

# Réforme tarifaire, budgétaire et comptable

**ANNIE LELIEVRE - RESPONSABLE DU PÔLE AUTONOMIE**

12 octobre 2016

# Point sur le calendrier budgétaire et comptable 2017

# Calendrier prévisionnel

- L'ensemble des textes soumis à l'avis du conseil d'Etat pourrait être **publié en novembre 2016 pour une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017.**
- Publication début 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 fin 2016 :
  - D'un guide d'aide à la contractualisation ainsi qu'un certain nombre d'outils (ANAP).
  - D'un guide portant sur les suites des évaluations internes et externes dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement (ANESM)

# Pour le 31 octobre 2016

## EHPAD :

- ✓ **L'établissement est tenu de déposer un budget prévisionnel (document tarifaire) et ses documents annexes, au titre de l'exercice 2017, auprès du conseil départemental compétent pour la tarification des prix de journée hébergement lorsque celui-ci est habilité à l'aide sociale départementale.** Pour mémoire, les données relatives aux autres sections tarifaires figurent également dans ces documents.
- ⇒ Les modalités de transmission restent inchangées : soit par voie papier, soit par voie dématérialisée, à la demande de l'autorité de tarification. **pas nécessaire de déposer ce budget prévisionnel auprès des agences régionales de santé**
- ⇒ Il n'y a pas non plus de dépôt au sein de l'application HAPI de la CNSA.
- ✓ **Dans l'attente de la parution du décret, le document soumis au vote du Conseil d'administration est l'actuel budget prévisionnel conformément aux textes en vigueur.**
- ✓ **Le tarif « hébergement » restant soumis à la procédure budgétaire de droit commun dans l'attente de la signature du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12.**

# Pour le 31 octobre 2016

Il n'y a **pas d'obligation à transmettre un budget prévisionnel à l'ARS** (et, le cas échéant, au CD) **dès-lors que l'ESSMS relève d'un EPRD à compter de l'exercice 2017, c'est-à-dire :**

## ESMS PH ou SSIAD relevant d'un EPRD :

- Lorsque ces ESSMS relèvent de la compétence exclusive du DGARS (MAS) : les ESSMS ayant signé en 2016 : un CPOM au titre de l'article L.313-12-2 du CASF, ou un avenant au CPOM en cours (signé au titre de l'article L.313-11) **qui prévoit expressément la production d'un EPRD.**
- Lorsque ces ESMS sont tarifés conjointement (ARS-conseil départemental) : les ESMS ayant signé en 2016 : un CPOM « tripartite » au titre de l'article L.313-12-2 du CASF, ou un avenant au CPOM en cours (signé conjointement par l'ARS et de conseil départemental au titre de l'article L.313-11) **qui prévoit expressément la production d'un EPRD.**

**Dans ces deux cas, il n'y a pas non plus de dépôt d'un budget prévisionnel au sein de l'application HAPI de la CNSA.**

# Pour le 31 octobre 2016

L'obligation de transmettre un budget prévisionnel est maintenue :

- Transmission au conseil départemental compétent, pour les ESMS cofinancés dont le CPOM signé au titre de l'article L.313-12-2 du CASF ou l'avenant au CPOM du L.313-11 du CASF n'associe pas le CD. Pour ces établissements, l'EPRD est transmis à l'ARS, ainsi qu'au Président du conseil départemental.
- A l'ARS et/ou conseil départemental, pour l'ensemble des ESMS : Qui ne relèvent pas des catégories mentionnées au IV ter de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 (non soumis à CPOM obligatoire),

**CPOM obligatoire** : IME, ITEP, SESSAD, CMPP, ESAT, CRP, CPO, SSIAD PA et PH, MAS, FAM SAMSAH, SPASAD

**CPOM facultatif** : UEROS, CAMSP, centres de ressources et établissements sous compétence tarifaire exclusives des conseils départementaux

**Pour les autres catégories d'ESMS des champs « PH » et « PA » :**

## Pour le 1<sup>er</sup> décembre 2016

### ➤ **ESSMS soumis à l'EPRD**

Pour les ESSMS relevant du périmètre de l'EPRD et de la compétence exclusive ou conjointe de l'ARS : transmission à l'ARS, et le cas échéant au CD, d'une annexe « activité » en format papier ou électronique. Cette transmission permettra aux autorités de tarification de fixer les tarifs journaliers applicables à l'ESSMS concerné dès la notification de ses produits de la tarification.

### ➤ **ESSMS non soumis à l'EPRD**

Pas de transmission particulière.

