

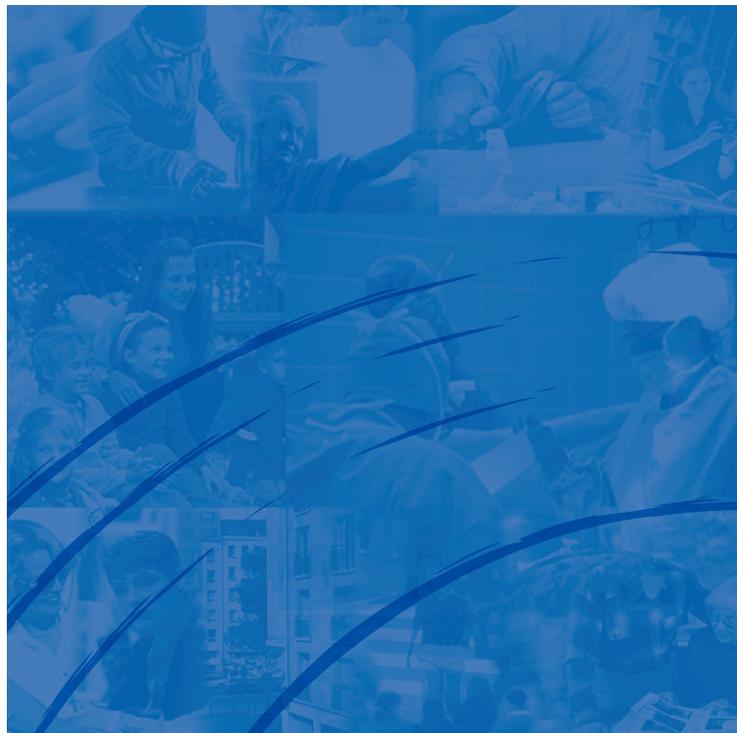


GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2023

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale – PLFSS

ANNEXE 6

Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

ANNEXE 6
SITUATION FINANCIÈRE
DES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ ET DES
ÉTABLISSEMENTS
MÉDICO-SOCIAUX
FINANCÉS PAR LES
RÉGIMES OBLIGATOIRES
DE BASE DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

PLFSS 2023

SOMMAIRE

PLFSS 2023 - Annexe 6

PARTIE 1 : Les modèles de financement des établissements de santé et médico-sociaux..... 5

1. Les modalités de financements des établissements de santé..... 5

1.1. La feuille de route pour l'évolution des modes de financement des établissements de santé.....	7
1.2. Les activités de court séjour : médecine, chirurgie et obstétrique, hôpitaux de proximité et hospitalisation à domicile.....	9
1.3. Les activités de psychiatrie.....	16
1.4. Les activités de soins de suite et réadaptation (SSR).....	17
1.5. Les unités de soins de longue durée (USLD).....	19
1.6. Des modalités de financement communes aux différents champs d'activité.....	20

2. Les modalités de financement des ESMS 22

2.1. Le financement des ESMS de 2019 à 2021.....	22
2.2. Modèle de financement des ESMS.....	26
2.3. Les évolutions portées dans le cadre de la campagne 2022.....	28

PARTIE 2 : La situation financière des établissements de santé et médico-sociaux 30

1. Trois années marquées à la fois par la mise en œuvre des accords du Ségur de la santé et de dispositifs de financement dérogatoires dans le cadre de la crise sanitaire 30

1.1. Le contexte récent.....	30
1.2. La poursuite du soutien financier aux établissements pour faire face à la crise sanitaire.....	33

2. Investissement et situation financière des établissements de santé 35

2.1. Solde des établissements de santé : rétrospective 2013-2020, tendance 2021.....	35
2.2. Investissements hospitaliers : évolutions et modalités de financement.....	39

3. Situation financière des ESMS..... 48

3.1. Soldes des établissements des ESMS : rétrospective 2019-2020.....	48
3.2. Investissements dans le secteur médico-social : les plans d'aide à l'investissement (PAI) et le Ségur « Investissement ».....	53
3.3. Programme ESMS numérique.....	61

INTRODUCTION

La présente annexe est issue de l'application de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2022, visant à améliorer l'information du Parlement. L'article LO. 111-4-1 a pour objectif de présenter « les actions menées dans le champ du financement de ces établissements et leur bilan, y compris les dotations dont ils bénéficient et leur répartition par région et par établissement ».

Ainsi, cette nouvelle annexe, qui recouvre en l'étendant le champ du rapport au Parlement prévu par l'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale, a pour objectif d'éclairer le Parlement sur « les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées » au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, en application du c) du 6° de l'article LO. 111-4-1 du code de la sécurité sociale qui vise à permettre une visibilité sur « les éventuels engagements pris par l'État relatifs à l'évolution pluriannuelle des ressources de ces établissements », le chapitre relatif au financement des établissements de santé, rappelle à titre liminaire que ces engagements se sont notamment traduits par la signature en 2020 du protocole d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022¹.

Enfin, en application du 5° de l'article LO. 111-4-1 du code de la sécurité sociale, le chapitre relatif au financement des établissements de santé, présente également une description de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les établissements de santé ainsi que les éléments saillants des dernières évolutions de son périmètre.

Une première partie expose un panorama global des différentes modalités de financement des établissements de santé et médico-sociaux au sein de l'ONDAM selon les champs d'activité et le statut des offreurs de soins.

La seconde partie est consacrée à l'analyse de la situation financière des établissements et détaille les éléments conjoncturels rétrospectifs spécifiques de ces dernières années, ainsi que le soutien exceptionnel dont ont bénéficié les établissements dans le cadre des conséquences de la crise sanitaire.

¹ Protocole de pluriannualité : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_pluriannualite.pdf

PARTIE 1 : Les modèles de financement des établissements de santé et médico-sociaux

1. Les modalités de financements des établissements de santé

Les modalités de financement des activités réalisées par les établissements de santé en France sont multiples selon les champs d'activité concernés et selon les secteurs de financement auxquels les établissements sont rattachés.

Avant de présenter pour chacune des grandes catégories d'activité du champ sanitaire, les éléments d'analyse du niveau d'activité 2021, un état des lieux des modalités actuelles de financement ainsi que les perspectives d'évolution, il convient de revenir à titre liminaire sur les enjeux qui sous-tendent les projets de transformation des modes de financement des établissements de santé.

Le financement des établissements de santé est au cœur d'une réforme de grande ampleur inscrite dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé annoncée en février 2018 par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé et réaffirmée dans le cadre des accords du Ségur en 2020.

Cette réforme vise à diversifier, simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé en limitant la part de la tarification à l'activité (T2A). Elle repose sur la mise en œuvre de modes de financement combinés associant : des financements populationnels basés sur les caractéristiques des territoires en termes de besoins de soins, des financements à l'activité, des financements à la qualité et des compartiments de financement permettant de soutenir la recherche, l'innovation et la transformation ainsi que les activités d'expertise. Ces nouveaux modes de financement, davantage régionalisés et basés sur le besoin de soins des populations, doivent ainsi contribuer à mieux prendre en compte les objectifs de qualité, de pertinence, de coordination des parcours et des prises en charge entre les acteurs, mais aussi à réduire les inégalités entre les territoires en constituant un levier d'appui à la restructuration de l'offre de soins.

Les échanges qui se sont tenus dans le cadre du **Ségur de la Santé** ont réaffirmé le besoin de diversifier les modalités de financement dans un objectif de rééquilibrage de la tarification à l'activité (T2A) notamment l'objectif de développement des modes de financement forfaitaires de l'activité et de leur régionalisation assise sur une logique populationnelle.

L'évolution des modes de financement porte sur l'ensemble des champs d'activité des établissements de santé avec de premières concrétisations : paiements au forfait pour la maladie rénale chronique et montée en charge du dispositif d'incitation au financement de l'amélioration de la qualité (IFAQ) en 2019, financement des urgences en 2021, des activités de psychiatrie et rénovation du modèle de financement des hôpitaux de proximité en 2022, soins de suite et de réadaptation prévus au 1^{er} janvier 2023.

L'évolution du financement des établissements de santé devra s'attacher à tirer les enseignements de la crise sanitaire à laquelle notre système de santé fait face depuis trois ans ainsi que ceux de la mise en œuvre des premières réformes engagées. La crise sanitaire, du fait de son ampleur inédite a conduit à mettre en place des mécanismes de sécurisation des recettes des établissements de santé. Ces mécanismes de garantie de ressources, reconduits en 2022 sont décrits dans la partie II de la présente annexe consacrée à la situation financière des établissements de santé. Intervenue dans un contexte de tensions et de mouvements sociaux importants au sein du système hospitalier, cette crise sanitaire est également l'occasion de réinterroger et d'amplifier les réflexions engagées antérieurement à la crise sur la rénovation du modèle de financement des établissements de santé.

L'évolution du financement des hôpitaux s'inscrit également dans une volonté de renforcer la visibilité pluriannuelle des établissements de santé sur leurs ressources. Cette visibilité pluriannuelle est essentielle pour que les établissements puissent s'engager pleinement dans la transformation de leurs pratiques et de leurs organisations. A ce titre, la LFSS pour 2020 a ouvert la possibilité de conclure un protocole « visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents » (article L. 162-21-3 du CSS).

Ce protocole est élaboré, signé et suivi au sein du comité économique de l'hospitalisation publique et privée (CEHPP), instance qui regroupe des représentants de l'Etat, des organisations représentatives des établissements de santé et de l'Assurance maladie.

L'État et les fédérations représentatives des établissements de santé ont conclu pour la première fois en 2020, un protocole de pluriannuel relatif au financement des établissements de santé fixant les trajectoires minimales d'évolution des principales ressources des établissements de santé pour la période 2020 à 2022². Ce dernier prévoyait :

- une **trajectoire pluriannuelle minimale d'évolution des ressources** pour les établissements de santé comprenant le taux d'évolution minimal pour la période du sous-objectif « établissements de santé » de l'ONDAM, des tarifs des séjours MCO et de l'évolution des objectifs de dépenses en faveur de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation ;
- les **conditions de sa mise en œuvre**, notamment s'agissant du cadre applicable pour les décisions de fin de gestion (restitution des sous-exécutions éventuelles sur les enveloppes ouvertes, conséquence en cas sur-exécution) et de son suivi ;
- des **engagements des fédérations d'établissements de santé** à participer activement à la promotion et à la mise en œuvre des politiques de transformation hospitalière (évolution des modalités de financement des établissements de santé, amélioration de la pertinence du recours aux soins, valorisation de la qualité des prises en charge, politiques en matière de gestion des ressources humaines et de qualité de vie au travail).

A l'issue des trois campagnes tarifaires couvertes par le protocole, les engagements de l'Etat ont été tenus, en particulier l'évolution minimale des ressources des établissements de santé (ONDAM ES à +2,4 %). En effet, deux points ont été cruciaux pour sécuriser le financement des établissements sur la période :

- La mise en œuvre effective de la restitution des sous-exécutions constatées en 2020 et 2021 en sus de la garantie de financement et l'absence d'application de la clause de révision à la baisse prévue par le protocole en cas de sous-exécution massive ;
- La mise en œuvre d'une évolution des ressources des établissements de santé allant au-delà des engagements stricts du protocole sur les trajectoires d'évolution des ressources des établissements de santé hors prise en compte des effets de la crise ou de la mise en œuvre du Ségur de la santé.

Ce protocole a été unanimement salué comme une avancée majeure. Il marquait l'engagement du Gouvernement à mettre fin à une période de baisses tarifaires à l'hôpital. Cet enjeu de pluriannualité a été souligné dans le cadre d'un avis du HCAAM rendu en avril 2021, ainsi que la nécessité de poursuivre la dynamique de révision du cadre de régulation des dépenses de santé porté par l'ONDAM pour les établissements de santé.

Par ailleurs, le Ségur de la Santé, intervenu en 2020, est venu massivement revaloriser et consolider les ressources des établissements en sus de ces engagements pluriannuels, témoignant ainsi de la volonté forte du Gouvernement d'investir dans l'hôpital et de soutenir les professionnels de santé, avec en particulier la mobilisation de :

- près de 6,9 Md€ au bénéfice des établissements de santé.
- près de 19 Md€ de soutien financier aux investissements nécessaires au cours des 10 prochaines années.

La décomposition de l'ONDAM

L'essentiel du financement des établissements de santé est constitué par les dépenses d'assurance maladie rassemblées principalement au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à destination des établissements de santé (ONDAM établissements de santé).

Le Fonds d'intervention régional (FIR, désormais regroupé avec le soutien national à l'investissement au sein du 5^{ème} sous-objectif de l'ONDAM) contribue au financement des dépenses des établissements de santé pour des activités bien identifiées et organisées au niveau régional³.

Le niveau de l'ONDAM établissements de santé est voté chaque année par le Parlement, dans le cadre du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

L'ONDAM établissements de santé voté initialement au titre de l'année 2021 s'élève à 92,9 Md€. Ce montant a été porté à 95,5 Md€ en LFSS pour 2022, essentiellement au regard des mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

² Protocole de pluriannualité : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_pluriannualite.pdf

³ Chaque année, un rapport de l'activité du FIRHYPERLINK "<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/429154>" site du Ministère des solidarités et de la santé.

1.1. La feuille de route pour l'évolution des modes de financement des établissements de santé

Les concertations qui se sont tenues dans le cadre du **Ségur de la Santé** ont réaffirmé le besoin de diversifier les modalités de financement des établissements de santé dans un objectif de rééquilibrage de la tarification à l'activité (T2A), afin de répondre à des enjeux d'amélioration de l'accès aux soins en se rapprochant des besoins des territoires et de développement de la prise en compte de la qualité des prises en charge des patients.

1.1.1. Une feuille de route ambitieuse de refonte des modes de financement des établissements de santé

Conscient des limites d'un large financement à la T2A et de certains modes de financement historiques des établissements, le **gouvernement a engagé dans le cadre de Ma Santé 2022 une réflexion globale pour rénover les modes de financement des établissements de santé**. Cette réflexion, pilotée par la Task Force de financement mise en place en 2019 a abouti à la production d'un rapport et d'une feuille de route ambitieuse pour réformer les modes de financement hospitaliers. Cette feuille de route prévoit la refonte ou l'amélioration des modes de financement de la quasi-totalité des champs d'activité à horizon 5 ans. Si la crise sanitaire a pu décaler la mise en œuvre de certaines de ces réformes, elle a également renforcé la nécessité de reconnaître la responsabilité populationnelle des établissements de santé et de leur garantir une plus grande stabilité dans leur financement. Les objectifs poursuivis ont ainsi été réaffirmés dans le cadre du Ségur de la santé et la **feuille de route des réformes de financement a vu son ambition renforcée afin d'aboutir à horizon 2025 à une refonte globale des modèles de financement des établissements de santé**.

L'objectif poursuivi est de **diversifier, sécuriser et simplifier les modes de financement des établissements de santé**. Les nouveaux modèles mis en œuvre doivent être adaptés aux caractéristiques des prises en charges financées. Ils doivent aussi permettre de rééquilibrer l'incitation actuelle aux volumes d'activité, vers une incitation plus forte à la qualité et la pertinence des soins, et en prenant davantage en compte les besoins des territoires.

Ainsi, les réformes mises en œuvre ou engagées s'appuient sur la mise en œuvre de modèles dits combinés articulant :

- une part importante **de financements fondés sur des critères populationnels** afin de réduire les inégalités de ressources entre territoires et d'améliorer l'adéquation entre offre et besoins de santé. Depuis 2022, c'est le cas pour les activités de psychiatrie et d'urgences, qui bénéficient d'une dotation populationnelle répartie par région, mais aussi pour les hôpitaux de proximité, au travers d'une garantie de financement tenant compte, notamment, des besoins de santé du territoire. Les hôpitaux de proximité sont également financés par une dotation de responsabilité territoriale prenant en compte leurs nouvelles missions en complémentarité avec l'offre de ville sur le territoire. En 2023, cela sera également le cas pour les activités de SSR ;
- le développement **de financements alloués à partir d'indicateurs de qualité** dans chacun des champs d'activité via l'extension et la refonte du dispositif IFAQ ou bien des dispositifs spécifiques comme le financement des services d'urgences, et la prise en compte de cette dimension dans le financement des hôpitaux de proximité ;
- des modalités de financement à l'activité revues, pour favoriser la pertinence des soins et l'adéquation aux besoins des patients. Ainsi, le financement des activités de psychiatrie prend en compte la file active des patients suivis, incitant ainsi à mettre l'accent sur les prises en charge ambulatoires, tandis que la partie financement à l'activité des urgences prend mieux en compte l'intensité des prises en charge au travers de forfaits selon l'âge du patient. En 2023, celles des activités SSR permettront de mieux valoriser les moyens mobilisés pour les prises en charge spécialisées ;
- **des financements à l'activité basés sur des classifications revues ou améliorées** (prise en compte de la lourdeur pour les urgences, classification rénovée en SSR, etc.) ;
- **des financements ciblés** pour soutenir l'innovation, la recherche ainsi que les activités dites d'expertise ou de recours.

1.1.2. Une feuille de route qui repose notamment sur une nouvelle territorialisation de l'allocation des ressources

Dans les nouveaux modèles de financement mis en œuvre, une part importante des ressources est allouée via des dotations populationnelles. La dotation populationnelle repose sur l'identification des déterminants qui influencent la consommation de soins. Ces déterminants peuvent être des caractéristiques de la population (âge, état de santé, précarité, flux de population saisonniers, etc.) et des territoires (offre de soins, densité de population, etc.). L'identification de ces déterminants permet d'évaluer ce que devrait être le financement cible pour chacune des régions au regard des caractéristiques de sa population et de son territoire et de le comparer au niveau de ressources actuel. Une trajectoire de rattrapage sur cinq ans est alors définie permettant aux régions sous-dotées de voir leurs ressources progresser plus rapidement. Le premier objectif des dotations populationnelles est donc de réduire les inégalités territoriales. Ce mode d'allocation constitue également un outil puissant pour structurer une offre de soin pérenne en réponse aux besoins de santé du territoire. Décorrélé de l'activité réalisée, il permet ainsi d'éviter les effets délétères d'un financement uniquement à l'activité.

Une fois l'enveloppe régionale définie, la répartition de cette enveloppe entre les offreurs de soin du territoire relève désormais de l'Agence régionale de santé (ARS). Chaque région aura ainsi la charge de déterminer son modèle d'allocation infrarégional. Ce modèle devra reposer également sur des critères populationnels même si des sous-enveloppes permettant de financer des activités spécifiques régionales ou marges de contractualisation pourront être sanctuarisées selon les champs (SSR, psychiatrie, urgences ...).

Cette allocation régionale repose sur la **création d'un comité d'allocation de ressources auprès de chaque ARS** qui réunira des représentants des établissements, des médecins et des usagers, et sera chargé de rendre des avis sur les modalités de distribution de ces ressources.

Si les principes et objectifs sont communs, les modalités de mise en œuvre des compartiments populationnels peuvent être différentes et dépendent des spécificités de chaque secteur ainsi que des calendriers de mise en œuvre de chaque réforme.

1.1.3. Des premières réformes déjà mises en œuvre

Certaines réformes ont déjà été mises en œuvre ou sont engagées :

- La réforme du **financement de la médecine d'urgences est mise en œuvre en totalité** avec la mise en place d'une dotation populationnelle en 2021 et le déploiement en janvier 2022 des forfaits activité tenant compte de l'intensité des prises en charge aux urgences des patients ; les sections urgences des comités d'allocation de ressources (CAR) se sont constituées et réunies en régions ;
- La réforme du **financement des activités de psychiatrie** est entrée en vigueur en 2022 pour une année de transition avant l'application progressive du nouveau modèle à compter de 2023 ;
- La réforme du financement des activités des soins de suite et de réadaptation (SSR) initialement prévue pour 2022 entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2023 ;
- En parallèle, la **réforme du ticket modérateur à l'hôpital** basée sur le principe d'un tarif national journalier de prestation, visant à assurer sur l'ensemble du territoire une plus grande équité de traitement entre les établissements et pour les patients, est appliquée depuis le 1^{er} janvier 2022 aux champs d'activité MCO et psychiatrie, et sera appliquée au 1^{er} janvier 2023 au champ du SSR ;
- **La montée en charge du financement à la qualité** via l'extension et l'évolution du dispositif IFAQ reprend la valorisation des indicateurs qualité en 2022.
- **La garantie du maintien d'une offre de soins de proximité** par la redéfinition du rôle et du modèle de financement des hôpitaux de proximité et l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement en 2022 ;
- La poursuite de la montée en charge du **forfait maladie rénale chronique (MRC)** avec la mise en place progressive de la modulation à la qualité.

Ces réformes se déploient dans un calendrier prévoyant une sécurisation importante des revenus des établissements et une convergence progressive vers les modèles de financement cible, permettant de limiter les possibles impacts négatifs au cours des premières années de mise en œuvre des réformes, tout en permettant un apprentissage de ces nouvelles modalités de financement par chacun des acteurs.

Sur les autres champs, en concertation avec les acteurs hospitaliers, les travaux se poursuivent pour concevoir de nouveaux modèles de financement, notamment sur les soins critiques, la radiothérapie, la périnatalité et l'obstétrique ou encore l'hospitalisation à domicile. Enfin, des dispositifs alternatifs de financement de la

médecine introduits par le Ségur de la santé (dotation socle, dotation populationnelle) pourront être relancés avec la sortie de la crise sanitaire et de la garantie de financement.

Ces travaux pourront s'appuyer sur les évaluations des dispositifs de financement expérimentaux issus de l'article 51⁴ de la LFSS pour 2018.

1.2. Les activités de court séjour : médecine, chirurgie et obstétrique, hôpitaux de proximité et hospitalisation à domicile

1.2.1. L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

1.2.1.1. L'activité hospitalière en médecine chirurgie et obstétrique : les grandes tendances en 2021

En 2021, 12,2 millions de patients ont été hospitalisés dans une unité de soins de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO en augmentation de +11 % par rapport à 2020 et une diminution de -1,9 % par rapport à 2019).

Par rapport à 2020, l'activité 2021 progresse nettement sans pour autant atteindre le niveau de 2019. Corrigé de l'effet jours ouvrés, le nombre de séjours (hors séances) en 2021 diminue de -2,5 % par rapport à 2019.

Pour les prises en charge en ambulatoire, les reprises d'activité en chirurgie et médecine sont respectivement de + 21,9 % et + 21,4 % entre 2020 et 2021. Le niveau d'activité ambulatoire dépasse celui de 2019 (+ 3,1 % en chirurgie et + 15,0 % en médecine par rapport à 2019). En 2021, les hospitalisations sans nuitée (hors séances) représentent un tiers des séjours de médecine et 3 séjours de chirurgie sur 5.

Les prises en charge en hospitalisation complète, en chirurgie comme en médecine, sont nettement inférieures à leur niveau de 2019 (baisse de l'ordre de - 10 % des séjours avec nuitée(s) entre 2019 et 2021).

Concernant les prises en charge des patients Covid-19 symptomatiques, entre 2020 et 2021, le nombre de séjours a augmenté de + 25 % représentant 274 000 séjours en 2021. Cette évolution recouvre néanmoins des périodes de circulation épidémique différentes entre 2020 et 2021. En 2021, les patients Covid-19 symptomatiques représentent 2,4 % des patients et 5,5 % des journées d'hospitalisation avec des durées moyennes de séjour nettement plus longues à 11,8 jours.

La crise sanitaire a eu peu d'impact sur l'obstétrique. La diminution annuelle observée de l'obstétrique de -1,8 % entre 2019 et 2021 s'inscrit dans la dynamique négative d'évolution tendancielle de la natalité ces dernières années.

1.2.1.2. Les modalités de financement en médecine, chirurgie et obstétrique

a) L'activité d'hospitalisation : un financement au séjour

Les modalités de financement des séjours hospitaliers relèvent majoritairement de la **tarification à l'activité (T2A)**. Celle-ci se base sur des groupes d'activité (groupe homogène de malades (GHM) construits à partir d'une description fine de l'activité hospitalière).

Pour le champ MCO, dans la majorité des cas, à un GHM correspond un tarif de groupe homogène de séjour (GHS). Il existe néanmoins quelques exceptions conduisant à créer plusieurs tarifs pour un même GHM afin de financer soit une prise en charge exceptionnelle, coûteuse et peu fréquente, soit innovante et en cours de déploiement, soit effectuée dans une structure spécifique (hôpital de jour, UHCD).

Les séjours sont financés par un tarif de GHS auquel peuvent être associés différents suppléments⁵ qui sont attribués en fonction de la prise en charge du patient, du coût ou du caractère spécifique des traitements.

⁴ Rapport au parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé

⁵ Actuellement, il existe trois types de suppléments :

Les suppléments journaliers, dépendants soit d'unités spécifiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue...), soit des caractéristiques du séjour (antepartum, extrêmement longs...);

Les prestations en sus : médicaments onéreux (MO) et dispositifs médicaux (DM) de la liste en sus, séances de dialyse et de radiothérapie réalisées au cours d'un séjour pour un autre motif ;

Les suppléments au séjour : radiothérapie et protonthérapie pédiatriques, transports inter-établissements.

b) Les autres prestations hospitalières : un financement à l'acte ou au passage

Les prises en charge réalisées en établissements de santé en dehors des hospitalisations sont dites « externes ». Elles sont facturables à chaque acte ou passage.

