

La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024

OCTOBRE 2025
2025-007R

Laurent
Gratieux

Yannick
Le Guillou

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec l'appui de Juliette **Berthe**
Responsable du Pôle données de l'IGAS



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHÈSE

[1] Par lettre du 20 décembre 2024, la ministre de la santé et de l'accès aux soins a demandé à l'inspection générale des affaires sociales d'effectuer une mission d'évaluation des déterminants de l'évolution des charges des établissements publics de santé (EPS) et de leurs modalités de compensation financière au cours de la période 2020-2024. Le premier objectif était d'estimer l'impact financier des « chocs externes » subis par ces établissements, c'est-à-dire des facteurs d'évolution de leurs charges sur lesquels ils n'ont pas de prise. Pendant la période sous revue, ce sont les nombreuses mesures de revalorisation salariale décidées à la suite de la crise sanitaire, dans le cadre du Ségur de la santé, puis pour soutenir le pouvoir d'achat des fonctionnaires, ainsi que l'accélération de l'inflation causée par les crises internationales qui ont ainsi entraîné l'augmentation des charges des établissements.

[2] Le second objectif était de vérifier si les financements alloués aux établissements en compensation de ces chocs étaient suffisants et s'ils ont bien été délégués, en examinant si les modalités choisies ont présenté des biais susceptibles d'avantager ou de pénaliser certains établissements ou certaines catégories d'établissements, dans un contexte d'aggravation du déficit des établissements publics de santé passé de 565 M€ en 2019 à 2,4 Md€ en 2023, tous budgets confondus¹ et 3,1 Md€ en 2024 selon les prévisions de la DGOS^{2,3}.

[3] Le rapport rend compte du travail de reconstitution des chiffrages des mesures et des décisions de financement sur toute la période 2020-2024, réalisé à partir de la collecte et de l'analyse de très nombreux documents et tableaux de calculs communiqués par les administrations centrales (direction générale de l'offre de soins -DGOS- direction de la sécurité sociale -DSS-, direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques – DREES) et opérateurs (agence technique d'information sur l'hospitalisation – ATIH), ainsi que sur des documents transmis par certains établissements et par leur représentants.

[4] La vérification du chiffrage des nombreuses mesures salariales mises en œuvre au cours de la période, représentant une augmentation pérenne des charges de personnel des établissements estimée initialement à 10,2 Md€ sur le seul périmètre sanitaire⁴, **aboutit au constat d'erreurs ou d'omissions représentant un montant non financé de 457 M€, soit 4,5 % du montant total**. Ce taux d'erreur résulte pour partie de problèmes de disponibilité des données au moment où les chiffrages ont été réalisés, difficilement surmontables dans les délais où les mesures ont été mises en œuvre. Mais il s'explique aussi par des **erreurs ou approximations évitables, notamment dans**

¹ « Les établissements de santé en 2023, Edition 2025 », DREES, fiche n° 23 « la situation économique et financière des hôpitaux publics ».

² Prévisions fondées sur l'exploitation des seconds rapports infra-annuels de 2024 (RIA 2) que les établissements doivent élaborer avant le 15 février de l'année suivante.

³ La DREES donne un résultat consolidé 2024 un peu moins déficitaire, compris entre -2,7 et -2,9 Md€, cette estimation étant fondée sur les comptes non définitifs centralisés par la DGFiP (« La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024, premiers résultats sur les établissements de santé en 2024 », Etudes et résultats n°1344, DREES, juillet 2025).

⁴ Compte de résultat principal hospitalier (H) + compte de résultat principal annexe des unités de soins de longue durée (B) + compte de résultat principal annexe des groupements hospitaliers de territoire (G).

le calcul des taux de charges employeur ou encore par **la non prise en compte de l'impact des revalorisations indiciaires sur les rémunérations accessoires**. Le fait que ces erreurs ou omissions n'ont pas été reproduites systématiquement mais seulement sur certaines mesures corrobore ce constat. Par ailleurs, le rapport note que l'absence de revalorisation du forfait de remboursement aux établissements employeurs de la rémunération des internes et docteurs juniors, alors que plusieurs mesures successives ont revalorisé cette rémunération et que leur nombre a augmenté, conduit à faire supporter aux établissements une charge supplémentaire de l'ordre de 137 à 152 M€.

[5] La DGOS ne dispose que depuis mi-2023 d'estimations du glissement-vieillesse-technicité (GVT) des personnels non médicaux des établissements publics de santé fournies par la DREES grâce à un outil de micro-simulation construit sur la base du système d'information des agents des services publics (SIASP) de l'INSEE. La comparaison entre les dernières estimations produites par la DREES en mai 2025, qui comportent à la fois un volet rétrospectif sur la période 2010-2024 et un volet prospectif sur les années 2025 à 2027, et les chiffres pris en compte dans la construction du tendancier de l'ONDAM révèle **un sous-financement massif de ce facteur d'évolution des charges que le rapport estime à 1,1 Md€ sur la seule période 2020-2024 pour les EPS et 1,3 Md€ en incluant les établissements à but non lucratif** dont le GVT est financé de la même façon que celui des EPS, cet écart devant continuer à croître en 2025 malgré le relèvement du taux de GVT solde pris en compte dans la construction de l'ONDAM.

[6] **Sur l'impact de l'inflation sur les achats des EPS**, le rapport analyse différentes sources disponibles et en particulier les travaux d'un groupe expert animé par la DGOS qui a élaboré une méthode dite indicielle, utilisable de manière rétrospective et prospective, consistant à affecter des indices de prix à chaque famille homogène d'achats hospitaliers, en tenant compte des modalités et délais de répercussion de ces indices sur les prix du fait des caractéristiques des marchés publics hospitaliers. La comparaison des estimations produites par ce groupe avec celles retenues dans la construction de l'ONDAM est toutefois délicate car les bases de dépenses prises en compte dans les deux démarches sont très différentes et la mission aboutit à des conclusions divergentes selon la base retenue sur le niveau de financement de l'inflation. Néanmoins, si les baisses de prix estimées par le groupe animé par la DGOS pour 2024 et 2025 se vérifiaient, les crédits intégrés en base devraient équilibrer les dépenses au plus tard en 2025. Le rapport préconise de renouveler cette année les travaux conduits en 2024 pour vérifier ces hypothèses et d'engager un travail interne à la DGOS pour harmoniser les bases de dépenses entre les services chargés du pilotage des achats et de la construction de l'ONDAM-ES.

[7] Le rapport examine sous différents angles les modalités de calcul et de délégation des crédits visant à compenser les chocs. Il s'appuie sur l'analyse de nombreux documents et tableaux de calcul qui ont été collectés auprès de la DGOS et de l'ATIH au cours des investigations, en l'absence d'un cadre documentaire structuré permettant de repérer l'ensemble des documents utiles.

[8] Le rapport relève tout d'abord que les crédits prévus en construction de l'ONDAM correspondent bien aux chiffrages des mesures. Il souligne ensuite que le repérage des délégations des crédits arbitrés en construction de l'ONDAM est complexe, les circulaires de campagne ne détaillant qu'une partie de ces délégations : d'une part, les crédits passant par les tarifs d'activité donnent lieu à des revalorisations de ces tarifs publiées par arrêtés mais ne donnant pas l'explication des évolutions appliquées ; d'autre part, les circulaires qui publient les montants des

dotations régionales ne donnent pas toujours le détail des composantes de leurs évolutions. Les réformes de financement qui ont multiplié le nombre des dotations se sont aussi accompagnées d'une régression du niveau de détail sur leur contenu dans les circulaires. Malgré l'envoi aux ARS de documents explicatifs complémentaires, il en résulte une perte de visibilité pour les établissements sur les mesures que les crédits alloués sont destinés à financer. **Néanmoins, le rapport constate que les crédits prévus ont bien été délégués mais sans pouvoir identifier totalement, pour la psychiatrie et les soins médicaux et de réadaptation (SMR), leur ventilation dans les nouvelles dotations et les nouveaux compartiments tarifaires.** En outre, les nouvelles modalités de répartition de ces dotations entre établissements de même que le passage par les tarifs pour le SMR peuvent conduire à des transferts de ressources entre ces établissements. **Enfin le rapport émet des doutes sur la délégation intégrale du financement de l'inflation prévu dans la construction en 2023 qui n'a pu être complètement retracé,** en dehors de la part intégrée aux tarifs MCO.

[9] Sur la base de documents transmis par l'ATIH sur les ressources effectivement perçues par les établissements ex-DG sur la période, le rapport reconstitue la part de ces ressources affectées aux différentes mesures et les compare aux ressources destinées, en construction, aux EPS et aux EBNL. Sur les ressources de dotations (avant les réformes du financement des SSR), de faibles écarts sont relevés, imputables à des délégations de crédits un peu inférieures aux objectifs de dépenses, par exemple pour la dotation populationnelle urgences en 2021, première année de la réforme. **Sur les ressources tarifaires en revanche, des écarts plus significatifs ont été relevés** notamment sur le financement des mesures socle en 2021 pour les EPS (sous financement de 3 %, comblé les années suivantes, avec un surfinancement en 2024 grâce à la reprise de l'activité) et sur celui de la revalorisation du point d'indice de 2022 (sous-financement de 6,2 % pour les EPS en 2023 comblé en 2024). **La reprise plus dynamique de l'activité des EBNL leur a permis en revanche de bénéficier d'un financement intégral de ces mêmes mesures** voire d'un surfinancement sur d'autres mesures. En outre, le bénéfice d'un même taux de revalorisation tarifaire que les EPS pour certaines mesures ne s'appliquant qu'en partie à ces établissements (mesures attractivité 2024 en particulier) a conduit à les surfinancer.

[10] Enfin le rapport compare sur trois mesures la répartition des financements entre établissements résultant de la ventilation par vecteurs et celle qui aurait résulté d'une ventilation au prorata des effectifs, en distinguant les personnels non médicaux et médicaux. **Pour ces mesures, il ne constate pas qu'une catégorie particulière d'établissements ait été pénalisée par le mode de répartition appliqué mais relève une dispersion importante entre établissements d'une même catégorie.**

[11] **Au total, le rapport estime que les travaux réalisés permettent d'expliquer à hauteur de 1,7 Md€ la dégradation des comptes des EPS entre 2020 et 2024 hors impact de l'inflation :** 457 M€ sur la sous-estimation des mesures salariales, 1,104 Md€ sur le sous-financement du GVT, 137 M€ correspondant à la non-revalorisation du forfait de rémunération des internes.

[12] A partir de ces constats, le rapport formule une dizaine de recommandations pour renouveler et prolonger les travaux sur la construction du tendancier hospitalier et accroître la transparence sur la construction de l'ONDAM vis-à-vis des établissements. Il suggère en outre une réflexion sur le passage à deux échelles tarifaires sur le secteur ex-DG pour éviter les transferts de ressources constatés entre EPS et EBNL et sur le mode de calcul de la participation des usagers dont l'assiette – les journées d'hospitalisation – est peu dynamique.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsables	Echéance
1	Constituer un groupe de travail avec un panel d'experts en ressources humaines et affaires médicales pour une amélioration continue des méthodes d'estimation du coût des mesures de revalorisation salariale et la constitution d'un fonds méthodologique permanent.	1	DGOS	2025
2	Utiliser les données comptables disponibles mensuellement pour assurer un suivi infra-annuel des dépenses de personnel des établissements de santé. Réaliser un contrôle qualité des données et s'assurer que les corrections nécessaires à leur fiabilité sont faites par les établissements.	1	DGOS	2025
3	Renouveler les travaux réalisés en 2024 pour estimer, avec la méthode indiciaire, l'impact de l'inflation en 2024 et l'impact prévisionnel de l'inflation 2025 et 2026. Utiliser les résultats pour construire le tendancier 2026. Mener en parallèle un travail de mise en cohérence des périmètres d'achat pris en compte pour la stratégie d'optimisation des achats et dans la construction de l'ONDAM.	1	DGOS	2025
4	Mettre à l'étude l'opportunité de l'intégration d'informations relatives à l'échelon de classement des agents publics dans la déclaration sociale nominative	2	DSS, MIDS	2026
5	Mettre à l'étude la construction d'un outil d'évaluation du GVT des personnels médicaux des EPS	1	DREES, DGOS, CNG	2026
6	Reprendre les travaux communs d'analyse de l'activité des établissements de santé et de ses déterminants en vue de l'élaboration d'une prévision pluriannuelle	1	DGOS, DREES, ATIH, CNAM	2025
7	Faire appel à des économistes de la santé pour mener des études sur l'élasticité des charges des établissements de santé à leur activité	2	DGOS, DREES, ATIH	2026
8	Présenter dans l'annexe 5 ou dans l'annexe 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale les composantes du tendancier de dépenses des établissements de santé retenues en construction de l'ONDAM	1	DGOS, DSS	2027
9	Expliciter dans les circulaires de campagne les composantes de la construction des dotations urgences, psychiatrie et SMR ou, à défaut, harmoniser	1	DGOS	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsables	Echéance
	la présentation et le niveau de détail des documents explicatifs transmis aux ARS			
10	Engager une étude coût / avantage pour comparer les deux solutions techniques maintien du coefficient de modulation / dissociation de l'échelle ex-DG en une échelle publique et une échelle privée	1	DGOS	2025
11	Engager avec les fédérations et les organismes complémentaires une réflexion sur l'évolution du système de participation financière des usagers permettant de corriger l'impact de la baisse tendancielle du nombre de journées d'hospitalisation	1	DGOS, DSS	2025

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	5
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1 L'ESTIMATION DE L'IMPACT FINANCIER DES « CHOCS EXOGENES » SUBIS PAR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE PENDANT LA PERIODE 2020-2024 FAIT APPARAÎTRE UN SOUS-FINANCEMENT D'ENVIRON 1,7 Md€ HORS IMPACT DE L'INFLATION, PRINCIPALEMENT IMPUTABLE A UNE PRISE EN COMPTE INSUFFISANTE DU GVT 11	
1.1 LA RECONSTITUTION DU CHIFFRAGE DES NOMBREUSES MESURES SALARIALES INTERVENUES PENDANT LA PERIODE A MIS EN EVIDENCE QUELQUES ECARTS SIGNIFICATIFS AVEC LES MONTANTS RETENUS PAR LES ADMINISTRATIONS CENTRALES	11
1.1.1 <i>La mission a reconstitué les travaux de chiffrage de l'ensemble des mesures salariales de la période</i>	11
1.1.2 <i>Les écarts entre les chiffres reconstitués par la mission et ceux retenus par l'administration ont plusieurs origines</i>	12
1.1.3 <i>La sous-estimation des dépenses supplémentaires s'élève à 457 M€, sans tenir compte de l'évolution des effectifs</i>	15
1.2 LES TRAVAUX MENES PAR LA DREES ET LA DGOS POUR EVALUER LE GVT DES PERSONNELS NON MEDICAUX DES EPS ONT REVELE SA SOUS-ESTIMATION RECURRENTE DANS LA CONSTRUCTION DE L'ONDAM, AVEC UN IMPACT DE 1,1 Md€ SUR LA PERIODE 2020-2025	18
1.2.1 <i>La DREES a construit un outil d'estimation du GVT dont les résultats montrent un GVT nettement supérieur à celui estimé antérieurement et en augmentation depuis 2020</i>	18
1.2.2 <i>L'écart avec les chiffres retenus en construction de l'ONDAM conduit à estimer le sous-financement du GVT des EPS à 1,1 Mds€ entre 2020 et 2024</i>	19
1.3 LES ETUDES DISPONIBLES SUR L'IMPACT DE L'INFLATION EXCEPTIONNELLE SUR LES ACHATS DES ETABLISSEMENTS NE PERMETTENT PAS DE VERIFIER L'ADEQUATION DU FINANCEMENT DEGAGE DANS L'ONDAM MAIS LES BAISSSES DE PRIX ANTICIPEES POUR 2024-2025 POURRAIENT, SI ELLES SONT CONFIRMEEES, ABOUTIR A UN EQUILIBRE.....	22
1.3.1 <i>Plusieurs sources donnent des estimations différentes de l'impact de l'inflation exceptionnelle subie par les établissements depuis 2022 sur leurs achats</i>	22
1.3.2 <i>La comparaison avec les financements dégagés dans la construction de l'ONDAM ES en 2022 et 2023 est toutefois délicate en raison de différences dans le périmètre des achats retenus</i>	25
1.4 AU TOTAL, LA COMPENSATION PARTIELLE DES CHOCS EXTERNES POUR LES EPS SE TRADUIT PAR UN MONTANT DE CHARGES SUPPLEMENTAIRES NON FINANCEES DE L'ORDRE D'1,7 Md€ EN 2024, POUVANT EXPLIQUER UNE PART IMPORTANTE DE L'AGGRAVATION DE LEURS DEFICITS	28
1.4.1 <i>Le total des charges nouvelles non financées peut être évalué à environ 1,7 Md€ sur l'exercice 2024, hors impact de l'inflation</i>	28
1.4.2 <i>Ce sous financement peut expliquer une part importante de l'augmentation des déficits des EPS même si d'autres causes peuvent être identifiées</i>	29
2 LES FINANCEMENTS ALLOUES CORRESPONDENT POUR L'ESSENTIEL AUX PREVISIONS ET LEUR REPARTITION DANS LES CANAUX HABITUELS DE FINANCEMENT, DONT LES TARIFS D'ACTIVITE, NE PARAÎT PAS AVOIR PENALISE UNE CATEGORIE PARTICULIERE D'ETABLISSEMENTS.....	32
2.1 MALGRE LA COMPLEXITE DE LEUR REPARTITION DANS LES TARIFS ET DOTATIONS, LES FINANCEMENTS PREVUS SEMBLENT AVOIR ETE BIEN DELEGUES.....	33
2.1.1 <i>L'analyse par vecteur confirme la délégation globale des crédits mais ne permet pas de retracer complètement leur ventilation par sous-enveloppe</i>	34
2.1.2 <i>L'analyse par groupe de mesures ne montre de même pas d'écart significatif à l'exception de la compensation de l'inflation</i>	35
2.2 LES SIMULATIONS REALISEES MONTRENT QUE LES ETABLISSEMENTS ONT DANS L'ENSEMBLE REÇU LES FINANCEMENTS PREVUS, MAIS NE SONT PAS EN CAPACITE DE LES IDENTIFIER	36

2.3	LE PASSAGE PAR LES TARIFS MCO D'UNE PART PREPONDERANTE DES FINANCEMENTS NE SEMBLE PAS AVOIR PENALISE UNE CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS PLUTOT QU'UNE AUTRE MAIS A EU DES EFFETS CONTRASTES ENTRE ETABLISSEMENTS DU FAIT DE L'EVOLUTION DIFFERENCIEE DE LEUR ACTIVITE	38
2.3.1	<i>La répartition des financements par vecteurs s'effectue selon plusieurs modalités</i>	39
2.3.2	<i>La comparaison entre la répartition des charges de personnel entre les différentes activités MCO et la répartition du financement des mesures entre les vecteurs correspondants ne montre pas de distorsion majeure</i>	41
2.3.3	<i>Une analyse menée à l'échelle des établissements sur certaines mesures révèle toutefois des écarts significatifs entre les recettes perçues et un financement réparti selon les effectifs MCO, sans montrer toutefois une distorsion à l'égard d'une catégorie d'établissements</i>	44
3	POUR PRESERVER L'EQUILIBRE FINANCIER DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE, IL EST NECESSAIRE DE NE PAS SOUS-ESTIMER LES FACTEURS TENDANCIELS D'EVOLUTION DES CHARGES ET DE DONNER D'AVANTAGE DE VISIBILITE AUX ETABLISSEMENTS SUR LEURS FINANCEMENTS	48
3.1	LA CONSTRUCTION DU TENDANCIEL PEUT ETRE AMELIOREE ET DOIT PERMETTRE DE DETERMINER LA MARGE DISPONIBLE POUR DES MESURES NOUVELLES EN FONCTION DE L'OBJECTIF DE DEPENSES	48
3.1.1	<i>Les progrès accomplis dans l'estimation du GVT et de l'impact de l'inflation pourraient être étendus à d'autres déterminants de la dépense</i>	49
3.1.2	<i>La limitation des risques de dérapage des comptes des établissements implique de ne pas minimiser le tendancier dans la construction de l'ONDAM-ES</i>	51
3.2	RESTAURER LA CONFIANCE DES ETABLISSEMENTS DANS LE PILOTAGE NATIONAL ET REGIONAL IMPLIQUE DE LEUR DONNER D'AVANTAGE DE VISIBILITE SUR L'EVOLUTION DE LEURS CHARGES ET DE LEURS FINANCEMENTS	53
3.2.1	<i>La chaîne de l'information entre la DGOS, les ARS et les ES peut-être améliorée</i>	54
3.2.2	<i>La documentation de la construction de l'ONDAM-ES, de ses évolutions en cours d'année et des décisions de délégations de crédits mérite d'être améliorée</i>	55
3.3	ENGAGER DES REFLEXIONS POUR FAIRE EVOLUER CERTAINES COMPOSANTES DU SYSTEME DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS	56
3.3.1	<i>La simplification des mécanismes mis en place pour allouer les financements peut être envisagée</i>	56
3.3.2	<i>La dynamique des recettes de Titre 2 pourrait être relevée au niveau de celle de l'ONDAM en modifiant le mode de calcul de l'évolution du TNJP et en augmentant le forfait hospitalier</i>	57
	LISTE DES ANNEXES.....	60
	ANNEXE 1 : LES MESURES DE REVALORISATION SALARIALE AU BENEFICE DES PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE 2020 A 2024	61
	ANNEXE 2 : ESTIMATION DES TAUX DE COTISATION ET CONTRIBUTION APPLICABLES AUX DIFFERENTES VARIABLES DE PAIE	92
	ANNEXE 3 : LES MODALITES DE LA COMPENSATION FINANCIERE DES CHOCs EXTERNES	100
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	156

RAPPORT

[13] Par lettre du 20 décembre 2024, la ministre de la santé et de l'accès aux soins a demandé à l'inspection générale des affaires sociales d'effectuer une mission d'évaluation des déterminants de l'évolution des charges des établissements publics de santé (EPS) et de leurs modalités de compensation financière dans la construction de l'ONDAM. Le chef de l'IGAS a désigné Laurent Gratieux et Yannick Le Guillou pour effectuer cette mission avec l'appui de Juliette Berthe, responsable du Pôle données de l'inspection.

[14] L'objectif de la mission est d'estimer l'impact financier des « chocs externes » subis par les EPS pendant la période suivant la crise sanitaire et d'analyser les mécanismes de compensation financière mis en place au cours des campagnes tarifaires et budgétaires 2020-2024 pour évaluer dans quelle mesure ces chocs et modalités de compensation expliquent la dégradation de leur situation financière. Le déficit des établissements publics de santé, tous budgets confondus, s'est en effet accru entre 2019 et 2023, passant de 565 M€ à 2,4 Md€⁵. Pour 2024, la direction générale de l'offre de soins anticipe un déficit de l'ordre de 3,1 Md€ sur la base des données du rapport infra-annuel 2 (RIA 2).

[15] Les chocs externes étudiés sont de deux natures. D'une part, de nombreuses mesures de revalorisation salariale ont été décidées à la suite de la crise sanitaire, dans le cadre du Ségur de la santé, puis pour soutenir le pouvoir d'achat des fonctionnaires (dégel du point d'indice des fonctionnaires en 2022, mesures dites « Guérini » en 2023) qui expliquent la forte augmentation des charges de personnel sur les années récentes (+ 7,7 % en 2020, +7,1 % en 2021, + 5,5 % en 2022, + 5 % en 2023). D'autre part, le choc inflationniste de 2022-2023 a touché aussi les établissements de santé et justifié l'attribution de financements supplémentaires pour leur permettre d'y faire face.

[16] La mission a réalisé un travail de reconstitution des chiffrages effectués et des décisions de financement prises sur toute la période 2020-2024, avec deux volets principaux :

- la collecte et l'analyse de l'ensemble des documents décrivant les méthodes et résultats des chiffrages effectués par les services de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction de la sécurité sociale (DSS) pour estimer le coût des mesures salariales. Ce travail a permis de mettre en évidence des écarts significatifs sur certaines mesures entre le coût estimé initialement et le coût reconstitué par la mission ;
- la collecte et l'analyse de l'ensemble des documents relatifs à la construction de l'objectif national d'assurance maladie relatif aux établissements de santé (ONDAM-ES), agrégat regroupant les financements destinés aux établissements, et à son exécution sur la période 2020-2024, auprès de la DGOS et de l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH), opérateur chargé de la gestion des campagnes tarifaires.

[17] La mission a par ailleurs analysé les travaux de la direction de l'évaluation, des études et des statistiques des ministères sociaux (DREES) sur l'estimation du glissement-vieillesse-technicité

⁵ Les établissements de santé en 2023, Édition 2025, DREES, fiche 23. Déficit global consolidé (budgets principal et annexes).

(GVT) du personnel non médical des EPS ainsi que leur prise en compte dans la conduite des campagnes. Concernant l'inflation, la mission n'a pas conduit d'enquête auprès des établissements en raison de difficultés méthodologiques difficiles à surmonter dans le délai de ses travaux, mais a analysé les quelques études existantes et leur prise en compte dans les campagnes.

[18] La mission a eu plusieurs échanges avec les représentants des EPS – FHF, conférence nationale des directeurs généraux de CHU (CNDG-CHU), conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers (CNDCH) – qui lui ont adressé des contributions. Elle a eu des échanges et réunions de travail avec les directions de l'AP-HP et du centre hospitalier de Versailles qui lui ont fourni des documents. Elle a par ailleurs échangé avec l'équipe de direction d'UNICANCER, la fédération des centres de lutte contre le cancer (CLCC), qui lui a également adressé une contribution. Elle a également échangé avec trois agences régionales de santé (ARS) sur leur perception de l'évolution de la situation financière des EPS et du déroulement des campagnes 2020-2024.

[19] Le rapport traite dans une première partie de l'estimation de l'impact financier des chocs externes, mettant en évidence la sous-estimation de certaines mesures et un sous-financement de longue date du GVT, accru par le Ségur de la Santé. Il analyse dans une deuxième partie les modalités de compensation financière de ces chocs dans le cadre des campagnes tarifaires et budgétaires qui, sans pénaliser une catégorie particulière, ont pu avoir des effets différenciés entre établissements, en particulier en fonction de l'évolution de leur activité. Il formule enfin dans une troisième partie des propositions pour améliorer la construction de l'ONDAM-ES, renforcer la visibilité de l'exécution des campagnes pour les ARS et les établissements, et restaurer ainsi la confiance dans le système de régulation.

[20] Il est accompagné de trois annexes portant sur le chiffrage des mesures salariales, l'estimation des taux de contribution employeur et des impositions assises sur les rémunérations, et les modalités de compensation financière des chocs externes.

1 L'estimation de l'impact financier des « chocs exogènes » subis par les établissements publics de santé pendant la période 2020-2024 fait apparaître un sous-financement d'environ 1,7 Md€ hors impact de l'inflation, principalement imputable à une prise en compte insuffisante du GVT

1.1 La reconstitution du chiffrage des nombreuses mesures salariales intervenues pendant la période a mis en évidence quelques écarts significatifs avec les montants retenus par les administrations centrales

1.1.1 La mission a reconstitué les travaux de chiffrage de l'ensemble des mesures salariales de la période

[21] La période 2020-2024 a été marquée par une succession de mesures salariales au profit des personnels des établissements publics de santé représentant, en fin de période, un effort financier pérenne de 10,2 Md€ par an sur le seul champ sanitaire (hors autres activités des EPS), sans commune mesure avec les revalorisations de la décennie précédente :

- le « Ségur de la santé » issu d'une concertation nationale faisant suite à la crise sanitaire qui comportait un premier pilier « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent » qui incluait des mesures de revalorisation dites « socle » (instauration d'un complément de traitement indiciaire – CTI – et augmentation du montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif – IESPE – des personnels médicaux), les revalorisations des grilles de rémunération des soignants et des médecins et des mesures portant sur la rémunération du management, la valorisation de l'engagement collectif et l'adaptabilité du temps de travail ;
- la revalorisation à 6 reprises du traitement indiciaire minimal entre 2021 et 2024, afin de suivre l'évolution du salaire minimum interprofessionnel de croissance ;
- l'application au personnel hospitalier des mesures à portée générale pour la fonction publique visant notamment à compenser les effets de l'inflation : augmentation du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 et mesures dite « Guérini » à l'été 2023 avec une nouvelle revalorisation de 1,5 % du point d'indice, l'attribution de 5 points d'indice à tous les agents, des mesures pour les bas salaires et des mesures indemnitaires ;
- des mesures de revalorisation des indemnités de garde et astreinte des personnels médicaux et des indemnités de nuit, de week-end et de jours fériés des personnels non médicaux, dans le cadre du renforcement de la permanence des soins.

[22] La mission a reconstitué les chiffrages de l'ensemble de ces mesures en collectant et analysant les documents produits à cette fin par la sous-direction RH de la DGOS et, pour le CTI, par la DSS. En l'absence d'une documentation structurée et consolidée, la recherche des documents pertinents a représenté un travail itératif, l'analyse de premiers documents soulevant

des interrogations amenant les équipes de la DGOS et de la DSS à fournir des documents complémentaires. L'annexe 1 retrace le détail de ces travaux de chiffrage, mesure par mesure, et des écarts entre les résultats obtenus par la mission et les estimations de la DGOS.

1.1.2 Les écarts entre les chiffres reconstitués par la mission et ceux retenus par l'administration ont plusieurs origines

[23] Les écarts entre les chiffres retenus en arbitrage et les estimations de la mission trouvent leur origine dans les sources de données utilisées, le calcul des charges employeurs, l'impact des revalorisations sur certains éléments annexes de rémunération et, plus marginalement dans des erreurs de méthode ou de calcul.

Les écarts liés aux sources de données

[24] Les délais de mise en œuvre des mesures n'ont naturellement pas permis à la DGOS de disposer de données actualisées sur les effectifs ou les masses financières concernées. Elle a dû s'appuyer sur les dernières données disponibles au moment du chiffrage, ce qui conduit à constater des écarts par rapport aux données réelles de l'année d'application des mesures.

[25] Les données relatives aux effectifs concernés par les mesures utilisées par l'administration sont issues de trois sources différentes : le système d'information sur les agents des services publics (SIASP)⁶, qui présente un décalage de deux années sur l'année en cours, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui fournit des données déclaratives avec un décalage d'un an, le centre national de gestion des praticiens hospitaliers (CNG) qui dispose de données de gestion sur ces personnels. La mission n'a pas procédé à une comparaison systématique entre les effectifs retenus dans les chiffrages et les effectifs constatés l'année d'application des mesures mais a vérifié que les chiffrages effectués reposaient sur les données les plus à jour possibles. Elle a ainsi relevé :

- une sous-estimation du coût de la revalorisation des gardes des internes en octobre 2020 fondée sur la DADS 2017 par rapport à une estimation utilisant les données comptables 2019 ;
- l'estimation du coût du reclassement des personnels soignants en 2021 fondée sur la DADS 2018, seule source fournissant la répartition des agents par échelons, sans faire vieillir cette répartition ;
- le chiffrage du coût de la revalorisation des primes managériales des chefs de pôles et de services fondé sur des données anciennes (le bilan social 2015).

⁶ Lui-même alimenté par les données issues des déclarations annuelles de données sociales (DADS), puis par celles de la déclaration sociale nominative (DSN) étendue aux établissements publics au 1^{er} janvier 2022.

[26] Les données comptables ont été également utilisées pour effectuer le chiffrage de certaines mesures. La mission a relevé des écarts imputables au manque d'actualisation de ces données :

- l'estimation de la revalorisation du point d'indice de 2022 s'est fondée sur des données comptables 2021 encore provisoires, minorant de 1 Md€ la base de calcul par rapport à celle déterminée sur la base des comptes définitifs ;
- le même biais a affecté le calcul de la revalorisation du point d'indice de 2023 incluse dans les mesures « Guérini » ;
- l'utilisation des données comptables de 2019 (et de 2021 pour les docteurs juniors) pour estimer le coût de la majoration de 50 % des indemnités de garde des internes en 2023 a conduit à négliger l'impact de la précédente majoration de 25 % en 2020 et des revalorisations du point d'indice de 2022 et 2023, ainsi que celui de l'augmentation des effectifs résultant des décisions nationales sur les quotas de formation, générant un sous-financement estimé par la mission à 52 M€.

Des erreurs sur les taux de cotisations employeur

[27] Le **calcul des cotisations sociales employeur** supplémentaires associées aux mesures de revalorisation a présenté plusieurs défauts, le principal étant l'omission de contributions présentant un caractère obligatoire pour les établissements. Le calcul du taux de cotisation du CTI n'a ainsi pas pris en compte :

- la contribution versement mobilité, obligatoire pour les employeurs des secteurs public et privé qui emploient 11 salariés et plus dans le périmètre d'une autorité organisatrice de la mobilité et dont le taux est variable, s'étalant de 0,0 % à 3,2 % (dans une partie de l'Ile-de-France) avec une moyenne pour les établissements publics de santé (pondérée par leurs effectifs déclarés dans la SAE) de 1,71 %⁷ ;
- La contribution au centre de gestion des œuvres sociales des établissements de santé (CGOS) rendue obligatoire, en application de l'article 116-1 de la loi du 9 janvier 1986 (titre IV du statut général des fonctionnaires) dont le taux, fixé par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales est actuellement de 1,42 % (1,50 % avant 2024). En application de dispositions particulières anciennes, l'AP-HP bénéficie d'un régime dérogatoire : elle est dispensée de l'obligation de cotiser au CGOS mais assume en propre les charges correspondantes et verse une contribution de 0,5 % à l'Association de gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP) ;
- les contributions à l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), organisme collecteur d'une cotisation de 2,1 % pour le plan de formation, d'une cotisation de 0,6 % pour le financement des études promotionnelles, de la cotisation de 0,2 % pour les Congés de formation professionnelle (CFP), les congés pour validation des acquis de l'expérience (VAE) et les congés pour bilan de compétences (BC) et

⁷ Calcul effectué par la mission sur la base du de la table des taux de contribution transport publiée par l'URSSAF actualisée au 7 juillet 2025 (<https://fichierdirect.declaration.urssaf.fr/TablesReference.htm>).

de la contribution de 0,5 % ou 0,75 % de la masse salariale médicale pour le développement professionnel continu des médecins ;

- la contribution de 0,8 % pour le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) fixée par décret, en application de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 modifiée relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

[28] En outre, le calcul des cotisations obligatoires pour les contractuels a omis la contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3 % et la contribution au fonds national d'aide au logement (FNAL) de 0,5 %.

[29] Pour le personnel médical, un taux de contribution employeur unique par mesure a souvent été utilisé, alors même que le régime applicable varie selon les différents statuts (personnel universitaire, praticien hospitalier titulaire, contractuels, étudiants de deuxième ou de troisième cycle) :

- pour la revalorisation de l'IESPE et de son extension aux praticiens en période probatoire, le calcul initial du coût a utilisé un taux de charges forfaitaire de 46 % commun à tous les statuts, révisé ensuite par la DGOS. Cependant, le taux réel étant beaucoup plus faible (16,56 %) que le taux forfaitaire pour les hospitalo-universitaires, son application compense l'impact du taux réel de 49,56 % pour les autres statuts ;
- de même le taux de contribution employeur appliqué pour estimer le coût de la revalorisation des primes managériales des praticiens a été sous-estimé par application d'un taux de 44 % au lieu du taux réel de 49,56 % ;
- à l'inverse, le taux de contribution employeur utilisé pour estimer le coût de la majoration des indemnités de garde des internes a été légèrement surestimé (49 % au lieu de 44,81 %).

[30] Dans certains cas, les contributions employeur et impositions assises sur les rémunérations ont même été omises dans le chiffrage du coût de la mesure. C'est le cas de :

- la majoration du remboursement des frais de transport et de la revalorisation de l'indemnisation du compte épargne temps (mesures « Guérini ») ;
- la revalorisation de l'indemnité de travail le dimanche et les jours fériés.

[31] L'annexe 2 présente le détail des contributions employeur applicables à la rémunération brute des différentes catégories de personnel.

L'omission de l'impact de la revalorisation de certaines rémunérations sur les rémunérations accessoires et indemnités

[32] Les revalorisations des rémunérations indiciaires, qu'il s'agisse des mesures générales d'augmentation de la valeur du point, de l'attribution de points supplémentaires ou des revalorisations de grilles, entraîne l'augmentation des rémunérations accessoires et indemnités indexées sur le traitement indiciaire. C'est le cas de la prime de service, de l'indemnité de résidence, du supplément familial de traitement, de l'indemnité horaire pour travaux supplémentaires, des astreintes et de la prime de sujétion spéciale pour les aides-soignants et auxiliaires de puériculture.

[33] Le calcul du coût de la revalorisation des grilles indiciaires des personnels soignants et celui du relèvement de l'indice minimal de traitement, ont ainsi omis les effets sur l'ensemble de ces éléments de rémunération. Pour l'attribution de 5 points d'indice supplémentaires à l'ensemble des fonctionnaires, l'incidence sur la prime de service et la prime spéciale de sujétion des aides-soignants a bien été prise en compte mais celle sur l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement, les indemnités horaires pour travaux supplémentaires et les astreintes a été omise. En revanche, le chiffrage des mesures bas salaires comportant de même l'attribution de points supplémentaires a pris en compte ces effets sur l'ensemble des rémunérations accessoires indexées.

Des erreurs matérielles et erreurs de calcul

[34] Des erreurs de méthode et de calcul diverses ont par ailleurs été relevées :

- une double soustraction des données de masse salariale des EHPAD rattachés aux établissements pour déterminer la base de calcul de la revalorisation du point d'indice en 2022, amputant de 1,3 Md€ la base de calcul ;
- sur la même mesure, une confusion entre les données relatives aux agents titulaires et contractuels pour le calcul de la masse salariale relative aux astreintes et à l'indemnité de résidence, avec un impact de 300 M€ sur la base de calcul.

1.1.3 La sous-estimation des dépenses supplémentaires s'élève à 457 M€, sans tenir compte de l'évolution des effectifs

[35] Le tableau ci-dessous récapitule les constats résultant des vérifications opérées sur l'ensemble des mesures expertisées présentées en annexe 1.

Tableau 1 : Estimation du coût annuel récurrent des mesures de revalorisation salariale de 2020 à 2024

Mesure	Montant estimé (M€)	Ecart estimé par la mission	
		M€	%
1) Sécur	5 914,39	189,56	3,2 %
Revalorisation socle	3 794,75	113,42	3,0 %
Complément de traitement indiciaire	3 355,00	117,09	3,5 %
Revalorisation de l'IESPE	390,60	-5,68	-1,5 %
IESPE en période probatoire	49,15	2,01	4,1 %
Revalorisations ciblées PM et soignants	845,02	63,83	7,6 %
Revalorisations de grille des personnels soignants	644,00	62,83	9,8 %
Création de 3 échelons supplémentaires grille PH	63,20	1,00	1,6 %
Nouveau statut unique des contractuels	122,00	-	0,0 %
Fusion des premiers échelons HU	12,10	-	0,0 %
Hausse de l'abondement PERP HU	3,72	-	0,0 %
Mesures pour les étudiants	192,11	8,86	4,6 %
Revalorisation des indemnités des étudiants de 2ème cycle	60,95	-1,84	-3,0 %

Revalorisation émoluments des étudiants de troisième cycle	72,88	1,83	2,5 %
Création d'une IFH pour les étudiants de 2ème cycle en stage ambulatoire en zone sous dense	5,00	-	0,0 %
Revalorisation de l'IFH pour les internes	4,29	0,01	0,2 %
Revalorisation de 25 % des indemnités de garde étudiants 3ème cycle	48,99	8,86	18,1 %
Mesures relatives aux organisations de travail	1 082,50	3,45	0,3 %
Primes managériales chefs de service et de pôle, PCME, PCMG	82,50	3,45	4,2 %
Forfaits d'heures supplémentaires sur-rémunérées	150,00	-	0,0 %
Résorption de l'emploi précaire	160,00	-	0,0 %
Valorisation de l'engagement collectif	340,00	-	0,0 %
Création de 7 500 postes	350,00	-	0,0 %
2) Transposition de la hausse du salaire minimum	155,06	14,23	9,2 %
Relèvement du minimum de traitement dans la fonction publique (à 6 reprises, montant cumulé sur la période)	155,06	14,23	9,2 %
3) Mesures générales fonction publique	3 118,09	167,74	5,4 %
Mesures Guérini (hors prime pouvoir d'achat ponctuelle)	1 408,72	60,32	4,3 %
Attribution de 5 points d'indice majoré	470,52	15,34	3,3 %
Majoration du remboursement au titre du transport (75 %)	26,00	4,35	16,7 %
Prime pouvoir d'achat (mesure ponctuelle, retraitée du coût annuel récurrent)	488	-	0,0 %
Rehaussement en points pour les bas salaires	111,00	-	0,0 %
Revalorisation de 10 % de l'indemnisation du CET	9,20	1,66	18,1 %
Revalorisation du point d'indice : 1,5 % au 1 ^{er} juillet 2023 – PM	189,00	4,03	2,1 %
Revalorisation du point d'indice : 1,5 % au 1 ^{er} juillet 2023 – PNM	603,00	34,94	5,8 %
Autres	1 709,37	107,42	6,3 %
Revalorisation du point d'indice : 3,5 % au 1 ^{er} juillet 2022 – PM	412,35	17,49	4,2 %
Revalorisation du point d'indice : 3,5 % au 1 ^{er} juillet 2022 – PNM	1 297,02	89,93	6,9 %
4) Attractivité et permanence des soins	1 050,50	85,3	8,1 %
Revalorisation des indemnités de garde et d'astreinte	416,00	-	0,0 %
Revalorisation de 50 % des indemnités de garde étudiants 3ème cycle	122,00	52,35	42,9 %
Revalorisation de l'indemnité pour les dimanches et jours fériés	98,2	38,59	39,3 %
Revalorisation des indemnités relatives au travail de nuit	378,00	-5,64	-1,5 %
Amélioration de la retraite des HU par affiliation à l'IRCANTEC	36,3	-	0,0 %
TOTAL	10 238,03	456,83	4,5 %

Source : Mission

[36] Au total, la mission estime que **le chiffrage des mesures a été sous-estimé de 457 M€, soit de 4,5 % de leur montant**. Si les problèmes de disponibilité des données au moment où les chiffrages ont été réalisés expliquent une partie de l'écart, difficilement évitable dans les délais où les mesures ont été mises en œuvre, **une autre partie résulte d'erreurs ou d'approximations, notamment dans le calcul des taux de contributions employeur ou encore de la non prise en compte de l'impact des revalorisations indiciaires sur les rémunérations accessoires, qui auraient pu être évitées**.

[37] Pour l'avenir, il serait utile que la DGOS mène un travail méthodologique permanent avec un panel d'établissements de santé, réunissant experts des ressources humaines et des affaires médicales, afin d'améliorer continûment ses méthodes de chiffrage et de constituer un fonds

documentaire la prémunissant des pertes de compétences occasionnées par le renouvellement de ses effectifs.

