

Annexe 2

Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Ils relèvent à tout le moins d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé (ARS) [encadré 1]. Le cadre juridique et institutionnel a sensiblement évolué avec la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). Cette annexe présente celui qui prévaut en 2026, tandis que l'année de référence des données fournies dans l'ouvrage est 2024. De petites différences peuvent donc exister entre le cadre législatif et réglementaire exposé dans cette annexe et les données publiées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. La présentation traditionnelle – établissements publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques privées (établissements privés à but lucratif) – est conservée dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Après être revenu sur le statut et les missions des établissements de santé, cette annexe décrit les statuts diversifiés de leurs personnels, puis la manière dont l'offre sanitaire est organisée et financée.

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, ils sont soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP), qui précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial, qu'ils sont

dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, inter-régional ou régional et par arrêté du directeur général de l'ARS dans les autres cas.

Trois grands types d'hôpitaux publics sont à distinguer :

- les centres hospitaliers, qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret, sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent également les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP) ;
- lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Aujourd'hui, 31 des 32 CHR sont des CHU. Ce sont des centres de soins où sont organisés, dans le respect des malades, les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1 du CSP) ;
- les autres hôpitaux qui n'ont pas le statut de CHR (ni donc de CHU) sont dénommés simplement centres hospitaliers (CH).

Les établissements publics de santé peuvent, par ailleurs, créer une ou plusieurs fondations hospitalières dotées de la personnalité morale, pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir à certaines activités de recherche (article L. 6141-7-3 du CSP). Ces fondations disposent de l'autonomie financière et sont soumises aux mêmes règles que les fondations d'utilité publique.

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les cliniques privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, etc.).

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

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

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

œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ». Les établissements de santé peuvent développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article R. 6121-4, se distinguent de celles délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :

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

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile (HAD), visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Par ailleurs, dans le cadre du projet régional de santé (PRS), les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1 du CSP). Les établissements sont « responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins » (article L. 6111-1-3).

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

Les établissements de santé publics et privés élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie (c'est-à-dire toutes les conséquences néfastes pour la santé résultant de l'intervention médicale), ils définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, et ils mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2), de l'imagerie, etc.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS) conduit une démarche de certification qui concerne tous les établissements de santé, publics ou privés, quelles que soient leur taille et leur activité. Dispositif d'évaluation externe, indépendant et obligatoire, cette démarche de certification a lieu tous les quatre à six ans, avec pour objectif de porter une appréciation sur le niveau de qualité des prestations et soins délivrés aux patients et sur la dynamique d'amélioration mise en œuvre par les établissements. Enfin, depuis 2006, la HAS propose aux médecins de s'engager de façon volontaire dans une démarche de gestion des risques : l'accréditation. Elle vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité du patient. La démarche d'accréditation peut s'envisager individuellement ou en équipe.

Les autres missions générales

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

Enfin, les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3 du CSP).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

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

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

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir l'un des outils de coopération privilégiés des établissements de santé. Il sert de cadre, non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la

personnalité morale publique ou privée, le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet. Le GCS permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc. Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants ou encore performance interne.

La mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce dispositif issu de l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés. Les GCS peuvent détenir en propre certaines activités de soins sans être érigés en établissements de santé (article R. 6133-21-1 du CSP). Les GCS peuvent également être constitués en établissements de santé (GCS-ES). Ceux-ci restent en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.

La vocation mixte des GCS (associant secteurs public et privé) apparaît complémentaire à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui constituent l'instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoire

Le groupement hospitalier de territoire (GHT), créé en 2016 et dont le dispositif légal et réglementaire a été complété par l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021, constitue un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. En 2026, 136 GHT sont recensés. L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en accentuant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. En renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, le GHT vise à mieux organiser les prises en charge au niveau du territoire, et à présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement selon des filières de prise en charge. L'établissement support du groupement est compétent pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, ainsi que la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion du personnel médical, pour le compte des autres établissements du GHT.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

Le personnel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (*tableau 1*).

Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires exercent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par le décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires¹ et comprennent :

1. Ce décret statutaire abroge les décrets n° 84-135 du 24 février 1984 et n° 90-92 du 24 janvier 1990.

- des personnels titulaires relevant, au titre de leurs fonctions universitaires, de la fonction publique d’État – professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) –, qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;
- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
- des personnels non titulaires – chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière (FPH), leurs statuts spécifiques sont régis par le Code de la santé publique (CSP). Le décret n° 2021-134 du 5 février 2022 a fusionné les statuts de PH à temps plein et à temps partiel en un statut unique de PH, avec une quotité de temps variable (entre 50 % et 100 %). L'exercice des praticiens contractuels, des assistants des hôpitaux, des praticiens attachés et des cliniciens est aussi régi par les dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Jusqu'au 31 décembre 2022, les établissements publics de santé pouvaient également recruter,

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

Peu fréquent

Situation majoritaire

Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH), personnel temporaire (PHU), personnel non titulaire (CCU-AH et AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Article 1 ^{er} du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Praticien hospitalier, nouveau statut de praticien contractuel	Articles R. 6152-1 et suivants, R. 6152-334 et suivants du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
	Assistant des hôpitaux	Articles R. 6152-501 et suivants du Code de la santé publique		
	Praticien associé et praticien associé contractuel temporaire	Articles R. 6152-901 et R. 6152-934 à R. 6152-963 du Code de la santé publique	Possibilité de mise à disposition d'un praticien associé	
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et articles L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

CLCC : centre de lutte contre le cancer ; PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier ; MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier ; PHU : praticien hospitalier universitaire ; CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ; AHU : assistant hospitalier universitaire ; PH : praticien hospitalier.

sous certaines conditions, du personnel médical associé, c'est-à-dire n'ayant pas le plein exercice et non inscrit à l'ordre. Il s'agissait notamment des praticiens attachés associés et des assistants associés dont les statuts ont été mis en extinction. Les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) relèvent désormais du statut de praticien associé (décret n° 2021-365 du 29 mars 2021) pour la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences à l'issue de leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances (EVC). L'introduction, par la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, d'une autorisation temporaire d'exercice d'une durée de treize mois maximum, renouvelable une fois, permet aux Padhue et non lauréats des EVC d'exercer temporairement en établissement de santé. Le statut de praticien associé contractuel temporaire (PACT) a été créé fin 2024 pour permettre le recrutement de ces professionnels.

Depuis la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont aussi été élargies. Ils sont désormais autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins (article L. 6146-2).

Depuis la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, les médecins, sages-femmes et odontologistes peuvent aussi être admis à exercer à titre bénévole (les dispositions réglementaires sont en cours de publication). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé se fondent sur les seuls tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans dépassement. Ils sont à la charge

de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile (HAD). Dans les cliniques privées, les médecins exercent majoritairement en tant que libéraux et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

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

Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un Espic durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). Le personnel hospitalo-universitaire, quant à lui, peut être affecté dans un établissement privé associé à son CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

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

du 7 février 2022. Tout nouveau recrutement intervient désormais sous une unique forme de contrat de praticien contractuel, qui se substitue aux trois précédents, selon les nouvelles règles prévues aux articles R. 6152-334 et suivants du CSP. L'enjeu de cette réforme est à la fois de simplifier le cadre de la gestion des ressources humaines médicales et de préciser les motifs et conditions de recours à l'emploi médical contractuel, complémentaire à l'exercice principal sous statut de praticien hospitalier. Toutefois, les praticiens relevant des trois anciens statuts et sous contrat à la date du 7 février 2022 restent régis par les dispositions de leur statut et de leur contrat jusqu'au terme de celui-ci. Aucun renouvellement ni aucun avenant ne peuvent être conclus pour les contrats en cours, exception faite des praticiens attachés en contrat triennal qui, à la date du 7 février 2022, bénéficient d'un droit à renouvellement par contrat de praticien attaché à durée indéterminée. Ces derniers conservent ce droit, et pourront donc bénéficier d'une poursuite de leur contrat triennal, à la date d'échéance de celui-ci, par un contrat à durée indéterminée (CDI) sous le statut de praticien attaché.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation (étudiants de 2^e cycle, internes et docteurs juniors pour le 3^e cycle des études médicales), à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir. Depuis la loi HPST de 2009, les autres établissements privés ont également la possibilité d'accueillir des internes.

