



Ministère des solidarités et de la cohésion sociale
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat

Direction générale de la
cohésion sociale
Sous-direction des affaires
financières et de la modernisation
Bureau de la gouvernance du
secteur social et médico-social
Personne chargée du dossier :
Adeline LEBERCHE
tél. : 01 40 56 86 73
fax : 01 40 56 87 24
mél. : adeline.leberche@social.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du
système de soins
Bureau 1A
Personne chargée du dossier :
Marie-José SAULI
tél. : 01 40 56 41 27
fax : 01.40.56.69.57
mél. : marie-jose.sauli@sante.gouv.fr

Le ministre du budget, des comptes publics, de la
fonction publique et de la réforme de l'Etat

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
À

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
(pour mise en œuvre)

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011 relative
aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et
services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées**

Date d'application : IMMEDIATE
NOR : SCSA1111806C

Validée par le CNP, le 22 avril 2011 - Visa CNP 2011-110

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
Résumé : La présente circulaire a pour objet de préciser les orientations pour l'exercice budgétaire 2011 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées
Mots-clés : établissements et services médico-sociaux, personnes handicapées, personnes âgées, frais de transport accueil de jour MAS/FAM, Alzheimer, PASA, UHR, convergence tarifaire, tarification, conventionnement, MAD, gratification stagiaire
Texte de référence :-
Texte abrogé :-

Textes modifiés : CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

Annexes :

Annexe 1 : Autorisation d'engagement/crédit de paiement

Annexe 2 : Les priorités du secteur des personnes handicapées

Annexe 3 : Le financement en 2011 des INJS/INJA

Annexe 4 : Quelques rappels en matière de tarification

Annexe 5 : Les modalités de financement de certains dispositifs spécifiques par des CNR

Diffusion : les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des services déconcentrés ou des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional.

La présente circulaire vise à définir le cadre général des campagnes budgétaires 2011 des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, dont le financement est inscrit au budget de la CNSA.

La programmation des crédits médico-sociaux connaît de profondes mutations depuis près de trois ans et de la plus grande attention de la part des pouvoirs publics : missions IGAS/IGF, loi HPST, mise en place des ARS, institution de la présentation budgétaire en AE/CP... Ces éléments doivent faciliter un suivi des crédits et des créations de place de meilleure qualité.

A cet égard, la campagne tarifaire 2011 s'inscrit dans le cadre d'une progression de l'ONDAM médico-social 2011 de +3,8%, consécutif à la rénovation des modalités de construction budgétaire de cet objectif en application des recommandations de la mission IGAS-IGF de 2009 sur la consommation des crédits soumis à l'OGD.

En effet, les crédits qui vous seront notifiés sont désormais strictement ajustés aux besoins de fonctionnement des places installées ou à installer dans le courant de l'exercice, telles qu'identifiées au travers des données extraites de l'outil SELIA au 30 juin 2010, complétées de celles de l'enquête tarifaire de septembre dernier et des échanges techniques que vous avez poursuivis avec la CNSA.

Ce taux d'évolution traduit la volonté du gouvernement de maintenir une offre d'accompagnement de qualité, tout en assurant la participation du secteur médico-social au nécessaire rééquilibrage des comptes de l'assurance-maladie.

Ainsi, si le respect d'un ONDAM général fixé à 3% pour 2010 a rendu nécessaires des efforts d'économies sur l'ensemble des champs, et que le secteur médico-social a été mis à contribution (restitution de 100M€ en 2010 à l'Assurance maladie), l'objectif global de dépenses (OGD) connaît une croissance continue traduisant la priorité donnée par le gouvernement au développement du secteur médico-social. En quatre ans en effet (2006-2010) :

- les crédits consommés de l'OGD Personnes Handicapées ont progressé de 25%, passant de 6,7 à 8,4 milliards d'euros
- ceux également consommés de l'OGD Personnes Agées ont cru de 70% passant de 4,6 à 7,9 milliards d'euros.

L'ampleur de l'effort réalisé en faveur du secteur médico-social, dans le cadre de l'évolution globale des finances publiques, très contrainte et notamment dans le secteur social, oblige à davantage d'efficience.

Ces enjeux budgétaires, comme ceux de la prise en charge des personnes âgées et handicapées nous engagent collectivement. Nous vous remercions de votre pleine mobilisation pour veiller à l'efficience de l'exercice 2011 de campagne tarifaire.

