

RAPPORT ANNUEL 2021

I. LE RAPPORT DE GESTION6

Le rapport de gestion présente le régime, l'activité et les évolutions récentes constatées, ainsi que des éléments prévisionnels.

II. LES COMPTES ANNUELS31

Le bilan, le compte de résultat et l'annexe comptable

Le bilan décrit séparément, à la clôture de l'exercice, les éléments actifs et passifs du fonds et fait apparaître de façon distincte les capitaux propres.

Le compte de résultat récapitule les produits et les charges de l'exercice, sans qu'il soit tenu compte de leur date d'encaissement ou de paiement. Il fait apparaître par différence l'excédent ou le déficit de l'exercice.

L'annexe comptable complète et commente l'information donnée par le bilan et le compte de résultat, d'une part, en mettant en évidence tout fait significatif et, d'autre part, en indiquant toutes les explications nécessaires à une meilleure compréhension du bilan et du compte de résultat.

III. CERTIFICATION DES COMPTES46

Les cabinets Mazars et PricewaterhouseCoopers audits effectuent une mission d'audit et de contrôle des comptes du fonds portant sur les comptes annuels ci-dessus mentionnés. À l'issue de leur intervention, ils émettent un rapport d'audit joint au présent document.

IV. TEXTES DE REFERENCE49

I. LE RAPPORT DE GESTION	6
PRESENTATION GENERALE	7
FINANCEMENT DU FONDS	8
GESTION ADMINISTRATIVE	9
ACTIVITES OPERATIONNELLES	9
LES CREDITS DEDIES AUX PROJETS VALIDES EN COPERMO	9
PLATEFORME EMPLOYEURS PUBLICS (PEP'S)	10
AVANCES REMBOURSABLES	10
PROCEDURE DE DECHEANCE	10
CIRCULAIRES ET INSTRUCTIONS	11
INDICATEURS	13
LES CODES	13
REPARTITION DES PAIEMENTS 2021	14
REPARTITION DES PAIEMENTS 2021 PAR REGION	16
PAIEMENTS REALISES EN 2021 AU TITRE DE L'ATIH ET DE L'ANS	24
STATISTIQUES - GRAPHIQUES - CARTE	26
NOMBRE D'ETABLISSEMENTS ET MONTANTS PAYES DE 2019 A 2021	26
REPARTITION DES MONTANTS PAYES PAR TYPE D'ETABLISSEMENT	27
COMPOSITION DES VOIETS	28
REPARTITION DES PAIEMENTS 2021 PAR VOIET, PAR REGION ET CREDITS NATIONAUX	29
REPARTITION PAR REGION DES PAIEMENTS 2021 (HORS CREDITS NATIONAUX)	30
II. LES COMPTES ANNUELS	31
LES DOCUMENTS DE SYNTHESE ET LE RESULTAT	33
BILAN ET COMPTE DE RESULTAT	33
RESULTAT ET RESERVES	36
ANNEXE COMPTABLE : FAITS CARACTERISTIQUES ET EVENEMENTS POST-CLOTURE	37
FAITS CARACTERISTIQUES	37
EVENEMENTS POST-CLOTURE	37
PRINCIPES GENERAUX	37
REGLES ET METHODES ATTACHEES A CERTAINS POSTES	38
ANNEXE COMPTABLE : NOTES SUR LE BILAN	40
1 : IMMOBILISATIONS FINANCIERES	40
2 : CREANCES ET COMPTES RATTACHES	40
3 : DISPONIBILITES	41
4 : CAPITAUX PROPRES	41
5 : PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	41
6 : DETTES ET COMPTES RATTACHES	41
7 : AUTRES DETTES	42

SOMMAIRE

ENGAGEMENTS HORS-BILAN	43
ENGAGEMENTS, CHARGES A PAYER, DECHEANCES ET PROVISIONS	43
ANNEXE COMPTABLE : NOTES SUR LE COMPTE DE RESULTAT	45
8 : CHARGES SUR DOTATIONS FMIS	45
9 : CHARGES EXTERNES	45
10 : DOTATION AUX PROVISIONS D'EXPLOITATION	45
11 : PRODUITS D'EXPLOITATION	45
III. CERTIFICATION DES COMPTES	46
IV. TEXTES DE REFERENCE	49

I. LE RAPPORT DE GESTION

PRESENTATION GENERALE

Missions

Le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) a été créé par l'article 49 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021 qui a modifié l'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Il est géré par la Caisse des Dépôts, en application des dispositions de l'article 40 de la loi modifiée précitée.

Il a repris les missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui consistaient au financement des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables ainsi que le financement des missions d'expertise exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et les missions pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé par le GIP chargé du développement des SI de santé partagés (ANS).

Son périmètre avait été étendu aux établissements sociaux et médico-sociaux par l'article 71 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Les missions de financement du FMIS sont désormais étendues aux dépenses d'investissement de certains groupements ou structures (communautés professionnelles territoriales de santé, centres et maisons de santé, établissements sociaux et services médico-sociaux).

Le FMIS peut financer :

- des dépenses d'investissement dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de groupement hospitaliers de territoire,
- l'ensemble des dépenses engagées dans le cadre d'actions ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale,
- des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière,
- des missions d'expertise exercées par l'ATIH,
- des missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre de la santé au GIP chargé du développement des SI de santé partagé.

La loi précise que l'interopérabilité des logiciels informatiques est une condition au financement des dépenses engagées pour la transformation et la modernisation des SI.

Le décret n°2021-779 du 17 juin 2021 a modifié le décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 en l'actualisant notamment de la création du FMIS, des bénéficiaires potentiels de financement par le fonds, du type de dépenses finançables pour ces bénéficiaires :

- opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation ;
- acquisitions d'équipements matériels lourds ;
- opérations concourant à la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale ;
- opérations concourant à la réorganisation et à la modernisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale ;
- projets de modernisation transversaux aux secteurs sanitaire et médico-social ;

Gouvernance et pilotage

La commission de surveillance du FMIS est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds. Elle peut formuler toute proposition relative aux ressources, aux dépenses et à la gestion du fonds. Elle se réunit au moins une fois par an. Sa composition a été élargie par le décret 2021-779 du 17 juin 2021 avec l'intégration en son sein du directeur de la cohésion sociale, du délégué ministériel du numérique en santé et du directeur de la CNSA ou leurs représentants.

FINANCEMENT DU FONDS

Le montant annuel du financement du FMIS est défini par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en fonction des besoins de financement répondant aux missions du fonds. Ils sont identifiés par la DGOS au moment de la détermination des objectifs de dépenses de l'année suivante. Ces besoins évoluent et dépendent notamment des plans de santé publique ou des décisions d'opérations d'investissement. Ils concernent principalement des opérations d'investissements immobiliers et matériels, tels que le développement et la modernisation des systèmes d'information. Les projets d'investissement immobiliers de grande ampleur faisaient l'objet jusqu'en 2020 d'une

validation au niveau national par le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) et depuis 2021 sont validés par le Comité de pilotage de l'investissement sanitaire (COFIL) qui a pris sa suite dans le cadre du Ségur. Le FMIS est le canal de versement aux établissements de santé des crédits du plan d'investissement issu du Ségur de la santé pour le périmètre du plan de relance, soit 2,5 milliards d'euros entre 2021 et 2025.

Pour 2021, la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie est fixée à 1 035 millions d'euros (articles 49 et 95-I modifié de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021).

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) intervient désormais dans les missions et le financement du FMIS au titre de la nouvelle branche autonomie de la Sécurité sociale, dont la gestion lui a été confiée à compter du 1er janvier 2021.

Pour 2021, le montant de la contribution de la branche autonomie a été fixé à 90 M€ d'euros (articles 49 et 95-II modifié de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021). La CNSA a versé 89,8 M€ en décembre 2021 au titre de la contribution de la branche autonomie.

En 2021, il est à noter qu'une partie des crédits du FMIS (Ségur de la santé – investissement) fait l'objet d'un refinancement européen dans le cadre du Plan national de relance et de résilience (PNRR). Cela implique de nouvelles exigences, en particulier en matière de contrôle interne et de reporting, entraînant notamment de nouveaux besoins en évolutions informatiques.

GESTION ADMINISTRATIVE

La gestion du FMIS est assurée par la Direction des politiques sociales de la Caisse des Dépôts, au sein de la Direction de la gestion à l'établissement de Bordeaux qui procède aux paiements en faveur des établissements et des agences.

La CDC est chargée d'établir un rapport annuel retraçant l'activité du fonds, qui est adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La gestion financière et la comptabilité du fonds sont assurées, par la Direction des finances.

En 2021, la gestion administrative du FMIS a été fortement impactée par le triplement des crédits budgétaires annuels alloués qui atteignent 1,1 milliard d'€. La durée projetée de cette charge d'activité est au moins de 5 ans équivalente à la durée du PNRR.

Un nouveau canal de dépôts des demandes a été ouvert via la plateforme en ligne démarches-simplifiées.fr pour tenir compte de cette nouvelle surface financière et d'un afflux consécutif potentiel des demandes de versement qui s'est vérifié : la charge d'activité a connu une très forte hausse provoquant le triplement des mises en paiement et la constitution, pour la première fois dans sa gestion, d'un stock important de dossiers en attente de traitement. L'augmentation de la charge d'activité a largement dépassé les prévisions partagées.

Un compte bancaire spécifique au champ médico-social a été ouvert.

Les volumes financiers en jeu, ainsi que le nombre de demandes, l'élargissement des bénéficiaires du fonds et le refinancement par l'UE d'une partie des crédits alloués impliquent de nouveaux investissements en particulier informatiques pour la gestion du fonds et un renforcement de la gestion et du contrôle opérés par la Caisse des Dépôts. L'alimentation d'un infocentre DGOS par des données de gestion Caisse des Dépôts est mise en place mais doit se renforcer. Une durée de conservation des demandes de paiement avec les pièces justificatives de 10 ans après la dernière mise en paiement (soit 2036) est satisfaite conformément aux exigences de l'UE relatives au PNRR. Le haut niveau d'exigence demandé dans le cadre du refinancement européen implique une attention constante à la qualité des processus déjà en place, et peut susciter de nouvelles démarches (par exemple pour améliorer la visibilité de l'origine européenne des fonds et la traçabilité).

ACTIVITES OPERATIONNELLES

Le service gestionnaire du FMIS procède :

- à l'immatriculation des établissements bénéficiaires
- à la gestion du fichier des bénéficiaires et des demandes de mise en paiement reçues
- aux contrôles et mises en paiement des demandes
- à la gestion des paiements et des incidents de paiement
- au développement et à la maintenance du système d'information
- à la mise à disposition d'un site Internet
- à la relation client avec les établissements bénéficiaires et les agences régionales de santé

La Caisse des Dépôts tient la comptabilité du fonds et assure la relation avec le Ministère de la Santé (DGOS – DNS).

LES CREDITS DEDIES AUX GRANDS PROJETS D'INVESTISSEMENT

Les crédits FMIS dédiés au financement des grands projets d'investissement s'inscrivent dans le cadre de la politique nationale de soutien aux investissements. Le soutien de l'investissement hospitalier constitue en effet un enjeu majeur pour moderniser le patrimoine hospitalier et accompagner l'adaptation de l'offre aux besoins de soins, au service d'une plus grande qualité de prise en charge et d'une efficacité accrue des moyens alloués.

Dans cette perspective, la politique nationale de soutien et d'accompagnement financier a visé au travers du FMIS à renforcer l'apport en aides en capital pour sécuriser le plan de financement des projets d'investissement et limiter l'endettement des établissements hospitaliers.

La mise en œuvre de cette politique doit permettre, en complément des efforts de performance des établissements, de poursuivre la stabilisation du poids de la dette des établissements publics.

L'encours de dette des établissements publics de santé baisse significativement en 2020, en part relative des produits totaux, sous l'effet de la garantie de financement mise en place pour la première année de pandémie COVID 19 et des MIGAC comprenant les compensations de charges et pertes de recettes liées au COVID et qui ont un impact fort sur le volume des produits. L'encours total 2020 (dont les contrats de partenariat et baux emphytéotiques) est de 30,3 Md€ soit 34,2 % des produits totaux, (contre 30 Md€ et 36,4 % en 2019). La dette hors BEH/PPP représente quant à elle 29,3 Md€ en 2020 contre 29,2Md€ en 2019.

➤ **Accompagnement des projets validés en COPERMO**

Entre sa création en 2012, et sa suppression en 2020, le COPERMO¹, a validé 59 grands projets hospitaliers, représentant un investissement total de 9,1 Md€, aidé à hauteur de 3,5 Md€ par des crédits nationaux.

72% de l'accompagnement national a été réalisé sous forme d'aides en capital dont un financement via le FMIS validé à hauteur de 2,2 Md€ pour ces 59 projets.

Sur les 2,2 Md€ de FMIS, environ 1,565 Md€ ont d'ores et déjà été délégués aux ARS à fin 2021. Les projections de délégations pour la période 2022-2027 sont estimées à 0,535 M€².

En 2020, le Ministre des Solidarités et de la Santé a décidé de la suppression du COPERMO, et d'une déconcentration plus importante des décisions de financement auprès des ARS. Alors que le paiement des aides apportées via le FMIS aux projets qui avaient été instruits par le COPERMO se poursuit, c'est désormais le Comité de pilotage des investissements sanitaires (COPIL) qui a pris sa suite dans le cadre du Ségur³.