[38] Devront notamment être documentées et actualisées :

- les cotisations sociales, contributions employeurs et impositions à prendre en compte dans les chiffrages ;
- les rémunérations accessoires indexées sur le traitement indiciaire ;
- les diverses sources de données exploitables selon la nature des chiffrages et les modalités de leur vieillissement quand celles-ci sont trop anciennes ;
- les modalités de prise en compte du GVT pour estimer l'effet de la mesure sur sa première année de plein effet ;
- les modalités possibles de suivi du coût de la mesure.

Recommandation n°1 (DGOS) Constituer un groupe de travail avec un panel d'experts en ressources humaines et affaires médicales pour une amélioration continue des méthodes d'estimation du coût des mesures de revalorisation salariale et la constitution d'un fonds méthodologique permanent.

[39] Globalement, il serait utile d'assurer un suivi infra-annuel des dépenses de personnel et notamment des mesures de revalorisation quand celles-ci sont isolables dans une source de données. Cela permettrait d'identifier les plus gros écarts aux prévisions et de mieux anticiper l'évolution des charges des établissements de santé. La mission s'est prêtée à l'exercice pour le CTI ainsi que les indemnités pour le travail de nuit, dimanches et jours fériés en utilisant les données comptables agrégées dans le cube DGFIP de Diamant. Ce suivi est néanmoins compliqué par les erreurs d'imputations comptables de trop nombreux établissements, dont l'APHP, erreurs qui pour certaines sont anciennes et auraient dû être corrigées depuis.

Recommandation n°2 (DGOS) Utiliser les données comptables disponibles mensuellement pour assurer un suivi infra-annuel des dépenses de personnel des établissements de santé. Réaliser un contrôle qualité des données et s'assurer que les corrections nécessaires à leur fiabilité sont faites par les établissements.

1.2 Les travaux menés par la DREES et la DGOS pour évaluer le GVT des personnels non médicaux des EPS ont révélé sa sous-estimation récurrente dans la construction de l'ONDAM, avec un impact de 1,1 Md€ sur la période 2020-2025

1.2.1 La DREES a construit un outil d'estimation du GVT dont les résultats montrent un GVT nettement supérieur à celui estimé antérieurement et en augmentation depuis 2020

[40] Un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF de 2022⁸ avait souligné la fragilité des estimations du glissement-vieillesse-technicité (GVT) des établissements de santé pris en compte dans la construction du tendancier. Pour les EPS, la DGOS retenait une estimation « historique » du GVT solde, construite à partir des enquêtes « coûts et carrières » qu'elle avait conduites sur la période 2005-2008, soit 0,3 % pour le GVT solde et, pour les ESPIC et EBL, elle s'appuyait sur les informations communiquées par les fédérations.

[41] Consciente de ces limites, la DGOS et la DSS ont sollicité la DREES en 2021 pour construire un outil de suivi de la masse salariale des hôpitaux publics (SMASH) à partir des données du système d'information sur les agents des services publics (SIASP) de l'Insee, alimenté par les déclarations sociales obligatoires des établissements (déclarations annuelles de données sociales -DADS- jusqu'à 2021 inclus, déclaration sociale nominative -DSN- depuis 2022) mais ne concernant que le personnel non médical (PNM). Les travaux concernent les EPS et les établissements sociaux et médicaux sociaux dont le personnel relève de la fonction publique hospitalière.

[42] La méthode permet de décomposer l'évolution des rémunérations des personnels en place deux années consécutives en distinguant l'impact des mesures salariales collectives, décidées et financées par le niveau national, des évolutions de rémunération liées aux mesures individuelles (avancement d'échelon, promotion) qui constituent le « GVT positif ». Elle permet aussi de calculer l'impact des entrées et sorties sur la masse salariale dénommé « GVT négatif » ou « effet de noria », du fait du remplacement d'agents partis en retraite par des agents moins avancés dans les grilles indiciaires. Le GVT solde, somme de ces deux composantes, mesure l'impact de l'ensemble de ces évolutions individuelles sur la masse salariale des PNM (fonctionnaires et contractuels) des EPS.

[43] Le tableau ci-dessous présente la synthèse établie en mai 2025 par la DREES qui, pour la première fois, donne une projection de l'évolution du GVT pour les trois années à venir. Ces estimations, encore provisoires, soulignent **une augmentation du GVT solde d'environ 0,37 points entre la décennie précédant la crise sanitaire (GVT solde moyen de 0,54 % entre 2010 et 2020) et la période 2020-2024 marqué par la mise en œuvre des mesures de revalorisations salariales (GVT solde moyen de 0,91 %) et plus particulièrement des revalorisations des grilles de rémunération (personnels soignants, autres catégories).** Cet impact des mesures de revalorisation s'explique par le fait que le chiffrage des revalorisations de grille pour déterminer leur financement dans l'ONDAM **se limite à estimer l'impact financier des reclassements des personnels en place l'année**

⁸ « Amélioration des outils de suivi et de prévision de la situation financière des établissements de santé », IGAS-IGF, janvier 2022.

où les nouvelles grilles entrent en vigueur, mais ne porte pas sur les effets induits les années suivantes⁹ alors même que le raccourcissement de certaines durées d'échelon ainsi que l'accroissement de l'écart d'indice entre ces échelons majorent le GVT positif. Les prévisions de la DREES concluent que ce niveau devrait se maintenir jusqu'en 2027, sans connaître une nouvelle accélération, **sous l'hypothèse que le GVT négatif retrouve son niveau de 2019**, notamment du fait de la diminution des tensions sur les recrutements.

Tableau 2 : Estimation DREES du GVT du personnel non-médical des hôpitaux publics

	2019	2020	2021	2022	2023 ^(p)	2024 ^(e)	2025 ^(e)	2026 ^(e)	2027 ^(e)	Masse en Md€ et part en %		
										Pré-Séjour Moyenne 2010-2020	Séjour Moyenne 2020-2024	Post-Séjour Moyenne 2024-2027
GVT positif (partie indiciaire)	+1,34	+1,43	+1,41	+1,14	+1,59	+1,41	+1,69	+1,57	+1,62	+1,14	+1,40	+1,57
Masse salariale des titulaires présents-présents (en Md€)	11,6	11,3	11,4	12,1	14,3	14,7	14,9	15,0	15,1	11,3	12,8	14,9
Part des présents-présents dans la MS des titulaires (en %)	54%	49%	47%	47%	53%	52%	50%	49%	48%	54%	50%	50%
Part des titulaires présents-présents dans la MS des EPS (en %)	36%	33%	31%	31%	35%	34%	33%	32%	32%	37%	33%	33%
GVT négatif (à effectif constant)	-0,71	-0,67	-0,43	-0,37	-0,44	-0,53	-0,64	-0,74	-0,77	-0,60	-0,49	-0,67
GVT « solde »	+0,63	+0,76	+0,98	+0,77	+1,15	+0,88	+1,05	+0,83	+0,85	+0,54	+0,91	+0,90

Note : l'effet de la prime exceptionnelle Covid-19 a été neutralisé. S'agissant des mesures générales collectives récentes, la revalorisation de la valeur du point d'indice en juillet 2022 et 2023, l'augmentation de 5 points d'IM en janvier 2024 ont été prises en compte.

Champ : France hors Mayotte

Sources : Insee, SIASP 2009 à 2023 (provisoire pour 2023) et DSN-SISMMO - Traitement DREES pour SMASH - Simulation d'avril 2025, avec hypothèse d'effectifs constants de 2023 à 2027.

p : provisoire, e : estimation, MS : Masse salariale - EPS : Établissements publics de santé de la FPH

1.2.2 L'écart avec les chiffres retenus en construction de l'ONDAM conduit à estimer le sous-financement du GVT des EPS à 1,1 Mds€ entre 2020 et 2024

[44] Comme rappelé *supra*, la DGOS ne disposait pas d'estimation récente du GVT solde des EPS jusqu'aux premiers résultats des travaux de la DREES en janvier 2023 qui estimaient de manière rétrospective le GVT positif de la période 2010-2020 à un niveau moyen de 0,51 %, soit 0,2 points de plus que celui pris en compte dans les campagnes de cette période.

[45] Ces résultats, révisés à plusieurs reprises et dernièrement en mai 2025 (cf. tableau *supra*) ont conduit la DGOS à revoir à la hausse l'estimation du GVT dans l'évolution tendancielle des dépenses, dès l'exercice 2022, en la portant à 0,5 % pour les années 2022 à 2024¹⁰. Une note de la DREES du 2 juillet 2024 réévaluait les estimations précédentes et les étendait à 2022 (GVT solde de 0,76 %) et 2023 (GVT solde de 1,35 %). Sur cette base, la construction de l'ONDAM-ES 2025 à retenu une estimation de 0,71 %.

[46] L'impact d'une sous-estimation du GVT solde peut être estimé à partir de la comparaison des taux retenus en construction et des taux estimés par la DREES, avec toutefois **trois limites** :

- les estimations de la DREES se fondent sur le SIASP qui n'inclut pas les personnels médicaux hospitaliers. Comme l'indique la DREES, une telle estimation serait possible puisque les personnels médicaux ont une grille salariale et des mécanismes de progression comparables aux fonctionnaires mais nécessiterait la construction d'une base de données *ad-hoc*. La méthode de la DGOS pour estimer l'impact du GVT sur la masse salariale des EPS consiste

⁹ A titre d'exemple, hors étude DREES, le recrutement des praticiens hospitaliers s'effectue désormais au minimum à ce qui était le 4^{ème} échelon avant la revalorisation, ce qui minore le GVT négatif.

¹⁰ La DGOS avait proposé un taux plus élevé pour chacune des années 2022 à 2024 qui n'a pas été retenu en arbitrage (cf. *infra* 3.1.2).

à étendre l'estimation portant sur les PNM aux PM, faute d'autres données. La mission a appliqué également ce principe ;

- il n'est pas possible de distinguer le GVT « subi » par les EPS de celui résultant de la politique de gestion des ressources humaines des établissements. En effet, dans la mesure où les règles d'avancement et de recrutement des personnels non titulaires, parmi lesquels les personnels médicaux laissent des marges de manœuvre aux gestionnaires, il est possible de ne pas financer dans les campagnes la part résultant de ces choix de gestion. Si la distinction est difficile à opérer sur les estimations rétrospectives, les projections de la DREES limitent en principe ce biais¹¹ puisqu'elles se fondent :
 - pour l'estimation du GVT positif, sur la modélisation des règles d'avancement dans les nouvelles grilles intégrées dans son modèle de micro simulation et ne tiennent donc pas compte des comportements des gestionnaires ;
 - pour l'estimation du GVT négatif, sur une modélisation des entrées / sortie reposant sur une trajectoire en partie conventionnelle conduisant à rejoindre la tendance pré-crise sanitaire à l'horizon 2027, en tenant compte de la baisse progressive des tensions de recrutement.
- la DGOS ne dispose d'autres informations sur le GVT des établissements privés que celles fournies par les fédérations dont elle ne peut vérifier la méthodologie¹² ni les données, faute d'avoir pu mettre en place avec la DREES une exploitation de la déclaration sociale nominative (DSN)¹³. En pratique, elle leur applique le taux de GVT des PNM des EPS, mais sur une base représentative de la masse salariale plus restreinte. La mission s'est limitée en conséquence à l'analyse de l'impact sur les EPS mais en l'étendant aux EBNL ex-DG. En effet, les deux catégories d'établissements étant financées par les mêmes grilles tarifaires et les mêmes dotations, différencier les taux d'évolution n'est pas en pratique possible¹⁴.

[47] Sous ces réserves, la mission a réévalué l'impact du GVT en appliquant les méthodes de construction du tendanciel de la DGOS mais avec le taux de GVT solde fourni par la DREES. Elle a notamment recalculé la « base de dépenses sensibles au GVT » définie par la DGOS – c'est-à-dire la liste des comptes de charges de personnel dont le montant augmente avec le GVT et qui représente environ 90 % du montant du titre 1 – en y appliquant un abattement de 5 % représentatif de la part qui devrait être financée par les organismes complémentaires. Le tableau ci-dessous présente les résultats de ces calculs qui aboutit à **un sous-financement cumulé (comparable au niveau de déficit enregistré) de 1,1 Mds€ pour les EPS en 2024 et de 1,3 Md€ pour l'ensemble des établissements ex-DG, ces chiffres devant passer respectivement à 1,2 Md€ et**

¹¹ La mission n'a pas disposé de la note méthodologique qui accompagne habituellement la transmission des estimations de la DREES sur le GVT, mais d'un simple message d'accompagnement, qui décrit de façon succincte la méthode de projection.

¹² Etant précisé qu'à l'exception d'UNICANCER, qui dispose d'un système d'information RH commun à l'ensemble des CLCC, les fédérations du secteur privé sont tributaires des informations communiquées par leurs adhérents.

¹³ Cette exploitation soulève des difficultés techniques (fiabilité du renseignement du N° Finess et de la catégorie socio-professionnelle dans la DSN, etc.) et de moyens : pour rappel l'outil SMASH s'appuie sur le SIASP géré par l'Insee.

¹⁴ Sauf à instaurer des grilles tarifaires distinctes ou un coefficient de modulation analogue à celui appliqué pour le financement des mesures Ségur (cf. *infra* partie 3).

1,4 Md€ en 2025 si la projection de la DREES pour cette année est vérifiée, malgré le relèvement du taux de GVT pris en compte dans la construction de l'ONDAM.

[48] Pour les années antérieures, l'écart entre le GVT solde moyen estimé par la DREES sur la période 2010-2020 (0,54 %) et le GVT financé (0,3 %) représentant environ 80 à 100 M€ de sous-financement annuel soit 0,8 à 1 Md€ sur 10 ans, peut être mis au regard de la dégradation du résultat d'exploitation des EPS, passé de + 982 M€ en 2010 à -91 M€ en 2019¹⁵, les résultats nets ayant fortement fluctué en revanche pendant cette période, sous l'effet de la dégradation du résultat financier et de l'amélioration du résultat exceptionnel, avec une diminution limitée à 300 M€.

Tableau 3 : Simulation de l'impact du GVT sur les charges des établissements de santé (montants en M€)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Taux de GVT solde dans la construction de l'ONDAM ES (DGOS)	0,30 %	0,30 %	0,50 %	0,50 %	0,50 %	0,76 %
Financement correspondant (DGOS)	160	160	299	296	317	519
dont EPS ¹	117	117	219	225	224	378
dont ex-DG	138	138	258	255	263	437
Base sensible au GVT correspondante (DGOS)	53 333	53 333	59 873	59 125	63 374	68 326
dont ex-DG	45 965	45 965	51 601	50 657	52 511	57 436
dont EPS	39 025	39 025	43 810	45 000	44 800	49 683
Base sensible au GVT des EPS recalculée après abattement AMC 5 % ²	40 083	40 568	43 588	46 714	49 028	51 018
Base sensible au GVT ex-DG ³ recalculée	47 211	47 783	51 340	52 897	57 467	58 980
GVT solde estimé (DREES)	0,76 %	0,98 %	0,77 %	1,15 %	0,88 %	1,05 %
Impact GVT EPS recalculé	305	398	336	537	431	536
Impact GVT ex-DG recalculé	359	468	395	608	506	619
Montant non financé de l'impact du GVT EPS	188	280	117	312	207	158
Montant non financé de l'impact du GVT Ex-DG	221	330	137	354	243	183
Impact cumulé EPS	188	468	585	897	1 104	1 262
Impact cumulé Ex-DG	221	551	689	1 042	1 285	1 468

Source : Mission. ¹ : pour 2023 à 2025, données DGOS ; pour 2020-2022, application des parts constatées pour les EPS et ex-DG en moyenne 2023-2025. ² : extraction par la mission des comptes sensibles au GVT (liste DGOS) du cube DGFIP de Diamant avec décalage de 2 ans (comptes N-2 connus en juillet N-1, pour la préparation de l'ONDAM N) et application d'un abattement de 5 % pour prise en charges par les complémentaires santé au titre de la participation des usagers. ³ : application du ratio base Ex-DG/base EPS de la DGOS.

¹⁵ En ajoutant pour 2019 le solde du compte 7722 (produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie) classé dans le résultat exceptionnel mais lié au résultat d'exploitation (ce compte est isolé depuis 2012).

[49] La mission estime souhaitable de poursuivre ces travaux sur le GVT. Sous réserve de confirmation de sa méthodologie, l'approche prospective de la DREES permet d'estimer l'impact des mesures d'évolution des grilles salariales de façon indépendante du comportement des gestionnaires, et ses résultats peuvent donc être pris en compte dans la construction de l'ONDAM et la détermination du financement de l'assurance maladie.

[50] Les établissements n'isolent pas le sous-financement du GVT lorsqu'ils estiment – à l'instar de la FHF et de la CNDG-CHU – le sous-financement des mesures salariales intervenues depuis 2020. Leur méthode consiste à analyser l'augmentation des charges de personnel, à en déduire l'impact des évolutions d'effectifs, puis à faire une comparaison avec les recettes supplémentaires destinées à financer les mesures salariales nouvelles, telles qu'elles peuvent être estimées à l'aide des informations fournies par la DGOS et l'ATIH. Ils ne peuvent pas, en revanche, identifier les recettes de financement du GVT qui sont cumulées avec les autres éléments du tendanciel (impact de l'inflation sur les achats, augmentation des charges induites par l'évolution de l'activité) et intégrées aux vecteurs de financement sans être apparentes dans les circulaires de campagne. En particulier, le financement du GVT intégré dans les tarifs MCO représente respectivement 63 % et 72 % du total du financement du GVT 2023 et 2024 pour les EPS et est agrégé avec l'ensemble des facteurs d'évolution des tarifs hors mesures nouvelles « Guérini » et « attractivité » et n'est donc pas visible pour les établissements. De même, en 2024, le financement du GVT des EPS pour le champ SMR est à 55 % intégré aux nouveaux tarifs et donc non visible.

1.3 Les études disponibles sur l'impact de l'inflation exceptionnelle sur les achats des établissements ne permettent pas de vérifier l'adéquation du financement dégagé dans l'ONDAM mais les baisses de prix anticipées pour 2024-2025 pourraient, si elles sont confirmées, aboutir à un équilibre

1.3.1 Plusieurs sources donnent des estimations différentes de l'impact de l'inflation exceptionnelle subie par les établissements depuis 2022 sur leurs achats

[51] La mission n'a pas été en mesure d'engager elle-même une enquête pour estimer l'impact de l'inflation exceptionnelle subie par les établissements en 2022-2023 en raison de la difficulté à distinguer, au sein des évolutions de charges comptables, les effets prix des effets volume et structure attachés aux achats des hôpitaux¹⁶. Elle a en revanche analysé les documents produits par un groupe de travail animé par la DGOS en 2023-2024 pour construire une méthodologie de prévision de l'impact de l'inflation sur les dépenses des établissements, des notes de conjoncture des centrales d'achat, les résultats d'une enquête menée par la CNDG-CHU sur l'inflation 2022-

¹⁶ L'impact de l'inflation sur les rémunérations des agents n'est pas automatique et a donné lieu à des mesures spécifiques (augmentation de la valeur du point d'indice, prime pouvoir d'achat) qui sont traitées dans les parties relatives aux mesures salariales et à leur financement. Cette partie ne traite que de l'effet de l'inflation sur les achats hospitaliers.

2023 et des notes de l'AP-HP sur le même sujet ainsi qu'une note de la FHP évaluant l'impact de l'inflation de 2022.

[52] Ces documents fournissent des éléments d'appréciation intéressants mais difficiles à consolider et extrapoler car présentant des angles d'approche différents ou des champs d'analyse partiels :

- les exemples de notes de conjoncture de l'UGAP (portant sur la période février 2022-avril 2023 et du Resah (mai 2022) transmis à la mission par la DGOS fournissent des indications concrètes et précises sur des évolutions de prix relatives à des familles d'achat concernant les hôpitaux mais dont l'impact global est difficile à consolider ¹⁷ ;
- la note de la CNDG-CHU extrapole des données fournies par un échantillon de CHU représentant 66 % des dépenses sur plusieurs familles d'achat (produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux, denrées alimentaires, énergies, prestations de service dont bionettoyage), la méthode suivie permettant selon la conférence de distinguer les effets prix et volume. Elle conclut à un impact cumulé 2022-2023 de 937 M€ (soit +9,1 % sur les familles d'achat concernées) sur les seuls CHU, l'évolution des prix de l'énergie occasionnant à elle seule près de la moitié de ce surcoût ;
- les notes de l'AP-HP transmises à la mission concernent d'une part l'impact des prix de l'énergie sur la période 2022-2024¹⁸ et, d'autre part l'inflation 2024 hors énergie¹⁹. La première estime l'impact des augmentations des prix de l'énergie à 127 M€ en 2023 (par rapport à la dépense 2022) et 95 M€ en 2024 (par rapport à la même dépense 2022), l'évolution des tarifs de l'électricité expliquant 80 % de cette augmentation. La seconde estime les surcoûts induits par l'inflation sur les autres postes de dépenses à 42 M€ en 2022, 71 M€ en 2023 et 57 M€ en 2024 ;
- la note de la FHP réalisée avec l'appui d'un cabinet de consultants applique à la structure des dépenses de l'ensemble du secteur hospitalier public et privé des indices d'évolution des prix provenant de sources multiples (Insee, centrales d'achat, AP-HP) pour estimer l'impact de l'inflation à 1,2 Md€ en 2022. Elle propose la construction d'un indice spécifique au secteur hospitalier, incluant les charges de personnel qui pourrait servir de base à la construction de l'ONDAM-ES.

[53] Les travaux de la mission « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE) de la DGOS visent précisément à construire, avec les représentants des établissements et des centrales d'achat, une méthodologie de prévision de l'impact de l'inflation adaptée à la nature des achats hospitaliers, reposant sur :

- la construction de matrices croisant la nomenclature comptable des achats avec les familles d'achat homogènes issues de la nomenclature des catégories homogènes de fournitures et

¹⁷ A titre d'exemple, le note du Resah de mai 2022 donne des évolutions de prix par type de produit alimentaire mais pas d'estimation globale sur l'évolution des prix alimentaires.

¹⁸ Estimation de l'impact de l'inflation 2023 et 2024 sur les charges d'énergie, Note DEFIP –DII-SREDD du 28 septembre 2023.

¹⁹ Trajectoire d'inflation depuis 2022 et déficit structurel de financement de l'inflation (hors énergie) sur l'EPRD 2024 à date, note DEFIP.

de services (NCHFS)²⁰ puis permettant de ventiler ces familles dans des macro-catégories. Le périmètre de l'analyse est large et inclut l'ensemble des catégories d'achats imputées sur les budgets principaux et annexes des établissements ;

- l'affectation à chaque macro-catégorie d'un indice de prix fourni par l'Insee ou un autre opérateur public ou privé ;
- l'application aux charges de chaque macro-catégorie de coefficients représentatifs des risques de réévaluation des prix en fonction de l'évolution des indices : taux de marchés faisant l'objet d'une clause de révision de prix modulé par la part de l'inflation supportée par le titulaire du marché, taux de renouvellement des marchés²¹, taux de marchés remis en concurrence en cas de désaccord sur la révision des prix.

[54] L'impact prévisionnel de l'inflation peut ainsi être estimé en sommant les impacts sur chaque macro-catégorie de l'évolution prévisionnelle des indices, après application de ces coefficients correcteurs. La méthode peut également être appliquée de façon rétrospective et a permis de comparer l'augmentation des dépenses d'achats du secteur public (hors liste en sus et intérim) en 2022 (840 M€ soit +4 %) et 2023 (+1 844 M€ soit +8 %) à l'impact de l'inflation estimé par la méthode à +884 M€ en 2022 et +1 431 M€ en 2023, soit +2 315 M€ sur ces deux années. Pour 2024 et 2025, la DGOS a réalisé des projections selon plusieurs scénarios :

- une baisse des dépenses d'achats du secteur public (hors liste en sus et intérim) de 389 M€ en 2024 (-1,6 %) et 115 M€ en 2025 (-0,5 %) dans un scénario tablant sur un effet différé des baisses de prix (les catégories avec indice négatif sont retenues avec une valeur nulle de l'indice en 2024 et la valeur initiale de la catégorie en 2025 est celle de 2024) ;
- ces baisses seraient de 414 M€ en 2024 (-2 %) et 30 M€ en 2025 (-0,1 %) en 2025 dans un scénario où l'effet de l'évolution à la baisse des indices est décalé de 6 mois ;
- elles seraient de 496 M€ en 2024 (-1,7 %) et 18 M€ en 2025 (-0,1 %) en 2025 dans un scénario ne retenant pas de différé d'effet des baisses de prix.

[55] Les baisses de prix dont l'impact est estimé portent essentiellement sur l'énergie. Mais en dehors des achats directs d'énergie par les établissements, la mission PHARE est très prudente sur la répercussion sur les prix de vente des fournisseurs des baisses de leurs prix d'achats de matières premières ou d'énergie et donc sur les résultats de ses propres projections. **Les projections de baisses de dépenses de la DGOS pour 2024 et 2025 sont donc à considérer avec précaution et à confirmer en renouvelant les travaux effectués en 2024 (cf. *infra* partie 3).**

²⁰ Cette nomenclature vise à définir des familles homogènes de biens et services pour la computation des seuils du code de la commande publique déterminant la procédure à appliquer.

²¹ A titre d'exemple, si les marchés sont passés pour 4 ans dans une catégorie, la masse financière affectée par l'inflation ne représente que 25 % du montant de dépenses de la catégorie.

1.3.2 La comparaison avec les financements dégagés dans la construction de l'ONDAM ES en 2022 et 2023 est toutefois délicate en raison de différences dans le périmètre des achats retenus

[56] Comme pour le GVT, le calcul de la DGOS en construction du tendancier de l'ONDAM consiste à identifier une base de dépenses sensibles à l'inflation à partir de la liste des comptes de la nomenclature M21 et à y appliquer un taux d'inflation prévisionnel pour estimer un montant de dépenses à financer. Au cours de la période 2022-2024, les financements suivants ont ainsi été dégagés en construction de l'ONDAM pour compenser l'impact de l'inflation :

- en 2022, le financement de 145,5 M€ sur l'ensemble de l'ONDAM ES intégré au tendancier sur la base d'une prévision d'inflation de 0,8 % a été complété en circulaire C2 du 31 octobre par une dotation non reconductible de 735 M€ (732,3 M€ en AC MCO et 2,8 M€ en DAF MCO)²² ;
- ce financement a été pérennisé dans la construction de l'ONDAM 2023 qui a reventilé ces crédits, pour un montant légèrement supérieur (738 M€ dont 524 M€ pour les EPS) dans l'ensemble des vecteurs de financement. Pour l'année 2023, cette construction prévoit deux enveloppes couvrant l'inflation « classique » de 1 % (179 M€ dont 127 M€ pour les EPS) et inflation exceptionnelle de 3,2 % (604 M€ dont 429 M€ pour les EPS) ;
- pour 2024, la construction se fonde sur un taux d'inflation de 2,5 % conduisant à un financement supplémentaire de 505 M€ dont 357 M€ pour les EPS (71 %) ;
- pour 2025, la construction se fonde sur un taux d'inflation de 1,4 % conduisant à un financement supplémentaire de 327 M€ dont 238 M€ pour les EPS (73 %)

[57] Les financements intégrés dans la base de l'ONDAM-ES (donc pérennes) pour l'inflation s'élèvent donc à 883 M€ pour 2022 et 783 M€ pour 2023, soit 1 666 M€ au total, pour l'ensemble des établissements (dont 324 M€ pour l'inflation classique et 1 342 M€ pour l'inflation exceptionnelle), **la délégation effective d'une partie de ces crédits n'ayant toutefois pu être vérifiée (cf. *infra* 2.12)** Sur ce total, le montant destiné aux EPS peut être estimé à 1 183 M€²³. En outre, un arrêté exceptionnel du 22 février 2024 a délégué 496 M€ au titre de 2023 (346 M€ pour les EPS, 75 pour les EBNL et 75 pour les EBL), cette fois en crédits non reconductibles en AC MCO (et 1,6 M€ en DAF MCO) pour un « soutien exceptionnel à l'activité des établissements », mesure qui, selon l'administration centrale, visait à couvrir prioritairement les surcoûts causés par l'inflation.

[58] La comparaison avec les estimations du coût de l'inflation 2022-2023 en 2023 par le groupe de travail piloté par la mission PHARE est rendue complexe du fait des différences dans les périmètres d'achats retenus :

²² Il est à noter que la circulaire mentionne une ventilation de ces crédits par champ d'activité puis par établissements, selon des critères propres à chaque champ (par exemple valorisation de l'activité MCO à M6 2022) alors que les tableaux annexés n'affectent les crédits qu'aux enveloppes AC-MCO et DAF MCO.

²³ Les documents de la DGOS (arborescence) ne font pas apparaître la répartition par statut pour l'inflation classique de 2022.

- d'une part, la mission PHARE prend en compte l'ensemble des budgets hospitaliers alors que le bureau FIP 1 qui construit l'ONDAM ES ne suit que les dépenses financées par l'ONDAM-ES (budget principal et budgets annexes des USLD et des GHT) ;
- d'autre part, les dépenses d'achats prises en compte par la mission PHARE ne se limitent pas aux dépenses sensibles à l'inflation retenues par FIP 1.

Tableau 4 : Comparaison des périmètres d'achat pris en compte par la mission PHARE et par le bureau FIP 1

Périmètre PHARE	Périmètre des dépenses sensibles à l'inflation	Observations
Tous budgets	Budgets H, B et G	Travaux qui pourraient être répliquables au médico-social
Titre 2 sauf achats liste en sus et ATU	Titre 2 sauf achats liste en sus et ATU	
Titre 3	Titre 3 hors « personnel extérieur à l'établissement » (sensible au GVT), « rémunérations d'intermédiaires et honoraires », « informations, publications, relations publiques », « transports de biens, d'usagers et transports collectifs de personnel », « déplacements, missions et réceptions »	Certaines dépenses de titre 3 exclues de la base des dépenses sensibles à l'inflation pourraient y être intégrées, notamment les transports de biens, d'usagers et transports collectifs de personnel.
Titre 4	Titre 4 non pris en compte	Les dotations aux amortissements en titre 4 matérialisent les achats d'équipements importants ainsi que les travaux, postes de dépenses ayant connu une hausse des prix certaine et dont il serait utile que la DGOS travaille à l'intégration dans la base des comptes sensibles à l'inflation.

Source : Mission

[59] Pour tenter néanmoins une comparaison, la mission a utilisé deux méthodes pour estimer l'impact de l'inflation :

- l'application de la méthode de FIP 1 en recalculant la base sensible à partir de la liste des comptes utilisées par la DGOS mais en y appliquant le taux d'inflation estimé par la mission PHARE, en rétrospectif comme en prospectif ;
- l'application à la base des achats retenue par la mission PHARE d'un abattement de 15 % représentatif de la part des budgets annexes dans les achats du taux d'inflation estimé par la même mission.

[60] Aucune de ces deux méthodes n'est robuste puisqu'elles appliquent des taux d'inflation estimés sur un périmètre d'achat à un périmètre différent. Les résultats présentés ci-dessous, très

contrastés, ne permettent pas de conclure sur le sur ou sous-financement de l'inflation 2022-2023 mais les deux méthodes aboutissent à considérer que si les baisses de prix estimées par la mission PHARE pour 2024 et 2025 se vérifiaient, les crédits intégrés dans la base de l'ONDAM ES permettront de retrouver un financement équilibré et **sous réserve de leur délégation effective que la mission n'a pu certifier**, dès 2023 avec la première méthode, en 2025 avec la seconde.

Tableau 5 : Estimation du sur ou sous financement de l'inflation à partir de 2022 selon les deux méthodes testées par la mission

(montants en M€)	2021	2022	2023	2024	2025
Achats EPS hors LES et intérim tous budget (PHARE)	22 000	22 900	24 700	24 300	
Impact de l'inflation estimé par la méthode indicielle (PHARE)		884	1431	-389,5	-114,7
Tx d'évolution estimé méthode indicielle		4,02 %	6,25 %	-1,58 %	-0,47 %
<u>Méthode 1</u>					
Base de dépenses sensibles à l'inflation (champ sanitaire, base Diamant, liste des comptes FIP1)	13 269	13 701	15 396	15 428	
Impact inflation avec les taux estimés par la méthode indicielle		533	856	- 243	-73
Impact cumulé		533	1 389	1 147	1 074
Montant financé cumulé (CR et CNR ¹)		628	1426	1437	1675
Sur (+) ou sous (-) financement		95	37	291	601
<u>Méthode 2</u>					
Base Phare réduite au sanitaire	18 700	19 465	20 995	20 655	
impact inflation sur base phare sanitaire		751	1 216	- 331	- 97
Impact cumulé		751	1 968	1 637	1 539
Sur (+) ou sous (-) financement		- 124	- 542	- 200	136

Source : Mission d'après données DGOS et cube DGFIP Diamant. Les taux d'inflation sont calculés en rapportant l'impact de l'année à la base achat de l'année précédente. ¹ les crédits non reconductibles ne sont comptés que l'année au cours de laquelle ils ont été délégués. Les crédits intégrés en base sont cumulés.

[61] L'interruption des travaux du groupe expert animé par la mission PHARE à l'été 2024 n'a pas permis de confirmer les estimations établies. La mission ne peut que préconiser le renouvellement de l'exercice mené en 2024 sur la base de données comptables actualisées (les comptes 2024 des EPS devant être approuvés avant le 30 juin 2025). En outre, la mission estime indispensable que la mission PHARE et le bureau FIP 1 travaillent à une harmonisation de leurs bases d'estimation et notamment des charges soumises à l'inflation. S'il est compréhensible que la mission PHARE, dont l'objet est de mobiliser les acteurs hospitaliers sur des stratégies d'achats visant à réaliser des gains économiques, travaille sur un périmètre d'achat plus large que FIP 1, il serait néanmoins indispensable que les chiffrages qu'elle établit puisse être transposés dans le cadre des travaux de construction de l'ONDAM. Ce travail de mise en cohérence des périmètres d'achat retenus dans les deux démarches pourrait aussi conduire FIP 1 à revoir le périmètre des charges sensibles à l'inflation au regard des travaux de la mission PHARE

Recommandation n°3 (DGOS) renouveler les travaux réalisés en 2024 pour estimer, avec la méthode indiciaire, l'impact de l'inflation en 2024 et l'impact prévisionnel de l'inflation 2025 et 2026. Utiliser les résultats pour construire le tendancier 2026. Mener en parallèle un travail de mise en cohérence des périmètres d'achat pris en compte pour la stratégie d'optimisation des achats et dans la construction de l'ONDAM.

1.4 Au total, la compensation partielle des chocs externes pour les EPS se traduit par un montant de charges supplémentaires non financées de l'ordre d'1,7 Md€ en 2024, pouvant expliquer une part importante de l'aggravation de leurs déficits

1.4.1 Le total des charges nouvelles non financées peut être évalué à environ 1,7 Md€ sur l'exercice 2024, hors impact de l'inflation

[62] La reconstitution du chiffrage des mesures salariales entrées en vigueur au cours de la période 2020-2024 a abouti à une sous-estimation du coût de ces mesures pour les EPS de 457 M€ en valeur estimée l'année de leur mise en œuvre, sans tenir compte des évolutions d'effectifs (cf. *supra* 1.1.3).

[63] La mission relève par ailleurs que les mesures de revalorisation des rémunérations des internes et des docteurs juniors au cours de la période n'ont pas donné lieu à augmentation des forfaits de remboursement versés aux établissements employeurs²⁴. Il en résulte **une augmentation de la charge des établissements employeurs non compensée estimée à 152 M€ pour l'année 2024 ou 137 M€** dans l'hypothèse où 10 % des internes font des stages en dehors de la circonscription de leur CHU de rattachement²⁵ (cf. annexe 3). Ces montants pourraient légèrement augmenter, les effectifs des internes devant progresser après avoir baissé entre les années universitaires 2023-2024 et 2024-2025.

[64] Le financement du GVT solde à un niveau inférieur à celui estimé par la DREES conduit à estimer les charges salariales supplémentaires induites par le GVT et non compensées à 1 104 M€ en effet cumulé sur l'exercice 2024, pour les seuls EPS (cf. *supra* 1.2.2.).

[65] **Compte tenu des résultats divergents des deux méthodes d'estimation (cf. *supra* 1.3.2.), l'impact de l'inflation 2022-2023 n'a pas été intégré à ce tableau.** La reprise des travaux du groupe animé par la mission PHARE pour vérifier les baisses de prix anticipées par le groupe pour les années 2024 et 2025 devrait permettre de conclure sur les hypothèses d'un sous ou sur financement.

[66] **Le total des charges supplémentaires non financées sur l'exercice 2024 peut ainsi être estimé à 1,7 Md€ hors effet de l'inflation.**

²⁴ Le remboursement partiel sous forme de forfait (16 000 € les 3 premières années, 8 000 € les deux suivantes et pour les docteurs juniors) est justifié par le fait que les internes produisent des soins donc des recettes tarifaires. Cependant, leur non-revalorisation conduit à une baisse du taux de remboursement compte tenu de l'augmentation des rémunérations. La rémunération des étudiants de 2^{ème} cycle est en revanche financée intégralement.

²⁵ Auquel cas, la rémunération est remboursée intégralement à l'établissement d'accueil.

Tableau 6 : Impact des charges supplémentaires des EPS (hors inflation) non financées sur l'exercice 2024

Nature des charges	Montant non financé (M€)	Observations
Sous-estimation des mesures salariales nouvelles	457	Sans prise en compte des évolutions d'effectifs
Non compensation de l'augmentation de la rémunération des internes et docteurs juniors	137	Sous l'hypothèse de 10 % des stages compensés intégralement
Part du GVT non compensée	1 104	Effet cumulé depuis 2020 sur l'exercice 2024
Total	1 698	

Source : Mission

[67] Il est possible cependant que les établissements aient pu ne pas consommer entièrement les crédits délégués sur d'autres mesures comme les crédits non reconductibles alloués pour la sécurisation des organisations et environnements de travail (557 M€ en 2022, 823 M€ en 2023 et 835 M€ en 2024). La sous-consommation éventuelle de ces crédits, dont l'emploi est assez ouvert²⁶, a pu compenser en partie ce sous-financement. Une enquête auprès des ARS et des établissements sur leur utilisation effective pourrait être utile pour vérifier ce point. De même, les établissements ont pu utiliser en 2022 et 2023 les crédits non reconductibles alloués en fin de campagne au titre de la restitution de leur sous-consommation de la parts tarifs de l'objectif de dépenses, soit, pour les EPS, 267 M€ en mars 2023 au titre de l'activité 2022 et 430 M€ en février 2024 au titre de 2023, ces crédits libres d'emploi ayant contribué à limiter les déficits.

[68] Par ailleurs, les simulations effectuées en partie 2 sur les financements passant par les tarifs perçus par les établissements au cours de la période montrent que certaines mesures ont pu dégager des ressources excédentaires par rapport à leur coût, notamment du fait de la reprise d'activité observée en 2024 (cf. infra 2.2) : pour les mesures socle et les mesures du Ségur 2, on peut évaluer ce financement excédentaire à environ 270 M€ en 2024 pouvant contribuer à réduire le besoin de financement global, à condition que la reprise d'activité ne se soit pas traduite par une augmentation significative des effectifs dans les établissements concernés.

1.4.2 Ce sous financement peut expliquer une part importante de l'augmentation des déficits des EPS même si d'autres causes peuvent être identifiées

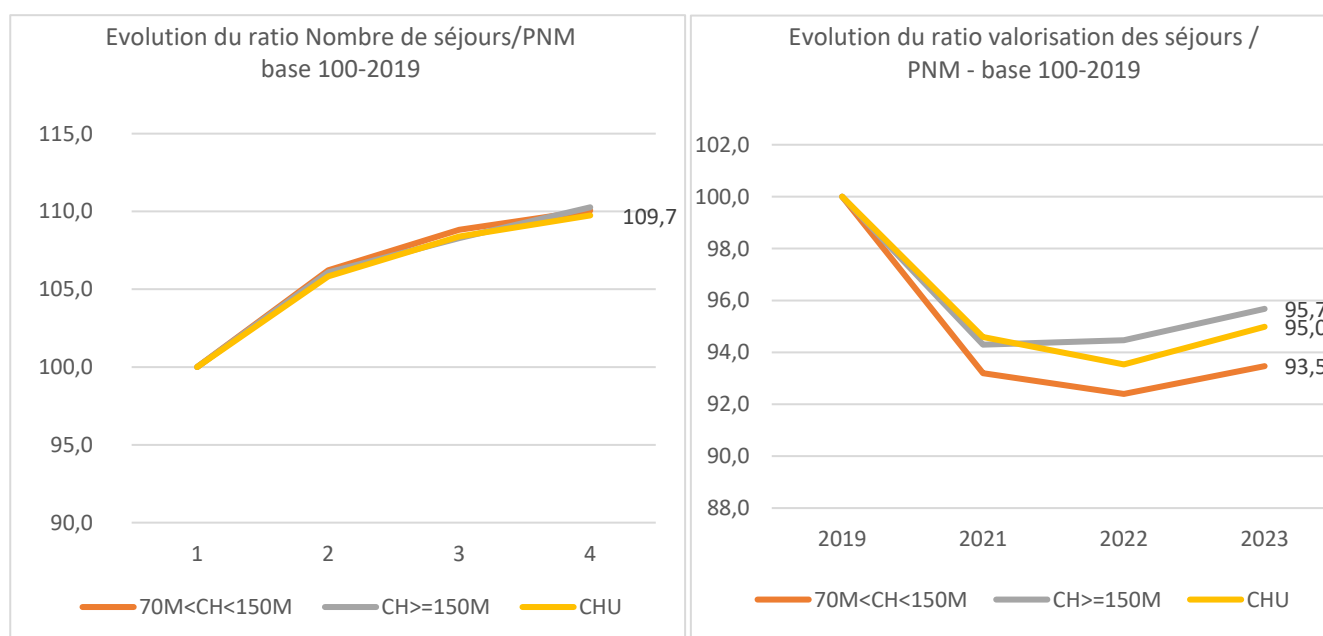
[69] Ce sous financement peut être mis au regard de l'augmentation du déficit des EPS passé, sur le périmètre limité au budget principal correspondant approximativement à celui financé par

²⁶ Ces crédits avaient pour but de donner aux établissements de la FPH des leviers pour améliorer les conditions de travail des personnels et mettre en œuvre des politiques en ressources humaines ambitieuses. Ils visaient plus particulièrement quatre mesures : la forfaitisation et la surmajoration des heures supplémentaires, la résorption de l'emploi précaire, la valorisation de l'engagement collectif et la création de postes.

l'ONDAM ES²⁷, de 660 M€ en 2019 à 1 934 M€ en 2023²⁸ et 2 888 M€ en 2024, selon la DGOS²⁹ soit une augmentation de 2 228 M€.

