



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins
Bureau de l'efficacité des établissements
publics et privés (PF1)

Personne chargée du dossier :

Gaëlle KUSTER-MALAQUIN

Tél. : 01 40 56 72 59

Mél. : dgos-pf1@sante.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système
de soins
Bureau des établissements de santé et
médico-sociaux (1A)

Personne chargée du dossier :

Guillaume BOUILLARD

Tél. : 01 40 56 71 10

Mél. : guillaume.bouillard@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DGOS/PF1/DSS/1A/2021/165 du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier

Date d'application : immédiate

NOR : SSAH2122689J

Classement thématique : établissements de santé – Gestion

Validée par le CNP le 23 juillet 2021 - Visa CNP 2021-106

Résumé : Instruction relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier, dans le cadre du Ségur de la santé.
Mention Outre-mer : Le texte est applicable en l'état à ces territoires, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés : investissement, marges de financement, soutenabilité, transformation du service public hospitalier, Ségur de la santé.
Textes de référence : <ul style="list-style-type: none">- Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;- Décret n° 2020-1576 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de dotation de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.
Circulaire / instruction / abrogée : néant.
Circulaire / instruction / modifiée : néant.
Annexe : Modalités de détermination de l'objectif et validation du montant de la dotation.
Diffusion : les établissements de santé doivent être destinataires de cette instruction, par l'intermédiaire des agences régionales de santé.

Conformément aux engagements du Ségur de la Santé, un soutien massif va être apporté à l'investissement en santé. Ce plan exceptionnel, reposant sur une enveloppe de plus de 19 Md€, comporte un programme de 13Md€ prévu par l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021, qui est destiné à permettre aux établissements assurant le service public hospitalier de retrouver rapidement les leviers de financement permettant de maintenir et renouveler leur outil de production de soins dans les conditions de qualité et de sécurité attendues, et prioritairement en soutenant le financement des investissements indispensables à leur fonctionnement et/ou à leur transformation tout en maîtrisant leur endettement.

La présente instruction vise à rappeler les objectifs poursuivis par le programme porté par l'article 50 de la LFSS pour 2021 et expliciter les modalités d'allocation et de suivi des dotations, dans un contexte de forte déconcentration de la politique de soutien auprès des Agences Régionales de Santé (ARS).

1. Enjeux et objectifs poursuivis par le dispositif : restaurer les capacités de financement et accompagner la transformation du service public hospitalier sur le territoire

Dans le respect des grands paramètres servant à déterminer les dotations prévues par le décret organisant un dispositif de dotation de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, dans son article 2, à savoir les besoins de financement nécessaires pour :

- garantir la qualité et la sécurité des soins prioritairement en soutenant le renouvellement des investissements courants indispensables au fonctionnement du service public hospitalier ;
- assurer les opérations d'investissements structurants de ces établissements de santé concourant à la transformation du service public hospitalier ;
- restaurer les capacités de financement des investissements une fois déduit le service de la dette pour garantir la continuité des soins.

Il est décidé de répartir la totalité des financements dits « article 50 » en deux volets regroupant deux principales orientations :

- Le soutien à la restauration des marges d'autofinancement permettant d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier (6,5 Md€)

De nombreux établissements publics et privés à but non lucratif connaissent un fort besoin de soutien de leurs marges de financement, puisqu'ils ne sont pas en capacité d'assurer pleinement l'autofinancement de leur investissement courant, indispensable à l'exercice des missions de service public qui leur sont confiées. La mobilisation des fonds nécessaires au maintien de soins de qualité, dans le respect des impératifs de continuité et de sécurité des soins qui incombent à tout établissement de santé assurant le service public hospitalier, pourrait conduire ces structures à contractualiser de nouveaux emprunts et dégrader davantage leur situation financière.

Le volet 1 de restauration des marges de financement répond ainsi à un enjeu d'amélioration des situations bilancielle des établissements.

Pour les établissements qui, faute de ressources suffisantes au tableau de financement, n'auraient pas inscrit dans leur trajectoire une amélioration du niveau d'investissement courant, les dotations de ce volet peuvent toutefois exceptionnellement contribuer à sa mise à niveau. Ces dérogations doivent demeurer limitées et exceptionnelles, et demeurer dans une approche se limitant aux seuls investissements courants, et restant prudentielle et sélective.

- Le soutien à des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier (6,5 Md€)

La présence de soins de qualité ne se limite toutefois pas au maintien des structures existantes, et nécessite la mise en place de nouveaux projets de transformation et d'investissements s'inscrivant dans le cadre de la transformation de l'offre de soins et de l'amélioration de la réponse aux besoins de la population sur un territoire donné. La réalisation de projets d'envergure implique d'importants besoins de financement de la part des établissements concernés, qui, en dépit parfois de capacités d'autofinancement permettant de garantir l'investissement courant, sont contraints de recourir de manière importante à l'endettement pour financer de telles opérations d'envergure, plaçant durablement leur trajectoire financière en-deçà des seuils de soutenabilité.

Les dotations allouées contribueront ainsi, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement, à une maîtrise de l'endettement en évitant un recours excessif à la dette pour financer des projets d'investissements structurants contribuant à améliorer la trajectoire d'exploitation et l'autofinancement de l'établissement. Un engagement systématique de l'établissement sur une trajectoire d'endettement cible est inclus dans le contrat.

2. Périmètre des établissements concernés

Le périmètre des établissements éligibles à ces financements correspond à l'ensemble des établissements **assurant** le service public hospitalier, mentionnés à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.

Concernant plus spécifiquement les établissements privés à but non lucratif, ceux-ci peuvent être qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et inclus dans le dispositif dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier (article L. 6161-5 du code de la santé publique). C'est le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique (CSP), ainsi que des établissements de santé privés gérés par certaines personnes morales de droit privé (mentionnées au 1° du II de l'article 1er de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire), remplissant les conditions (dont celle de poursuivre un but non lucratif) et ayant obtenu l'habilitation à assurer le service public hospitalier (SPH), mentionnée à l'article L. 6112-3 du CSP.

