

## **Réforme de la tarification des SSIAD/SPASAD Campagne budgétaire 2023**

Dans le cadre de la réforme du financement des SSIAD/SPASAD, l'ATIH a été missionnée par la DGCS et la CNSA pour la réalisation des travaux techniques sur la construction d'un nouveau modèle d'allocation des financements ainsi que pour le calcul des paramètres de financement qui en découlent.

La présente notice vise à informer les SSIAD et SPASAD des nouveautés liées au financement de leurs structures et des modalités techniques de construction des paramètres de financement pour l'année 2023.

Elle est composée de 5 annexes :

- L'annexe 1 décrit le fonctionnement du nouveau modèle de financement ..... 2
- L'annexe 2 précise les modalités de calcul des paramètres de financement qui découlent du nouveau modèle (valeur des forfaits et forfait global de soins projeté 2027) ..... 5
- L'annexe 3 décrit le recueil, mis en place en 2022, permettant le calcul des paramètres de financement ..... 9
- L'annexe 4 précise les modalités de la campagne 2023 (calcul du forfait global de soins 2023) ..... 10
- L'annexe 5 donne le lien vers d'autres documents et ressources sur la réforme de tarification des SSIAD/SPASAD ..... 13

Le Directeur général  
Housseyni HOLLA

## Annexe 1

### Fonctionnement du nouveau modèle de financement des SSIAD/SPASAD

L'objectif de la réforme est de passer d'une dotation soins forfaitaire « historique », invariable quelle que soit l'activité du service, à une dotation qui soit davantage en adéquation avec le profil des personnes accompagnées par la structure. Ce modèle doit permettre aux SSIAD/SPASAD de disposer de davantage de moyens financiers lorsqu'ils accompagnent des personnes avec des prises en charge en soins plus importants.

Le nouveau modèle d'allocation des ressources a été construit sur la base des enseignements de l'enquête de coûts 2018, menée sur un échantillon de 202 SSIAD/SPASAD. Ces enseignements ont été discutés dans le cadre d'un GT regroupant les acteurs du secteur (fédérations, agences régionales de santé, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Caisse nationale d'assurance maladie et ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées). Ces discussions ont eu lieu entre septembre 2021 et novembre 2022.

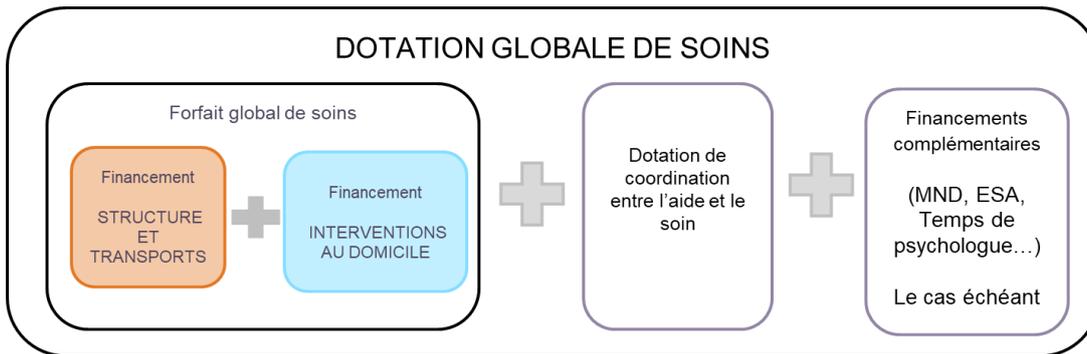
Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par :

- Un article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 : [L'article 68 de la loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023](#)
- Un décret : [décret n° 2023-323 du 28 avril 2023](#) relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées
- Quatre arrêtés viennent préciser le fonctionnement de ce nouveau modèle et sa mise en œuvre opérationnelle :
  - o [L'arrêté du 28 avril 2023 fixant, en application de l'article R. 314-138 du code de l'action sociale et des familles, le classement des personnes âgées ou en situation de handicap accompagnées par des services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile, en fonction de leurs caractéristiques et de leurs besoins en soins](#)
  - o [L'arrêté du 28 avril 2023 fixant le modèle du tableau de détermination de la capacité d'autofinancement prévisionnelle](#) prévu par le décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées
  - o [L'arrêté du 28 avril 2023 fixant les périodes de recueil des données permettant le calcul du forfait global de soins pour les exercices 2023 à 2025](#)
  - o [Arrêté du 25 août 2023 fixant pour 2023 les montants forfaitaires mentionnés aux II et III de l'article R. 314-138 du code de l'action sociale et des familles et le 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](#)

#### I. Les trois compartiments de la dotation globale de soins

La dotation globale de soins annuelle d'un service est constituée de trois compartiments :

