

## RAPPORT D'ORIENTATION BUDGETAIRE 2016

### OCEAN INDIEN

ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX FINANCES PAR LES CREDITS DE  
L'ASSURANCE MALADIE POUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADULTES  
HANDICAPES ET DES PERSONNES AGEES

---

*CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées*

*Décision n° 2016-04 du 4 mai 2016 fixant pour 2016 le montant des dotations régionales limitatives mentionnées à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant les montants des crédits prévisionnels de fonctionnement mentionnés à l'article L. 314-3-4 du même code*

# 1. Le cadrage national de la campagne budgétaire 2016 ONDAM médico-social

Le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) au titre de la campagne budgétaire 2016 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) reprend les orientations nationales et régionales, en application des principes définis par la circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016.

La campagne budgétaire est officiellement lancée par la publication au Journal Officiel du 13 mai 2016 de la décision de la directrice de la CNSA du 4 mai 2016, fixant pour l'année 2016 le montant des Dotations Régionales Limitatives mentionné à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le ROB présente un caractère opposable (art. R.314-22 5° du CASF).

## 1.1. Le contexte institutionnel

La campagne budgétaire 2016 repose sur un taux de progression de l'objectif général des dépenses (OGD) de **2,14 %** (2,5% en 2015). Ce taux d'évolution intègre un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de 1,9% et un apport sur réserves de la CNSA à hauteur de 160M€.

L'application en 2016 d'un gel de 111 M€ ne remet pas en cause les engagements pris en matière de création de places.

## 1.2. Le contexte budgétaire : éléments de construction de l'Objectif Global des Dépenses (OGD)

### 1.2.1. Actualisation des Dotations régionales Limitatives (DRL)

La base reconductible des Dotations régionales Limitatives (DRL) fait l'objet d'une actualisation destinée à permettre la prise en compte l'évolution du coût de certains facteurs au sein des ESMS, notamment salariaux, dans le cadre de l'approbation budgétaire.

Le taux d'actualisation des dotations régionales pour 2016 s'établit en moyenne à 0,66% sur l'ensemble des deux champs. Il repose sur les paramètres suivants :

- une progression salariale moyenne de **0,76%**;
- une progression des autres dépenses de **0,2%**, au regard de l'inflation prévue pour 2016.

Compte tenu de ces éléments, les taux directeurs PA et PH se décomposent comme suit :



Secteur	Masse salariale	Progression salariale	Progression des autres dépenses	Actualisation de la DRL
PA*	89%	0,84%	0,2%	0,77%
PH	75%	0,66%	0,2%	0,55%

\*ce taux correspond à un taux brut, avant minoration de l'actualisation des EHPAD en convergence tarifaire

Concernant les EHPAD, les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds sont actualisées en 2016 du taux de reconduction précité, hors les valeurs de point tarif global toujours gelées, et majorées de 20% pour l'outre-mer.

	métropole	DOM
Tarif global avec PUI	13,10 €	15,72 €
Tarif global sans PUI	12,44 €	14,93 €
Tarif partiel avec PUI	10,50 €	12,60 €
Tarif partiel sans PUI	9,92 €	11,90 €

### 1.2.2. La convergence tarifaire

La construction de l'OGD 2016 prend en compte un objectif de **13 M€** d'économies, lié à l'application de la convergence tarifaire conformément à l'arrêté du 26 février 2009.

### 1.3. Le contexte réglementaire :

L'année 2016 constitue **une année de transition** au regard des réformes attendues en 2017 :

Des réformes majeures touchant à la tarification et à la contractualisation des ESMS seront mises en œuvre à partir du 1er janvier 2017. Plusieurs décrets sont en attente de publication.

Dans cette perspective, il est possible de présenter sur la base des données législatives en vigueur les principaux axes de cette réforme qui touche tant le secteur personnes handicapées que celui des personnes âgées.

#### 1.3.1. Sur le secteur des personnes handicapées :

La loi de financement de la sécurité sociale dans son article 75 prévoit l'obligation de signature d'un CPOM à partir du 1er janvier 2017 pour une partie des établissements et services pour personnes handicapées de compétence tarifaire propre des ARS ou conjointe avec les Conseils départementaux.

L'ARS Océan Indien (OI) en lien avec les Conseils départementaux devra établir par arrêté la liste des ESMS devant signer un CPOM ainsi que la date prévisionnelle de signature sur six années à compter du 1er janvier 2017. L'arrêté sera pris en fin d'année 2016 et sera communiqué à l'ensemble des gestionnaires concernés.

