

Direction de l'Offre Médico-Sociale

Orléans, le **7 JUIN 2017**

Rapport d'orientations budgétaires 2017

Etablissements et services médico-sociaux pour personnes âgées

Au regard des dispositions régissant la tarification des établissements et services médico-sociaux, à savoir :

- ✓ la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017;
- ✓ la loi N°2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017, notamment son article 10-III
- ✓ la loi n°2015-776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, et les décrets pris en application ;
- ✓ le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soin, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers 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.
- ✓ le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financière applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- ✓ les articles L.314-1 à L.314-13 du Code de l'action sociale et des familles (CASF);
- ✓ les articles L.315-1 à L.315-19 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- ✓ les articles R.314-22, R 314-23 et R.351-22 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- ✓ L'instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire « EPRD », en application des dispositions législatives de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application.
- ✓ L'instruction ministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L.315-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du même code.
- ✓ L'instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers 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.
- ✓ L'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L..313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

- ✓ l'arrêté du 22 mai 2012 pris par le Directeur général de l'Agence régionale de santé du Centre fixant le Projet Régional de Santé ;
- ✓ Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) 2014-2018 actualisé ;
- ✓ la circulaire N°DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées ;
- ✓ l'arrêté du 15 mars 2017 fixant pour l'année 2017 la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code ;
- ✓ la décision n°2017-06 du 16 mai 2017 relative aux dotations régionales limitatives 2017 et à la moyenne nationale des besoins en soins requis 2017

L'Agence régionale de santé décide les orientations régionales opposables suivantes dans le cadre de la procédure de tarification 2017 :

ELEMENTS DE CONTEXTE

En 2017, l'ONDAM médico-social progresse de 2,9% par rapport à 2016, au sein d'un ONDAM global qui progresse de 2.1%.

Le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cependant, ce gel ne remet pas en cause les engagements du gouvernement en matière de créations de places.

Cette évolution traduit une accentuation de la nécessité d'opérer un effort de rationalisation dans la gestion de l'objectif global des dépenses (OGD) et dans l'efficience au sein des Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) tant sur les aspects organisationnels que budgétaires.

1 ORIENTATIONS MAJEURES

Les principaux axes de la campagne budgétaire du secteur des personnes âgées pour 2017 et qui seront détaillées dans les pages suivantes de ce ROB sont :

- La réforme de la tarification,
- La réforme de la contractualisation
- La poursuite du déploiement des actions du plan relatif aux maladies neuro-dégénératives, et des plans antérieurs

1-1 Généralisation de la mise en œuvre des indicateurs de pilotage des ESMS du secteur médico-social

Amorcé en 2015, l'utilisation du Tableau de Bord de Performance (TDB ESMS) est maintenant étendue à tous les ESMS de la région.

Cela concerne plus de 980 établissements et services sur la Région Centre Val de Loire.

Le TDB ESMS revêt donc un caractère obligatoire, avec une saisie des données sur la plateforme dédiée à cet effet avant le 16 juin 2017.

Afin d'accompagner les ESMS et les organismes gestionnaires dans la démarche, des formations départementales menées conjointement avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ont été réalisées dont la dernière, durant le mois d'avril 2017 pour les derniers ESMS qui n'utilisaient pas encore cet outil.

Le TDB ESMS vise à contribuer à une meilleure connaissance de l'offre médico-sociale et à faciliter le dialogue avec les autorités de tarification.

Il est aussi un outil de pilotage interne pour les structures. Il permet ainsi aux ESMS d'obtenir des indicateurs sur la situation des structures et de se situer par rapport à des structures homogènes sur le plan national et régional. Ces données sont directement accessibles via la plateforme.

L'implication des structures dans le remplissage de cet outil est primordiale pour fiabiliser les données qui en sont issues et en permettre la meilleure exploitation et la meilleure utilisation par tous, notamment pour améliorer et développer l'offre médico-sociale de la région Centre-Val de Loire.

Ces indicateurs seront notamment utilisés dans le cadre de la contractualisation pour l'établissement du diagnostic et pour le suivi de la réalisation des actions au travers des indicateurs définis lors de la négociation.