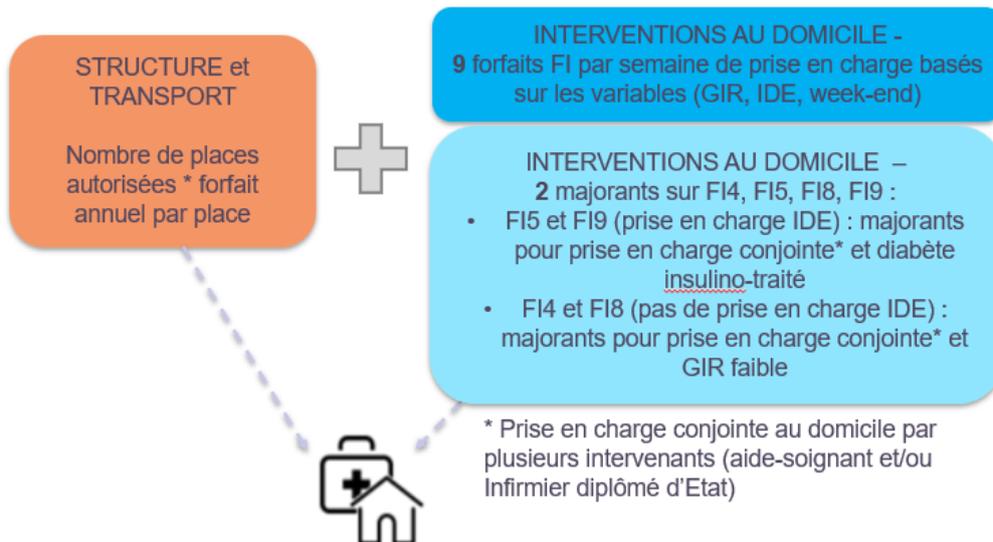
- Le forfait global de soins : c'est cette composante qui fait l'objet d'un changement des règles d'allocation. L'objectif de la réforme est de passer d'une dotation soins forfaitaire « historique », invariable quelle que soit l'activité du service, à une dotation qui soit davantage en adéquation avec le profil des personnes accompagnées par la structure.
- La dotation de coordination entre l'aide et le soin : cette dotation, correspondant à un financement spécifique versé par l'ARS permettant d'inciter à la coordination entre les prestations d'aide et de soins, sera versée aux services autonomie à domicile dispensant les deux prestations.
- Les financements complémentaires correspondent à des financements de missions spécifiques de certains services.



## II. Les modalités de calcul du forfait global de soins

Le forfait global de soins est composé :

- D'un financement annuel au titre de la structure et des transports
- D'un financement au titre des interventions à domicile



### A. Financement au titre de la structure et des transports

Cette composante du financement est obtenue, pour l'année N, en multipliant le nombre de places autorisées du service au 31/12/N-1 par un montant forfaitaire annuel publié chaque année par arrêté des ministres chargés des Personnes âgées, des Personnes handicapées et de la Sécurité sociale, majoré de 20% pour les départements d'Outre-Mer. Le nombre de places autorisées concerne uniquement les activités de soin, hors places liées aux financements complémentaires qui sont financés par ailleurs.

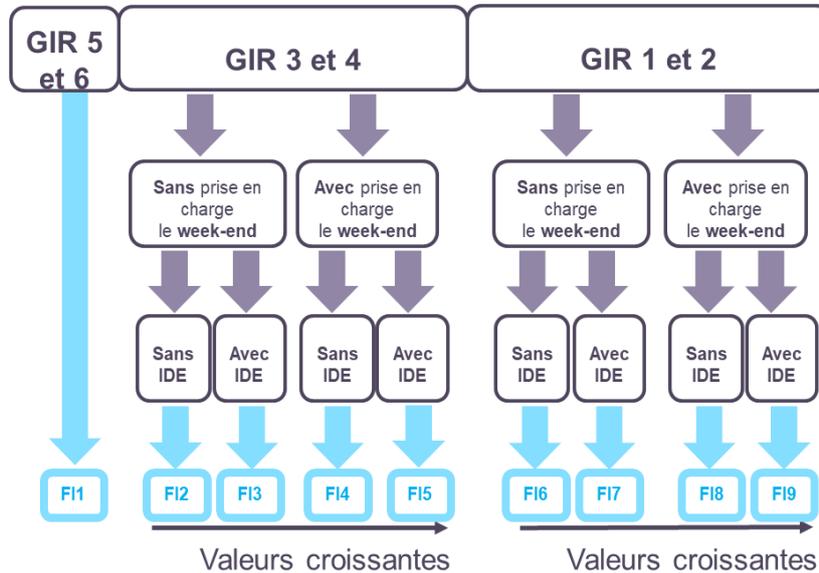
### B. Financement au titre des interventions à domicile

Cette composante est déterminée en sommant les forfaits hebdomadaires de prise en charge et les éventuels majorants de tous les usagers accueillis dans le service sur une période d'un an. Une majoration de 20% est appliquée pour les services installés dans les départements d'Outre-Mer. Lors de la mise en place de la réforme, la période d'un an considérée est différente selon l'année de la campagne budgétaire. Voir l'annexe II pour connaître les modalités de mise en œuvre opérationnelle pour 2023.

