

# Eléments de Contexte : de la genèse de la réforme de la tarification des ESSMS PH au décret 2016-1815 du 21 décembre 2016

**Sébastien POMMIER**

Directeur Général Association du Clos du Nid

Membre du groupe technique national SERAFIN PH au titre du GNDA

Toulouse, le 27 février 2017  
Montpellier le 28 février 2017

# LA TARIFICATION, UNE QUESTION POLITIQUE ...

## **La tarification : une question technique mais aussi sociétale**

- Quelle solidarité pour le public fragile ?
  - Comment souhaite-t-on répartir les charges entre les financeurs ?
  - Souhaite-t-on diminuer le reste à charge des personnes et des familles ?
  - souhaite-t-on confier le financement d'un 5<sup>ème</sup> risque à des assureurs ?
- Quel modèle économique pour les gestionnaires d'établissements et services, pour les financeurs ?

## ... POSÉE DANS UN CONTEXTE MOUVANT

- **Deux lois structurantes (2002-2 et 2005-102)**
  - Définition de l'action sociale
  - Définition du Handicap
  - Compensation du Handicap
  - Subsidiarité entre accessibilité et compensation
- **L'émergence du concept de « parcours »**
  - Morcellement du secteur (11 500 ESMS)
  - Coresponsabilité et cofinancement
  - Etanchéité de catégories administratives
- **Les contraintes budgétaires**
  - Un OGD en augmentation de 40% entre 2006 et 2013 mais un ONDAM qui tend à croître moins vite
  - Nécessité d'améliorer la qualité de l'accompagnement, la pertinence des prestations et l'efficacité de la dépense
- **Un consensus sur les limites du système actuel de tarification**
  - Obstacle aux parcours
  - Absence de lien entre tarification et autonomie des Usagers
- **Une démarche de réforme engagée dans d'autres secteurs (sanitaire, EHPAD, ...)**

# La Génèse

# Les Lois Structurantes de 2002 et 2005

---

## LES LOIS STRUCTURANTES DE 2002 ET 2005

- L'action sociale et médico-sociale promeut l'autonomie, la protection des Personnes, l'exercice de la citoyenneté, prévient les exclusions et en corrige les effets (art. L116-1 CASF).
- Prise en compte des environnements comme obstacles ou facilitateurs de la participation de la Personne, **introduction d'une logique de compensation**, d'une représentation pluridimensionnelle de la santé renvoyant également à la citoyenneté : **la Personne en situation de Handicap ou en perte d'autonomie doit pouvoir rester acteur de sa santé et, dans toute la mesure du possible, maître de ses choix** (art. L114 CASF + Convention ONU).
- Les **ESSMS constituent des outils de la compensation du handicap** consistant « à répondre à des besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité (...) du développement de places en établissements spécialisés » (art. L114-1-1 CASF).
- Consécration du **principe de subsidiarité** entre « **accessibilité** » et « **compensation** » (accès en priorité au droit commun dans tous les domaines, développement des dispositifs spécifiques en dernier recours seulement).

## LEUR CONTEXTE

- L'allongement de l'espérance de vie concernant l'ensemble de la population.
- Une demande accrue de vie à domicile.
- Une inégalité territoriale dans la répartition de l'offre et de l'accompagnement.
- Des inégalités sociales de santé (facteurs de risque ou d'aggravation du handicap, différences de solutions de prise en charge selon les catégories sociales).
- Le développement d'offres alternatives entre le domicile et l'établissement.

# L'Emergence du Concept de « Parcours »

---

## L'ÉMERGENCE DU CONCEPT DE « PARCOURS »

### **Passer d'une logique de place à une logique de réponse (« *Une réponse accompagnée pour tous* »)**

- Un cloisonnement du secteur médico-social accompagnant les Personnes en situation de Handicap (majoritairement associatif) au sein du champ plus large de la santé.
- Compétences partagées ARS/CD : cofinancement de plusieurs catégories de structures.
- Étanchéité des catégories juridiques des établissements et services, par publics, par handicaps, par modalités d'accueil : système mal adapté aux pluri-handicaps, PHV, ...
- Un mode d'allocation des ressources reposant quasi exclusivement sur des « dotations historiques », sans que les référentiels de coût qui ont émergé dans d'autres secteurs n'aient jamais été promus dans le champ du handicap.

