

Campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux

Le DECRYPTAGE de ce mois-ci vous présente les principales orientations du projet de circulaire d'orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Les éléments qui vous sont présentés peuvent être susceptibles d'évoluer sur quelques points dans la mesure où il ne s'agit pas de la circulaire publiée au Bulletin Officiel.

Toutefois, si des modifications devaient survenir, elles ne le seraient qu'à la marge.

Texte de référence :

- *Circulaire relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées*

SOMMAIRE

- A – Les grandes orientations politiques dans le secteur du handicap
- B – Le taux de revalorisation applicable au secteur des établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, hors ESAT
- C – Le taux de revalorisation applicable aux ESAT et les tarifs plafonds
- D – L'impact de l'augmentation du forfait journalier hospitalier dans les Maisons d'Accueil Spécialisées
- E – Les Crédits Non Reconductibles
- F – Le taux de revalorisation applicable au secteur des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées
- G – L'aménagement de la réforme de la tarification dans les EHPAD
- H – Le passage au tarif global
- I – Les financements complémentaires susceptibles d'être alloués dans le champ des personnes âgées, notamment lors de la négociation des CPOM

A – Les grandes orientations politiques dans le secteur du handicap

La circulaire budgétaire rappelle les grandes orientations politiques à l'œuvre dans le secteur du handicap.

1. Le déploiement de la réponse accompagnée pour tous

La circulaire budgétaire invite les ARS à poursuivre le déploiement des 4 axes complémentaires (dispositif d'orientation permanent / réponses territorialisées accompagnées pour tous par le biais notamment des CPOM / promotion de l'autonomie et de l'auto-détermination / accompagnement au changement et évolution des cultures professionnelles) de la réponse accompagnée pour tous sur les territoires, dont l'ambition est d'aboutir à une évolution systémique de l'organisation de la réponse apportée aux personnes sans solution ou dont l'accompagnement par une structure sanitaire ou médico-sociale est en inadéquation avec leurs besoins d'accompagnement.

2. La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre

La circulaire rappelle les grands objectifs de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre à savoir :

- Prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions,
- Développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations servies pour mieux répondre aux besoins,
- Consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie
- Améliorer en continu la qualité des accompagnements favorisant l'adaptation des pratiques

Cette évolution doit s'inscrire dans une bascule rapide de l'offre d'accompagnement au profit de l'accompagnement en milieu ordinaire en accentuant, notamment dans le cadre des CPOM, la dynamique engagée pour faire évoluer l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire afin qu'elle soit plus inclusive et plus souple pour mieux s'adapter à la prise en compte des situations individuelles, notamment les plus complexes.

La mise en œuvre de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre fait l'objet au plan national d'un financement de 180 millions d'€, dont 20 millions d'€ pour l'outre-mer.

L'annexe 11 de la circulaire précise les autorisations d'engagements pour les années 2018, 2019 et 2020 pour chaque ARS. En Pays de la Loire, ce montant est de 869 942 € par an.

REMARQUE

L'annexe 16 de la circulaire budgétaire présente 23 indicateurs de suivi de la transformation de l'offre, déclinés en 4 objectifs, à savoir :

Objectif 1 : Prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions

- Nombre de personnes orientées par les CDAPH en liste d'attente rapporté au nombre de places installées en ESMS
- Délai moyen entre orientation et admission
- Taux de concrétisation des orientations cibles de la CDAPH
- Inéquations hospitalières : part des séjours hospitaliers excédant 270 jours
- **Taux d'occupation des places en ESMS pour enfants en situation de handicap au titre de l'amendement Creton***
- Ratio de personnes handicapées accueillies en Belgique par rapport à la capacité d'accueil du département d'origine

- **Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés***
- Part des établissements de santé ayant des consultations dédiées aux personnes handicapées
- Part de l'activité des services d'Hospitalisation à Domicile réalisée en établissements pour Personnes Handicapées
- Part des ESMS ayant réalisé au moins un acte de télémédecine dans l'année
- Part des ITEP fonctionnant en dispositif intégré
- Amplitude moyenne d'ouverture des ESMS pour enfants handicapés

Objectif 2 : Développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations servies pour mieux répondre aux besoins