1-2 Le forfait global de soins - la réforme de la tarification des EHPAD et des PUV

Cette mesure entre en vigueur au 1er janvier 2017. La réforme vise à objectiver l'allocation de ressources par la mise en place d'un financement automatique des établissements fondé sur le niveau de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis au 30/06 de l'année N-1. L'objectif est une convergence de tous les établissements vers les plafonds soin et dépendance à l'échéance de 2023 sous réserve d'éventuelles modulations liées à l'activité.

Les places d'hébergement permanent seront ainsi financées en référence à l'équation tarifaire GMPS. Des financements complémentaires s'ajouteront au forfait soins et couvriront les modalités d'accueil particulières et pourront éventuellement couvrir des actions ponctuelles mises en places par les établissements dans le cadre des engagements négociés lors de la conclusion d'un CPOM.

Les PUV sont concernées par la réforme de la tarification mais peuvent opter, lors de la conclusion du CPOM pour une tarification dérogatoire, conformément à l'article D.313-17 du CASF.

Il est rappelé que Les produits de la part du forfait global relatif aux soins prévue au 1° de l'article R. 314-159 et des tarifs journaliers relatifs aux soins ne peuvent être employés qu'à couvrir les charges suivantes :

- 1° Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 314-8 ;
- 2° Les charges relatives aux interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, de pharmacien et d'auxiliaires médicaux assurant les soins, à l'exception de celle des diététiciens ;
- 3° Concurrément avec les produits relatifs à la dépendance, les charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux titulaires d'un des diplômes mentionnés à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique ou en cours de formation dans un centre agréé, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions ;
- 4° L'amortissement et la dépréciation du matériel médical figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale ;
- 5° Les médicaments dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 314-8 du présent code ;
- 6° Les rémunérations ou honoraires versées aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement.

Lorsque la part mentionnée au I relève du tarif global mentionné à l'article R. 314-164, ses produits peuvent également couvrir les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en

médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale.

1-3 La généralisation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

La contractualisation est renouvelée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) à travers la substitution obligatoire d'un CPOM à l'actuelle convention tripartite pluriannuelle pour les établissements relevant du I et du II de l'article L. 312-1.

De plus, en vertu de la loi de financement de la sécurité sociale de 2015 le principe de contractualisation à travers un CPOM est étendu aux services relevant du 6° du L312-1, dont notamment les accueils de jour autonomes et les SSIAD.

La programmation des CPOM a été arrêtée conjointement avec les conseils départementaux pour la période 2017 à 2021 et pourra faire l'objet de modifications en fonction de situations particulières.

Le périmètre minimal d'un CPOM est celui de tous les EHPAD d'un même gestionnaire au sein d'un même département.

Ce périmètre est étendu, sauf oppositions des conseils départementaux concernés, à tous les établissements du même gestionnaire au sein de départements différents et à tous les services relevant du I du L312-1 du CASF et de la compétence du DGARS et du président du conseil départemental.

La signature d'un CPOM unique multi EHPAD est possible au niveau départemental pour les sociétés commerciales contrôlant les sociétés gestionnaires des EHPAD concernés.

Sur la base d'un cahier des charges national, le CPOM fixe les obligations respectives des co-contractants et les éléments pluriannuels de budget. Un dialogue de gestion annuel permet de vérifier la réalisation des objectifs. Des indicateurs issus du tableau de bord ANAP sont utilisés aux fins de suivi des objectifs.

La mise en œuvre de ce nouveau mode de contractualisation s'opérera jusqu'en 2021

1-4 La poursuite du PMND et des plans antérieurs

La mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age se poursuivra par l'installation de places en 2017.

La poursuite des actions du Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) se traduira par la mise en œuvre des mesures de création ou d'extension d'Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) et d'Unités d'Hébergement et de Réadaptation (UHR) en 2017, de mise en œuvre d'actions de formation des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, de déploiement de temps de psychologue dans les SSIAD.

1-5 EPRD

La réforme de la tarification induit une refonte des règles budgétaires et comptables en introduisant la mise en place d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) à compter du 1^{er} janvier 2017, indépendamment du passage au CPOM pour les EHPAD. A cette date les EHPAD seront exonérés de la procédure budgétaire contradictoire.

