



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

l'anap

agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale

La réforme de la tarification des soins infirmiers à domicile

EN 1 MINUTE

Qui est concerné ? Tous les SSIAD et, pour le financement de leur activité de soins uniquement, tous les SPASAD ainsi que tous les futurs services autonomie à domicile¹ assurant eux-mêmes une activité d'aide et une activité de soins à domicile (SAD aide et soins).

Pourquoi une réforme ? Pour modifier le modèle de financement des services, historiquement financés par une dotation forfaitaire quel que soit le profil des usagers.

Qu'est-ce que ça change ? La nouvelle tarification permet une meilleure adéquation du budget des services aux profils des personnes qu'ils accompagnent et des soins réalisés.

C'est pour quand ? Dès 2023, avec application progressive des effets de la réforme jusqu'en 2027.

Quels sont les moyens consacrés à cette réforme ? D'ici 2027, les moyens supplémentaires dédiés à la réforme atteindront 229 millions d'euros, qui s'ajoutent à l'enveloppe de financement historique des SSIAD et SPASAD.

¹ La LFSS 2022 a créé les services autonomie à domicile (SAD), dont le modèle va remplacer les anciens SAAD, SSIAD et SPASAD d'ici 2025. Les SSIAD et SPASAD tels qu'ils existent aujourd'hui ont vocation à disparaître pour devenir « SAD aide et soins ».

Sommaire

Comprendre la réforme

Éléments de calendrier

Dispositions transitoires 2023-2027

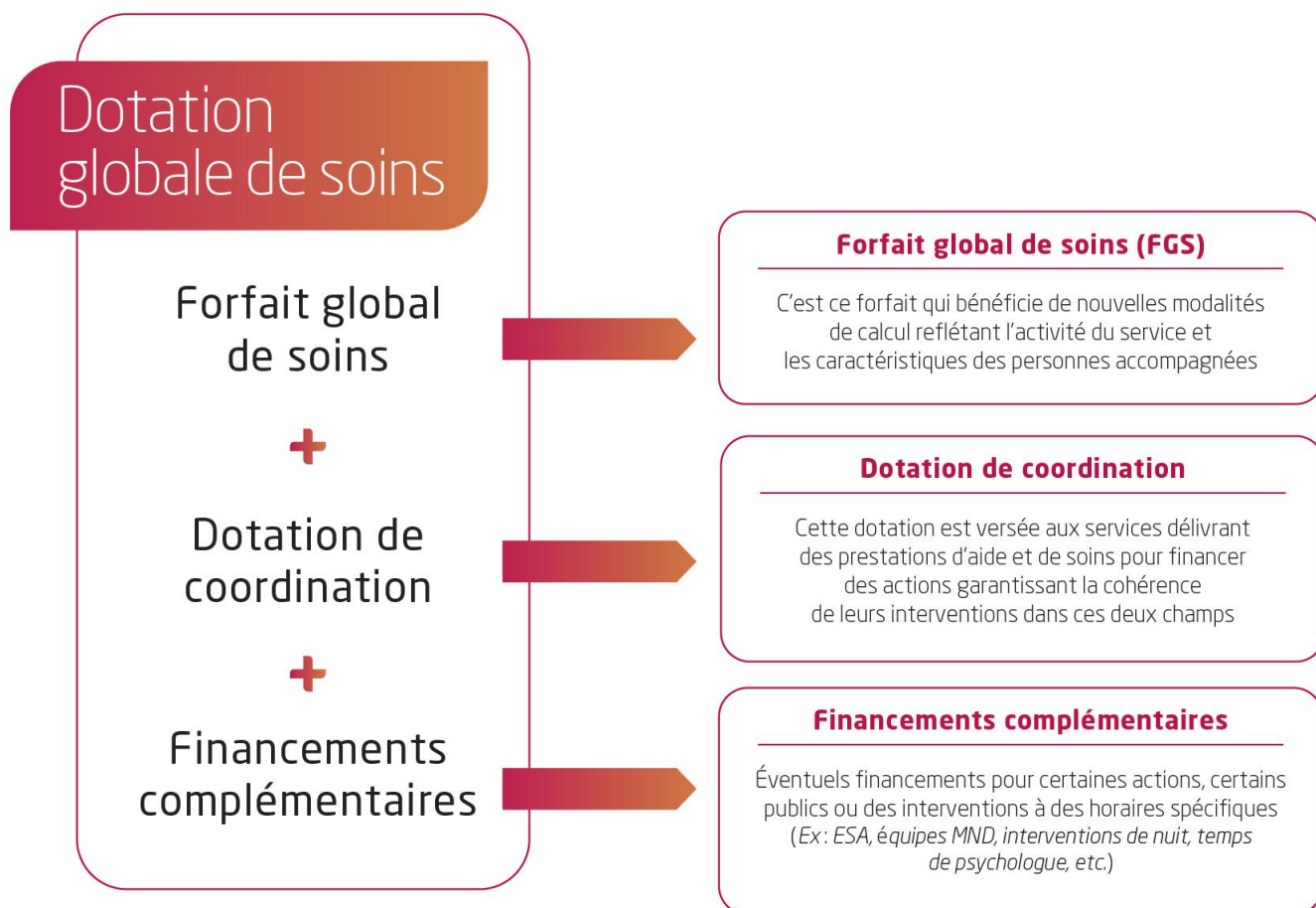
**Les impacts de la réforme sur le
financement des services**

