

Vue d'ensemble
Synthèse Covid-19
Fiches thématiques

Annexes <

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Ils se définissent *a minima* par le fait de relever d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé (ARS). Le cadre juridique et institutionnel a sensiblement évolué avec la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). Cette annexe présente celui qui prévaut en 2022, tandis que l'année de référence des données fournies dans l'ouvrage est 2020. De petites différences peuvent donc subsister entre le cadre législatif et réglementaire exposé dans cette annexe et les données publiées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. La présentation traditionnelle – établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif – est conservée dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés, conformément à la loi, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, ils sont soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP), qui précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial, et qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) dans les autres cas.

Trois grands types d'hôpitaux publics sont à distinguer.

- Les centres hospitaliers, qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret, sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent également les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP).

- Lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Aujourd'hui, 30 des 32 CHR sont des CHU. Ce sont des centres de soins où sont organisés, dans le respect des malades, les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1 du CSP).

- Les autres hôpitaux qui n'ont pas le statut de CHR (ni donc de CHU) sont dénommés simplement centres hospitaliers (CH).

Les établissements publics de santé peuvent, par ailleurs, créer « une ou plusieurs fondations hospitalières dotées de la personnalité morale, [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux activités de recherche mentionnées à l'article L. 6111-1. [...] Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent aux fondations hospitalières » (article L. 6141-7-3 du CSP).

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils sont soit à but

lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques privées », plusieurs personnes morales peuvent co-exister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie...).

Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier (article L. 6161-5 du CSP). C'est notamment le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1 du CSP.

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

Les établissements hospitaliers sont dénommés établissements de santé par l'article L. 6111-1 du CSP, qui définit leurs missions générales. Quel que soit leur statut, ils « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'ARS, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

Les établissements de santé peuvent développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article R. 6121-4, se distinguent de celles délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, pour « des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale » ;
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, pour « des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile, visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité et visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1 du CSP). Les établissements peuvent aussi « être appelés par le directeur général de l'ARS à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements de santé publics et privés élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la

sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, ils définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2), d'imagerie, etc.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS) conduit une démarche de certification qui concerne tous les établissements de santé, publics ou privés, quelles que soient leur taille et leur activité. Dispositif d'évaluation externe, indépendant et obligatoire, cette démarche de certification a lieu tous les quatre à six ans, avec pour objectif de porter une appréciation sur le niveau de qualité des prestations et soins délivrés aux patients et sur la dynamique d'amélioration mise en œuvre par les établissements.

Enfin, depuis dix ans, la HAS propose aux médecins de s'engager de façon volontaire dans une démarche de gestion des risques : l'accréditation. Elle vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité du patient. La démarche d'accréditation peut s'envisager individuellement ou en équipe.

Les autres missions générales

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du CSP. D'après cet article, les établissements « peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical ».

Enfin, les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des

établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

Ces missions peuvent être réalisées, sans que cela constitue une obligation, dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et ont été habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS, sont tenus de respecter trois types d'obligations (article L. 6112-2 du CSP) :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires (hors prise en charge à la demande expresse du patient, et après approbation par celui-ci d'un devis comprenant honoraires et dépassements éventuels, dans le cadre de l'activité libérale intrahospitalière des praticiens statutaires exerçant à temps plein) ;
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) et surtout d'entendre et de prendre en compte la parole des usagers (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
- des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

Le personnel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (tableau 1). Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires exercent de façon conjointe une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par le décret

n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires¹ et comprennent :

- des personnels titulaires relevant de la fonction publique d'État – professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) –, qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;

- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;

- des personnels non titulaires – chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière (FPH), leurs statuts spécifiques sont régis par le CSP. Le décret n° 2021-134 du 5 février 2022 a fusionné les statuts

Tableau 1 Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

■ Peu fréquent ■ Situation majoritaire ■ Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH), personnel temporaire (PHU), personnel non titulaire (CCU-AH et AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Article 1 ^{er} du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien hospitalier, praticien contractuel, attaché, PH	Articles R. 6152-1 et suivants, R. 6152-334 et suivants, R. 6152-401 et suivants, R. 6152-501 et suivants, R. 6152-601 et suivants et R. 6152-901 et suivants du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
	Assistant associé et praticien attaché associé, praticien associé	Articles R. 6152-538, R. 6152-632, R. 6152-901 et R. 6152-904 du Code de la santé publique		
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et article L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

