



ETAT FINANCIER REGIONAL

DEPENSES DE SANTE AU TITRE DE L'ANNEE 2018

Annexe explicative

Juin 2019

Sommaire

I. Introduction	4
A. Le cadre législatif et réglementaire	4
B. Méthode d'élaboration de l'état financier	5
II. Répartition des dépenses par destination	6
A. Dépenses de santé publique	6
1. Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	6
2. Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	7
3. Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	7
4. Actions d'éducation pour la santé et d'accès à la santé (y compris les centres d'examen de santé)	7
5. Gestion des urgences et événements sanitaires imprévus	8
6. Pilotage régional de la politique de santé	8
7. Autres actions de prévention issues des fonds de prévention de l'assurance maladie (hors contribution aux ARS)	8
B. Dépenses de soins de ville	8
1. Dépenses en date de soins en fonction de l'offre	8
2. Les différents postes de dépenses	9
C. Dépenses des établissements de santé	11
1. Dépenses des établissements de santé	12
2. Autres dépenses relatives aux ES : le FMESPP et le FIR	14
A. Versements aux établissements et services médico-sociaux	14
1. Versements aux établissements et services pour personnes âgées (PA)	14
2. Versements aux établissements et services pour personnes handicapées (PH)	16
3. Dotation pour les établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques	17
4. Dépenses des instituts de jeunes sourds et aveugles	18
5. Versements aux groupes d'entraide mutuelle	18
6. Les MAIA	18
7. Les CREA	19
8. Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées (FIR)	19
9. Dépenses de formation des personnels accompagnant les personnes âgées et handicapées et de modernisation	19
10. Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile	20
B. Autres prestations AT-MP, invalidité, décès	20
C. Autres dépenses sanitaires et médico-sociales	20
1. PAERPA	20
2. Autres dépenses de santé	21
3. Formation médicale initiale financée par l'Etat	21
4. L'aide médicale de l'Etat (AME) et les soins urgents	21
5. Dépenses d'organisation des concours paramédicaux	22
6. Dépenses de personnel, de fonctionnement et d'investissement des ARS	22

III.	Répartition des dépenses par financeur	23
A.	Dépenses des régimes d'assurance maladie (hors dépenses des ESMS et hors FIR).....	23
1.	Au titre de dépenses ONDAM de la branche maladie, invalidité et décès (hors fonds d'assurance maladie : FMESPP, FNPEIS).....	23
2.	Au titre des dépenses hors ONDAM	23
3.	Au titre des fonds d'assurance maladie	24
B.	Fonds d'intervention régional	24
C.	Dépenses des régimes d'assurance maladie et de la CNSA au titre de l'OGD	25
D.	Autres dépenses de la CNSA	25
E.	Dépenses de l'Etat (hors FIR).....	25
IV.	Annexe 1 relative aux financements répartis par l'ARS	26
V.	Annexe 2 relative aux remboursements des établissements de santé.....	29
VI.	Annexe 3 relative aux dépenses en consommation de soins	29

Annexe explicative à l'état financier régional relatif aux dépenses au titre de l'année 2018

I. Introduction

A. Le cadre législatif et réglementaire

En application de l'article L.1432-3 du code de la santé publique, «*Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.* »

La nature de l'état financier : un état statistique ex-post

L'état financier constitue un document de nature statistique, produit une fois par an. Il ne s'agit donc pas d'un document comptable. En ce sens, le terme de « dépenses » a été privilégié sur celui de « charges ».

L'état financier comprend des données de nature différente : charges constatées dans la comptabilité générale des contributeurs (données issues de SIBC pour le FIR par exemple), crédits de paiement consommés sur le budget de l'Etat (, données issues du SNDS retraitées statistiquement par la CNAM (ex : soins de ville), données issues du PMSI et du SNDS retraitées statistiquement par l'ATIH (dépenses des établissements de santé), données issues d'applications de gestion propres (HAPI Sanitaire notamment cf. infra).

Les données relèvent le plus possible d'une logique de droits constatés : rattachement à l'exercice en fonction du fait générateur c'est-à-dire le plus fréquemment la date de soins. Toutefois, par exception, plusieurs données relèvent d'une logique de caisse (date du paiement), notamment pour des raisons de disponibilité des données au niveau régional : les versements aux établissements de santé au titre du FMESPP sont les paiements effectués dans l'année, quelle que soit la date de délégation des crédits et l'année d'engagement ou l'exercice de rattachement de cette dépense. Les versements aux ESMS sont issus des balances comptables de l'assurance maladie, mais hors écritures d'inventaire qui sont passées au niveau national uniquement, en fin d'exercice (ces données de versements correspondent aux versements de l'année N intégrant par conséquent la liquidation de tarifs afférents aux exercices antérieurs ; cf. infra).

Enfin, certains postes de l'état financier présentent les dotations allouées à l'ARS, indépendamment des dépenses exécutées et des charges constatées (ex : dotations pour les établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques...).

L'état financier présente dans **une première partie** les dépenses réparties **par destination** :

- sante publique, y compris veille et sécurité sanitaire
- soins de ville
- établissements de santé
- établissements et services médico-sociaux
- autres prestations AT-MP, invalidité, décès
- autres dépenses sanitaires et médico-sociales

Une **seconde partie** retrace les dépenses réparties **par financeur** : les régimes d'assurance maladie (hors contribution à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et au Fonds d'Intervention Régional(FIR), la CNSA et l'Etat.

Le financeur **direct** est retenu ici. Les circuits financiers sous-jacents, parfois complexes, ne sont pas retracés. A titre d'exemple, les dépenses de la CNSA au titre des établissements et services médico-sociaux qui constituent l'« objectif global de dépenses¹ » (OGD) sont financées pour une grande part par une contribution à la CNSA des régimes de base obligatoires de l'assurance maladie.

Il en est de même du Fonds d'intervention régional (FIR) financé par une contribution de l'assurance maladie, de la CNSA et du FNPEIS. La seconde partie de l'état financier rattachera donc la dépense au « dernier » financeur c'est-à-dire dans ces exemples la CNSA ou le FIR.

Les évolutions sont données sur les dépenses par destination.

B. Méthode d'élaboration de l'état financier

Sous la coordination du secrétariat général, les données produites par les caisses nationales, les directions d'administrations centrales et l'ATIH sont consolidées au par l'ARS Centre-Val de Loire afin d'assurer l'homogénéité des données entre les régions et la transmission aux ARS de certaines données qui ne sont pas disponibles régionalement.

La présente annexe a pour objet de décrire les principaux agrégats de l'état financier. Un dictionnaire des données détaille la nature, la source et les caractéristiques des données financières de l'état.

Tous les états financiers régionaux et l'état financier national sont disponibles sur l'outil de restitution Qlikview.

¹ L'OGD est défini à l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

II. Répartition des dépenses par destination

A. Dépenses de santé publique

La nomenclature utilisée dans les rubriques 1 à 6 est une reprise, simplifiée, de la nomenclature par destination des dépenses de prévention, promotion de la santé et veille et sécurité sanitaire du SI-BC (dépenses réalisées par l'ARS dans le cadre du FIR).

Sont également intégrés les dépenses des fonds de prévention des trois principaux régimes de l'assurance maladie (FNPEIS pour le régime général, FNPM pour le RSI et FNPEISA pour les régimes agricoles)

A partir de 2017, un travail de réaffectations de ces dépenses a été mené de manière à mieux couvrir les montants prévention relevant de chaque thématique. Par exemple les montants concernant la vaccination ROR et anti-grippe se retrouvent sous la rubrique vaccination.

Les dépenses des années précédentes ont également été reprises.

La dernière rubrique présente les autres dépenses des fonds de prévention de l'assurance maladie (hors contribution aux ARS) relevant des trois régimes non rattachables directement à une thématique particulière.

1. Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins

- Vaccinations

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS des actions découlant de la recentralisation des compétences sanitaires exercées par les départements en matière de vaccination (en application de la loi du 13 août 2004 dite LRL) et des actions de promotion des vaccinations. De même sont désormais intégrés également sous cette rubrique les dépenses des fonds de prévention assurance maladie portant sur la vaccination ROR et le vaccin antigrippal.

- Prévention SIDA, IST et hépatites

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), ainsi que des actions de prévention primaire de proximité réalisées dans le cadre de la lutte contre le VIH / SIDA, les IST et les hépatites, hors actions de prévention tertiaire réalisées dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient.

- Prévention Tuberculose

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS des actions découlant de la recentralisation (en application de la loi du 13 août 2004 dite LRL) des compétences de santé publique confiées auparavant aux départements et des actions de prévention réalisées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

- Autres risques infectieux

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS des autres actions liées aux risques infectieux et notamment des actions de lutte contre les vecteurs de maladies virales ou parasitaires et de lutte contre les infections et événements indésirables associés aux soins. Sont également intégrés les dépenses assurance maladie liées au Test de Diagnostic Rapide angine.

2. Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades

Les dépenses de cette rubrique correspondant au financement par l'assurance maladie des substituts nicotiniques sont imputées directement à cette rubrique

- Prévention cancers

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS et l'assurance maladie du fonctionnement des structures de gestion des dépistages organisés des cancers (dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer colorectal et dépistage expérimental du cancer du col de l'utérus) et des autres actions de prévention primaire et tertiaire, études et expertises relatives à la lutte contre les cancers (dont les registres des cancers, pour les ARS ayant effectué ce choix).

- Prévention des autres maladies chroniques

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS des autres actions liées aux maladies chroniques, notamment des actions de promotion de la santé mentale et de lutte contre les pratiques addictives, les maladies cardiovasculaires et les maladies liées au vieillissement.

3. Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS d'actions de :

- prévention primaire réalisées dans le cadre du PNNS 2, y compris les actions de partenariats (villes, éducation nationale) ;
- lutte contre l'obésité ;
- prévention des risques liés à l'environnement visant à l'atteinte des objectifs du PNSE 2 (Protection des eaux, de l'habitat, des milieux intérieurs et de l'environnement extérieur) ;
- prévention des risques liés au travail.

4. Actions d'éducation pour la santé et d'accès à la santé (y compris les centres d'examen de santé)

Les fonds de prévention assurance maladie consacrés aux centres d'examens de santé ont été affectés à ce niveau. De même que la prévention bucco-dentaire.

Les dépenses de cette rubrique correspondent également au financement par l'ARS d'actions de :

- mise en œuvre et de coordination d'actions en ETP (financées dans le cadre de la mission relative à la prévention du FIR); d'actions d'accompagnement des patients, quelles que soient les pathologies concernées par cette prise en charge (diabète, asthme, sida...);
- mise en œuvre du PRAPS (actions spécifiques en direction de populations vulnérables) : le principe adopté est toutefois de rattacher les actions thématiques réalisées pour une catégorie de population identifiée au titre du PRAPS, à la thématique en question ;
- prévention des grossesses non désirées ;
- prévention en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ;
- prévention primaire destinées à informer et prévenir les situations générant des traumatismes et des violences.

5. Gestion des urgences et événements sanitaires imprévus

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS d'actions relatives à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire au niveau régional (dont les expertises en appui à la gestion de crise, les actions d'accompagnement et de communication menées dans le cadre de la gestion de crises épidémiques).

6. Pilotage régional de la politique de santé

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS :

- des actions de soutien à la territorialisation des politiques de santé, dont la mise en œuvre de démarches territoriales (dont ASV et CLS) ;
- des instances régionales d'éducation à la santé, hors financement d'actions de prévention ponctuelles pouvant, le cas échéant, être portées par ces structures (Les dépenses correspondantes sont intégrées dans les rubriques 1 à 4 ci-dessus) ;
- des actions incluses dans les CPER, y compris les actions relatives aux rubriques 1 à 4 ;
- des études et évaluations strictement rattachées au pilotage régional de la politique de santé publique et de prévention ;
- du développement de la démocratie sanitaire (formation des représentants des usagers, expressions des attentes et besoins de tous les acteurs de la santé et en particulier des usagers).

7. Autres actions de prévention issues des fonds de prévention de l'assurance maladie (hors contribution aux ARS)

Il s'agit des autres dépenses issues des fonds de prévention des trois principaux régimes de l'assurance maladie (FNPEIS pour le régime général, FNPM pour le RSI et FNPEISA pour les régimes agricoles). Elles comprennent notamment les dépenses des actions locales des caisses.

B. Dépenses de soins de ville

1. Dépenses en date de soins en fonction de l'offre

Les dépenses de soins de ville sont les dépenses inter-régimes (Régime général, Régime Social des Indépendants, Mutualité Sociale Agricole) en date de soins issues du SNDS produites par les trois régimes d'assurance maladie en mai 2018, selon la méthodologie suivante :

Pour l'année 2018, sont pris en compte les remboursements jusqu'au mois de mars de l'année 2019.

Le taux d'évolution de l'année 2018/2017 est estimé en constituant des années homogènes de remboursements disponibles, à savoir :

- Année 2017 : prise en compte des remboursements jusqu'au mois de mars de l'année 2018 ;

- Année 2018 : prise en compte des remboursements jusqu'au mois de mars de l'année 2019

La CNAM estime qu'environ 99% des dépenses de soins de ville en date de soins d'une année sont connues si les remboursements sont connus jusqu'au mois de mars de l'année suivante.

Les dépenses sont relatives aux prestations délivrées par les producteurs de soins (professionnel de santé, centre, réseau, établissements, etc.) installés et implantés dans la région, quel que soit le lieu de domicile des assurés. L'axe géographique retenu est celui de l'offre.

Les dépenses présentées en fonction du lieu de domicile des assurés sont transmises parallèlement. Le « montant remboursé » est le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

2. Les différents postes de dépenses

a) Honoraires privés

Ces dépenses en dates de soins comprennent les :

- montants remboursés pour des actes de médecins de spécialités 01 exerçant à titre libéral et des montants versés au titre de la rémunération forfaitaire (RMT ou rémunération du médecin traitant pour ALD, contrats de bonne pratique, forfaits zones déficitaires) ;
- les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins généralistes et spécialistes ont été rajoutées ; Ils ne sont plus isolés et sont dorénavant maintenant inclus directement dans les honoraires pour rester à périmètre constant et tenir compte du forfait patientèle médecin traitant (*FPMT*).
- montants remboursés pour des actes de médecins spécialistes (hors spécialités 01 et 36) exerçant à titre libéral et montants versés au titre de la rémunération forfaitaire ;
- montants remboursés pour les soins exercés par les sages-femmes exerçant à titre libéral ;
- montants remboursés pour des actes de chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral ;
- Sont également inclus

NB :

Les montants forfaits astreinte et régulation PDSA ont été retirés du poste « honoraires privés » (essentiellement honoraires généralistes).

Les données de la PDSA sont intégrées au poste « Permanence des Soins » et sont issues des données comptables FIR de SIBC.