➤ **Accompagnement des projets validés dans la nouvelle gouvernance post Ségur**

Dans le cadre du Ségur de la santé, il est prévu de déléguer aux ARS 1 milliard d'euros via le FMIS entre 2023 et 2025 pour soutenir leurs projets prioritaires.

Si les projets dont le coût est supérieur à 150M€ HT - ou que les ARS ont souhaité signaler- font l'objet d'une instruction nationale, ce sont pour tous les projets les ARS qui font les choix d'allocation des crédits d'aide à l'investissement portés par le FMIS, dans les limites de leur enveloppe régionale. La programmation budgétaire de ces crédits des ARS fait l'objet d'un échange annuel avec le COPIL de l'investissement sanitaire.

LES CREDITS DEDIES AUX INVESTISSEMENTS COURANTS

¹ Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers). Il s'agissait d'une instance interministérielle permanente d'orientation et de conseil créée en décembre 2012 et chargée de s'assurer de la soutenabilité des grands investissements hospitaliers (dont le coût est supérieur à 50 M€), Le COPERMO réunissait des directions centrales des ministères des Comptes publics (DB) et de la Santé (DGOS, DSS) et les opérateurs experts (ANAP, IGAS)

² Certaines aides initialement validées sur le FMIS ont parfois été versées ensuite en AC non reconductible

³ Suite au Ségur de la santé, la déconcentration des enveloppes d'aide dédiées à l'investissement s'est accompagnée nationalement de la mise en place d'un Comité de Pilotage de l'investissement sanitaire (COPIL) interministériel et du Conseil national de l'investissement en santé (CNIS). Le COPIL est en charge du suivi des stratégies régionales d'investissement et de l'instruction des projets d'investissement les plus significatifs (supérieurs à 150M€ HT) avec l'appui d'un Conseil scientifique de l'investissement en santé dont la mission consiste à élaborer des référentiels guidant les investissements, accompagner les porteurs de projet et les agences régionales de santé, et analyser les projets soumis à l'instruction nationale. L'ensemble du nouveau dispositif est chapeauté par le CNIS, présidé par les Ministres chargés de la santé et de l'autonomie et chargé en particulier du suivi de la mise en œuvre des engagements issus du Ségur de la santé en matière d'investissement.

Le FMIS accompagne depuis 2021 le soutien massif apporté au financement des investissements courants, dans le cadre d'enveloppes déléguées aux ARS à qui il revient la charge de les répartir entre établissements, dans le cadre de lignes directrices nationalement tracées. Ces crédits visent à améliorer rapidement et significativement le fonctionnement des services au quotidien, en remettant à niveau les investissements courants - équipements, installations techniques et rénovations légères - qui ont un fort impact sur les conditions de travail des personnels et sur la qualité des soins.

Au titre de 2021, une enveloppe de 652M€ a été notifiée aux ARS, dont 500 M€ dans le cadre du Ségur investissement, et sur laquelle 60 M€ ont été payés aux établissements sur décision des ARS, dont 23 M€ pour les établissements privés Combinés à la montée en charge du programme HOPEN et des versements aux établissements de soins de suite pour accidents de la route, ces versements se traduisent par la proportion nouvelle en 2021 de 14 % de paiements aux établissements privés (voir graphique 2021 page 27).

Par ailleurs, l'annexe 6 du PLFSS 2023 relative à la situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, présente notamment un bilan de la situation financière des établissements de santé et médico-sociaux ainsi que les évolutions et les modalités de de financement des investissements hospitaliers et numériques.

Rappel

*De janvier 1998 à décembre 2001, le **FASMO** (Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements) créé par l'article 25 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 (article 25) dont les missions étaient :*

- la prise en charge d'aides en faveur de la mobilité et de l'adaptation des personnels ;
- l'accompagnement social lors d'opérations de modernisation des établissements de santé ;
- l'attribution d'aides accordées lors d'opérations de regroupements d'un ou plusieurs établissements de santé visée à l'article L.714-1 du code de la sécurité sociale.

*De janvier 2001 à décembre 2002, le **FMCP** (Fonds de modernisation des cliniques privées) créé par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 (article 33-VIII) dont la mission était de financer des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers, réalisées par les établissements de santé privés (mentionnés à l'article L.710-16-2 du code de la santé publique).*

*De janvier 2001 à décembre 2002, le **FMES** (Fonds de modernisation des établissements de santé) créé par la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (article 40) dont la mission était de financer des actions pour améliorer les conditions de travail des personnels et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.*

*De janvier 2003 à décembre 2020, le **FMES** est devenu **FMESPP** (Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés) créé par la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité Sociale pour 2003. Il a repris les créances et obligations du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP). Ses missions étaient de financer des aides à l'investissement destinées à compenser les coûts induits par la modernisation des établissements de santé. A l'origine, il finançait des mesures d'accompagnement social des opérations liées à cette modernisation, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels. Puis ses missions se sont élargies y compris aux aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation, aux dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé, en particulier dans le cadre du Plan « Hôpital 2007 » ainsi que les missions créées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » (expertise et audit hospitaliers, tarification à l'activité, mission nationale d'appui à l'investissement et missions nationales régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation). La création du Fonds d'intervention régional (FIR) par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 avait entraîné une redéfinition de son périmètre : une partie de ces missions ont été transférées au FIR, notamment l'amélioration des conditions de travail, les prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière, les frais de fonctionnement de mission d'expertise et d'audit hospitaliers.*

PLATEFORME EMPLOYEURS PUBLICS (PEP'S)

La Caisse des Dépôts a mis à disposition du Ministère et des Agences régionales de santé (ARS), un service en ligne accessible via son portail Internet dédié aux employeurs publics.

Ce service en ligne recense l'ensemble des opérations du FMIS et permet de suivre les délégations de crédits FMIS par la DGOS, les engagements contractés par les ARS avec les établissements de santé et sociaux-médico-sociaux et le paiement effectif de chaque opération aux établissements.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) saisit les dotations validées par le ministère des Solidarités et de la Santé puis, dans un deuxième temps, les ARS enregistrent les engagements par opération et par établissement.

Les gestionnaires Caisse des Dépôts ordonnent les paiements à réception des demandes et des justificatifs dont les factures transmises par les établissements.

AVANCES REMBOURSABLES

Une avance de 1 500 000 €, remboursable en dix versements de 150 000 € chacun de 2012 à 2021, a été payée au CHU de Fort-de-France le 4 mai 2011. Un versement de 150 000 € a été effectué en 2021. Le remboursement est soldé.

Une avance de 8 900 000 € remboursable en trente versements de 296 700 € chacun de 2015 à 2030, a été payée au CH Le Lamentin en trois fois (2 600 000 € en 07/2011, 3 300 000 € et 3 000 000 € en 09/2011). Un versement pour un montant de 296 700 € ont été effectué en 2021. Le solde s'élève à 5 339 600 €.

PROCEDURE DE DECHEANCE

L'article 61 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 a créé une procédure de déchéance, d'une part des autorisations d'engagement des crédits par les agences régionales de santé, et d'autre part du droit de tirage des établissements de santé auprès de la Caisse des Dépôts (CDC).

Le décret n°2021-779 du 17 juin 2021 pris en application de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a modifié la procédure.

Les conséquences de cette procédure de déchéance sont les suivantes :

➤ *Sur le droit d'engagement des crédits par les Agences régionales de santé (ARS)*

Les ARS disposent de **deux années**, à compter de la date de publication de la décision attributive d'une enveloppe régionale FMIS (soit lettre individuelle, soit circulaire de financement), pour conclure un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'établissement bénéficiaire et effectuer la saisie dans l'outil de suivi de la CDC.

Passé ce délai, les crédits délégués par le ministère ne pourront plus être engagés et aucun paiement à l'établissement ne sera effectué.

➤ *Sur le droit de tirage par les établissements de santé*

Les établissements bénéficiaires doivent justifier leur demande de paiement dans un **délai de quatre ans** à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis c'est-à-dire à partir de l'engagement par l'ARS : date de signature de l'avenant au Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Passé ce délai, les établissements ne pourront plus obtenir le paiement auprès de la CDC.

LE RAPPORT DE GESTION

CIRCULAIRES ET INSTRUCTIONS

(en euros)

LISTE DES CIRCULAIRES				Codes	Date de déchéance BIENNALE	Date de déchéance QUADRIENNALE	
Date publication	Date	N°	Dotations 2021				
06/08/2021	30/06/21	C142	Séгур - Investissements du quotidien - Amélioration des services	502 000 000,00	SIA	06/08/2023	31/12/2027
06/08/2021	30/06/21	C142	Séгур - Investissements du quotidien - Réduction des inégalités	150 000 000,00	SII	06/08/2023	31/12/2027
			Séгур - Numérique pour les établissements de santé - Crédits usage	66 000 000,00	SNC	05/01/2024	31/12/2028
06/08/2021	30/06/21	C142	Séгур - Numérique pour les établissements de santé - Crédits usage	48 900 000,00		06/08/2023	31/12/2027
05/01/2022	17/01/21	C258	Séгур - Numérique pour les établissements de santé - Crédits usage	17 100 000,00		05/01/2024	31/12/2028
			Séгур - Numérique pour les établissements et services médico-sociaux	87 199 700,00	SNM	05/01/2024	31/12/2028
06/08/2021	30/06/21	C142	Séгур - Numérique pour les établissements et services médico-sociaux	75 000 000,00		06/08/2023	31/12/2027
05/01/2022	17/01/21	C258	Séгур - Numérique pour les établissements et services médico-sociaux	12 199 700,00		05/01/2024	31/12/2028
			Programme HOPEN	20 150 000,00	HOP	05/01/2024	31/12/2028
06/08/2021	30/06/21	C142	Programme HOPEN	19 398 000,00		06/08/2023	31/12/2027
05/01/2022	17/12/21	C258	Programme HOPEN	752 000,00		05/01/2024	31/12/2028
			Service d'accès aux soins	2 746 000,00	SAS	05/01/2024	31/12/2028
06/08/2021	30/06/21	C142	Service d'accès aux soins	2 446 000,00		06/08/2023	31/12/2027
05/01/2022	17/12/21	C258	Service d'accès aux soins	300 000,00		05/01/2024	31/12/2028
			Hélismur (aires de poser)	1 450 000,00	HEL	05/01/2024	31/12/2028
06/08/2021	30/06/21	C142	Hélismur (aires de poser)	440 000,00		06/08/2023	31/12/2027
05/01/2022	17/12/21	C258	Hélismur (aires de poser)	1 010 000,00		05/01/2024	31/12/2028
06/08/2021	30/06/21	C142	Unités cognitivo-comportementales	400 000,00	ALZ = UCC	06/08/2023	31/12/2027
06/08/2021	30/06/21	C142	Aide à l'investissement - Centre pénitentiaire Lutterbach	900 000,00	CPL	06/08/2023	31/12/2027
06/08/2021	30/06/21	C142	Sécurisation des établissements de santé	25 000 000,00	SES	06/08/2023	31/12/2027
11/08/2021	11/08/21	LM	Mise en sécurité parasismique - Plan séisme 3	10 000 000,00	MSP	11/08/2023	31/12/2027
11/08/2021	11/08/21	LM	Travaux post incendie	9 346 000,00	TPI	11/08/2023	31/12/2027
20/10/2021	30/09/21	arrêté	Développement des SI de santé partagés	25 215 338,00	ANS	20/10/2023	31/12/2027
11/12/2021	08/12/21	arrêté	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	17 107 694,00	ATIH	11/12/2023	31/12/2027
05/01/2022	17/12/21	C258	Investissement immobilier hopitalier - COPERMO	199 628 800,00	COP	05/01/2024	31/12/2028
05/01/2022	17/12/21	C258	Travaux de mise en sécurité CHU Martinique	4 000 000,00	RNA	05/01/2024	31/12/2028
05/01/2022	17/12/21	C258	Séгур - Investissement immobilier hopitalier - hors plan de relance	13 800 000,00	SIH	05/01/2024	31/12/2028
05/01/2022	17/12/21	C258	Lactarium de Marmande	150 000,00	SIL	05/01/2024	31/12/2028
05/01/2022	17/12/21	C258	Accidentés de la route	26 543 400,00	ADR	05/01/2024	31/12/2028
TOTAL				1 161 636 932,00			

INDICATEURS

LES CODES

ADR : Accidentés de la route

ALZ : Investissement plan Alzheimer

ANS : Agence du Numérique en Santé

APS : Installation d'armoires à pharmacie sécurisées

COP : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins

DCA : Développement chirurgie ambulatoire

ETP : Emplois ARS Ségur

HNU : Hôpital numérique

HOP : Programme HOP'EN

MTA : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

RNA : Investissement exceptionnel

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

RPU : Résumé de passage aux urgences

RRI : Recueil d'informations médicalisées

SAP : Sécurisation des aires à poser

SES : Sécurisation des Etablissements de Soins

SIA : Ségur Investissement Amélioration

SII : Ségur Investissement réduction des Inégalités

SIR : Evolution des Systèmes d'Information soutenant la Réforme de financement des services de soins de suite et de réadaptation

SNC : Ségur Numérique volet sanitaire

SNM : Ségur Numérique volet Médico-sociaux

TPI : Travaux Post Incendie

TSI : Technologies Santé Innovantes

URG : Urgences (SAMU)