Après la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMSS), les ESPIC **préexistants** ont basculé de plein droit dans le SPH, sauf refus explicite de leur part (ils disposaient jusqu'au 30 novembre 2016 pour faire valoir leur refus d'une habilitation à assurer le SPH). Depuis les établissements nouveaux doivent faire l'objet d'une habilitation expresse de l'agence régionale de santé.

La nouvelle définition fonctionnelle du SPH n'exclut par principe aucun établissement de santé. Ainsi en 2016, la loi est venue définir les modalités selon lesquelles les différents établissements de santé sont reconnus comme assurant le SPH :

- Les établissements publics de santé et les hôpitaux d'instruction des armées sont tenus, de par leur statut juridique, d'assurer les obligations du SPH. Ils sont intégrés sans possibilité de choix au SPH ;
- L'ensemble des établissements de santé (ES) déjà qualifiés d'ESPIC en 2016, qu'ils aient été antérieurement sous dotation globale (ex DG) ou sous objectif quantifié national (ex OQN), sont habilités de plein droit à assurer le SPH, sauf opposition expresse de leur part (avant le 30 novembre 2016) ;
- Les établissements de santé privés peuvent quant à eux y être habilités, uniquement sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) et sous réserve de s'engager à respecter l'ensemble des obligations nouvellement définies du SPH.

Une note d'information de fin 2015 précisait également que : « *Le projet de loi [devenu la loi de modernisation de notre système de santé] tire parti de cette réintroduction du SPH pour redéfinir la catégorie des ESPIC. Tout établissement privé à but non lucratif (EBNL), quelle que soit l'échelle de financement (ex DG ou ex OQN) qui adhérera au SPH bénéficiera de l'appellation d'ESPIC. Ainsi, a priori, quasiment tous les EBNL devraient devenir des ESPIC, puisqu'ils respectent dans leur grande majorité les futures règles du SPH et en particulier l'interdiction des dépassements d'honoraires.* »

De ce fait, il est effectivement nécessaire de pouvoir identifier et travailler la situation de ces établissements au niveau régional.

3. Une déconcentration des crédits délégués sur 10 ans

3.1 Détermination et répartition des enveloppes entre les régions

La circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 a précisé la répartition régionale indicative de cette enveloppe de 13 Md€, selon les besoins identifiés dans la région.

➤ Répartition régionale des 6,5Md€ de restauration des capacités financières

La méthode utilisée pour approcher le besoin des établissements éligibles au titre de l'art 50 de la LFSS pour 2021 comporte différentes étapes, dont la première consiste en un « scoring » des établissements sur la base de critères financiers jugés pertinents au regard des objectifs de la mesure, et correspondant à 90% de l'enveloppe nationale (les 10% restant sont répartis sur un critère populationnel).

Les critères utilisés sont les suivants :

- Critère encours (données 2018) : sélection des ES ayant un taux d'endettement (encours/produits hors 7087) supérieur à 30% et valeur de l'écart au taux de référence dans la limite d'1/3 de l'encours.
- Critère taux de capacité d'autofinancement (CAF) nette (données 2018) : sélection des ES ayant un taux de CAF nette inférieur à 1%, puis valeur de l'écart à ce taux de référence.

Une fois ce « scoring » établi, la dotation est dimensionnée selon le montant total de l'enveloppe du volet 1 « restauration des capacités financières » à l'échelle nationale.

La dernière étape consiste enfin à reconstituer la marge de 20% laissée à l'appréciation de l'ARS, qui va se composer d'une part populationnelle ainsi que d'un complément puisé dans la part préfléchée.

Aucune mise en réserve au niveau national ou régional n'est constituée sur ce premier volet de la mesure.

➤ *Répartition régionale des 6,5Md€ de soutien aux investissements structurants*

La répartition régionale des crédits du 2nd volet - soutien des projets structurants et de transformation, a été réalisée à la fois sur un critère populationnel et sur la base d'un travail de recueil des potentiels besoins des territoires à court terme en dialogue avec les ARS, qui agissent au plus près des établissements et connaissent les projets en cours dans leur région. L'enjeu réside en effet dans le soutien de ces projets et la limitation de la trajectoire de l'endettement.

Sur ce volet, une enveloppe pour aléas de 1 Md€ est conservée au niveau national et non répartie initialement entre les ARS. Il ne s'agit pas d'une enveloppe nationale visant à assurer/compléter un plan de financement au moment de l'instruction initiale d'un projet mais d'une enveloppe visant à faire face à des surcoûts ou des besoins imprévus pour les 10 années à venir. Elle viendra abonder les enveloppes régionales en fonction des besoins de financements complémentaires qui seront identifiés et validés.

Les crédits de cette enveloppe seront délégués sur décision du Ministre chargé de la santé.

Modalités des délégations aux ARS : tranches de délégation et mises en réserve

Le rythme défini pour les délégations, qui sera et affermi par voie d'arrêtés, comprendra plusieurs tranches :

➤ *Engagement par les ARS des 6,5Md€ de restauration des capacités financières*

- Les ARS devront dès 2021 engager l'intégralité des crédits correspondant à ce premier volet. Cet engagement se fera par le biais de la signature avec les établissements de santé bénéficiaires des contrats prévus par l'article 50 de la LFSS pour 2021 et le décret organisant un dispositif de dotation de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Le versement effectif des crédits aux établissements de santé se fera sur une période de 9 ans selon un échancier prévu au contrat. Le montant de la première annuité sera le double des annuités suivantes (qui seront toutes du même montant) afin de donner une impulsion significative au dispositif. L'ensemble des contrats avec les établissements de santé bénéficiaires de ce premier volet **devra impérativement avoir été signé avant le 31/12/2021**.

➤ *Engagement par les ARS des 6,5Md€ de soutien aux investissements structurants*

Conformément à la circulaire interministérielle du 10 mars 2021, les ARS définissent leurs stratégies régionales d'investissement pour une transmission au comité de pilotage des investissements sanitaires en octobre 2021. Par conséquent, les montants des dotations régionales dédiées au soutien à l'investissement, pour les 5,5Md€ restants, ne pourront être confirmés qu'à l'issue de la finalisation et de la transmission de ces stratégies régionales d'investissement.

