

## **Réforme de la tarification des EHPAD**

### ***Contribution de la FHF***

Le secrétariat d'Etat chargé de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie a installé le 9 décembre 2014, trois groupes de travail visant à réformer la tarification des EHPAD dans le cadre, notamment, du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

La FHF participe à l'ensemble des groupes de travail et souhaite formaliser sa position dans la présente note.

La FHF souscrit parfaitement à la nécessité d'engager une réforme de la tarification des EHPAD, réforme qu'elle demande d'engager depuis plusieurs années. Celle-ci doit avoir comme premier objectif de simplifier la tarification qui est à ce jour trop complexe pour les établissements comme pour les financeurs, tout en n'entravant pas la capacité des gestionnaires à piloter leur établissement, dans le cadre d'un dialogue de gestion constructif.

La FHF regrette que cette réforme ne soit pas menée dans le même temps que celle sur le handicap alors qu'il existe de nombreux points de convergence et enjeux communs, notamment sur la question des CPOM.

Les débats autour du financement des établissements ne doivent évidemment pas être déconnectés de l'objectif d'amélioration permanente de l'accompagnement des personnes âgées. La FHF note que la question du reste à charge, objectif pourtant affiché comme prioritaire par le gouvernement, n'est pas directement traitée dans ces groupes de travail, tout comme la problématique de la tarification ternaire et plus particulièrement du 70/30, pourtant dénoncés par de nombreux acteurs.

#### **Groupe de travail n°1 : améliorer l'efficacité de l'outil contractuel / moderniser et simplifier l'allocation de ressources**

La FHF souscrit à l'objectif de moderniser l'outil contractuel en remplaçant progressivement les conventions tripartites par les CPOM. Ces CPOM devront être pluriannuels (5 ans), pluri-établissements et services, afin de permettre aux gestionnaires détenant différentes autorisations d'activités, de contractualiser dans un même CPOM pour l'ensemble de leurs structures au sein d'un même département voire d'une même région. Paramétré ainsi, le CPOM serait facteur de décloisonnement et de développement des parcours, notamment gériatologiques.

Le champ des CPOM ne doit donc pas être limité aux EHPAD mais ouvert à l'ensemble des établissements et services, sur les champs sanitaire et médico-social. Ceci permettra d'améliorer le pilotage de la politique de gestion des établissements et une meilleure maîtrise de leurs ressources.

Le passage aux CPOM doit être envisagé progressivement, par exemple, à échéance des conventions tripartites. L'intégration des autres établissements et services d'un même gestionnaire pourra être envisagée à cette même échéance.

La FHF demande le passage à la tarification à la ressource au GMPS plafond pour tous les EHPAD, lors de la signature du CPOM. Le coût de cette opération étant chiffré à 340 M€ par la DSS, cette opération est tout à fait envisageable, facteur d'amélioration de la qualité, et rentre dans la logique de responsabilisation des gestionnaires liée au CPOM et à l'EPRD.

La réouverture du tarif global doit être effective : la FHF demande que l'ensemble des établissements qui le souhaite puisse passer en tarif global. Le choix d'option tarifaire doit être garanti à chaque gestionnaire et pas seulement réduit à certains critères, comme c'est aujourd'hui le cas. L'évolution de la démographie médicale plaide en faveur du passage au tarif global pour pouvoir notamment salarier des médecins.

L'un des enjeux majeurs de cette réforme de la tarification est de simplifier la procédure budgétaire et le dialogue de gestion : il est nécessaire de mettre en œuvre le passage à l'EPRD, enjeu majeur de simplification, notamment pour les EHPAD rattachés aux centres hospitaliers. Il est également important d'harmoniser les calendriers des procédures budgétaires sanitaire et médico-sociale dans un objectif de simplification. Une étanchéité des moyens médico-sociaux pourrait être envisagée afin de garantir qu'ils soient bien alloués à la prise en charge des résidents. La FHF rappelle que les établissements rencontrent des difficultés quant à la répartition des charges entre les trois sections et que certaines charges imputées sur la section hébergement posent question (par exemple : charges de PUI, de dossier de soins informatisé...).

Le passage à l'EPRD et à la tarification à la ressource nécessite d'alléger la procédure budgétaire contradictoire : passage d'un contrôle de gestion a priori, vers un contrôle de gestion a posteriori, à échéance du CPOM. Ceci n'empêche pas de maintenir si besoin une rencontre annuelle avec les autorités de tarification dans le cadre d'un dialogue de gestion pertinent.