- Part des places créées en établissements et services par transformation/requalification
- Part dans l'offre globale des places d'accueil de jour, d'accueil temporaire et séquentiel
- Nombre de PCPE
- **Part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire***
- Nombre de personnes handicapées en dispositif « emploi accompagné »
- Part de l'activité de l'ESAT se déroulant « hors les murs »

Objectif 3 : Consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie

- Nombre moyen d'ESMS reconnus pour leur fonction ressource par département

Objectif 4 : Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques

- Indices de satisfaction des usagers d'ESMS
- Nombre moyen de jours de formation par ETP dans les ESMS pour personnes handicapées de la Région
- Nombre de personnes adhérant à un Groupe d'Entraide Mutuelle pour 1000 habitants
- Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une formation au cours de l'année

** les 3 indicateurs en gras sont considérés comme des marqueurs prioritaires qui ont été assortis de cibles nationales*

3. Le déploiement des Pôles de compétence et de prestations externalisés et la prévention des départs en Belgique

Alors que les PCPE ont été créés par circulaire à titre plus ou moins expérimental, la circulaire budgétaire souligne le caractère pérenne de ces dispositifs. Elle invite à la poursuite de leur développement, à travers notamment l'utilisation de certains crédits de prévention des départs en Belgique, dont le montant pour l'année 2018 en Région Pays de la Loire s'élève à 450 000 € au titre de l'année 2018 (annexe 13).

Toutefois, la circulaire précise que les ARS doivent, dans le cadre des crédits alloués pour la prévention des départs en Belgique, conserver des marges de manœuvre pour la gestion des situations individuelles.

4. La poursuite de la mise en œuvre des plans existants

Le dialogue de gestion entre la CNSA, la DGCS et les ARS conduit au cours de l'année 2017 a montré qu'il restait des places à installer au titre du plan pluriannuel du handicap 2008-2012, du 3^{ème} plan autisme et du schéma handicap rare 2014-2018. Il est par conséquent demandé aux ARS de poursuivre la réalisation de ces plans.

Quant à la mise en œuvre des mesures du 4^{ème} plan autisme, présenté le 6 avril dernier, elles feront l'objet d'instructions spécifiques.

B – Le taux de revalorisation applicable au secteur des établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, hors ESAT

1. Le taux de revalorisation

Le taux directeur de revalorisation des financements alloués par les ARS aux établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap se décompose comme suit :

- 1,17% au titre de la revalorisation de la masse salariale
- 0% au titre de l'effet prix

Ce taux de revalorisation, qui ne porte que sur la masse salariale intègre les éventuels effets de report « année pleine » des évolutions salariales 2017, les évolutions 2018 ainsi que l'effet de « Glissement Vieillesse Technicité » (GVT).

2. Les modalités d'application de ce taux

La circulaire rappelle que l'application de ce taux directeur ne revêt pas un caractère automatique, et que le ou les critères de modulations de celui-ci devront être précisés dans le Rapport d'Orientation Budgétaire de l'ARS.

A ce titre, la circulaire invite les ARS à prendre en compte les conséquences de la réforme de la contribution obligatoire des structures à la formation professionnelle. Ainsi, les ARS sont invitées à soutenir les structures qui investiraient dans la formation professionnelle continue des salariés.

REMARQUE

Pour les établissements et services médico-sociaux relevant d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, les modalités d'évolution pluriannuelle du budget sont fixées par le contrat, et peuvent prendre la forme :

- De l'application directe du taux d'actualisation de la dotation régionale limitative (0,88% cette année dans le champ des personnes en situation de handicap, que le gestionnaire pourra allouer à l'évolution de la masse salariale et/ou à l'effet prix)
- De l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation définie au contrat,
- De l'application d'une équation tarifaire (notamment dans le champ des EHPAD), d'un tarif plafond (notamment pour les ESAT sous CPOM conclus postérieurement au 21 décembre 2016) ou d'un algorithme

C – Le taux de revalorisation applicable aux ESAT et les tarifs plafonds

L'année 2018 s'inscrit dans la poursuite de la convergence tarifaire et le gel de la dotation des ESAT dont le coût à la place est supérieur aux tarifs plafonds.

1. Le taux de revalorisation des tarifs plafonds

Le taux de revalorisation des tarifs plafonds équivaut au taux de revalorisation des dotations régionales limitatives allouées aux ARS dans le champ des établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, à savoir 0,88%.

