

Direction de l'Offre Médico-Sociale

Orléans, le 05 JUIN 2018

Rapport d'orientations budgétaires 2018
Etablissements et services médico-sociaux pour personnes âgées

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

- ✓ Le Code de l'action Sociale et des Familles (CASF) et notamment ses articles L.314-3 et L.314-3-1 ;
- ✓ la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ;
- ✓ la loi N°2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, notamment son article 12-II ;
- ✓ la loi n°2015-1776 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 ;
- ✓ 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'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 ;
- ✓ L'instruction N°DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées ;
- ✓ l'arrêté du 18 mai 2018 fixant pour l'année 2018 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°2018-08 du 24 mai 2018 relative aux dotations régionales limitatives 2018 et à la moyenne nationale des besoins en soins requis 2018.

L'Agence régionale de santé décide les orientations régionales opposables suivantes dans le cadre de la procédure de tarification 2018 :

Les notifications budgétaires 2018 découlent des orientations exprimées dans le présent rapport auquel les structures doivent se reporter.

1 BILAN DE LA CAMPAGNE BUDGETAIRE 2017

1.1 Récapitulatif de la campagne 2017

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 01/01/2017	Fongibilité	Actualisation	Crédits mesures nouvelles	Crédits mesures nouvelles	Résorption des écarts	Financements complémentaires	CNR nationaux	Enveloppe au 31/12/2017
477 219 416 €	159 764 €	4 319 045 €	1 810 671 €	150 000 €	3 048 407 €	2 519 815 €	63 964 €	489 291 082 €

La gestion de cette DRL s'est traduite par l'exécution à 100% des crédits notifiés par la CNSA.

Dans le cadre de la réforme tarifaire, 232 EHPAD ont bénéficié de crédits pour un montant de 3M€ tandis que 7 ont subi une résorption négative pour un montant global de 0.11M€.

16.6M€ 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 aides à l'investissement. Ces montants comprennent 2.5M€ de financements complémentaires versés aux EHPAD inscrits au programme de médicalisation pour 2017 pour la mise en œuvre d'objectifs contractualisés.

1.2 Places installées en 2017

La campagne budgétaire 2017 et les créations de places sont synthétisées dans les tableaux présentés ci-dessous :

départements	Mesures nouvelles notifiées							
	HP		AJ		HT		Total	
	en places	en montant (en année pleine)	en places	en montant (en année pleine)	en places	en montant (en année pleine)	en places	en montant (en année pleine)
Cher			6	65 436 €			6	65 436 €
Eure et Loir			4	43 624 €			4	43 624 €
Indre	6	57 600 €					6	57 600 €
Indre et Loire			12	130 872 €			12	130 872 €
Loir et Cher							0	0 €
Loiret	13	124 800 €			10	106 000 €	23	230 800 €
Total	19	182 400 €	22	239 932 €	10	106 000 €	51	528 332 €

départements	Mesures nouvelles notifiées MND et alzheimer							
	PASA		UHR		ESA		temps de psychologue en SSIAD	
	en dispositif	en montant (en année pleine)	en dispositif	en montant (en année pleine)	en places	en montant (en année pleine)	en dispositif	en montant (en année pleine)
Cher					15	225 000 €	1	25 000 €
Eure et Loir			1	240 881 €			1	25 000 €
Indre							1	25 000 €
Indre et Loire	2	128 000 €			15	225 000 €	1	25 000 €
Loir et Cher	1	64 000 €						
Loiret								
Total	3	192 000 €	1	240 881 €	30	450 000 €	4	100 000 €

2 ELEMENTS DE CONTEXTE DE LA CAMPAGNE BUDGETAIRE 2018

La campagne budgétaire 2018 repose sur un taux de progression de l'OGD de 2.4%, qui intègre en construction une évolution de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de 2.6% et un apport sur fonds propres de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 100 M€.

