



ETAT FINANCIER REGIONAL DEPENSES DE SANTE 2023

Annexe explicative

Juillet 2024

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	9
1. Dépenses en date de soins en fonction de l'offre	9
2. Les différents postes de dépenses.....	9
C. Dépenses des établissements de santé	12
1. Dépenses des établissements de santé	12
2. Autres dépenses relatives aux ES : le FMIS et le FIR	15
D. Versements aux établissements et services médico-sociaux.....	15
1. Versements aux établissements et services pour personnes âgées (PA)	15
2. Versements aux établissements et services pour personnes handicapées (PH)	17
3. Dotation pour les établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.....	19
4. Dépenses des instituts de jeunes sourds et aveugles	19
5. Versements aux groupes d'entraide mutuelle	19
6. Les DAC.....	20
7. Les CREAI	20
8. Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées (FIR).....	20
9. Dépenses de formation des personnels accompagnant les personnes âgées et handicapées et de modernisation.....	20
10. Fonds d'urgence ESMS Personnes Agées	21
E. Autres prestations AT-MP, invalidité, décès	21
F. Autres dépenses sanitaires et médico-sociales.....	21
1. Autres dépenses de santé.....	21
2. L'aide médicale de l'Etat (AME) et les soins urgents.....	21
3. Dépenses d'organisation des concours paramédicaux	22
4. 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 : FMIS, FNPEIS)	23
2. Au titre des dépenses hors ONDAM.....	24
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.....	24
D. Autres dépenses de la CNSA.....	25
E. Dépenses de l'Etat (hors FIR).....	25
IV. Annexe 1 : Détail du <i>Fond d'intervention régional (FIR)</i>	25
V. Annexe 2 relative aux remboursements des établissements de santé	26
VI. Annexe 3 relative aux dépenses en consommation de soins sur les soins de ville	26

Annexe explicative à l'état financier régional relatif aux dépenses au titre de l'année 2023

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.* »

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 autant que 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, notamment pour des raisons de disponibilité des données au niveau régional certaines données relèvent d'une logique de caisse (date du paiement). Ainsi, les versements aux établissements de santé au titre du FMIS 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, 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** :

- Santé publique, y compris veille et sécurité sanitaire ;
 - Soins de ville ;
 - Etablissements de santé ;
 - Etablissements 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** à savoir 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. 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'administration centrale et l'ATIH sont consolidées par le service à compétence nationale des SI mutualisés des ARS 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.

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 budget annexe FIR de chaque ARS.

Sont également intégrées les dépenses des fonds de prévention des trois principaux régimes de l'assurance maladie (FNPEIS pour le régime général, et FNPEISA pour les régimes agricoles). Depuis 2017, un travail de réaffectation de ces dépenses a été mené de façon à retracer fidèlement les montants prévention relevant de chaque thématique. Ainsi, tous les montants concernant la vaccination (ROR, t anti-grippe) se retrouvent sous la même rubrique « vaccination ».

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. A compter de 2023, s'y ajoutent aussi les dépenses relatives à la campagne de vaccination HPV dans les collèges prises en charge sur le FIR.

- Prévention SIDA, IST et hépatites

Les dépenses de cette rubrique correspondent au financement par l'ARS des 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), des Comités de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) et 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 Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) 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

- 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.

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

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, y compris les actions de partenariat (villes, éducation nationale) ;
- Lutte contre l'obésité ;
- Prévention des risques liés à l'environnement visant à l'atteinte des objectifs du PNSE (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)

Cette rubrique retrace les autres dépenses issues des fonds de prévention des deux principaux régimes de l'assurance maladie (FNPEIS pour le régime général et ex-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 et, mutualité sociale agricole (MSA), le RSI étant dorénavant intégré au régime général) en date de soins issues du SNDS produites par les deux régimes d'assurance maladie en mai 2024, selon la méthodologie suivante :

Pour l'année 2023, sont pris en compte les remboursements jusqu'au mois de mars de l'année 2024.