La circulaire rappelle que la situation de chaque ESAT doit être appréciée sur la base du coût de fonctionnement net à la place constaté au 31 décembre 2017.

2. Les modalités d'application de ce taux pour les ESAT en deçà du plafond

Les ARS sont invitées à analyser, préalablement à la fixation du taux de revalorisation dans le cadre du dialogue budgétaire, la situation de l'ESAT, au regard notamment des moyens et coûts d'ESAT comparables.

Ainsi, un des objectifs poursuivi doit être de mieux doter les ESAT dont les dotations apparaissent insuffisantes et les plus en difficultés au regard d'éléments précis et objectifs, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser l'équité territoriale.

La circulaire budgétaire propose aux ARS de retenir notamment les critères qualitatifs suivants :

- L'analyse du taux d'occupation des ESAT, au regard du développement des temps partiels et séquentiels, notamment en lien avec les besoins des personnes en situation de handicap psychique, mais aussi les conditions opérationnelles du droit au retour,
- Le repérage des personnes susceptibles de rejoindre le milieu ordinaire et le soutien des initiatives permettant de favoriser les projets d'insertion dans l'emploi
- Les actions mises en œuvre pour favoriser la montée en compétence des travailleurs d'ESAT (formation)
- Le taux de sortie vers le milieu ordinaire de travail.

3. Les modalités d'application de ce taux pour les ESAT en convergence à la baisse

Si la détermination de la dotation globale de financement pour les ESAT en convergence ne doit pas donner lieu à l'application de la procédure budgétaire contradictoire, ni à l'approbation du montant des charges nettes autorisé au titre de l'exercice 2017, la circulaire demande aux ARS d'être attentives à maintenir un dialogue budgétaire avec les ESAT en convergence à la baisse afin de tenir compte des situations individuelles de chaque ESAT et de prévenir les risques de détérioration de la qualité des prises en charge des travailleurs handicapés.

4. Les tarifs plafonds applicables

La circulaire présente les dispositions, relatives aux tarifs plafonds applicables, d'un arrêté à venir fixant les tarifs plafonds et les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau de leurs plafonds respectifs.

Ainsi, pour 2018, les tarifs plafonds applicables devraient être les suivants :

- Le tarif plafond de référence : 13 169 € par place autorisée
- Le tarif plafond pour les ESAT qui accueillent au moins 70% de travailleurs handicapés infirmes moteurs cérébraux : 16 460 €
- Le tarif plafond pour les ESAT qui accueillent au moins 70% de travailleurs handicapés ayant des troubles du spectre de l'autisme : 15 801 €
- Le tarif plafond pour les ESAT qui accueillent au moins 70% de travailleurs handicapés traumatisés crâniens : 13 826 €
- Le tarif plafond pour les ESAT qui accueillent au moins 70% de travailleurs handicapés ayant une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques : 13 826 €

REMARQUE

La circulaire rappelle le maintien d'un moratoire sur les créations de places en ESAT, y compris si les ARS disposent de marges de manœuvre en crédits pérennes dans leurs dotations régionales limitatives.

Ce moratoire traduit la volonté politique donnée à l'inclusion des personnes handicapées en milieu de travail ordinaire, soutenu notamment par le déploiement du dispositif d'emploi accompagné, financé en 2018 à hauteur de 4,5 Millions d'€ par l'Etat, dont 226 885 € sont alloués à la Région Pays de la Loire selon l'annexe 15 de la circulaire.

D – L'impact de l'augmentation du forfait journalier hospitalier dans les Maisons d'Accueil Spécialisées

Le montant du forfait journalier hospitalier ayant été porté à 20 € (contre 18 € précédemment), et afin de garantir un minimum de ressources aux personnes accueillies en MAS, il est demandé aux directeurs d'établissements de cesser de facturer les forfaits journaliers hospitaliers aux résidents dès lors que l'acquittement de celui-ci serait susceptible de ne pas laisser aux personnes accueillies 30% du montant mensuel de l'AAH.

E – Les Crédits Non Reconductibles

La circulaire présente des dispositions propres aux crédits non reconductibles (CNR) afin de définir les dépenses non pérennes qui pourront être prioritairement prises en charges par les ARS dans le cadre de l'allocation de ces crédits.