Les autres établissements et services seront soumis à la production d'un EPRD dans les conditions prévues par la réglementation.

2 BILAN DE LA CAMPAGNE BUDGETAIRE 2016

2.1 Récapitulatif de la campagne 2016

La Dotation Régionale Limitative (DRL) s'est élevée en 2016 à 471 232 648 € € pour la région Centre-Val de Loire compte tenu d'un gel appliqué à l'échelon national.

Base au 01/01/2016	Actualisation	Objectif de convergence	Crédits mesures nouvelles PMND	Médicalisation	Ouverture TG	CNR nationaux	gel sur trésorerie	Mise en réserve nationale sur DRL	Enveloppe au 31/12/2016
469 506 679 €	3 428 250 €	-373 283 €	100 000 €	4 486 951 €	200 000 €	39 093 €	-129 181 €	-6 025 861 €	471 232 648 €

La gestion de cette DRL s'est traduite par l'exécution à 100% des crédits notifiés par la CNSA. Dans le cadre du programme de médicalisation, 7 423 246 € ont été notifiés à 87 EHPAD et 2 EHPAD ont pu bénéficier du passage au tarif global. Près de 9M € de crédits non reconductibles ont été versés aux ESMS pour personnes âgées, les postes les plus importants étant ceux relatifs aux dépenses de personnel non pérennes, aux formations et aux frais financiers et aides à l'investissement.

2-2 Places installées en 2016

La campagne budgétaire 2016 et les créations de places sont synthétisées sous forme de tableau présenté ci-dessous :

départements	Base reconduction au 31/12/2015 (hors CNR nationaux)	Mesures nouvelles notifiées											
		EHPAD		AJ		HT		SSIAD		Total		Mesures Alzheimer	
		en montant	en places	en montant	en places	en montant	en places	en montant	en places	en montant	en places	en montant	en places
Cher	66 508 847												
Eure et Loir	73 301 997	14 000	4										
Indre	53 895 902	309 600	66			120 133	15						
Indre et Loire	100 590 452	111 800	14										
Loir et cher	75 121 414											18 228	2
Loiret	105 825 018	177 600	26	63 618	10			4 375	5				
TOTAL	475 243 630	613 000	110	63 618	10	120 133	15	4 375	5	0	0	18 228	2

Ainsi, en 2016, globalement, 142 places nouvelles ont été mises en fonctionnement pour un montant global de plus de 0.6M€.

3 CAMPAGNE BUDGETAIRE 2017

3.1 Montant et contenu de la dotation régionale limitative (DRL) 2017 :

Le montant de l'enveloppe régionale limitative destinée au financement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées pour 2017 s'élève à **489 291 082 €**.

Enveloppe 2017	Montant
DRL retraitée au 01/01/2017	477 379 180
Actualisation de la base	4 319 045
installations de places	1 810 671
PMND renforcement des SSIAD	150 000
résorption écart au plafond	3 048 407
financements complémentaires	2 519 815
CNR nationaux	63 964
Dotation Régionale Limitative 2017	489 291 082

3.2 Convergence tarifaire et actualisation

3.2.1 La réforme de la tarification et la convergence tarifaire des EHPAD

La loi ASV a retenu une période de 7 ans de 2017 à 2023 durant laquelle les EHPAD convergeront vers le forfait de soins issu de l'équation tarifaire GMPS, sous réserve des éventuelles modulations liées à l'activité.

La convergence s'appliquera de manière strictement linéaire selon le rythme suivant, à la hausse ou à la baisse:

2017	Réduction d'1/7ème
2018	Réduction d'1/6ème
2019	Réduction d'1/5ème
2020	Réduction d'1/4
2021	Réduction d'1/3
2022	Réduction d'1/2
2023	Résorption totale

L'équation GMPS sera basée sur les valeurs de Pathos Moyen Pondéré (PMP) et de Groupe Iso-ressources Moyen Pondéré (GMP) validées au 30/06/N-1. Cependant, pour l'exercice 2017; les Groupes iso-ressources Moyens pondérés Soins (GMPS) validés après le 30/06/2016 et avant le 31/12/2016 dans le cadre de la conclusion d'une convention tripartite et retenus dans la tarification 2016 seront pris en compte lorsqu'ils sont supérieurs à ceux antérieurs à la date du 30/06/2016, afin de ne pas débaser l'établissement concerné en 2017 alors qu'il faudra le rebaser en 2018. Pour les exercices ultérieurs, le GMPS sera recalculé à mi-parcours des CPOM.

