RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Direction de l'Autonomie

Saint Denis, le 09/06/2023

RAPPORT REGIONAL D'ORIENTATION BUDGETAIRE 2023

DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE

ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES

ET FINANCES PAR DES CREDITS DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) 2023 s'inscrit dans le futur **Projet Régional de Santé 2023-2028 de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France** qui tend à apporter une réponse aux besoins ciblés. Il reprend les orientations nationales et régionales pour la campagne 2023 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) en application des principes définis par l'instruction interministérielle DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023.

La campagne budgétaire 2023 repose sur un taux de progression de l'Objectif Global des Dépenses (OGD) de 5,13 % : 5,04 % sur le secteur personnes âgées et 5,22 % sur le secteur handicap.

Comme les années antérieures, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cette contribution, portant sur l'intégralité de l'OGD médico-social, s'élève à 121 M€ conformément à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2023 mais ne remet pas en cause les engagements en matière de création de places.

La Dotation Régionale Limitative de l'ARS Ile-de-France augmente de 5,36 % en 2023.

La campagne budgétaire est officiellement lancée par la publication au Journal Officiel du 08 juin 2023 de la décision n° 2023-08 du 26 mai 2023 de la directrice de la CNSA, fixant pour l'année 2023 le montant des Dotations Régionales Limitatives mentionnées à l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

1 Eléments introductifs 3

2 La Dotation Régionale Limitative de l'Île-de-France 5

3 La politique francilienne d'actualisation des établissements et services existants pour 2023 6

4 La tarification des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) 8

4.1 Le forfait global de soins des EHPAD existants 8

4.2 La poursuite de l'accompagnement du changement d'option tarifaire vers le tarif global des EHPAD . 9

4.3 Les cas particuliers 10

5 La tarification des SSIAD 11

6 Les revalorisations salariales Ségur de la santé 12

6.1 Les mesures issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022 12

6.2 Le financement des mesures issues du Ségur 2 et de l'axe 3 du Ségur 12

6.3 Le financement des revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes en 2021/2022 13

7 La poursuite du développement de l'offre 14

7.1 Le soutien à la transformation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) 14

7.2 Le déploiement des centres ressources territoriaux (CRT) 15

7.3 Le développement de l'offre de PASA 17

7.4 Les financements complémentaires au titre du renforcement du taux d'encadrement en EHPAD, de leur médicalisation et de l'amélioration de la qualité des soins 17

7.5 L'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) 18

7.6 Les installations des places et le renforcement du suivi des autorisations 18

7.7 La stratégie « Agir pour les aidants » 18

8 La poursuite de la contractualisation des ESMS pour personnes âgées 19

9 Le soutien à la politique Ressources Humaines en Santé des ESMS 20

10 L'allocation des crédits non reconductibles (CNR) 21

10.1 Les crédits non reconductibles nationaux 21

10.2 Les crédits non reconductibles régionaux 21

11 Annexe I : La campagne état prévisionnel/réalisé des dépenses et des recettes (EPRD/ERRD) 2023 23

12 Annexe II « Financements complémentaires des EHPAD et neutralisation des soldes de convergence négatifs pour 2023 » / annexe 2 de l'instruction budgétaire 29

13 Annexe III : « Mise en œuvre de la réforme tarifaire des services » / annexe 6 de l'instruction budgétaire 32

14 Annexe IV : La liste des molécules onéreuses soutenues en CNR 44

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

1 Eléments introductifs

Les grands enjeux 2023 sur le secteur des personnes âgées sont les suivants :

- La poursuite du financement des revalorisations salariales « Ségur de la santé » pour les professionnels du secteur médico-social ;
- Le déploiement du plan ressources humaines en santé avec, particulièrement, le renforcement du taux d'encadrement soignant financé via l'augmentation de la valeur du point ainsi que le renforcement du temps de présence des médecins coordonnateurs en EHPAD ;
- La poursuite du développement et de la transformation de l'offre à destination des personnes âgées en perte d'autonomie avec, notamment, le déploiement des centres ressources territoriaux qui offrent, en alternative à l'EHPAD, un accompagnement renforcé à domicile ainsi que le renforcement de l'offre en soins à domicile (notamment de SSIAD) et le soutien aux aidants ;
- Le programme de contrôle des EHPAD ;
- La poursuite de la signature des CPOM (EHPAD et SSIAD) ;
- Le financement de la stratégie régionale d'investissement en santé 2021/2024 ;
- La compensation de la convergence négative sur les tarifs soins et dépendance pour éviter de mettre les EHPAD en difficulté.

Cette année, la campagne budgétaire **sera conduite en deux temps** :

1) **Entre mai et juillet 2023** :

- L'allocation des mesures pérennes suivantes :
  - L'actualisation des moyens existants ;
  - Les revalorisations salariales Ségur de la santé ;
  - Les mesures nouvelles visant à la convergence tarifaire dit crédits de médicalisation des EHPAD ;
  - Les mesures visant à augmenter le temps de présence des médecins coordonnateurs en EHPAD ;
  - Les mesures nouvelles des places installées au premier semestre 2023 ;
  - Les mesures nouvelles permettant le déploiement de la réforme de la tarification des SSIAD ;
  - Une première partie des mesures nouvelles permettant le passage au tarif global.
- Les mesures non pérennes suivantes :
  - Le financement des dépenses engagées au titre du dispositif Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HTSH) au dernier trimestre 2022 et premier trimestre 2023 ;
  - La poursuite du financement du dispositif médecin prescripteur en EHPAD ;
  - La reprise de crédits temporaires à l'aune de la réalisation de l'activité en 2022 ;

- La reprise des crédits non reconductibles (CNR) versés en 2022 pour des contrats d'allocation d'étude non honorés.

2) A l'automne 2023 :

¬ L'allocation des mesures pérennes suivantes :

- Les mesures nouvelles des places installées après le lancement de la 1ère phase de campagne ;
- Le financement des dépenses engagées depuis le 1er mai 2023 dans le cadre de la structuration du dispositif HTSH ;
- Une deuxième partie des mesures nouvelles permettant le passage au tarif global.

¬ Les mesures non pérennes suivantes :

- Les mesures visant à couvrir l'impact négatif de la convergence tarifaire des EHPAD sur les tarifs soins et dépendance ;
- La reprise de crédits temporaires à l'aune de la réalisation de l'activité en 2022 ;
- Les crédits non reconductibles (CNR) qui auront été accordés après instruction des demandes ;
- Le financement des dispositifs mis en œuvre avant le 1er mai 2023, date de structuration du dispositif à l'échelle des filières de soins gériatriques : Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HTSH).

Par ailleurs, l'annexe 1 présente un rappel de la campagne EPRD / ERRD 2023.

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

2 La Dotation Régionale Limitative de l'Île-de-France

La dotation régionale limitative (DRL) pour le financement des établissements et des services à destination des personnes âgées s'élève à **1 723 664 658 €**.

Enveloppe 2023	Montants
Dotation régionale au 01/01/2023	1 636 037 029 €
Actualisation de la base (+ 2,06 %)	37 046 693 €
Fongibilité	284 645 €
Convergence Tarifaire	5 052 019 €
Tarif Global	10 698 445 €
Revalorisations salariales Ségur de la Santé	5 630 565 €
Mesures nouvelles pour le développement de l'offre 1) ***Mesures nouvelles permettant les installations prévues sur plan antérieurs*** 2) ***PASA*** 3) ***Répit*** 4) ***Coordination services*** 5) ***Développement SSIAD*** 6) ***CRT***	**21 927 771 €** *1) 4 148 923 €* *2) 1 835 238 €* *3) 894 077 €* *4) 2 942 384 €* *5) 7 551 584 €* *6) 4 555 565 €*
Mise en œuvre de la réforme des SSIAD	2 233 331 €
Médecins coordonnateurs	4 137 211 €
CNR Permanents syndicaux	616 950 €

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

3 La politique francilienne d'actualisation des établissements et services existants pour 2023

37 046 693 € ont été alloués à l'ARS Île-de-France pour l'actualisation des établissements et services existants sur la base du calcul national suivant[1] :

	Taux de progression OGD*				
Secteur	**Effet masse salariale**	**Effet prix**	**Effet prix exceptionnel**	**Dégel du point d'indice**	**Taux actualisation DRL****
PA	0,41%	1,00%	3,20%	1,39%	**2,06%**

** Taux de progression de la part de l'OGD éligible à la mesure (masse salariale ou autres dépenses). Cf répartition par catégorie de dépenses et par secteur ci-dessous.*

*** Taux de progression des DRL sans prise en compte de la part de l'OGD éligible à la mesure. La CNSA retient ce taux pour le calibrage des DRL.*

Pour mémoire, la répartition théorique des dépenses de l'OGD par catégorie de dépenses et par secteur est la suivante :

Périmètre	PA	Mesures 2023 concernées
Masse salariale	89%	Effet masse salariale Dégel du point d'indice
Autres dépenses	11%	Effet prix Effet prix exceptionnel

Pour 2023, compte tenu du contexte inflationniste et dans la continuité de 2022, l'ARS Ile-de-France applique le taux d'actualisation national à l'ensemble des ESMS à l'exception des EHPAD et des SSIAD relevant de l'équation tarifaire.

Afin de prendre en compte les crédits dits « taux d'encadrement », pour les EHPAD, le taux d'actualisation est majoré : pour les EHPAD étant en tarif partiel, le taux d'actualisation est de 2,63% ; et pour les EHPAD étant au tarif global, le taux d'actualisation est de 2,16 %. Par ailleurs,

[1] Extrait de l'annexe 1 « Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS » de l'instruction interministérielle DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023

pour la dotation des SSIAD, les taux d'évolution des DRL ont été appliqués à la dotation cible calculée par l'ATIH pour chaque SSIAD dans le cadre de la première année de mise en œuvre de la réforme.

4 La tarification des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)

4.1 Le forfait global de soins des EHPAD existants

Le forfait global de soins défini à l'article R. 314-159 du CASF comprend :

- Le forfait reposant sur l'équation tarifaire GMPS pour les places d'hébergement permanent ;
- Le cas échéant les crédits dédiés aux modalités d'accueil spécifiques (AJ, HT, ESA...) et aux actions visant à améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Le financement des prestations en soins relatives aux places d'hébergement permanent est calculé sur la base de l'équation tarifaire GMPS :

[GMP + (PMP * 2.59)] * capacités autorisées et financées * valeur du point

L'instruction interministérielle DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023, pour les tarifs EHPAD, fixe les taux de progression des dépenses reconductibles comme suit :

Tarif global avec PUI	13,59 €
Tarif global sans PUI	12,90 €
Tarif partiel avec PUI	11,62 €
Tarif partiel sans PUI	10,97 €

Le résultat de l'équation tarifaire GMPS prend en compte les derniers GMP et PMP validés **au plus tard le 30 juin 2022**, par un médecin désigné par le Président du Conseil départemental et un médecin désigné par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Ile-de-France, conformément à l'article L.314-9 du CASF.

A ce titre, 5 052 019 € ont été alloués à l'ARS Île-de-France.

En 2023, la dotation soins des EHPAD est composée de :

- La base reconductible GMPS au 1er janvier 2023 intégrant, le cas échéant, les mises en réserve temporaire pratiquées en 2022 (fermeture partielle de places ou ajustement ponctuel de la dotation) ;
- L'actualisation d'un taux de reconduction mentionné supra pour 2023, conditionnée à la situation de l'EHPAD par rapport à sa cible au 31/12/N (en-dessous ou au-dessus du plafond).

La convergence à la baisse obéit aux mêmes règles de calcul. Ainsi, si la base reconductible GMPS au 1er janvier 2023 est supérieure au tarif soins plafond, la dotation GMPS reconductible sera diminuée de l'écart constaté.