1. Le nouveau décret statutaire abroge le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et le décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires.

de PH à temps plein et à temps partiel en un statut unique de praticien hospitalier, avec une quotité de temps variable. L'exercice des praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés est aussi régi par les dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Les établissements publics de santé peuvent également recruter, sous certaines conditions et jusqu'au 31 décembre 2022, des personnels médicaux associés, c'est-à-dire n'ayant pas le plein exercice et non inscrits à l'ordre. Il s'agit des assistants associés et des praticiens attachés associés. Un nouveau statut de praticien associé, créé par le décret n° 2021-365 du 29 mars 2021, viendra remplacer dès le 1^{er} janvier 2023 les deux précédents statuts, qui disparaîtront alors. Enfin, avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) en 2009, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont été élargies. Ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins (article L. 6146-2). Depuis la loi du 26 avril 2021, les médecins, sages-femmes et odontologistes peuvent aussi être admis à exercer à titre bénévole (dispositions réglementaires en cours de publication). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé se fondent sur les seuls tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans dépassement. Ils sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Dans les cliniques privées, les médecins exercent majoritairement en tant que libéraux et perçoivent donc directement la

rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Quant aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), ils peuvent accueillir des praticiens, notamment de jeunes médecins en contrat à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (quant à la durée et à l'objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les cliniques privées chargées d'une ou plusieurs des missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R. 6152-51).

Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un Espic durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Le personnel hospitalo-universitaire, quant à lui, peut être affecté dans un établissement privé associé à son CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

L'exercice en qualité de praticien non titulaire a connu une réforme importante en février 2022. En effet, l'entrée en vigueur du décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels se traduit par l'extinction des trois anciens statuts de praticien contractuel, praticien attaché et clinicien à la date du 7 février 2022. Tout nouveau recrutement intervient désormais sous une unique forme de contrat de praticien contractuel, qui se

substitue aux trois précédents, selon les nouvelles règles prévues aux articles R. 6152-334 et suivants du CSP. L'enjeu de cette réforme est à la fois de simplifier le cadre de la gestion des ressources humaines médicales et de préciser les motifs et conditions de recours à l'emploi médical contractuel, complémentaire à l'exercice principal sous statut de praticien hospitalier.

Toutefois, les praticiens relevant des trois anciens statuts et sous contrat à la date du 7 février 2022 restent régis par les dispositions de leur statut et de leur contrat jusqu'au terme de celui-ci. Aucun renouvellement ni aucun avenant ne peuvent être conclus pour les contrats en cours, exception faite des praticiens attachés en contrat triennal qui, à la date du 7 février 2022, bénéficient d'un droit à renouvellement par contrat de praticien attaché à durée indéterminée. Ces derniers conservent ce droit, ils pourront donc bénéficier d'une poursuite de leur contrat triennal, à la date d'échéance de celui-ci, par un CDI sur le statut de praticien attaché.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation (étudiants de 2^e cycle, internes et docteurs junior pour le 3^e cycle des études médicales), à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir.

Depuis la loi HPST, les cliniques privées ont également la possibilité d'accueillir des internes. La loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant le cadre était plus limité.

Le personnel non médical

Le personnel non médical des établissements publics de santé relève de la fonction publique hospitalière (FPH), il est régi par le code général de la fonction publique. Environ 80 % du personnel non médical sont des fonctionnaires, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels, à durée déterminée ou indéterminée, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des hausses momentanées d'activité. Les établissements peuvent avoir recours à l'intérim pour assurer la continuité de

service. Relèvent également de la FPH, les personnels des établissements publics consacrés à des activités médico-sociales et sociales : hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale.

Le personnel non médical des établissements de santé privés, quant à lui, est soumis aux dispositions du Code du travail, avec des conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés à but lucratif ou non) et des clauses particulières dans son contrat de travail.

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir l'un des outils de coopération privilégiés des établissements de santé. Il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la personnalité morale publique ou privée, le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet.