Les ARS pourront engager ces enveloppes en deux tranches de 5 ans. La première portant sur la période 2021-2025. La seconde portant sur la période 2026-2030 correspondant au reste de l'enveloppe totale.

- Les ARS pourront donc dès fin 2021 commencer à engager une 1^{ère} partie de l'enveloppe régionale dite 1^{ère} tranche (65/70%) sur la période 2021-2025, **soit dans les contrats initiaux, soit par voie d'avenant aux contrats initiaux**, le versement des crédits prévus dans les échanciers des contrats pouvant eux s'échelonner jusqu'à 2030 ;
- En 2026, la 2^{ème} partie de l'enveloppe dite 2^{ème} tranche sera déléguée aux ARS qui pourront alors l'engager **par voie d'avenant aux contrats signés**, sur la période 2026-2030 avec une date limite de notification des crédits avant le 31/12/2030. Ces avenants pourront avoir pour objet le financement de projets d'investissements nouveaux, pas uniquement des compléments de financement à des projets d'investissements déjà prévus au contrat.

Nota Bene : Une évolution législative est envisagée pour aménager la date limite de contractualisation. Elle devrait permettre, pour les établissements n'étant pas couverts par un contrat au titre du 1er volet et par exception, la signature de contrats portant exclusivement sur le second volet postérieurement au 31/12/2021 et au plus tard au 31/12/2030 (les échéanciers et les versements devant également être réalisés avant le 31/12/2030).

Sur ces deux tranches, seront prévues des mises en réserve (autour de 5%), qui limiteront le niveau d'engagement que les ARS peuvent contractualiser avec les établissements. Ces mises en réserves restent conservées au sein des enveloppes régionales.

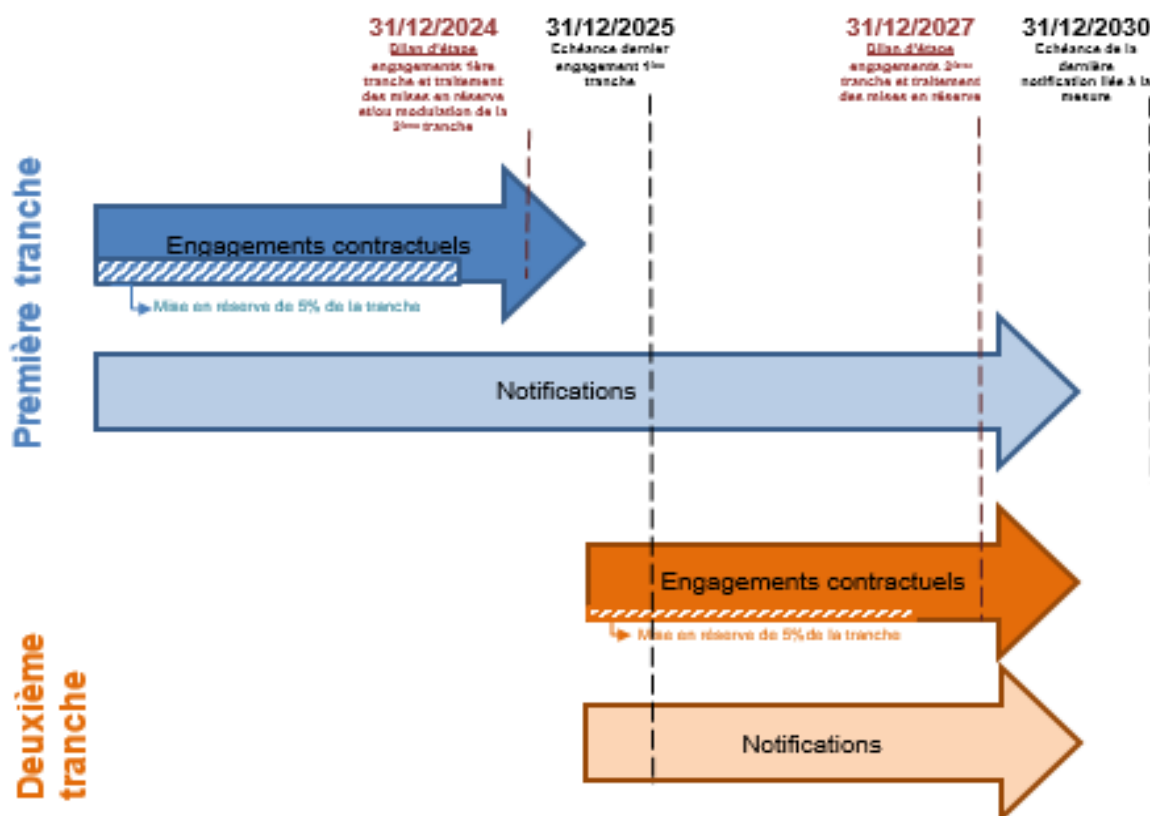
Le montant de l'enveloppe de chacune des tranches, minoré des mises en réserve, constitue la limite des engagements que les ARS peuvent contractualiser avec les établissements sur la période considérée.

Ces tranches et les mises en réserves seront définies par arrêté. Elles restent conservées au sein des enveloppes régionales. Il sera statué sur leur traitement à l'occasion de points d'étape intermédiaires.

Ces points d'étape seront réalisés avant l'échéance de chacune des tranches (au troisième trimestre 2024 pour la tranche 2021-2025 et au troisième trimestre 2027 pour la tranche 2026-2030) et seront l'occasion d'un dialogue de gestion entre les ARS et le niveau national, lui-même nourri d'un dialogue que l'ARS aura mené avec les établissements contractants afin de :

- Faire le bilan intermédiaire des niveaux d'engagements par région et des résultats atteints en matière d'assainissement financier et d'investissements ;
- Procéder à une éventuelle réévaluation des besoins théoriques par région tels qu'ils auront été estimés au début de la mesure ;
- Procéder, en fonction du bilan, à l'éventuelle restitution ou réallocation qui pourrait prendre la forme d'une fongibilité entre régions ;
- Procéder à une réévaluation des enveloppes régionales de la deuxième tranche.