L'octroi de moyens nouveaux, qu'il s'agisse des crédits d'actualisation des bases reconductibles ou de résorption des écarts, **ne peut en aucun cas s'effectuer en dépassement des tarifs soins plafonds.**

Le mécanisme de neutralisation de la convergence négative sur les tarifs soins et dépendance est maintenu en 2023 avec une compensation du forfait soins si l'ARS l'estime nécessaire au regard de la situation financière de l'EHPAD. Les crédits seront délégués en crédits non reconductibles aux EHPAD concernés **au cours de la deuxième phase de campagne à l'automne.** Les modalités d'attribution sont précisées dans l'annexe 2 de l'instruction relative aux orientations de l'exercice 2023 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux « Financements complémentaires des EHPAD et neutralisation des soldes de convergence négatifs pour 2023 (situations à apprécier en fonction des ressources 2017) *(Annexe 2 du présent document)*. La déclinaison opérationnelle en région Île-de-France sera précisée dans une note d'accompagnement lors de la deuxième phase de campagne budgétaire.

4.2 La poursuite de l'accompagnement du changement d'option tarifaire vers le tarif global des EHPAD

Si l'initiative du changement d'option tarifaire relève toujours de l'établissement, la demande de changement est soumise à l'accord de la Directrice générale de l'ARS ; cet accord étant conditionné d'une part, à la disponibilité de crédits dans la dotation régionale limitative et d'autre part, au respect des objectifs fixés dans le projet régional de santé (PRS).

La région bénéficie en 2023 d'une enveloppe nationale de 10 698 445 € pour accompagner le passage au tarif global.

L'enveloppe sera destinée prioritairement aux établissements suivants :

- EHPAD ayant bénéficié de crédits non reconductibles dits « médecins prescripteurs » dès la première phase de campagne budgétaire 2023 ;
- EHPAD en tarif partiel avec ou sans PUI ;
- EHPAD en tarif global sans PUI.

Les établissements peuvent candidater auprès de leur délégation départementale au plus tard le **30 juin 2023**. Les établissements ayant déjà fait part de leur souhait d'un changement d'option tarifaire n'ont pas besoin de redéposer une demande.

4.3 Les cas particuliers

- **Les nouveaux EHPAD :**

Les PMP et GMP pris en compte dans le cadre d'une ouverture d'EHPAD et dans l'attente d'une validation sont prévus à l'article L. 314-2 du CASF.

S'agissant du PMP, sera prise en compte la moyenne des besoins en soins requis fixée annuellement par décision de la directrice de la CNSA.

S'agissant du GMP, sera pris en compte le niveau de dépendance moyen départemental fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil départemental compétent. A défaut, le GMP moyen national sera pris en considération.

Le forfait global relatif aux soins alloué l'année d'ouverture sera alors égal au résultat de l'équation tarifaire.

- **Les extensions non importantes de places :**

Dans le cas des extensions de places, seront retenus les derniers PMP et GMP de l'établissement en intégrant les nouvelles places à la capacité financée afin de calculer les équations tarifaires relatives aux soins.

5 La tarification des SSIAD

En annexe 3 du présent document est référencée l'annexe 6 « Mise en œuvre de la réforme tarifaire des SSIAD, ainsi que des SPASAD et des services autonomie à domicile pour les prestations soins » de l'instruction interministérielle DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023 qui expose les différentes phases de la procédure d'allocation des ressources au titre des soins à domicile, allant de la collecte des données relatives à l'activité de ces services jusqu'à la procédure de validation par les ARS des budgets prévisionnels.

Pour l'exercice budgétaire 2023, le forfait global de soins est calculé sur la base du nombre de semaines de prise en charge effective des personnes accompagnées par le service en 2022 ou, dans le cas où ce nombre serait plus élevé, en 2019. Pour rappel, la collecte des données a été organisée par l'ATIH et réalisée sous forme de coupes en juin et septembre 2022.

La période 2023-2027 correspond à la montée en charge de la réforme du financement des forfaits globaux de soins pour ces services. A ce titre, et durant cette période, les financements alloués comprennent :

- Le montant des produits de la tarification pérenne de l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté interministériel ;
- Une fraction de la différence entre ce montant et celui du forfait global de soins-cible (soit 1/5ème en 2023).

Par ailleurs, pour l'exercice budgétaire 2023, lorsque ce montant est inférieur à la dotation pérenne perçue en 2022 (le cas échéant, hors dotation de coordination et financements complémentaires), le forfait global de soins est fixé à hauteur du montant précité perçu en 2022.

Pour les services créés depuis moins de deux ans, la remontée des informations relatives à l'activité du service n'est pas obligatoire. Dans cette attente, l'ARS fixe le montant du forfait global de soins en fonction des montants forfaitaires fixés par la CNSA. Cette procédure peut s'appliquer également aux extensions de capacité des services existants.

En date du jeudi 01 juin 2023, la CNSA a demandé au ARS de lancer la campagne budgétaire à l'exception des SSIAD et des SPASAD. Dans l'attente, les SSIAD demeureront dans le cadre d'un financement par 12ème reconductibles jusqu'à leur campagne.

Ainsi, pour les SSIAD / SPASAD hors CPOM ou en CPOM uniquement périmètre SSIAD / SPASAD, il n'y aura pas de décision tarifaire envoyée. Pour les SSIAD / SPASAD étant rattaché à un CPOM ayant d'autres ESMS, une décision tarifaire sera envoyée avec pour les SSIAD / SPASAD la reconduction unique de la base desdits services au 01 janvier 2023.

6 Les revalorisations salariales Ségur de la santé

En complément des crédits versés en 2021 et 2022, 5,6 M€ **ont été délégués** à l'ARS Ile-de-France pour financer :

6.1 Les mesures issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022

Deux mesures principales ayant donné lieu à un engagement 2022 font l'objet d'un financement en 2023 :

- La revalorisation nette mensuelle de 183€ pour l'ensemble des personnels exerçant des fonctions d'accompagnement socio-éducatif et des personnels paramédicaux exerçant dans les ESSMS jusque-là non revalorisés dans le cadre des mesures issues du Ségur de la santé ou de la mission Laforcade à compter du mois d'avril 2022. En 2023, cette mesure nationale concerne le secteur handicap ;
- La prime de revalorisation d'un montant de 517€ mensuels bruts pour les médecins coordonnateurs et les médecins salariés exerçant en ESSMS. En 2023, l'ARS Ile-de-France bénéficie de 822 k€ devant permettre l'effet année pleine de 3/12ème par rapport à 2022. Ainsi, dans la continuité de 2022, seront accordés :
  - Pour les médecins coordonnateurs exerçant en EHPAD, tous statuts confondus :

517 x 3 x le nombre d'ETP théorique de médecins coordonnateurs au regard du nombre de places installées[2]

Cela avait mobilisé 2,1 M€ en 2022 et mobilise, en 2023, 700 k€.

  - Pour les autres médecins salariés des EHPAD : le solde de l'enveloppe, s'élevant à 205k€, est réparti au prorata des ETP des autres médecins salariés déclarés dans les ERRD 2020.

6.2 Le financement des mesures issues du Ségur 2 et de l'axe 3 du Ségur

Concernant le Ségur 2 dit « Ségur attractivité », dans la continuité de 2022, des crédits complémentaires s'élevant à 730 k€ pour l'ARS Ile-de-France sont délégués pour contribuer au financement de cette mesure aux ESMS privés non lucratif.

Ainsi, les formules de calcul appliquées pour la répartition de ces crédits sont les suivantes :

- Temps 1 - Calcul de la base pondérée des ESMS :

Base pondérée d'un ESMS = Base reconductible 2021 x taux médian d'ETP de personnels éligibles pour sa catégorie de structure

- Temps 2 - Détermination du montant à attribuer par ESMS :

Montant perçu par l'ESMS = Enveloppe 2023 x (Base pondérée de l'ESMS / Somme des bases pondérées des ESMS éligibles au niveau régional)

Le taux médian d'ETP de personnels éligibles pour chaque catégorie de structure a été communiqué par le niveau national.

---

[2] Conformément au décret n°2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en EHPAD.

Concernant l'axe 3 du Ségur dit « intéressement », relatif à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail, dans la continuité de 2022, des crédits complémentaires s'élevant à 2,7 M€ pour l'ARS Ile-de-France sont délégués pour contribuer au financement de cette mesure aux ESMS publics. Le critère de répartition appliqué à l'enveloppe est le poids de la dotation reconductible des ESMS éligibles mentionnés dans l'instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/ 2021/168 du 26 juillet 2021[3] :

Montant perçu par l'ESMS = Enveloppe 2023 x (Base pondérée de l'ESMS / Somme des bases pondérées des ESMS éligibles au niveau régional)

6.3 Le financement des revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes en 2021/2022

Dans l'objectif de financer les revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes en 2021 et 2022, l'ARS Île-de-France a bénéficié d'1 M€. En région francilienne, seules les places nouvellement ouvertes en 2022 seront concernées par cette mesure, considérant que les installations 2021 ont bénéficié de crédits pérennes lors de la campagne budgétaire 2022.

A l'instar de la méthodologie nationale, cette enveloppe sera ventilée ainsi :

Montant perçu par l'ESMS : Enveloppe 2023 x (Dotation de l'ESMS au titre de l'ouverture / Somme des dotations des ESMS au titre des ouvertures au niveau régional)

Concernant les installations 2023, il n'y a pas de crédits spécifiquement accordés par le niveau national. De fait, l'ARS Île-de-France mobilisera, dans la limite de sa Dotation Régionale Limitative, des Crédits Non Reconductibles 2023.

[3] *Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/ 2021/168 du 26 juillet 2021 relative à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du « Ségur de la santé » pour la fonction publique hospitalière*

7 La poursuite du développement de l'offre

Le développement de l'offre à destination des personnes âgées intégrera, en 2023, les évolutions du secteur prévu par la LFSS pour 2023. Celles-ci prévoient notamment un renforcement significatif de l'accompagnement des personnes âgées à domicile.

Il est également à souligner un axe fort sur la médicalisation des EHPAD, ainsi que sur l'amélioration et la qualité des soins. Ainsi, l'ARS poursuivra les développements des astreintes infirmières de nuit en EHPAD et appuiera le renforcement du temps de médecin en EHPAD, en coordination ou en temps de médecin prescripteur.

7.1 Le soutien à la transformation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Trois mesures nouvelles inscrites dans l'OGD 2023 visent à améliorer la réponse aux besoins locaux, en termes de maintien à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap : elles concernent la réforme tarifaire des SSIAD, le renforcement de l'offre et son articulation avec les autres dispositifs domiciliaires :

- La réforme tarifaire prévoit de passer d'une dotation soins forfaitaire « historique », invariable quelle que soit l'activité du service, à une dotation qui soit davantage en adéquation avec le profil des personnes accompagnées par la structure. Ce modèle de financement devra permettre aux SSIAD qui accompagneront des personnes avec des prises en charge en soins plus importantes de disposer de davantage de moyens financiers qu'avec le modèle tarifaire précédent. **Pour renforcer les moyens mis à disposition des SSIAD dans le cadre de leur dotation, 2 233 331 € sont alloués en 2023 à l'ARS Ile-de-France ;**

- Dans le contexte de développement de l'offre à domicile et de création des services autonomie à domicile, une Autorisation d'Engagement d'un montant de 400 M€ a été notifiée en 2023 aux ARS et permettra la création de 25 000 places de SSIAD d'ici 2030. Cette mesure permettra de renforcer le maillage du territoire en places de soins mais également de faciliter le déploiement et la création d'activités soins au sein des services déjà existants. **Un montant de 7 551 584 € est délégué en crédits de paiement dès cette année à l'ARS IDF;**

- Dans le prolongement des crédits dédiés à la coordination des SSIAD, SPASAD et SAAD versés en 2022, **2 942 384 € supplémentaires sont délégués à l'ARS Ile-de-France** afin de garantir un fonctionnement intégré de la structure, ainsi que la cohérence des interventions au domicile de la personne accompagnée, pour les services dispensant des prestations d'aide et de soins en 2023.

