



Projet de décret relatif à la tarification des EHPAD et à la réglementation financière et budgétaire des ESMS

Version 3

Réunion du 16 novembre 2009

Avis de l'Uniopss

Au-delà des premières remarques sur la version 3 du projet de décret d'application de l'article 63 de la LFSS pour 2009, formulées lors de la réunion de concertation du 16 novembre dernier, l'Uniopss souhaite porter à votre connaissance les remarques complémentaires suivantes :

Nous regrettons que plusieurs points formulés dans notre premier avis (sur la V2) n'ont pas trouvé leur réponse dans la présente version 3.

Nous souhaiterions rappeler en premier de ces points, celui concernant les EHPAD de moins de 25 places (Petites Unités de Vie) présentant un GMP supérieur à 300 et ayant opté au titre des dérogations que leur reconnaît le décret du 10 février 2005 pour la convention tripartite EHPAD. Celles-ci bénéficiaient de modalités particulières de calcul de leur dotation soins de référence (DOMINIC + 60 %) qui vont disparaître avec la réforme. En l'absence de la discrimination positive dont elles bénéficiaient jusqu'alors ces structures qui apportaient un élément de diversification des modalités d'hébergement des personnes âgées très appréciées risquent de disparaître purement et simplement. Pourtant cette solution de médicalisation par convention tripartite leur avait été imposée par la DDASS. L'Uniopss renouvelle à leur égard la possibilité de bénéficier d'un coefficient multiplicateur de GMPS qui pourraient leur permettre de mettre en œuvre les moyens exigés d'un EHPAD sans compromettre leur pérennité. Nous tenons toutefois à rappeler que l'Uniopss avait privilégié dans les concertations préalables à l'adoption du décret précité la troisième solution qui reposait sur la prise en charge des soins par les services de soins infirmiers desservant le territoire d'implantation de la Petite Unité de Vie.

En second point, concernant la nouvelle procédure budgétaire applicable à l'ensemble des ESMS (Titre II du projet de décret), nous déplorons que cette question qui devait être traitée au début de la réunion du 16 – comme l'avait annoncé la DGAS lors de la réunion précédente - n'ait été pratiquement pas abordée. De ce fait, nous nous interrogeons sur l'effectivité d'une concertation sur cet aspect pourtant crucial de la question tarifaire et que l'Uniopss avait demandé (dans son avis sur la V2¹) de traiter à part de la réforme tarifaire des Ehpads puisqu'elle concerne l'ensemble des ESMS.

Sur les nouvelles dispositions introduites par la V3, l'Uniopss considère qu'elles n'apportent pas d'évolutions substantielles du dispositif envisagé, en dépit de quelques avancées opérées :

1/ Sur le soin

La prise en compte de manière additionnelle dans le périmètre du forfait soin de certaines charges paraît intéressante, surtout du point de vue des frais financiers. Toutefois il conviendrait de mieux définir ce que l'on entend par « certaines activités de soins » car il ne semble pas souhaitable de renvoyer à un arrêté le soin d'apporter cette explication. De même, la référence à « des missions

¹ Joint à cet avis, pour mémoire

d'intérêt général « ne nous paraît pas suffisamment explicite, lorsque l'on connaît les difficultés et diversités d'interprétation de cette notion. Il conviendrait de substituer à cette dénomination celle d'opération de prévention des risques intéressant la santé publique, à laquelle correspond mieux l'exemple cité de la canicule.

La possibilité de bénéficier d'une validation implicite des coupes PATHOS en cas de non réponse au bout de 3 mois répond bien à nos préoccupations, toutefois nous nous interrogeons sur la procédure de reversement des sommes qui auraient pu être indument perçues dans le cas ou des erreurs importantes supérieures à des seuils fixés par arrêté seraient constatés à l'occasion de contrôles a posteriori. En effet, le renvoi à un arrêté contribue à opacifier le dispositif et ne permet pas en tout cas de porter une appréciation sur son opportunité. Le contrôle a posteriori peut révéler des erreurs telles que les sommes indument perçues devraient être reversées à l'Assurance maladie. Il serait bienvenu de fixer un délai maximal de tenue de ce contrôle et de reversement des sommes.