**➡ la tarification = facteur de lourdeur, de complexité administrative, budgétaire, juridique**

# Les Contraintes Budgétaires

---

## LES CONTRAINTES BUDGÉTAIRES

- Une régulation reposant uniquement sur un régime d'autorisation (Loi de 1975 puis de 2002).
- Un secteur dynamique en termes de développement de l'offre.
- Un ONDAM MS tendant à croître moins fortement, des incertitudes quant à la capacité de financement du secteur MS dans les années à venir.
- Des contraintes financières pesant sur les Départements.

**➡ L'amélioration de la qualité de l'accompagnement ne peut que s'accompagner d'une amélioration de l'efficience de la dépense et par le développement de la performance (OMS)**

# Un consensus sur les Constats et les Objectifs

---

# UN CONSENSUS SUR LES CONSTATS ET LES OBJECTIFS

**Les rapports d'Agnès JEANNET et Laurent VACHEY (IGAS/IGF) proposent des constats et des préconisations :**

- La programmation de création de places n'est pas dictée le plus souvent par la connaissance fine et objectivée des besoins des personnes traduite en besoins d'accompagnement mais par la perception qu'en ont les différents acteurs, étayée par des enquêtes parcellisées.
- Les sources de connaissance des situations de handicap sont insuffisantes.
- Il n'existe pas d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement.

**➡ Préconisation : conduire une réforme du financement du secteur pour y parvenir, construire un modèle équitable, prendre le temps de la construction.**