  L'article R. 314-139 du CASF précise que le montant de cette dotation doit être déterminé en tenant compte notamment du nombre de personnes accompagnées par le service et du volume d'activité d'aide et de soins de la structure.

La dotation peut servir, par exemple, à financer du temps de professionnels pour permettre l'organisation de réunions de coordination (ex : IDEC, responsable de secteur…), de partenariats et de temps de partage de bonnes pratiques. Elle peut également financer des temps d'ergothérapeute ou de psychologue bénéficiant à la personne accompagnée, à son aidant et aux professionnels du service dans la logique d'intégration complète de l'aide et des soins, tant au niveau des prestations que de l'organisation du travail des équipes. Elle peut enfin financer la gestion (développement, usage, accompagnement) d'un système d'information.

7.2 Le déploiement des centres ressources territoriaux (CRT)

Le décret n°2022-731 du 27 avril 2022 crée une **mission de centre de ressources territorial** pouvant être assurée :

- Soit par un EHPAD ;
- Soit par un service à domicile (SSIAD, SAAD ou SPASAD, en attente de leur transformation en service autonomie à domicile).

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées **conjointement** par les centres de ressources territoriaux :

- Volet 1 : une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés) ;
- Volet 2 : une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Afin de poursuivre le déploiement des centres de ressources territoriaux, une Autorisation d'Engagement (AE) nationale de 200 M€ est identifiée dans l'objectif de créer à terme la création de 500 CRT d'ici 2030.

Le cumul des crédits de paiement alloués en Ile-de-France en 2022 et 2023 s'élèvent à 6 734 503 €.

Par anticipation des crédits qui seront délégués en 2024, l'ARS Ile-de-France a décidé de garantir dès cette année le financement de 22 CRT afin de permettre le déploiement d'un CRT par dispositif de DAC. Leur mise en œuvre effective devra être assurée au 1er janvier 2024.

Au développement de ces CRT s'adjoint, pour cette année, la possible pérennisation de l'expérimentation « article 51 » des dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile (DRAD) qui s'achève au 31 décembre 2023.

Les structures porteuses de cette mission de centre de ressources seront désignées par un **appel à candidatures de l'ARS** sur la base d'un cahier des charges régional.

Une dotation annuelle **de 400 000 € sera versée aux structures retenues** dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets.

La mission de centre de ressources territorial donnera lieu à une modification de l'arrêté d'autorisation de chaque structure retenue.

7.3 Le développement de l'offre de PASA

Une enveloppe de **1 835 238 €** alloués aux PASA est prévue cette année afin de permettre l'augmentation de la couverture du territoire en PASA. Les financements seront alloués aux projets établis sur la base de cahiers des charges nationaux et pertinents au regard d'une analyse territorialisée de l'offre et des besoins, dans l'objectif d'assurer une meilleure couverture territoriale.

Cette enveloppe s'inscrit en cohérence avec la mesure 6 de la feuille de route EHPAD-USLD qui prévoit la poursuite du déploiement des PASA.

7.4 Les financements complémentaires au titre du renforcement du taux d'encadrement en EHPAD, de leur médicalisation et de l'amélioration de la qualité des soins

¬ Le renforcement de l'encadrement médical en EHPAD

Le cumul des crédits délégués en 2022 et 2023 au titre de la mise en œuvre des nouveaux seuils réglementaires de temps de présence de médecin coordonnateur en EHPAD s'élèvent à 9 627 534 € pour la région Ile-de-France. Compte-tenu des délais nécessaires au déploiement dans les territoires de ce renforcement médical, la délégation de crédits s'étalera sur plusieurs années, d'ici 2025 au plus tard.

Les moyens disponibles dès cette année permettent de financer à hauteur de 83% le coût de la mesure pour les EHPAD éligibles. Les modifications du temps de présence du médecin coordonnateur apportées par le décret n°2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes seront prises en compte selon les nouveaux seuils suivants :

	Temps de médecin coordonnateur - En vigueur depuis le 1er janvier 2016	**Temps de médecin coordonnateur - A partir du 1er janvier 2023 (décret du 27 avril 2022)**
Capacité autorisée est inférieure à 44 places	0,25	**0,40**
Capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places	0,40	**0,40 (ne change pas)**
Capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places	0,50	**0,60**
Capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places	0,60	**0,80**
Capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places	0,80	**1**

- **La poursuite du dispositif « médecins prescripteurs » en EHPAD**

Le dispositif « médecins prescripteurs » qui s'adresse aux EHPAD en tarif partiel en difficultés en termes de ressources médicales notamment de médecins traitants, est reconduit en 2023.

Des crédits à hauteur de 4 838 655 € seront délégués afin de venir en appui auprès de 154 EHPAD.

7.5 L'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH)

Le dispositif HTSH visant à améliorer et à sécuriser le retour à domicile d'une personne âgée après un séjour hospitalier fait l'objet, à compter du 1er mai 2023, d'une nouvelle organisation pérenne.

Celle-ci repose sur l'identification de 220 places réparties dans une trentaine d'EHPAD / USLD sélectionnés à l'échelle des 34 filières de soins gériatriques de la région. En cas de besoin et de tensions particulières, ce volume pourra être ajusté de façon à assurer l'ensemble des prises en charges nécessaire. Une évaluation sera conduite par le géronto-pôle «Gérondif ».

7.6 Les installations des places et le renforcement du suivi des autorisations

Au 31 décembre 2022, on dénombrait 80 698 places en établissements et services installées sur la région.

La programmation pluriannuelle telle que définie dans le Programme Régional Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) **prévoit l'installation de près de 1225 places en 2023.**

Les mesures nouvelles attribuées pour 2023 par l'instruction budgétaire viendront s'ajouter aux objectifs de développement, selon les priorités régionales de l'ARS Ile-de-France.

L'ARS doit s'assurer de la mise en œuvre effective de l'ensemble des projets autorisés afin d'optimiser la planification et l'organisation de l'offre sur le territoire régional. Dans cette optique, les autorisations délivrées feront l'objet d'un suivi régulier de la part des délégations départementales jusqu'à leur installation. Les opérateurs communiqueront l'état d'avancement précis de ces projets autorisés par le biais de la fiche de liaison jointe à l'arrêté d'autorisation.

7.7 La stratégie « Agir pour les aidants »

Dans la poursuite de la dynamique créée par la Stratégie « Agir pour les Aidants 2020-2022 » et dans la continuité des orientations définies par le cadre national d'orientation sur le répit, **une nouvelle enveloppe de crédits d'un montant de 894 077 € est déléguée à l'ARS Ile-de-France.**

Ces crédits sont notamment délégués afin de renforcer le rôle des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) comme pilier de l'offre de répit. Ils pourront renforcer les dotations annuelles des PFR. Ce renforcement des budgets des PFR permettra notamment de développer du « temps libéré » ou « relayage à domicile de courte durée ».

8 La poursuite de la contractualisation des ESMS pour personnes âgées

Conformément aux articles L. 313-12 (IV ter) et L. 313-12-2 du CASF, l'agence poursuit la négociation des CPOM avec les gestionnaires d'établissements et services.

L'ARS Ile-de-France a établi une programmation de la contractualisation sur 5 ans. Cette dernière se matérialise par la signature de 8 arrêtés correspondant chacun à un département. Les arrêtés sont disponibles depuis le lien suivant : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-cpom

Sur le champ « personnes âgées », la région francilienne dénombre 506 CPOM. A fin 2022, ce sont 207 CPOM qui sont signés (soit 41% de la cible) et 158 qui sont programmés pour l'année 2023.

La négociation des CPOM est l'occasion d'échanger avec les organismes gestionnaires sur l'adaptation de l'offre existante. Une attention particulière est également apportée aux places d'accueil de jour souvent sous occupées en Île-de-France.
Par ailleurs, des dialogues de gestion de mi-parcours des CPOM signés en 2020 seront organisés. Ces dialogues de gestion ont un caractère stratégique et seront l'occasion de faire le point sur la mise en œuvre des objectifs négociés dans le CPOM.

Enfin, trois grands axes ont été définis afin de répondre aux orientations prioritaires de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France.

AXE 1 : Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux	AXE 2 : Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des usagers	AXE 3 : Amélioration de la performance de l'établissement et projets d'investissement
• 1-1 : Mobiliser les ressources sanitaires et médico-sociales du territoire	• 2-1 : Former les personnels, développer les compétences dans toutes les grandes thématiques gériatriques et gérontologiques	• 3-1 Maintenir la pleine activité dans les établissements et services
• 1-2 : Développer ou transformer l'offre selon les besoins du territoire	• 2-2 : Améliorer la prise en charge individualisée des personnes accompagnées	• 3-2 Mettre en adéquation les ressources en personnels et les besoins en soins et dépendance
• 1-3 : Renforcer l'accueil temporaire, séquentiel et accueil de jour	• 2-3 : Favoriser l'ouverture des établissements médico-sociaux sur leur environnement	• 3-3 Fidéliser le personnel et développer une politique de qualité de vie au travail
	• 2-4 : Renforcer la sécurité des usagers par la prévention et la gestion des risques individuels et collectifs	• 3-4 Engager une démarche développement durable et responsabilité sociétale des entreprises (RSE)
	• 2-5 : Mise en œuvre des conventions expérimentales en cours	• 3-5 Développer les mutualisations inter établissement
		• 3-6 Projets d'investissement

9 Le soutien à la politique Ressources Humaines en Santé des ESMS

L'ARS Ile-de-France poursuit ses engagements en matière de soutien à l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social, et à la fidélisation des professionnels, à travers son Plan ressources humaines en santé, et le volet ressources humaines en santé du Projet régional de santé 2023-2028, dont les axes sont les suivants :

- Renforcer l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social et accompagner le début de l'activité professionnelle ;
- Former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières ;
- Soutenir l'engagement des professionnels de santé ;
- Connaitre et anticiper : l'observatoire des ressources humaines en santé ;
- Intervention et organisation spécifique en période de tensions RH.

Les orientations pour le secteur de l'Autonomie sont en particulier les suivantes :

- Déployer plus massivement les CAE dans le secteur médico-social ;
- Poursuivre l'appui au recrutement dans les ESMS de la part de Pôle Emploi, en déployant de façon plus importante le recours à l'immersion, à la formation courte préalable ou simultanée au recrutement, au recrutement de jeunes éloignés de l'emploi ;
- Poursuivre la coopération avec les plateformes des métiers de l'autonomie dans le but d'intensifier les recrutements ;
- Déployer le recours à l'apprentissage dans le secteur médico-social dans le cadre du plan d'action partenarial pour le déploiement de l'apprentissage en Ile-de-France initié et piloté par la DRIEETS ;
- Publier un AMI QVT destiné à soutenir la formation au management dans les ESMS ;
- Déployer les IPA pathologies chroniques dans les EHPAD.

L'ARS Ile-de-France soutient financièrement les politiques ressources humaines en santé des ESMS à travers les axes suivants :

- Financement des contrats d'allocation d'études : 540 000€ pour le secteur personnes âgées ;
- Soutien à des dispositifs d'insertion vers le secteur médico-social ;
- Soutien à des actions de formation courtes de personnels pas ou peu qualifiés ;
- Formation et remplacements des personnels en formation (cf. CNR départementaux) ;
- Actions innovantes en matière de qualité de vie au travail (cf. CNR départementaux).

10 L'allocation des crédits non reconductibles (CNR)

10.1 Les crédits non reconductibles nationaux

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » (616 950 €) font l'objet chaque année d'une identification par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et servent à compenser, pour les ESMS concernés, la mise à disposition d'un salarié à une organisation syndicale ou une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective (ou accord collectif de branche étendu).