Les honoraires non individualisables ont été intégrés dans *Autres dépenses de soins de ville* (cf. paragraphe page suivante).

b) Honoraires paramédicaux

Ces dépenses en date de soins comprennent les montants remboursés pour des soins exécutés par des kinésithérapeutes exerçant à titre libéral, par des infirmiers, orthophonistes, orthoptistes ou des pédicures exerçant à titre libéral, y compris pour les frais de déplacement et de rémunération des contrats (contrats de bonne pratique, de santé publique).

c) Biologie médicale

Il s'agit des montants remboursés pour analyses médicales, actes de prélèvements, frais de déplacement et actes infirmiers (salariés du laboratoire) exécutés en ville (directeurs de laboratoire ou centre de santé).

d) Transports de malades

Les dépenses recouvrent les :

- transports sanitaires : montants remboursés pour des frais de transports exécutés par des ambulances ou des VSL et rémunération des gardes et astreintes et des contrats de bonne pratique ; les dépenses imputables aux VSL sont spécifiquement identifiées compte tenu des enjeux qui s'y attachent en termes de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.
- autres transports : montants remboursés pour des frais de transports exécutés par des taxis ou autres transports (hors frais de transports pour cures thermales). Les dépenses imputables aux taxis ont également été identifiées.

e) Médicaments

Les dépenses de médicaments comprennent :

- les médicaments délivrés en officine y compris les ROSP pharmaciens : montants remboursés pour des médicaments délivrés en officine de ville y compris préparations magistrales et honoraires des pharmaciens hors remise de l'industrie pharmaceutique ; Les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) des pharmaciens ont été inclus pour les trois exercices.
- la rétrocession hospitalière : montants remboursés (nets du ticket modérateur et de la franchise) pour des médicaments délivrés en pharmacies hospitalières pour des patients non hospitalisés. Les dépenses de rétrocession hospitalière sont incluses dans l'état financier.

f) Dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP)

Les dépenses relatives aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations sont constituées des montants remboursés pour des dispositifs médicaux hors dispositifs facturés en sus de prestations hospitalières.

g) Indemnités journalières

Les indemnités journalières (IJ) comprennent :

- IJ maladie : montants versés au titre des indemnités journalières y compris pour cures thermales ;
- IJ Accident du travail : montants versés au titre des indemnités journalières y compris pour cures thermales ;
- IJ Maternité : montants versés au titre des indemnités journalières maternité.

h) Centres de santé

Les dépenses des centres de santé recouvrent les montants remboursés (nets du ticket modérateur et de la franchise) pour des soins exécutés par des professionnels de santé salariés de centres de santé (y compris versements RMT).

i) Soutien à la qualité, aux réseaux et à la coordination des soins

L'état financier retrace les dépenses consacrées au soutien à la qualité, aux réseaux et à la coordination des soins. Ces dépenses sont relatives :

- aux réseaux de santé ;
- à la permanence des soins ambulatoire : forfaits régulation et astreintes des médecins pour la PDSA, actions ou structures contribuant à la permanence des soins (PDS) : maisons médicales de garde, centres de régulation libérale ;
- aux autres interventions pour la qualité et la coordination des soins parmi lesquelles l'amélioration des pratiques, des nouveaux modes d'exercices, les correspondants SAMU, des systèmes d'information (dossier médical partagé ou DMP) ; le développement des maisons de santé pluridisciplinaires ; les aides à l'installation des professionnels de santé ;

Ces crédits proviennent intégralement du FIR.

- aux dépenses relatives aux Contrats d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins (CAQCS).

- Autres dépenses de soins de ville

Cette rubrique comprend :

- la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé : montants pris en charge par l'assurance maladie au titre des cotisations de sécurité sociale des médecins de secteur 1 et des médecins ayant opté pour l'option de coordination, des dentistes et auxiliaires médicaux. Ces dépenses concernent l'ensemble des cotisations y compris celles d'assurance vieillesse prises en charge par la CNAVPL. Elles sont transmises par la CNAMTS et ventilées par région selon une clef de répartition ACOSS qui assure la répartition des cotisations émanant du régime général. Ont également été inclus sous ce chapitre la prise en charge des cotisations sociales dans le cadre du Contrat d'Accès au Soins (2016) et des Options Optam et Optam-CO pour 2017 et 2018.
- les aides à la télétransmission : montants versés aux professionnels de santé correspondant à 0,07 euro par feuille de soins télétransmise.
- d'autres remboursements de soins de ville : ticket modérateur des ALD 31 et 32, cures thermales, prestations non individualisées.
- honoraires non individualisables : aide sociale, dispensaires antituberculeux, dispensaires antivénéériens, hygiène mentale, établissements de lutte contre la tuberculose, protection maternelle et infantile, autres prestations forfaitaires non individualisées.

C. Dépenses des établissements de santé

Les dépenses des établissements de santé sont relatives aux prestations délivrées par producteurs de soins (établissements de santé) installés et implantés dans la région, quel que soit le lieu de domicile des assurés. Il s'agit de dépenses estimées en date de soins pour les prestations concernées par la tarification à l'activité.

Les sources de données sont le PMSI, le SNDS HAPI Sanitaire et la balance comptable du FIR (issues de SIBC). Les dépenses en date de soins de l'année N estimées par l'ATIH à partir du PMSI pour les établissements ex-DG peuvent être revues jusqu'en fin d'exercice de l'année N+1 à l'aide des transmissions LAMDA.

Ces dépenses comprennent à la fois les dépenses d'activité (MCO, SSR, PSY, USLD) et les paiements aux établissements au titre du FMESPP et du FIR.

1. Dépenses des établissements de santé

Les dépenses des établissements de santé comprennent :

- les dépenses de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (**MCO**) des établissements, détaillées dans les annexes 1 et 2 :
 - les *forfaits par séjours et séances* : GHS des séjours et séances, suppléments journaliers, forfaits de dialyse, prestation de prélèvement d'organe (la source des données est le PMSI, complété si nécessaire par le SNIIR-AM pour les établissements ex-OQN). Depuis 2015, les récupérations demandées aux établissements au titre de l'application du mécanisme de la dégressivité tarifaire sont pris en compte dans les forfaits par séjours et séances ;
 - les *actes et consultations externes* (nomenclatures CCAM et NGAP), qui ne concernent que les établissements ex-DG, les *forfaits* SEH (sécurité et environnement hospitalier) + IVG + ATU + FFM + FTN + DM en externe
 - l'activité *d'hospitalisation à domicile (HAD)* : groupes homogènes de tarifs (GHT) ;
 - les *médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus* ;
 - les *forfaits annuels* : forfait annuel d'urgences (FAU), forfait annuel coordination des prélèvements d'organes (CPO), forfait annuel greffes (FAG), forfait activité isolée (FAI, depuis 2015), et l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ, depuis 2016). La source est HAPI Sanitaire. Le FAU est calculé directement par les ARS en application de l'arrêté tarifaire ;
 - les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (*MIGAC*), auxquels s'ajoutent les crédits « transférés » au FIR à partir de 2012 (cf. infra), à l'exception de l'ex MIG CDAG affectée aux dépenses « santé publique » à compter du 1 mars 2012. A noter que les dépenses de la formation médicale initiale sont incluses dans les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) des établissements à partir de 2015 ;
 - l'*activité de MCO non soumise à la T2A* : part de la dotation annuelle de financement (DAF) finançant les activités de MCO (source : HAPI sanitaire). Par dérogation, les quelques ES concernés sont le centre hospitalier de Mayotte, les hôpitaux de Fresnes et Puigcerda ;
 - le reversement forfaitaire au titre du dégel du dispositif de mise en réserve instauré par l'application du coefficient prudentiel à partir du 1^{er} mars 2013 (cf. arrêté du 7 novembre 2013 fixant pour l'année 2013 le montant des crédits à verser aux établissements de santé au titre de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale).
 - la prestation hôpitaux de proximité (HPR) pour les établissements ayant choisi ce mode de financement à partir de 2016 : ce financement se substitue aux ressources auparavant perçues via les forfaits par séjours et séances ou la sous-enveloppe MCO de la DAF.

A noter que depuis le 1er octobre 2018, les modalités de prise en charge des dépenses de transports inter et intra-hospitaliers ont évolué.

Avant cette date les transports de patients entre établissements sont financés d'une part, par l'enveloppe des soins de ville (transferts provisoires pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie / transferts définitifs entre deux entités juridiques) et d'autre part, par le budget des établissements de santé (transfert provisoires hors séances / transfert entre deux entités géographiques d'une même entité juridique).

