



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Pour qui ?

SSIAD + SPASAD (partie soins uniquement), et les futurs services autonomie à domicile [SAD] assurant 1 activité d'aide & 1 de soins à domicile ⇔ SAD « aide + soins ».

Pourquoi ?

Modifier le modèle de financement des services, historiquement financés par une dotation forfaitaire quel que soit le profil des usagers.

Comment ?

La nouvelle tarification permet une meilleure adéquation du budget des services aux profils des personnes qu'ils accompagnent et des soins réalisés.

Quand ?

Dès 2023, avec application progressive des effets de la réforme jusqu'en 2027.

Combien ?

D'ici 2027, les moyens supplémentaires dédiés à la réforme atteindront 229M€. Ils s'ajoutent à l'enveloppe de financement historique des SSIAD et SPASAD.

UNE RÉFORME ATTENDUE CAR INDISPENSABLE...

La nouvelle tarification des SSIAD et SPASAD repose sur une part socle et une part variable → doit permettre de donner davantage de moyens aux services qui accompagnent des personnes avec des prises en soins plus importantes.

Dans le contexte du « vivre chez soi le + longtemps possible » malgré l'avancée en âge ou en situation de handicap, et compte-tenu de l'évolution démographique actuelle => le nb de personnes ayant des besoins importants en matière de soins à domicile va s'accroître.

→ rôle primordial notamment dans le maintien à domicile des PA : prévenant ou retardant leur hospitalisation ou leur entrée dans 1 structure d'hébergement, et en réduisant la durée de certains séjours.

Jusqu'en 2023, les dotations des SSIAD étaient pris en charge par l'ARS le cadre d'une dotation globale de soins par place, non modulée en fonction des caractéristiques du patient

→ mode de financement forfaitaire n'incitait pas à prendre en charge des personnes âgées isolées ou atteintes de pathologies lourdes.

Au niveau national, il existait des disparités significatives en termes de coût moyen / place entre les SSIAD. Ecarts lissés en BFC suite à la politique régionale de convergence mise en place depuis 2019.

Pour accompagner le virage domiciliaire, faire coïncider les financements à l'offre, et, limiter les disparités de coûts : la réforme du financement de ces services est [enfin] engagée à date d'effet du 1er janvier 2023.