10.2 Les crédits non reconductibles régionaux

Cette année, l'ARS souhaite mobiliser ses marges au profit de l'accompagnement des établissements engagés dans des projets structurants de recomposition de l'offre médico-sociale et soutenir les établissements et services les plus en difficultés compte tenu notamment de l'augmentation du coût des matières premières.

Par conséquent, dans la limite des crédits disponibles, les projets prioritairement soutenus seront ceux portant sur :

- L'aide à l'investissement devant permettre de :
  - Limiter l'impact sur le reste à charge des résidents des EHPAD par un soutien aux frais financiers dans le cadre des emprunts bancaires souscrits par EHPAD non retenus au titre de la stratégie régionale investissement 2022-2024 ;
  - Soutenir les projets des ESMS non retenus au titre de la stratégie régionale 2022/2024 et dont le coût des travaux est inférieur à 800 000€ TTC. Pour ces établissements, il est proposé de financer les demandes sur la base d'un devis signé après vérification des provisions disponibles (CA 2021 et ERRD 2022) ;
  - Financer les travaux et équipements du quotidien (en remplacement du PAI-Q).
- Le soutien aux ESMS en difficultés financières pour les EHPAD publics et associatifs habilités à l'aide sociale et les SSIAD ; les ESMS peuvent formuler une demande d'aide à condition que le résultat soins arrêté soit négatif ou que la trésorerie soit à moins de 30 jours d'exploitation[4] ;
- L'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels dans l'objectif de soutenir les formations et remplacement du personnel ; améliorant la qualité de la prise en charge et les formations qualifiantes (VAE AS/IDE) ou professionnalisantes (ex : gestes et postures, accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives) ;

[4] Un groupe de travail national est en cours de constitution

- Le financement des molécules onéreuses[5] afin de ne pas pénaliser les EHPAD en tarif global accueillant des résidents avec des traitements médicamenteux coûteux (cancer, DMLA, etc.) l'ARS finance ces molécules.

Sous réserve du respect des axes prioritaires présentés ci-dessus, je vous invite à transmettre à la délégation départementale de l'ARS de votre département, l'ensemble de vos demandes motivées au plus tard le 30 août 2023 via le lien suivant à partir du 15 juin 2023 : https://demat.social.gouv.fr/commencer/arsif-formulaire-cnr-en-ligne

Ces demandes seront étudiées au regard des priorités régionales et des crédits disponibles, des crédits alloués au cours des deux dernières années, ainsi que des provisions disponibles des EHPAD et services. Une priorité sera donnée aux **EHPAD habilités HAS**. Les crédits seront alloués à l'automne 2023.

En outre, dans la mesure où les ESMS ayant contractualisé un CPOM (ou étant sous EPRD) ne contribuent plus à l'enveloppe CNR régionale, ces derniers pourront effectuer des demandes de CNR mais celles-ci seront considérées comme non prioritaires.

Les CNR régionaux correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire (notamment les reprises d'excédents lors de l'examen des comptes administratifs et les décalages d'installations) et ne peuvent être compris comme étant dus de manière pérenne. Par conséquent, l'emploi de ces derniers aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrit.

Il convient de noter que les CNR alloués feront l'objet d'un suivi précis et seront repris si la dépense n'est pas effectuée (à l'exception des mises en réserve de provision autorisées) ou est inférieure au montant alloué. Il vous appartient d'apporter les justificatifs de la dépense.

L'ensemble des leviers budgétaires présentés visent à soutenir les établissements et services à s'adapter aux multiples enjeux de gestion et d'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées.

Je vous remercie pour votre contribution et votre implication à l'ensemble de ces actions qui permettront d'améliorer et de développer l'offre médico-sociale de la région Ile-de-France.

La Directrice Générale
de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France

Amélie VERDIER

[5] Liste en annexe IV

11 Annexe I : La campagne état prévisionnel/réalisé des dépenses et des recettes (EPRD/ERRD) 2023

Ce cadre budgétaire et comptable permet le suivi et l'analyse de l'utilisation des ressources des EHPAD et des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ces évolutions entraînent un changement de périmètre d'analyse des documents budgétaires et financiers par les autorités de tarification, recentrée sur les axes suivants :

- Les grands équilibres et ratios financiers ;
- La trajectoire et soutenabilité budgétaire et financière des établissements sur la période de l'EPRD/PGFP ;
- La conformité avec les objectifs du CPOM et plus globalement avec les enjeux de d'amélioration continue de la qualité des prises en charge dans une logique d'efficience.

Les dispositions applicables aux ESMS relevant d'un EPRD sont définies aux articles R.314-210 et suivants du CASF et précisées dans l'instruction N°DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016.

Par ailleurs, un guide pratique de remplissage des cadres normalisés EPRD est disponible sur le site de la CNSA : **https://portail.cnsa.fr**

Les supports électroniques des **cadres normalisés et documents annexes mis à jour en 2023** sont accessibles sur le site de la DGCS à l'adresse suivante : **https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/reforme-de-la-tarification#Cadres-normalises**

I) Le périmètre de l'EPRD/ERRD

I-1) Avant la signature d'un CPOM[6]

L'EPRD regroupe l'ensemble des EHPAD et des PUV gérés par un même gestionnaire au niveau départemental.

Les modalités d'accueil particulières (HT, AJ, PASA, UHR, PFR) rattachées à un EHPAD sont intégrées au compte de résultat de l'établissement au sein de l'EPRD.

Les autres ESMS, notamment les SSIAD et les accueils de jour autonomes, restent soumis à la transmission d'un budget prévisionnel au 31 octobre N-1 et à une procédure contradictoire de tarification dans l'attente de la signature d'un CPOM.

I-2) Après la signature d'un CPOM[7]

---

[6] Disposition transitoire : 3° de l'article 5 du décret du n°2016-1815 du 21 décembre 2016.

[7] Article R.314-212 du CASF

L'EPRD comprend a minima l'ensemble des ESMS inclus dans le contrat.

Spécificités applicables aux ESMS publics (hors EPS)

L'EPRD transmis par un établissement public social et médico-social doté de la personnalité juridique (**EPSMS autonome**) doit comprendre **l'ensemble des activités** gérées par l'établissement, indépendamment de la signature d'un CPOM.

S'agissant des ESMS publics gérés par une collectivité territoriale ou un centre communal/intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS), le périmètre de l'EPRD doit correspondre au **périmètre du budget annexe** (un EPRD distinct par budget annexe avant et après CPOM).

Dans l'attente de la signature d'un CPOM, les ESMS publics autres que les EHPAD restent soumis à la transmission d'un budget prévisionnel au 31 octobre N-1 bien qu'ils soient inclus dans l'EPRD.

Les ESMS ne relevant pas de la compétence de l'ARS et/ou du Conseil départemental restent également soumis à leurs procédures budgétaires habituelles.

Ces spécificités ne concernent pas les activités médico-sociales gérées par un établissement public de santé (EPS) pour lequel les dispositions générales s'appliquent.

II) Le mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Publics concernés : établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles et organismes gestionnaires de ces établissements et services.

Objet : amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux et renforcement de l'information et de la protection des personnes accompagnées et leurs aidants.

Entrée en vigueur : les dispositions des 5°, 6°, 12°, 15° et 16° de l'article 1er du décret relatives au délai de rejet de charges injustifiées, à l'imputation des rabais, remises et ristournes ainsi qu'à l'abrogation d'une sanction pénale entrent en vigueur le lendemain de la publication du décret. Les dispositions des 4° et celles des b et c du 13 du même article relatif à la transmission du rapport du commissaire aux comptes ou du compte de gestion sont applicables à compter de l'exercice budgétaire et comptable pour l'année 2022. Les dispositions des 7°, 11°, celles du a du 13°, ainsi que celles du 14° du même article, instaurant diverses règles et obligations comptables, sont applicables à compter de l'exercice budgétaire et comptable pour l'année 2023. Les dispositions 1° à 3°, 8° à 10° et 17° du même article relatif aux mesures d'information et de protection des personnes accompagnées et leurs aidants s'appliquent aux contrats conclus à compter du 1er janvier 2023.

Notice explicative : le décret renforce transparence financière et budgétaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux en rendant obligatoire une comptabilité analytique au niveau de chaque établissement ou service géré par un organisme commercial et en précisant notamment les différents documents transmis à l'appui du dossier communiqué aux autorités de tarification et de

contrôle. Il fixe également à cinq ans le délai de rejet des dépenses qui sont manifestement étrangères à la gestion normale d'un établissement ou service et complète. Il renforce l'information et la protection des personnes accompagnées et leurs aidants en prévoyant de nouvelles mentions obligatoires dans les contrats de séjour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et dans les documents individuels de prise en charge par un service proposant de l'aide et de l'accompagnement à domicile. Il précise les règles de facturation par les EHPAD en cas d'absence du bénéficiaire pour hospitalisation ou en cas de décès d'un résident et par les services à domicile pour certains frais annexes. Enfin, il complète les prestations minimales obligatoires en EHPAD et rend obligatoire la transmission de cinq indicateurs relatifs aux conditions d'accompagnement en EHPAD, en vue de les rendre publics.

Ainsi, le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière modifie les règles budgétaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF. Dans cette continuité, l'arrêté du 25 novembre 2022 adapte en conséquence les modèles de documents prévus dans le chapitre IV du titre Ier du livre III du CASF.

Dès lors, l'obligation faite aux établissements privés de joindre un bilan comptable par établissement avec l'ERRD a conduit à la production de nouvelles annexes à intégrer pour l'exercice 2023. De plus, toujours à partir de l'exercice 2023, tous les gestionnaires soumis à EPRD/ERRD (hors établissements publics de santé) relèveront d'un EPRD/EPRD complet. Une suppression est donc prévue de l'EPRD/ERRD simplifié, qui concerne les EHPAD et AJA non-habilités.

Nouveaux cadres pour l'ERRD : l'évolution majeure pour les ERRD des gestionnaires privés résulte de l'obligation réglementaire que ces gestionnaires auront de fournir à leurs financeurs un bilan comptable par établissement. Ceci a conduit à la production de nouveaux cadres réglementaires avec des modèles distincts pour les établissements privés commerciaux d'une part et les établissements privés non lucratifs d'autre part. Il est à noter que, pour ces derniers, le modèle de bilan est identique à celui du compte administratif.

Annexe 3 : **Bilan comptable** applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux privés (**modèle type secteur privé commercial**)

Annexe 3 : **Bilan comptable** applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux privés (**modèle type secteur privé non lucratif**)

Ces nouveaux cadres impacteront les établissements en cas de comptes spécifiques ou d'écart au plan comptable réglementaire. De plus, un bilan sera à produire pour chacun des Finess du périmètre de l'ERRD. Il faudra donc que les gestionnaires veillent à ce que la comptabilité permette de **retracer les informations bilancielles et de garantir l'équilibre comptable par Finess**.

Ces bilans seront à soumettre aux financeurs pour l'ERRD 2023, produit en 2024.

III) La composition du dossier EPRD/ERRD

Le **dossier EPRD** est constitué des documents règlementaires suivants :

- Un cadre normalisé EPRD :

Deux cadres normalisés EPRD/EPCP sont applicables en fonction du statut juridique des organismes gestionnaires et des modalités de fixation du tarif hébergement des EHPAD et AJA (section d'hébergement administrée ou non par le conseil départemental) :

- **EPRD complet** : ESMS privés disposant d'une section hébergement administrée (tarifs fixés par le conseil départemental) et ESMS publics (EPSMS autonome et ESMS gérés par CCAS/CIAS) ; établissements privés ; EHPAD et AJA non-habilités.
- **Etat prévisionnel des charges et des produits (EPCP)**[8] : activités médico-sociales gérées par un établissement public de santé.