Pour aller plus loin

Comprendre la réforme

Le nouveau modèle de financement

Une dotation globale de soins sera versée annuellement aux services. Elle représente la somme de 3 briques :

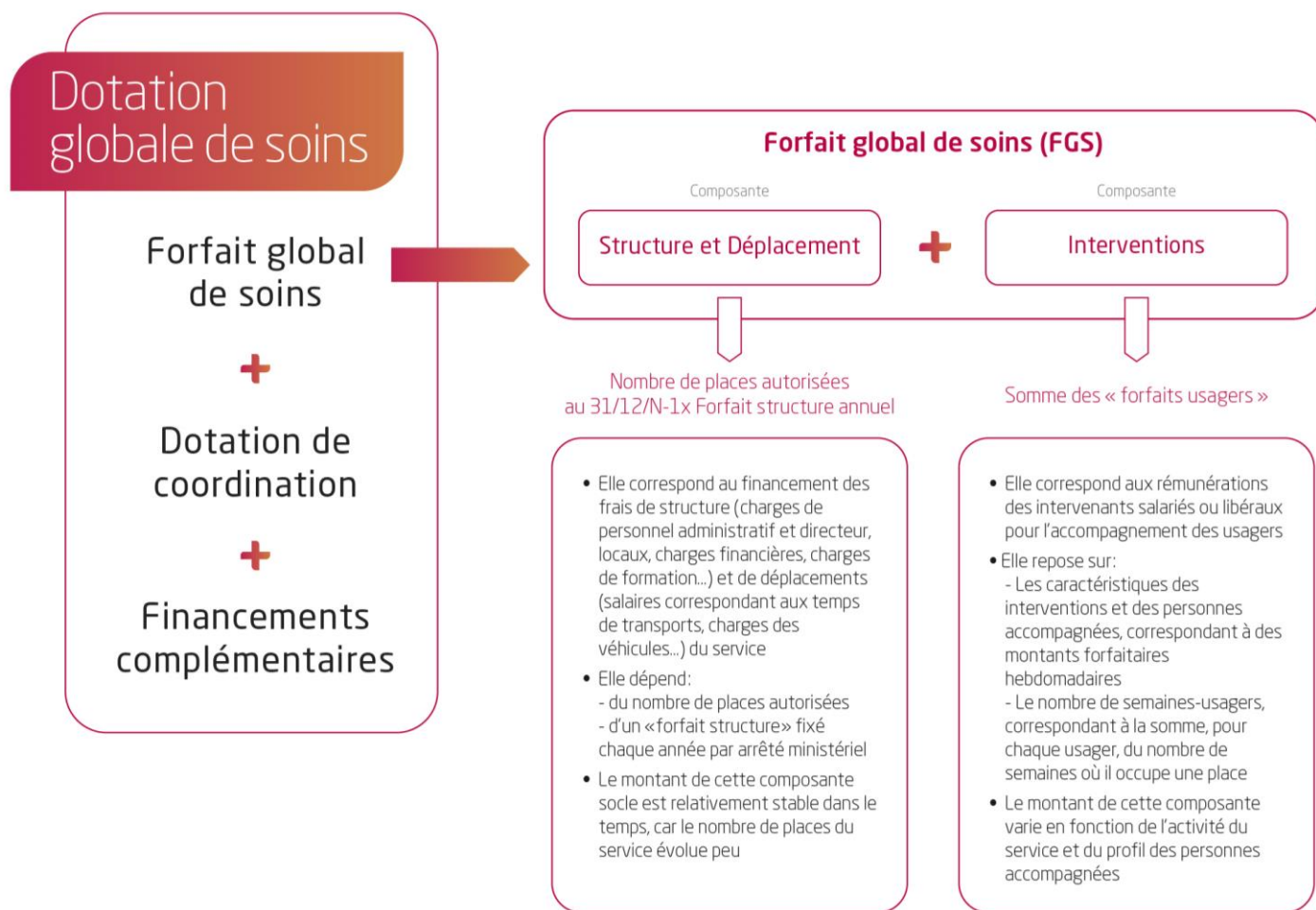


Les 3 briques de la dotation globale de soins

Zoom sur le forfait global de soins (FGS) : modalités de calcul

Le forfait global de soins représente la brique de financement de l'activité de soins, dépendant des caractéristiques des usagers.

Le forfait global de soins est la somme de 2 composantes :



Modalités de calcul du forfait global de soins

Ce montant sera recalculé chaque année afin de tenir compte d'éventuelles évolutions de l'activité de l'exercice antérieur.

