

- **Le CPOM, outil d'accompagnement des organismes gestionnaires :**
 - Pour adapter et développer des activités
 - Pour orienter la gestion et les moyens du gestionnaire (en lien avec l'EPRD et la réforme de la tarification des EHPAD)
- **Des enjeux également pour l'ARS et le Conseil départemental :**
 - Développer les actions prioritaires retenues dans les schémas
 - Accompagner les organismes gestionnaires dans leur(s) projet(s) de développement et de restructuration
 - Assurer la couverture des besoins du territoire francilien par l'optimisation de l'activité
- **Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale.**

Les interactions entre EPRD, tarification forfaitaire et contractualisation :

Exemples d'axes de négociation :

La tarification à la ressource :

Des moyens alloués en fonction d'une activité, d'un GMP et d'un PMP

Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016

L'EPRD/PGFP :

Une stratégie financière décidée par le gestionnaire et approuvée par les autorités de tarification

Décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016

Négociation du CPOM au vu des moyens prédéterminés et de la trajectoire financière de l'organisme gestionnaire

IV ter L. 313-12 et L. 313-12-2 du CASF (introduits par Loi ASV et LFSS 2016)

Assurer une situation financière stable et pérenne

Assurer la qualité de prise en charge dans les EHPAD

Inscrire le gestionnaire dans la coopération territoriale

Répondre aux besoins sur le territoire francilien

Définir la politique de ressources humaines

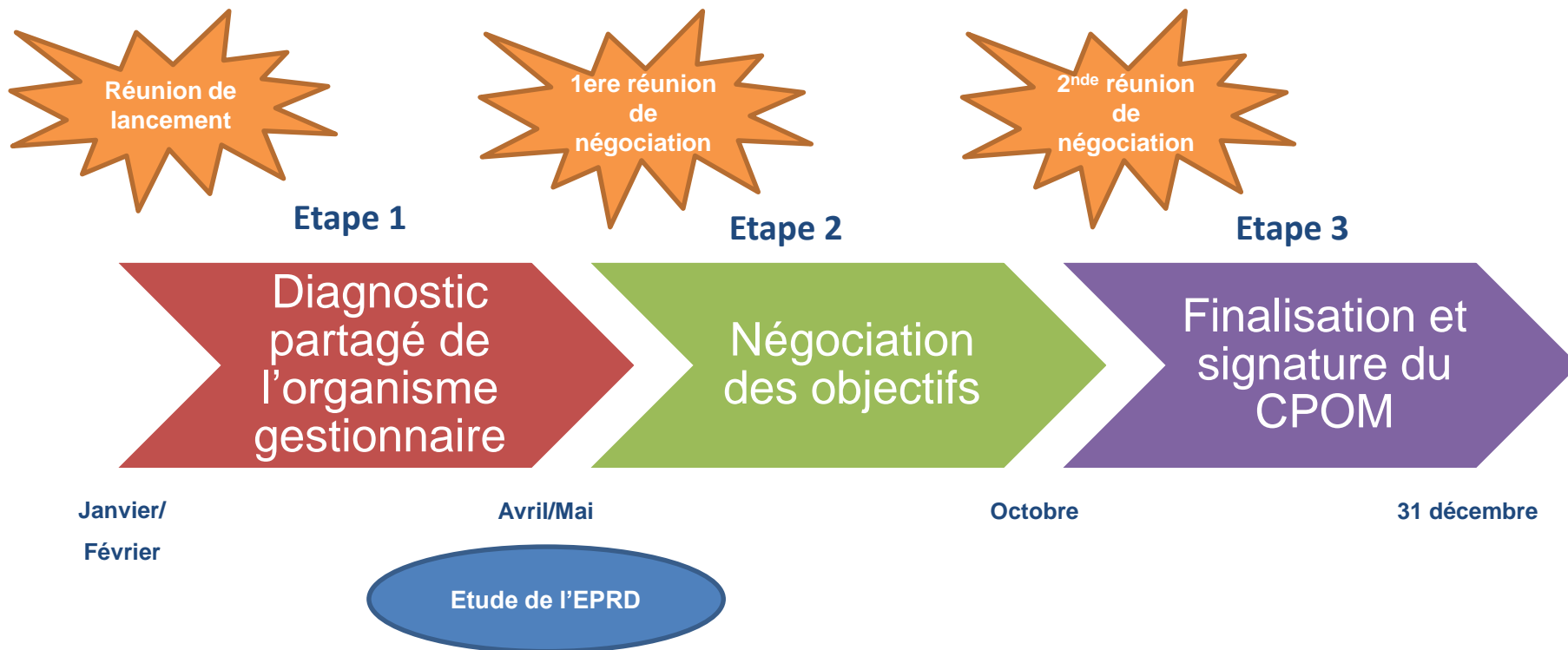
Prévoir les projets de développement du gestionnaire