Il s'agit des **actes et consultations externes (ACE)** ainsi que des **prestations hospitalières non suivies d'hospitalisation** venant couvrir le recours au secteur hospitalier dont, notamment, les forfaits dénommés " forfait âge urgence " (FU) qui sont facturés à chaque passage non suivi d'hospitalisation dans une structure des urgences depuis le 1^{er} janvier 2022.

c) Les forfaits annuels

Pour certaines activités qui nécessitent la mobilisation de moyens importants quel que soit le volume d'activité réalisé, un forfait annuel est versé à l'établissement, afin de couvrir les coûts fixes ou les coûts de coordination de ces activités.

Le **forfait annuel greffes (FAG)** finance la coordination de l'équipe pour les activités transversales à la greffe d'organes telles que les astreintes, la coordination de la greffe, le transport des greffons, la prise en charge de donneurs vivants ; le **forfait annuel coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO)** couvre quant à lui les frais de coordination liés aux prélèvements.

Par ailleurs, un **forfait annuels activités isolées (FAI)** peut être versé dans le cadre d'activités répondant à des critères d'isolement et d'implantation de l'établissement qui les exerce.

d) Les forfaits pathologies chroniques : la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique

Afin de limiter la part des ressources des établissements directement liée à leur activité, une diversification des modes de rémunération a commencé à être mise en œuvre, notamment en application de l'article 28 de la LFSS pour 2019 relatif aux forfaits annuels pour la prise en charge des pathologies chroniques.

Le premier forfait annuel pathologies chroniques a été mis en place en octobre 2019 dans le cadre d'une politique de prévention, d'accompagnement thérapeutique du patient pour la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique (dit forfait MRC, aux stades 4 et 5 de la maladie et en pré-suppléance) avec pour objectif de favoriser le recours plus précoce à un spécialiste, retarder la survenue de l'insuffisance rénale chronique terminale et augmenter la durée de vie sans dialyse.

Depuis sa mise en œuvre, le nombre de patients pris en charge connaît une progression constante avec 90 000 patients suivis en 2021 (+22 % entre 2020 et 2021 et + 57 % entre 2019 et 2021).

e) Les spécialités et dispositifs médicaux facturables en sus

Le financement des dispositifs médicaux et spécialités pharmaceutiques au sein des établissements de santé est assuré au travers des tarifs des prestations définies à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ou Groupes Homogènes de séjours (GHS). Par dérogation, et afin de soutenir et diffuser l'innovation dans les établissements de santé, la mise en place de la tarification à l'activité dans le champ MCO/HAD s'est accompagnée d'un dispositif de financement dissocié pour certains dispositifs médicaux, implants, greffons et certaines spécialités pharmaceutiques innovants et coûteux. Ce dispositif dérogatoire est celui dit de la « liste en sus » défini à l'article L.162-22-7 du code de la santé publique.

En effet, si les tarifs de GHS sont réputés inclure le coût des traitements délivrés lors de l'hospitalisation, certains médicaments et dispositifs médicaux, implants ou greffons innovants présentent des particularités en raison de leur prix élevé d'une part, mais aussi dans certains cas, du fait qu'ils peuvent être utilisés de manière marginale au sein des prestations d'hospitalisation, sans que leur coût ne puisse pour autant être intégré dans les tarifs desdites prestations.

L'inscription d'un produit de santé sur une de ces listes autorise son remboursement à l'établissement de santé, en sus de la prestation elle-même.

L'inscription des produits sur les « listes en sus » est réalisée par indication thérapeutique.

L'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale prévoit que l'État fixe les conditions dans lesquelles certaines spécialités pharmaceutiques et certains dispositifs médicaux, implants, greffons peuvent être pris en charge sur facture, en sus des prestations d'hospitalisation. Les travaux du conseil stratégique des industries de santé 2021 ont ainsi abouti à l'annonce, par le président de la République, de l'élargissement des critères d'inscription sur les listes en sus pour faciliter l'accès aux innovations sur le territoire. Les textes permettant cet élargissement des conditions d'inscription ont été publiés en décembre 2021 et sont applicables depuis le 1^{er} janvier 2022. Pour les médicaments, le décret n° 2021-1614 du 9 décembre 2021 a modifié l'article R. 162-37-2 du code de la sécurité sociale, tandis que pour les dispositifs médicaux une notice d'information relative à la

procédure de demande d'inscription ou de radiation d'un produit ou d'une prestation sur la liste en sus révisée a été publiée sur le site internet du ministère de la Santé le 17 décembre 2021.

En parallèle de ces évolutions des conditions d'inscription, des travaux relatifs aux modalités de gestion de ces listes sont en cours en lien avec les professionnels. En effet, une croissance de près de 20 % a été observée entre 2020 et 2021 pour la consommation de médicaments, portant les montants remboursés en 2021 à près de 5,9 Md€ en 2021, soit une hausse de près de 14 % par rapport à 2020 ; il convient néanmoins de rappeler que pour les dispositifs médicaux une baisse était observée en 2020 suite aux déprogrammations d'actes dans le contexte d'épidémie de Covid-19.

1.2.1.3. Les évolutions portées dans le cadre de la campagne 2022

L'évolution des financements des établissements de santé dans le cadre de la campagne 2022 pour le périmètre MCO est portée par l'augmentation des tarifs des forfaits en lien avec les revalorisations salariales issues du Ségur de la santé.

Le contexte de la campagne tarifaire 2022, de la même manière qu'en 2021, présente plusieurs particularités par rapport aux campagnes des années précédentes :

- une référence à l'activité de l'année 2021, de même que 2020, peu représentative, directement en lien avec la crise sanitaire ;
- la poursuite en 2022 des dispositifs de sécurisation financière des établissements de santé mis en place en 2020, avec notamment le maintien de la garantie de financement Covid-19 ;
- la suite en 2022 des effets de l'introduction des mesures de revalorisations des salaires des personnels via les tarifs des séjours : l'intégration des revalorisations salariales est principalement portée par le vecteur des tarifs des séjours et des forfaits de manière différenciée pour tenir compte des modalités de revalorisation propres à chaque statut d'établissements de santé (EPS, EBL, EBNL) dans le champ du MCO. Ce dispositif de péréquation mis en œuvre en 2021 afin de réduire les effets revenus liés aux changements de méthode d'allocation des mesures de revalorisation a été reconduit sur un périmètre étendu aux nouvelles mesures de revalorisation en 2022. L'enveloppe réservée à cet effet représente 10 % du montant porté par les tarifs MCO.

Dans ce contexte, afin de donner un signal clair et lisible quant à la prise en compte de la revalorisation des salaires dans les tarifs, aucune modulation tarifaire n'a été mise en œuvre sur la période 2021-2022, que ce soit pour traduire la mise en cohérence de la hiérarchie des tarifs avec la hiérarchie des coûts (réduction des sur et sous-financements constatés sur certaines activités entre coûts observés et tarifs) ou pour mobiliser le levier tarifaire dans le cadre d'une politique d'incitation ou de désincitation à certaines pratiques.

1.2.2. Les hôpitaux de proximité

1.2.2.1. Le modèle de financement historique des hôpitaux de proximité

La LFSS pour 2015 a introduit le principe d'un financement mixte dérogatoire, associant tarification à l'activité et dotation forfaitaire pour une catégorie d'établissements de santé dite « hôpital de proximité » et caractérisée par un volume et une nature d'activité spécifiques.

Il s'agissait en premier lieu de proposer une alternative à la tarification à l'activité aux anciens hôpitaux locaux, financés par des reconductions de dotations historiques et dont l'entrée dans le droit commun aurait, pour certains, engendré des pertes de recettes très importantes. La notion d'hôpital de proximité introduite en 2015 dans le code de la santé publique a ainsi eu pour objectif de prévoir des modalités de financement dérogatoires à la tarification à l'activité pour des établissements réalisant un nombre limité de séjours en médecine. Le décret d'application pose également comme condition d'éligibilité des critères liés à la fragilité du territoire. Cette dimension est une des composantes du modèle de financement : elle module le plancher de recettes auxquelles ces établissements sont éligibles. Les autres prestations restent financées selon les modalités du droit commun.

Dans le cadre du plan Ma Santé 2022 annoncé par le Président de la République le 18 septembre 2018, une réforme en profondeur du modèle d'organisation des hôpitaux de proximité a été engagée. Elle s'est d'abord traduite par la mise en œuvre de l'article 35 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) qui redéfinit les hôpitaux de proximité par les missions qu'ils exercent et leur fonctionnement intriqué avec les acteurs du territoire.

Par la suite, l'article 33 de la LFSS a modifié l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale et propose de financer l'hôpital de proximité :

- D'une part, par une garantie pluriannuelle de financement qui sécurise les recettes de l'activité de médecine, et valorise dans le même temps le dynamisme de l'établissement ;
- D'autre part, par une dotation de responsabilité territoriale visant à financer les missions exercées en relation avec les acteurs du territoire.

Le modèle proposé se veut à la fois sécurisant pour les établissements et reconnaît également l'élargissement des missions des hôpitaux de proximité. Traduisant l'ambition de fédérer les acteurs autour de projets territoriaux décloisonnés et d'autre part de repenser la gradation des soins hospitaliers à travers les enjeux d'accessibilité, de qualité et de sécurité des soins, l'article L. 6111-3-1 modifié du code de la santé publique pose un nouveau cadre de définition des hôpitaux de proximité. Ceux-ci contribueront au renforcement de l'offre de proximité, en apportant un appui aux acteurs du premier recours, en contribuant à maintenir les prises en charge des populations vulnérables au plus proche de leur lieu de vie, en s'impliquant dans des actions de prévention et en intégrant la réponse collective à la permanence et la continuité des soins sur leur territoire. Ces missions ont vocation à s'exercer dans une logique collective impliquant l'ensemble des acteurs d'un même territoire, notamment les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et en complémentarité avec l'offre existante. Enfin, ces établissements exerceront une activité de médecine, proposeront des consultations de spécialités, donneront accès à des plateaux techniques et à des équipements de télésanté. Ils n'exerceront pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique mais pourront détenir tout autre autorisation de soins (SSR, médecine d'urgence, HAD...) ou services (centres périnataux de proximité notamment) en réponse aux besoins du territoire.

Cet article a par ailleurs été enrichi en 2021 par la publication de deux ordonnances prises en application de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé :

- La première porte sur les modalités de gouvernance et de fonctionnement des hôpitaux de proximité et prévoit que les hôpitaux de proximité mettront en place des modalités d'organisation ouvertes sur leur territoire et facilitant l'émergence de projets communs et décloisonnés, en privilégiant l'articulation avec les projets de santé portés par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). S'agissant des hôpitaux de proximité de statut public, le texte prévoit de plus une formalisation des engagements réciproques de l'hôpital de proximité avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire dont il relève pour assurer l'exercice des missions de proximité qui sont désormais les siennes. Ces établissements de santé pourront par dérogation ouvrir leurs instances décisionnelles à des personnalités extérieures.
- La seconde précise que la labellisation des hôpitaux de proximité relève d'une démarche volontaire des établissements de santé et d'un engagement à assurer des missions définies en coopération étroite avec les acteurs des territoires. L'adéquation du projet de l'établissement aux missions des hôpitaux de proximité relèvera de l'appréciation du directeur général de l'ARS. L'article L.6111-3-2 du code de la santé a par ailleurs été complété par un décret d'application dédié publié le 12 mai 2021 et la publication de l'arrêté du 2 juin 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité par les directeurs généraux des agences régionales de santé qui met à disposition un dossier de candidature national, renseigné par l'établissement volontaire et instruit par l'ARS.

La publication de ce corpus juridique a permis d'engager le déploiement de la réforme en région avec des premières labellisations dans la majorité des régions métropolitaines au second semestre 2021. Cette première campagne de labellisation se poursuit tout au long de l'année 2022 et traduit ainsi la mobilisation des agences régionales de santé pour accompagner les nombreux établissements volontaires dans leur démarche de développement des coopérations territoriales de long terme.

L'année 2022 est la première année de mise en œuvre effective du modèle de financement porté par l'article 33 de la LFSS pour 2020 dont les modalités concrètes d'application ont été précisées dans le décret du 11 février 2022. 241 établissements labellisés au 1^{er} avril bénéficient désormais d'une sécurisation du financement de leur activité de médecine et des premiers versements de la dotation de responsabilité territoriale. Les établissements qui figureront sur les listes régionales des hôpitaux de proximité au 1^{er} septembre pourront également bénéficier de ce financement de façon rétroactive.

Au regard du contexte sanitaire, une mesure transitoire a été mise en place par la LFSS pour 2022 afin d'organiser la transition vers le nouveau modèle. Celle-ci concerne les établissements qui sont historiquement inscrits sur la liste des hôpitaux de proximité de l'ancien cadre de définition et qui ne figurent pas en 2022 sur les listes régionales arrêtées par les directeurs généraux d'ARS car ils remplissaient pas encore les critères d'éligibilité. Ces établissements bénéficient du maintien transitoire du modèle de financement des hôpitaux de proximité mis en place par l'article 52 de la LFSS pour 2015, qui a été abrogé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

1.2.3. Le financement des urgences

1.2.3.1. L'activité de médecine d'urgence

L'édition 2021 du panorama des établissements de santé publié par la DREES fait mention de 697 structures des urgences situées dans 629 établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM. Ces structures ont traité 22 millions de passages, soit une progression de 1% par rapport à 2018, confirmant le léger ralentissement amorcé les deux années précédentes. Un quart des structures enregistrent 40 000 passages annuels ou plus, tandis que 57% en accueillent moins de 30 000. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 SAMU et 387 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Le secteur public assure la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

1.2.3.2. Le modèle de financement historique des structures de médecine d'urgence

Jusqu'au 31 décembre 2020, le financement des services d'urgence (SU) autorisés reposait sur plusieurs vecteurs principalement lié à l'activité réalisée : un financement forfaitaire, le forfait annuel urgences (FAU), calibré sur le nombre de passages de l'année précédente couvrant le financement de la structure combiné avec un financement à l'activité associant un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) ainsi que la facturation des actes réalisés pour les passages non suivis d'hospitalisation. Les passages suivis d'une hospitalisation, que ce soit dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans une unité d'hospitalisation, font l'objet d'une facturation T2A. Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) était pour sa part financé par des crédits de missions d'intérêt général (MIG) et par des facturations de ticket modérateur au patient ou à leur organisme complémentaire, en complément du financement opéré par l'Assurance maladie.

1.2.3.3. Un nouveau modèle de financement adapté aux besoins de la population

La réforme du financement des structures de médecine d'urgence (SMUR et services d'urgences, votée en LFSS pour 2020 (article 36)) s'inscrit dans le cadre du Pacte de refondation des urgences présenté par le ministre des Solidarités et de la Santé en septembre 2019.

Les travaux de co-construction menés en 2020 et 2021 avec les fédérations d'établissements, les syndicats professionnels, la société savante de la médecine d'urgence et des représentants des agences régionales de santé ont permis de concevoir un nouveau modèle reposant sur une dotation populationnelle (environ 58 % du financement), des forfaits activité (environ 40 %) et une dotation qualité (2 %). L'architecture générale du modèle et les modalités de fonctionnement des différents compartiments ont été précisées dans un décret en Conseil d'État publié le 25 février 2021.

La dotation populationnelle entrée en vigueur début 2021, est allouée aux régions sur la base de critères explicatifs du recours aux services de médecine d'urgence et au SMUR. Elle vise à réduire les inégalités entre les territoires et à soutenir l'articulation avec les soins non programmés en détachant en grande partie le financement des urgences de l'activité réalisée. Cette dotation tient compte des particularités des populations et des territoires, en s'appuyant sur des indicateurs objectivés et concertés et ayant un impact direct sur le recours aux services d'urgences et au SMUR. Les indicateurs retenus sont détaillés dans le tableau ci-dessous. La répartition infrarégionale de la dotation revient à l'ARS en concertation avec les comités d'allocation de ressources régionaux nouvellement créés à cette fin. En campagne 2022, la dotation populationnelle progresse de 3 %.

Critères retenus pour le volet SU de la dotation populationnelle	Critères retenus pour le volet SMUR de la dotation populationnelle
<ul style="list-style-type: none"> • % population en ALD • Taux de mortalité standardisé • Nb passages SU des non-résidents • % de la population résidant à moins de 10 min / plus de 30 min d'une structure des urgences • Taux de fuite dans une structure des urgences / 1000 habitants • % de la population résidant dans une commune de classe 1 ou 2 d'une part, dans une commune de classe 4 d'autre part⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • Nb passages dans un SU des non-résidents • Taux de mortalité standardisé • % de la population résidant dans une commune de classe 4 • Nombre d'entité géographiques SMUR du département • % d'interventions secondaires (inter-établissements) • % de la population résidant dans une commune à plus de 30 min d'un SMUR

Le compartiment de financement à l'activité, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, vise à mieux prendre en compte l'intensité des prises en charge avec la mise en place de forfaits (urgentistes, imagerie, biologie, spécialistes) et suppléments dépendant notamment de l'âge du patient et de ses caractéristiques. Un forfait patient unique pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation a été mis en place en 2022, en remplacement des tickets modérateurs, et constitue maintenant le reste à charge dû par les patients en complément des financements couverts par l'Assurance maladie obligatoire (AMO).

Enfin, un **compartiment dédié à la qualité** des organisations et des prises en charge complète le modèle avec une valorisation de la progression observée de l'établissement de santé. Ce financement à la qualité permettra, par exemple, d'inciter à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données d'activité remontées par les services d'urgences.

1.2.4. L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD)

1.2.4.1. L'activité hospitalière en HAD : les grandes tendances en 2021

En 2021, le nombre de séjours augmente de +3,7 % par rapport à 2020 alors qu'il avait augmenté de +16,2 % entre 2019 et 2020.

a) L'évolution de l'activité d'HAD

L'augmentation du nombre de séjours de 3,7 % reprend un niveau comparable aux dynamiques d'activité constatées antérieurement à la crise sanitaire.

Entre 2019 et 2021, le nombre de journées évolue annuellement de +6,7 %. En excluant les journées pour prise en charge de la Covid-19, l'augmentation est de +4,9 %. A ce titre, entre les années 2020 et 2021, le nombre de journées pour Covid-19 est en hausse de +8,0 %.

En excluant les prises en charges pour Covid-19, la dynamique 2021/2020 est inférieure à celle pour 2020/2019. Quant aux prises en charge pour Covid-19, en janvier et février 2021, le nombre de journées est comparable à celui observé lors de la première vague au printemps 2020 ; entre mars et mai 2021, il devient proche de celui constaté lors du début de la seconde vague ; puis, à partir de juin 2021, le nombre de journées se maintient chaque mois en dessous de 10 000 journées, comme lors de l'entre deux vagues en 2020.

Les trois modes de prise en charge principaux (MPP) représentant les parts les plus importantes en nombre de journées restent les mêmes en 2019, 2020 et 2021. Toutefois, la structure d'activité par MPP présente en 2021 quelques évolutions par rapport à 2019 et 2020. La part du nombre de journées relatives aux soins palliatifs, à la prise en charge de la douleur ou aux autres traitements progresse (respectivement de +0,2 point ; +0,3 point

⁶ La classification des communes est réalisée selon le tableau correspondant au sein de l'annexe 1 de l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation.

; +0,6 point). Par ailleurs la part du nombre de journées concernant les pansements complexes et soins spécifiques ou les soins de nursing lourd diminue (respectivement -0,3 point ; -0,7 point).

Lors de la crise sanitaire de 2020, l'HAD a été présente en soutien des suites d'hospitalisation en MCO nécessitant des soins palliatifs et en substitution du MCO pour la chimiothérapie anticancéreuse. En 2021, alors que l'épidémie de Covid-19 continue d'impacter le système hospitalier, ces 2 MPP affichent une hausse par rapport à 2020 moins marquée que celle notée entre 2019 et 2020.

Par ailleurs, l'activité d'HAD avait été impactée par les déprogrammations d'activités réalisées en MCO pour faire face à l'épidémie, avec notamment une baisse modérée d'activité des pansements complexes et soins spécifiques constatée entre 2019 et 2020. En 2021, le nombre de journées relatives à ce MPP repart à la hausse par rapport à 2020 et affiche une évolution moyenne annuelle 2019/2021 de -0,6%. Au cours de l'année 2021, l'impact des déprogrammations d'interventions chirurgicales / interventionnelles en MCO ont moins impacté l'activité de pansements complexes et soins spécifiques.

b) Le renforcement de la prise en charge des résidents d'EHPAD

Après une augmentation marquée du nombre de journées d'HAD pour les résidents en EHPAD entre 2019 et 2020 (+25,8 %) on constate une légère baisse entre 2020 et 2021 (-0,9 %). En revanche on constate une augmentation du nombre de journées dans les structures médico-sociales de 6,7 % et 7 %.

Dans les EHPAD, alors que les prises en charge Covid-19 contribuaient fortement à la dynamique observée en 2020 par rapport à 2019, ces prises en charge diminuent entre 2020 et 2021 (-39,0%). Le nombre de journées pour prise en charge de la Covid-19 est quasiment divisé par 2 entre 2020 et 2021. Toutefois l'activité hors Covid compense la perte d'activité liée aux prises en charge Covid dans les EHPAD (+8,0%) et permet ainsi de stabiliser l'évolution du nombre de journées en EHPAD à -0,9%.

Tenant compte du retour d'expérience de la crise sanitaire, les conclusions du Ségur de la santé ont conforté les dispositifs d'évaluation précoce des résidents en EHPAD qui visent à renforcer l'appui et la mobilisation de l'HAD en EHPAD et à éviter des prises en charge trop tardives ou inadaptées en prévenant les transferts vers les services d'urgences des centres hospitaliers. Un dispositif de financement pérenne de ces évaluations à hauteur de 2,2 M€, appuyé sur un outil de recueil des évaluations anticipées mis en place par l'ATIH en 2022 permet de poursuivre la dynamique entreprise.

1.2.4.2. Le modèle de financement pour l'hospitalisation à domicile

L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une partie de l'activité du champ Médecine chirurgie obstétrique (MCO). Néanmoins, du fait de sa grande spécificité, elle dispose d'un modèle de financement qui lui est propre et qui se décompose en trois enveloppes financières :

- la part tarifs, comprend les journées d'hospitalisation à domicile facturées sous forme de groupes homogènes de tarifs (GHT) ;
- les médicaments en sus, correspondent aux dépenses engagées au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation, une enveloppe complémentaire spécifique au champ de l'HAD finance une partie des spécialités coûteuses non inscrites dans la liste en sus ;
- en complément, les établissements de santé peuvent recevoir des dotations correspondant à des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Les établissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile bénéficient également du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

1.2.4.3. Les perspectives d'évolution du modèle de financement de l'hospitalisation à domicile

La nécessité de réformer le modèle de financement de l'HAD fait l'objet d'un consensus depuis plusieurs années et répond notamment aux souhaits des acteurs et aux remarques formulées par la Cour des Comptes en 2016.

Cette future réforme a pour ambition de mettre en œuvre un nouveau modèle associant une part liée à l'activité et une part de dotation forfaitaire avec plusieurs compartiments, notamment pour tenir compte des particularités des populations au sein des territoires.

1.3. Les activités de psychiatrie

1.3.1. L'activité hospitalière en psychiatrie : les grandes tendances

En 2021, 398 000 patients ont été pris en charge à temps complet ou partiel au titre de l'activité hospitalière en psychiatrie, en hausse de 2,3 % par rapport à 2020 et en diminution de 4,9 % par rapport à 2019. Ces prises en charge ont représenté 17,9 millions de journées à temps complet et 3,9 millions à temps partiel.

L'analyse par classe d'âge montre une augmentation globale du nombre d'enfants pris en charge, à temps complet et partiel, que ce soit par rapport à 2020 (+12 %) ou à 2019 (+6 %). En revanche, le nombre de patients adultes pris en charge est à peu près stable par rapport à 2020 (+1 %) et en baisse par rapport à 2019 (-4 %).

L'analyse par nature de prise en charge montre une persistance de la baisse des prises en charge à temps complet par rapport à 2019 (-7 % en nombre de journées et en nombre de patients). En revanche, par rapport à 2020, le nombre de patients pris en charge à temps complet est en légère hausse (+2 %) mais le nombre de journées est en légère baisse (-1 %).

L'activité à temps partiel est également en forte baisse par rapport à 2019 (-25 % en nombre de journées de prise en charge ; -9 % de patients). Cependant, l'activité semble avoir repris par rapport à 2020 (+20 % de journées) même si le nombre de patients est stable (0 % d'évolution).

En 2021, 2,1 millions de patients ont été pris en charge en ambulatoire au titre de l'activité hospitalière en psychiatrie pour un nombre total d'actes, hors réunions, de 21,5 millions. Après une diminution de cette activité observée en 2020, l'activité de 2021, en nombre de patients ou d'actes, revient au niveau de celle de 2019 que ce soit pour les enfants (+1 % de patients) ou pour les adultes (+0 % de patients).

La progression des ressources de la psychiatrie est fixée à +3,9 % pour 2022, après prise en compte des effets du protocole de pluriannualité, du Ségur de la santé et des assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Les assises ont ainsi permis en particulier de :

- renforcer les centres médico psychologiques infanto-juvéniles et adultes afin d'améliorer les délais de rendez-vous, notamment en développant les 1ers rendez-vous rapides d'évaluation et d'orientation par un personnel non médical. L'équivalent de 800 personnels temps plein seront recrutés d'ici 2024, principalement infirmiers et psychologues ;
- développer l'offre d'accueil familial thérapeutique, l'amélioration de l'accès aux soins somatiques pour les patients souffrant de troubles psychiatriques ;
- apporter d'une réponse plus adaptée aux besoins de soins urgents et non programmés par le développement du volet psychiatrie du SAS ;
- renforcer des moyens dédiés à la prise en charge du psychotraumatisme ;
- augmenter le nombre d'équipes mobiles psychiatriques intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD ;
- déployer le numéro national gratuit de prévention du suicide.