Comme les années antérieures, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cette contribution s'élève sur OGD à 100 M€. Ce gel ne remet pas en cause la couverture des besoins en crédits de paiement exprimés par les ARS en matière de création de places.

A partir de 2018, le secteur médico-social est désormais intégré au sein du Plan ONDAM 2018-2022 qui permet l'appui à la transformation du système de santé. Il vise à garantir la pérennité du système de santé ainsi que l'amélioration de la qualité des prises en charge dans une logique d'efficience de la dépense.

3 ORIENTATIONS MAJEURES

Les principaux axes de la campagne budgétaire du secteur des personnes âgées pour 2018 et qui seront détaillées dans les pages suivantes de ce ROB sont :

- La poursuite de la mise en œuvre de la réforme de la tarification, et la mise en œuvre de mesures provisoires d'atténuation de la convergence négative sur les forfaits dépendance et soin.
- L'amélioration de la prise en charge et de la qualité en EHPAD par la poursuite du déploiement des actions du plan relatif aux maladies neuro-dégénératives et le développement d'astreintes mutualisées d'IDE de nuit et le soutien de démarches de qualité de vie au travail.

3.1 La poursuite de la réforme de la tarification

Cette mesure entrée en vigueur au 1er janvier 2017 vise à objectiver l'allocation de ressources par la mise en place d'un financement automatique des EHPAD, fondé sur le niveau de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis au 30/06 de l'année N-1. Les places d'hébergement permanent sont ainsi financées en référence à l'équation tarifaire GMPS.

Les établissements doivent converger vers les forfaits soins et dépendance issus de l'équation tarifaire sur une période transitoire de sept ans (2017 – 2023), à l'issue de laquelle ils recevront tous le forfait plafonné selon les valeurs de points et de coefficient, sous réserve d'éventuelles modulations liées à l'activité.

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° Concomitamment 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 l'établissement 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.

3.2 L'accompagnement des effets de la convergence

Une mesure temporaire d'accompagnement des effets de la convergence sur les forfait soins et dépendance a été décidée et portera sur les années 2018 et 2019. Un mécanisme de neutralisation des convergences soins et dépendance négatives sera ainsi appliqué, porté en lien avec les conseils départementaux, au moyen d'une enveloppe spécifique attribuée aux ARS.

Une réflexion plus large sera menée au niveau national avec des conseils départementaux et des établissements sur des bases mieux objectivées permettant de sortir des difficultés observées en donnant plus de souplesse à la convergence.

3.3 L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées

Un solde de places issues des plans Alzheimer et Solidarité grand Age sera installé en 2018.

La mise en œuvre du PMND se poursuit également en 2018 avec la mise en œuvre d'actions de formation des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, l'installation de 3 UHR et de 6 PFR.

De plus des moyens complémentaires attribués en 2018 au titre du PMND permettront la création d'une UHR supplémentaire et de 4 PASA

Par ailleurs un déploiement de mesures d'astreintes mutualisées d'IDE de nuit à destination des EHPAD sera entamé en 2018.

Enfin un soutien aux démarches de qualité de vie au travail pourra être apporté.

4 CAMPAGNE BUDGETAIRE 2018 :

4.1 Montant et contenu de la dotation régionale limitative (DRL) 2018 :

Le montant de l'enveloppe régionale limitative destinée au financement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées pour 2018 s'élève à **498 738 424 €**.

Enveloppe 2018		Montant
DRL retraitée au 01/01/2018		487 859 718
Actualisation		2 965 689
Mise en œuvre de la réforme des EHPAD	Résorption écart au plafond	3 559 551
	Mesure convergence dépendance non reductible	1 461 492
Mesures nouvelles	PMND	534 474
	Crédits de paiement pour installation de places	1 173 520
	Astreinte IDE de nuit	503 963
Crédits non reductibles	Enquête de coûts en EHPAD	24 866
	Qualité de vie au travail	655 151
Dotation Régionale Limitative 2018		498 738 424

4.2 le forfait soins

L' actualisation des ESMS

L'enveloppe disponible pour l'actualisation des bases des ESMS est de **2 965 689 €**

Le taux directeur appliqué à la dotation régionale limitative est fixé pour l'année 2018 à **0.7%** pour le secteur des personnes âgées pour l'ensemble des conventions collectives.