[70] Toutefois, le lien entre le sous financement constaté sur les chocs externes et les déficits n'est pas totalement automatique, d'autres facteurs pouvant contribuer à les augmenter ou au contraire à les réduire. Parmi les autres causes de la dégradation de la situation financière des établissements, la comparaison entre l'évolution de l'activité, des produits d'activité et celle des effectifs infère une baisse de la productivité, notamment sur le personnel médical. Pour chaque catégorie de personnel, ces comparaisons montrent une évolution très différente selon que la productivité est mesurée en rapportant un indicateur d'activité (ici le nombre de séjours hors séances) ou un indicateur financier (la valorisation de cette activité par les tarifs 2019 pour neutraliser les effets prix).

Graphique 1 : Evolution de l'activité et de la valorisation de l'activité par ETP de personnel non médical dans le champ MCO entre 2019 et 2023 (base 100 en 2019)



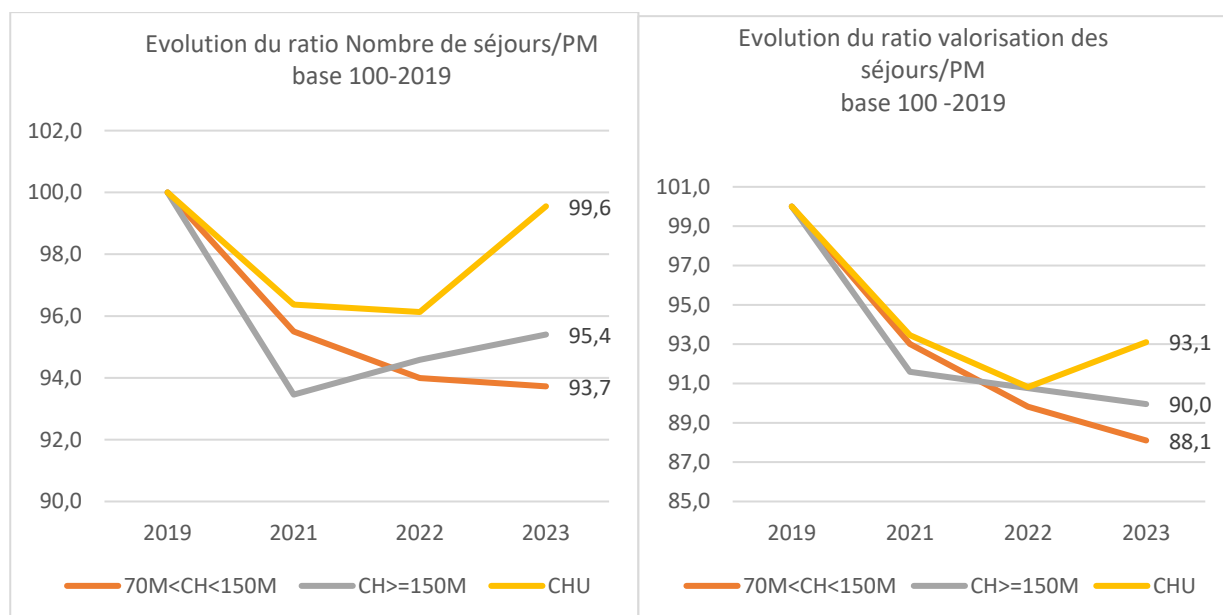
Source : Données ATIH (séjours et valorisation) et SAE 2019-2023, traitements pôle données de l'IGAS

²⁷ Qui comprend, outre le budget principal, celui des USLD (budget B) et celui des GHT (budget G).

²⁸ Source données DREES, « les établissements de santé en 2023, Edition 2025 ». Le résultat net tous budgets confondus (principal et annexes) consolidé des flux entre budgets est lui passé de 565 M€ en 2019 à 2 352 M€ en 2023.

²⁹ Source DGOS, analyse des RIA 2 menée sur 88 % des EPS représentant 94 % des produits hospitaliers et extrapolés à l'ensemble des EPS, après ajout des crédits non encore délégués.

Graphique 2 : Evolution de l'activité et de la valorisation de l'activité par ETP de personnel médical (hors internes) dans le champ MCO entre 2019 et 2023 (base 100 en 2019)



Source : Données ATIH (séjours et valorisation) et SAE 2019-2023, traitements pôle données de l'IGAS

[71] L'écart entre l'évolution de la productivité mesurée par le nombre de séjours par ETP et par la valorisation par ETP s'explique notamment par le moindre dynamisme de l'hospitalisation complète par rapport à l'hospitalisation ambulatoire, dont les tarifs sont moins élevés, comme le montre l'analyse effectuée par l'ATIH pour le comité économique de l'hospitalisation publique et privé (CEHPP) sur l'ensemble des établissements de santé.

Tableau 7 : Evolution 2022/2023 et 2019/2023 de l'activité MCO corrigée des effets jours ouvrés (ensemble des établissements de santé)

	Evolution 2022/2023	Evolution 2019/2023	Evolution 2019/2023 hors GHS intermédiaires
Ambulatoire	+9,3%	+21,7%	+17,6%
Hospitalisations complètes	+0,4%	-9,3%	-
Séjours hors séances	+4,7%	+4,3%	+2,4%
Séances hors dialyse	+4,5%	+12,9%	-
Total hors dialyse	+4,7%	+6,4%	+5,0%

Source : ATIH

[72] La baisse de la valorisation financière des séjours par ETP, constatée pour les deux catégories de personnel a pu contribuer à la dégradation de la situation financière des EPS. Par ailleurs, deux autres points sont à souligner :

- les grands établissements (CHU et grands CH) présentent de meilleurs ratios que les plus petits, quel que soit l'indicateur examiné ;
- l'évolution de la productivité du personnel non médical apparaît plus favorable que celle du personnel médical, probablement du fait d'une évolution plus dynamique des effectifs médicaux.

[73] Le financement des investissements constitue un autre déterminant de la situation financière des EPS que la mission n'a pas étudié. La période 2021-2024 a été sur ce plan marquée par le Ségur de l'investissement qui a pu avoir plusieurs effets en sens contraire : d'une part, les 6,5 Md€ alloués pour la restauration des capacités financières des établissements publics et EBNL ont contribué à réduire leur endettement et donc leurs charges financières ; d'autre part, la relance des investissements structurants a pu à l'inverse conduire, malgré les aides allouées, à alourdir les charges des établissements, dans un contexte d'inflation sur les coûts des travaux et d'augmentation des taux d'intérêt³⁰.

2 Les financements alloués correspondent pour l'essentiel aux prévisions et leur répartition dans les canaux habituels de financement, dont les tarifs d'activité, ne paraît pas avoir pénalisé une catégorie particulière d'établissements

[74] Outre la vérification du chiffrage des mesures, la mission a examiné les modalités de l'intégration de leur financement dans la construction de l'objectif de dépenses des établissements de santé (ONDAM-ES) et de leur délégation aux établissements par les canaux d'allocation de ressources que sont les tarifs d'activité et les dotations de natures diverses. L'annexe 3 présente le travail effectué pour reconstituer et tracer les financements supplémentaires ainsi apportés et s'assurer que les financements prévus en construction de l'ONDAM ont bien été distribués. Elle tente en outre de mesurer si la ventilation des financements dans les différents vecteurs, notamment les vecteurs tarifaires du champ MCO, a induit des distorsions entre établissements par rapport à un mode de répartition qui aurait reposé seulement sur les effectifs.

[75] Le système de financement des établissements de santé n'est en effet pas conçu pour allouer à chacun les financements correspondant exactement à l'évolution de ses charges de fonctionnement. Même dans le système de la dotation globale de financement, si l'autorité de tarification devait procéder à un examen de l'évolution des charges de chaque établissement figurant dans sa proposition budgétaire, elle pouvait décider de ne pas les financer intégralement,

³⁰ Le rapport de l'IGAS de juin 2025 « Propositions pour une stratégie de programmation des investissements hospitaliers » indique qu'en novembre 2024, « 774 projets étaient recensés dans le cadre du plan Ségur (dont 301 de plus de 20 M€) correspondant à une programmation totale de 31,5 milliards d'euros et un taux d'aide moyen de 36 % ».

notamment, à partir de 1997, pour respecter sa dotation régionale. Le passage à la tarification à l'activité en 2005, puis, plus récemment, les réformes de financement des urgences en 2021, de la psychiatrie en 2023 et des soins médicaux et de réadaptation (SMR) en 2024 ont conduit à dissocier l'évolution des recettes d'assurance maladie de chaque établissement de celle de ses charges pour la faire dépendre de celle de son activité ou d'autres paramètres comme le service rendu à la population avec la création de dotations populationnelles.

[76] Si la construction des enveloppes nationales prend en compte l'évolution des charges des établissements, les mécanismes d'allocation de ressources ne garantissent pas à chaque établissement la couverture de ses charges. La réforme budgétaire remplaçant en 2005 le budget autorisé par un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) traduit un changement de logique rendant l'établissement responsable de l'évolution de ses charges en fonction de celle de son activité et de ses recettes.

[77] Les mesures salariales massives décidées par l'Etat à la suite de la crise sanitaire, puis de la crise inflationniste ont conduit à donner l'assurance aux établissements de pouvoir les financer. Mais si les mesures intervenues en cours d'année ont été financées par des enveloppes à disposition des ARS pouvant être réparties entre établissements en fonction de leurs effectifs, la volonté d'intégrer ces financements les années suivantes dans les vecteurs habituels, a nécessité des adaptations. La garantie de financement instaurée en 2020 pour compenser la sous-activité a ainsi apporté une partie du financement des mesures et un coefficient de modulation des tarifs MCO a été créé en 2021 pour allouer aux établissements le financement des mesures les concernant, en fonction des statuts de leur personnel. En outre, cette « vectorisation » des financements s'est complexifiée au cours de la période avec les réformes de financement qui ont créé de nombreux canaux de financement supplémentaires dans lesquels a été ventilée une partie du financement des mesures nouvelles.

[78] Les développements qui suivent présentent les conclusions de ces travaux, sans revenir sur la méthode exposée dans l'annexe. Ils analysent dans un premier temps la conformité des délégations de crédits à la construction de l'ONDAM, puis comparent une estimation des crédits reçus par les établissements, notamment en fonction de leur activité, avec ce que la construction de l'ONDAM prévoyait et, enfin, analysent les impacts différenciés de la vectorisation en fonction de la situation des établissements.

2.1 Malgré la complexité de leur répartition dans les tarifs et dotations, les financements prévus semblent avoir été bien délégués

[79] **La comparaison entre les chiffrages des mesures salariales et leur prise en compte dans la construction de l'ONDAM ne révèle pas d'écarts importants.**

[80] Les montants prévus en construction de l'ONDAM figurent dans une matrice de calcul dénommée « arborescence » croisant les lignes correspondant aux mesures financées et les vecteurs de financement, différenciés par secteur (ex-DG, ex-OQN) et statut (EPS, EBNL, EBL) au nombre de 102 en 2024 dont 29 concernent les EPS (30 avec le FIR). La DGOS a fourni à la mission un extrait de ce fichier comportant un onglet par année mais sans l'outil permettant de choisir les clés de répartition. La comparaison entre ces montants et les crédits effectivement distribués dans ces vecteurs au cours des campagnes a conduit à collationner de très nombreux documents

et outils de calcul énumérés dans l'annexe 3 car les circulaires de campagne ne fournissent pas tous les détails nécessaires à cette vérification : en effet, d'une part les circulaires ne concernent que les crédits alloués par dotation et non ceux intégrés dans les tarifs d'activité MCO ou SMR ; d'autre part, une fraction importante des crédits alloués par dotation est intégrée directement dans les bases des dotations concernées sans que les circulaires précisent les composantes de l'évolution de ces bases. C'est notamment le cas des dotations résultant des réformes des urgences, de la psychiatrie et des SMR pour lesquelles la plupart des mesures financées ne sont pas détaillées dans les circulaires mais dans des tableaux adressés aux ARS, avec toutefois un niveau de précision hétérogène.

[81] Ce travail de reconstitution a permis de vérifier que les crédits prévus ont pour l'essentiel été alloués, avec un niveau d'assurance toutefois variable selon les enveloppes et selon les mesures.

2.1.1 L'analyse par vecteur confirme la délégation globale des crédits mais ne permet pas de retracer complètement leur ventilation par sous-enveloppe

[82] **Le financement des mesures intégré dans les tarifs MCO correspond aux montants prévus dans l'arborescence** sous réserve d'écarts mineurs sans impact significatif sur les taux d'évolution calculés par l'ATIH. Les tableaux de calcul de l'ATIH communiqués à la mission permettent en outre d'isoler les fractions de taux correspondant aux mesures N-1 et N à intégrer dans la base tarifaire et donc d'estimer la part des recettes tarifaires destinées à financer ces mesures (cf. *infra* 2.2).

[83] **Pour la dotation annuelle de financement DAF MCO³¹ et la dotation soins des USLD**, les circulaires de campagne identifient le détail des financements pour l'ensemble des mesures RH de la période. En revanche, **ce n'est pas le cas pour le financement de l'inflation exceptionnelle en 2023** : la DGOS a indiqué à la mission que les crédits correspondants avaient été délégués sous l'appellation « mesures de reconduction » en C1 2023 mais les montants notifiés (2,2 M€ pour la DAF MCO et 9,3 M€ pour les USLD) sont inférieurs à ceux prévus par l'arborescence (respectivement 6,8 M€ et 16,6 M€ pour l'ensemble des ES) alors qu'ils intègrent d'autres mesures comme le financement du GVT.

[84] Dans le cas des **Missions d'intérêt général (MIG) MCO**, la mise en œuvre des revalorisations prévues en construction est traçable pour **celles qui sont déléguées en base** pour lesquelles les circulaires de campagne identifient les montants de ces revalorisations et les montants délégués en circulaire correspondent, sous réserves d'écarts minimes aux prévisions de revalorisation de ces MIG. **Pour les MIG en justification au premier euro (JPE)³²**, le traçage est plus difficile car seul le montant global de la MIG figure dans les circulaires, certaines MIG pouvant être revalorisées en plusieurs étapes. La vérification consiste à regarder si le montant global délégué est supérieur ou égal au montant résultant de la revalorisation au titre des mesures RH considérées. La mission a fait l'exercice pour 2024 et constaté que cela est vérifié pour la majorité des MIG. Elle a relevé quelques écarts négatifs (notamment 9 M€ pour la MIG B02, 8 M€ pour la MIG D14) mais il n'est pas possible d'en conclure que les crédits n'ont pas été entièrement délégués puisque d'autres

³¹ Qui finance quelques EPS encore non financés à l'activité comme le CH de Mayotte.

³² Les MIG en JPE sont des MIG dont le calcul est modélisé et qui dont les montants sont révisés chaque année en fonction de paramètres adaptés.

facteurs d'évolution ont pu jouer à la baisse sur le montant de ces MIG, selon le principe même des MIG en JPE. Pour les revalorisations visant **les ex-MIG transférées au FIR**, les documents transmis par la DGOS au SGMAS ont montré que les montants prévus ont bien été délégués aux ARS. Toutefois, une partie de ce financement a pu aller vers d'autres acteurs de santé que les établissements, comme le permettent les règles de fonctionnement du FIR.

[85] Les **dotations urgences** mises en place à partir de 2021 ont intégré en base le financement des mesures, des tableaux adressés aux ARS hors circulaire en fournissant le détail. Ces tableaux permettent de conclure que **les financements prévus pour ce vecteur ont bien été délégués**.

[86] **Pour les dotations psychiatrie, la réforme de 2023 rend impossible le traçage complet des crédits de financement des mesures salariales.** La comparaison des objectifs 2022 et de la base 2023 permet de conclure que les financements des mesures socles et des mesures du Ségur 2 qui ont été alloués avant la réforme ont bien été intégrés dans les bases des nouvelles dotations mais il n'est pas possible de préciser dans quel compartiment. Le financement des mesures nouvelles de 2023 « augmentation du point d'indice » et « compensation de l'inflation » a bien été pris en compte dans les dotations populationnelles (DP) mais ne peut être totalement confirmé, le total délégué sur la dotation populationnelle en 2023 (8 813 M€) étant en effet inférieur au montant de l'objectif de l'arborescence (8 882 M€). Par ailleurs, pour l'année 2024, les documents adressés aux ARS donnent le détail par région des montants des mesures nouvelles « Guérini » (y compris la consolidation du financement 2023) intégrés dans les DP mais ne donnent pas d'information sur les montants intégrés au titre des mesures « attractivité » (94 M€ prévus en construction dont 80 sur la DP). Comme le montant total délégué sur la dotation populationnelle (9 228,5 M€) est légèrement inférieur à l'objectif (9 248 M€), il n'est pas possible de conclure sur la délégation intégrale de ces crédits.

[87] **De même, pour le SSR/SMR, si les crédits peuvent être tracés jusqu'à 2023 et sont bien conformes à la construction de l'ONDAM, la réforme de 2024 en complique le suivi.** La mission estime toutefois que les crédits alloués les années précédentes, inclus dans les objectifs 2023 redéployés en 2024 ont bien été pris en compte mais sans qu'il soit possible de dire dans quels compartiments ils ont été affectés. Les documents envoyés aux ARS pour expliciter la réforme donnent le détail par région des montants des mesures nouvelles 2023 et 2024 « Guérini » intégrés aux dotations populationnelle et pédiatrique, avec des montants pour les établissements ex-DG légèrement supérieurs à ceux figurant dans l'arborescence (écart de 22,3 M€ sur la dotation populationnelle et de 1,4 M€ sur la dotation pédiatrique). En revanche, les mêmes documents ne mentionnent pas les mesures « attractivité » prévues pour le SMR en 2024 (56 M€ dont 32 sur l'activité et 25 sur les dotations). Comme le total délégué en 2024 (5 476,5 M€) est inférieur au montant des objectifs (5 551,8 M€), il n'est pas possible de conclure sur la délégation effective de ces 25 M€, sauf s'ils ont été inclus dans les crédits « Guérini ».

2.1.2 L'analyse par groupe de mesures ne montre de même pas d'écart significatif à l'exception de la compensation de l'inflation

[88] L'annexe 3 analyse en détail la traçabilité des crédits prévus en construction de l'ONDAM pour les principaux groupes de mesures financées pendant la période 2020-2024. **C'est sur la mesure de compensation de l'inflation que la mission a eu le plus de difficulté pour tracer les financements intégrés dans les dotations psychiatrie, SSR, DAF MCO et USLD en 2023.** Sur la

psychiatrie, elle n'y est parvenue qu'en partie du fait de l'absence de mention dans les circulaires et d'informations partielles dans le document d'information envoyé aux ARS sur la réforme du financement (seul le montant intégré dans la DP au titre des mesures nouvelles 2023 est mentionné, les modalités d'intégration des crédits délégués en 2022 en AC MCO ne sont pas précisées). Comme le total des crédits délégués au cours de la campagne est inférieur aux montants inscrits en construction pour plusieurs dotations, la mission ne peut conclure sur leur délégation intégrale. Sur les dotations SSR, DAF MCO et USLD, en l'absence de mention dans les circulaires et compte tenu que les crédits délégués en 2023, ont, pour chacune de ces dotations, été inférieurs aux montants prévus en construction, **la mission ne peut non plus conclure sur la délégation intégrale du financement.**

2.2 Les simulations réalisées montrent que les établissements ont dans l'ensemble reçu les financements prévus, mais ne sont pas en capacité de les identifier

[89] L'ATIH a communiqué des tableurs détaillant l'ensemble des crédits d'assurance maladie reçus par chaque établissement « ex-DG » sur les 4 années 2021-2024 : recettes tarifaires MCO et HAD, incluant la garantie de financement (GF) et la sécurisation modulée à l'activité (SMA) - dispositifs visant à compenser les effets de la sous-activité causée par la crise sanitaire- et l'impact du coefficient prudentiel, recettes des actes et consultations externes (ACE) et de la liste en sus et, sauf pour l'année 2024, détail des dotations reçues (MIGAC, DAF MCO, DAF USLD, dotations psychiatrie, dotations SSR). Ces données ont permis à la mission d'estimer, selon la méthode décrite dans l'annexe 3, la part des recettes d'assurance maladie effectivement perçues par les établissements pour financer les mesures salariales de la période et compenser l'inflation et de la comparer aux financements prévus en construction de l'ONDAM-ES (et détaillés par vecteur et catégories d'établissements dans l'arborescence)³³.

[90] Deux raisons peuvent en effet conduire à ce que les établissements perçoivent des montants différents de ceux prévus en construction de l'ONDAM ES et délégués dans les vecteurs de financement :

- la principale est l'évolution de l'activité qui peut différer de celle prévue et donc aboutir à des recettes tarifaires différentes : le financement des mesures RH et inflation assis sur les tarifs peut donc également différer des prévisions ;
- les différences entre les dotations déléguées aux ARS et les attributions de dotations par celles-ci aux établissements peuvent être un facteur secondaire, ces écarts étant généralement minimes.

[91] Ces résultats sont présentés pour les principaux groupes de mesures déjà étudiés précédemment sous l'angle de l'analyse entre crédits prévus et délégués. Ils sont présentés en distinguant les EPS et les EBNL pour lesquels l'arborescence permet de distinguer les financements prévus. La mission a estimé les recettes perçues par catégories d'établissements plus fines mais

³³ Le niveau de détail offert par l'arborescence différant entre les années 2021-2022 et 2023-2024, la comparaison est effectuée à des échelles différentes pour ces périodes.

les financements prévus n'étant identifiés qu'à l'échelle des statuts (EPS/EBNL), les écarts ne peuvent être mesurés qu'à cette échelle.

[92] Pour les **mesures socles** (CTI et majoration de l'IESPE), le financement à l'activité n'a pas apporté intégralement le financement attendu par les EPS en 2021 (écart de 57 M€ soit -2,8 %) mais l'équilibre a été atteint dès 2021 et les recettes 2024 dépassent largement le montant prévu (+227 M€ soit +11 %). Les EBNL ont de leur côté reçu davantage que prévu dès 2021. Les évolutions respectives de l'activité peuvent expliquer ces différences étant rappelé que les recettes perçues intègrent l'impact de la GF et de la SMA. Pour les recettes de dotations, les écarts estimés (-8 M€ sur la DAF psy et -13 M€ sur les dotations urgences) peuvent provenir de la délégation incomplète des crédits prévus, par exemple pour les dotations urgences, l'année 2021 étant la première année de la réforme du financement.

[93] Pour les **revalorisations des grilles des soignants** (Séguir 2) de 2022, le financement prévu par l'activité n'a pas été intégralement perçu par les EPS en 2022 et 2023, le regain d'activité de 2024 leur permettant de le dépasser (+42 M€). Pour les EBNL, les recettes perçues sont supérieures aux prévisions dès 2022. Sur les dotations, les écart perçu / prévu sont minimes, sauf pour la psychiatrie (-7,4 M€).

[94] S'agissant de la **revalorisation du point d'indice 2022** (intégrée aux tarifs et bases 2023) et sa transposition aux EBNL, la simulation fait apparaître un sous-financement par les tarifs pour les EPS en 2023 (-65 M€ soit -6,2 %) mais un équilibre en 2024 et un léger surfinancement pour les EBNL dès 2023. Sur les dotations 2023, les écarts perçu / prévu sont minimes.

[95] **Les mesures Guérini 2023** (intégrées aux tarifs et bases 2024) et leur transposition aux EBNL, apparaissent correctement financées par les tarifs pour les EPS et surfinancées pour les EBNL (de l'ordre de 30 %). Le fait que la fraction de taux devant financer la mesure soit identique pour les deux statuts alors que les montants à financer sont proportionnellement différents (les mesures à financer par les tarifs MCO représentaient 2,54 % de la base tarifaire des EPS alors qu'elles ne représentaient que 1,1 % de celle des EBNL) peut expliquer cet écart, non intégralement corrigé par le coefficient de modulation, de même que la baisse du coefficient de reprise des avantages sociaux et fiscaux. Comme indiqué *supra*, la mission n'a pas disposé du détail des dotations perçues par les ES en 2024.

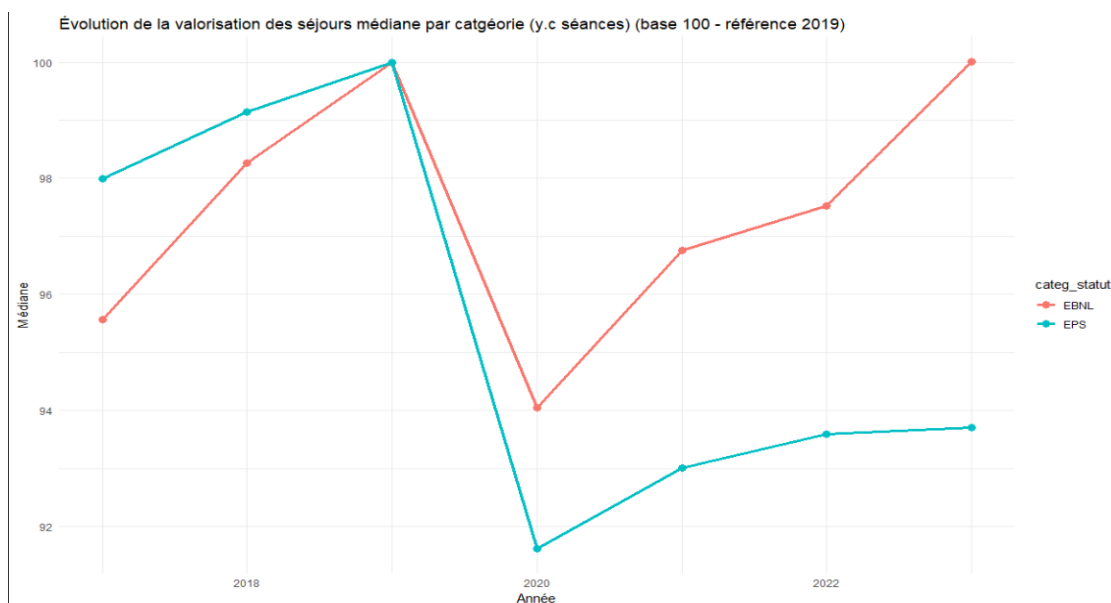
[96] **Les mesures « Attractivité » 2023-2024** (intégrées aux tarifs et bases 2024) apparaissent légèrement sous financées par les tarifs pour les EPS et très largement surfinancées pour les EBNL (de l'ordre de 125 %). Le fait que la fraction de taux devant financer la mesure soit identique pour les deux statuts alors que les montants à financer sont proportionnellement différents (l'intégration des mesures 2023 représentant 60 % du coût ne devant bénéficier qu'aux EPS et les mesures à financer par les tarifs MCO représentaient 1,49 % de la base tarifaire des EPS alors qu'elles ne représentaient que 0,57 % de celle des EBNL) peut expliquer cet écart de même que le fait que le coefficient de modulation ne couvrait pas ces mesures.

[97] La compensation de l'inflation 2022-2023 (intégrée aux tarifs et bases 2023) apparaît sous financée par les tarifs pour les EPS en 2023 (-61 M€ soit -9 %) mais équilibrée en 2024, et correctement financée pour les EBNL dès 2023. Sur les dotations 2023, les écarts perçu / prévu sont minimes en faisant l'hypothèse que les financements prévus en construction ont bien été alloués, ce que la mission n'a pu vérifier (cf. *supra* 2.1.2).

[98] L'estimation des recettes perçues via les tarifs souligne une divergence des constats entre EPS et EBNL ex-DG qui relève de plusieurs facteurs :

- une dynamique d'activité différente entre les deux catégories d'établissements, les EBNL ayant retrouvé plus vite le niveau antérieur à la crise. L'analyse au niveau de ces catégories conduit toutefois à moyenniser des évolutions qui peuvent être différenciées au sein de chaque catégorie ;

Graphique 3 : Evolution comparée de l'activité des EPS et des EBNL entre 2017 et 2023 (base 100 en 2019)



Source : Pôle données de l'IGAS à partir de la base PMSI de l'ATIH. L'activité de chaque année est valorisée aux tarifs et avec les règles de groupage de 2023 pour neutraliser les effets tarifs.

- l'application de taux d'évolution identiques aux deux catégories alors que les montants de mesures à financer peuvent représenter des proportions différentes des recettes. Le coefficient de modulation ne paraît pas réussir à compenser totalement ce biais d'autant plus que son périmètre n'englobe pas la totalité des mesures.

2.3 Le passage par les tarifs MCO d'une part prépondérante des financements ne semble pas avoir pénalisé une catégorie d'établissements plutôt qu'une autre mais a eu des effets contrastés entre établissements du fait de l'évolution différenciée de leur activité

[99] La mission a tenté d'évaluer si la vectorisation des financements consacrés aux mesures RH – et plus particulièrement le passage par les tarifs d'activité MCO – est susceptible de générer des distorsions entre établissements dans la couverture des charges nouvelles en fonction de la nature et de l'évolution de leur activité et de la structure de leurs recettes d'assurance maladie.

2.3.1 La répartition des financements par vecteurs s'effectue selon plusieurs modalités

[100] La répartition par champ d'activité s'est appuyée sur la ventilation des effectifs fournie par la SAE. Le coût des mesures a été d'abord chiffré distinctement pour les établissements de chaque statut (EPS, EBNL, EBL). Les montants estimés ont ensuite été répartis entre champs (MCO, Psy, SMR, HAD) sur le critère des ETPR³⁴, sur la base de la SAE 2019 pour la répartition 2022 et 2023. Ces clés ont été maintenues en 2023, sur la base de la SAE 2021 et en 2024, sur la base de la SAE 2022, pour les mesures générales (Guérini). Pour les revalorisations des indemnités de permanence des soins des personnels médicaux, le transfert des crédits vers le FIR a conduit à une répartition différente. Ces clés sont, le cas échéant, distinguées par catégories de personnels lorsque les mesures le justifient (par exemple, ventilation du financement du CTI sur la base de celle des ETPR des personnels non médicaux ; ventilation de la revalorisation de l'IESPE sur la base des ETPR de personnels médicaux).

[101] Pour les EPS, la répartition des financements des mesures salariale par champ a légèrement évolué et apparaît cohérente avec les données de la SAE

Tableau 8 : Répartition du financement des principales mesures salariales entre les champs d'activité pour les EPS (%)

Mesures	MCO (yc DAF)	Psychiatrie	SSR	USLD
Mesures socle (2021)	74,1	14,9	8,1	3,0
Revalorisation des soignants (2022)	67,6	15,3	12,8	4,8
Revalorisation pt indice 2023	74,4	14,6	8,0	2,9
Mesures Guérini 2024	73,9	14,9	7,4	3,7
Ventilation des ETPMR PNM+PM (SAE 2023)	73,8	15,0	7,6	3,6

Source : Mission d'après arborescence DGOS. La répartition du financement des revalorisations des grilles des soignants ne prend en compte que les effectifs des PNM.

[102] Les travaux d'analyse menés à partir des recettes effectivement perçues par les établissements montrent également une cohérence dans ces ventilations pour les CH comme pour les CHU, par rapport à la répartition des effectifs comme par rapport à celle de leurs recettes

³⁴ Le choix de la clé de répartition entre champs a été laissé aux fédérations. Les EPS et les EBL ont choisi la clé ETP, tandis que les EBNL ont préféré une clé mixte : 75 % au prorata des ETP et 25 % au prorata des masses financières.

d'assurance maladie. Le tableau ci-dessous l'illustre sur l'exemple de la mesure de revalorisation du point d'indice :

Tableau 9 : Comparaison entre les recettes reçues par les CH Et CHU par champ d'activité pour le financement du point d'indice et la répartition de leurs effectifs et de leurs recettes

	CH				CHU			
	MCO-HAD	PSY	SSR	USLD	MCO-HAD	PSY	SSR	USLD
Répartition des recettes pt d'indice	61,0 %	23,4 %	10,5 %	4,1 %	88 %	4,3 %	5,7 %	2,1 %
Répartition des effectifs SAE 2023	64,8 %	21,7 %	8,9 %	4,6 %	89,2 %	3,6 %	5,2 %	2,0 %
Répartition des recettes hors ACE et LES	64,3 %	23,1 %	9,4 %	2,4 %	90,0 %	4,0 %	4,8 %	1,2 %

Source : Mission d'après données DGOS et ATIH

[103] **Au sein du champ MCO la répartition par vecteurs a été effectuée au prorata des masses financières** et très majoritairement sur les tarifs de prestation.

[104] Le principe retenu au sein du champ MCO est celui d'une répartition au prorata des masses financières, en tenant compte du fait que certaines recettes ne peuvent pas être vecteurs de revalorisations salariales du fait du mode particulier de fixation de leurs tarifs : c'est le cas des actes et consultations externes (ACE), facturés sur la base des nomenclatures tarifaires d'assurance maladie, et des produits de la liste en sus (LES), tarifés par le comité économique des produits de santé (CEPS) et qui ne rémunèrent pas des charges de personnels mais des achats. Cela a conduit à concentrer les financements sur les composantes tarifaires (GHS, suppléments, GHT, forfait annuels).

Tableau 10 : Répartition du financement des principales mesures salariales entre les vecteurs MCO pour les EPS (%)

Mesures	Tarifs	Dotations urgences	MIGAC	DAF MCO
Mesures socle (2021)	74,6	7,4	19,1 (dont péréquation : 8,7) ¹	0,5
Revalorisation des soignants (2022)	77,8	6,4	14,9	0,8
Revalorisation pt indice 2023	81,7	6,7	10,8	0,8
Mesures Guérini 2024	81,8	6,8	10,6	0,8

Source : Mission d'après arborescence DGOS. ¹ cf. infra et annexe 3 pour la présentation du mécanisme de péréquation

[105] Cependant, comme les mesures intervenues en cours d'année ont d'abord fait l'objet de délégations de crédits sous forme de dotations d'aide à la contractualisation (AC-MCO) non reductibles et réparties au prorata des effectifs des établissements, il a été décidé au moment de passer à la répartition par les vecteurs tarifaires de réserver 10 % de l'enveloppe devant être intégrée dans ces vecteurs pour constituer une « dotation de péréquation » visant à lisser l'écart entre les deux modes de répartition. Le mode de calcul complexe de cette dotation a nécessité une intervention de l'ATIH pour fournir aux ARS sa répartition entre établissements (cf. annexe 3). Cette dotation a été constituée en 2021 pour l'intégration des mesures sociales dans les tarifs et augmentée en 2022 pour l'intégration des mesures du « Ségur 2 », puis maintenue au même niveau en 2023 et 2024.

2.3.2 La comparaison entre la répartition des charges de personnel entre les différentes activités MCO et la répartition du financement des mesures entre les vecteurs correspondants ne montre pas de distorsion majeure

[106] La CNDG-CHU estime dans la présentation des résultats de son enquête auprès de ses membres sur l'évolution de leur situation financière (cf. annexe 3 pour la présentation de ces travaux) que la structure des recettes des CHU, marquée par le poids des dotations MIGAC, les pénalise dans une répartition des financements des mesures salariales passant principalement par les tarifs d'activité, les activités de soins étant moins consommatrices de ressources humaines que les MIG.

[107] Pour évaluer cet argument, la mission a, en l'absence de données SAE permettant de distinguer les effectifs affectés aux soins de ceux affectés aux missions d'intérêt général, exploité les données des retraitements comptables (RTC) 2023 de l'ATIH³⁵ qui permettent d'identifier la part des charges de personnel dans le coût complet des activités. Elle a reconstitué ces coûts complets en distinguant autant que possible les activités de soins des missions spécifiques (dont le périmètre recouvre celui des MIG) en y isolant la part des charges de personnel (cf. annexe 3 pour la présentation de la méthode).

[108] Les résultats de ces travaux montrent que les ratios des charges de personnels sur les charges totales (incluant l'impact des sections auxiliaires) varient selon la catégorie d'établissements et sont plus faibles pour les activités de soins que pour les activités d'intérêt général.

³⁵ Les retraitements comptables (RTC) sont des recueils de données annuels obligatoires pour les établissements. Il s'agit d'un dispositif de comptabilité analytique qui permet de ventiler les charges des ES, selon une méthodologie commune dans différentes sections d'analyse (activités cliniques, activités spécifiques, sections auxiliaires couvrant les activités effectuées pour le compte des sections cliniques et dont les coûts sont destinés à s'y déverser : logistique générale, logistique médicale, activités médico-techniques, frais de structure).

Tableau 11 : Part des charges de personnel dans les charges totales des activités cliniques

Catégorie	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
CH<10M	106	75,0 %	8,7 %	42,7 %	76,2 %	102,0 %
10M<CH<20M	31	71,7 %	6,5 %	58,3 %	71,9 %	83,0 %
20M<CH<70M	115	69,6 %	6,3 %	50,0 %	68,8 %	90,6 %
70M<CH<150M	88	64,9 %	7,6 %	47,8 %	63,9 %	91,1 %
CH>150M	67	61,1 %	5,3 %	49,8 %	60,3 %	84,5 %
CHU-CHR	29	57,4 %	3,7 %	49,6 %	56,6 %	65,3 %
CLCC	17	37,1 %	3,8 %	28,2 %	37,3 %	42,7 %
Autres EBNL	93	64,5 %	15,2 %	31,6 %	66,2 %	109,0 %

Source : RTC 2023, traitements Pôle Données IGAS. Les données des CHU de Toulouse, Limoges et la Guadeloupe ne figurent pas dans la base RTC 2023.

[109] Pour les MIG, l'estimation de la part des charges de personnel est plus complexe, certaines données apparaissant manifestement erronées ou manquantes. **En particulier, le RTC n'identifie pas de charges de personnel pour la dotation socle des MERRI (MIG B02)³⁶** pourtant la plus importante des MIG représentant près de 2 Md€ de dotation en 2024, ce qui est de nature à fragiliser les résultats des traitements. Un traitement réalisé sur 8 autres MIG recevant les dotations les plus élevées montre le poids important des charges de personnel dans ces activités, confirmant l'analyse de la CNDG-CHU.

Tableau 12 : Part des charges de personnel dans les charges totales de certaines activités

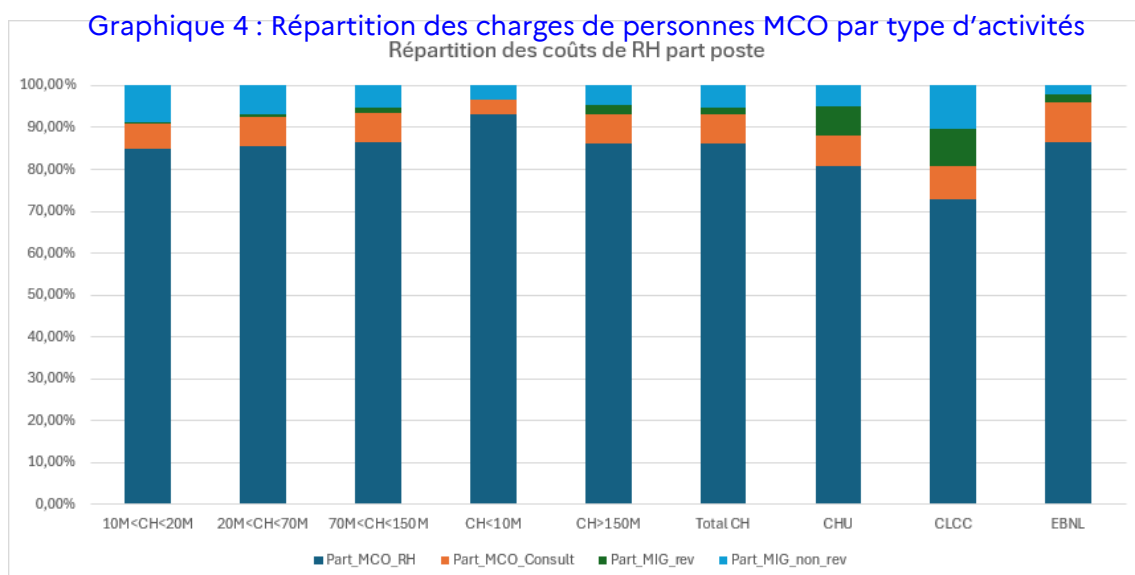
MIG	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
Q02 - Structures mobiles d'urgence et de réanimation	320	73,0 %	20,3 %	0,0 %	78,9 %	151,9 %
P02 - Consultations hospitalières d'addictologie	229	71,4 %	14,9 %	23,8 %	72,5 %	129,4 %
I03 - Equipes mobiles de soins palliatifs	220	79,3 %	16,8 %	42,6 %	78,5 %	198,5 %
P04 - Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	190	72,2 %	16,3 %	16,2 %	73,7 %	170,0 %
T03 - Unités sanitaires en milieu	125	66,0 %	9,4 %	43,3 %	66,3 %	93,9 %

³⁶ Cette MIG finance les surcoûts des activités de recherche et d'essais cliniques des établissements. Par construction, il est difficile d'isoler la part des rémunérations des personnels médicaux et soignants consacrée à ces activités de celle consacrée aux activités de soins.

MIG	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)						
F04 - Centres de référence maladies rares labellisés	54	72,4 %	18,7 %	11,8 %	75,6 %	112,1 %
D23 - Organisation, surveillance et coordination de la recherche	43	75,9 %	24,2 %	3,2 %	75,6 %	137,1 %
D25 - Investigation	40	84,9 %	30,8 %	35,2 %	80,8 %	195,3 %

Source : RTC 2023, traitements Pôle Données IGAS

[110] Une autre approche consiste à regarder comment se répartissent les charges de personnel dans le champ MCO entre les différentes catégories de sections d'analyse en les distinguant en fonction de leurs modalités de financement. La mission a notamment isolé l'activité de consultations externes, qui représente une part non négligeable des charges de personnel mais ne peut bénéficier de financement au titre des revalorisations salariales puisque financée par des tarifs fixés par les nomenclatures de l'assurance maladie. Si la part des charges des personnels MCO affectés aux activités de soins est plus faible dans les CHU (80,9 %) que dans les CH (86,1 %), c'est du fait que les MIG mobilisent davantage de moyens (11,8 % des charges de personnel contre 8,7 %) de même que l'activité de consultations externes (7,3 % contre 5,2 %). Ce sont les CLCC pour lesquels la part des charges de personnel affectées aux MIG est la plus importante (19,2 %).



Source : RTC 2023, traitements Pôle Données IGAS. Le graphique distingue les activités de soins MCO, les consultations externes et les MIG, en distinguant les MIG revalorisées au titre des mesures salariales et les autres MIG.

[111] Toutefois, la répartition du financement des mesures nouvelles semble cohérente, à l'échelle nationale, avec celle des charges de personnel et ne montre pas de distorsion en défaveur des CHU. La mission a comparé la répartition des charges de personnel par type

d'activité MCO avec celle du financement de la mesure point d'indice. Cette comparaison montre des écarts, aussi importants pour les CH que pour les CHU, qui ne mettent pas en évidence, à l'échelle des catégories d'établissements, une distorsion qui serait préjudiciable aux seuls CHU : la part du financement de la mesure passant par les MIG est ainsi inférieure de près de 6 points à la part des charges de personnel MCO affectées aux activités d'intérêt général pour les CH, alors qu'elle est supérieure de près de 3 points pour les CHU.