Nouveaux codes prestations 2021

LE RAPPORT DE GESTION

REPARTITION DES PAIEMENTS 2021

Répartition des paiements 2021

(en euros)

Prest	2013	2015	2016	2017
ADR *				
ADR				
ALZ				
ANS				
APS *			27 145,03	
APS		31 132,54	63 206,00	123 347,87
COP *				
COP				7 426 333,21
DCA *		61 816,00		
DCA		164 181,19		
HNU *				379 563,27
HNU		15 941,25		373 011,76
HOP *				
HOP				
MTA				
RNA	239 037,24		14 573,18	
ROR *			284 004,85	100 000,00
ROR			59 980,00	
RPU *			481 493,21	
RPU			19 310,00	
RRI				
SAP				110 000,00
SES *				417 935,25
SES				2 444 417,73
SIA *				
SIA				
SII *				
SII				
SIR *				362 776,35
SIR				495 800,84
SNM *				
SNM				
TPI				
TSI		522 363,75		
URG			99 944,00	
Total général	239 037,24	795 434,73	1 049 656,27	12 233 186,28
Privé		61 816,00	792 643,09	1 260 274,87
Public	239 037,24	733 618,73	257 013,18	10 972 911,41

LE RAPPORT DE GESTION

Répartition des paiements 2021

(en euros)

Prest	2018	2019	2020	2021	Total général
ADR *		6 613 733,60			6 613 733,60
ADR		1 753 256,83			1 753 256,83
ALZ		390 395,83			390 395,83
ANS			18 922 064,47	12 626 377,72	31 548 442,19
APS *	18 277,69	25 648,30			71 071,02
APS	188 000,31	185 428,23			591 114,95
COP *			1 250 000,00		1 250 000,00
COP	32 286 893,88	59 022 844,49	45 236 625,46		143 972 697,04
DCA *					61 816,00
DCA					164 181,19
HNU *					379 563,27
HNU					388 953,01
HOP *		5 888 518,43	2 181 012,00	492 293,00	8 561 823,43
HOP		4 430 714,00	2 709 844,00	245 880,00	7 386 438,00
MTA			17 878 819,59		17 878 819,59
RNA					253 610,42
ROR *					384 004,85
ROR					59 980,00
RPU *					481 493,21
RPU					19 310,00
RRI		1 500,00			1 500,00
SAP	241 052,20				351 052,20
SES *	611 389,11	587 418,03	19 298,71		1 636 041,10
SES	2 649 207,53	2 630 644,38	1 007 577,48		8 731 847,12
SIA *				18 757 089,76	18 757 089,76
SIA				35 295 856,69	35 295 856,69
SII *				4 066 305,04	4 066 305,04
SII				1 922 847,26	1 922 847,26
SIR *					362 776,35
SIR					495 800,84
SNM *				196 000,00	196 000,00
SNM				436 000,00	436 000,00
TPI		8 982 528,31			8 982 528,31
TSI					522 363,75
URG					99 944,00
Total général	35 994 820,72	90 512 630,43	89 205 241,71	74 038 649,47	304 068 656,85
Privé	629 666,80	13 115 318,36	3 450 310,71	23 511 687,80	42 821 717,63
Public	35 365 153,92	77 397 312,07	85 754 931,00	50 526 961,67	261 246 939,22

LE RAPPORT DE GESTION

REPARTITION DES PAIEMENTS 2021 PAR REGION

Répartition des paiements 2021 par région

(en euros)

REGIONS	ADR *	ADR	ALZ	ANS	APS *
AUVERGNE-RHONE-ALPES	892 951,75	480 649,39			42 145,03
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	458 545,77	395 926,98	113 805,43		
BRETAGNE	67 153,00				3 311,98
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	101 863,00				16 336,32
CORSE			100 000,00		6 000,00
GRAND-EST	65 592,00				
GUADELOUPE					
GUYANE					
HAUTS-DE-FRANCE	848 956,88	63 000,00			
ILE-DE-FRANCE	169 026,00	493 639,28			
LA REUNION					
MARTINIQUE					
NORMANDIE	467 548,46	208 023,23			
NOUVELLE-AQUITAINE	207 600,40				
OCCITANIE	1 636 222,80	112 017,95			3 277,69
PAYS-DE-LA-LOIRE					
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR	1 698 273,54		176 590,40		
ANS				31 548 442,19	
ATIH					
TOTAL	6 613 733,60	1 753 256,83	390 395,83	31 548 442,19	71 071,02

* Secteur privé

LE RAPPORT DE GESTION

REGIONS	APS	COP *	COP	DCA *	DCA
AUVERGNE-RHONE-ALPES	231 358,18				
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	38 000,00		1 307 009,00		
BRETAGNE	52 440,00		875 000,00		
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	23 968,03		5 083 186,83		
CORSE			8 182 633,85		
GRAND-EST			1 350 000,00		
GUADELOUPE			74 655 864,34		
GUYANE			1 135 530,28		
HAUTS-DE-FRANCE	69 200,00		12 805 702,66		
ILE-DE-FRANCE	43 810,20		4 589 115,62		
LA REUNION	12 000,00		5 000 000,00		
MARTINIQUE					
NORMANDIE			16 492 657,66		20 701,79
NOUVELLE-AQUITAINE	38 735,00	1 250 000,00			
OCCITANIE	33 603,54			50 400,00	8 479,40
PAYS-DE-LA-LOIRE	48 000,00		6 020 580,20		
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR			6 475 416,60	11 416,00	135 000,00
ANS					
ATIH					
TOTAL	591 114,95	1 250 000,00	143 972 697,04	61 816,00	164 181,19

* Secteur privé

LE RAPPORT DE GESTION

Répartition des paiements 2021 par région

(en euros)

REGIONS	HNU *	HNU	HOP *	HOP	MTA
AUVERGNE-RHONE-ALPES	260 063,27	102 000,00	847 375,32	142 000,00	
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE			626 000,00	349 400,00	
BRETAGNE		49 112,90	337 800,00	594 600,00	
CENTRE-VAL-DE-LOIRE					
CORSE	71 100,00		24 200,00	25 200,00	
GRAND-EST			561 507,36	1 356 720,00	
GUADELOUPE				124 000,00	
GUYANE					
HAUTS-DE-FRANCE			469 467,00	366 061,00	
ILE-DE-FRANCE			2 146 933,76	3 469 816,00	
LA REUNION			152 922,54		
MARTINIQUE			53 600,00		
NORMANDIE		185 600,00	104 000,00		
NOUVELLE-AQUITAINE		15 941,25	1 143 918,35	471 671,00	
OCCITANIE			573 548,24		
PAYS-DE-LA-LOIRE	48 400,00		540 400,00	36 970,00	
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR		36 298,86	980 150,86	450 000,00	
ANS					
ATIH					17 878 819,59
TOTAL	379 563,27	388 953,01	8 561 823,43	7 386 438,00	17 878 819,59

* Secteur privé

LE RAPPORT DE GESTION

Répartition des paiements 2021 par région

(en euros)

REGIONS	RNA	ROR *	ROR	RPU *	RPU
AUVERGNE-RHONE-ALPES					
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE					
BRETAGNE				14 896,21	
CENTRE-VAL-DE-LOIRE					
CORSE	14 573,18				
GRAND-EST			59 980,00		
GADELOUPE					
GUYANE					
HAUTS-DE-FRANCE	239 037,24				
ILE-DE-FRANCE				313 122,00	
LA REUNION		53 596,62			
MARTINIQUE					
NORMANDIE		100 000,00		153 475,00	
NOUVELLE-AQUITAINE		130 408,23			6 500,00
OCCITANIE		100 000,00			
PAYS-DE-LA-LOIRE					12 810,00
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR					
ANS					
ATIH					
TOTAL	253 610,42	384 004,85	59 980,00	481 493,21	19 310,00

* Secteur privé

Répartition des paiements 2021 par région

(en euros)

REGIONS	RRI	SAP	SES *	SES
AUVERGNE-RHONE-ALPES		220 000,00	132 491,78	740 066,13
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	1 500,00			1 445 820,88
BRETAGNE		110 000,00	76 565,00	285 407,74
CENTRE-VAL-DE-LOIRE			17 322,00	463 818,85
CORSE		21 052,20		299 051,50
GRAND-EST				1 170 900,67
GUADELOUPE			50 000,00	160 000,00
GUYANE				
HAUTS-DE-FRANCE			105 892,82	729 551,15
ILE-DE-FRANCE			503 451,00	879 587,26
LA REUNION				50 000,00
MARTINIQUE			70 927,80	
NORMANDIE			99 260,15	526 442,22
NOUVELLE-AQUITAINE			123 740,18	258 358,54
OCCITANIE			165 312,57	474 807,48
PAYS-DE-LA-LOIRE			262 390,80	148 796,03
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR			28 687,00	1 099 238,67
ANS				
ATIH				
TOTAL	1 500,00	351 052,20	1 636 041,10	8 731 847,12

* Secteur privé

Répartition des paiements 2021 par région

(en euros)

REGIONS	SIA *	SIA	SII *	SII
AUVERGNE-RHONE-ALPES	2 856 936,40	9 310 123,82	47 000,00	
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	652 633,87	2 447 325,90		
BRETAGNE	495 245,00	6 222 646,58	23 774,00	43 398,00
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	668 751,74	121 000,00		
CORSE			2 886 122,57	
GRAND-EST	655 768,58	1 078 661,10		
GUADELOUPE				
GUYANE				
HAUTS-DE-FRANCE	2 264 656,42	1 521 003,04		
ILE-DE-FRANCE	5 932 602,20	5 808 524,32		
LA REUNION				
MARTINIQUE				
NORMANDIE	631 084,53	1 736 458,92	14 707,00	
NOUVELLE-AQUITAINE	1 137 077,60	2 816 963,72		534 759,09
OCCITANIE	249 525,86	2 917 626,24	330 744,00	910 864,81
PAYS-DE-LA-LOIRE	606 743,09	336 761,05		10 743,00
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR	2 606 064,47	978 762,00	763 957,47	423 082,36
ANS				
ATIH				
TOTAL	18 757 089,76	35 295 856,69	4 066 305,04	1 922 847,26

* Secteur privé

Répartition des paiements 2021 par région

(en euros)

REGIONS	SIR *	SIR	SNM *	SNM
AUVERGNE-RHONE-ALPES	1 600,00	60 573,25		
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	10 800,00	61 003,44		
BRETAGNE	29 703,00			
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	8 643,00			
CORSE				
GRAND-EST	10 057,00	152 548,00		
GUADELOUPE				
GUYANE				
HAUTS-DE-FRANCE				
ILE-DE-FRANCE	90 000,52			
LA REUNION				
MARTINIQUE				
NORMANDIE	10 000,00	21 981,00		
NOUVELLE-AQUITAINE	5 927,00	16 526,48		
OCCITANIE	53 147,83	24 529,38		
PAYS-DE-LA-LOIRE		132 479,29	196 000,00	436 000,00
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR	142 898,00	26 160,00		
ANS				
ATIH				
TOTAL	362 776,35	495 800,84	196 000,00	436 000,00

* Secteur privé

Répartition des paiements 2021 par région

(en euros)

REGIONS	TPI	TSI	URG	Total général
AUVERGNE-RHONE-ALPES			60 000,00	16 427 334,32
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE				7 907 771,27
BRETAGNE				9 281 053,41
CENTRE-VAL-DE-LOIRE				6 504 889,77
CORSE				11 629 933,30
GRAND-EST				6 461 734,71
GUADELOUPE	8 982 528,31			83 972 392,65
GUYANE				1 135 530,28
HAUTS-DE-FRANCE				19 482 528,21
ILE-DE-FRANCE		522 363,75		24 961 991,91
LA REUNION			20 000,00	5 288 519,16
MARTINIQUE				124 527,80
NORMANDIE				20 771 939,96
NOUVELLE-AQUITAINE			19 944,00	8 178 070,84
OCCITANIE				7 644 107,79
PAYS-DE-LA-LOIRE				8 837 073,46
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR				16 031 996,23
ANS				31 548 442,19
ATIH				17 878 819,59
TOTAL	8 982 528,31	522 363,75	99 944,00	304 068 656,85

* Secteur privé

LE RAPPORT DE GESTION

PAIEMENTS REALISES EN 2021 AU TITRE DE L'ATIH ET DE L'ANS

Paiements réalisés en 2021 au titre de l'ATIH et de l'ANS

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

paiement par la Caisse des dépôts

Année attribution LFSS	Date arrêté	Montant global de l'attribution	Dépenses ATIH: année/ mandat	784871,45	FIDES Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé	Fonctionnement	Convention radiothérapie	Montant global du paiement
2020	06/10/2020	19 300 690,00	2021	784 871,45				784 871,45
			2021	1 763 010,67				1 763 010,67
			2021	2 355 957,50				2 355 957,50
			2021	3 710 000,00				3 710 000,00
			2021	807 633,06				807 633,06
			2021	2 253 787,42				2 253 787,42
			2021	1 275 386,20				1 275 386,20
			2021	1 400 000,00				1 400 000,00
			2021	2 256 328,00				2 256 328,00
			2021	1 271 845,29				1 271 845,29
TOTAL				17 878 819,59	0,00	0,00	0,00	17 878 819,59

LE RAPPORT DE GESTION

Agence du numérique en santé (ANS)