Ce taux est composé uniquement d'une progression de la masse salariale aucune progression sur les autres dépenses n'étant retenue.

Ce taux intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2017, les évolutions 2018 générales comme catégorielles, ainsi que la prise en compte de l'effet GVT.

Ce taux de 0.7% est le taux de référence pour la campagne 2018.

Il est 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 mais pourra être modulé

Il est ainsi notamment 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.

L'Equation tarifaire et la convergence tarifaire du forfait soin des places d'hébergement permanent des EHPAD

Modalités de calcul de l'équation tarifaire, spécifique à chaque EHPAD, pour les seules places d'hébergement permanent :

$$[\text{GMP} + (\text{PMP} \times 2,59)] \times \text{nombre de places financés} \times \text{valeur du point}$$

Seules les valeurs de PMP et GMP validées avant 1^{er} Juillet 2017 sont prises en compte pour le calcul de l'équation tarifaire en 2018.

Il est précisé que les EHPAD en convergence négative, notamment ceux dont les coupes sont anciennes, peuvent solliciter une réactualisation de leur coupe en dehors de la démarche de conclusion d'un CPOM. Les demandes devront être formulées par les établissements concernés si possible avant le 30 juin 2018 et au plus tard avant le 30 septembre 2018.

Il est également rappelé que les évaluations des besoins en soins peuvent être réalisées par tout médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente.

Convergence tarifaire

L'équation tarifaire permet de déterminer le forfait soins cible vers lequel les EHPAD doivent converger jusqu'en 2023. En 2018, en application de la réglementation, un montant correspondant à 1/6 de l'écart entre la base reductible actualisée et le plafond ainsi calculé sera résorbé.

L'enveloppe disponible pour la résorption des écarts pour la région Centre-Val de Loire est de **3 559 551 €** pour 2018.

Mode de tarification	PUI (oui/non)	Valeur annuelle du point 2018 en €
Tarif partiel	oui	10,77
	non	10,17
Tarif global (*)	oui	13,10
	non	12,44

Modulation du forfait soins de base

Une modulation pourra être appliquée au regard de l'activité réalisée, et en cas de refus de signature d'un CPOM dans les conditions fixées réglementairement.

4.3 Les financements complémentaires

Les EHPAD perçoivent des financements complémentaires, en plus de la dotation résultant de l'équation tarifaire pour les places d'hébergement permanent :

Les crédits des catégories d'accueil particulières : il s'agit de la reconduction de la base des places d'accueils de jour, d'hébergement temporaire, les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) et les Plateformes de Répit (PFR).

Les actions définies au R 314-163 du CASF définies aux CPOM :

Pour 2018, une enveloppe spécifique de **2 519 815 €** attribuée en 2017 a été intégrée dans la dotation régionale reconduite. Des crédits non reductibles peuvent être attribués en 2018, dans la limite des crédits disponibles pour les actions suivantes définies par les CPOM signés en 2017 ou 2018 :

- développement des parcours de santé et d'autonomie
- actions visant à améliorer la qualité et la sécurité de soins, dont les formations des professionnels
- Les actions de prévention sur les thèmes suivants : prévention des chutes, activité physique adaptée, risque de troubles psychologiques et psychiques, risque de dénutrition et santé bucco-dentaire, iatrogénie médicamenteuse

- Soutien des mesures de gestion des risques infectieux (vaccination...) et réponses aux crises sanitaires éventuelles
- Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements,

La neutralisation des effets de la convergence tarifaire des forfaits soins et dépendance des EHPAD

Afin de prendre en compte la situation des EHPAD fortement impactés par la convergence, une mesure provisoire de neutralisation est mise en place en 2018 et 2019. Une réflexion sera engagée pour permettre aux départements de fixer un tarif dépendance plus adapté aux besoins des EHPAD de leurs territoires.

