

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 10 mai 2022 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19 pour l'année 2022

NOR : SSAH2213726A

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance, et le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6111-1 et L. 6111-3-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 162-23-3 ;

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, notamment son article 11 ;

Vu la loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire, notamment son article 5 ;

Vu la loi n° 2020-1573 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

Vu l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé at aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale ;

Vu l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu l'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, notamment son article 8 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 janvier 2009 relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées ;

Vu l'arrêté modifié du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, notamment ses articles 1^{er} et 12 ;

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 18 novembre 2020 fixant pour l'année 2020 le montant des crédits à verser aux établissements de santé au titre de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté modifié du 13 avril 2021 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19 pour l'année 2021 ;

Vu l'arrêté du 30 mars 2021 fixant pour l'année 2021 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 4 mai 2022 ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 28 avril 2022 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 28 avril 2022 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 28 avril 2022,

Arrêtent :

CHAPITRE 1^{er}

LA GARANTIE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR FAIRE FACE À L'ÉPIDÉMIE DU COVID-19

Art. 1^{er}. – I. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, à l'exception des établissements mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, bénéficient d'une garantie de financement au titre de cette activité.

Les établissements mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'une garantie de financement distincte pour leur activité d'hospitalisation à domicile dans les conditions du présent arrêté.

Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, cette garantie couvre la part des frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code et des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code.

Pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, cette garantie couvre la part des frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, de la rémunération des médecins salariés facturée par les établissements de santé en application de l'article L. 162-26-1 du même code et des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code.

Pour les établissements mentionnés au *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les frais d'hospitalisation sont valorisés aux tarifs de responsabilité.

II. – Le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements, tient compte du montant de la garantie de financement notifié à l'établissement au titre de 2021, en application de l'arrêté du 13 avril 2021 modifié susvisé au titre :

1° De la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article R. 162-33-2 du même code.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 à ce titre pour les mois de janvier à juin correspond à six douzièmes de la garantie 2021 notifiée au titre du présent 1°.

Ce montant est majoré d'un taux moyen correspondant pour une activité de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie :

- pour deux sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté du 30 mars 2021 fixant pour l'année 2021 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;
- pour quatre sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

2° Des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, à l'exception des établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 à ce titre pour les mois de janvier à juin correspond à six douzièmes de la garantie 2021 notifiée au titre du présent 2°.

3° De la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 pour les mois de janvier à juin à ce titre correspond à six douzièmes de la garantie 2021 notifiée au titre du présent 3°.

Ce montant, à l'exception des consultations et actes externes, sont majorées d'un taux moyen correspondant :

- pour deux sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté du 30 mars 2021 fixant pour l'année 2021 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;
- pour quatre sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

4° De la rémunération des médecins salariés facturée par les établissements de santé en application de l'article L. 162-26-1 du même code. La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 pour les mois de janvier à juin à ce titre correspond à six douzièmes de la garantie 2021 notifiée au titre du présent 4°.

Le montant de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 pour les mois de janvier à juin correspond à la somme des montants mentionnés au 1°, 2°, 3° et 4°.

III. – Pour les établissements de santé exerçant une activité d'hospitalisation à domicile, le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements pour l'activité d'hospitalisation à domicile, correspond à six douzièmes du montant de la garantie de financement notifié à l'établissement en 2021 pour l'activité d'hospitalisation à domicile, en application de l'arrêté du 13 avril 2021 susvisé, majoré d'un taux moyen correspondant :

- pour deux sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté du 30 mars 2021 fixant pour l'année 2021 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;
- pour quatre sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

IV. – Pour les établissements de santé mentionnés au *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la santé publique :

1° Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement le montant de la garantie de financement qui lui est alloué au titre des prestations de soins de la période de janvier à juin 2022, ainsi que le montant mensuel associé qui tient compte des montants préalablement versés aux établissements au titre de la garantie de financement 2022. Cet arrêté distingue le montant de la garantie alloué au titre des activités d'hospitalisation à domicile et des activités qui font l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du même code.