1. La mise en place d'un processus sélectif d'allocation des CNR

La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens étant de nature à réduire dans les années à venir le montant des crédits non reconductibles (issus essentiellement de la reprise d'excédent sur les comptes administratifs et au décalage dans les ouvertures de places), la circulaire demande aux ARS de renforcer :

- la lisibilité de leur politique d'allocation de CNR et la définition de leurs axes prioritaires, établis sur la base d'une objectivation des besoins des établissements
- la formalisation du processus d'instruction des demandes de CNR, dans le cadre des rapports d'orientation budgétaire de chaque ARS

2. Les préconisations de la circulaire budgétaire pour l'allocation des CNR

Les CNR doivent être prioritairement utilisés pour financer :

- La mise à disposition des permanents syndicaux,
- La gratification des stagiaires pour les travailleurs sociaux en formation dont les durées de stage sont supérieures à deux mois,
- L'investissement dans les ESMS, soit par un apport en capital, soit par la constitution de provisions réglementées pour le renouvellement des immobilisations, dans le cadre du soutien de la capacité d'autofinancement des ESMS sous CPOM.

La circulaire rappelle également qu'au-delà des priorités énoncées ci-dessus, les CNR doivent servir à améliorer la qualité des prestations rendues par les ESMS et que leur usage doit être lié aux objectifs définis dans les CPOM.

Ainsi, la circulaire invite les ARS à utiliser les CNR pour financer :

- Les dépenses de personnel liées à des besoins de remplacement, en les conditionnant à la réalisation préalable par la structure d'un diagnostic approfondi des facteurs d'absentéisme et la formalisation d'un plan d'action
- Les dépenses de formation, et notamment des personnels absents en raison de leur participation à une formation, tout en s'assurant de la complémentarité de l'allocation de CNR avec les sources de financement issues de la réglementation applicable en matière de formation professionnelle continue
- Les réponses aux situations complexes de personnes en situation de handicap, notamment dans le cadre de la mise en œuvre de Plan d'Accompagnement Global et la participation à des Groupes Opérationnels de Synthèse
- L'expérimentation de dispositifs innovants et leur évaluation
- Le soutien à la constitution de Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)
- Les projets relatifs aux systèmes d'information

F – Le taux de revalorisation applicable au secteur des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées

1. Le taux de revalorisation

Le taux directeur de revalorisation des financements alloués par les ARS aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées se décompose comme suit :

- 0,79% au titre de la revalorisation de la masse salariale
- 0% au titre de l'effet prix

Ce taux de revalorisation, qui ne porte que sur la masse salariale, intègre les éventuels effets de report « année pleine » des évolutions salariales 2017, les évolutions 2018 ainsi que l'effet de « Glissement Vieillesse Technicité » (GVT).

2. Les modalités d'application de ce taux

Dans le secteur des personnes âgées, ce taux s'applique essentiellement aux SSIAD et aux accueils temporaires, dans la mesure où pour les EHPAD, concernant l'hébergement permanent, il est appliqué automatiquement, suite à la réforme de la tarification, le taux de revalorisation de la dotation régionale limitative, à savoir 0,7%.

Au même titre que pour le champ des ESMS pour personnes en situation de handicap, la circulaire rappelle que les décisions tarifaires, dans les SSIAD, doivent faire l'objet d'une modulation et ne pas résulter, ni être motivées, par une simple application automatique des taux.

Concernant le champ des EHPAD, cette revalorisation de 0,7% ne s'applique qu'aux structures au tarif partiel, la valeur du point tarif global avec ou sans Pharmacie à Usage Interne (PUI) étant gelée.

	Valeur 2017	Valeur 2018
Tarif partiel sans PUI	10,10 €	10,17 €
Tarif partiel avec PUI	10,69 €	10,77 €
Tarif global sans PUI	12,44 €	12,44 €
Tarif global avec PUI	13,10 €	13,10 €

G – L'aménagement de la réforme de la tarification dans les EHPAD

A la suite des mouvements de grèves dans les EHPAD en fin d'année 2017 et au début de l'année 2018 mais aussi des préconisations du rapport dit « Ricordeau », la circulaire budgétaire propose différents aménagements pour atténuer les effets de la mise en œuvre de la réforme de la tarification pour les EHPAD en convergence tarifaire à la baisse, notamment sur le forfait dépendance.