Passé

Présent

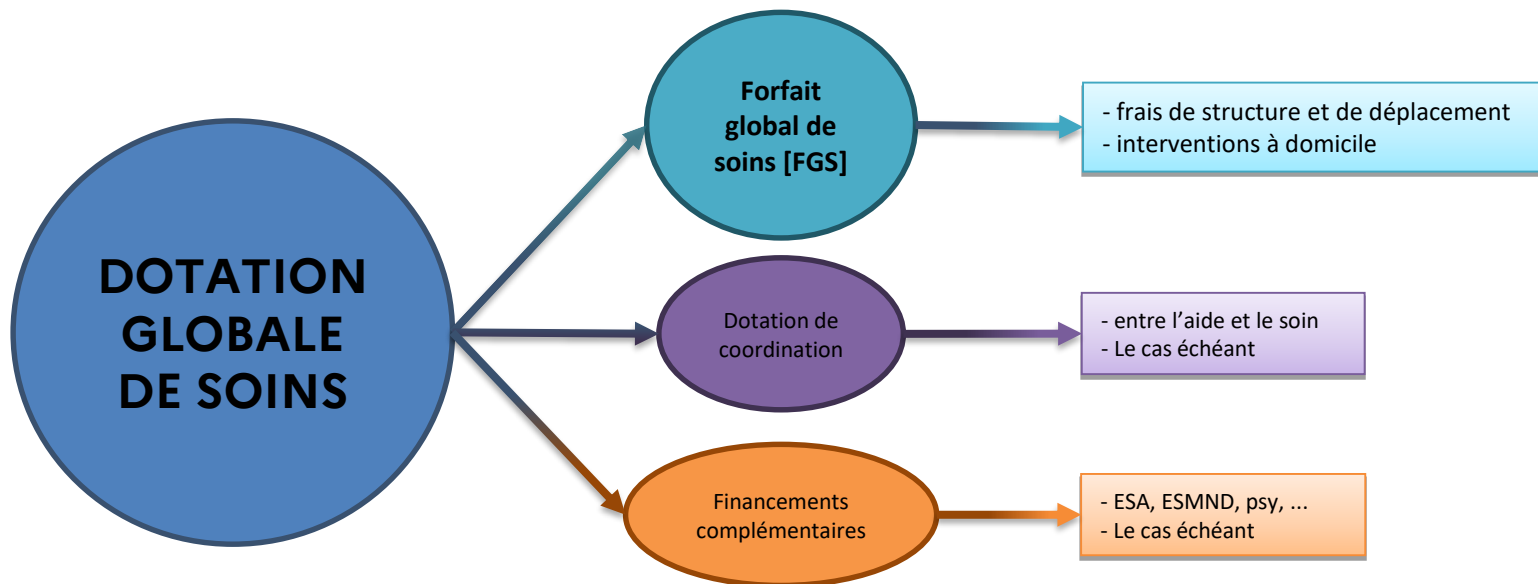
Avenir

LA NOUVELLE ÉQUATION TARIFAIRE

La dotation globale de soins [DGS] des SSIAD et SPASAD est composée de 3 parties 

- le forfait global de soins [FGS],
- la dotation de coordination [DC],
- les financements complémentaires [FC].

$$DGS = FGS + DC + FC$$



LA NOUVELLE ÉQUATION TARIFAIRE

La réforme ne porte que sur le FORFAIT GLOBAL DE SOINS [FGS]

La nouvelle tarification repose sur une équation tarifaire composée de deux éléments :

- une part socle, incluant les **frais de la structure et le transport**,
- et une part variable, relative aux **interventions effectuées au domicile** des personnes accompagnées.

Cette dernière comprend 9 forfaits d'intervention par semaine, basés sur 3 variables : le groupe iso-ressources (GIR), l'intervention d'un infirmier diplômé d'État (IDE), et l'intervention pendant le week-end.

FORFAIT GLOBAL DE SOINS [FGS]

Frais de la structure et le transport

Nb places autorisées
X
forfait annuel / place
(en 2023 = 8 626,27€)



Intervention au domicile

9 FI (Forfait Intervention) / semaine de prise en charge
basés s/ variables : GIR, IDE, WE.

avec

2 Majorants s/ les FI 4,5,8 et 9
5 et 9 avec IDE : majorants pour PECC diabète et insulino-traité,
4 et 8 sans IDE : majorants pour PECC conjointe et GIR faible

ZOOM SUR LE FGS

Frais de la structure et le transport [part FIXE] :

- Correspond au financement des **frais de structure** (charges de personnel administratif et directeur, locaux, charges financières, charges de formations, ...) et de **déplacements** (salaires correspondant au temps de transports, charges des véhicules, ...).
- Dépend du nb de place autorisées x « forfait structure » fixé annuellement / arrêté ministériel (en 2023 = 8 626,27€)
- Cette composante du FGS est stable puisque liée au capacitaire qui évolue peu, et, est facile à calculer.

Forfait interventions effectuées au domicile [part VARIABLE] :

- Somme des « forfaits usagers »
- Correspond aux rémunérations des intervenants salariés ou libéraux pour accompagner les usagers.
- Repose sur :
 - Caractéristiques des interventions et des usagers → montant forfaitaires hebdomadaires
 - Nb de « semaines-usagers » → somme du nb de semaines où l'utilisateur occupe 1 place
- Cette composante du FGS varie en fonction de l'activité et du profil des usagers, elle est donc + complexe que la part fixe.

**LE MONTANT DU FGS SERA RECALCULÉ CHAQUE ANNÉE AFIN DE
TENIR COMPTE D'ÉVENTUELLES ÉVOLUTIONS DE L'ACTIVITÉ DE
L'EXERCICE ANTÉRIEUR.**

LA CONVERGENCE TARIFAIRE 2023-2027

La mise en œuvre de la réforme (donc sur le FGS) s'effectue progressivement entre 2023 et 2027, date à laquelle chaque service disposera de son budget cible appelé dotation cible.