➢ Le cadre normalisé s'accompagne des annexes obligatoires suivantes :

- Annexe activité à transmettre en octobre N-1 ;
- Un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) ;
- Une annexe financière ;
- Un rapport budgétaire et financier (à l'exception des EPS) ;
- Rapport du commissaire au compte.

Pour toutes autres informations concernant les documents à transmettre en fonction de votre situation, veuillez consulter le lien suivant :
https://www.cnsa.fr/documentation/liste_des_pieces_du_dossier_eprd.pdf

Points de vigilance :

- Une attention particulière est à porter à la complétude du dossier EPRD, notamment la transmission d'un rapport budgétaire et financier constituant un document réglementaire indispensable à l'instruction des documents et à l'analyse des données budgétaires et financières transmises. Ce document est également destiné à présenter les éléments bilanciels. En cas d'incomplétude du dossier EPRD, les documents manquants seront sollicités par mail et pourront conduire à un rejet de l'EPRD en l'absence de transmission ;
- Une situation dégradée des grands équilibres et ratios financiers doit conduire les gestionnaires à identifier et intégrer des mesures d'amélioration ou de redressement dans le PGFP permettant un retour à l'équilibre financier. Ces actions sont à préciser dans le rapport EPRD ;
- L'Agence sera attentive à ces situations et accompagnera les gestionnaires et les établissements identifiés en difficultés, dans la réalisation d'un diagnostic complet et dans la mise en place de mesures d'efficience et/ou de redressement déclinées dans un plan de retour à l'équilibre financier, afin de garantir le bon fonctionnement et la pérennité de l'activité. Ces mesures de retour à l'équilibre seront contractualisées dans le CPOM.

[8] Document à visée tarifaire uniquement qui ne fait pas l'objet d'une approbation (observations uniquement). Ne concerne pas les USLD.

IV) L'étude du dossier par l'ARS

Phase 1 - vérification de la transmission et du format :

- Contrôle de l'envoi (respect du calendrier) ;
- Format retenu (choix du cadre et des établissements regroupés).

Phase 2 - vérification des données transmises :

- Complétude des documents ;
- Sincérité et cohérence des informations communiquées.

Phase 3 - Analyse de l'EPRD et de ses annexes :

- Analyse budgétaire (étude des comptes de résultat) N : Contrôle de la valorisation des dotations et de leur usage, détection préventive des dépenses abusives, injustifiées, disproportionnées ;
- Analyse financière ;
- Analyse des comptes de résultat en PGFP ;
- Analyse des ratios financiers du PGFP.

V) Les grandes étapes de la campagne EPRD 2023

La **transmission de l'annexe « activité » prévisionnelle** au titre de l'exercice 2023, effectuée au plus tard le 31 octobre 2022 sur Import EPRD, constitue la première étape de la campagne EPRD.

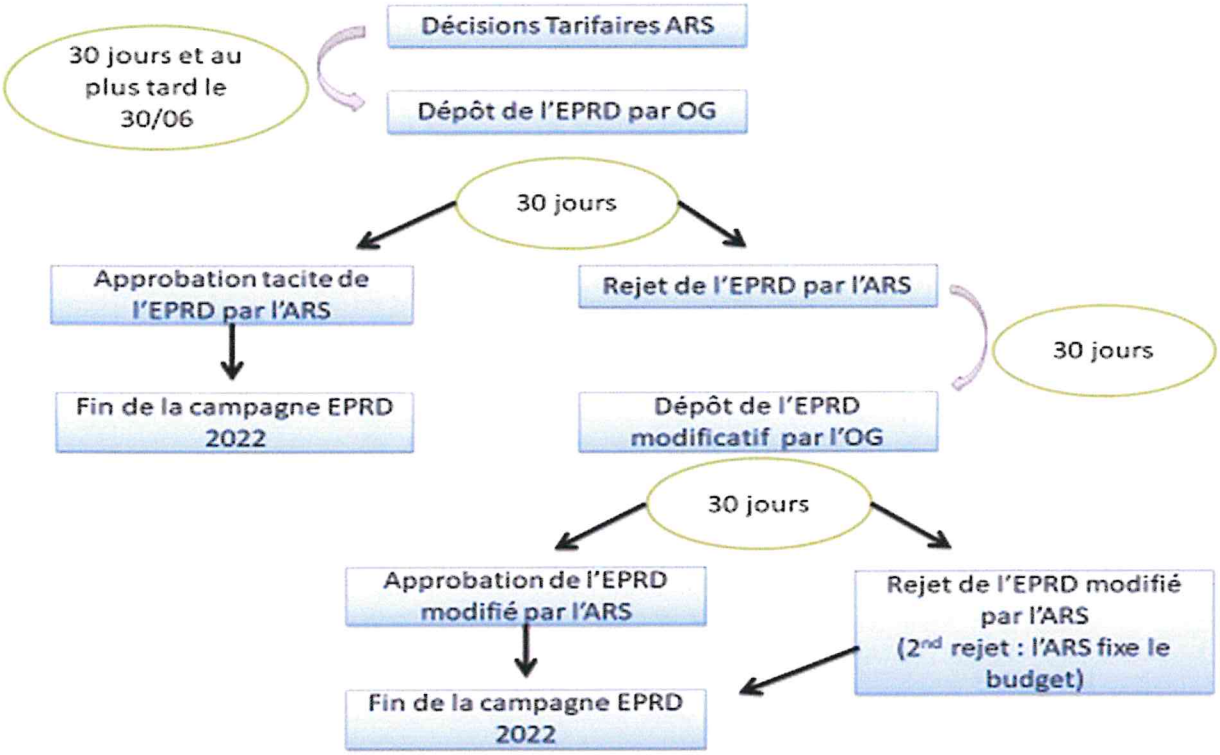
Le dossier EPRD (cadre normalisé et annexes obligatoires) est à transmettre dans un délai de trente jours à compter de la plus tardive des notifications de financements pour les ESMS cofinancés par l'ARS et le Conseil départemental **et au plus tard le 30 juin 2023.**

La transmission du dossier EPRD est dématérialisée sur la plateforme ImportEPRD et vaut dépôt réglementaire et ne nécessite pas d'envoi supplémentaire par courrier ou par courriel. La procédure de validation des EPRD par les autorités de tarification est également réalisée par voie dématérialisée sur ImportEPRD et intervient dans un délai de 30 jours à compter du dépôt de l'EPRD sur la plateforme.

Les décisions d'approbation ou de rejet de l'EPRD sont notifiées par mails automatiques à partir de la plateforme Import EPRD. Ces messages automatiques pourront être complétés de commentaires de l'ARS et/ou du Conseil départemental notamment pour les approbations faisant l'objet d'observations.

⇨ **<u>Points de vigilance</u>** : La soumission du dossier EPRD sur l'application fait courir le délai réglementaire d'approbation de trente jours dont disposent les autorités de tarification (ARS et/ou CD). Aucun document supplémentaire ne peut donc être déposé.

Par conséquent, une attention particulière est à porter à la complétude et à la qualité des documents transmis avant validation définitive du dossier sur Import EPRD.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

12 Annexe II « Financements complémentaires des EHPAD et neutralisation des soldes de convergence négatifs pour 2023 » / annexe 2 de l'instruction budgétaire

ANNEXE 2

FINANCEMENTS COMPLEMENTAIRES DES EHPAD ET NEUTRALISATION DES SOLDES DE CONVERGENCE NEGATIFS POUR 2023

(SITUATIONS A APPRECIER EN FONCTION DES RESSOURCES 2017)

1. Rappel sur la structure du forfait global relatif aux soins des EHPAD

En application des dispositions de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'année 2021 était la dernière année de la période transitoire durant laquelle la totalité des EHPAD convergeaient vers leur forfait « soins » cible au titre de l'hébergement permanent, correspondant au résultat de l'équation tarifaire suivante :

[(GMP + (PMP x 2,59)) x Capacité autorisée et financée en HP x valeur du point]

En 2022, la période transitoire sur le forfait « soins » s'est terminée. A ce titre, les EHPAD ont bénéficié d'un financement au titre de l'hébergement permanent résultant directement du calcul de l'équation GMPS, y compris en cas de nouveau GMPS (une nouvelle évaluation des besoins en soins des résidents et de leur niveau de perte d'autonomie n'ouvrant pas une nouvelle période de convergence). En 2023, le forfait de soins reste calculé selon la même méthode.

2. Le mécanisme de neutralisation des soldes de convergence négatifs

Conformément aux engagements ministériels déclinés dans la feuille de route « Grand âge et autonomie » présentée le 30 mai 2018, les effets négatifs des convergences des forfaits soins et dépendance des EHPAD ont été neutralisés pour les années 2018 à 2022 afin de garantir au minimum le niveau de ressources 2017.
Ce mécanisme, maintenu pour l'année 2023, est financé sur les 131,7M€ inclus progressivement dans vos DRL entre 2018 et 2021.
Ces crédits sont donc prioritairement dédiés à la poursuite du mécanisme de neutralisation des convergences négatives soins et dépendance.
Les objectifs sont les suivants :

- Garantir qu'aucun établissement ne voit ses ressources soins diminuer en 2023 par rapport à 2017 ;
- Plafonner à 30 000 € au maximum le solde négatif des convergences dépendance au titre de 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023 afin d'éviter que les gains des convergences soins soient annulés.

Pour l'année 2023, les modalités d'allocation de ces crédits aux EHPAD sont les suivantes :

S'agissant du forfait soins, la somme des convergences réalisées au titre de 2018, 2019, 2020 et 2021 peut être compensée par l'ARS si elle l'estime nécessaire au regard de la situation financière de l'EHPAD

S'agissant du forfait dépendance **:**

Pour tous les EHPAD concernés, il convient de s'assurer dans un premier temps, qu'après prise en compte des mesures de compensation déjà mises en place par les conseils départementaux en 2023, le solde des convergences réalisées au titre de 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023 est négatif.

Hypothèse 1 : Si la somme des convergences « soins » 2018, 2019, 2020 et 2021 est également négative, la somme négative des convergences dépendance sera compensée (en plus de la compensation sur le forfait « soins »).

Hypothèse 2 : Si la somme des convergences « soins » 2018, 2019, 2020 et 2021 est positive, alors la somme négative des convergences dépendance sera plafonnée à 30 000 € (plafond de 5 000 € par an sur la période 2018-2023 de convergence).

Ensuite, après cet écrêtage à hauteur de 30 000 €, vous vous assurerez que le solde des convergences des forfaits « soins » et « dépendance » est positif ou nul.

Si ce solde est négatif, vous compenserez également cette perte pour l'EHPAD afin de rétablir l'équilibre.

La mise en place de ces mesures de neutralisation nécessite un travail de rapprochement avec les conseils départementaux afin de déterminer précisément les produits de la tarification « dépendance » 2017 pour les comparer aux produits de la tarification 2023 en éliminant :

- Les effets liés à des ouvertures de places en cours d'exercice (comparaison des financements en année pleine et à capacité constante en hébergement permanent) ;
- Les financements de compensation qui auraient pu être accordés par les conseils départementaux en 2023 afin qu'il n'y ait pas de double compensation (moratoire sur la convergence à la baisse des forfaits dépendance, attribution de financements complémentaires par le conseil départemental, etc.) ;
- Les autres financements alloués à titre non pérenne et ne relevant pas d'une mesure de neutralisation de la convergence négative.

Un fichier de calcul élaboré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est mis à votre disposition afin de faciliter la détermination des informations à recevoir des conseils départementaux ainsi que le montant à compenser par établissement, à la fois sur le volet soins et le volet dépendance.

Dans la mesure du possible, vous calculerez la compensation accordée à chacun des EHPAD éligibles avant de lui notifier ses ressources. Si cela n'est pas réalisable sans retarder excessivement les notifications de ressources puis la production de l'EPRD par les établissements, il conviendra a minima d'indiquer aux EHPAD concernés que ce travail est en cours et qu'ils recevront une deuxième notification de crédits ultérieurement.