L'objectif est de garantir qu'aucun établissement ne voie ses ressources diminuer en 2018 et de plafonner à 5000€ la convergence dépendance négative.

La neutralisation portera sur les effets de la convergence pour l'année 2018 uniquement et ne prendra pas en compte les impacts de 2017.

A cet effet, l'ARS dispose pour 2018 d'une enveloppe de **1 461 492€**.

Les critères et modalités d'octroi ont été définis comme suit :

- Sur la section soin, le pas de convergence pour 2018 est intégralement compensé s'il est négatif
- Sur la section dépendance :
 - o Si la convergence sur le soin est négative, l'ensemble de la convergence négative sur la dépendance sera neutralisée
 - o Si la convergence sur le soin est positive, la convergence sur la dépendance sera plafonnée à 5 000€ ; si le solde des convergences soins/dépendance reste négatif, cette perte sera compensée pour rétablir l'équilibre..

Ces crédits seront notifiés en première campagne sur la base des éléments d'informations fournis par les conseils départementaux. Un complément pourra être versé au deuxième semestre dans la limite de l'enveloppe disponible pour soutenir des établissements dans la résolution de difficultés identifiées concourant à la convergence.

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

La notification dans la DRL de crédits de mesures nouvelles en 2018 pour un montant de **1 173 520 €** tient compte de la trésorerie disponible. Le financement des places autorisées dans le cadre du solde des plans Solidarité Grand Age et Alzheimer et dans le cadre du Plan maladies neuro-Dégénératives, dont la mise en fonctionnement est prévue en 2018 est ainsi assuré.

Créations de places et de dispositifs

Les mesures financées 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.

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€ au titre duquel seront installées en 2018 3 UHR, 6 PFR. Les UHR et PFR ainsi financées figurent en **annexe n°1**.

Le déploiement en région Centre-Val de Loire de la mesure d'extension des prestations des SSIAD aux maladies de Parkinson et de la sclérose en plaques 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.

Des crédits complémentaires de **534 474€** versés en 2018 à l'ARS Centre-val de Loire, permettent de programmer la création d'une UHR et 4 PASA. : une UHR sera financée en Indre et Loire, permettant ainsi le fonctionnement de 2 UHR sur chaque département et 4 PASA seront créés dans les départements du Cher (2 PASA) et de l'Indre et Loire (2 PASA), les moins équipés au regard du

nombre de personnes âgées de plus de 75 ans. Ces PASA seront positionnés dans des EHPAD identifiés par l'ARS sur la base de l'annexe programmatique du PRIAC, prêts à installer ces dispositifs en 2018. Ces programmations figurent également en annexe 1.

Enfin, de nouvelles actions de soutien et d'accompagnement en direction des proches aidants familiaux de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, seront financées à hauteur de **70 343€**.

Plan pluriannuel de mise en place d'astreintes d'infirmières de nuit en EHPAD

Ce plan s'inscrit dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2018 spécifique à la prise en compte des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agit d'un plan pluriannuel qui permettra à chaque EHPAD, sur la base d'astreintes mutualisées entre plusieurs établissements, de bénéficier d'une présence infirmière de nuit pérenne.

Le montant des crédits disponibles à ce titre en 2018 pour l'ARS Centre-Val de Loire est de **503 963€**

Un appel à candidature sera lancé en 2018 pour l'attribution de ces crédits. Il sera ouvert à toute structure sanitaire ou médico-sociale souhaitant porter ce dispositif d'astreinte à destination d'EHPAD ne disposant pas d'IDE de nuit dans ses effectifs.

4.5 Mesures non reconductibles :

Qualité de vie au travail

Une enveloppe d'un montant de **655 151 €** est disponible en 2018 pour soutenir des démarches de qualité de vie au travail en EHPAD. Les modalités d'attribution de ces crédits seront prochainement précisées.