Ce montant mensuel ne tient pas compte des recettes liées aux consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, aux séjours et forfaits lorsqu'ils font l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du même code.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique le montant arrêté au titre des prestations de soins de la période de janvier à juin 2022 à l'établissement, qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement les montants mentionnés au présent 1°.

Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie ces montants à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application des articles L. 174-2 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

La caisse concernée verse chaque mois, durant la période prévue au I du présent article, le montant mensuel notifié mentionné au précédent alinéa au titre de l'activité dans les conditions prévues à l'article 8 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé.

2° Pour les activités mentionnées au I qui ne font pas l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale, une régularisation mensuelle a lieu à partir du 1^{er} juillet 2022, dont le premier versement a lieu au plus tard le 5 septembre 2022, par les caisses sur la base de l'activité effectivement réalisée pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2022.

Lorsque la comparaison entre la valorisation des données d'activités des mois de soins de janvier à juin 2022 nouvellement transmis et le montant de la garantie de financement arrêté pour la période au 1° du présent article fait apparaître que le montant des recettes issues de l'activité valorisée pour les mois de soins de janvier à juin 2022 est supérieur au montant de la garantie de financement relative à cette activité versée au titre de cette même période, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement, au plus tard le 5 septembre pour le mois de soins de juin en une seule fois en complément du montant mensuel de la garantie de financement et, pour les mois de soins suivants en complément

du montant mensuel de la valorisation d'activité prévue au I de l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé au titre des mois de soins de juillet à décembre 2022.

Cette comparaison s'opère distinctement d'une part pour les activités d'hospitalisation à domicile et d'autre part pour les activités hors hospitalisation à domicile.

Par dérogation à l'article 2 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé, à compter du 1^{er} juillet 2022, les montants des recettes à verser aux établissements de santé notifiés par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, tiennent compte, pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022, du montant de la garantie de financement en application du présent arrêté pour cette même période.

Le montant de régularisation mensuelle dû au titre de la comparaison du montant versé au titre de la garantie de financement correspondant à l'activité de soins des mois de janvier à juin et du montant issu de l'activité effectivement réalisée pour cette même période, est distingué du montant issu de la valorisation d'activité prévue par les dispositions du I de l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé au titre des mois de soins de juillet à décembre 2022.

3° Pour les activités mentionnées au I facturées dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale, une régularisation a lieu au plus tard le 5 novembre 2022 par les caisses sur la base de l'activité effectivement réalisée du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2022.

Il est procédé à une comparaison entre le montant cumulé des recettes perçues au titre de l'activité facturée au titre de la période de janvier à juin 2022 et le montant correspondant à la partie de la garantie de financement relative à cette activité.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes issues de l'activité facturée pour les mois de soins de janvier à juin 2022 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement relative à cette activité au titre de cette même période, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

V. – Pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale :

Au plus tard le 5 novembre 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit pour chaque établissement le montant notifié au titre de la garantie de financement pour l'année 2022, en distinguant les activités d'hospitalisation à domicile des activités hors hospitalisation à domicile.

Ce montant correspond à six douzièmes du montant définitif de la garantie de financement au titre de 2021 mentionné au 3° du IV de l'article 1^{er} de l'arrêté du 13 avril susvisé, majoré dans les conditions prévues au II du présent article.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique ce montant à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement le montant de la garantie de financement qui lui est alloué au titre de la période de janvier à juin 2022.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1, pour la période considérée du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2022 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec la garantie de financement qui lui a été notifiée.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes au titre de l'activité des mois de soins de janvier à juin 2022 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement mentionnée au présent IV, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

Cette comparaison s'opère distinctement d'une part pour les activités d'hospitalisation à domicile et d'autre part pour les activités hors hospitalisation à domicile.

Le montant dû par l'assurance maladie est calculé de la façon suivante :

Montant de la garantie notifiée - montant des recettes perçues au titre de l'activité.