Ces points d'étape seront complémentaires du suivi annuel des niveaux de contractualisation et de l'évolution des indicateurs clés.



- L'enveloppe d'1 Md€ pour aléas sera engagée sur décision nationale.

Les précisions sur ces autorisations d'engagement et le niveau des mises en réserve seront déclinés par voie d'arrêté et ouvriront la possibilité aux ARS de contractualiser les niveaux de dotation avec les ES.

3.2 Détermination et répartition des enveloppes entre les établissements

Au sein des enveloppes régionales, le processus de définition du montant attribué à chaque établissement dépend des objectifs fixés à l'établissement conformément aux dispositions de l'article 3 du décret organisant un dispositif de dotation de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. De façon opérationnelle, il varie selon les volets et les orientations poursuivies :

- **Soutenir les capacités financières des établissements de la région à assurer les investissements et charges nécessaires à l'exercice de leurs missions de service public (volet 1)**

L'allocation des dotations doit s'appuyer sur une analyse prospective de la situation de chaque établissement assurant des missions de SPH, et doit être tournée vers le soutien à la continuité, la qualité et la sécurité des soins, ou encore des projets de transformation en lien avec le service public hospitalier et les charges afférentes non déjà compensées.

➤ *Une allocation selon des critères financiers et une analyse des besoins de financement*

Pour ce premier volet du dispositif, le travail préparatoire d'allocation s'effectue pour 80% à partir de la répartition des crédits communiquée aux ARS et basée sur les critères financiers retenus (cf. supra) qui sont issus de la plateforme "Application Nationale Compte financier Rapport infra-annuel Eprd" (ANCRE) 2018. **Il revient à chaque ARS de s'assurer de l'identification exhaustive des établissements assurant le SPH dans sa région et d'évaluer les besoins réels et individuels de l'ensemble des établissements éligibles au dispositif.**

Au sein de l'enveloppe régionale allouée sur ce versant, une marge de modulation équivalente à 20% des crédits est laissée à l'appréciation des ARS pour ajuster la dotation aux besoins des établissements.

Il incombe aux ARS d'utiliser la part de l'enveloppe laissée à leur appréciation pour allouer une dotation aux établissements éligibles dont les besoins n'auraient pas pu être identifiés à l'échelon national.

Dans tous les cas, les ARS devront s'appuyer sur l'évaluation de la situation et de la trajectoire financière de l'établissement, afin de qualifier et quantifier le besoin de compensation complémentaire des charges de service public hospitalier, au regard notamment des enjeux de qualité (besoin de garantir un fonctionnement courant via le renouvellement des investissements courants ou le juste niveau de trésorerie), d'adaptabilité (investissements) et de soutenabilité (endettement).

Ainsi, en déclinaison de l'article 3 du décret susvisé, les objectifs de la dotation doivent s'inscrire dans les orientations thématiques suivantes :

- La garantie de la qualité et de la sécurité des soins ;
- La restauration d'un niveau d'investissement courant minimum, au bénéfice du service public hospitalier ;
- L'amélioration de la capacité de financement des investissements nécessaires au service public hospitalier.

- ✓ **Le besoin de l'établissement sera ainsi à qualifier au regard des ressources disponibles au tableau de financement présent au Plan global de financement pluriannuel (PGFP) et mis en perspective avec les besoins de financement de l'établissement (investissement, consolidation de sa trésorerie...), tout en visant à assurer la maîtrise voire la réduction de son endettement.**
- ✓ **Chaque euro alloué devra correspondre à une dépense effectivement prévue dans la trajectoire financière pluriannuelle de l'établissement.**
- ✓ **Cette dotation vise à faciliter le financement d'une trajectoire d'investissement courant déjà planifiée, et/ou à soutenir l'autofinancement de l'établissement et limiter les prélèvements sur le fonds de roulement. En conséquence, elle ne doit pas contribuer à augmenter le montant total de la trajectoire globale d'investissement de l'établissement par rapport au tendancier passé ou ce qui pouvait être prévu précédemment, et dans la limite de tout effet de surcompensation. Toutefois, exceptionnellement, ce volet pourra contribuer à une remise à niveau de l'investissement courant, qui devra rester sélectif et dans une approche budgétaire prudentielle.**
- ✓ **En tout état de cause, pour ce volet, le niveau d'endettement, après l'intégration dans la trajectoire financière de ces dotations et ces contreparties, doit rester maîtrisé et ne pas être supérieur à celui déjà prévu dans les trajectoires antérieures de l'établissement, et la trajectoire financière doit être assainie. Il est de la responsabilité des ARS de s'assurer que les trajectoires proposées répondent à cet objectif de maîtrise de l'endettement et d'amélioration financière globale. A ce titre, le soutien à l'investissement notamment ne doit pas générer un effet levier conduisant un recours supplémentaire à l'emprunt : les dotations viendront sécuriser le financement des volumes d'investissement déjà prévus ou prévisibles notamment par substitution à un recours à l'emprunt envisagé initialement le cas échéant.**

Il est attendu des ARS qu'elles mettent ces dotations en perspective avec les autres dispositifs d'accompagnement existants qui constitueraient déjà des subventions directes des investissements ou des soutiens de la capacité d'autofinancement des ES pour financer leurs investissements. C'est notamment nécessaire avec les autres enveloppes d'aides à l'investissement que constituent les crédits « investissement du quotidien », mais plus largement avec toutes aides antérieures (présentes au tableau de financement ou via la CAF s'il s'agit d'aides en exploitation, notamment les aides dites « à l'emprunt » des plans H2007, H2012 ou COPERMO) dès lors qu'elles sont positionnées sur la même durée de versement que la dotation.

A ce titre, les montants des aides antérieures doivent bien être projetés en respectant les échéanciers et durée de versement prévus, c'est-à-dire une mise en base maximale de 20 années, les débasages de certains plans intervenant donc au cours de la période couverte par les contrats art 50.

