

Mission complémentaire sur la tarification en EHPAD
Contribution de la FNAQPA

La FNAQPA remercie les pouvoirs publics de leur invitation à participer à la mission complémentaire sur les coûts en EHPAD animée par Madame Nathalie DESTAIS.

➤ **La FNAQPA est favorable à la réouverture du tarif global parce qu'il est efficient** – Le tarif global tel qu'il est actuellement évalué est efficient parce qu'il est incitatif pour les établissements.

• **Le tarif global est efficient évalué à son montant actuel** – On assure que le tarif global est surcalibré¹. Le rapport de l'IGAS publié en octobre 2011² évoque effectivement l'existence d'un différentiel sur calibré, la réalité des dépenses sur les quatre postes entrant dans ce tarif étant inférieure au surcoût de la dotation liée au passage au tarif global³. Ce constat d'un surcalibrage, toujours selon ce rapport, doit être interprété avec beaucoup de prudence⁴. Si l'on peut relever des moyens supplémentaires au bénéfice des établissements concernés, cette conséquence est pondérée par des effets positifs en termes d'économies, d'efficience et de qualité. Le passage au tarif global s'accompagne en effet d'économies substantielles sur des postes de dépenses, y compris hors du périmètre qu'il intègre. Le tarif global induit de cette manière une organisation des soins plus efficiente, constituant un levier favorable à une meilleure maîtrise coût-qualité des soins dispensés en EHPAD. Il améliore ainsi l'efficience de la dépense de soins et est un facteur de qualité dans l'accompagnement des personnes accueillies, permettant un renforcement de l'encadrement en personnel soignant.

Il convient de souligner enfin que la notion même de surcalibrage n'est pas vérifiable systématiquement et que les crédits supplémentaires accordés aux établissements sont nécessaires et indispensables. Le passage au tarif global implique ainsi un investissement important pour les établissements en termes administratifs et organisationnels, ainsi qu'une disponibilité accrue du personnel infirmier. Ce tarif a été calibré en outre pour s'adapter aux besoins en soins d'une population moyennement dépendante et il peut rapidement se révéler insuffisant pour accompagner les résidents atteints de lourdes pathologies, obligeant ainsi les établissements à refuser l'entrée de certaines personnes âgées.

¹ Voir notamment la circulaire budgétaire du 15 mars 2013.

² N. DESTAIS, V. RUOL, M. THIERRY, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes – Évaluation de l'option tarifaire dite globale*, IGAS, Rapport définitif, octobre 2011.

³ IGAS, rapport préc., § 2.5.

⁴ IGAS, rapport préc., § 2.3.3, n° 175.

L'efficacité du tarif global se vérifie clairement dès lors que l'on raisonne en **coût global**.

La question de la réduction des coûts en établissements est systématiquement posée en termes purement comptables, par rapport aux coûts des soins. Or la véritable efficacité consiste à passer de cette logique de coûts de revient à une logique de rapport qualité-coûts global. Il convient ainsi de raisonner par rapport à la réalité des coûts pour l'assurance-maladie et au lieu de s'arrêter à la question des coûts en établissement.

L'exemple des dispositifs médicaux est également parlant à cet égard : ils étaient avant remboursés au titre des soins de ville et donc payés par l'assurance maladie. Ils sont dorénavant inclus dans le budget de l'établissement, lequel doit maintenant les payer. Autrement dit, les dispositifs médicaux sont passés de l'ONDAM soins de ville à celui personnes âgées. L'équation tarifaire a été revalorisée à ce moment-là : 2,32 € de revalorisation par jour et par résident, avec une économie de 540 millions d'euros par an pour la sécurité sociale (valeur 2008). Or les établissements se révèlent mieux placés pour gérer ces enveloppes et ces dispositifs et, en tout état de cause, ils sont plus efficaces.

Le tarif global permet de faire faire des économies à l'assurance maladie. Une étude de la CPAM de l'Essonne et de l'ARS Ile de France conclue ainsi à un taux d'hospitalisation inférieur de l'ordre de 50% chez les personnes hébergées dans un établissement au tarif global⁵. Il s'agit de premiers chiffres qui nécessiteraient d'être renforcés par une étude à plus grande échelle, mais ils sont prometteurs, aux termes mêmes du rapport de l'IGAS. Ces résultats sont notamment à mettre au compte du renforcement quantitatif et qualitatif des équipes soignantes que le tarif global rend possible. Très concrètement, il coûte globalement moins cher d'avoir une infirmière de nuit en EHPAD que de devoir hospitaliser la personne accueillie chaque fois qu'il y a une urgence en l'absence d'infirmière.

La CNAM a récemment effectué une étude intitulée « coût complet en EHPAD » dont les résultats tendraient à confirmer le caractère surévalué du tarif global par rapport au tarif partiel. Ces résultats confirment effectivement que le coût complet par résidents en EHPAD avec tarif global est supérieur à celui des résidents en EHPAD avec tarif partiel (2500 € de différence par résident/an). Mais l'étude de la CNAM s'appuie sur la notion de coût complet qu'il convient de distinguer de celle de coût global. Elle raisonne à nouveau en termes de coût de revient, réalisant une addition comptable des coûts, sans raisonner en coût global.