1. LE CONTEXTE DE LA CAMPAGNE 2011 ET L'EVOLUTION DES DOTATIONS REGIONALES LIMITATIVES

Dans un contexte de gestion d'enveloppes définies comme limitatives par la loi conformément aux dispositions de l'article L.314-3 du CASF, la tarification annuelle effectuée par vos services doit être directement corrélée au niveau de crédits disponibles dans l'OGD.

1.1 La budgétisation en « AE/CP » conduit à un ajustement des DRL au niveau strictement nécessaire à la couverture de vos engagements de l'année

Les modalités de construction budgétaire 2011 conduisent désormais à distinguer les besoins en « autorisations d'engagement », nécessaires à la couverture d'engagements futurs, des besoins en « crédits de paiement », destinés au financement du fonctionnement des places installées ou à installer de l'exercice, en application des recommandations de la mission IGAS/IGF de 2009 dans son rapport sur la gestion de l'OGD.

La mobilisation des crédits de la dotation régionale limitative (DRL) doit permettre dès lors, l'adéquation sur un même exercice budgétaire entre :

- le montant des enveloppes déléguées,
- le montant des enveloppes dites « tarifées » : montant des enveloppes au terme de la campagne budgétaire, établi sur la base des arrêtés de tarification notifiés aux établissements et services,
- le montant des versements d'assurance-maladie constatés : versements effectués par les organismes locaux d'assurance-maladie.

Le glossaire en annexe 1 précise davantage ces notions d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, issues des règles budgétaires appliquées pour la gestion des crédits de l'Etat, et leur transposition au médico-social. Il importe de retenir que :

Les autorisations d'engagement (AE)

Elles correspondent aux enveloppes anticipées relatives aux créations de places nouvelles. Ces autorisations d'engagement sont « millésimées » : la date qui leur est affectée correspond à l'échéance théorique de l'installation et par conséquent à celle du besoin de couverture par des crédits de paiement.

Les AE permettent en conséquence de couvrir les engagements financiers de vos services (arrêté d'autorisation, arrêté d'extension,...) et d'anticiper ces engagements par la procédure d'appel à projets.

Pour vous permettre de bénéficier de la même capacité d'anticipation sur la médicalisation que sur les créations de place, les mesures de médicalisation devraient donner également lieu à compter de 2011 à notification d'autorisations d'engagement qui se traduiraient en crédits de paiement en 2012. Le calibrage de ces enveloppes anticipées vous sera précisé dès que possible au vu de la consommation des crédits 2011 et des prévisions pour la construction de l'objectif global de dépenses pour 2012. Il convient donc d'attendre communication de votre enveloppe régionale, qui présentera un caractère limitatif, pour signer de nouvelles conventions de médicalisation prenant effet en 2012.

Les crédits de paiement (CP)

Ils retracent l'enveloppe avec laquelle les services tarifient les établissements et services installés ou en voie de l'être au cours de l'année considérée. Il s'agit de la masse de crédits nécessaires au fonctionnement des places autorisées et à la réalisation effective des engagements pris dans le cadre des autorisations d'engagement.

Les CP-mesures nouvelles constituent la part des crédits venant abonder votre enveloppe régionale limitative pour le financement des AE afin d'en permettre l'installation effective au cours de l'année considérée. La consommation des CP, ou tarification des crédits, marque le dénouement de l'engagement juridique et l'ouverture effective de l'ESMS/extension.

Conformément au caractère millésimé des autorisations d'engagement, aucun crédit de paiement ne peut être accordé pour l'installation d'un établissement ou d'un service qui interviendrait antérieurement à l'échéance théorique de l'AE ayant permis son autorisation :

Exemple : une MAS autorisée sur une autorisation d'engagement 2013 ne peut donner lieu au versement de crédits de paiement avant l'année 2013.

1.2. L'évolution des enveloppes régionales : taux de reconduction et mesures nouvelles

1.2.1 L'évolution de la masse salariale et l'effet prix

La conférence salariale du 3 février 2011 a permis de rappeler l'objectif de réduction des déficits publics, et les mesures d'évolution strictes adoptées par l'Etat s'agissant des structures publiques : gel de la valeur du point dans les trois fonctions publiques pour 2011 et non remplacement d'un fonctionnaire sur deux dans le cadre des départs à la retraite.

Le secteur social et médico-social participe de cet effort tout en maintenant et développant l'emploi dans le cadre de la poursuite du développement de l'offre. Dans ce contexte, **le taux d'évolution de la masse salariale des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif pour 2011, annoncé aux partenaires sociaux, est fixé à 1 %** pour l'ensemble des conventions collectives, représentant un effort significatif des pouvoirs publics pour le secteur social et médico-social.