L'annexe présente la démarche globale de détermination des objectifs et montant des dotations et les 3 piliers sur lesquels elle repose.

Des outils d'aide au diagnostic et à la formalisation des objectifs et engagements seront également proposés aux équipes des ARS par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

➤ ***Marges de manœuvre des ARS***

Les ARS ont l'opportunité de décider d'une modulation à la hausse du montant préfléché en mobilisant la marge régionale en cas de besoin de financement nécessaire identifié nécessitant une compensation complémentaire.

A l'inverse, et notamment en cas de risque de surcompensation : il est possible de revoir **exceptionnellement** à la baisse le montant de la dotation prédimensionnée. Cette démarche doit toutefois s'appuyer sur un argumentaire transmis à la DGOS (DGOS-PF1@sante.gouv.fr) et faire l'objet d'une validation nationale.

On considère qu'il y a surcompensation dès lors que l'on se trouve dans une situation où l'attribution de la dotation aboutit à un montant de financement qui excède les besoins à couvrir de l'établissement au regard de l'objectif fixé, qui devra être déterminé en regard des besoins à financer au tableau de financement (investissement courant, projet majeur...cf. infra) ou en consolidation du bilan (pour dette fournisseurs notamment). Une telle surcompensation peut notamment survenir pour un établissement certes surendetté, mais dont les ressources du tableau de financement lui assurent une couverture suffisante de ses besoins : par ex, CAF importante car soutenue par des aides (H07/12...) ou dotations/ financements fléchés sur l'investissement et dont les montants cumulés sont supérieurs à la charge à couvrir, ou également lorsque le montant prédéfini est supérieur au besoin considéré.

A l'issue des contractualisations opérées en 2021, l'ensemble de l'enveloppe régionale consacrée au premier volet de la mesure devra être engagé.

➤ *Articulation avec la campagne budgétaire du PGFP 2021*

Il est proposé aux ARS d'engager le travail de projection du montant prévisionnel dédié à la restauration des capacités de financement (1^{er} volet) dans le cadre ou à partir de la campagne des PGFP 2021.

L'intégration des dotations relatives aux investissements structurants n'est toutefois pas conseillée, au regard du manque de visibilité sur les plans de financement des établissements et dans le contexte de l'élaboration de la stratégie régionale d'investissement attendue pour octobre 2021.

Dans les cas où un premier travail de projection a été opéré dans le PGFP 2021, la validation de ces PGFP devra s'accompagner d'une réserve indiquant que les dotations positionnées dans les tableaux de financement prévisionnels par les établissements ne pourront être validées définitivement qu'au terme de la signature du contrat.

Pour l'ensemble des établissements concernés, c'est à l'issue de la signature des contrats que les montants pourront être inscrits au PGFP 2022, **sans qu'une version intermédiaire de PGFP ne soit nécessaire entre les campagnes.**

▪ **Accompagner les projets de transformation de l'offre de soins portés par les acteurs du territoire (volet 2).**

Les ARS devront organiser la planification et la priorisation des investissements hospitaliers de leur région, au regard des orientations définies au niveau national, s'agissant notamment des priorités et principes directeurs édictés, dans le cadre de la nouvelle gouvernance des investissements en santé, et du diagnostic qu'elles réalisent des besoins et objectifs en termes d'offre de soins de chaque territoire.

Ce travail s'inscrit dans la démarche d'élaboration de la stratégie régionale d'investissement, attendue pour octobre 2021.

Les ARS seront chargées de sélectionner et d'instruire au fond la pertinence des projets d'investissement proposés par les établissements de santé, et décideront de l'opportunité de leur financement par des dotations issues de cette enveloppe. Elles mèneront une analyse d'impact, d'opportunité, de soutenabilité et de pertinence des paramètres retenus dans les projets, sur la base des méthodologies et référentiels validés à l'échelon national.

Les ARS devront notamment déterminer le montant de la dotation octroyée pour contribuer au financement des projets d'investissement prioritaires retenus. **Elles devront s'assurer, dans le calcul du montant de cette dotation, de la soutenabilité des projets, afin de réduire l'effet accélérateur que de tels projets induisent sur l'endettement**, et les autres risques financiers associés (en lien avec les avis du COPIL national des investissements hospitaliers le cas échéant pour les projets supérieurs à 150M€ hors taxe sur les opérations de travaux).

De manière générale, les projets d'investissement financés devront présenter une juste adaptation des moyens aux besoins grâce à une évaluation sincère et réaliste des coûts d'investissement et de fonctionnement, afin d'éviter les dérives au fur et à mesure de l'avancement des études et des travaux, et d'assurer et préserver dans le temps la soutenabilité des projets. Cette évaluation sera réalisée sur la base des cibles des référentiels et des méthodologies qui seront produits à partir des travaux du Conseil Scientifique du Comité national de l'investissement en santé (CNIS) en matière de conception et la validation des projets d'investissement. Sur la base d'hypothèses de tendanciel crédibles, les porteurs de projets devront démontrer que le niveau de performance de leur exploitation permettra de couvrir à la fois la charge annuelle de leur dette et le socle minimum d'investissements courants, tout en préservant un niveau de Fonds de Roulement Net Global de sécurité.

4. Modalités d'attribution aux établissements et procédure contractuelle

4.1 Obligation de contractualisation avant la fin de l'année 2021

La contractualisation avec les ARS avant le 31/12/2021 constitue la condition d'éligibilité au dispositif.

Ainsi, l'ensemble des dotations du 1^{er} volet doivent impérativement être contractualisées à cette même échéance.

Les dotations du 2nd volet pourront être soit contractualisées dans le contrat initial conclu avant le 31/12/2021, soit ajoutées au contrat initial par voie d'avenant tout au long de la période de 10 ans que dure le dispositif. Les versements des dotations aux établissements prévus dans l'échéancier inscrit dans le contrat ne pourront pas intervenir après le 31/12/2030.

Nota Bene : Une évolution législative est envisagée pour aménager la date limite de contractualisation. Elle devrait permettre, pour les établissements n'étant pas couverts par un contrat au titre du 1er volet et par exception, la signature de contrats portant exclusivement sur le second volet postérieurement au 31/12/2021 et avant le 31/12/2030.