En matière de désaccord entre le médecin coordonnateur et le praticien conseil de l'assurance maladie, la solution du recours à l'appréciation de la commission médicale constitue une première voie de recours intéressante, il conviendrait toutefois de rappeler les procédures de contentieux dans le cas où le désaccord persisterait, auprès du Tribunal Interrégional de tarification sanitaire et social.

Nous proposons, sur le 2^e paragraphe du II de l'art. R.314-163, la rédaction suivante : « la capacité autorisée de l'hébergement *permanent et complet* de l'établissement ».

Sur le droit d'option entre tarif global et tarif partiel, l'Uniopss déplore que la V3 ne comporte aucune avancée sur la possibilité offerte aux EHPAD excédant le seuil de GMPS fixé par arrêté de continuer à disposer d'un forfait soins couvrant les seules dépenses listées au IV de l'article R.314-163.

Concernant la validation de l'évolution du groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS), il serait nécessaire de préciser le seuil à partir duquel le forfait soins est susceptible d'être réévalué, car dans la rédaction de la V3 figurent à la fois les « 50 points » et le « taux fixé par arrêté ». L'Uniopss réitère son souhait de connaître l'impact financier d'une telle disposition et sa traduction concrète pour l'Ehpad, avant que de se prononcer sur un nombre de points donné. De plus, en temps opportun, avant la parution de cet arrêté, l'Uniopss demande à être associée à la discussion.

Nous sommes surpris de voir que le forfait global relatif aux soins des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 qui ne dépassent pas le niveau de groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS) inclut les rémunérations du pharmacien référent. Ceci induit que certaines charges figurent dans le forfait global de soins précité alors qu'elle ne sont pas mentionnées dans le calcul du forfait global relatif aux soins des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 qui dépassent pas le niveau de groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS). Afin d'éclaircir ce point, l'Uniopss demande que soit précisé le contenu exact des deux forfaits globaux de soins susvisés.

Nous proposons, pour le III et IV - 6^o de l'article R. 314-163, la rédaction suivante : Les rémunérations ou honoraires versées au médecin coordonnateur et aux infirmiers libéraux ; » soit remplacé par « Les rémunérations versées au médecin coordonnateur et honoraires versés aux infirmiers libéraux. »

2/ Sur la dépendance

L'Uniopss accueille favorablement le sort réservé aux tarifs dépendance des EHPAD qui ne remplissent pas les conditions d'entrée dans la nouvelle tarification. La garantie apportée que les

tarifs dépendance restent fixés à minima au niveau atteint avant la réforme et revalorisés ensuite selon un taux fixé par le Conseil général permettra d'atténuer le risque de désengagement des Conseils généraux de la part des dépenses AS/AMP non couvertes par le forfait soins. Toutefois, nous considérons que le risque de désengagement demeure tant que les forfaits soins ne couvrent pas intégralement ces dépenses (AS/AMP) ce qui était pourtant une perspective annoncée par Valérie Létard, ancienne Secrétaire d'Etat à la solidarité.

C'est à ce motif que l'Uniopss renouvelle sa demande de fixation par la réglementation du taux de couverture à 100 % de ces dépenses.

Pourquoi avoir supprimé la notion de charges « nettes » dans la liste des dépenses couvertes par le forfait dépendance (art R314-167, II) ? Si le terme « nettes » est rétabli, il faudrait préciser « nettes de prise en charge Assurance maladie - si c'est de cela dont il s'agit.

Dans ce même article, au III, il n'est fait référence qu'à l'année 2009 ; quid des autres années ?

Il faudrait préciser la prise en compte de la TVA.

A l'art. R.314-173 relatif à la convergence tarifaire départementale, l'Uniopss souhaite remplacer le mot « peut » être égale ou > à la valeur moyenne départementale par le mot « doit ».

