

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 24 août 2022 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de covid-19 pour l'année 2022

NOR : SPRH2222577A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, le ministre de la santé et de la prévention et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 modifiée de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 ;

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

Vu la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, ensemble la décision n° 2021-819 du 31 mai 2021 du Conseil constitutionnel ;

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

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 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 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 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 13 avril 2021 modifié 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 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 ;

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'instruction n° DGOS/DGCS/DSS du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022, notamment la prolongation de la garantie de financement mise en place depuis le début de la crise sanitaire jusqu'au 31 décembre 2022 au titre des mesures d'urgence d'organisation et de fonctionnement du système de santé ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 21 juillet 2022 ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 13 juillet 2022 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 13 juillet 2022 ;

Vu la saisine de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 13 juillet 2022,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les modalités d'application de la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de covid-19 sont fixées conformément aux articles 2 à 5.

Art. 2. – I. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 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^o 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 prévues par le 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 susvisé au titre :

1^o 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 décembre correspond au montant de la garantie 2021 notifiée à ce titre majoré d'un taux moyen correspondant pour une activité de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie :

a) Pour deux douzièmes, 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 ;

b) Pour dix douzièmes, 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^o 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 décembre correspond au montant de la garantie 2021 notifiée à ce titre.

3^o 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 décembre à ce titre correspond au montant de la garantie 2021 notifiée à ce titre.

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

a) Pour deux douzièmes, 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 ;

b) Pour dix douzièmes, 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^o De 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. La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 pour les mois de janvier à décembre à ce titre correspond au montant de la garantie 2021 notifiée à ce titre.

Le montant de la garantie dont bénéficient les établissements en 2022 pour les mois de janvier à décembre correspond à la somme des montants mentionnés aux 1^o, 2^o, 3^o et 4^o.

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 au

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 modifié 2021 susvisé, majoré d'un taux moyen correspondant :

1° Pour deux douzièmes, 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 ;

2° Pour dix douzièmes, 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 aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale :

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 décembre 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 décembre 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 de l'article 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 :

a) Une régularisation 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 transmise et le montant de la garantie de financement arrêté pour cette période 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, en une seule fois, en complément du montant mensuel de la garantie de financement.

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.

b) Une régularisation a lieu au plus tard le 5 décembre 2022, par les caisses sur la base de l'activité effectivement réalisée pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2022 au 30 septembre 2022.

Lorsque la comparaison entre la valorisation des données d'activités des mois de soins de janvier à septembre 2022 nouvellement transmise et le montant de la garantie de financement arrêté pour cette période fait apparaître que le montant des recettes issues de l'activité valorisée pour les mois de soins de janvier à septembre 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 en une seule fois en complément du montant mensuel de la garantie de financement.

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.

c) Une régularisation a lieu au plus tard le 5 mars 2023, par les caisses sur la base de l'activité effectivement réalisée pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Lorsque la comparaison entre la valorisation des données d'activités des mois de soins de janvier à décembre 2022 nouvellement transmise et le montant de la garantie de financement arrêté pour cette période fait apparaître que le montant des recettes issues de l'activité valorisée pour les mois de soins de janvier à décembre 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, en une seule fois, en complément du montant de la valorisation d'activité prévue au I de l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé.

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.

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 est réalisée par les caisses sur la base de l'activité effectivement réalisée du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 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 décembre 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 décembre 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 mai 2023, 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 au 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 2021 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 décembre 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 31 décembre 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 décembre 2022 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement mentionnée au présent V, 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. 3. – I. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022, les établissements de santé mentionnés aux *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 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 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée, 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 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 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée, 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 décembre correspond au montant de la garantie 2021 notifiée à ce titre.

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 mentionné 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 décembre correspond au montant de la garantie 2021 notifiée à ce titre.

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 décembre à ce titre correspond au montant de la garantie 2021 notifiée à ce titre.

Les montants mentionnés aux 1^o et 3^o du présent II sont majorées d'un taux moyen correspondant :

a) Pour deux douzièmes, 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^o du E du III de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée ;

b) Pour dix douzièmes, 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^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 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée ;

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

III. – Au plus tard le 5 mai 2023, 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 décembre 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 du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 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 décembre 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 31 décembre 2022, pour les activités mentionnées au 4^o 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^o du E de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée, 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 au montant de la garantie de financement notifié à l'établissement au titre de 2021, en application de l'arrêté du 13 avril 2021 susvisé.

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

1^o Pour deux douzièmes, 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^o du E du III de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée ;

2^o Pour dix douzièmes, 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 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée.

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 décembre, 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 2023, 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 décembre 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. 4. – Les montants correspondant à l'activité de soins réalisée au titre de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 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 :

1^o 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 :

a) Au titre des activités mentionnées au I de l'article 2 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 31 décembre 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 2 du présent arrêté.

b) Au titre des activités mentionnées au I de l'article 2 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 suivants du même code, 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 31 décembre 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.

2^o 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 :

a) Au titre de leurs activités mentionnées au I de l'article 3 du présent arrêté financées dans les conditions du a du 2^o de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée, 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 les établissements au titre de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 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 4 du présent arrêté.

b) Au titre de leurs activités mentionnées au I de l'article 3 du présent arrêté financées dans les conditions du b du 2^o de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 susvisée, 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 prévues au C du même article 78, 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 31 décembre 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 3 du présent arrêté.

Art. 5. – Pour l'application des articles 2 à 4 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 2 et le montant de la garantie de financement mentionnée au IV de l'article 3 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 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 31 décembre 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 chaque mois au service de santé des armées un montant déterminé dans les conditions prévues au III de l'article 2 et au IV de l'article 3 du présent arrêté.

Art. 6. – L'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 est abrogé.

Art. 7. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 24 août 2022.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*
FRANÇOIS BRAUN

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*
BRUNO LE MAIRE

*Le ministre délégué auprès du ministre
de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle
et numérique, chargé des comptes publics,*
GABRIEL ATTAL