3. L'absence de modulation des forfaits « soins » et « dépendance » du fait de la crise sanitaire :

Le principe :

- Les articles L. 313-12, L. 314-2, R. 314-160 – pour ce qui concerne le forfait « soins » - et l'article R. 314-174 du CASF – pour ce qui concerne le forfait « dépendance » - prévoient une modulation, lorsque le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à un seuil fixé par arrêté[9].

- L'abattement qui résulte de cette modulation est réalisé à titre non pérenne, l'autorité de tarification pouvant tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer tout ou partie de la modulation.

Le régime dérogatoire prenant en compte la crise sanitaire en 2020 et 2021 :

L'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 *relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux* a prévu que, par dérogation au IV ter de l'article L.313-12, une modulation des tarifs n'était pas applicable au titre de l'exercice budgétaire 2021 pour une sous-activité ou une fermeture temporaire constatée en 2020.

Les dispositions de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 *relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire* prévoient également une non application des modulations tarifaires au regard d'une sous-activité constatée sur l'exercice 2021. Cette disposition a expressément écarté une application au titre de l'allocation des ressources en 2022. Cette disposition est également susceptible de s'appliquer en 2023, si l'activité servant de référence est celle de l'année 2021.

---

[9] Pour le forfait « soins » : l'arrêté du 28 septembre 2017 modifié *relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles* fixe ce seuil à 95%.

Pour le forfait dépendance : ce seuil est fixé à 94% en 2022 sous certaines conditions, en application de l'arrêté du 4 septembre 2017 *relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-174 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global dépendance des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.*

13 Annexe III : « Mise en œuvre de la réforme tarifaire des services » / annexe 6 de l'instruction budgétaire

ANNEXE 6 : MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME TARIFAIRE DES SSIAD, AINSI QUE DES SPASAD ET DES SERVICES AUTONOMIE A DOMICILE POUR LES PRESTATIONS DE SOINS

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a créé les services autonomie à domicile. Ces services dispensent des prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile auprès de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap. Ces services concourent à préserver leur autonomie et à favoriser leur maintien à domicile. Ces dispositions ont été complétées par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et sont précisées par un décret *relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et pour personnes handicapées*[10]. Ces différentes mesures entrent en vigueur dès 2023 et impactent directement la conduite de la campagne budgétaire au titre de cet exercice pour les services qui délivrent des prestations de soins à domicile.

La présente annexe a pour objectif de présenter les différentes phases de la procédure d'allocation des ressources au titre des soins à domicile[11], allant de la collecte des données relatives à l'activité de ces services jusqu'à la procédure de validation par les ARS des budgets prévisionnels :

- La collecte des données relatives à l'activité des services délivrant des prestations de soins infirmiers à domicile ;
- La détermination des dotations globales de soins et des forfaits globaux de soins-cibles et règles de convergence ;
- La notification des financements alloués par les ARS ;
- La transmission du budget prévisionnel des services ;
- La validation du budget prévisionnel par les ARS.

Par ailleurs, l'annexe rappelle les principales règles budgétaires et comptables du cadre de budget prévisionnel qui restent applicables aux services dispensant des prestations de soins à domicile.

1. La collecte des données relatives à l'activité des services délivrant des prestations de soins infirmiers à domicile :

Pour rappel, la dotation globale de soins de ces services comprend :

- Un forfait global de soins (comprenant d'une part un montant versé au titre des frais de structure et de déplacement et, d'autre part, un montant versé au titre des interventions à domicile auprès des personnes accompagnées, réalisées sur une période de référence) ;
- Le cas échéant, la dotation de coordination entre l'aide et le soin ;
- Le cas échéant, des financements complémentaires.

---

[10] En cours de signature et de publication lors de la rédaction de cette annexe

[11] N'est donc pas concernée l'activité d'aide et d'accompagnement que certains services peuvent également exercer.

La collecte des données d'activité a pour objet de déterminer le forfait global de soins pour sa composante « intervention à domicile auprès des personnes accompagnées ».

Pour cette collecte, il convient de distinguer le dispositif cible des dispositions transitoires applicables aux campagnes budgétaires 2023 et 2024, voire 2025.

1.1.Le dispositif cible :

En application de l'article L. 314-2-3 du CASF, les données d'activité seront à transmettre à la CNSA et aux ARS. Ces données seront complétées par celles transmises par les conseils départementaux.

Par ailleurs, l'article R. 314-138-1 du même code précise ces dispositions :

L'obligation de remontée des données d'activités s'applique aux services créés depuis au moins un an.

Ces services transmettent leurs données d'activité pour le 30 juin de l'année qui précède l'exercice sur lequel cette activité sera prise en compte dans la détermination de la composante « intervention auprès des personnes accompagnées ». L'activité concernée porte sur la période allant du 1er juin N-2 au 31 mai N-1. Les services disposent d'un délai d'un mois pour faire remonter leurs données.

En l'absence de transmission des données, ou si celles-ci sont incomplètes ou inexploitables, le directeur général de l'ARS enjoint le service d'effectuer/compléter cette transmission dans un délai de 15 jours.

A l'issue de ce délai, et en l'absence de communication des données manquantes, le directeur général de l'ARS fixe d'office le montant du forfait global de soins. Le forfait ainsi fixé est compris entre 90% et 100% du forfait alloué l'année précédente.

1.2.Mesures transitoires :

Le décret *relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et pour personnes handicapées* prévoit des dispositions transitoires pour les exercices 2023 à 2025.

1.2.1. Au titre de 2023 :

Le forfait global de soins est calculé sur la base du nombre de semaines de prise en charge effective des personnes accompagnées par le service en 2022 ou, dans le cas où ce nombre serait plus élevé, en 2019.

La collecte des données a été organisée par l'ATIH et réalisée sous forme de coupes en juin et septembre 2022. Les forfaits globaux de soins projetés Ces données doivent être transmises sur la plateforme e-SSIAD de l'ATIH avant le 31 mai 2023.

Pour l'exercice/la tarification 2025, les plages de collecte des données et leurs modalités de recueil seront précisées ultérieurement.

1.3.Procédures de contrôle des données transmises :

Les agents des ARS et des organismes payeurs de l'assurance maladie spécialement habilités peuvent procéder à des contrôles sur pièce et sur place des données déclarées par les services.

Ces contrôles donnent lieu à un rapport daté et signé qui mentionne notamment la période contrôlée, l'objet du contrôle et ses résultats. Même si le décret n'en fait pas mention, le service concerné par ce contrôle et son gestionnaire conservent la possibilité d'apporter leurs observations sur ce rapport.

En fonction des conclusions retenues, le directeur général de l'ARS peut procéder à une régularisation sur le montant du forfait global de soins.

2. La détermination des dotations globales de soins et des forfaits globaux de soins-cibles, et règles de convergence :

2.1. Détermination de la dotation globale de soins :

Comme indiqué précédemment, la dotation globale de soins comprend :

- Un forfait global de soins qui comprend lui-même :
  - Un montant versé au titre des frais de structure et de déplacement,
  - Un montant versé au titre des interventions à domicile auprès des personnes accompagnées,
- Le cas échéant, la dotation de coordination entre l'aide et le soin ;
- Le cas échéant, des financements complémentaires.

Ces trois composantes sont précisées comme suit.

2.1.1. Détermination du montant du forfait global de soins et convergence sur la période 2023-2027 :

Le forfait global de soins comprend :

- Une composante « frais de structure et déplacements », égale au produit d'un forfait annuel déterminé par arrêté, multiplié par le nombre de places autorisées au 31 décembre de l'année précédente ;
- Une composante « interventions au domicile des personnes accompagnées », égale à la somme des « forfaits usagers » des personnes prises en charge au cours de la période de recueil des données. Le « forfait usager » d'une personne accompagnée est calculé en multipliant le montant forfaitaire hebdomadaire fixé par arrêté[12] applicable à cette personne par le nombre de semaines de sa prise en charge effective pendant la période de recueil des données. Certains de ces forfaits sont majorés en fonction de situations particulières (diabète insulinotraité, nécessité d'un accompagnement réalisé simultanément par deux intervenants, IDE ou aides-soignants).

---

[12] Article R. 314-138 : *« III. – Le montant versé au titre des interventions au domicile des personnes accompagnées est égal à la somme des « forfaits usagers » des personnes prises effectivement en charge par le service au cours de la période de recueil des données [...] « Le « forfait usager » d'une personne prise en charge est calculé en multipliant le montant forfaitaire hebdomadaire applicable à cette personne par le nombre de semaines de sa prise en charge effective pendant la période de recueil des données. »*

La période 2023-2027 correspond à la montée en charge de la réforme du financement des forfaits globaux de soins pour ces services. A ce titre, et durant cette période, 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[13] ;
- Une fraction de la différence entre ce montant et celui du forfait global de soins-cible (soit 1/5ème en 2023).

Pour les exercices 2023 et 2024, lorsque ce montant est inférieur à la dotation pérenne perçue en 2022 (le cas échéant, hors dotation de coordination et financements complémentaires), le forfait global de soins est fixé à hauteur du montant précité perçu en 2022.

Pour les services créés depuis moins de deux ans, la remontée des informations relatives à l'activité du service n'est pas obligatoire. Dans cette attente, l'ARS fixe le montant du forfait global de soins en fonction des montants forfaitaires fixés par la CNSA. Cette procédure peut s'appliquer également aux extensions de capacité des services existants.

2.1.2. La dotation de coordination :

Cette dotation a été définie par le décret n° 2021-1932 du 30 décembre 2021 *relatif au tarif minimal applicable aux heures d'aide à domicile et à la dotation visant à garantir le fonctionnement intégré de l'aide et du soin au sein d'un service autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles*.

Cette dotation, qui bénéficie aux activités d'aide et de soins de la structure, couvre le coût des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence des interventions auprès de la personne accompagnée.

Le montant de cette dotation est déterminé par l'ARS en tenant compte notamment du nombre de personnes accompagnées par le service et du volume d'activité d'aide et de soins de la structure.

L'instruction de campagne budgétaire au titre de 2022 (1ère phase) a apporté des précisions sur cette dotation :

« La dotation peut en particulier servir à financer du temps d'infirmier coordonnateur (IDEC) nécessaire à la mise en place de réunions de coordination, de partenariats et de temps de partage de bonnes pratiques. Il est estimé qu'il convient de financer au moins un tiers temps d'IDEC toutes les 80 places.

Cela peut également intégrer le financement de la gestion (développement, usage, accompagnement) d'un système d'information. En matière de coordination, l'une des actions phare est en effet le développement d'un système d'information partagé du SPASAD. Il s'agira ainsi de dépasser les difficultés liées aux contraintes techniques rencontrées dans la plupart des cas, et d'aider à faire évoluer les systèmes d'information des structures pour répondre à l'exigence de coordination des interventions. Cet aspect technique constitue un véritable enjeu d'avenir pour les SPASAD mais aussi, de manière plus générale, pour le développement des échanges sur le secteur médico-social, à l'instar des développements sur l'e-santé.

[13] En 2023, ce taux est de 2,06% pour les personnes âgées et de 2,53% pour les personnes handicapées.

Vous vous attacherez à définir avec les services à domicile concernés les améliorations de la coordination attendues au moyen des crédits alloués. Vous vous assurerez de pouvoir mesurer la progression de la coordination entre les prestations d'aide et de soins à domicile qui aura été permise par les crédits versés. »

2.1.3. Les financements complémentaires :

Peuvent être financées à ce titre :

- Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Des interventions auprès de personnes présentant des besoins spécifiques (maladies neurodégénératives, des interventions à des horaires spécifiques) ;
- Des actions de prévention ;
- Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des mesures prises pour améliorer l'attractivité des postes offerts par le service et les conditions d'exercice de ses agents.