Pour une semaine donnée, chaque usager est classé dans un des neufs forfaits intervention en fonction :

- De son GIR ou équivalent GIR pour les personnes en situation de handicap
- De l'éventuel passage le samedi ou le dimanche d'un intervenant aide-soignant ou IDE
- De la réalisation lors de la semaine de prise en charge (du lundi au dimanche) d'au moins une intervention d'une IDE (salarisée ou libérale)

Les neuf forfaits intervention hebdomadaires :



Pour une semaine donnée, des majorations existent pour la prise en compte de cas complexes :

**Pour les forfaits F15 et F19** (avec prise en charge le week-end et prise en charge IDE), le forfait sera majoré si :

- L'utilisateur est pris en charge pour un diabète insulino-traité
- La prise en charge de l'utilisateur nécessite qu'au moins deux intervenants (aides-soignants et/ou IDE) soient présents en même temps au domicile de l'utilisateur.

Ces deux majorations sont cumulables.

**Pour les forfaits F14 et F18** (avec prise en charge le week-end et sans prise en charge IDE), le forfait sera majoré si :

- L'utilisateur présente un niveau de perte d'autonomie important (un GIR plus faible).
- La prise en charge de l'utilisateur nécessite qu'au moins deux intervenants (aides-soignants et/ou IDE) soient présents en même temps au domicile de l'utilisateur.

Ces deux majorations sont cumulables.

#### Exemples :

Pour une semaine donnée, l'utilisateur Mme R. qui est en GIR 2 a reçu une visite d'aide-soignante chaque jour de la semaine du lundi au dimanche. Une infirmière est intervenue le lundi et le jeudi. Mme X est prise en charge pour un diabète insulino-traité.

Le forfait correspondant à la prise en charge est un forfait GIR 2, avec prise en charge le week-end et intervention d'une IDE : c'est le forfait F19. Le majorant « diabète » sera appliqué au forfait F19.

Pour une semaine donnée, l'utilisateur Mr P. qui est en GIR 3 a reçu une visite d'aide-soignante lundi, mercredi, vendredi et dimanche.

Le forfait correspondant à la prise en charge est un forfait GIR 3, avec prise en charge le week-end et sans intervention d'une IDE : c'est le forfait F14. Ce forfait regroupant des usagers en GIR 3 et 4 et Mr P. étant en GIR 3, il bénéficie d'un majorant pour perte d'autonomie plus importante que les usagers en GIR 4. S'il avait été en GIR 4, ce majorant n'aurait pas été appliqué.

## Annexe 2

### Modalités de calcul des paramètres de financement qui découlent du nouveau modèle

Pour calculer la valeur du forfait global de soins issu du nouveau modèle de financement, il est nécessaire de connaître :

- **L'activité des services (décrite à l'annexe 3)** : nombre de places autorisées, nombre d'usagers dans chacun des 9 forfaits interventions, nombre d'usagers concernés par des majorations.
- **Valeurs monétaires des forfaits** : montant du forfait structure et transport annuel par place, montant des 9 forfaits hebdomadaires intervention, montant des majorations.

#### I. Modalités de calcul des valeurs des forfaits

Les valeurs des forfaits sont des paramètres cibles calculés à partir de l'enveloppe cible dédiée aux forfaits globaux de soins. Cette enveloppe est égale à l'enveloppe budgétaire 2023 à laquelle s'ajoutent les moyens supplémentaires liés à la réforme (229 millions d'€).

En détail, l'enveloppe budgétaire 2023 est égale à l'enveloppe des dotations 2022 (mise au périmètre des forfaits globaux de soins : dotations historiques 2022 - financements complémentaires), actualisée et abondée d'une partie du reliquat de Ségur 2023 lié au périmètre du forfait global de soins.

##### A. Financement au titre de la structure et des transports

Le forfait annuel par place autorisée est calculé à partir des informations suivantes :

- **L'enveloppe de financement allouée à la structure et aux transports** : cette enveloppe est égale à 51% de l'enveloppe cible dédiée aux forfaits globaux de soins
  - o Le poids de 51% est le poids moyen des charges de structure et de transport constaté dans l'enquête de coûts 2018.
- **Le nombre de places autorisées au 31/12/2022**, hors places correspondants aux financements complémentaires<sup>1</sup>.

Le rapport entre l'enveloppe de financement allouée à la structure et aux transports et le nombre de places autorisées donne le montant du forfait annuel au titre de la structure et des transports.