Le personnel non médical

Le personnel non médical des établissements publics de santé relève de la fonction publique hospitalière (FPH), régie par le Code général de la fonction publique (CGFP). Environ 80 % du personnel non médical est fonctionnaire, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels, à durée déterminée ou indéterminée, lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps correspondants, pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des hausses momentanées d'activité.

Les établissements peuvent également avoir recours à l'intérim pour assurer la continuité de service. Ressort également de la FPH, et donc du CGFP, le personnel des établissements publics sociaux et médico-sociaux relevant du CASF : hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale.

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

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en régions. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et sont dirigées par un directeur général (article L. 1432-1 du CSP). Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Dans ce cadre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé (ORS). Elles organisent également la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre des Armées ;

c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent, réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme, et procèdent aux inspections nécessaires ;

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

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

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

b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé (*encadré 1*)

et des installations de chirurgie esthétique (définies aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b) de l'article L. 313-3 du CASF. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence. Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (article L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent du respect des cahiers des charges décrits respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code.

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

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

e) Elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention et de promotion de la santé, à la qualité, à la sécurité et au contrôle des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, et elles procèdent à des contrôles à cette fin. Elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance au sens de l'article L. 119-1 du CASF² et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

2. Cet article fait référence à une atteinte au développement, aux droits, aux besoins fondamentaux ou à la santé d'une personne en situation de vulnérabilité dans le contexte d'une relation de confiance, de dépendance, de soins ou d'accompagnement.

Encadré 1 Les activités de soins et les équipements matériels lourds soumis à autorisation

En 2024, à la suite de la réforme du droit des autorisations d'activité de soins entrée en vigueur le 1^{er} juin 2023, les activités de soins soumises à autorisation sont les suivantes :

1. médecine ;
2. chirurgie ;
3. gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
4. psychiatrie ;
5. soins médicaux et de réadaptation ;
6. activité de médecine nucléaire ;
7. soins de longue durée ;
8. greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du Code de la Sécurité sociale ;
9. traitement des grands brûlés ;
10. chirurgie cardiaque ;
11. activités interventionnelles sous imagerie médicale, en cardiologie ;
12. neurochirurgie ;
13. activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
14. médecine d'urgence ;
15. soins critiques ;
16. traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
17. activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
18. traitement du cancer ;
19. examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
20. hospitalisation à domicile ;
21. activité de radiologie interventionnelle.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) les identifie à l'aide d'un quintuplet composé des éléments suivants : activité/modalité/mention/pratique thérapeutique spécifique/déclaration. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de traitement du cancer (activité), pour la chirurgie oncologique (modalité), plus spécifiquement la chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe (mention) pour l'œsophage ou la jonction gastro-œsophagienne (pratique thérapeutique spécifique). Cette autorisation peut relever d'une demande exceptionnelle dérogatoire pour exception géographique (déclaration).

Par ailleurs, en 2024, les équipements matériels lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :

- > appareil d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale ;
- > scanographe à utilisation médicale ;
- > caisson hyperbare ;
- > cyclotron à utilisation médicale.

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

g) Elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et les interventions chirurgicales. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région.

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

i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

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

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

l) Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Elles se prononcent sur la détermination par les universités des objectifs pluriannuels

d'admission en 1^{re} année du 2^e cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

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

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

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

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

a) un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

b) un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises

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

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

Dans les territoires frontaliers ainsi que dans les départements et les régions d'outre-mer (DROM), le PRS organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin. Le SRS a pour objectif de structurer les évolutions à apporter aux organisations des acteurs du système de santé dans une logique de transversalité et de complémentarité au service des parcours de santé :

- il indique les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation, les dispositions qu'il comporte à cet égard n'étant pas opposables aux professionnels de santé libéraux³ ;
- il fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- il fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins ;

– il définit l'offre d'examen de biologie médicale, en fonction des besoins de la population. Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont définis sur la base des zones du SRS donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'EML soumis à autorisation. Pour l'offre de biologie médicale, la répartition se fait sur la base des zones du schéma définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité. Ces deux zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée, mentionnées à l'article L. 1434-4 du CSP, qui concernent les professionnels de santé de ville.

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

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

Le financement

Les modalités historiques de financement des établissements de santé

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés par les disciplines exercées et par leur statut juridique.