Le GCS de moyens, forme la plus commune couvrant 90 % des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc. Les structures de droit public constituent un peu plus de la moitié des GCS de moyens (54 %).

Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition

d'équipements innovants ou encore performance interne.

Désormais, la mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations de soins ou d'équipements médicaux lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce nouveau dispositif (ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 et décret n° 2017-631 du 25 avril 2017) a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés.

Les GCS peuvent également être constitués en établissement de santé (GCS-ES). Ceux-ci sont restés en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.

La vocation mixte des GCS a tendance à se confirmer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoire

Le groupement hospitalier de territoire (GHT), créé en 2016 et dont le dispositif légal et réglementaire a été récemment complété par l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021, constitue un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. En 2022, 136 GHT sont recensés. L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en accentuant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Cela permet, en renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement selon des filières de prise en charge. L'établissement support du groupement est compétent pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des

écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, ainsi que la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion du personnel médical, pour le compte des autres établissements du GHT.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en régions. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L. 1432-1).

Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Dans ce cadre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé (ORS). Elles organisent également la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la Défense ;
- c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent, réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme, et procèdent aux inspections nécessaires ;

d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé, à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et veillent à leur évaluation.

Les ARS ont également pour mission de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé. L'objectif est de faire évoluer cette offre, pour qu'elle réponde aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la Défense et qu'elle garantisse l'efficacité du système de santé.

a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations de différents acteurs de santé : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les personnels qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans certains établissements de formation ou médico-sociaux mentionnés aux 1^{er} et 3^o de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les aidants et les accueillants familiaux (articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF). Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui favorisent le lien social des personnes âgées ou en situation de handicap et les actions de modernisation de l'aide à domicile.

b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé (*encadré 1*) et des installations de chirurgie esthétique (définies aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b) de l'article L. 313-3 du CASF. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence. Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (article

L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent du respect des cahiers des charges décrits respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code.

c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population. Elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2.

d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

e) Elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention et de promotion de la santé, à la qualité, à la sécurité et au contrôle des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, et elles procèdent à des contrôles à cette fin. Elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

f) Elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

g) Elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel,

quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et les interventions chirurgicales. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région.

h) Elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel, en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent.

i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles

définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

j) Elles sont chargées d'organiser les dispositifs d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (articles L. 6327-1 et L. 6327-2).

k) Elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

l) Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de

Encadré 1 Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2022, selon l'article R. 6122-25 du CSP, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes :

1° médecine ;

2° chirurgie ;

3° gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;

4° psychiatrie ;

5° soins de suite et de réadaptation ;

7° soins de longue durée ;

8° greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;

9° traitement des grands brûlés ;

10° chirurgie cardiaque ;

11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;

12° neurochirurgie ;

13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en euroradiologie ;

14° médecine d'urgence ;

15° réanimation ;

16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;

17° activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;

18° traitement du cancer ;

19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivants : activité/ modalité/forme. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque (activité), qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2022, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :

> caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;

> appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;

> scanographe à utilisation médicale ;

> caisson hyperbare ;

> cyclotron à utilisation médicale.

formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Elles se prononcent sur la détermination par les universités des objectifs pluriannuels d'admission en 1^{er} année du 2^e cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

m) Elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé.

n) Enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers.

Le PRS centré sur les évolutions à apporter au système de santé pour répondre aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux régionaux

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (articles L. 1434-1 à L. 1434-7 du CSP). Le PRS est constitué de trois documents :

- a) Un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans.
- b) Un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment

sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (Orsan, mentionné à l'article L. 3131-11). Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé (article L. 434-12), par les contrats territoriaux de santé mentale (article L. 3221-2) ou par les contrats locaux de santé (article L. 1434-10).

c) Un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution², le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

Le SRS a pour objectif de structurer les évolutions à apporter aux organisations des acteurs du système de santé dans une logique de transversalité et de complémentarité au service des parcours de santé. Défini à l'article L. 1434-3, le SRS :

- indique les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation, les dispositions qu'il comporte à cet égard n'étant pas opposables aux professionnels de santé libéraux³ ;
- fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par

2. Il s'agit de la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion et Mayotte.

3. Les ARS ne peuvent pas contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;

- fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins ;
- définit l'offre d'examen de biologie médicale, en fonction des besoins de la population.