## Pour le 31 janvier 2017

- **ESSMS accueillant des bénéficiaires de l'amendement Creton, qu'ils relèvent d'un EPRD ou d'un BP :**  
Mise à jour de l'activité prévisionnelle « Creton » au titre de l'année 2017 et transmission de cette donnée par voie papier ou électronique (dans l'attente de la mise à disposition de la plateforme d'import de la CNSA) à l'ARS, ce qui lui permettra de déterminer le montant prévisionnel du tarif à la charge des conseils départementaux.
- **Autres ESSMS**  
Pas de mise à jour particulière



**Avant le 30 avril 2017 ou au plus tard le 30 juin 2017**

**Avant le 30 avril 2017, ou, si l'autorité de tarification n'a pas notifié les tarifs avant le 31 mars 2017, dans les 30 jours qui suivent la notification et au plus tard le 30 juin 2017**

**Pour les ESMS  
soumis à l'EPRD :**

- Transmission de l'EPRD et de son ou ses annexe(s) financière(s) en format papier et/ou par voie électronique directement à l'ARS et dépôt sur la plateforme de la CNSA.
- Transmission du compte administratif (CA), portant sur l'exercice 2016 au(x) autorité(s) de tarification compétentes selon les modalités classiques de transmission
- ✓ À noter que l'affectation des résultats s'effectue conformément à l'article R.314-51 du CASF dans le cadre de l'étude des CA 2016. Les dispositions transitoires des décrets qui paraîtront prochainement prévoient en effet que les comptes administratifs des exercices budgétaires 2015 et 2016 seront traités selon les dispositions actuelles du CASF où **l'affectation des résultats est effectuée par l'autorité de tarification.**
- ✓ L'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), document pendant de l'EPRD, ne sera produit que pour la clôture d'exercices durant lequel un EPRD a été produit, soit en 2018 au titre de l'exercice 2017, pour les premiers ESSMS soumis à ce document.

# Les points clés de la réforme

## Les 3 grands axes de la réforme

- 1) Une contractualisation renouvelée** à travers la substitution obligatoire d'un CPOM à l'actuelle convention tripartite pluriannuelle (CTP) ;
- 2) Une réforme tarifaire** par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance ;
- 3) Un pilotage par les ressources** au niveau des établissements, nécessitant une réforme des règles budgétaires et comptables, avec notamment la mise en place d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ;

# 1) CPOM

## Calendrier du CPOM

**Programmation sur 5 ans par le DGARS et président du CD du cadencement des signatures de CPOM par un arrêté publié avant le 31 décembre 2016**

Possibilité de revoir ce calendrier annuellement

**Durée :  
5 ans**

**Selon quels critères ?**

**Notamment prise en compte des échéances de conventions tripartites (si impossible avenant pour un an)**

**6 mois avant échéance manifestation de la volonté de proroger le contrat sinon négociation s'ouvre pour un nouveau contrat**

**Prorogation possible pendant 1 an sans avenant**

# Calendrier des coupes AGGIR et PATHOS

**Coupe AGGIR et PATHOS réalisée concomitamment avant la conclusion du CPOM ainsi qu'au cours de la 3<sup>ème</sup> année du même contrat**

**Condition de prise en compte: validation au plus tard le 30 juin de l'année n-1**

## Les établissements et services concernés par le CPOM

### **Les mesures de la loi ASV relatives à la contractualisation:**

- 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 46 introduit un CPOM spécifique pour **les services d'aide à domicile** en maintenant son caractère **facultatif**;
- L'article 49 prévoit la conclusion d'un CPOM pour les services à domicile entrant dans l'expérimentation de modèles de **SPASAD intégrés**;
  
- **L'article 58 généralise le CPOM sur le secteur des EHPAD à la place des CTP:**

**Un seul CPOM tripartite pour l'ensemble des EHPAD du département d'un même organisme gestionnaire, qui peut intégrer d'autres catégories d'ESMS du même gestionnaire**

**Pour les EHPAD rattachés à un EPS: CPOM sanitaire et médico-social distincts mais annexés**

## Le CPOM : un cahier des charges et un dialogue de gestion

### **Un CPOM type pour faciliter la démarche de contractualisation**

Le CPOM est conçu comme un outil «souple» pour permettre de s'adapter aux problématiques rencontrées localement et définir des objectifs adaptés à chacun des gestionnaires.

Le projet de CPOM type est organisé en un socle contractuel (identification des parties, vie du contrat ...) et des annexes opposables (diagnostic partagé, objectifs du CPOM, éléments budgétaires ...) afin de faciliter la démarche de contractualisation conjointe. Il reste adaptable aux pratiques locales.

### **Dialogues de gestion du CPOM vs dialogue budgétaire et financier**

La périodicité des dialogues de gestion du CPOM : un dialogue de gestion à mi-parcours et lors du renouvellement

Exercice distinct du dialogue financier réalisé dans le cadre de l'EPRD qui comprendra un suivi des indicateurs du CPOM (articulation avec les documents demandés dans ce cadre pour ne pas alourdir les procédures)



## Vos points d'attention lors de la conclusion du CPOM

- **Identification du gestionnaire périmètre du contrat**
- **Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale: le CPOM vaut convention d'habilitation à l'aide sociale**
- **Articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire**
- **Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé**
- **Les financements complémentaires**

## Objectifs fixés dans le cadre du CPOM

- L'expression et la participation individuelle et collective des résidents. La capacité de l'établissement à prendre en compte dans son projet d'établissement d'une part et dans chaque projet personnalisé d'autre part, les besoins et attentes des résidents ainsi que leur environnement social et familial.
- Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures du CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements; renforcement de l'efficacité de la gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarche de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats. Lorsqu'un ou plusieurs établissements couverts par le contrat présentent de graves difficultés financières, le CPOM prévoit un plan de rééquilibrage des recettes et des charges permettant un retour à une situation financière satisfaisante dans un calendrier concerté, conformément aux dispositions de l'article L. 313-14-1 du code de l'action sociale et des familles.