Zoom sur la composante Interventions du FGS : prise en compte des profils des personnes accompagnées et des soins réalisés

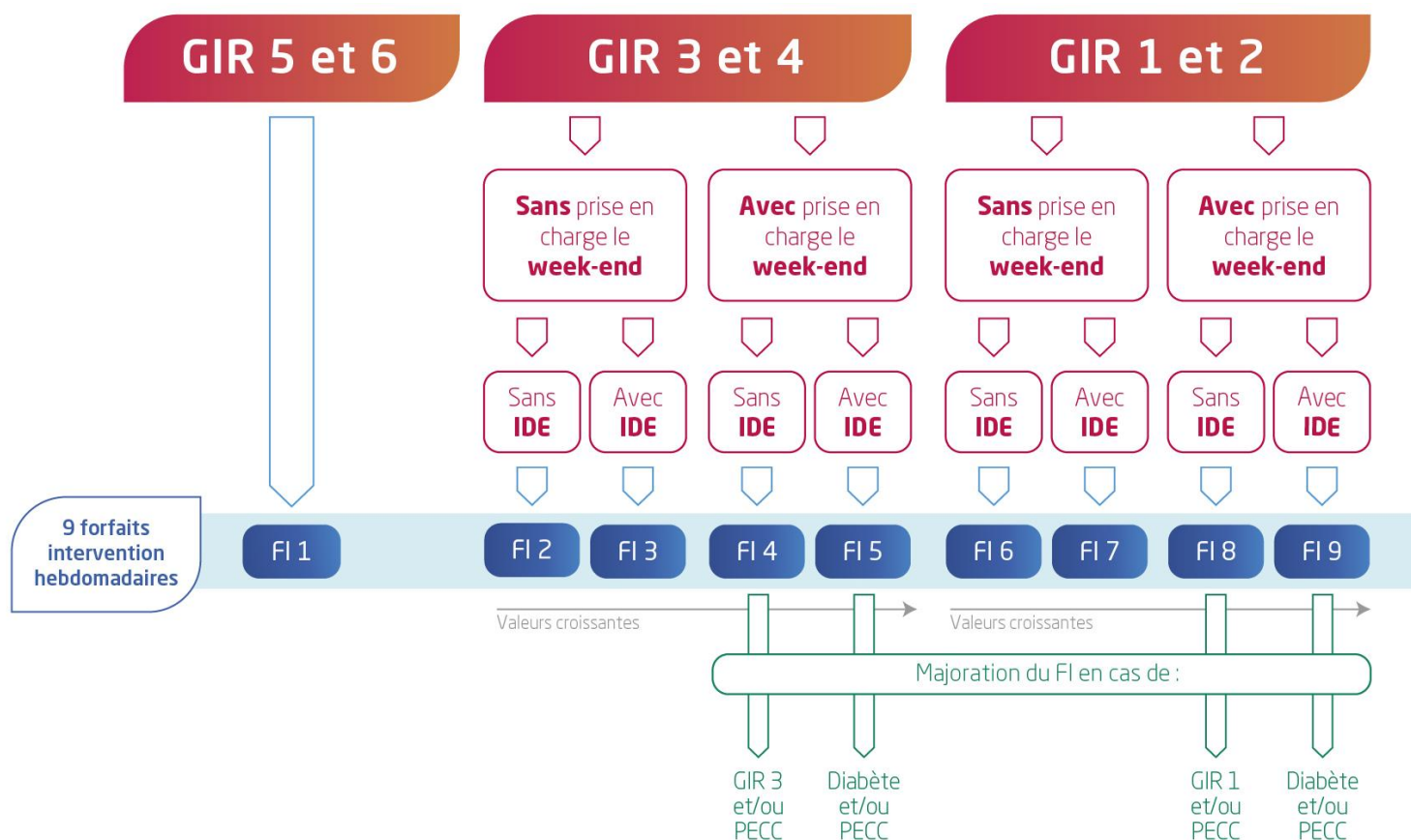
Pour mieux caractériser l'activité des services, un classement par profils de personnes accompagnées est instauré. Il repose sur des caractéristiques des interventions et des personnes accompagnées qui impactent les coûts de prise en charge par le service :

- Le niveau de perte d'autonomie (grille AGGIR pour les personnes âgées et équivalent pour les personnes en situation de handicap)
- Les interventions le week-end
- L'intervention d'un infirmier diplômé d'Etat

Ce classement détermine ainsi 9 profils. Pour chaque profil, un montant de financement hebdomadaire appelé **forfait intervention** est déterminé chaque année par arrêté ministériel.

On détermine ainsi 9 **forfaits intervention**. Pour 4 d'entre eux concernant des interventions réalisées le week-end, des majorations du montant forfaitaire sont appliquées dans les cas suivants :

- GIR 3 et GIR 1 (et équivalent pour les personnes en situation de handicap)
- Intervention pour diabète insulinotraité
- Prise en charge conjointe (PECC) par un IDE et/ou un aide-soignant



Les forfaits intervention correspondant aux caractéristiques de l'accompagnement

Pour chaque usager, un **forfait usager** est ainsi calculé en multipliant :

- Un montant de financement hebdomadaire : le **forfait intervention** applicable à cette personne
- Par le nombre de semaines effectives de prise en charge pendant la période de recueil des données : c'est le nombre de « semaines-usager »

