



**Projet de décret relatif à la tarification des EHPAD
à la réglementation financière et budgétaire des ESMS
Version 2
Suite réunion du 16 octobre 2009**

Note de l'Uniopss

Le projet de décret d'application de l'article 63 de la LFSS pour 2009 offre, dans sa version 2, quelques avancées par rapport à la version 1. L'Uniopss salue certaines modifications, sans pour autant adhérer aux principes et aux modalités de la tarification à la ressource des Ehpads introduite par la LFSS pour 2009, auxquels nous restons opposés.

L'Uniopss rappelle également sa position sur la réforme de la tarification plus globale de l'ensemble du secteur sociale et médico-social : le bouleversement profond de logique remet profondément en cause les fondamentaux de la procédure budgétaire et tarifaire et l'esprit des lois 2002-2 et de février 2005. L'Uniopss tient à souligner sa volonté de revenir à l'objectif politique et aux principes poursuivis par la réforme.

D'autre part, concernant la convergence tarifaire, l'Uniopss, à l'instar d'autres organisations, a demandé au cabinet de Nora Berra un moratoire.

Cette note présente nos observations sur la version 2 du projet de décret relatif à la tarification des Ehpads et à la réglementation financière et budgétaire des ESMS :

Titre II : dispositions financières pour les établissements et services relevant du I de l'article L.312-1 du CASF

L'Uniopss souhaite que la discussion sur la réforme de la tarification et de la procédure budgétaire pour les ESMS fasse l'objet d'une véritable discussion, à part de celle se tenant sur les Ehpads. Les dispositions concernant les ESMS dépassant les tarifs plafonds sont à examiner à l'aune et en même temps que les dispositions générales sur la réforme de la tarification. On ne peut, selon nous, « saucissonner » ainsi la réflexion, au motif que les dispositions s'appliquant aux ESMS au-dessus des tarifs plafonds ne sont qu'une « conséquence de la réforme ». Cet argument nous paraît justement plaider en la faveur d'une discussion « globale ».

Titre I : Dispositions financières et tarifaires pour les Ehpads

* Concernant la tarification des soins dans les Ehpads, 6 points principaux focalisent nos inquiétudes et nos réserves :

1. La substitution de forfaits soins aux anciennes dotations globales ne manquera de susciter des reports de charge sur les résidents ; reports que nous ne pouvons accepter sur un plan éthique.

De plus, la tendance à la réintégration dans le forfait soins de dépenses autrefois prises en charge à l'acte (les dispositifs médicaux en 2008, les actes médicaux, les consultations spécialisées, les investigations biologiques et les médicaments demain) expose les établissements au risque de dépassements budgétaires qui ne seront plus repris dans le cadre du forfait soins, mettant ainsi un terme à l'un des fondamentaux les plus sensibles de la précédente réforme de la tarification, à savoir l'étanchéité entre les trois sections tarifaires.

L'éventualité de déficit sur les dépenses de soins susnommés ne doit pas être sous estimée. En effet, elle représente une menace objective renforcée par l'absence des outils propres à réguler les pratiques des prescripteurs libéraux. Comment dès lors éviter que les pics de dépenses liés à l'évolution des états pathologiques des résidents ne génèrent des déficits face auxquels le gestionnaire n'aurait d'autres solutions que de les reporter sur le tarif hébergement - celui-ci demeurant le seul tarif non forfaitisé - ?

2. La deuxième difficulté liée au tarif soins des EHPAD concerne la suppression du droit d'option tarifaire pour les établissements qui excèdent un certain nombre de points GMPS. Même si nous avons bien noté qu'il ne s'agit plus, comme dans la version 1, de supprimer purement et simplement le droit d'option, nous ne pouvons accepter que ce droit conquis de haute lutte auprès de vos services soit peu à peu vidé de son contenu en excluant de son champ d'application un nombre d'établissements sans cesse croissant. Notre refus se trouve pour l'essentiel motivé par l'impossibilité de maîtriser les dépenses de santé générées par l'intervention des médecins libéraux dans les Ehpad. Il n'est pas rare en effet que dans les établissements de notre réseau, plus d'une cinquantaine de médecins interviennent. Ce n'est pas un médecin coordonnateur à 0,2 ETP qui est en mesure de réguler les pratiques de tous ses confrères. Dans ces conditions, l'Uniopss considère la convention de partenariat entre Ehpad et médecins libéraux comme un préalable incontournable à toute modification de l'organisation des soins. L'Uniopss s'était particulièrement investie dans le groupe de travail réuni par le cabinet de Valérie Létard. Nous sommes aujourd'hui sans nouvelles de l'issue de ces travaux. Comment, dès lors, envisager sereinement d'intégrer dans le budget des établissements des dépenses soumises à des variations générées par des prescripteurs agissant en dehors de tout lien avec le projet d'établissement ?