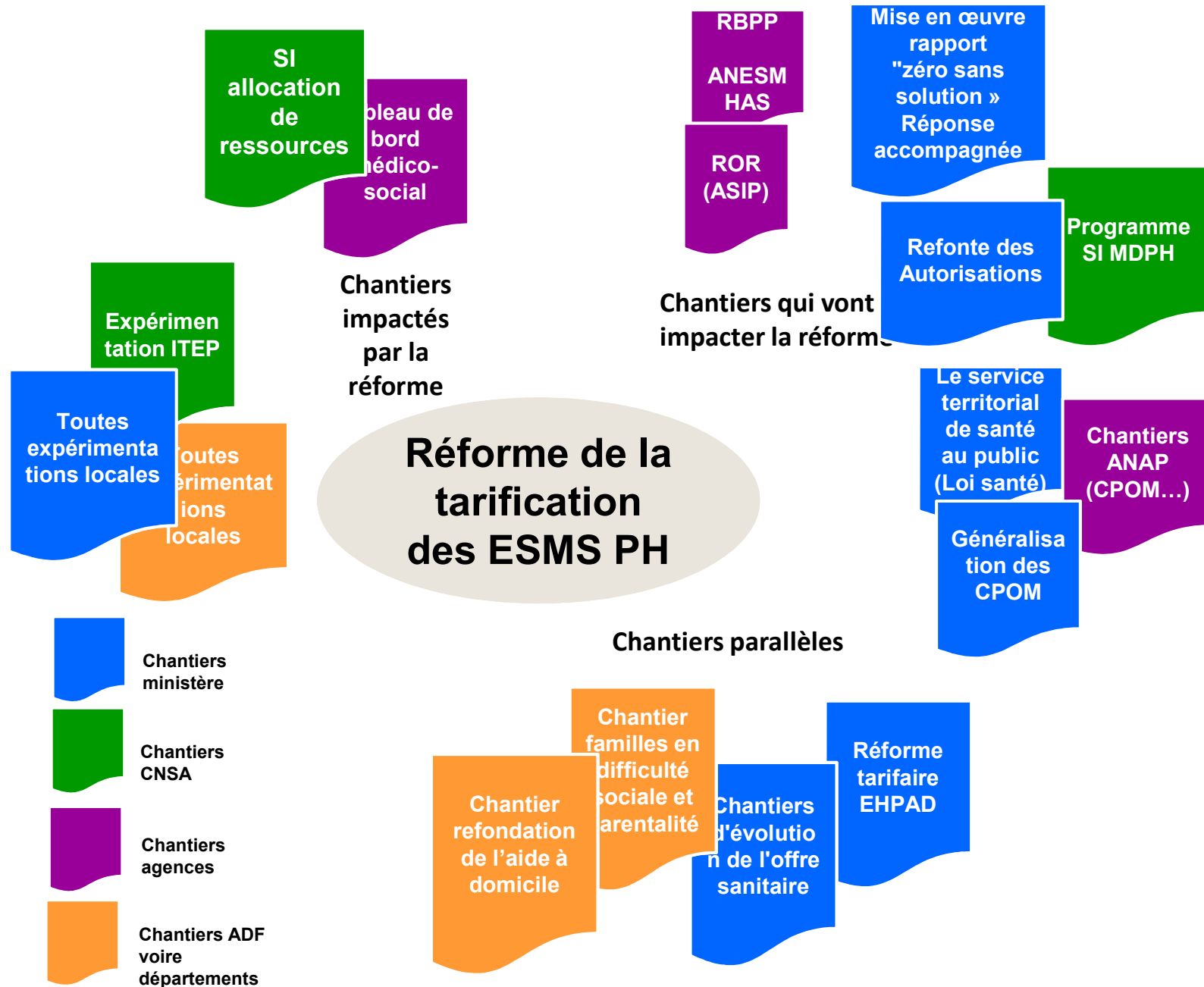
## UN CONSENSUS SUR LES CONSTATS ET LES OBJECTIFS

**Le rapport « *zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* » enclenchant une nouvelle dynamique et de nouvelles aspirations :**

- Une demande de forte souplesse dans l'orientation des personnes dans les ESMS de manière à favoriser une logique de parcours : MDPH, établissements.
  - Une demande, en conséquence, d'une plus grande souplesse dans l'allocation de ressources de manière à ce que les modalités actuelles ne soient pas un frein à la mise en place de dispositifs de prise en charge plus axés sur une adaptation de la réponse à la variabilité des besoins dans le temps.
- ➡ La réforme de la tarification accompagne donc, d'un point de vue opérationnel, les orientations de la politique du Handicap. Elle est l'un des vecteurs des changements en cours.**

# Une Pluralité des Réformes Tarifaires

---



# LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DANS LE SECTEUR SANITAIRE

## **Les principes de la T2A :**

- AVANT (sous DG) : ressources allouées aux établissements reconduites par rapport au budget de l'année N-1 avec des moyens déconnectés de l'activité.
- T2A : Calcul des ressources à partir d'une estimation d'activités et de recettes : l'activité génère des recettes qui permettent d'autoriser des dépenses, dans une enveloppe déterminée.
- Principe de base : tarif au séjour s'appuyant sur plusieurs classifications médicales
- Traduction des opérations selon une procédure spécifique GHM et GHS
- Un tarif opposable est affecté au GHS (via des enquêtes de coûts et des études spécifiques)
- Coexistence de dotations non liées à l'activité (dont MIGAC, enseignement, recherche, innovation), des médicaments et dispositifs médicaux en sus