Période de 5 ans de 2023-2027 ⇔ montée en charge de la réforme → les financements alloués comprennent :

- Le montant des produits de la tarification pérennes de l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté interministériel = taux d'actualisation;
- Une fraction de la différence (= « pas de convergence ») entre ce montant et celui du FGS cible/projeté à horizon 2027 → soit 1/5^e en 2023.

Pour 2023 et 2024 : si le FGS cible/projeté 2027 est < à dotation pérenne de 2022 (*le cas échéant : hors dotation de coordination et financements complémentaires*), le FGS est fixé à hauteur du montant précité de N-1

Mesure protectrice de « gel des crédits » introduite en 2023 et 2024 ⇔ dotation historique (hors FC) sera maintenue et versée pour les services sur ces 2 exercices.

2 situations de convergence :

➤ Convergence positive (« en insuffisance ») : FGS 2023 < FGS «projeté» 2027 → dotation augmentera progressivement chaque année via le pas de convergence.

! Il ne s'agit pas strictement d'1 projection, mais calcul effectué **en supposant que l'activité et le profil** des personnes accompagnées par le service **restent inchangés** pendant la période de mise en œuvre de la réforme, jusqu'en 2027.

➤ Convergence négative (« en dépassement ») : dotation historique (2022) > FGS projeté 2027 → diminution progressive de la dotation.

! L'État a décidé de maintenir les dotations historiques de ces services pendant deux ans (2023 et 2024).

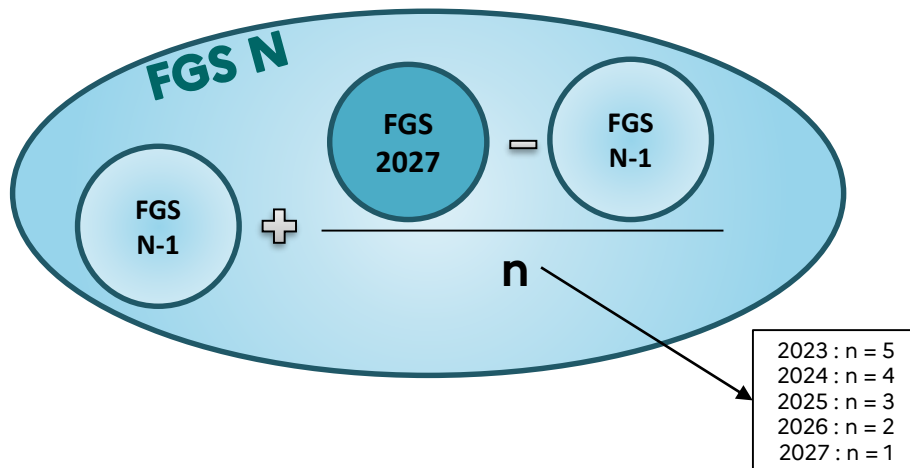
⇒ Ces services doivent ajuster leur activité et se conformer à l'objectif de la réforme au cours de cette période. Si les caractéristiques des personnes qu'ils accompagnent venaient à évoluer, la convergence pourrait s'avérer neutre ou positive (ex : si un service accompagne des personnes + dépendantes, son FGS augmentera).

LA CONVERGENCE TARIFAIRE 2023-2027

Le calcul du FGS projeté pour 2027 sera actualisé chaque année sur la base des recueils annuels d'activité
→ il pourra évoluer à la **hausse** ↑ ou à la **baisse** ↓, selon l'activité réalisée sur l'exercice antérieur.

Ainsi entre 2023 et 2027, l'agence fixera le FGS de chaque service selon la formule de calcul suivante, qui permet de réduire progressivement l'écart entre :

- la dotation de soins perçue avant la réforme
- et le montant calculé pour le FGS projeté pour 2027



IMPACT DE LA REFORME

Rappel : FGS cible peut évoluer en fonction de l'activité principalement

→ Que se passe-t-il si le montant de financement de mon service diminue avec ces nouveaux calculs?

En 2023 et 2024 => mécanisme de gel des crédits sécurise les services impactés négativement par la réforme : leur FGS ne peut être inférieur à la dotation de 2022 (hors revalorisation par taux annuel).