Les actions développées et financées par l'enveloppe régionale devront être conformes au projet régional de santé en cours de finalisation qui prévoit un partenariat avec les conseils départementaux et les fédérations d'établissements dans le but d'élaborer un plan d'actions concernant les organisations de travail, et les leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Orientation 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**.

En aucun cas les demandes de CNR ne donnent lieu à une délégation automatique de crédits. Elles seront instruites dans le cadre d'une priorisation régionale et en fonction du montant des crédits disponibles et devront être conformes au cahier des charges en annexe 2.

Les CNR sont destinés au financement d'orientations régionales fixées notamment au vu de la l'instruction ministérielle du 15 mai 2018 et devront être en parfaite cohérence avec le PRS2 en cours de finalisation. Seront ainsi prises en compte les demandes portant sur les champs suivants, tout en poursuivant un objectif prioritaire de mutualisation des projets entre établissements et services :

- le soutien à l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail ;
- le soutien à la formation des personnels relevant de la section soins; et prioritairement les actions visant les troubles du comportement, la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de l'une des 3 maladies neurodégénératives, les formations d'ASG, AS/ASH de nuit/appels d'urgences, la bientraitance
- les dépenses liées à des besoins de remplacement de personnel relevant de la section soins ; notamment à titre expérimental, le financement ponctuel du remplacement de personnels en module de préparation à la VAE pour le diplôme d'aide-soignant ;
- le soutien au fonctionnement des ESMS, notamment les frais de 1^{ère} installation ;

- le soutien aux systèmes d'information innovants des ESMS (Dossier de Liaison d'Urgence, DMP et sécurisation du circuit du médicament, messagerie sécurisée, équipement en télé-médecine, dans la limite de 17 500€, en compléments des crédits versés au titre du Contrat/Plan/Etat/Région pour 10 EHPAD ne pouvant autofinancer le reste à charge...)
- 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 ;
- l'appui aux rémunérations des IDEL des SSIAD ;
- l'aide aux frais de transport pour les accueils de jour ;
- le soutien à l'investissement des ESMS :
 - Les leviers privilégiés de l'aide à l'investissement reposent sur les aides en capital versées par les collectivités locales, la CNSA ou d'autres acteurs de l'investissement social. Pour les EHPAD, ce soutien sera donc prioritairement orienté vers les dépenses d'amortissement relatives au matériel médical référencé à l'arrêté du 30 mai 2008. Toutefois, à titre tout à fait exceptionnel, des crédits pourront toutefois être versés pour compenser 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 ;

5 Généralisation du CPOM et passage à l'EPRD

La mise en œuvre de la réforme de la contractualisation se poursuit, le CPOM étant 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 et se substitue aux CTP pour les EHPAD.

Le calendrier de mise en œuvre élaboré en 2017 en lien avec les CD est en cours d'actualisation. La programmation des CPOM pourra tenir compte de priorités définies au regard de l'impact de la convergence dépendance sur les EHPAD en intégrant les établissements les plus fortement impactés.

Il est rappelé que 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.

6 REGLES DE GESTION 2018

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 coexistent 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'échelonne selon les dispositions des instructions du 10 octobre 2016 et du 28 décembre 2016.

5.1- Procédure EPRD

5.1.1 Calendrier :

La DRL ayant été publiée le 30 mai 2018 , les produits de tarification « soins » doivent être notifiés avant le 30 juin 2018 .

5.1.2 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/ERRD.

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 EPRD devront être déposés 30 jours après la notification et au plus tard avant le 30 juin.

Les établissements pourront le cas échéant, estimer le montant de leur dotation au regard des éléments du ROB pour procéder au dépôt de leur EPRD dans les délais réglementaires.

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>.