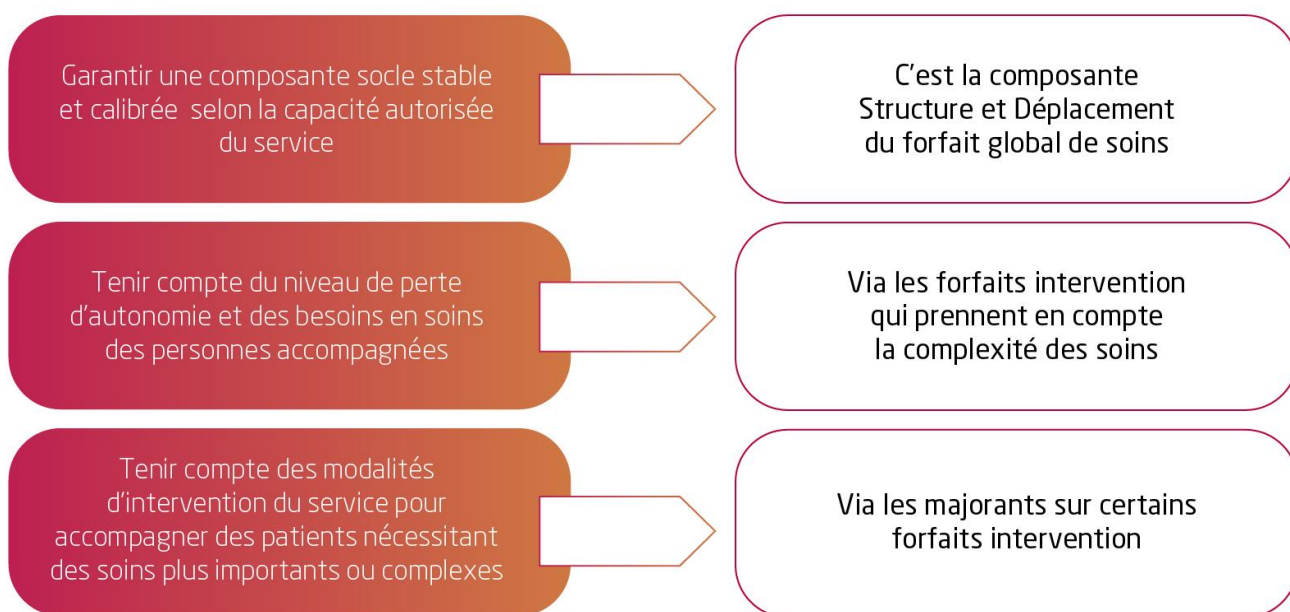
Pour chaque usager :

$$\text{FORFAIT USAGER} = \text{FORFAIT INTERVENTION} \times \text{NB DE SEMAINES-USAGERS}$$

En quoi le forfait global de soins permet-il meilleure adéquation du budget des services à leur activité ?

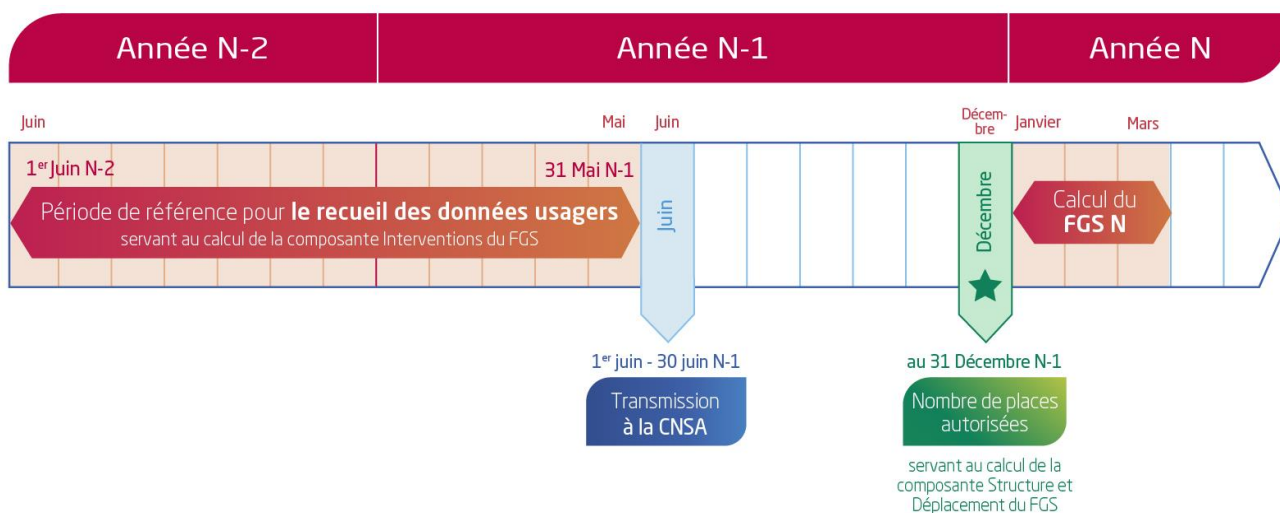
Historiquement, la dotation de soins des SSIAD et SPASAD ne disposait pas d'une formule de calcul dépendant de l'activité et des caractéristiques des personnes accompagnées.