Art. 2. – I. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022, les établissements de santé mentionnés au *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité mentionnée au 4° de l'article L. 162-22 du même code bénéficient d'une garantie de financement au titre de cette activité.

Cette garantie de financement couvre la rémunération des médecins salariés facturée par les établissements de santé en application de l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, les frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code, ainsi que la part des frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées aux articles R. 162-34-1 du même code financée dans les conditions du *a* du 2° du E de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifiée par la loi n° 2020-1573 du 14 décembre 2020 financement de la sécurité sociale pour 2021, à l'exclusion des honoraires de leurs praticiens libéraux.

II. – Le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements tient compte du montant de la garantie de financement notifié à l'établissement au titre de 2021, en application de l'arrêté du 13 avril 2021 modifié susvisé au titre :

1° De la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-34-1 du code de la sécurité sociale financée dans les conditions du *a* du 2° du E de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifiée par la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, à l'exclusion des honoraires de leurs praticiens libéraux.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 à ce titre pour les mois de janvier à juin correspond à six douzièmes de la garantie 2021 notifiée au titre du présent 1°.

2° Des montants issus de l'activité exercée dans les conditions prévues à l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, dès lors que l'établissement de santé prévu au *d* de l'article L. 162-22-6 du même code emploie des médecins exerçant comme salariés.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 à ce titre pour les mois de janvier à juin correspond à six douzièmes de la garantie 2021 notifiée au titre du présent 2°.

3° De la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 pour les mois de janvier à juin à ce titre correspond à six douzièmes de la garantie 2021 notifiée au titre du présent 3°.

Ces montants sont majorées d'un taux moyen correspondant :

- pour deux sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs de prestation en application de l'arrêté du 4 mai 2021 fixant pour l'année 2021 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;
- pour quatre sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs de prestation en application de l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Le montant de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 pour les mois de janvier à juin correspond à la somme des montants mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent article.

III. – Au plus tard le 5 novembre 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit pour chaque établissement le montant notifié au titre de la garantie de financement pour l'année 2022.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique ce montant à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement le montant de la garantie de financement qui lui est alloué au titre de la période de janvier à juin 2022.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées à l'article R. 162-34-1, pour la période considérée à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 30 juin 2022 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec la garantie de financement qui lui a été notifiée pour cette même période.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes au titre de l'activité des mois de soins de janvier à juin 2022 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

Le montant dû par l'assurance maladie est calculé de la façon suivante :

Montant de la garantie notifiée - montant des recettes perçues au titre de l'activité.

IV. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, exercées par les établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, dans les conditions du *b* du 2° du E de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, et pour les actes et consultations externes non facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions du C de l'article 78 de la même loi, les établissements bénéficient d'une garantie.

Le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements, correspond à six douzièmes du montant de la garantie de financement notifié à l'établissement au titre de 2021, en application de l'arrêté du 13 avril 2021 modifié susvisé.

Ce montant est majoré d'un taux moyen d'évolution correspondant :

- pour deux sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs de ces prestations en application de l'arrêté du 4 mai 2021 fixant pour l'année 2021 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

- pour quatre sixièmes, au taux correspondant à l'évolution des tarifs de ces prestations en application de l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux 1^o à 3^o du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2^o du E du III de l'article 78 modifié de la loi n^o 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Par dérogation au 4^o du B du I de l'article 2 de l'arrêté du 17 avril 2018 susvisé, le montant réel de la part activité de la dotation modulée à l'activité au titre de 2022 est égal pour les soins de janvier à juin, soit au montant issu de la valorisation prévue dans les conditions de l'article précité, soit au montant de la garantie de financement lorsque celui-ci est supérieur.

Au plus tard le 5 mai 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant de la garantie au titre de l'année 2022 dans les conditions prévues au IV de l'article 3 de l'arrêté du 13 avril 2021 susvisé et le communique à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement le montant de la garantie de financement qui lui est alloué au titre de la période de janvier à juin 2022.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Art. 3. – Les montants correspondant à l'activité de soins réalisée au titre de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022 sont actualisés le cas échéant des montants résultant de l'application des dispositions de l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale.