5.2 Procédure contradictoire

5.2.1 Délais de campagne pour la procédure contradictoire

Calendrier de campagne :

- | | | |
|---|--|-----------------|
| - | Lancement de la campagne budgétaire : | 31 mai 2018 |
| - | Date limite d'envoi des propositions budgétaires (au 48 ^{ème} jour) : | 17 juillet 2018 |
| - | Date de fin de campagne : | 30 juillet 2018 |

5.2.2 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 2018 seront examinées sur la base du présent rapport d'orientation.

5.2.3 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 2018 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)

départements	ESMS	nombre de places
Cher	HP	12
total		12
Eure et Loire		
total		0
Indre	AJ	6
total		6
Indre et Loire		
total		0
Loir et Cher	HP	14
	HT	4
total		18
Loiret	HT	5
total		5
total	Région	41

HP : hébergement permanent

AJ : accueil de jour

HT : hébergement temporaire

DISPOSITIFS ALZHEIMER/PMND

départements	PASA	UHR	PFR	équipes mobiles
Cher	2	1	1	1
Eure et Loir	2		1	
Indre		1	1	
Indre et Loire	2	1	1	
Loir et Cher			1	1
Loiret		1	1	
Région	6	4	6	2

PFR : plateforme de répit

UHR : unité d'hébergement renforcé

EMG : équipe mobile gériatrique médico sociale

PASA : pôle d'activités et de soins adaptés

ANNEXE 2

Cahier des charges

Allocation des crédits non reconductibles 2018

Personnes âgées

Le ROB fixe les orientations d'utilisation des crédits non reconductibles pour 2018

Ces crédits sont issus

- De la politique régionale relative à l'affectation des résultats
- Des décalages d'installation des places
- des fermetures partielles ou totales, provisoires de structures

Ces crédits ne peuvent financer que des dépenses qui relèvent juridiquement du périmètre tarifaire des établissements auxquels ils sont alloués et ne doivent en aucun cas financer des mesures pérennes.

Les demandes seront étudiées localement pour un arbitrage régional au vu de l'enveloppe disponible. Un suivi rigoureux de l'utilisation de ces crédits sera réalisé, ces crédits pouvant être repris en cas de non utilisation.

I Les orientations prioritaires d'allocation de CNR pour 2018

Les demandes de CNR devront viser une amélioration de la qualité des prestations rendues. Le cahier des charges précise la nature des dépenses pouvant faire l'objet d'une demande en CNR. En aucun cas cette demande ne donne lieu à une délégation automatique de crédits : la demande sera instruite dans le cadre d'une priorisation régionale et en fonction du montant des crédits disponibles.

- 1- *le soutien à la formation du personnel* comprenant généralement les frais de remplacement, mais aussi les frais pédagogiques, les frais de déplacement
Pour la **formation continue**, les thématiques suivantes sont priorisées :
 - Troubles du comportement (notamment en lien avec la maladie d'Alzheimer)
 - Prise en charge des personnes atteintes de maladies neuro dégénératives
 - Formation ASG / AS-ASH de nuit / appels d'urgences
 - Bienveillance

L'établissement devra préciser pour chaque action :

- L'intitulé exact de la formation
- La qualification du personnel concerné
- Le nombre d'ETP
- Le coût de la formation : au moins un devis devra être joint à la demande
- Eventuel autre organisme financeur : nom et montant de la participation ou justificatif de l'absence de prise en charge des OPCA

Il conviendra également de joindre le Plan de Formation.

