

Avis portant sur le projet de décret en Conseil d'Etat relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées

Le décret examiné est un texte d'application de [l'article 68](#) de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023. Il fixe de nouvelles modalités de tarification des soins infirmiers à domicile.

Le décret :

- Définit la composition de la dotation globale de soins versée aux services proposant des soins infirmiers à domicile ;
- Fixe les règles de calcul du forfait global de soins qui constitue l'une des composantes de cette dotation globale ;
- Définit les modalités de transmission par les services proposant des soins infirmiers à domicile à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des données nécessaires à la détermination du montant du forfait global de soins ainsi que les modalités d'organisation de contrôle et les sanctions par les agences régionales de santé (ARS) ;
- Précise la nature et les conditions de versement par les ARS de financements complémentaires ;
- Précise les conditions de transmission par les conseils départementaux à la CNSA des données relatives aux groupe iso-ressources (GIR) des personnes accompagnées ;
- Fixe les modalités de transition vers le nouveau modèle de tarification sur la période 2023-2027.

I. Contexte

La LFSS pour 2022 ([article 44](#)) avait posé les principes d'une refonte organisationnelle des services à domicile à l'horizon 2025, fondée sur la mise en place d'un **interlocuteur unique** pour les usagers avec la création d'un **service autonomie à domicile (SAD)** pour l'accès et l'organisation des prestations d'aide, d'accompagnement et de soin¹.

Elle prévoyait que cette refonte s'accompagnerait de **modifications des modalités de tarification des services à domicile** :

- Mise en place d'un tarif plancher dans les SAAD²,
- Financement *ad hoc* de la coordination des activités d'aide et de soin³,
- **Réforme de la tarification des soins infirmiers à domicile**. Les nouvelles modalités de tarification ont été introduites par la LFSS pour 2023 ([article 68](#))⁴.

II. Dispositions du décret

1. Composition de la dotation globale de soins et règles de calcul du forfait global de soins

La **dotation globale de soins** versée aux services proposant des soins infirmiers à domicile correspond à la somme du **forfait global de soins**, de la **dotation de coordination aide-soins** et d'éventuels **financements complémentaires**.

Le **forfait global de soins** correspond à la somme :

- **D'une part « socle » au titre des frais de structure et de transports.**

Son montant est égal à la multiplication d'un montant forfaitaire par le nombre de places installées, apprécié au 31 décembre de l'année précédente.

- **D'une part « variable » versée au titre des interventions à domicile.**

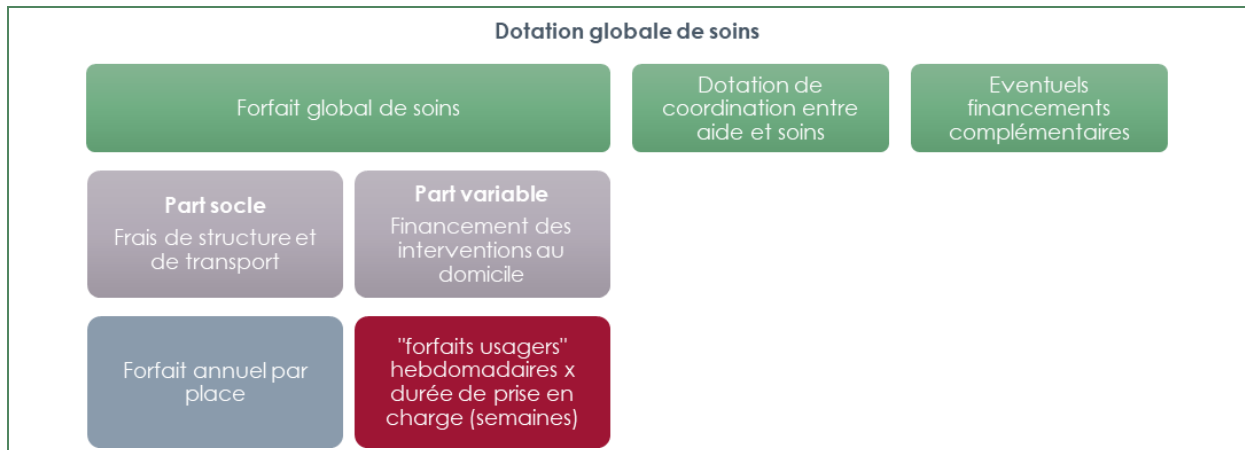
Son montant est égal à la somme de montants forfaitaires hebdomadaires (« forfaits usager »), le cas échéant majorés, multipliés par le nombre de semaines de prise en charge effective de l'usager par le service.