La réforme dite de l'article 80 de la LFSS pour 2017 (prise en charge par les établissements de santé des dépenses de transports), prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement de l'ensemble de ces transports, inter et intra hospitaliers.

- les dépenses de **SSR** :

Le cadre de financement de l'activité de SSR est précisé dans le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

La réforme de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation est prévue par l'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Cet article prévoit une entrée en vigueur progressive du modèle de financement, à compter du 1er mars 2017. Ainsi, les établissements de soins de suite et de réadaptation sont désormais financés sur la base :

- D'une fraction majoritaire (90%) des anciennes modalités de financement : dotation annuelle de financement pour les établissements mentionnés au a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et sur la base de prix de journée et autres suppléments pour les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 du même code (établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national) ;

- D'une fraction minoritaire (10%) des nouvelles modalités de financement : fondées sur la part activité de la dotation modulée à l'activité prévue à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale⁴. Cette fraction sera appelée « fraction de tarifs »

Dans cette perspective, les anciennes modalités de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (dotation annuelle de financement d'une part et prix de journée et autres suppléments d'autre part) intègrent un mécanisme de minoration pour permettre la constitution de l'enveloppe liée à la fraction de financement issue des nouvelles modalités de financement des établissements.

Ce financement progressif² se compose de :

- La part de la dotation DAF finançant les activités de soins de suite et de rééducation pour les établissements ex-DG (source ARBUST jusqu'à 2013 puis HAPI Sanitaire) ; factures des prestations de soins de suite et rééducation remboursées par les caisses d'assurance maladie pour les établissements privés lucratifs (source : SNIIR-AM) ;
 - la dotation modulée à l'activité (DMA) SSR pour les établissements ex-DG et les établissements privés lucratifs et non lucratifs (source : PMSI)
 - l'activité et les consultations externes (ACE) SSR pour les établissements ex-DG (source : PMSI)
 - le reversement forfaitaire au titre du dégel du dispositif de mise en réserve instauré par l'application du coefficient prudentiel sur la DMA
 - Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) spécifiques au champ d'activité SSR, depuis 2016
 - et l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)
- les dépenses de **psychiatrie** : part de la dotation DAF finançant les activités de psychiatrie pour les établissements ex-DG (source ARBUST jusqu'à 2013 puis HAPI Sanitaire) ; factures des prestations de psychiatrie remboursées par les caisses d'assurance maladie pour les établissements privés lucratifs (source SNIIR-AM) ;
 - les dépenses de **soins de longue durée (SLD)** : dotation de soins des USLD (source ARBUST jusqu'à 2013 puis HAPI Sanitaire) ;
 - les dépenses des **établissements de santé hors région** : dotation annuelle de financement des établissements publics dont la gestion est nationale (Service de

² Voir la Notice financement SSR 2018 de l'ATIH sur le site www.atih.sante.fr

Rubrique : Domaines d'activités > Financement et données financières > Financement des établissements > SSR

santé des armées, Institut national des invalides, Saint-Pierre et Miquelon). Les sources sont les arrêtés ministériels de fixation des dotations.

2. Autres dépenses relatives aux ES : le FMESPP et le FIR

Ce poste de dépenses retrace les paiements aux établissements de santé bénéficiaires d'une aide au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés³ (FMESPP) et du FIR à partir du 1^{er} mars 2012.

Ces crédits financent des dépenses d'investissement et de fonctionnement des ES et des groupements de coopération sanitaire dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire ainsi que des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des ES et d'accompagnement social de la modernisation.

A. Versements aux établissements et services médico-sociaux

L'état financier retrace les dépenses de l'Etat, de l'assurance maladie et de la CNSA relatives aux établissements et services médico-sociaux (ESMS).

1. Versements aux établissements et services pour personnes âgées (PA)

a) Crédits de fonctionnement des ESMS

Nature des dépenses de tarification sous forme de versement

Ces dépenses recouvrent les crédits de fonctionnement versées dans l'année aux établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 du CASF qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale et qui accueillent des personnes âgées. Il s'agit des EHPAD, SSIAD et autres établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

Ces dépenses de fonctionnement sont financées par « l'objectif global de dépenses » ou OGD, défini à l'article L. 314-3 du CASF, qui repose sur une contribution des régimes d'assurance maladie, les recettes propres de la CNSA (CASA/CSA/PSK) et un apport sur les fonds propres de la CNSA. Les dépenses de l'OGD dans la région sont déclinées dans la seconde partie de l'état financier (répartition des dépenses par financeur).

En ce qui concerne les EHPAD, l'état financier retrace les dépenses de la section tarifaire relative aux soins ; les sections tarifaires relatives à la dépendance et à l'hébergement sont respectivement financées par les conseils départementaux et par les résidents et ne font pas l'objet de l'état financier.

L'état financier retrace les montants versés par les caisses d'assurance maladie aux ESMS dans l'année ; ces charges sont comptabilisées dans le respect des droits constatés (à noter : la prise d'arrêté tarifaire trop tardive peut entraîner le décaissement d'une part de la dépense en année N+1).

³ Créé par la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2003 modifiée, le FMESPP a repris les missions du FMES (fonds de modernisation des établissements de santé) et du FMCP (fonds de modernisation des cliniques privées) ; il est régi par les dispositions de l'article 40 modifié de la LFSS pour 2001 (loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) et du décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001.

Enfin, les dépenses sont affectées à la région et à chaque département en fonction de la localisation de la caisse primaire d'assurance maladie qui, en qualité de caisse pivot, effectue le versement.

Nature des dépenses d'intervention

L'article 78 de la LFSS pour 2011 a mis en place un nouveau circuit de financement permettant de déléguer, annuellement, des crédits de la CNSA aux ARS au titre des prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées.

La LFSS pour 2018, en son article 73, précise que le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de 2018 s'élève à 131,7 M€ ; il a notamment permis de financer :

- 95,4 M€ pour les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA); depuis 2013, les MAIA sont financées par le FIR ;
- 1,7 M€ pour des actions de formation des aidants PMND relevant de la section IV du budget de la CNSA ;
- 0,25 M€ pour les formations à l'utilisation des logiciels Pathos et AGGIR.

Un montant de 3M€ sur la section IV a été alloué dans la cadre de la qualité de vie au travail tant sur les ESMS du secteur PA que ceux du champ PH.

b) Subventions d'investissement

Les subventions d'investissement aux établissements pour personnes âgées en 2016, 2017 et 2018 relèvent d'une part du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées (PAI) financé par la CNSA, d'autre part des subventions d'investissement de l'Etat dans le cadre des contrats de plan Etat-Région.

Au titre du PAI de chaque année, la CNSA notifie à l'ARS, sur la base des propositions de celle-ci, la dotation dont elle dispose pour participer au financement des opérations d'investissement immobilier dans les structures médico-sociales pour personnes âgées de sa région : travaux de création de places, de modernisation des locaux, de mise aux normes techniques et de sécurité. Mais les subventions au titre du PAI sont versées par la CNSA en trois fois : le premier versement (30%) au démarrage des travaux, le deuxième (40%) quand 50% des travaux ont été réalisés, le troisième (30%) à la réception de l'attestation définitive de fin de travaux. L'ARS confirme et transmet ces attestations à la CNSA.

L'état financier retrace ainsi les paiements des établissements par la CNSA dans l'année, qui se rapportent à plusieurs PAI différents. Par exemple, les paiements en 2018 sont susceptibles de se rapporter à 12 PAI différents (de 2006 à 2018).

L'annexe 1 de l'état financier retrace à la fois la dotation allouée à l'ARS au titre de l'année 2018 et les paiements effectués en 2018 au titre des PAI années précédentes.

Pour information, la CNSA a notifié en 2018 aux ARS des dotations régionales d'un montant de 120,1 M€ au titre du PAI (71,5 M€ sur le champ PA et 50,6 M€ sur le champ PH); à noter que depuis 2014, ces crédits sont déconcentrés auprès des ARS.