D'après elle, le coût complet annuel des soins dispensés par les établissements est l'addition comptable du forfait soins des EHPAD et des remboursements de soins de ville et d'hospitalisation. Or la notion de coût global intègre une notion de fongibilité d'enveloppe, permettant d'envisager l'économie générale de l'opération (exemple des infirmières de nuit et des dispositifs médicaux). Certes le coût de revient ponctuel est plus important, mais l'investissement permet une économie car il est moins onéreux pour l'assurance maladie de

⁵ IGAS, rapport préc., § 2.7.2.

financer des infirmières de nuit assurant meilleure continuité des soins au sein de l'établissement que de rembourser des frais d'hospitalisation.

Par ailleurs, cette étude tend à montrer que le taux de recours à l'hospitalisation est inférieur dans les EHPAD en tarif global, corroborant l'étude menée en Essonne. C'est, du moins, probant dans le cas des EHPAD en tarif global avec une pharmacie à usage intérieur (9,8%), sachant qu'à l'inverse les EHPAD en tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur sont celles ayant le taux d'hospitalisation le plus élevé (13,9%). D'ailleurs, si le coût complet annuel remboursé est plus élevé s'agissant des établissements en tarif global, il n'en demeure pas moins que les remboursements d'hospitalisations, et donc le recours à l'hospitalisation, sont inférieurs chez eux (cf. tableau p. 7). En outre, du fait de la diminution du taux d'hospitalisation pour les établissements au tarif global, les coûts complets pour l'assurance maladie des deux tarifs global et partiel tendent à se rapprocher, voire s'égaliser⁶.

- **Le tarif global est efficient parce qu'il est incitatif** – Le tarif tel qu'il est actuellement évalué est efficient parce qu'il est incitatif pour les établissements. Les établissements réinvestissent en effet les éventuels excédents qu'ils réalisent pour augmenter leur taux d'encadrement en personnel soignant et pour améliorer la qualité des soins qu'ils délivrent. Le gain lié au surcalibrage ne constitue pas ainsi pour eux un enrichissement sans cause⁷. L'on pourrait ajouter qu'il ne constitue pas un enrichissement du tout dans bien des cas, ainsi qu'il a été vu plus haut.

Il convient de souligner par ailleurs que cette augmentation du taux d'encadrement est réalisée à coût constant, dans le périmètre du tarif global. En d'autres termes, il s'agit d'autant de mesures nouvelles qui ne sont pas demandées à l'assurance maladie. Cela constitue donc aussi une économie substantielle pour l'assurance maladie qui est virtuelle. L'efficience permet ici de recruter du personnel supplémentaire sans mesure nouvelle.

➤ **Nos établissements sont ainsi prêts à jouer le jeu de l'efficience dans une logique de partenariat gagnant / gagnant** – Les établissements contractualisent sur la base d'un financement normé. La LFSS pour 2009 prévoit la **tarification à la ressource** et vise à mettre en place une **norme de financement**. Tous les établissements ont le même budget en fonction d'une équation qui est la même pour tous. Deux mesures sont censées accompagner la tarification à la ressource :

- La liberté d'affectation des résultats supprimant tant la reprise des excédents que celle des déficits par l'ARS. Même si le décret tarifaire mettant en œuvre cette mesure n'a

⁶ IGAS, rapport préc., § 2.7.2, n° 230.

⁷ IGAS, rapport préc., § 2.3.3, n° 175.

jamais été publié, le principe légal voudrait que les excédents faits par les établissements soient redéployés pour les personnes hébergées et non repris.

- La confiance a priori qui veut que l'établissement se voit reconnaître une autonomie de gestion de son budget, avec un contrôle a posteriori.

Une partie des économies réalisées grâce au tarif global doit ainsi pouvoir bénéficier aux établissements.

Un tel partenariat peut se révéler positif pour la puissance publique. Ainsi que nous l'avons vu, il permet d'une part à l'assurance maladie de réaliser des économies et il répond d'autre part à l'objectif d'amélioration de la qualité des établissements. L'assurance maladie fait ainsi des économies, les établissements profitent de moyens supplémentaires et améliorent la qualité des soins qu'ils dispensent, et les personnes hébergées bénéficient de cette amélioration. Un tel partenariat peut être qualifié d'efficient pour les pouvoirs publics.

En conclusion, la FNAQPA est donc favorable à la réouverture du tarif global à condition que cela se fasse à un montant suffisant pour qu'il demeure incitatif pour les établissements et donc efficient. Si le surcroît de dotation devait disparaître, le tarif global ne serait plus incitatif et donc plus efficient. Et ce tarif restera incitatif pour les établissements dans une logique de tarification à la ressource et de liberté d'affectation des résultats.