Tableau 13 : Comparaison entre la structure des charges de personnel MCO et la structure du financement de la mesure point d'indice

CH						CHU				
	Tarifs	Urgences	MIG	AC	ACE	Tarif	Urgences	MIG	AC	ACE
Répartition des charges de personnel (RTC)	86,2 %		8,7 %		5,2 %	80,9 %		11,8 %		7,3
Répartition des recettes pt d'indice 2023	87 %	10 %	2,9 %	0 %	0 %	80 %	5 %	14,5 %	0 %	0 %
Pm : répartition des recettes 2023 hors LES	69 %	8 %	3 %	11 %	9 %	62 %	4 %	16 %	10 %	7 %

Source : RTC 2023, traitements Pôle Données IGAS.

2.3.3 Une analyse menée à l'échelle des établissements sur certaines mesures révèle toutefois des écarts significatifs entre les recettes perçues et un financement réparti selon les effectifs MCO, sans montrer toutefois une distorsion à l'égard d'une catégorie d'établissements

[112] Pour tenter de mesurer à une échelle plus fine l'impact de la vectorisation dans le champ MCO par rapport à un mode de répartition du financement des mesures salariales qui aurait reposé seulement sur les effectifs, la mission a comparé, pour chaque EPS, pour les mesures socle et pour les deux mesures « point d'indice 2022 » et « Guérini » le résultat des deux modalités suivantes de répartition des financements prévus en construction ONDAM :

- une répartition au prorata des effectifs (ETMPR) du champ MCO en prenant comme référence la SAE 2019 pour les mesures socle de 2021 et la SAE 2023 pour les deux mesures « point d'indice 2022 » et « Guérini », en distinguant les catégories de personnels : le montant des mesures pour les PNM est réparti selon les effectifs des PNM affectés au champ MCO et celui des mesures pour les PM est réparti de même selon les effectifs des PM affectés au champ MCO ;

- une répartition correspondant à celle mise en œuvre, reconstituée par la mission :
 - sur la part tarifs, application des taux fléchés sur les mesures, selon une méthode similaire à celle décrite *supra* (cf. 2.2.)³⁷ et en annexe 3, à l'activité réelle des établissements disponible sur la base PMSI de l'ATIH. Les montants ainsi estimés ont été complétés par une estimation de la part du financement provenant de la GF ou de la SMA, pour les établissements en ayant bénéficié. C'est l'activité 2021 qui a été prise en compte pour les mesures socle, l'activité 2023 pour la mesure point d'indice et l'activité 2024 pour les mesures Guérini ;
 - pour les dotations Urgences, application des taux représentant la part des financements dédiés aux mesures dans les objectifs de dépenses de chacune des trois années. Pour les MIG-MCO et les MIG FIR, application des taux de revalorisation calculés par la DGOS aux dotations reçues par chaque établissement l'année précédente ;

[113] Pour chaque établissement, la comparaison des deux montants permet de calculer un ratio recettes perçues / recettes réparties selon les effectifs.

Mesure point d'indice 2022 (intégrée dans les tarifs 2023)

Tableau 14 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes réparties selon les effectifs entre les EPS pour le financement de la mesure de revalorisation du point d'indice de 2022

Catégorie	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
CH<20M	187	0,96	0,31	0,24	0,97	2,32
20M<CH<70M	144	1,00	0,20	0,56	0,97	2,24
70M<CH<150M	93	0,96	0,20	0,11	0,96	2,20
CH >150 M	61	0,98	0,16	0,01	1,00	1,34
Autres CH	31	0,90	0,19	0,38	0,96	1,14
CHU	28	1,04	0,08	0,89	1,04	1,17
CHR	4	1,07	0,07	1,01	1,05	1,18

Source : Données ATIH et DGOS. Traitement Pôle données de l'IGAS

[114] Ce sont les CHU-CHR pour lesquels le financement de la mesure apparaît le plus favorable avec un ratio supérieur à 1 (donc des recettes perçues supérieures à ce qu'elles auraient été avec un financement au prorata des effectifs) et la dispersion la plus faible. Il est à noter que c'est le financement par dotations qui corrige une répartition moins favorable aux CHU si elle avait été fondée uniquement sur les tarifs : le financement de la mesure représente ainsi 2,56 % des recettes tarifaires 2023 des CHU contre 2,76 % pour l'ensemble des établissements. Le mode de financement appliqué paraît être d'autant plus défavorable que la taille des établissements diminue mais avec une variabilité beaucoup plus forte.

³⁷ Ces taux ont été appliqués aux tarifs N-1.

Mesures « Guérini » intégrées dans les tarifs 2024

[115] Le constat est similaire pour les mesures « Guérini » 2024, avec une dispersion des résultats pour les CHU-CHR un peu plus forte.

Tableau 15 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes réparties selon les effectifs entre les EPS pour le financement des mesures Guérini

Catégorie	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
CH<20M	186	0,89	0,31	0,24	0,90	2,49
20M<CH<70M	144	0,96	0,17	0,57	0,94	1,66
70M<CH<150M	94	0,94	0,17	0,10	0,94	1,69
CH >150 M	61	0,99	0,11	0,38	0,99	1,17
Autres CH	31	0,89	0,19	0,43	0,95	1,14
CHU	28	1,04	0,12	0,72	1,05	1,19
CHR	4	1,09	0,07	1,02	1,08	1,20

Source : Données ATIH et DGOS. Traitement Pôle données de l'IGAS

[116] L'argument avancé par les CHU selon lequel la structure particulière de leurs recettes les aurait pénalisés dans l'attribution des financements destinés aux mesures passant majoritairement par les tarifs d'activité ne semble donc pas vérifié **pour ces deux mesures**, ces établissements étant également ceux qui ont reçu le plus de recettes de dotations MCO.

Mesures socle intégrées dans les tarifs 2021

[117] Le résultat de la simulation est différent pour ces mesures, le ratio recettes perçues / recettes réparties au prorata des effectifs apparaissant moins favorable aux CHU. Afin d'approcher l'effet de la dotation de péréquation, le ratio entre ce qu'ont reçu les établissements et ce qu'ils auraient reçu si le même financement avait été ventilé au prorata des effectifs de la SAE, est étudié selon trois modalités successives :

- en considérant le seul financement reçu par les tarifs, comparé à une répartition de ce financement au prorata des effectifs ;
- en considérant le financement reçu par les tarifs augmenté de la dotation de péréquation, comparé à une répartition de ce montant au prorata des effectifs ;
- en considérant le financement reçu par les tarifs augmenté de la dotation de péréquation et des financements reçus par les autres dotations, comparé à une répartition de ce montant au prorata des effectifs ;

[118] Les tableaux suivants présentent par catégorie d'établissements la distribution de chaque ratio.

Tableau 16 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes réparties selon les effectifs sur la seule part tarifs **sans** la dotation de péréquation

cattegch2	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
Autres CH	176	1,01	0,24	0,20	0,995	1,97
70M<CH<150M	89	1,02	0,17	0,13	1,010	1,55
CH >150 M	61	1,05	0,15	0,66	1,040	1,45
CHU-CHR	32	1,01	0,10	0,82	0,990	1,24

Source : Données ATIH et SAE 2019. Traitements pôle data de l'Igas

Tableau 17 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes réparties selon les effectifs sur la part tarifs **avec** la dotation de péréquation

cattegch2	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
Autres CH	176	1,09	0,17	0,29	1,070	1,82
70M<CH<150M	89	1,08	0,22	0,65	1,050	2,34
CH >150 M	61	1,03	0,11	0,58	1,030	1,33
CHU-CHR	32	0,99	0,21	0,80	0,955	2,09

Source : Données ATIH et SAE 2019. Traitements pôle data de l'Igas

Tableau 18 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes réparties selon les effectifs prenant en compte l'ensemble des financements (part tarifs avec la dotation de péréquation + autres dotations)

cattegch2	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
Autres CH	176	1,09	0,17	0,28	1,07	1,81
70M<CH<150M	89	1,08	0,23	0,65	1,04	2,33
CH >150 M	61	1,03	0,13	0,58	1,02	1,61
CHU-CHR	32	0,99	0,21	0,79	0,95	2,08

Source : Données ATIH et SAE 2019. Traitements pôle data de l'Igas

[119] **Les ratios sont moins favorables aux CHU et CHR** qui sont en moyenne les seuls défavorisés par rapport à une ventilation effectuée strictement au prorata des effectifs. Le financement des mesures socle qu'ils reçoivent par le vecteur tarifaire est légèrement plus bas que pour les autres catégories : ce financement représente 5,28 % des recettes tarifaires en médiane contre 6,0 % pour les autres CH, 5,60 % pour les CH > 150 M€ et 5,73 % pour les CH entre

70 M€ et 150M€) ; les dotations supplémentaires (urgences, MIG) leur sont moins favorables que pour les autres mesures étudiées précédemment.

[120] Par ailleurs, l'effet de la dotation de péréquation est significatif pour les établissements pour lesquels le ratio recettes perçues par les tarifs / recettes réparties au prorata des effectifs est le plus faible (les valeurs minimales sont augmentées en particulier pour les plus petits établissements). En revanche, elle baisse la moyenne du ratio des CHU et accroît sa dispersion pour cette catégorie d'établissements. Il faut rappeler que la dotation de péréquation 2021 a été calculée sur la base de l'activité 2019 et non de l'activité réelle de 2021 (corrigée de la GF), ce qui peut expliquer ce résultat inattendu.

[121] L'analyse du ratio recettes perçues / recettes réparties au prorata des effectifs n'a été conduite que pour l'année 2021, année où le financement des mesures socle a été introduit dans les vecteurs tarifaires. Il est possible que, compte tenu des résultats des simulations effectuées précédemment qui montrent un financement excédentaire des mesures socles en 2024 du fait de la dynamique d'activité, plus marquée pour les CHU, la reconduction de cette analyse sur les données 2024 aboutisse à des constats différents.

3 Pour préserver l'équilibre financier des établissements publics de santé, il est nécessaire de ne pas sous-estimer les facteurs tendanciels d'évolution des charges et de donner davantage de visibilité aux établissements sur leurs financements

[122] Les constats établis permettent de formuler des propositions d'amélioration des processus de construction et de gestion de l'ONDAM-ES, en complément des recommandations formulées précédemment, avec plusieurs objectifs : renforcer la qualité des estimations d'évolution des dépenses hospitalières ; donner davantage de visibilité aux ARS et aux établissements sur les finalités et les modalités de gestion des financements alloués ; mieux documenter les méthodes de travail et le traçage des décisions prises dans la gestion et la construction de l'ONDAM. En outre des réflexions méritent d'être engagées sur certains aspects du système de financement.

3.1 La construction du tendanciel peut être améliorée et doit permettre de déterminer la marge disponible pour des mesures nouvelles en fonction de l'objectif de dépenses

[123] L'annexe 3 (cf. 2.1.1) décrit le processus de construction de l'ONDAM-ES qui comporte une estimation du « tendanciel » des dépenses des établissements qui chiffre les impacts des facteurs affectant l'évolution de ces dépenses avant toute mesure nouvelle de l'année ou extension en année pleine des mesures de l'année précédente et avant toute mesure d'économie. Cette phase est particulièrement importante puisqu'une estimation erronée peut conduire, pour respecter l'objectif de dépenses, à geler des mesures nouvelles nécessaires ou imposer des mesures d'économies inutiles, en cas de surestimation, ou, au contraire, à ne pas suffisamment compenser les charges supplémentaires sans demander pour autant des efforts d'économie aux

établissements, en cas de sous-estimation. Le tendancier bâti par la DGOS consiste à évaluer l'impact des trois facteurs d'évolution des charges que sont le GVT, l'inflation et l'évolution de l'activité, sur lesquels la qualité des estimations a inégalement progressé.

3.1.1 Les progrès accomplis dans l'estimation du GVT et de l'impact de l'inflation pourraient être étendus à d'autres déterminants de la dépense

[124] Le rapport IGAS-IGF de 2022 précité³⁸ soulignait la fragilité de certaines données utilisées pour la construction du « tendancier ONDAM-ES » c'est-à-dire de la projection de l'évolution des charges des établissements, avant toute mesure nouvelle en dépense ou mesure d'économies : reproduction d'une hypothèse de GVT solde inchangée depuis 2005 sans enquête ou étude nouvelle, application du taux d'inflation général figurant dans le PLFSS, hypothèse d'évolution de l'activité reproduisant celle du dernier exercice connu, application de coefficients d'élasticité des charges à l'activité résultant d'études anciennes et peu concluantes.

[125] Sur les deux premiers points, les travaux réalisés par la DGOS et la DREES ont apporté des progrès importants qui méritent d'être maintenus dans la durée :

- la construction de l'outil SMASH à partir des données du SIASP permet désormais de disposer d'une estimation fiable du GVT des personnels non médicaux des EPS et, depuis mai 2025, d'une projection d'évolution directement utilisable dans la construction de l'ONDAM. La DREES souligne cependant que la fiabilité des estimations pourrait être améliorée si la DSN (qui alimente le SIASP) contenait, à l'instar de la DADS, l'échelon de classement des fonctionnaires. Il n'appartient pas à la mission de recommander une telle évolution qui concernerait les trois fonctions publiques et pourrait avoir des incidences importantes sur le fonctionnement de la DSN mais elle estime souhaitable de la mettre à l'étude³⁹. De même, il serait souhaitable de mettre à l'étude les conditions d'une extension des travaux de la DREES aux personnels médicaux des établissements pour évaluer si, compte tenu des moyens supplémentaires à mobiliser pour construire un outil adapté, le bénéfice en termes d'informations supplémentaires le justifie ;
- les travaux du groupe expert animé par la mission PHARE de la DGOS sur l'estimation de l'impact de l'inflation, qui ont permis de construire une méthode adaptée au contexte hospitalier, apparaissent utiles. Toutefois, la démarche participative engagée avec les fédérations et les opérateurs d'achat s'est interrompue à l'été 2024 et aucune estimation nouvelle n'a été réalisée depuis cette date. Si le contexte d'inflation exceptionnelle qui avait présidé à la création de ce groupe n'est plus d'actualité, la poursuite de ces travaux apparaît néanmoins utile à la fois pour disposer d'une méthode robuste pour la construction de l'ONDAM et, plus particulièrement, étudier les effets des baisses de prix enregistrées depuis 2024 sur certains segments d'achat. En outre une mise en cohérence des dépenses d'achat prises en compte par la mission PHARE et de celles sur lesquelles se fonde le bureau FIP 1

³⁸ « Amélioration des outils de suivi et de prévision de la situation financière des établissements de santé », IGAS-IGF, janvier 2022.

³⁹ Cette évolution serait également utile pour fiabiliser les chiffrages des évolutions des grilles salariales de la fonction publique.

pour construire le tendancier est nécessaire pour sécuriser les chiffrages. Voir également la recommandation n°3.

Recommandation n°4 (DSS, Mission interministérielle chargée du pilotage de système de collecte et d'utilisation des données sociales - MIDS) Mettre à l'étude l'opportunité de l'intégration d'informations relatives à l'échelon de classement des agents publics dans la déclaration sociale nominative.

Recommandation n°5 (DREES, DGOS, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière) Mettre à l'étude la construction d'un outil d'évaluation du GVT des personnels médicaux des EPS.

[126] Constatant que la construction de l'ONDAM-ES ne reposait pas sur une véritable prévision d'activité des établissements mais reprenait la tendance observée l'année précédente (avec une correction tenant compte du nombre de jours ouvrés), le rapport IGAS-IGF précité proposait un travail commun entre les équipes de la DREES, de l'ATIH et de la CNAM avec l'animation de la DGOS pour produire une analyse annuelle de l'évolution de l'activité et de ses déterminants en vue de construire des prévisions pluriannuelles pour élaborer le prochain protocole Etat-fédérations sur la régulation de l'ONDAM-ES faisant suite au protocole 2020-2022. Cette démarche a été engagée, notamment par l'ATIH qui a approfondi sa méthodologie d'analyse des déterminants de l'activité, mais l'évolution atypique de l'activité depuis la crise sanitaire et les difficultés relatives à la gestion des ressources humaines des établissements ont rendu l'élaboration des prévisions plus complexe. La nette reprise de l'activité en 2024 et l'atténuation des tensions sur les ressources humaines rapportée par les acteurs rencontrés par la mission rendent opportune la reprise de ces travaux communs.

Recommandation n°6 (DGOS, DREES, ATIH, CNAM) Reprendre les travaux communs d'analyse de l'activité des établissements de santé et de ses déterminants en vue de l'élaboration d'une prévision pluriannuelle

[127] L'évolution d'activité est prise en compte dans le tendancier de l'ONDAM pour déterminer l'évolution induite des charges des établissements. Cette estimation se base sur l'identification des comptes de charges impactés (charges de personnel, charges à caractère médical hors liste en sus, une partie des charges à caractère hôtelier et général) et sur des coefficients d'élasticité des charges à l'activité (0,7 pour les charges de personnel et 1 pour les charges à caractère médical et hôtelier). Le coefficient de 0,7 appliqué aux charges de personnel est tiré d'un rapport de l'OCDE de mars 2015⁴⁰ qui, faisant la synthèse d'études économétriques internationales antérieures sur les économies d'échelle induites par l'évolution de l'activité des établissements de santé, indiquait que certaines études concluaient à des économies d'échelle qui aboutissaient à un coefficient d'élasticité des dépenses à l'activité compris entre 0,62 et 0,86 avec une moyenne de 0,71. Mais le même rapport signalait que d'autres études concluaient à l'inverse à des déséconomies d'échelle. Il serait utile que la DGOS puisse relancer des études sur ce sujet, avec l'appui de la DREES et d'économistes de la santé pour fonder ses estimations sur des bases plus robustes.

⁴⁰ Grégoire de Lagasnerie, Ankit Kumar, Valérie Paris, Michael Mueller, « Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE », mars 2015.

Recommandation n°7 (DGOS, DREES) Faire appel à des économistes de la santé pour mener des études sur l'élasticité des charges des établissements de santé à leur activité.

Tableau 19 : Part des charges de chaque titre identifiées comme sensibles par la DGOS pour le calcul du tendancier des dépenses des établissements de santé (%)

Titre de charge	Part des charges sensibles à l'activité	Part des charges sensibles à l'inflation	Part des charges sensibles au GVT
T1 – charges de personnel	90,2	0,0	90,0
T2 - charges à caractère médical	38,6	43,8	0,0
T3 - charges à caractère hôtelier et général	21,3	76,0	0,0

Source : DGOS. Le titre 4 (charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles) ne comporte pas de charges sensibles.

3.1.2 La limitation des risques de dérapage des comptes des établissements implique de ne pas minimiser le tendancier dans la construction de l'ONDAM-ES

[128] Les incertitudes sur les données servant de base au calcul du tendancier ont pu conduire à minimiser l'impact des facteurs structurels d'évolution des charges qu'elles reflètent pour faciliter le bouclage financier de l'ONDAM-ES, contraint par la construction de l'ONDAM global et permettre le financement de mesures nouvelles. Les discussions sur le taux de GVT à retenir pour la construction de l'ONDAM entre 2022 et 2024 illustrent cette tendance : les propositions initiales de la DGOS (0,8 % pour 2022, 1,3 % pour 2023, 0,56 % pour 2024) ont été écartées pour retenir 0,5 % pour ces trois années. La DGOS n'avait pu étayer ses propositions qu'avec les premiers résultats produits par la DREES (par SMASH), par exemple, une estimation provisoire à 0,56 % du GVT solde 2021⁴¹ issue d'une note de la DREES du 16 mai 2023.

[129] La fiabilisation des estimations de la DREES et la production par celle-ci, depuis mai 2025, de projections du GVT solde sur 3 ans doit conduire à les intégrer dans la construction du tendancier. Dans la mesure où la méthodologie de projection garantit que l'estimation se fonde sur la stricte application des règles statutaires, sans intégrer des choix de gestion des responsables des établissements⁴², la mission ne voit pas de raison de ne pas retenir les projections établies par la DREES, pour la construction de l'ONDAM, par exemple le taux de 0,83 % estimé du GVT solde 2026.

[130] De même, la mission considère que, si la DGOS relance ses travaux partenariaux d'estimation de l'impact de l'inflation dans les établissements de santé, les projections établies devrait être prises en compte dans la construction du tendancier.

[131] Cela ne signifie pas pour autant que le GVT – comme les autres facteurs structurels pris en compte dans le tendancier – doivent nécessairement être intégralement financés par l'ONDAM. Les conditions d'équilibre de l'ONDAM pourraient justifier dans certains cas de demander aux

⁴¹ Prévision réévaluée à +0,92 % en février 2024, postérieurement à l'arbitrage ONDAM, et +0,98 % en mai 2025.

⁴² La mission n'a eu connaissance que du résultat de la projection, sans disposer de la note méthodologique.

établissements un effort d'économie supplémentaire pour contribuer au financement du GVT ou de l'inflation, mais cela suppose :

- un arbitrage clair entre les différentes options possibles notamment entre diminution des mesures nouvelles non inéluctables et économies supplémentaires ;
- l'affichage du montant d'économies supplémentaires à réaliser et des actions à mettre en œuvre par les établissements pour les obtenir.

[132] **En tout état de cause, sous-estimer le tendanciel pour assurer le bouclage de l'ONDAM sans afficher d'effort d'économie supplémentaire ne peut qu'aboutir à dégrader la situation financière des établissements si les prévisions sous-jacentes à ce tendanciel sont vérifiées.**

[133] La mission n'a pas analysé l'impact des mesures d'économies intégrées en construction de l'ONDAM qui ont été suspendues en 2022 et 2023, les seules mesures maintenues portant sur des baisses de tarifs des produits de la liste en sus, sans incidence directe sur les établissements⁴³.

Tableau 20 : Mesures d'économies intégrées dans la construction de l'ONDAM 2021-2024

Mesures	2021	2022	2023	2024
Baisse des tarifs et gestion LES	393	350	296	336
Chirurgie ambulatoire, pertinence, HAD	263			60
Performance des achats	414			338
Régulation de l'intérim				122
Transfert vers AMC (augmentation des participations des assurés)				70
Autres mesures				44
Total	1070	350	296	970

Source : DGOS, arborescence

[134] Comme l'avait souligné le rapport IGAS-IGF précité, **les économies retenues en construction de l'ONDAM sont certaines pour l'assurance maladie puisqu'elle viennent diminuer les recettes de titre 1 des établissements** mais n'entraînent pas des diminutions de charges automatiques pour ceux-ci, sauf pour les baisses des tarifs de la liste en sus et les augmentations des participations des usagers. **Si les établissements ne parviennent pas à obtenir par les actions visées une baisse effective de leurs charges, les économies intégrées dans l'ONDAM peuvent dégrader leur situation financière.** Or les mesures d'économies inscrites ne sont pas toujours documentées ni accompagnées par une méthodologie d'action pour les établissements.

[135] Les mesures d'optimisation des achats ont en revanche été pilotées par la DGOS dans le cadre du programme PHARE lancé en 2011 qui s'est appuyé sur un réseau d'experts des établissements et opérateurs d'achat, organisé par filière, avec la définition et la conduite d'actions concrètes, associés à des objectifs d'économies se voulant réalistes. Les objectifs d'économie associés ont été de l'ordre de 400 à 500 M€ par an depuis 2015 (avec un pic à 678 M€ en 2018) sur un périmètre d'achats de l'ordre de 25 Md€ (ensemble des établissements de santé).

⁴³ Les tarifs sont opposables aux fournisseurs et la dépense est remboursée aux établissements. Toutefois, un éventuel dépassement de l'enveloppe prévue sera pris en compte dans la construction de l'ONDAM et viendra réduire la marge financière disponible pour les augmentations tarifaires voire pour l'évolution des dotations.

Mais la traduction des gains obtenus par les acheteurs en baisse de charges pour les EPS n'est pas automatique, notamment parce que les gains sont estimés par rapport à une tendance d'évolution des prix et peuvent être contrebalancés par des augmentations de volumes d'achat. En outre les gains obtenus sur une période dans le cadre d'un marché pluriannuel peuvent être remis en cause lors de son renouvellement. Il n'est donc pas certain que leur prise en compte pérenne dans le cadre de la construction de l'ONDAM corresponde à des économies pérennes pour les établissements.

[136] Au total, la construction d'un tendancier robuste et la prise en compte d'économies documentées et réalistes doivent, pour la mission, servir de base à la détermination des marges de manœuvre financière de l'ONDAM-ES sur lesquelles peuvent s'imputer les mesures nouvelles à arbitrer.

[137] Pour accroître la transparence vis-à-vis des établissements comme de la représentation nationale sur la construction du tendancier hospitalier, la mission propose d'inclure une présentation de ses composantes, notamment le GVT, l'inflation, l'évolution prévisionnelle de l'activité et ses conséquences sur les charges des établissements et les mesures d'économies prévues dans les documents annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), soit dans l'annexe 5 relative à la construction de l'ONDAM, soit dans l'annexe 6 relative à la situation financière des établissements. Cette insertion paraît compatible avec la définition du contenu de ces annexes figurant à l'article LO111-4-1 du code de la sécurité sociale, les composantes du tendancier de dépenses des soins de ville et les mesures d'économies prévues étant d'ores et déjà exposées dans l'annexe 5.

Recommandation n°8 Présenter dans l'annexe 5 ou dans l'annexe 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale les composantes du tendancier de dépenses des établissements de santé retenues en construction de l'ONDAM.

3.2 Restaurer la confiance des établissements dans le pilotage national et régional implique de leur donner davantage de visibilité sur l'évolution de leurs charges et de leurs financements

[138] Les échanges entre la mission et des représentants des ARS et des établissements ont mis en évidence une difficulté des gestionnaires à appréhender la complexité des circuits de financement et à identifier les recettes destinées à couvrir les charges supplémentaires que les mesures salariales décidées au niveau national où le contexte inflationniste leur ont imposé. Cette incompréhension peut aller jusqu'à susciter une certaine méfiance à l'égard des affirmations de la DGOS et des ARS sur la couverture complète de ces charges, d'autant plus qu'à l'échelle de l'établissement, les informations transmises aux fédérations et aux ARS ne sont pas systématiquement répercutées ou ne sont pas étayées par des données chiffrées.

[139] Pour remédier à cette situation, il apparaît souhaitable d'améliorer la précision et le niveau de détail de l'information communiquée par la DGOS aux ARS et, par l'intermédiaire de celles-ci aux établissements. Par ailleurs l'expérience des adaptations apportées au système de financement dans le cadre du Ségur pourrait justifier des simplifications du modèle.

3.2.1 La chaîne de l'information entre la DGOS, les ARS et les ES peut-être améliorée

[140] Les ARS constituent le maillon essentiel pour la communication de l'information entre le niveau central et les établissements. Pour la gestion des dotations populationnelles urgences, psychiatrie et SMR, elles ont en outre l'obligation de soumettre les critères de répartition au comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR) réunissant les représentants des fédérations, au moins un mois avant la prise des arrêtés d'allocations de ressources. La qualité et la complétude des documents d'information qui leur sont transmis par la DGOS sont à cet égard déterminants pour la fluidité du dialogue avec les fédérations.

[141] La mission a relevé une différence flagrante, dans le niveau de détail et la précision des informations données aux ARS sur les financements des mesures salariales ou des autres mesures intégrées aux dotations populationnelles entre les documents relatifs aux dotations urgences et ceux relatifs aux dotations psychiatrie et SMR. Les tableaux relatifs au financement des urgences sont en effet beaucoup plus précis et complets et ont permis aux ARS d'identifier le détail des financements afférents à chaque mesure⁴⁴ et donc de pouvoir répercuter ces informations au CCAR et aux établissements. A l'inverse, les tableaux transmis pour la mise en place des nouvelles dotations SMR sont beaucoup moins précis, mentionnant par exemple 501 M€ de financement pour les « mesures Ségur 2023 » sur la dotation populationnelle et 22,5 M€ sur la dotation pédiatrique sans préciser ce qu'elles recouvrent. Malgré ses demandes répétées auprès de la DGOS, la mission n'a pu obtenir le détail de la composition de ces enveloppes.

[142] Deux solutions pourraient être mises en œuvre pour améliorer l'information des ARS et des établissements :

- la première serait de détailler dans les circulaires de campagne, qui sont des documents publics donc accessibles aux établissements, à la différence des documents adressés aux ARS, les composantes de l'évolution des bases des dotations, en particulier des dotations populationnelles, et des mesures nouvelles venant les abonder :
 - cela est techniquement possible puisque les montants figurant dans les circulaires sont le résultat des calculs effectués par la DGOS qui intègrent ces composantes et dont le détail figure pour la DP urgences dans les documents transmis aux ARS en même temps que les circulaires ;

⁴⁴ Les documents transmis pour 2024 sont toutefois moins précis, agrégeant le financement des mesures « Guérini » et « attractivité » dans une même colonne « mesures nouvelles RH 2024 ».

- cela est possible aussi pour les mesures nouvelles, la pratique apparaissant différente selon les champs et les mesures, certaines ayant été par exemple détaillées dans la première circulaire 2023 pour la psychiatrie⁴⁵ et 2024 pour le SMR⁴⁶ ;
- si, pour des questions de délais, cela ne semblait pas possible, l'harmonisation du niveau de détail des documents transmis aux ARS en parallèle des circulaires pour expliquer la construction des dotations sur le modèle de ceux relatifs aux dotations urgences apparaît indispensable.

Recommandation n°9 (DGOS) Expliciter dans les circulaires de campagne les composantes de la construction des dotations urgences, psychiatrie et SMR ou, à défaut, harmoniser la présentation et le niveau de détail des documents explicatifs transmis aux ARS.

[143] Par ailleurs, la mise en place des réformes psychiatrie et SMR a retardé d'environ deux mois le lancement des campagnes budgétaires : si les premières circulaires ont été publiées en avril pour les années 2020-2022, celles de 2023 et 2024 n'ont été signées qu'en juin (respectivement les 6 et 13 juin) et celle de 2025 n'a été signée que le 25 juin et publiée le 4 juillet. Le caractère tardif de ces publications ne contribue pas à donner de la visibilité aux EPS qui doivent transmettre leur EPRD à l'ARS avant le 1^{er} janvier de l'année considérée, donc sans information sur l'évolution de leurs tarifs et dotations. Il serait souhaitable de revenir à un calendrier plus précoce, comme cela devrait être le cas pour les tarifs MCO pour lesquels la DGOS a indiqué se donner l'objectif d'une date d'effet au 1^{er} janvier à partir de 2026.

3.2.2 La documentation de la construction de l'ONDAM-ES, de ses évolutions en cours d'année et des décisions de délégations de crédits mérite d'être améliorée

[144] Au-delà de l'amélioration nécessaire de l'information des ARS et des établissements, les travaux de la mission l'ont conduite au constat que la documentation interne de l'administration centrale sur le chiffrage des mesures et la construction et l'exécution des campagnes tarifaires et budgétaires était peu structurée et incomplète, certaines informations ou explications utiles n'y figurant pas. Le repérage des documents et tableaux de calculs nécessaires à la compréhension et au suivi des opérations n'est pas partagé et n'est connu qu'au niveau de chaque bureau voire seulement de l'agent impliqué dans ces processus.

[145] Le travail de reconstitution réalisé n'a ainsi pas pu s'appuyer sur un document de référence, recensant les documents utiles, et ce sont les questions posées par la mission qui ont conduit à identifier ces documents, sans garantie d'exhaustivité. La lourde charge de travail des agents, dans un contexte où l'urgence et la complexité des arbitrages dominant explique ce

⁴⁵ La circulaire C1 2023 fournit le détail de mesures financées en NR sur la dotation « accompagnement des transformations » : nouveau statut de praticien contractuel, revalorisation des émoluments des praticiens hospitaliers exerçant en outre-mer et des hospitalo-universitaires ; certaines mesures pour le personnel non médical (bonifications d'ancienneté, revalorisation de la prime de service, revalorisation de certaines catégories de personnel). La création de postes HU figure également dans cette dotation (en crédits reconductibles).

⁴⁶ La circulaire C1 2024 détaille certaines mesures pour le personnel médical financées en NR sur la dotation « aide à la contractualisation » : nouveau statut de praticien contractuel, revalorisation des émoluments des PH exerçant en outre-mer, etc.

manque dans la fonction d'archivage des étapes des processus de décision et d'exécution. La mission considère néanmoins que la structuration de la documentation des équipes devrait constituer une des missions des responsables.

[146] Cette documentation pourrait comprendre l'élaboration d'un outil informatique partagé entre les principaux services (DGOS FIP et RH, ATIH) utilisateurs pour l'échange des données utiles à la construction et la gestion des campagnes visant à éviter le recours à de multiples tableurs susceptibles de générer des erreurs par défaut d'actualisation des données ou du fait de changements de méthodes. Un tel outil devrait en outre permettre d'assurer un niveau d'information égal entre les services concernés sur les nombreux arbitrages intervenant lors de la construction des objectifs et des campagnes.

3.3 Engager des réflexions pour faire évoluer certaines composantes du système de financement des établissements

3.3.1 La simplification des mécanismes mis en place pour allouer les financements peut être envisagée

[147] L'objectif d'allouer aux établissements de chaque statut les financements correspondant au coût estimé des mesures salariales les concernant a conduit à la création du coefficient de modulation venant corriger des évolutions tarifaires identiques pour les établissements soumis à la même échelle tarifaire MCO, EPS et EBNL pour l'échelle « ex-DG », EBNL et EBL pour l'échelle « ex-OQN ». Sur la période 2021-2024, ce coefficient a été modifié chaque année, la variation étant calculée pour restituer aux établissements de chaque statut (ou leur faire restituer) la différence entre le montant généré par la majoration de tarifs ciblée sur les mesures nouvelles de l'année (incluses dans le périmètre du coefficient), commune aux établissements de chaque secteur, et le montant correspondant au coût de ces mesures pour les établissements du statut considéré. Pour les EBNL, qui relèvent des deux échelles, le calcul a été effectué pour obtenir un coefficient unique pour les deux échelles.

[148] Or les simulations réalisées par la mission sur les recettes effectivement perçues par les établissements (cf. *supra* 2.2) montrent que les EBNL ex-DG ont globalement été mieux financés que les EPS, principalement en raison de dynamiques d'activité différentes mais aussi parce que le coefficient de modulation n'a pas couvert toutes les mesures salariales ni la compensation de l'inflation. Les mesures s'appliquant aux EPS mais non incluses dans le périmètre du coefficient, comme la réforme de la grille de rémunération des praticiens hospitaliers, ont été prises en compte dans le taux d'évolution des tarifs s'appliquant à l'ensemble des établissements ex-DG et une partie du financement prévu a pu ainsi être captée par les EBNL.

[149] Il pourrait être préférable, si à l'avenir, des mesures particulières aux EPS étaient envisagées, de dissocier l'échelle tarifaire ex-DG en deux échelles tarifaires distinctes pour rendre les financements plus étanches. La mission est consciente de la difficulté technique que cela représenterait et n'en fait donc pas une recommandation mais préconise d'engager une réflexion coût / avantage d'une telle solution au sein du secteur ex-DG plutôt que le maintien du coefficient de modulation, étant précisé que la suppression de ce coefficient ne peut être envisagée car elle conduirait à un transfert d'une partie des recettes tarifaires ainsi fléchées vers les EPS pour financer les mesures vers les EBNL. Une telle dissociation des échelles paraît en revanche moins

nécessaire pour le champ ex-OQN où le poids des EBNL est faible et où le chiffrage des mesures salariales est moins fiable en l'absence de données centralisées.

Recommandation n°10 Engager une étude coût / avantage pour comparer les deux solutions techniques maintien du coefficient de modulation / dissociation de l'échelle ex-DG en une échelle publique et une échelle privée.

[150] Les résultats des analyses présentées *supra* (cf. 2.3.3), bien que contrastés entre les mesures point d'indice et Guérini d'une part et les mesures socle d'autre part, conduisent à considérer qu'il ne semble pas qu'une catégorie d'établissements déterminée ait été avantagée ou désavantagée par la vectorisation des financements sur les tarifs, **la variabilité des ratios par établissement étant bien plus forte que la variabilité par catégorie**. Pour cette raison, **le maintien de la dotation de péréquation peut se justifier**, de façon à apporter un financement complémentaire aux établissements les plus pénalisés par le passage du financement par les tarifs du fait de l'évolution de leur activité. Au regard de l'évolution différenciée de l'activité des établissements depuis cinq ans, **il serait toutefois souhaitable de revoir la méthode et les paramètres de répartition de cette dotation qui n'a pas bougé depuis 2022 pour tenir compte de ces évolutions** (les établissements perdants au financement par les tarifs ne sont peut-être plus les mêmes) **et d'élargir son champ à l'ensemble des mesures salariales prises depuis 2020 et financées par les tarifs MCO**.

3.3.2 La dynamique des recettes de Titre 2 pourrait être relevée au niveau de celle de l'ONDAM en modifiant le mode de calcul de l'évolution du TNJP et en augmentant le forfait hospitalier

[151] Les mesures salariales de la période 2020-2024 ont été financées dans l'ONDAM-ES sans tenir compte de la part qui aurait pu être couverte par la participation des usagers qui représente en moyenne 5 % des recettes des établissements. Cet arbitrage a été notamment confirmé dans la construction de l'ONDAM-ES 2024, qui fait financer par l'assurance maladie la part que les organismes complémentaires et les usagers devaient initialement prendre en charge sur la revalorisation du point d'indice de juillet 2022. Il s'explique par la moindre réactivité des recettes de titre 2 par rapport à celles apportées par l'assurance maladie et par le souci de ménager les organismes complémentaires alors que des transferts de charges de l'assurance maladie vers ces organismes étaient en discussion.

La participation des usagers dans les établissements de santé ex-DG et la réforme de l'assiette du ticket modérateur

La participation des usagers aux frais de soins en cas d'hospitalisation a trois composantes :

- le **forfait journalier (FJH)** dû en cas d'hospitalisation ou de séjour dans certains établissements médico-sociaux, fixé actuellement à 20 € ou 15 € en psychiatrie (article L. 174-4 du code de la sécurité sociale). Ce forfait journalier ne se cumule pas avec le ticket modérateur, la participation de l'utilisateur se limitant au montant dû le plus élevé ;
- le **ticket modérateur (TM)**, qui, dans les établissements ex-DG n'est pas assis sur le tarif du séjour (à la différence des établissements ex-OQN pour leur activité MCO) mais sur un tarif journalier, fixé depuis 2022 par l'Etat ;

- un **ticket modérateur forfaitaire (TMF)**, fixé actuellement à 24 € (article R 160-16 du code de la sécurité sociale) s'applique aux actes techniques inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM) d'un montant supérieur à 120 € et aux actes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ayant une cotation supérieure à 60. Il concerne en pratique la majorité des actes chirurgicaux.

Avant la réforme de 2022, le tarif journalier de soins était fixé par discipline, pour chaque établissement, par arrêté de l'ARS sur proposition de l'établissement. Devant la disparité constatée des tarifs entre établissements, pour des séjours de même nature, la réforme introduite par l'article 35 de la LFSS pour 2020 et un décret du 28 décembre 2021⁴⁷ a consisté à définir un tarif national journalier de prestations (TNJP) dépendant de la discipline et du groupe de rattachement de l'établissement (7 catégories ont été définies). Pour atténuer l'impact sur les recettes des établissements, un coefficient de transition est appliqué jusque fin 2025, destiné à réduire progressivement l'écart entre les recettes de titre 1 reçues par l'établissement avant la réforme et les recettes produites par l'application du TNJP.

[152] La dynamique des recettes de titre 2 des établissements ex-DG apparaît nettement inférieure à celle des recettes d'assurance maladie. Les recettes de titre 1 ont en effet progressé de 31 % entre 2019 et 2023 alors que les recettes de titre 2 n'ont augmenté que de 6 % sur la période. Si la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des mesures salariales nouvelles peut justifier un différentiel, l'écart constaté met en évidence d'autres facteurs :

- d'une part, le gel du forfait hospitalier depuis 2018, alors que celui-ci est censé financer les charges hôtelières qui ont fortement augmenté du fait des mesures salariales et de l'inflation, et du TM forfaitaire depuis 2019 ;
- d'autre part, malgré une revalorisation du TNJP de 14,9 % entre décembre 2021 et mars 2025, une dynamique faible de son assiette : en effet, alors que le nombre de séjours a progressé de 5,5 % entre 2019 et 2024, le nombre de journées a lui baissé de 7 % sur l'ensemble des champs MCO, psychiatrie et SSR pendant la même période, et de 4,3 % en MCO (-5,5 % pour les CHU) sous l'effet du développement de l'ambulatoire et de la diminution de la durée moyenne de séjour.

[153] La FHF estime ainsi que si la dynamique des recettes de titre 2 avait été la même que celle des recettes de titre 1, les EPS auraient reçu 1,4 Md€ de recettes supplémentaires. La mission estime nécessaire d'engager une réflexion sur la définition d'une assiette plus dynamique⁴⁸ ou sur la définition d'une règle de revalorisation des tarifs permettant de neutraliser la baisse du nombre de journée, à l'instar de la règle de calcul des prix de journée dans le secteur des ESMS-PH⁴⁹.

⁴⁷ Décret n° 2021-1855 du 28 décembre 2021 relatif à la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés.

⁴⁸ La FHF avait proposé, dans le cadre des travaux préparatoires à la réforme du TNJP, la fusion du TM et du FJH et leur remplacement par un forfait au séjour.

⁴⁹ Article R 314-113 du code de l'action sociale et des familles. Lorsque l'établissement est financé par un prix de journée, celui-ci est égal au rapport entre les dépenses autorisées (après déduction des autres recettes et correction par le report à nouveau de l'exercice antérieur) et la moyenne du nombre de journées réalisées au cours des trois années précédentes.