¹ Le HCA a rendu un avis de principe favorable sur ces dispositions en relevant toutefois un certain nombre d'obstacles ([avis du 04/10/21](#)).

² Le HCA a émis un avis favorable à la majorité sur le projet de décret relatif à la mise en place de ce tarif plancher (22€ par heure) en 2022 ([avis du 07/12/21](#)), puis un avis favorable sur sa revalorisation en 2023 pour le porter à 23€ par heure ([avis du 08/11/22](#)).

³ Le HCA a rendu un avis favorable sur l'institution de cette dotation ([avis du 14/03/22](#)).

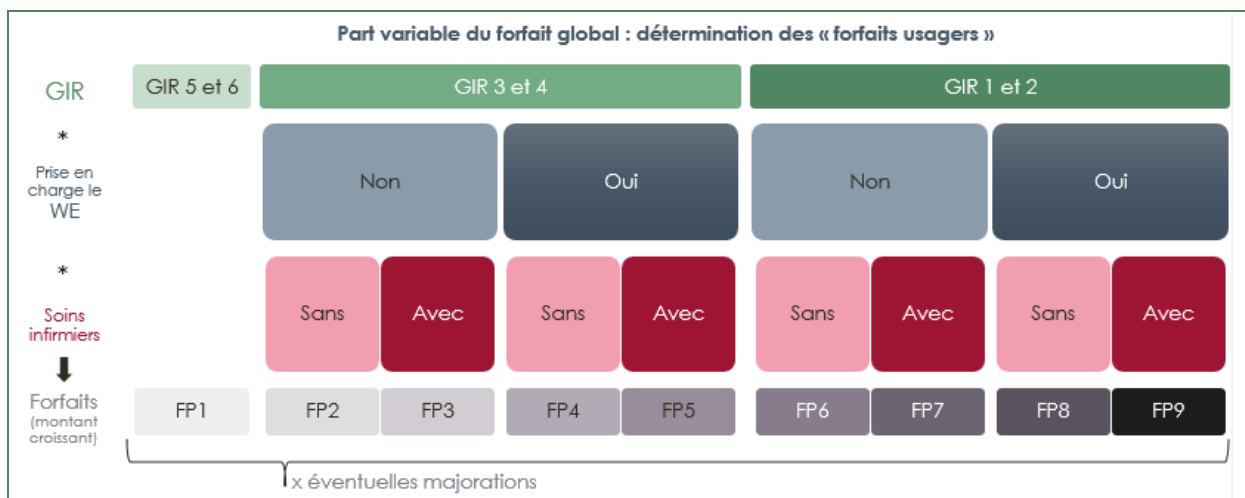
⁴ Le HCA a rendu un avis favorable sur l'article du PLFSS 2023 relatif aux conditions de la collecte obligatoire des informations nécessaires à la tarification des services de soins infirmiers à domicile, à la fiabilisation et au contrôle de ces données et sécurisation de la réforme du financement de ces services ([avis du 18/10/22](#)).



Le montant du « forfait usager » varie selon trois paramètres visant à apprécier le niveau de dépendance et le besoin de soins de la personne accompagnée :

- **Niveau de GIR** (3 niveaux : GIR 1&2 – GIR 3&4 – GIR 5&6),
- Nécessité d'une **intervention à domicile le week-end**
- Nécessité de **soins réalisés par un infirmier** diplômé d'Etat

Des majorations⁵ pourront s'appliquer aux « forfaits usager ».