En sus des mesures renforcées par les assises de la santé mentale, la progression des dépenses de psychiatrie vise notamment à poursuivre le renforcement de l'offre de prise en charge psychiatrique à destination des enfants et adolescents (pédopsychiatrie), l'organisation d'un nouvel appel à projets financé par le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, la montée en charge du dispositif Vigilans et aussi accompagner les établissements autorisés en psychiatrie à la mise en œuvre de la réforme de l'isolement et de la contention.

1.3.2. Le modèle de financement en psychiatrie évolue à compter de 2022

Les établissements publics et la majeure partie des établissements privés non lucratifs étaient financés en dotation globale via une dotation annuelle de financement (DAF) allouée annuellement, au titre du secteur dont ils sont responsables.

Les cliniques et quelques établissements privés à but non lucratif, dits sous objectif quantifié national (OQN) bénéficiaient d'un financement à l'activité, fondé principalement sur des paiements par journée d'hospitalisation. Les tarifs de ces prix de journées étaient fixés au niveau de chaque établissement dans le cadre d'une négociation tarifaire entre l'établissement et le directeur général de l'ARS, dans le respect du taux d'évolution moyen fixé au niveau national et décliné au niveau régional par arrêté.

Ces modalités de financement paraissaient inéquitables et contraignantes pour la modernisation de l'offre en psychiatrie. En effet, les établissements sous dotation se trouvaient contraints dans le développement de leur activité et ne pouvaient accompagner l'évolution nécessaire des prises en charge, dans leurs modalités

organisationnelles comme dans leur intensité. A contrario, la modalité de financement des établissements bénéficiant des prix de journée avait un caractère inflationniste, expliqué par des hausses importantes d'activité qui était difficilement corrélée avec l'évolution de la variété ou la lourdeur des prises en charge.

Ainsi, la réforme du financement des activités de psychiatrie, entrée en vigueur en 2022, vise à harmoniser ces modalités de financement mais également à réduire les inégalités territoriales constatées et à soutenir la nécessaire transformation de ce champ d'activité. Dans la lignée des travaux engagés dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, un modèle de financement combiné a été défini pour les établissements de psychiatrie. Ce modèle, fruit de la concertation avec les représentants des établissements et des professionnels, repose sur huit compartiments :

- Une dotation populationnelle visant à corriger les inégalités régionales et à asseoir le principe de responsabilité territoriale des établissements ;
- Une dotation à la file active pour valoriser l'activité des établissements ;
- Un compartiment activités spécifiques pour reconnaître et financer certaines activités à portée suprarégionale ;
- Plusieurs compartiments de financements ciblés afin de soutenir la transformation du secteur, la structuration de la recherche en santé mentale et le développement d'activités innovantes ;
- Un financement à la qualité à travers l'extension du dispositif IFAQ au champ de la psychiatrie et la création d'un compartiment dédié au financement de la qualité du codage.

La dotation populationnelle, vecteur majoritaire du modèle de financement pour les établissements publics et privés non lucratifs, sera répartie entre les régions sur la base de leur population ajustée au regard de cinq critères identifiés comme explicatifs du recours aux soins⁷⁸. Charge ensuite aux ARS de répartir cette dotation entre les établissements de la région au regard de critères populationnels définis par la région en concertation avec la section psychiatrie du comité d'allocation de ressources créé pour la mise en œuvre de la réforme.

La dotation file active, vecteur majoritaire du modèle de financement pour les établissements privés lucratifs, sera répartie entre les établissements selon leur file active quantifiée à partir du nombre de journées, pour l'hospitalisation en temps plein ou en temps partiel, ou du nombre d'actes annuels, en ambulatoire, affectés à un patient sur une année civile.

Le modèle cible et les différents compartiments qui le composent sont définis dans le décret en Conseil d'État publié le 29 septembre 2021. La publication d'arrêtés d'application venant préciser le fonctionnement des compartiments du modèle est prévue pour le dernier trimestre 2022.

Afin de faciliter la mise en œuvre du nouveau modèle et son appropriation, la réforme du financement de la psychiatrie fait l'objet d'un dispositif de transition permettant de sécuriser les recettes par établissement jusqu'en 2025.

L'année 2022 est une année de transition vers le nouveau modèle de financement qui repose sur une sécurisation totale des recettes antérieures pour chaque établissement. Tous les établissements de psychiatrie sont donc financés via une dotation provisionnelle d'un montant au moins équivalent aux recettes 2021. Cette année de transition permettra aux ARS et aux établissements de s'approprier le modèle et d'en anticiper les impacts. L'année 2022 est aussi celle de l'installation en région de la section psychiatrie des comités d'allocation de ressources qui sera consultée notamment sur les critères de répartition infrarégionale de la dotation populationnelle.

A compter de 2023 et jusqu'en 2025, les recettes des établissements resteront en grande partie sécurisées pour accompagner le passage au nouveau modèle de financement. L'application pleine et entière du nouveau modèle est prévue pour 2026.

1.4. Les activités de soins de suite et réadaptation (SSR)

1.4.1. L'activité hospitalière en SSR : les grandes tendances

En 2021, 898 000 patients ont été pris en charge par les établissements réalisant une activité de soins de suite et réadaptation (+3% par rapport à 2020, mais -13% par rapport à 2019).

⁷ Taux de pauvreté, taille moyenne des ménages, densité de psychiatres libéraux, densité de l'offre médico-sociale adaptée et surpondération de la population mineure

L'activité de soins de SSR a été largement impactée par l'épidémie de Covid en 2020 puisque le nombre de patients pris en charge a diminué sur cette année de 15% par rapport à 2019. Cette baisse d'activité est toujours constatée en 2021. L'activité a cependant partiellement redémarré en 2021, sans pour autant atteindre les niveaux observés en 2019. Le nombre de patients pris en charge reste ainsi 13% en-deçà du niveau d'activité de 2019. Contrairement à l'année 2020, la baisse par rapport à 2019 est plus marquée sur les prises en charge en hospitalisation complète (HC / -15%) que sur les hospitalisations à temps partiel (HTP / -5%). 23% des patients sont pris en charge uniquement en HTP en 2021 et 5% des patients ont eu une prise en charge associant HC et HTP.

Si elle s'expliquait en particulier par la fermeture des hôpitaux de jour au printemps 2020 et plus généralement par les limitations d'accès en raison du premier confinement, la diminution d'activité observée sur un temps plus long s'explique par une baisse du recours aux soins aigus, programmés comme non programmés, et par la baisse conséquente des besoins de prise en charge aval. L'indisponibilité des capacités de SSR due aux contraintes sur les ressources humaines est également un facteur explicatif.

Dans le contexte de l'épidémie de Covid, les établissements de SSR ont développé des prises en charge à distance, en utilisant l'ensemble des moyens de communication disponibles. Pour soutenir ces nouvelles pratiques, une enveloppe de 2 M€ a été constituée dans le cadre de la campagne 2021 afin de financer les journées de télé-réadaptation. Ce financement est reconduit en 2022.

1.4.2. Les évolutions portées dans le cadre de la campagne 2022

La progression des ressources des activités de soins de suite et réadaptation est fixée à +3,1 % pour 2022 après prise en compte des effets du protocole de pluriannualité et du Ségur de la santé.

Par ailleurs, dans la continuité des actions menées en 2020 et 2021, la campagne 2022 a notamment poursuivi le soutien apporté à l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation sous DAF afin d'accompagner les établissements financés sous DAF dans le développement de leur activité.

1.4.3. Un nouveau modèle de financement sécurisant les activités en SSR, adapté aux besoins de la population dans chaque région et en cohérence avec le financement des autres champs d'activité

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation afin de corriger les effets d'un financement différencié entre des établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) et des établissements financés à la journée d'hospitalisation. Ce modèle repose sur un financement comprenant pour chaque établissement :

- Une dotation forfaitaire répartie sur la base de critères populationnels et territoriaux (cf. ci-dessous) ;
- Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant aux tarifs mentionnés en vigueur ;
- Des compartiments complémentaires pour financer les molécules onéreuses, les plateaux techniques spécialisés ainsi que certaines missions d'intérêt général ;
- Les établissements de SSR bénéficient par ailleurs depuis 2017 d'enveloppes de financement liées à des indicateurs qualité.

La mise en œuvre de la réforme a débuté en 2017 avec l'instauration d'un dispositif transitoire combinant anciennes et nouvelles modalités de financement afin de permettre aux établissements d'appréhender la réforme progressivement, en limitant les effets revenus, et de finaliser en parallèle les évolutions techniques et organisationnelles nécessaires.

Le rapport sur la réforme des modes de financement remis à la ministre de la santé en janvier 2019 préconisait la mise en place de modes de paiement combinés, pour mieux prendre en compte la diversité des besoins des patients en matière de suivi, de prévention et in fine améliorer la qualité des prises en charge. La transformation du modèle de financement du SSR s'inscrit dans ce cadre.

La part de financement directement issu de l'activité est fixée 50 % du financement total des établissements SSR. Ces recettes permettront de rendre le modèle de financement dynamique et réactif par rapport à l'évolution des prises en charge effectuées par les établissements. Des compartiments forfaitaires sont introduits pour fournir de la visibilité et de la stabilité aux établissements, qui seront ainsi sécurisés pour s'engager dans les transformations nécessaires. Comme vu précédemment, il existe par ailleurs en SSR de fortes inégalités territoriales en terme d'équipements et de compétences pour lesquelles il est nécessaire de

disposer d'un vecteur de financement en permettant la correction. En conséquence, les financements forfaitaires sont de deux types :

- Des compartiments ciblés (plateaux techniques spécialisés, activités d'expertise financées en MIGAC, dotation pédiatrie...) qui permettront de prendre en compte les profils spécifiques d'établissements très spécialisés et de stabiliser ainsi leurs financements, tout en travaillant à un meilleur maillage territorial ;
- Le compartiment dit « dotation populationnelle » qui doit permettre de mettre en cohérence l'allocation du financement avec les besoins de santé, indépendamment de la structure d'offre existante. Cette dotation sera répartie sur la base de critères démographiques et épidémiologiques afin de décrire précisément le besoin de prise en charge au niveau territorial et permettra ainsi un rééquilibrage entre régions et territoires. L'objectif est également de donner les leviers financiers aux acteurs régionaux afin de structurer une offre de soins pérenne et adaptée aux spécificités territoriales. Cette dotation sera ainsi allouée aux établissements par le niveau régional et visera à assurer le rééquilibrage à destination des territoires les moins dotés ou les moins équipés tout en donnant à toutes les régions les moyens d'accompagner la transformation de l'offre de soins.

Le nouveau modèle de financement entrera en vigueur en 2023. Les établissements SSR seront financés à la fois sur la base des caractéristiques des patients qu'ils prennent en charge, des territoires qu'ils desservent et sur la base d'objectifs de santé publique. Ce modèle de financement tiendra compte de l'activité, et donnera une meilleure stabilité aux établissements pour leur permettre de faire évoluer leurs pratiques et leurs organisations au service d'un meilleur soin aux patients.

1.5. Les unités de soins de longue durée (USLD)

1.5.1. Le modèle de financement et ses enjeux

Les unités de soins de longue durée sont des structures d'hébergement et de soins prenant en charge des patients nécessitant un suivi sanitaire au long cours et des soins médicaux et techniques importants, sans critères d'âge. Elles sont chargées d'accueillir et de soigner des personnes présentant une pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes de décompensation répétés et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont ainsi plus importants que dans les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Si 97 % des personnes prises en charge sont des personnes âgées (l'âge moyen d'entrée en 2015 est de près de 84 ans), 3 % de la population prise en charge est constituée de personnes plus jeunes avec une situation de handicap et des besoins de soins techniques élevés au long cours.

Les USLD constituent une offre de soins du secteur sanitaire fondée sur une évaluation des besoins de soins et un modèle de financement calqués sur celui des EHPAD.

Ainsi pour 2021, le taux de progression de la dotation USLD s'est élevé à + 3,8 % par rapport à 2020. Les ressources nouvelles correspondantes ont porté les crédits liés à l'évolution tendancielle des dépenses des USLD mais aussi, les revalorisations du Ségur de la santé.

1.5.2. Les perspectives d'évolution

Les réformes en cours dans le champ de l'autonomie de même que l'évolution des EHPAD vers un accueil des personnes âgées les plus dépendantes et nécessitant des soins renforcés, rendent nécessaire un repositionnement des USLD dans un continuum et une gradation des prises en charge avec l'offre des EHPAD. Cette problématique se pose également avec les établissements médicalisés du secteur du handicap pour les publics plus « jeunes ».

Le rapport du 5 juillet 2021 « 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie » des professeurs Jeandel - Guérin a posé les premiers jalons de la réforme des USLD. Le rapport porte sur la définition des profils de soins relevant plus spécifiquement des USLD et des EHPAD dès lors que le soutien au domicile n'est plus envisageable.

1.6. Des modalités de financement communes aux différents champs d'activité

1.6.1. Le financement à la qualité

Depuis 2016, les établissements MCO, HAD et SSR (2017) peuvent bénéficier en fonction des résultats obtenus aux indicateurs de mesures de la qualité et de la sécurité des soins d'une dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé et sous l'impulsion de la *Task Force* « financements » du Ministère, le dispositif IFAQ a été profondément rénové en 2019. Un véritable changement de paradigme a été opéré afin de faire de la qualité un compartiment tarifaire à part entière du financement des établissements de santé, et d'accroître son poids dans les financements des établissements de santé en visant à terme une enveloppe nationale de 1 Md€ (contre 50 M€ en 2018). Pour accompagner cette augmentation de la part de financement à la qualité, le dispositif a été adapté et le modèle d'allocation de la dotation a été revu en profondeur pour en renforcer le caractère incitatif et inclusif :

- la logique de score qualité global par établissement a été remplacée par une rémunération à l'indicateur ;
- la part d'établissements rémunérés est passée d'environ 30 % au global à 70 % par indicateur ;
- la logique de valorisation du niveau atteint par l'établissement mais aussi de la progression de l'établissement entre deux recueils a été conservée ;

En parallèle, cette montée en charge a ouvert la voie à l'intégration du champ de la psychiatrie, au développement et à l'intégration de nouveaux indicateurs, ainsi qu'à des évolutions complémentaires du dispositif.

Cette dynamique a néanmoins été fortement perturbée par la crise sanitaire, qui a conduit à proposer des adaptations du modèle ces deux dernières années pour tenir compte de la situation des établissements et de la suspension du recueil des indicateurs de qualité et sécurité des soins.

Si les dispositifs 2020 et 2021 ont été appliqués de manière partielle, les travaux sur les paramètres et modalités d'application du modèle ont néanmoins pu être menés dans la perspective de réactiver pleinement le dispositif à compter de 2022. Le champ de la psychiatrie a été intégré au dispositif et des ajustements ont été apportés au modèle afin de renforcer d'une part le caractère discriminant du dispositif en intégrant une mécanique de gradation des rémunérations, et de permettre d'autre part une meilleure valorisation de l'évolution pour soutenir les dynamiques d'amélioration des établissements.

Pour les prochaines années, l'enjeu sera de poursuivre la montée en charge financière du dispositif, tout en stabilisant et consolidant le modèle et les évolutions mises en œuvre depuis 2019. Un prérequis indispensable à la montée en charge du financement à la qualité sera notamment le renouvellement des indicateurs mesurant la qualité des soins dans l'objectif de maintenir un nombre raisonnable d'indicateurs pertinents sur chaque champ. Des travaux sont menés en ce sens afin de permettre de disposer d'indicateurs complémentaires sur des champs d'activités à ce jour peu couverts, ou sur des thématiques nouvelles telles que la prévention, la qualité de vie au travail. Par ailleurs, la priorité est donnée au développement d'indicateurs issus des bases médico-administratives dont le recueil ne représente pas une charge de travail supplémentaire pour les établissements, et en privilégiant autant que possible les indicateurs de résultats.

Au-delà de l'incitation financière, l'enjeu est bien que chaque établissement s'approprie les indicateurs nationaux avec l'appui des ARS, les traduise au sein de son dialogue social interne dans le cadre du projet d'établissement, mais également au sein du dialogue avec les acteurs territoriaux pour qu'ils constituent à terme de véritables leviers managériaux d'amélioration de la qualité.

La valorisation de la qualité dans le financement des établissements ne reposera pas exclusivement sur le dispositif IFAQ. Les nouveaux modèles de financement des activités en cours d'élaboration pourront comporter des compartiments spécifiques de financement à la qualité. C'est d'ores et déjà le cas notamment du nouveau modèle de financement des urgences pour lequel des indicateurs qualité spécifiques seront définis, tels que le suivi de la durée de passage aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus. C'est également le cas des modèles de financement au forfait ou à la séquence (ex : épisode de soins actuellement testé dans le cadre du dispositif introduit par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ou encore les forfaits pathologies chroniques) dont le montant pourra être modulé en fonction d'indicateurs qualité ciblés sur les pathologies ou les épisodes de soins concernés.

1.6.2. Les dotations afférentes aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

L'ONDAM Etablissements de santé porte les crédits du sous-objectif relatif à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) destinée à financer les missions spécifiques assurées par les établissements de santé, indispensables à la prise en charge de la population d'un territoire.

1.6.2.1. Le cadre actuel des dotations MIGAC

Les missions d'intérêt général (MIG) recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité soit en raison de l'absence d'une classification adaptée, soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné. Ces activités peuvent être classées en deux grandes catégories :

- Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) précisées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale ;
- **Les autres missions qui figurent aux 2°, 3° et 4° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale** parmi lesquelles les missions de vigilance et de veille épidémiologique, la veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques, l'intervention d'équipes pluridisciplinaires et la coordination pour certaines pathologies spécifiques.

Les crédits finançant les missions d'intérêt général représentent un montant de 5,1 Md€ pour 2021. Le détail des montants délégués par les agences régionales de santé (ARS) des dotations 2021 pour chacune des MIG est présenté dans le chapitre III. Allocations des ressources 2021 des établissements de santé.

La liste exhaustive des MIG, fixée annuellement par arrêté, a été fortement révisée en 2022. Vingt et une MIG sont supprimées ; elles ont en effet intégré le champ de l'une des cinq missions du FIR mentionnées à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Le suivi de ces missions et leur financement intégreront donc les rapports annuels au Parlement à venir dédiés au fonds d'intervention régional- FIR. Deux nouvelles MIG ont été créées :

- La MIG pour la recherche sur les maladies infectieuses et émergentes et réémergentes ;
- La MIG « Engagement maternité – volet hébergement » relative à l'hébergement en proximité d'une maternité pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité.

Les dotations d'aide à la contractualisation (AC) permettent aux ARS d'accompagner la contractualisation avec les établissements sur la base d'objectifs bien définis. Il en existe ainsi 6 catégories selon la nature de ces objectifs :

- Le développement de l'activité
- Le maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS
- L'amélioration de l'offre (action de coopération et/ou soutien à la démographie des personnels de santé)
- La restructuration et soutien financier aux établissements
- L'aide à l'investissement
- Les autres objectifs

1.6.2.2. Les évolutions : l'exemple du soutien à l'expérimentation des hôtels hospitaliers

L'accessibilité aux soins et l'optimisation des parcours constituent des enjeux de santé publique de première importance. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu, dans son article 53, la possibilité pour les établissements hospitaliers de proposer à leurs patients dans le cadre d'une expérimentation une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM), en amont ou en aval des séjours hospitalier ou lors d'une séance de soins, afin de recentrer l'hôpital sur sa mission de soins.

Les premiers enseignements tirés de cette expérimentation, repris dans le cadre des engagements portés dans le Ségur de la santé, ont conduit à généraliser le dispositif dans le cadre de l'article 59 de la LFSS 2021.

L'hôtel hospitalier s'inscrit dans une dynamique de virage ambulatoire permettant de favoriser les prises en charge de courte durée pour la réalisation des soins hospitaliers, de faciliter la réorganisation des établissements par la fluidification et l'optimisation des parcours en hospitalisation complète, tout en assurant pour les patients résidant loin de structures de soins un accès facilité aux services de santé de l'hôpital quand

ils en ont besoin. Le dispositif est, par ailleurs, de nature à améliorer la satisfaction des patients en limitant l'hospitalisation à la seule prise en charge technique.

Un financement temporaire est attaché à la mise en œuvre de ce dispositif, jusqu'à fin 2023, et correspond à une valorisation de l'activité par un forfait nuitée. Ce financement limité dans le temps permet la réalisation d'une évaluation médico-économique, prévue par la LFSS 2021 et dont les conclusions sont attendue pour fin 2022. De janvier à décembre 2021, sur l'activité MCO, 44 établissements ont déclaré avoir réalisé 32 985 nuitées de patients pour 8 003 séjours dans le cadre de ce dispositif.

Pour les femmes enceintes, la MIG Engagement maternité, volet hébergement, a été créée en 2022. Elle a pour objet de compenser les dépenses engagées par un établissement pour assurer l'hébergement d'une parturiente résidant à plus de 45 minutes de la maternité. La prise en charge couvre spécifiquement les coûts de nuitées d'hôtel pour la parturiente et ses éventuels accompagnants, les transports correspondants étant directement pris en charge par les caisses d'assurance maladie. Le décret pris en 2022 précise les conditions d'accès à cette prestation.

2. Les modalités de financement des ESMS

2.1. Le financement des ESMS de 2019 à 2021

Les dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux, pour l'essentiel opérées par la voie de dotations, s'inscrivent, pour la part financée au sein de l'ONDAM, dans le cadre budgétaire de l'objectif global de dépenses (OGD) mentionné à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Certaines dépenses sont prises en charge par d'autres financeurs que la sécurité sociale.

Les dépenses médico-sociales de l'OGD sont réalisées par les caisses primaires d'assurance maladie.

Dans le cadre de la 5ème branche de sécurité sociale consacrée à l'autonomie créée en 2020, l'OGD coïncide depuis 2021 avec les deux sous-objectifs de l'ONDAM relatifs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Les dépenses financées au travers de l'OGD s'élevaient à 25,4 Mds€ en 2020, en augmentation de près de 3 Md € par rapport au montant exécuté de dépenses 2019 (+12,10 %). Cette hausse est principalement concentrée sur les établissements accueillant des personnes âgées, c'est-à-dire les EHPAD.

Entre 2020 et 2021, l'OGD augmente de 1,5 Md€ (+5,5 %)

Cette hausse successive en 2020 et 2021 s'explique, d'une part, par la compensation des surcoûts Covid-19 aux ESMS et des pertes de recettes hébergement aux EHPAD dès début 2020, et, d'autre part, par le financement des mesures issues du Ségur de la Santé à partir du dernier trimestre 2020.

Synthèse des dépenses de l'OGD intégrant les surcoûts Covid-19 et les revalorisations salariales (En Mds€)

2019	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	10,6	2,80 %	11,8	1,70 %	22,4	2,20 %
OGD final	10,6	2,80 %	11,8	1,70 %	22,4	2,20 %

2020	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	12,2	13,10 %	12,4	4,80 %	24,6	8,90 %
OGD final	13,1	19,00 %	12,4	4,80 %	25,5	12,10 %

2021	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	13,9	5,70 %	12,5	0,80 %	26,4	3,40 %
OGD final	14,4	9,00 %	12,6	1,60 %	27	5,50 %

2022	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	14,4	0,50 %	13,6	7,30 %	28	3,60 %
OGD final						

Evolution par rapport à l'OGD rectifié N-1

2.1.1. Pour personnes âgées (PA)

2.1.1.1. Evolution des ressources issues de la branche autonomie par type d'établissements et services

L'évolution des ressources (hors mesures liées à la pandémie et soutien des mesures non reconductibles) est de +27 % pour les EHPAD sur la période 2019-2021. Cette évolution sans précédent s'explique principalement par l'application des mesures de revalorisation issues du Ségur de la santé à partir du 1^{er} octobre 2020. Au total, sur le secteur personnes âgées, l'OGD a été abondé de 366 M€ en 2020 et de 1,70 Md€ en 2021 au titre des mesures de revalorisation salariale.

Par ailleurs, les recettes EHPAD ont progressé compte tenu de la poursuite de la médicalisation des établissements et du financement de la fin de la convergence tarifaire. En 2021, 254,5 M€ ont été alloués à ce titre.

Enfin, des actions pour le développement de l'offre et pour l'amélioration de la prise en charge ont été soutenues depuis 2019 (actions de prévention, astreintes infirmières de nuit, accompagnement du passage au tarif global des EHPAD).

S'agissant des SSIAD, des accueils de jour et des résidences autonomie, les ressources de ces ESMS ont progressé dans une moindre proportion notamment du fait de l'application des mesures de revalorisation salariale à partir du milieu d'année 2021.

Recettes reconductibles	2019	2020	2021	Evolution 2019-2021
EHPAD (dont PUV)	8 632 710 765 €	9 446 216 084 €	11 772 535 980 €	+27 %
SSIAD	1 561 000 960 €	1 559 435 209 €	1 653 394 345 €	+5 %
AJA et RA	77 935 366 €	80 031 191 €	87 127 290 €	+11 %

Source : HAPI médico-social

Au-delà des dépenses de fonctionnement, les ESMS du champ personnes âgées ont été fortement soutenus par les ARS pour faire face à l'épidémie de Covid-19. En 2021, les EHPAD ont ainsi perçu 399 M€ pour compenser les pertes de recettes d'hébergement. Les surcoûts liés à la crise sanitaire (renforts personnels, masques, tests et frais logistiques) ont été financés à hauteur de 298 M€ pour l'ensemble des ESMS du champ personnes âgées.

