;
 - L'article 47 rend facultatif la signature d'un CPOM pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ;
 - L'article 49 propose aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) la conclusion d'un CPOM dans le cadre d'une expérimentation ;
 - L'article 58 généralise le CPOM sur le secteur des EHPAD (CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF) = substitution du CPOM à la convention pluriannuelle dite tripartite (CTP) qui préexistait pour chacun des 7 000 EHPAD :
 - ⇒ **Un seul CPOM (=CPOM iv ter de l'article L. 313-12 du CASF) pour l'ensemble des EHPAD du département, d'un même organisme gestionnaire et qui peut intégrer d'autres catégories d'ESMS :**
 - Dans une logique de mutualisation (de certaines missions ou postes : personnels, blanchisserie, restauration ...)
 - Dans une logique de parcours (AJ-HT-SSIAD-ESMS PH ...)
 - ⇒ Dans une logique **de simplification**, le CPOM **vaut convention d'aide sociale départementale**
 - ⇒ **Un arrêté fixe le cahier des charges des CPOM « EHPAD » et un modèle de contrat est annexé**
 - ⇒ **Calendrier : période de 5 ans du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021 – programmation conjointe ARS/CD**

4.

La généralisation des CPOM sur le secteur médico-social Volet personnes handicapées / SSIAD-SPASAD / AJA

Les mesures de la LFSS pour 2016

- Article 74 prévoit l'intégration dans l'ONDAM MS des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), dans le but de faciliter la contractualisation avec ces services et permettre d'adapter l'offre et de faciliter le parcours des personnes handicapées amenées à passer d'un type de prise en charge à un autre.
- Article 75 prévoit que les établissements et services du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (**SSIAD/SPASAD**) doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental le cas échéant.
 - ⇒ Il s'agit du CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF
- Une période transitoire de 6 ans est prévue pour la mise en œuvre de ces dispositions (du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021).
 - ⇒ La période transitoire de généralisation des CPOM est à la même échéance sur l'ensemble du secteur médico-social = au 1^{er} janvier 2022, l'ensemble des ESMS devra être couvert par un CPOM

Modifications apportées par la LFSS 2017 au CPOM L. 313-12-2 du CASF (ESMS-PH, SSIAD/SPASAD, AJA) :

- ⇒ Elargissement du périmètre de la réforme à d'autres ESMS du secteur des personnes en situation de handicap (PH), notamment aux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
- ⇒ Obligation pour les conseils départementaux de signer le CPOM pour les établissements et services de compétence partagée avec les ARS ;
- ⇒ Modulation de la dotation relevant de l'assurance maladie pour les ESMS-PH relevant d'un CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du CASF ;

4.

La généralisation des CPOM sur le secteur médico-social La liste des ESMS concernés par l'article L. 313-12-2

➤ **Aussi, sont concernés par cette contractualisation obligatoire les ESMS suivants :**

Instituts médico-éducatifs (IME), instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques (ITEP), établissements et services pour enfants déficients moteurs (IEM), établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP), établissements et services pour enfants atteints de déficience sensorielle, centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centres d'accueil familiaux spécialisés (CAFS) créés et gérés par ces établissements, les services types services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), jardins d'accueil spécialisés, bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU), centres de rééducation professionnelle (CRP), centres de pré-orientation (CPO), maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisé (FAM), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Les établissements d'hébergement temporaire du secteur des personnes en situation de handicap sont également concernés, ainsi que les SSIAD, qu'ils interviennent auprès de personnes âgées ou de personnes handicapées. A noter que les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont également inclus dans le périmètre de la contractualisation obligatoire. Enfin, dans le cadre de l'instruction du 10/10/2016, les établissements d'accueil de jour autonomes (AJA) ont été intégrés à ce périmètre.

Quelques structures d'accompagnement des personnes handicapées ne sont pas concernées par l'obligation de signer un CPOM notamment les centres de ressources et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS).

4.

La programmation conjointe des CPOM sur les deux secteurs

- Une programmation sur le secteur personnes âgées conjointe avec PCD qui peut intégrer les SSIAD/SPASAD ;
- Une programmation sur le secteur personnes handicapées conjointe avec PCD. Elle peut inclure les SSIAD/SPASAD disposant de places PH. Celle-ci devra s'appuyer à la fois sur :
 - Les gestionnaires qui devront renouveler leur CPOM existant (signé au titre du L. 313-11 du CASF) ;
 - Les établissements et services soumis à obligation qui ne sont pas déjà inclus dans le périmètre d'un CPOM ;
 - Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).
- Le cas échéant, une 3^{ème} programmation relevant uniquement du DGARS concernant les SSIAD qui relèvent de sa compétence exclusive.

4.

Les différentes catégories de CPOM issues de ces mesures

Article L. 313-11
CASF

- CPOM de droit commun - facultatif

Article L. 313-11-1
du CASF

- CPOM des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (renvoi aux dispositions du L. 313-11)

III de article L. 313-12
du CASF

- CPOM des résidences autonomie (renvoi aux dispositions du L. 313-11)

IV ter de article L.
313-12 du CASF

- CPOM EHPAD/PUV – périmètre variable - Obligatoire

Article L. 313-12-2 du
CASF

- CPOM LFSS 2016 : ESMS PH et SSIAD - obligatoire

4.