3. La troisième difficulté repose sur les aléas des évaluations réalisées à l'aide de l'outil Pathos.

La première remarque consiste dans la « transformation » de cet outil d'évaluation de la charge en soins en un outil de tarification. Ce qui pose d'autant plus de problèmes que cet outil et les coupes réalisées sont loin d'être satisfaisantes.

D'après la loi, le forfait global de soins repose désormais sur une équation tarifaire à deux variables : le GMPS et la valeur de point. Si nous sommes en droit d'espérer que la valeur de point reflètera au plus près l'évolution des charges auxquelles les établissements sont confrontés, en revanche nous nous inquiétons des difficultés de l'outil Pathos à refléter effectivement la charge en soins requis par l'état de santé des résidents. En effet, nous constatons que, dans la plupart des cas, l'ensemble des informations sur le patient ne figurent pas dans les dossiers médicaux, qui ne sont pas toujours bien renseignés par les médecins libéraux. Cet aléa conduit donc à une charge en soins qui n'est pas correctement reflétée et pèse fortement dans la décote des coupes réalisées. De même, les soins de prévention ne sont pas pris en compte.

De plus les écarts de plus en plus souvent constatés entre les primo évaluations réalisées par les médecins coordonnateurs et les coupes validées par les médecins conseils du régime général nous laissent craindre la multiplication des contentieux de l'évaluation. Or le décret n'aborde pas cette question pourtant cruciale. La situation qui prévaut actuellement ne peut être jugée satisfaisante car les établissements sont contraints d'établir leur recours nécessairement gracieux auprès de ceux-là

mêmes qui ont validé à la baisse la coupe Pathos. Dans ces conditions, il est impératif que le décret balise mieux la procédure de recours contentieux à l'encontre des validations des coupes Pathos.

4. La quatrième réserve réside dans ce qui devait représenter la principale avancée d'une réforme annoncée dans le cadre des groupes de travail sur le 5^{ème} risque, à savoir : la **suppression de la clé de répartition à 70/30 des dépenses d'aides soignantes et AMP et le transfert des dépenses de psychologue sur le forfait soins**. Cette perspective reprise par Valérie Létard elle-même avait suscité beaucoup d'espoir mais la pâle traduction qui en est faite dans le cadre du projet de décret ne peut que nous décevoir. En effet, la double subordination aux limites du tarif plafond d'une part et au renouvellement des conventions tripartites contribue à vider cette mesure tant attendue de son contenu.

Précisons que le transfert des charges de psychologue sur le soins s'effectue à partir d'un certain seuil de GMPS, sur lequel le projet de décret ne donne pas de visibilité.

D'autant plus que cette « libre » répartition et cette intégration de nouvelles dépenses n'est pas accompagnée d'une **garantie d'une augmentation à due concurrence de l'enveloppe soins**.

5. **Le projet de décret prévoit que la dotation soins ne soit pas modifiée, si la variation du GMPS ne dépasse pas plus ou moins 50 points.** Afin de se prononcer sur une telle disposition, il serait nécessaire d'en connaître l'impact financier et ce que cela représenterait concrètement pour l'établissement.

6. Enfin, l'Uniopss tient à attirer l'attention de la DGAS sur le sort des **PUV, Petites unités de vie (Ehpad de – 25 places)** qui, parmi les trois solutions qui s'offrent à elles en matière de prise en charge des soins, ont opté pour la négociation de la convention tripartite. Elles avaient pu bénéficier jusqu'alors de modalités de calcul préférentielles de la Dominic (+ 60 %) mais sont aujourd'hui en grande difficulté car la nouvelle tarification et les valeurs plafonds qui lui sont corrélées les pénalise fortement, sans adaptation prévue à leur situation particulière.

Dans le cadre des longues concertations qui ont présidé à la négociation d'un régime dérogatoire pour les PUV, l'Uniopss s'était attachée à valoriser la solution reposant sur le partenariat avec les SSIAD. Seule cette solution a pu permettre aux PUV d'échapper à un système qui, dans ses dispositions actuelles, ne peut que les maltraiter. Toutefois, nombre de DDASS s'y sont opposées et ont fortement poussé les PUV à signer des conventions tripartites. Nous pouvons juger aujourd'hui de la pertinence de cette formule.

* S'agissant de la forfaitisation et de la globalisation des **tarifs dépendance**, tout en posant les mêmes questions de fond que le forfait soins, elle présente quelques caractéristiques intéressantes. Citons la garantie que le premier forfait doit prendre en considération l'ensemble des charges de dépendance constatées en année n-1 ; la convergence s'exerçant les années suivantes suivant un plan inscrit dans la convention tripartite ou le CPOM. Cette disposition équivaut à une forme de rétablissement d'un « clapet anti retour » que nous aurions souhaité pour le forfait soins.

Cependant, tout apparaît maintenant **relever de la convention** qui doit prévoir tous les cas et être négocié de façon fine. Dans une perspective de signature de CPOM obligatoires dans certains cas (où ils se substituent alors à la convention tripartite), nous doutons de l'existence d'un véritable dialogue et d'une négociation au cas par cas.