Par ailleurs, les ARS financent chaque année des actions ciblées (formation, petits investissements, ...). En 2021, ce soutien s'élève à environ 181 M€ au niveau national.

2.1.1.2. Evolution régionale des dépenses OGD

Dotations régionales limitatives (PA)	2019	2020	2021
Auvergne-Rhône-Alpes	1 349 314 668 €	1 673 580 323 €	1 836 677 458 €
Bourgogne-Franche-Comté	584 609 876 €	733 119 575 €	791 021 332 €
Bretagne	685 302 170 €	840 341 805 €	919 907 240 €
Centre-Val de Loire	513 322 241 €	622 251 142 €	682 050 164 €
Corse	39 429 081 €	46 767 075 €	53 143 153 €
Grand Est	881 850 230 €	1 107 048 840 €	1 218 726 182 €
Guadeloupe	36 152 895 €	43 024 105 €	46 424 510 €
Guyane	8 247 821 €	9 547 757 €	10 599 103 €
Hauts-De-France	873 730 744 €	1 074 743 110 €	1 160 699 734 €
Ile-de-France	1 223 557 250 €	1 576 745 942 €	1 656 202 832 €
La Réunion	-	47 436 452 €	53 770 179 €
Martinique	40 878 941 €	50 324 420 €	55 695 923 €
Mayotte	-	1 429 885 €	1 579 850 €
Normandie	599 130 358 €	721 830 902 €	799 528 650 €
Nouvelle-Aquitaine	1 200 634 456 €	1 460 193 225 €	1 621 583 755 €
Occitanie	1 048 749 816 €	1 299 460 746 €	1 438 399 380 €
Océan Indien (La Réunion & Mayotte)	39 037 399 €	-	-
Pays de la Loire	697 434 034 €	852 810 197 €	963 983 132 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	790 803 839 €	984 117 349 €	1 080 441 511 €
TOTAL	10 612 185 819 €	13 144 772 850 €	14 390 434 088 €

2.1.2. Pour personnes handicapées (PH)

2.1.2.1. Evolution des ressources issues de la branche autonomie par type d'établissements et services

L'évolution des ressources issues de la branche autonomie (auparavant assurance maladie) s'explique par l'allocation des mesures d'actualisation des dotations des établissements en 2020 et 2021.

Cette évolution résulte aussi de la délégation de mesures nouvelles lors de ces deux années consécutives pour poursuivre les orientations de politique publique sur le secteur du handicap (développement des solutions de scolarisation et stratégie nationale autisme notamment) et par la dynamique de création de places.

a) Handicap adultes :

Recettes reductibles	2019	2020	2021	Evolution 2019-2021
MAS	2 278 961 280 €	2 359 602 870 €	2 440 739 186 €	7 %
FAM	550 245 158 €	555 972 588 €	580 646 779 €	5 %
ESAT	1 501 945 815 €	1 516 734 336 €	1 543 237 578 €	3 %
CRP	275 949 313 €	281 459 856 €	287 525 721 €	4 %
SAMSAH	133 183 649 €	143 067 808 €	150 522 768 €	12 %

Source : HAPI médico-social

b) Handicap enfance :

Recettes reductibles	2019	2020	2021	Evolution 2019-2021
IME	2 841 806 455 €	2 931 016 951 €	2 965 236 914 €	4 %
ITEP	776 698 011 €	796 217 132 €	810 631 673 €	4 %
SESSAD	1 043 938 767 €	1 056 771 631 €	1 095 034 708 €	5 %
CAMPS	250 857 035 €	262 449 804 €	277 117 444 €	9 %
CMPP/BAPU	344 918 598 €	348 954 239 €	356 294 029 €	3 %

Source : HAPI médico-social

Les établissements du champ des personnes en situation de handicap ont aussi perçu un montant de dotation complémentaire en 2021 pour compenser les revalorisations salariales qui sont entrées en vigueur à partir du 1^{er} juin 2021 pour le secteur public et à compter du 1^{er} novembre 2021 pour le secteur privé à but non lucratif. 91 M€ ont ainsi été alloués pour la mise en œuvre en cours d'année de ces mesures issues du Ségur de la santé.

Comme pour les ESMS du champ personnes âgées, les ESMS du champ du handicap ont été soutenus par les ARS pour faire face à l'épidémie de Covid-19. En 2021, les dépenses consacrées aux compensations à ce titre s'élèvent à 78 M€ au titre des surcoûts liés à la crise sanitaire (renforts en personnels, masques, tests et frais logistiques).

En outre, les ARS financent chaque année des actions ciblées (formation, petits investissements, ...). En 2021, ce soutien s'élève à 112,8 M€ au niveau national.

2.1.2.2. Evolution régionale des dépenses OGD

Dotations régionales limitatives (PH)	2019	2020	2021
Auvergne-Rhône-Alpes	1 244 105 146 €	1 313 818 576 €	1 315 609 365 €
Bourgogne-Franche-Comté	526 200 386 €	562 355 200 €	567 558 190 €
Bretagne	540 053 951 €	569 881 010 €	574 552 190 €
Centre-Val de Loire	477 645 672 €	499 532 865 €	502 475 016 €
Corse	50 660 136 €	56 906 128 €	58 113 098 €
Grand Est	1 073 975 619 €	1 129 810 849 €	1 127 263 794 €
Guadeloupe	88 162 089 €	91 542 486 €	93 009 332 €
Guyane	52 702 109 €	58 310 376 €	58 777 532 €
Hauts-De-France	1 208 171 231 €	1 276 967 029 €	1 273 830 435 €
Ile-de-France	1 911 991 111 €	2 013 774 040 €	2 021 855 847 €
La Réunion	-	177 021 512 €	178 501 278 €
Martinique	73 975 071 €	78 352 385 €	80 234 458 €
Mayotte	-	15 447 623 €	18 031 671 €
Normandie	657 728 895 €	683 435 337 €	687 622 211 €
Nouvelle-Aquitaine	1 079 463 939 €	1 127 538 457 €	1 137 856 134 €
Occitanie	1 149 246 501 €	1 204 970 278 €	1 216 503 978 €
Océan Indien (La Réunion & Mayotte)	179 468 209 €	-	-
Pays de la Loire	621 786 581 €	650 951 888 €	656 554 297 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	786 923 297 €	848 754 504 €	856 324 638 €
Saint Pierre et Miquelon	966 026 €	974 848 €	985 439 €
TOTAL	11 723 225 969 €	12 360 345 391 €	12 425 658 903 €

2.2. Modèle de financement des ESMS

Le modèle de financement des ESMS repose sur une tarification des prestations fournies par les ESMS fixée, selon le type d'établissement, par le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental ou conjointement par ces autorités en cas de cofinancement. Les dotations financières allouées aux ESMS, exprimées en prix de journée, dotation globale, ou forfait, s'inscrivent dans le cadre des enveloppes limitatives régionales allouées aux ARS en fonction des enveloppes budgétaires définies au niveau national dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA et correspondant désormais pleinement aux sous-objectif personnes âgées et personnes en situation de handicap de l'ONDAM, et des crédits disponibles dans les départements.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, deux systèmes de présentation budgétaire coexistent :

- Le **budget prévisionnel (BP)** et le **compte administratif (CA)**. Ces deux outils sont destinés à fixer un tarif et à contrôler que les fonds alloués ont été utilisés conformément aux prévisions ayant servi de fondement à la fixation de ce tarif. Le schéma sous-jacent s'appuie donc nécessairement sur le renouvellement annuel du périmètre de charges historique. Ce périmètre est modulé en fonction de l'activité, des taux d'évolution courants des charges et de mécanismes spécifiques d'incorporation de résultat. Dans ce schéma, le niveau de charges prévisionnel, seul point de départ des prévisions budgétaires, est à la base du mécanisme de fixation du niveau de produits de tarification alloués. Le BP et le CA sont donc à visée essentiellement tarifaire.

- **L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD)** issus des lois du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Le schéma est inversé : il s'agit d'un pilotage par la ressource, passant par l'application d'équations tarifaires dans le cas des EHPAD et des petites unités de vie (PUV) ou bien par la fixation de modalités tarifaires préétablies pour cinq ans dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM) pour les autres établissements et services soumis à l'EPRD (relevant d'un CPOM-personnes en situation de handicap (PH), accueil de jour Alzheimer (AJA) ou service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)/ services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)). Le niveau de produits peut donc faire l'objet d'une prévision et les charges prévisionnelles sont adaptées à ce niveau de produits. Plus globalement, ces outils permettent de passer à une analyse financière plus globale des établissements et services d'un organisme gestionnaire dans une perspective pluriannuelle. L'autorité de tarification doit dorénavant apprécier la soutenabilité financière de l'organisme gestionnaire au regard des objectifs du CPOM en matière de réponse aux besoins des personnes accompagnées. Cette appréciation concerne plus précisément la situation financière de l'organisme, ses difficultés éventuelles et les facteurs de solidité à renforcer ou pouvant être développés.

Par ailleurs, l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a substitué le CPOM à la convention pluriannuelle, dite tripartite, des EHPAD. Ce CPOM peut être élargi à d'autres catégories d'établissements ou de services lorsque ces derniers sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. A noter que les EHPAD sont sous EPRD quel que soit leur situation vis-à-vis du CPOM. En outre, les établissements et services du secteur des personnes en situation de handicap sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) doivent signer un CPOM. L'exercice suivant la signature du CPOM, de nouvelles règles budgétaires et comptables s'appliquent et notamment l'utilisation de l'EPRD. Cette obligation de contractualisation pour les EHPAD et les ESMS du secteur PH repose sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Une montée en charge de 5 ans était initialement prévue soit une échéance au 31 décembre 2021. Or, un retard important dans la mise en œuvre de cette mesure a été pris⁹, s'expliquant à la fois par l'ampleur de l'impact de la démarche de contractualisation sur le secteur médico-social et aussi par la crise sanitaire. Aussi, une instruction a été prise pour desserrer de trois ans le calendrier de signature des CPOM soit jusqu'au 31 décembre 2024.

Enfin, il convient de souligner que le **décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière** dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux vient renforcer la réglementation budgétaire, comptable et financière applicable aux ESSMS. Ainsi, le **cadre** normalisé simplifié de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), des relevés infra-annuels et de l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), applicable principalement aux établissements commerciaux est supprimé. Les gestionnaires de ces établissements doivent remplir les cadres dits « complets ». Pour 2022, des mesures transitoires sont prévues afin que ces gestionnaires bénéficient d'un délai supplémentaire pour établir leur EPRD.

Par ailleurs les gestionnaires d'ESSMS commerciaux ou non habilités à l'aide sociale ont l'obligation de tenir une comptabilité analytique distincte pour chaque établissement ou service géré. Ils doivent, en outre, transmettre aux autorités de tarification et de contrôle, une attestation du commissaire aux comptes concernant l'utilisation des dotations publiques, la réalisation de marges, et les flux financiers entre le siège et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) gérés. En complément, les gestionnaires sont soumis à l'obligation de nommer un ou plusieurs commissaires aux comptes doivent transmettre le rapport établi et ses annexes lors de la clôture de l'exercice.

Il est également expressément prévu l'obligation d'imputer les rabais, remises et ristournes obtenus sur les budgets sur lesquels ils ont été obtenus. En outre, ce décret fixe à cinq ans le délai de rejet des dépenses qui sont manifestement étrangères à la gestion normale d'un établissement ou service.

⁹ Selon une enquête réalisée par la DGCS de juin 2019, le taux de signature des CPOM s'élevait à 19 % des ESSMS PA et PH.

2.3. Les évolutions portées dans le cadre de la campagne 2022

2.3.1. La réforme des services à domicile – article 44 de la LFSS 2022 avec l'introduction d'une dotation de coordination

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 vise à renforcer les services à domicile et à favoriser un accompagnement de qualité pour les personnes qui en ont besoin.

Tout d'abord le secteur du domicile va se restructurer au travers d'un rapprochement des services existants (SAAD, SSIAD et SPASAD) pour former une catégorie unique de services autonomie à domicile qui répondront aux conditions minimales de fonctionnement définies par un cahier des charges. En effet, l'offre de services à domicile est fragmentée et peu lisible, conduisant à des démarches complexes pour l'utilisateur ou ses aidants et à une faible cohérence des interventions d'aide et de soins.

Le système actuel ne répond pas suffisamment au besoin accru de coordination autour de la personne âgée et de la personne en situation de handicap, c'est-à-dire d'inscription de tous les intervenants de l'aide et du soin à domicile dans une démarche de prise en charge globale, dans une logique de parcours. Le nouveau modèle de service autonomie à domicile s'appuie principalement sur l'expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) intégrés et les enseignements très positifs qui ont pu en être tirés. Cette expérimentation, qui a pris fin le 31 décembre 2021, est généralisée et sert de socle à la nouvelle offre de services autonomie à domicile.

De plus, cette mesure s'accompagne d'une refonte du modèle de financement des activités d'aide et d'accompagnement des services à domicile. En effet, le secteur souffre d'un sous-financement critique avec de fortes disparités entre départements.

C'est pourquoi il a tout d'abord été prévu de consolider le financement des prestations d'aide et d'accompagnement par l'instauration au 1^{er} janvier 2022 d'un tarif plancher national de 22 euros par heure pour la valorisation des plans d'aide par les départements pour les services habilités ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. S'ajoute à ce tarif plancher, pour les services qui concluront un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le conseil départemental, le versement d'une dotation permettant de financer des actions améliorant la qualité du service rendu et les conditions de vie au travail des salariés.

Le coût induit par ces mesures pour les départements fait l'objet d'une compensation par la branche autonomie.

L'article 44 prévoit également de faire évoluer la tarification des activités de soins pour passer d'un système de tarification forfaitaire par place non modulée en fonction des caractéristiques des usagers, à une tarification tenant compte du besoin en soins et du niveau de perte d'autonomie des usagers. Cette réforme, qui doit aboutir en 2023, vise ainsi à permettre aux services autonomie à domicile, délivrant des prestations d'aide et de soins de mieux accompagner chez elles les personnes âgées ou en situation de handicap dont l'état de santé nécessite des soins importants et ayant un niveau de dépendance élevé, sans qu'elles ne relèvent de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Enfin, un financement spécifique versé par l'ARS permettant d'inciter à la coordination entre les prestations d'aide et de soins doit être versé aux services dispensant les 2 prestations. Cette dotation doit permettre une meilleure prise en charge par les services eux-mêmes des coûts de coordination des différents intervenants à domicile. Cette dotation vise à garantir le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions.

2.3.2. La mission de centre de ressources territorial – EHPAD - Article 47 de la LFSS pour 2022 avec une dotation complémentaire pour cette nouvelle mission

L'article 47 consacre une mission de centre de ressources territorial. Cette mission vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer à vivre chez elles. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement.

Cette mission peut être portée par un EHPAD ou par un service à domicile selon les modalités définies réglementairement.

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées conjointement par les centres de ressources territoriaux :

- Volet 1 : Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés) ;
- Volet 2 : Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Une dotation annuelle de 400 000 € est versée aux structures retenues dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets, pour un montant total de 20 M€ dans le cadre de la campagne budgétaire 2022.

PARTIE 2 : La situation financière des établissements de santé et médico-sociaux

1. Trois années marquées à la fois par la mise en œuvre des accords du Ségur de la santé et de dispositifs de financement dérogatoires dans le cadre de la crise sanitaire

Le financement des établissements de santé et médico-sociaux, sur la période 2020-2022 a évolué en raison des réformes des modes de financement évoquées supra, de la poursuite de l'application des accords du « Ségur de la santé » ainsi que des mesures de soutien financier mises en place en conséquence de la crise sanitaire Covid-19.

1.1. Le contexte récent

1.1.1. Le Ségur de la santé

Au terme d'un processus inédit de concertation avec l'ensemble des acteurs, les accords du Ségur de la santé ont été signés le 13 juillet 2020 par Jean Castex, Premier ministre, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, et par une majorité d'organisations syndicales représentant d'une part, les professions non médicales (FO, CFDT, UNSA) et d'autre part les personnels médicaux de l'hôpital public (INPH, SNAM-HP, CMH).

Dans la lignée des orientations fixées par le Président de la République¹⁰, le **Ségur de la santé** a donc lancé le 25 mai 2020 des concertations autour de quatre piliers :

- Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;
- Pilier n°3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;
- Pilier n°4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

Les constats principaux et les priorités ont été largement partagés entre les acteurs à cette occasion. La déclinaison des accords du Ségur de la santé a ainsi eu un effet massif sur la gestion financière des établissements de santé au travers de la relance de l'investissement et de la revalorisation des rémunérations des personnels.

Pilier central des travaux du Ségur de la santé, la question de l'attractivité des métiers du soin a conduit à des accords historiques avec les partenaires sociaux en juillet 2020, pour définir les mesures ambitieuses permettant de reconnaître l'ensemble des métiers de la santé et des personnes les exerçant à la hauteur de leur engagement. Les accords du Ségur de la Santé prévoient des mesures de revalorisation salariale au bénéfice des personnels médicaux et non médicaux des établissements de santé publics et privés à hauteur de **6,9 Md€ sur la période 2020 – 2023**.

Dans le cadre du deuxième pilier du Ségur de la santé des engagements ont été pris afin de relancer l'investissement : investir **19 Md€** à horizon 2030 pour relancer les investissements en santé, moderniser les établissements sanitaires et médico-sociaux, restaurer les capacités financières de ceux qui en ont besoin, favoriser leur investissement courant, et investir dans le futur du système de santé, y compris dans les outils du numérique.

En déclinaison, le plan de relance de l'investissement hospitalier qui prévoit 15,5 Md€¹¹ sur dix ans doit permettre d'améliorer rapidement et structurellement le niveau d'investissement des établissements de santé, en soutenant à la fois directement leurs investissements du quotidien (1,5 Md€), en contribuant à la restauration progressive des capacités financières des établissements assurant le service public (6,5 Md€) et en accompagnant les projets de modernisation les plus structurants (7,5 Md€), notamment pour le service public.

¹⁰ En déplacement à Mulhouse le 25 mars 2020, le Président de la République avait promis « un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières pour notre hôpital ».

¹¹ 13Md€ au titre des dotations de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier (article 50 de la LFSS pour 2021) et 2,5M€ au titre du Ségur de la santé

1.1.2. Les réponses apportées aux établissements de santé pour faire face aux conséquences financières de la crise sanitaire

Les conséquences financières pour les établissements de santé mobilisés face à la crise sanitaire depuis 2020 ont nécessité des dispositions exceptionnelles de soutien : garantie de financement et crédits exceptionnels. Il s'agissait d'éviter toute rupture de trésorerie, de sécuriser leurs recettes et de compenser leurs charges spécifiques afin de leur permettre de se consacrer pleinement à la prise en charge des patients.

Ainsi, la mise en place d'une garantie de financement pour sécuriser les recettes issues de l'assurance maladie obligatoire pendant la période de la crise constitue un levier essentiel de soutien aux acteurs sanitaires. Ce mécanisme visait deux objectifs majeurs : à très court terme, éviter toute rupture de trésorerie et sécuriser leurs financements issus de l'activité et leur donner de la visibilité sur leurs ressources.

Le soutien financier apporté aux établissements de santé s'est également traduit par des délégations exceptionnelles de crédits visant à prendre en charge les surcoûts du système hospitalier générés par la réorganisation profonde des établissements de santé pour faire face à la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de Covid-19.

1.1.3. Les mesures de revalorisations salariales issues du Ségur de la santé

Dans son discours de Mulhouse du 25 mars 2020, le président de la République a annoncé un plan massif d'investissement en faveur de l'hôpital public et de revalorisation des carrières des personnels exerçant à l'hôpital, qui s'est notamment traduit par un plan de revalorisation massif des personnels dans le cadre du pilier 1 du Ségur de la santé.

1.1.3.1. Les personnels médicaux (PM)

Concernant les personnels médicaux, trois accords ont été signés avec des engagements précis :

- l'accord du 13 juillet 2020 en faveur des personnels médicaux ;
- l'accord du 16 juillet 2020 en faveur des étudiants de 3^e cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie ;
- l'accord du 16 juillet 2020 en faveur des étudiants du deuxième cycle des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de maïeutique.

Ces engagements ont permis de formaliser des engagements ministériels partagés en faveur d'une revalorisation des carrières médicales hospitalières et d'une attractivité renforcée

Ainsi, parmi les principales mesures mises en œuvre pour les personnels médicaux, la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) à un montant unique de 1010 euros bruts mensuels a contribué à revaloriser les rémunérations des praticiens à l'hôpital. Par ailleurs, la modification de la grille des émoluments des praticiens hospitaliers a permis de revaloriser les débuts de carrière (dès le 01/10/2020) et de redonner des perspectives d'avancement aux praticiens en fin de carrière (dès le 01/01/2021). L'ensemble des praticiens hospitaliers (PH) du corps ont ainsi été reclassés sur cette nouvelle grille. Au total, pour ces mesures, une enveloppe d'environ 500 M€ est déléguée en année pleine.

De plus, un chantier de révision du cadre statutaire des personnels médicaux, entrepris en 2019, a abouti début 2022. Dans un souci de simplification et de modernisation des carrières médicales hospitalières, un nouveau statut unique de praticien hospitalier et un nouveau statut unique de praticien contractuel sont entrés en vigueur le 7 février 2022. De nouvelles modalités de rémunération des praticiens contractuels ont été définies, et cette réforme statutaire s'est accompagnée d'une enveloppe de 122 M€ pour faciliter la renégociation des contrats de travail.

Parallèlement, deux autres dispositifs indemnitaires sont venus contribuer à la revalorisation des carrières médicales hospitalières.

D'une part, afin d'assurer la continuité des soins dans des territoires marqués par une démographie médicale fragile et afin d'offrir aux établissements une alternative au recours à l'intérim médical, un dispositif de solidarité territoriale a été créé en décembre 2021. Il vise à favoriser les remplacements de praticiens entre établissements publics de santé, dans une logique de coopération territoriale et de mutualisation des ressources humaines médicales, en autorisant le versement d'une prime de solidarité territoriale, l'enjeu étant que le recours aux dispositifs de solidarité territoriale se substitue progressivement au recours à l'intérim.

D'autre part, afin de reconnaître l'investissement des personnels médicaux dans des fonctions managériales, les indemnités versées aux chefs de pôles et aux présidents de commission médicale d'établissement ont été doublées (respectivement de 200 à 400 euros bruts mensuels et de 300 à 600 euros bruts mensuels) à compter

du 1^{er} novembre 2021. Une indemnité de fonction a par ailleurs été créée pour les chefs de service (d'un montant de 200 euros bruts mensuels) à partir du 1^{er} novembre 2021 ainsi qu'une indemnité de président de commission médicale de groupement (d'un montant de 600 euros bruts mensuels) à compter du 1^{er} janvier 2022. Une enveloppe de 82,5 M€ est déléguée en année pleine pour cette mesure.

L'accord relatif aux étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie, a permis la revalorisation de leurs émoluments (internes et docteurs juniors), de 10 % en première et deuxième année du 3^{ème} cycle et de 5 % pour les années suivantes, à compter du 1^{er} novembre 2020. La revalorisation de l'indemnité forfaitaire d'hébergement (de 200 euros à 300 euros bruts mensuels), l'assouplissement de ses conditions d'attribution, ainsi que la revalorisation de 25 % des indemnités de garde sont entrés en vigueur à cette même date, conformément au protocole d'accord signé le 16 juillet.

L'accord relatif aux étudiants de 2^{ème} cycle des études de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie, a également permis une revalorisation des émoluments mensuels de 50 % pour les étudiants en 1^{ère} année du deuxième cycle et de 40 % pour les deux années suivantes, dès le 1^{er} septembre 2020. De plus, une indemnité forfaitaire d'hébergement de 150 euros brut mensuel a été créée pour les étudiants du 2^{ème} cycle effectuant un stage en zone sous-dense.

Au total, une enveloppe de 190 M€ est déléguée, en année pleine, pour financer les mesures relatives aux étudiants de 2^e et de 3^e cycles.

Enfin, des concertations ont également permis la revalorisation des carrières des personnels hospitalo-universitaires, dans la continuité du Ségur de la santé. Ces concertations ont réuni les conférences hospitalières, les conférences de doyens, France-Université, le conseil national des universités-santé et les organisations syndicales représentatives des personnels enseignants et hospitaliers, sous l'égide des ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur. Vingt-quatre propositions ministérielles ont été présentées le 12 juillet 2021, parmi lesquelles la revalorisation des grilles des émoluments hospitaliers des personnels enseignants et hospitaliers ainsi que l'augmentation de 9 % à 12 % du taux maximal de contribution des centres hospitaliers universitaires aux plans d'épargne-retraite souscrits par les personnels enseignants et hospitaliers à compter du 1^{er} janvier 2022. Pour ces mesures, une enveloppe de 25,8 M€ est déléguée en année pleine.

1.1.3.2. Les personnels non médicaux (PNM)

En application du Ségur de la Santé, diverses mesures ont été mises en œuvre pour les personnels de la fonction publique hospitalière et transposées au secteur privé.

Tout d'abord, l'accord a permis une revalorisation socle des rémunérations à travers le complément de traitement indiciaire (183 euros nets mensuels) versé à l'ensemble des agents de la fonction publique hospitalière (FPH) exerçant au sein des établissements sanitaires, des services sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement sanitaire ou à un EHPAD. Cette mesure a également été transposée dans le secteur privé par des accords de branche ou par des décisions unilatérales (183 euros nets mensuels pour le secteur à but non lucratif, 160 euros nets mensuels dans le secteur à but lucratif).