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

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

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

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

Une évolution progressive des modalités de financement des établissements de santé portée par la stratégie de transformation du système de santé

Les modalités de financement des établissements de santé ont fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années, et continuent d'évoluer. Les réflexions sur la réforme du financement des établissements de santé engagées dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » ont permis d'établir une feuille de route prévoyant la refonte ou l'amélioration des modes de financement de la quasi-totalité des champs d'activité à horizon cinq ans. Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, un dispositif temporaire de garantie de financement (GF), puis de sécurisation modulée à l'activité (SMA) permettant d'accompagner la reprise de l'activité hospitalière, a également été mis en place (*encadré 2*). Si la crise sanitaire a ainsi décalé l'application de certaines réformes, les objectifs poursuivis ont été réaffirmés dans le cadre du Ségur de la santé en juillet 2020 et une refonte globale des modèles de financement des établissements de santé a été mise en œuvre à partir de 2025, afin d'évoluer vers la cible de 50 % des ressources des établissements établies hors T2A.

Les réformes instaurées combinent :

- une part importante de financements fondés sur des critères populationnels afin de réduire les inégalités de ressources entre territoires et d'améliorer l'adéquation entre offre et besoins de santé. Depuis 2022, c'est le cas pour les activités de psychiatrie, d'urgences et, depuis 2023, pour les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR), qui bénéficient d'une dotation populationnelle répartie par région, mais aussi pour les hôpitaux de proximité, au travers d'une garantie de financement tenant compte, notamment, des besoins de santé du territoire ;
- le développement de financements distribués à partir d'indicateurs de qualité dans chacun des champs d'activités *via* l'extension et la refonte du dispositif d'incitation financière à la qualité (Ifaq) ou bien au sein de dispositifs spécifiques à certaines activités comme le

financement des services d'urgences, et la prise en compte de cette dimension dans le financement des hôpitaux de proximité ;

- des modalités de financement à l'activité revues, dans le but de favoriser la pertinence des soins et l'adéquation aux besoins des patients. Ainsi, le financement des établissements de psychiatrie prend en compte la file active des patients suivis, incitant à mettre l'accent sur les prises en charge ambulatoires, tandis que la partie financement à l'activité des urgences prend mieux en compte l'intensité

des prises en charge au travers de forfaits selon l'âge du patient. Depuis 2023, les modalités de financement des SMR permettent également de mieux valoriser les moyens mobilisés pour les prises en charge spécialisées ;

- des financements à l'activité basés sur des classifications revues ou améliorées (par exemple, prise en compte de la lourdeur pour les urgences, classification rénovée en SMR) ;
- des financements ciblés pour soutenir l'innovation, la recherche, ainsi que les activités dites d'expertise ou de recours.

Encadré 2 Le financement des établissements de santé en 2023 : la sécurisation modulée à l'activité remplace la garantie de financement introduite en 2020

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

Le dispositif vise à sécuriser les recettes perçues à travers la tarification à l'activité ou les prix de journée, en fixant un plancher de recettes fondé sur l'année 2019. À ce titre, les établissements sous dotation (DAF, DFG) ne sont pas concernés par le dispositif, dans la mesure où ils bénéficient, par ailleurs, de dotations garantissant leurs recettes indépendamment de leur éventuelle baisse d'activité. L'arrêté du 6 mai 2020 précise le périmètre d'application et les modalités de calcul et de versement de la garantie.

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

- > pour les établissements ex-DG, dont le financement repose sur la valorisation mensuelle, un versement mensuel forfaitaire est réalisé sur la base des recettes de l'année 2019, puis des régularisations sont effectuées au fur et à mesure afin de verser les compléments éventuels de recettes découlant d'une activité supérieure au niveau minimum ;

- > pour les établissements ex-QQN et QQN, dont le financement repose sur la facturation au fur et à mesure, un système d'avances de trésorerie est mis en place sur la base des recettes de l'Assurance maladie 2019 (hors honoraires des praticiens libéraux), en complément de la continuité des facturations, lesquelles sont comparées en fin de période garantie au niveau minimum calculé et font, le cas échéant, l'objet d'une régularisation compensatoire.

Le dispositif de garantie de financement (GF) mis en œuvre en 2020 a été reconduit en 2021 et 2022, afin de poursuivre l'accompagnement des établissements de santé toujours mobilisés dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée au Covid-19.