##### B. Financement au titre des interventions à domicile

Les montants des 9 forfaits hebdomadaires intervention ainsi que les majorants associés aux forfaits FI4, FI5, FI8 et FI9 sont calculés à partir des informations suivantes :

- L'enveloppe de financement allouée aux interventions à domicile : cette enveloppe est égale à 49% de l'enveloppe cible dédiée aux forfaits globaux de soins). Le poids de 49% est le poids moyen des charges de structure et de transport constaté dans l'enquête de coûts 2018.
- La hiérarchie des coûts des 9 forfaits intervention à domicile ainsi que des majorants : il s'agit de connaître les rapports entre les différents forfaits qui seront ensuite appliqués à l'enveloppe de financement. Par exemple, si le forfait FI1 est la référence, le coût du forfait FI9 est égal à 5,5 fois cette référence. Cette information est issue de l'enquête de coûts 2018.

---

<sup>1</sup> Le nombre de places autorisées est issu de la base Finess et a fait l'objet d'une fiabilisation par les ARS pour retirer les places consacrées aux financements complémentaires. Ce nombre de places est pondéré de 20% pour les services des départements d'outre mer.

- Le nombre annuel de semaines usagers<sup>2</sup> : ce nombre, appliqué à la répartition selon les 9 forfaits vue dans les coupes, donne le nombre de semaines à valoriser pour chacun des 9 forfaits et majorants associés. Compte tenu de la crise sanitaire et pour ne pas pénaliser les services qui seraient en sous-activité sur l'année 2022, l'année de référence utilisée correspond à l'activité maximale entre 2019 et la période glissante juillet 2021 – juin 2022.
- La répartition des usagers pendant les deux coupes selon les 3 variables du forfait intervention (GIR ou équivalent, prise en charge IDE, prise en charge le week-end) ainsi que la répartition des usagers selon les majorants.

## II. Valeur des forfaits cibles

L'arrêté fixant les montants cibles est disponible au lien suivant : [Arrêté du 25 août 2023 fixant pour 2023 les montants forfaitaires mentionnés aux II et III de l'article R. 314-138 du code de l'action sociale et des familles et le taux de revalorisation des produits de la tarification reductibles 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.](#)

Valeur du forfait annuel par place autorisée structure et transport : 8 626,27€

Valeurs des forfaits et majorants hebdomadaires au titre de l'intervention à domicile :

GIR 5-6		FI1 = 49,05€	
Sans Prise en charge le WE		Avec Prise en charge le WE	
	Sans IDE	Avec IDE	
Rappel : 49% de l'enveloppe totale est dédié au forfait intervention au domicile	GIR 3-4	FI2 = 71,29€	FI3 = 100,14€
			FI4 = 111,69€ PECC +42,43€ GIR +32,38€ PECC et GIR +87,13€
GIR 1-2	FI6 = 98,45€	FI7 = 149,36€	FI8 = 185,85€ PECC +92,93€ GIR +33,46€ PECC et GIR +143,11€
			FI5 = 171,60€ PECC +15,44€ Diabète +82,36€ PECC et Diabète +105,22€
			FI9 = 268,52€ PECC +67,12€ Diabète +126,19€ PECC et Diabète +224,87€

Pour un usager en GIR 3 ou 4, avec prise en charge le week-end et sans passage d'une IDE, le forfait sera de :

111,69€ pour la semaine s'il n'a pas eu de prise en charge combinée et qu'il est en GIR 4

154,12€ (= 111,69 + 42,43) s'il a eu une prise en charge combinée et qu'il est en GIR 4

144,07€ (= 111,69 + 32,38) s'il est en GIR 3 mais pas de prise en charge combinée

198,82€ (= 111,69 + 87,13) s'il a eu une prise en charge combinée et qu'il est en GIR 3

## III. Modalités de calcul des forfaits globaux de soins issus du nouveau modèle de financement

Grâce aux informations recueillies des coupes effectuées sur les données 2022 (cf. annexe suivante) ainsi qu'aux valeurs des forfaits décrits au « I. Modalités de calcul des valeurs des forfaits », les forfaits globaux de soins issus du nouveau modèle de financement peuvent être calculés selon l'application du nouveau modèle d'allocation.

Ce calcul est réalisé au niveau du finess de tarification HAPI. Il est possible que le finess de tarification HAPI regroupe plusieurs finess géographiques. Dans ce cas, les coupes du recueil 2022 ont été sommées et le forfait global de soin concerne plusieurs services.

<sup>2</sup> Le volume est majoré de 20% pour les DOM.