Ensuite, l'accord a permis une revalorisation des grilles indiciaires des personnels paramédicaux de la FPH. Ces grilles offrent de nouvelles perspectives de fin de carrière rehaussées. L'entrée dans la carrière a aussi été dynamisée en réduisant la durée des premiers échelons, afin d'accroître l'attractivité du corps. Ces revalorisations salariales ont fait l'objet d'adaptations et de transpositions dans le secteur privé (revalorisations appliquées aux mêmes métiers du soin que dans la FPH et sur l'ensemble de la carrière).

Par ailleurs, ces nouvelles grilles se traduisent par un gain immédiat moyen de l'ordre de 56 euros nets par mois pour les personnels de catégorie A (gain de reclassement de 15,2 points d'IM). Pour les personnels de catégorie B placés en voie d'extinction, au moment de leur reclassement, leur rémunération est rehaussée de 58 euros nets par mois (gain de reclassement de 15,8 points d'IM). Pour les personnels de catégorie A appartenant aux corps placés en voie d'extinction, leur rémunération mensuelle a augmenté de 52 euros nets par mois dès le 1^{er} octobre 2021 (gain de 14,2 points d'indice majoré lors du reclassement). Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, bénéficient d'un gain immédiat de 51 euros nets par mois en moyenne (13,7 points d'indice majoré lors du reclassement) par leur passage en catégorie B.

Les personnels relevant des corps des techniciens de laboratoire médical, des préparateurs en pharmacie hospitalière et des diététiciens ont bénéficié d'un passage en catégorie A dès le mois de janvier 2022. Cette revalorisation leur a assuré un gain de reclassement de 14 points en moyenne, soit près de 52 euros nets mensuels.

Les directeurs des soins ont également bénéficié d'une revalorisation dans le cadre de l'accord Ségur afin de tenir compte de la revalorisation des cadres de santé qui constituent leur vivier de recrutement.

L'accord a également permis la mise en œuvre des mesures relatives à la sécurisation des organisations et des environnements de travail (possibilité d'annualiser le temps de travail, de surmajorer des heures supplémentaires, de recourir plus largement au forfait-jours, de valoriser l'engagement collectif par la prime

dédiée, de baisser la durée de repos quotidien) et à l'amélioration de l'exercice des métiers du soin, en particulier ceux en forte tension (créations de 15 000 emplois entre 2021 et 2023, plans de titularisation des agents contractuels au titre de la résorption de l'emploi précaire).

Parallèlement aux accords du Ségur, un accord relatif à la FPH visant à améliorer l'attractivité et les organisations de travail de la profession de sage-femme a été conclu le 22 novembre 2021. Afin de mieux reconnaître les spécificités et les sujétions de cette profession, ces agents ont bénéficié d'une revalorisation indiciaire de 78 euros nets mensuels (gain de 21 points d'indice) et indemnitaire (240 euros nets mensuels), qui, s'ajoutant au complément de traitement indiciaire, garantit une revalorisation de 500 euros nets mensuels par sage-femme.

1.2. La poursuite du soutien financier aux établissements pour faire face à la crise sanitaire

1.2.1. La mise en place de la garantie de financement pendant la crise du Covid-19

Dans le contexte de la crise sanitaire liée au Covid-19, le Gouvernement a pris des dispositions rapides pour **soutenir les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social** au moyen de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale. Cette garantie de financement est reconduite jusqu'au 31 décembre 2022.

1.2.1.1. Les principes de fonctionnement

Les établissements ont en effet subi pendant la période de la crise sanitaire une baisse et une déformation importantes de leur activité. Les processus habituels de valorisation et de facturation de l'activité ont également été très perturbés. Aussi, il est apparu nécessaire de mettre en place des modalités de financement exceptionnelles, visant à sécuriser les recettes d'activité des établissements de santé sur la période.

Le dispositif déployé de garantie de financement s'est traduit par :

- la fixation d'un plancher de recettes fondé notamment sur les recettes d'activité historiques,
- la prise en compte de l'activité valorisée uniquement si elle est supérieure à ce montant plancher.

Les modalités de mise en œuvre ont différé selon le statut de l'établissement :

- Pour les établissements de l'échelle ex-DG (établissements publics ou privés non lucratifs), dont le financement repose sur une valorisation mensuelle de leur activité, un versement mensuel forfaitaire est réalisé sur la base des recettes d'activité de l'année précédente ; puis des régularisations sont effectuées au fil de l'eau afin de verser les compléments éventuels de recettes découlant d'une valorisation d'activité supérieure au niveau minimum,
- Pour les établissements de l'échelle ex-OQN et OQN (privés lucratifs ou non lucratifs), dont le financement repose sur une facturation au fil de l'eau de leur activité, laquelle est comparée en fin de période avec le montant de garantie notifié afin, le cas échéant, de régulariser le montant dû à ces établissements.

1.2.1.2. La présentation du dispositif en 2020

La période du 1^{er} mars au 31 décembre 2020 a été couverte par l'arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19, lequel en fixait les modalités d'application. Il précisait notamment :

- Le périmètre d'application de la garantie ;
- Les modalités de calcul du niveau de la garantie ;
- Les modalités de fixation et de versement de la garantie et du complément de recettes liées à l'activité le cas échéant, selon les secteurs.

L'essentiel des établissements de santé ont eu recours au versement de la garantie de financement en complément de la valorisation de leur activité, à l'exception notable du champ de l'hospitalisation à domicile (HAD). Cette activité a connu une forte croissance pendant la crise du Covid-19 en raison de leur forte mobilisation en appui des structures d'hospitalisation complète.

Au total, 81% des établissements du secteur ex-DG ont bénéficié de la garantie de financement (20% des établissements du champ HAD) et 64% des établissements du secteur OQN/ex-OQN (14% des établissements du champ HAD).

1.2.1.3. La présentation du dispositif 2021

A la suite de l'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de Covid-19, **le dispositif a été prolongé une première fois au cours du 1^{er} semestre 2021** par un arrêté du 13 avril 2021 **puis de nouveau au 2^{ème} semestre 2021** par un arrêté du 17 août 2021.

Le principe d'une garantie universelle est conservé, les modalités d'application du dispositif 2020 ayant été reconduites (périmètre, modalités de calcul) afin de sécuriser le financement des établissements de santé confrontés à une poursuite de la crise sanitaire en 2021

Dans son bilan provisoire au titre de l'année 2021, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation estime que 78 % des établissements de santé publics ont bénéficié de ce dispositif sur le champ MCO. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) estime que le pourcentage d'établissements de santé privés et lucratifs ayant eu recours à ce dispositif se répartit ainsi :

- MCO : 56 % en 2021 contre 61 % en 2020 ;
- HAD : 25 % en 2021 contre 14 % en 2020 ;
- SSR : 84 % en 2021 contre 85 % en 2020 ;
- PSY : 55 % en 2021 contre 73 % en 2020.

1.2.1.4. La présentation du dispositif 2022

Ce dispositif **a de nouveau été prolongé une première fois pour le 1^{er} semestre 2022** sur le fondement de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, puis **une seconde fois pour le second semestre 2022** sur le fondement de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique afin de maintenir des modalités de financement dérogatoire pour les établissements de santé en difficulté et de sécuriser leurs recettes dès lors que leur fonctionnement demeure perturbé par les conséquences durables de la crise sanitaire et qu'un retour à la normale n'est pas envisageable sans mesure d'accompagnement d'ici au 31 décembre 2022.

Le principe d'une garantie universelle a été conservé dans la mesure où aucun autre dispositif *ad hoc* n'était mis en place (cas du financement des activités de psychiatrie et des hôpitaux de proximité) et les modalités d'application du dispositif 2021 ont été reconduites (périmètre¹², modalités de calcul).

1.2.2. Les délégations exceptionnelles liées à la crise sanitaire

La réponse du système hospitalier à la crise sanitaire a nécessité une réorganisation des établissements de santé, générant des surcoûts exceptionnels et une réduction de l'activité programmée, ainsi que des pertes de recettes significatives pour les budgets des établissements de santé. Des délégations budgétaires ont dès lors cherché à compenser les conséquences de la crise sanitaire ainsi qu'à reconnaître la mobilisation de l'ensemble des personnels des établissements de santé en complément du dispositif de garantie de financement.

Les établissements de santé se sont par ailleurs fortement engagés dans le cadre de la stratégie de dépistage et de vaccination déployée nationalement. En compensation des dépenses engagées, 559 M€⁰⁰⁰ ont été alloués.

1.2.2.1. Les délégations exceptionnelles en 2020

Dès mars 2020, l'évolution hétérogène de la crise dans les régions et les différents rebonds ont nécessité le développement de dispositifs financiers adaptés au profil épidémique des vagues successives et aux besoins croissants des établissements afin de prendre en charge leurs surcoûts, notamment :

- Les frais d'investissement ciblés en lien avec la crise : aménagement des locaux, mise à niveau des systèmes d'information ou téléphonie, équipements biomédicaux dédiés....
- L'ensemble des postes de charges de personnel, à caractère médical, à caractère hôtelier et général ainsi que certaines charges financières impactées directement par la crise.
- Les pertes de recettes éventuelles du fait de la crise, non couvertes par d'autres dispositifs.

¹² A ceci près que les produits et prestations relevant de la liste en sus n'ont pas fait l'objet d'avance comme en 2021.

Au total, ce sont près de 3,4 Md€ qui ont été mobilisés via ces dispositifs de crédits de dotations exceptionnelles au bénéfice des établissements de santé (cf. synthèse ci-après).

Afin de reconnaître l'engagement et la mobilisation des agents du système de santé, une prime exceptionnelle a été allouée en 2020 à l'ensemble des professionnels des établissements de santé, quelle que soit leur filière professionnelle et quel que soit leur statut.

Ainsi près de 1,2 millions de personnes travaillant dans les hôpitaux ont pu bénéficier de la prime Covid-19 pour un montant d'1,25 Md€, dont 990 M€ M€ versés aux établissements de santé privés (EBL et EBNL).

1.2.2.2. Les délégations exceptionnelles en 2021

En 2021, ce sont 2,9 Md€ qui ont été délégués au titre de la couverture des impacts budgétaires liés à la crise sanitaire.

Les principales modalités de compensation sur l'exercice 2021 sont les suivantes :

- Une première enveloppe de 960 M€, du 1^{er} janvier au 30 avril a été déléguée au mois de juillet ;
- Plusieurs délégations sont ensuite intervenues pour un total de 147 M€ notamment pour les soins critiques, les territoires ultra marins ou encore à travers le dispositif dit « PUI pivots » mis en place pour la vaccination ;
- Une seconde dotation forfaitaire de 593 M€ a été versée pour la période allant de mai à décembre, selon la méthode retenue lors de la première délégation, complétée d'une première compensation des pertes de recettes de titre 2 de 217 M€ ;
- La dernière délégation en mars 2022 a atteint 700 M€ dont 140 M€ pour neutraliser les distorsions de mesure de l'activité Covid entre les données SIVIC et PMSI pour le champ MCO et 560 M€ pour élargir le périmètre des impacts compensés (contrôle des passes sanitaires, surcoûts de personnel considérés comme indirectement liés à la prise en charge de patients Covid). Une nouvelle enveloppe de 200 M€ a été en outre déléguée au titre de la poursuite des compensations des pertes de recettes de titre 2 pour les champs MCO, PSY et SSR.

2. Investissement et situation financière des établissements de santé

2.1. Solde des établissements de santé : rétrospective 2013-2020, tendance 2021

2.1.1. Etablissements publics de santé

Les établissements publics de santé (EPS), soit plus de 800 établissements, connaissent des situations relativement dégradées, qu'il s'agisse de leurs indicateurs de performance (résultat comptable du budget hospitalier, marge brute, capacité nette d'autofinancement) ou de leurs ratios bilanciaux (endettement, trésorerie) et pour certains de situation de trésorerie tendue avec des dettes sociales et fiscales. De forts contrastes sont toutefois observés entre les catégories d'établissements, les CH de moins de 150 M€ de budget représentant la majorité des établissements en déficit d'exploitation avec par ailleurs, un sous-investissement parfois chronique.

La part d'établissements publics déficitaires varie entre 45 % et 55 % au total avec de fortes disparités par périodes et type d'établissements. L'année 2017 se caractérise par une amplification de la proportion et du montant des déficits comptables, pour l'ensemble des catégories hors CHU, en raison d'une stagnation des recettes issues des séjours et d'une hausse des charges de personnel au-delà de l'effet prix provoqué par les mesures statutaires de 2016 et 2017. Depuis, le déficit hospitalier s'est stabilisé autour de 600 M€ avec environ 55 % d'établissements déficitaires en 2019.

L'amélioration des résultats de l'exercice 2020 est due aux dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise (les compensations COVID-19 venant stabiliser les marges, et la comptabilisation en stock de remise de biens à titre gratuit pendant la crise ayant augmenté comptablement le résultat). Si l'on retrace l'écart entre les variations de stock entre 2019 et 2020 le résultat global du budget principal¹³ des établissements pour 2020 est diminué de 300 M€, passant de -241 M€ à -539 M€.

Les premiers éléments issus de l'analyse des comptes financiers 2021 indiquent une tendance au maintien d'une situation globalement déficitaire, mais marquée par une réduction du déficit d'environ 150 M€ par rapport à l'année 2020 retraitée des effets stocks mentionnés supra, et en amélioration de 270 M€ par rapport

¹³ Budget principal des établissements (CRPP) : part du budget consacré aux activités MCO, HAD, SSR et psychiatrie

à 2019, soit un résultat du budget principal atterrissant probablement autour d'environ -350 à -400 M€, selon les données disponibles, en raison des dispositifs d'accompagnement face à la crise. Ce déficit reste cependant très concentré sur quelques catégories d'établissements, notamment l'AP-HP.

Résultats CRP des EPS depuis 2013

Type d'EPS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 *	2020**	2021***
AP-HP	-61 M€	-49 M€	-39 M€	-43 M€	-199 M€	-157 M€	-169 M€	-282 M€	-244 M€	-283 M€
CHU	-96 M€	-160 M€	-291 M€	-173 M€	-93 M€	18 M€	22 M€	39 M€	156 M€	46 M€
CH>150M	28 M€	13 M€	-46 M€	-31 M€	-62 M€	-18 M€	-57 M€	-45 M€	-8 M€	-12 M€
70M<CH<150M	-51 M€	-82 M€	-69 M€	-81 M€	-199 M€	-220 M€	-237 M€	-81 M€	-22 M€	-68 M€
20M<CH<70M	-120 M€	-111 M€	-124 M€	-165 M€	-277 M€	-239 M€	-181 M€	-163 M€	-129 M€	-96 M€
CH<20M	9 M€	0 M€	-20 M€	-4 M€	-42 M€	-43 M€	-40 M€	-7 M€	7 M€	21 M€
Total	-290 M€	-388 M€	-589 M€	-498 M€	-872 M€	-659 M€	-663 M€	-539 M€	-241 M€	-391 M€

Source : DGFiP, traitement DGOS + ajout manuel CHU Nice (accord ARS) et Guadeloupe (selon données N-1 de l'EPRD 2022 et échange ARS). Traitement DGOS via l'outil Diamant – Données 2021 provisoires

* résultat retraité de l'effet exceptionnel des stocks 2020

** résultat comptable brut

*** données en cours de consolidation

Point méthodologique

Les sources utilisées pour estimer le résultat comptable des budgets principaux des EPS sont de deux types :

1/ Comptes financiers déposés sur la plateforme "Application Nationale Compte financier Rapport infra-annuel Eprd" (ANCRE) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Les comptes financiers 2021 ne sont pas intégralement disponibles à la mi-août en dépit d'un maintien du délai de transmission des comptes définitifs aux instances avant le 30 juin. Parmi les CHU, l'AP-HP, le CHU de Nice ou le CHU de Guadeloupe n'ont pas déposé leur CF, ce qui rend la représentativité limitée en termes de produits (80 %).

2/ Balances comptables

Les balances comptables de l'ensemble des EPS sous nomenclature M21 sont transmises mensuellement par la DGFiP à la Direction du Numérique des ministères sociaux et sont intégrées à l'outil décisionnel Diamant au sein d'un cube dédié (cube DGFiP). La DGOS extrait les données du cube (dernière extraction le 17/08/22) et opère un traitement selon les normes comptables en vigueur.

Ces deux sources, incomplètes à ce stade, permettent toutefois de confronter les données et d'identifier de premières tendances financières pour l'exercice 2021. Certains éléments comptables ne sont toutefois pas finalisés et ne permettent pas de présenter des projections de résultats fiabilisées.

La première estimation du résultat des établissements hospitaliers (compte de résultat principal) pour l'année 2021 montre ainsi une légère réduction du déficit comptable des EPS, dans la lignée des tendances observées en 2020. Ce constat s'explique toutefois par des facteurs variés et **en partie exceptionnels** tels que les dispositifs de soutien Covid-19.

Les situations individuelles demeurent très contrastées, parfois au sein d'une même catégorie. Certains établissements ont des résultats déficitaires persistants (43 % d'EPS en déficit en 2021) ce qui entraîne une diminution progressive de leur fonds de roulement et fait peser à court ou moyen terme des risques de trésorerie.

Du point de vue des données du bilan, une première analyse de l'évolution de l'encours de dette des EPS permet de dégager deux grandes tendances :

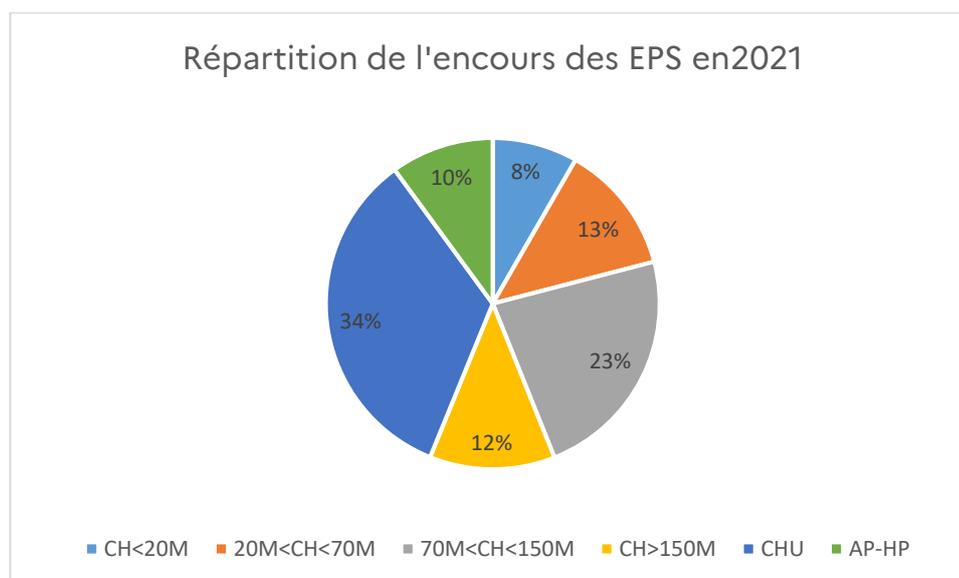
- Une tendance à la baisse progressive de l'encours de dette dans la majorité des catégories d'établissement : cela représente 611 EPS, soit 78,2 % des établissements ;

- Une augmentation très ciblée du montant total de l'encours dans une minorité d'établissements (170 EPS soit 21,8 %), dont le volume incombe principalement à certains CHU et à l'AP-HP, et qui génère une augmentation visible du volume global de l'encours (+1 Md€).

Le niveau de l'encours de dette par établissement baisse de 2019 à 2021 pour 78 % des EPS (toutes catégories confondues), tandis que les ratios de dette (taux d'endettement et indépendance financière) suivis dans le cadre de la restauration des capacités financières (volet 1 de l'article 50 LFSS 2021) se présentent en amélioration pour 85 % des EPS en 2021.

Niveau total d'encours de dette 2019-2020-2021 des EPS par catégorie d'établissements

Étiquettes de lignes	Somme des encours 2019	Somme des encours 2020	Somme des encours 2021
CH<20M	2,6 Md€	2,6 Md€	2,6 Md€
20M<CH<70M	4,3 Md€	4,1 Md€	3,9 Md€
70M<CH<150M	7,3 Md€	7,2 Md€	7,1 Md€
CH>150M	3,9 Md€	3,8 Md€	3,8 Md€
CHU	9,0 Md€	9,2 Md€	10,5 Md€
AP-HP	2,6 Md€	2,8 Md€	3,1 Md€
Total général	29,7 Md€	29,7 Md€	31,0 Md€



Taux d'encours de dettes 2019-2020-2021 des EPS par catégorie d'établissement (encours rapporté au total des produits)

Catégorie	Taux moyen 2019	Taux moyen 2020	Taux moyen 2021
CH<20M	40,5 %	36,9 %	34,6 %
20M<CH<70M	29,6 %	26,6 %	23,7 %
70M<CH<150M	37,8 %	34,6 %	32,0 %
CH>150M	40,3 %	35,9 %	33,3 %
CHU	37,3 %	35,7 %	37,7 %
AP-HP	34,0 %	34,2 %	35,7 %
Total	36,3 %	33,8 %	32,9 %

2.1.2. Etablissements à but non lucratif

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement appelés établissements de santé privés sous dotation globale, connaissent globalement depuis 2017 des résultats légèrement excédentaires, ce qui contraste avec la période de déficit systématique observée de 2008 à 2016.

La DREES précise toutefois que « Les données de l'enquête « comptes financiers » de l'ATIH sur le champ des Espic présentent des limites qui ne peuvent être corrigées en l'état par la DREES : la DREES suspend donc la production de sa fiche sur les Espic.¹⁴ »

Dans sa publication relative à la Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif¹⁵ l'ATIH précise qu'en 2020, selon les données disponibles, deux tiers des EBNL resteraient excédentaires.

¹⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/DM3.pdf>

¹⁵ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4356/analyse_cf_2020.pdf

2.1.3. Établissements à but lucratif

Source DREES

Selon les analyses de la DREES publiées à l'été 2022 sur *La situation économique et financière des établissements de santé en 2020*¹⁶, la situation financière des cliniques privées à but lucratif s'améliore en 2020.

« Leur résultat net s'établit ainsi à 3,0 % des recettes, en hausse de 0,9 point par rapport à 2019. Il renoue ainsi avec les niveaux historiquement élevés observés de 2014 à 2016. [...] »

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2020, la part des cliniques privées ayant un résultat net négatif continue de diminuer et atteint 23,5 %, après 26,1 % en 2019. En particulier, la proportion de cliniques déficitaires passe de 30,0 % en 2019 à 25,5 % en 2020 pour les cliniques de MCO et de 26,6 % à 24,3 % pour les cliniques de SSR. A contrario, la part de cliniques psychiatriques déficitaires augmente de 5 points pour atteindre 12,6 %.

L'encours de la dette des cliniques privées stagne et son montant reste le même en 2020 qu'en 2019 : 1,8 milliard d'euros. En revanche, du fait de l'augmentation des recettes en 2020, l'encours de la dette exprimé en pourcentage des recettes diminue et atteint 10,4 %, après 11,4 % en 2019, soit son plus bas niveau depuis 2006, point de départ des observations.

Le ratio d'indépendance financière des cliniques, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, se replie régulièrement depuis son dernier point haut de 2011 (57,4 %). Il recule encore légèrement en 2020, à 34,5 %, après 36,7 % en 2019. Là encore, il s'agit du plus bas niveau observé depuis 2006. 22,8 % des cliniques conservent tout de même un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents, après 22,6 % en 2019.

L'évolution de l'endettement est cependant contrastée selon les types de cliniques. Si le ratio d'indépendance financière des cliniques de MCO poursuit sa baisse au même rythme que l'année précédente (38,0 % en 2020, après 39,9 % en 2019 et 42,1 % en 2018), la baisse est nettement plus marquée pour les cliniques de SSR (19,0 %, après 26,0 % en 2019), tandis que le ratio d'indépendance financière des cliniques psychiatriques recule légèrement pour la première fois depuis 2017 (23,8 %, après 24,7 % en 2019). »

2.2. Investissements hospitaliers : évolutions et modalités de financement

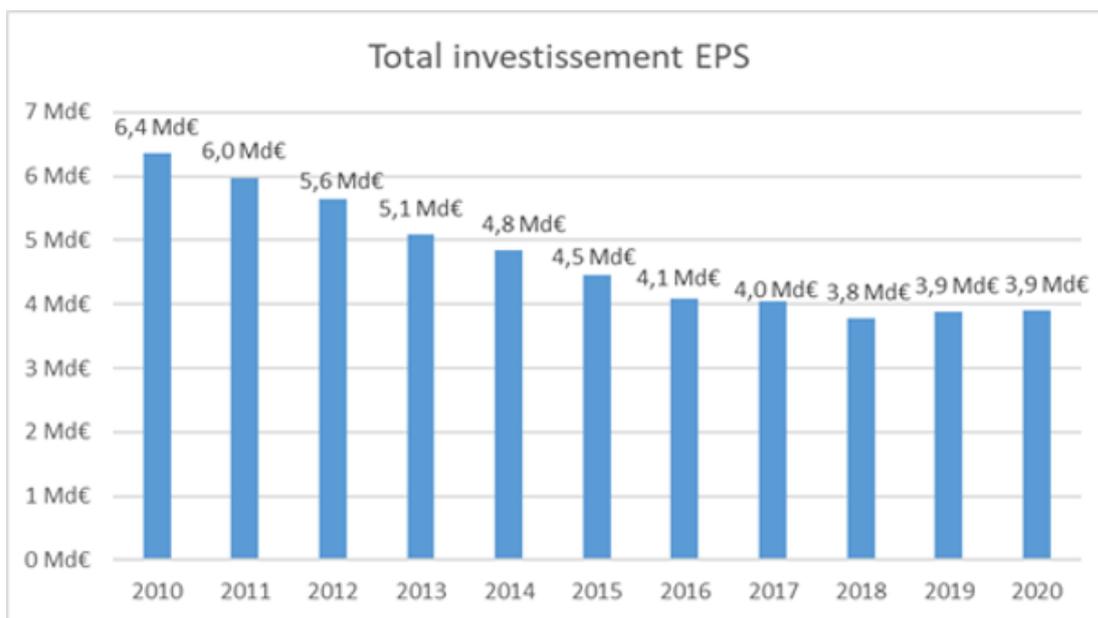
2.2.1. Rétrospective de l'investissement des établissements de santé : les grandes tendances

Les dépenses d'investissement des établissements publics de santé (tous types d'investissements confondus) connaissent depuis 2010 une tendance à la baisse même si les premières données 2021 semblent indiquer un rebond des investissements.