À compter du 1^{er} janvier 2023, un nouveau dispositif de sécurisation des recettes remplace la garantie de financement, la sécurisation modulée à l'activité (SMA). Il s'applique sur le champ du MCO, car dans le cadre de l'application des réformes de financement sur les champs de la psychiatrie et des SMR, ces activités bénéficient de dispositifs *ad hoc* visant à sécuriser de manière transitoire leurs recettes.

Il conjugue une proportion de financement au montant de référence (à hauteur de 70 % en 2023) et un financement à l'activité (30 %), et permet de revenir progressivement aux mécanismes de valorisations de l'activité antérieurs. En 2024, ce dispositif est reconduit avec une répartition 50 % montant de référence et 50 % de financement à l'activité. Il est supprimé à partir de 2025.

Par ailleurs, le Ségur de la santé, intervenu en 2020, est venu massivement revaloriser et consolider les ressources des établissements en sus de ces engagements pluriannuels, avec en particulier la mobilisation de :

- près de 6,9 milliards d'euros destinés aux revalorisations salariales et à la restauration de l'attractivité au bénéfice des professionnels opérant en établissements de santé ;
- près de 19 milliards d'euros destinés à la consolidation financière et à la restauration des capacités des établissements à réaliser les investissements nécessaires sur les dix prochaines années.

Le financement à la qualité

Afin de mieux tenir compte de la qualité des soins délivrés par les établissements de santé, l'article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A d'une dimension consacrée à la qualité et à la sécurité des soins. En 2016, un forfait visant l'Ifaq a ainsi été mis en place. Cette démarche, instaurée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée à partir de 2016 à tous les établissements du champ du MCO, ainsi qu'à l'hospitalisation à domicile (HAD), la psychiatrie et les SMR. Ce modèle permet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé.

Le dispositif Ifaq a pris de l'ampleur depuis. S'il faisait l'objet en 2018 d'une enveloppe de 50 millions d'euros, celle-ci a progressivement été portée à 200 millions d'euros en 2019 et 450 millions d'euros en 2021. À compter de 2022, le dispositif s'étend au champ de la psychiatrie et l'enveloppe consacrée à l'Ifaq s'établit à 700 millions d'euros. Ce montant est reconduit en 2023 et en 2024. À compter de 2026, le mécanisme des groupes de comparaison utilisé pour déterminer le montant de la dotation Ifaq est supprimé.

Les évolutions propres au champ du MCO

Les adaptations des modalités de financement sur le champ du MCO visent essentiellement à réduire la part de financement à l'activité des établissements et à mieux répondre aux besoins des patients.

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

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), adoptée en 2019, a redéfini le rôle de l'hôpital de proximité au travers des missions qu'il exerce : premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine, il a aussi vocation à constituer une ressource pour les professionnels de ville, afin de proposer le niveau de technicité nécessaire au maintien des patients au plus près de leur domicile. S'ajoute à cela une dotation de responsabilité territoriale, qui vise à sécuriser notamment l'activité de consultation des hôpitaux de proximité, le soutien à l'exercice mixte des médecins libéraux et l'exercice de missions partagées avec les acteurs du territoire.

Le déploiement de la réforme a débuté au second semestre 2021, avec de premières labellisations en région, et s'est poursuivi tout au long de l'année 2022, première année d'application du modèle de financement dérogatoire conçu pour ces établissements. Par ailleurs, depuis le 1^{er} octobre 2019, un forfait « pathologies chroniques » a été instauré concernant la prise en charge par les établissements de santé (MCO) des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC) aux stades 4 et 5. L'objectif est de favoriser, par un financement forfaitaire, la mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle de suivi autour du patient (en permettant notamment le financement de personnel paramédical ou socio-éducatif) et de développer une prise en charge tout au long de l'année dans une logique de parcours patient. Ces mesures visent à lutter contre la progression de la maladie et à limiter les complications liées à cette pathologie.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 (article 49) a prévu une refonte du financement des activités de MCO à compter du 1^{er} janvier 2025. Le nouveau modèle de financement se décline en trois compartiments : la tarification à l'activité (T2A), les dotations relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique (dotations OSP) et les dotations relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation (dotations MS). Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) sont supprimées et réparties entre ces deux compartiments de dotation. Les modalités d'application ont été précisées par le décret n° 2024-1267 du 31 décembre 2024, entré en vigueur à compter de l'exercice 2025, et complétées par le décret n° 2025-186 du 26 février 2025 fixant la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation des dotations OSP et MS. Il est prévu également de réformer le financement des activités de diagnostic et de radiothérapie à compter de 2027.