Les CNR pourront financer en partie le reste à charge de l'établissement après participation éventuelle d'un autre organisme et déduction faite des prestations des OPCA, dans la limite des barèmes suivants :

- Frais pédagogiques de 1 000€/jour maximum
- Financement des remplacements des agents en formation sur la base d'un coût moyen journalier AS de 100€ et IDE de 150€.
- Frais de déplacement de 500€ maximum par personne

- 2- *Les dépenses de personnel liées à des besoins de remplacement :*
Les CNR n'ont pas vocation à financer l'intégralité des remplacements. L'absentéisme et le turn over doivent faire l'objet d'une étude par l'établissement et aboutir à une stratégie en réponse à la situation. La demande de CNR devra être argumentée et l'octroi de crédits sera décidé au vu de la situation de l'établissement, et déduction faite des remboursements versés par les assurances.
- 3- *le soutien au fonctionnement des ESMS, notamment les frais de 1ère installation, aide à la contractualisation :*
Ces crédits concernent notamment le financement de personnel de soin avant l'ouverture des places, afin de construire un projet d'établissement et des outils de travail (outils de la loi 2002-2) pour la mise en service de la structure.
- 4- *le financement d'études spécifiques*
 - a. entrant dans le cadre de l'article R314-61 du CASF :
 - b. dans les cas de restructurations, CPOM, fusion, organisation du travail

Une prise en charge sous forme de forfait pourra être attribuée. Un financement conjoint avec le CD devra être recherché le cas échéant
- 5- *l'aide au démarrage en vue de la contractualisation ou de la constitution d'un GCSMS :*
actions de mutualisation, actions innovantes ou expérimentales
- 6- *le soutien aux systèmes d'information innovants en EHPAD*
Dans ce cadre seront notamment prises en compte les demandes d'équipement en logiciels permettant la mise en œuvre du dossier de Liaison d'Urgence, du DMP, de la messagerie sécurisée, de la sécurisation du circuit du médicament. Un rapprochement du GRADES doit être réalisé pour s'assurer de la conformité du logiciel choisi.
Un devis est attendu.
- 7- *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*
L'indemnisation est fixée à 4C par médecin et 35AMK par masseur kinésithérapeute
Il appartient aux établissements d'informer l'ARS de la tenue des commissions et du nombre de participants par catégorie ayant signé une convention avec l'établissement
- 8- *le financement d'expérimentations :*
notamment :
 - les expérimentations en lien avec les actions spécifiques développées dans le cadre des programmes territoriaux de santé
 - l'expérimentation du financement du remplacement des salariés inscrits au module de 70heures de préparation du parcours de VAE pour le diplôme d'aide soignant
- 9- *le soutien à l'investissement des ESMS engagés dans un PPI pour constitution de provisions réglementées*
 - a. *pour les EHPAD :*
 - l'attribution de CNR au titre du soutien à l'investissement sera prioritairement orienté vers l'amortissement du matériel médical listé par arrêté du 30/05/2008. Le matériel concerné, le coût et montant de l'aide sollicitée devront être précisés et accompagnés d'un devis.
 - L'attribution de CNR au titre du soutien à l'investissement interviendra à titre tout à fait exceptionnel pour la prise en charge d'intérêts financiers liés à un emprunt pour l'investissement immobilier dans les conditions fixées à l'article D 314-205 du CASF. En effet, les leviers privilégiés reposent sur les aides en capital versés par les collectivités locales et la CNSA. Seront priorités les dossiers présentant un surcoût d'exploitation sur le tarif hébergement imputable aux frais financiers de 2€ par jour et par place, en moyenne sur 5 années. L'attribution de crédits impliquera la signature d'une convention avec l'ARS fixant la durée de la prise en charge, renouvelable éventuellement une fois. Les demandes devront être formulées au moyen du document joint et être

accompagnées des pièces justificatives correspondantes. Les établissements devront respecter les conditions suivantes :

- approbation du plan pluriannuel de financement par le conseil départemental
- taux d'endettement inférieur à 50%
- mobilisation de l'ensemble des capacités de financement des investissements :
 - politique de dépôts et de cautionnements conforme à l'article R. 314 -149 du CASF
 - reprises sur réserves de trésorerie ou couverture du besoin en fonds de roulement effectuées si les conditions du R 314-48 du CASF sont réunies
 - liquidités permanentes de l'établissement égales ou supérieures à trente jours d'exploitation

- **b** *pour les autres ESMS*
- pour les amortissements relatifs aux investissements
-