Dans le cadre contraint rappelé ci-dessus, l'effet prix est, quant à lui, fixé à 0%.

Il résulte de ces deux effets que le taux de reconduction appliqué au global sur les DRL s'établit à 0,89% (champ personnes âgées-PA) ou 0,75% (champ personnes handicapées-PH) en fonction de la part relative des dépenses de personnel dans le champ considéré.

Les valeurs de point du champ PA évoluent strictement en conformité avec ce taux et s'établiront en conséquence de la sorte pour l'année 2011 :

	2011
Tarif Partiel sans PUI	9,55 €
Tarif Partiel avec PUI	10,10 €
Tarif Global sans PUI	12,44 €
Tarif Global avec PUI	13,10 €

1.1.2 La couverture des besoins nouveaux : les mesures nouvelles 2010 sont complétées d'un rebasage partiel des crédits débasés en 2010, conformément aux engagements

Au-delà du taux de reconduction précité applicable à la base de votre DRL, celle-ci intègre une progression destinée à financer les créations de places de l'année. Ces crédits de mesures nouvelles sont de deux ordres en 2011 :

- la réintégration partielle des débasages temporaires opérés fin 2009 conformément aux conclusions de la mission IGAS-IGF « Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (OGD) » : 43,6 % des crédits débasés sur les enveloppes PA (soit 63,7 M€) et 59,6 % des sommes débasées sur les enveloppes PH (soit 96 M€) sont réintégrés. Ces crédits correspondent à des places autorisées avant la fin de l'année 2009, qui n'étaient pas susceptibles d'être installées en 2010, et qui seront ouvertes en 2011 selon les informations transmises par vos services au 30 juin 2010 via l'outil SELIA. Ces crédits sont notifiés en année pleine.

- sont alloués pour la première fois ceux destinés au financement des créations de places remontées lors de l'enquête menée par la CNSA en septembre 2010 et confirmées lors des échanges techniques en début d'année. Ces places sont valorisées pour les deux champs PA et PH à mi-année, en l'absence de précision sur la date exacte de leur ouverture.

Il est à noter que les montants des crédits de paiement qui vous seront effectivement notifiés par la CNSA pour la couverture des besoins nouveaux tiendront compte des crédits disponibles dans vos bases budgétaires à l'issue de la campagne 2010, tels qu'ils peuvent être calculés à partir des informations que vous avez communiquées dans l'enquête tarifaire et les échanges techniques.

Par ailleurs, les mesures nouvelles relatives à la médicalisation des EHPAD comprennent à la fois les crédits pour les extensions en année pleine des renouvellements des conventions tripartites qui ont pris effet dans le courant de l'exercice précédent, ainsi que les crédits nouveaux. Leur total s'élève en 2011 à 159 M€ et devra permettre, compte tenu des crédits restant disponibles dans vos bases régionales, la couverture de l'ensemble des engagements contractualisés avant le 1^{er} janvier 2011.

Si l'ensemble de ces mesures continue de faire l'objet d'un fléchage dans les dotations régionales limitatives, dans le cadre de la gestion 2011, et dans le contexte de tension sur les crédits de médicalisation, il vous sera loisible, dans le seul cas de constat d'une annulation dans l'ouverture des établissements et services dans l'année, de mobiliser ces crédits libres d'emploi pour soutenir le renouvellement des conventions tripartites. Dans ce cas, cette mobilisation devra se traduire par la suppression à due concurrence d'autorisations de crédits.

Vous veillerez à assurer une traçabilité parfaite de l'emploi de ces crédits et de vos choix d'allocation dans ce cadre renforçant votre capacité de pilotage régional et dans la stricte limite du montant de la dotation régionale limitative.

2. LES PRIORITES DU SECTEUR DES PERSONNES AGEES

2.1 Intensifier le déploiement des mesures médico-sociales du plan Alzheimer dans la perspective de la réalisation des objectifs d'ici 2012

Le Plan Alzheimer vise à améliorer la qualité de vie tant des malades que de leurs aidants par une prise en charge spécialisée, reposant sur un personnel formé à l'accompagnement de la maladie et mobilisant des compétences pluridisciplinaires. La tarification des établissements et services concernés s'effectuera dans le respect des orientations spécifiques données ou à venir sur ce secteur.