La réforme du financement pour les urgences

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

Depuis 2021, les structures de médecine d'urgence bénéficient d'un nouveau modèle de financement combiné. Ce modèle se compose :

- d'une dotation populationnelle allouée aux régions sur la base de critères ayant un impact

direct sur le recours aux services de médecine d'urgence et au SMUR : elle est donc dissociée de l'activité effectivement réalisée. Le directeur général de l'ARS fixe ensuite annuellement le montant alloué à chaque établissement, sous la forme d'une dotation socle déterminée en fonction de critères définis au niveau régional ;

- d'un compartiment de financement à l'activité qui vise à mieux prendre en compte l'intensité des prises en charge avec la mise en place de forfaits (urgentistes, imagerie, biologie, spécialistes) et suppléments dépendant notamment de l'âge du patient et de ses caractéristiques. Par ailleurs, un forfait patient unique pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation a été mis en place en 2022, en remplacement des tickets modérateurs, et constitue maintenant le reste à charge dû par les patients ou leur organisme complémentaire, en complément des financements couverts par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) ;

- d'un compartiment dédié à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge, qui représente environ 2 % du financement de la médecine d'urgence. En pratique, ce compartiment complète le modèle avec une valorisation de la progression observée de l'établissement de santé sur des indicateurs spécifiques permettant, par exemple, d'inciter à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données d'activité remontées par les services d'urgences.

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

La réforme du financement des activités de SMR

L'article 78 de la LFSS pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de SMR afin de corriger les effets d'un financement différencié entre des établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) et des établissements financés à la journée d'hospitalisation. La mise en œuvre de ce nouveau modèle a débuté en 2017 avec l'instauration d'un dispositif transitoire combinant anciennes modalités de financement (90 %) et nouvelles modalités de financement (10 %). Après plusieurs reports, le nouveau modèle de financement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023, avec une mise en œuvre a posteriori s'agissant de la période comprise entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2023. Il produit pleinement ses effets à partir du 1^{er} janvier 2024.

Ce modèle se compose :

- de financements issus de l'activité, qui représentent 50 % du financement total de l'activité de SMR. Pour chaque séjour, l'établissement perçoit un montant forfaitaire correspondant aux tarifs des groupements médico-tarifaires (GMT) en vigueur. Ces recettes visent à rendre le modèle de financement dynamique et réactif par rapport à l'évolution des prises en charge effectuées par les établissements ;
- de compartiments forfaitaires de deux types :
 - des compartiments ciblés (plateaux techniques spécialisés, activités d'expertise financées en dotations Migac, dotation pédiatrie, etc.) qui permettront de prendre en compte les profils spécifiques d'établissements très spécialisés et de stabiliser ainsi leurs financements, tout en travaillant à un meilleur maillage territorial,
 - une dotation populationnelle, répartie sur la base de critères démographiques et épidémiologiques ayant un impact direct sur le recours aux activités de SMR,
 - un financement à la qualité à travers le dispositif Ifaq adapté au champ des soins médicaux et de réadaptation.

La réforme du financement des activités de psychiatrie

Jusqu'en 2021, les établissements publics et la majeure partie des établissements privés à but non lucratif étaient financés en dotation globale via une DAF allouée annuellement, au titre du secteur dont ils sont responsables.