La réforme de la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap poursuit l'objectif d'une meilleure adéquation du financement des services au profil des personnes accompagnées. Pour cela, les nouvelles modalités de financement permettent de :



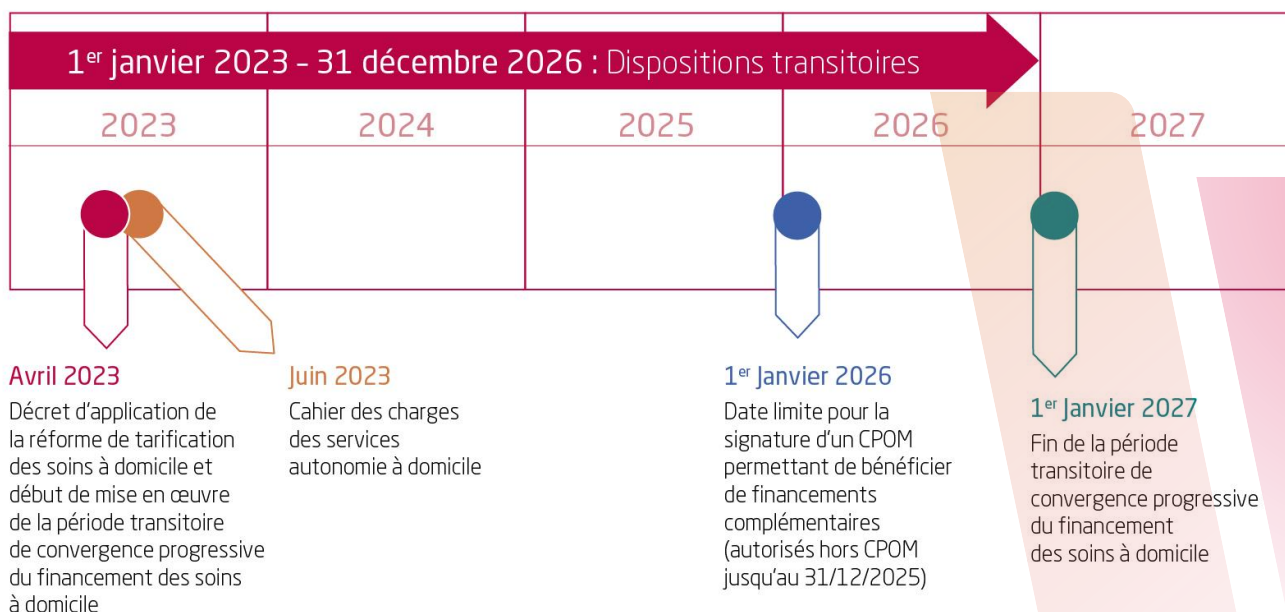
Éléments de calendrier

Périodes de référence et de transmission des données pour le calcul de la dotation globale de soins à partir de la campagne budgétaire 2025



NB : Ces données servent au calcul du forfait global de soins (FGS) de l'année N et également au FGS projeté pour 2027, actualisé chaque année.

Calendrier de la réforme



Dispositions transitoires 2023-2027

Mise en œuvre progressive du forfait global de soins jusqu'en 2027

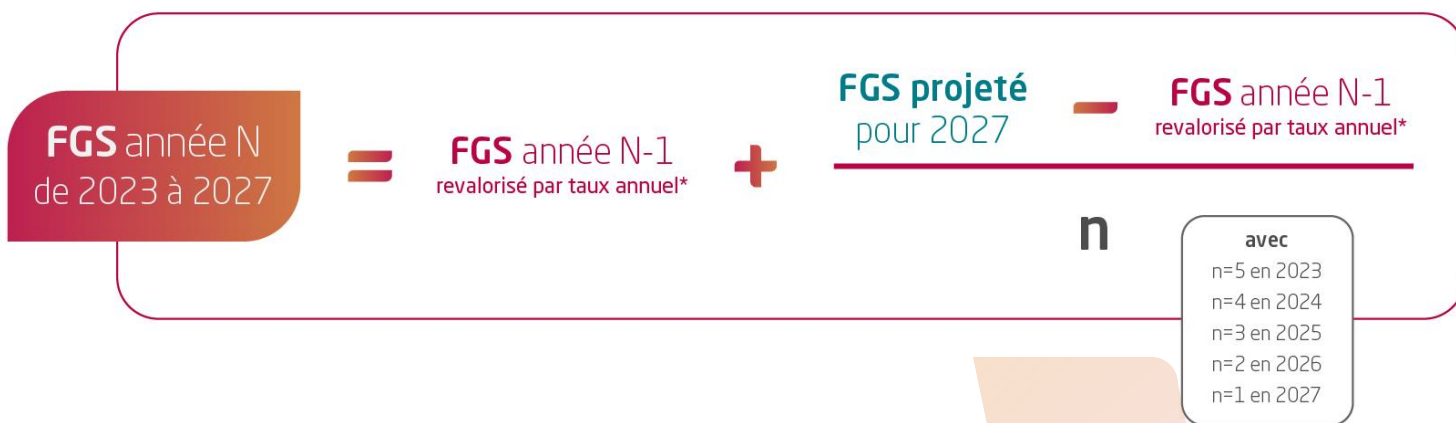
Une période de convergence est prévue pendant 5 ans, soit de 2023 à 2027, pour le calcul du forfait global de soins (FGS). Sur la période 2023-2027, il est prévu que le FGS de chaque service converge progressivement vers le FGS projeté pour 2027. Pour rappel le FGS projeté pour 2027 est la somme de deux composantes :