3/ Sur l'hébergement

L'Uniopss avait dès l'engagement de cette réforme manifesté son inquiétude face aux risques évidents de report de charge sur les tarifs hébergement. La V3 du projet de décret, en précisant la nature des dépenses afférentes à ce tarif et surtout celles qui ne doivent pas y figurer, n'éradique en rien ce risque puisque la réglementation ne dispose d'aucun pouvoir coercitif en cas d'infraction de l'autorité de tarification compétente et que le gestionnaire de son côté ne dispose d'aucune autre solution en cas de déficit sur l'un ou l'autre des postes du forfait soins (actes médicaux, médicaments, dispositifs médicaux) et dépendance.

C'est d'ailleurs par référence à ce risque que l'Uniopss avait demandé à ce que la convention type entre Ehpad et médecins libéraux soit publiée préalablement à l'engagement de cette réforme de la tarification. Dans la mesure où cette publication n'est toujours intervenue alors que les concertations nécessaires à son élaboration sont achevées depuis plusieurs mois, l'Uniopss demande à ce que cette convention type soit expressément visée par le décret.

D'ailleurs, la nature des dépenses ainsi énoncée à l'art. R314-59 ne nous paraît pas suffisamment précise pour éviter les risques d'interprétation des charges relevant respectivement de « l'état de dépendance » ou de l'hébergement.

L'Uniopss salue également l'avancée que représente la possibilité pour les établissements habilités partiellement ou totalement à l'aide sociale de répartir sur l'ensemble des tarifs hébergement, perçus aussi bien auprès des nouveaux entrants que des résidents présents à la fin de l'exercice écoulé.

Une précision devrait être apportée à la formulation du texte concernant la qualification des surcoûts importants. Le manque de précisions dans ce domaine risque en effet d'hypothéquer l'efficacité de cette mesure.

L'introduction de la notion de « prestations complémentaires peut être « dangereuse » en laissant imaginer des Ehpad et des prises en charge à plusieurs vitesses. Quand bascule-t-on dans une prestation « complémentaire », quelles sont les limites ?

Enfin, dans la mesure où il est maintenant précisé que le tarif hébergement ne peut couvrir les insuffisances de financement des 2 autres tarifs, comment peut-on imaginer la prise en charge de ces déficits : sur les fonds propres de la structure, par des prestations non tarifées, ... ?

4/ Sur l'EPRD, la procédure budgétaire et le régime transitoire EHPAD

Voir remarques en intro de ce document.

L'art R314-104 est modifié, notamment en y ajoutant un II et un III qui ne nous semblent pas suffisamment clairs. Le II fait référence à des recettes et des dépenses qui n'apparaissent pas évidentes à la lecture des articles mentionnés. Le III fait référence à une affectation libre des résultats pour certains Ehpad. Nous souhaiterions que soient clarifiés les cas où l'affectation des résultats est libre (CPOM, produits de la tarification < 50 %, Ehpad recevant de l'art R 314-102, etc).

De même, la DGAS s'était engagée, lors de la réunion sur la V2 du projet de décret, à transmettre aux organisations un tableau récapitulatif des cas où l'Ehpad doit fournir un EPRD et/ou un BP (sur quel tarif, à quel financeur, etc...).

L'article D.314-178 nous semblent opérer un certain « mélange des genres », ne faisant référence qu'à des surcoûts liés à l'hébergement et ne prévoyant donc une prise en charge éventuelle de ces surcoûts que par le tarif hébergement ; ainsi que par le fait qu'il est uniquement mentionné le PPF, sans mentionner l'EPRD ou un futur PGFP. Ainsi, la rédaction de cet article nous apparaît peu claire, notamment quant au lien avec la future procédure budgétaire.

La mise en place progressive de la nouvelle tarification au rythme du renouvellement des conventions tripartites ou des CPOM va contribuer à rendre très difficilement lisible pour les usagers la tarification des EHPAD, compte tenu des différenciations qui interviendront entre établissements suivant qu'ils aient ou non renouvelé leur convention tripartite ou signé un CPOM. Cette opacification sera d'autant plus grande que l'entrée progressive dans la réforme va croiser le mouvement de mise en place de tarification au GMPS amorcé des EHPAD dont le GMP franchira le cap des 800 ou qui souhaiteront passer au tarif global.

Cette complexité n'épargnera d'ailleurs ni les gestionnaires ni les autorités de tarification qui devront traiter plusieurs systèmes pour une même catégorie d'établissements.