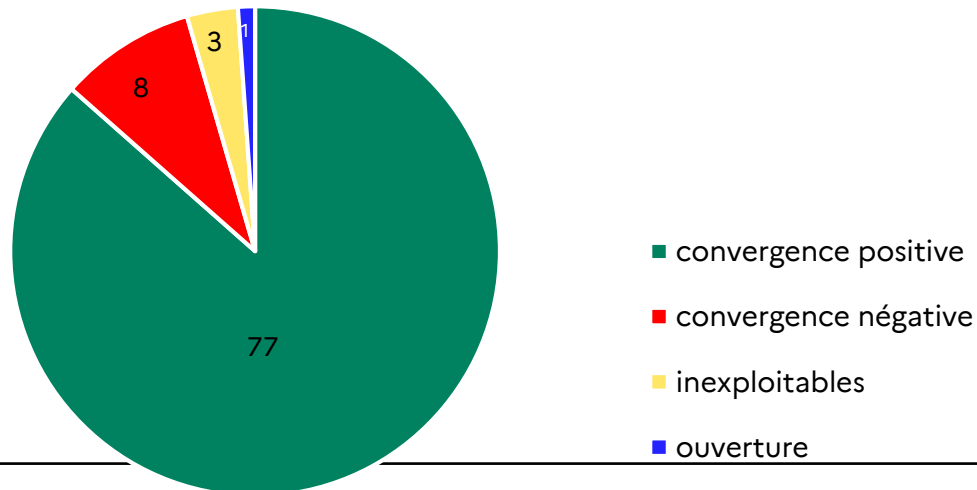
A compter de 2025 : les nouvelles règles de calcul s'appliqueront.

En 2023 au niveau national :

↑ 95,3% des services identifiés avec un impact positif : FGS 2023 > dotation 2022

↓ 4,7% des services bénéficient du mécanisme de gel : FGS 2023 = dotation 2022

IMPACT REGIONAL EN 2023



Exemple de calcul de convergence tarifaire

Dotation historique 2022 (hors FC)	MN : Ségur 2023 le cas échéant	MN : actualisation 2023	TOTAL	FGS cible projeté 2027	Ecart à la cible	Pas de convergence 2023	FGS 2023 avant application du gel le cas échéant	Dotation historique sans actu	FGS 2023 après application du gel
100 000	+ 1 000	+ 2 060	= 103 060	110 000	6 940 (=110 000 - 103 060)	+ 1 388 (=6 940 / 5)	= 104 448 (=103 060 + 1 388)	101 000 (=100 000 + 1 000)	104 448

Pas de convergence positif soit > 0 ⇔ convergence positive

→ Sans évolution de son activité, cette structure voit son FGS augmenter tous les ans jusqu'à atteindre le FGS cible

100 000	+ 1 000	+ 2 060	= 103 060	100 000	-3 060 (=100 000 - 103 060)	- 612 (=-3 060 / 5)	= 102 448 (=103 060 - 612)	101 000 (=100 000 + 1 000)	102 448
---------	---------	---------	-----------	---------	--------------------------------	------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------

Pas de convergence négatif soit < 0 ⇔ convergence négative **SANS GEL** (⇔ mesure protectrice)

FGS avant application du gel $>$ à la dotation 2022 avant actualisation (102 448 $>$ 101 000) → Service converge dès 2023. Toutefois son FGS 2023 sera $<$ sa dotation historique actualisée (102 448 $<$ 103 060).

100 000	+ 1 000	+ 2 060	= 103 060	90 000	-13 060 (=90 000 - 103 060)	- 2 612 (=-13 060 / 5)	= 100 448 (=103 060 - 2 612)	101 000 (=100 000 + 1 000)	101 000
---------	---------	---------	-----------	--------	--------------------------------	---------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------

Pas de convergence négatif soit < 0 ⇔ convergence négative **AVEC GEL** (⇔ mesure protectrice)

FGS avant application du gel $<$ à la dotation 2022 avant actualisation (100 448 $<$ 101 000) → Gel des dotations.

→ FGS 2023 sera = sa dotation historique non actualisée (101 000).