⁵ Ces majorants éventuels seront précisés ultérieurement par arrêté, mais pourraient concerner, selon les informations transmises par l'administration : (i) une déclinaison plus fine du niveau de GIR : majoration au titre de la perte d'autonomie la plus sévère au sein des 3 niveaux de GIR (i.e. majorations au titre du GIR 1 dans le niveau GIR 1&2 et au titre du GIR 3 pour le niveau GIR 3&4) ; (ii) la prise en compte d'interventions conjointes de deux professionnels (IDE et aide-soignant) ; (iii) les interventions auprès de patients diabétiques insulino-traités).

2. Les dispositifs transitoires applicables pour la transmission des données pour pallier l'absence de système automatisé de recueil des informations et de transmission à la CNSA

A terme, les service autonomie à domicile (SAD) seront tenus de collecter les données nécessaires à la tarification sur la période du 1^{er} juin de l'année précédente au 31 mai de l'année en cours et de les transmettre à la CNSA avant le 1^{er} juin.

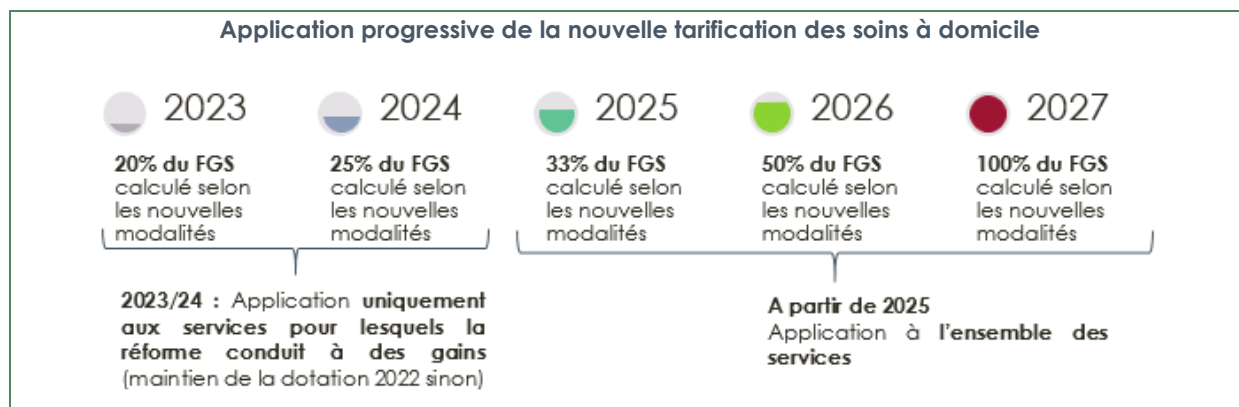
Des dispositions transitoires s'appliqueront jusqu'en 2025:

- Pour 2023, les **données d'activité** (nombre de semaines) prises en compte seront celles de 2022 (ou de 2019 si le service a été confronté à une sous-activité en 2022).
- Pour 2023 et 2024, les **caractéristiques de la patientèle** utilisées pour le calcul du forfait global de soins seront recueillies par l'ATIH, en « coupe » :
 - Le montant cible pour 2023, sera déterminé sur la base des données collectées par l'ATIH en 2022⁶ ;
 - Pour la campagne budgétaire 2024, les données 2023 seront collectées par l'ATIH auprès de l'intégralité des services, sur une période de 14 jours consécutifs :
- Pour les campagnes budgétaires suivantes, **à compter de 2025, le recueil sera mis en place au fil de l'eau**, à partir du dernier trimestre 2023, avec une remontée automatisée des informations des services vers la CNSA.