2.1.1 La feuille de route 2011-2012

Une feuille de route 2011-2012 signée du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale vient d'être adressée à chacun de vous et récapitule vos engagements sur les mesures concernant :

- **l'offre de répit**, la mise en conformité des accueils de jour et le développement des « plateformes de répit et d'accompagnement (mesure 1).

Un décret est en cours de préparation (il a reçu l'avis favorable du CNOSS du 13 avril dernier) pour conforter la structuration des accueils de jour en leur assurant une taille critique minimale. Sa publication prochaine doit conforter votre action en direction de ces accueils qui disposeront d'une période de 3 ans pour se conformer à ses prescriptions qui feront l'objet d'une instruction particulière.

Une circulaire à paraître en mai prochain vous saisira du cahier des charges des plateformes de répit et d'accompagnement à développer en 2011 et 2012 par redéploiement d'une partie des mesures nouvelles de création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire à hauteur de 8 M€ en année pleine et détaillera l'objectif de création de ces nouveaux dispositifs région par région à raison de 75 plateformes par an en 2011 et 2012.

- **les équipes spécialisées des SSIAD** pour la prise en charge à domicile des malades Alzheimer (mesure 6) dont le cahier des charges vous a été communiqué par la circulaire DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011

- **le développement des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcées (UHR)** en EHPAD (mesure 16)

- **les unités cognitivo-comportementales (UCC – mesure 17)**

Nous vous invitons à vous y reporter.

2.1.2 La poursuite du développement des UHR et des PASA

Un arrêté modifiant celui du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions triparties en cours de publication, assoit juridiquement les cahiers des charges des PASA et des UHR. Il reprend *in extenso* les cahiers des charges annexés à la circulaire du 6 juillet 2009 à la double réserve suivante :

- Pour les PASA, l'intervention du psychologue a été réécrite pour être en adéquation avec le contenu de la recommandation de l'ANESM de février 2009 sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Sur le plan architectural, a été prévue également la possibilité d'intégrer au PASA un espace bien être destiné à des activités sensorielles.
- Pour les UHR, l'organisation architecturale des unités doit s'articuler autour de chambres individuelles. En effet, compte tenu de la lourdeur des symptômes des malades qui y sont accueillis, il ne doit pas exister au sein des UHR de chambres doubles, préjudiciables au bon fonctionnement de telles unités.

Comme en 2010, il vous est rappelé que les enveloppes qui vous sont notifiées couvrent intégralement les charges de personnel mentionné dans le cahier des charges et imputables sur la section soins : outre les psychomotriciens et les ergothérapeutes, elles intègrent la prise en charge à 100 % des postes d'aides soignants, d'aides médico-psychologiques et d'assistants de soins en gérontologie **supplémentaires** nécessaires au fonctionnement des PASA et des UHR ainsi que, de façon exceptionnelle, les aidants soignants et les aides médico-psychologiques faisant fonction d'assistants de soins en gérontologie en attendant leur formation.

La tarification des UHR fait, à compter de 2011, l'objet d'un forfait annuel à la place.

La totalité des crédits correspondant à la création des 190 UHR médico-sociales à échéance 2012 (35 M€) vous a été notifiée en base en 2010.

En 2011, vous allouerez aux établissements labellisés pour mettre en service une UHR les ressources en fonction des forfaits suivants :

- Pour une création d'EHPAD ou une extension de places comportant une UHR, un forfait de 30 500€/place,
- Pour une création d'UHR sans création de places supplémentaires, un forfait de 20 900€ pour un EHPAD tarifé à la DOMINIC,
- Pour une création d'UHR sans création de places supplémentaires, un forfait de 18 600 € pour un EHPAD en tarif partiel, déjà tarifé au GMPS,
- Pour une création d'UHR sans création de places supplémentaires, un forfait de 16 400 € pour un EHPAD en tarif global, déjà tarifé au GMPS.

Ces nouvelles modalités s'appliquent dans le cadre de l'enveloppe allouée rappelée plus haut.