Après un pic à plus de 6 milliards d'euros en 2010 à la suite des plans nationaux de soutien à l'investissement Hôpital 2007 et Hôpital 2012, ce montant a connu un important recul avec une stabilisation autour de 4 milliards d'euros depuis 2016, comme le présente le graphique ci-dessous.

¹⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/DD100.pdf>

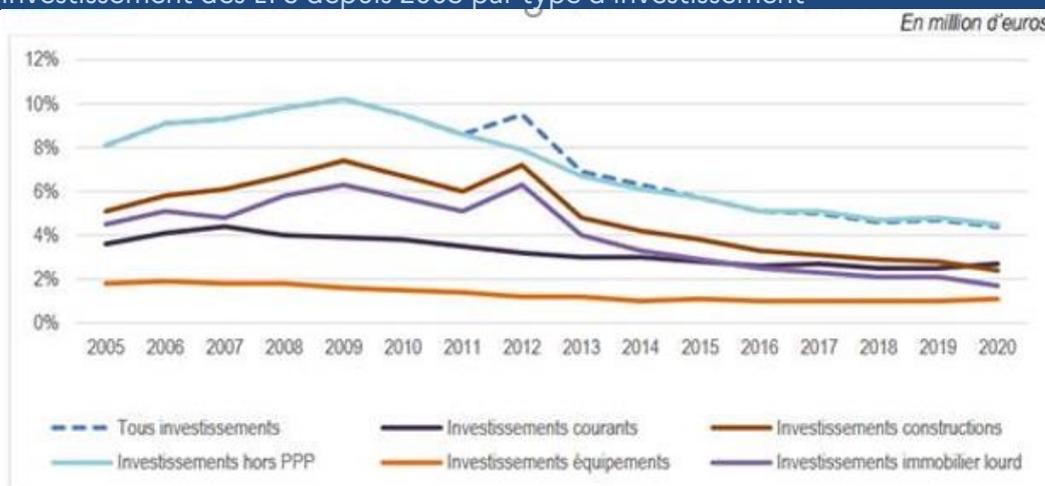
Montant des investissements des EPS depuis 2010



Source : balances comptables transmises par la DGFIP à la DGOS, traitement DGOS via l'outil Diamant.

Le graphique suivant, issu du *Panorama annuel de la DREES*, illustre l'effort d'investissement des EPS depuis 2005 par type d'investissement.

Effort d'investissement des EPS depuis 2005 par type d'investissement

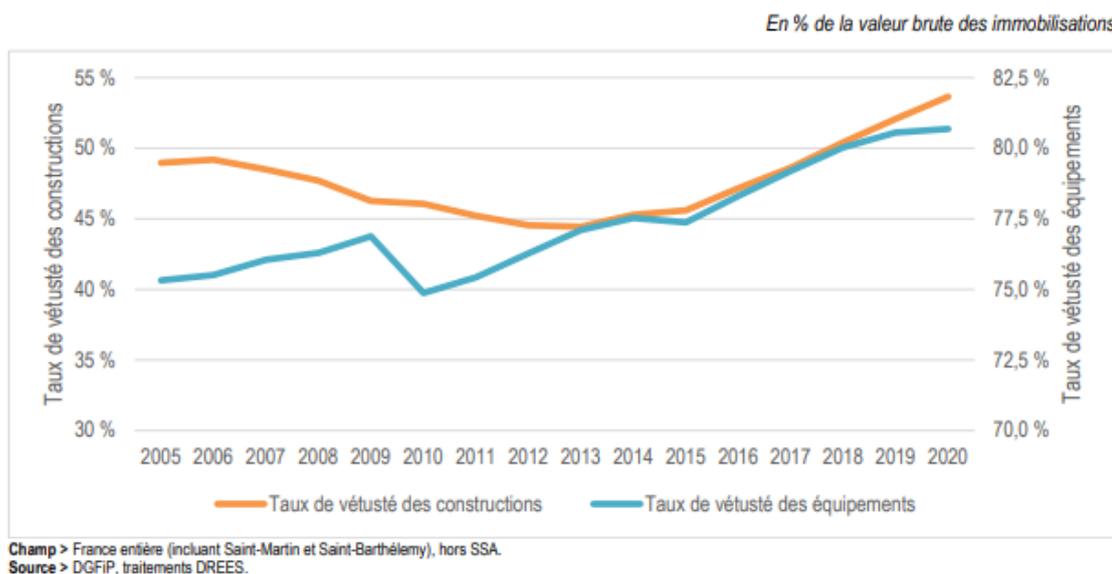


PPP : partenariats public-privé.
 Note > Les contrats de partenariats public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat.
 Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 dans l'objectif d'immobiliser la part d'investissement des PPP en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante, cette règle est ici appliquée depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque (Richet, 2022).
 Le recours aux PPP des établissements publics de santé est fortement encadré depuis 2014, ce qui se retrouve dans l'évolution des investissements retraités ou non des PPP. On constate en effet une forte progression des investissements, non retraités des PPP, entre 2011 et 2012, tandis que les séries retraitées ou non ont des évolutions identiques depuis 2014. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les CHR).
 Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.
 Source > DGFIP, traitements DREES.

Source DREES

La baisse continue de l'investissement hospitalier s'est accompagnée d'une **augmentation du taux de vétusté** des équipements et constructions des établissements, comme l'illustre le graphique suivant.

Taux de vétusté des équipements et des constructions des établissements de santé depuis 2005



Source DREES

Selon les premières données disponibles pour l'exercice 2021, les dépenses d'investissement réalisées en 2021 auraient atteint 4,4 milliards d'euros, soit un niveau supérieur à 2019 (3,9 Md€) et à la moyenne des cinq dernières années (3,9 Md€).

La remontée du montant des immobilisations en 2021 (+15 % de données provisoires à confirmer), qui reste à fiabiliser, concernerait l'ensemble des catégories mais s'illustrerait particulièrement au sein des CHU selon les données issues des balances comptables.

2.2.2. Le plan de relance de l'investissement en santé

2.2.2.1. Ségur investissement – volet sanitaire (hors numérique)

Le nouveau dispositif de pilotage des investissements en santé constitue un changement de méthode pour placer le projet médical et la réponse aux enjeux du territoire au cœur du dispositif

a) Un plan d'investissement massif : le financement d'investissements structurants pour l'offre de soins de chaque territoire mais aussi d'investissements du quotidien au bénéfice des patients et des soignants

Face à ce constat, le Ségur de la santé a souhaité relancer l'investissement sanitaire, à hauteur de 15 Md€ pour les 10 prochaines années (contre 8,8 Md€ cumulés pour les plans H07 et H12) dont une partie est refinancée par l'Union Européenne (2,5Mds) dans le cadre du plan France Relance.

Au sein de cette enveloppe, 7,5 Md€ ont pour objectif de moderniser l'offre de soins avec un financement des projets d'investissement prioritaires structurants dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins dans tous les territoires.

En complément, pour améliorer rapidement et significativement le fonctionnement courant des établissements de santé, le Ségur prévoit également des investissements dits « du quotidien » (1,5 Md€). Ainsi, en 2021, 500 M€ ont été délégués à plus de 2 000 établissements pour des opérations dont le premier objectif poursuivi est celui de l'amélioration de la prise en charge pour le patient avec des investissements concernant les matériels et équipements médicaux et biomédicaux, les équipements hôteliers et logistiques ou encore des opérations de travaux courants ou de rénovations légères.

Enfin, la relance de l'investissement a fait l'objet d'un soutien durable via l'inscription au bilan des établissements assurant le service public hospitalier de 6,5 Md€ en 2021. Ce dispositif, ciblant la restauration des capacités financières des établissements, s'inscrit sur 10 ans et les accompagne dans la reconstitution de leurs capacités d'autofinancement, limitant ainsi le recours à l'endettement.

b) Une gouvernance plus proche des réalités territoriales : une déconcentration forte auprès des ARS

Pour accompagner ce plan massif d'investissement, le Ségur de la santé a institué de nouvelles modalités de pilotage de la politique nationale d'investissement hospitalier pour rapprocher la gouvernance des réalités professionnelles de terrain.

Dans une logique de déconcentration, les décisions d'investissement reviennent aux Agences régionales de santé (ARS). Cela répond à une demande de longue date: reconnaître que les territoires sont les mieux placés pour identifier, comprendre et traiter les problématiques de santé qui leur sont propres. Cela implique un changement de rôle de l'Etat : il sera désormais un facilitateur et un accompagnateur des acteurs locaux en cas de besoin, mais leur laissera le pouvoir de décision et les marges de manœuvre pour mettre en œuvre cette politique de la manière la plus adaptée aux territoires.

Cette déconcentration s'est ainsi concrétisée par la délégation de l'ensemble des enveloppes de financement aux ARS et le relèvement du seuil au-dessus duquel la décision d'investissement relève d'une co-instruction nationale (à 150 M€ hors taxe versus 50 M€HT à l'époque du COPERMO).

A l'automne 2021, toutes les ARS ont élaboré leur stratégie régionale d'investissement pour les 10 prochaines années en étroite concertation avec l'ensemble des élus et acteurs locaux. Dans ce cadre, ce sont plus de 700 projets dont 200 supérieurs à 20 M€ qui ont été identifiés et seront aidés.

Ces opérations d'investissement doivent prendre en compte les 13 thématiques de santé prioritaires qui ont été définies au sein du Conseil National de l'Investissement en Santé en juin 2021 : territorialisation; transformation/décloisonnement de l'offre de soins, réduction des inégalités territoriales d'offres de soins et d'équipement, soins non programmés, soins critiques, innovation, télésoin, psychiatrie et santé mentale, plan cancer, maladies chroniques, personnes âgées, soins palliatifs et fin de vie, handicap. Ces orientations placent le projet médical au cœur du projet d'investissement.

c) Un accompagnement par des experts pluri-professionnels tout au long du projet

Les projets relevant d'une instruction nationale sont désormais accompagnés très en amont par des experts du Conseil scientifique de l'investissement en santé, nouvelle instance dotée de profils riches et variés : soignants, directeurs, DAF, DIM, ingénieurs ... Cette expertise doit garantir la pertinence des investissements au regard des contraintes et enjeux locaux et enrichir les dimensions soignante et médicale dans l'évaluation des projets. Les porteurs de projet sont accompagnés à chacune des étapes du projet.

Cet accompagnement est proposé à chacun et est obligatoire pour tout projet supérieur à 150 M€ HT qui sera examiné par le Comité de pilotage national.

Le Conseil scientifique produit également des référentiels visant à guider les équipes dans le cadre de leurs projets.

L'ambition de cette logique d'accompagnement est finalement de permettre de gagner en pertinence des projets, d'accélérer leur réalisation et de mieux fédérer les acteurs autour d'un projet.

d) Un suivi national : le CNIS et le COPIL

Cette déconcentration de l'investissement est accompagnée nationalement par la mise en place d'un Comité de Pilotage de l'investissement sanitaire (COPIL sanitaire) interministériel. Animé par la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS), ce comité suit deux fois par an le déploiement des stratégies régionales d'investissement portées par les ARS.

Chaque mois, le COPIL interministériel instruit les projets les plus significatifs (supérieurs à 150 M€ HT). A chaque étape de l'instruction (trois étapes au total, cf. infra), le COPIL sanitaire dialogue en séance avec l'établissement et l'ARS. Dans un premier temps, le COPIL se prononce sur l'opportunité, le projet médical et capacitaire ainsi que la faisabilité de l'opération (étape 1), puis sur le préprogramme de l'opération immobilière et la soutenabilité financière (étape 2) et enfin sur le programme technique détaillé (étape 3). Après avis final du COPIL, les projets sont suivis lors de revue de projets annuelles organisées avec les ARS.

L'ensemble du dispositif est chapeauté par le CNIS, présidé par le ministre de la Santé et de la Prévention et comprenant l'ensemble des parties prenantes (représentants des acteurs de l'offre de soins et des élus locaux).

Ventilation des crédits du Ségur investissement par ARS à fin 2021

Région, DOM ou TOM	Restauration des capacités financières	Projets prioritaires	dont projets prioritaires sur enveloppe FMIS	dont projets prioritaires art. 50 tranche 1 (2021-2025)	dont projets prioritaires art. 50 tranche 2 (2026-2029)	Investissement courant
Auvergne-Rhône-Alpes	900 M€	619 M€	120 M€	375 M€	124 M€	179 M€
Bourgogne-Franche-Comté	472 M€	205 M€	41 M€	116 M€	48 M€	63 M€
Bretagne	247 M€	451 M€	50 M€	291 M€	110 M€	74 M€
Centre-Val-de-Loire	214 M€	308 M€	38 M€	207 M€	63 M€	55 M€
Corse	68 M€	82 M€	11 M€	50 M€	21 M€	7 M€
Grand-Est	835 M€	468 M€	82 M€	319 M€	67 M€	124 M€
Hauts-de-France	657 M€	482 M€	89 M€	275 M€	118 M€	134 M€
Ile-de-France	844 M€	1 337 M€	183 M€	861 M€	293 M€	279 M€
Normandie	255 M€	305 M€	57 M€	189 M€	59 M€	73 M€
Nouvelle Aquitaine	367 M€	745 M€	89 M€	477 M€	178 M€	133 M€
Occitanie	427 M€	812 M€	88 M€	547 M€	177 M€	131 M€
Pays de la Loire	184 M€	574 M€	57 M€	410 M€	107 M€	82 M€
Provence-Alpes-Côte d'Azur	743 M€	403 M€	75 M€	250 M€	77 M€	115 M€
Guadeloupe	73 M€	98 M€	33 M€	45 M€	19 M€	10 M€
Martinique	75 M€	364 M€	5 M€	251 M€	108 M€	9 M€
Guyane	32 M€	99 M€	4 M€	66 M€	28 M€	6 M€
La Réunion	122 M€	110 M€	13 M€	68 M€	29 M€	20 M€
Mayotte	26 M€	33 M€	4 M€	20 M€	9 M€	6 M€
Saint-Pierre-et-Miquelon	0,1 M€	5,3 M€	0,09 M€	4 M€	2 M€	0,13 M€
TOTAL	6 541 M€	7 500 M€	1 041 M€	4 821 M€	1 638 M€	1 500 M€

Concernant les projets prioritaires la tranche 2021-2025 a été affermie, la tranche 2026-2029 est prévisionnelle.

e) Information sur les dotations prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021

L'ensemble des textes permettant la mise en œuvre des dotations issues de la CADES prévues par l'article 50 de la LFSS pour 2021 ont été publiés avant l'été 2021 : décret en Conseil d'Etat, décrets organisant deux transferts de 5 Md€ chacun de la CADES à l'ACOSS, instruction aux ARS cadrant le dispositif et diffusant le modèle de contrat, arrêté de délégation aux ARS des montants du premier volet (6,5 Md€).

Une première double annuité totalisant près de 1,4 Md€ a ainsi pu être versée aux établissements éligibles le 20 janvier 2022.

Ainsi, en 2021, 1,38 milliards d'euros ont été délégués aux 997 établissements sanitaires qui ont signé un contrat de restauration des capacités financières. Les ARS prévoient le versement de 646 millions d'euros en 2022 et de 648 millions d'euros en 2023. Les 3,87 milliards d'euros restants seront délégués selon les échéanciers contractualisés avec les établissements sanitaires sur la période 2023-2029. La déclinaison par région, DOM ou TOM est présentée en infra.

Volet 1 – Restauration des capacités financières, montants contractualisés par ARS et échéanciers pluriannuels

Région, DOM ou TOM	Montant contractualisé sur le volet 1	Nombre d'ES bénéficiaires	Montant délégué en 2021	Prévision délégation 2022	Prévision délégation 2023	Montant à déléguer entre 2024 et 2029 ⁽¹⁾
Auvergne-Rhône-Alpes	900 M€	127	180 M€	90 M€	90 M€	540 M€
Bourgogne-Franche-Comté	472 M€	53	94 M€	46 M€	51 M€	281 M€
Bretagne	247 M€	60	53 M€	28 M€	25 M€	141 M€
Centre-Val-de-Loire	214 M€	34	46 M€	21 M€	21 M€	126 M€
Corse	68 M€	6	14 M€	7 M€	7 M€	41 M€
Grand-Est	835 M€	92	169 M€	83 M€	83 M€	500 M€
Guadeloupe	73 M€	6	15 M€	7 M€	7 M€	44 M€
Guyane	32 M€	3	6 M€	3 M€	3 M€	19 M€
Hauts-de-France	657 M€	77	131 M€	66 M€	66 M€	394 M€
Ile-de-France	844 M€	89	176 M€	84 M€	84 M€	501 M€
Martinique	75 M€	9	15 M€	7 M€	7 M€	45 M€
Mayotte	26 M€	1	-	-	-	26 M€
Normandie	255 M€	56	59 M€	25 M€	25 M€	148 M€
Nouvelle Aquitaine	367 M€	129	76 M€	36 M€	36 M€	218 M€
Occitanie	427 M€	122	87 M€	42 M€	42 M€	255 M€
Pays de la Loire	184 M€	49	39 M€	19 M€	19 M€	107 M€
Provence-Alpes-Côte d'Azur	743 M€	80	192 M€	69 M€	69 M€	413 M€
Saint-Pierre-et-Miquelon	0,1 M€	1	0,1 M€	-	-	-
La Réunion	122 M€	3	24 M€	12 M€	12 M€	73 M€
Total	6 541 M€	997	1 376 M€	646 M€	648 M€	3 872 M€

(1) Aux établissements sanitaires signataires d'un contrat de restauration des capacités financières avant le 31/12/2021

A date, sur le volet 2 de l'article 50, consacré au financement des investissements structurants, les ARS ont contractualisé ou sont en train de contractualiser l'accompagnement de projets prioritaires avec les établissements de santé pour un montant global de 470,24 millions d'euros dont le versement sera échelonné entre 2021 et 2030. Elles accompagnent ainsi 41 établissements sanitaires. Les montants et échéanciers correspondant sont contractualisés au rythme de l'instruction et de l'accompagnement des projets, ce qui justifie que la totalité de l'enveloppe de 6,5 milliards d'euros de l'article 50 volet 2 ne fait à ce stade pas encore l'objet d'une contractualisation.

En 2021, 16 millions d'euros ont été délégués aux établissements sanitaires, dans le cadre de ce dispositif, afin d'accompagner des projets prioritaires ou structurants. Les ARS prévoient le versement de 56 millions d'euros en 2022 et de 140 millions d'euros en 2023. La déclinaison par région, DOM ou TOM est présentée en infra.

Volet 2 – Projets prioritaires ou structurants, montants contractualisés par ARS et échéanciers pluriannuels

Région, DOM ou TOM	Montant contractualisé sur le volet 2 tranche 1 ⁽¹⁾	Nombre d'ES bénéficiaires	Montant délégué en 2021	Prévision délégation 2022	Prévision délégation 2023	Montant à déléguer entre 2024 et 2030 ⁽²⁾
Auvergne-Rhône-Alpes	33 M€	6	9 M€	5 M€	10 M€	10 M€
Bourgogne-Franche-Comté	110 M€	18	3 M€	15 M€	28 M€	65 M€
Bretagne	-	0	-	-	-	-
Centre-Val-de-Loire	-	0	-	-	-	-
Corse	-	0	-	-	-	-
Grand-Est	-	0	-	-	-	-
Guadeloupe	-	0	-	-	-	-
Guyane	-	0	-	-	-	-
Hauts-de-France	-	0	-	-	-	-
Ile-de-France	192 M€	10	-	34 M€	90 M€	68 M€
Martinique	-	0	-	-	-	-
Mayotte	26 M€	1	-	1 M€	11 M€	14 M€
Normandie	-	0	-	-	-	-
Nouvelle Aquitaine	14 M€	2	4 M€	0,1 M€	-	10 M€
Occitanie	-	0	-	-	-	-
Pays de la Loire	-	0	-	-	-	-
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-	0	-	-	-	-
Saint-Pierre-et-Miquelon	3 M€	1	-	2 M€	1 M€	1 M€
La Réunion	91 M€	3	-	-	-	91 M€
Total	470 M€	41	16 M€	56 M€	140 M€	259 M€

(1) Contractualisations en cours de stabilisation ou effectives au 1/09/2022

(2) Restant à déléguer sur les contrats en cours de stabilisation ou déjà signés. Les échéanciers pourront être modifiés par avenant pour assurer la cohérence du rythme de délégation à la réalité de l'avancement du projet des besoins de trésorerie des établissements

2.2.2.2. Investissement – volet numérique

L'ensemble des établissements bénéficie d'un accompagnement financier sur le volet numérique à travers le programme SUN-ES ou « Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé ». C'est un programme d'accélération des usages numériques autour du Dossier Médical Partagé (DMP) et de la messagerie sécurisée de santé (MSS).

Le programme SUN-ES a vocation à accompagner l'ensemble des établissements sanitaires – quels que soient leur statut, leur taille et leur activité – vers un plus grand niveau de maturité de leur système d'information, nécessaire pour assurer une meilleure prise en charge des patients grâce au partage sécurisé de leurs données.

Ce programme s'articule avec d'autres modalités de financement au sein du programme Ségur numérique, et a été doté de 210 M€ de crédits sur 3 ans.

En sus de ces 210 millions d'euros, des enveloppes de 2,5 M€ et 8,5 M€ ont été mises à disposition pour financer respectivement les dispositifs suivants :

- Accompagnement d'établissements pilotes « Mon espace santé » en vue d'expérimenter des premiers usages autour de Mon espace santé et en particulier de la messagerie sécurisée de santé citoyenne ;
- Accompagnement d'établissements volontaires, sous la forme d'un « bonus » pour procéder à l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) à partir d'une partie de l'historique des documents de santé contenus dans le dossier patient informatisé (DPI).

Le programme SUN-ES se situe dans le prolongement du programme HOP'EN17. Il s'inscrit dans les grands principes du volet numérique du Ségur et particulièrement celui d'une vision centrée sur les usages et d'une dimension inclusive pour l'ensemble des établissements sanitaires. Il contribue ainsi à la généralisation du partage fluide et sécurisé des données de santé afin d'accélérer les usages, pour passer de 10 millions à 500 millions de documents médicaux échangés par an d'ici 2023.

Les usages ciblés par le programme se structurent en 2 volets : un volet dédié à l'alimentation du DMP à partir de documents de santé ciblés et un autre volet dédié à l'usage de la messagerie sécurisée de santé professionnelle et citoyenne pour permettre aux professionnels et aux patients de communiquer en toute sécurité.

Les usages ciblés font l'objet d'exigences qu'il est nécessaire d'atteindre si les établissements souhaitent bénéficier de soutiens financiers. Ces exigences se structurent en prérequis et en indicateurs d'usage.

Les établissements disposent de quatre fenêtres temporelles, dites fenêtres de financement pour atteindre les cibles d'usage. Ces fenêtres sont dégressives c'est-à-dire que plus les établissements atteignent tard les cibles d'usages dans le programme, plus leur forfait de financement est diminué dans le temps.

Trois instructions ministérielles ont été publiées respectivement au mois d'août 2021, février 2022 et mars 2022 afin de fixer le cadre de financement des établissements qui s'engagent dans le programme SUN-ES (instruction N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167, instruction N°DGOS/PF5/DNS/2022/40 du 9 février 2022 et instruction N° DGOS/PF5/DNS/2022/84 du 29 mars 2022).

La Délégation du Numérique en Santé (DNS) qui pilote le Ségur numérique a confié à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) le pilotage opérationnel du programme SUN-ES. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont quant à elles, chargées du suivi opérationnel de ce programme au niveau régional, en articulation avec la DGOS.

De façon plus précise, la répartition pluriannuelle de l'enveloppe SUN-ES est la suivante :

- 2021 – 66 millions d'euros
- 2022 – 78 millions d'euros
- 2023 - 66 millions d'euros

Le programme SUN-ES s'inscrit dans une logique inclusive : son dimensionnement financier a été construit de manière à pouvoir intégrer dans le programme a minima environ 70 % des établissements du territoire qui candidateraient à SUN-ES.

A date :

- 879 établissements ont été retenus pour atteindre les cibles d'usage sur la 1ère fenêtre de financement, ce qui représente un montant de 19 M€ d'avance versé aux établissements à la sélection de leur candidature et de 47 M€ de solde d'usage à verser dès lors que les établissements auront atteint les cibles d'usage ;
- 1003 établissements ont été retenus pour atteindre les cibles d'usage sur la 2ème fenêtre de financement, ce qui représente un montant de 15 M€ d'avance et 35 M€ de solde d'usage ;
- 150 établissements retenus en tant que pilotes « Mon espace santé » pour un montant de 2,5 millions d'euros ;
- 98 établissements retenus dans le cadre du bonus « alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) à partir d'une partie de l'historique en documents de santé, pour 705 910 €.