Pour ces ESMS, la conclusion d'un CPOM entraînera à compter du 1er janvier 2017 un passage en dotation globale selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, et la substitution d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) aux documents budgétaires antérieurs.

L'article 74 de cette même loi prévoit quant à lui le financement des ESAT sur des crédits d'assurance maladie à partir du 1er janvier 2017.

### **1.3.2. Sur le secteur des personnes âgées :**

Ces évolutions réglementaires sont essentiellement liées à l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

La loi prévoit la substitution des actuelles conventions tripartites (CTP) par des contrats d'objectifs et moyens (CPOM) conclus entre le gestionnaire d'EHPAD, le président du Conseil Départemental et le directeur général de l'ARS avec la possibilité de négocier un contrat pour plusieurs EHPAD au sein d'un même département voire d'une même région sous réserve de l'accord des autorités compétentes.

L'ARS et les Conseils départementaux doivent arrêter une programmation conjointe des CPOM à réaliser sur les 5 prochaines années au plus tard le 31 décembre 2016.

En outre, cet article 58 relatif à la réforme la tarification des EHPAD, introduit un pilotage par les ressources se traduisant par le passage à un financement forfaitaire reposant sur l'équation tarifaire GMPS, avec une montée en charge allant de 2017 à 2023, permettant une évolution progressive et automatique de l'ensemble des structures vers la cible du financement. Il comprend également des financements complémentaires relatifs notamment à certaines modalités d'accueil et prenant en compte l'activité de l'établissement.

Dès 2017, les EHPAD ayant signé un CPOM seront exonérés de la procédure budgétaire contradictoire et devront utiliser un nouveau cadre de présentation budgétaire : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). La campagne budgétaire 2016 constitue donc une année charnière au niveau de l'allocation des crédits de médicalisation aux EHPAD, qui obéira à partir de 2017 aux modalités d'allocation prévues par la loi.

Je ne manquerai pas de vous tenir informés des aspects concrets de ces réformes dès lors que les décrets d'application seront publiés.



## 2. Les orientations régionales

### 2.1. La politique d'allocation des Crédits Non Reconductibles (CNR)

Les crédits non reconductibles ne constituent pas une sous-dotation identifiée au sein de la dotation régionale limitative mais correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire. L'utilisation des CNR aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrite. Par ailleurs, il est à noter que ces crédits ne peuvent financer que des dépenses qui relèvent juridiquement du périmètre tarifaire des établissements auxquels ils sont alloués.

La généralisation des CPOM qui peuvent s'accompagner d'une moindre reprise des résultats, la délégation de Crédits de Paiement (CP) qui tient compte désormais des disponibilités des ARS ainsi que les efforts de fiabilisation des prévisions d'installation de places pris en compte pour calibrer les délégations de CP vont dans le sens d'une réduction progressive de ce niveau de disponibilité budgétaire.

#### 2.1.1. La procédure d'allocation des CNR à observer pour les ESMS

Quel que soit la nature des CNR et le secteur concerné (personnes âgées ou personnes handicapées), les demandes devront parvenir de manière formelle et justifiée à l'ARS Océan Indien au plus tard le **1er septembre 2016**.

Les demandes réceptionnées feront l'objet d'un examen dans le cadre de l'enveloppe limitative et des priorités régionales retenues pour une mise en paiement au mois de novembre 2016.

#### 2.1.2. Les modalités d'emploi des crédits disponibles pour les établissements et services pour personnes handicapées

- Les CNR comme levier d'accompagnement des politiques d'investissement des ESMS

Les CNR constituent un levier d'accompagnement des projets d'investissements des ESMS.

Des CNR peuvent être mobilisés pour soutenir la capacité d'autofinancement des ESMS engagés dans un plan pluriannuel d'investissement sous réserve de l'opportunité et de l'équilibre du projet.

- Les autres modalités d'octroi des CNR

Le périmètre d'emploi des CNR doit en tout état de cause être axé sur un objectif d'amélioration qualitative de la prestation rendue par les établissements et services.

