



Synthèse de l'Uniopss sur l'arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19

Suite à l'ordonnance n°[2020-309 du 25 mars 2020](#) relative à la garantie de financement des établissements de santé les modalités pratiques ont été précisées par [arrêté du 6 mai 2020](#), publié le 7 mai au Journal officiel.

Pour rappel, cette ordonnance instaurait pour les établissements de santé une garantie minimale de recettes établie au regard des différents impacts de la crise sanitaire sur leur activité respective (cf. la [note de l'Uniopss](#) afférente).

I. La garantie de financement

a) La période de référence

Les prestations de soins réalisées depuis le 1^{er} mars 2020 et jusqu'au 31 décembre 2020.

b) Le périmètre

Sont concernés :

- Les établissements de santé publics, privés à but non lucratif et privés lucratifs mentionnés au L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale (CSS).
- Les hôpitaux de proximité privés et publics mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du Code de la santé publique (CSP) au titre de leur activité de MCO et d'HAD.

c) Le montant et les modalités de versement

Le niveau de garantie de financement des établissements de santé précités repose **sur les recettes de l'activité réalisée en 2019** au titre :

- **Des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités d'hospitalisation** listées à l'article R.1622-33-1 du CSS. Ces recettes 2019 sont majorées de :
 - + 0,2 % pour l'activité de MCO
 - + 1,1 % pour l'activité d'HAD

- **Des consultations et actes externes** (art. L.162-26 du CSS) – sauf pour les établissements lucratifs.
- **Des frais liés à l'AME et des frais liés aux soins urgents** (art. L.254-1 et L.254-2 du CASF). Les recettes sont majorées de + 0,2 % pour les activités MCO.
- **De la rémunération des médecins salariés** (art. L.162-26-1 du CSS).

Le montant de la garantie dont bénéficient les établissements en 2020 pour les mois de mars à décembre correspond à 10 douzièmes des recettes mentionnées ci-haut.

S'agissant plus précisément des établissements de santé privés non lucratif (et publics) :

- L'arrêté précise que le montant théorique de la garantie de financement tient compte des données de l'activité 2019 issues des fichiers prévus au 3^e alinéa du II de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 2016 (bases nationales de données cumulatives d'activités).
- Pour chaque établissement, c'est le directeur général de l'ARS qui arrête le montant de la garantie théorique de financement qui lui est alloué ainsi que le montant mensuel associé.

d) Les modalités pratiques de la régularisation

Au plus tard le 5 décembre 2020, une régularisation sera réalisée par les caisses sur la base de l'activité réalisée du 1^{er} janvier au 30 septembre 2020. L'arrêté détaille les modalités de calcul de cette régularisation. Les établissements dont les recettes perçues au titre de la garantie de financement pour la période allant de mars à juin « sont au moins 10 % inférieures au montant de la valorisation de leur activité » peuvent saisir le directeur général de l'ARS pour qu'ils puissent obtenir une régularisation intermédiaire des montants versés.

Une nouvelle régularisation interviendra au plus tard le 5 mars 2021 « afin de tenir compte des données d'activité réalisée au titre de 2019 et transmises au cours de l'année 2020 dans les conditions prévues au III de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 2016 ».

Une dernière régulation pour intervenir au plus tard le 5 mars 2022 au titre des données d'activité de l'année 2020.

S'agissant **plus précisément des établissements privés non lucratifs**, l'arrêté précise que le montant définitif de la garantie tiendra compte des recettes provenant des aides reçues par l'État au titre de la loi du 23 mars « Urgence – Covid-19 » et en particulier celles liées à l'activité partielle.

Le directeur général de l'ARS communique le montant définitif de la garantie à chaque établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour émettre des observations. À l'issue de ce délai, le directeur général de l'ARS arrête le montant définitif de la garantie de financement de chaque établissement alloué de mars à décembre 2020.

S'agissant **des hôpitaux de proximité** et leur activité de MCO, l'arrêté précise que la fraction concernant le calcul de la dotation forfaitaire annuelle garantie est de 100,2 % contre 70 %. Pour leur activité d'HAD, ils bénéficient de la garantie de financement selon les modalités citées dans le point c).

II. Les avances de financement

Ces dispositions ne concernent que les établissements de santé publics et privés non lucratifs mentionnés au L.162-22-6 du CSS, sauf les hôpitaux de proximité, qui exercent une activité MCO.

Ainsi, ils peuvent bénéficier, pour la période du 1^{er} mars au 31 décembre 2020, d'une avance de financement au titre des spécialités pharmaceutiques et des prestations mentionnées aux articles [L. 162-22-7](#) et [L. 162-22-7-3](#) du CSS.

Le montant de cette avance tient compte des recettes perçues en 2019 sur la base des données des fichiers prévus au 3^e alinéa du II de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 2016 susnommé.

Pour chaque établissement c'est le directeur général de l'ARS qui arrête, le montant de l'avance qui lui sera allouée. Ce montant est notifié sans délai à l'établissement et à la caisse dont il relève. Cette dernière verse un douzième du montant arrêté et ce, chaque mois.

Une régularisation intermédiaire peut être notifiée au plus tard le 5 décembre 2020 par le directeur général de l'ARS aux caisses concernées sur la base des recettes effectivement perçues du 1^{er} janvier au 30 septembre 2020. Dans ce cas l'arrêté précise les modalités pratiques.