Le contrat devra impérativement faire apparaître :

- les engagements pris par chaque établissement de santé dans le cadre de la mesure via les objectifs individuels qui lui sont fixés, visant notamment à garantir un niveau d'investissement courant ou à garantir la soutenabilité financière des projets d'investissement sans recours excessif à la dette ;
- la description du mécanisme général de compensation de charges qu'offre cette aide, sa déclinaison au niveau de l'établissement co-contractant, son montant total ainsi que l'ensemble des paramètres de son calcul lui permettant d'être proportionnée au regard des objectifs fixés ; le principe de non-surcompensation et la description du mécanisme de contrôle de la non surcompensation, via les indicateurs de suivi, les modalités de son évaluation et de contrôle ainsi que les conséquences en cas de non-respect des engagements pris, notamment les mécanismes de reprise de financements.

Un modèle de contrat type vous sera proposé par voie d'arrêté, et pourra faire l'objet d'une adaptation par les parties signataires pour prendre en compte les enjeux spécifiques à l'établissement.

4.2 Détermination des échéanciers

Echéancier global

Il convient de faire apparaître dans le corps du contrat un échéancier global, qui correspond aux montants versés sur toute la durée du contrat, pour l'ensemble des objectifs fixés à l'établissement. Il pourra avoir vocation à être modifié et complété notamment en cas d'avenant venant préciser, par exemple, le projet d'investissement structurant et le concours financier qui lui est apporté.

Echéancier pour les dotations du 1^{er} volet « restauration des capacités financières »

Le rythme de l'échéancier est linéaire et **décliné sur 9 ans avec une double échéance en 2021 destinée à donner une impulsion au dispositif**, avec toutefois des possibilités exceptionnelles de dégressivité (par exemple pour accompagner les besoins de financement des investissements courants complémentaires qui peuvent être générés par un effort de sortie d'emprunts toxiques) ou de progressivité (dans le cas d'extinction d'aides à l'investissement notamment), qui devront être motivées selon la situation de l'établissement (risque de surcompensation notamment) et donner lieu à une transmission de l'information à la DGOS (DGOS-PF1@sante.gouv.fr).

Echéancier pour les dotations du 2nd volet « investissements structurants »

Le rythme de l'échéancier est dépendant du rythme de l'opération elle-même et s'adapte aux besoins de décaissement identifiés. Les versements prévus dans l'échéancier ne peuvent cependant pas aller au-delà du 31/12/2030.

Arrêtés de délégation aux établissements

Les Directeurs Généraux d'ARS prendront annuellement un arrêté de délégation des crédits au titre de l'article 50 de la LFSS 2021 pour chacun des établissements avec qui un contrat a été établi dans le cadre de cette mesure. Le montant de cet arrêté correspondra à l'annuité prévue au contrat signé avec l'établissement bénéficiaire.

Ce contrat précisera donc l'annuité qui sera versée par la caisse d'assurance maladie. Cette annuité sera constituée de la somme des annuités pour l'année considérée :

Du volet assainissement financier ;

Du volet investissement, conformément aux échéanciers de chacun des projets accompagnés, annexés au contrat ou aux avenants.

Les caisses procèderont aux versements sur le fondement de ces arrêtés.

4.3 Inscription dans les contrats des cibles et indicateurs

Chaque contrat doit contenir les indicateurs et cibles correspondant à la fois aux objectifs donnés à la dotation, et à l'engagement associé garantissant le respect du principe de désendettement ou limitation de l'endettement auquel la mesure contribue indirectement.

Il vous est proposé de mobiliser les principaux indicateurs pertinents au regard de ces enjeux dans le cadre du suivi de chaque contrat, relatifs à :

- La performance de l'exploitation : taux de CAF nette et taux de marge brute ;
- La trajectoire de la dette : évolution du volume des encours et des 3 ratios d'endettement prévus au décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (Nota : le seul ratio de dette directement impacté par la mesure est le taux de dépendance financière de l'établissement, qui sera amélioré mécaniquement lors de l'inscription de la dotation au bilan) ;
- L'investissement : évolution du taux de vétusté (méthode à sécuriser pour les ES non soumis à la certification).

Pour chaque indicateur, des cibles sont prévues dessinant une trajectoire associée au contrat. Ces cibles donneront lieu à une inscription dans le PGFP 2022, que les établissements commenceront à préparer dès l'automne 2021 et qui sera déposé dans les délais habituels. Elles sont annuelles pour les 5 prochaines années, puis une dernière valeur est établie au terme de l'échéancier.

Le contrat donne lieu obligatoirement a minima pour tous les établissements à un engagement associé de limitation de l'endettement et d'une trajectoire associée incluant les ratios d'endettement cibles.

Pour les établissements bénéficiaires du volet 1, les ARS doivent garantir la recherche d'une optimisation maximale de ces ratios d'endettement au regard de la situation de l'établissement, afin de les ramener en-deçà des ratios caractérisant le surendettement. Ainsi, pour les dotations octroyées à ce titre, l'endettement doit obligatoirement s'améliorer par rapport aux trajectoires antérieurement projetées, dans la mesure où la dotation doit permettre de soutenir l'autofinancement de l'établissement et permettre de financer les investissements déjà prévus tout en réduisant le recours à l'emprunt.

Pour les établissements bénéficiaires du volet 2, la maîtrise de l'endettement doit aussi être recherchée et s'apprécier au regard des indicateurs de dette.

4.4 Obligation de publication et de transparence

La délégation des échéances d'aide aux établissements telles que prévues dans les contrats, sera réalisée par le biais d'arrêtés de versement annuels signés par le directeur général de l'agence régionale de santé et publiés au recueil des actes administratifs.

Une publication pour chaque établissement d'un résumé du contrat comprenant les éléments indiqués comme devant obligatoirement figurer au contrat et décrits ci-dessus, est réalisée par les agences régionales de santé sur le vecteur de leur choix. On entend par résumé du contrat soit le corps du contrat-type lui-même sans les annexes soit, si nécessaire, un document ad hoc élaboré par l'ARS.