Le taux d'évolution de l'année 2023/2022 est estimé en constituant des années homogènes de remboursements disponibles, à savoir :

- Année 2022 : prise en compte des remboursements jusqu'au mois de mars de l'année 2023
- Année 2023 : prise en compte des remboursements jusqu'au mois de mars de l'année 2024 ;

La CNAM estime que 99% des dépenses de soins de ville en date de soins d'une année sont connues en prenant en compte les remboursements jusqu'à fin mars de l'année suivante.

Les dépenses correspondent 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. La référence géographique est celle de l'offre.

Les dépenses présentées en fonction du lieu de domicile des assurés sont également mises à disposition.

Le « montant remboursé » correspond aux sommes décaissées par l'assurance maladie obligatoire.

2. Les différents postes de dépenses

a) Honoraires privés

Ces dépenses en date 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 ne font plus l'objet d'une rubrique distincte des honoraires ce qui permet de demeurer à périmètre constant et prendre en compte le forfait patientèle médecin traitant (*FPMT*) ;
- Les 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 ;
Les montants remboursés pour les soins exercés par les sage-femmes exerçant à titre libéral ;
- Les montants remboursés pour des actes de chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral ;

A noter que les montants forfaits astreinte et régulation PDSA issues du budget Annexe FIR des ARS ont été retirés de la rubrique « honoraires privés » (essentiellement honoraires généralistes pour être intégrées à la rubrique « Permanence des soins »).

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 de transport 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. A noter que dans le cadre de la mesure PLFSS 2023 relative aux IJ maternité et accueil d'un enfant, les IJ d'adoption et postnatales (y compris pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés PAMC) sont désormais gérées par la CNAF depuis le 1er janvier 2023. Cela se traduit par une forte baisse des IJ maternité constatée entre 2022 et 2023.
- Pour 2020 2021 les IJ dérogatoires liées au Covid19 sont inclus dans ce poste. Compte tenu des problèmes d'affectation lié à l'utilisation d'un prescripteur fictif, les IJ maladie de 2020 et 2021 sont réaffectés selon l'axe « consommation par les résidents de la région ou bénéficiaires ».

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

j) Autres dépenses de soins de ville

Cette rubrique comprend :

- Les rémunérations des professionnels de santé pour la campagne de vaccination Covid à partir de l'année 2021.
- 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 CNAM et ventilées par région selon une clé de répartition ACOSS

qui assure la ventilation des cotisations émanant du régime général. Ont également été incluses sous ce chapitre les options OPTAM et OPTAM-CO.

- Les aides à la télétransmission et Fond d'Action Conventionnel : montants versés aux professionnels de santé correspondant à 0,07 € par feuille de soins télétransmise. Le FAC permet notamment de financer la formation professionnelle conventionnelle (FPC), des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et, pour les médecins libéraux spécifiquement, des actions d'accompagnement de l'informatisation, le dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention, et l'aide à la souscription d'une assurance pour les spécialités à risque
- 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 retracent les prestations délivrées par les producteurs de soins 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 (T2A). Ces dépenses comprennent à la fois les dépenses d'activité (MCO, SSR, PSY, USLD) et les paiements aux établissements au titre du FMIS et du FIR.

Les sources de données sont le PMSI, le SNDS HAPI Sanitaire et la balance comptable du FIR (issues de SIBC).

A partir du 1^{er} juin 2023 les **SSR** (Soins de Suite et de Réadaptation) deviennent des **SMR** (Soins Médicaux et de Réadaptation). Etant donné que la majorité des dépenses présentées dans les Etats financiers 2023 relèvent du périmètre SSR, nous conservons encore cette dénomination pour cette année.

A noter que 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.

1. Dépenses des établissements de santé

Sont retracées :

a) Les dépenses de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements, détaillées dans les annexes 1 et 2.

Suite à la mise en place en 2020 du mécanisme de garantie de financement et son remplacement par la Sécurisation Modulée à l'activité (SMA), il n'est plus possible de distinguer les dépenses imputables aux forfaits des séjours et séances de celles des actes et consultations externe. Aussi la rubrique a été globalisée pour les 3 années :

- L'activité *d'hospitalisation à domicile (HAD)* : groupes homogènes de tarifs (GHT) ;
- Les *médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus* ;
- Forfaits annuels et dotations : forfaits annuels 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). Sont également incluses dans cette rubrique les dotations populationnelles des urgences. La source est HAPI Sanitaire.