3. Les modalités de transition vers le nouveau modèle de tarification sur la période 2023-2027

- **La nouvelle tarification s'appliquera progressivement sur la période 2023-2027 :**
 - Le forfait global de soins sera calculé d'une part selon les règles qui prévalaient jusqu'en 2022 et d'autre part avec les nouvelles modalités de tarification
 - Le forfait global de soins pour 2023 sera fixé en pondérant chacune de ces deux enveloppes par respectivement 80% et 20%.
 - **La part de la dotation calculée selon les nouvelles modalités augmentera progressivement, pour atteindre 100% en 2027**
- **En 2023 et 2024, la réforme s'appliquera uniquement aux services qui voient leurs ressources augmenter sous l'effet de la réforme tarifaire.** Le décret prévoit en effet pour ces deux années le maintien de la dotation versée en 2022 aux services dont la dotation cible après application des nouvelles règles de tarification serait inférieure à la dotation calculée selon les règles qui s'appliquaient antérieurement à 2022

⁶ auprès d'environ 2 000 SSIAD/SPASAD identifiés dans la base FINISS, soit un taux de participation, cumulé sur 2 coupes, de près de 97%



4. Les modalités de contrôle des informations transmises

En cas d'informations incomplètes ou non exploitables, les DG ARS sont habilités à fixer d'office le montant du forfait global de soin. Le montant fixé d'office ne pourra être ni supérieur au montant du forfait global de soins fixé au titre de l'année précédente, ni inférieur à 90% de ce montant. Le cas échéant, le montant ainsi fixé d'office sera communiqué à la CNSA par le DG ARS.

Pour permettre le contrôle des données transmises par chaque service à domicile, les départements répondront chaque année, avant le 30 juin, à une enquête de la CNSA sur la répartition par GIR des personnes suivies par les services.

Des contrôles sur pièce et sur place des données déclarées par les services peuvent en outre être effectués par les personnels des ARS ou des CPAM. Ces contrôles peuvent donner lieu à des régularisations sur les exercices budgétaires suivants.

5. La nature et les conditions de versement par les ARS de financements complémentaires

Les financements complémentaires peuvent couvrir les dépenses suivantes :

- Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et de l'accompagnement ;
- Des interventions auprès de personnes présentant des besoins spécifiques, en particulier pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives ;
- Des interventions à des horaires spécifiques ;
- Des actions de prévention ;
- Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des mesures prises pour renforcer l'attractivité de l'exercice des professions.

Il ne s'agit pas de mesures nouvelles mais de financements existant déjà. Ces financements complémentaires font l'objet d'un dialogue de gestion entre l'ARS et le service et sont déterminés dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Les articles du projet de décret relatifs à ces financements complémentaires visent à les sécuriser dans le nouveau modèle de tarification.

III. Avis du HCA sur le projet de DCE

Les SSIAD sont une composante importante de la consolidation du maintien à domicile des personnes vulnérables de tous âges, et singulièrement pour les personnes âgées. Le HCA réitère l'**avis favorable** rendu le [04/10/21](#) dans la mesure où la nouvelle tarification constitue un progrès par rapport aux modalités de financement en vigueur jusqu'alors, qui consistaient en une dotation forfaitaire par patient, non différenciée en fonction de l'état de santé ou d'autonomie des personnes concernées. Une tarification visant une adéquation des financements aux caractéristiques de la patientèle, approchées par une mesure de la perte d'autonomie, via la classification en GIR, et du besoin en soin et en accompagnement, via les interventions d'IDE et les interventions du WE s'inscrit dans la suite de la proposition 39 de la Concertation Grand âge et autonomie et paraît donc souhaitable.

Le Conseil salue la qualité de la concertation conduite par l'Administration pour la préparation de la réforme tarifaire. De telles modalités de travail, collaboratives et fondées sur l'écoute du secteur et le partage des informations, sont essentielles pour emporter l'adhésion des acteurs autour de sujets aussi structurants.