Pour appuyer le déploiement des PASA et éviter d'en interdire, de fait, la création aux EHPAD candidats qui sont encore sous l'équation tarifaire de la DOMINIC, vous êtes autorisés, en vous cantonnant strictement aux seuls établissements dont la demande de création de PASA est à même de déboucher de façon certaine sur une labellisation, et par dérogation aux instructions ci-après relatives aux modalités de conventionnement, à leur appliquer la tarification au GMPS sur la capacité installée qui, dans la construction du financement des PASA, est un préalable à l'attribution du forfait PASA (4 557 €/place soit 55 K€ ou 63 K€ selon que le PASA comporte 12 ou 14 places). Une partie des crédits correspondant aux crédits notifiés en 2010 pour les équipes spécialisées en SSIAD, UHR et PASA, non consommés et qui sont maintenus dans vos bases, peut être utilisée à cet effet

2.2 La mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age (PSGA)

S'agissant des créations de places dans le secteur des personnes âgées, les crédits de paiement inscrits dans l'OGD 2011, fixés sur la base des données de l'outil SELIA au 30 juin 2010, permettent le financement sur 6 mois de :

- ⇒ l'installation de 2085 places d'EHPAD,
- ⇒ l'installation de 1262 places de SSIAD,
- ⇒ l'installation de 1200 places d'accueil de jour (AJ),
- ⇒ l'installation de 800 places d'hébergement temporaire (HT)

Il est par ailleurs rappelé que les extensions en année pleine des créations de places sur 6 mois réalisées en 2010 sont intégrées dans votre base pour l'équivalent de :

- ⇒ l'installation de 2273 places de SSIAD,
- ⇒ l'installation de 496 places d'accueil de jour (AJ),
- ⇒ l'installation de 176 places d'hébergement temporaire (HT).

L'instruction de la CNSA vous précisera la part attribuée à chaque région, qui tiendra compte des crédits disponibles dans vos bases régionales ainsi que de l'actualisation de vos besoins au travers de l'enquête tarifaire et des échanges techniques.

2.3 Les modalités de la politique de conventionnement en 2011

L'enquête tarifaire et les échanges techniques entre les ARS et la CNSA ont mis en évidence, pour l'exercice 2011, un dépassement prévisionnel des crédits de médicalisation liés aux engagements déjà signés prenant effet le 1^{er} janvier 2011.

Comme rappelé ci-dessus, au point 1.1.2, l'enveloppe prévisionnelle d'un total de 159 M€ de crédits de médicalisation 2011 doit permettre la couverture de l'ensemble des engagements contractualisés. Toutefois, le haut niveau de ces engagements devant prendre effet à compter du 1^{er} janvier ne vous permettra pas, sauf fongibilité de vos mesures nouvelles, de souscrire de nouveaux engagements sur 2011.

Vous devrez donc mettre à profit l'année 2011 pour préparer l'exercice 2012 et en identifier notamment les priorités, dès lors que ce renouvellement doit s'exercer dans le cadre limitatif des dotations régionales. La notification d'enveloppes anticipées de médicalisation à échéance 2012 à venir, qui constituera le cadrage financier de ces engagements, sera accompagnée de propositions en ce sens.

2.4 Les modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire en 2011

La convergence tarifaire constitue un enjeu majeur en termes d'équité à rechercher dans la politique d'allocation de ressources.

En effet, le caractère comparable du besoin de soins requis par l'état de santé des populations accueillies, ainsi que leur niveau de dépendance, mesuré et apprécié via les référentiels PATHOS pour le soins et AGGIR pour la dépendance, justifient le caractère homogène des ressources allouées en fonction de la cotation établie à l'aide de ces référentiels.

Nous vous invitons donc à poursuivre sa mise en œuvre, dans la continuité des règles posées par l'arrêté ministériel du 26 février 2009 qui prévoient une réduction, en 2011, d'un sixième¹ de l'écart entre le forfait global relatif aux soins constaté au 31 décembre 2010 et le forfait résultant de l'application du tarif plafond, à défaut de contractualiser par avenant à la convention tripartite un échéancier différent de résorption du dépassement à l'horizon du 31 décembre 2016.

Par ailleurs, vous serez attentifs à ce que la revalorisation de la dotation d'un EHPAD, dès lors que celle-ci serait proche du plafond, ne conduise pas à un dépassement de celui-ci.

Il vous est rappelé que l'équation GMPS constitue la base de calcul pour l'ensemble des établissements sous convergence y compris ceux qui ne bénéficient pas encore de la tarification au GMPS. Pour ces derniers, l'équation GMPS repose sur le PMP moyen national établi à la fin 2010, soit 168 points.

Les établissements qui ne sont pas encore soumis à la tarification au GMPS voient leur plafond calculé sur la base de celle-ci, étant entendu que l'application de cette équation ne sert qu'à vérifier la situation de l'EHPAD au regard du plafond et non à calculer sa dotation 2011, et en aucun cas à allouer des crédits de médicalisation supplémentaires.