Recommandation n°11 (DGOS, DSS) Engager avec les fédérations et les organismes complémentaires une réflexion sur l'évolution du système de participation des usagers permettant de corriger l'impact de la baisse tendancielle du nombre de journées d'hospitalisation

Laurent Gratieux

Yannick Le Guillou

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Les mesures de revalorisation salariale au bénéfice des personnels des établissements de santé de 2020 à 2024
- Annexe 2 : Estimation des taux de cotisation et contribution applicables aux différentes variables de paie
- Annexe 3 : Les modalités de la compensation financière des chocs externes

ANNEXE 1 : Les mesures de revalorisation salariale au bénéfice des personnels des établissements de santé de 2020 à 2024

1	LE SEGUR DE LA SANTE	62
1.1	UNE REVALORISATION SOCLE : LE SEGUR 1	63
1.1.1	<i>Pour les personnels non-médicaux : le complément de traitement indiciaire</i>	63
1.1.2	<i>Pour les personnels médicaux : la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif et son attribution aux praticiens en période probatoire</i>	69
1.2	DES REVALORISATIONS CIBLEES PORTANT SUR LES EMOLUMENTS DES MEDECINS ET LES GRILLES INDICIAIRES DE LA FILIERE SOIGNANTE : LE SEGUR 2	72
1.2.1	<i>La revalorisation des émoluments des personnels médicaux</i>	72
1.2.2	<i>La revalorisation des grilles indiciaires de la filière soignante</i>	77
1.3	LES MESURES RELATIVES AUX ORGANISATIONS DE TRAVAIL	79
1.3.1	<i>Des primes managériales et de gouvernance au bénéfice des personnels médicaux</i>	79
1.3.2	<i>Les mesures dites « axe 2 » : Prime d'engagement collectif, forfaitisation d'heures supplémentaires, résorption de l'emploi précaire et création de 7 500 postes</i>	80
2	LA REVALORISATION DES BAS SALAIRES : LE RELEVEMENT DU TRAITEMENT INDICIAIRE MINIMAL	81
3	LES MESURES DE PORTEE GENERALE DANS LA FONCTION PUBLIQUE : HAUSSE DE LA VALEUR DU POINT ET MAJORATION DE 5 POINTS D'INDICE	82
3.1	REVALORISATION DE LA VALEUR DU POINT EN JUILLET 2022	82
3.2	MESURES GUERINI	83
3.2.1	<i>Deux mesures de portée générale sur le traitement indiciaire : la revalorisation de 1,5 % de la valeur du point d'indice et l'attribution de 5 points d'indice supplémentaires à tous</i>	84
3.2.2	<i>Les mesures sur les bas salaires : un rehaussement en points pérenne et une prime pouvoir d'achat ponctuelle</i>	84
3.2.3	<i>Des mesures indemnitaires, dont particulièrement la majoration à 75 % du remboursement transport et la revalorisation de l'indemnisation des CET</i>	85
4	ATTRACTIVITE ET REVALORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	86
4.1	LA REVALORISATION DES INDEMNITES DE GARDE ET ASTREINTE DES PERSONNELS MEDICAUX	86
4.1.1	<i>La revalorisation de 50 % des indemnités de garde et astreinte des praticiens</i>	86
4.1.2	<i>L'application de cette revalorisation aux étudiants de troisième cycle</i>	87
4.2	LA REVALORISATION DU TRAVAIL DE NUIT, DES DIMANCHES ET JOURS FERIÉS DES PERSONNELS NON MEDICAUX	89
4.3	AFFILIATION DES PERSONNELS UNIVERSITAIRES A L'IRCANTEC	90
5	SYNTHESE DU CHIFFRAGE DES MESURES DE REVALORISATION SALARIALE	90

[154] Sur la période 2020-2024, les personnels des établissements publics de santé ont bénéficié de mesures salariales de différentes natures dans le cadre des accords du Ségur de la santé (1), de la transposition de la hausse du salaire minimal (2), des revalorisations concernant l'ensemble de la fonction publique (3) et d'une meilleure indemnisation de la permanence des soins (4).

[155] La réévaluation du coût de ces différentes mesures d'un montant total initialement estimé à 10,2 Md€ pour les seuls budgets sanitaires des établissements publics de santé, fait apparaître un sous-financement de 457 M€, soit 4,5 %. Un tableau de synthèse (5) présente les différents écarts constatés.

1 Le Ségur de la Santé

[156] Le Ségur de la santé est une concertation ayant réuni le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé, des élus, des agences régionales de santé, des financeurs, des représentants des usagers, les conférences hospitalières, les fédérations hospitalières et médico-sociales, les syndicats hospitaliers, les syndicats de praticiens et professions paramédicales libéraux, les représentants des étudiants et jeunes médecins et les collectifs hospitaliers. Les conclusions de cette concertation sont un ensemble de 33 mesures regroupées en 4 piliers :

1. Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
2. Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins ;
3. Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé ;
4. Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

[157] Un cinquième pilier y est par la suite ajouté : le volet numérique du Ségur de la santé.

[158] Le premier pilier, « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent », a donné lieu à un accord signé le 13 juillet 2020 qui porte les mesures de revalorisations salariales et se divise en 3 axes :

- Axe 1 : Des carrières et des rémunérations réévaluées pour rendre au service public hospitalier son attractivité
- Axe 2 : Sécuriser les organisations et les environnements de travail
- Axe 3 : S'assurer de la mise en œuvre du protocole

[159] L'axe 1 se divise lui-même en une revalorisation socle concernant l'ensemble des personnels hospitaliers, dite « Ségur 1 » (1.1), et une série de mesures ciblées sur les médecins et les personnels soignants, dite « Ségur 2 » (1.2). L'axe 2 relatif aux organisations comporte des mesures portant sur la rémunération du management, la valorisation de l'engagement collectif et l'adaptabilité du temps de travail (1.3).

1.1 Une revalorisation sociale : le Ségur 1

1.1.1 Pour les personnels non-médicaux : le complément de traitement indiciaire

1.1.1.1 Les modalités d'attribution et de versement du complément de traitement indiciaire

[160] Créé d'abord réglementairement par le Décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire à certains agents publics, puis législativement par l'article 48 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 afin de permettre son assujettissement aux cotisations sociales, le complément de traitement indiciaire (CTI) est un complément de rémunération, équivalent à 49 points d'indice majoré, versé aux fonctionnaires d'Etat, territoriaux et hospitaliers qui exercent leur activité dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux limitativement énumérés par le texte. Dans le cas des établissements sociaux et médico-sociaux, hormis les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, cette condition d'affectation est doublée d'une restriction aux seuls agents exerçant des fonctions soignantes ou d'accompagnement éducatif et social.

[161] Une indemnité équivalente est versée dans les mêmes conditions, et pour un même montant net, aux agents contractuels de droit public. Le montant net visé au regard de la valeur du point d'indice en 2020 est de 183 € par mois.

[162] Cette indemnité a la particularité, commune à la nouvelle bonification indiciaire (NBI) et à la prime spéciale de sujétion dont bénéficient les aides-soignants et auxiliaires de puériculture de la fonction publique hospitalière ainsi que les aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux de la filière soignante de catégorie C de la fonction publique hospitalière, de donner droit à un supplément de retraite⁵⁰ et d'être assujettie aux mêmes cotisations et contributions sociales que le traitement indiciaire, à l'exclusion de la cotisation relative à l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL) qui ne s'applique qu'au seul « montant des traitements soumis à retenue pour pension »⁵¹.

1.1.1.2 Une estimation du coût minorée par une prise en compte partielle des contributions employeurs

[163] Le périmètre pris en compte dans les développements suivants est la seule activité sanitaire des établissements publics de santé, soit les charges portées aux budgets H (hôpital), B (USLD⁵²) et G (GHT⁵³).

⁵⁰ II et III de l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

⁵¹ Décret n°2005-442 du 2 mai 2005 relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, article 16.

⁵² Unités de soins de longue durée.

⁵³ Groupement hospitalier de territoire.

[164] Le chiffrage du coût de la revalorisation socle pour les personnels non-médicaux a été effectué par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et est explicité dans le document « fiche FH1 »⁵⁴. Le coût est estimé en distinguant, pour les établissements publics, les agents titulaires et contractuels. L'addition de ces deux montants présentés dans le tableau ci-dessous (2 785 M€ pour les agents titulaires et 570 M€ pour les agents contractuels) aboutit à un coût total estimé à 3 355 M€, soit un montant significativement supérieur au chiffre indiqué dans l'annexe 9 du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021 (3 264 M€ résultant de l'addition de 544 M€, 2 448 M€ et 272 M€, respectivement pour les années 2020, 2021 et 2022)⁵⁵.

Tableau 1 : Coûts du CTI estimés par la DSS par secteur pour intégration dans les ONDAM 2020 et 2021

en M€	Sanitaire	
	2020	2021
Public (titulaires)	575	2 785
Public (non titulaires)	115	570
Privé non lucratif	135	630
Privé lucratif	145	700
Total	970	4 685

Source : « Fiche FH1 » produite et transmise par la Direction de la Sécurité Sociale, modifiée le 22 décembre 2020

[165] L'estimation est fondée sur le montant net visé (183 € mensuel), dont est déduit un montant brut par addition des cotisations salariales, auquel est appliqué le taux de contribution employeur et la taxe sur les salaires. Pour cette dernière, il est retenu le deuxième taux majoré qui s'applique aux rémunérations au-delà du seuil de 15 981 € brut annuel selon le barème de 2020 (soit un taux de 13,60 % résultant de l'addition du taux normal de 4,25 % et du taux sur la fraction de 9,35 %). Ce seuil est systématiquement dépassé. Aussi, pour toutes les mesures de revalorisation salariale il sera considéré que le taux s'appliquant au revenu supplémentaire est bien celui de 13,60 %.

[166] Il est alors obtenu un montant distinct pour les agents titulaires et contractuels qui est multiplié par le nombre de personnes relevant de ces statuts.

$$\text{Coût CTI} = \frac{\text{montant annuel net du CTI}}{1 - \text{taux de cotisations salariales}} \times (1 + \text{taux des contribution et impositions}) \times \text{effectifs}$$

[167] Ce chiffrage est sensible à la détermination de chacun des facteurs de cette multiplication : le montant brut annuel du CTI (a), le taux des contributions employeurs et impositions qui y sont appliqués (b) et les effectifs qui en bénéficient (c).

a) La détermination du montant brut du CTI : une légère surestimation pour les agents titulaires et contractuels

[168] Le calcul de la DSS est fondé sur l'estimation des montants bruts du CTI pour les agents titulaires et contractuels à partir du montant mensuel net visé de 183 €. Le montant brut est calculé comme suit :

⁵⁴ Document versé au dossier de travail de la mission.

⁵⁵ Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021, annexe 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi, p. 111.

$$\text{Montant annuel brut du CTI} = \frac{183 \times 12}{1 - \text{taux de cotisation salariales}_{(\text{agents titulaires ou contractuels})}}$$

[169] Les taux de cotisation salariales utilisés par la DSS sont de 20,80 % pour les agents titulaires et de 19,40 % pour les agents contractuels⁵⁶. Les modalités d'estimation de ces taux de cotisation salariales ne sont pas précisées dans la note de la DSS, mais elles peuvent être reconstituées. L'analyse des taux de cotisation⁵⁷ fait apparaître deux biais.

- Une majoration du taux retenu pour les agents titulaires : l'absence de prise en compte, pour les cotisations CSG et CRDS, de l'abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale. La prise en compte de ces abattements ramène les taux de la CSG de 9,2 % à 9,04 %, et de la CRDS de 1,5 % à 1,49 %. Le taux de cotisation salariale moyen des agents titulaires serait alors de 20,63 % au lieu des 20,80 % retenus ;
- Une minoration du taux retenu pour les agents contractuels : à cette même absence de prise en compte de l'abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale pour les cotisations CSG et CRDS, s'ajoute l'oubli de la cotisation vieillesse déplafonnée de 0,40 %. L'addition de ces deux biais porte le taux de cotisation moyen réel des agents contractuels de 19,40 % dans l'estimation de la DSS à 19,63 % (19,80 % hors abattement d'assiette des cotisations CSG et CRDS).

[170] Cette méthode de calcul aboutit pour les agents titulaires à un montant mensuel brut de 231,06 € qui est supérieur au montant réel constaté de 229,62 €⁵⁸ qui équivaut à la multiplication du nombre de points d'indice attribués au CTI par leur valeur annuelle (56,2323)⁵⁹ divisée par 12.

$$\text{Montant brut réel} = \frac{\text{nombre de points} \times \text{valeur annuelle du point}}{12} = \frac{49 \times 56,2323}{12} = 229,62 \text{ €}$$

[171] L'application à ce montant brut du taux de cotisation de 20,63 % des agents titulaires donne un montant net réel de 182,25 €. Dans le calcul du montant brut à verser aux agents contractuels pour qu'ils perçoivent le même montant net que les agents titulaires opéré par les établissements, ce sont les taux de cotisation hors abattements d'assiette qui ont été retenus, soit un taux de 19,80 %, pour un montant brut de 226,76 €, contre 227,05 € dans l'estimation de la DSS.

[172] Les hypothèses de calcul de la DSS aboutissent ainsi à une légère surestimation du montant brut du CTI pour les agents titulaires (+1,44 € par rapport au montant réel, soit +0,6 %) et contractuels (+0,29 €, soit +0,1 %).

⁵⁶ Source « Fiche FH1 » transmise par la DSS.

⁵⁷ Voir annexe « Estimation des taux de cotisation et contribution applicables aux différentes variables de paie ».

⁵⁸ Montant constaté sur fiche de paie anonymisée.

⁵⁹ Article 3 du décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des personnels des établissements publics d'hospitalisation : « La valeur annuelle du traitement et de la solde définis respectivement à l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, à l'article 42 de l'ordonnance du 22 décembre 1958 susvisée et à l'article L. 4123-1 du code de la défense, afférents à l'indice 100 majoré et soumis aux retenues pour pension est fixée à 5 623,23 € à compter du 1^{er} février 2017. », Version en vigueur du 1^{er} février 2017 au 1^{er} juillet 2022.

Tableau 2 : Reconstitution du montant brut du CTI estimé par la DSS comparé au réel

	Agents titulaires	Agents contractuels
Montant mensuel net visé	183 €	183 €
Cotisations salariales retenues	20,80 %	19,40 %
Montant brut mensuel estimé	231,06 €	227,05 €
Montant brut mensuel réel	229,62 €	226,76 €

b) Le taux des contributions employeurs et impositions assises sur les rémunérations : une absence de prise en compte de certaines contributions obligatoires

[173] Si le montant brut du CTI apparaît légèrement surestimé, le coût complet incluant les contributions employeurs est lui sous-évalué du fait de l'absence de prise en compte de certaines contributions obligatoires.

[174] Afin de déterminer le coût complet du CTI, incluant son montant brut ainsi que les contributions employeurs et les impositions qui s'y rattachent, la DSS s'est fondée sur le taux de taxe sur les salaires de 13,60 % et sur les taux de contribution suivants : 46,98 % pour les agents titulaires et 32,90 % pour les agents contractuels⁶⁰, sans que ne soit précisée la décomposition de ces taux.

[175] Il est néanmoins possible de reconstituer l'addition de contributions ayant abouti à l'estimation de ces taux (les taux indiqués sont ceux en vigueur à la date de création du CTI en 2020).

Tableau 3 : Reconstitution du taux de contribution employeur appliqué au CTI des agents titulaires par la DSS

Contributions applicables aux agents titulaires	Taux
CNRACL - Supplément de pension CTI	30,65 %
Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales	0,40 %
Maladie, maternité, invalidité (prestations en nature)	9,88 %
Allocations familiales	5,25 %
Contribution solidarité autonomie	0,30 %
Fonds national d'aide au logement	0,50 %
TOTAL	46,98 %

Source : Mission

Tableau 4 : Reconstitution du taux de contribution employeur appliqué au CTI des agents contractuels par la DSS

Contributions applicables aux agents contractuels	Taux
Vieillesse	8,55 %
Vieillesse déplafonnée ⁶¹	1,90 %
IRCANTEC tranche A	4,20 %
Maladie, maternité, invalidité	13,00 %
Allocations familiales	5,25 %
TOTAL	32,90 %

Source : Mission

⁶⁰ Source « Fiche FH1 » transmise par la DSS.

⁶¹ 2,02 % au 1^{er} janvier 2024.

[176] Ces décompositions font apparaître, pour les agents titulaires, la prise en compte à tort de la contribution à l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales qui n'est pas applicable au CTI, mais surtout l'omission d'un certain nombre de contributions obligatoires pour les agents titulaires et contractuels :

Tableau 5 : Recensement des contributions omises dans l'estimation du coût du CTI

Contributions omises pour les agents titulaires et contractuels	Taux
Versement mobilité (transport) ⁶²	1,71 %
Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Établissements hospitaliers (CGOS) ⁶³	1,50 %
CGOS-CESU	0,09 %
Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH)	0,80 %
ANFH - Actions de formation (plan de formation)	2,10 %
ANFH - Financement mutualisé des études relatives à la promotion professionnelle (FMPEP)	0,60 %
ANFH - CFP/BC/VAE	0,20 %
Contributions omises pour les seuls agents contractuels	Taux
Contribution solidarité autonomie	0,30 %
Fonds national d'aide au logement	0,50 %

Source : Mission

[177] Le retraitement des taux de contribution compte tenu de ces omissions et de la prise en compte induite de la contribution ATIACL aboutit à des chiffres sensiblement supérieurs à ceux retenus par la DSS :

Tableau 6 : Taux de contribution employeurs retenus par la DSS comparés aux taux constatés

	Titulaires	Contractuels
Contributions employeurs retenues par la DSS	46,98 %	32,90 %
Total des contributions obligatoires calculé par la mission ⁶⁴	53,58 %	40,70 %
Taux de taxe sur les salaires appliqué par la DSS	13,60 %	13,60 %
Total des contributions et impositions appliqués par la mission	67,18 %	54,30 %

Source : « Fiche FH1 » produite et transmise par la Direction de la Sécurité Sociale, modifiée le 22 décembre 2020, pour les contributions employeurs retenues

[178] Ces écarts entre les taux de contribution employeurs retenus dans le calcul de la DSS et ceux réellement supportés par les établissements publics de santé à un impact minorant significatif sur le coût complet du CTI qui surpasse l'impact majorant des montants bruts retenus par la DSS dans son calcul.

⁶² Taux moyen calculé par la mission sur la base de la table des taux de contribution transport publiée par l'URSSAF actualisée au 7 juillet 2025 (<https://fichierdirect.declaration.urssaf.fr/TablesReference.htm>) et des effectifs déclarés dans la SAE 2023. Le taux applicable aux établissements est variable de 0 à 3,2 % sur décision de l'autorité organisatrice des transports compétente selon leur localisation.

⁶³ Contribution prévue par l'article L. 733-2 du code général de la fonction publique et fixée par l'arrêté 15 avril 2024 relatif au taux de la contribution pour l'action sociale des personnels de la fonction publique hospitalière à 1,42 % à compter du 1^{er} janvier 2024.

⁶⁴ Voir annexe « Estimation des taux de cotisation et contribution applicables aux différentes variables de paie ».

Tableau 7 : Comparaison des montants bruts et chargés du complément de traitement indiciaire entre l'estimation de la DSS et les constats de la mission (en 2020)

	Titulaires	Contractuels
CTI brut mensuel estimé DSS	231,06 €	227,05 €
CTI chargé mensuel estimé DSS	371,04 €	332,62 €
CTI brut mensuel réel	229,62 €	226,76 €
CTI chargé mensuel constaté	382,46 €	348,49 €
Ecart entre CTI chargé estimé par la DSS et constaté	-11,42 €	-15,87 €
Ecart en pourcentage de l'estimation par rapport au constaté	-2,99 %	-4,55 %

- c) Les effectifs : des fluctuations du nombre d'agents par statut d'emploi selon les sources de données qui se compensent en partie

[179] La DSS présente deux hypothèses quant aux effectifs qui bénéficieraient du complément de traitement indiciaire : l'une assise sur les retraitements opérés par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur les données du Système d'information sur les agents des services publics (SIASP) et sur l'exploitation de la déclaration sociale nominative (DSN) pour les salariés du secteur privé et l'autre sur l'enquête 2019 de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

[180] Les deux hypothèses présentent des écarts quant à la répartition des agents entre statuts, mais les effectifs totaux sont proches (766 300 ETP dans les établissements publics avec les données DREES, 766 100 ETP avec les données SAE 2019). La DSS retient les données DREES qui présentent l'effectif total le plus important. Compte tenu de la faiblesse de l'écart (200 ETP) et de l'impossibilité de juger la fiabilité relative des deux sources de données, fortement dépendantes de la qualité des déclarations des établissements, la mission reprend les hypothèses d'effectifs de la DSS dans ses calculs.

Tableau 8 : Hypothèses d'effectifs présentées par la DSS

en ETP	Sanitaire	
	Données DREES	SAE 2019
Public (titulaires) ⁶⁵	624 300	616 900
Public (non titulaires) ⁶⁶	142 000	149 200
Privé non lucratif ⁶⁷	127 600	118 200
Privé lucratif	140 800	124 800

Source : « Fiche FH1 » produite et transmise par la Direction de la Sécurité Sociale, modifiée le 22 décembre 2020

- d) La synthèse des écarts met en évidence une sous-évaluation de 117 M€ du coût du CTI pour les établissements de santé sur leurs seuls budgets sanitaires

[181] La multiplication des montants chargés du CTI estimés par la mission pour les agents titulaires et contractuels par les effectifs connus à la date de mise en œuvre de la mesure aboutit

⁶⁵ N'inclut pas le service de santé des armées.

⁶⁶ Hors effectifs en contrats aidés.

⁶⁷ Pour le privé non lucratif et pour le privé lucratif, les données DREES correspondent au retraitement des données issues de la Déclaration sociale nominative (DSN).

aux montants indiqués dans le tableau ci-dessous qui sont supérieurs à l'estimation initiale de la DSS :

Tableau 9 : Ecarts d'estimation du coût du CTI pour les établissements publics de santé

en M€	Titulaires	Contractuels	TOTAL
Estimation DSS	2 785	570	3 355
Estimation mission	2 876	596	3 459
Ecart (valeur négative indique un sous-financement)	-91	-26	-117

[182] Il est ainsi mis en évidence un sous-financement initial du CTI de 117 M€ sur les budgets H, B et G des établissements publics de santé. Cette estimation ne prend pas en compte les effets des revalorisations de la valeur du point d'indice de 2022 et 2023 qui sont étudiés dans la partie relative aux mesures de portée générale dans la fonction publique, ni ceux de l'évolution des effectifs.

1.1.2 Pour les personnels médicaux : la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif et son attribution aux praticiens en période probatoire

[183] La mesure de revalorisation socle des personnels médicaux est l'augmentation du montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (1.1.2.1), ainsi que l'extension de son périmètre avec son attribution aux praticiens hospitaliers en période probatoire (1.1.2.2).

1.1.2.1 La revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif

[184] L'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE), prévue au 6° de l'article D. 6152-23-1 du code de la santé publique, est, selon les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif dans sa version en vigueur jusqu'au 1^{er} septembre 2020, « *accordée aux praticiens hospitaliers nommés à titre permanent [...] qui s'engagent, par contrat passé avec le directeur de l'établissement dans lequel ils sont nommés, à ne pas exercer l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique pendant une durée de trois ans.* »

[185] Le même arrêté, dans son article 1 en vigueur du 1^{er} janvier 2017 au 1^{er} septembre 2020, prévoyait deux montants mensuels distincts : l'un de 490,41 € brut et l'autre de 700 € brut explicitement réservé aux praticiens justifiant d'une période minimale de quinze années de bénéfice de l'IESPE. Ce second palier était une création de l'arrêté du 20 décembre 2016 ; un seul niveau de rémunération étant initialement prévu par l'arrêté du 8 juin 2000.

[186] Mettant en œuvre l'accord du Ségur de la Santé, l'arrêté du 11 septembre 2020 revient à un seul niveau de rémunération : porté à 700 € brut du 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2021, puis à 1 010 € brut à compter du 1^{er} mars 2021. Le passage au montant de 1 010 € brut est anticipé au 1^{er} décembre 2020 par l'arrêté du 27 octobre 2020.

[187] Pour chiffrer le coût de la revalorisation de l'IESPE, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a considéré que l'intégralité des assistants et des praticiens attachés, ainsi que les praticiens hospitaliers ne pratiquant pas d'activité libérale, la percevaient. Ont donc été repris l'ensemble de ces effectifs, les médecins identifiés par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) comme ayant exercé une activité libérale étant retranchés du nombre de praticiens hospitaliers et de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (4 770 praticiens en 2018, soit 9 % des effectifs). Les données utilisées sont les effectifs connus par le Centre national de Gestion (CNG) au 1^{er} janvier 2019 pour les corps des praticiens hospitaliers et des professeurs des universités-praticiens hospitaliers dont il assure la gestion, et les données de la SAE 2018 pour les assistants. La source des données utilisées pour les praticiens attachés à temps plein n'est pas précisée.

[188] Il est considéré que l'ensemble des assistants et des praticiens attachés étaient au premier palier de l'IESPE (490,41 € brut), ces statuts concernant principalement les médecins en début de carrière. Les praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers sont répartis entre le premier et le second palier selon leur ancienneté, tous les médecins ayant plus de quinze années d'ancienneté étant positionnés sur le second (700 € brut).

[189] Les effectifs positionnés sur chacun de ces paliers sont multipliés par la différence entre leur montant afférent et le nouveau montant unique. De l'addition de ces deux multiplications est déduit un surcoût brut auquel est appliqué un taux de contribution employeurs de 46 % pour aboutir à un coût complet.

[190] Ce taux de contribution unique de 46 % est une approximation. L'analyse détaillée des taux de cotisation et contribution applicables aux personnels médicaux conduite depuis par la DGOS⁶⁸ fait apparaître de grandes disparités entre statuts :

- Un taux de 16,56 % pour les personnels hospitalo-universitaires, certaines cotisations et contributions ne s'appliquant que sur leur rémunération universitaire (à la date de mise en œuvre de la mesure, ces personnels n'étaient pas affiliés à l'IRCANTEC pour leur retraite complémentaire sur leur rémunération hospitalière : taux de 9,50 %) ;
- Un taux de 49,56 % pour les praticiens hospitaliers et associés à temps plein dont la rémunération dépasse le plafond de la Sécurité Sociale (comprend les assistants et les praticiens attachés).

[191] Les tableaux ci-dessous présentent les écarts entre l'application de ce taux uniforme de 46 % et celle du taux de contribution employeur constaté par statut.

⁶⁸ Voir annexe « Estimation des taux de cotisation et contribution applicables aux différentes variables de paie ».

Tableau 10 : Chiffrage de la DGOS du coût de la revalorisation de l'IESPE (montants en M€)

Coût théorique actuel de l'IESPE (hypothèse que 91 % des PH et des HU ainsi que 100 % des assistants touchent l'IESPE)	PH et PUPH	Assistants	Praticiens attachés	Total effectifs
Praticiens touchant l'IESPE (hypothèse en effectifs)	41 646	5 574	3 966	51 186
Praticiens palier 1 (hypothèse)	21 962	5 574	3 966	31 502
Praticiens palier 2 (hypothèse)	19 684	-	-	19 684
Coût annuel brut IESPE palier 1	130 M€	33 M€	23 M€	186 M€
Coût annuel brut IESPE palier 2	166 M€	-	-	166 M€
Coût annuel IESPE taux de contribution de 46 %	433 M€	48 M€	34 M€	515 M€
Création d'un palier unique à 1010€ bruts salarié				
Nouveau coût annuel de l'IESPE (chargé à 46 %)	737 M€	99 M€	70 M€	906 M€
Estimation du surcoût annuel de la mesure	304 M€	50 M€	36 M€	391 M€

Source : DGOS, mise en page modifiée.

[192] L'application des taux de contribution employeur propres à chaque statut fait apparaître une surestimation du coût pour les praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers de l'ordre de 8 M€ (du fait de la faible part de contribution s'appliquant aux rémunérations hospitalières des personnels universitaires) qui n'est que partiellement compensée par une sous-évaluation du coût pour les assistants et les praticiens attachés à temps plein (d'environ 1 M€ chacune).

Tableau 11 : Chiffrage en appliquant un taux différencié de contributions employeurs par statut (montants en M€)

Coût théorique actuel de l'IESPE (hypothèse que 91 % des PH et des HU ainsi que 100 % des assistants touchent l'IESPE)	PH et PUPH	Assistants	Praticiens attachés	Total effectifs
Coût annuel IESPE application taux de charge par statut	431 M€	49 M€	35 M€	514 M€
Création d'un palier unique à 1010€ bruts salarié				
Nouveau coût annuel de l'IESPE	727 M€	101 M€	72 M€	906 M€
Estimation du surcoût annuel de la mesure	296 M€	52 M€	37 M€	384 M€
Ecart avec l'estimation de la DGOS ⁶⁹	8 M€	-1 M€	-1 M€	7 M€

Source : Mission.

[193] Cette analyse fait apparaître un surfinancement de la revalorisation de l'IESPE de l'ordre de 6 M€.

1.1.2.2 L'attribution de l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux praticiens en période probatoire

[194] L'article 1 de l'arrêté du 21 septembre 2020 modifie l'article 3 de l'arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif en supprimant la mention « *nommés à titre permanent* » et en ajoutant un alinéa ainsi rédigé : « *Ce contrat d'engagement peut être souscrit à compter de la date d'effet de la nomination pour une période probatoire.* ». Du fait de

⁶⁹ Un écart négatif indique un sous-financement, un écart positif indique une sur-évaluation.

ces dispositions, l'IESPE peut être attribuée aux praticiens hospitaliers sur la totalité de la durée probatoire d'un an qui précède leur titularisation.

[195] Pour chiffrer le coût de cette mesure, la DGOS a considéré que l'ensemble des praticiens hospitaliers en période probatoire bénéficieraient de l'IESPE dès leur nomination. Les effectifs retenus sont le nombre annuel d'entrée dans le corps des praticiens hospitaliers issu des données 2017 du CNG (soit 2 816 praticiens). Le montant brut mensuel de l'IESPE est multiplié par 12 pour en déduire un montant annuel qui est ensuite multiplié par le nombre de praticiens. A ce coût annuel brut est ensuite appliqué un taux de contribution employeur de 44 %. Ce taux est une approximation, par ailleurs différente de celle retenue pour le calcul de la revalorisation du montant de l'IESPE. Le taux de contribution employeur réel pour les praticiens hospitaliers est de 49,56 % pour les rémunérations dépassant le plafond de la Sécurité Sociale (ce qui est le cas pour toutes les mesures de revalorisation appliquées à ces personnels).

[196] L'application du taux de contribution employeur de 44 % au lieu du taux de 49,56 % issu des travaux ultérieurs de la DGOS aboutit à un sous-financement de 2 M€.

$$\text{Ecart d'estimation} = 1\,010 \times 12 \times 2\,816 \times (1,44 - 1,4956) = -2\text{ M€}$$

1.2 Des revalorisations ciblées portant sur les émoluments des médecins et les grilles indiciaires de la filière soignante : le Ségur 2

1.2.1 La revalorisation des émoluments des personnels médicaux

[197] Les émoluments des personnels médicaux ont été revalorisés par la fusion des quatre premiers échelons de la grille de praticien hospitalier issue du plan « Investir pour l'hôpital » (1.2.1.1), la création de trois échelons supplémentaires en sommet de grille (1.2.1.2), la réforme des statuts contractuels (1.2.1.3) et des mesures en faveur des étudiants (1.2.1.4), dont la revalorisation de leurs indemnités de garde (1.2.1.5).

1.2.1.1 La suppression des trois premiers échelons de la grille des praticiens hospitaliers : une mesure entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2020, mais antérieure au Ségur de la Santé

[198] La fusion des quatre premiers échelons de la grille des praticiens hospitaliers résulte de la suppression des trois premiers échelons de celle-ci et du reclassement des praticiens concernés dans le quatrième. C'est une mesure du plan « Investir pour l'hôpital » lancé en décembre 2019. Ainsi, même si sa mise en œuvre est effective au 1^{er} octobre 2020, cette revalorisation ne compte pas parmi les mesures du Ségur de la Santé.

[199] Le coût de la suppression des trois premiers échelons est estimé à 24,5 M€. Néanmoins, la DGOS n'ayant pas transmis les documents ayant abouti à ce chiffrage, la mission n'a pas pu contre-expertiser cette estimation.

1.2.1.2 La création de trois échelons supplémentaires en sommet de grille

[200] Après la revalorisation du début de carrière initiée par le plan « Investir pour l'hôpital », le Ségur de la Santé a amélioré le sommet de grille des praticiens hospitaliers par l'ajout de trois échelons. Cette mesure répond au constat du nombre important de praticiens hospitaliers ayant une ancienneté conséquente dans l'échelon 10, qui était alors l'échelon sommital. Ainsi, selon les données du CNG à février 2020, données utilisées pour estimer le coût de la mesure, sur les 12 479 praticiens à l'échelon 10 :

- 6 372 ont une ancienneté inférieure à 4 ans ;
- 4 093 ont une ancienneté comprise entre 4 et 8 ans ;
- 1 752 ont une ancienneté comprise entre 8 et 12 ans ;
- 307 ont une ancienneté supérieure à 12 ans.

[201] Ce sont ces bornes d'ancienneté qui ont été utilisées pour définir la durée des nouveaux échelons créés. La DGOS a simulé le reclassement des praticiens ayant plus de quatre années d'ancienneté dans l'échelon 10 en les plaçant dans les nouveaux 11^{ème}, 12^{ème} et 13^{ème} échelons. Les effectifs de chacun de ces échelons ont ensuite été multipliés par la différence entre leur nouvelle rémunération brute annuelle et celle de l'échelon 10 préexistant, multiplication à laquelle est appliquée un taux de contribution employeur de 49 %. Ce taux étant très proche de celui établi précisément depuis (49,56 %), il n'est constaté qu'un sous-financement de 0,3 M€ sur une mesure estimée à 63,2 M€.

[202] Un écart légèrement plus important de 0,6 M€ apparaît toutefois suite au reclassement opéré par le CNG, du fait de l'écart entre l'ancienneté des effectifs à la date de celui-ci (1^{er} janvier 2021) et à la date l'estimation de la mesure (février 2020)⁷⁰.

[203] L'addition des écarts consécutifs au taux de contribution employeur et aux effectifs reclassés est de 1 M€.

1.2.1.3 La création d'un statut unique de praticien contractuel

[204] En application de l'ordonnance du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital, le décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels crée un nouveau statut unique de praticien contractuel qui crée l'article R.6152-355 du code de la santé publique définissant les modalités de rémunération suivantes :

« La rémunération du praticien contractuel comprend :

1° Des émoluments mensuels fixés conformément à un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat. Ils prennent en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par le praticien ainsi que son expérience.

⁷⁰ Source : Document « Q01-T01-02-Mesures PH – Synthèse » transmis par la DGOS.

Les émoluments des praticiens recrutés au titre du 2° de l'article R. 6152-338 peuvent comprendre une part variable subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat. Le montant et les modalités de versement de cette part variable sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé ;

« 2° Le cas échéant, des primes et indemnités. »

[205] Conformément aux dispositions du 1° de l'article précité, l'arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé précise les modalités de fixation des émoluments bruts mensuels. L'arrêté détermine un seuil minimal de 39 396 € et un seuil maximal de 67 740,25 €.

[206] Les déterminants du coût de cette mesure sont essentiellement : les effectifs auxquels elle s'applique, leur rémunération antérieure, leur nouvelle rémunération. Si les effectifs et les rémunérations passées peuvent être approchés assez finement sur la base des données 2017 de la Déclaration annuelle de données sociales (dernières données disponibles à la date du chiffrage du coût par la DGOS), les nouvelles rémunérations sont elles dépendantes des renégociations des contrats et donc du comportement des parties prenantes. Le chiffrage est alors fortement dépendant des hypothèses retenues par la DGOS.

[207] La DGOS a estimé que les pratiques de rémunération seraient inchangées en-dehors des cas des praticiens contractuels positionnés sur les échelons 4 à 9 et des assistants exerçant dans les spécialités en tension qui percevraient le seuil maximum des émoluments bruts.

[208] La mission ne peut se prononcer sur la pertinence de ces hypothèses, mais a pu vérifier la justesse des calculs fondés sur celles-ci. Le coût est estimé à 122 M€.

1.2.1.4 La revalorisation des émoluments et de l'indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants des 2^{ème} et 3^{ème} cycles

[209] Dans le cadre des accords du Ségur de la Santé, les émoluments des étudiants de 2ème et 3ème cycle de médecine, de pharmacie et d'odontologie, ainsi que de maïeutique, ont été revalorisés en 2020. Ainsi, depuis le 1er septembre 2020, les étudiants de 2ème cycle ont vu leurs émoluments augmenter de + 101 % en 1ère année, de + 27 % en 2ème année et de + 39 % en 3ème année. Cette rémunération correspond à une activité exercée à hauteur d'un mi-temps, les étudiants de deuxième cycle partageant leur temps entre l'université et les stages.

Tableau 12 : Revalorisation des émoluments des étudiants de deuxième cycle

	Nombre d'étudiants Médecine	Nombre d'étudiants Odontologie	Nombre d'étudiants Pharmacie	Nombre d'étudiants Maïeutique	Rémunération brute mensuelle antérieure	Rémunération brute mensuelle au 1.09.2020
1 ^{ère} année	8 575	1 413	2 917	991	129.6 €	260 €
2 ^e année	8 849	1 405	152	1 066	251.4 €	320 €
3 ^e année	8 278	1 295	/	/	280.89 €	390 €
Total	25 702	4 113	3 069	2 057		

Source : DGOS, pour le nombre d'étudiants les données utilisées correspondent aux effectifs 2018-2019 et sont issues de l'enquête annuelle auprès des ARS.

[210] Les docteurs juniors et étudiants de 3^{ème} cycle ont de même vu leurs émoluments annuels revalorisés de + 10,6 % pour les deux premières années d'internat et de + 5,4 % à + 5,6 % pour les années suivantes, + 100 € pour les docteurs juniors, à compter du 1^{er} novembre 2020.

Tableau 13 : Revalorisation des émoluments des étudiants de troisième cycle

	INTERNES					Docteurs juniors	
(Montants bruts)	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année
Nombre d'internes	9 013	9 013	9 014	1 452	1 452	3 896	
Emoluments annuels antérieurs	16 704€	18 493€	25 653€	25 653€	25 653€	27 025€	27 025€
Emoluments annuels au 1^{er} novembre 2020	18 473€	20 450€	27 042€	27 063€	27 080€	27 125€	27 125€

Source : DGOS, pour le nombre d'internes les données utilisées correspondent aux effectifs 2018-2019 et sont issues de l'enquête annuelle auprès des ARS.

[211] Pour estimer le coût de ces revalorisations, la DGOS a appliqué un taux de contribution employeur et d'impositions assises sur rémunération de 44 %, qui est surestimé pour les étudiants de deuxième cycle (39,66 %) et sous-estimé pour les étudiants de troisième cycle (47,61 %)⁷¹. Cela entraîne un surfinancement de 1,8 M€ pour les étudiants de deuxième cycle et un sous-financement de 1,8 M€ pour ceux de troisième cycle et les docteurs juniors.

[212] Les étudiants bénéficient également d'une revalorisation de l'indemnité forfaitaire d'hébergement (IFH) et d'une extension de son périmètre. Le montant mensuel de l'indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants de troisième cycle (E3) est augmenté de 200 € à 300 € (soit de 1 200 € à 1 800 € pour un stage semestriel) et la condition kilométrique à son octroi est supprimée. La DGOS estime que la suppression de la condition kilométrique augmentera le

⁷¹ Voir annexe « Estimation des taux de cotisation et contribution applicables aux différentes variables de paie ».

nombre de 40 % le nombre de stages éligibles à l'IFH (soit de 2 257 à 3 160)⁷². Le surcoût est évalué comme suit :

$$\text{Surcoût IFH E3C} = (\text{nb stages} \times \text{montant} - \text{nb antérieur} \times \text{montant antérieur}) \times \text{taux de charge} \\ = 3\,160 \times 1\,800 - 2\,257 \times 1\,200 \times 1,44 = 4,29 \text{ M€}$$

[213] Le taux de charge de 44 % utilisé est proche du taux de charge de 44,81 % indiqué pour les rémunérations hors émoluments dans le tableau précis élaboré depuis par la DGOS⁷³. Sur de tels montants, une si faible différence de taux n'est que peu significative. L'hypothèse d'une progression de 40 % du nombre de stages éligibles à l'IFH n'est pas documentée et ne peut être contre-expertisée.

[214] Le bénéfice de l'IFH est également étendu aux étudiants de deuxième cycle effectuant un stage ambulatoire en zone sous-dense. Pour eux, le montant de l'IFH est de 150 € brut mensuel. Il est estimé que sur un effectif de 25 702 étudiants de deuxième cycle (effectifs 2018-2019), 15 % pourraient bénéficier de cette indemnité, soit 3 855 étudiants. Ce nombre est le principal déterminant du coût de la mesure, mais cette hypothèse n'est pas documentée. Le chiffrage de cette mesure estimée à 5 M€ ne peut donc être contre-expertisé.

1.2.1.5 La revalorisation des gardes des étudiants de troisième cycle

[215] Les montants d'indemnisation des gardes des internes sont revalorisés de 25 % par l'arrêté du 30 octobre 2020 relatif au service de garde des internes et à l'indemnisation des gardes et astreintes effectuées par les internes et les "faisant fonction d'interne" (FFI).

Tableau 14 : Revalorisation des montants d'indemnisation des gardes des internes

	Montants antérieurs	Montants au 01/11/2020	Ecart
Nuits semaine	119,02	149	25 %
Nuits samedi dimanche férié	130,02	163	25 %

[216] Pour estimer le coût de cette mesure, la DGOS s'est fondée sur les montants renseignés dans la DADS 2017 pour les indemnités liées aux astreintes et gardes et celles liées aux nuits, dimanche et jours, fériés pour les internes, soit des montants respectivement de 126,7 M€ et 9,4 M€ pour un total brut de 136,1 M€. Ce montant a été multiplié par le pourcentage de revalorisation des indemnités (25 %) afin de déduire un coût brut (34 M€), auquel est appliqué un taux de contribution employeur de 44 % ; soit un coût chargé de 49 M€.

[217] La donnée issue de la DADS 2017 est relativement ancienne, alors que le nombre d'étudiants de troisième cycle a progressé sur la période, et est tributaire de la qualité des déclarations des établissements. Les données comptables de 2019 font plutôt état d'un montant total brut de 156 M€⁷⁴. En utilisant ce montant brut et le taux de contribution employeur fiabilisé de 44,81 %,

⁷² L'attribution de cette indemnité reste soumise à la condition de ne pas bénéficier par ailleurs d'un hébergement ni d'une aide financière à ce titre, octroyés par une collectivité locale ou par un CHU, et de ne pas disposer d'un hébergement à titre gratuit.

⁷³ Voir annexe « Estimation des taux de cotisation et contribution applicables aux différentes variables de paie ».

⁷⁴ Extraction du cube DGFIP de Diamant.

le coût de la revalorisation des indemnités de garde est de 57,9 M€, soit 8,9 M€ de plus que l'estimation initiale.

1.2.2 La revalorisation des grilles indiciaires de la filière soignante

[218] Si tous les personnels non médicaux des établissements publics de santé ont bénéficié de la revalorisation socle que constitue le CTI, les revalorisations de grille indiciaires ont été concentrées sur les seuls personnels soignants. Bien que la rémunération des agents contractuels soit déterminée principalement au regard de celle accordée aux agents titulaires⁷⁵, les revalorisations de grille indiciaires visent seulement ces derniers et la DGOS n'a pris en compte dans ses chiffrages que les seuls effectifs titulaires.

[219] Ainsi, le renchérissement de l'emploi contractuel, immédiat quand les contrats fixent la rémunération en référence à un indice, différé et incertain quand celle-ci est déterminée par un montant en numéraire⁷⁶, n'est pas pris en compte.

[220] L'effectif des agents titulaires bénéficiaires de ces revalorisations de grille est évalué à 448 757 ETP sur la base des données DADS 2018 (retraitées dans le SIASP 2019) qui sont les seules à permettre d'approcher le détail de la répartition des agents par échelon. L'avancement des agents postérieur à ces données, mais antérieur aux revalorisations, n'a pas été simulé.