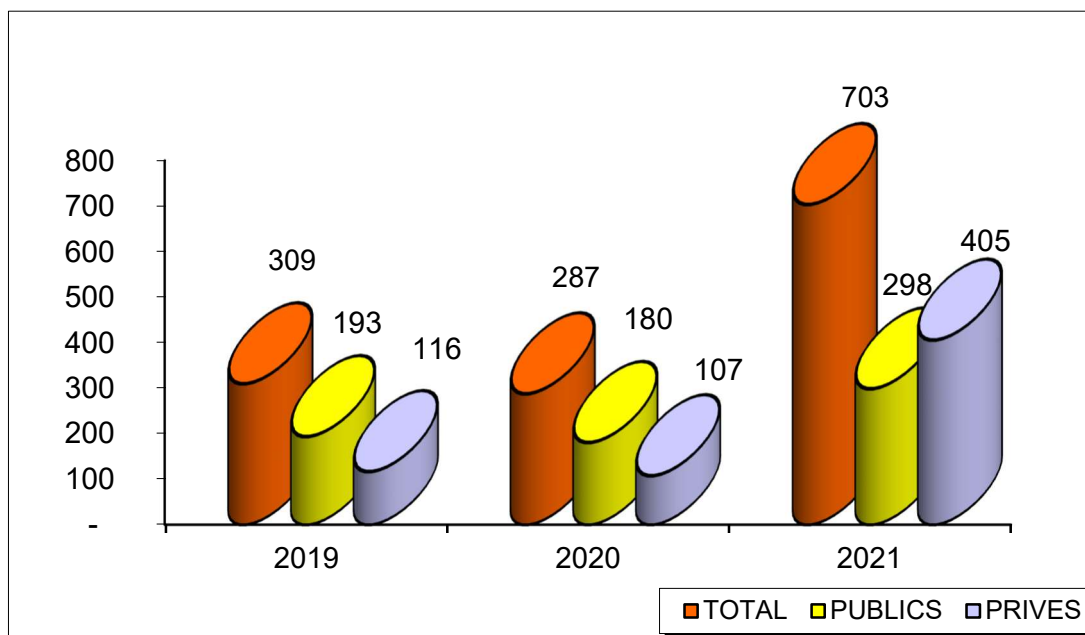
paiement par la Caisse des dépôts

Année attribution LFSS	Date arrêté	Montant global de l'attribution	Année budget	SI télécom Samu (charge externe interne)	Autres	Montant global du paiement
2020	04/08/2020	27 105 000,00	2020	1 853 045,87		1 853 045,87
			2020	837 980,36		837 980,36
			2020	233 912,16		233 912,16
			2020	930 292,64		930 292,64
			2020	34 094,26		34 094,26
			2020	232 766,60		232 766,60
			2020	120 317,10		120 317,10
			2020	683 291,11		683 291,11
			2020	133 947,48		133 947,48
			2020	94 048,31		94 048,31
			2020	954 038,88		954 038,88
			2020	170 913,25		170 913,25
			2020	972 245,08		972 245,08
			2020	496 233,06		496 233,06
			2020	398 164,93		398 164,93
			2020	208 254,47		208 254,47
			2020	406 996,59		406 996,59
			2020	345 715,04		345 715,04
			2020	1 115 934,73		1 115 934,73
			2020	574 774,17		574 774,17
			2020	24 360,00		24 360,00
			2020	147 482,65		147 482,65
			2020	213 495,37		213 495,37
			2020	757 456,95		757 456,95
			2020	215 963,15		215 963,15
			2020	605 855,11		605 855,11
2020	457 831,82		457 831,82			
2020	1 087 480,23		1 087 480,23			
2020	1 223 793,92		1 223 793,92			
2020	201 228,02		201 228,02			
2020	1 307 361,68		1 307 361,68			
2020	1 882 789,48		1 882 789,48			
2021	30/09/2021	25 215 338,00	2021	384 282,67		384 282,67
			2021	795 500,77		795 500,77
			2021	2 281 489,11		2 281 489,11
			2021	4 266 950,13		4 266 950,13
			2021	643 314,57		643 314,57
			2021	979 737,38		979 737,38
			2021	1 781 886,58		1 781 886,58
TOTAL				31 548 442,19	0,00	31 548 442,19

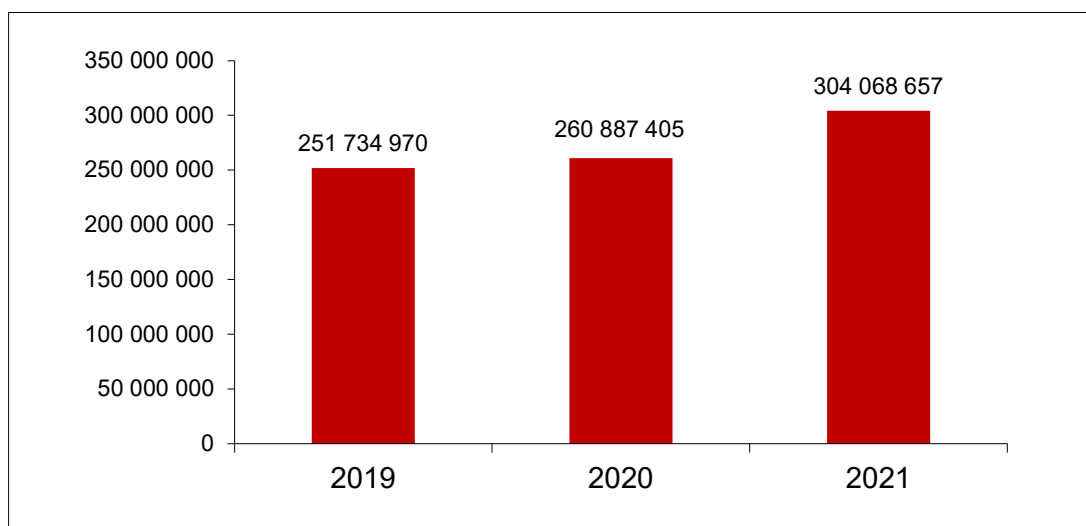
STATISTIQUES - GRAPHIQUES - CARTE

NOMBRE D'ETABLISSEMENTS ET MONTANTS PAYES DE 2019 A 2021

Nombre d'établissements payés de 2019 à 2021

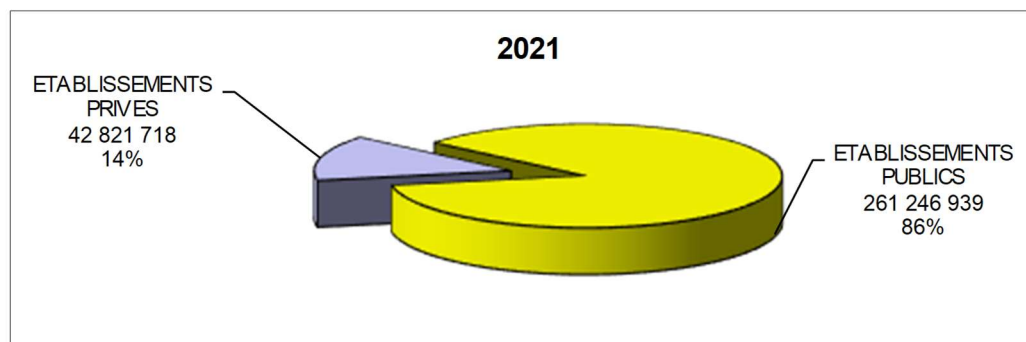
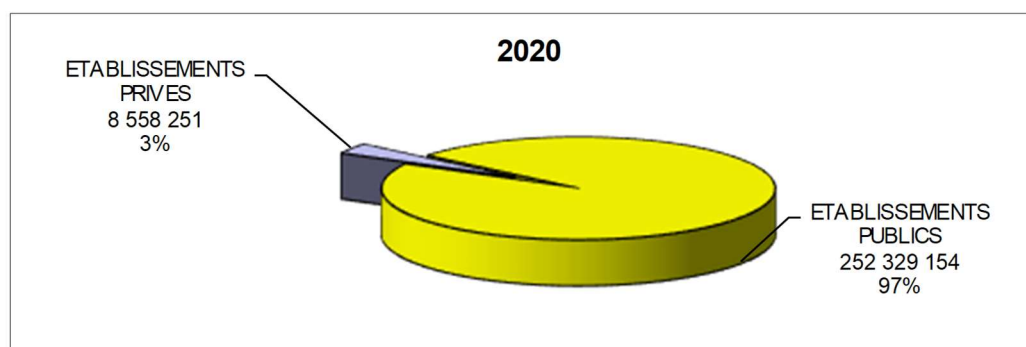
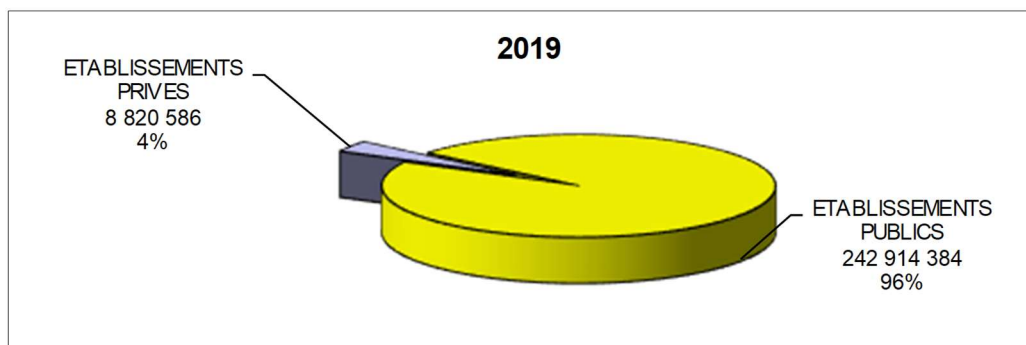


Montants payés de 2019 à 2021 (en euros)



REPARTITION DES MONTANTS PAYES PAR TYPE D'ETABLISSEMENT

Répartition des montants payés par type d'établissement



COMPOSITION DES VOLETS

VOLETS	Codes	Libellés des codes
ACTIONS MODERNISATIONS	TSI	Technologies santé innovantes
	DCA	Développement chirurgie ambulatoire
	APS	Installation d'armoires à pharmacie sécurisées
	URG	Urgences (SAMU)
AUTRES OPERATIONS	ANS	Agence du Numérique en Santé
	MTA	Agence technique de l'informatisation sur l'hospitalisation (ATIH)
INVESTISSEMENT	ADR	Accidentés de la route
	ALZ	Investissement plan Alzheimer
	COP	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins
	HOP	Programme HOP'EN
	HNU	Hôpital numérique
	RNA	Investissement exceptionnel
	ROR	Répertoire opérationnel des ressources
	RPU	Résumé de passage au urgences
	RRI	Recueil d'informations médicalisées
	SAP	Sécurisation des aires à poser
	SES	Sécurisation des Etablissements de Santé
	SIA	Ségur Investissement Amélioration
	SII	Ségur Investissement Inégalités
	SIR	Evolution des systèmes d'information soutenant la réforme de financement des services de soins de suite et de réadaptation
	SNM	Ségur Numérique Médico-sociaux
TPI	Travaux post incendie	

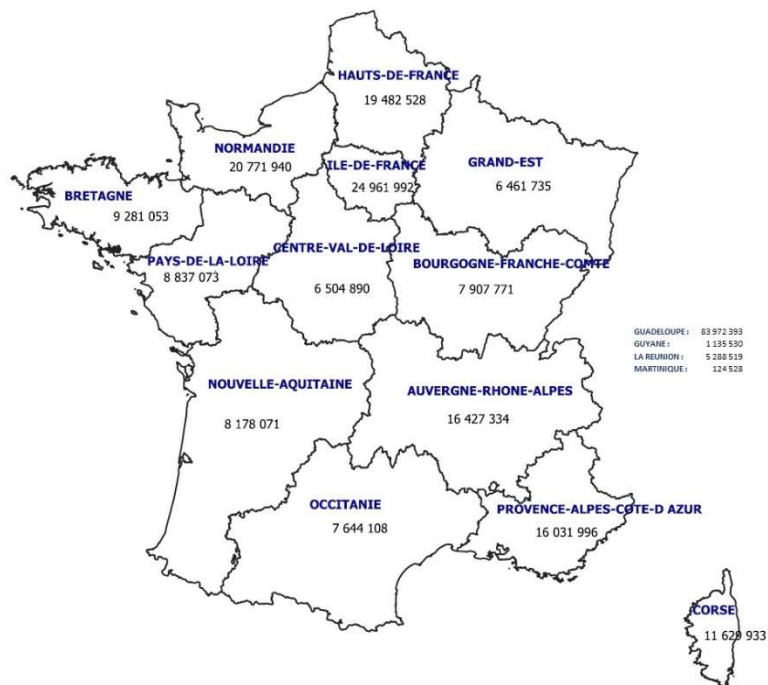
REPARTITION DES PAIEMENTS 2021 PAR VOILET, PAR REGION ET CREDITS NATIONAUX

Répartition des paiements 2021 par volet, par région et crédits nationaux

(en euros)

