

Circulaire budgétaire 2012 en matière médico-sociale

Éliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

La circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2012/148 date du 5 avril 2012 et émane des ministères des solidarités et du budget. Elle a pour objectif de définir le cadre de la campagne budgétaire pour 2012 des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Elle est adressée à ces établissements, par le biais des Agences Régionales de Santé (ARS). L'objet affiché est de rappeler le cadre général de financement de ces établissements, notamment leur obligation de respecter l'objectif de dépense nationale, qui est réparti en dotations régionales limitatives (DRL).

Le contexte dans lequel paraît cette circulaire est tendu, en raison des déséquilibres marqués des finances publiques. Cependant, le financement du secteur médico-social fait l'objet d'une attention particulière, marquée par la progression des crédits destinés à son développement. Les dépenses d'Assurance Maladie progressent plus vite dans ce secteur que dans les autres : l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour le médico-social augmente de 4% par rapport à 2011, ce qui contraste avec la progression de 2,5% pour l'ONDAM général.

En synthèse

- ◆ **Le taux de reconduction des dotations doit être strictement respecté car il n'y aura pas de taux équivalent de revalorisation pour chaque établissement**

Il faut poursuivre l'effort de maîtrise de la masse salariale dans un contexte de gel de la valeur du point

Le taux d'évolution de la masse salariale est fixé pour l'ensemble des conventions collectives à 0,8%. En tenant compte de la part relative des dépenses de personnel, le taux de progression des dépenses récurrentes appliqué globalement aux crédits des dotations régionales limitatives (DRL) est de 0,712% pour les établissements du secteur des personnes âgées et 0,6% pour ceux du secteur des personnes handicapées. Ces taux ne seront pas mécaniquement transposés à l'évolution des dotations de chaque établissement. **Les valeurs de point de tarif global seront les mêmes qu'en 2011**, conformément à la recommandation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur les modalités de tarification en Etablissement d'Hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD). Selon cette recommandation, l'augmentation de dotation induite par le passage du tarif partiel au tarif global est plus importante que les économies sur les soins de ville, aussi suggérerait-elle une pause dans la revalorisation du point du tarif global. Pour 2012, la circulaire recommande aux ARS de ne **pas signer de conventions pluriannuelles prévoyant un changement d'option tarifaire**. En parallèle, plusieurs recommandations de l'IGAS sont en cours de mise en œuvre, notamment un élargissement des missions de l'Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) afin qu'elle diligente des études de coût des services et établissements du secteur médico-social dont le financement est assuré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il s'agit de lancer sur cette base une étude d'un échantillon durable de suivi des coûts en EHPAD.

D'autres mesures vont impacter les modalités de reconduction des DRL

Leur volume résulte aussi des taux généraux, de la prise en compte de mesures catégorielles et des efforts de convergence. **Pour financer les mesures catégorielles, des crédits supplémentaires seront répartis par la CNSA**, afin de prendre en compte les conséquences financières pour les ESMS d'accords nationaux relatifs à :

- la mise en œuvre de la nouvelle convention collective de la branche d'aide à domicile pour laquelle 2,4 millions sont prévus pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les crédits seront répartis au regard de la répartition des SSIAD appliquant cette convention ;
- la revalorisation à mi année de certains actes infirmiers : 8,3 millions sont prévus pour les services du secteur des personnes âgées ayant recours aux infirmiers, les crédits étant répartis sur la base du nombre de places de SSIAD installées.
- un protocole d'accord sur l'intégration en catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et professions paramédicales. 16,1 millions d'euros sont prévus à cet effet. Les crédits sont répartis selon la répartition des ESMS de statut public.

La mise en œuvre de la convergence dans les EHPAD devrait permettre de dégager 16,8 millions d'euros, qui pourraient être mobilisés pour augmenter le montant des crédits régionaux de médicalisation. Dans ce cas, **les ARS**

devront assurer une traçabilité parfaite de l'emploi des crédits. La circulaire rappelle aussi que les modalités de convergence ont été assouplies en 2012 pour les établissements financés sur le modèle des conventions de première génération. Elle invite les ARS à poursuivre la mise en œuvre de la convergence dans la continuité de l'objectif de diminution d'un cinquième de l'écart constaté entre la dotation globale afférente aux soins de 2011 et le forfait résultant de l'application du tarif plafond. La mise en œuvre de la convergence doit se poursuivre avec équité, aussi la circulaire rappelle-t-elle que :

- l'application homogène de la convergence sur tout le territoire ne justifie pas que l'effort de récupération moyen régional s'écarte du taux moyen national. Les ARS doivent donc réaliser en 2012 en moyenne sur le territoire régional un effort de récupération égal à 20%³ du dépassement total présenté par l'ensemble des établissements sous convergence.
- l'allocation de crédits non reconductibles doit être réservée pour atteindre l'effort annuel d'économies.
- les établissements non soumis à la convergence ne doivent pas pâtir de la réduction de la DRL opérée à ce titre : le taux de reconduction des dépenses récurrentes précédemment mentionné reste donc la norme pour eux.