Les nouveaux établissements se verront appliquer les valeurs moyennes nationales de PMP et départementales de GMP pour déterminer leur GMPS, dans l'attente de la validation de leur GMPS.

La capacité retenue est celle du 31/12/N-1 augmentée des installations en N+1.

Toutefois, en 2017, les extensions de places seront intégrées à la capacité de l'établissement pour déterminer l'équation tarifaire sur la base des derniers PMP et GMP de l'établissement.

Le forfait de soins sera complété de financements complémentaires au titre des modalités particulières d'accueil (AJ, HT, PASA, UHR et PFR) et des éventuelles actions ponctuelles mises en place par l'établissement et intégrées aux CPOM selon les dispositions de l'article R 314-163.

Une modulation des financements pourra être appliquée au forfait soins et aux financements complémentaires au regard de l'activité, selon les dispositions prévues au CPOM conclu avec l'établissement en référence aux modalités des articles R. 314-160 et R.314-174 du CASF qui introduisent une mise en œuvre progressive jusqu'en 2024. Cette minoration n'est pas applicable en 2017.

Par ailleurs le refus de signature d'un CPOM pourra également entraîner une minoration du forfait soins.

L'enveloppe de résorption des écarts fixée à la région Centre-Val de Loire pour 2017 est de **3 048 407€**.

Les Petites Unités de Vie (PUV) également visées par la réforme de la tarification peuvent y déroger en optant lors de la conclusion du CPOM pour la tarification dérogatoire conformément aux dispositions de l'article D313-17 du CASF.

3.2.2 La répartition des charges communes et l'affectation des résultats

3.2.2.1 la répartition des charges

Les clés de répartition des charges entre les financeurs sont supprimées, notamment pour les aides – soignants et les aides médico-psychologiques. Cependant le principe de répartition des charges par section tarifaire est à communiquer pour information au moyen d'une annexe financière à joindre à l'EPRD.

3.2.2.2 l'affectation des résultats dans les EHPAD

Le principe de la libre affectation des résultats se trouve posé avec la réforme de la tarification qui fixe le forfait soins au regard des besoins réels de l'établissement et qui introduit un principe de modulation en fonction de l'activité. Dès lors les résultats peuvent être affectés librement par le gestionnaire, en conformité avec les modalités définies au CPOM.

Les résultats doivent être affectés au compte de résultat de l'EHPAD, le tableau d'affectation des résultats permettant d'en connaître l'origine.

Il est rappelé que conformément aux dispositions de l'article 6 du décret 2016-1815 du 21 décembre 2016, les résultats des exercices 2015 et 2016 restent affectés et repris par les autorités de tarification dans les conditions antérieures, par dérogation aux articles R.314-159 et R.314-171 du CASF.

Ainsi, le forfait soins 2017 et 2018 pourra inclure un report à nouveau au titre des résultats 2015 et 2016 et être ainsi majoré ou minoré par la reprise d'un excédent ou d'un déficit.

3.2.3 L'actualisation de l'enveloppe régionale

3.2.3.1 le taux d'actualisation

Le taux directeur appliqué à la dotation régionale limitative est fixé pour l'année 2017 à **1.02%** pour le secteur des personnes âgées pour l'ensemble des conventions collectives ce qui correspond à un montant de **4 319 045€**.

Ce taux est composé d'une progression de 1.07% de la masse salariale et de 0.6% de l'effet prix sur les autres facteurs.

Ce taux intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2016, les évolutions 2017 générales comme catégorielles, ainsi que la prise en compte de l'effet GVT.

Ce taux de 1.02% est le taux de référence pour la campagne 2017.