- Les moyens du CPOM se constituent :
 - Des produits de tarification annuellement arrêtés au titre de l'hébergement, de la dépendance et du soin,
 - De l'affectation des résultats,
 - Des réserves et provisions,
- Le décret n°2016-1814 pose le principe de convergence tarifaire vers une dotation plafond sur la période 2017-2023
- Cette convergence automatique sur le forfait global de soins remplace l'enveloppe de médicalisation
- Les financements complémentaires du forfait global soins seront négociés dans le cadre du CPOM selon des critères d'attribution qui seront définis par l'ARS
- **NB** : Pour les résultats des CA 2015 et 2016, l'affectation s'effectue conformément à l'article R.314-51 du CASF (l'affectation des résultats est effectuée par l'autorité de tarification)

- Dans ce cadre rénové :
 - Le gestionnaire est responsable de ses résultats d'exploitation (plus de reprise des excédents et des déficits par les autorités de tarification)
 - La libre affectation des résultats est le principe qui prévaut.
- Toutefois, la libre affectation des résultats est encadrée par les modalités du CPOM.
- Par conséquent, en cas de résultats excédentaires prévisionnels (PGFP), ceux-ci devront être affectés à la réalisation des objectifs du CPOM (à l'initiative du gestionnaire et/ou des autorités de tarification).
- En cas de déséquilibre financier avéré, le CPOM prévoit un plan de retour à l'équilibre

- Une validation par les autorités de tarification et de contrôle du GMPS est à réaliser tous les deux ans et demi (décret n°2016-1814 tarification) à partir de l'année de signature du CPOM.
- Les coupes doivent être validées avant le 30 juin de l'année N-1 pour une prise en compte dans le calcul du forfait de l'année N

- En cas de refus d'un gestionnaire de signer un CPOM, le code de l'action sociale et des familles prévoit désormais une sanction financière
- Cette sanction consiste en une minoration du forfait global de soins des EHPAD/PUV dans la limite de 10% de la dotation.



Le calendrier est fixé à une année pour une prise d'effet du contrat au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Pré- diagnostic

- Diagnostic pré-rempli des indicateurs de l'ANAP (à remplir pour les gestionnaires ne l'ayant fait en 2016)
- La Délégation départementale et le Conseil départemental le remettent au gestionnaire