L'atteinte des prérequis et des cibles d'usage est suivie par les ARS et au niveau national par l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS). Un suivi opérationnel est réalisé mensuellement avec les ARS.

¹⁷ Pour rappel le programme HOP'EN, programme de modernisation des systèmes d'information hospitaliers sur la période 2019-2023 soutient financièrement 1750 projets portés par 1463 établissements de santé¹⁷, sur l'informatisation de la production de soins interne des établissements de santé (tout statut et activités).

Le financement global du programme HOP'EN s'élève à **420 millions d'euros**. A fin 2021, **207 millions d'euros** ont été délégués aux ARS pour financer les projets en amorçage et les projets terminés (ayant atteint les cibles d'usage), et ceci sur l'ensemble du territoire. En termes de gouvernance, le MSP fixe le cadre, les exigences et les forfaits de financement au niveau national et la sélection des projets relève des ARS.

Lien utile : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopen>

Un montant total de 142,3 M€ a été délégué aux ARS dans le cadre des circulaires FMIS dont 66 M€ en 2021 et 76,3 M€ en première circulaire 2022 :

- FMIS 1ere circulaire 2021 : 48,9 M€
- FMIS 2ème circulaire 2021 : 17,1 M€
- FMIS 1ere circulaire 2022 : 76,326 M€

SUN-ES Ventilation en M€ par agence régionale de santé	Année 2021	Année 2022 (C1)	Total en M€
Auvergne Rhône Alpes	7,429	7,620	15,048
Bourgogne Franche-Comté	2,773	2,982	5,755
Bretagne	3,231	3,411	6,643
Centre Val de Loire	2,346	2,472	4,818
Corse	0,363	0,675	1,037
Grand Est	5,383	6,098	11,482
Guadeloupe	0,439		0,439
Guyane	0,220		0,220
Hauts-de-France	6,076	6,364	12,440
Île-de-France	11,683	16,879	28,562
La Réunion	0,745	0,918	1,663
Martinique	0,314		0,314
Mayotte	0,103		0,103
Normandie	3,101	3,352	6,453
Nouvelle Aquitaine	5,811	6,882	12,693
Occitanie	6,519	8,008	14,528
Pays de la Loire	3,841	4,215	8,055
Provence Alpes Côte d'Azur	5,624	6,450	12,074
Total	66,000	76,326	142,326

Au-delà de ces programmes d'accompagnement sur le volet investissement dédié aux SIH sur des domaines d'informatisation clé, d'interopérabilité et d'usage des services socles nationaux, les charges et ressources dédiées aux SIH sont suivies annuellement et publiées dans le cadre de l'atlas des SIH18.

3. Situation financière des ESMS

3.1. Soldes des établissements des ESMS : rétrospective 2019-2020

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique la situation des établissements et services médico-sociaux, financés ou cofinancés par l'Assurance Maladie, par catégorie d'établissement, en France en 2019 et 2020.

Les ratios présentés sont les suivants :

- Taux de capacité d'autofinancement (CAF) : cet indicateur traduit la capacité de l'établissement à dégager annuellement, grâce à son exploitation, les fonds nécessaires aux investissements. Le montant de la CAF peut être affecté au remboursement des emprunts, à l'investissement ou au renforcement des fonds propres de la structure en vue des investissements futurs. Il s'agit du taux correspond au niveau de CAF rapporté au total des produits d'exploitation ;

¹⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/atlas-des-systemes-d-information-hospitaliers>

- Taux d'endettement : cet indicateur permet d'identifier le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (passif, haut de bilan) ;
- Taux résultat net : ce ratio correspond au résultat net comptable rapporté au total des produits.

Tous les ratios présentés ont été corrigés des valeurs extrêmes, qui ont été exclues des calculs.

La colonne « n » indique le nombre final d'établissements et services retenus, pour le calcul du ratio. Les taux moyens et médians sont pondérés, pour corriger notamment des effets taille (de total de classe 7 ou de total capitaux permanents).

Tableau 1 - Taux de capacité d'autofinancement, taux d'endettement et taux de résultat net corrigés des valeurs extrêmes par catégorie d'ESMS en 2019 et 2020 et taux d'évolution moyen et médian entre 2019 et 2020

Catégorie ESMS	Libellé	Année = 2019			Année = 2020			Taux d'évolution 2020 / 2019	
		N	Moyenne	Médiane	N	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
								2020 vs 2019	2020 vs 2019
SESSAD	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	1 214	7,9	7,5	1 179	10,9	11,1	38,60 %	46,70 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	1 262	6,1	0	1 223	6,4	0	3,80 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	1 213	4,3	3,5	1 184	6,6	5,9	54,30 %	69,10 %
IME	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	984	6,4	6,4	983	11,4	11,2	78,40 %	74,20 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	1 043	14,3	3,5	1 051	14,6	3,5	2,40 %	1,70 %
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	994	1,3	1	985	4,8	4,2	277,80 %	317,20 %
ITEP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	303	8,3	8,3	304	13,3	12,6	61,30 %	52,80 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	330	14,9	2,4	328	15,1	2	0,80 %	-18,00 %
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	306	2,9	2,5	305	6,6	6,1	131,30 %	141,10 %
EEAP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	156	6,7	6,5	154	11,8	11,8	76,50 %	79,80 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	169	13,7	0	164	13,7	0	-0,60 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	158	2,1	1,6	152	5,9	4,7	185,10 %	193,40 %
CMPP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	222	7,1	6,7	232	8,5	8,4	20,10 %	25,70 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	240	8,8	0	244	8,5	0	-2,60 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	224	3,4	2,4	233	4,7	3,9	41,40 %	64,30 %
CAMSP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	206	6,6	6	211	8,7	9	31,70 %	49,40 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	200	9,9	0	205	10,3	0	3,80 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	204	3	2,4	210	4,8	4,2	58,90 %	72,10 %
IEM	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	108	7,1	6,3	111	11,9	11,4	67,70 %	82,70 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	117	10,7	0	117	12,5	0	17,10 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	108	2,3	1,9	111	5,5	5	145,50 %	170,20 %
IDV	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	22	5,9	7,8	19	12,9	13,6	117,40 %	75,90 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	22	6,6	0	21	7,4	1,9	13,30 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	22	1	1,2	19	6,5	5,7	571,70 %	357,60 %
IDA	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	53	6,8	4,2	49	10,7	10,3	57,80 %	142,60 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	54	9,6	0	52	9	0	-6,50 %	-100,00 %
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	51	2,3	0,8	49	6	4,6	166,70 %	503,80 %

Catégorie ESMS	Libellé	Année = 2019			Année = 2020			Taux d'évolution 2020 / 2019	
		N	Moyenne	Médiane	N	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
								2020 vs 2019	2020 vs 2019
IESPESA	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	5	7,5	7,6	6	14,3	13,3	91,00 %	75,50 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	3	0,4	0	4	0,3	0	-25,60 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	5	3,9	1,9	6	10,4	9,1	170,80 %	370,90 %
SPASAD	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	53	4,2	3,6	58	5,6	5,5	34,90 %	50,10 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	83	4,8	0	81	4,1	0	-14,00 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	53	2,8	1,5	58	4,2	4,5	46,60 %	193,20 %
ESAT	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	1 078	6,6	6,2	1 068	9	8,7	36,70 %	39,60 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	1 118	16,1	3,4	1 124	15,9	2,6	-1,40 %	-22,00 %
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	1 075	1,5	1,2	1 065	3,4	2,7	124,10 %	123,60 %
ESRP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	55	9,5	9,5	62	12,1	12,3	27,30 %	28,80 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	56	13,7	2,8	65	15,2	2,9	11,00 %	4,10 %
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	55	3,6	2,6	62	5	4,9	38,30 %	91,20 %
MAS	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	570	6,3	6,2	564	7,9	7,5	25,50 %	21,50 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	570	25,9	14,6	573	26,4	14,1	2,00 %	-3,20 %
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	573	0,8	0,6	567	2	1,6	155,20 %	170,30 %
SSIAD	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	1 155	2,7	2,5	1 231	5,9	5,4	113,30 %	115,60 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	1 116	4,6	0	1 118	5	0	9,10 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	1 158	1,4	1	1 227	4,1	3,4	195,40 %	242,40 %
SAMSAH	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	318	9,4	8,4	316	11,6	11,2	22,90 %	33,20 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	343	5	0	347	4,7	0	-5,40 %	
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	307	5,9	5,4	313	8,1	7	35,50 %	29,70 %
EAM	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	769	5,2	4,9	783	7,1	6,8	36,80 %	40,40 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	760	27,6	15	781	27,5	14,8	-0,50 %	-1,40 %
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	763	1,6	0,9	784	2,5	1,7	57,40 %	82,60 %
EHPAD	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	5 165	4,2	4,3	5 581	5,4	5,4	27,70 %	26,80 %
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	3 533	28,8	23,9	3 771	27,9	22,8	-3,10 %	-4,80 %
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	5 167	0,5	0,5	5 581	1,4	1,1	193,70 %	137,50 %

Source : Tableau de bord de la performance 2019 et 2020 corrigé des extrêmes.

Pour détecter et neutraliser les valeurs extrêmes, la présente analyse retient la méthode statistique du troncage à 1 % : chaque indicateur est calculé sur un échantillon dans lequel le 1 % des valeurs les plus basses – percentile 01 – et le 1 % des valeurs les plus élevées – percentile 99 – sont supprimés

Exemple de lecture : parmi les 1 214 SESSAD qui ont pu être intégrés dans le calcul du taux de capacité d'autofinancement (CAF), en 2019, le taux de CAF le plus bas recensé est -17,1 % et le plus élevé de 30,2 %. Le taux de CAF moyen pondéré est de 7,9%. Le taux de CAF médian représente la valeur qui partage l'échantillon en deux : 50 % des 1214 SESSAD ont un taux de CAF inférieur à 7,5 % et les 50 % restant ont un taux de CAF supérieur à 7,5 %.

L'écart entre les taux 2019 moyen et médian indique une faible dispersion parmi les 1 214 SESSAD étudiés : pour une majeure partie d'entre eux, leur taux de CAF individuel est relativement proche du taux moyen.

Le taux de CAF médian des SESSAD progresse fortement entre 2019 et 2020, passant de 7,5 % à 11,1 %, soit un taux d'évolution annuel de 46,7 %. Les mêmes constats peuvent être faits en moyenne. Le poids de la CAF par rapport au total classe 7 a donc augmenté.

A titre indicatif, les valeurs de référence, généralement admises, sont les suivantes :

- Taux de CAF : de 5 à 10 % (source EHESP) ;
- Taux d'endettement (ou taux de dépendance financière) : inférieur à 50 % (source EHESP) ;
- Taux de résultat net : peu de références existent mais il peut être éclairant de citer l'article D. 6143-39 du Code de la santé publique, qui fixe un seuil de taux de déficit (taux de résultat négatif) de 3 %* du total des produits du compte de résultat principal, comme l'un des critères de déséquilibre financier des établissements de santé publics dont le budget excède 10 M€.

* hormis une liste fermée d'établissements de santé pour lesquels le seuil est de 2 %

En tendance générale, les taux d'endettement médians ne dépassent pas 23,9 %, indiquant une faible dépendance dans l'ensemble vis-à-vis des organismes financiers, quelle que soit la catégorie d'établissement. Toutefois l'écart entre les taux médians et les taux moyens est marqué pour la plupart des catégories. Il est donc probable qu'une minorité de gestionnaires soient fortement endettés, dépassant peut-être les 50 %, alors que la majorité présente un endettement très faible, tirant la moyenne en deçà du seuil des 50 %.

De même, les établissements les plus endettés appartiennent aux catégories avec hébergement, recourant plus à l'emprunt pour financer leurs immobilisations.

Ce tableau montre aussi une nette progression des taux de CAF et taux de résultat, pour la majeure partie des catégories, entre 2019 et 2020, les deux allant de pair puisque le résultat d'exploitation alimente la CAF.

Globalement, la situation des établissements et services semble donc, en première intention, plutôt favorable et permettrait d'envisager un renforcement de la situation financière, pour faire face aux remboursements d'emprunts et aux besoins de financement structurels et liés à l'activité courante.

Des précautions de lecture doivent cependant conduire à considérer avec réserves les chiffres présentés :

- La crise sanitaire a créé un contexte conjoncturel, qui peut avoir eu des répercussions sur la santé financière des établissements. Mais ces établissements ont bénéficié de financements pour compenser les surcoûts liés à la crise sanitaire.
- Il s'agit de chiffres moyens et médians, qui ne reflètent pas la diversité des situations, les plus dégradées n'apparaissant pas ou peu dans les tendances générales.
- Les trois indicateurs présentés sont certes éclairants mais ne suffisent pas à eux seuls à tirer des conclusions sur la bonne santé financière d'ensemble du secteur, qui nécessiteraient des travaux d'approfondissement.

A l'intérieur d'une même catégorie d'établissement ou services, une moyenne / médiane peut contenir des biais du fait de disparités importantes sur des critères qui peuvent influencer la situation financière d'une organisation comme par exemple le statut juridique des gestionnaires ; la taille ou la capacité, le statut vis-à-vis de la location/propriété ; ou encore l'emplacement, selon qu'il est situé dans un milieu urbain, péri-urbain ou rural et selon les différences de coût de la vie.

- Certaines catégories présentent de très faibles effectifs, qui sont non significatifs et ne permettent donc pas d'analyser la situation financière de la catégorie concernée (ex : IDV, IESPESA). Cela explique notamment la très faible dispersion sur ces catégories et des taux de variation importants, dépendants de quelques gestionnaires.
- Le calcul des ratios est lié à la qualité des données remontées au niveau national, dans les ERRD, les CA et le Tableau de bord de la performance du secteur médico-social.
- Dans la catégorie des EHPAD, les données des établissements soumis à l'ERRD simplifié (EHPAD privés dont le tarif « Hébergement » n'est pas fixé par le Conseil départemental) sont partielles. Les taux de

CAF et de résultat moyen et médian sont calculés uniquement sur la base des données des activités « Soins » et « Dépendance ».

3.2. Investissements dans le secteur médico-social : les plans d'aide à l'investissement (PAI) et le Ségur « Investissement »

Depuis 2006, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) soutient l'investissement dans le secteur médico-social pour des opérations de restructuration, de création, d'extension et de mise aux normes des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap. Les financements accordés dans ce cadre se sont élevés sur l'ensemble de la période 2006-2022 à 2,8 milliards d'euros, pour un montant total de plans d'investissement de 19,3 milliards d'euros (près de 4 000 projets, dont 68 % sur le secteur des personnes âgées et 32 % sur le secteur des personnes handicapées).

Dans le cadre du Ségur de la santé, les plans d'aide à l'investissement (PAI) connaissent un essor important avec 2,1 milliards d'euros sur la période 2021-2025 au profit du secteur « Personnes âgées » : 1,5 milliard pour des opérations immobilières et 600 millions d'euros pour le numérique intégrés au plan France Relance et ayant vocation à faire l'objet d'un remboursement par la facilité de relance et de résilience (FRR) de l'Union Européenne.

3.2.1. Les plans d'aide à l'investissement au titre des années 2019 et 2020 :

Ces plans d'aide à l'investissement sont financés sur les réserves de la CNSA, à partir des excédents dégagés sur les exercices précédents. Les subventions qui en découlent sont destinées à financer des opérations immobilières portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité, ainsi que la modernisation des locaux des établissements et services pour personnes âgées dépendantes et pour personnes en situation de handicap.

Ainsi, 130 M€ ont pu être mobilisés au titre du PAI 2019 et 110 M€ au titre de 2020.

3.2.1.1. Des priorités nationales déclinées au niveau de chaque région

Les priorités nationales sont définies par la loi (article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles). Les opérations d'investissement subventionnables doivent porter sur des projets de mise aux normes de sécurité et d'accessibilité, de modernisation, de transformation de l'offre médico-sociale et de leur adaptation à l'évolution des besoins des personnes accueillies.

Ces aides doivent conduire à réaliser des établissements dont la qualité architecturale procure un confort d'usage des espaces de vie pour les résidents et des équipements apportant des réponses à l'objectif de maintien de l'autonomie des personnes, ainsi qu'un environnement de travail favorisant la qualité de vie au travail pour le personnel des établissements.

Elles concourent ainsi à la mise en œuvre des objectifs qualitatifs et quantitatifs des plans nationaux de développement de l'offre médico-sociale, de la modernisation des structures les plus inadaptées et du soutien des opérations de transformation de l'offre.

La mise en œuvre de ces priorités conduit à déterminer des critères d'éligibilité aux différents PAI.

- Sur le périmètre des établissements et services éligibles : il s'agit des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées financés exclusivement ou conjointement sur l'objectif global de dépenses (OGD) issu de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le secteur médico-social ;
- Sur la nature des opérations d'investissement éligibles : il s'agit d'opérations pour lesquelles les travaux n'ont pas encore débuté, portant soit sur des capacités d'accueil habilitées à l'aide sociale existantes, par restructuration ou par reconstruction de locaux, ou la création de places nouvelles également habilitées à l'aide sociale, soit sur des travaux de mise aux normes techniques de sécurité et d'accessibilité ;

Sur le montant de l'opération : montant minimum de 400 000 € TTC, toutes dépenses confondues (TTC – TDC). Ce montant est réduit à 40 000 € pour certaines opérations de mise aux normes et de sécurité et pour des études préalables.

Ces subventions peuvent porter également sur des opérations reposant sur la vente en l'état de futur achèvement (VEFA) ou en contrat de promotion immobilière (CPI).

Les études de faisabilité préalables nécessaires à la programmation technique des opérations d'investissement sont également éligibles.

A contrario, les opérations suivantes ne sont pas éligibles les opérations suivantes :

- Le coût d'acquisitions foncières ou d'équipements matériels et mobiliers,
- Les opérations d'entretien courant,
- Sauf dérogation accordée par l'agence régionale de santé (ARS), les opérations n'atteignant pas les seuils pour être subventionnées,
- Les opérations en cours de réalisation.

Ces priorités sont déclinées régionalement afin de garantir une cohérence des investissements avec la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des besoins identifiés sur le territoire, notamment dans le schéma régional de santé. A ce titre, les ARS apprécient la pertinence des projets et de leur place dans le maillage local, dans l'intérêt des résidents, des familles et de l'aménagement du territoire. Elles prennent en compte des critères d'efficacité comportant une analyse préalable de la soutenabilité financière des projets, ainsi qu'un objectif de maîtrise des dépenses publiques. Enfin, elles prennent en compte les dimensions de développement durable.

Pour le secteur des personnes âgées, sont en particulier visées les opérations de modernisation d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) habilités à l'aide sociale, de création de place autorisées et habilitées, de création de places en accueils de jour, en hébergement temporaire ou en unités d'hébergement renforcé et de transformation de capacités hospitalières en capacités médico-sociales.

Pour le secteur du handicap, sont en particulier visées les opérations de transformation de l'offre, de modernisation, de restructuration et de créations de places, d'adaptation des modalités d'accueil aux personnes handicapées vieillissantes ou aux personnes autistes.

3.2.1.2. Les financements et les modalités d'attribution des subventions d'investissement

Au titre de 2019, 130 M€ ont été consacrés au PAI (hors reports de crédits destinés à l'EPNAK dans le cadre de la reprise des établissements de l'ONAC-VG), dont 30 M€ sur le secteur du handicap, en conformité avec les décisions de la Conférence nationale du handicap du 19 mai 2016.

Au titre de 2020, 110 M€ ont été consacrés au PAI (hors reports de crédits), dont 80 M€ sur le secteur des établissements pour personnes âgées et 30 M€ sur le secteur des établissements et services pour personnes en situation de handicap.

3.2.1.3. La répartition des crédits entre régions

Ces crédits sont répartis sous la forme d'autorisations d'engagement que les ARS peuvent engager sur les projets qu'elles ont retenus. Les crédits de paiement correspondants sont ensuite versés à ces agences sur la période N+1-à N+4 (5 % la première année, puis respectivement 15, 30 et 50 %).

La répartition entre régions est effectuée en fonction de trois critères :

- Pour 35 % du montant, un indicateur populationnel avec projection de population à 10 ans,
- Pour 50 %, un indicateur de l'offre existante sur les territoires,
- Pour 15 %, un indicateur de potentiel fiscal départemental.

Tableau de répartition des autorisations d'engagement entre régions au titre de 2019 et 2020 (en M€)

Régions	2019			2020			période 2019-2020		
	Pers. âgées	Pers. en situation de handicap	Total	Pers. âgées	Pers. en situation de handicap	Total	Pers. âgées	Pers. en situation de handicap	Total
Auvergne Rhône-Alpes	12,39	3,55	15,94	9,50	3,96	13,46	21,90	7,51	29,41
Bourgogne Franche-Comté	5,59	1,50	7,09	4,38	1,46	5,84	9,97	2,96	12,93
Bretagne	5,78	1,47	7,25	4,58	1,43	6,01	10,36	2,90	13,26
Centre Val-de-Loire	4,91	1,31	6,22	3,87	1,27	5,14	8,78	2,58	11,36
Corse	0,53	0,15	0,68	0,00	0,24	0,24	0,53	0,39	0,92
Grand Est	8,54	2,71	11,26	6,76	2,65	9,41	15,30	5,37	20,67
Guadeloupe	0,56	0,21	0,77	0,43	0,24	0,67	0,99	0,45	1,44
Hauts-de-France	7,56	2,77	10,33	6,02	2,72	8,74	13,57	5,49	19,06
Ile-de-France	11,39	4,77	16,16	10,56	4,44	15,00	21,95	9,21	31,16
Martinique	0,21	0,18	0,39	0,12	0,23	0,35	0,33	0,41	0,74
Normandie	5,46	1,63	7,09	4,90	1,59	6,49	10,36	3,22	13,58
Nouvelle-Aquitaine	11,43	2,90	14,33	9,03	3,01	12,05	20,46	5,91	26,38
Occitanie	10,47	2,87	13,35	8,24	2,79	11,03	18,71	5,66	24,38
Océan Indien	0,67	0,36	1,02	0,46	0,41	0,87	1,13	0,76	1,89
Pays de la Loire	6,51	1,69	8,21	5,15	1,66	6,81	11,66	3,35	15,02
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7,99	1,93	9,92	6,01	1,90	7,91	14,00	3,83	17,82
Total	100,00	30,00	130,00	80,00	30,00	110,00	180,00	60,00	240,00

3.2.1.4. L'octroi des subventions aux projets retenus

Ces subventions sont des aides à l'investissement uniques et, sauf exception, non ré-évaluables. Elles sont calculées sur la base d'opérations en « valeur fin de travaux toutes taxes comprises et toutes dépenses confondues » dans la limite de 1 500 € par mètre carré de surface dans œuvre hors taxe (TTC-TDC) pour des réhabilitations et 1 900 €/m² TTC-TDC en travaux neufs. Ce calcul ne s'applique pas à l'Outre-mer.

Le pourcentage de l'aide à l'investissement est plafonné à 40 % du montant subventionnable pour les établissements pour personnes âgées et les foyers d'accueil médicalisés, et à 60 % pour les autres établissements et services pour personnes en situation de handicap.

Dans le cas notamment des EHPAD, ces subventions doivent s'accompagner d'une mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles au soutien de l'investissement, afin de minimiser le reste à charge des résidents.

Ces subventions sont versées par les ARS en trois fois :

- 30 % du montant à la réception de l'acte juridique engageant les travaux ou études,
- 40% à la réception du bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant à 50 % du coût total des travaux,
- 30 % à la réception de l'attestation définitive de fin de travaux et du bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant au coût total des travaux.

3.2.2. Les plans d'aide à l'investissement au titre de l'année 2021 :

L'année 2021 constitue une année charnière pour les aides à l'investissement dans le secteur médico-social avec d'une part la sanctuarisation des crédits dédiés aux aides à l'investissement et, d'autre part, le volet « Investissement » du Ségur de la santé pour les établissements pour personnes âgées.

Concernant les EHPAD, l'année 2021 marque donc le début de deux mesures importantes, intégrées dans le cadre du plan France Relance : l'aide à la réhabilitation immobilière et l'aide aux investissements du quotidien. A ce titre, les 1,5 milliards d'investissements que ces deux mesures représentent sont éligibles à un remboursement de la part de l'Union européenne.

Pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap, il y a eu deux évolutions notoires par rapport aux années précédentes :

- l'intégration des crédits d'aide à l'investissement dans l'ONDAM à compter de 2022, au sein du 5^{ème} sous-objectif ;
- l'importance accrue des dimensions de développement durable et d'énergies renouvelables dans la sélection des projets.

3.2.2.1. La pérennisation des crédits d'aide à l'investissement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

Alors que les crédits d'investissements étaient financés jusque-là sur les réserves de la CNSA, ceux-ci sont désormais directement issus des montant intégrés à la construction de l'ONDAM et de la trajectoire de la branche autonomie tels que votés dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Les crédits d'investissement sont désormais portés depuis cette date par la Convention d'objectifs et de gestion avec la CNSA, gestionnaire de la cinquième branche du régime général depuis le 1^{er} janvier 2021. Au titre de 2021, ils se décomposent ainsi au sein du budget d'investissement :

(en M€)	Budget initial 2021
Budget d'investissement des ESMS	562,9
Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) immobilier Personnes âgées (PA)/Personnes handicapées (PH)	135,9
PAI numérique (fonds d'amorçage PA/PH prévu dans le cadre de la feuille de route du numérique en santé)	27
Ségur investissement volet immobilier et mobilier (secteur personnes âgées)	300
Ségur investissement volet numérique (ESMS personnes âgées et personnes handicapées)	100

Ces crédits ont augmenté en 2021 avec un transfert de la CNAM vers la CNSA destiné à financer les crédits d'investissement pour personnes âgées programmés dans le cadre du Ségur de la santé, pour 550 millions d'euros.