Pour les établissements non tarifés en GMPS, il n'y aura plus de recours au GMPS théorique. Ils pourront entrer dans la convergence tarifaire si leur situation l'impose, à condition que leur convention soit renouvelée en 2012, ce qui leur donnerait 5 ans pour résorber l'écart avec les tarifs plafonds. Les ARS doivent également veiller à ce que l'évolution des ressources des établissements non tarifés au GMPS à la dotation soin sensiblement supérieure à celle d'autres établissements de la région n'accroisse pas cette inégalité.

◆ **D'importants crédits sont alloués, et leur suivi est primordial**

Pour les mesures nouvelles, les crédits de paiement sont ajustés aux créations de places effectives en 2012

Les ARS doivent programmer très rigoureusement le calendrier de la réalisation des nouvelles mesures permises par les autorisations d'engagement. Elles peuvent organiser les réaffectations éventuelles uniquement :

- pour les personnes âgées, entre dispositifs et services concourant au maintien à domicile, hors enveloppes de médicalisation.
- pour les personnes handicapées, en privilégiant le développement des modes d'accompagnement en milieu ordinaire. Les crédits dédiés au service ne devront pas être réaffectés au développement d'établissements.

Pour financer les engagements antérieurs, la CNSA donnera les crédits de paiement nécessaires en fonction d'un compte-rendu des besoins correspondants communiqués par les ARS et des crédits qu'elles auront mis en réserve à cette fin. L'essentiel est que les ARS s'attachent à améliorer la fiabilité de la prévision des besoins de crédits de mesures nouvelles associées aux créations de place, en s'appuyant sur l'engagement de la CNSA.

Les ARS doivent assurer la traçabilité des crédits non reconductibles (CNR)

Leur allocation reste importante en 2011 malgré une sensible diminution par rapport à 2010 : **ils atteignent en 2011 un montant de 500 millions d'euros**, dont 41,8 sont attribués sur la base de directives nationales spécifiques. En 2012, **cette diminution devrait s'accroître**, en raison de la baisse de la principale source de CNR, à savoir l'écart entre les prévisions d'installation et les réalisations. Comme ces marges ne sont pas reconductibles, les ARS se doivent d'être très rigoureuses dans leur emploi : **les dispositifs financés par CNR ne doivent donc en aucun cas être pérennes**. Ils ne peuvent par ailleurs couvrir que des dépenses prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre du tarif soins. Là encore, les ARS doivent assurer la traçabilité de ces crédits pour faciliter le dialogue de gestion conduit avec la CNSA.

545 millions d'euros ont été mis en réserve de précaution dans le cadre du suivi de l'ONDAM 2012

100 millions sont réservés sur le secteur médico-social : on sursoit donc à l'exécution de certaines mesures. Le déblocage des crédits dépend de la capacité nationale à anticiper le niveau de consommation de l'ONDAM, ce qui impose d'améliorer le pilotage infra-annuel des crédits de l'ONDAM/Objectif Global de Dépense (OGD), qui bénéficiera en 2012 du déploiement du système d'information commun de gestion des campagnes.

◆ **Le déploiement du nouveau système de tarification devrait permettre un meilleur suivi des enveloppes**

La campagne d'allocation des moyens doit se faire par ce biais

Ce nouveau système d'information permet aux données d'exécution de la campagne budgétaire d'être transmises en continu par la CNSA à ses autorités de tutelle. Il faut en effet améliorer le pilotage des crédits de l'OGD afin d'optimiser l'exécution annuelle de l'ONDAM et de l'OGD et de fiabiliser les prévisions budgétaires essentielles pour la mise au point des projets de loi de financement de la sécurité sociale. De plus, le suivi et la synthèse nationale de l'utilisation des crédits de l'OGD sont indispensables pour anticiper les décisions de gestion dès le milieu de l'année et élaborer les projets de l'année suivante. Les données sont attendues en juin et septembre 2012. Ce système permettra d'optimiser le processus d'allocation des ressources et de faciliter le pilotage régional et national de l'OGD en apportant une connaissance rapide de l'état de consommation des DRL de chaque ARS. La circulaire demande donc aux ARS de