## Objectifs fixés dans le cadre du CPOM

- Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social... afin de favoriser l'accès aux droits et à la santé des personnes, et éviter les ruptures de prise en charge.
- Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes.

## 2) La réforme tarifaire

## Minoration du forfait soins

En cas de refus de l'établissement de signer le CPOM, le directeur général de l'agence régionale de santé minore le forfait global de soins

### Circuit de signature du CPOM:

**MAXIMUM:  
9 MOIS  
pour signer**

#### Réception par l'établissement d'une proposition de contrat (encadrement)

- **Soit** l'établissement n'a pas entamé de négociations ni signé de contrat **3 mois après la réception de la proposition**, le DGARS envoie une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant. **Un nouveau délai d'1 mois** s'ouvre à compter de la réception pour conclure un contrat ou, s'il le refuse, pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.
- **Soit** au cours du délai de trois mois, l'établissement entame des négociations = **6 mois en plus**, à partir du début des négociations pour aboutir 1 mois avant expiration du délai des 6 mois DGARS et CD soumettent une proposition de contrat

## Minoration du forfait soins

### En cas de non signature:

- Minoration du forfait d'une fraction de 1% à 5% du montant du forfait la 1<sup>ère</sup> année
- de 5% à 10% les années suivantes

La minoration du forfait global de soins est temporaire. Dès la signature du contrat par l'établissement, le forfait global de soins est versé dans sa totalité.

## Forfait global de soins

**Forfait global de soins** = résultats de l'équation tarifaire + financements complémentaires et prise en compte de l'activité

**L'équation tarifaire** : les GMPS validés au plus tard le 30 juin N-1 sont pris en compte 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 ») lors de la contractualisation (conclusion ou renouvellement) + une évaluation intermédiaire systématique au cours de la 3ème année du CPOM.

## Forfait global de soins

Les **financements complémentaires** définis dans le CPOM sont destinés à financer :

- **Les modalités d'accueil particulières** : AJ, HT, PASA, UHR ...
- **Des actions ponctuelles** : gestion des situations sanitaires exceptionnelles, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, développement de la qualification des professionnels, opérations de modernisation et de restructuration, etc.
- **La prise en charge de publics spécifiques** : réflexion en cours sur des financements destinés aux personnes handicapées vieillissantes ou aux personnes âgées en situation de grande précarité.



## Forfait global de soins

### **La prise en compte de l'activité :**

Modulation du produit de l'équation tarifaire : seuil à 95 % de taux d'occupation

**En dessous du seuil de 95%, abattement de 1/2 point de la dotation pour 1 point d'activité en dessous du seuil.**

Exemple : 94 % de taux d'occupation = 99,5 % du forfait. 80% = 92,5 % etc.

L'autorité de tarification pourra tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer cette modulation.

## Forfait global de soins

**Forfait global de soins** = résultats de l'équation tarifaire + financements complémentaires et prise en compte de l'activité

Montée en charge sur 7 ans vers la cible (plafond) de la dotation

## Forfait global dépendance

Nouvelle **équation tarifaire** : = [(GMP x capacité installée x valeur départementale du point GIR arrêtée par le PCD) – participations des résidents – tarifs des résidents d'autres départements]

Le forfait global relatif à la dépendance pourrait également inclure des financements complémentaires définis dans le CPOM.

Modulation du forfait en fonction de l'activité, même taux que celui modulant le forfait soins.

**Mise en place d'une convergence tarifaire : dès le 1er janvier 2017, le calcul du forfait dépendance induira une convergence tarifaire sur 7 ans comme le fait la loi ASV pour le soins.**

La valeur de référence « point GMP départemental » ne peut pas être inférieure à la valeur moyenne de l'exercice précédent. Le PCD peut geler la valeur de référence mais il ne peut pas la diminuer.

## 3) Réforme budgétaire et comptable

## Contenu de l'EPRD

- **Un compte de résultat prévisionnel (CRP) principal (P) portant sur les charges et les produits de l'activité principale de l'établissement ou du service**
- **Le cas échéant, un ou plusieurs CRP annexes (A) portant sur les charges et les produits de chacune des activités annexes**
- **Un tableau de calcul de la capacité d'autofinancement (CAF)**
- **Un tableau de financement prévisionnel (TFP)**
- **Un tableau retraçant l'impact de ces prévisions sur le fonds de roulement (FDR) et la trésorerie**
- **Un plan global de financement pluriannuel (PGFP) simulant la trajectoire financière sur 6 ans**
- **Un tableau de répartition des charges communes inscrites dans les CRP**

**Merci de votre attention !**

**[question.autonomie@fhf.fr](mailto:question.autonomie@fhf.fr)**

**Annie Lelièvre**