Le calcul du FGS projeté pour 2027 sera actualisé chaque année sur la base des recueils annuels d'activité (il pourra ainsi évoluer à la hausse ou à la baisse selon l'activité réalisée sur l'exercice antérieur).

Ainsi entre 2023 et 2027, on fixera le FGS de chaque service selon la formule de calcul suivante, qui permet de réduire progressivement l'écart entre :

- la dotation de soins perçue avant la réforme
- et le montant calculé pour le forfait global de soins (FGS) projeté pour 2027



*Taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins applicables aux services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, fixé annuellement par arrêté

Modalités de calcul du forfait global de soins (FGS) de chaque service entre 2023 et 2027

Exemple 1

Un SSIAD dont la dotation 2022 revalorisée par taux annuel est de 120 000€ accompagne des personnes ayant un fort besoin de soins. Son forfait global de soins projeté pour 2027 est évalué à 220 000 €.

En 2023, le calcul de son FGS donne :

$$\text{FGS 2023} = 120\,000 + \frac{220\,000 - 120\,000}{5} = 140\,000$$

En appliquant ce calcul sur les années suivantes, on obtient :

Année	2023	2024	2025	2026	2027
Montant versé au service	1/5 140 000€	1/4 160 000€	1/3 180 000€	1/2 200 000€	1 220 000€

Exemple 2

Un SSIAD dont la dotation 2022 revalorisée par taux annuel est de 120 000€ accompagne des personnes ayant un fort besoin de soins. Son forfait global de soins projeté pour 2027 est évalué à 220 000 € en 2023, puis ré-évalué à 400 000 € en 2025.

En 2023 et 2024, le calcul est le même que pour le SSIAD précédent.

En 2025, le calcul de son FGS donne :

$$\text{FGS 2025} = 160\,000 + \frac{400\,000 - 160\,000}{3} = 240\,000$$

En appliquant la formule de calcul jusqu'en 2027 on obtient :

Année	2023	2024	2025	2026	2027
Montant versé au service	1/5 140 000€	1/4 160 000€	1/3 240 000€	1/2 320 000€	1 400 000€

Un mécanisme de gel en 2023 et 2024

Les services dont le FGS projeté pour 2027 est inférieur à la dotation de soins perçue en 2022(*) auraient dû voir leur financement diminuer dès 2023.

Pour ces services, une mesure protectrice de « gel des crédits » est introduite en 2023 et 2024 : le montant de leur dotation de soins 2022(*) (hors financements complémentaires) sera maintenu et versé pour les exercices 2023 et 2024.

(*) NB : Dans toute la suite du document, la dotation de soins perçue en 2022 inclut les financements Ségur 2023 (reliquat 2022)

Calcul du FGS 2023

NB : Une autre mesure protectrice est introduite en 2023, afin de neutraliser la sous-activité observée en 2022 pour certains services : l'activité prise en compte sera le maximum entre l'année 2019 et l'année glissante allant du 1er juillet 2021 au 30 juin 2022.

$$\text{FGS 2023} = \text{Dotation 2022 revalorisée par taux annuel} + \frac{\text{FGS projeté pour 2027*} - \text{Dotation 2022 revalorisée par taux annuel}}{5}$$

Si inférieur à la dotation reçue en 2022 non revalorisée

➔ GEL

Dans ce cas, FGS 2023

≡ Dotation reçue en 2022 non revalorisée

* En 2023, la composante interventions du forfait global de soins projeté est calculée
- soit sur 2022
- soit sur 2019
selon le montant le plus avantageux

Calcul du FGS 2024

$$\text{FGS 2024} = \text{FGS 2023 revalorisé par taux annuel} + \frac{\text{FGS projeté pour 2027} - \text{FGS 2023 revalorisé par taux annuel}}{4}$$

Si inférieur à la dotation reçue en 2022 non revalorisée

➔ GEL

Dans ce cas, FGS 2024

≡ Dotation reçue en 2022 non revalorisée

Exemple

Un SSIAD accompagnant surtout des personnes ayant un besoin de soins non complexes a perçu 215 000€ de financement en 2022.

Sa dotation 2022 revalorisée par taux annuel est de 220 000€.

Son forfait global de soins projeté pour 2027 est évalué à 160 000€.

En 2023, le calcul de son FGS donne un montant inférieur à la dotation perçue en 2022, le mécanisme de gel des crédits va donc s'appliquer :

$$\text{FGS 2023} = 220\,000 + \frac{160\,000 - 220\,000}{5} = 208\,000$$

< 215 000

Dotation reçue en 2022
(non revalorisée)

Le FGS 2023 de ce service sera donc de 215 000€.