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont définis sur la base de zones du SRS, avec deux types de zonages : ceux donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'EML soumis à autorisation, et ceux donnant lieu à l'implantation des laboratoires de biologie médicale. Ces zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée, mentionnées à l'article L. 1434-4 du CSP, qui concernent les professionnels de santé de ville.

Le PRS est soumis à concertation et consultation auprès notamment des instances de démocratie sanitaire. En effet, cette démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des représentants des acteurs de santé, des représentants de l'État, des élus et des usagers au sein d'instances, pour élaborer et mettre en œuvre les politiques de santé. L'objectif de ces instances est de favoriser la concertation et le débat public, d'améliorer l'implication de tous et de promouvoir le respect des droits individuels et collectifs des usagers. Ces instances sont présentes à deux échelles :

- à l'échelle régionale, *via* la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA, article L. 1432-4 du CSP) ;
- à l'échelle territoriale, *via* les conseils territoriaux de santé (CTS) [articles L. 1434-10 et L. 1434-11 du CSP], installés par les ARS sur les territoires de démocratie sanitaire (TDS) qu'elles ont arrêtés à l'échelle infrarégionale.

Le financement

Les modalités historiques de financement des établissements de santé

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des

établissements de santé sont déterminés par les disciplines exercées et par leur statut juridique.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est principalement fondé sur une tarification à l'activité (T2A). Celle-ci a été introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG ») et en 2005 dans les établissements privés (à but lucratif ou non) jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements antérieurement sous objectif quantifié national » ou « ex-OQN »). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans ces disciplines quels que soient le type de séjour (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Si la T2A s'applique aussi bien aux établissements ex-DG qu'aux établissements privés ex-OQN et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, des tarifs différents sont néanmoins appliqués à chaque secteur, car ils ont des périmètres comptables distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont toutefois calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées [SSA]) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1^{er} janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive prenant fin en 2018.

Les activités de soins de suite et réadaptation (SSR), de psychiatrie, ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD), quant à elles, sont historiquement financées *via* une dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ou les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce mode de tarification).

Une évolution progressive des modes de financement des établissements de santé portée par la stratégie de transformation du système de santé (STSS)

Les modalités de financement des établissements de santé ont fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années et continuent d'évoluer, notamment dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), lancée en février 2018 par le gouvernement. Dans ce cadre, un chantier spécifique a été mené sur la réforme du financement du système de santé. Piloté par la Task Force de réforme du financement, ce chantier a identifié certains leviers destinés à faire évoluer le financement du système de santé afin de mieux l'orienter vers les besoins

des patients. L'ensemble des perspectives d'évolutions préconisées a donné lieu à un rapport publié en janvier 2019⁴. En 2020, ces mesures ont fait l'objet d'affinements et de compléments, notamment dans le cadre du « Ségur de la santé » en juillet 2020, dans le but d'évoluer vers la cible de 50 % des ressources des établissements établies hors tarification à l'activité. Avec la crise sanitaire, un dispositif temporaire de garantie de financement a toutefois été mis en place (encadré 2).

Le financement à la qualité

Afin de mieux tenir compte de la qualité des soins délivrés par les établissements de santé, l'article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A

Encadré 2 Le financement des établissements de santé en 2020 : un dispositif de garantie de financement pour tenir compte des effets de la crise sanitaire liée au Covid-19

En raison des perturbations occasionnées par la crise sanitaire du Covid-19 sur l'activité et les ressources financières des établissements de santé (déprogrammations, recentrage temporaire sur la réanimation), l'ordonnance publiée le 26 mars 2020 crée un dispositif destiné à garantir le financement provenant de l'assurance maladie obligatoire des établissements de santé pour leur activité de mars à décembre 2020.

Le dispositif vise à sécuriser les recettes perçues à travers la tarification à l'activité ou les prix de journée en fixant un plancher de recettes fondé sur l'année 2019. À ce titre, les établissements sous dotation (DAF, DFG) ne sont pas concernés par le dispositif, dans la mesure où ils bénéficient, par ailleurs, de dotations garantissant leurs recettes indépendamment de leur éventuelle baisse d'activité.