Ces financements sont définis dans le CPOM qui fixe les modalités de leur revalorisation annuelle. Dans l'attente de la signature du contrat, le DGARS en fixe le montant (hors procédure contradictoire)[14].

[14] Article 68(V) de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023

2.2. Les charges couvertes par la dotation globale de soins :

La dotation couvre les charges suivantes :

- La rémunération ainsi que les charges fiscales et sociales afférentes des auxiliaires médicaux (notamment infirmiers et infirmiers coordinateurs), des aides-soignants, des psychologues, des aides médico-psychologiques et des accompagnants éducatifs et sociaux ;
- Les prestations des infirmiers libéraux, à l'exception de la rémunération de l'évaluation de la personne accompagnée dans le cadre du bilan de soins infirmiers et la majoration de coordination infirmière ;
- Les frais de déplacement de ces personnels ;
- Les charges relatives aux fournitures et petit matériel médical dont la liste est fixée par arrêté[15] ;
- Les autres frais généraux de fonctionnement du service.

En revanche, ne peuvent être imputées sur cette dotation globale de soins :

- Les charges relatives aux prestations d'aide et d'accompagnement à domicile ;
- Les charges mentionnées aux article R. 314-26 et R. 314-167 du CASF ;
- Plus généralement, les charges manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale du service.

3. La procédure d'allocation des ressources par les ARS :

3.1. Une procédure budgétaire adaptée :

Par dérogation à l'article L. 314-7-1 du CASF, le passage à une tarification à la ressource, en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, ne s'accompagne pas d'un passage à l'EPRD. Ce passage reste soumis à la signature d'un CPOM, soit au titre du IV ter de l'article L. 313-12 (CPOM EHPAD « multi-activités »), soit au titre de l'article L. 313-12-2 (CPOM ESMS PA – hors EHPAD – et PH de la compétence des ARS).

Ainsi, les services déjà couverts par un tel CPOM appliquent les règles budgétaires du cadre EPRD[16]. En revanche, les services n'ayant pas encore conclu leur CPOM continuent d'appliquer le cadre de budget prévisionnel. Dans l'attente de la signature du contrat (et au plus tard au 1er janvier 2026, date de passage de l'ensemble des services à l'EPRD), certaines règles du cadre de budget prévisionnel ont dû être adaptées pour ces services, au regard de leurs nouvelles modalités de tarification.

---

[15] Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code (NOR : SJSS0812543A).

[16] Notamment, les dispositions précisées aux articles R. 314-210 et s. du CASF.

Ces dispositions transitoires sont précisées ci-après.

3.2.La notification des dotations globales de soins :

Les modalités de fixation de la dotation globale de soins, et notamment du forfait global de soins, applicables dès 2023, conduisent à une inversion du processus d'allocation des ressources avec, à titre principal, une dérogation à la procédure contradictoire de droit commun.

Ainsi, au regard notamment des données d'activité recueillies par l'ATIH[17], les ARS notifient leurs financements dans les 30 jours qui suivent la publication des dotations régionales limitatives par la CNSA. Ces notifications portent sur le montant de la dotation globale de soins au titre de l'exercice en cours (forfait global de soins et, le cas échéant, la dotation de coordination et les financements complémentaires), ainsi que le prix de journée nécessaire à l'exercice de compensation.

Au titre de l'exercice 2023, et afin de tenir compte de la situation individuelle de chaque service, les ARS peuvent s'appuyer sur les propositions budgétaires transmises au 31 octobre 2022, pour ce qui concerne notamment les mesures nouvelles inscrites dans ces budgets.

La notification des financements par l'ARS peut se faire par voie dématérialisée. Cette notification est adressée au représentant du service désigné à cet effet. Si cette personne n'est pas le gestionnaire, celui-ci est également destinataire de cette notification.

En complément, la décision du directeur général de l'ARS fixe également l'affectation des résultats comptables, conformément aux dispositions des articles R. 314-51 et R. 314-53 du CASF. A ce titre, la dotation globale de soins intègre, le cas échéant, l'affectation de tout ou partie du résultat en report à nouveau.

Les règles de calcul de la dotation globale de soins sont adaptées en conséquence. Elles appellent les remarques suivantes.

⇨ *S'agissant de la dotation globale de soins :*

- Le montant du forfait global de soins déterminé selon les modalités précisées au 2.1.1 (soit les crédits pérennes de l'année précédente revalorisés et un cinquième de l'écart entre ce forfait et le forfait-cible au titre de 2023) ;
- Le cas échéant :
    - La dotation de coordination entre l'aide et le soin ;
    - Des financements complémentaires ;
    - Un report à nouveau, selon les modalités définies infra.

[17] A terme, par la CNSA.

⇨ *S'agissant de l'intégration d'un report à nouveau :*

Il convient de distinguer, les éventuels reports à nouveau découlant des exercices 2021 et 2022 (exercices précédents l'entrée en vigueur de la réforme) de ceux issus de l'affectation des résultats 2023 et suivants, jusqu'à l'exercice précédent l'entrée en vigueur du CPOM et le passage au cadre EPRD.

Les dotations globales de soins déterminées au titre de l'exercice 2023 et 2024 (éventuellement 2025) intègrent, le cas échéant, un report à nouveau excédentaire (en diminution de la dotation) ou déficitaire (en augmentation de la dotation) issu du résultat des exercices 2021 et 2022, en application de l'article R. 314-51 du CASF.

Les éventuels déficits constatés sur les exercices 2023, 2024, voire 2025 sont couverts conformément à l'article R. 314-51 précité, ce qui peut conduire à majorer le montant de la dotation sur laquelle ces déficits sont reportés. Cette obligation découle des règles d'équilibre réel définies à l'article R. 314-15 du CASF. En revanche, les éventuels reports à nouveaux excédentaires issus de l'affectation du résultat des exercices 2023 à 2025 ne seront pas pris en compte dans la détermination de la dotation globale de soins.

⇨ *S'agissant de la fixation d'un prix de journée (et de la transmission des informations nécessaires) :*

Cette information est obligatoire en application de l'article R. 314-112 du CASF[18].

Pour 2023, ce prix de journée est calculé à partir des données d'activité (exprimées en journées) transmises avec les propositions budgétaires au 31 octobre 2022. Il est égal à la dotation globale de soins, divisée par le nombre de journées réalisées moyen sur les trois derniers exercices. Lorsque le service est ouvert depuis moins de trois ans, ou en cas de circonstances particulières, le nombre de journées à retenir est l'activité prévisionnelle de ce service au titre de l'exercice 2023.

A partir de 2024, les services n'ayant pas encore signé leur CPOM ont l'obligation de transmettre l'onglet « activité » du budget prévisionnel pour le 15 mars de l'année en cours, indépendamment d'une notification des financements (la transmission au 15 mars a d'ailleurs vocation à précéder cette notification). Les services relevant de l'EPRD (après signature du CPOM) transmettent l'annexe « activité » applicable à cet environnement budgétaire.

Ces documents peuvent être transmis à l'ARS par voie dématérialisée.

4. La transmission du budget prévisionnel des services :

Dans l'attente de la signature du CPOM, les services continuent d'appliquer le cadre de budget prévisionnel, tout en bénéficiant d'une tarification à la ressource.

Compte tenu du nouveau schéma de notification des crédits, les règles de transmission du budget prévisionnel, en tant que document tarifaire, sont adaptées.

Dans ce cadre, par dérogation à l'article R. 314-3 du CASF, la transmission du budget prévisionnel à l'autorité de tarification ne s'effectue plus pour le 31 octobre de l'année précédente[19], mais dans le

---

[18] Article R. 314-112 : « *Afin de permettre l'exercice des compensations entre régimes et de facturer les prestations délivrées aux personnes qui ne sont pas assurées sociales, l'autorité de tarification procède, pour les dotations globales de financement et les forfaits globaux de soins qui relèvent de l'assurance maladie, au calcul d'un prix de journée, dans les conditions fixées à l'article R. 314-113.* »

délai de 30 jours suivant la notification de la décision tarifaire par l'ARS. Dans ce document, qui est uniquement à visée tarifaire, le service ou son gestionnaire doit reprendre le montant des financements qui lui a été notifié. Notamment, l'anticipation de crédits supplémentaires ne saurait lier l'autorité de tarification.

Ces prévisions budgétaires sont accompagnées d'une annexe qui permet de déterminer la capacité d'autofinancement (CAF) prévisionnelle dégagée par ces prévisions budgétaires. Le modèle de cette annexe est fixé par arrêté interministériel (en cours de signature et de publication lors de la rédaction de la présente annexe).

Les gestionnaires ou leurs services devront également transmettre, dans les 30 jours qui suivent la notification des crédits par l'ARS, la totalité des documents énumérés à l'article R. 314-17[20] du CASF. Pour l'exercice 2023, les gestionnaires ou les services eux-mêmes ont déjà transmis leurs propositions budgétaires au 31 octobre 2022. Cette obligation est donc réputée satisfaite pour 2023 si les documents ont bien été transmis pour le 31 octobre 2022. Les services ou leurs gestionnaires conservent la possibilité de mettre à jour le dossier déposé précédemment, notamment en ce qui concerne les prévisions relatives à la section d'investissement.

La transmission des propositions budgétaires aux ARS peut se faire par voie dématérialisée.

Pour les SSIAD et SPASAD publics, la notification des financements peut conduire à adopter une décision modificative si le budget prévisionnel a déjà été voté (notamment pour les établissements publics autonomes qui doivent voter leur budget N au 31 octobre N-1 au plus tard). Dans ce cas, le gestionnaire doit transmettre à l'autorité de tarification le budget prévisionnel initial et la décision modificative.

---

[19] Pour les SPASAD, la transmission du budget prévisionnel N au conseil départemental dans le cadre de la procédure de fixation des tarifs relatifs à l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile reste effectuée au 31 octobre N-1

20 *« I.-Les propositions budgétaires de l'établissement ou du service comportent, en annexe, les documents suivants : / 1° Le rapport budgétaire mentionné à l'article R. 314-18 ; / 2° Le classement des personnes accueillies par groupes homogènes au regard de la mobilisation des ressources de l'établissement ou du service, dits groupes iso-ressources, lorsque la réglementation applicable à l'établissement ou au service prévoit un tel classement ; / 3° Le tableau des effectifs du personnel défini à l'article R. 314-19 ; / 4° Le bilan comptable de l'établissement ou du service, relatif au dernier exercice clos ; / 5° Les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement ou au service mentionnés à l'article R. 314-28, pour l'exercice prévisionnel ;*

II.-Sont également joints, le cas échéant : / 1° Le plan pluriannuel de financement actualisé, présenté conformément à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale ; / 2° Le tableau de répartition des charges et produits communs mentionné au II de l'article R. 314-10 ; [...] »

5. La validation du budget prévisionnel par les ARS :

Le principe général est une validation tacite. Mais le directeur général de l'ARS peut rejeter ces prévisions budgétaires si la CAF[21] dégagée par ces prévisions est négative (ce qui correspond à une insuffisance d'autofinancement – IAF) ou si son montant, bien que positif, ne couvre pas le remboursement en capital des emprunts du service dû au titre de l'année en cours.

Il est rappelé que la CAF prévisionnelle du service est calculée à partir des données du budget prévisionnel. Elle correspond à la différence entre le montant des produits d'exploitation et celui des charges d'exploitation[22], majorée des charges non décaissables et minorée des produits non encaissables et du produit des cessions d'éléments d'actif.

En cas de rejet, l'ARS notifie sa décision à la personne désignée pour représenter le service dans le cadre de la procédure budgétaire. Si cette personne n'est pas le gestionnaire, celui-ci est également informé de ce rejet. Le service ou son gestionnaire dispose alors d'un nouveau délai de 30 jours pour élaborer et transmettre un budget prévisionnel, ainsi que l'annexe permettant de déterminer la CAF prévisionnelle, prenant en compte le motif de rejet opposé par le directeur général de l'ARS.