Sauf si le service modifie son activité, faisant évoluer son FGS projeté pour 2027, le mécanisme de gel se poursuivra en 2024, et la formule de calcul général s'appliquera ensuite.

En 2025, le calcul de son FGS donne :

$$\text{FGS 2025} = 220\,000 + \frac{160\,000 - 220\,000}{3} = 200\,000$$

En appliquant la formule de calcul jusqu'en 2027, on obtient :

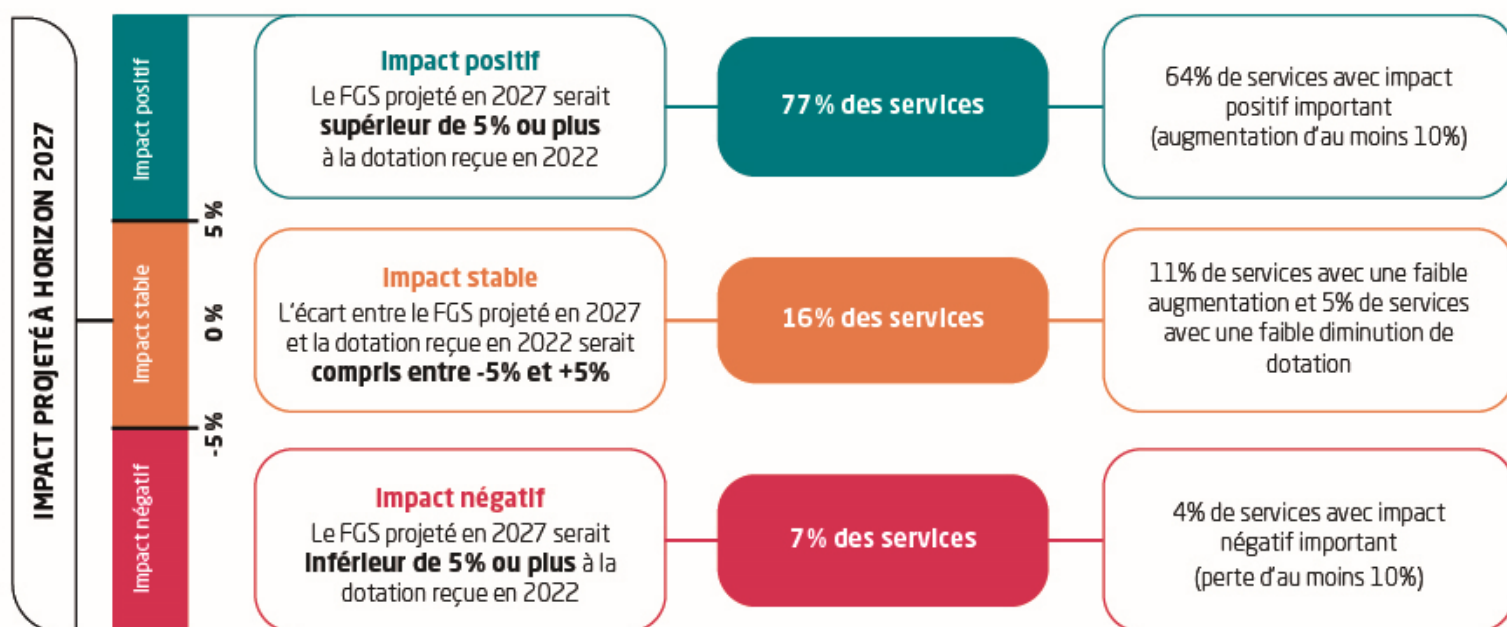
Année	2023	2024	2025	2026	2027
	<i>GEL</i>	<i>GEL</i>	<i>1/3</i>	<i>1/2</i>	<i>1</i>
Montant versé au service	215 000€	215 000€	200 000€	180 000€	160 000€

Les impacts de la réforme sur le financement des services

Les impacts présentés ne concernent que le calcul du forfait global de soins, pas les éventuels financements complémentaires dont peuvent bénéficier certains services.

A horizon 2027

Les calculs projetés à activité constante (c'est-à-dire sur la base de l'activité connue, réalisée en 2022 ou en 2019 selon le plus avantageux) montrent qu'une majorité de services vont voir leur financement augmenter.



En 2023

Les services qui auraient dû avoir un impact négatif sur leur financement bénéficieront du mécanisme de gel permettant le maintien de leur dotation antérieure.

Ainsi en 2023 :

- 95,3% des services auront un forfait global de soins 2023 supérieur à la dotation perçue 2022, dont :
 - o 3,5% de services avec une augmentation de plus de 10%
 - o 38,9% de services avec une augmentation comprise entre 5 et 10%
 - o 52,9% de services avec une augmentation comprise entre 0 et 5%
- 4,7 % des services auront un forfait global de soins 2023 égal à leur dotation 2022 (gel)

Dispositions particulières pour les services non-répondants aux recueils

Le calcul du FGS 2023, du FGS projeté pour 2027 et des impacts de la réforme a été réalisé par l'ATIH sur la base des recueils d'activité (coupes) de 2022.