veiller à l'utilisation systématique du logiciel HAPI par toutes les équipes de tarification dès la campagne 2012. Cela impliquera certes un important effort d'adaptation mais permettra de libérer les services des charges actuelles de réponse à de nombreuses enquêtes tarifaires diligentées à l'échelle nationale, même si en 2012 la CNSA demandera une remontée qui permettra un recoupement avec les données HAPI pour s'assurer que les données sont exhaustives et cohérentes.

Il faut un suivi réel de l'activité des établissements tarifés au prix de journée dans le secteur des personnes handicapées

Les dépassements du niveau prévu d'activité ont un double effet sur le niveau de dépense couvert par l'OGD : facturation supplémentaire non prévue et majoration des prix fixés en début de campagne par la trop faible activité prévue. **La circulaire demande donc aux ARS d'assurer une nouvelle remontée de l'information en septembre afin d'anticiper les mesures de régulation à prendre pour le respect du niveau de l'OGD**, un constat d'évolution importante devant les conduire à une rectification de leur décision tarifaire pour ajuster le prix à la progression du volume.

L'analyse des résultats doit permettre d'améliorer l'efficacité des établissements

Globalement, le résultat déficitaire des établissements et services s'impute sur le niveau de la DRL et diminue le montant du disponible sur enveloppe, qui augmente au contraire avec des résultats excédentaires. La circulaire demande aux ARS d'analyser l'efficacité des EHPAD, qui constitue une priorité de la gestion du risque, en améliorant le suivi et l'analyse des dépenses de soins pour bien mesurer l'emploi des ressources, ce qui devrait permettre des comparaisons entre établissements et l'enrichissement du pilotage budgétaire. La procédure implique le calcul pour tous les EHPAD du taux d'utilisation de la dotation soins, du taux d'occupation et du temps de présence du médecin coordonnateur, ces données devant être remontées avec une synthèse des actions à entreprendre avant le 31 mars.

◆ Le forfait soins pourra être majoré selon les besoins des expérimentations prévues par la loi de financement de la Sécurité sociale

Cette majoration se fera **en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité listés par décret**. Elle sera versée forfaitairement la première année, puis modulée en fonction de la progression de l'établissement vers ses objectifs. En 2012, elle fera l'objet d'un arrêté d'attribution distinct. A terme, il faudra prévoir une modalité de calcul de ce forfait avec une part fixe et une variable.

Ces expérimentations débuteront en 2012 pour trois ans et seront pilotées par des ARS retenues par arrêté. Les établissements qui veulent participer devront être tarifés en GMPS et avoir opté pour un tarif journalier partiel : les ARS doivent dès maintenant travailler pour les identifier. Ensuite, un bilan annuel de ces expérimentations devra être transmis au Parlement et pour information à toutes les ARS.

◆ Les priorités du secteur des personnes âgées : la déclinaison du plan Alzheimer et l'achèvement du plan solidarité grand âge (PSGA)

Concernant le plan Alzheimer, la priorité est la restructuration des accueils de jour

Malgré des avancées significatives, **les objectifs pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire peinent à être atteints**. Les feuilles de route 2012-2013 indiquent donc que **les accueils de jour doivent avoir une taille critique et un vrai projet d'accueil**. Les ARS doivent veiller à ce que les équipes Alzheimer des SSIAD ciblent leur file active sur les patients en début de maladie et aient des relations étroites et formalisées avec les consultations mémoire. La base FINISS doit également être mise à jour de façon régulière.

Pour le PSGA, l'objectif de création de places est déjà atteint dans certaines régions

Par conséquent, les 10,8 d'euros de crédits millions notifiés par la CNSA ne devront permettre que la création ou l'extension de places si les deux tiers des autorisations d'engagement sont dédiées à ces créations **en accueil de jour ou hébergement temporaire** et le tiers restant **aux SSIAD**.

140 millions d'euros de crédits sont attribués à la médicalisation

Ils pourront être renforcés par les marges dégagées par l'application du dispositif de convergence. Les mesures nouvelles pour financer la médicalisation sont à utiliser en priorité pour renouveler les conventions d'établissements tarifés en mode DOMINIC. La circulaire recommande de prioriser :

- les EHPAD à la dotation la plus faible, ou au contraire supérieure au tarif plafond et devant entrer dans le processus de convergence.
- les conventions signées en 2006 ; celles de 2008 ne seront renouvelées qu'ensuite.