L'ARS Océan Indien examinera les demandes de CNR sur la base des priorités décrites ci-dessous :

- **Dépenses de personnel** liées à des besoins de remplacement : des CNR pourront être alloués à ce titre et de manière prioritaire aux établissements et services médico-sociaux ayant réalisé un diagnostic approfondi des facteurs d'absentéisme et formalisé un plan d'action de lutte contre ce phénomène ;
- **Dépenses de formation :**

Les thématiques prioritaires de financement ayant trait à la formation et en cohérence avec les orientations régionales sont les suivantes :

- ✚ Formation des acteurs intervenant dans la prise en charge des **enfants et adultes autistes** dans le respect des bonnes pratiques de l'HAS et de l'ANESM ;
- ✚ Formations destinées à favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées ;
- Accompagnement de la mise en œuvre du plan régional de lutte contre le **Syndrome d'alcoolisation fœtale** :
- Dépenses liées à la prise en charge des **situations complexes de personnes handicapées** : des CNR pourront être mobilisés pour répondre aux situations complexes de personnes handicapées examinées au sein des commissions « situations critiques » ;
- Accompagnement d'actions inscrites dans la feuille de route du chantier ANAP « **Parcours en psychiatrie et santé mentale** ».
- Soutien aux démarches d'évaluation externe ;

### 2.1.3. Le soutien à l'investissement des EHPAD

Le financement en CNR des dépenses d'investissement des EHPAD ne concerne que les dépenses d'amortissement relatives au matériel médical, conformément au III de l'article R.314-162 du CASF qui définit le périmètre de la section soins. En effet, l'investissement immobilier en EHPAD relève du périmètre de la seule section tarifaire hébergement.

Toutefois, afin de limiter l'augmentation du reste à charge que les investissements induisent pour les résidents, la réglementation a ouvert le droit pour l'ARS de compenser, via les tarifs soins et de manière limitée dans le temps, tout ou partie des frais financiers liés aux emprunts.

Il est toutefois rappelé une règle incontournable : les frais financiers pouvant être pris en charge doivent être consécutifs à un emprunt ; par conséquent ils ne sont pas donnés avant l'emprunt, en substitution de celui-ci. Il convient de noter que l'évolution de la réglementation en vigueur à partir du 1er janvier 2017 mettra fin à cette possibilité.



## 2.1.4. Les modalités d'emploi des crédits disponibles pour les EHPAD

L'octroi de CNR au profit des EHPAD obéit à un cadre d'action plus limité.

L'ARS Océan Indien examinera les demandes de CNR sur la base des priorités décrites ci-dessous :

- **De dépenses de personnel** liées à des besoins de remplacement. Il est à noter que les dépenses de personnel non pérennes en EHPAD pouvant être prises en charge par les CNR sont **exclusivement** celles qui relèvent de la section soins ;
- **De dépenses de formation** permettant de garantir le remplacement des professionnels concernés.

## 2.2. La campagne budgétaire 2016 sur le secteur des personnes handicapées

### 2.2.1. Eléments constitutifs de la DRL

#### ➤ La construction de la DRL

La DRL Personnes handicapées allouée à la région Océan Indien s'élève à **146 966 698 €** soit un taux d'évolution de **1,46%** par rapport à 2015. Ce taux s'explique par le nouveau mode de calcul adopté par la CNSA qui tient désormais compte de la date prévisionnelle des installations ainsi que de la trésorerie disponible de chacune des ARS.

	Total ARS OI
Base initiale au 01/01/2016	144 788 428
Actualisation (0,55%)	1 089 646
Installations de places 2016	-19 844
CP 2016	0
<i>Gel sur trésorerie de CP disponibles</i>	-19 844
Plan Autisme	844 344
SESSAD	
IME-IMP-IMPRO	0
CAMSP	
MAS	
<i>Renforcement ESMS</i>	844 344
<i>UE maternelle</i>	
Prévention départ Belgique	200 000
CNR Gratifications des stagiaires	64 124
DRL ONDAM PH 2016	146 966 698
% progression DRL (hors CNR)	1,46%

➤ L'application du taux d'actualisation

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation destinée à permettre la prise en compte de l'évolution du coût de certains facteurs, notamment salariaux. Le montant d'actualisation précité résulte de l'application d'un taux de reconduction national de **0,55 %** à la dotation régionale limitative.

Ce taux est appliqué de manière uniforme à l'ensemble des ESMS des départements de la Réunion et de Mayotte.

### 2.2.2. Les priorités régionales et le développement de l'offre médico-sociale

La régulation de la politique de développement de l'offre s'est rationalisée autour d'un dispositif de mise en œuvre distinguant autorisation d'engagement et crédits de paiements. Ce dispositif a été mis en place afin de :

- ne pas mettre à la charge de l'ONDAM des demandes de crédits de paiement excédant la capacité des opérateurs à installer effectivement les places sur l'année considérée ;
- limiter la sous consommation qui résultait de l'existence d'un volume de crédits de paiement supérieur aux volumes de tarification des ARS.

Compte tenu de ces éléments, il est demandé aux ESMS de prévoir **avec précision les installations de places**. A ce titre, les ESMS concernés devront **transmettre 2 fois par an un état d'avancement de leur projet à l'ARS** afin de mieux calibrer les besoins en crédits sur l'exercice N+1.