EXEMPLE CONCRET DE NOTIFICATION ARS

NOTIFICATION DE RESSOURCES 2023

Raison sociale : SPASAD ABC
FINESS ET : 123456789

Gestionnaire : XYZ
FINESS EJ : 987654321

Procédure budgétaire : EPRD

		PA	PH	TOTAL	
Dotation globale de soins	Forfait Global de Soins 2023 (FGS)	2 683 199,36	263 382,17	2 946 581,53	
	Dotation de coordination aide-soins	35 526,92	2 713,07	38 239,99	
	Financements complémentaires	ESA/ESMND	357 285,11		357 285,11
		Dispositif particulier	0,00	168 881,26	168 881,26
		PSY-SSIAD	0,00	0,00	0,00
		PFR	0,00	0,00	0,00
		SEGUR - PG2A	33 748,04	661,87	34 409,91
TOTAL	391 033,15	169 543,13	560 576,28		
TOTAL DOTATION GLOBALE DE SOINS RECONDUCTIBLE 2023		3 109 759,43	435 638,37	3 545 397,80	
Éléments non-reconductibles alloués 2023 <i>(Cf. partie « détail des crédits non reconductibles / reprises de crédits »)</i>	CNR	0,00	5 520,00	5 520,00	
	Reprise de crédits à déduire	0,00	0,00	0,00	
	Reprise du résultat antérieur	0,00	0,00	0,00	
TOTAL ALLOUÉ 2023		3 109 759,43	441 158,37	3 550 917,80	

La dotation reconductible au 1^{er} janvier 2024 sera donc de 3 545 397,80 € pour une capacité totale de 200 places dont :

- 150 PA
- 20 ESA/ESMND
- 50 PH

1^{ère} page de la notification : Récapitulatif de la DGS et du montant total alloué au titre de 2023

FGS
 + DC
 + FC déclinés
 = DGS 2023
 + CNR
 - Reprise de crédits (CNR N-1 non consommés, ...)
 +/- Reprise résultats (N-2)
 = TOTAL ALLOUÉ 2023

TOTAL ALLOUÉ → montant versé sur le compte en banque

Indication en bas de page de : la base reconductible au 01/01/2024, et, rappel capacitaire.

EXEMPLE CONCRET DE NOTIFICATION ARS

> Récapitulatif des financements complémentaires 2023

Montants en euros (€)	PA	PH
ESA / ESMND y compris actualisation au taux de 2,06%	642,11	
----- dont mesures nouvelles 2023	303,00	
Dispositif particulier - Dispositif abc y compris actualisation au taux de 2,06% PA et 2,53% PH	-	1 049,26
----- dont mesures nouvelles 2023	-	-
PSY SSIAD y compris actualisation au taux de 2,06%	-	
----- dont mesures nouvelles 2023	-	
PFR y compris actualisation au taux de 2,06% PA et 2,53% PH	-	-
----- dont mesures nouvelles 2023	-	-
SEGUR - PG2A <u>relavant des financements complémentaires</u> y compris actualisation au taux de 2,06% PA et 2,53% PH	781,04	661,87
----- dont mesures nouvelles 2023	460,47	-
Total des financements complémentaires au 31/12/2023	391 033,15	169 543,13

> Récapitulatif de la dotation de coordination aide-soins 2023

Montants en euros (€)	PA	PH
Montant reconductible au 31/12/2022	14 803,00	0,00
----- Actualisation 2,06% PA et 2,53% PH	304,94	0,00
Mesures nouvelles 2023	20 418,98	2 713,07
Total de la de la dotation de coordination aide-soins au 31/12/2023	35 526,92	2 713,07

2^{ème} page : focus des FC et DC

Permet de voir le détail par secteur d'enveloppe (PA et PH) des « financements complémentaires » (FC) le cas échéant, et de la « dotation de coordination » (DC).

En 2022, les SPASAD de la région ont déjà eu des crédits relatifs à cet item (DC). En 2023, l'ARS BFC notifie à 100% des services cette DC.

Le total des FC et DC sont strictement identiques à la 1^{ère} page de la notification de ressources.