Pour le conventionnement des établissements en cours d'ouverture, l'option tarifaire retenue doit être celle présentée dans le dossier d'autorisation.

L'expérimentation de réintégration des médicaments dans les tarifs soins des EHPAD sans pharmacie à usage interne (PUI) va reprendre

Une mission d'appui doit être confiée à l'IGAS pour la poursuivre en l'élargissant, en la simplifiant en et créant les conditions d'une observation partagée et comparée des effets de cette réintégration. Ce deuxième volet de l'expérimentation repose sur :

- des données d'enquête simplifiées pour évaluer l'expérimentation et mesurer l'effet de la coordination entre acteurs de santé ;
- la remontée par les ARS d'une enquête sur les prescriptions de médicaments au regard des traitements de chaque résident le jour de l'enquête ;
- une comparaison entre l'échantillon d'EHPAD sans PUI ayant participé à la première phase et dont les dotations soins intègrent les dépenses de médicaments, et celui des EHPAD sans PUI aux dépenses remboursées aux résidents, donc financées dans le cadre de l'objectif de dépenses soins de ville.

Mi février 2012, 80 établissements sur 257 avaient renseigné ces données : les ARS doivent donc relancer les autres pour améliorer le taux de retour et permettre une évaluation crédible de l'expérimentation.

Le traitement automatisé de la liste des résidents et de la consommation de soins dans les EHPAD doit être déployé

Il incombe aux ARS de s'assurer que les EHPAD remplissent leurs obligations dans ce domaine afin d'éviter le double paiement des soins par l'Assurance Maladie quand ils sont couverts par la dotation de l'établissement, de permettre le suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels de santé libéraux dans l'établissement tout en agrégeant automatiquement des infos au niveau national, et enfin de mettre à disposition de la CNAMTS, de la CNSA et des ARS les données nécessaires pour une meilleure connaissance de la dépense de soins des résidents.

◆ Les ARS jouent un rôle clé dans les priorités du secteur des personnes handicapées

Le plan pluriannuel handicap affiche des écarts importants entre ses objectifs et ses réalisations

A mi-parcours, **42% de la totalité des places prévues par le plan ont été autorisées**. Le taux global d'exécution du plan tourne autour de 77% pour trois ans, avec un écart important entre les réalisations de structures pour enfants (89%) et adultes (70%), pour une **consommation de 64% des crédits**. La circulaire rappelle à la fois la nécessité de se rapprocher de **l'objectif de 35% de places nouvelles en MAS et 65% en FAM** et le fait que **le développement de l'offre supplémentaire doit s'accompagner de l'adaptation de l'offre à la vie en milieu ordinaire**, ce qui devra être mis en œuvre à travers les schémas régionaux de l'organisation médico-sociale.

Les ARS doivent évaluer le montant des crédits à allouer pour les frais de transport des personnes handicapées

Les trajets quotidiens entre domicile et établissements des personnes en accueil de jour devront être compris dans le budget des établissements sur la base du nombre de places d'accueil de jour. En revanche, le transport des enfants et adolescents en centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou centres médico-psychopédagogiques (CMPP) n'est pas compris dans la dotation globale de ces structures mais dans les conditions et limites du droit commun de l'Assurance Maladie.

Les mesures du plan autisme 2008-2010 relatives à la formation continuent de produire des effets

Leur programmation biannuelle se poursuit sur financement par des crédits non reconductibles (CNR) disponibles au sein des enveloppes limitatives des ARS : leur montant et leur affectation devront faire l'objet d'un retour auprès de la CNSA pour le 1^{er} septembre 2012. Les ARS devront aussi faire remonter le rapport d'activité de leur Centre Ressource Autisme (CRA) à la DGCS et à la CNSA.

Les ARS vont déployer les mesures territoriales du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013

Deux vagues d'autorisation sont annoncées : la première concerne les projets orientés vers des personnes présentant un handicap rare et leurs aidants et n'ayant pu être autorisés pour défaut de financement ; la seconde verra le déploiement de l'offre médico-sociale être engagé au niveau interrégional. La circulaire appelle donc les ARS à **s'orienter dans une réflexion interrégionale** sur ces questions pour définir une stratégie garantissant l'équilibre entre proximité de services et technicité des expertises requises pour accompagner des personnes dans ces situations.