L'arrêté du 6 mai 2020 précise le périmètre d'application et les modalités de calcul et de versement de la garantie.

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

- > pour les établissements ex-DG, dont le financement repose sur la valorisation mensuelle, un versement mensuel forfaitaire est réalisé sur la base des recettes de l'année 2019, puis des régularisations sont effectuées au fur et à mesure afin de verser les compléments éventuels de recettes découlant d'une activité supérieure au niveau minimum ;
- > pour les établissements ex-OQN et OQN, dont le financement repose sur la facturation au fur et à mesure, un système d'avances de trésorerie est mis en place sur la base des recettes de l'Assurance maladie 2019 (hors honoraires des praticiens libéraux), en complément de la continuité des facturations ; lesquelles sont comparées en fin de période garantie au niveau minimum calculé et font, le cas échéant, l'objet d'une régularisation compensatoire.

Le dispositif de garantie de financement mis en œuvre en 2020 a été reconduit en 2021 et au 1^{er} semestre 2022 afin de poursuivre l'accompagnement des établissements de santé toujours mobilisés dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée au Covid-19.

4. Ce rapport est disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé.

d'une dimension consacrée à la qualité (et à la sécurité des soins. En 2016, un forfait visant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) a ainsi été mis en place. Cette démarche, instaurée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée en 2016 à tous les établissements du champ MCO, ainsi qu'à l'hospitalisation à domicile (HAD), et étendue en 2017 aux établissements de SSR. Ce modèle permet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé.

Le dispositif Ifaq a pris depuis une nouvelle ampleur. S'il faisait l'objet en 2018 d'une enveloppe de 50 millions d'euros, celle-ci a progressivement été portée à 200 millions d'euros en 2019 et 450 millions d'euros en 2021. À compter de 2022, l'enveloppe consacrée à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité est de 700 millions d'euros.

Les évolutions propres au champ du MCO

Les adaptations des modalités de financement sur le champ du MCO visent essentiellement à réduire la part de financement à l'activité des établissements et à mieux répondre aux besoins des patients. À ce titre, un forfait « activités isolées » (FAI) a été introduit par la LFSS pour 2014. Opérationnel depuis 2015, il permet de contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour en équilibrer le financement. Il repose sur l'instauration de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement de l'établissement et il est calculé à partir d'un niveau d'activité manquant pour atteindre l'équilibre financier. Il est éventuellement complété d'une part variable, restant à l'appréciation de l'ARS via le Fonds d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en matière de coopération.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), adoptée en 2019, a redéfini le rôle de l'hôpital de proximité au travers des missions qu'il exerce : premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine, il a aussi vocation à constituer une ressource pour les

professionnels de ville, afin de proposer le niveau de technicité nécessaire au maintien des patients au plus près de leur domicile. Ce cadre de définition s'accompagne d'une refonte du modèle de financement de ces établissements, adoptée en LFSS pour 2020, qui introduit la mise en place d'une garantie de financement pluriannuelle sur l'activité de médecine. S'ajoute enfin à cela une dotation de responsabilité territoriale, qui vise à sécuriser notamment l'activité de consultations des hôpitaux de proximité, le soutien à l'exercice mixte des médecins libéraux et l'exercice de missions partagées avec les acteurs du territoire.

Le déploiement de la réforme a débuté au second semestre 2021 avec de premières labellisations en région et se poursuivra tout au long de l'année 2022, qui marque également la première année d'application du modèle de financement dérogatoire conçu pour ces établissements.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} octobre 2019, un forfait « pathologies chroniques » a été instauré concernant la prise en charge par les établissements de santé (MCO) des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC) aux stades 4 et 5. L'objectif est de favoriser, par un financement forfaitaire, la mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle de suivi autour du patient (en assurant notamment le financement de personnel paramédical ou socio-éducatif) et de développer une prise en charge tout au long de l'année dans une logique de parcours patient. Ceci devrait favoriser la prévention et limiter les complications liées à cette pathologie. Enfin, l'article 57 de la loi de financement pour 2021 prévoit la mise en œuvre d'une expérimentation d'une durée de cinq ans d'un financement des activités de médecine *via* trois compartiments : une dotation populationnelle, une dotation à la qualité et une part à l'activité. L'entrée en vigueur de ce nouveau dispositif a été repoussée compte tenu de la poursuite de la crise sanitaire et du maintien en 2021 et en 2022 d'un dispositif de garantie de financement au bénéfice des établissements de santé. Dans un premier temps, les établissements qui le souhaitent ont pu activer un droit d'option dès 2021 afin de bénéficier d'une dotation socle pour leur activité de médecine, en remplacement d'une partie de leur financement à l'activité, qui