[221] Le tableau ci-dessous présente les catégories dont les grilles ont été améliorées.

⁷⁵ Article L713-1 du Code général de la fonction publique « *La rémunération des agents contractuels est fixée par l'autorité compétente en tenant compte des fonctions exercées, de la qualification requise pour leur exercice et de l'expérience de ces agents.*

Elle peut tenir compte de leurs résultats professionnels et des résultats collectifs du service et évoluer au sein de l'administration, de la collectivité ou de l'établissement qui les emploie. »

La rémunération attachée au niveau des fonctions exercées peut être approchée par la référence à la rémunération d'un agent titulaire qui exercerait les mêmes, Conseil d'Etat, Avis 3 / 5 SSR, du 28 juillet 1995, 168605, publié au recueil Lebon : « *Il appartient à l'autorité territoriale de fixer, au cas par cas, sous le contrôle du juge, la rémunération de ces agents en prenant en compte principalement la rémunération accordée aux titulaires qu'ils remplacent et, à titre accessoire, d'autres éléments tels que le niveau de diplôme et l'expérience professionnelle des non titulaires ainsi recrutés.* »

⁷⁶ Le décret n° 88-145 (art. 1er-2 mod. par le décret n° 2007-1829, art. 3) prévoit que la rémunération des agents employés à durée indéterminée doit faire l'objet d'un réexamen au minimum tous les trois ans notamment à la vue des résultats de l'évaluation de l'agent, mais cela n'implique pas d'augmentation systématique. En effet, les agents contractuels n'ont pas droit à un système de carrière qui prévoirait des augmentations à un rythme régulier et déterminé, à l'image d'une grille indiciaire. Toute délibération ou tout contrat qui organiserait une revalorisation périodique des agents contractuel est illégal (CE, 30 juin 1993, Préfet de la Martinique, n° 120658, 129984, 129985).

Tableau 15 : Revalorisations de grilles indiciaires de 2021 à 2023

Année	Mois	Professionnels de santé concernés et catégorie hiérarchique
2021	Janvier	Reclassements des socio-éducatifs du premier grade
		Passage d'office des aides-soignantes et auxiliaires de puériculture en catégorie B
		Reclassement des infirmières IDE de catégorie B en extinction
		Reclassement des ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, psychomotriciens et manipulateurs d'électroradiologie médicale restés en catégorie B
		Reclassement des infirmières de bloc opératoire (IBODE) et puéricultrice de catégorie A en extinction
	Octobre	Reclassement des infirmières anesthésistes (IADE) de catégorie A en extinction
		Reclassement des infirmières du corps des anesthésistes (IADE) de catégorie A sédentaire
		Reclassement des ergothérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues et manipulateurs d'électroradiologie médicale de catégorie A
		Reclassement des psychomotriciens de catégorie A
		Reclassement des orthophonistes et des masseurs-kinésithérapeutes de catégorie A
2022	Janvier	Reclassement des infirmières auxiliaires médicales de pratique avancée (IPA)
		Reclassement des cadres de santé paramédicaux de catégorie A
		Reclassement des cadres de santé de catégorie A en extinction
	Avril	Passage d'office des techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie hospitalière et des diététiciens en catégorie A
		Passage des infirmières IDE, ergothérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale, psychomotriciens, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes de catégorie B en extinction à la catégorie A après concours réservés sur titres (<i>étalés sur une période de 3 ans</i>)
2023	Janvier	Reclassement des échelles de rémunération C1 et C2 et attribution d'une bonification d'ancienneté
	Septembre	Reclassement des directeurs de soins de classe normale et hors classe
	Janvier	Reclassement de tous les titulaires de catégorie B (y compris les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture)
		Reclassement des ambulanciers dans la filière de soins par fusion des corps des conducteurs ambulanciers de la FPH et de l'APHP

Source : DREES

[222] Pour chiffrer le coût des revalorisations de grille, la DGOS a simulé le reclassement des agents titulaires des corps concernés sur les nouvelles grilles. Elle en a déduit un gain moyen en nombre de points d'indice, qu'elle a multiplié par les effectifs, la valeur brute du point et un taux de contribution employeur de 67,3 %. Le coût estimé pour le seul champ sanitaire est de 644 M€.

[223] Le taux employeur retenu est une très légère approximation à la baisse (taux estimé à 67,58 %⁷⁷). La méthode employée aboutit à une sous-estimation du coût des revalorisations de grille résultant de deux biais.

[224] Le premier, et principal, est l'absence de prise en compte de l'effet de ces revalorisations sur les rémunérations indexées sur le traitement indiciaire (prime de service, indemnité de résidence, supplément familial de traitement, indemnité horaire pour travaux supplémentaires, astreintes, prime de sujétion spéciale pour les aides-soignants et auxiliaires de puériculture). Sur la base de la proportion de ces variables par rapport au traitement indiciaire dans les comptes 2019 des établissements publics de santé, il peut être estimé l'effet sur celles-ci d'une revalorisation des grilles.

⁷⁷ Voir annexe « Estimation des taux de cotisation et contribution applicables aux différentes variables de paie ».

Tableau 16 : Incidence d'une revalorisation du traitement indiciaire sur les rémunérations qui y sont indexées

		Part	Taux de contribution employeur
Rémunération principale	Traitement indiciaire brut	100 %	67,58 %
Rémunérations indexées au traitement indiciaire	Prime de service (taux réglementaire)	7,50 %	23,09 %
	Indemnité de résidence*	0,88 %	
	Supplément familial de traitement*	1,54 %	
	Indemnité horaire pour travaux supplémentaires*	1,61 %	
	Astreintes*	0,75 %	
	Prime de sujétion spéciale aide-soignant*	10,00 %	67,18 %

*Taux constaté en 2019 sur l'ensemble des EPS en rapportant la masse brute de la variable de paie à la masse indiciaire totale

[225] Le second biais, est l'application à la prime de sujétion spéciale des aides-soignants et auxiliaires de puériculture d'un taux de contribution employeur de 28,04 % alors que les contributions auxquelles elle est assujettie sont les mêmes que le traitement indiciaire, en-dehors de la contribution ATIACL : soit un taux de contribution de 67,18 %.

[226] En tenant compte des contributions employeurs applicables au traitement indiciaire, ainsi que des rémunérations accessoires et des contributions auxquelles sont assujetties, il est obtenu un taux de 82,69 % pour le cas général et de 99,41 % pour les aides-soignants et auxiliaires de puériculture à appliquer à la rémunération brute.

[227] Il est ainsi obtenu un coût de 707 M€, supérieur de 63 M€ à l'estimation de la DGOS.

1.3 Les mesures relatives aux organisations de travail

1.3.1 Des primes managériales et de gouvernance au bénéfice des personnels médicaux

[228] Afin de mieux reconnaître les fonctions managériales des praticiens hospitaliers, ainsi que leur participation aux instances de gouvernance des établissements publics de santé et des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) :

- Il a été créé une prime mensuelle de fonction pour les chefs de service⁷⁸ et pour les présidents de commission médicale de groupement⁷⁹ ;

⁷⁸ Décret n° 2021-1437 du 4 novembre 2021 instituant une prime mensuelle de fonction pour les chefs de service et arrêté du 4 novembre 2021 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction de chef de service au sein des établissements publics de santé.

⁷⁹ Article D. 6132-9-10 du Code de la santé publique créé par le décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.

- Le montant de l'indemnité de fonction des chefs de pôles a été revalorisé⁸⁰, ainsi que celui de l'indemnité forfaitaire de fonction du président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire⁸¹.

[229] L'estimation du coût de ces créations et revalorisations de prime rémunérant les fonctions managériales et la participation aux instances de gouvernance est avant tout dépendante du nombre de bénéficiaires. Ce nombre peut être estimé avec une grande fiabilité pour les présidents des commissions d'établissement et de groupement : une commission d'établissement par entité juridique, et nombre connu de GHT. Il est plus délicat d'approcher le nombre de services et de pôles, celui-ci étant dépendant de l'organisation des établissements de santé. Cette donnée a été extraite du bilan social 2015 et actualisée par l'application des nombres de pôles et services moyens par catégorie d'établissement au nombre d'établissements recensés dans la base FINESS 2017.

Tableau 17 : Nombre d'instances de gouvernance ou d'unités managériales ouvrant droit à une prime

Nombre d'instances de gouvernance et unités managériales	
Nombre de commissions médicales de groupement (1 par GHT)	136
Nombre de commissions médicales d'établissement (1 par entité juridique)	857
Estimation nombre de pôles	3 334
Estimation du nombre de services	18 845

[230] Le montant estimé en multipliant le montant brut annuel de ces primes par le nombre de structures y donnant droit et en y appliquant un taux de contribution employeur de 44 % est de 82,5 M€. Le taux de contribution applicable aux praticiens hospitaliers étant plutôt de 49,56 %, le coût serait de 85,9 M€ ; soit un sous-financement de 3,45 M€.

1.3.2 Les mesures dites « axe 2 » : Prime d'engagement collectif, forfaitisation d'heures supplémentaires, résorption de l'emploi précaire et création de 7 500 postes

[231] En complément des revalorisations salariales, un ensemble de mesures détaillées dans une instruction du 26 juillet 2021 vise à « *donner aux gestionnaires de nouveaux leviers pour améliorer les conditions de travail, valoriser l'engagement collectif et optimiser le temps de travail* »⁸².

[232] L'instruction précise un objectif de renforcement des moyens des établissements par la création de 7 500 postes et la couverture de 7 500 postes supplémentaires par une incitation financière à la réalisation d'heures supplémentaires. Dans ce cadre, un dispositif de surmajoration d'heures supplémentaires forfaitisées sur l'année est créé.

⁸⁰ Arrêté du 4 novembre 2021 modifiant l'arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles.

⁸¹ Arrêté du 4 novembre 2021 modifiant l'arrêté du 30 avril 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire de fonction au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire.

⁸² Instruction du 26 juillet 2021 relative à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du Ségur de la santé.

[233] Un plan de titularisation est aussi engagé afin de résorber l'emploi précaire et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières.

[234] Enfin, une prime d'engagement collectif est créée par le décret n°2020-255 du 13 mars 2020⁸³. Le chef d'établissement définit des d'orientations-cadre après avis du comité technique d'établissement (CTE) et de la commission médicale d'établissement (CME). Ces orientations-cadre portent sur les objectifs prioritaires, les indicateurs de résultat, les modalités et conditions d'éligibilité des projets ainsi que les conditions d'évaluation et de validation des projets. Les projets éligibles à la prime d'engagement collectif ont pour objectif l'amélioration de la qualité du service rendu d'une manière générale et l'efficacité interne de l'établissement.

[235] Des crédits de 330 M€ en 2021, 660 M€ en 2022 et 1 Md€ en 2023 sont délégués aux établissements pour la mise en œuvre de ces mesures. Contrairement aux autres mesures qui s'imposent aux établissements, celles-ci offrent une marge de manœuvre aux gestionnaires qui connaissent les montants qui leur sont délégués et peuvent adapter ces dispositifs à la situation locale. Ils maîtrisent notamment le nombre de bénéficiaires de ces mesures. Aussi, et parce que le coût de ces mesures dépend essentiellement du comportement des acteurs, ces montants n'ont pas été contre-expertisés.

[236] Néanmoins, il est à noter l'absence de suivi de la mise en œuvre de ces mesures. Ce qui ne permet ni d'en suivre le coût, ni de s'assurer de l'effectivité des orientations ministérielles.

2 La revalorisation des bas salaires : le relèvement du traitement indiciaire minimal

[237] Entre 2021 et janvier 2024, le traitement indiciaire minimal a été revalorisé à 6 reprises afin de suivre l'évolution du salaire minimum interprofessionnel de croissance. Ces revalorisations se matérialisent par l'ajustement de l'indice majoré auquel fait référence l'article 8 du décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des personnels des établissements publics d'hospitalisation. Ces mesures concernent les agents titulaires et contractuels. L'estimation des coûts qui y sont liés repose sur l'identification des agents concernés par la sélection des échelons auxquels sont attribués des taux d'indice majorés inférieurs au nouveau traitement indiciaire minimal. Les données utilisées sont celles de la DADS.

[238] De façon comparable aux revalorisations de grille indiciaire, l'effet du relèvement du traitement indiciaire minimal sur les rémunérations accessoires a été systématiquement omis, en-dehors de la prime de sujétion spéciale des aides-soignants et auxiliaires de puériculture. En appliquant la même méthode que pour les revalorisations de grille indiciaire, il est estimé un sous-financement cumulé en année pleine de 14,2 M€.

⁸³ Décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'engagement collectif dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

Tableau 18 : Estimation du coût du relèvement du traitement minimal pour les budgets sanitaires des établissements publics de santé

	du 01/10/2021 au 01/01/2022	du 01/01/2022 au 01/05/2022	du 01/05/2022 au 01/01/ 2023	du 01/01/2023 au 01/05/2023	du 01/05/2023 au 01/01/2024
Minimum de traitement	340	343	352	353	361
Coût année pleine estimé	2 441 147 €	2 426 094 €	90 848 940 €	5 039 666 €	54 303 390 €
Prise en compte rémunérations indexées	2 664 985 €	2 649 343 €	99 208 859 €	5 481 151 €	59 282 670 €
Ecart	223 838 €	223 249 €	8 359 919 €	441 485 €	4 979 280 €
Ecart cumulé	223 838 €	447 087 €	8 807 006 €	9 248 491 €	14 227 771 €

Source : Mission, les données relatives au relèvement du traitement minimal au 1^{er} janvier 2024 (indice majoré 367) n'ont pas été transmises et n'ont donc pas pu être contre-expertisées.

3 Les mesures de portée générale dans la fonction publique : hausse de la valeur du point et majoration de 5 points d'indice

3.1 Revalorisation de la valeur du point en juillet 2022

[239] Par un décret du 7 juillet 2022, la valeur du point d'indice a augmenté dans la fonction publique de 3,5 %, à compter du 1^{er} juillet 2022. Afin d'en estimer le coût pour les personnels médicaux et non médicaux, la DGOS a extrait les données comptables de 2021 des établissements publics de santé et appliqué un coefficient d'évolution de 3,5 % à l'ensemble des rémunérations indexées sur la valeur du point, ainsi qu'aux contributions et impositions assises sur les salaires en ce qui concerne le personnel non médical. Pour le personnel médical, les contributions employeur et la taxe sur salaire ont été prises en compte par l'application d'un taux forfaitaire de 46 %.

[240] L'estimation de la DGOS aboutit à un coût de 1,297 Md€ pour le PNM et de 412 M€ pour le PM. Cette estimation est affectée par deux biais et quelques erreurs matérielles.

[241] Le premier biais est la réalisation du chiffrage sur la base de données comptables prises sur un exercice qui n'était pas encore clos. La comparaison entre les chiffres utilisés par la DGOS et ceux issus d'extractions postérieures à la clôture des comptes fait apparaître des écarts importants qui, une fois ajoutées les quelques erreurs matérielles dans le fichier de calcul, affectent l'assiette du celui-ci de 2,6 Md€.

Tableau 19 : Ecart entre les données prises en compte dans le chiffrage de la revalorisation du point d'indice en 2022 (PNM) et les données constatées par la mission

	2021 (réalisé)	2021 (estimation DGOS)	ECART	Commentaire
Rémunération principale ES (incluant CTI)	17 089 824 127	15 764 540 558	1 325 283 569	Double soustraction des données du budget EHPAD
Nouvelle bonification indiciaire	131 504 234	131 564 620	- 60 385	Actualisation des données
Prime de service	1 128 187 240	1 097 687 263	30 499 978	Actualisation des données
Supplément familial de traitement	231 633 854	277 617 650	- 45 983 796	DNA et SIC comptés + contractuels alors que pris en compte dans les lignes contractuels dédiées
Indemnité de résidence	136 370 038	13 858 273	122 511 765	Confusion entre données relatives aux agents titulaires et contractuels
Astreintes	131 743 029	13 012 642	118 730 388	Confusion entre données relatives aux agents titulaires et contractuels
IHTS et IFTS	533 907 286	526 997 496	6 909 790	Actualisation des données
Rémunération principale CDI	1 862 616 624	1 856 242 814	6 373 810	Actualisation des données
Rémunération principale CDD	2 510 291 849	2 470 824 685	39 467 165	Actualisation des données
Contrat soumis à des dispositions particulières	16 793 450	16 876 086	-82 636	Actualisation des données
Charges employeur sociales et fiscales	14 647 711 689	13 674 869 786	972 841 903	Actualisation des données
TOTAL	38 420 583 421	35 844 091 870	2 576 491 550	

Source : Mission, à partir de la comparaison entre le fichier de calcul de la DGOS et une extraction du cube DGFIP de Diamant sur l'exercice 2021.

[242] Les écarts liés à l'actualisation des données sont plus modestes en ce qui concerne les personnels médicaux : 127 M€ pour les rémunérations des praticiens et 16 M€ pour les étudiants.

[243] Le second biais est l'utilisation pour les personnels médicaux d'un taux de contribution employeur conventionnel de 46 % alors que le taux de contribution applicable aux revalorisations des praticiens hospitaliers est de 49,56 %.

[244] L'addition de ces écarts aboutit à l'identification d'un sous-financement de 90 M€ pour les personnels non médicaux et de 17 M€ pour les personnels médicaux.

3.2 Mesures Guérini

[245] Le ministre de la Transformation et de la Fonction publiques Stanislas Guérini a annoncé en juin 2023 un ensemble de revalorisations salariales comprenant des mesures portant sur la rémunération indiciaire de l'ensemble des agents de la fonction publique (3.2.1), sur les bas salaires (3.2.2) et sur certaines indemnités (3.2.3).

3.2.1 Deux mesures de portée générale sur le traitement indiciaire : la revalorisation de 1,5 % de la valeur du point d'indice et l'attribution de 5 points d'indice supplémentaires à tous

[246] Le coût pour les budgets sanitaires des établissements publics de santé de la revalorisation de 1,5 % de la valeur brute du point d'indice au 1^{er} juillet 2023 est estimé par la DGOS à 603 M€ pour le personnel non médical et à 189 M€ pour le personnel médical.

[247] La méthode de chiffrage est la même que celle précédemment exposée pour la revalorisation de la valeur du point d'indice de 3,5 % au 1^{er} juillet 2022. Toutefois, la construction différente du fichier de calcul a évité la reproduction des mêmes erreurs matérielles.

[248] Les données utilisées sont les données comptables de 2022 issues d'une extraction du cube DGFIP de Diamant alors que l'exercice n'était pas clos. Les données sont retraitées pour tenir compte de l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice intervenue au 1^{er} juillet 2022. La méthode de chiffrage de la DGOS a été reproduite sur les données définitives de l'exercice 2022, ce qui aboutit à une estimation actualisée à 634 M€ pour le personnel non médical et à 193 M€ pour le personnel médical (étudiants compris). Le caractère provisoire des données engendre donc un sous-financement de 35 M€ pour le personnel non médical et de 4 M€ pour le personnel médical.

[249] Outre cette revalorisation de la valeur du point d'indice, 5 points supplémentaires ont été attribués à l'ensemble des fonctionnaires. L'estimation du coût de cette mesure repose sur l'estimation du nombre d'ETP moyens rémunérés concernés, qui sont ensuite multipliés par le nombre de points, sa valeur brute annuelle, l'incidence du traitement indiciaire sur la prime de service et la prime spéciale de sujétion des aides-soignants, et les taux de contribution employeur et imposition applicables au traitement et aux indemnités.

[250] Quelques rémunérations elles aussi indexées sur le traitement indiciaire ont été omises dans le chiffrage : indemnité de résidence, supplément familial de traitement, indemnités horaires pour travaux supplémentaires, astreintes. La prise en compte de l'effet de l'attribution de 5 points d'indice sur ces éléments de paie aboutit à l'estimation d'un sous-financement de 15 M€ sur une mesure initialement évaluée à 470 M€.

3.2.2 Les mesures sur les bas salaires : un rehaussement en points pérenne et une prime pouvoir d'achat ponctuelle

[251] Les bas salaires bénéficient également d'un rehaussement spécifique du nombre de points attribués à certains échelons de leurs grilles indiciaires, pouvant aller jusqu'à 9 points supplémentaires. Pour estimer le coût de la mesure, 111 M€ en année pleine, la DGOS a identifié, sur la base des données DADS, le nombre d'agents positionnés dans chacun des échelons concernés, puis a multiplié ces effectifs par le nombre de points supplémentaire dont ils bénéficient, la valeur brute annuelle du point d'indice, l'incidence du traitement indiciaire sur les rémunérations accessoires, et les taux de contribution employeur et imposition applicables au traitement et aux indemnités. Ce chiffrage n'appelle pas d'observation.

[252] Une prime pouvoir d'achat exceptionnelle, dégressive selon les tranches de revenus, a aussi été attribuée, pour la seule année 2023 aux agents percevant une rémunération annuelle brute inférieure ou égale à 39 000 €.

Tableau 20 : Barème de la prime pouvoir d'achat exceptionnelle de 2023

Rémunération brute perçue au titre de la période courant du 1er juillet 2022 au 30 juin 2023	Montant de la prime de pouvoir d'achat
Inférieure ou égale à 23 700 €	800 €
Supérieure à 23 700 € et inférieure ou égale à 27 300 €	700 €
Supérieure à 27 300 € et inférieure ou égale à 29 160 €	600 €
Supérieure à 29 160 € et inférieure ou égale à 30 840 €	500 €
Supérieure à 30 840 € et inférieure ou égale à 32 280 €	400 €
Supérieure à 32 280 € et inférieure ou égale à 33 600 €	350 €
Supérieure à 33 600 € et inférieure ou égale à 39 000 €	300 €

[253] Le coût de cette mesure a été évalué à 488 M€ pour les personnels non médicaux et 23 M€ pour les internes qui en ont également bénéficié. Du fait de ces montants variables selon le niveau de rémunération, le chiffrage réalisé par la DGOS a nécessité une analyse fine du nombre d'agents concernés et du montant qui leur serait attribué. Pour les personnels non médicaux, la DGOS a utilisé les déciles de rémunération au sein de la fonction publique hospitalière issus de la fiche de la DREES "Etudes et Resultats - Les salaires dans la fonction publique hospitalière " de septembre 2022. Les données de référence datent de 2020 (source : Insee, Siasp). Pour les internes, la DGOS s'est basée sur le nombre d'internes indiqué dans l'enquête annuelle auprès des ARS et sur le niveau des émoluments fixé par la réglementation. Ce chiffrage n'appelle pas d'observation.

[254] Cette mesure n'étant que ponctuelle, elle n'est pas reprise dans le total des coûts supplémentaires annuels récurrents s'imposant aux établissements publics de santé.

3.2.3 Des mesures indemnitaires, dont particulièrement la majoration à 75 % du remboursement transport et la revalorisation de l'indemnisation des CET

[255] Les mesures Guérini portant sur des revalorisations indemnitaires sont plus délicates à chiffrer du fait du peu de données mobilisables.

[256] En particulier, concernant la hausse de la quotité du remboursement des transports de 50 % à 75 %, il n'existe pas de donnée disponible pour la FPH. En l'absence de chiffres connus, la DGOS a utilisé les montants remboursés dans la fonction publique d'Etat en 2022 rapportés au nombre d'agents. Il en est déduit une prise en charge annuelle moyenne de 348 € en Île-de-France et de 262 € dans l'ensemble du pays hors Île-de-France pour une quotité de remboursement de 50 %. Porter ce pourcentage à 75 % fait progresser ces montants à 522 € en Île-de-France et 393 € dans les autres régions, soit respectivement + 174 € et + 131 €.

[257] En extrapolant ces données au nombre d'agents de la fonction publique hospitalière, la DGOS aboutit à une estimation de 26 M€. Il n'est pas fait mention de la prise en compte des contributions employeurs et des impositions assises sur la rémunération. L'application d'un taux de 18,09 %, correspondant à l'ensemble des contributions employeurs et impositions s'appliquant à l'indemnitaire à l'exclusion de la contribution au RAFP dont l'assiette équivalent à 20 % du

traitement indiciaire est supposée saturée, aboutit à un coût de 30 M€, soit 4 M€ de plus que l'estimation initiale.

[258] La même absence de prise en compte des contributions employeurs et des impositions assises sur les rémunérations apparaît dans le chiffrage de la revalorisation de 10 % des montants d'indemnisation des CET. En effet, le tableau figurant dans la fiche d'impact de l'arrêté fixant les montants des jours indemnisés dans le cadre du compte épargne-temps, élaborée par la Direction Générale de l'Offre de Soins sur la base des données fournies par la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique, ne fait référence qu'à des coûts bruts. Lorsque le « coût normal 2024 » est divisé par le nombre de jours pour chaque catégorie, sont retrouvés les montants bruts antérieurs à la revalorisation : 135 € en catégorie A, 90 € en catégorie B et 75 € en catégorie C. La même division opérée avec la ligne « Coût 2024 » fait apparaître les montants bruts après revalorisation : 150 € en catégorie A, 100 € en catégorie B et 83 € en catégorie C.

[259] Le coût supplémentaire total de 9,2 M€ indiqué dans le tableau ci-dessous est donc un coût brut.

Tableau 21 : Estimation du coût de la monétisation du CET figurant dans la fiche d'impact de l'arrêté fixant les montants des jours indemnisés dans le cadre du compte épargne-temps

FPH - Monétisation CET				
	Cat. A	Cat. B	Cat. C	Total
Nb d'agents	20 044	21 254	31 311	72 609
Nb de jours	240 528	255 048	375 732	871 308
Coût normal 2024 sur la base de 2022/2023 (M€)	32,5	23,0	28,2	83,6
Coût supplémentaire 2024 (M€)	+ 3,6	+ 2,6	+ 3,0	+ 9,2
Coût 2024 (M€)	36,1	25,5	31,2	92,8

Source : Direction générale de l'administration et de la fonction publique du ministère chargé de la fonction publique

[260] La prise en compte des contributions employeur et des impositions assises sur les rémunérations, au même taux de 18,09 % utilisé précédemment, aboutit à un coût de 11 M€, soit un sous-financement de 2 M€.

4 Attractivité et revalorisation de la permanence des soins

4.1 La revalorisation des indemnités de garde et astreinte des personnels médicaux

4.1.1 La revalorisation de 50 % des indemnités de garde et astreinte des praticiens

[261] La majoration provisoire de 50 % des indemnités de garde et astreinte prévue par l'arrêté du 30 août 2022 et reconduite par plusieurs textes successifs jusqu'au 31 décembre 2023 est

pérennisée à compter du 1^{er} janvier 2024 par l'arrêté du 22 décembre 2023 modifiant le montant des indemnités des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé.

[262] Afin de neutraliser l'impact des majorations provisoires dans son chiffrage, la DGOS a utilisé les données comptables 2020 qu'elle a majoré de 50 % avant d'y appliquer un taux de contribution employeur de 49 %. Le montant estimé ainsi est de 416 M€. La mission a reproduit le calcul en utilisant deux méthodes : l'une fondée sur les données avant crise Covid, soit 2019, vieilles des revalorisations de la valeur du point d'indice de 2022 et 2023, l'autre basée sur les données constatées en 2024. Avec pour chacune l'usage du taux de contribution employeur de 49,56 % utilisé pour l'ensemble des chiffrements relatifs aux praticiens. Les deux méthodes aboutissent à une estimation comprise entre 414 M€ et 416 M€, conforme à celle initiale de la DGOS.

4.1.2 L'application de cette revalorisation aux étudiants de troisième cycle

[263] Les internes bénéficient également d'une majoration de 50 % de leurs indemnités de garde, dont le coût est estimé à 122 M€ par la DGOS. Afin de neutraliser les mesures de majoration prises pendant la crise Covid, la DGOS a utilisé les données comptables 2019 pour les internes et 2021 pour les docteurs juniors (première année disponible).

[264] Seulement, cette méthode occulte, d'une part la majoration de 25 % des mêmes indemnités de garde en 2020 ainsi que les revalorisations du point d'indice en 2022 et 2023, et d'autre part l'effet volume lié à la hausse des effectifs d'internes et de docteurs juniors. Pour ces derniers, la progression est d'autant plus forte que leur statut est nouveau.

[265] Un taux de charge de 49 % a été utilisé, qui correspond quasiment au taux de contribution employeur s'appliquant aux praticiens, mais qui diffère de celui effectivement calculé pour les rémunérations hors émoluments des internes qui est de 44,81 %. Cette différence de taux a eu un effet majorant de 4 M€ sur le chiffrage de la DGOS. L'absence de prise en compte des revalorisations du montant des indemnités de garde de 2020 à 2023 a toutefois eu un effet minorant bien plus fort. En effet, la simulation de ces revalorisations sur les bases 2019 et 2021 utilisées par la DGOS, aboutit à une estimation du coût de la hausse de 50 % des indemnités de garde de 156 M€, soit 34 M€ de plus que l'estimation initiale.

Tableau 22 : Effet de l'absence d'actualisation des données comptables utilisés et des différences de taux de contribution employeurs pris en compte

En milliers d'euros	Données M21 (2019 internes ; 2021 Docteurs Jr)	Surcoût chiffré DGOS	Données M21 vieillies*	Surcoût sur données vieillies
Gardes des internes	156 784	78 392	205 735	102 868
Gardes des docteurs juniors	6 584	3 292	10 376	5 188
Total	163 369	81 684	216 111	108 055
Total chargé 49 %	243 419	121 710		
Total chargé 44,81 %	236 574	118 285	312 950	156 475

*Les données sont vieilles des seules variations portant sur le montant de l'indemnisation des gardes : revalorisation de 25 % au 1^{er} novembre 2020 (pour les internes seulement, les données concernant les docteurs juniors étant postérieures à cette revalorisation), et revalorisations de la valeur du point d'indice de 3,5 % puis 1,5 % au 1^{er} juillet 2022 et au 1^{er} juillet 2023.

Source : DGOS, retravaillé par la mission.

[266] La comparaison entre les données comptables vieilles majorées de 50 % (324 M€ en brut) et le surcoût effectivement constaté dans les comptes 2024 encore provisoires (361 M€) montre un effet volume qui s'additionne à la hausse du montant unitaire des indemnités de garde. Sur la période les effectifs d'internes, et encore davantage de docteurs juniors, ont progressé entraînant une hausse du nombre de gardes réalisées par eux. Cette hausse des effectifs est en elle-même déjà compensée par l'abondement de la MERRI « financement des études médicales ». Il ne faut donc prendre en compte que l'effet de la revalorisation sur le coût de ces gardes supplémentaires. En considérant que sur une base 100 ces gardes supplémentaires sont payées 150 suite à la revalorisation, l'effet de celle-ci peut être isolé en ne retenant qu'un tiers de l'écart entre le montant constaté dans les comptes et la simulation de la majoration de 50 % sur les données vieilles.

Tableau 23 : Prise en compte de l'effet prix sur les gardes supplémentaires réalisées par des internes et docteurs juniors

En milliers d'euros	Majoration de 50 % sur données vieilles	Montants constaté 2024	Surcoût constaté retraité de l'effet volume
Gardes des internes	308 603	327 174	109 058
Gardes des docteurs juniors	15 564	34 665	11 555
Total	324 166	361 839	120 613
Total chargé 44,81 %	469 425	523 979	174 660

[267] L'ensemble de ces retraitements fait apparaître un surcoût réel de la revalorisation des gardes des internes de 174 M€, soit 52 M€ de plus que l'estimation initiale.

4.2 La revalorisation du travail de nuit, des dimanches et jours fériés des personnels non médicaux

[268] Concernant les personnels non médicaux, leur participation au fonctionnement de l'hôpital sur les temps de la permanence des soins est rémunérée par des indemnités spécifiques pour le travail de nuit, ainsi que le travail les dimanches et jours fériés.

[269] La revalorisation de l'indemnité de nuit au 1^{er} janvier 2024 a été particulièrement délicate à chiffrer pour deux raisons. Premièrement, il ne s'agissait pas d'une simple revalorisation mais d'un changement de construction de l'indemnité ; auparavant un montant forfaitaire dont le montant était fonction de l'intensité du travail s'ajoutait au taux horaire de l'agent, dorénavant l'indemnité correspond à une majoration de 25 % du traitement indiciaire de l'agent. Deuxièmement, les données comptables concernant les indemnités de nuit n'étaient disponibles que pour les trois premiers mois de l'année 2023 au moment du chiffrage, le compte dédié ayant été nouvellement créé. Ces données étaient par ailleurs incomplètes, 4 établissements aux effectifs non-médicaux supérieurs à 1 000 ETP, dont l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, ayant imputé par erreur ces charges sur un autre compte⁸⁴.

[270] Sur la base de ces données, la DGOS a estimé un coût de 378 M€ qui est très proche du coût constaté dans les données comptables 2024⁸⁵ : entre 2023 et 2024, un écart de 265 M€ brut pour les agents titulaires et 39 M€ brut pour les agents contractuels, soit un coût chargé de 372 M€ après application d'un taux de contribution employeur de 18,09 %⁸⁶ pour les premiers et de 54,30 % pour les seconds.

[271] Sous réserve des données définitives des comptes 2024, la revalorisation des indemnités de travail de nuit apparaît bien financée.

[272] Cela n'est pas le cas de la revalorisation de l'indemnité de travail le dimanche et les jours fériés. Cette mesure a été estimée à 87,3 M€, sur la base de données partielles puisque les données de 6 établissements aux effectifs non-médicaux supérieurs à 1 000 ETP, dont l'APHP, étaient également manquantes du fait d'une erreur d'imputation comptable encore en cours de résolution, et en omettant d'y appliquant le coût des contributions employeurs et des impositions assises sur les rémunérations suite à une confusion entre les montants bruts et chargés. Cette estimation a été revue à 98,2 M€ par la DGOS après constatation de l'absence des données de l'APHP. Les charges constatées dans les comptes des établissements⁸⁷, avec l'ajout des données que l'APHP a pu communiquer, et l'application d'un taux de contribution de 18,09 % pour les agents titulaires et de 54,30 % pour les agents contractuels aboutit à un coût réel de l'ordre de 136,8 M€, soit 38,6 M€ de plus que l'estimation revue par la DGOS.

⁸⁴ Erreur d'imputation comptable encore en cours de correction à la rédaction du présent rapport : les données de l'APHP sont encore manquantes pour l'exercice 2024.

⁸⁵ Extraction Diamant du 7 octobre 2025 et ajout des données communiquées par l'APHP, les données 2023 étant divisées par deux pour neutraliser l'effet du doublement des majorations de nuit sur cette période.

⁸⁶ Il est supposé que l'assiette de contribution au RAEP équivalent à 20 % du traitement indiciaire est saturée et que les 5 % de contribution afférent ne sont pas à prendre en compte.

⁸⁷ Extraction Diamant du 7 octobre 2025 et ajout des données communiquées par l'APHP.

4.3 Affiliation des personnels universitaires à l'IRCANTEC

[273] Afin d'améliorer le taux de remplacement des personnels universitaires admis à la retraite, il a été décidé leur affiliation à l'IRCANTEC au 1^{er} septembre 2024, ce qui génère un surcroît de cotisations pour les agents et de contributions pour les employeurs. En contrepartie, sont supprimés leurs cotisations au régime additionnel de la fonction publique (RAFP) et l'abondement de plan d'épargne retraite populaire (PERP) dont ils pouvaient bénéficier.

[274] Une fiche ONDAM a été transmise qui fait état d'un coût brut de 40 M€ en année pleine, qui est vérifié. Les crédits disponibles dans les bases budgétaires des EPS fin 2023 et redéployables pour financer le nouveau dispositif étaient estimés à 18,8 M€ (3,6 M€ de contributions au RAFP, 11,5 M€ d'abondement de PERP indiqué dans une fiche ONDAM de 2012 et 3,7 M€ délégués fin 2023 en crédits reconductibles pour financer l'augmentation de la cotisation au PERP). Pour compléter ces financements existants, 12,9 M€ ont été délégués en 2024 et 31,7 M€ en 2025 en crédits non reconductibles, tenant compte de l'entrée en vigueur du dispositif sur 4 mois seulement en 2024 et, en 2025, du coût résiduel de 10,3 M€ du dispositif d'abondement du PERP qui est éteint, mais est payé avec un an de décalage. Les différentes estimations sont cohérentes entre elles et les crédits non reconductibles délégués ont couvert le surcoût du nouveau dispositif en 2024 et 2025.

5 Synthèse du chiffrage des mesures de revalorisation salariale

Tableau 24 : Synthèse des écarts identifiés par la mission

Mesure	Montant estimé (M€)	Ecart estimé par la mission	
		M€	%
1) Sécur	5 914,39	189,56	3,2 %
Revalorisation socle	3 794,75	113,42	3,0 %
Complément de traitement indiciaire	3 355,00	117,09	3,5 %
Revalorisation de l'IESPE	390,60	-5,68	-1,5 %
IESPE en période probatoire	49,15	2,01	4,1 %
Revalorisations ciblées PM et soignants	845,02	63,83	7,6 %
Revalorisations de grille des personnels soignants	644,00	62,83	9,8 %
Création de 3 échelons supplémentaires grille PH	63,20	1,00	1,6 %
Nouveau statut unique des contractuels	122,00	-	0,0 %
Fusion des premiers échelons HU	12,10	-	0,0 %
Hausse de l'abondement PERP HU	3,72	-	0,0 %
Mesures pour les étudiants	192,11	8,86	4,6 %
Revalorisation des indemnités des étudiants de 2ème cycle	60,95	-1,84	-3,0 %
Revalorisation émoluments des étudiants de troisième cycle	72,88	1,83	2,5 %
Création d'une IFH pour les étudiants de 2ème cycle en stage ambulatoire en zone sous dense	5,00	-	0,0 %
Revalorisation de l'IFH pour les internes	4,29	0,01	0,2 %
Revalorisation de 25 % des indemnités de garde étudiants 3ème cycle	48,99	8,86	18,1 %
Mesures relatives aux organisations de travail	1 082,50	3,45	0,3 %

RAPPORT IGAS N°2025-007R

Primes managériales chefs de service et de pôle, PCME, PCMG	82,50	3,45	4,2 %
Forfaits d'heures supplémentaires sur-rémunérées	150,00	-	0,0 %
Résorption de l'emploi précaire	160,00	-	0,0 %
Valorisation de l'engagement collectif	340,00	-	0,0 %
Création de 7 500 postes	350,00	-	0,0 %
2) Transposition de la hausse du salaire minimum	155,06	14,23	9,2 %
Relèvement du minimum de traitement dans la fonction publique (à 6 reprises, montant cumulé sur la période)	155,06	14,23	9,2 %
3) Mesures générales fonction publique	3 118,09	167,74	5,4 %
Mesures Guérini (hors prime pouvoir d'achat ponctuelle)	1 408,72	60,32	4,3 %
Attribution de 5 points d'indice majoré	470,52	15,34	3,3 %
Majoration du remboursement au titre du transport (75 %)	26,00	4,35	16,7 %
Prime pouvoir d'achat (mesure ponctuelle, retraitée du coût annuel récurrent)	488	-	0,0 %
Rehaussement en points pour les bas salaires	111,00	-	0,0 %
Revalorisation de 10 % de l'indemnisation du CET	9,20	1,66	18,1 %
Revalorisation du point d'indice : 1,5 % au 1 ^{er} juillet 2023 – PM	189,00	4,03	2,1 %
Revalorisation du point d'indice : 1,5 % au 1 ^{er} juillet 2023 – PNM	603,00	34,94	5,8 %
Autres	1 709,37	107,42	6,3 %
Revalorisation du point d'indice : 3,5 % au 1 ^{er} juillet 2022 – PM	412,35	17,49	4,2 %
Revalorisation du point d'indice : 3,5 % au 1 ^{er} juillet 2022 – PNM	1 297,02	89,93	6,9 %
4) Attractivité et permanence des soins	1 050,50	85,3	8,1 %
Revalorisation des indemnités de garde et d'astreinte	416,00	-	0,0 %
Revalorisation de 50 % des indemnités de garde étudiants 3 ^{ème} cycle	122,00	52,35	42,9 %
Revalorisation de l'indemnité pour les dimanches et jours fériés	98,2	38,59	39,3 %
Revalorisation des indemnités relatives au travail de nuit	378,00	-5,64	-1,5 %
Amélioration de la retraite des HU par affiliation à l'IRCANTEC	36,3	-	0,0 %
TOTAL	10 238,03	456,83	4,5 %

Un écart positif met en évidence un coût réel supérieur à celui financé.

ANNEXE 2 : Estimation des taux de cotisation et contribution applicables aux différentes variables de paie

[275] L'un des déterminants majeurs du coût des revalorisations salariales est le taux des contributions employeurs et des impositions assises sur la rémunération qui s'appliquera au montant de rémunération supplémentaire dont bénéficient les agents. Ce taux est variable selon le statut des agents et selon l'élément de paie en question et est distinct du taux moyen applicable à l'ensemble de la rémunération de l'agent.

[276] Le taux des contributions employeurs relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, pour les personnels médicaux et les agents contractuels, n'a pas pu être pris en compte. D'une part, cette contribution est calculée sur la base d'un taux individuel notifié aux établissements par les CARSAT en fonction de leur sinistralité. D'autre part, les établissements peuvent décider d'être leur propre assureur sur ce risque. La diversité des situations observées sur un échantillon restreint n'a pas permis d'identifier un taux moyen pertinent.

[277] Les taux présentés dans les tableaux ci-dessous sont les taux applicables à la date des mesures de revalorisation, soit les taux applicables de 2020 à 2024, pour les personnels non-médicaux et médicaux. Les évolutions intervenues depuis sont notées en observations. Ces tableaux sont issus des travaux de la DGOS et ont été modifiés par la mission.