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

La réforme du financement des activités de psychiatrie, entrée en vigueur en 2022, introduit un modèle de financement combiné qui repose sur huit compartiments :

- une dotation populationnelle, vecteur majoritaire du modèle de financement pour les établissements publics et privés à but non lucratif, répartie entre les régions sur la base de leur population ajustée au regard de cinq critères identifiés comme explicatifs du recours aux soins. Charge ensuite aux ARS de répartir cette dotation entre les établissements de la région, au regard de critères populationnels définis par la région en concertation avec la section psychiatrie du comité d'allocation de ressources créé pour la mise en œuvre de la réforme ;
- une dotation à la file active pour valoriser l'activité des établissements, vecteur majoritaire du modèle de financement pour les établissements privés à but lucratif, répartie entre les établissements selon leur file active quantifiée à partir du nombre de journées, pour l'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel, ou du nombre d'actes annuels, en ambulatoire, affectés à un patient sur une année civile ;
- un compartiment d'activités spécifiques pour reconnaître et financer certaines activités à portée suprarégionale ;

- plusieurs compartiments de financements ciblés afin de soutenir la transformation du secteur, la structuration de la recherche en santé mentale et le développement d’activités innovantes ;
- un financement à la qualité à travers l’extension du dispositif Ifaq au champ de la psychiatrie et la création d’un compartiment dédié au financement de la qualité du codage.

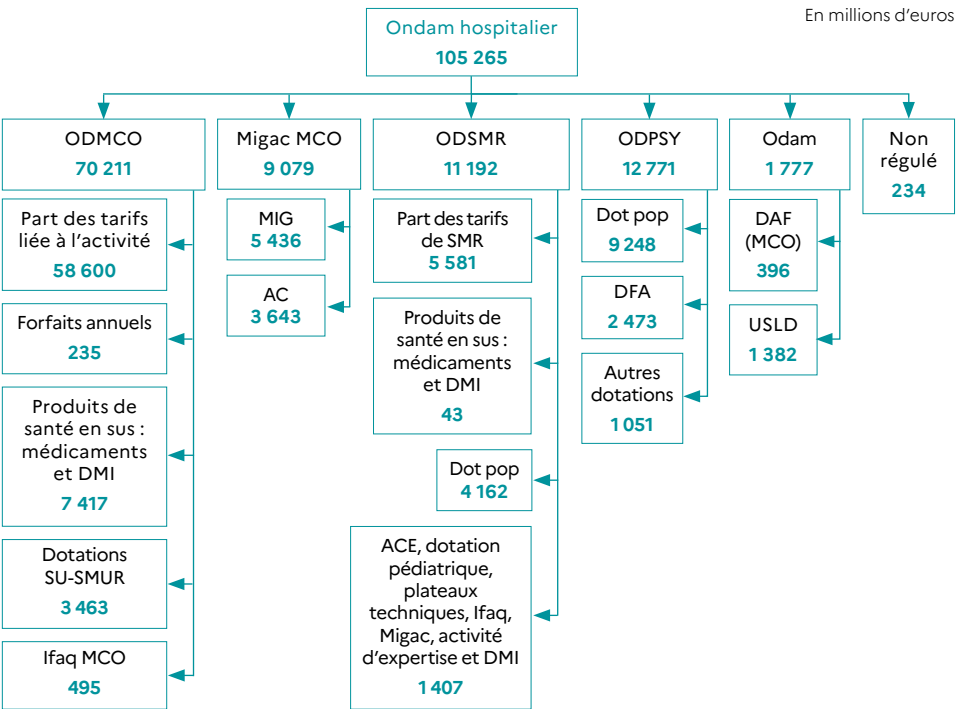
Afin de prendre en compte les spécificités des différents acteurs, en partie imputables à leurs modes de financement historiques, les poids respectifs de la dotation populationnelle et de la dotation file active peuvent varier selon les

types d’établissements (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif).

L’Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu’en 2016, l’objectif national des dépenses d’assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l’Ondam) en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les autres dépenses qui relèvent des établissements de santé (schéma 1 et tableau 2). Depuis 2017, ces deux sous-objectifs ont fusionné en un seul sous-objectif « Ondam établissements de

Schéma 1 La décomposition de l’Ondam hospitalier en 2024



Ondam : objectif national des dépenses d’assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; MIG : mission d’intérêt général ; AC : aide à la contractualisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d’intérêt général et d’aide à la contractualisation ; ODSMR : objectif national des dépenses de soins médicaux et de réadaptation ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d’assurance maladie (ne recouvre plus que les dotations MCO, psychiatrie et USLD) ; PSY : psychiatrie ; USLD : unité de soins de longue durée ; Dot pop : dotation populationnelle ; DAF : dotation annuelle de financement ; DFA : dotation à la file active (modalité de financement de la psychiatrie) ; ACE : actes et consultations externes (MCO et SMR) ; SU : service d’urgence ; SMUR : structure mobile d’urgence et de réanimation ; Ifaq : incitation financière pour l’amélioration de la qualité (modalité de financement du MCO et du SMR) ; DMI : dispositifs médicaux implantables.