➤ Priorités régionales en 2016

Conformément aux orientations inscrites dans le PRS, l'année 2016, sur le secteur des personnes handicapées, est marquée par les priorités d'action suivantes :

- La poursuite Programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées (PPCPPH) 2008-2016;
- La poursuite du 3ème plan autisme au titre de la seconde tranche des AE qui se traduit par :
  - ⇒ L'ouverture d'une seconde UEM dans le nord de l'île de la Réunion à la rentrée scolaire 2016-2017;
  - ⇒ La création d'équipes de diagnostic de deuxième niveau à La Réunion ;



- ⇒ La création de 45 places ;
- ⇒ L'amélioration de la prise en charge dans les structures existantes (crédits de renforcement)
- La poursuite du schéma handicaps rares avec l'installation d'une équipe relais handicap rare à l'automne 2016 ;
- La poursuite du plan de rattrapage à Mayotte (création de 60 places, hors plan Autisme et hors renforcement du CAMSP)
  
- Le renforcement des solutions d'accompagnement pour les personnes se trouvant dans une situation complexe de handicap ou sans solution à travers :
  - ⇒ La mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » en lien notamment avec l'installation de pôle de compétences et de prestations externalisées, financés grâce aux crédits du « plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités des personnes handicapées vers la Belgique ».

➤ Synthèse des installations prévisionnelles en 2016 (tarification initiale)

		THEME	PUBLIC	ARS OI	
				places	montant alloué
<b>ENFANTS</b>	<b>Diagnostic</b>	CAMSP	Toutes déficiences		25 828
		CAMPS	Autisme - TED		98 372
		CMPP	Troubles des apprentissages		
		<b>Sous-total diagnostic</b>			<b>0</b>
	<b>Milieu ordinaire</b>	SESSAD	Déficience intellectuelle	14	75 000
		SESSAD	Autisme - TED	14	343 000
		SESSAD	déficience sensorielle	2	21 000
		SESSAD	Toutes déficiences	14	77 462
		SESSAD	TCC	7	132 636
		<b>Sous-total Milieu ordinaire</b>			<b>51</b>
	<b>Institution</b>	IME	Déficience intellectuelle	3	
		ITEP	TCC	0	
		CEAP	Polyhandicap	1	
		IME	Autisme - TED	22	
		<b>Sous-total Institution</b>			<b>26</b>
<b>TOTAL ENFANTS</b>				<b>77</b>	<b>1 360 336</b>
<b>ADULTES</b>	<b>Milieu ordinaire</b>	SPASAD	Toutes déficiences	17	56 667
		<b>Sous-total milieu ordinaire</b>			<b>17</b>
	<b>institution</b>	FAM	handicap psy + PHV	0	0
		FAM	Autisme - TED	0	0
		MAS	Autisme - TED	9	442 282
		<b>Sous-total Institution</b>			<b>9</b>
<b>TOTAL ADULTES</b>				<b>26</b>	<b>498 949</b>
<b>Equipe relais handicap rare</b>					<b>200 000</b>
<b>crédits de renforcement autisme</b>				<b>0</b>	<b>272 394</b>
<b>TOTAL PERSONNES HANDICAPEES</b>				<b>103</b>	<b>2 331 679</b>



## 2.3. La campagne budgétaire 2016 sur le secteur des personnes âgées

### 2.3.1. Eléments constitutifs de la DRL

#### ➤ La construction de la DRL

La DRL Personnes âgées allouée à la région Océan Indien s'élève à **35 882 694 €** soit un taux d'évolution en baisse de 0,32% par rapport à 2015.

Comme annoncé dans le cadre du dialogue de gestion avec l'ARS OI, la CNSA a appliqué un gel sur la trésorerie de crédits de paiement disponible à hauteur de 532 066 €. Ce gel s'explique par l'existence d'un décalage trop important entre la date d'autorisation et la date d'ouverture des EHPAD (actuellement ce délai est supérieur à 3 ans). Ce gel ne remet pas en cause le montant des autorisations d'engagement dédié aux personnes âgées.

A défaut d'ouverture dans des délais raisonnables, la CNSA poursuivra vraisemblablement ce gel, avec un risque, à terme de perdre ces autorisations d'engagement

La DRL se décompose comme suit :

Ce taux s'explique par le nouveau mode de calcul adopté par la CNSA qui tient désormais compte de **la date prévisionnelle des installations** ainsi que de la trésorerie disponible de chacune des ARS.