L'arrêté du 3 mars 2017 fixant le cahier des charges des CPOM et le modèle de contrat

- Arrêté pris en substitution de l'arrêté du 26 avril 1999 sur le secteur des EHPAD mais **reste applicable** dans sa version d'origine aux ESLD (en attente d'une réforme de leur tarification) ;
- Compte tenu de la généralisation des CPOM sur le secteur MS (questions d'articulations des différents CPOM, de programmation ...) il a été prévu la possibilité de **regrouper au sein du CPOM EHPAD, l'ensemble des CPOM MS** de l'organisme gestionnaire (CPOM LFSS 2016-2017, CPOM résidence-autonomie, CPOM conclu antérieurement ...)
 - ⇒ Un seul document contractuel pour l'ensemble des obligations contractuelles des gestionnaires ;
 - ⇒ En revanche, il y a bien un **CPOM sanitaire distinct** et un **EPCP**.
- Le CPOM respecte un cahier des charges qui comprend un modèle de contrat
 - ⇒ Un projet de texte resserré avec un socle contractuel commun à l'ensemble de l'activité de l'organisme gestionnaire concerné par le CPOM et des annexes. Notamment une annexe décline les objectifs qui peuvent être transversaux ou ne concerner qu'une activité ;
 - ⇒ Le modèle de CPOM peut faire l'objet d'une adaptation locale ;
- Les **signataires du CPOM** (= a minima départemental) :
 - ⇒ Le DGARS ;
 - ⇒ Le PCD ou du président de la métropole comme signataire potentiel en cas de transfert de compétence (conformément aux dispositions du IV de l'article L. 5217-2 du CGCT) ;
 - ⇒ La personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (modification introduite par l'article 89 de la LFSS pour 2017) = mesure prise pour permettre aux groupes de signer un CPOM pluri EHPAD au niveau départemental.

4.

L'arrêté fixant le cahier des charges des CPOM et le modèle de contrat

- Le CPOM fixe les **obligations respectives** des cocontractants, des **objectifs définis par CPOM** entre les acteurs et les **modalités de suivi** notamment sous la forme d'indicateurs ;
 - ⇒ Définis par les acteurs selon les objectifs déterminés ;
 - ⇒ En nombre restreint ;
 - ⇒ Recommandation d'utiliser en priorité des indicateurs existants (ANAP, ANESM, indicateurs ARS) ;
- Des **remontées annuelles des indicateurs** du CPOM dans le cadre de l'ERRD
 - ⇒ Objet d'une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution ;
 - ⇒ devra être actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs = elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que **l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD)**.
- Un **dialogue de gestion à mi-parcours et lors du renouvellement du CPOM** (coïncide avec les coupes PATHOS / AGGIR) et un dialogue de gestion complémentaire possible au cours de la 4^{ème} année si nécessaire ;
- **Prorogation du CPOM :**
 - ⇒ Si le CPOM ne peut être renouvelé au terme des 5 années, possibilité de proroger d'une année supplémentaire sans avenant;
 - ⇒ Au terme des 6 ans, possibilité de proroger d'un an supplémentaire en signant un avenant.

4.

L'accompagnement de la réforme de la contractualisation et les outils

- Publication d'un guide de l'ANESM « ESSMS : VALORISEZ LES RÉSULTATS DE VOS EVALUATIONS » : guide à destination des directions d'établissements et services a pour but de les aider à construire le plan d'amélioration continue de la qualité à la suite des évaluations internes et externes (décembre 2016)
- Publication d'un guide de l'ANAP pour accompagner les autorités en charge du déploiement des CPOM et les organismes gestionnaires en élaborant des outils en leur direction afin de favoriser cette contractualisation (janvier 2017).
- Déploiement de l'outil eCars pour les ARS et les CD fin 2017/début 2018 qui permettra de notamment de **dématérialiser et automatiser** les processus d'élaboration, de signature, de suivi et d'évaluation des contrats afin d'assurer le suivi de l'ensemble des CPOM grâce à des indicateurs (interfaçage avec le tableau de bord de la performance), de disposer de données régionales et nationales, tant quantitatives que qualitatives relatives à la contractualisation ;

QUELQUES DÉFINITIONS DE LA PERFORMANCE

❶ Performance d'un système de santé (OMS) : a

- Améliorer l'état de santé (état de complet bien-être physique, mental et social) de la population
- Répondre aux attentes des personnes
- Assurer un financement équitable dans le cadre de moyens définis

❷ Performance des politiques publiques (LOLF) : a

La démarche de performance ou démarche de pilotage par les performances est un dispositif de pilotage des administrations ayant pour objectif d'améliorer l'efficacité de la dépense publique en orientant la gestion vers **l'atteinte de résultats** (ou performances) prédéfinis, en matière d'efficacité socio-économique, de qualité de service ou d'efficience, dans **le cadre de moyens prédéterminés**.

❸ Performance d'un établissement ou service (Modèle intégrateur de Sicotte, Champagne, Contandriopoulos...) :

- Modèle de l'atteinte des buts (« *recherche des meilleurs résultats avec les mêmes ressources* » OMS)
- modèle des processus internes (*organisation performante = qui fonctionne sans heurts suivant des normes établies, sans tensions excessives*)
- Modèle politique (*organisation performante = qui satisfait aux enjeux internes et externe*)
- Modèle des relations humaines (*organisation performante = qui fonctionne en tant que milieu de travail sain*)

4

6

VERS UNE NOUVELLE DISTRIBUTION DES RÔLES