La CNSA a repris depuis 2009 une partie des engagements des CPER (pour un montant de 165 M€) ; ces projets se voient notifiés et financés progressivement année après année.

2. Versements aux établissements et services pour personnes handicapées (PH)

a) Crédits de fonctionnement

Nature des dépenses de tarification sous forme de versement

Ces dépenses recouvrent les crédits de fonctionnement versés dans l'année aux établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 du CASF qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale et qui accueillent des personnes handicapées.

Ces dépenses de fonctionnement sont financées par l'OGD, défini à l'article L. 314-3 du CASF, assis sur une contribution des régimes d'assurance maladie à titre principal et par une part du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Les dépenses de l'OGD dans l'ARS sont également présentées dans la seconde partie de l'état financier (répartition des dépenses par financeur).

Ces ESMS sont divers : établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale, centres d'action médico-sociale précoce, établissements ou services de réadaptation, de pré orientation et de rééducation professionnelle, divers établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisé (FAM), qui accueillent des personnes adultes handicapées, ou qui leur apportent à domicile des soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert, établissements et services mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation, établissements et services à caractère expérimental (IME, MAS, FAM, SESSAD, SSIAD, SAMSAH et ESAT depuis le 1^{er} janvier 2017).

Certains des ESMS pour personnes handicapées sont financés exclusivement sur l'OGD, par exemple les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS). D'autres structures sont cofinancées par l'OGD et les conseils départementaux, par ex. les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et CAMSP.

L'état financier retrace les montants versés par les caisses primaires d'assurance maladie aux ESMS dans l'année ; il ne s'agit pas des charges constatées car les écritures d'inventaire sont réalisées au niveau national par la CNAMTS et la CNSA. Par ailleurs des retraitements statistiques sont effectués par la CNSA : pour les ESMS pour personnes handicapées bénéficiant d'une dotation globale dans le cadre d'un CPOM, les dépenses pour adultes et enfants sont ventilées au prorata des dotations annuelles des établissements relevant du CPOM ; pour les ESMS financés par prix de journée, les versements des CPAM au titre du régime général font l'objet d'une extrapolation pour tous les régimes d'assurance maladie.

Enfin, les dépenses sont affectées à la région et à chaque département en fonction de la localisation de la caisse d'assurance maladie qui effectue le versement.

Ont également été inclus à cette rubrique les montants correspondant à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagnés financé sur le Programme 157 Handicap et dépendance.

Nature des dépenses d'intervention

Comme indiqué au point 1 a), de nouvelles dépenses sont apparues suite à la publication de la LFSS pour 2011 et de son article 78 qui a mis en place un nouveau circuit de financement

permettant de déléguer des crédits de la CNSA aux ARS au titre des prises en charge et accompagnements en direction des personnes handicapées.

Pour 2018, l'article 73 de la LFSS 2016 inclut :

- une contribution au fonctionnement des CREAL pour 780 000 € ;
- les groupes d'entraide mutuelle (qui étaient jusqu'en 2010 financés par le programme 157 du budget de l'Etat, par abondement d'un fonds de concours par la CNSA) pour un montant de 36,0 M€ ; il est à noter qu'à compter de 2013, les dépenses relatives aux GEM sont financées par le FIR.

L'habitat inclusif a été financé à hauteur de plus d'1M€ en 2018 et ne concerne que les ESMS du secteur PH

b) Subventions d'investissement

Les subventions d'investissement aux établissements pour personnes handicapées en 2012, 2013, 2014 et 2015 relèvent d'une part du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées (PAI) financé par la CNSA, d'autre part des subventions d'investissement de l'Etat dans le cadre des contrats de plan Etat/région.

Les conditions de notification et de paiement par la CNSA des opérations d'investissement immobilier réalisés dans les ESMS pour personnes handicapées (y compris les ESAT depuis le 1^{er} janvier 2017) sont identiques à celles réalisées dans les ESMS pour personnes âgées (cf. le point II.D.2.a).

L'état financier retrace à la fois la dotation allouée à l'ARS au titre de l'exercice 2018 et les paiements des établissements par la CNSA dans l'année qui se rapportent à plusieurs PAI différents.

Par ailleurs, des subventions d'investissement aux établissements pour personnes handicapées ont été financées par l'Etat sur les crédits de l'action 5 du programme 157 : il s'agit des restes à payer des opérations déjà engagées dans le cadre des contrats de plan Etat /Région (CPER « 2007-2013 » et « 2000-2006 ») et hors CPER (réserves parlementaires antérieures à 2008 et opérations ponctuelles de 2005 à 2007).

La CNSA a repris depuis 2009 une partie des engagements des CPER (pour un montant de 165 M€) ; ces projets se voient notifiés et financés progressivement année après année.

Ainsi, les versements pour les personnes handicapées se sont élevés au global en 2018 à 77,4M€ au global.

3. Dotation pour les établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Un arrêté ministériel pris en application de l'article L.314-3-2 du CASF fixe chaque année le montant de l'ONDAM dit ONDAM « spécifique » (arrêtés du 25 mai 2010 et du 11 avril 2011).

L'état financier retrace la dotation régionale, notifiée à l'ARS, de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux (ESMS) publics et privés mentionnés à l'article L.314-3-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ces ESMS qui accueillent des personnes confrontées à des difficultés spécifiques sont les ACT (appartements de coordination thérapeutique), les CAARUD (centres d'accueil et

d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue), les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), les LHSS (lits halte soins santé) et les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les actions menées au titre du dispositif « Un Chez soi d'abord ».

Il s'agit des dotations régionales notifiées par arrêté aux ARS.

Il ne s'agit donc pas des charges constatées : le suivi de l'exécution des crédits alloués est demandé à l'ARS par la circulaire du 23 septembre 2010 ; les comptes de l'assurance maladie retracent par ailleurs les charges de ces établissements.

Ces établissements font l'objet d'un suivi, du fait de leur inclusion au sein de l'ONDAM « spécifique ». Les données sur le financement par l'assurance maladie de ces structures, non transmises sous forme synthétiques, nécessitent néanmoins un retraitement.

4. Dépenses des instituts de jeunes sourds et aveugles

Les dépenses des instituts nationaux de jeunes sourds de Bordeaux, Chambéry, Metz, Paris et de l'institut national des jeunes aveugles de Paris sont prises en charge par l'assurance maladie, dans le cadre de conventions conclues entre ces instituts et les CRAM jusqu'au 1^{er} avril 2010, au titre de « l'ONDAM conventionnel », et par l'Etat au titre du programme 157 « Handicap et dépendance ».

L'Etat verse par ailleurs directement à ces instituts (conventions Etat/INJS ou INJA) des subventions pour charges de service public finançant les dépenses de personnel des professeurs. Il s'agit d'un financement direct, ne passant pas par les ARS.

5. Versements aux groupes d'entraide mutuelle

Les dépenses de fonctionnement des groupes d'entraide mutuelle⁴ (GEM), destinés aux personnes handicapées psychiques, sont financées depuis 2011 par la CNSA, qui délègue depuis 2013 ces crédits aux ARS dans le cadre du FIR. L'ARS alloue des subventions aux associations dans le respect de cahiers des charges. Pour 2018, le montant délégué par la CNSA s'est élevé à 36M€.

L'état financier présente les versements du FIR des ARS aux GEM, retracés dans le système d'information budgétaire et comptable des ARS (SIBC).

6. Les MAIA

En 2011, en application de l'article 78 de la LFSS pour 2011, des crédits sont délégués aux ARS pour permettre le financement de 35 nouvelles MAIA après appels à candidature.

Ces dépenses se sont élevées à 4,6 M€ en 2010, pour atteindre 9,2 M€ en 2011 puis 24,8 M€ en 2012, au niveau national. En effet, on compte 35 MAIA nouvelles en 2011 et 88 MAIA supplémentaires en 2012, de sorte que 138 MAIA sont au total financées par la CNSA à fin 2012.