	<b>Total ARS OI</b>
<b>Base initiale au 01/01/2016</b>	<b>35 882 694</b>
<b>Actualisation (0,77%) hors convergence</b>	<b>182 787</b>
<b>Installations de places 2016</b>	<b>-532 066</b>
CP 2016	0
Gel sur trésorerie de CP disponibles	-532 066
<b>PMND</b>	<b>50 000</b>
<b>Crédits de médicalisation</b>	<b>203 071</b>
<b>Réfaction convergence EHPAD</b>	<b>-16 520</b>
<b>DRL PA 2016</b>	<b>35 769 966</b>
<b>Taux de progression de la DRL</b>	<b>-0,32%</b>

#### ➤ L'application du taux d'actualisation

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation destinée à permettre la prise en compte de l'évolution du coût de certains facteurs, notamment salariaux. Le montant d'actualisation précité résulte de l'application d'un taux de reconduction national de **0,77 %** à la dotation régionale limitative.

Ce taux est appliqué de manière uniforme à l'ensemble des ESMS des départements de la Réunion excepté :

- Aux EHPAD en convergence tarifaire, ces derniers n'étant par ailleurs pas soumis à la procédure contradictoire, conformément aux dispositions de l'article L 314-7-1 du CASF
- Aux EHPAD au tarif plafond, l'application du taux les portant alors en situation d'établissements en convergence.

L'effort de convergence pour l'ARS OI s'élève à **16 520 €** en 2016.

### 2.3.2. Les priorités régionales et le développement de l'offre médico-sociale

#### ➤ Priorités régionales en 2016

L'année 2016 sur le secteur des personnes âgées se caractérise par :

- La poursuite du **plan maladies neurodégénératives** qui se traduit par :
  - ⇒ L'autorisation donnée aux EHPAD à facturer aux caisses d'assurance maladie, sur l'objectif « soins de ville », les apomorphines (APOKINON®) ainsi que les lévodopa et carbidopa (DUODOPA®), leurs génériques et les prestations associées à ces produits exclusivement ;
  - ⇒ Le lancement de l'expérimentation de l'appui d'un temps de psychologue au sein des SSIAD. Le temps de psychologue pourra être dévolu, selon l'évaluation du besoin, soit au patient, soit au binôme aidé-aidant ;
  - ⇒ Le financement de projets relatifs à l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladies neurodégénératives ;
  - ⇒ L'évaluation intermédiaire du fonctionnement et du niveau de déploiement du guichet intégré de la MAIA Réunion, et le financement probable d'un quatrième dispositif sur le territoire Est.
- La **médicalisation des EHPAD** :

Le renforcement de la médicalisation est de **203 071 €** pour 2016. Les établissements considérés comme prioritaires sont ceux présentant les niveaux de ressources les plus éloignés du plafond de ressources GMPS. La répartition des crédits de médicalisation entre les EHPAD concernés repose donc sur un critère de répartition proportionnelle équitable, reposant sur les écarts constatés.

- L'expérimentation d'un **Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) à La Réunion**



L'objectif est de tester une organisation et un fonctionnement intégrés par une mutualisation des organisations et des outils entre un SSIAD et un SAAD (article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles). Un appel à candidature conjoint entre l'ARS OI et le conseil départemental permettra d'identifier les promoteurs éligibles aux fonds relevant de l'expérimentation d'ici fin 2016. A terme, les promoteurs retenus devront s'engager à créer un Groupement de Coopération sociale ou Médico-sociale apte à signer un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

- La création d'un SPASAD à Mayotte

D'une capacité de 40 places, auxquelles s'ajoutent 17 places pour les personnes handicapées, ce SPASAD sera installé au deuxième semestre 2016 sous réserve de la décision des autorités de tarification suite à l'appel à projet. Il s'agira du premier dispositif médico-social en faveur des personnes âgées dépendantes du département.

➤ Synthèse des installations prévisionnelles en 2016 (tarification initiale)

THEME		PUBLIC		ARS OI	
PA	institution	AJ	Alzheimer	14	14 578
		<b>Sous-total Institution</b>		<b>14</b>	<b>14 578</b>
	Milieu ordinaire	SIAD	PAD	40	134 667
		<b>Sous-total Milieu ordinaire</b>		<b>40</b>	<b>134 667</b>
<b>TOTAL PA</b>				<b>54</b>	<b>149 245</b>

<b>Crédits de renforcement PMND</b>	<b>Poste de psychologue SSIAD</b>	<b>50 000</b>
<b>TOTAL PERSONNES ÂGEES</b>	<b>54</b>	<b>199 245</b>

Le Directeur Général,

**François MAURY**