	ACTIONS MODERNISATIONS	AUTRES OPERATIONS	INVESTISSEMENT	TOTAL
AUVERGNE-RHONE-ALPES	333 503,21		16 093 831,11	16 427 334,32
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	38 000,00		7 869 771,27	7 907 771,27
BRETAGNE	55 751,98		9 225 301,43	9 281 053,41
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	40 304,35		6 464 585,42	6 504 889,77
CORSE	6 000,00		11 623 933,30	11 629 933,30
GRAND-EST			6 461 734,71	6 461 734,71
GUADELOUPE			83 972 392,65	83 972 392,65
GUYANE			1 135 530,28	1 135 530,28
HAUTS-DE-FRANCE	69 200,00		19 413 328,21	19 482 528,21
ILE-DE-FRANCE	566 173,95		24 395 817,96	24 961 991,91
LA REUNION	32 000,00		5 256 519,16	5 288 519,16
MARTINIQUE			124 527,80	124 527,80
NORMANDIE	20 701,79		20 751 238,17	20 771 939,96
NOUVELLE-AQUITAINE	58 679,00		8 119 391,84	8 178 070,84
OCCITANIE	95 760,63		7 548 347,16	7 644 107,79
PAYS-DE-LA-LOIRE	48 000,00		8 789 073,46	8 837 073,46
PROVENCE-ALPES-COTE-D AZUR	146 416,00		15 885 580,23	16 031 996,23
ANS		31 548 442,19		31 548 442,19
ATIH		17 878 819,59		17 878 819,59
TOTAL	1 510 490,91	49 427 261,78	253 130 904,16	304 068 656,85

REPARTITION PAR REGION DES PAIEMENTS 2021 (HORS CREDITS NATIONAUX)



II. LES COMPTES ANNUELS

LES DOCUMENTS DE SYNTHÈSE ET LE RESULTAT

BILAN ET COMPTE DE RESULTAT

BILAN ACTIF

(en euros)			
DETAIL DES COMPTES D'ACTIF	Notes	2021	2020
ACTIF IMMOBILISE		5 339 600	5 786 300
Immobilisations financières	1	5 339 600	5 786 300
Avances remboursables		5 339 600	5 786 300
ACTIF CIRCULANT		2 153 485 846	1 306 362 283
Créances et comptes rattachés	2	2 054 979 802	1 259 779 802
Cotisants et comptes rattachés		2 054 979 802	1 259 779 802
Disponibilités	3	98 506 044	46 582 481
TOTAL GENERAL		2 158 825 446	1 312 148 583

BILAN PASSIF

(en euros)			
DETAIL DES COMPTES DE PASSIF	Notes	2021	2020
CAPITAUX PROPRES	4	1 227 719 403	980 552 311
Report à nouveau		980 552 311	793 441 041
Résultat de l'exercice		247 167 092	187 111 270
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	5	1 932 987	5 671 717
Provisions pour litiges			500 000
Autres provisions pour risque		1 932 987	5 171 717
DETTES		929 173 056	325 924 554
Dettes et comptes rattachés	6	928 842 778	325 924 554
Prestataires charges à payer		928 838 228	325 912 257
Frais de gestion à payer		4 551	12 297
Autres dettes	7	330 278	
Créditeurs divers		330 278	
TOTAL GENERAL		2 158 825 446	1 312 148 583

COMPTE DE RESULTAT CHARGES

(en euros)

DETAIL DES COMPTES DE CHARGES	Notes	2021	2020
CHARGES D'EXPLOITATION		909 504 625	292 981 499
Charges externes	8	577 011	575 106
Frais administratifs		567 146	563 145
Autres frais de gestion		50	105
Rémunérations d'intermédiaires et honoraires		9 815	11 856
Dotations aux provisions d'exploitation	9	1 932 987	5 171 717
Charges sur dotations FMIS	10	906 994 627	287 234 676
Paiements de l'exercice		304 068 657	259 718 563
Charges à payer		602 925 970	27 516 113
CHARGES FINANCIERES			22 378
Charges nettes sur cessions de VMP			22 378
TOTAL DES CHARGES		909 504 625	293 003 877

COMPTE DE RESULTAT PRODUITS

(en euros)

DETAIL DES COMPTES DE PRODUITS	Notes	2021	2020
PRODUITS D'EXPLOITATION	11	1 156 671 717	480 104 797
Financement		1 151 000 000	475 000 000
Reprise sur provision d'exploitation		5 671 717	5 104 797
PRODUITS FINANCIERS			10 350
Reprises sur dépréciations des éléments financiers			10 350
TOTAL DES PRODUITS		1 156 671 717	480 115 147
RESULTAT DE L'EXERCICE		247 167 092	187 111 270

COMPTE DE RESULTAT

(en euros)

Rubriques	2021	2020
PRODUITS D'EXPLOITATION	1 156 671 717	480 104 797
Financement	1 151 000 000	475 000 000
Reprise sur provision d'exploitation	5 671 717	5 104 797
CHARGES D'EXPLOITATION	909 504 625	292 981 499
Charges externes	577 011	575 106
Frais administratifs	567 146	563 145
Autres frais de gestion	50	105
Rémunérations d'intermédiaires et honoraires	9 815	11 856
Dotations aux provisions d'exploitation	1 932 987	5 171 717
Charges sur dotations FMIS	906 994 627	287 234 676
Paiements de l'exercice	304 068 657	259 718 563
Charges à payer	602 925 970	27 516 113
A - RESULTAT D'EXPLOITATION	247 167 092	187 123 298
PRODUITS FINANCIERS		10 350
Reprises sur dépréciations des éléments financiers		10 350
CHARGES FINANCIERES		22 378
Charges nettes sur cessions de VMP		22 378
B - RESULTAT FINANCIER		(12 028)
C - RESULTAT COURANT (A+B)	247 167 092	187 111 270
PRODUITS EXCEPTIONNELS		
CHARGES EXCEPTIONNELLES		
D - RESULTAT EXCEPTIONNEL		
TOTAL DES PRODUITS	1 156 671 717	480 115 147
TOTAL DES CHARGES	909 504 625	293 003 877
RESULTAT DE L'EXERCICE (C+D)	247 167 092	187 111 270

RESULTAT ET RESERVES

Evolution du résultat et des capitaux propres

(en euros)

	2021	2020	2019	2018	2017
Report à nouveau	980 552 311	793 441 041	417 092 834	265 607 740	343 101 877
Résultat de l'exercice	247 167 092	187 111 270	376 348 207	151 485 094	(77 494 137)
CAPITAUX PROPRES	1 227 719 403	980 552 311	793 441 041	417 092 834	265 607 740

Le résultat 2021, excédentaire de 247,2 M€, sera affecté au compte de report à nouveau.

ANNEXE COMPTABLE : FAITS CARACTERISTIQUES ET EVENEMENTS POST-CLOTURE

FAITS CARACTERISTIQUES

D'après l'article 49 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (modifiant l'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000), le FMIS (Fonds pour la Modernisation et l'Investissement en Santé) se substitue au FMESPP.

Le décret n°2021-779 du 17 juin 2021 (modifiant le décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013) :

- étend le périmètre des bénéficiaires du FMIS aux communautés professionnelles territoriales de santé, aux centres et maisons de santé et aux établissements et services médico-sociaux ;
- précise que le fonds peut financer l'ensemble des dépenses engagées dans le cadre d'actions ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale ;
- précise les règles de déchéance qui sont étendues : la déchéance annuelle concernant les engagements devient biennale, la déchéance triennale concernant les paiements de demandes de remboursement devient quadriennale.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) intervient désormais dans les missions et le financement du FMIS au titre de la nouvelle branche autonomie de la Sécurité sociale, dont la gestion lui a été confiée à compter du 1er janvier 2021.

Pour 2021, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie a été fixé à 1 035 M€, celui de la contribution de la branche autonomie à 90 M€ (article 11 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 modifiant les articles 95-1 et 2 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021). Le montant du financement a fortement augmenté en 2021 compte tenu de l'élargissement du périmètre du FMIS et des opérations liées au Ségur de la santé. La CNSA a versé 89,8M € en décembre 2021 au titre de la contribution de la branche autonomie.

EVENEMENTS POST-CLOTURE

L'ouverture d'un deuxième compte bancaire (FMIS médico-social) a été réalisé en janvier 2022. Il sera destiné à recevoir les versements relatifs au financement du FMIS par la CNSA et à effectuer les paiements des prestations à destination des établissements et services médico-sociaux.

Conformément à la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, la convention de gestion est en cours de révision et de circularisation. Elle aura pour objet de prendre en compte l'élargissement du périmètre lié à la création du FMIS.

A ce jour, aucun événement connu, autre que ceux déjà pris en compte, survenu entre la date de clôture et la date d'arrêté des états financiers, nécessiterait un traitement comptable ou une mention dans l'annexe. En particulier, l'invasion de l'Ukraine par la Russie n'a pas d'incidence significative sur les opérations ou le financement du FMIS.

PRINCIPES GENERAUX

Le Fonds pour la Modernisation et l'investissement en Santé (FMIS) se conforme aux dispositions du plan comptable général pour la tenue de sa comptabilité.

La nomenclature des comptes a été adaptée pour tenir compte de ses spécificités.

La comptabilisation des opérations effectuées par le FMIS est réalisée en application du principe du droit constaté, l'enregistrement des opérations en comptabilité étant effectué dès la naissance du droit qui la sous-tend, encore appelé fait générateur.

REGLES ET METHODES ATTACHEES A CERTAINS POSTES

Contribution CNAMTS/CNSA

Une convention de gestion (signée le 27 juillet 2004, suivie d'un premier avenant concernant les aspects financiers signé le 9 juillet 2014) a été mise en place entre la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), la Caisse des Dépôts et l'ACOSS (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale).

Elle a notamment pour objet de préciser les modalités de versement de la participation de la CNAMTS au FMIS : les versements de fonds, réalisés par l'ACOSS, n'ont lieu que lorsque les disponibilités du FMIS sont inférieures à 20 M€.

Un projet de nouvelle convention est en cours de rédaction et de circularisation pour prendre en compte l'élargissement du périmètre lié à la création du FMIS. Elle prendra notamment en compte l'intégration de la CNSA et la modification des modalités de versement du financement.

Financement

Le décret n° 2013-828 du 16 septembre 2013 définit la quote-part de la participation de chaque régime obligatoire de base d'assurance maladie au financement du FMIS. Il précise que, pour le paiement de la participation, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est l'interlocuteur unique, les autres régimes d'assurance maladie versant leur quote-part à la caisse du régime général et non plus au FMIS.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) intervient à compter de 2021 dans les missions et le financement du FMIS au titre de la nouvelle branche autonomie de la Sécurité sociale.

Le V de l'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000, tel que modifié par l'article 49 de la LFSS pour 2021 précise que « Les ressources du fonds sont notamment constituées par le reversement des avances remboursables mentionnées au III ainsi que par des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie et de la branche mentionnée au 5° de l'article L200-2 du code de la sécurité sociale (branche autonomie). Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret ».

Depuis le 1^{er} janvier 2019 (article 89 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019), le surcroît de recettes provenant des amendes forfaitaires liées au contrôle radars sont affectés au FMIS pour un montant maximal de 26 M€ (en application du II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006).

Engagements hors bilan, Charges à payer et Provisions pour risques

- Engagements hors bilan (ne concernent que les crédits délégués)

Différence entre les dotations du ministère des Solidarités et de la Santé aux ARS (circulaires de l'année N) et les engagements saisis par les ARS au titre de l'année N.

- Charges à payer

Différence entre les engagements saisis par les ARS dont la date de prescription n'est pas atteinte et les montants payés correspondants, à la date de clôture des comptes.

- Provisions pour risques

Les textes prévoient la mise en application de prescriptions biennale et quadriennale à compter de 2021 (celles-ci étaient annuelle et triennale depuis 2011).

Article 88-alinéa 3, de la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 : « L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minorée est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante ».

Article 1-alinéas 7-8 du décret n°2021-779 du 17 juin 2021 (modifiant le décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013) :

« Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai de **deux ans** à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de **quatre ans** à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis ».

La matérialisation des prescriptions dans les comptes de l'exercice N est la suivante :

- calcul de la prescription (ou déchéance) N :
 - biennale au titre des dotations non engagées au titre de l'année N-2
 - quadriennale au titre des crédits non consommés de l'année N-6.
- enregistrement de dotations et reprises de provisions pour risques :
 - d'une dotation aux provisions pour un montant égal à la déchéance N
 - d'une reprise de provision, égale à la déchéance N-1.

Frais administratifs CDC

La Caisse des Dépôts, en tant que gestionnaire, met à la disposition du FMIS des moyens en personnel, informatique et fonctionnement. En contrepartie de ses prestations, la CDC perçoit une rémunération représentant le montant des frais engagés pour la gestion du Fonds.

Cette rémunération est payable en deux acomptes semestriels fixés à partir des derniers frais de gestion connus ; le solde ou reliquat, déterminé après l'arrêté des comptes de la Caisse des Dépôts, est imputé sur l'exercice suivant.

ANNEXE COMPTABLE : NOTES SUR LE BILAN

1 : IMMOBILISATIONS FINANCIERES

Avances remboursables

Le décret 2007-1933 du 26 décembre 2007 (article 1) autorise le FMIS à consentir des avances remboursables.

(en euros)

Référence contrat	Date	Montant	Valeur au 01/01/2021	Opérations exercice 2021		Valeur au 31/12/2021
				Avances versées (augmentations)	Avances remboursées (diminutions)	
CHU Fort-de-France	2011	1 500 000	150 000		150 000	
CH Le Lamentin	2011	8 900 000	5 636 300		296 700	5 339 600
Total avances remboursables		10 400 000	5 786 300		446 700	5 339 600

Les modalités de remboursement sont les suivantes :

- CHU Fort-de-France : 10 versements de 150 000 € de 2012 à 2021.
- CH Le Lamentin : 30 versements de 296 700 € de 2015 à 2030.