se trouvera alors minoré à due concurrence. Ce mécanisme, qui préfigure l'expérimentation relative à une dotation populationnelle en médecine, vient sécuriser une part des recettes des établissements volontaires en « amortissant » les fluctuations des recettes T2A. À noter que ces deux dispositifs ne seront pas cumulables et qu'un établissement intégrant l'expérimentation ne pourra plus bénéficier de la dotation socle s'il avait initialement activé ce droit d'option.

Un nouveau modèle de financement pour les urgences

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le nouveau modèle de financement des structures des urgences et des SMUR est entré partiellement en vigueur. Il comprend trois compartiments : une dotation populationnelle, une dotation liée à la qualité de la prise en charge et une part liée à l'activité. Le montant de la dotation populationnelle déléguée aux ARS est déterminé en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. La répartition de cette dotation populationnelle entre les régions vise à réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources régionales, dans le cadre d'un modèle de rattrapage. Le directeur général de l'ARS fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, sous la forme d'une dotation socle déterminée en fonction de critères définis au niveau régional.

Une partie des recettes liée à l'activité a été modifiée sur le périmètre des passages non suivis d'hospitalisation avec la mise en œuvre de nouveaux forfaits et suppléments au 1^{er} janvier 2022, en raison de l'entrée en vigueur du Forfait patients urgences (FPU), issu de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021. Cette réforme la participation du patient consécutive à son passage dans une structure des urgences autorisée, en passant d'une participation proportionnelle aux soins reçus à une participation forfaitaire. Par ailleurs, des baisses de tarifs en cas d'hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont accompagnées, depuis 2021, par des transferts des montants correspondants dans la dotation populationnelle.

Enfin, la dotation complémentaire qualité voit la mise en œuvre progressive d'indicateurs qui concerneront, en 2022, l'exhaustivité des résu- més de passages aux urgences, la bonne complé- tion du diagnostic dans ces derniers, ainsi que la présence d'un ambulancier dans les équipages des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Les indicateurs de durée de passage, dont les travaux de préparation sont encore en cours, seront calculés à blanc en 2022.

En parallèle, l'expérimentation du forfait de réorientation a démarré en mai 2021. Il vise à orienter vers une consultation de ville, les patients pour lesquels une prise en charge par le plateau technique de la structure des urgences n'est pas nécessaire. Cette expérimentation, d'une durée de deux ans, met en place une incitation financière pour les établissements de santé, dont l'objectif est de favoriser le lien ville-hôpital et d'apporter une réponse pertinente à la demande de soins de patients ne requérant pas une prise en charge de médecine d'urgence. 36 établissements expérimentateurs ont été sélectionnés, la liste des expérimentateurs ainsi que le cahier des charges de l'expérimentation ont été publiés par arrêté le 23 février 2021.

La réforme du financement des activités de SSR

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 (SSR). Les modalités de financement actuelles, distinctes selon les secteurs OQN et dotation annuelle de financement (DAF), constituent une des raisons principales des inégalités quantitatives et qualitatives de répartition de l'offre en SSR. L'objectif initial de la réforme engagée est de corriger ces effets négatifs historiques par l'harmonisation des règles de financement.

Le modèle cible, commun aux secteurs public et privé, repose sur une dotation modulée à l'activité (DMA), composée d'une part « socle » et d'une part « activité » et s'appuyant sur une description de l'activité de SSR. À cette DMA sont associés plusieurs compartiments, qui ont vocation à être mis en œuvre progressivement, pour financer les missions d'intérêt général et d'aide à

la contractualisation (Migac), les molécules onéreuses, ainsi que les plateaux techniques spécialisés des établissements de SSR.

La mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement a débuté le 1^{er} mars 2017 par une période transitoire, durant laquelle le financement des établissements de SSR a combiné anciennes et nouvelles modalités de financement :

- une part majoritaire est fondée sur la DAF pour les établissements publics et privés à but non lucratif, et sur les prix de journée pour les établissements privés, à but lucratif ou non, ayant opté pour ce mode de tarification ;
- une part minoritaire est fondée sur la part « activité » de la DMA.

Néanmoins, ce modèle cible s'est avéré complexe à mettre en œuvre et de nature à freiner la transformation des organisations et le développement des prises en charge spécialisées en réponse aux besoins de la population. Dans le cadre de la LFSS pour 2020, ce modèle de financement a été simplifié. Il se compose désormais de modalités mixtes composées :

- d'une part à l'activité, valorisée sur la base de tarifs nationaux ;
 - d'une part forfaitaire comprenant une dotation populationnelle, et visant à accompagner les transformations de l'offre de soins en SSR, en faveur du développement de l'ambulatoire notamment.
- Ces modalités de financement entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

La réforme du financement des activités de psychiatrie

Comme sur le champ du SSR, l'objectif initial de la réforme engagée est de corriger les effets négatifs des modalités de financement historiques de ces activités, distincts selon les secteurs OQN et DAF et qui conduisent à de fortes inégalités dans l'allocation des ressources de psychiatrie, tant entre secteurs qu'entre régions.

Ainsi, la refonte du financement de la psychiatrie portée par l'article 34 de la LFSS pour 2020 rassemble les secteurs sous DAF et sous OQN dans un modèle de financement commun respectueux

de leurs spécificités et permettant une mise en cohérence de l'offre sur les territoires. Pour ce faire, le nouveau modèle de financement introduit une dotation populationnelle, tenant compte notamment de la population et de la précarité sur le territoire. La mise en œuvre de cette dotation doit permettre de poursuivre la réduction des écarts dans l'allocation de ressources entre les régions débutée depuis 2018. En complément de la dotation populationnelle, d'autres dotations complémentaires seront mises en place pour tenir compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Ce nouveau modèle de financement entre en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022. Dès lors, l'ensemble des établissements de psychiatrie sera financé principalement sur la base d'une dotation populationnelle et d'une dotation calculée en fonction des files actives réalisées.

L'Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu'en 2016, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l'Ondam) en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les autres dépenses qui relèvent des établissements de santé (*schéma 1 et tableau 2*). Depuis 2017, ces deux sous-objectifs ont fusionné en un seul sous-objectif « Ondam établissements de santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Ce nouveau sous-objectif unique est composé de plusieurs enveloppes :

- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'Assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), aux forfaits annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;
- la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac⁵), dont l'objet est principalement de financer les