EXEMPLE CONCRET DE NOTIFICATION ARS

> Détermination du Forfait Global de Soins (FGS) 2023

1. Détermination de l'insuffisance ou du dépassement au regard du Forfait Global de Soins (FGS) cible 2027 :

Montants en euros (€)		PA	PH
Base au 01/01/2023	A	2 516 268,88	245 955,53
Actualisation 2023 au taux de 2,06% PA et 2,53% PH	B	51 835,14	6 222,67
Mesures nouvelles 2023 (SEGUR 2 - Attractivité - revalorisation des grilles, complément de financement - statut PNL)	C	3 375,92	237,62
TOTAL (A+B+C)	D	2 823 895,76	
Forfait Global de Soins (FGS) cible 2027 (donnée ATIH)	E	3 437 324,62	
Insuffisance (+) ou dépassement (-) global à horizon 2027 (E-D)	F	613 428,86	

2. Détermination du pas de convergence et du Forfait Global de Soins (FGS) 2023 :

Montants en euros (€)		PA	PH
Pas de convergence 2023 (F x 1/5)	G	122 685,77	
Forfait Global de Soins (FGS) 2023 après application du pas de convergence 2023 (D+G)	H	2 946 581,53	
FGS 2023 ventilé PA et PH [H x ((A+B+C) / D)]		2 683 199,36	263 382,17
Création de places 2023 Détail infra le cas échéant		-	-
FGS alloué 2023		2 683 199,36	263 382,17

3^{ème} page : focus sur FGS

Étape 1 : Détermination de l'insuffisance ⇔ convergence positive ou du dépassement ⇔ convergence négative du service.

- calcul du FGS cible/projeté/2027
- comparaison avec dotation historique

Étape 2 : Détermination du « pas » de convergence et du FGS 2023.

- Pas de convergence positif pour 77 services
- Négatif pour 8 services avec application du gel (mesure protectrice) pour 3 d'entre eux

Le total du FGS 2023 est strictement identique à la 1^{ère} page de la notification de ressources.

LE CALENDRIER DE COLLECTE DES DONNÉES

Le calcul du FGS repose notamment sur des données d'activité. Pour 2023 et 2024 : FGS établi à partir des coupes réalisées par l'ATIH en 2021, 2022 et 2023.

A compter de 2025 : « flux SSIAD » du SI de la branche Autonomie (SIDOBA) conçu par la CNSA → collectera données relatives aux usagers et aux structures utiles à la tarification des services dès octobre 2023. *SIDOBA permettra également de contrôler les financements versés et la réalisation d'études statistiques.*

La collecte des données individuelles pour la tarification de l'année N se fera au fil de l'eau, du 1er juin de l'année N-2 au 31 mai de l'année N-1 → transmission permettra de déterminer le montant du FGS de N+1.

La transmission des données s'opère quant à elle le **30 juin N-1**.

Exemple pour le FGS de 2026 : données d'activités saisies pour la période du 1^{er} juin 2024 au 31 mai 2025. Durant le mois de juin 2025, il est possible de vérifier/compléter/corriger les données. **Au 30 juin 2025**, les données sont récupérées et servent aux calculs du FGS cible et pas de convergence.

Si 1 service ne parvient pas à transmettre ses données d'activité dans les délais impartis, ou si infos transmises sont incomplètes ou inexploitable → ARS demande au service de procéder à la transmission complète des données ou aux corrections nécessaires dans un délai maximum de 15 jours.

Si service ne transmet toujours pas ou ne corrige pas ses données dans ce délai → ARS fixe d'office le FGS N, pour une valeur comprise entre 90% à 100% du FGS N-1.

! Pour calcul FGS 2025 : recueil de données saisi au fil de l'eau dans Sidoba mais ouverture du SI à partir d'octobre 2023. Afin d'avoir une activité sur 1 année pleine (1/06/23 – 30/05/24), la CNSA injectera dans SI les données de la coupe ATIH :

=> garantir tarification s/1 année pleine

=> baisser charge de saisie pour les services

AVANT – APRES REFORME

AVANT

DOTATION SOINS HISTORIQUE =

- Dotation PA yc ES (A-MND/E)
- Dotation PH le cas échéant

Les mesures nouvelles, les nvx dispositifs (actu, Ségur, temps de psy, ...) étaient comprises et intégrées dans la dotation PA voire PH le cas échéant.