2 : CREANCES ET COMPTES RATTACHES

Cotisants et comptes rattachés

La créance sur la CNAMTS pour un montant total de 2 054,8 M€ correspond aux contributions restantes dues au titre des années 2019 à 2021 (cf. Règles et méthodes attachées à certains postes - Contribution ACOSS).

(en euros)

Contribution 2019	647 000 000
Versements	-76 220 198
Solde contribution 2019	570 779 802
Contribution 2020	649 000 000
Rectification	-200 000 000
Solde contribution 2020	449 000 000
Contribution 2021	1 032 000 000
Rectification	3 000 000
Solde contribution 2021	1 035 000 000
Total créance	2 054 779 802

La créance sur la CNSA pour un montant total de 200 000 € correspond à la contribution restante due au titre de l'année 2021 (cf. Règles et méthodes attachées à certains postes - Contribution CNSA).

(en euros)

Contribution 2021	100 000 000
Rectification	-10 000 000
Versements	-89 800 000
Solde contribution 2021	200 000
Total créance	200 000

Etat des échéances des immobilisations financières et des créances

(en euros)

	Montant net bilan au 31/12/2021	Degré de liquidité de l'actif : échéance		
		à un an au plus	entre 1 et 5 ans	à plus de 5 ans
Immobilisations financières	5 339 600	593 400	2 967 000	1 779 200
Avances remboursables	5 339 600	593 400	2 967 000	1 779 200
Créances et comptes rattachés	2 054 979 802			
CNSA	200 000			
CNAMTS *	2 054 779 802			

* Des versements de fonds de 40 M€ sont réalisés par l'ACOSS dès lors que le solde bancaire est inférieur à 20 M€.

3 : DISPONIBILITES

Les disponibilités au 31 décembre 2021 sont de 98,5 M€.

4 : CAPITAUX PROPRES

Au 31 décembre 2021, le montant des capitaux propres s'élève à 1 227,7 M€ après l'affectation du résultat de l'exercice.

5 : PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES

Provisions pour litiges

La provision enregistrée portait sur des litiges concernant des précomptes de cotisations sociales qui avaient été réalisés lors de versements d'IDV (indemnités de départ volontaire), pour lesquels les remboursements de dossiers avaient été refusés en raison du délai de prescription. Une provision d'un montant de 1,3 M€ avait été enregistrée au 31/12/2016.

En 2019, une partie des dossiers contentieux avaient été clôturés, la Cour de cassation ayant rendu un arrêt favorable au FMIS le 28 novembre 2019 déclarant irrecevables les actions formées par 65 requérants, une reprise de provision de 0,8 M€ avait été comptabilisée pour ajuster la provision pour litiges à 0,5 M€ ; 123 dossiers restant toujours en cours.

Au 31 décembre 2021, le risque de contentieux étant terminé, la provision a été reprise en totalité.

Autres provisions pour risques

Une provision pour risques a été enregistrée correspondant au montant de la déchéance triennale au titre de l'année 2016 pour 1,9 M€.

6 : DETTES ET COMPTES RATTACHES

Prestataires charges à payer

Elles s'élèvent à 928,8 M€ à la clôture de l'exercice 2021 et correspondent à la différence entre les montants des engagements saisis par les ARS et les montants payés au titre des années 2013 à 2021.

Frais de gestion à payer

Ils représentent :

- le reliquat de 4 501 € des frais administratifs dû à la Caisse des Dépôts au titre de l'année 2021.
- les frais de conservation des actifs du mois de décembre 2021 pour 50 €.

Etat des échéances des dettes

(en euros)

	Montant net bilan au 31/12/2021	Degré d'exigibilité du passif : échéance		
		à un an au plus	entre 1 et 5 ans	à plus de 5 ans
Charges à payer	928 838 228	17 868 747	326 484 411	584 485 069
Autres dettes	4 551	4 551		
TOTAL	928 842 779	17 873 298	326 484 411	584 485 069

7 : AUTRES DETTES

Le montant de 330 278 € correspond à des paiements non effectués au 31 décembre 2021 et qui seront remis en paiement en 2022.

LES COMPTES ANNUELS
ANNEXE COMPTABLE : LES NOTES

ENGAGEMENTS HORS-BILAN

Comme précisé dans les règles et méthodes comptables, ils correspondent aux dotations du ministère des Solidarités et de la Santé (circulaires) n'ayant pas encore fait l'objet d'une saisie d'engagement par les ARS.

Les engagements hors bilan au 31 décembre 2021 s'élèvent à 503,1 M€ (dont 69,7€ au titre du médico-social) et concernent uniquement les circulaires 2021.

ENGAGEMENTS, CHARGES A PAYER, DECHEANCES ET PROVISIONS

Situation au 31 décembre 2021		(en M€)									
Années de référence		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
DOTATION MINISTERE (circulaires)	(I)	191,8	204,6	298,0	335,9	308,2	280,9	373,5	286,0	1 161,6	3 440,5
dont dotation publiée après la clôture 2014		191,8	204,6	298,0	335,9	308,2	280,9	373,5	286,0	1 161,6	3 440,5
ENGAGEMENTS	(II)	190,6	203,5	297,9	335,3	307,5	280,4	358,8	272,9	658,5	2 905,3
dont date de déchéance triennale atteinte	(IIa)	190,6	203,5	297,9	335,3						1 027,3
dont date de déchéance triennale non atteinte	(IIb)					307,5	280,4	358,8	272,9	658,5	1 878,0
PAIEMENTS sur engagements	(III)	186,9	199,7	292,7	332,2	290,9	230,0	256,7	98,8	74,0	1 962,1
dont date de déchéance triennale atteinte	(IIIa)	186,9	199,7	292,7	332,2						1 011,6
dont date de déchéance triennale non atteinte	(IIIb)					290,9	230,0	256,7	98,8	74,0	950,5
DECHEANCES annuelles (déjà enregistrées)		1,2	1,1	0,2	0,6	0,7	0,6				4,4
DECHEANCES triennales (déjà enregistrées)	(IV)	2,5	3,7	5,2	1,0						12,4

Montants comptabilisés au 31 décembre 2021		(en M€)									
Années de référence		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
ENGAGEMENTS HORS BILAN										503,1	503,1
Dotations - Engagements	(I)-(II)									503,1	503,1
PROVISIONS POUR RISQUES					1,9						
DECHEANCE ANNUELLE									(2)		
Dotations - Engagements	(I)-(II)										
DECHEANCE TRIENNALE (circulaires 2016)					1,9	(1)					
Engagements - paiements (date de déchéance atteinte)- déchéance triennale déjà enregistrée	(IIa)-(IIIa)-(IV)				1,9						
CHARGES A PAYER		1,2			0,1	16,6	50,4	102,1	174,1	584,5	927,6
Factures 2021 payées en jan/fév. 2022					0,1						
Report ARS Hauts de France		1,2									
Engagements- paiements (dont date de déchéance non atteinte)	(IIb)-(IIIb)					16,6	50,4	102,1	174,1	584,5	927,6

(1) - Report 1 an déchéance triennale

(2) - Report 1 an déchéance annuelle

Compte tenu du contexte de la crise du COVID, il a été accordé en 2021 :

- un report de déchéance triennale d'un an supplémentaire sur la 2^{ème} circulaire 2013 (ARS Hauts de France/RNA).
- un report de déchéance triennale d'un an sur la 1^{ère} circulaire 2017 (deux ans pour l'ARS Ile de France/SES).
- un report de déchéance triennale d'un an sur la 1^{ère} circulaire 2018 (ARS Ile de France /SES).
- un report global de déchéance annuelle/triennale de deux ans sur les deux circulaires 2019.
- un report global de déchéance annuelle/triennale d'un an sur la 1^{ère} circulaire 2020.

L'élargissement du périmètre du FMIS et les opérations liées au Ségur de la santé entraînent pour l'année de référence 2021 une hausse sensible du montant des dotations (1,1 Md€ euros dont 819 M€ liées au Ségur et 343 M€ hors Ségur) et des engagements (659 M€ euros dont 606 M€ liées au Ségur et 53 M€ hors Ségur)

LES COMPTES ANNUELS
ANNEXE COMPTABLE : LES NOTES

Situation au 31 décembre 2021		(en €)		
Année de référence 2021		sanitaire	médico-social	TOTAL
DOTATION MINISTERE (circulaires)	(I)	1 074 437 232	87 199 700	1 161 636 932
dont Ségur de la santé	(Ia)	731 800 000	87 199 700	818 999 700
hors Ségur de la santé	(Ib)	342 637 232		342 637 232
ENGAGEMENTS	(II)	641 045 009	17 478 710	658 523 719
dont Ségur de la santé	(IIa)	588 187 472	17 478 710	605 666 182
hors Ségur de la santé	(IIb)	52 857 537		52 857 537
PAIEMENTS sur engagements	(III)	73 406 649	632 000	74 038 649
dont Ségur de la santé	(IIIa)	60 042 099	632 000	60 674 099
hors Ségur de la santé	(IIIb)	13 364 551		13 364 551

Montants comptabilisés au 31 décembre 2021		(en €)		
Année de référence 2021		sanitaire	médico-social	TOTAL
ENGAGEMENTS HORS BILAN (Dotations - Engagements)	(I)-(II)	433 392 223	69 720 990	503 113 213
dont Ségur de la santé	(Ia)-(IIa)	143 612 528	69 720 990	213 333 518
hors Ségur de la santé	(Ib)-(IIb)	289 779 695		289 779 695
CHARGES A PAYER (Engagements- paiements)	(II)-(III)	567 638 359	16 846 710	584 485 069
dont Ségur de la santé	(IIa)-(IIIa)	528 145 373	16 846 710	544 992 083
hors Ségur de la santé	(IIb)-(IIIb)	39 492 986		39 492 986

ANNEXE COMPTABLE : NOTES SUR LE COMPTE DE RESULTAT

8 : CHARGES SUR DOTATIONS FMIS

Le montant total s'élève à 907 M€ et se compose :

- des paiements de l'exercice pour 304,1M€ (dont 0,6M€ au titre du médico-social) ;
- de la variation des charges à payer comptabilisées en 2021 de 602,9 M€ (dont 16,8M€ au titre du médico-social).

Leur forte variation en 2021 provient de l'élargissement du périmètre du FMIS et des opérations liées au Ségur de la santé.

9 : CHARGES EXTERNES

Frais administratifs

Ce montant de 567 146 € correspondant à la facture prévisionnelle 2021 est la somme des versements effectués à la Caisse de Dépôts au cours de l'exercice (562 646 €) et du reliquat 2021 (4 501 €).

Autres frais de gestion

Ce montant de 50 € correspond à la commission de conservation des actifs qui rémunère la tenue du compte titres.

Rémunérations d'intermédiaires et honoraires

Ce montant de 9 815 € correspond à des frais d'avocat.

10 : DOTATION AUX PROVISIONS D'EXPLOITATION

Une provision pour risques de 1,9 M€ a été enregistrée correspondant au montant des déchéances triennales, calculées en 2021.

11 : PRODUITS D'EXPLOITATION

Financement

Il est constitué du montant pour 2021 :

- de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie destiné au financement du FMIS, rectifié à 1 035 M€ par l'article 11 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (initialement fixé à 1 032 M€ par l'article 12 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021).
- de la contribution de la branche autonomie, rectifié à 90 M€ (initialement fixé à 100 M€).
- de recettes provenant des amendes forfaitaires liées au contrôle radars, soit 26 M€.

Reprise sur provision d'exploitation

Ce montant de 5,7 M€ correspond :

- à la reprise de la provision de 5,2 M€ enregistrée en 2020 au titre des déchéances.
- à la reprise de la provision pour litiges de 0,5 M€.

III. CERTIFICATION DES COMPTES

Mazars
61, rue Henri Regnault
92400 Courbevoie

Rapport d'audit du commissaire aux comptes de la Caisse des Dépôts et Consignations sur les comptes individuels du FMIS

Exercice clos le 31 décembre 2021

Mesdames, Messieurs,

En notre qualité de commissaire aux comptes de La Caisse des Dépôts et Consignations et en réponse à votre demande dans le cadre de l'audit des fonds dont la Caisse des Dépôts et Consignations assure la gestion, nous avons effectué un audit des comptes individuels du FMIS relatifs à l'exercice clos le 31 décembre 2021, tels qu'ils sont joints au présent rapport.

La crise mondiale liée à la pandémie de COVID-19 crée des conditions particulières pour la préparation et l'audit des comptes de cet exercice. En effet, cette crise et les mesures exceptionnelles prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire induisent de multiples conséquences pour les entreprises, particulièrement sur leur activité et leur financement, ainsi que des incertitudes accrues sur leurs perspectives d'avenir. Certaines de ces mesures, telles que les restrictions de déplacement et le travail à distance, ont également eu une incidence sur l'organisation interne des entreprises et sur les modalités de mise en œuvre des audits.

C'est dans ce contexte complexe et évolutif que ces comptes ont été établis et arrêtés sous la responsabilité de la Caisse des Dépôts et Consignations. Il nous appartient, sur la base de notre audit, d'exprimer notre conclusion sur ces comptes.