Exemple de calcul du forfait global de soins issu du nouveau modèle de financement pour un SSIAD de France Métropolitaine de 26 places autorisées au 31/12/2022 (hors places correspondants aux financements complémentaires). Le FSG projeté issu du nouveau modèle de financement est égal à la somme :

- **Du financement au titre de la structure et des transports** : 26\* Montant du forfait annuel par place au titre de la structure et des transports = 26\*8626,27€ = 224 283,02€
- **Du financement au titre des interventions à domicile** : le mode de calcul de ce financement est présenté ci-dessous avec des données fictives. Les données sur fond violet sont celles recueillies lors de la coupe et permettant le calcul :
  - o Le nombre de semaines usager annuel
  - o La répartition des usagers par forfait intervention et majorant

Forfait Intervention hebdomadaire	Valeur des forfaits selon la caractérisation de l'usager						Données du service (coupes du recueil 2022)		
	GIR	Prise en charge le week-end	Prise en charge par un IDE au moins 1 fois dans la semaine	Majorant*	Valeur hebdomadaire du forfait (en €)	Valeur hebdomadaire du(des) majorant(s) (en €)	Répartition des usagers 2022 dans les coupes	Nb de semaines usagers annuel	Financement annuel (en €)
FI1	5 ou 6	-	-	-	49,05		0,0%	0	0
FI2	3 ou 4	Non	Non	-	71,29		12,0%	162	11 549
FI3	3 ou 4	Non	Oui	-	100,14		8,7%	117	11 756
FI4	3 ou 4	Oui	Non	-	111,69		4,3%	59	6 556
FI4	3 ou 4	Oui	Non	GIR 3	111,69	32,38	2,2%	29	4 228
FI4	3 ou 4	Oui	Non	PECC	111,69	42,43	0,0%	0	0
FI4	3 ou 4	Oui	Non	PECC & GIR 3	111,69	87,13	0,0%	0	0
FI5	3 ou 4	Oui	Oui	-	171,60		33,0%	446	76 448
FI5	3 ou 4	Oui	Oui	Diabète	171,60	82,36	0,0%	0	0
FI5	3 ou 4	Oui	Oui	PECC	171,60	15,44	0,0%	0	0
FI5	3 ou 4	Oui	Oui	PECC & Diabète	171,60	105,22	0,0%	0	0
FI6	1 ou 2	Non	Non	-	98,45		2,2%	29	2 889
FI7	1 ou 2	Non	Oui	-	149,36		2,2%	29	4 383
FI8	1 ou 2	Oui	Non	-	185,85		18,0%	243	45 162
FI8	1 ou 2	Oui	Non	GIR 1	185,85	33,46	0,0%	0	0
FI8	1 ou 2	Oui	Non	PECC	185,85	92,93	0,0%	0	0
FI8	1 ou 2	Oui	Non	PECC & GIR 1	185,85	143,11	0,0%	0	0
FI9	1 ou 2	Oui	Oui	-	268,52		17,4%	235	63 044
FI9	1 ou 2	Oui	Oui	Diabète	268,52	126,19	0,0%	0	0
FI9	1 ou 2	Oui	Oui	PECC	268,52	67,12	0,0%	0	0
FI9	1 ou 2	Oui	Oui	PECC & Diabète	268,52	224,87	0,0%	0	0
TOTAL							100,0%	1 350,0	226 014

\* PECC signifie : prise en charge conjointe au domicile par plusieurs intervenants (aide-soignant et/ou Infirmier diplômé d'Etat)

Pour les prises en charge avec deux majorants, la majoration ne correspond pas à la somme des majorants, mais à une valeur calculée à partir des prises en charge concernées

Cet exemple est issu du process de calcul des FGS projetés. Dans ce process, les calculs sont réalisés sur les chiffres non arrondis, ce qui peut expliquer des écarts entre les résultats affichés et les résultats recalculés à partir des chiffres arrondis. Par exemple, pour FI9 sans majorant, le calcul donnant le montant du financement annuel est 234,7832...\*268,52€ et non 235\*268.52€.

Dans cet exemple, le nombre de semaines usager annuel (1350) est appliqué à la répartition des usagers par forfait FI et majorant lors des coupes. Le financement au titre des interventions à domicile s'élève à 226 014€.

**Mode de calcul du nombre de semaines usager annuel (1 350 dans l'exemple) :**

Cette donnée provient de la fiche structure, remplie en coupe 1 et en coupe 2. Comme il s'agit d'une donnée annuelle, elle est indépendante de la coupe et normalement strictement identique sur la coupe 1 et la coupe 2.

AUTRES INFOS	
Cumul des semaines-usagers* au cours de la période (cf. fichier excel pour le calcul) :	
Du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019	<input type="text"/>
Du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021	<input type="text"/>
Du 1er juillet 2021 au 30 juin 2022	<input type="text"/>
* semaine-usager = nombre usagers x semaines où l'usager est accueilli et occupe une place, avec ou sans passage	

Le décret prévoit : « a) Pour l'exercice 2023 et par dérogation au III de l'article R. 314-138 dans sa rédaction prévue par le présent décret, le forfait global de soins est calculé sur la base du nombre de semaines de prise en charge effective des personnes accompagnées par le service en 2022 ou, dans le cas où ce nombre est plus élevé, en 2019 ; ».