Il est néanmoins rappelé que ce taux est arrêté à la suite du dialogue budgétaire. Il s'applique sur la base de l'établissement au 31/12/N-1 et n'est pas attribué automatiquement.

Il est ainsi précisé que :

- pour les EHPAD convergents aucune actualisation ne sera versée
- pour les EHPAD risquant de passer en convergence, le taux sera modulé en fonction de l'écart de la dotation au plafond.

3-2-3-2 Les valeurs annuelles du point des tarifs sont actualisées en 2017 comme suit :

Mode de tarification	PUI (oui/non)	Valeur annuelle du point 2017 en €
Tarif partiel	oui	10,69
	non	10,10
Tarif global (*)	oui	13,10
	non	12,44

3.2.3.3 Effets du pacte de responsabilité

Comme en 2015, pour le secteur privé, l'application du pacte de responsabilité a pour effet l'exonération de cotisations sociales. Ces exonérations génèrent une économie qui représente globalement 0,07% de la masse salariale. Cette économie sera maintenue dans la dotation des établissements concernés.

3-3 Mesures nouvelles et évolution de l'offre à destination des personnes âgées

3.3.1 Mesures nouvelles au titre des créations de places

La notification dans la DRL de crédits de mesures nouvelles en 2017 tient compte de la trésorerie disponible. Le financement des places autorisées dont la mise en fonctionnement est prévue en 2017 est ainsi assuré. Les mesures sont détaillées par département et par type d'établissements et services en **annexe n°1**

Les moyens financiers sont alloués en crédits de paiement et s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre du Programme Régional de Santé et de sa déclinaison dans le PRIAC.

3.3.2 Poursuite du plan maladies neuro-dégénératives

L'ARS Centre-Val de Loire a bénéficié d'une notification de crédits pour un montant de 2 022 643€ pour le financement de 3 UHR, 6 PFR, 3 ESA, l'expérimentation de temps de 2 psychologues dans les SSIAD ou SPASAD, et l'extension des prestations des SSIAD aux maladies de Parkinson et de la sclérose en plaques. Pour le déploiement en région Centre-Val de Loire, cette dernière mesure reste en attente du retour de l'expérimentation menée dans 3 régions pilotes dont la prévalence des maladies de Parkinson et de la sclérose en plaques est la plus élevée.

Par ailleurs, 76 973€ sont destinés à l'éducation thérapeutique et 39 615€ à l'accompagnement des aidants.

Le calendrier de programmation des appels à candidatures concernant l'expérimentation de temps de psychologue en SSIAD ou SPASAD, le déploiement des ESA des UHR et des PFR est en cours de finalisation afin d'organiser les procédures de lancement courant 2017 pour une mise en service en 2018.

Un appel à candidatures a été lancé pour le financement d'actions de formation des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. Les dossiers de demande sont en cours d'instruction.

3-4 Généralisation du CPOM et passage à l'EPRD

Le CPOM est le nouveau mode de contractualisation. Il s'applique à tous les ESMS de la compétence conjointe ARS/CD ou compétence unique ARS en vertu des articles L. 313-12-IV ter et L-313-12-2.

Il se substitue aux CTP pour les EHPAD.

Le calendrier de mise en œuvre progressive élaboré en lien avec les CD a pour terme 2021.

Au 1er janvier 2017, les EHPAD et les PUV sont soumis à l'obligation de conclure un CPOM selon un calendrier arrêté conjointement avec les conseils départementaux et de présenter un état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD). Ce passage à l'EPRD est déconnecté de la signature du CPOM compte tenu de la forfaitisation des ressources.

Les AJ/HT/PASA/UHR/PFR intégrées à l'autorisation d'un même EHPAD sont intégrées dès 2017 dans l'EPRD.

Le refus de signature d'un CPOM pourra entraîner la minoration du forfait dans les conditions définies à l'article D.314-167 du CASF.

Les modalités de passage à l'EPRD font l'objet des instructions du 10 octobre 2016 et 28 décembre 2016 et des arrêtés du 27 décembre 2016.