Ces actualisations sont prises en compte comme suit :

I. – En ce qui concerne les prestations de soins réalisées au cours de cette période par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale au titre de leur activité mentionnée au 1^o de l'article L. 162-22 du même code :

1^o Au titre des activités mentionnées au I de l'article 1^{er} du présent arrêté qui ne font pas l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du même code, à partir du 1^{er} janvier 2023, une régularisation mensuelle du montant versé à l'établissement peut avoir lieu, le cas échéant, afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité remontées par cet établissement au titre de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022, conformément aux dispositions de l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, par comparaison entre le montant de la garantie de financement perçue par l'établissement ainsi que les montants complémentaires versés à l'issue des précédentes régularisations et ses données d'activités, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 1^{er} du présent arrêté.

2^o Au titre des activités mentionnées au I de l'article 1^{er} du présent arrêté qui font l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale, et des mêmes activités qui font l'objet d'une prise en charge dans les conditions définies aux articles R. 174-17 et suivant du même code, au plus tard le 5 novembre 2023, une régularisation du montant versé à l'établissement a lieu afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité remontées par cet établissement au titre de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022, conformément à l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, par comparaison entre le montant de la garantie de financement perçue par l'établissement ainsi que le montant complémentaire versé à l'issue de la précédente régularisation et ses données d'activités, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 1^{er} du présent arrêté.

II. – En ce qui concerne les prestations de soins réalisées au cours de cette période par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale au titre de leur activité mentionnée au 4^o de l'article L. 162-22 :

1^o Au titre de leurs activités mentionnées au I de l'article 2 du présent arrêté financées dans les conditions du a du 2^o du E de l'article 78 de la loi n^o 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifiée par la loi n^o 2020-1573 du 14 décembre 2020 financement de la sécurité sociale pour 2021, au plus tard le 5 novembre 2023, une régularisation du montant versé à l'établissement a lieu afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité remontées par les établissements au titre de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022 conformément à l'article L. 162-25 du même code, par comparaison entre le montant de la garantie de financement perçue par l'établissement ainsi que le montant complémentaire versé à l'issue de la précédente régularisation et ses données d'activités, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 2 du présent arrêté.

2^o Au titre de leurs activités mentionnées au I de l'article 2 du présent arrêté financées dans les conditions du b du 2^o du E de l'article 78 de la loi n^o 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifiée par la loi n^o 2020-1573 du 14 décembre 2020 financement de la sécurité sociale pour 2021, et pour les actes et consultations externes non facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions du C de l'article 78 de la même loi, au plus tard le 5 mars 2024, une régularisation du montant versé à l'établissement a lieu afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité remontées par cet établissement au titre de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022 conformément à l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, par comparaison entre le montant de la garantie de financement perçue par l'établissement ainsi que le montant complémentaire versé à l'issue de la précédente régularisation et ses données d'activités, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 2 du présent arrêté.

CHAPITRE 2**APPLICATION AUX HÔPITAUX DES ARMÉES**

Art. 4. – Pour l'application des articles 1^{er} à 3 aux hôpitaux des armées mentionnés à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique, le montant de la garantie de financement mentionné au III de l'article 1^{er} et le montant de la garantie de financement mentionnée au IV de l'article 2 sont arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, et notifiés sans délai au ministre chargé de la défense et à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, chargée des versements conformément aux dispositions de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.

Pour les versements liés à l'activité réalisée du 1^{er} janvier au 30 juin 2022, dans les conditions prévues à l'article 7 de l'arrêté du 21 janvier 2009 susvisé, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale verse au service de santé des armées chaque mois un montant déterminé dans les conditions prévues au III de l'article 1^{er} et au IV de l'article 2 du présent arrêté.

Art. 5. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 10 mai 2022.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins par intérim,*

C. LAMBERT

*Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance,*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

F. VON LENNEP