La dotation soins était basée sur 1 forfait de ct place avec une cible de convergence pour notre région (en 2022 : 13 530€).

Ni l'activité ni les caractéristiques des usagers n'étaient prises en compte.

APRES

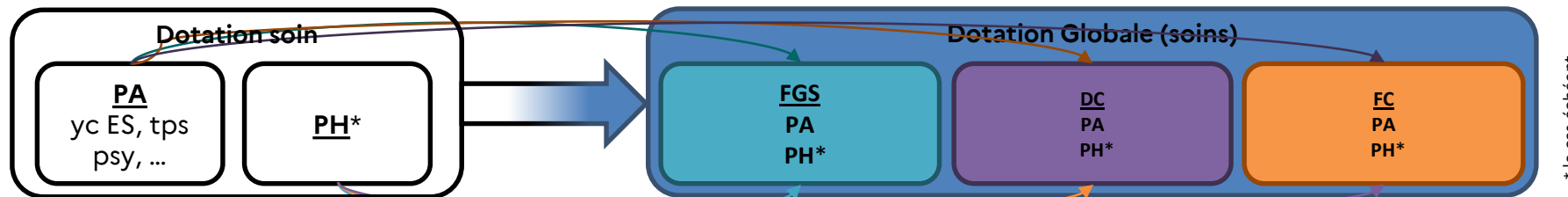
DGS = FGS + DC + FC

- Les crédits historiques ont été répartis au 1^{er} janvier 2023 dans ces 3 rubriques en fonction de leur nature (ex : ES et tps psy → affecté intégralement en FC).

-  Il subsiste encore des sous-dotations PA et PH le cas échéant. Ainsi, chaque composante de la DGS est décomposée par champs :

Principe d'étanchéité des enveloppes PA et PH

- La réforme poursuit l'objectif d'une meilleure adéquation du financement des services au profil des personnes accompagnées. Les nouvelles modalités de financement permettent de :
 - **Garantir 1 composante stable et calibrée selon le capacitaire**
 - **Tenir compte du niveau d'autonomie et des besoins en soins des usagers (FI)**
 - **Tenir compte des modalités d'interventions du service avec usagers aux soins complexes (Majorants)**



* le cas échéant

PROCÉDURE BUDGÉTAIRE ADAPTÉE

Contrairement aux EHPAD en 2016/2017, le passage à une tarification à la ressource ne s'accompagne pas d'un passage « mécanique » à l'EPRD pour les services. Il sera toutefois obligatoire/généralisé au 1^{er} janvier 2026. Dans l'attente, il reste conditionné à la signature d'un contrat/convention :

- Services pas encore sous CPOM => BP/CA
- Services déjà couverts / CPOM => EPRD/ERRD
- Services en BFC ayant signé convention pour passage anticipé à l'EPRD => dispositions de la convention qui s'appliquent

Dans l'attente du passage à l'EPRD, **règles BP/CA adaptées** :

- Inversion du processus d'allocation des ressources = ARS notifie sa décision tarifaire aux services dans les 30 jours suivant la publication des DRL / CNSA. *Pour 2023 : ARS procède aux notifications exceptionnellement en septembre.*
- Transmission du BP N ne s'effectue plus pour 31 octobre N-1, mais dans les 30 jours suivant la notification de la décision tarifaire par l'ARS.

A
COMPTER
DE 2024

Top départ national

max de 30j : ARS notifie

Max 30j : BP 'nv format'

Le tout par voie
dématérialisée
uniquement

- Affectation des résultats administratifs = ceux découlant des exercices 2021 et 2022 (exercices précédents l'entrée en vigueur de la réforme) traités comme avant ⇔ affectation décidée / ARS et donc peuvent être intégrés dans la DGS, le cas échéant :
 - Excédent : en diminution de la dotation
 - Déficit : en augmentation de la dotation

! Les éventuels déficits constatés sur les exercices 2023, 2024, et 2025 sont couverts → majoration DGS *OBLIGATOIRE*
Les excédents de cette même période : pas pris en compte dans la DGS.

! ARS vigilante + quant aux résultats déposés & de leur évolution sur les 5 dernières années, avec focus sur évolution du taux d'occupation. *Des contrôles pourront être menés le cas échéant.*