En cas de nouveau rejet, le directeur général de l'ARS fixe le montant des différents groupes fonctionnels du budget du service, pour les structures sous statut privé. Pour les SSIAD/SPASAD sous statut public, si le budget[23] ne remplit pas les conditions relatives à l'équilibre réel défini à l'article R.314-15 du CASF, l'ARS, qui agit en tant qu'autorité de tarification, saisit le représentant de l'Etat dans le département pour une mise en œuvre d'une procédure de contrôle budgétaire. Dans le cas des activités médico-sociales gérées par un établissement public de santé, les dispositions du code de la santé publique s'appliquent.

Point de vigilance : Pour les SSIAD et SPASAD publics, les nouvelles modalités de transmission et d'approbation du budget prévisionnel par l'ARS, en tant que document tarifaire, sont à distinguer des procédures de vote et de contrôle du budget par l'autorité de tutelle (contrôles budgétaire et de légalité).

De même, sous réserve des dispositions susmentionnées, les règles budgétaires et comptables propres à chaque établissement ou service restent applicables.

Ainsi, pour les établissements publics autonomes et les établissements et services rattachés à une collectivité territoriale, un CCAS ou un CIAS, ces règles sont fixées par le CASF et le code général des collectivités locales.

Pour les établissements et services sociaux rattachés à un établissement public de santé, ces règles relèvent du code de la santé publique.

Enfin, pour les gestionnaires privés (non lucratifs ou commerciaux), ces dispositions relèvent des lois et règlements qui leur sont respectivement applicables et, le cas échéant, des dispositions statutaires qui leur sont propres.

---

[21] Capacité d'AutoFinancement

[22] Hors lignes de report à nouveau (ligne 002) et d'équilibre des amortissements comptables excédentaires différés (ligne 005).

23 Budget prévisionnel initiale et éventuelles décisions modificatives.

6. Dispositions budgétaires et comptables du CASF applicables aux services relevant du cadre de budget prévisionnel pour lesquelles il n'est pas dérogé :

A l'exception des dispositions présentées aux 3, 4 et 5, les règles budgétaires, tarifaires et comptables prévues dans le CASF demeurent applicables aux services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile tant qu'ils n'ont pas conclu de CPOM au titre des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du CASF.

6.1. Règles de présentation et d'adoption du budget :

Le budget prévisionnel est présenté selon les règles prévues aux articles R. 314-9 à R. 314-13 du CASF.

Ainsi, le budget est présenté en deux sections. Dans la première section sont retracées les opérations d'exploitation de l'établissement ou du service, sous la forme d'un budget principal, qui retrace les opérations d'exploitation afférentes à l'activité principale de l'établissement ou du service et, le cas échéant, de budgets annexes qui retracent l'ensemble des opérations d'exploitation de chacune des activités annexes de la structure.

Dans la seconde section sont retracées l'ensemble des opérations d'investissement de l'établissement ou du service. Ainsi, la section d'investissement regroupe les opérations d'investissement du budget principal et de chaque budget annexe,

Ce budget constitue, pour les établissements et services publics, le document réglementaire voté et transmis à l'autorité de tutelle et au comptable public.

Par ailleurs, le calendrier de vote du budget prévisionnel est inchangé. Ainsi, le budget prévisionnel N sera voté au plus tard au 31 octobre N-1 pour les établissements et services autonomes (article L.315-15 du CASF)[24].La notification des financements par l'ARS au cours de l'année N pourra donc conduire, le cas échéant, à l'adoption d'une décision modificative[25]

De même, les règles d'équilibre budgétaire définies à l'article R. 314-15 du CASF s'appliquent indépendamment de la procédure d'approbation du budget par l'ARS qui conduit cette dernière à vérifier le niveau de la CAF de ces services.

De plus, les articles R. 314-17 à R. 314-19 du CASF, qui listent les documents devant accompagner les propositions budgétaires, sont applicables[26] ; seule la date de transmission est modifiée (dans les 30 jours suivant la date de notification des financements par l'ARS au lieu du 31 octobre de l'année précédente).

---

24 Pour les structures rattachées à une collectivité territoriale, un CCAS ou un CIAS, le vote s'effectue selon le calendrier applicable à la collectivité ou à l'établissement de rattachement. Il interviendra donc au plus tard le 15 avril N (ou le 30 avril N l'année du renouvellement du conseil d'administration) en application des dispositions de l'article L. 1612-2 du code général des collectivités territoriales.

25Décision modificative adoptée dans les conditions prévues à l'article R.314-46 du CASF.

26 La condition relative à la transmission des données relatives aux indicateurs est réputée remplie avec la transmission des données du tableau de bord de la performance médico-sociale au titre de la campagne de collecte de l'année précédente.

S'agissant des plans pluriannuels d'investissement et leur plan de financement, ceux-ci restent soumis à autorisation préalable de l'autorité de tarification, autorisation qui conditionne l'opposabilité des surcoûts d'exploitation liés à ces investissements. Ces demandes doivent être établies conformément à l'article R. 314-20 du CASF.

6.2.Règles relatives à la fixation pluriannuelle du budget :

Lorsque qu'un établissement ou un service relève d'un CPOM signé au titre de l'article L. 313-11 (CPOM « historique »), les dispositions de ce contrat ont vocation à s'appliquer. En revanche, afin de se conformer à la loi, un avenant est nécessaire pour préciser les nouvelles modalités de détermination des tarifs annuels. En application de ces dispositions et de l'article R. 314-40 du CASF, l'avenant devra viser le 4° de cet article : « *4° soit en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme* ».

6.3.Règles relatives au compte administratif et à l'affectation du résultat :

Le compte administratif reste établi dans les conditions de présentation, de vote et de contrôle définies dans le CASF aux articles R.314-49 et suivants du CASF.

L'affectation du résultat comptable du SSIAD ou du SPASAD est décidée par l'autorité de tarification dans les conditions mentionnées à l'article R. 314-51 du CASF, sous réserve des dispositions transitoires relatives aux reports à nouveau précisées au point 3.2.

14 Annexe IV : La liste des molécules onéreuses soutenues en CNR

Classement ATC	Indication	Inscription sur la liste en sus (MCO[1], SSR[2], HAD[3])	Exemples DCI	Prix unitaire (€)
Voie digestive et métabolisme (A)	Maladie rare	Oui (1)	Acide carglumique	NC
			laronidase	NC
			Imiglucerase	NC
			Idursulfase	2 500 €
			Agalsidase beta	1 360 €
			Alpha alglucocidase	470 €
Sang et organes hématopoïétique (B)	Facteurs de coagulation	Oui[1], [2]	Antithrombine III	470€ à 950€
			Facteurs VIII de coagulation humaine	160€ à 1950€
			Complexe prothrombique humaine	420€ à 2090€
	Anti thrombotiques	Oui[2]	Enoxaparine	5€ à 68€
	Préparations antianémique	Oui[2], [3]	Darbépoétine	12€ à 580€
		Oui[2]	Epoétine	33€ à 220€
Système cardiovasculaire (C)	Antihypertenseur pulmonaire	Oui[3]	Bosentan	190€ à 272€
	Cardiomyopathie	Oui[1], [2]	Tafamidis	4382€ à 7261€
	Insuffisance cardiaque	Oui[2]	Sacubitril/Valsartan	70€ à 141€
Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues (H)	Hormones hypophysaires et analogues	Oui[2]	Desmopressine	NC
	Hormones parathyroïdiennes et analogues	Oui[2]	Teriparatide	199€ sans stylo et 220€ avec stylo
			Cinacalcet	150€ à 413€

Classement ATC	Indication	Inscription sur la liste en sus (MCO[1], SSR[2], HAD[3])	Exemples DCI	Prix unitaire (€)
Anti infectieux généraux à usage systémique (J)	Infection fongiques	Oui[1], [3]	Amphotéricine B	120 €
			Caspofungine	NC
			Isavuconazole	NC
			Micafungine	160€ à 260€
			Voriconazole	850 €
	Infections bactériennes	Oui[2], [3]	Ciprofloxacine	9€ à 36€
			Fosfomycine	5 €
			Piperacilline/tazobactam	10 €
			Tobramycine	4 €
			Daptomycine	NC
			Linezolide	35 €
	Antiviraux (Hépatite C, VIH, zona)	Oui[2], [3]	Sofosbuvir	8 300 €
			Ritonavir	20 €
			Ténofovir	120€ à 200€
			Entecavir	150 €
			Darunavir	160 €
		Non	Famciclovir	100 €
			lopinavir + ritonavir	300 €
			zidovudine + lamivudine + abacavir	315 €
			Emtricitabine + ténofovir	296 €
			dolutégravir + abacavir + lamivudine	680 €
		Oui[3]	glécaprevir + pibrentasvir	12 380 €
			sofosbuvir + velpatasvir	8 300 €
			lédipasvir + sofosbuvir	12 380 €
			elbasvir + grazoprévir	6 600 €
			sofosbuvir + velpatasvir + voxilaprévir	12 380 €
Antinéoplasiques et immunomodulateurs (L)	Cancer	Oui[1], [2]	Imatinib	380€ à 750€
			Mitotane	NC
			Busulfan	58 €
			Afatinib	1 750 €
			Lénalidomide	3900€ à 5000€
			Etoposide	NC
			Pomalidomide	425 €
			Létrozole	40 €

Classement ATC	Indication	Inscription sur la liste en sus (MCO[1], SSR[2], HAD[3])	Exemples DCI	Prix unitaire (€)
			Palbociclib	2 860 €
			Bexarotène	700 €
			Ibrutinib	5 200 €
			Sunitinib	3 500 €
		Oui[2], [3]	Sonidégib	4 666 €
			Ibrutinib	5 873€ à 6 933€
			Vismodegib	4 360 €
			Pegfilgrastim	538 €
		Oui[2]	Fulvestrant	184 €
			Triptoréline	310 €
			Degarelix	198 €
			Leuproréline	95€ à 540€
			Filgrastim	63€ à 509€
	Immunologie	Oui[1], [2]	Immunoglobuline humaine normale	39€ à 790€
			Etanercept	263€ à 524€
			Infliximab	240€ à 480€
			Abatacept	250€ à 825€
			Tocilizumab	820 €
			Tacrolimus 3 et 5mg	139€ à 232€
			Everolimus	480€ à 1220€
			Methotrexate	40€ à 76€
			Ciclosporine	18€ à 166€
	Neurologie	Oui[1]	Ocrelizumab	NC
			Natalizumab	662€ à 1325€
	Ophtalmologie	Oui[1]	Bevacizumab (DMLA)	165€ à 607€
		Oui[2]	Ranibizumab (DMLA)	607 €
Muscle et squelette (M)	Maladie rare	Oui[1]	Nusinersen	70 000 €
	Désordre osseux	Oui[2]	Résidronate	NC
Système Nerveux (N)	Système nerveux	Oui[1],[2]	Aripiprazole 400mg	238 €
			Levetiracetam	19€ à 26€
		Oui[2]	Tafamidis 20mg	4 382 €
			Paliperidone	185€ à 340€
			Felbamate (flacon)	110 €

Classement ATC	Indication	Inscription sur la liste en sus (MCO[1], SSR[2], HAD[3])	Exemples DCI	Prix unitaire (€)
		Non	Cannabidiol	1 100 €
Antiparasitaires, insecticides (P)	Gale	Non	Ivermectine	13 €
			Ascaflash®	14 €
			A-PAR® sur appréciation de la DD (justificatif)	NC
Organes sensoriels (S)	Maladie rare	Oui[1]	Voretigène néparvovec	NC
	anti-neovasculaire oculaire	Oui[1], [2]	Aflibercept (DMLA)	640 €
Divers (V)	Chelateurs du fer	Oui[2], [3]	Déférasirox	172€ à 677€