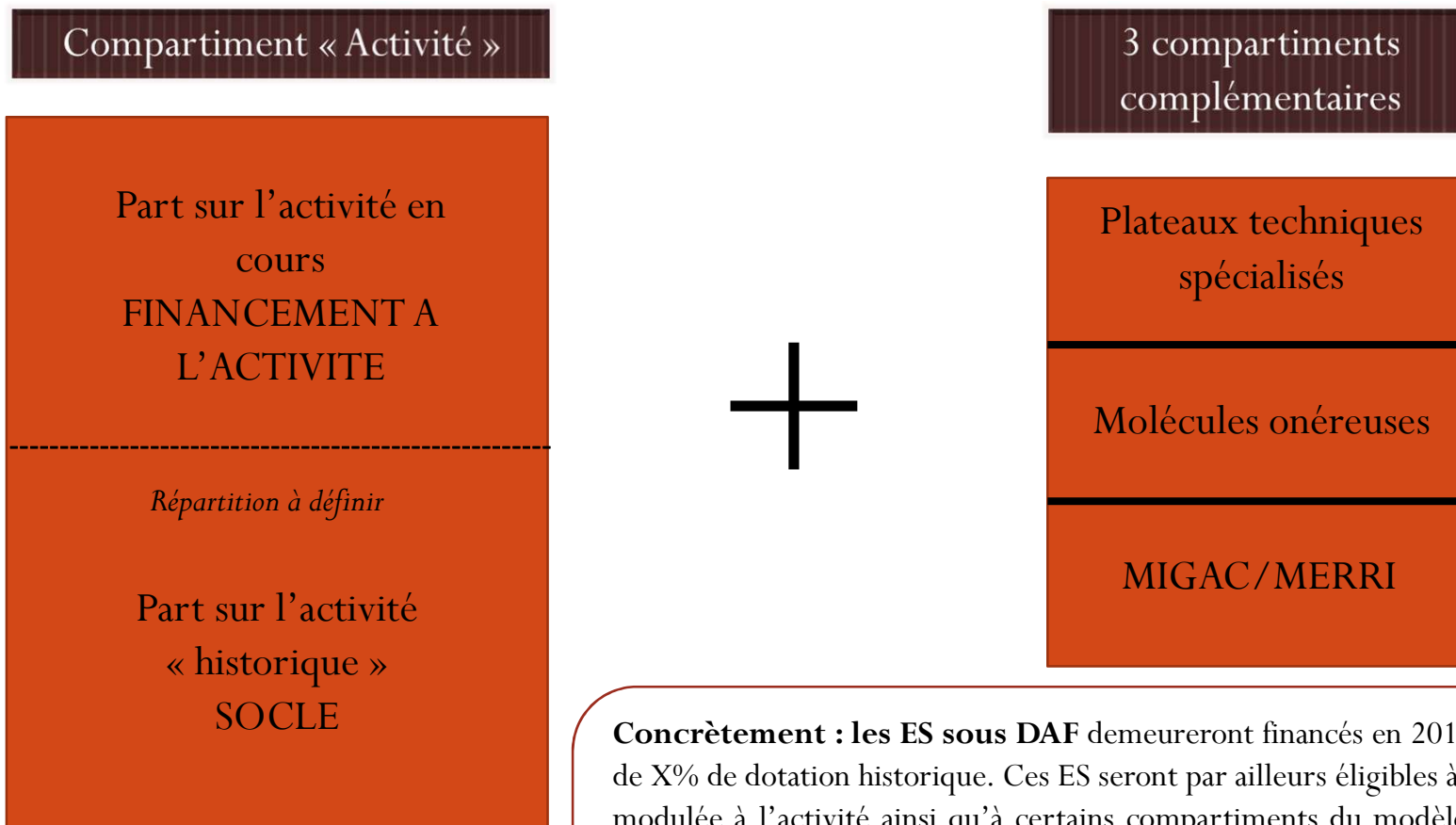
# LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DANS LE SECTEUR SANITAIRE

## **Les limites de la T2A (Mission sur l'évolution du financement des établissements de santé) :**

- Un accent mis sur les actes mesurables au détriment de l'aspect relationnel du soin.
- Un temps de codage considéré comme trop long et nécessitant des compétences spécialisées.
- Une responsabilisation des médecins pouvant influencer leur démarche de soignant.
- Une instabilité du système et une complexité qui rendent difficile une stratégie pluriannuelle.
- Ce que la T2A ne décrit pas.

**➡ Valorisation de gestes techniques de courte ou moyenne durée et de haute technicité : Inadapté à l'accompagnement MS.**

# ARCHITECTURE DE LA DMA



**Concrètement : les ES sous DAF** demeureront financés en 2017 à hauteur de X% de dotation historique. Ces ES seront par ailleurs éligibles à la dotation modulée à l'activité ainsi qu'à certains compartiments du modèle. Ainsi, en complément de leur DAF, pour chaque séjour réalisé, les ES devront produire un GME auquel sera associé un tarif assorti d'un coefficient (dont la valeur sera fonction du débasage opéré sur la DAF).

# LE « COMPARTIMENT ACTIVITÉ »

## FINANCEMENT A L'ACTIVITE

*Répartition à définir*

## SOCLE

### Dimension prospective

- Objectif : maintien pour les ES d'un intérêt à renseigner le PMSI
- Financement sur la base de l'activité réalisée, décrite à partir des outils de description de l'information médicale existants (CSARR, GME)
- Fixation des tarifs nationaux prospectifs à partir des coûts identifiés au niveau national (ENC)
- Prise en compte de l'intensité et de la durée du séjour

### Dimension rétrospective

- Objectif : donner aux ES une visibilité pluriannuelle sur une partie de leurs recettes
- Socle versé sous la forme d'une dotation dont les modalités de calcul seraient fixées pour 3 ans
- Fixation du socle de base de l'activité historique constatée, sur les 2 exercices clos glissants, avec une valorisation des GME sur la base des tarifs nationaux issus de l'ENC
- Le socle a vocation à constituer un vecteur de financement pérenne corrélé avec la nature et le volume d'activité

# La réforme

# Les « Déclencheurs »

---

# LA RÉFORME DE LA TARIFICATION MÉDICO-SOCIALE

## LE RÉFÉRÉ DE LA COUR DES COMPTES

### Les constats :

- Le secteur n'a cessé d'évoluer tant en termes de dynamique des dépenses, qu'en évolution des besoins alors que les principes tarifaires demeurent les mêmes.
- Constat de fortes disparités entre ESSMS de catégories similaires.
- Les réformes annoncées peinent à se mettre en place et les échéances d'aboutissement paraissent lointaines.