Pour les services qui n'ont pas répondu (ou partiellement) au recueil 2022 ainsi que pour les services dont les données ne sont pas exploitables, le FGS 2023 sera fixé par le directeur général de l'ARS. Ce montant sera compris entre 90% et 100% de la dotation perçue en 2022.

Pour les années suivantes, en cas de non-participation au recueil ou de données non exploitables, le directeur général de l'ARS peut enjoindre le service d'y procéder dans un délai de quinze jours. Faute d'exécution dans ce délai, il informe le service du montant du forfait global de soins qui lui sera fixé d'office pour l'année à venir. Le montant du FGS fixé par le DG de l'ARS ne peut être ni supérieur au montant du forfait global de soins fixé au titre de l'année précédente, ni inférieur à 90% de ce montant.

A RETENIR

Que dois-je faire pour permettre le calcul de la dotation globale de soins de mon service ? A partir de 2024, tous les services doivent transmettre leurs données d'activité à la CNSA via le système d'information qui sera mis en œuvre, chaque année entre le 1^{er} et le 30 juin.

Sur quelle période le recueil doit-il être effectué ? Le recueil d'activité est effectué en continu : pour une année N, la période de référence du recueil va du 1^{er} juin de l'année N-1 au 31 mai de l'année N.

Que se passe-t-il si le montant de financement de mon service diminue avec ces nouveaux calculs ? En 2023 et 2024, un mécanisme de gel des crédits sécurise les services impactés négativement par la réforme : leur forfait global de soins ne peut être inférieur à la dotation qu'ils ont perçue en 2022 (hors revalorisation par taux annuel). Lorsqu'elles sont défavorables aux services, les nouvelles règles de calcul ne s'appliqueront qu'à partir de 2025.

Quel est l'impact de la réforme en 2023 ?

→ 95,3% des services sont identifiés avec un impact positif : forfait global de soins 2023 > dotation 2022

→ 4,7% des services bénéficient du mécanisme de gel : forfait global de soins 2023 = dotation 2022

Quel est l'impact de la réforme pour les services à horizon 2027 ? A activité constante et toutes choses égales par ailleurs :

→ 77% des services sont identifiés avec un impact positif à horizon 2027

→ 15% des services sont identifiés avec un impact stable à horizon 2027

→ 8% des services sont identifiés avec un impact négatif à horizon 2027

Pour aller plus loin

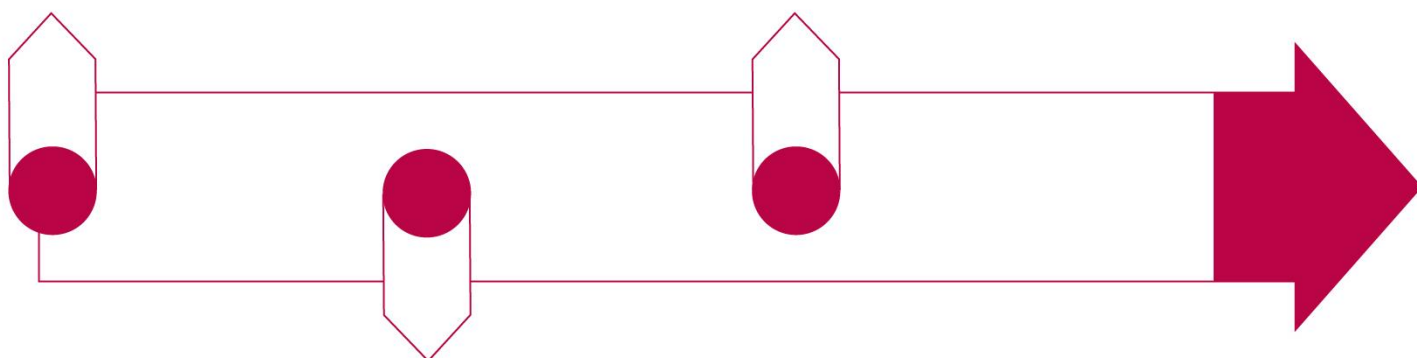
Les textes de référence

Article 44 de la loi n° 2021-1754
du 23 décembre 2021 de financement
de la sécurité sociale pour 2022

- Réforme des services à domicile
(création des services autonomie à domicile)
- Réforme de la tarification des soins à domicile

Décret n° 2023-323 du 28/04/2023 relatif à la
tarification des soins infirmiers à domicile pour les
personnes âgées et personnes handicapées **et ses
arrêtés d'application**

- Nouvelles modalités de tarification et modalités de transition
- Modalités de transmission des données



Article 68 de la loi n°2022-1616
du 23 décembre 2022 de financement
de la sécurité sociale pour 2023

- Rectification de certaines dispositions relatives
à la réforme de la tarification des soins à domicile

Les outils d'accompagnement

D'autres outils d'accompagnement de la réforme sont à votre disposition :

- Site de l'ATIH
- [Site de la CNSA](#)
- [Site du ministère](#)