Note > Dans ce décompte, il s’agit des objectifs initiaux pour 2024 hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Source > DGOS.

santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Le niveau de l'Odnam établissements de santé est voté chaque année par le Parlement, dans le cadre du vote de la LFSS. Ce nouveau sous-objectif unique évolue, en lien avec les modalités de financement des établissements. Ainsi en 2023, ce sous-objectif est composé de :

- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, incluant la T2A et les deux compartiments dotations MS et OSP, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), aux forfaits

annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;

- l'ODSMR (objectif national des dépenses de soins médicaux et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble des dépenses de ces établissements, notamment la dotation populationnelle, la T2A et les Migac ;
- l'Odam (objectif des dépenses d'assurance maladie), qui agrège les dépenses des établissements de MCO et de psychiatrie sous DAF, ainsi que celles des USLD ;
- l'ODPSY en psychiatrie.

L'Odnam « établissements de santé », voté initialement au titre de l'année 2023, s'élève à

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Odnam depuis 2009

	Dépenses hospitalières dans l'Odnam, hors FMESPP		ODSMR, ODPSY, Odam et non régulé		ODMCO + MS-OSP (anciennement dotation Migac MCO)		ODMCO		MS-OSP (anciennement dotation Migac MCO)	
	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées
2009	-	69,1	-	17,7	-	51,4	-	43,7	-	7,7
2010	-	70,3	-	17,7	-	52,7	-	44,9	-	7,8
2011	-	72,0	-	18,1	-	53,9	-	45,8	-	8,1
2012 ¹	-	73,3	-	18,5	-	54,8	-	47,1	-	7,7
2013	-	73,1	-	18,8	-	54,3	-	48,2	-	6,1
2014	-	74,5	-	19,1	-	55,4	-	49,5	-	5,9
2015	-	76,0	-	19,2	-	56,8	-	50,6	-	6,2
2016	-	77,4	-	19,0	-	58,4	-	51,9	-	6,5
2017	-	78,3	-	19,4	-	59,0	-	52,3	-	6,7
2018	80,0	79,7	19,5	19,5	60,5	60,2	53,8	53,1	6,7	7,1
2019	81,7	81,7	19,9	19,9	61,8	61,8	54,8	54,6	7,0	7,2
2020	83,7	89,2	20,3	20,8	63,4	68,4	56,1	55,6	7,3	12,8
2021	91,9	95,6	22,4	22,6	69,5	73,0	60,8	61,0	8,7	12,1
2022	95,2	98,4	23,2	23,9	72,0	74,5	63,2	62,8	8,8	11,7
2023	101,2	102,9	24,8	25,2	76,4	77,7	67,0	66,3	9,4	11,4
2024	105,3	105,4	26,0	25,9	79,3	79,5	70,2	70,4	9,1	9,2
2025	109,6	-	26,9	-	82,7	-	72,1	-	10,6	-

Odnam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; ODSMR : objectif national des dépenses de soins médicaux et de réadaptation ; ODPSY : objectif national des dépenses de psychiatrie ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. MS-OSP : dotation missions spécifiques (MS) et objectifs de santé publique (OSP).

1. À compter de 2012, année de création du Fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Odnam à compter de 2014.

Champ > Données hors FMESPP.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière ; objectifs initiaux 2018-2025 : DGOS.

101,2 milliards d'euros. Pour l'année 2024, ce montant est porté à 105,3 milliards d'euros. L'Ondam établissements de santé constitue le deuxième poste de dépense au sein de l'Ondam global (après l'enveloppe dédiée aux soins de ville), dont il représente près de 40 %.

Au sein d'un autre sous-objectif spécifique de l'Ondam, sont également à signaler :

- le Fonds de modernisation pour l'investissement en santé (FMIS), qui contribue au financement de l'investissement hospitalier ;
- le Fonds d'intervention régional (FIR), qui contribue également, entre autres, au financement des dépenses des établissements de santé pour des activités bien identifiées et organisées au niveau régional. ■