⁴ Les GEM sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société prévues aux articles L.114-1-1 et L.114-3 du CASF. Ces groupes sont organisés sous la forme d'associations de loi 1901 ; ils ne constituent pas des structures médico-sociales au sens de l'article L. 312-1 du CASF.

Depuis 2013, ces dépenses sont financées par le FIR comme c'est le cas pour les GEM. En 2018, 95,3 M€ ont été délégués par la CNSA.

7. Les CREAI

19 centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI) sont implantés sur le territoire national. Ils bénéficient de crédits du programme 157 « Handicap et dépendance » du budget de l'Etat pour leur activité générale, dans le cadre d'une convention annuelle signée avec le préfet de région jusqu'en 2010. Depuis 2011, les ARS sont signataires de la convention et délégataires des crédits.

En 2018, la CNSA contribue au fonctionnement des CREAI à hauteur de 780 K€, l'apport de l'Etat étant pour sa part de 606 k€ ; ce versement est partie intégrante de la contribution de la CNSA aux ARS pour 2018.

8. Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées (FIR)

Il s'agit des crédits FIR consacrés à la prévention et la prise en charge des personnes âgées et handicapées (source : SIBC).

9. Dépenses de formation des personnels accompagnant les personnes âgées et handicapées et de modernisation

La CNSA finance sur la section IV de son budget des dépenses de modernisation des services, de professionnalisation et de formation des personnels accompagnant les personnes âgées et handicapées.

Pour 2018, la CNSA a financé, pour l'ensemble des régions et départements :

- L'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile;
- la professionnalisation des salariés de l'aide à domicile et des ESMS pour personnes âgées et handicapées ;
- des actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat des personnels des ESMS accueillant des personnes âgées et handicapées ;
- la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF ;
- les formations au titre des emplois d'avenir, pour la partie relevant de l'aide à domicile.

Les projets financés par la CNSA relèvent de conventions nationales avec les fédérations têtes de réseau de l'aide à domicile, de conventions nationales avec les organismes paritaires collecteurs agréés au titre de la formation professionnelle continue (OPCA), de conventions départementales avec le conseil départemental, d'actions locales au titre d'une démarche collective de qualification, d'accords régionaux déclinant les conventions nationales entre la CNSA et les OPCA ou encore d'actions locales spécifiques de modernisation de l'aide à domicile.

Pour mémoire, en 2009 et 2010, il s'agissait des seules dépenses relatives aux 3 OPCA et du centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) intervenant dans le champ des ESMS. Les crédits de la section IV de la CNSA attribués aux 4 OPCA se sont élevés en 2009 à 9,76 M€ et ne sont plus financés depuis 2010 ; les avenants de ces conventions

n'ayant pas encore été signés, on ne compte pas de nouvelles dépenses OPCA au titre de 2011 et de 2012 (source : OPCA).

Depuis 2011, conformément à l'article 85 de la LFSS pour 2011, l'ARS devient ordonnateur secondaire de la CNSA pour les crédits de la section IV qui ne relèvent pas de conventions nationales ou de conventions avec les conseils départementaux.

10. Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Face aux difficultés financières rencontrées par les services d'aide à domicile, un premier fonds d'aide exceptionnel et de restructuration de 50 M€ avait été décidé dans le cadre de la loi de finances pour 2012 (article 150). Ce fonds avait vu sa première tranche de 25 M€ (en crédits de paiement) versée aux ARS courant 2012. La deuxième tranche de 25 M€, conditionnée au respect par les services bénéficiaires des engagements souscrits dans les conventions, a été versée en 2013.

Un nouveau fonds de 50 M€ avait été décidé dans le cadre de la LFSS 2013 (article 70). Il a été mis en œuvre suite au décret du 8 mars 2013, ce qui a permis de verser une première tranche de 24,8 M€ (en crédits de paiement) aux ARS en 2013.

L'arrêté du 17 mars 2017 prévu à l'article 34 de LFSS pour 2017 précise le nouveau calendrier de mise en œuvre du fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile de 50M€ et sanctuarise 44 millions d'euros pour les 66 départements engagés dans une contractualisation avec la CNSA.

En 2018, la CNSA a versé un montant de 6 M€ pour l'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile exerçant leur activité dans des départements non candidats.

B. Autres prestations AT-MP, invalidité, décès

L'état financier de l'ARS présente :

- les dépenses de pensions d'invalidité (art. L341-1 du CSS),
- les dépenses de capital décès (art. L361-1 du CSS),
- les dépenses de prestations en cas d'incapacité permanente de travail, c'est-à-dire les indemnités en capital et rentes (art. L434-15 du CSS).

C. Autres dépenses sanitaires et médico-sociales

1. PAERPA

Ces dépenses correspondent aux crédits affectés aux régions qui ont été retenues en 2013 et en 2014 dans le cadre de l'expérimentation « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (crédits FIR).

Attention : il est possible que les crédits affectés aux régions en 2013 n'ont pas été engagés sur cet exercice. Dans ce cas, le montant pour 2013 est nul.

La CNSA a versé en 2018 un montant de 2 M€ afin de financer la formation des intervenants des services d'aide à domicile (SAAD), dans le cadre de l'expérimentation PAERPA.

2. Autres dépenses de santé

L'état financier retrace :

- le remboursement des charges d'expertise médicale en cas d'accident du travail ;
- les dépenses des caisses d'assurance maladie au titre du préjudice amiante - indemnisation pour faute inexcusable (art. 40 LFSS 1999) ;
- les dépenses de soins à l'étranger.
- les dépenses inscrites dans la ligne « Autres dépenses » des balances comptables régionales du FIR (données SIBC).

Les dépenses sont estimées en dates de soins par la CNAMTS, selon la même méthodologie que pour les soins de ville.

3. Formation médicale initiale financée par l'Etat

Les dépenses consacrées à la formation des étudiants et des internes en médecine financées par l'Etat au titre du programme 171 « Offre de soins et qualité du système de soins » jusqu'en 2010, sont prises en charge à partir de 2011 par le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ». Les dépenses consacrées à la formation des étudiants et des internes sont par ailleurs financées dans le cadre de l'ODMCO et des MIGAC (environ 1Md€).

L'Etat finance l'indemnisation des maîtres de stage qui accueillent des internes et des étudiants de 2^{ème} cycle en stage de médecine générale, le remboursement des rémunérations des internes et des étudiants de 2ème cycle lorsqu'ils sont en stage de médecine générale (stage chez le médecin généraliste agréé, SASPAS) et des internes en stage dit extrahospitalier (stage en PMI, médecine du travail, dans les agences, les ARS, l'humanitaire), le remboursement des rémunérations des internes de médecine générale lorsqu'ils sont en stage auprès de médecins spécialistes, le remboursement au CHU des rémunérations des internes de médecine, pharmacie et odontologie durant l'année de recherche (suspension d'internat pour réaliser un projet de recherche).

A partir de 2015 la formation médicale initiale est incluse dans les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) des établissements (production des données par l'ATIH).

4. L'aide médicale de l'Etat (AME) et les soins urgents

Ces dépenses recouvrent :

- les dépenses d'AME de droit commun, liquidées par les CPAM en dates de soins, par région, donc fournies par la CNAMTS : elles auraient cependant pour code financeur l'Etat, dans la mesure où l'Etat verse à l'AM l'équivalent des dépenses réelles liquidées par les CPAM ;
- les dépenses AME soins urgents, liquidées par les CPAM par région, fournies par la CNAMTS, avec cependant une clé de répartition à appliquer entre l'Etat et l'AM pour produire le fichier. (La dotation Etat est inférieure aux dépenses réelles AM).
- l'AME humanitaire, financée par l'Etat (programme 183)

Trois dispositifs sont financés :

- l'AME dite de « droit commun », qui bénéficie aux personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois de manière ininterrompue disposant de ressources inférieures à un plafond.