Les données servant au calcul sont donc le nombre de semaines usager annuel

- du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2019 : année 2019
- du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 30 juin 2022 : année glissante 2021-2022

Le process de calcul est le suivant :

- **Calcul des taux d'occupation (coupes 1 et coupe 2)**

Taux d'occupation 2019 = nombre de semaines usager annuel du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2019 / (nombre de places installées au 31/12/2019 \* 52,14)

Taux d'occupation 2021-2022 = nombre de semaines usager annuel du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 30 juin 2022 / (nombre de places installées au 31/12/2022 \* 52,14).

Le nombre de places installées est issu des bases HAPI pour 2019 et 2022. Le nombre de places des financements complémentaires (ESA uniquement) est issu de la source SEPPIA, CNSA.

- **Les taux d'occupation comportent-ils une anomalie c'est-à-dire sont-ils inférieurs à 15% ou supérieurs à 150% ?**
  - o Si oui : les taux d'occupation 2019 et glissant 2021-2022 sont en dehors des seuils dans les deux coupes : le forfait global de soin n'est pas calculable car une erreur dans les données est très probable.
  - o Si non, le calcul se poursuit (utilisation des informations transmises en coupe 2, sauf si les taux d'occupation sont en dehors des seuils et dans ce cas, c'est la coupe 1 qui est utilisée)

- **Calcul du nombre de semaines usager annuel retenu :**

= maximum (Tx occupation 2019 ; Tx occupation glissant 2021-2022) \* Nb places installées 2022 \* 52.14

Il existe deux cas où le FGS issu du nouveau modèle de financement n'est pas calculable :

- Si le service n'a pas participé au recueil obligatoire 2022 ou s'il a participé de façon partielle (par exemple, le finess HAPI est constitué de deux finess géographiques et l'un des deux n'a pas effectué le recueil)
- Si le service a transmis des données mais que la donnée « Nombre de semaines usager annuel » comporte une erreur probable. Cette donnée étant centrale pour calculer le montant du financement au titre des interventions à domicile, elle doit être fiable. Or des données correspondantes à des taux d'occupation très faibles ou au contraire très élevés ont été constatées. Lorsque le nombre de semaines usager annuel correspondait à un taux d'occupation inférieur à 15% ou supérieur à 150%, la donnée a été jugée inexploitable.

## Annexe 3

### Le recueil de données permettant le calcul des paramètres de financement 2023

La mise en œuvre opérationnelle du nouveau modèle d'allocation budgétaire nécessite le recueil d'informations pour tous les SSIAD/SPASAD concernés par la réforme. Ce recueil obligatoire est encadré par le [Décret n° 2022-931 du 25 juin 2022 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « système d'information national services de soins infirmiers à domicile »](#). Ce recueil s'est déroulé en 2022 pour que les éléments nécessaires à la tarification des services soient disponibles au moment du calcul des paramètres du modèle pour 2023.

La mise en œuvre opérationnelle du nouveau modèle nécessite, notamment pour le calcul du financement au titre des interventions à domicile, le recueil des caractéristiques hebdomadaires des usagers et des prises en charge pour une année. Pour une première année de mise en œuvre et pour alléger la charge de recueil pour les services, le recueil n'a pas concerné une année entière mais deux coupes de 14 jours chacune (le volume d'activité annuel était cependant remonté dans le recueil).

Le calendrier de l'étude était le suivant :

- 1<sup>ère</sup> quinzaine de juin 2022 : mise à disposition des webinaires d'information portant sur la méthodologie et les outils de recueil des données d'activité
- 20 juin – 10 juillet 2022 : 1<sup>er</sup> recueil des données d'activité (fiche structure, fiche coupe, fiche usager) au sein des Services
- 11 juillet – 21 août 2022 : transmission et contrôles des données d'activité de la coupe 1
- 5 septembre – 25 septembre 2022 : 2<sup>nd</sup> recueil des données d'activité (fiche structure, fiche coupe, fiche usager) au sein des Services
- 26 septembre – 25 octobre 2022 : transmission et contrôles des données d'activité de la coupe 2

La méthodologie du recueil est présentée au lien suivant : <https://www.atih.sante.fr/recueil-si-2sid-2022>.

Parmi les informations recueillies, les informations utilisées spécifiquement pour le calcul des paramètres de financement sont :

- Fiche structure : la capacité installée (à titre de contrôle), le nombre de semaines usager annuel<sup>3</sup> selon plusieurs périodes. Cette dernière variable est très importante car elle est appliquée à la répartition selon les 9 forfaits et majorants vue dans les deux coupes et permet de connaître le nombre de semaines à valoriser pour chaque type de forfait pour une année.
- Fiche individuelle de la personne accompagnée : les motifs de la prise en charge pour détecter les usagers concernés par d'éventuels majorants, les interventions des soignants à domicile ainsi que la grille AGGIR (ou équivalent pour les personnes en situation de handicap).

Les autres variables ont permis de caractériser la structure et d'observer les impacts du nouveau modèle selon les profils de services.

