

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DU LOGEMENT
ET DE LA VILLE

Direction générale de l'action sociale

Lettre DGAS/5B du 27 mai 2008 relative au suivi de la campagne budgétaire 2008 dans les EHPAD commerciaux

NOR : M TSA0830472Y

Mme Arnaiz (Maume), déléguée générale,
SYNERPA, 164, boulevard du Montparnasse,
75014 Paris

Madame la déléguée générale,

Par courrier en date du 5 mai 2008, vous m'avez informé de la démarche effectuée par votre syndicat auprès des directeurs départementaux des affaires sanitaires sociales, afin de leur exprimer vos attentes concernant la procédure contradictoire de fixation des tarifs 2008.

Ce courrier appelle de ma part plusieurs observations, quant au bon destinataire de vos observations d'une part, et sur le fond d'autre part.

En effet, un certain nombre de points abordés dans votre courrier, qui concernent notamment la circulaire DGAS/DSS n° 2008-54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes âgées et personnes handicapées, auraient dû être soumis directement à mes services et ne relèvent pas des services déconcentrés de l'Etat qui sont chargés de la mise en œuvre de cette circulaire.

Pour autant, compte tenu des questions soulevées dans ce courrier adressé aux services déconcentrés, il me paraît important de préciser ma position.

En effet, certaines interprétations que vous faites de la circulaire interministérielle comme de la notification effectuée par le directeur de la CNSA le 15 février 2008, ne sauraient être considérées comme exactes, tant au regard du contenu des documents précités que de la réglementation actuellement en vigueur.

I. – CONCERNANT LA REVALORISATION DES DOTATIONS SOINS ET L'OPPOSABILITÉ DES RÉMUNÉRATIONS

En premier lieu, je vous confirme que le taux de progression de la masse salariale pour 2008, dont il a été tenu compte pour fixer le taux d'évolution de l'OGD 2008, est bien de 2,15 %. Comme suite à la circulaire précitée et à l'annexe V de la notification CNSA du 15 février, il ressort que cette progression salariale estimée des établissements relevant de l'objectif global de dépenses géré par la CNSA, se traduit par une progression budgétaire des enveloppes départementales notifiées par cette dernière de 2,10 % sur le secteur « personnes âgées ».

Il me paraît utile de souligner que ce taux constitue un des paramètres d'évolution des enveloppes départementales limitatives, et non le taux d'évolution des tarifs des établissements.

En effet, si le financement des ESMS, et notamment des EHPAD, s'effectue dans le cadre de la gestion d'une enveloppe limitative, en application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), la réglementation ne fonde pas la fixation des tarifs sur l'application d'un taux national uniforme de reconduction, mais sur la base d'une procédure contradictoire locale lors de laquelle est analysé, dans un cadre réglementairement défini (art. R. 314-22 et R. 314-23 CASF), le bien-fondé des propositions budgétaires des établissements. Je précise que la jurisprudence a toujours rejeté le principe d'une tarification effectuée nationalement et *ex ante* par une autorité nationale, via un taux directeur « opposable ».

Par conséquent, et comme mentionné dans la circulaire précitée, il est effectivement possible pour un établissement de se voir accorder un taux d'actualisation supérieur au taux de progression des enveloppes limitatives sous réserve que, au niveau départemental, la somme des décisions de l'autorité tarifaire reste compatible avec le niveau de son enveloppe d'actualisation des budgets de fonctionnement.

Dans ce cadre, le niveau d'actualisation relève bien, en opportunité, du seul tarifificateur local. Il ne saurait donc être question de donner une consigne générale de discrimination, qu'elle soit positive ou négative, à l'égard des établissements de vos adhérents : ceux-ci feront l'objet d'un examen

impartial et identique à celui des établissements relevant d'un autre statut. C'est précisément pour cette raison que la DGAS et la CNSA ont donné consigne de ne pas décrocher la revalorisation du secteur lucratif de celle des secteurs publics et privé non lucratif.

L'égalité de traitement concernant l'évolution des masses salariales dans les EHPAD, quel que soit le statut de l'établissement, est en effet indissociable de l'objectif de convergence tarifaire porté par la réforme de la tarification des EHPAD, selon laquelle on revalorise un périmètre tarifaire précis et commun à l'ensemble des statuts.

Dans ce cadre, le statut de la fonction publique hospitalière constitue bien une référence plafond dans la mesure où votre convention collective ne fait l'objet de la procédure d'agrément prévue à l'article L. 314-6 du CASF. J'attire toutefois votre attention sur le fait qu'il s'agit d'un plafond qui ne saurait donc être confondu avec un plancher opposable au tarificateur.

Il est en revanche tout à fait exact de dire que la revalorisation de votre masse salariale peut s'effectuer sans délai puisqu'elle ne nécessite aucun passage devant la commission nationale d'agrément.

II. – CONCERNANT LA TARIFICATION AU GMPS

Effectivement, la circulaire interministérielle DGAS/DSS n° 2008-54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes âgées et personnes handicapées identifie le résultat de l'équation tarifaire au GMPS à la dotation soins correspondant aux besoins identifiés des résidents : en ce sens, le montant financier résultant de cette équation n'est pas contestable.

Pour autant, j'attire votre attention sur le fait que l'allocation de crédits supplémentaires est nécessairement corrélée à des engagements qualitatifs revus à la hausse (notamment en termes de ratio d'encadrement). Le contraire conduirait inévitablement à une reprise *ex post* de ces financements dans le cadre de l'analyse du compte d'emploi de ces crédits, conformément à l'article R. 314-104 du CASF.

III. – CONCERNANT LA RÉINTÉGRATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Il me paraît important de préciser le périmètre de la base de référence prise en compte pour le calcul servant à paramétrer le montant financier correspondant à la réintégration dans les budgets soins des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), des dispositifs médicaux collectifs ou non individualisables, en application de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale 2007.

Cette base de référence repose sur la capacité exploitée fonctionnant à 100 % (ce qui exclut la prise en compte dans le calcul d'éventuelles extensions de capacité autorisées mais non encore installées). Il est en effet logique de prendre en compte cette capacité sur la base d'un taux d'activité de 100 % s'agissant d'une dotation dont l'utilisation peut être notamment affectée à des charges d'amortissements peu sensibles aux variations d'activités.

Concernant votre crainte d'un contrôle *a priori* de l'utilisation de ces crédits, il m'est possible de vous rassurer dès à présent, ce point ayant déjà été précisé par la circulaire du 15 février : le mode de financement étant forfaitaire, le gestionnaire est libre de ses choix de mise en œuvre (achat et amortissement, location).

Pour autant, il est bien évident que la CNAMTS doit être en mesure de vérifier que la prise en compte des dispositifs médicaux en EHPAD ne débouche pas sur des doubles comptes qui continueraient à faire peser le financement de dispositifs médicaux sur l'enveloppe soins de ville. Pour ces raisons, et sur la base de l'article R. 314-169 du CASF et de l'arrêté du 9 juillet 2003 relatif à la mise en œuvre de l'article 11 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié concernant le suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels de santé dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, votre attention et celle de vos adhérents est attirée sur la nécessité de transmettre effectivement le bordereau aux CPAM liquidatrices des dotations soins.

Je vous prie d'agréer, Madame la déléguée générale, l'expression de ma considération distinguée.

Le directeur général de l'action sociale,
J.-J. TREGOAT