3-5 Les financements complémentaires et les crédits non reconductibles

3-6-1 mesures spécifiques : l'étude nationale des coûts en EHPAD

Cette étude est poursuivie en 2017 pour approfondir et actualiser la connaissance des coûts en EHPAD en vue d'estimer un coût moyen journalier par typologie de résident.

2 EHPAD volontaires ont été retenus en région Centre-Val de Loire.

Une première compensation financière leur sera versée en 2017 en contrepartie des moyens mobilisés pour répondre à cette enquête.

Les établissements ayant participé à l'enquête en 2016 recevront également un reliquat de crédits à titre de compensation.

3-6-2 Orientations de l'utilisation des financements complémentaires

Cette année est la première année de mise en œuvre de financements complémentaires, dans l'esprit de la réforme de la tarification et de la contractualisation. Les financements complémentaires sont constitués d'une enveloppe nationale qui s'ajoute éventuellement à la réduction de charges exercée au titre de la reprise des résultats et à la marge de gestion annuelle constituée des reports d'installation et des fermetures temporaires.

L'utilisation de ces financements est réglementée par les dispositions de l'article R.314-163 du CASF et est destinée au financement d'actions ponctuelles négociées dans le cadre du CPOM. Ils peuvent couvrir les dépenses suivantes :

- Prévention et gestion de situations sanitaires exceptionnelles
- Développement des parcours coordonnés de santé et d'autonomie
- Amélioration de la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents
- Actions de prévention
- Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation des frais financiers
- Actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ;

Prestations d'accueil expérimentales

En 2017 ils pourront notamment être utilisés pour les actions suivantes :

Soutien des établissements affectés par l'épidémie de grippe pour le remplacement et le renfort de personnel et les actions de formation des personnels de ces établissements.

Pour le développement des actions de prévention sur les thèmes des risques de troubles psychologiques et psychiques, risques d'escarres, vaccination, prévention des chutes, déficit sensoriels, risques de dénutrition.

Pour le soutien aux expérimentations en cours portant sur la présence d'une IDE de nuit dans les EHPAD.

3-6-3 Orientations de l'utilisation des crédits non reconductibles

Les CNR sont strictement limités au financement de mesures non pérennes et doivent financer des dépenses des établissements médico-sociaux qui relèvent juridiquement de **l'enveloppe soins**.

Ils sont ainsi destinés au financement d'orientations régionales fixées notamment au vu de la circulaire interministérielle du 2 mai 2017 :

- le soutien à la formation des personnels relevant de la section soins ;
- les dépenses liées à des besoins de remplacement de personnel relevant de la section soins ;
- le soutien au fonctionnement des ESMS, notamment les frais de 1^{ère} installation ;
- l'aide au démarrage en vue de la contractualisation ou de la constitution d'un GCSMS ;
- le soutien aux systèmes d'information innovants des ESMS (Dossier de Liaison d'Urgence, DMP et sécurisation du circuit du médicament...) ;
- l'indemnisation des professionnels de santé participant à la commission gériatrique en EHPAD et, plus largement, les actions d'appui à la gestion du risque ;
- le financement d'études spécifiques entrant dans le cadre de l'article R314-61 du CASF, ou les frais pour la réalisation d'un audit ;
- le soutien à l'amélioration des conditions de travail ;
- le soutien à des actions relatives à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans le cadre d'un CPOM ;
- le financement d'expérimentations ;
- le soutien à l'investissement des ESMS :

pour les EHPAD, à titre dérogatoire, et sous réserve du respect des conditions mentionnées au cahier des charges en annexe

- les dépenses d'amortissement relatives au matériel médical référencé à l'arrêté du 30 mai 2008
- les intérêts financiers liés à un emprunt immobilier en application des articles D. 314-205 et 206 du CASF

pour les établissements « hors EHPAD » engagés dans un PPI approuvé

- pour constituer des provisions réglementées pour le renouvellement d'immobilisations ;

4 REGLES DE GESTION 2017

La généralisation des CPOM et la mise en œuvre des EPRD amène sur le secteur « personnes âgées » des règles de gestion différenciées.

Ainsi, 2 procédures de tarification coexisteront jusqu'au passage au CPOM de tous les ESMS : la procédure EPRD pour les établissements dorénavant tarifés à la ressource, et la procédure contradictoire qui reste en vigueur pour les autres établissements dans l'attente de la signature d'un CPOM.