Les ARS fixeront le montant des dotations globales des instituts nationaux de jeunes sourds et aveugles

Les ARS concernées par des conventions avec ces établissements doivent négocier l'avenant à la convention et fixer les montants pour permettre aux CPAM de payer.

Les enjeux et problématiques

◆ Une circulaire qui reste floue pour les départements, acteurs du financement du secteur

Cette circulaire suscite des réactions chez un grand nombre d'acteurs plus ou moins impliqués dans le secteur médico-social.

Du côté des financeurs, les principales réserves proviennent de l'Association des départements de France, qui a introduit un recours hiérarchique contre cette circulaire. Elle déplore principalement le fait que cette circulaire reste trop floue sur les montants qui ne seront plus financés par les Conseils généraux et que les textes règlementaires pouvant induire une diminution des charges supportées par les financeurs ne soient pas promulgués rapidement.

◆ Une gestion controversée des crédits dans le champ des personnes âgées

Parmi les professionnels du secteur, les fédérations du **secteur des personnes âgées dénoncent une sous consommation des crédits**, qu'elles évaluent à 250 millions d'euros en 2011. Cette sous consommation les étonne d'autant plus que la progression de l'ONDAM laisse présager un soutien important au secteur médico-social.

D'autre part, elles s'insurgent contre **la mise en réserve de près de 100 millions d'euros pour ce secteur**, qui va consentir 20% de l'effort de mise en réserve alors qu'il ne représente que 10% des dépenses de l'Assurance Maladie. La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne déplore ainsi une **fongibilité asymétrique** contraire à l'esprit des débats parlementaires ayant entouré l'adoption de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, notamment parce que la mise en réserve concerne principalement des crédits liés à l'investissement. La Fédération hospitalière de France a également saisi l'occasion de cette circulaire pour rappeler son opposition au dispositif de convergence.

Enfin, les syndicats représentant les personnels de santé déplorent également la sous-consommation des crédits et soulignent qu'en 2011 les crédits rendus disponibles par les mesures d'économie n'aient pas été reversés aux établissements bénéficiant des dotations les plus faibles. Ils annoncent donc leur intention de **veiller à ce que les crédits économisés en 2012 ne soient pas reversés à l'Assurance Maladie** comme ils estiment que cela a été le cas par le passé.

◆ Les outils de pilotage, de suivi et d'évaluation des dépenses deviennent indispensables à l'allocation juste et maîtrisée des ressources

La mise en réserve de crédits pour l'ONDAM 2012, la nécessité pour les ARS d'ajuster les prix de journée au regard d'un volume d'activité inattendu dans le champ du handicap, ou encore les difficultés liées à l'évaluation des expérimentations de tarifs dans les EHPAD, montrent les **limites du système de pilotage des dépenses dans le champ sanitaire et médico-social**.

Si une anticipation parfaite de l'évolution des besoins relève de l'utopie, la définition prévisionnelle des dépenses reste tributaire d'arbitrages qui ne tiennent pas toujours compte des prévisions effectuées par les acteurs du secteur, ou de leurs capacités d'action (réactivité pour les réponses aux appels à projets, délai nécessaire pour passer de l'élaboration et de la validation du projet au versement effectif des crédits correspondants...).

Par ailleurs, ces derniers manquent souvent d'outils sophistiqués pour suivre l'évolution des besoins de leurs publics et en anticiper les conséquences sur leur activité. Il est notamment difficile de **mesurer les évolutions à l'échelle d'une filière de prise en charge** et en tenant compte de **l'effet d'appel entraîné par la création de nouvelles places**.

Cela entraîne des décalages, en cours d'exercice, entre les dépenses prévisionnelles et la réalité, au risque d'arbitrages ultérieurs (fongibilité asymétrique des crédits, mise en réserve de fonds...) très contestés par les professionnels du secteur. Un pilotage plus adapté au rythme d'évolution accéléré du secteur, impliquerait un **décloisonnement des systèmes d'information existants**, qui reste embryonnaire aujourd'hui.

Enfin, les difficultés liées à l'évaluation médico-économique de certaines expérimentations sont également liées aux systèmes d'information et de pilotage mis en œuvre : **la condition première de l'évaluation est de prévoir les indicateurs et données nécessaires à l'étude finale, avant même la mise en œuvre d'une action**, et de les décliner en outils de recueil et de traitement statistiques faciles à manier pour les acteurs concernés. L'IGAS n'a pu que constater les obstacles à cet exercice, dans son rapport sur les modes de financement des EHPAD, publié en octobre 2011.