[278] Liste des tableaux :

- Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables à la rémunération indiciaire des agents titulaires
- Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux primes et indemnités des agents titulaires
- Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables à la rémunération des agents contractuels
- Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux émoluments des personnels universitaires
- Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux émoluments des praticiens hospitaliers titulaires et des praticiens contractuels à temps complet
- Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux émoluments des étudiants de deuxième cycle
- Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux émoluments des étudiants de troisième cycle

Tableau 1 : Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables à la rémunération indiciaire des agents titulaires

Cotisations / Contributions	Salariale	Employeur	Observations
CNRACL – Pension	11,10 %	30,65 %	34,65 % en 2025, trajectoire de hausse de 3 points par an jusqu'en 2028
RAFP			Ne s'applique qu'aux primes et indemnités, dans la limite d'une assiette équivalente à 20 % du traitement indiciaire brut
ATIACL		0,40 %	Non applicable au CTI
Maladie, maternité, invalidité (prestations en nature)		9,88 %	
Allocations familiales		5,25 %	
CSG	9,04 %		Taux de 9,2 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CRDS	0,49 %		Taux de 0,5 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CSA		0,30 %	
FNAL		0,50 %	
Versement mobilité (transport)		1,71 %	Taux moyen calculé par la mission sur la base de la table des taux de contribution transport publiée par l'URSSAF actualisée au 7 juillet 2025 (https://fichierdirect.declaration.urssaf.fr/TablesReference.htm) et des effectifs déclarés dans la SAE 2023. Le taux applicable aux établissements est variable de 0 à 3,2 % sur décision de l'autorité organisatrice des transports compétente selon leur localisation.
CGOS		1,50 %	Contribution prévue par l'article L. 733-2 du code général de la fonction publique et fixée par l'arrêté 15 avril 2024 relatif au taux de la contribution pour l'action sociale des personnels de la fonction publique hospitalière à 1,42 % à compter du 1 ^{er} janvier 2024 (le taux précédent de 1,50 % s'appliquait dans la limite d'une rémunération plafonnée équivalente à l'indice 489).
CGOS-CESU		0,09 %	
FEH		0,80 %	
ANFH - Actions de formation (plan de formation)		2,10 %	
ANFH - Financement mutualisé des études relatives à la promotion professionnelle (FMPEP)		0,60 %	
ANFH - CFP/BC/VAE		0,20 %	
Taxe sur les salaires (tranche 3)		13,60 %	2 ^{ème} taux majoré au-delà du seuil de 15 981 € brut annuel selon le barème de 2020. Ce seuil est systématiquement dépassé pour un équivalent temps plein et s'applique intégralement aux rémunérations supplémentaires.
Total	20,63 %	67,58 %	67,18 % pour le CTI

Tableau 2 : Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux primes et indemnités des agents titulaires

Cotisations / Contributions	Salariale	Employeur	Observations
CNRACL – Pension			Non applicable
RAFP	5,00 %	5,00 %	Assiette plafonnée à 20 % du TIB et composée de tout élément de rémunération (y compris les avantages en nature) non cotisé au régime spécial de retraite.
ATIACL			Non applicable
Maladie, maternité, invalidité (prestations en nature)			Non applicable
Allocations familiales			Non applicable
CSG	9,04 %		Taux de 9,2 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CRDS	0,49 %		Taux de 0,5 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CSA			Non applicable
FNAL			Non applicable
Versement mobilité (transport)			Non applicable
CGOS		1,50 %	Contribution prévue par l'article L. 733-2 du code général de la fonction publique et fixée par l'arrêté 15 avril 2024 relatif au taux de la contribution pour l'action sociale des personnels de la fonction publique hospitalière à 1,42 % à compter du 1 ^{er} janvier 2024 (le taux précédent de 1,50 % s'appliquait dans la limite d'une rémunération plafonnée équivalente à l'indice 489).
CGOS-CESU		0,09 %	
FEH			Non applicable
ANFH - Actions de formation (plan de formation)		2,10 %	
ANFH - Financement mutualisé des études relatives à la promotion professionnelle (FMPEP)		0,60 %	
ANFH - CFP/BC/VAE		0,20 %	
Taxe sur les salaires (tranche 3)		13,60 %	2 ^{ème} taux majoré au-delà du seuil de 15 981 € brut annuel selon le barème de 2020. Ce seuil est systématiquement dépassé pour un équivalent temps plein et s'applique intégralement aux rémunérations supplémentaires
Total	14,53 %	23,09 %	

Tableau 3 : Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables à la rémunération des agents contractuels

Cotisations / Contributions	Salariale	Employeur	Observations
Vieillesse	6,90 %	8,55 %	
Vieillesse déplafonnée	0,40 %	1,90 %	2,02 % à compter du 1 ^{er} janvier 2024
IRCANTEC tranche A	2,80 %	4,20 %	C'est la tranche A qui est prise en compte pour les chiffrages. En effet, la tranche B à 12,55 % est quasiment équivalente à l'addition de la contribution vieillesse à 8,55 % et de la tranche A à 4,20 % (12,77 %).
Maladie, maternité, invalidité		13,00 %	
Allocations familiales		5,25 %	
AT/MP			Les taux sont variables, notifiés par les CARSAT. Aucun taux moyen n'est identifié.
CSG	9,04 %		Taux de 9,2 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CRDS	0,49 %		Taux de 0,5 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CSA		0,30 %	
FNAL		0,50 %	
Versement mobilité (transport)		1,71 %	Taux moyen calculé par la mission sur la base de la table des taux de contribution transport publiée par l'URSSAF actualisée au 7 juillet 2025 (https://fichierdirect.declaration.urssaf.fr/TablesReference.htm) et des effectifs déclarés dans la SAE 2023. Le taux applicable aux établissements est variable de 0 à 3,2 % sur décision de l'autorité organisatrice des transports compétente selon leur localisation.
CGOS (1,42 au 1er janvier 2024)		1,50 %	Contribution prévue par l'article L. 733-2 du code général de la fonction publique et fixée par l'arrêté 15 avril 2024 relatif au taux de la contribution pour l'action sociale des personnels de la fonction publique hospitalière à 1,42 % à compter du 1 ^{er} janvier 2024 (le taux précédent de 1,50 % s'appliquait dans la limite d'une rémunération plafonnée équivalente à l'indice 489).
CGOS-CESU		0,09 %	
FEH		0,80 %	
ANFH - Actions de formation (plan de formation)		2,10 %	
ANFH - Financement mutualisé des études relatives à la promotion professionnelle (FMEP)		0,60 %	
ANFH - CFP/BC/VAE		0,20 %	
Taxe sur les salaires (tranche 3)		13,60 %	2 ^{ème} taux majoré au-delà du seuil de 15 981 € brut annuel selon le barème de 2020. Ce seuil est systématiquement dépassé pour un équivalent temps plein et s'applique intégralement aux rémunérations supplémentaires
Total	19,63 %	54,30 %	

Tableau 4 : Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux émoluments des personnels universitaires

Cotisations / contributions	Salariale	Employeur	Observations
CSG	9,04 %		Taux de 9,2 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CRDS	0,49 %		Taux de 0,5 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
IRCANTEC	0 %		5,21 % sur l'ensemble de la rémunération depuis le 1 ^{er} septembre 2024 (Article L921-2-2 du code de la sécurité social)
Taxe sur les salaires (entreprises non soumises à la TVA) ; tranche 3		13,60 %	2 ^{ème} taux majoré au-delà du seuil de 15 981 € brut annuel selon le barème de 2020. Ce seuil est systématiquement dépassé pour un équivalent temps plein et s'applique intégralement aux rémunérations supplémentaires
FNAL employeurs de plus de 50 salariés		0,50 %	
Versement mobilité		1,71 %	Taux moyen calculé par la mission sur la base de la table des taux de contribution transport publiée par l'URSSAF actualisée au 7 juillet 2025 (https://fichierdirect.declaration.urssaf.fr/TablesReference.htm) et des effectifs déclarés dans la SAE 2023. Le taux applicable aux établissements est variable de 0 à 3,2 % sur décision de l'autorité organisatrice des transports compétente selon leur localisation.
Contribution DPC (développement professionnel continu)		0,75 %	
Ensemble	9,53 %	16,56 %	

Tableau 5 : Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux émoluments des praticiens hospitaliers titulaires et des praticiens contractuels à temps complet

Cotisations / contributions	Salariale	Employeur	Observations
CSG	9,04 %		Taux de 9,2 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CRDS	0,49 %		Taux de 0,5 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
Contribution solidarité autonomie		0,30 %	
Maladie, maternité, décès		13,00 %	
Accidents du travail		Non connu	Taux individualisé, il n'a pas été possible d'estimer une moyenne nationale pertinente.
Prestations familiales		5,25 %	
Vieillesse	6,90 %	8,55 %	Non prise en compte, il est considéré que les praticiens dépassent le seuil.
Vieillesse déplafonnée	0,40 %	1,90 %	Prise en compte. 2,02 % à compter du 1 ^{er} janvier 2024
IRCANTEC tranche A	2,80 %	4,20 %	Non prise en compte, il est considéré que les praticiens dépassent le seuil.
IRCANTEC tranche B	6,95 %	12,55 %	C'est la tranche B qui est prise en compte pour les chiffreages. En effet, les praticiens dépassent le seuil.
Taxe sur les salaires (entreprises non soumises à la TVA) ; tranche 3		13,60 %	2 ^{ème} taux majoré au-delà du seuil de 15 981 € brut annuel selon le barème de 2020. Ce seuil est systématiquement dépassé pour un équivalent temps plein et s'applique intégralement aux rémunérations supplémentaires.
FNAL employeurs de plus de 50 salariés		0,50 %	
Versement mobilité		1,71 %	Taux moyen calculé par la mission sur la base de la table des taux de contribution transport publiée par l'URSSAF actualisée au 7 juillet 2025 (https://fichierdirect.declaration.urssaf.fr/TablesReference.htm) et des effectifs déclarés dans la SAE 2023. Le taux applicable aux établissements est variable de 0 à 3,2 % sur décision de l'autorité organisatrice des transports compétente selon leur localisation.
Contribution DPC (développement professionnel continu)		0,75 %	
Ensemble	16,88 %	49,56 %	

Tableau 6 : Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux émoluments des étudiants de deuxième cycle

Cotisations / contributions	Salariale	Employeur	Observations
CSG	9,04 %		Taux de 9,2 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CRDS	0,49 %		Taux de 0,5 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
Contribution solidarité autonomie		0,30 %	
Maladie, maternité, décès		13,00 %	
Accidents du travail		Non connu	Taux individualisé, il n'a pas été possible d'estimer une moyenne nationale pertinente.
Prestations familiales		5,25 %	
Vieillesse	6,90 %	8,55 %	Prise en compte, les rémunérations des étudiants de deuxième cycle sont inférieures au seuil.
Vieillesse déplafonnée	0,40 %	1,90 %	S'applique à l'ensemble de la rémunération. 2,02 % à compter du 1 ^{er} janvier 2024
IRCANTEC tranche A	2,80 %	4,20 %	C'est la tranche A qui est prise en compte pour les chiffrages. En effet, les étudiants de deuxième cycle ont une rémunération inférieure au seuil.
IRCANTEC tranche B	6,95 %	12,55 %	Non prise en compte, il est considéré que les rémunérations des étudiants de deuxième cycle sont inférieures au seuil.
Taxe sur les salaires (entreprises non soumises à la TVA) ; tranche 1		4,25 %	Il est considéré que les rémunérations des étudiants de deuxième cycle ne dépassent pas le premier seuil.
FNAL employeurs de plus de 50 salariés		0,50 %	
Versement mobilité		1,71 %	Taux moyen calculé par la mission sur la base de la table des taux de contribution transport publiée par l'URSSAF actualisée au 7 juillet 2025 (https://fichierdirect.declaration.urssaf.fr/TablesReference.htm) et des effectifs déclarés dans la SAE 2023. Le taux applicable aux établissements est variable de 0 à 3,2 % sur décision de l'autorité organisatrice des transports compétente selon leur localisation.
Ensemble	19,23 %	39,66 %	

Tableau 7 : Cotisations sociales, contributions employeurs et impositions applicables aux émoluments des étudiants de troisième cycle

Cotisations / contributions	Salariale	Employeur	Observations
CSG	9,04 %		Taux de 9,2 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
CRDS	0,49 %		Taux de 0,5 % mais abattement d'assiette de 1,75 % pour les rémunérations inférieures à 4 PASS
Contribution solidarité autonomie		0,30 %	
Maladie, maternité, décès		13,00 %	
Accidents du travail		Non connu	Taux individualisé, il n'a pas été possible d'estimer une moyenne nationale pertinente.
Prestations familiales		5,25 %	
Vieillesse	6,90 %	8,55 %	Prise en compte, les rémunérations des étudiants de troisième cycle sont inférieures au seuil.
Vieillesse déplafonnée	0,40 %	1,90 %	S'applique à l'ensemble de la rémunération. 2,02 % à compter du 1 ^{er} janvier 2024
IRCANTEC tranche A	2,80 %	4,20 %	Cotisation sur deux tiers des émoluments. C'est la tranche A qui est prise en compte pour les chiffrages. En effet, les étudiants de troisième cycle ont une rémunération inférieure au seuil.
IRCANTEC tranche B	6,95 %	12,55 %	Cotisation sur deux tiers des émoluments. Non prise en compte, émoluments inférieurs au seuil.
Taxe sur les salaires (entreprises non soumises à la TVA) ; tranche 1		13,60 %	2 ^{ème} taux majoré au-delà du seuil de 15 981 € brut annuel selon le barème de 2020. Ce seuil est systématiquement dépassé pour un équivalent temps plein et s'applique intégralement aux rémunérations supplémentaires.
FNAL employeurs de plus de 50 salariés		0,50 %	
Versement mobilité		1,71 %	Taux moyen calculé par la mission sur la base de la table des taux de contribution transport publiée par l'URSSAF actualisée au 7 juillet 2025 (https://fichierdirect.declaration.urssaf.fr/TablesReference.htm) et des effectifs déclarés dans la SAE 2023. Le taux applicable aux établissements est variable de 0 à 3,2 % sur décision de l'autorité organisatrice des transports compétente selon leur localisation.
Emoluments en-deçà du plafond Sécurité Sociale	18,70 %	47,61 %	
Primes et indemnités en-deçà du PSS	16,83 %	44,81 %	

ANNEXE 3 : Les modalités de la compensation financière des chocs externes

1 LA VOLONTE DE CONCILIER LA COMPENSATION FINANCIERE DE L'IMPACT DES CHOCS EXTERNES SUBIS PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE AVEC UN SYSTEME DE FINANCEMENT REPOSANT ENCORE MAJORITAIREMENT SUR LA REMUNERATION DE L'ACTIVITE A ABOUTI A UN DISPOSITIF SOPHISTIQUE MAIS PEU LISIBLE 102

1.1 LE SYSTEME DE FINANCEMENT ACTUEL N'EST PAS CONÇU POUR COMPENSER L'EVOLUTION DES CHARGES DE CHAQUE ETABLISSEMENT 102

1.1.1 *Dans le champ MCO, le financement majoritaire par des tarifs de prestations ne permet, à la différence de la DGF, de compenser l'évolution des charges que de manière globale* 102

1.1.2 *Dans les champs psychiatrie et SSR, le passage de dotations annuelles de financement à un système combinant dotations populationnelles, dotations ciblées et financement à l'activité rend plus difficile la compensation à l'échelle de chaque établissement* 103

1.2 LE CARACTERE MASSIF DES MESURES SALARIALES DES ANNEES 2020 A 2024 A CONDUIT, POUR COMPENSER LEUR IMPACT POUR LES ETABLISSEMENTS SANS REMETTRE EN CAUSE CE SYSTEME DE FINANCEMENT, A METTRE AU POINT UN DISPOSITIF DE « VECTORISATION » PARTICULIEREMENT COMPLEXE 105

1.2.1 *L'effort massif de revalorisation des rémunérations des personnels de la fonction publique hospitalière, transposé en partie au secteur privé a justifié de les faire financer intégralement par l'assurance maladie* 105

1.2.2 *La volonté d'intégrer ces financements dans les vecteurs actuels a nécessité une adaptation du système de financement, en particulier dans le champ MCO* 106

1.3 CE DISPOSITIF APPARAÎT DIFFICILEMENT LISIBLE POUR LES ARS COMME POUR LES ETABLISSEMENTS 111

1.3.1 *Les circulaires de campagne n'identifient qu'une partie des crédits alloués pour financer les mesures* 111

1.3.2 *Une documentation complémentaire est communiquée parallèlement aux ARS pour accompagner les réformes de financement, dont le niveau de détail est inégal* 113

1.3.3 *Les établissements ne sont en mesure de retracer les crédits alloués qu'au prix d'un travail d'ingénierie financière auquel la majorité d'entre eux a renoncé* 115

2 LES TRAVAUX CONDUITS PAR LA MISSION MONTRENT QUE LES FINANCEMENTS PREVUS ONT POUR L'ESSENTIEL ETE ALLOUES MAIS N'ONT PAS PERMIS RETRACER COMPLETEMENT CEUX VISANT LES CHAMPS PSYCHIATRIE ET SMR 116

2.1 LE CARACTERE PEU STRUCTURE DE LA DOCUMENTATION DE L'ALLOCATION DES CREDITS APPARENTE CE TRAVAIL DE RECONSTITUTION A UN VERITABLE « JEU DE PISTES » 116

2.1.1 *La DGOS a construit et perfectionné un tableau de calcul qui détermine les financements prévus pour chaque mesure, dans chaque vecteur et pour chaque statut d'établissement mais le suivi de leur délégation au cours de la campagne n'est que partiellement documenté* 116

2.2 LES CREDITS PREVUS ONT POUR L'ESSENTIEL ETE DISTRIBUES MAIS LEUR IDENTIFICATION PRECISE N'EST PAS POSSIBLE A L'ECHELLE DES ARS ET DES ETABLISSEMENTS 120

2.2.1 *Les financements intégrés à la construction de l'ONDAM ES correspondent sauf exceptions aux chiffrage effectués* 120

2.2.2 *Ces financements ont bien été intégrés dans les modes de délégations des crédits propres à chaque vecteur mais leur traçage fin n'est pas possible* 121

2.2.3 *Les crédits effectivement reçus par l'ensemble des établissements ex-DG ont pu différer de ceux prévus, principalement du fait de l'évolution de leur activité, les écarts pouvant varier selon les années* 130

3	DANS LE CHAMP MCO, LA REPARTITION DES FINANCEMENTS OPEREE TRES MAJORITAIREMENT PAR DES AUGMENTATIONS DE TARIFS A PU GENERER DES ECARTS ENTRE ETABLISSEMENTS DU FAIT DE L'EVOLUTION DE LEUR ACTIVITE ET DE LA STRUCTURE DE LEURS RECETTES	143
3.1	LES CRITERES DE REPARTITION DES CREDITS DIFFERENT SELON LES VECTEURS	143
3.1.1	<i>La répartition du financement par champ d'activité s'est appuyée sur la ventilation des effectifs fournie par la SAE</i>	143
3.1.2	<i>Au sein du champ MCO la répartition par vecteurs a été effectuée au prorata des masses financières et très majoritairement sur les tarifs de prestation</i>	145
3.2	LE FINANCEMENT PAR LES TARIFS A PU OPERER DES REDISTRIBUTIONS ENTRE ETABLISSEMENTS EN FONCTION DE LEUR ACTIVITE SANS TOUTEFOIS SEMBLER PENALISER OU AVANTAGER UNE CATEGORIE PARTICULIERE D'ETABLISSEMENTS	146
3.2.1	<i>La comparaison entre la répartition des charges de personnel entre les différentes activités MCO et la répartition du financement des mesures entre les vecteurs correspondant ne montre pas de distorsion majeure</i>	146
3.2.2	<i>Une analyse menée à l'échelle des établissements sur certaines mesures révèle toutefois des écarts significatifs entre établissements entre les recettes perçues et un financement réparti selon les effectifs MCO</i>	151

[279] Cette annexe vise à reconstituer les crédits alloués pour compenser les impacts des chocs externes subis par les établissements de santé, qui ont été distribués en utilisant tous les canaux habituels de financement (appelés « vecteurs » par la DGOS) pour lesquels l'administration centrale fixe les tarifs applicables ou les montants des dotations déléguées⁸⁸. Ce travail de reconstitution n'est pas simple car les vecteurs de financement mobilisables sont nombreux (29 en 2024 pour les EPS auquel il faut ajouter le FIR), que le choix de ces vecteurs a pu varier au cours de la période et que le détail de la ventilation des crédits correspondant aux différentes mesures n'est que très partiellement décrit dans les documents publics que sont les circulaires de campagne. La mise en œuvre de plusieurs réformes de financement (urgences en 2021, psychiatrie en 2023, soins médicaux et de réadaptation en 2024) complique en outre le suivi des crédits en redistribuant à chaque fois les crédits prévus dans les nouvelles enveloppes issues des réformes.

[280] Le choix d'intégrer les financements très importants dégagés pour les revalorisations salariales et l'inflation exceptionnelle dans les circuits de financement habituels a abouti à un dispositif peu lisible pour les destinataires finaux (1). Les travaux de reconstitution réalisés par la mission permettent de considérer que l'essentiel des financements prévus a bien été distribué mais que leur ventilation dans les vecteurs n'est pas complètement identifiable (2). Ils montrent en outre que, dans le champ MCO, le financement majoritaire par les tarifs d'activité a pu générer des « gagnants » et des « perdants » parmi les établissements par rapport à une répartition au prorata de leurs effectifs, avec une forte variabilité individuelle (3).

1 La volonté de concilier la compensation financière de l'impact des chocs externes subis par les établissements de santé avec un système de financement reposant encore majoritairement sur la rémunération de l'activité a abouti à un dispositif sophistiqué mais peu lisible

1.1 Le système de financement actuel n'est pas conçu pour compenser l'évolution des charges de chaque établissement

1.1.1 Dans le champ MCO, le financement majoritaire par des tarifs de prestations ne permet, à la différence de la DGF, de compenser l'évolution des charges que de manière globale

[281] Le mécanisme de la dotation globale de financement (DGF) des établissements de santé qui a fonctionné de 1984 à 2004 reposait sur une autorisation de dépenses donnée à chaque établissement, la dotation étant égale à la différence entre les dépenses proposées par l'établissement et autorisées par le régulateur et les autres recettes (participation des usagers). Ce système ne garantissait pas un financement intégral des évolutions de dépenses de chaque

⁸⁸ *A contrario*, les vecteurs pour lesquels les tarifs sont fixés par l'UNCAM (actes et consultations externes – ACE) ou par le CEPS (liste des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs d'hospitalisation), n'ont pas été utilisés.

établissement puisque l'autorité de tarification pouvait réduire les montants proposés par l'établissement dans son budget prévisionnel en fonction de l'enveloppe de financement dont elle disposait, mais il imposait à celle-ci un examen détaillé de ces évolutions et une justification des abattements pratiqués. En outre, dans la mesure où elle disposait de marges de manœuvre financière, l'autorité de tarification pouvait tenir compte dans la répartition de sa dotation régionale de la situation financière des établissements.

[282] Depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2005, la régulation financière ne repose plus, dans le champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), sur la recherche d'une équivalence, à l'échelle de l'établissement, entre l'évolution des charges et celle des produits mais sur la couverture de l'évolution moyenne des charges par l'évolution moyenne des recettes tarifaires, à l'échelle nationale. Dans ce mode de financement, c'est l'établissement qui porte la responsabilité des dépenses à engager en fonction des recettes qu'il peut attendre sur la base de ses prévisions d'activité. La mise en place de la T2A s'est logiquement accompagnée d'une réforme budgétaire remplaçant le budget autorisé par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), dans lequel le contrôle de l'autorité de régulation se centre sur la vérification de la cohérence entre les prévisions de dépenses et les prévisions de recettes, celles-ci dépendant de l'évolution prévisionnelle de l'activité. Dans ce système, les marges de manœuvre de l'autorité de régulation (l'agence régionale de santé – ARS- depuis 2010) pour moduler les financements en fonction de la situation particulière sont limitées et proviennent principalement des enveloppes de crédits d'aides à la contractualisation (AC) dont elles disposent⁸⁹.

1.1.2 Dans les champs psychiatrie et SSR, le passage de dotations annuelles de financement à un système combinant dotations populationnelles, dotations ciblées et financement à l'activité rend plus difficile la compensation à l'échelle de chaque établissement

[283] La réforme budgétaire engagée à l'occasion de la mise en place de la T2A a eu des conséquences sur les champs psychiatrie et soins de suite et de réadaptation pour lesquels la dotation globale a été remplacée par des « dotations annuelles de financement » (DAF) à caractère forfaitaire dont le montant n'est plus fixé en fonction des dépenses autorisées mais par répartition de l'enveloppe régionale dont dispose l'autorité de tarification. Comme pour le champ MCO, la compensation globale de l'évolution des charges s'effectue à l'échelle nationale et il est de la responsabilité de l'établissement de déterminer dans l'EPRD les dépenses qu'il peut engager en fonction de ses recettes prévisionnelles (DAF et participation des usagers pour l'essentiel). Toutefois, dans ce système, il est plus facile pour l'autorité de tarification de faire évoluer les DAF en fonction des recettes d'assurance maladie historiques de l'établissement que dans le champ MCO où l'évolution des recettes dépend principalement de l'évolution de l'activité.

[284] Le passage de la dotation globale à la DAF a cependant laissé subsister une différence majeure entre le financement, global et forfaitaire, des établissements antérieurement placés sous le régime de la dotation globale (dit « ex-DG ») et le financement à l'activité des établissements privés reposant sur des tarifs de prestations (dont la principale était le prix de

⁸⁹ Les dotations des missions d'intérêt général (MIG) ont été progressivement modélisées avec des paramètres dépendant du type de mission (crédits MIG délégués en « justification au premier euro » - JPE), les ARS devant appliquer le modèle national pour calculer le montant à allouer.

journée) régulés dans le cadre d'un objectif quantifié national (OQN). Plusieurs réformes ont été engagées depuis 2017 pour mettre fin à cette dichotomie et unifier progressivement les modes de financement entre les deux secteurs :

- dans le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR), un objectif national commun (OCSSR)⁹⁰ a été créé en 2017, dans le cadre d'une réforme du financement de ces activités, maintenant la DAF et l'OQN mais ajoutant une dotation modulée à l'activité, une dotation qualité, une dotation MIGAC, une liste en sus et la facturation d'actes et consultations externes. Ce système a été à nouveau réformé en 2023-2024⁹¹ avec la mise en place d'un modèle de financement des « soins médicaux et de réadaptation » (SMR) comprenant une dotation populationnelle, des dotations complémentaires (dotation pédiatrique, dotations plateaux techniques spécialisés, dotation qualité, MIGAC) et des tarifs de prestations associés à une régulation prix-volume ;
- dans le champ de la psychiatrie, un objectif commun aux activités de psychiatrie (OCSPSY) des établissements publics et privés a été créé en 2023, dans le cadre la mise en place d'un modèle de financement comprenant une dotation populationnelle, une dotation « file active » (DFA) dépendant de l'activité et des dotations complémentaires (activité spécifiques, soutien aux nouvelles activités, accompagnement des transformations, structuration de la recherche, qualité et qualité du codage).

[285] Ces évolutions ont des conséquences importantes pour l'allocation et le suivi de crédits destinés à compenser les chocs externes subis par les établissements :

- le passage à un système mixte dotations/tarifs implique, comme pour le champ MCO, qu'une part des financements obtenus par un établissement dépendra de son activité, en particulier pour les SMR pour lesquels la part activité doit représenter 50 % des financements ;
- la démultiplication des dotations implique de répartir les financements dans plusieurs enveloppes dans la mesure où les charges à compenser (mesures salariales) peuvent se répartir dans les activités correspondantes ;
- les dotations populationnelles⁹² qui représentent les principales enveloppes dans les deux champs sont réparties entre établissements en fonction de critères déterminés au niveau régional par les ARS après avis d'un comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR) réunissant les représentants des fédérations d'établissements, des associations d'usagers et des représentants des familles⁹³. Les critères retenus peuvent amener à moduler les

⁹⁰ Article L. 162-29 du code de la sécurité sociale.

⁹¹ La réforme a été appliquée « à blanc » en 2023 et pleinement à partir de 2024.

⁹² Selon le rapport de janvier 2019 de la *task force* de la réforme du financement du système de santé, « le financement via une dotation populationnelle a pour objectif de favoriser la réponse aux risques et aux besoins de santé des populations en fonction des territoires ainsi que l'accès aux soins des populations ». Son calcul et sa répartition nécessitent de déterminer des critères représentatifs des besoins de la population (démographie, état de santé) et des surcoûts spécifiques que sa prise en charge peut entraîner (précarité par exemple).

⁹³ Ce comité (dont le rôle et la composition sont fixés par les articles R. 162-29 et suivants du code de la sécurité sociale) est également compétent pour se prononcer sur les critères de répartition des dotations

dotations entre établissements en fonction d'autres paramètres que l'évolution de leurs charges.

[286] Le « fléchage » de crédits destinés à compenser les chocs externes ne peut dans ces conditions être assuré à l'échelle de chaque établissement mais seulement « en moyenne », à l'échelle de l'ensemble des établissements. En outre, la ventilation des crédits dans plusieurs enveloppes rend leur suivi plus complexe, en particulier pour ceux alloués antérieurement aux réformes (cf. *infra* partie 2)

1.2 Le caractère massif des mesures salariales des années 2020 à 2024 a conduit, pour compenser leur impact pour les établissements sans remettre en cause ce système de financement, à mettre au point un dispositif de « vectorisation » particulièrement complexe

1.2.1 L'effort massif de revalorisation des rémunérations des personnels de la fonction publique hospitalière, transposé en partie au secteur privé a justifié de les faire financer intégralement par l'assurance maladie

[287] L'engagement des personnels des établissements de santé au cours de la crise sanitaire a conduit, après des années de modération salariale, à décider de mesures de revalorisation salariale de grande ampleur, dans le cadre de la concertation nationale « Ségur » de l'été 2020. Ces mesures ont été mises en œuvre dès la fin 2020 pour celles dites « socle » (création d'un complément de traitement indiciaire – CTI- et revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif des praticiens - IESPE) puis déployées progressivement à partir de 2021 (revalorisation des grilles indiciaires, revalorisation de certaines indemnités et primes, etc.). A partir de 2022, la forte accélération de l'inflation déclenchée par la crise internationale a conduit à mettre en place des mesures de compensation pour l'ensemble des fonctions publiques avec des augmentations du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 et 1,5 % en juillet 2023 et des mesures ciblées sur les bas salaires dans le cadre des mesures dite « Guérini ». Des mesures de revalorisation des indemnités de travail de nuit, dimanches et jours fériés pour les personnels non médicaux (mesures « attractivité ») et des indemnités de gardes et astreintes pour les personnels médicaux (mesures « permanence des soins en établissements de santé) ont complété le dispositif.

[288] Le caractère massif des dépenses supplémentaires induites par ces mesures pour les établissements (de l'ordre de 10,2 Md€ en année pleine 2024, cf. annexe 1) a conduit à en assurer un financement intégral par l'assurance maladie, sans tenir compte notamment de la participation des usagers. En outre, la première année de leur mise en œuvre, ces mesures ont pour la plupart été financées par des enveloppes de crédits non reconductibles (principalement au sein des AC MCO mais aussi des DAF SSR et psychiatrie) réparties par les ARS au prorata des effectifs des établissements, ce qui a permis de financer chaque établissement au plus près du coût réel des mesures. Cependant, le choix a été fait ensuite d'intégrer ces financements dans les vecteurs habituels de financement pour ne pas pérenniser leur gestion au sein d'enveloppes

populationnelles de financement des urgences mises en place dans le champ MCO en 2021 en remplacement des forfaits annuels et dotations SAMU-SMUR.

dédiées, mais en apportant au système de financement des adaptations visant à coller le plus possible à la réalité des dépenses, avec des étapes successives.

1.2.2 La volonté d'intégrer ces financements dans les vecteurs actuels a nécessité une adaptation du système de financement, en particulier dans le champ MCO

1.2.2.1 En MCO, l'instauration de « coefficients Ségur » pour cibler les financements selon les statuts juridiques et la création de dotations de péréquation pour corriger les écarts selon les clés de répartition appliquées

[289] Par construction, l'intégration du financement des mesures salariales dans le système de tarification des activités MCO, sous forme d'augmentations de tarifs, ne permet pas de garantir, pour chaque établissement, une équivalence entre le coût des mesures et les financements supplémentaires ainsi alloués, pour plusieurs raisons :

- les recettes supplémentaires réelles perçues *via* les tarifs dépendent de l'évolution de l'activité des établissements, en volume comme en structure : les taux de majoration des tarifs destinés à financer les mesures ont été calculés (cf. *infra* 2.2.2.1) sur la base des objectifs de dépenses et d'hypothèses d'évolution du volume d'activité qui ont pu ne pas se vérifier à l'échelle nationale, avec des variations entre établissements pouvant être importantes ;
- les évolutions de tarifs sont gérés dans le cadre de deux échelles tarifaires qui couvrent des établissements de statuts différents : établissements publics de santé (EPS) et établissements à but non lucratif (EBNL) pour l'échelle tarifaire « ex-DG » ; EBNL et établissements à but lucratif (EBL) pour l'échelle tarifaire « ex-OQN ». Dès lors, la majoration de tarifs destinée à financer une mesure s'appliquera de la même façon aux établissements des deux statuts quand bien même le coût de la mesure peut différer selon le statut ;
- les différences de structures d'activité, de charges et de productivité entre établissements peuvent induire des écarts entre une répartition du financement des mesures au prorata des effectifs mobilisés par les activités MCO et un financement constitué d'une fraction de tarifs.

[290] Plusieurs mécanismes ont été mis en place pour corriger ces biais :

- des systèmes de garantie ont mis en place dans le contexte de la crise sanitaire ayant eu un impact récessif majeur sur l'activité des établissements en 2020, le retour au niveau d'activité de 2019 n'ayant été constaté qu'en 2024 dans le secteur ex-DG : la garantie de financement (GF) de 2020 à 2022 puis la sécurisation modulée à l'activité (SMA) en 2023 et 2024. Ces dispositifs sont venus compléter les financements obtenus par les tarifs, pour garantir un niveau de recettes déterminé par référence à l'année 2019 mais en y intégrant le financement des mesures nouvelles intervenues depuis 2020. Le niveau garanti a toutefois

été réduit à partir de 2023⁹⁴. Par ailleurs, ces mécanismes n'ont pas corrigé l'impact d'évolutions en volume pouvant être inférieures aux prévisions retenues pour la détermination des évolutions tarifaires ;

- un coefficient de modulation « Ségur » a été institué par décret en conseil d'Etat en 2021⁹⁵ pour moduler l'évolution des tarifs selon le statut de l'établissement afin d'allouer aux établissements de chaque statut le montant des recettes supplémentaires « *tenant compte, pour les établissements de santé bénéficiaires, des effets induits par les dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux* ». Ce coefficient est toutefois calculé au niveau national sur la base de l'hypothèse d'évolution de l'activité retenue pour déterminer l'évolution des tarifs, commune aux établissements des deux statuts, qui peut ne pas se vérifier.

Tableau 1 : Evolution des coefficients de modulation entre 2021 et 2024

		2021	2022	2023		2024	
				Global	Dont « Ségur »	Dont « point d'indice »	
EPS	Montant à restituer (+) ou retirer (-) en M€	+ 53,9	-18,1	+30.3	-11,8	+42,1	+58,9
	Taux	0,19 %	0,13 %	0,23 %	0,09 %	0,14 %	0,42 %
EBNL	Montant à restituer (+) ou retirer (-) en M€	-74,2	+37,14	-20,6	+14,9	-35,5	-51,5
	Taux	-1,38 %	-0,69 %	-1,03 %	-0,45 %	-0,58 %	-1,75 %
EBL	Montant à restituer (+) ou retirer (-) en M€	+ 20,4	-18,5	-10.7	-2,8	-7,9	-5,1
	Taux	0,28 %	0,02 %	-0,11 %	-0,01 %	-0,10 %	-0,17 %

Source : Article R 162-33-5 du code de la sécurité sociale et annexes XV des arrêtés tarifaires annuels. Les montants indiqués pour 2022 à 2024 sont les montants s'ajoutant à ceux des années précédentes, destinés à restituer à chaque statut le financement des mesures nouvelles de l'année le concernant.

[291] En outre, chaque année, le périmètre des mesures prises en compte dans le calcul du coefficient ne recouvre pas la totalité des mesures financées mais seulement les principales, la liste des mesures entrant dans le périmètre du coefficient étant fixée par l'arrêté tarifaire annuel : par exemple, pour 2024, le coefficient vise à donner à chaque statut d'établissement le financement des mesures « Guérini » s'y appliquant mais non celui des mesures « attractivité ». Les conséquences peuvent être importantes puisque le coefficient est calculé de façon à ce que

⁹⁴ Jusqu'à fin 2022, le niveau de référence était la valorisation de l'activité 2019 majoré de l'impact des revalorisations tarifaires successives. En 2023, il correspond à 70 % de la valorisation de l'activité 2019, les établissements bénéficiaires percevant en sus 30 % de la valorisation de leur activité de l'année. En 2024 ces taux passent à 50 % et la SMA ne s'applique plus en 2025.

⁹⁵ Alinéa ajouté à l'article R 162-33-5 du code de la sécurité sociale par le décret 2021-341 du 29 mars 2021 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

son application à l'ensemble de l'activité des ES opère les transferts financiers requis pour que chaque catégorie reçoive les montants attendus pour les seules mesures du périmètre.

Tableau 2 : Liste des mesures salariales financées par les tarifs MCO entrant dans le champ d'application du coefficient de modulation pour les ES ex-DG

Année	Mesures incluses dans champ	Mesures hors champ
2021	Complément de traitement indiciaire (CTI) Revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) des PH, contractuels, attachés, assistants, HU Total des financement intégrés aux tarifs ex-DG : 2282M€	Fusion des 4 premiers échelons du statut de PH et versement de l'IESPE en année probatoire (plan investir pour l'hôpital) Revalorisation des primes d'encadrement et prime managériale, Augmentation et extension de la prime d'exercice territorial Total des financement intégrés aux tarifs : 91M€
2022	Idem 2021 + autres mesures de revalorisation (grilles indiciaires des PNM + Mesures de transposition au secteur privé Indemnités managériales des PM Revalorisation du seuil et du plafond de rémunération des praticiens contractuels Total des financement supplémentaires intégrés aux tarifs ex-DG : 672M€	
2023	Idem 2022+revalorisation du point d'indice (décret du 7 juillet 2022) et transposition au secteur privé Total des financement supplémentaires intégrés aux tarifs ex-DG : 668M€	Extension de la prime d'exercice en soins critiques, compléments de revalorisation SF, IBODE Total des financement supplémentaires intégrés aux tarifs ex-DG : 74,6M€
2024	Idem 2023 + mesures « Guérini » Total des financement supplémentaires intégrés aux tarifs ex-DG : 1014 m€	Mesures « attractivité » (revalorisation sujétions nuit et jours fériés PNM et PM pour 543,7M€) Relèvement de l'indice minimum Fusions des 3 premiers échelons de PH Rénovation du régime indemnitaire FPH pour les AAH, ACH, IH et CS Revalorisation de la carrière des directeurs d'hôpital et ESSMS Total des financement supplémentaires intégrés aux tarifs ex-DG : 599,3M€

Source : Mission d'après documents DGOS et ATIH

- le passage du financement des mesures socle (création du CTI et majoration de l'IESPE) d'un financement en AC MCO réparti selon les effectifs des établissements à un financement intégré dans les tarifs MCO s'est accompagné en 2021, dans ce champ, de la création d'une « dotation de péréquation » au sein des AC MCO, représentant du 10 % financement devant passer par les tarifs, associée à un mécanisme de répartition visant à corriger l'écart entre le financement par les tarifs et le financement par une dotation répartie selon les effectifs (cf. encadré ci-dessous). Ce dispositif a été maintenu les années suivantes, avec un montant devant être majoré de 10 % du financement des mesures du Ségur 2 passé par les tarifs (principalement les revalorisations des grilles de rémunération), mais inchangé ensuite donc ne couvrant en réalité que les mesures des Ségur 1 et 2. La relative complexité du mécanisme de péréquation a conduit à confier à l'ATIH l'identification des établissements bénéficiaires et le calcul des montants à leur allouer, les ARS déléguant les crédits sur cette base.

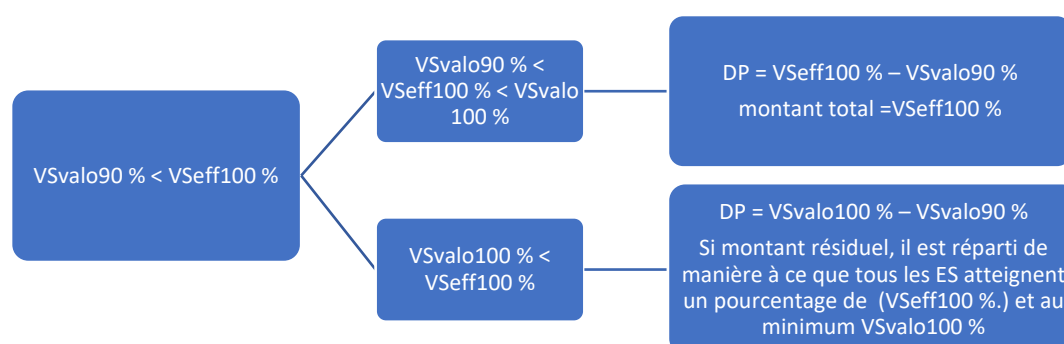
Le mécanisme de péréquation MCO

Le dispositif de péréquation a été appliqué pour la première fois en 2021, lors de l'intégration dans les tarifs MCO de la part du financement des mesures socle affectée à ce vecteur, pour rapprocher la répartition entre établissements résultant de ce passage par les tarifs d'une répartition au prorata des effectifs. 10 % du financement devant passer par les tarifs a été prélevé pour constituer une « dotation de péréquation » en AC-MCO. Cette dotation est répartie en cours de campagne, et non ex-post, non pas pour neutraliser l'écart entre les deux modes de répartition mais pour atténuer « les effets les plus indésirables de l'intégration aux tarifs ». La dotation comporte trois compartiments distincts pour chaque statut d'établissement (EPS, EBNL, EBL), la péréquation s'effectuant au sein de chaque catégorie.

Les principes de répartition ont été concertés avec les fédérations dans le cadre d'un groupe technique et ont fait l'objet d'une notice technique de l'ATIH. La méthode consiste à comparer pour chaque établissement :

- les recettes tarifaires consacrées aux mesures socles (VSvalo90 %) estimées par application aux recettes tarifaires 2019 des fractions de taux destinées à financer ces mesures (intégration en base des mesures financées en 2021 et extension en année pleine 2021) corrigées par le coefficient de modulation ;
- les recettes tarifaires calculées précédemment divisées par 0,9 pour simuler ce que l'établissement devrait recevoir si 100 % de la part du financement vectorisée sur les tarifs passait par ce vecteur, donc hors péréquation (VSvalo100 %);
- les recettes que l'établissement recevrait si le financement des mesures socle devant passer par les tarifs étaient réparties en fonction des effectifs affectés au champ MCO issus de la SAE 2019, en distinguant PNM, pour le financement du CTI, et PM, pour le financement de la revalorisation de l'IESPE (VSeff100 %).

La dotation de péréquation (DP) est répartie en comparant ces trois montants, selon les règles illustrées par le schéma ci-dessous :



VSvalo90 % > VSeff100 %

pas de DP

Présentées à l'origine comme provisoire, les dotations créées en 2021 ont réajustées en 2022 puis à nouveau en 2023 et ont été maintenues, au même niveau, en 2024. La baisse de ces dotations en 2022 apparaît d'ailleurs contradictoire avec l'information donnée aux fédérations selon laquelle le Ségur 2 aurait été intégré dans leur périmètre :

M€	2021	2022	2023	2024
EPS	288,51	283,33	283,09	283,09
EBNL	59,87	41,99	42,00	42,00
EBL	49,95	52,03	57,03	57,03
total	398,33	377,35	382,12	382,12

Au sein de chaque enveloppe par statut, les dotations par établissements déterminées en 2021 ont été réajustées en 2022 en fonction de l'évolution de l'activité puis ont été reconduites sans changement en 2023 et 2024.