Nous avons effectué notre audit selon les normes d'exercice professionnel applicables en France et la doctrine professionnelle de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes relative à cette intervention. Ces normes requièrent la mise en œuvre de diligences permettant d'obtenir l'assurance raisonnable que les comptes annuels ne comportent pas d'anomalies significatives. Un audit consiste à vérifier par sondages ou au moyen d'autres méthodes de sélection, les éléments justifiant des montants et informations figurant dans les comptes annuels. Il consiste également à apprécier les principes comptables suivis, les estimations significatives retenues et la présentation d'ensemble des comptes. Nous estimons que les éléments que nous avons collectés sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion.

LES COMPTES ANNUELS
CERTIFICATION DES COMPTES

A notre avis, les comptes présentent sincèrement, dans tous leurs aspects significatifs et au regard des règles et principes comptables français, le patrimoine et la situation financière du FMIS au 31 décembre 2021, ainsi que le résultat de ses opérations pour l'exercice écoulé.

Le commissaire aux comptes,

Mazars

Fait à Paris La Défense, le 8 juin 2022



Signature numérique
de Francois LEMBEZAT
Date : 2022.06.08
13:22:19 +02'00'

François LEMBEZAT

IV. TEXTES DE REFERENCE

RECAPITULATIF DES TEXTES

Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, article 25.

Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, article 40.

Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, article 26.

Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, article 26.

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 article 48.

Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 article 25.

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 article 61.

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 article 93.

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 article 60.

Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 article 68.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (article 18) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires : mise en place d'une Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

* Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

* Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

Décret n° 2000-684 du 20 juillet 2000 (abrogé par décret n° 2002-1243) relatif aux missions du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé.

Décret n° 2000-1325 du 26 décembre 2000 fixant le montant de la contribution au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé pour 2000 et sa répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Décret n° 2001-353 du 20 avril 2001 instituant une indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière.

* Décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

* Décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

* Décret n° 2013-828 du 16 septembre 2013 relatif à la participation de l'assurance maladie au financement de différents fonds et établissements.

Arrêté du 26 mars 2001 (texte non paru au Journal officiel) : fixe l'ouverture d'un compte à la Caisse des Dépôts au nom du Fonds d'accompagnement pour la modernisation des établissements de santé, une comptabilité spécifique tenue par la CDC sur les opérations de gestion, les frais de gestion perçus par la CDC en contrepartie de ses prestations.

Arrêté du 20 avril 2001 relatif au montant de l'indemnité exceptionnelle de mobilité.

Arrêté du 31 décembre 2001 relatif au solde du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé versé au FMES.

Arrêté du 24 avril 2003 relatif au financement des missions pour 2003.

Arrêté du 3 mai 2004 relatif au financement en 2004 des missions.

Arrêté du 23 mars 2005 fixant pour 2005 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

Arrêté du 18 mai 2006 fixant pour 2006 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

Arrêté du 15 juin 2006 relatif au financement en 2006 des missions.

Arrêté du 20 avril 2007 fixant pour 2007 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

Arrêté du 7 juin 2007 fixant les montants régionaux des subventions pour tutorat et consolidation des savoirs pour les infirmiers en psychiatrie en 2007.

Arrêté du 26 mai 2008 fixant pour 2008 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

Arrêté du 2 février 2009 fixant pour 2008 et 2009 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

Arrêté du 28 février 2011 fixant pour l'année 2010 et pour l'année 2011 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

Arrêté du 20 février 2012 fixant pour l'année 2011 et pour l'année 2012 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

Arrêté du 17 mai 2013 fixant pour l'année 2012 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

* *Ces textes sont joints au rapport.*

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

NOR : EFIX1324269L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté ;

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC en date du 19 décembre 2013 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013

Article 5

I. - L'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires restitue aux régimes obligatoires d'assurance maladie, avant le 31 décembre 2013, une fraction des dotations qui lui ont été attribuées au titre des exercices 2010 à 2012, égale à 27 623 999,18 €. Ce montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui le répartit entre les régimes, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

II. - L'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au I, le montant : « 370,27 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 343,47 millions d'euros » ;

2° Au II, le montant : « 124 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 139 millions d'euros » ;

3° Au III, le montant : « 22,2 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 32,2 millions d'euros ».

Article 63

Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 263,34 millions d'euros pour l'année 2014.

Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale

NOR: FCPX1412917L

Article 15

Montant ramené à 103,34 millions d'euros.

Décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

NOR : MESH0124179D

Version consolidée au 31 décembre 2013

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, notamment son article 60 ;

Vu la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, notamment son article 40 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 20 novembre 2001 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 23 novembre 2001,

Article 1 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2013-828 du 16 septembre 2013 - art. 2

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

La charge de la participation prévue au V de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée est répartie, chaque année, conformément aux dispositions prévues à l'article D. 178-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2 (abrogé)

Modifié par Décret n°2003-395 du 24 avril 2003 - art. 1 JORF 29 avril 2003

Abrogé par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2

Article 3 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

Pour les dépenses mentionnées au III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, la Caisse des dépôts et consignations verse à l'établissement de santé, sur sa demande, dans les conditions prévues et sur présentation des éléments mentionnés à l'article 8-5 du présent décret, la somme correspondant au montant de la subvention ou de l'avance remboursable du fonds.

Article 4 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2003-395 du 24 avril 2003 - art. 1 JORF 29 avril 2003

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

Les frais exposés par la Caisse des dépôts et consignations au titre de la gestion du fonds sont mis à la charge de celui-ci dans des conditions fixées par un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article 5 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2003-395 du 24 avril 2003 - art. 1 JORF 29 avril 2003

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

Il est institué une commission de surveillance du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

La commission est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds.
Elle formule toute proposition relative aux ressources, aux dépenses et à la gestion du fonds.

Article 6 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2012-1247 du 7 novembre 2012 - art. 49

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

La commission mentionnée à l'article 5 du présent décret est composée comme suit :

- le contrôleur budgétaire près la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;
- une personne qualifiée, président de la commission, désignée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;
- le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ou son représentant ;
- le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant.

Le directeur de la Caisse des dépôts et consignations ou son représentant assiste aux séances de la commission.

Article 7 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2003-395 du 24 avril 2003 - art. 1 JORF 29 avril 2003

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

La commission de surveillance du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés se réunit, sur convocation de son président, au moins une fois par semestre. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par le ministre de la santé.

Article 8 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2006-1646 du 21 décembre 2006 - art. 1 JORF 22 décembre 2006

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

Un rapport annuel sur l'utilisation du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et examiné par la commission de surveillance. Ce rapport et l'avis de la commission sont transmis, au plus tard, le 30 juin de l'année suivant l'exercice considéré, au ministre chargé de la santé.

Ce rapport est également communiqué au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et au Conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale.

Article 8-1 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés finance des opérations de modernisation et de restructuration ayant fait l'objet d'une décision attributive de subvention du directeur de l'agence régionale de santé compétent fixant le montant de la subvention et de l'avance dans le respect du schéma régional d'organisation des soins.

Sont éligibles à un financement par le fonds, dans les conditions fixées aux articles 8-5 à 8-7 :

1° à 3° (Abrogés) ;

4° Des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire dont la mission est notamment de mutualiser les politiques d'achats des établissements de santé et de faciliter les économies sur les achats ;

5° Des frais relatifs aux missions d'expertise mentionnées au III ter de l'article 40 de la loi du 23 décembre susvisée;

6° (Abrogé)

Article 8-2 (abrogé)

Modifié par Décret n°2003-395 du 24 avril 2003 - art. 1 JORF 29 avril 2003

Abrogé par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2

Article 8-3 (abrogé)

Modifié par Décret n°2003-395 du 24 avril 2003 - art. 1 JORF 29 avril 2003

Abrogé par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2

Article 8-4 (abrogé)

Modifié par Décret n°2008-1529 du 30 décembre 2008 - art. 1

Abrogé par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2

Article 8-5 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2

Abrogé par Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11

I.- Sont éligibles à un financement par le fonds au titre du 4° de l'article 8-1 du présent décret les dépenses d'investissement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire relatives :

1° Aux opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire ;

2° Aux acquisitions d'équipements matériels lourds ;

3° Aux opérations visant le développement des systèmes d'information ;

4° Aux opérations visant la réorganisation de l'offre de soins.

II.- Les subventions ou avances sont attribuées par le directeur de l'agence régionale de santé, dans la limite des crédits alloués par décision du ministre chargé de la santé. Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ou, en son absence, un engagement contractuel conclu entre l'agence régionale et l'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire précise :

a) La nature, l'objet, le coût prévisionnel et le calendrier de réalisation de l'opération subventionnée ;

b) Le montant maximum, le taux et les modalités de versement de la subvention ;

c) S'il s'agit d'une avance, l'échéancier et les modalités de son remboursement au fonds ;

d) Les informations et les pièces justificatives que l'établissement ou le groupement communique à l'agence régionale pour attester de la réalisation et du coût de l'opération.

III.- Lorsque la subvention ou l'avance est attribuée à un établissement de santé privé, le représentant légal de l'établissement s'engage dans l'avenant ou l'engagement contractuel à tenir à la disposition de l'agence régionale de santé sa comptabilité ainsi que les conventions et contrats, ayant une incidence sur son compte de résultat, conclus avec des sociétés, groupements ou organismes au sein desquels l'établissement ou la personne morale ou physique qui en est gestionnaire, ou la personne morale ou physique qui détient plus de la moitié du capital ou la majorité des voix dans les organes délibérants de l'établissement ou de la personne morale ou physique qui en est gestionnaire, détient également plus de la majorité du capital ou la majorité des voix dans les organes délibérants.

IV.- La Caisse des dépôts et consignations verse à l'établissement de santé ou au groupement de coopération sanitaire concerné, à sa demande, la somme correspondant au montant de la subvention ou de l'avance du fonds, dans les conditions prévues par l'avenant ou l'engagement contractuel. L'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire joint à l'appui de sa demande :

a) L'avenant ou l'engagement contractuel susmentionné ;

b) Une facture attestant du début de réalisation des travaux, de l'acquisition d'un terrain ou d'un bâtiment ; ou une quittance de loyer lorsque l'établissement de santé n'est pas propriétaire des biens pour les opérations d'investissement immobilier ;

c) Une facture attestant du début de réalisation de l'opération pour les opérations concourant à la modernisation des systèmes d'information ou à la réorganisation de l'offre de soins et pour les opérations relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles ;

d) Les pièces justificatives attestant de l'acquisition du matériel pour les opérations mobilières ou l'acquisition d'équipements matériels lourds.

V.- Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate que l'opération objet de la subvention n'est pas achevée ou a subi un retard d'au moins un an par rapport aux échéances prévues dans le calendrier de réalisation de l'opération, il invite l'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire concerné, par lettre recommandée avec avis de réception, à lui indiquer, dans un délai qui ne peut être supérieur à un mois, soit les mesures qu'il s'engage à prendre pour achever l'opération, soit son intention de l'abandonner. A l'issue de ce délai et compte tenu des informations transmises par l'établissement ou le groupement, le directeur de l'agence régionale de santé décide la restitution totale ou partielle des sommes versées ou fixe un nouveau délai pour l'achèvement de l'opération. Dans le premier cas, il informe l'établissement ou le groupement, par lettre recommandée avec avis de réception, des sommes qu'il est tenu de restituer à la Caisse des dépôts et consignations et en informe simultanément cette dernière. Dans le second cas, le calendrier de réalisation de l'opération fixé dans l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs ou de moyens ou l'engagement contractuel est modifié pour tenir compte du nouveau délai puis envoyé à la Caisse des dépôts et consignations pour information.

VI.- Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate que le coût final de l'opération est notablement inférieur à son coût prévisionnel, il peut décider la restitution partielle de la subvention versée, par référence au taux de subvention fixé dans l'avenant ou l'engagement contractuel. Il informe alors l'établissement ou le groupement, par lettre recommandée avec avis de réception, des sommes qu'il est tenu de restituer à la Caisse des dépôts et consignations et en informe simultanément cette dernière. A la demande du directeur de l'agence régionale de santé, la Caisse des dépôts et consignations procède au recouvrement de ces sommes y compris, le cas échéant, par voie contentieuse.

VII.- Lorsqu'une avance a été accordée à un établissement de santé ou un groupement de coopération sanitaire et que cette avance n'a pas été remboursée dans les conditions prévues par l'avenant ou l'engagement contractuel, le directeur de l'agence régionale de santé met en demeure l'établissement ou le groupement de restituer cette avance au fonds et en informe simultanément la Caisse des dépôts et consignations. Si, dans un délai de deux mois suivant la mise en demeure, l'établissement n'a pas remboursé l'avance, la Caisse des dépôts et consignations procède à son recouvrement y compris, le cas échéant, par voie contentieuse.

Article 8-6 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par [Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2](#)

Abrogé par [Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11](#)

Le fonds prend en charge au titre du 5° de l'article 8-1, dans la limite d'un montant arrêté conjointement par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, les frais engagés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation pour mettre en œuvre les missions d'expertise qui lui sont confiées.

Ces frais sont remboursés à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, sur présentation des justificatifs de dépenses.

Pour les marchés passés par l'agence, une avance de trésorerie correspondant à la moitié du montant du marché signé peut être versée par la Caisse des dépôts et consignations, sur présentation du contrat.