- les dépenses de soins urgents dispensés par les hôpitaux aux étrangers résidant en France en situation irrégulière sans justifier d'une résidence ininterrompue de plus de trois mois, conformément à l'article L.254-1 du CASF. Les données présentées sont modifiées par rapport aux précédents états financiers. Ces données correspondent à la dépense totale de l'Etat et de la participation de l'assurance maladie. Elles diffèrent de celles présentées précédemment qui comptait inopportunément deux fois la dotation fixe de l'Etat à la dépense de soins urgents.
- les délégations de crédits accordés aux préfets, via les directions départementales de la cohésion sociale (AME humanitaire - interventions ministérielles, gardes à vue, évacuations sanitaires).

5. Dépenses d'organisation des concours paramédicaux

L'état financier retrace les crédits délégués aux services déconcentrés de l'Etat relatifs à l'organisation des concours (hors VAE) paramédicaux du champ sanitaire et social (infirmiers, etc.)

Il s'agit des crédits délégués par l'administration centrale aux DRJS, et non des dépenses constatées, car la nomenclature budgétaire et comptable ne permet pas de constater ces dépenses et charges de manière détaillée. Ces crédits sont issus du programme 124 « Conduite des politiques sanitaires et sociales » du budget de l'Etat.

Il convient de souligner par ailleurs que les dépenses relatives aux vacations des jurys de ces concours ne sont pas retracées dans l'état financier.

6. Dépenses de personnel, de fonctionnement et d'investissement des ARS

L'état financier retrace les dépenses de personnel, de fonctionnement et d'investissement de l'agence, constatées dans SIBC.

Ces dépenses sont financées par :

- une subvention de l'Etat (programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales ») ;
 - une contribution des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie au titre des agents transférés et des dépenses de fonctionnement s'y rapportant fixée en LFSS).

III. Répartition des dépenses par financeur

A. Dépenses des régimes d'assurance maladie (hors dépenses des ESMS et hors FIR)

1. Au titre de dépenses ONDAM de la branche maladie, invalidité et décès (hors fonds d'assurance maladie : FMESPP, FNPEIS)

a) Au titre des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses de soins de ville

Ces dépenses recouvrent essentiellement le périmètre du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses de soins de ville. Le mode de comptabilisation est toutefois différent, puisque les dépenses de l'ONDAM constatées s'appuient sur les données comptables des régimes.

b) Au titre de l'objectif national de dépenses relatives aux ES tarifés à l'activité

Ces dépenses recouvrent le périmètre du sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » de l'ONDAM : dépenses des activités de MCO, MIGAC hors crédits transférés au FIR.

Toutefois, les dépenses de l'ONDAM constatées s'appuient sur les données comptables des régimes.

c) Au titre de l'objectif national des autres dépenses relatives aux établissements de santé

Ces dépenses ne recouvrent pas exactement le périmètre du sous-objectif « autres dépenses relatives aux ES » de l'ONDAM. Ce dernier comprend en effet l'ODAM (Dotations annuelles de financement - DAF de l'activité de SSR et de psychiatrie des établissements publics et des USLD publiques et privées), l'OQN (ES privés de SSR et psychiatriques financés par des prestations d'hospitalisation), les dotations FMESPP et les dépenses du champ dit non régulé (dépenses de santé des ressortissants français à l'étranger notamment⁵).

d) Au titre de l'ONDAM spécifique

Ces dépenses entrent dans le périmètre du sous-objectif de l'ONDAM « Autres modes de prise en charge ». Comme indiqué supra, l'état financier ne retrace cependant pas les charges constatées dans les comptes des régimes de base de l'assurance maladie.

e) Au titre de l'ONDAM conventionnel

Ces dépenses entrent dans le périmètre du sous-objectif de l'ONDAM « Autres modes de prise en charge » (instituts de jeunes sourds et aveugles).

2. Au titre des dépenses hors ONDAM

⁵ Jusqu'en 2009, les dépenses des USLD privées faisaient partie du champ non régulé. Elles sont désormais comptabilisées au sein de l'ODAM. D'autre part, jusqu'en 2010, les dépenses de soins des étrangers en France – sous convention internationale – étaient imputées sur le champ non régulé. Ces dépenses ont été sorties de l'ONDAM en 2010 (en effet, il ne s'agit pas d'une dépense de l'assurance-maladie à proprement parler, mais d'une avance, les sommes engagées étant remboursées par le régime d'assurance maladie du pays d'origine du patient).

Les dépenses des régimes d'assurance maladie en dehors du périmètre de l'ONDAM retracées par l'état financier sont les IJ maternité, pensions d'invalidité, rentes AT-MP, capital-décès, les autres dépenses de santé, la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des agents transférés à l'ARS et des dépenses de fonctionnement.

3. Au titre des fonds d'assurance maladie

a) Fonds de prévention, d'éducation et d'information sanitaire

Les dépenses du FNPEIS, du FNPEISA et du FNMP (hors ONDAM) recouvrent l'ensemble des dépenses de ces fonds à l'exception de certaines actions nationales⁶ en dehors des crédits transférés au FIR à compter de mars 2012.

Les sources de ces données sont les comptes des trois fonds de prévention tels que centralisés par les caisses nationales.

b) Paiements aux établissements au titre du FMESPP

Il s'agit des paiements aux établissements de santé au titre du FMESPP décrits supra. Il ne s'agit donc pas des montants annuels notifiés par les ARS.

c) Dépenses du FIQCS

Il s'agit des dépenses du FIQCS décrites supra.

B. Fonds d'intervention régional

Cette rubrique retrace l'ensemble des crédits délégués dans le cadre du FIR.

⁶ Dépenses d'accompagnement des assurés pilotées par la CNAMTS (SOPHIA...), actions de communication nationales et subventions à des structures dont l'activité n'est pas « régionalisable » (INPES, Cetaf, associations nationales).

C. Dépenses des régimes d'assurance maladie et de la CNSA au titre de l'OGD

Ce poste comprend les versements de prestations de fonctionnement des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées présentés dans la première partie de l'état financier.

Ces versements relèvent du périmètre de l'objectif global de dépenses (OGD), défini à l'article L.314-3 du CASF : « le financement de celles des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale ».

L'OGD est financé par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie et par une part des produits de la CSA et des fonds propres de la CNSA.

D. Autres dépenses de la CNSA

Celles-ci comprennent la contribution de la CNSA aux subventions d'investissement aux ESMS au titre du PAI et les versements au titre des fonds de restructuration de l'aide à domicile ainsi que les crédits relatifs au fonctionnement des CREAL

Depuis 2014, les financements MAIA et GEM de la CNSA sont alloués au FIR. En conséquence, ils sont rattachés à ce fonds.

Par ailleurs, ont été ajoutés, depuis 2013, les crédits relatifs au fonctionnement des CREAL.

E. Dépenses de l'Etat (hors FIR)

Les dépenses de l'Etat au titre de la mission « Santé » comprennent :

- les dépenses de l'Etat au titre de l'AME et des soins urgents (programme 183),
- les dépenses de l'Etat au titre de la formation médicale initiale (programme 204) ; elles sont intégrées aux MIGAC à partir de 2015 et ne sont donc plus alimentées.

Les dépenses de l'Etat du programme 124 comprennent :

- les dépenses de personnel, de fonctionnement et d'investissement des ARS, financées par l'Etat (une partie est financée par la contribution de l'assurance maladie mentionnée supra) ;
- les dépenses des services déconcentrés pour l'organisation des concours paramédicaux. L'état financier fait apparaître le montant des crédits délégués.