---

<sup>3</sup> Une semaine usager est définie par une semaine où un usager occupe une place, qu'ils aient eu ou non des soins. Les semaines sont calendaires (du lundi au dimanche). Si l'utilisateur est en sortie temporaire pour hospitalisation ou absence pour raisons personnelles, la semaine est comptée. Le cumul des semaines-usagers est obtenu en sommant le nombre de semaines de l'ensemble des usagers ayant été accueillis pendant la période. Si ce cumul contient des décimales, les règles d'arrondi habituelles s'appliquent : si la décimale est < 0,5, l'arrondi est réalisé à l'entier inférieur; si la décimale est ≥ 0,5, l'arrondi est réalisé à l'entier supérieur. Un outil nommé « Fichier Excel d'aide au calcul du Cumul des semaines-usagers » était fourni pour réaliser automatiquement le calcul à partir de la date d'entrée et de la date de sortie de chaque usager.

## Annexe 4 Les modalités de la campagne 2023 (calcul du forfait global de soins 2023)

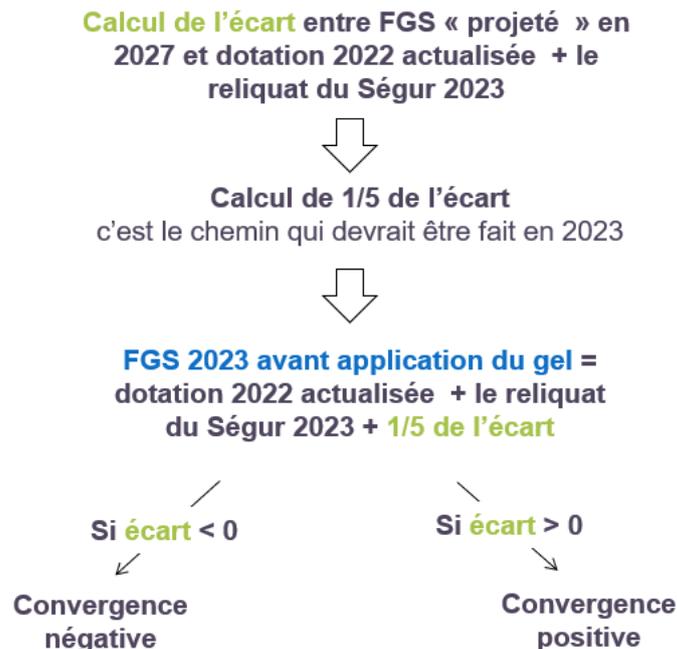
Un mécanisme de convergence entre 2023 et 2027 a été instauré pour permettre une mise en place progressive du nouveau modèle de financement. Ainsi, le FGS issu du nouveau modèle présenté en annexe 2 est le **forfait global de soins (FGS) projeté 2027** et un mécanisme de transition permet de converger vers ce forfait entre 2023 et 2027. Chaque année, le FGS projeté 2027 sera mis à jour en fonction de l'activité réalisée par le service et pourra donc évoluer.

La dotation versée au titre de l'année 2023 est déterminée par deux principes :

- l'application du mécanisme de convergence : pas de convergence de 1/5 vers la valeur du FGS projeté 2027
- la prise en compte d'un mécanisme de sécurisation des recettes (gel des dotations)

### I. Mécanisme de convergence

Etant donné le mécanisme de convergence sur 5 ans, le forfait global de soins 2023 correspondrait, sans mécanisme de gel, au calcul suivant :



### II. Mécanisme de gel

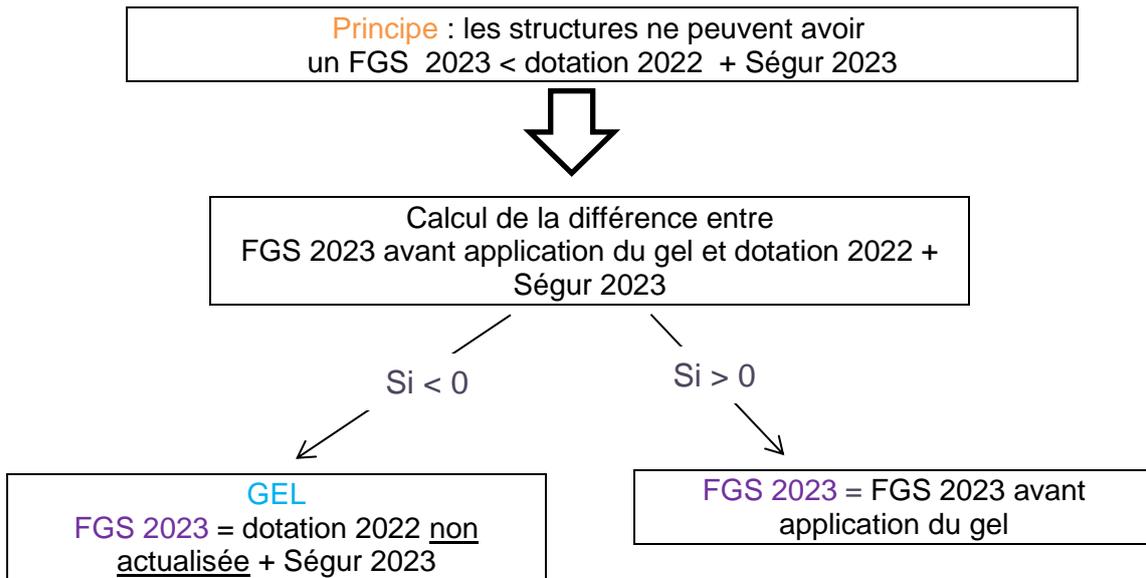
[Le décret n° 2023-323 du 28 avril 2023](#) relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées prévoit cependant un mécanisme protecteur pour les services dont le FGS 2023 serait inférieur à la dotation 2022 : « II. - Par dérogation au I, pour les exercices 2023 et 2024, lorsque le montant de la somme mentionnée au [premier alinéa du IV de l'article 68 de la loi du 23 décembre 2022 susvisée](#) est inférieur au montant de la dotation perçue en 2022 par le service concerné, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe une dotation égale à celle de 2022. »