1. La réactualisation des coupes Pathos et des GMP

La circulaire budgétaire précise qu'un certain nombre d'EHPAD rencontreraient des difficultés en raison de l'obsolescence de leurs PMP et GMP validés, qui définissent automatiquement les forfaits dépendance et soin qui leurs sont alloués.

Aussi, la circulaire invite les ARS à réactualiser en priorité les coupes Pathos et, en accord avec les conseils départementaux, les GMP les plus anciens, et notamment dans les EHPAD en convergence tarifaire à la baisse.

Pour ce faire, elle rappelle qu'en application de l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, les ARS peuvent avoir recours à des médecins vacataires, financés sur les crédits de fonctionnement de chaque ARS, afin de mettre en place un plan de rattrapage de l'actualisation des GMP et PMP.

Elle rappelle également que la validation des coupes Pathos et des GMP peut intervenir en dehors du cadre de la conclusion d'un CPOM.

2. La programmation des CPOM

La circulaire budgétaire préconise aux ARS de revoir le cas échéant le calendrier prévisionnel de passage au CPOM des EHPAD, en étroite concertation avec les Conseils départementaux de leurs régions respectives, afin que les EHPAD les plus fortement impactés puissent être en mesure de signer un CPOM au cours de la période de neutralisation des effets de la convergence à la baisse sur les forfaits dépendance, à savoir 2018 et 2019 (cf. infra).

3. Le dispositif de neutralisation de la convergence tarifaire à la baisse sur le forfait dépendance

Pour mémoire, la réforme de la tarification des EHPAD entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 prévoit un dispositif d'allocation automatique de forfaits dépendance et soin aux EHPAD, au regard de leurs GMP et PMP validés.

a) Les grands principes d'allocation du forfait dépendance

Le décret créé un forfait global relatif à la dépendance composé :

- Du résultat de l'application d'une équation tarifaire au titre de l'hébergement permanent
- Les cas échéant, de financements complémentaires qui seront définis dans le cadre du CPOM.

Le forfait dépendance au titre de l'hébergement permanent est alloué aux EHPAD à partir d'une formule de calcul prenant en compte la valeur du point GIR fixée par le Président du Conseil Départemental multipliée par le GMP validé de la structure (plus exactement par la somme des cotations GIR servant de base au calcul des tarifs afférents à la dépendance et aux soins » - colonne E du tableau de l'annexe 3-6 du Code de l'action sociale et des familles).

Toutefois, afin de permettre une montée en charge progressive de cette mesure, la réforme de la tarification prévoit un mécanisme de convergence tarifaire à la hausse ou à la baisse étalé sur 7 ans.

Ainsi, en 2018, les EHPAD dont la convergence sur le forfait dépendance est à la hausse doivent bénéficier d'1/6^{ème} de l'écart entre leur forfait dépendance reconductible et le forfait dépendance plafond calculé à partir de la valeur du point GIR départemental.

Quant aux EHPAD en convergence tarifaire à la baisse sur le forfait dépendance, ils doivent se voir retirer 1/6^{ème} de l'écart entre leur forfait dépendance reconductible et le forfait dépendance plafond calculé à partir de la valeur du point GIR départemental.

Toutefois, dans le cadre d'un CPOM, le rythme de convergence à la baisse comme à la hausse peut être revu dans la mesure où l'EHPAD est au plafond à l'issue de la période de 7 ans.

b) Les grands principes d'allocation du forfait soin

Le forfait global de soins est composé :

- d'un forfait de soin versé au titre de l'hébergement permanent calculé sur la base du GMPS
- de financements complémentaires définis dans le cadre du CPOM.

Le forfait soin au titre de l'hébergement permanent est alloué aux EHPAD en application de la formule dite du GMPS, à savoir :

$GMPS = ((PMP \times 2,59) + GMP) \times \text{capacité au titre de l'hébergement permanent} \times \text{valeur du point tarif partiel/global avec ou sans PUI}$

Comme pour la dépendance, afin de permettre une montée en charge progressive de cette mesure, la réforme de la tarification prévoit un mécanisme de convergence tarifaire à la hausse ou à la baisse étalé sur 7 ans.

Ainsi, en 2018, les EHPAD dont la convergence sur le forfait soin est à la hausse doivent bénéficier d'1/6^{ème} de l'écart entre leur forfait soin reconductible et le forfait soin plafond calculé en application de la formule dite du GMPS.