- *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 Puigcerdá ;
- *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 30 mars 2023 fixant pour l'année 2023 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-33-7 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.

Rappel : les modalités de prise en charge des dépenses de transports inter et intra hospitaliers ont évolué à compter du 1er octobre 2018, 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.

Auparavant, les transports de patients entre établissements étaient 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 (transferts provisoires hors séances / transferts entre deux entités géographiques d'une même entité juridique).

b) 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 ;
 - L'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

Pour 2023, suite au changement de modèle de financement avec le passage de SSR à SMR, le calcul de la régularisation ex-post au titre du second semestre 2023 est bien pris en compte dans les montants des Etats financiers

c) Dépenses de psychiatrie :

Les différents compartiments (dotation file active, dotation populationnelle, dotation transformation, nouvelles activités, recherche, activités spécifiques) finançant les activités de psychiatrie pour les établissements ex-DG et ex OQN. Les montants des forfaits IFAQ sont intégrés dans le total

(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 SNDS) ;

d) Dépenses de soins de longue durée (SLD) :

Dotation de soins des USLD (source ARBUST jusqu'à 2013 puis HAPI Sanitaire) ;

² Voir la Notice financement SSR 2017 de l'ATIH sur le site www.atih.sante.fr

e) Dépenses des établissements de santé hors région :

Dotation annuelle de financement des établissements publics dont la gestion est nationale (Service de 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 FMIS et le FIR

Ce poste retrace les paiements aux établissements de santé bénéficiaires d'une aide au titre du fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS) 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.

D. 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). Ont été intégrés en 2022, comme en 2021, les montants versés dans le cadre du programme ESMS numérique qui vise à généraliser l'utilisation du numérique dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) personnes âgées et handicapées.

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 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 âgées. Il s'agit des EHPAD, SSIAD et autres établissements 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 est assis sur une contribution des régimes d'assurance maladie et une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). 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, désormais au titre de la branche autonomie ; 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).

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. Ce dispositif est aujourd'hui repris par l'article L 223-8 du code de la sécurité sociale.

La LFSS pour 2023, a notamment permis de financer 97,3 M€ pour les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Le sous-objectif relatif au FIR et au soutien national à l'investissement évolue de manière à renforcer la territorialisation des dépenses de santé et valoriser les efforts en matière d'aide à l'investissement national.

b) Subventions d'investissement

Les subventions d'investissement aux établissements pour personnes âgées en 2021, 2022 et 2023 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, et 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.

L'annexe 1 de l'état financier retrace à la fois la dotation allouée à l'ARS au titre de l'année 2023 et les paiements effectués en 2023 au titre des PAI années précédentes.

Pour information, la CNSA a versé en 2023 aux ARS des dotations régionales d'un montant de 18,3 M€ au titre du PAI- personnes âgées ; à noter que depuis 2014, ces crédits sont déconcentrés auprès des ARS.

Pour mémoire 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.

La mise en œuvre opérationnelle du plan de relance de l'investissement avec la circulaire PM du 10 mars 2021 instaure une programmation pluriannuelle des crédits du « Ségur », dont ceux pour le secteur médico-social (Cf. tableau ci-dessous) :

Investissements annuels (M€)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Secteur sanitaire	2 200	1 850	1 850	1 950	1 850	1 750	1 550	1 350	1 150	15 500
Secteur médico-social	550	550	420	440	140	0	0	0	0	2 100
<i>dont numérique</i>	100	100	120	140	140	0	0	0	0	600
Numérique en santé	510	737	153	0	0	0	0	0	0	1 400
Total	3 260	3 137	2 423	2 390	1 990	1 750	1 550	1 350	1 150	19 000

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 ex. 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 (cf. Circulaire interministérielle □DGCS/3B/5A/DGEFP/METH/2017/125 du 14 avril 2017).