Il est précisé que la situation au regard des tarifs plafonds est déterminée avant le financement des PASA et des UHR et que la dotation plafond d'un établissement est calculée en amont de tout financement lié à une activité de PASA ou d'UHR. Les établissements en situation de convergence gardent la possibilité de résorber leur dépassement par la mise en place d'une UHR ou d'un PASA.

Dans le cadre de la mission reconnue par l'article L314-3 du CASF à la CNSA de procéder à une détermination des dotations régionales limitatives en prenant en compte un objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements relevant de la même catégorie, celle-ci procèdera au calcul de l'impact résultant de la convergence pour vos dotations régionales.

2.5 La poursuite de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les tarifs soins des EHPAD sans PUI

Le Parlement a voté la prolongation de l'expérimentation des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur pour deux années supplémentaires, à échéance du 1^{er} janvier 2013 afin de permettre l'approfondissement de celle-ci et son évaluation quantitative et qualitative dans de bonnes conditions.

Des instructions vous parviendront pour l'accompagnement des établissements concernés courant mai, suite à la réunion du comité de pilotage national. Les établissements qui ont participé à la première phase de l'expérimentation seront sollicités prioritairement pour participer à cette seconde phase.

3. LES ENJEUX DANS LE SECTEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

3.1 Le plan pluriannuel de création de places

Concernant le dispositif d'accompagnement des personnes handicapées, l'exercice 2011 s'inscrit dans la continuité du plan pluriannuel de création de places 2008-2012.

¹ Modalités de convergence fixées dans l'arrêté du 26 février 2009 : réduction de l'écart d'un septième en 2010, d'un sixième en 2011, d'un cinquième en 2012, d'un quart en 2013 etc.. jusqu'en 2016

Pour les adultes, les priorités restent axées notamment sur l'accompagnement de publics spécifiques et la prise en compte de l'avancée en âge des personnes les plus lourdement handicapées.

Pour les enfants, il s'agit de garantir le développement de l'action précoce, le soutien à la scolarisation et au développement de l'autonomie et la prise en charge des enfants les plus lourdement handicapés.

Au-delà, nous appelons votre attention sur les modalités de prise en charge des frais de transport des personnes accueillies en journée dans les MAS et les FAM et sur les avancées dans la mise en œuvre du schéma national pour les handicaps rares (voir annexe 2).

3.2 Les enjeux en matière de tarification

L'exécution 2010 sur le secteur personnes handicapées a montré une forte sur-exécution à hauteur de 191 M€.

Le rapport IGAS sur la tarification dans quatre régions, diligenté à la suite du constat du fort niveau de dépassement de l'OGD PH a mis en lumière les différents facteurs explicatifs et a notamment insisté sur la nécessité de s'assurer du bon suivi de l'activité des établissements en prix de journée.

En effet, la dépense relative aux établissements tarifés en prix de journée correspond à 59% de la dépense totale en 2010 soit 5 Mds €. La tarification en prix de journée implique pour la fixation du tarif, la détermination d'un nombre de journées prévisionnelles. Tout dépassement du niveau d'activité prévue entraîne une facturation supplémentaire au tarif fixé initialement ce qui implique un double effet sur le niveau de la dépense couverte in fine par l'OGD.

En effet, le prix de journée fondée sur une hypothèse de volume d'activité trop bas implique :

- une facturation supplémentaire non prévue liée au dépassement de l'activité
- qui est mécaniquement majorée d'un effet prix lié au tarif plus élevé déterminé en début de campagne

En conséquence, votre mobilisation est appelée en 2011 sur la nécessité de suivre de manière régulière l'activité des établissements médico-sociaux tarifés en prix de journée et de vous assurer de la prévision absolument sincère du nombre de journées retenu dans le cadre de la fixation du prix de journée. Une remontée d'information sur le niveau d'activité retenu dans le calcul des tarifs 2011, intégrant l'activité réalisée depuis le 1^{er} janvier de l'année, vous sera demandée en septembre afin d'anticiper toute mesure de régulation à prendre pour assurer le respect du niveau de l'OGD.

La récente circulaire du 22 mars 2011 sur les modalités de gestion de l'enveloppe vous rappelle les conditions de détermination du nombre de journées prévisionnelles à prendre en compte. Au-delà de la fixation prévisionnelle, tout constat d'évolution importante du nombre de journées doit vous amener à rectifier la décision tarifaire prise initialement de manière à ajuster le prix à la progression du volume.