La valeur du FGS 2023 est donc comparée à la dotation 2022 auquel est ajouté le financement 2023 au titre du Ségur (reliquat de 2022) pour savoir si le gel s'applique :

- Si FGS 2023 > dotation 2022 + Ségur 2023, le FGS 2023 est versé tel que calculé selon le principe de convergence de 1/5.
- Sinon, FGS 2023 = dotation 2022 + Ségur 2023.

Pour information la dotation 2022 est la dotation enregistrée dans HAPI 2022, hors financements complémentaires (ESA, MND, temps de psychologue, SSIAD de nuit et dotation de coordination Personnes Agées).

Les modalités de calcul sont synthétisées ci-dessous :



### III. Exemples

**Cas 1** : pas de convergence positif : convergence positive

Dotations historique 2022 hors FC	MN SEGUR 2023 FGS	Dotations historique actualisée + MN SEGUR FGS	FGS cible projetée 2027	Ecart à la cible	Pas de convergence	FGS 2023 avant application du gel	Dotations historique non actualisée + MN SEGUR FGS	FGS 2023 après application du gel
100 000	1 000	103 060	110 000	6 940	1 388	104 448	101 000	104 448

→ Sans évolutions de son activité, la structure voit son FGS augmenter tous les ans jusqu'à atteindre le FGS cible.

**Cas 2** : pas de convergence négatif : convergence négative, sans gel

Dotations historique 2022 hors FC	MN SEGUR 2023 FGS	Dotations historique actualisée + MN SEGUR FGS	FGS cible projetée 2027	Ecart à la cible	Pas de convergence	FGS 2023 avant application du gel	Dotations historique non actualisée + MN SEGUR FGS	FGS 2023 après application du gel
100 000	1 000	103 060	100 000	- 3 060	- 612	102 448	101 000	102 448

Le FGS avant application du gel est supérieur à la dotation 2022 avant actualisation.

→ La structure converge dès 2023. Son FGS 2023 sera inférieur à sa dotation historique actualisée.

**Cas 3** : pas de convergence négatif : convergence négative, avec gel

Dotations historique 2022 hors FC	MN SEGUR 2023 FGS	Dotations historique actualisée + MN SEGUR FGS	FGS cible projetée 2027	Ecart à la cible	Pas de convergence	FGS 2023 avant application du gel	Dotations historique non actualisée + MN SEGUR FGS	FGS 2023 après application du gel
100 000	1 000	103 060	90 000	- 13 060	- 2 612	100 448	101 000	101 000

Le FGS avant application du gel est inférieur à la dotation 2022 avant actualisation.

→ Gel des dotations, son FGS 2023 sera égal à sa dotation historique non actualisée.

#### IV. Cas où le FGS 2023 n'est pas calculable

Pour les services qui n'ont pas participé au recueil obligatoire 2022 et ceux dont le recueil du nombre de semaines usager annuel est jugé inexploitable, le calcul du forfait global de soins 2027 est impossible. [Le décret n° 2023-323 du 28 avril 2023](#) relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées prévoit que : « le forfait global de soins est fixé d'office par le directeur général de l'agence régional de santé, pour une valeur qui peut aller de 90 % à 100 % du montant fixé au titre de l'année précédente ».

## Annexe 5

### Lien vers d'autres ressources sur la réforme de tarification des SSIAD/SPASAD

Le document « Nouvelle tarification des soins infirmiers à domicile : une synthèse flash pour comprendre et s'y préparer », publié le 01/09/2023 est disponible :

- [Sur le site du ministère des Solidarités et des Familles](#)
- [Sur le site de l'Anap](#)