- **Nature des dépenses d'intervention**

Comme indiqué au point 1 a), de nouvelles dépenses sont apparues pour donner suite à la publication de la LFSS pour 2011 et de son article 78 (figurant désormais à l'article L 223-8 du code de la sécurité sociale) 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 2023 la LFSS inclut :

- Une contribution au fonctionnement des CREAL pour 1 150 000 € ;
- 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 45,1 M€ ; il est à noter qu'à compter de 2013, les dépenses relatives aux GEM sont financées par le FIR. *Pour 2023, la LFSS a également prévu (article 71) : 75,4 M€.*
- A titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place par certaines agences régionales de santé d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est découverte et qui bénéficient du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

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 2023 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.

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 code de l'action sociale et des familles (CASF) fixe chaque année le montant de l'ONDAM non délégué à la CNSA, 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 actions expérimentales de lits d'accueil médicalisés (LAM) et à compter de 2011, les actions menées au titre de l'expérimentation intitulée « 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 médico-social hors-CNSA ou « 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 1er 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 mutuelle³ (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.

³ 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.

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 DAC

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, L'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.

A compter de 2013, ces dépenses ont été financées par le FIR comme c'est le cas pour les GEM.

Désormais, les MAIA sont financées par les conseils départementaux, et le financement FIR est orienté vers les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

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 2023, la CNSA contribue au fonctionnement des CREAI à hauteur de 1,15M€ ; ce versement est partie intégrante de la contribution de la CNSA aux ARS pour 2023.

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 son budget d'intervention des dépenses de modernisation des services, de professionnalisation et de formation des personnels accompagnant les personnes âgées et handicapées.

Pour 2022, 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 ;

10. Fonds d'urgence ESMS Personnes Agées

En 2023, un fonds d'urgence exceptionnel doté de 100 millions d'euros a été organisé afin de permettre d'accompagner en tant que de besoin les réponses et plans d'action qui seront mis en œuvre pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en difficultés financières suite à l'examen de leur situation en commission. Ces données proviennent du FIR

E. 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). Pour information, la forte augmentation des rentes AT en 2019 correspond à la reprise par la MSA, au 1er janvier 2019, de la gestion du fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA), anciennement à la charge de la Caisse des dépôts et des consignations. Ce fonds regroupe les rentes et allocations versées aux exploitants et salariés agricoles victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle constatés avant juillet 1973 et celles versées aux exploitants victimes d'un accident du travail entre juillet 1973 et mars 2002, dans le cas d'une souscription à une assurance facultative. Cela concerne près de 25 000 bénéficiaires.

F. Autres dépenses sanitaires et médico-sociales

1. 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.

2. 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).

3. 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.

4. 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 : FMIS, 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 FMIS et les dépenses du champ dit non régulé (dépenses de santé des ressortissants français à l'étranger notamment⁷).

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.

a) ⁷ 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).

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

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 nationales⁴ 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 FMIS

Voir paiements aux établissements de santé au titre du FMIS décrits supra. A noter qu'il ne s'agit donc pas des montants annuels notifiés par les ARS.

B. Fonds d'intervention régional

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

- contribution du FLCA au FIR
- contribution de la CNSA au FIR
- contribution du P 157 au FIR
- contribution du P 304 au FIR

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.

⁴ n'est pas « Dépenses d'accompagnement des assurés piloté régionalisable » (INPES, Cetaf, associations nationales).es par la CNAMTS (SOPHIA...), actions de communication nationales et subventions à des structures dont l'activité

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 CREAI.

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 CREAI.

Une rubrique a été ajoutée en 2021 présentant les crédits alloués dans le cadre du programme ESMS numérique.

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

IV. Annexe 1 : Détail du *Fond d'intervention régional (FIR)*

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

Les 5 missions du FIR sont les suivantes :

Mission 1 : Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie

Mission 2 : Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale

Mission 3 : Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire

Mission 4 : Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels

Mission 5 : Développement de la démocratie sanitaire

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 FMIS ni celles au titre du FIR.

VI. Annexe 3 relative aux dépenses en consommation de soins sur les soins de ville

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 ainsi, sur les 2 critères (production ou consommation), le montant des dépenses remboursées.