S'agissant plus particulièrement des **INJA et INJS** des régions Ile de France, Lorraine, Aquitaine et Rhône-Alpes, leurs modalités de financement sont précisées en annexe 3, qui précise également les consignes à appliquer en matière de reprise de leur régime conventionnel.

4. AUTRES MESURES IMPACTANT LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2011

4.1 Des modalités de tarification des EHPAD inchangées en 2011

La campagne budgétaire 2011 dans le secteur des personnes âgées s'effectuera à droit constant par rapport à l'année 2010.

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale a en effet souhaité retarder la publication du décret portant réforme tarifaire des EHPAD, préparé au long de l'année 2010, afin d'une part, de mettre à profit le débat sur la dépendance pour approfondir la réflexion sur certains points, et d'autre part, éviter l'entrée en vigueur d'une réforme que l'issue de ce débat pourrait conduire à modifier à brève échéance.

La fixation de la dotation globale soins de l'année s'effectuera donc selon les modalités antérieures, dans le cadre de la procédure budgétaire contradictoire.

S'agissant plus particulièrement de la généralisation du tarif global, initialement envisagée, il apparaît nécessaire de s'appuyer sur des données précises et complètes quant au montant relevant de l'enveloppe soins de ville ou de l'enveloppe médico-social. Cette estimation est menée par un groupe de travail associant la CNAMTS et la CNSA dont les travaux se prolongeront au cours de l'année 2011. Il s'appuiera également sur les travaux de mission d'inspection confiée à l'IGAS sur les tarifs global et partiel, aux fins d'analyser le niveau de prestations de soins proposé aux personnes résidant en établissement au regard des besoins évalués, et l'impact du mode de financement choisi sur la qualité de la prise en charge. Dans l'attente des résultats de ces travaux et des décisions issues de ce grand débat auquel vous serez associé, **il vous est recommandé de surseoir au développement du tarif global, qui n'est, à ce jour, pas financé.**

4.2 La gestion des crédits non reconductibles

Les modalités de budgétisation de l'OGD au plus de la prévision d'exécution doivent conduire à diminuer les marges dont vous avez pu disposer sous forme de crédits non reconductibles (CNR) qui ne pourront résulter, à terme, que du traitement des résultats excédentaires des établissements et services. Les échanges techniques entre la CNSA et les ARS ont mis en évidence à ce stade un exercice 2010 contrasté, avec une nette diminution du volume de CNR tarifé sur le secteur PH, mais une augmentation sur le secteur PA.

L'IGAS s'est par ailleurs vu confier la mission « flash » précitée (3.2) consistant, dans un délai de quatre semaines à analyser, sur la base de l'examen de la situation de quatre ARS, les raisons d'un dépassement récurrent de l'OGD PH, les modalités de conventionnement hors enveloppe avec les établissements accueillant des personnes âgées ainsi que le recours persistant à l'usage des CNR à un niveau élevé. La mission a notamment mis en évidence que l'emploi des CNR correspond en partie et depuis plusieurs années, au financement de dépenses pérennes. D'une manière générale, le périmètre d'emploi des CNR était plus large, en 2010, que les trois champs limitatifs définis par la circulaire budgétaire du 31 mai 2010.

A titre d'illustration, sur les champs PA et PH, plus de 50% des CNR étaient employés en 2010 au financement de mesures d'investissements (provisions pour travaux, frais financiers, amortissement...) dont certaines revêtent un caractère pérenne, et près de 5% pour le financement des frais de transport dans le secteur PH.

Il est rappelé que la mobilisation des CNR doit être effectuée de manière particulièrement rigoureuse conformément aux préconisations de 2010. Il convient notamment de rappeler que le caractère non reconductible des crédits ne permet en aucun cas à l'ARS de les allouer au financement de charges ne rentrant pas dans le périmètre de celles pouvant être prises en charge par l'assurance maladie. S'agissant plus particulièrement des dépenses d'investissement, des précisions sont apportées au point 5 de l'annexe 5.

Vous disposez, dans le cadre de l'exercice 2011, de la liberté d'affectation des CNR disponibles au sein de vos enveloppes régionales limitatives, dans la limite du financement de mesures non pérennes. **Toute utilisation de crédits non reconductibles aux fins de financement de mesures pérennes est strictement proscrite.**

L'annexe 5 précise par ailleurs l'ensemble des dispositifs dont le financement peut être réalisé par les crédits non reconductibles en 2011.