Les dispositions relatives au nouveau modèle de tarification appellent plusieurs commentaires :

*L'allocation des ressources au plus près des caractéristiques de la patientèle conduit nécessairement à une plus grande sophistication du modèle tarifaire. Les majorations qui s'appliqueront aux 9 montants du « forfait usager » et la mise en place éventuelle d'une classification différente pour les personnes en situation de handicap visent à ajuster la tarification en fonction des coûts et des spécificités des prises en charge. Si la fixation des tarifs selon une nomenclature fine est un modèle relativement éprouvé, qui peut être rapproché de ceux de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé (ES) ou du forfait soins des EHPAD, **le Conseil alerte sur les possibles difficultés que pourraient rencontrer les SSIAD, qui sont de petites structures beaucoup moins outillées, pour le codage de leur activité et la gestion d'une tarification ramifiée.** Ces difficultés pourraient conduire à une situation dans laquelle de nombreux services ne seraient pas en capacité de transmettre les informations permettant de fixer leur financement à partir des différents forfaits, dans l'attente de la mise en place, en 2025, du système de transmission automatisée des informations des services vers la CNSA. Une part de services pourrait alors être tarifée d'office par les ARS. La montée en charge et l'étalement de la réforme sur 4 ans devraient toutefois permettre de construire un accompagnement des SSIAD et de leurs tarificateurs. **Le Conseil souligne la nécessité de disposer de remontées régulières d'informations permettant de mesurer son déploiement et d'analyser ses effets, et le cas échéant d'infléchir le modèle s'il y a des difficultés. Le Conseil souhaite pouvoir disposer chaque année d'ici à 2025 d'éléments de suivi et d'impact de la mise en œuvre progressive du nouveau modèle tarifaire, et invitera l'Administration à venir les présenter aux membres pour discussion.***

*L'objet de la refonte des modalités tarifaires étant de renforcer l'adéquation des financements à l'activité, cette réforme devrait permettre aux services, en les solvabilisant mieux, d'assurer davantage de prises en charge de patient classés dans les GIR les plus sévères. Les budgets alloués au niveau national devront tenir compte de la déformation de la structure de la patientèle couverte par niveau de GIR. **Le Conseil souligne la nécessité d'un suivi et d'une analyse fine des modalités de revalorisation des différentes composantes de la tarification de sorte à garantir des financements suffisants pour atteindre les objectifs assignés à cette réforme tarifaire** qui sont d'une part de lutter contre les refus de prise en charge et les ruptures de parcours pour les patients nécessitant des soins « lourds » et d'autre part d'assainir le modèle économique des structures prestataires de soins à domicile via l'attribution de financements en adéquation avec les caractéristiques de leur patientèle. **Sur ce second point, le Conseil appelle à un pilotage des enveloppes assurant que l'augmentation prévisible du nombre et du poids des interventions des SSIAD ne se traduise pas par un ajustement à la baisse des tarifs.***

Le Conseil note par ailleurs que cette réforme tarifaire s'inscrit dans le cadre plus global d'une refonte des services à domicile (les SSIAD ont jusqu'en 2025 pour développer l'activité d'aide et d'accompagnement et bénéficier de l'autorisation d'exercer en tant que SAD). En allouant aux SSIAD un meilleur financement des prises en charge les plus lourdes (personnes âgées poly-pathologiques en situation de perte d'autonomie avérée), la réforme de la tarification devrait théoriquement conduire à un plus grand recoupement entre la patientèle des SSIAD et les publics accompagnés par les SAAD et favoriser le rapprochement entre les activités d'aide et de soin. **Le Conseil portera une attention particulière à la cohérence des réformes tarifaires avec le déploiement du nouveau modèle des Services d'aide à l'autonomie, qui appelle, à terme, une tarification et des financements unifiés. Le Conseil souligne en outre la nécessité d'un accompagnement solide des différentes parties prenantes, services comme tarificateurs.**