*« Si les évolutions annoncées sont souhaitables, il semble nécessaire de définir sans attendre les voies et moyens permettant de créer dès maintenant, en s'appuyant sur la réglementation existante, les conditions d'un processus d'allocation des ressources plus dynamique et plus objectif »*

# LA RÉFORME DE LA TARIFICATION MÉDICO-SOCIALE LE RÉFÉRÉ DE LA COUR DES COMPTES

## Les préconisations :

- Généraliser à l'ensemble des établissements, y compris ceux relevant de la compétence exclusive des départements, l'obligation de conclure des CPOM et fixer les seuils de déclenchement de cette obligation.
- Conforter l'objectivité de la procédure de contractualisation par la mise au point rapide de référentiels de coûts des prestations.
- Utiliser également ces référentiels pour faciliter la procédure contradictoire pour les ESMS ne relevant pas de ces contrats.

## La réponse de madame la Ministre :

*« partage le constat de l'urgence d'une réforme de l'allocation des ressources aux établissements, guidée par des impératifs d'équité, de simplicité et d'efficacité, assise sur des référentiels de prestations et de coûts, faisant de la contractualisation un des instruments privilégié de mise en œuvre et s'appuyant sur des indicateurs de mesure de l'activité, de l'efficience et de la qualité ».*

# LA RÉFORME DE LA TARIFICATION - LES EHPAD

## →<sup>1</sup> **Art. 63 de la LFSS 09 :**

La **fixation du tarif global de soins** interviendra, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, sous la forme d'une **tarification à la ressource**. Tarification à la ressource =

**GMPS x valeur de point fixée annuellement par arrêté ministériel**

→<sup>1</sup> **25 novembre 2015 :** Le Conseil d'Etat juge (arrêt n°380708) que, faute de précisions réglementaires, cet article n'est pas applicable et que « *en l'absence de telles mesures, la tarification des EHPAD restait régie par les règles existantes de la partie réglementaire du CASF* ».

## →<sup>1</sup> **Article R. 314-158 à 195 du CASF**

- Cadre budgétaire : EPRD
- CPOM obligatoires : absence de signature CPOM = diminution du forfait soins
- Équation tarifaire : une formule de calcul donne la dotation globale

# Les Textes

---

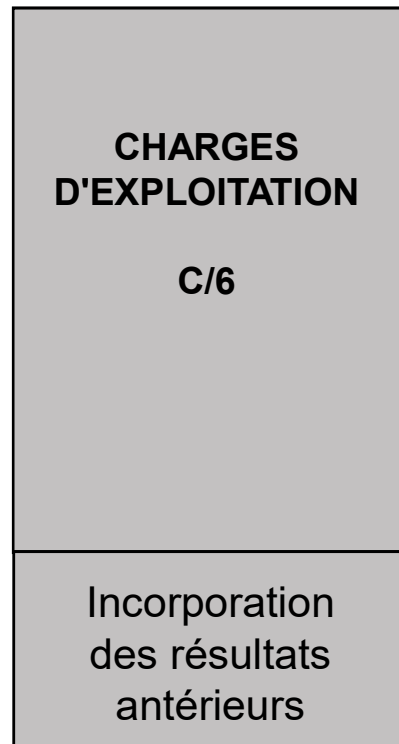
# LA RÉFORME DE LA TARIFICATION - LES ESSMS PH

## **LFSS 2016 – à compter de 2017 :**

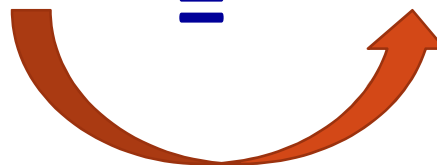
- Généralisation des CPOM obligatoires pour tous les établissements et services PH de compétence exclusive ou partagée (CD) de l'ARS + SSIAD
- Passage du prix de journée à une dotation globale
- Un nouveau cadre budgétaire et comptable (textes d'application publiés fin décembre – entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) : EPRD
- Débat sur le principe de liberté d'affectation des résultats (textes d'application)