Les dépenses de l'Etat dans la région au titre du programme 157 « Handicap et dépendance » recouvrent plusieurs dispositifs :

- des dépenses directes pour les subventions d'investissement aux ESMS relatives aux CPER et hors CPER, ainsi que la contribution de l'Etat aux instituts de jeunes sourds et aveugles ;
- des dépenses indirectes, par l'intermédiaire de l'ASP et des ARS concernant les dotations de fonctionnement allouées par l'Etat aux ESAT.

Les CREAL font l'objet d'un financement qui passe par le budget des ARS depuis 2011.

IV. Annexe 1 relative aux financements répartis par l'ARS

L'annexe 1 vise à donner une vision complète et consolidée des ressources allouées par l'ARS. Il s'agit des « financements attribués » aux ARS, mentionnés dans l'article L1433-1 du CSP relatif au conseil national de pilotage des ARS. Ces financements sont, pour l'essentiel ou dans une large mesure, à la disposition des ARS qui les répartissent selon leurs priorités régionales.

Tableau 1 : Dotations annuelles de financement mentionnées à l'article L. 174-1-1

Ce tableau présente les dotations régionales au titre des dotations annuelles de financement mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

Il s'agit des dotations régionales au titre des **dotations annuelles de financement (DAF)** définies à l'article L.174-1-1 du CSS relatif à l'ODAM⁷ (objectif des dépenses d'assurance maladie), qui est une des composantes du sous-objectif de l'ONDAM « autres dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » :

- activité de psychiatrie exercée dans les établissements de santé publics et privés à but non lucratif,
- activité de SSR exercée dans les établissements de santé publics et privés à but non lucratif,
- activité MCO dans les établissements non soumis à la T2A,
- activité des USLD,
- activité des ES hors région.

Ce sont des crédits alloués par les ARS aux ES (source : HAPI Sanitaire).

Ces dépenses de DAF se retrouvent dans les 5 derniers postes des prestations des établissements de santé publics et privés non lucratifs de l'annexe 2.

⁷ Cet objectif est constitué du montant total des charges des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités de soins hospitaliers dispensés dans un autre Etat en application d'accords internationaux, ainsi que des DAF fixées en application des articles L.162-22-16, L.174-1, L174-5 et L.174-15 du CSS et des articles L.6147-5 et L.6416-1 du CSP.

Tableau 2 : MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) sur le champs SSR

Les dépenses de **MIGAC SSR** recouvrent les crédits notifiés aux ES en 2018 tels qu'ils sont retracés dans HAPI Sanitaire.

Tableau 3 : MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)

Les dépenses de **MIGAC** recouvrent les crédits notifiés aux ES tels qu'ils sont retracés dans HAPI Sanitaire :

- les **MIG** (missions d'intérêt général) telles que définies aux articles D.162-6 et D.162-7 du CSS hors celles attribuées dans le cadre du FIR (CDAG, Centres périnataux, éducation thérapeutique, emplois de psychologues et d'assistants sociaux hors plan cancer, équipes mobiles de soins palliatifs, structures de prise en charge des adolescents, équipes de liaison d'addictologie, consultations VIH, télésanté, cancérologie, équipes mobiles de gériatrie, consultations mémoire, cf. infra) :
 - o les **MERRI** (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) ; les MERRI sont allouées par le ministère de la santé.
 - o les **autres MIG**, définies aux 2°, 3° et 4° de l'article D.162-6 du CSS et à l'article D 162-7 du même code. Leur liste, telle que fixée par l'arrêté du 18 avril 2014, recouvre les activités suivantes des ES :
 - la participation aux missions de santé publique hors ex-MIG ayant intégré le FIR (cf. infra)⁸ ;
 - la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques, en matière de politique hospitalière (ex : participation à l'ENC), de dialogue social, de coopération internationale hospitalière ;
 - les activités de soins dispensés à des populations spécifiques : cette ligne de dépenses recouvre la prise en charge spécifique des patients en situation de précarité, la prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité, la prise en charge sanitaire des détenus, la prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.
- Les **AC** (aides à la contractualisation)

Depuis 2014 ces montants sont disponibles au travers d'HAPI Sanitaire au titre des dotations annuelles (DAF, MIGAC, USLD) et des forfaits annuels.

Il est rappelé que le détail requis par l'état financier au sujet de la dotation MIGAC impose une correspondance exhaustive par les ARS entre les mesures déléguées et leurs finalités ce qui a pu conduire en 2014 à sous-estimer les MIGAC par rapport aux délégations réelles dans le cadre de la montée en charge d'HAPI Sanitaire malgré les contrôles de cohérence fait par l'équipe projet HAPI Sanitaire en lien avec les agences.

Depuis l'année 2015, la problématique d'incohérence est réglée.

Il est important de rappeler qu'à partir du 1^{er} mars 2012, certaines MIG ont basculé dans le FIR. Il s'agit notamment de :

- la permanence des soins en établissement de santé ;
- les consultations destinés à effectuer la prévention et le diagnostic de l'infection par le VIH ;

⁸ Participation aux missions de santé publique : vigilance, veille épidémiologique / formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires/ collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine, pour la part non couverte par des tarifs de cession / dispositifs favorisant le maintien des soins de proximité (ex : réseaux de télésanté) / dépistage anonyme et gratuit (ex : CDAG) / prévention et éducation pour la santé / conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique / veille sanitaire, prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles / intervention d'équipes pluridisciplinaires / aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR).

- les actions de préventions et d'éducation thérapeutique ;
- la prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité.

D'autres MIGAC en matière de coordination des soins et de financements des parcours ont rejoint le FIR à compter du 1^{er} janvier 2013 :

AC issues des marges de manœuvre régionales hors crédits H 2007/H 2012 et aides nationales spécifiques
MIG emplois de psychologues ou assistants sociaux hors plan cancer
MIG équipes mobiles de soins palliatifs
MIG équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques
MIG relatifs aux structures de prises en charge des adolescents
MIG équipes de liaison en addictologie
MIG COREVIH
MIG actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie
MIG télésanté
MIG équipes mobiles de gériatrie
MIG consultations mémoires

A partir du 1^{er} mars 2012, les dépenses relevant des MIG transférées au FIR sont prises dans le tableau 6 relatif au FIR. Les dépenses relevant anciennement des MIGAC transférées au FIR sont également retracés dans le tableau 6.

Tableau 4 : Versements au titre de l'OGD

Ce tableau présente les versements aux établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées au titre de l'OGD.

Tableau 5 : Plan d'aide à l'investissement (PAI)

Ce tableau présente les versements aux établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées au titre du PAI.

Tableau 6 : Fonds d'intervention régional (FIR)

Ce tableau présente par mission et sous mission les dépenses relatives aux crédits du FIR 2018, issues des balances comptables régionales (SIBC).

Tableau 7: Paiements aux ES au titre du FMESPP (Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés)

Ce tableau présente les crédits payés uniquement au titre du FMESPP pour l'année 2018

V. Annexe 2 relative aux remboursements des établissements de santé

Cette annexe détaille les dépenses des établissements de santé présentées dans le tableau principal de l'état financier dans la rubrique portant le même titre. Les lignes de dépenses y sont détaillées et une présentation des dépenses est faite selon les catégories d'établissements de santé : en séparant les établissements ex-OQN / OQN et les établissements ex-DG / DAF, puis, parmi ces derniers, les CHU, les CH (y compris ex hôpitaux locaux et ex centres hospitaliers spécialisés) et les ESPIC (y compris CLCC).

NB : Cette annexe ne prend en compte ni les dépenses au titre du FMESPP ni celles au titre du FIR.

VI. Annexe 3 relative aux dépenses en consommation de soins

Cette annexe présente les dépenses en consommation de soins et/ou de services (consommation par les résidents de la région ou bénéficiaires), alors que dans les autres parties de l'état financier, les dépenses sont présentées sous l'angle offre ou production de soins.

Elle propose aussi, sur les 2 critères (production ou consommation), le montant des dépenses remboursées et remboursables.