En cas de conclusion d'un avenant au contrat modifiant ces éléments, une mise à jour des éléments publiés est réalisée.

4.5 Avenant et révision du contrat

Les ARS peuvent octroyer par voie d'avenant des dotations complémentaires issues du 2nd volet, permettant :

- La prise en compte des nouveaux engagements et projets de l'établissement ;
- L'intégration ou la révision de l'accompagnement financier consenti initialement par l'ARS au regard des évolutions des objectifs ou engagements déjà prévus au contrat au titre de ce 2nd volet.

Une révision des contrats est également possible par voie d'avenant notamment dans l'une des circonstances suivantes :

- modifications substantielles de l'environnement de l'établissement, de l'offre de soins régionale ou des missions de service public hospitalier qui lui sont confiées nécessitant une **révision du contenu des objectifs et des engagements** afin de tenir compte de nouvelles orientations ;
- **modifications de calendrier** nécessaires à la bonne réalisation des objectifs et engagements au contrat.

Les cas de surcompensation avérée en cours d'échéancier ou de non tenue des objectifs doivent conduire à une diminution ou le cas échéant, un remboursement des sommes correspondantes, et être traités selon les modalités décrites infra (5.2).

Par ailleurs, dans tous les cas, les versements prévus à l'échéancier figurant dans le contrat initial ou les avenants éventuels ne peuvent pas intervenir au-delà du 31/12/2030.

➤ *Articulation des contrats initiaux et des avenants portant dotation du 2nd bloc*

La condition d'éligibilité au dispositif global étant la contractualisation avec les ARS avant le 31/12/2021 et la délégation des crédits du 2nd volet étant échelonnée en deux tranches, la majeure partie des crédits du 2nd volet seront engagés par avenant.

Il est ainsi nécessaire que les ARS procèdent, notamment dans le cadre de leur stratégie d'investissement régionale à décliner pour octobre 2021, à **une analyse des situations des établissements ne bénéficiant pas d'une dotation sur le 1^{er} volet mais à ne pas écarter du dispositif en regard des orientations du 2nd volet.**

Deux cas de figure sont alors à traiter :

- Les établissements identifiés à ce stade comme porteurs d'un projet d'investissement prioritaire selon la stratégie régionale de l'ARS, qui sont de façon certaine, éligibles à une aide régionale mais dont le montant n'est pas encore déterminé : il est dans ce cas recommandé de procéder à un premier engagement d'aide pour venir compenser les charges nécessaires à la réalisation des études préalables au projet d'investissement, et contractualiser par avenant ensuite la décision d'aide complémentaire sur l'opération d'investissement elle-même, si celle-ci entre bien dans la priorisation réalisée par les ARS et nécessite bien une compensation complémentaire de charges afférentes ;
- Les établissements non identifiés à ce stade comme porteurs d'un projet d'investissement prioritaire selon la stratégie régionale de l'ARS : il reste possible de les accompagner en procédant là aussi à un premier engagement d'aide pour venir compenser les charges nécessaires à la réalisation pour les études en lien avec le patrimoine de l'établissement : étude de métrage, réalisation de diagnostics spécifiques (techniques, de conformité, énergétique...), assistance à l'élaboration d'un schéma directeur immobilier...

A noter que les ARS disposent par ailleurs d'autres vecteurs d'accompagnement financiers (crédits Ségur FMIS, marges régionales...) **qui peuvent permettre de déterminer s'il convient d'inscrire un établissement dans ce dispositif de l'article 50 de la LFSS pour 2021 ou dans un autre dispositif de soutien à l'investissement.**

5. Modalités de suivi du contrat et de contrôle de la non surcompensation par les ARS

5.1 Reporting des indicateurs financiers et d'investissement des établissements

➤ *Un suivi annuel*

Un suivi annuel des contrats est organisé entre les ARS et les établissements co-contractants, afin de garantir l'adéquation entre les montants versés et les charges compensées, ainsi que les engagements tenus par l'établissement.

Les modalités opérationnelles de ce suivi annuel sont à définir par chaque ARS dans le respect des dispositions de l'article 7 du décret susvisé, en cohérence avec les outils de dialogue de gestion déjà mis en place et compatible avec le calendrier de reporting du dispositif avec le niveau national.

Cette évaluation doit reposer sur l'examen de la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité des engagements réalisés ; de souligner les résultats obtenus et les efforts engagés ; de signaler les difficultés ou les retards pris.

Les résultats de cette évaluation sont présentés et font l'objet d'un échange entre l'agence régionale de santé et l'établissement de santé.

Sur cette base, les parties au contrat peuvent convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au contrat est conclu entre les parties signataires et arrête des mesures correctrices ou les modifications nécessaires objectifs, engagements et moyens du contrat.

La période d'analyse des PGFP en début d'année s'avère propice pour mener ce dialogue, le tableau de financement pluriannuel permettant notamment de suivre les items suivants :

- Evolution du montant des immobilisations et part des opérations courantes sur les produits ;
- Trajectoire de la dette et notamment évolution du taux d'endettement (encours sur produits) ;
- Niveau du fonds de roulement et dynamique (apports ou prélèvements successifs).

Ce temps d'échange annuel permettra de réajuster si nécessaire les objectifs initiaux et de conclure le cas échéant un nouvel avenant au contrat dans les conditions décrites supra (4.5).

La remontée des indicateurs consolidés au moment des comptes financiers sera également réalisée.

Le suivi mis en place par l'ARS donnera par ailleurs lieu à une information a minima annuelle du conseil territorial de santé.

➤ *Un rapport final*

Conformément aux dispositions de l'article 7 du décret susvisé les résultats de ces évaluations intermédiaires sont inclus dans le rapport final relatif à l'exécution du contrat qui est adressé par l'établissement à l'agence régionale de santé au plus tard un an après le terme du contrat.

5.2 Mécanisme de contrôle de la non surcompensation sur la durée du contrat

Conformément aux dispositions de l'article 8 du décret susvisé : en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée d'indiquer, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai.