Inversement, les EHPAD en convergence tarifaire à la baisse doivent se voir retirer 1/6^{ème} de l'écart entre leur forfait soins reconductible et le forfait soins plafond calculé sur la base du GMPS.

c) Le mécanisme de neutralisation des effets négatifs de la convergence tarifaire à la baisse sur le forfait dépendance

Dans de nombreux EHPAD, les effets éventuellement bénéfiques de la convergence tarifaire sur le soin, majoritairement à la hausse, peuvent parfois être annulés par la convergence tarifaire à la baisse sur le forfait dépendance.

Aussi, la circulaire budgétaire prévoit une enveloppe de financement de 29 millions d'€ de financements complémentaires sur le forfait soin afin de neutraliser les effets négatifs de la convergence à la baisse sur les forfaits dépendance en 2018. Cette mesure est prise dans l'attente de l'approfondissement des travaux sur la définition de mesures correctives pérennes de mise en œuvre de la réforme de la tarification.

Les objectifs poursuivis par cette mesure sont de :

- Garantir, sauf pour les EHPAD en convergence négative sur le forfait soin, qu'aucun établissement ne verra ses ressources diminuer en 2018,

- Plafonner à 5 000 € maximum la convergence dépendance négative afin d'éviter que les gains de la convergence tarifaire soin soient annulés par la convergence tarifaire sur le forfait dépendance.

Afin de bénéficier de ces crédits, les EHPAD doivent remplir les critères suivants :

- Pour tous les EHPAD concernés, s'assurer au préalable qu'après prise en compte de mesure de compensation déjà mise en place par les conseils départementaux, la convergence du tarif dépendance est négative,
- Si la convergence sur le forfait soin est également négative, l'ensemble de la convergence négative du forfait dépendance sera neutralisé, afin de ne pas demander un double effort aux EHPAD concernés,
- Si la convergence sur le forfait soin est positive, alors le montant de la convergence négative sur le forfait dépendance sera plafonné à 5 000 €
- Après écrêtage de la convergence négative sur le forfait dépendance à hauteur de 5 000 €, s'assurer que le solde des convergences sur les forfaits soins et dépendance est positif ou nul. Ainsi, si le solde est négatif, les ARS devront compenser également cette perte pour l'EHPAD afin de rétablir l'équilibre.

La circulaire précise que seul l'effet négatif de la convergence sur le forfait dépendance au titre de l'année 2018 devra être compensé. Par conséquent, il n'y aura pas d'abondement financier au titre de la convergence tarifaire négative de 2017.

H – Le passage au tarif global

20 millions d'€ sont consacrés cette année au financement du passage au tarif global des EHPAD. Ces crédits sont destinés exclusivement aux EHPAD en tarif partiel avec PUI, en raison de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficacité des soins.

Pour rappel, si l'initiative du changement tarifaire relève de l'établissement, le changement effectif est soumis à l'accord préalable de l'ARS.

I – Les financements complémentaires susceptibles d'être alloués dans le champ des personnes âgées, notamment lors de la négociation des CPOM

Outre les financements complémentaires prévus pour financer les modalités d'accueil particulières (Accueil de Jour, Hébergement temporaire, PASA, UHR), des crédits sont également alloués aux ARS pour accompagner les projets de modernisation et de restructuration des établissements, soutenir les démarches d'amélioration de la qualité de prise en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, personnes en grande précarité...)

Ainsi, 50 millions d'€ sont alloués aux ARS en 2018 pour :

- Appuyer les actions de formation des professionnels
- Développer les actions de prévention
- Soutenir les mesures de gestion des risques infectieux et réponses aux crises sanitaires éventuelles

13 millions d'€ de financements complémentaires sont également alloués afin de soutenir les démarches de qualité de vie au travail en EHPAD

3 millions d'€ de crédits sont prévus pour financer des actions d'accompagnement des EHPAD pour la mise en place de clusters sociaux

10 millions d'€ sont dédiés au financement de la 1^{ère} tranche d'un plan pluriannuel de mise en place d'astreintes infirmières de nuit en EHPAD, qui ont vocation à pérenniser les dispositifs expérimentaux existants et / ou mettre en place de nouveaux dispositifs.

15 millions d'€ sont déployés pour financer de nouveaux PASA et UHR, dans le prolongement du plan Maladies Neuro-Dégénératives.