Le passage à l'EPRD s'échelonnait selon les dispositions des instructions du 10 octobre 2016 et du 28 décembre 2016.

4.1- Procédure EPRD

4.1.1 Calendrier :

La DRL ayant été publiée le 7 juin, les produits de tarification « soins » doivent vous être notifiés avant le 06/07/2017.

En 2017 et de manière tout à fait exceptionnelle, vous pourrez être autorisés à déposer vos EPRD au-delà du 30 juin à une date définie en accord avec le conseil départemental et la Délégation Départementale de l'ARS.

4.1.2 Dépôt des documents EPRD et ERRD

En application de l'arrêté du 5 septembre 2013, la transmission des EPRD et ERRD doit dorénavant être réalisée exclusivement sur une plateforme dédiée et vaut dépôt réglementaire.

Les accès attribués pour la plateforme import CA sont transférés automatiquement sur la plateforme EPRD.

Les documents à déposer sur la plateforme sont ceux précisés à l'arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R.314-211, R.314-216, R.314-217, R.314-219, R.314-223, R.314-224, R.314-225, R.314-232, R.314-233, R.314-240, et R.314-242 du CASF, et à l'arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents transitoires mentionnés à l'article 9 du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016.

Les cadres excel à utiliser impérativement pour une prise en compte du dépôt sont disponibles sur le site de la DGCS à l'adresse suivante :

<http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/reforme-de-la-tarification>.

4.2 Procédure contradictoire

4.2.1 Délais de campagne pour la procédure contradictoire

Calendrier de campagne :

-	Lancement de la campagne budgétaire :	07/06/2017
-	Date limite d'envoi des propositions budgétaires (au 48 ^{ème} jour) :	24/07/2017
-	Date de fin de campagne :	05/08/2017

4.2.2 Déroulement de la procédure contradictoire

Il est rappelé que les budgets prévisionnels complets doivent être adressés à l'ARS dans les conditions fixées au CASF.

Conformément aux dispositions de l'article R314-24 du CASF, l'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception du courrier joint au présent rapport pour exprimer son désaccord avec les propositions de modification de l'autorité de tarification en réponse aux propositions budgétaires déposées. A défaut de réponse dans ce délai, l'établissement ou le service est réputé avoir accepté les modifications proposées par l'autorité de tarification.

Les dispositions de l'article R. 314-22 5° sont notamment rappelées, qui précisent que les modifications peuvent porter sur les dépenses dont la prise en compte paraît incompatible avec les DRL au regard des orientations retenues par l'autorité de tarification, pour l'ensemble des établissements ou services dont elle fixe le tarif ou pour certaines catégories d'entre eux. Ainsi, vos propositions budgétaires pour l'exercice 2017 seront examinées sur la base du présent rapport d'orientation.

4.2.3 Comptes administratifs

En application de l'arrêté du 5 septembre 2013, la transmission des comptes administratifs doit dorénavant être réalisée exclusivement sur une plateforme dédiée et vaut dépôt réglementaire.

Les cadres excel à utiliser impérativement pour une prise en compte du dépôt sont disponibles sur le site de la plate-forme <http://import.cnsa.fr>. Les documents à déposer sur la plateforme sont ceux précisés dans l'article R 314-49 du CASF.

La plateforme sera ouverte jusqu'à fin septembre 2017 mais le dépôt doit être réglementairement réalisé avant le 30 avril.

La Directrice générale de l'Agence régionale
de santé Centre-Val de Loire



Anne BOUYGARD

Annexe 1 : Répartition par département des prévisions d'installations de places et de dispositifs (hors redéploiements)

Département	ESMS	Nb Places
CHER	AJ	6
Total		6
EURE ET LOIR	AJ	6
Total		6
INDRE	EHPAD	6
	AJ	6
Total		12
INDRE ET LOIRE	AJ	12
Total		14
LOIR ET CHER	HT	4
Total		4
LOIRET	EHPAD	13
	HT	10
Total places		23
Total places Région		169
Mesures Alzheimer	PASA	4