Compte tenu des éléments de réponse donnés par le titulaire du contrat, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée. De nouveaux échanges contradictoires pouvant également être conduits dans le cadre de ce second délai.

Si, au terme de ce dernier délai, l'inexécution de ces engagements n'a pas été valablement justifiée ou si les mesures nécessaires au respect de ces engagements le nécessitent, le directeur général de l'agence régionale de santé peut soit fixer un nouvel échéancier d'exécution des engagements et de versement des sommes en modifiant le cas échéant le montant total de la dotation prévue au contrat, soit solliciter la restitution totale ou partielle des sommes déjà versées.

En cas de surcompensation, la récupération totale ou partielle des financements **doit être fixée de manière strictement proportionnée à la surcompensation constatée**, soit que celle-ci résulte d'un constat d'inexécution de l'engagement visé par la dotation, soit du constat que le coût final de l'opération ou le niveau des charges compensées en lien avec l'engagement est notablement inférieur à son coût prévisionnel.

Cette restitution des sommes peut être réalisée soit par une diminution équivalente des sommes restant dues au titre du contrat, soit dans le cadre d'un remboursement par l'établissement.

6. Suivi national du dispositif des dotations art 50 LFSS

6.1 Remontée des engagements contractuels – programmation

La régionalisation de la mesure implique un reporting annuel et précis sur l'utilisation des crédits, à travers le niveau d'engagement pluriannuel et le calendrier prévisionnel des versements issus des contrats et avenants consolidés.

Les ARS feront parvenir à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) d'ici le 31 décembre 2021, les orientations pour la répartition de l'enveloppe retenues au sein de leur région pour les crédits du bloc « restauration des capacités financières ».

Il sera attendu par la suite que les ARS transmettent à la DGOS à échéances régulières, et au fil de l'eau après la conclusion de nouveaux contrats ou avenants, ainsi que au plus tard le 31 janvier de chaque année, les informations relatives aux engagements cumulés pris au 31 décembre de l'exercice antérieur, afin de permettre un suivi puriannuel des crédits engagés et décaissés, par le ministère des solidarités et de la santé et les caisses primaires d'assurance maladie.

Il sera attendu des ARS qu'elles fassent parvenir concernant le 2nd volet, un reporting sur les projets soutenus, leur état d'avancement et leur impact sur la trajectoire financière des établissements, notamment du point de vue de l'endettement dans le cadre du nouveau dispositif de gouvernance des investissements en santé.

Un outil numérique de suivi de la mesure, axé notamment sur les indicateurs et les échéanciers fixés, est en cours d'élaboration et sera mis en place sur la plateforme Ancre.

6.2 Suivi d'indicateurs à l'échelon national

Un suivi national annuel sera établi dès l'exercice 2021 sur la base d'indicateurs et de cibles relatifs à l'endettement, afin d'évaluer l'impact de la mesure. Ces indicateurs sont recueillis via les plateformes de saisie des comptes financiers afin de permettre un traitement automatisé.

Le suivi porte sur les items suivants, sur la durée du prochain PGFP soit 5 ans, à la fois pour tous les établissements assurant le service public de la région et plus spécifiquement pour ceux bénéficiant des crédits du 1^{er} volet :

- Évolution du niveau de l'encours et amélioration des indicateurs d'endettement :
 - o cible de diminution de la part des ES dans les critères de surendettement (ES soumis à autorisation d'emprunt) ;
 - o cible de plafond pour le taux d'indépendance financière à 5 ans et 10 ans qui doit rester inférieur au taux constaté en 2019 ;
 - o cible de diminution au global du taux d'endettement à 5 ans et 10 ans.
- Amélioration des capacités de financement : cible d'amélioration au global de la CAF nette à 5 ans et 10 ans.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction et de son annexe à vos services ainsi qu'aux établissements de santé. Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact, le cas échéant, avec le bureau PF1 (DGOS-PF1@sante.gouv.fr).

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,

Signé

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de service, adjointe à
la directrice générale de l'offre de soins,

Signé

Cécile LAMBERT

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

Signé

Franck VON LENNEP

Annexe : Modalités de détermination de l'objectif et validation du montant de la dotation

La détermination du montant de la dotation relève de la recherche d'un équilibre entre l'expression juste des besoins en investissement de l'établissement et la capacité de l'établissement à financer sa politique d'investissement via son cycle d'exploitation, tout en respectant une trajectoire soutenable de sa dette.

QUALITE ET SECURITE	ADAPTABILITE	SOUTENABILITE
<p>Le cycle d'exploitation permet-il de dégager les marges suffisantes au maintien en condition opérationnelle de l'établissement : niveau de trésorerie et niveau d'investissement courant minimum garantis ?</p>	<p>L'établissement a-t-il les ressources financières suffisantes pour garantir son adaptabilité aux évolutions de ses missions de service public : capacité à investir pour assurer sa nécessaire transformation ?</p>	<p>La trajectoire de la dette est-elle raisonnable et soutenable ?</p>
<p>Critères d'appréciation possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de CAF nette est-il suffisant ? - Sur la durée du PGFP, quelle est la variation du fonds de roulement, apport ou prélèvement ? - Le délai global des paiements est-il conforme à la réglementation ? - L'établissement est-il à jour du paiement des cotisations et taxes dont il est redevable ? - La marge brute de l'établissement est-elle supérieure aux annuités de la dette et aux montants d'investissements prévus au PGFP ? 	<p>Critères d'appréciation possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les opérations courantes en % des produits courants de fonctionnement sont-elles à un niveau suffisant (notamment en comparaison avec les établissements similaires de la région ou hors région pour les CHU) ? - Les opérations majeures, si nécessaires, sont-elles bien prévues et financées ? - L'établissement a-t-il un taux de vétusté anormalement élevé (bâtiments et équipements) ? 	<p>Critères d'appréciation possibles :</p> <p>La trajectoire financière proposée permet-elle à l'établissement d'être en-deçà des seuils réglementaires de mise sous autorisation d'emprunt ?</p>