Autre évolution intéressante : **l'affectation au tarif dépendance des dépenses de personnels d'animation et de soutien social**. Toutefois, ce transfert de charge du tarif hébergement vers la dépendance ne sera que très partiellement compensé par la diminution des 30% des dépenses de personnel aide soignants et AMP à charge du forfait dépendance. A ce sujet, il est nécessaire que la réglementation précise le pourcentage de charges de ces personnels restant à charge des départements. Le risque est en effet très grand que l'absence de précisions réglementaires incite les conseils généraux à refuser de continuer de financer une part de ces charges de personnels aides

soignants et AMP au motif qu'il appartient maintenant au tarif soins d'en prendre en charge la totalité.

Enfin, deux autres questions restent en suspens : celle des résidents dont le domicile de secours est dans un autre département et celle des personnes âgées de –de 60 ans.

* **Du côté du tarif hébergement**, la nouvelle rédaction proposée de l'article R.314-158 atténue les effets potentiellement ségrégatifs d'une restriction aux seuls résidents admis au bénéfice de l'aide sociale de l'opposabilité du tarif fixé par le PCG dans les établissements partiellement ou totalement habilités à l'aide sociale. Malheureusement, la rédaction proposée, en renvoyant au PCG la responsabilité d'accorder ou de refuser la tarification étendue, risque de créer des **ruptures d'égalité** d'un département à l'autre, que rien ne peut justifier en droit.

Surtout, la rédaction des dispositions intéressant ce tarif hébergement est **peu claire et peu lisible**. Il est nécessaire que la DGAS précise ses intentions afin que le secteur puisse réellement se prononcer, d'autant plus que la question du report sur l'utilisateur ne paraît pas réglée par cette nouvelle version.

L'Uniopss s'interroge par ailleurs sur l'interprétation qu'il convient de donner au principe établi par cette réécriture de l'article R.314-158 selon lequel désormais les tarifs arrêtés par le PCG seraient opposables au seul flux des nouveaux entrants. Sans doute faut-il voir dans cette disposition une volonté de ne pas exposer les résidents présents aux risques des hausses tarifaires que ne manquera pas de générer la fixation du tarif hébergement par référence au coût marginal. De plus, pour le nouvel entrant une année de rénovation ou d'opération d'investissement, la facture risque d'être lourde...

Le projet de décret introduit sur ce tarif une **complexité supplémentaire de gestion et une non-lisibilité du tarif pour les usagers**. En effet, le 1^{er} critère est de savoir si l'utilisateur est ou non bénéficiaire de l'aide sociale. Ensuite, les scénarios sont multiples : un prix aide sociale, un prix pour les non admis au titre de l'aide sociale – évoluant en sus selon la date d'entrée du résident – et un prix applicable aux nouveaux entrants ?

Titre III : Dispositions transitoires particulières aux Ehpad

Concernant enfin le régime transitoire envisagé en matière de tarification et de procédure budgétaire sur cinq ans, l'Uniopss pense qu'il peut peut-être constituer une « avancée » sous réserve qu'il concerne également les modalités de convergence tarifaire fixées par l'arrêté du 26 février 2009. Il est en effet indéniable que la mise en place des EPRD nécessitera une période de sensibilisation et de formation/accompagnement de l'ensemble des acteurs (établissements et autorités de tarification). L'échéance de mise en œuvre au 1^{er} janvier 2010 prévue par l'article 63 du PLFSS était de ce point de vue parfaitement irréaliste.

Par ailleurs, **les cas d'application de l'EPRD ne sont pas clairs**, suite à la réunion de la DGAS sur le projet d'EPRD et à la lecture de ce projet de décret. L'Uniopss demande une clarification (sous forme de cas pratique et de tableau récapitulatif ?) de la volonté de la DGAS sur ce point, en rappelant son souci de ne pas complexifier la tâche des ESMS.

Enfin, le choix d'une période transitoire, même si elle évite l'effet « big-bang » de la réforme prévue, risque fort de **compliquer** la donne, tant pour les gestionnaires que pour les autorités de tarification, qui vont voir **coexister une multitude de systèmes** (l'ancien, le nouveau et sans doute des systèmes mixtes) et ce, pour une même catégorie d'établissements ou services.

En conclusion de la présente note, l'Uniopss tient à rappeler enfin son opposition résolue à toute mise en œuvre de convergence tarifaire qui se solderait par le retrait de moyens aux Ehpad, tout comme à d'autres catégories d'établissements et services, dont le forfait soins excéderait les valeurs des tarifs plafond. Nous souhaiterions que soit mis à leur égard un dispositif du type « clapet anti retour » qui garantisse aux établissements qu'aucun forfait soins ne puisse être inférieur aux dotations soins dont il bénéficiait jusqu'alors.