Au dernier trimestre de l'année concernée, et compte tenu de l'ensemble des dépenses exposées au vu des justificatifs transmis, les sommes avancées et non utilisées sont reversées au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Article 8-7 (abrogé)

Modifié par [Décret n°2007-1933 du 26 décembre 2007 - art. 5](#)

Abrogé par [Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2](#)

Article 9 (abrogé au 1 janvier 2014)

Modifié par [Décret n°2007-1933 du 26 décembre 2007 - art. 6](#)

Abrogé par [Décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 - art. 11](#)

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Article 10 (transféré)

Transféré par Décret n°2007-1933 du 26 décembre 2007 - art. 6

Décret n° 2013-828 du 16 septembre 2013 relatif à la participation de l'assurance maladie au financement de différents fonds et établissements

NOR : AFSS1318055D

Publics concernés : régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

Objet : définition des modalités de calcul et de versement de la participation de chaque régime obligatoire de base d'assurance maladie au financement de différents fonds et établissements.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret définit les bases sur lesquelles est calculée la clé de répartition permettant d'établir le montant de la participation de chaque régime obligatoire de base d'assurance maladie au financement de différents fonds et établissements. Il précise que, pour le paiement de la participation financière, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est l'interlocuteur unique de ceux-ci, les autres régimes d'assurance maladie versant leur quote-part à la caisse du régime général. Enfin, il énumère les fonds et établissements concernés.

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale et le texte modifiés par le présent décret peuvent être consultés, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>). Le décret est pris pour l'application de l'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé et du ministre de l'économie et des finances,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 161-45 et L. 221-1-1 ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, notamment son article 116 ;

Vu la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, notamment son article 40 ;

Vu la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, notamment son article 4 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, notamment son article 69 ;

Vu la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, notamment son article 73 ;

Vu le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 9 juillet 2013 ;

Vu l'avis du conseil central de la Mutualité sociale agricole en date du 12 juin 2013 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 11 juillet 2013,

Décrète :

Article 1

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le titre VII du livre Ier est complété par un chapitre VIII ainsi rédigé :

« Chapitre VIII

« Participation de l'assurance maladie au financement de différents organismes

« Art. D. 178-1. - I. - La participation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au financement des fonds et établissements mentionnés au II du présent article est répartie au prorata du montant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du dernier exercice connu servies par chacun de ces régimes, à l'exclusion de la participation au financement des avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés aux articles L. 722-1 à L. 722-9 et L. 645-1 à L. 645-5.

« La participation de l'assurance maladie est versée au fonds ou à l'établissement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au nom de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Une convention entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et le fonds ou l'établissement établit les modalités de son versement.

« Chaque régime obligatoire de base d'assurance maladie autre que le régime général verse sa participation au financement des différents fonds et établissements à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés selon des conditions fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« II. - Les dispositions du I s'appliquent pour la participation de l'assurance maladie au financement des organismes suivants :

- « a) L'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;
- « b) Le fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 ;
- « c) Le groupement mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique ;
- « d) L'office mentionné à l'article L. 1142-22 du même code ;
- « e) L'établissement mentionné à l'article L. 1222-1 du même code ;
- « f) L'institut mentionné à l'article L. 1417-1 du même code ;
- « g) L'agence mentionnée à l'article L. 1418-1 du même code ;
- « h) L'établissement mentionné à l'article L. 3135-1 du même code ;
- « i) L'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du même code ;
- « j) Le centre mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- « k) Le fonds mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;
- « l) L'agence mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;
- « m) Le comité mentionné à l'article 69 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 ».

2° L'article D. 162-25 est abrogé.

Article 2

L'article 1er du décret du 21 décembre 2001 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 1er.-La charge de la participation prévue au V de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée est répartie, chaque année, conformément aux dispositions prévues à l'article D. 178-1 du code de la sécurité sociale.»

Article 3

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 16 septembre 2013.

Décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

NOR : AFSH1327787D

Version consolidée au 01 janvier 2014

Publics concernés : agences régionales de santé, établissements de santé et groupements de coopération sanitaire, agence technique de l'information sur l'hospitalisation, groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, Caisse des dépôts et consignations.

Objet : conditions de fonctionnement et d'utilisation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1er janvier 2014, à l'exception des articles 9 et 10, qui entrent en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret détermine les conditions d'application de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, qui a créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Il abroge le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif à ce fonds et apporte les principales modifications suivantes :

- il est prévu un rapport provisoire, transmis à la commission de surveillance du fonds au plus tard le 15 mai, relatif à l'utilisation du fonds au cours de l'exercice antérieur ; le rapport définitif est quant à lui transmis à la commission de surveillance du fonds au plus tard le 31 juillet ;

- le versement par le fonds des subventions ou des avances aux établissements de santé ou aux groupements de coopération sanitaire est désormais prévu au fur et à mesure de la présentation des pièces justifiant des dépenses engagées ; les dérogations à cette règle doivent faire l'objet d'une décision expresse du ministre chargé de la santé ;

- les études préalables à une opération peuvent être financées par le fonds, sous réserve de la réalisation effective de l'opération ;

- à la suite de la modification de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, le décret prévoit la prise en charge des dépenses engagées par le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés pour piloter ou conduire les missions d'ampleur nationale qui lui sont déléguées par le ministre chargé de la santé au bénéfice des établissements de santé.

Références : le présent décret peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 modifiée de financement de la sécurité sociale pour 2001, notamment son article 40 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 27 août 2013 ;

Vu l'avis de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 11 septembre 2013 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 11 septembre 2013 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 2 octobre 2013 ;

Vu l'avis de la commission de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations en date du 2 octobre 2013,

Décrète :

Article 1

La charge de la participation prévue au V de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée est répartie chaque année, conformément aux dispositions prévues à l'article D. 178-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Les frais exposés par la Caisse des dépôts et consignations au titre de la gestion du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés sont mis à la charge de celui-ci dans des conditions fixées par un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article 3

Il est institué une commission de surveillance du fonds. Elle est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds. Elle peut formuler toute proposition relative aux ressources, aux dépenses et à la gestion du fonds.

Article 4

La commission mentionnée à l'article 3 est composée comme suit :

- le contrôleur budgétaire près la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;
- une personne qualifiée, président de la commission, désignée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant.

Le directeur de la Caisse des dépôts et consignations ou son représentant assiste aux séances de la commission.

Article 5

La commission de surveillance du fonds se réunit, à la demande de son président, au moins une fois par an. Sa convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par le ministre chargé de la santé.

Article 6

La Caisse des dépôts et consignations transmet chaque année à la commission de surveillance un rapport provisoire et un rapport définitif sur l'utilisation du fonds relatifs à l'exercice antérieur. Ces rapports retracent notamment les engagements et le suivi des décaissements.

Le rapport provisoire est transmis au plus tard le 15 mai. La commission peut émettre des observations.

Le rapport définitif est transmis pour avis à la commission au plus tard le 31 juillet. Il est accompagné d'un rapport prévisionnel sur l'utilisation du fonds sur les six premiers mois de l'exercice en cours.

Le rapport définitif et l'avis de la commission sont remis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui les transmettent au Parlement avant le 1er octobre.

Article 7

Au titre du III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, peuvent bénéficier d'un financement par le fonds les dépenses d'investissement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire relatives :

- 1° Aux opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire ;
- 2° Aux acquisitions d'équipements matériels lourds ;
- 3° Aux opérations concourant au développement des systèmes d'information ;
- 4° Aux opérations concourant à la réorganisation de l'offre de soins.

Article 8

I. - Les dépenses mentionnées à l'article 7 font l'objet de subventions ou d'avances attribuées par le directeur de l'agence régionale de santé dans la limite des crédits alloués par la décision du ministre chargé de la santé. Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ou, en son absence, un engagement contractuel conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire précise :

- 1° Les informations relatives au bénéficiaire, notamment son statut et, le cas échéant, son numéro SIRET ;
- 2° La nature, l'objet, le coût prévisionnel et le calendrier de la réalisation de l'opération subventionnée ;
- 3° Le montant maximum, le taux et les modalités de versement de la subvention ;
- 4° S'il s'agit d'une avance, l'échéancier et les modalités de son remboursement au fonds ;
- 5° Les informations et les pièces justificatives que l'établissement ou le groupement communique à l'agence régionale de santé pour attester de la réalisation et du coût de l'opération.

II. - La Caisse des dépôts et consignations verse à l'établissement de santé ou au groupement de coopération sanitaire concerné, à sa demande, la somme correspondant au montant de la subvention ou de l'avance du fonds,

dans les conditions prévues par l'avenant ou l'engagement contractuel. Sauf dérogation expresse du ministre chargé de la santé, le versement de la subvention se fait au fur et à mesure de la présentation par l'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire des pièces suivantes justifiant des dépenses engagées :

1° Pour les opérations d'investissement immobilier, les factures attestant de la réalisation des travaux, de l'acquisition d'un terrain ou d'un bâtiment ou une quittance de loyer lorsque l'établissement de santé n'est pas propriétaire des biens ;

2° Pour les opérations concourant à la modernisation des systèmes d'information ou à la réorganisation de l'offre de soins et les opérations relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles, les factures attestant de la réalisation de l'opération ;

3° Pour les opérations mobilières ou l'acquisition d'équipements matériels lourds, les pièces justificatives attestant de l'acquisition du matériel.

III. - L'avenant ou l'engagement contractuel précise si le coût des études préalables est intégré au montant total de l'opération. Ce coût peut dans ce cas faire l'objet d'un remboursement par la Caisse des dépôts et consignations sur présentation d'une facture attestant de la réalisation de l'étude. Le versement de ces crédits ne suspend pas le délai de trois ans mentionné au IV de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée. Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate que l'opération ayant fait l'objet d'une étude subventionnée n'a pas été réalisée, il demande à l'établissement de santé ou au groupement de coopération sanitaire la restitution de l'intégralité des sommes versées, dans les conditions mentionnées au IV.

IV. - Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate que l'opération objet de la subvention n'est pas achevée ou a subi un retard d'au moins un an par rapport aux échéances prévues dans le calendrier de réalisation de l'opération, il invite l'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire concerné, par lettre recommandée avec avis de réception, à lui indiquer, dans un délai qui ne peut être supérieur à un mois soit les mesures qu'il s'engage à prendre pour achever l'opération, soit son intention de l'abandonner. A l'issue de ce délai et compte tenu des informations transmises par l'établissement ou le groupement, le directeur de l'agence régionale de santé décide la restitution totale ou partielle des sommes versées ou fixe un nouveau délai pour l'achèvement de l'opération. Dans le premier cas, il informe l'établissement ou le groupement, par lettre recommandée avec avis de réception, des sommes qu'il est tenu de restituer à la Caisse des dépôts et consignations et en informe simultanément cette dernière. Dans le second cas, le calendrier de réalisation de l'opération fixé dans l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs ou de moyens ou l'engagement contractuel est modifié pour tenir compte du nouveau délai puis envoyé à la Caisse des dépôts et consignations pour information.

V. - Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate que le coût final de l'opération est notablement inférieur à son coût prévisionnel, il demande la restitution partielle de la subvention versée, par référence au taux de subvention fixé dans l'avenant ou l'engagement contractuel. Il informe l'établissement ou le groupement, par lettre recommandée avec avis de réception, des sommes qu'il est tenu de restituer à la Caisse des dépôts et consignations et en informe simultanément cette dernière. A la demande du directeur de l'agence régionale de santé, la Caisse des dépôts et consignations procède au recouvrement de ces sommes, y compris, le cas échéant, par voie contentieuse.

VI. - Lorsqu'une avance a été accordée à un établissement de santé ou un groupement de coopération sanitaire et que cette avance n'a pas été remboursée dans les conditions prévues par l'avenant ou l'engagement contractuel, le directeur de l'agence régionale de santé met en demeure l'établissement ou le groupement de restituer cette avance au fonds et en informe simultanément la Caisse des dépôts et consignations. Si, dans un délai de deux mois suivant la mise en demeure, l'établissement ou le groupement n'a pas remboursé l'avance, la Caisse des dépôts et consignations procède à son recouvrement, y compris, le cas échéant, par voie contentieuse.

Article 9

Au titre du III ter de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, le fonds prend en charge, dans la limite d'un montant arrêté conjointement par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, les frais engagés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation pour mettre en œuvre les missions d'expertise qui lui sont confiées.

Ces frais sont remboursés à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sur présentation des justificatifs de dépenses.

Pour les marchés passés par l'agence, une avance de trésorerie correspondant à la moitié du montant du marché signé peut être versée par la Caisse des dépôts et consignations, sur présentation du contrat. Compte tenu de l'ensemble des dépenses exposées au titre de l'année concernée, les sommes non utilisées sont reversées au fonds.

Article 10

Au titre du III quinquies de l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée, le fonds prend en charge, dans les conditions prévues à l'article 9, les frais engagés par le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés pour piloter ou conduire les missions d'ampleur nationale qui lui sont déléguées par le ministre chargé de la santé, au bénéfice des établissements de santé.

Article 11

A modifié les dispositions suivantes :

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 1 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 3 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 4 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 5 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 6 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 7 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 8 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 8-1 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 8-5 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 8-6 (VT)

Abroge Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 - art. 9 (VT)

Article 12

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1er janvier 2014, à l'exception de celles des articles 9 et 10.

Article 13

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 23 décembre 2013.