# DU MODÈLE CLASSIQUE...

Niveau d'ACTIVITE



=

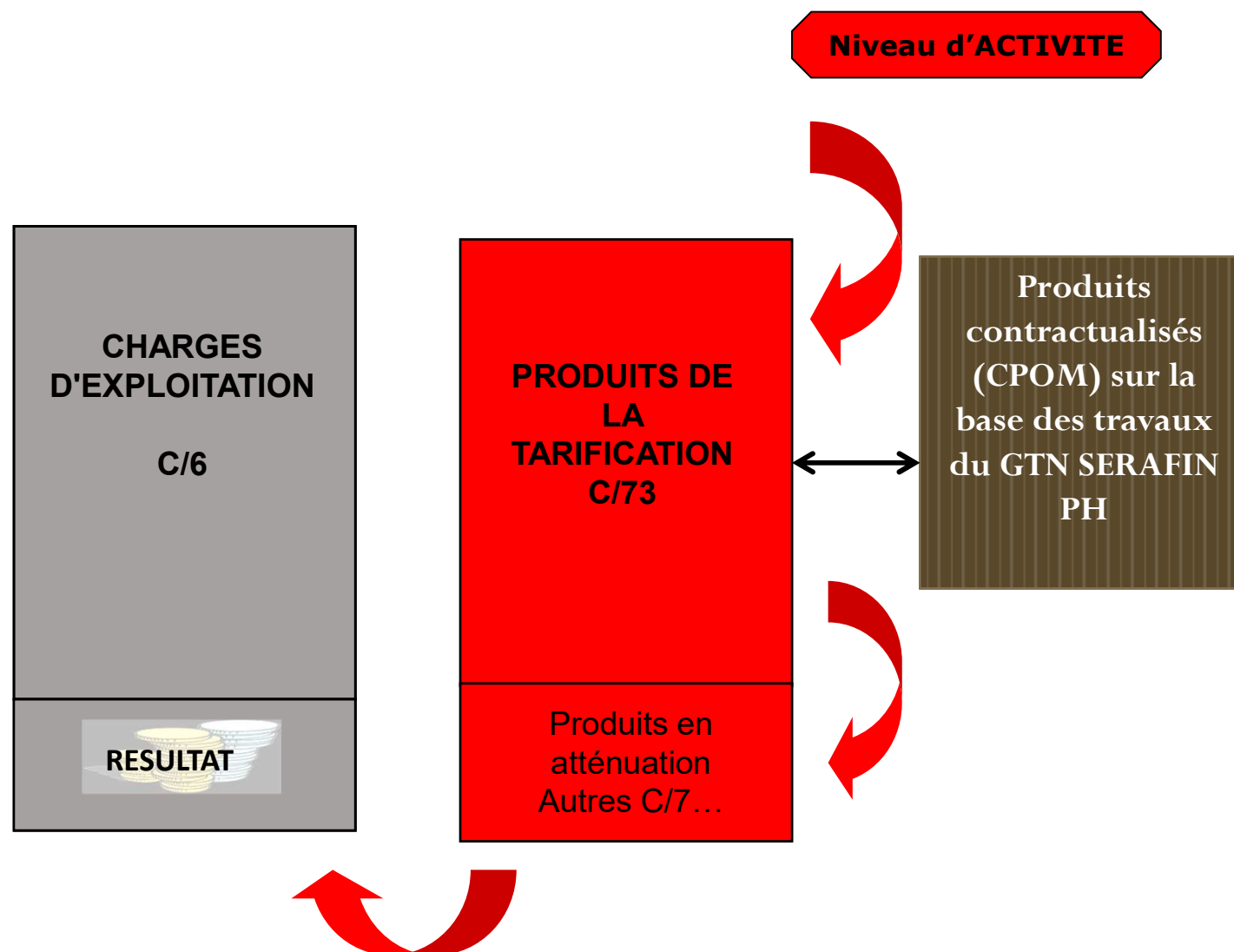


Equilibre par  
les  
tarifs et  
dotations  
négociés par  
établissement



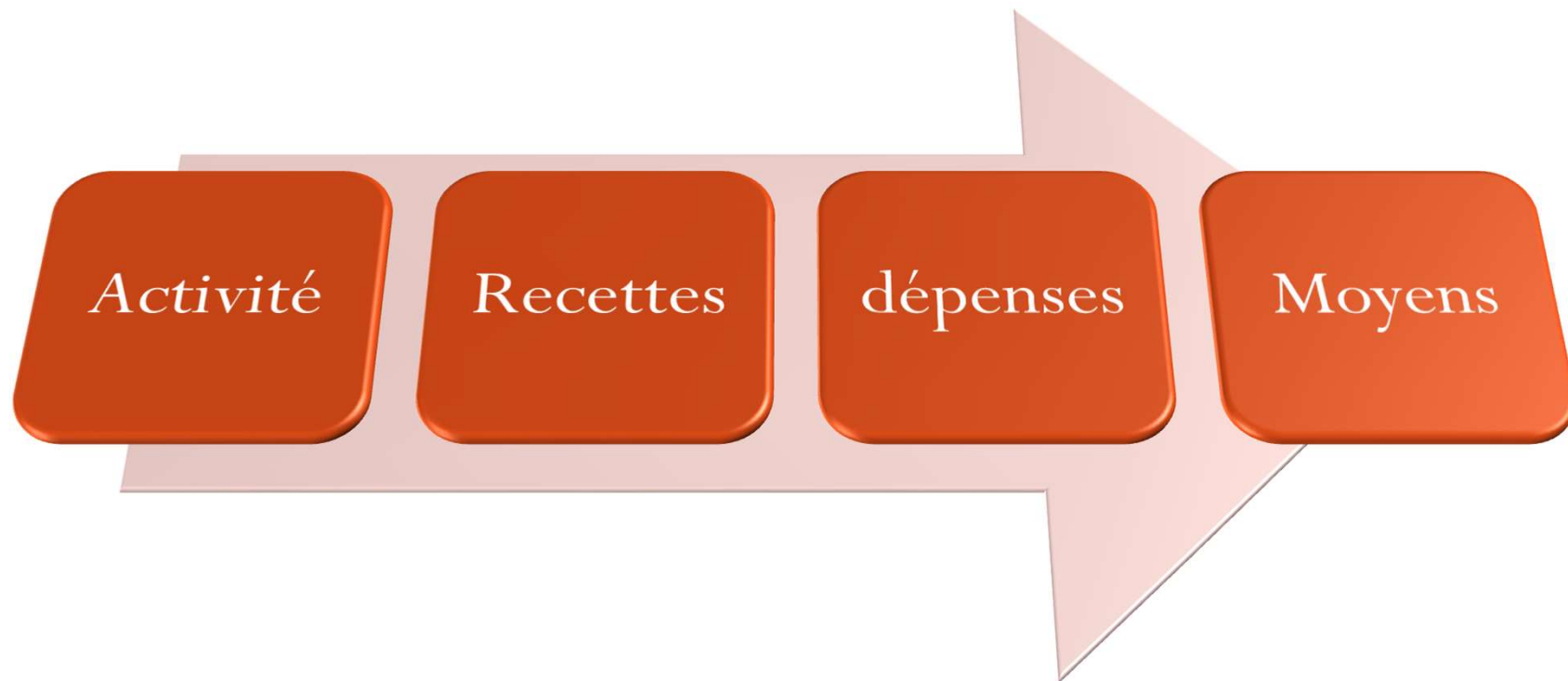
# VERS UNE LOGIQUE INVERSÉE...

Résultat  
possible  
fonction des  
choix du  
gestionnaire



# INVERSION DU MODÈLE BUDGÉTAIRE

PILOTAGE PAR LES RECETTES



## LES RISQUES DE LA RÉFORME

Détermination de  
« coûts références »

Disparition de la procédure  
budgétaire contradictoire

Convergence  
tarifaire  
impérative

Disparition du  
Juge de la  
Tarification

Non  
opposabilité de  
la CCNT

Disparition des  
reprises de  
résultats

## LES POINTS DE VIGILANCE

- La complexité d'utilisation des outils : frein à la mise en œuvre.
- Le modèle de tarification influence l'organisation de l'offre.
- Le choix d'un modèle de tarification génère des changements dans le comportement des acteurs : la réforme de la tarification PH ne doit pas conduire à une baisse de la qualité et de la diversification des réponses et de l'accompagnement.
- Le modèle de grille peut être plus ou moins incitatif à la prise en charge des personnes les plus lourdement handicapées.
- Quelle doit-être la part des financements complémentaires (ne s'appuyant pas sur les grilles élaborées) ?
- La nécessité d'adaptation des Systèmes d'Information des établissements et services médico-sociaux aux évolutions structurelles.