4.3 Le financement des évaluations externes

Le décret relatif au calendrier des évaluations a été publié. Une circulaire est en préparation pour préciser les modalités selon lesquelles il sera recommandé d'anticiper l'évaluation externe, préalable au renouvellement des autorisations en application de l'article L312-8, dans la perspective notamment du premier renouvellement des autorisations délivrées sur le fondement des dispositions de la loi du 2 janvier 2002.

En réponse à de nombreuses interrogations, je vous précise que le financement des évaluations externes doit être prioritairement assuré dans le cadre de l'autorisation budgétaire par le biais d'une prise en compte de la dépense au compte 617 « études et recherches ».

A défaut, si le niveau de votre DRL ne vous le permet pas au moment de l'autorisation budgétaire, vous avez la possibilité, après constat du résultat et dans le cadre de l'affectation des résultats au compte administratif, d'affecter une part d'un excédent d'exploitation au financement de mesures d'exploitation n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices suivant celui auquel le résultat est affecté (conformément au 3° du I de l'article R.314-51 du CASF). Cette part de l'excédent viendra assurer le financement de cette évaluation.

A titre d'information, le rapport d'activité 2010 de l'ANESM donne les fourchettes suivantes du coût des évaluations externes déjà réalisées :

- Ehpad : 7400€ à 9400€
- Etablissements et services pour personnes handicapées : 5600€ à 9200€

Vous serez attentif en soutenant cette démarche, comme dans l'ensemble du dialogue de votre dialogue de gestion avec les établissements et services, à favoriser une gestion efficiente des ressources dont l'appréciation vous sera progressivement facilitée, ainsi qu'aux gestionnaires, par un ensemble des travaux initiés notamment sous l'égide de l'ANESM et l'ANAP qu'il incombera à nos directions de rassembler et de coordonner dans le courant 2011.

5. LA MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DE LA CAMPAGNE

5.1 Les mises en réserve de précaution dans le cadre du suivi de l'ONDAM 2011

En vue de garantir le respect de l'ONDAM 2011, conformément aux dispositions de l'article 8-III de la loi n°2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, une mise en réserve à hauteur de 0,3% de l'ONDAM est nécessaire soit, pour 2011, 501,3M€ dont 100M€ pour le secteur médico-social. Ces crédits mis en réserve dès le début de la campagne ont vocation, en fonction des données d'exécution de l'ONDAM, à être délégués en fin de campagne.

L'arbitrage interministériel sur ce sujet a conclu à la répartition suivante de ce gel :

- 71,3M€ sur les PAI - hors soutien aux mesures Alzheimer ;
- 28,30M€ sur l'OGD (section I), qui se traduit par une retenue à due concurrence des crédits correspondants dans l'enveloppe « personnes âgées » ; ils seront mis en réserve au niveau national en début de campagne. Leur délégué en fin d'exercice, sur la base d'une décision de dégel qui sera fonction des résultats de l'exécution, pourra venir notamment en soutien de la médicalisation. Cette mise en réserve viendra en diminution des dotations régionales « personnes âgées » selon les données d'exécution 2010.

Dans ce cadre, et comme précisé plus avant, il vous est de nouveau rappelé toute l'importance du suivi d'activité des structures financées en prix de journée mais aussi l'impact des décisions tarifaires intégrant les reprises de résultats sur le respect du niveau de votre enveloppe limitative.

5.2 Le suivi des dépenses (engagement et réalisation) et de l'activité

La qualité, la régularité et la saisie des données dans le système d'information budgétaire de la CNSA est un élément essentiel dans la régulation et l'objectivation de l'utilisation et de la programmation des crédits de l'ONDAM médico-social.

En conséquence, la complétude et la qualité des informations saisies par vos soins dans les applications SELIA, SAISEHPAD et HAPI fera l'objet d'une attention particulière.

Enfin, le rapprochement avec les données de l'assurance maladie (univers SNIIR-AM et données comptables) doivent également vous permettre de disposer des informations nécessaires à un suivi plus fin et vous fournir des données d'aide à la décision concernant les décisions tarifaires que vous êtes amenés à prendre. Un appui vous sera fourni pour faciliter ce rapprochement dans le courant de l'exercice.

Pour la ministre des solidarités et de la
cohésion sociale et par délégation



Sabine FOURCADE
Directrice générale de la cohésion sociale

Pour le ministre du budget, des comptes, de
la fonction publique et de la réforme de l'Etat
et par délégation



Dominique LIBAULT
Directeur de la sécurité sociale