5. La liste des Migac est fixée par arrêté.

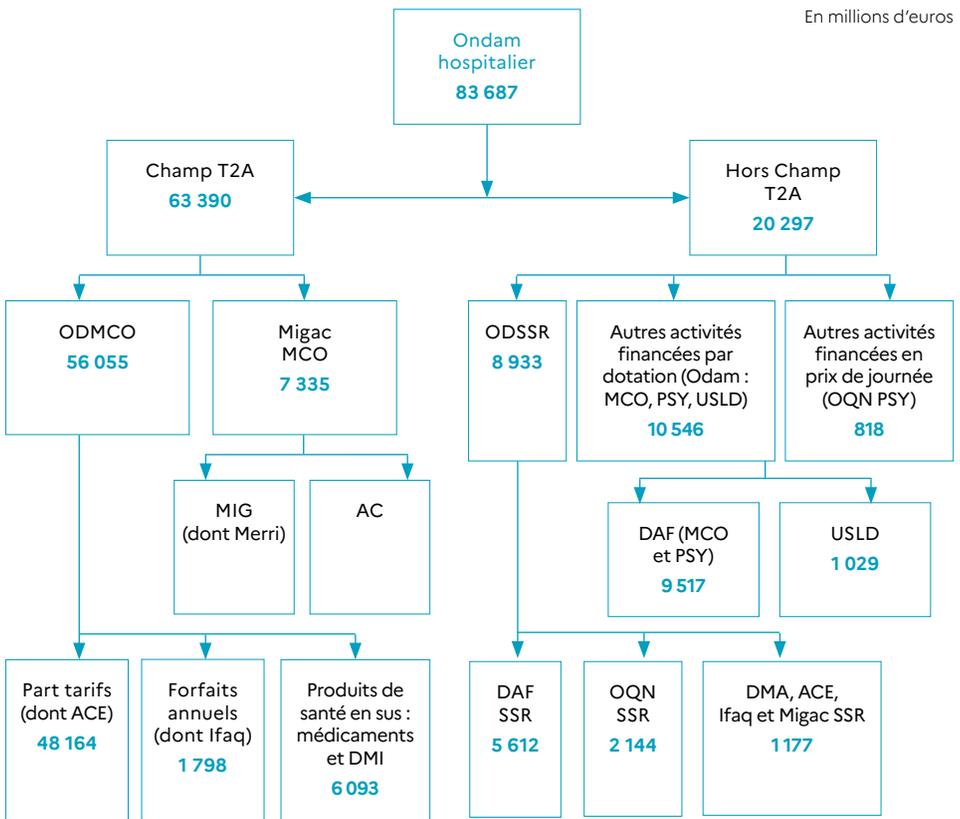
activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple (article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale) ;

- l'ODSSR (objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble des dépenses de ces établissements, notamment DAF, prix de journée et DMA ;
- l'Odam (objectif des dépenses d'assurance maladie), qui agrège les dépenses des établissements

de MCO et de psychiatrie sous DAF ainsi que celles des unités de soins de longue durée (USLD) ;

- l'OQN (objectif quantifié national), qui comprend les dépenses des établissements de psychiatrie privés financées en prix de journée ;
- le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), devenu en 2021 le Fonds de modernisation pour l'investissement en santé (FMIS), qui contribue au financement de l'investissement hospitalier. ■

Schéma 1 La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2020



Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; ODSSR : objectif national de dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie (ne recouvre plus que les dotations MCO, psychiatrie et USLD) ; PSY : psychiatrie ; USLD : unité de soins de longue durée ; OQN : objectif quantifié national (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR) ; MIG : missions d'intérêt général ; Merri : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ; AC : aide à la contractualisation ; DAF : dotation annuelle de financement (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR) ; ACE : actes et consultations externes (MCO et SSR) ; lfaq : incitation financière pour l'amélioration de la qualité (modalité de financement du MCO et du SSR) ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; DMA : dotation modulée à l'activité (modalité de financement du SSR).

Note > Dans ce décompte, il s'agit des objectifs initiaux pour 2020, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Source > DGOS.

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Ondam entre 2009 et 2021

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'Ondam, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, et USLD (ODSSR, Odam et OQN)	Ondam T2A : ODMCO + dotation Migac	Ondam T2A, partie ODMCO	Ondam T2A, partie dotation Migac
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774	8 120
2012 ¹	Dépenses constatées	73 295	18 480	54 815	47 144	7 671
2013	Dépenses constatées	73 104	18 799	54 305	48 185	6 120
2014	Dépenses constatées	74 496	19 076	55 420	49 525	5 895
2015	Dépenses constatées	75 960	19 169	56 791	50 609	6 182
2016	Dépenses constatées	77 359	18 993	58 366	51 874	6 492
2017	Dépenses constatées	78 338	19 360	58 978	52 262	6 716
2018	Dépenses constatées	79 689	19 486	60 203	53 122	7 081
2019	Objectifs initiaux	81 698	19 897	61 801	54 789	7 012
	Dépenses constatées	81 676	19 851	61 824	54 603	7 221
2020	Objectifs initiaux	83 687	20 297	63 390	56 055	7 335
	Dépenses constatées	89 239	20 791	68 448	55 607	12 840
2021	Objectifs initiaux	91 650	22 135	69 515	60 797	8 719

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; ODSSR : objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; OQN : objectif quantifié national ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. 1. À compter de 2012, année de création du Fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Ondam à compter de 2014.

Champ > Données hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et champ non régulé.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière ; objectifs initiaux 2019-2021 : DGOS.