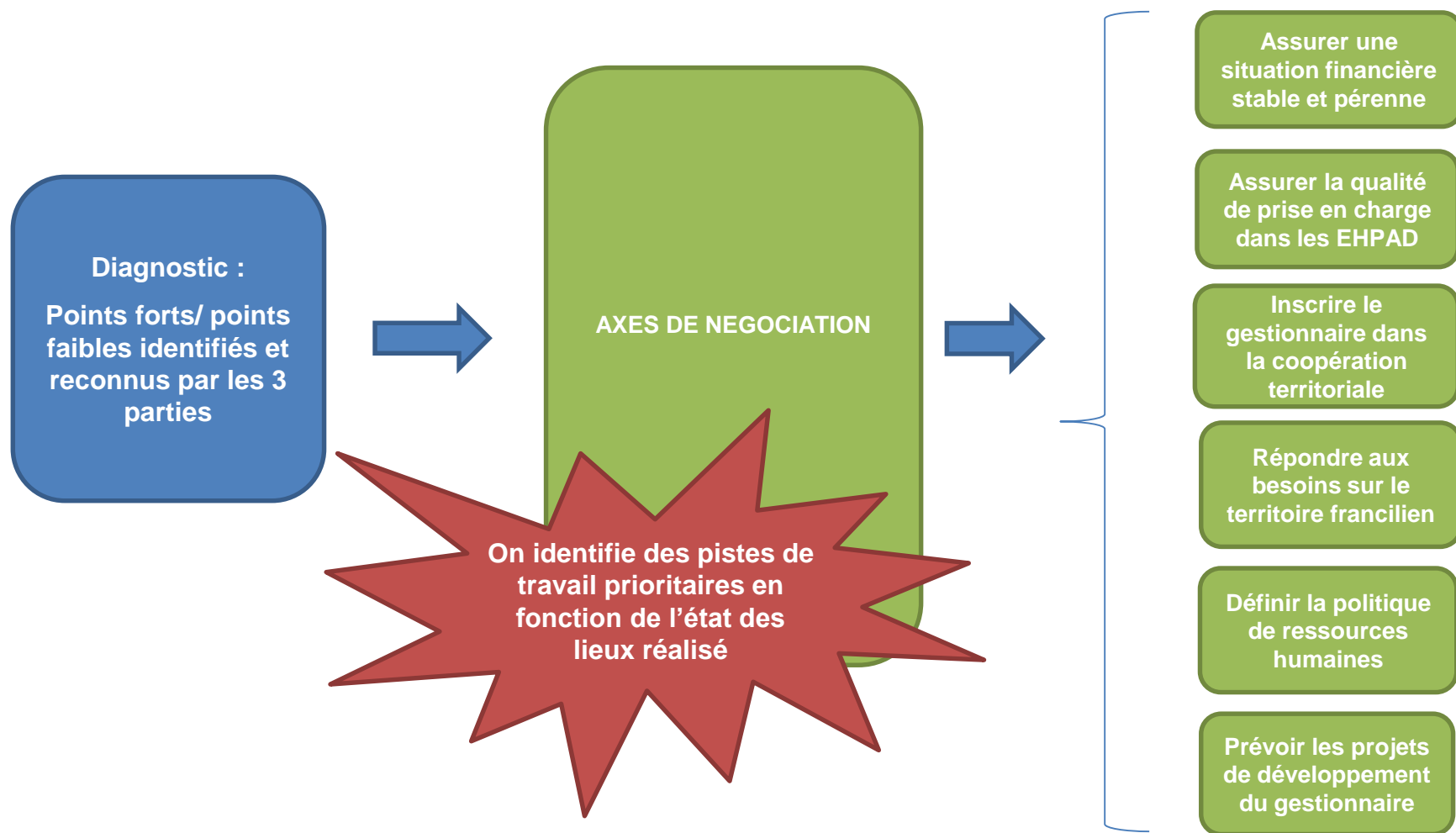
Diagnostic

- Il est complété par le gestionnaire et remis aux autorités de tarification
- Le gestionnaire soumet des axes prioritaires d'action à l'ARS et au Conseil départemental

Etude du diagnostic

- Le diagnostic complété est étudié par les autorités de tarification
- Il est comparé aux éléments observés dans l'étude de l'EPRD

Les attentes du diagnostic :



Réunion tripartite

- Echanges sur les objectifs potentiels

Echanges

- Les parties au contrat s'accordent sur les objectifs à mettre en place et les indicateurs de suivi.
- Des fiches d'aide à la contractualisation seront mises à disposition

Construction des fiches-objectifs

- Les parties au contrat rédigent les fiches-objectifs du CPOM selon un modèle formalisé.

- **En fonction des priorités identifiées, la négociation aboutira ensuite à :**
 - Un nombre d'objectifs restreint,
 - Des actions à réaliser dans chaque objectif,
 - Des indicateurs

- **Ces objectifs sont déclinés dans des fiches objectifs ; celles-ci comprennent :**
 - Les actions à mener
 - L'échéancier de ces actions
 - Le coût de ces actions
 - Des indicateurs

Réunion
tripartite

- Echanges sur les éléments contractuels
- Construction du socle juridique du contrat

Echanges

- Les parties finalisent le contrat : socle juridique et fiches-objectifs
- Annexes obligatoires

Signature du
contrat

- Signature du contrat avant le 31/12 pour prise d'effet au 1^{er} janvier

- **Objectif : Maintenir la pleine activité dans le ou les établissements (suivi du taux d'occupation)**
- **L'optimisation de l'activité sera un objectif à inscrire dans le CPOM :**
 - L'optimisation de l'activité est une politique régionale affichée depuis plusieurs années par l'ARS Île-de-France
 - Le décret n°2016-1814 renforce le principe de modulation des forfaits en fonction du niveau d'activité de l'établissement
 - Le seuil de déclenchement de cette modulation sera fixé par un arrêté national
- **Une attention particulière sera aussi apportée à l'occupation des places en accueil de jour et en hébergement temporaire.**

Objectif
obligatoire
dans les
CPOM

- Objectifs : mettre en place des partenariats et formaliser des conventions avec les partenaires suivants:
 - Un ou des services de HAD
 - Une équipe mobile de soins palliatifs
 - Des filières de soins gériatriques (court séjour gériatrique, consultations et hôpital de jour gériatrique, services de soins de suite et de réadaptation, équipe mobile de gériatrie, unités de soins de longue durée,).
 - Un service d'urgence
 - Des équipes mobiles psycho-gériatrie
 - Des professionnels de santé libéraux
 - La MAIA du territoire et les dispositifs de coordination (réseaux de santé gérontologiques, CLIC...)