Dans ce budget COG, les montants inscrits sur les lignes relatives au Ségur correspondent à des autorisations d'engagement et les montants inscrits sur les lignes PAI correspondent à des CP.

Au sein de la première ligne, 30 M€ sont consacrés aux établissements et services pour personnes en situation de handicap en 2021 (hors reports des années précédentes).

3.2.2.2. Développement durable et énergies renouvelables : les rénovations thermiques et énergétiques des établissements

L'accent est mis sur les projets d'investissement comportant une dimension énergétique, d'éco-responsabilité globale des opérations et du respect de l'environnement par l'amélioration des performances et capacités thermiques et climatiques.

Les ARS doivent ainsi porter une attention particulière à l'intégration de la rénovation énergétique et au recours aux énergies renouvelables améliorant les performances énergétiques et la vie quotidienne des résidents et du personnel, notamment pour les établissements assujettis aux obligations d'économies d'énergie issues de la loi ELAN¹⁹.

Sont éligibles à ce titre les opérations suivantes :

- Les travaux de rénovation énergétique relevant du gros entretien,
- Les travaux indissociables tels que le désamiantage et l'étanchéité des toitures,
- L'utilisation de matériaux à faible empreinte environnementale ou issus du recyclage et du réemploi,
- La mise en place d'énergies renouvelables en remplacement de l'utilisation d'énergies fossiles,
- La mise en place d'outils de suivi des consommations énergétiques des bâtiments et des systèmes de régulation et de pilotage,
- L'amélioration du confort d'été par des travaux limitant l'exposition à la chaleur et favorisant la ventilation naturelle.

3.2.2.3. Autres changements apportés par rapport aux exercices précédents

Les critères de répartition des autorisations d'engagement entre les différentes régions ont évolué pour prendre en compte :

- Pour 80 % du montant, le nombre de places en établissements pour adultes et enfants handicapés,
- Pour 20 %, le nombre d'habitants de 0 à 59 ans,
- Un bonus/malus, en fonction du potentiel fiscal (hors Corse et Outre-mer).

La base de calcul du montant des dépenses subventionnables est réévaluée : 1 800 €/m² TTC-TDC pour des réhabilitations et 2 200 € en travaux neufs.

Le taux de financement maximum est porté à 80 % pour les études préalables de faisabilité.

Enfin, compte tenu de la sanctuarisation des crédits d'investissement, les ARS peuvent, à compter du PAI 2021, financer des opérations lourdes sur plusieurs années en accordant une aide pluriannuelle. Le cumul des aides reste soumis au taux de financement maximal (60 %) et la notification de subvention doit définir, dès la première année de financement, les montants accordés par millésime.

¹⁹ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

Tableau de répartition des autorisations d'engagement entre régions au titre de 2021 sur le secteur du handicap (en millions d'euros)

Régions	Montant des autorisations d'engagement
Auvergne Rhône-Alpes	3,31
Bourgogne Franche-Comté	1,38
Bretagne	1,52
Centre Val-de-Loire	1,24
Corse	0,24
Grand Est	2,79
Guadeloupe	0,24
Hauts-de-France	3,12
Ile-de-France	4,43
Martinique	0,48
Mayotte	0,24
Normandie	1,72
Nouvelle-Aquitaine	2,86
Occitanie	2,72
Océan Indien	0,31
Pays de la Loire	1,65
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,74
Total	30,00

Les crédits de paiement correspondants seront délégués sur la période 2021-2023, à raison de 20 % la première année, 30 % la deuxième et 50 % la dernière année.

3.2.2.4. Des investissements historiques pour soutenir le libre choix des personnes âgées (Volet investissement du Ségur de la Santé)

Le Ségur de la Santé prévoit un ambitieux plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social doté de 2,1 milliards d'euros sur la période 2021-2025 : 1,5 milliard d'euros pour les opérations immobilières et mobilières ainsi que 600 millions d'euros pour les projets numériques. Les financements sont alloués aux établissements et services par l'intermédiaire des agences régionales de santé ainsi que, pour certains programmes, par les Conseils départementaux. Intégrées au plan France Relance et au Plan national de relance et de résilience (PNRR), ces sommes investies ont donc vocation à être remboursées à la France dans le cadre de la facilité de relance et de résilience de l'Union Européenne. Dans cette optique, sur le volet immobilier, la France devra justifier d'au moins 3 000 EHPAD ayant bénéficié d'une aide dans le cadre des investissements du quotidien (250 millions d'euros) à la fin 2022 et de 36 000 places rénovées ou créées dans le cadre de l'investissement immobilier (1,25 milliards d'euros) à la fin 2025.

Le Ségur de la santé permet d'accompagner la révolution démographique à l'œuvre dans notre société de la longévité, avec une enveloppe d'aide à l'investissement de 1,5 milliards d'euros destinée à soutenir le libre choix du lieu de vie pour les personnes âgées, à rendre possible leur vie à domicile dans une plus grande diversité de formes (résidences autonomie, habitat inclusif, etc.) et à améliorer la prise en soin des plus fragiles dans les établissements.

Le soutien à l'investissement immobilier permettra de créer, rénover ou transformer des établissements médico-sociaux, majoritairement des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mais aussi des résidences autonomie ou d'autres solutions pour l'accompagnement de la perte d'autonomie, qui participent à la cible des 36 000 places rénovées ou créées.

En complément, sur les années 2021 et 2022, les EHPAD peuvent investir dans des équipements de prévention, du matériel utile aux soins des résidents, des équipements professionnels adaptés. Il s'agit du plan d'aide à l'investissement du quotidien. Ils peuvent également engager des travaux améliorant le confort d'été ou de rénovation légère (ravalement ...), l'aménagement de jardins thérapeutiques, des travaux de réduction de la consommation énergétique... Ce sont autant d'investissements qui améliorent la qualité de vie des résidents ou la qualité de vie au travail des professionnels.

Enfin, une enveloppe exceptionnelle a été accordée à la Corse et aux DOM d'un montant de 75 millions d'euros, dont 20 millions dès 2021.

a) Une année 2021 déjà exceptionnelle

La première tranche du PAI du Ségur de la Santé s'est concrétisée en 2021 sous la forme d'un Plan Annuel d'Investissement (PAI) immobilier et d'un PAI du quotidien. En 2021, ce sont ainsi 450 millions d'euros qui ont été consacrés aux investissements dans le secteur médico-social.

Autorisations d'engagement		2021
EHPAD - régions continentales		280
Résidences autonomie et habitat inclusif (rénovation et création)		20
Plan de rattrapage de l'offre en Outre Mer et Corse		20
Investissement du quotidien en EHPAD		125
Conseillers en énergie		2
Tiers-lieux		3
Ingénierie		
TOTAL		450

300 millions d'euros ont été consacrés à des opérations lourdes de création, rénovation, réhabilitation ou reconstruction d'EHPAD dont 20 pour la Corse et les DOM mais également 20 millions aux résidences autonomie.

En 2021, 125 millions d'euros étaient également réservés pour finance les investissements du quotidien dans des EHPAD dont la moitié des places au moins sont habilitées à l'aide sociale. 4055 EHPAD ont ainsi été retenus.

	PAI IMMOBILIER PA	CREDITS DE PAIEMENT (CP) 20% EN 2021	CREDITS DE PAIEMENT (CP) 30% EN 2022	CREDITS DE PAIEMENT (CP) 50% EN 2023
ARS	Secteur PA	Secteur PA	Secteur PA	Secteur PA
Auvergne-Rhône-Alpes	36 501 584	7 300 317	10 950 475	18 250 792
Bourgogne-Franche-Comté	17 213 971	3 442 794	5 164 191	8 606 986
Bretagne	21 574 526	4 314 905	6 472 358	10 787 263
Centre-Val de Loire	13 918 256	2 783 651	4 175 477	6 959 128
Grand Est	26 639 058	5 327 812	7 991 717	13 319 529
Hauts-de-France	22 448 049	4 489 610	6 734 415	11 224 024
Île-de-France	20 436 865	4 087 373	6 131 060	10 218 432
Normandie	16 494 585	3 298 917	4 948 376	8 247 292
Nouvelle-Aquitaine	31 429 516	6 285 903	9 428 855	15 714 758
Occitanie	28 421 245	5 684 249	8 526 373	14 210 623
Pays de la Loire	23 592 085	4 718 417	7 077 625	11 796 043
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21 330 260	4 266 052	6 399 078	10 665 130
France métropolitaine	280 000 000	56 000 000	84 000 000	140 000 000
Corse	-	-	-	-
Guadeloupe	4 236 430	847 286	1 270 929	2 118 215
Guyane	524 000	104 800	157 200	262 000
Martinique	-	-	-	-
La Réunion	-	-	-	-
Mayotte	-	-	-	-
France insulaire	4 760 430	952 086	1 428 129	2 380 215
France entière	284 760 430	56 952 086	85 428 129	142 380 215

b) Une montée en charge jusqu'en 2025

Les crédits d'investissement sont répartis comme suit :

- Pour les EHPAD en métropole, 247,5 millions d'euros en 2022, puis 232,5 millions en 2023 et 230 millions en 2024

ARS	Année 2022	Année 2023	Année 2024
Auvergne-Rhône-Alpes	29 081 852	27 319 316	27 025 560
Bourgogne-Franche-Comté	14 687 488	13 797 337	13 648 979
Bretagne	16 795 306	15 777 409	15 607 759
Centre-Val de Loire	10 409 404	9 778 531	9 673 386
Grand Est	22 882 066	21 495 274	21 264 142
Hauts-de-France	26 228 099	24 638 517	24 373 586
Île-de-France	24 722 115	23 223 804	22 974 086
Normandie	12 677 570	11 909 232	11 781 176
Nouvelle-Aquitaine	21 811 643	20 489 726	20 269 406
Occitanie	25 116 121	23 593 932	23 340 234
Pays de la Loire	19 217 461	18 052 766	17 858 650
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23 870 875	22 424 156	22 183 036
Total général	247 500 000	232 500 000	230 000 000

- Pour l'enveloppe Corse et DOM :

ARS	PAI Année 2022	PAI Année 2023	PAI Année 2024
Corse	3 390 740	3 390 740	3 875 131
Mayotte	609 196	609 196	696 226
Réunion	5 560 426	5 560 426	6 354 772
Guadeloupe	3 585 109	3 585 109	4 097 267
Martinique	3 452 455	3 452 455	3 945 663
Guyane	902 074	902 074	1 030 941
Total général	17 500 000	17 500 000	20 000 000

- Pour les tiers-lieux, 2,5 millions en 2022, 2023 et 2024 :

ARS	Nbre d'EHPAD 50% HAS	Année 2022	Année 2023	Année 2024
Auvergne-Rhône-Alpes	719	373 333	373 333	373 333
Bourgogne-Franche-Comté	321	166 676	166 676	166 676
Bretagne	377	195 753	195 753	195 753
Centre-Val de Loire	210	109 040	109 040	109 040
Grand Est	400	207 696	207 696	207 696
Hauts-de-France	306	158 887	158 887	158 887
Île-de-France	297	154 214	154 214	154 214
Normandie	220	114 233	114 233	114 233
Nouvelle-Aquitaine	500	259 620	259 620	259 620
Occitanie	591	306 870	306 870	306 870
Pays de la Loire	377	195 753	195 753	195 753
Provence-Alpes-Côte d'Azur	256	132 925	132 925	132 925
TOTAL ARS hors Corse et OM	4 574	2 375 000	2 375 000	2 375 000
Corse	19	25 000	25 000	25 000
Guadeloupe	18	25 000	25 000	25 000
Guyane	4	25 000	25 000	25 000
Réunion	16	25 000	25 000	25 000
Martinique	21	25 000	25 000	25 000
TOTAL Corse et OM	78	125 000	125 000	125 000
TOTAL GLOBAL	4 652	2 500 000	2 500 000	2 500 000

Pour le PAI du quotidien, 125 millions d'euros en 2022 :

	PAI INVESTISSEMENT DU QUOTIDIEN Enveloppe 2022	PAI INVESTISSEMENT DU QUOTIDIEN Reliquat 2021	PAI INVESTISSEMENT DU QUOTIDIEN Total Autorisation d'engagement
ARS	Secteur PA	Secteur PA	Secteur PA
Auvergne-Rhône-Alpes	17 355 861	1 529 530,48	18 885 391,48
Bourgogne-Franche-Comté	7 394 876	2 577,39	7 397 453,39
Bretagne	10 867 164	837 049,00	11 704 213,00
Centre-Val de Loire	6 159 558	404 611,30	6 564 169,30
Grand Est	11 841 460	2 316 852,80	14 158 312,80
Hauts-de-France	9 752 168	-	9 752 168,00
Île-de-France	9 014 607	1 730 172,26	10 744 779,26
Normandie	6 992 036	684 091,77	7 676 127,77
Nouvelle-Aquitaine	13 779 164	715 524,78	14 494 688,78
Occitanie	12 127 607	1 294 441,11	13 422 048,11
Pays de la Loire	11 681 218	1 077 955,97	12 759 173,97
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 381 496	943,59	6 382 439,59
France métropolitaine	123 347 215	10 593 750	133 940 965,45
Corse	317 135	5,00	317 140,00
Guadeloupe	357 111	-	357 111,00
Guyane	66 665	0,27	66 665,27
La Réunion	403 677	40 245,90	443 922,90
Martinique	508 197	162,36	508 359,36
Mayotte	-	-	-
France insulaire	1 652 785	40 413,53	1 693 198,53
France entière	125 000 000	10 634 163,98	135 634 163,98

Pour l'habitat intermédiaire, 45 millions en 2022, 2023 et 2024.

3.3. Programme ESMS numérique

Le programme ESMS numérique vise à généraliser l'utilisation du numérique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Il repose principalement sur le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI) pour chaque personne accompagnée (75 % des crédits) et l'accélération de la mise en conformité des logiciels métier par un financement direct des éditeurs via l'ouverture du Système de sélection non sélectif (SONS) opéré par l'Agence du numérique en santé (25 % des crédits). Grâce aux crédits du Ségur de la Santé, ce programme permet de mobiliser 600 millions d'euros sur la période 2021-2025.

Les objectifs stratégiques du programme ESMS numérique consistent à :

- Aboutir à une progression du niveau de maturité de l'ensemble des établissements et services sur les sujets numériques et sur l'apport des systèmes d'information à la qualité de l'accompagnement et des soins, en plaçant l'utilisateur et son projet au cœur des solutions informatiques ;
- Amener les ESMS à un socle minimum de maturité de leurs systèmes d'information (sécurité, interopérabilité, RGPD, équipement matériel, acquisition de logiciels, déploiement) que certains ont déjà atteint et pourront dépasser ;
- Développer les usages et les bonnes pratiques du numérique dans les ESMS ;
- Structurer la démarche en programme de transformation pluriannuel au moyen d'une gouvernance stratégique et opérationnelle associant l'écosystème, et mobilisant des leviers de transformation appropriés ;
- Soutenir quelques projets innovants permettant de favoriser les usages de ces systèmes d'information.

Le périmètre du programme comprend le déploiement du dossier usager informatisé interopérable (DUI), le développement de services numériques à destination des usagers, afin de permettre à la personne accompagnée et à ses proches aidants d'être parties prenantes de son projet d'accompagnement et de son parcours, l'intégration et la conformité aux référentiels et services socles prévus par la stratégie du numérique en santé et enfin la mise en place d'outils de pilotage (du niveau local au niveau national, des organismes gestionnaires aux tutelles).

Pour répondre à ces enjeux, le programme « ESMS numérique » s’appuie dans un premier temps sur une phase d’amorçage financée par des crédits d’amorçage de 30 millions d’euros, qui couvre la période 2020 à 2022.

En 2021, des appels à projets régionaux ont été lancés. C’est le démarrage effectif de la phase d’amorçage du programme ESMS numérique. L’arrivée des crédits Ségur a permis de prolonger et d’amplifier la phase d’amorçage en lançant une seconde vague d’appels à projets régionaux et le premier appel à projets national. Cette première étape importante a permis de sélectionner 235 projets afin de financer l’équipement et l’utilisation d’un DUI pour plus de 6 000 ESSMS représentant un montant global de projet de 110 M€.

Répartition des crédits PAI numérique pour la phase d’amorçage

Amorçage ESMS numérique	Appui démarche ARS	Appui démarche GRADeS	Total appui démarche en région	Soutien projets	TOTAL ARS
Auvergne-Rhône-Alpes	160 000 €	160 000 €	320 000 €	2 888 232 €	3 208 232 €
Bourgogne-Franche-Comté	160 000 €	160 000 €	320 000 €	1 210 399 €	1 530 399 €
Bretagne	160 000 €	160 000 €	320 000 €	1 264 784 €	1 584 784 €
Centre-Val de Loire	160 000 €	160 000 €	320 000 €	1 000 778 €	1 320 778 €
Corse	160 000 €	160 000 €	320 000 €	375 000 €	695 000 €
Grand Est	160 000 €	160 000 €	320 000 €	1 951 388 €	2 271 388 €
Guadeloupe	160 000 €	160 000 €	320 000 €	375 000 €	695 000 €
Guyane	160 000 €	160 000 €	320 000 €	375 000 €	695 000 €
Hauts-de-France	160 000 €	160 000 €	320 000 €	1 953 479 €	2 273 479 €
Ile-de-France	160 000 €	160 000 €	320 000 €	2 611 875 €	2 931 875 €
La Réunion	160 000 €	160 000 €	320 000 €	375 000 €	695 000 €
Martinique	160 000 €	160 000 €	320 000 €	375 000 €	695 000 €
Mayotte	160 000 €	160 000 €	320 000 €	375 000 €	695 000 €
Normandie	160 000 €	160 000 €	320 000 €	1 332 395 €	1 652 395 €
Nouvelle-Aquitaine	160 000 €	160 000 €	320 000 €	2 407 037 €	2 727 037 €
Occitanie	160 000 €	160 000 €	320 000 €	2 194 111 €	2 514 111 €
Pays de la Loire	160 000 €	160 000 €	320 000 €	1 609 373 €	1 929 373 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	160 000 €	160 000 €	320 000 €	1 566 149 €	1 886 149 €
Total	2 880 000 €	2 880 000 €	5 760 000 €	24 240 000 €	30 000 000 €

Le séquençage des paiements aux porteurs de projet s’organise de la manière suivante :

- 40 % au démarrage du projet, à la signature de la convention entre l’ARS et le porteur du projet ;
- 40 % à la fin du paramétrage de la solution dès la réception de la facture de la fin du paramétrage de la solution ;
- 20 % à la fin du déploiement (fin de la généralisation du déploiement) dès la vérification des critères d’utilisation et réception de la facture de la fin du déploiement de la solution.

La phase de généralisation du programme s’inscrit dans le prolongement de la phase d’amorçage. Elle est destinée à développer l’usage du numérique dans les ESSMS pour améliorer :

la qualité des accompagnements dans une logique de parcours en apportant des outils permettant de faciliter la coopération et la coordination entre les différents acteurs (internes et externes à l’ESSMS) et faciliter l’implication de la personne accompagnée et de ses proches ;

- la connaissance des personnes accompagnées et de leurs besoins et la prise en compte de leurs attentes ;

- le pilotage de ces transformations et l'efficacité dans le fonctionnement des ESSMS.

Pour la période 2022-2025, la **phase de généralisation** du programme ESMS numérique doit permettre d'équiper tous les ESSMS du DUI interopérable et communicant d'ici 2025. Cette phase de généralisation bénéficie des crédits Ségur du numérique en santé dédiés au secteur médico-social soit 430 millions d'euros, dont 100 millions d'euros pour l'année 2022.

Il s'agit de faire bénéficier près de 35 000 ESSMS d'aides à l'équipement et aux usages du DUI, portés par environ 1 400 projets.

Le cadrage financier pour l'année 2022 mobilise une enveloppe totale de 100 M€, répartis sur les différents segments du Ségur numérique de la santé. Le programme **ESMS numérique** est financé à hauteur de **59,8 M€** par les crédits 2022 du Ségur numérique. Les crédits sont répartis comme suit :

Les crédits alloués au programme ESMS numérique : **59,8 M€** parmi lesquels 44,5 M€ sont délégués aux ARS pour financer les projets sélectionnés à l'issue des appels à projets régionaux pilotés par les ARS ; une autorisation d'engagement sera donnée aux ARS dans le cadre de la 1ère circulaire FMIS (C1) 2022 selon la répartition (indicative) entre régions suivante :

Région	Enveloppe régionale	Forfaits ESSMS ³	Forfaits éditeurs ⁴
Auvergne-Rhône-Alpes	5 706 008 €	3 594 785 €	2 111 223 €
Bourgogne-Franche-Comté	2 476 000 €	1 559 880 €	916 120 €
Bretagne	2 406 713 €	1 516 229 €	890 484 €
Centre-Val de Loire	1 800 449 €	1 134 283 €	666 166 €
Corse	500 000 €	315 000 €	185 000 €
Grand Est	3 408 321 €	2 147 242 €	1 261 079 €
Guadeloupe	500 000 €	315 000 €	185 000 €
Guyane	500 000 €	315 000 €	185 000 €
Hauts-de-France	3 686 489 €	2 322 488 €	1 364 001 €
Ile-de-France	5 376 894 €	3 387 443 €	1 989 451 €
La Réunion	500 000 €	315 000 €	185 000 €
Martinique	500 000 €	315 000 €	185 000 €
Mayotte	500 000 €	315 000 €	185 000 €
Normandie	2 521 852 €	1 588 767 €	933 085 €
Nouvelle-Aquitaine	4 185 764 €	2 637 031 €	1 548 733 €
Occitanie	4 186 783 €	2 637 673 €	1 549 110 €
Pays de la Loire	2 825 493 €	1 780 061 €	1 045 432 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 919 234 €	1 839 117 €	1 080 117 €
Total	44 500 000 €	28 035 000 €	16 465 000 €

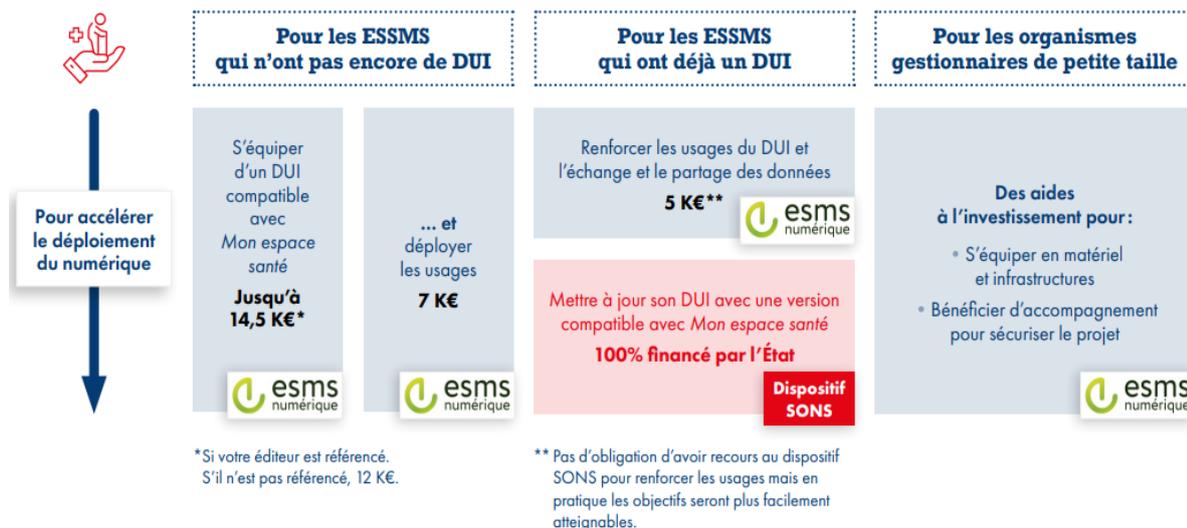
- Les crédits de paiements seront versés aux porteurs de projets par la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du FMIS.
- 15 M€ pour financer les projets sélectionnés à l'issue de l'appel à projets national piloté par la DNS et la CNSA pour couvrir les projets de déploiement généralisé concernant plus de 50 structures. Pour ces projets, à l'issue de la phase de sélection par la CNSA et la DNS, une ARS pivot sera désignée pour porter le projet et les crédits supplémentaires lui seront alloués.
- Dans le cadre de la 2ème circulaire FMIS (C2) 2022, une autorisation d'engagement supplémentaire sera donnée aux ARS pivot désignées pour porter les projets de déploiement généralisé ;

L'enveloppe 2022 de 100 M€ des crédits du Ségur du numérique pour le secteur social et le secteur médico-social est par ailleurs répartie comme suit :

- 75 % des crédits destinés au programme ESMS Numérique (aides à l'équipement et aux usages du DUI)
- 25 % des crédits (25,2 M€) destinés au financement du SONS ;
- 3 M€ dédiés au soutien à l'innovation numérique dans le secteur médico-social.

Enfin, comme en 2021, les crédits Ségur numérique médico-social soutiennent le renforcement en ressources pour les agences régionales de santé et leurs opérateurs.

Globalement, les différents cas de figure suivants permettent de mobiliser cette enveloppe :





GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*