Le passage aux CPOM et à l'EPRD implique également de garantir aux gestionnaires la libre affectation des résultats. Le CPOM doit être plein et entier et donc se démarquer véritablement des conventions tripartites : la libre affectation des résultats est un point fondamental dans le cadre d'une responsabilisation des gestionnaires, véritables pilotes de leur stratégie budgétaire et financière. Un dialogue de gestion pertinent avec des interlocuteurs compétents, doit permettre de lever toutes les craintes. A défaut de la limitation du nombre de financeurs qui pourrait être source de simplification, la question de la détermination d'un leader dans les autorités de tarification peut se poser, en raison de la trop grande variabilité au niveau local.

La FHF propose que les établissements puissent bénéficier de financements spécifiques, dans certains cas précis, dans le cadre notamment de Missions d'Intérêt Général (MIG) médico-sociales. La FHF porte un amendement (cf annexe 1) visant à permettre aux établissements de bénéficier de MIG, par exemple pour l'accessibilité financière, pour la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie (par exemple suivi bucco-dentaire, éducation thérapeutique), pour les transports sanitaires, pour l'accueil de publics âgés présentant des difficultés spécifiques (personnes âgées souffrant de pathologies spécifiques, personnes handicapées vieillissantes dans les EHPAD, sans domicile fixe...).

### **Groupe de travail n°2 : outiller le dialogue de gestion par la généralisation d'indicateurs**

L'harmonisation des systèmes d'information et des applications des financeurs, à court terme, est un enjeu majeur pour le secteur médico-social. Les applications et autres enquêtes nécessitant la saisie de données souvent communes sont chronophages. Les données sont souvent déjà remplies ailleurs. Il est capital de mettre en œuvre un système d'information partagé entre les financeurs, unique et simplifié, afin de limiter la multiplication du remplissage des données dans les différentes plateformes existantes (ANCRE, SAE, HAPI, IMPORTCA... etc.) et de générer des gains de temps et d'efficacité. Le double remplissage est particulièrement problématique pour les EHPAD rattachés aux centres hospitaliers qui sont basés sur des calendriers différents.

Dans le cadre du dialogue de gestion, la FHF souhaite que soient intégrés au sein des CPOM quelques indicateurs de pilotage issus des Tableaux de bord de la performance de l'ANAP, déterminés de manière individualisée entre les autorités de tarification et les établissements. Ces indicateurs devront être choisis en pleine concertation, en raison de leur pertinence, de leur efficacité et de leur remplissage possible par tous les établissements (y compris les EHPAD en budget annexe) en ayant à l'esprit le caractère chronophage de certains. Ces indicateurs devront être de véritables outils au service du pilotage de l'établissement pour le gestionnaire. Ils ne doivent donc ni être opposables ni servir d'outil de contrôle pour les autorités de tarification, mais constituer un outil au service du dialogue de gestion. Les objectifs des CPOM doivent pouvoir être fixés au regard de la situation propre à chaque établissement, des évaluations internes et externes et des résultats des indicateurs de pilotage.

### **Groupe de travail n°3 : définir des prestations d'hébergement socle**

La FHF soutient depuis le début, les travaux du Ministère et de la CNSA visant à réaliser un Portail d'information pour les personnes âgées et leur famille, au sein duquel tous les établissements pour personnes âgées seront répertoriés avec leurs caractéristiques, leur coût et les prestations proposées. Elle souhaite que les établissements puissent afficher l'ensemble des prestations qu'ils proposent, y compris les prestations en complément des prestations socles, afin de pouvoir se démarquer des autres structures et de valoriser leurs équipes professionnelles et les services proposés.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit la création, uniquement pour les établissements minoritairement habilités à l'aide sociale, d'un socle de prestations incluses dans un « tarif socle ». Il est important de ne pas confondre la notion de « tarif socle » (qui signifierait tarif plancher) et celle de « prestations socles comprises dans le tarif hébergement ».

Dans un objectif de transparence et de lisibilité pour les consommateurs, des informations se rapportant aux établissements, la FHF souhaite que la liste des « prestations socles » soit appliquée à l'ensemble des établissements, qu'ils soient ou non habilités à l'aide sociale. Les (futurs) résidents et leurs familles pourront ainsi plus facilement comparer deux tarifs hébergement, quel que soit le statut de l'établissement ou son niveau d'habilitation.

La FHF propose de compléter le tableau des prestations socles proposé par la DGCS en insérant dans la partie administration générale, les notions de GRH et d'économat. Sur la partie « accueil hôtelier », la mise à disposition d'un téléphone peut être supprimée de la liste des prestations socles (au même titre que les télévisions ne sont pas mises à disposition). Seule la mise à disposition d'une ligne doit être prévue.

Sur la partie « entretien », l'entretien et le nettoyage des chambres et parties communes doivent être complétés par la notion de maintenance des bâtiments qui n'est aujourd'hui pas prévu dans la liste. Enfin, sur la question de la restauration, la notion de « mise à disposition d'une collation du soir » doit être privilégiée à celle de « fourniture d'une collation » qui sous-entend une obligation de délivrance.

La FHF souligne le risque d'inflation du tarif hébergement si de nouvelles prestations non assumées par la majorité des établissements aujourd'hui, sont intégrées dans le socle de prestations. La question du blanchissage des vêtements et du linge de toilette des résidents (à l'exception du pressing) ont fait l'objet de longs débats entre les fédérations. La FHF souhaite vivement que cette prestation, déjà assumée par la très grande majorité des établissements publics dans le cadre du tarif hébergement, soit maintenue dans le tarif socle. Si cette prestation ne faisait plus partie du tarif socle, il y aurait un véritable risque d'inflation du reste à charge pour les résidents. Au-delà, une véritable difficulté se poserait pour les résidents à l'aide sociale qui ne seraient pas en mesure de payer la prestation (sauf sur leur argent de poche...).

La FHF souhaite que la fourniture de produits d'hygiène (savon, gel douche, shampoing), qui a également fait débat, soit maintenue dans la liste des prestations socles pour plusieurs raisons : un grand nombre d'EHPAD publics mettent déjà aujourd'hui à disposition de leurs résidents ces produits. Les sortir du tarif hébergement reviendrait à augmenter le reste à charge des résidents. Par ailleurs, les établissements sont vigilants à l'utilisation de produits adaptés, peuvent négocier le coût lors de commandes en quantité et garantissent le maintien d'un stock dans les établissements. La gestion est donc simplifiée pour les résidents et leurs familles, sans risque d'augmentation du reste à charge des résidents.

# Annexe 1

## Amendement FHF - Définition de missions d'intérêt général médico-sociales pour les établissements et services relevant de l'article L312-1 6° du Code de l'action sociale et des familles

### Exposé des motifs :

---

**Le présent amendement vise à permettre dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus avec les ARS, de prendre en compte et de financer des missions d'intérêt général (MIG) qui n'existent pas aujourd'hui dans le secteur médico-social.**

Cette proposition pourrait venir compenser :

- La sous-consommation chronique et persistante de crédits médico-sociaux dans le secteur des personnes âgées ;
- La nécessaire modernisation des établissements et services médico-sociaux, sous une forme compatible avec les instruments budgétaires et tarifaires de l'ARS, sous couvert de la CNSA.

Plusieurs catégories de MIG sont envisageables :

- MIG pour l'accessibilité financière, compensation économique des contraintes et sujétions d'un tarif hébergement administré pour la totalité de la structure dans les EHPAD. Il ne s'agirait que d'élargir l'usage, d'ores et déjà possible réglementairement, de la prise en charge par l'assurance maladie d'intérêts d'emprunt et d'amortissements dérogatoires.
- MIG pour la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie pour une zone géo-populationnelle définie.
- MIG pour l'accueil de publics âgés présentant des difficultés spécifiques dans les EHPAD : accueil et hébergement de personnes âgées souffrant de pathologies spécifiques, personnes handicapées vieillissantes dans les EHPAD, sans domicile fixe...

Le financement de ces MIG pourrait se faire via la CASA afin de maîtriser le reste à charge pour les usagers.

### TEXTE

---

L'amendement vise à insérer un article L 314-9-1 au code de l'action sociale et des familles ainsi rédigé :

« Les établissements relevant du L 312-1 6° qui ont conclu un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L 313-11 avec le directeur de l'ARS et qui sont habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places, peuvent bénéficier de dotations financières au titre de missions d'intérêt général. »