Par ailleurs, le financement des mesures socle pour les salariés des instituts de formation avait été chiffré initialement, en construction 2021, à 184 M€ (en AC MCO) mais le coût réel a été ensuite ramené à 36 M€. Le reliquat de 148 M€ a été ventilé dans les champs MCO, psychiatrie et SSR au prorata des effectifs pour compléter le financement des mesure socle, soit 91 M€ sur le MCO, qui ont été ajoutés aux dotations de péréquation. Sur ce montant 44 M€ ont été ensuite transférés au FIR en 2022 pour revaloriser les ex-MIG transférés à ce fonds.

1.2.2.2 Dans les champs psychiatrie et SSR, le financement a provisoirement été réalisé par crédits non reconductibles répartis au prorata des effectifs, intégrés ensuite dans les nouveaux compartiments

[292] Dans les champs psychiatrie et SSR, pour les établissements ex-DG, le financement par DAF prépondérant jusqu'à la mise en œuvre des réformes de financement, a permis de financer les mesures salariales par des enveloppes de crédits non reconductibles, identifiées dans les circulaires de campagne et réparties en fonctions des effectifs des établissements. Les mesures socle et les revalorisations de grilles ainsi que, pour le SSR, l'augmentation du point d'indice de 2022 ont été alloués sous forme de crédits non reconductibles mais reconduits jusqu'à l'année précédant l'entrée en vigueur des réformes.

[293] En 2023 pour la psychiatrie et 2024 pour le SSR/SMR, les crédits alloués les années précédentes ont été consolidés dans le montant de l'objectif de dépenses commun de chaque champ, puis ventilés dans les nouveaux compartiments de financement.

1.3 Ce dispositif apparaît difficilement lisible pour les ARS comme pour les établissements

1.3.1 Les circulaires de campagne n'identifient qu'une partie des crédits alloués pour financer les mesures

[294] Les circulaires de campagne présentent le détail des crédits délégués sous forme de dotations régionales aux ARS en vue d'être répartis par celles-ci entre les établissements. Pour chaque catégorie de dotations (MIGAC, dotations urgences, DAF MCO, DAF USLD, dotations psychiatrie, dotations SSR/SMR) elles indiquent la base régionale (c'est-à-dire les crédits alloués les années précédentes, déduction faite de ceux alloués à titre non reconductible, et corrigés des mouvements entre enveloppes⁹⁶) et les mesures nouvelles de l'année, en précisant le caractère reconductible ou non des crédits. Sur la période 2020-2024, quatre circulaires se sont succédé chaque année, la dernière (dite C4) intervenant en mars de l'année suivante (et même en mai 2024 pour la circulaire « C4 bis » de 2023 pour déléguer des compléments de crédits pouvant être dégagés au regard de la prévision de consommation de l'objectif de dépenses⁹⁷. En outre des arrêtés intermédiaires ont majoré les dotations régionales, notamment au cours de la crise sanitaire, pour faire face aux dépenses supplémentaires (tests covid, vaccination, etc.).

[295] Les circulaires ne retracent toutefois pas la totalité des crédits alloués à chaque mesure, ventilés sur les différents vecteurs de financement.

[296] D'une part, par construction, elles ne donnent pas le détail de la part des financements intégrés dans les tarifs de prestations dont les évolutions sont fixées par un arrêté annuel. La publication de cet arrêté est précédée de présentations aux fédérations explicitant les sous-jacents des évolutions de tarifs. L'ATIH publie en outre chaque année une notice technique présentant les évolutions du modèle de financement MCO/HAD comportant une annexe consacrée aux modalités techniques de construction des tarifs (conséquences des évolutions de classification, effet report⁹⁸, impact des mouvements de base et des mesures nouvelles). Cette notice peut fournir plus ou moins de détail sur l'impact des mesures financées sur l'évolution des tarifs : en 2023, le détail des fractions de taux correspondant aux mesures de compensation de l'inflation, d'augmentation du point d'indice et des mesures Ségur- ressources humaines a été donné ; en 2024, la notice ne donne que l'évolution des tarifs par catégorie de prestations, sans indiquer la part correspondant aux mesures nouvelles prises en compte (mesures « Guérini » et attractivité).

⁹⁶ Par exemple, les opérations dites « de fongibilité » traduisant le changement de régime de financement d'une structure.

⁹⁷ Au regard des données d'activité complète de l'année N-1 (« mois 14 ») disponibles en février de l'année N.

⁹⁸ Les tarifs prenant effet au 1^{er} mars, les évolutions de tarifs sont majorées d'un coefficient 12/10 destinés à produire sur 10 mois les recettes de l'année. Comme ces tarifs continuent à s'appliquer sur les deux premiers mois de l'année suivante, un taux d'évolution en sens contraire est appliqué dans le calcul des tarifs de l'année suivante pour neutraliser l'impact de cet effet report.

[297] D'autre part, pour les financements intégrés dans les dotations, le niveau de détail diffère selon les enveloppes et a pu varier au cours de la période :

- comme indiqué supra, les mesures décidées en cours d'année et donc non prises en compte dans la construction initiale de l'ONDAM-ES ont fait l'objet de délégations de crédits non reconductibles, en AC MCO ou dans les DAF, fléchés dans les circulaires de campagne. Les modalités de leur délégation les années suivantes diffèrent selon les enveloppes ;
- dans les DAF MCO⁹⁹ et USLD, les financements des mesures salariales ont été détaillés chaque année dans les circulaires, parfois directement en crédits reconductibles, parfois en crédits non reconductibles mais reconduits l'année suivante pour être ensuite alloués en crédits reconductibles ;
- pour les MIG, plusieurs modalités d'intégration du financement des mesures ont été appliquées :
 - les MIG intégrées dans les bases régionales (non modélisées) ont fait l'objet de mesures nouvelles reconductibles fléchées par MIG et par mesure détaillées dans les circulaires de campagne ;
 - sauf exception, les MIG modélisées (en JPE) ont été revalorisées chaque année par application d'un taux d'évolution correspondant au financement de certaines mesures (mesures socle en 2021, revalorisation des grilles des personnels soignants en 2022, augmentation du point d'indice en 2023, mesure Guérini en 2024. Mais le détail de ces revalorisations ne figure pas dans les circulaires qui donnent juste le montant global revalorisé de chaque MIG, prenant le cas échéant en compte d'autres motifs d'évolution ;
 - la MIG E02 (en JPE) finançant les études médicales a été traitée distinctement pour tenir compte des mesures spécifiques aux étudiants. Une annexe de la circulaire C1 précise les facteurs d'évolution pris en compte mais les tableaux annexés à la circulaire ne détaillent pas leur impact respectif, seul le montant total de la MIG y figurant. L'analyse de ces annexes montre que, si la revalorisation des rémunérations des étudiants de deuxième cycle a bien été financée, celle des internes et des docteurs juniors ne l'a pas été, le forfait de remboursement des établissements employeurs n'ayant pas été revalorisé¹⁰⁰. Sur la base des effectifs des internes et docteurs juniors en 2024, **la mission a estimé le montant des augmentations de leurs rémunérations non compensé du fait de la non revalorisation du forfait de remboursement à 152 M€¹⁰¹**. En faisant l'hypothèse que 10 % des internes effectuent leurs stages en dehors de la circonscription de leur CHU de rattachement, auquel cas leur rémunération est remboursée intégralement à l'établissement d'accueil, ce montant serait réduit à 137 M€ ;

⁹⁹ La DAF MCO regroupe les financements alloués à des établissements non financés à l'activité (notamment le CH de Mayotte).

¹⁰⁰ Le remboursement partiel sous forme de forfait (16 000€ les 3 premières années, 8 000€ les deux suivantes et pour les docteurs juniors) est justifié par le fait que les internes produisent des soins donc des recettes tarifaires. Cependant, leur non revalorisation conduit à une baisse du taux de remboursement compte tenu de l'augmentation des rémunérations.

¹⁰¹ 34 029 internes pour l'année 2024-2025 x 4126 € d'augmentation 2020-2024 non financée en moyenne + 5885 docteurs juniors * 1973 € d'augmentation 2021-2024 non financée.

- certaines MIG n'ont pas été revalorisées¹⁰² ;
- une partie du financement a été transférée vers le fonds d'intervention régional (FIR), pour financer les revalorisations salariales relatives aux MIG intégrées à ce fonds ;
- pour les dotations urgences mises en place depuis 2021 (dotation populationnelle intégrant les financements SAMU-SMUR), les circulaires ne donnent que le montant de la dotation, sans détailler les mesures contribuant à son évolution ;
- pour les dotations psychiatrie et SSR / SMR, le niveau de détail des informations contenues dans les circulaire varie :
 - préalablement aux réformes, le financement des mesures salariales sous forme de crédits non reconductibles a été détaillé dans les circulaires ;
 - l'année d'entrée en vigueur des réformes, les mesures financées les années précédentes ont été intégrées dans les bases des nouvelles dotations, sans que les circulaires précisent le détail de cette ventilation ;
 - les mesures nouvelles financées l'année de la réforme et celles des années suivantes ont été détaillées pour la psychiatrie en 2023, mais pas en 2024, et n'ont pas non plus été détaillées pour les SMR.

1.3.2 Une documentation complémentaire est communiquée parallèlement aux ARS pour accompagner les réformes de financement, dont le niveau de détail est inégal

[298] Pour les trois réformes de financement intervenues au cours de la période 2021-2024, la DGOS a communiqué aux ARS des documents destinés à expliquer la construction des nouvelles dotations et précisant les mesures dont le financement était pris en compte dans cette construction. Mais le niveau de détail des informations fournies apparaît, inégal selon le champ

Tableau 3 : Informations données aux ARS sur le contenu des nouvelles dotations urgences, psychiatrie et SMR

Champ	Année	Information données
Urgences	2021	Montant des mesures socle intégré dans la dotation populationnelle, détaillé par établissement
	2022	Rappel des montants des mesures 2021 et des mesures 2022 (Ségur 2) intégrés dans la dotation, détaillés par établissement
	2023	Montants détaillés des mesures point d'indice, Ségur RH, autre mesures RH, des transpositions aux ES privés et de la compensation de l'inflation, par région.
	2024	Montant global des mesures RH 2024, par région et par secteur (ex-DG, ex-OQN)
Psychiatrie	2023	Détail par région des montants des mesures nouvelles augmentation du point d'indice et compensation de l'inflation (financement intégré dans la « croissance socle » (tendancielle) des dotations populationnelles (DP) + total par ES des DP

¹⁰² Par exemple la MIG R06 finançant le coût pour l'AP-HP de la compensation de la perte de la prise en charge de la demi-cotisation salariale d'assurance maladie au moment du passage au financement par la CSG ou les MIG destinés à rembourser aux établissements les rémunérations des personnels mis à disposition des services de l'Etat ou des organisations syndicales nationales qui sont calculées sur la base des états de dépenses présentés.

Champ	Année	Information données
		« sécurisées » intégrant ces financements. Mais les montants de ces mesures financées en 2022 en NR et intégrés dans les bases ne sont pas précisés. De même, pas d'information sur les montants intégrés dans les dotations et financés les années précédentes en NR (Ségur 1 et 2)
	2024	Détail par région des montants des mesures nouvelles « Guérini » (y compris la consolidation du financement 2023) intégrés à la croissance socle des DP. Pas d'information sur les montants intégrés au titre des mesures « attractivité » (94 M€ prévus en construction). Certaines mesures PM financés en NR sur la dotation « accompagnement des transformations » sont détaillées dans la circulaire C1 (nouveau statut de praticien contractuel, revalorisation des émoluments des PH exerçant en outre-mer et des HU). Idem pour la création de postes HU (en crédits reconductibles)
SMR	2024	Détail par région des montants des mesures « Ségur 2023 » (sans précision sur la nature de ces mesures) et des mesures nouvelles 2024 (« Guérini » et attractivité cumulés) intégrés aux dotations populationnelle et pédiatrique. De même, pas d'information sur les montants intégrés dans les dotations et financés les années précédentes en NR (Ségur 1 et 2). Certaines mesures PM financés en NR sur la dotation « aide à la contractualisation » sont détaillées dans la circulaire C1 (nouveau statut de praticien contractuel, revalorisation des émoluments des PH exerçant en outre-mer).

Source : Mission d'après documents DGOS

[299] La communication des informations aux ARS par le canal des circulaires de campagnes ou par celui de documents distincts a des conséquences sur leur transmission aux établissements. En effet, toute mesure nouvelle dont la répartition par région figure dans la circulaire est intégrée au logiciel HAPI (harmonisation et partage d'information) géré par le secrétariat général des ministères sociaux avec lequel les ARS répartissent les dotations entre établissements, le logiciel permettant à la fois d'éditer les arrêtés d'allocation de ressources et de faire remonter l'information au niveau national. Chaque établissement connaît ainsi le montant qui lui est alloué au titre de la mesure considérée, avec le niveau de détail de la circulaire : à titre d'exemple, la revalorisation des MIG en base au titre des mesures salariales étant détaillée dans les circulaires, l'établissement bénéficiaire pourra identifier le montant de revalorisation de chacune de ces MIG. En revanche, pour les MIG déléguées en JPE, il ne connaîtra que leur montant global revalorisé et non le montant de cette revalorisation.

[300] En revanche, les informations communiquées par la DGOS aux ARS mais ne figurant pas dans les circulaires, ne sont pas reproduites dans HAPI donc n'apparaissent pas dans les arrêtés d'allocation. L'information des établissements dépend donc de la façon dont les ARS leur répercutent. La mission a eu connaissance de « notes de cadrage » ou « notes d'orientation » adressées par les ARS aux établissements mais celles-ci reprennent les informations contenues dans les circulaires de campagne, sans donner de détails supplémentaires. Les informations relatives aux réformes de financement font l'objet de présentations aux fédérations et aux CCAR mais ne sont généralement pas répercutées vers les établissements.

1.3.3 Les établissements ne sont en mesure de retracer les crédits alloués qu'au prix d'un travail d'ingénierie financière auquel la majorité d'entre eux a renoncé

[301] La complexité du système de ventilation des crédits par vecteurs conduit la majorité des établissements à renoncer à identifier les recettes perçues pour financer les mesures RH ou compenser l'inflation. La conférence nationale des directeurs de Centre hospitaliers (CNDCH) a ainsi indiqué à la mission qu'elle-même n'avait pas les moyens d'organiser ce travail de rapprochement entre recettes et charges nouvelles et que la plupart de ses membres y avaient renoncé. En revanche, la conférence nationale des directeurs généraux de CHU (CNDG-CHU) a mobilisé des ressources d'expertise au sein de ses établissements membres pour réaliser un important travail d'élaboration d'une méthodologie d'enquête, comportant notamment la conception d'un outil de simulation sur tableur pour estimer les recettes reçues via les tarifs MCO et les dotations destinées à financer les mesures salariales et l'inflation, qu'elle a mis à disposition de ses membres en vue de rapprocher recettes et dépenses. Cette enquête a été menée sur les années 2023 et 2024 et a conclu à un sous-financement des mesures salariales et à une sous-compensation de l'inflation (cf. encadré).

Les résultats des travaux de la Conférence nationale des directeurs généraux de CHU (CNDG-CHU)

L'enquête RH a été préparée par les différentes commissions de la CN, commission RH-soins, commission finances, pour mettre à dispositions des membres :

- une méthode commune de chiffrage des mesures salariales (ensemble des mesures Ségur, Guérini, Braun-Bourguignon (revalorisation des sujétions de nuit), point d'indice ;
- un outil de simulation sur tableur pour estimer la part des recettes d'activité affectées au financement des mesures, à partir des informations données par la DGOS et l'ATIH.
- Une méthode et un outil d'estimation des recettes de dotations affectées au financement des mesures, à partir des informations données par la DGOS

26 établissements représentant 66 % des dépenses de titre 1 (charges de personnel) ont fourni des données 2023 et 28 établissements représentant 93 % des dépenses de titre 1 des données 2024

Les résultats extrapolés aux 32 CHU concluent à un sous financement des mesures salariales de 547 M€, ramené à 518 M€ en tenant compte de la SMA, soit 14 % du coût des mesures en 2024. En neutralisant l'évolution des effectifs entre 2019 et 2024 et en reprenant le case-mix (structure et volume de l'activité) de 2019, le sous-financement est ramené à 409 M€, soit 11 % du coût des mesures

Pour estimer la compensation de **l'inflation**, un groupe de travail associant 7 CHU a défini une méthode commune d'estimation des surcoûts liés à l'inflation, pour distinguer dans l'évolution des dépenses sur 5 famille d'achats (produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux, denrées alimentaires énergies, prestations de service dont bionettoyage) l'effet prix des effets volume et structure. L'enquête menée sur les données 2023 a estimé le surcoût à 973 M€ pour l'ensemble des CHU (dont la moitié imputable à l'énergie) et le sous-financement à 600 M€, devant se réduire à 435 M€ en 2024.

La mission s'inspirée de la méthode élaborée par la conférence pour estimer le financement des mesures salariales à partir des données sur les recettes d'activité et de dotations des établissements fournies par l'ATIH (cf. *infra*) et s'est appuyée sur ses estimations de l'impact de l'inflation.

2 Les travaux conduits par la mission montrent que les financements prévus ont pour l'essentiel été alloués mais n'ont pas permis retracer complètement ceux visant les champs psychiatrie et SMR

2.1 Le caractère peu structuré de la documentation de l'allocation des crédits apparente ce travail de reconstitution à un véritable « jeu de pistes »

[302] La mission s'est efforcée de retracer le processus d'allocation des crédits destinés à financer les mesures salariales et à compenser l'inflation sur la période 2020-2024 afin de vérifier si les crédits prévus dans la construction de l'ONDAM-ES avaient bien été distribués. Du fait des modalités d'allocation de ressources propres à chaque vecteur de financement qui ont été exposées *supra* et en l'absence de documentation consolidée facilement accessible, ce travail s'est révélé particulièrement complexe et a nécessité la consultation de très nombreux documents, majoritairement des tableurs, ainsi que la tenue de nombreux entretiens pour en expliciter le contenu ou apporter des précisions complémentaires.

2.1.1 La DGOS a construit et perfectionné un tableau de calcul qui détermine les financements prévus pour chaque mesure, dans chaque vecteur et pour chaque statut d'établissement mais le suivi de leur délégation au cours de la campagne n'est que partiellement documenté

[303] Le bureau FIP 1 de la sous-direction du financement et de la performance de la DGOS (R1 jusque 2024) est chargé de la synthèse financière en vue de la préparation des arbitrages sur la construction de l'ONDAM-ES et de la préparation et de la gestion des campagnes budgétaires et tarifaires. Il centralise les propositions des bureaux métier (notamment, pour les mesures salariales, celles de la sous-direction ressources humaines), conduit prépare et suit les arbitrages avec les autres directions du ministère, en particulier la direction de la sécurité sociale qui pilote la préparation du PLFSS et la gestion de l'ONDAM, et en interministériel, puis assure le pilotage financier des campagnes tarifaires avec l'appui de l'ATIH et la gestion des délégations de crédits de dotations.

[304] Pour construire l'ONDAM-ES et préparer les campagnes, le bureau a construit une matrice sur tableur, dénommée « arborescence », croisant en ligne chacune des mesures financées et en colonne chacun des vecteurs de financement sur lesquels les crédits arbitrés sont ventilés. Chaque année, les mesures sont présentées en partant des objectifs initiaux de l'année précédente (tels que résultant de la LFSS votée) auxquels sont ajoutées ou retranchées :

- les mesures décidées au cours de l'année précédente ayant conduit à modifier les objectifs en LFSS rectificative ou dans la LFSS de l'année (par exemple l'augmentation du point d'indice des fonctionnaires de juillet 2022) ;

- les opérations de transferts entre sous-objectifs (par exemple entre le FIR et l'ONDAM-ES) et les crédits non pérennes retranchées de la base (tests covid par exemple) ;
- les mesures nouvelles de l'année, regroupées par catégories (financement du tendancier, dont l'inflation, le GVT et les charges générées par l'évolution de l'activité), mesures RH, mesures de santé publique, mesures de soutien sectorielles, autres mesures) ;
- les mesures d'économies¹⁰³ ;
- les opérations de périmètre sur les bases, notamment la reventilation de crédits entre vecteurs, liées par exemple aux réformes de financement ou à l'intégration pérenne dans les vecteurs de mesures allouées précédemment sur un autre vecteur (par exemple, la reventilation des crédits donnés au cours de l'année précédente en AC-MCO).

[305] Ces mouvements successifs aboutissent à la détermination de l'ONDAM-ES de l'année, ventilés en sous-objectifs de dépenses par vecteur.

Schéma 1 : étapes de la construction des objectifs de dépenses

objectifs N-1 initiaux

- + mesures arbitrées post-LFSS

objectifs N-1 finaux

- + transferts entre sous objectifs
- - débasage crédits NR

Base N reconductible

- + opérations de périmètres sur les bases (entre vecteurs)

Base N après mouvements

- Mesures nouvelles N
- - mesures d'économies N

Objectifs N

Source : *Mission*

[306] Le classement de certaines opérations ne respecte pas toujours cet ordre : ainsi la reventilation des objectifs psychiatrie en 2023 et celle des objectifs SSR/SMR en 2024 ont été classées dans les opérations de périmètre inter-sous objectifs et de débasage de crédits non

¹⁰³ En 2022 et 2023, les mesures d'économies n'ont pesé que sur la liste en sus, sans conséquence directe pour les établissements.

pérennes alors qu'elles ne concernent que des changements de vecteurs au sein de l'ONDAM ES, en principe classées dans les opérations de périmètres sur les bases.

[307] L'outil a évolué en 2023 avec une ventilation plus fine des vecteurs, distinguant les crédits par secteur (ex-DG/ex-OQN) et par statut (EPS/EBNL/EBL), le financement d'une mesure pouvant théoriquement être réparti désormais dans 102 compartiments. Un outil qui lui a été présenté mais auquel la mission n'a pas eu accès permet de choisir la clé de ventilation appliquée à chaque mesure et d'effectuer automatiquement la répartition des crédits par vecteur. En outre, le tableur classe chaque mesure suivant une typologie caractérisant à la fois sa nature (opération de périmètre, mesure d'économie, etc.) et son objet (mesures Ségur, mesures Covid) pour permettre des regroupements dans la présentation.

[308] Il permet de disposer d'une vision précise de la répartition par vecteur des financements prévus pour chaque mesure ou groupe de mesure à l'issue des arbitrages relatifs à la construction de l'ONDAM ES. Toutefois, il n'a pas été communiqué à la mission de documents retraçant et consolidant les différentes étapes des délégations de crédits correspondantes.

[309] De même, les éventuelles modifications apportées à la répartition initiale, relativement fréquentes, ne donnent pas lieu à la mise à jour de l'arborescence, tels que :

- les transferts de crédits de l'enveloppe MIG vers le FIR pour revaloriser les MIG transférés à ce fonds qui ne sont pas signalés dans l'arborescence mais figurent sur d'autres supports (par exemple des fichiers transmis au secrétariat général pour la préparation des arrêtés de délégation des crédits du fonds) ;
- la reventilation de 148 M€ sur les 184 M€ initialement prévus au sein des AC-MCO 2021 pour financer les mesures socle du Ségur 1 dans les instituts de formation, une partie (44 M€) étant transférée vers le FIR pour revaloriser les ex-MIG au titre des mesures socle, une autre (47 M€) étant maintenue dans les AC-MCO pour abonder les dotations de péréquation et le reste étant redéployé sur les autres vecteurs pour majorer le financement des mesures socle.

[310] Par ailleurs, l'arborescence ne retrace pas précisément le passage du réalisé N-1, qui peut être différent de l'objectif, à la base N. En particulier, la mission n'a pu éclaircir totalement l'écart entre l'exécution 2022 de la dotation provisionnelle psychiatrie (11 708 M€) et l'objectif 2022 repris comme base 2023 avant mouvements (11 353 M€). Elle a constaté qu'une partie des crédits expliquant cet écart, correspondant à des mesures décidées en cours d'année (revalorisation du point d'indice et relèvement de l'indice minimum de traitement, transposition au secteur privé) avaient bien été repris dans la partie de l'arborescence consacrée aux révisions post LFSS 2022 mais dans le vecteur AC-MCO -et non dans les dotations psychiatrie où ils avaient pourtant été délégués par les circulaires de campagne- pour être ensuite reventilés dans les nouvelles dotations psychiatrie dans la partie « opérations de périmètre ». Ce procédé n'a pas de conséquence sur le montant des objectifs calculés mais ne facilite pas le suivi des crédits.

2.1.1.1 La reconstitution des financement alloués nécessite de consulter de très nombreux tableaux de calculs annexes, dont une partie est communiquée aux ARS, avec un niveau de détail très variable selon les champs et les mesures

[311] En l'absence de document de synthèse mettant, en regard des montants de crédits ventilés dans l'arborescence par mesure et vecteur, les dates et modalités de délégation de leur délégation crédits, la mission a dû consulter de très nombreux documents, principalement des tableurs détaillant certaines étapes des processus d'allocation de ressources, différant selon la nature des vecteurs, notamment :

- les notes de proposition de la DGOS pour la construction de l'ONDAM-ES rédigées en juin N-1 pour l'ONDAM N ;
- des tableurs de la DGOS présentant de façon synthétique (sans détailler les mesures) la construction des objectifs issus de l'arborescence ;
- des tableurs de la DGOS établis à partir de l'arborescence pour présenter chaque année, de façon simplifiée, le chiffrage des mesures RH, par catégorie d'établissements et la ventilation des financements inscrits dans l'ONDAM ;
- les diaporamas de présentation des campagnes aux fédérations ;
- l'ensemble des circulaires de campagnes et arrêtés intermédiaires ainsi que des tableurs associés détaillent les délégations de crédits ;
- des tableurs de l'ATIH de calcul des taux annuels d'évolution des tarifs MCO, incluant pour la période, le calcul des fractions de taux affectées au financement des principales mesures et le calcul des coefficients de modulation ainsi que les notices techniques annuelles présentant les évolutions du modèle de financement MCO/HAD ;
- des tableurs de l'ATIH détaillant l'ensemble des crédits d'assurance maladie reçus par chaque établissement « ex-DG » sur les 4 années 2021-2024 : recettes tarifaires MCO et HAD, incluant la GF et la SMA et l'impact du coefficient prudentiel, recettes des ACE et de la liste en sus et, sauf pour l'année 2024, détail des dotations reçues (MIGAC, DAF MCO, DAF USLD, dotations psychiatrie, dotations SSR) ;
- des tableurs de la DGOS détaillant les mouvements intervenus sur les bases régionales pour chaque type de dotation pour les années 2020 à 2024 ;
- des tableurs fournis par la DGOS contenant les extractions du logiciel HÄPI donnant les détail des allocations de crédits de dotations (ONDAM-ES et FIR) aux établissements de santé par les ARS sur la période 2021-2024 ;
- des tableurs de la DGOS détaillant les revalorisations de MIG au titre des mesures salariales sur la période 2021-2024 ;
- les documents transmis par la DGOS aux ARS en complément des circulaires annuelles pour expliciter la construction des nouvelles dotations urgences (2021-2024), psychiatrie (2023 et 2024) et SMR (2024) : fiches techniques, courriels, tableurs.

[312] Le traçage des crédits a donc nécessité de recouper de nombreux documents, principalement des tableurs, construits par des équipes différentes et hétérogènes dans leur présentation, avec des libellés pas toujours clairs et parfois différents d'un document à l'autre. La mission a dû solliciter à de nombreuses reprises la DGOS et l'ATIH pour obtenir des explications complémentaires, notamment lorsqu'elle constatait des écarts entre chiffres.

2.2 Les crédits prévus ont pour l'essentiel été distribués mais leur identification précise n'est pas possible à l'échelle des ARS et des établissements

[313] La mission s'est efforcée de tracer l'allocation des crédits correspondant aux financements intégrés dans la construction de l'ONDAM-ES par les différents vecteurs en exploitant les documents énumérés précédemment, avec trois niveaux d'analyse :

- la vérification de la correspondance entre les crédits intégrés dans la construction des campagnes et les chiffrages des mesures ;
- la vérification de la correspondance entre les crédits alloués aux cours des campagnes et les crédits prévus en construction ;
- la vérification de la correspondance entre les crédits reçus par les établissements et les crédits alloués (notamment sur les vecteurs dépendant de l'activité des établissements)

2.2.1 Les financements intégrés à la construction de l'ONDAM ES correspondent sauf exceptions aux chiffrage effectués

[314] A ce premier niveau d'analyse, la mission s'est assurée de la concordance entre les chiffrages des mesures RH par les bureaux compétents de la DGOS et les montants pris en compte par FIP1 dans la construction de l'ONDAM ES, pour les seuls EPS. L'emploi de désignations différentes des mesures selon les deux sources a pu parfois compliquer ce travail.

Tableau 4 : Comparaison entre les chiffrages des mesures salariales des EPS et les montants intégrés dans la construction de l'ONDAM ES

Mesure	Coûts estimés SDRH (M€)	Crédits prévus en construction (EPS)		Écart	Commentaires
		Année	Montant (M€)		
CTI et revalorisation IESPE	3795	2021	3 805	10	
Revalorisation des grilles indiciaires des personnels soignants	644	2022	612	-32	GRAF cadres de santé (8,9M€) et directeur de soins (4,1M€) financés en 2023
Augmentation du point d'indice 2022	1709	2023	1 703	- 6	
Relèvement de l'indice minimum	59	2023	75	16	Montant réduit à 59,7 dans l'ONDAM 2024
Mesures "Guérini" dont :	1482	2024	1389	- 1	

Mesure	Coûts estimés SDRH (M€)	Crédits prévus en construction (EPS)		Écart	Commentaires
		Année	Montant (M€)		
✕ augmentation du point d'indice	799		799	0	Avec redéploiement de la prime pouvoir d'achat PM et de la GIPA 2023
✕ prime pouvoir d'achat (2023) et attribution de 5 pts d'indice (2024)	471		471		488M€ alloués en 2023 ramenés à 471 M€ en 2024
✕ GIPA	63		63	-1	
✕ augmentation bas salaires	111		111	0	
✕ majoration transport	26		26	0	
✕ autres (CET, prime de résidence)	12		12	0	
Attractivité, dont :		2024	1023		
✕ revalorisation des indemnités de garde PM	398		402	4	Dont 278M€ sur AC-MCO à transférer au FIR pour la PDSES
✕ revalorisation des indemnités d'astreinte PM	18		18	0	
✕ revalorisation des indemnités de travail de nuit, dimanches et jours fériés PNM	476		476	0	Dont 160 M€ pour les indemnités de nuit financés en 2023 et pérennisés

[315] Les montants pris en compte dans la construction de l'ONDAM-ES sont cohérents avec les chiffrages des mesures sous réserve d'écarts minimes. Mais le lien entre les mesures et les montants inscrits dans l'arborescence n'est pas toujours facile à établir : ainsi le redéploiement dans la construction 2024 de crédits pérennes obtenus en 2023 pour des mesures non reconduites en 2024 n'est pas signalé (redéploiement des crédits des mesures pouvoir d'achat vers la revalorisation du point d'indice et les 5 points d'indice pour tous ; redéploiement des crédits GIPA vers la revalorisation du point d'indice) et plusieurs échanges entre la mission et la DGOS ont été nécessaires pour retrouver ces mouvements non décrits dans les documents disponibles.

2.2.2 Ces financements ont bien été intégrés dans les modes de délégations des crédits propres à chaque vecteur mais leur traçage fin n'est pas possible

2.2.2.1 Le calcul par l'ATIH des augmentations annuelles de tarif a intégré les financements des mesures prévus en construction, en distinguant les fractions de taux correspondant à chaque groupe de mesures

[316] L'ATIH a fourni à la mission les tableaux annuels de construction des évolutions tarifaires MCO 2021-2024 qui identifient notamment les fractions de taux correspondant au financement des blocs de mesures RH (et inflation en 2023) et calculent les coefficients de modulation par statut. La logique de construction est différente de celle de l'arborescence puisque le raisonnement s'effectue sur les recettes des établissements qui sont les tarifs et visent à déterminer leur évolution en fonction des mesures à financer dans le cadre d'une enveloppe financière déterminée en fonction des objectifs de dépenses finaux données par l'arborescence

pour les vecteurs tarifaires (tarifs MCO, tarifs HAD et forfaits annuels) et en fonction de l'ensemble des éléments à prendre en compte et susceptibles de faire évoluer le montant des dépenses.

Schéma 2 : étapes de la construction des évolutions tarifaires MCO

O→bjectifs N-1 (tarifs MCO, tarifs HAD, suppléments transports, ATU/FFM/SE, forfaits annuels)

- mouvement de base (transferts vers autre vecteur, intégration des mesures N-1) en montants et en taux (rapporté à l'OD N-1)

Base N après mouvements

- - impact de la régulation prix volume N-1
- + impact de l'hypothèse de volume N
- - impact de l'effet report
- + impact des mesures nouvelles
- - impact des mesures d'économies N
- impact des engagements pluriannuels (protocole 2020-2022)

Objectifs N et taux d'évolution global des tarifs ("taux de sortie")

Source : Mission d'après documents ATI

[317] La mission a relevé quelques écarts de faible importance entre les chiffres de l'arborescence et ceux des tableaux de l'ATIH dont elle n'a pas toujours pu retrouver l'explication : écart de +5,5 M€ sur la base ex-DG après mouvements en 2023 dans le tableau de l'ATIH dû à l'absence de prise en compte d'un mouvement de fongibilité ; écarts symétriques de -15 et + 15 M€ sur les montants respectifs des mesures nouvelles « inflation » et « point d'indice » du secteur ex-DG la même année ; écart symétrique de + 40 M€ et – 40 M€ entre les objectifs 2023 révisés du tableau de l'ATIH et la base reconductible 2024 de la DGOS sur respectivement les compartiments « part tarifs MCO (hors ACE et forfaits individuels urgences) et ACE (incluant les forfaits urgences). Ces écarts minimes n'ont toutefois pas d'impact significatif sur les taux d'évolution calculés par l'ATIH.

[318] Dans cette construction, le « taux de sortie » est le taux global d'évolution des tarifs qui permet de respecter l'objectif, sous l'hypothèse de volume retenue, tout en intégrant l'ensemble des mesures N-1 et N dont le financement est intégré à la base tarifaire, les effet volume et report et les économies à réaliser venant réduite la marge d'évolution. L'outil de l'ATIH permet d'isoler les fractions de taux correspondant aux mesures N-1 et N à intégrer dans la base tarifaire. Compte tenu du taux de sortie on peut en déduire l'évolution des tarifs hors mesures nouvelles.

Tableau 5 : Décomposition des évolutions tarifaires MCO du secteur ex-DG 2021-2024

Périmètre tarifaire		2021	2022	2023	2024
Mouvements de base urgences LES - GHS		-0,66 %	-0,71 %	0,00 %	0,00 %
Autres mouvements de base		0,00 %	-0,30 %	0,00 %	0,00 %
Mouvement de base compensation de l'inflation N-1	Part tarifs hors ACE			1,34 %	0,00 %
	HAD			0,80 %	0,00 %
	Forfait annuels			1,13 %	0,00 %
Mouvement de base Ségur (point d'indice en 2023)	Part tarifs hors ACE	1,90 %	0,54 %	1,76 %	0
	HAD	1,88 %	0,24 %	1,28 %	0
	Forfait annuels	0,00 %	0,00 %	1,52 %	0
Mouvement de base mesures "Guérini"	Part tarifs hors ACE				2,10 %
	HAD				1,03 %
	Forfait annuels				0,00 %
Mouvement de base mesures "Attractivité"	Part tarifs hors ACE				1,40 %
	HAD				0,10 %
	Forfait annuels				0,00 %
Effet MN Ségur	Part tarifs hors ACE	5,97 %	1,67 %	0,10 %	0,00 %
	HAD	2,83 %	0,79 %	0,07 %	
	Forfait annuels	7,42 %	1,16 %	0,00 %	
Effet MN inflation	Part tarifs hors ACE			1,01 %	
	HAD			0,72 %	
	Forfait annuels			1,16 %	
Effet MN point d'indice-pouvoir d'achat (2023) et MN Guérini (2024)	Part tarifs hors ACE			1,91 %	0,66 %
	HAD			1,50 %	0,11 %
	Forfait annuels			1,47 %	0,00 %
Effet MN Attractivité	Part tarifs hors ACE			0,00 %	0,23 %
	HAD			0,00 %	0,32 %
	Forfait annuels			0,00 %	0,00 %
Effet autres mesures RH	Part tarifs hors ACE	0,30 %	0,00 %	0,22 %	0,29 %
	HAD	0,00 %	0,00 %	0,14 %	0,04 %
	Forfait annuels	0,84 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Evolution globale (taux de sortie)	Part tarifs hors ACE	7,52 %	0,43 %	7,10 %	3,12 %
	HAD	6,41 %	1,93 %	5,44 %	2,64 %
	Forfait annuels	7,42 %	0,00 %	6,77 %	3,07 %
Evolution globale (hors mesures RH)	Part tarifs hors ACE	-0,82 %	-2,18 %	2,94 %	-1,57 %
	HAD	1,58 %	0,90 %	2,35 %	1,02 %
	Forfait annuels	-0,83 %	-1,14 %	3,65 %	3,07 %

	Périmètre tarifaire	2021	2022	2023	2024
Evolution globale (hors mesures RH et inflation)	Part tarifs hors ACE			0,57 %	
	HAD			0,82 %	
	Forfait annuels			1,31 %	

Source : Mission d'après documents ATIH

2.2.2.2 Pour le financement par dotations, les difficultés de traçage concernent principalement les champs psychiatrie et SSR/SMR, du fait des réformes intervenues et du faible niveau de détail en résultant dans les circulaires de campagne

[319] La partie 1.3 a présenté les informations figurant dans les circulaires de campagne ou dans des documents distincts selon les vecteurs mobilisés. Cette partie décrit les conclusions des vérifications opérées par la mission sur l'effectivité des délégations de crédits prévus par la construction de l'ONDAM ES.

Analyse par vecteur

[320] Les circulaires de campagne identifient le détail des financements alloués par les vecteurs **DAF MCO et Dotation soins des USLD** pour l'ensemble des mesures RH de la période. En revanche, **ce n'est pas le cas pour le financement de l'inflation exceptionnelle en 2023** : la DGOS a indiqué à la mission que les crédits correspondants avaient été « délégués sous l'appellation « mesures de reconduction » en C1 2023 mais les montants notifiés (2,2 M€ pour la DAF MCO et 9,3 M€ pour les USLD) sont inférieurs à ceux prévus par l'arborescence (respectivement 6,8M€ et 16,6M€ pour l'ensemble des ES) alors qu'ils intègrent d'autres mesures comme le financement du GVT.

[321] Dans le cas des **MIG MCO**, la mise en œuvre des revalorisations prévues en construction est traçable pour celles qui sont déléguées en base pour lesquelles les circulaires de campagne identifient les montants de ces revalorisations. La mission a constaté quelques écarts minimes entre les prévisions de revalorisation de ces MIG et les montants délégués par circulaire.

Tableau 6 : Comparaison entre les montants prévus en construction et les montants délégués par circulaires pour les MIG en base

	2021	2022	2023	2024
Montant de revalorisation des MIG en base prévu en construction de l'ONDAM	26 165 826	6 333 089	12 239 961	13 047 725
Montant délégué en circulaire	26 830 800	5 641 364	12 077 300	13 167 900
Ecart	664 974	-691 725	-162 661	120 175

Source : Mission

[322] Pour les MIG en JPE, le traçage est plus difficile car seul le montant global de la MIG figure dans les circulaires, certaines MIG pouvant être revalorisées en plusieurs étapes. La vérification consiste à regarder si le montant global délégué est supérieur ou égal au montant résultant de la

revalorisation au titre des mesures RH considérées. La mission a fait l'exercice pour 2024 et constaté que cela est vérifié pour la majorité des MIG. Elle a relevé quelques écarts négatifs (notamment 9 M€ pour la MIG B02, 8 M€ pour la MIG D14) mais il n'est pas possible d'en conclure que les crédits n'ont pas été entièrement délégués puisque d'autres facteurs d'évolution ont pu jouer à la baisse sur le montant de ces MIG, selon le principe même des MIG en JPE.

[323] Pour les revalorisations visant les ex-MIG transférées au FIR, les documents transmis par la DGOS au SGMAS ont montré que les montants prévus ont bien été délégués aux ARS, mais une partie de ce financement a pu aller vers d'autres acteurs de santé que les établissements, comme le permettent les règles de fonctionnement du FIR.

[324] Les **dotations urgences** mises en place à partir de 2021 ont intégré en base le financement des mesures, des tableaux adressés aux ARS hors circulaire en fournissant le détail. Ces tableaux permettent de conclure que **les financements prévus pour ce vecteur ont bien été délégués**.

[325] Pour la psychiatrie :

- les mesures socles et les mesures du Ségur 2 (revalorisation des grilles des soignants) ont été financés en crédits non reconductibles en 2021 et 2022, années précédant la réforme. Leur intégration dans les bases des nouvelles dotations n'est pas explicitée, ni dans les circulaires de campagne 2023, ni dans les documents diffusés aux ARS en parallèle. La comparaison des objectifs 2022 (qui prend en compte le financement de ces mesures) et de la base 2023 permet de conclure que ces financements ont bien été maintenus et intégrés dans les bases des nouvelles dotations mais **il n'est pas possible de préciser dans quel compartiment ;**
- les documents transmis aux ARS donnent le détail par région des montants des mesures nouvelles « augmentation du point d'indice » et « compensation de l'inflation » intégrées dans la « croissance socle » (tendancielle) des dotations populationnelles (DP) ainsi que le total par établissement des DP « sécurisées » intégrant ces financements. Toutefois, ces précisions ne concernent que les mesures nouvelles 2023 (c'est-à-dire leur extension en année pleine, ces mesures ayant été engagées au cours de l'année 2022) mais pas l'intégration en base des montants financés en 2022 en NR. **Cette intégration prévue par l'arborescence 2023 ne peut être confirmée totalement** : le total délégué sur la dotation populationnelle en 2023 (8 813 M€) est en effet inférieur au montant de l'objectif de l'arborescence (8 882 M€) sans qu'il soit possible à l'aide des documents dont la mission a pu disposer de déterminer l'origine de l'écart et sur le financement de quelles mesures il porte ;
- par ailleurs, la circulaire C1 2023 fournit le détail de mesures financées en NR sur la dotation « accompagnement des transformations » telles que le nouveau statut de praticien contractuel, la revalorisation des émoluments des praticiens hospitaliers exerçant en outre-mer et des hospitalo-universitaires, et certaines mesures pour le personnel non médical (bonifications d'ancienneté, revalorisation de la prime de service, revalorisation de certaines catégories de personnel). La création de postes HU figure également dans cette dotation (en crédits reconductibles)
- pour l'année 2024, les documents adressés aux ARS donnent le détail par région des montants des mesures nouvelles « Guérini » (y compris la consolidation du financement 2023) intégrés à la croissance socle des DP mais ne donnent pas d'information sur les

montants intégrés au titre des mesures « attractivité » (94 M€ prévus en construction dont 80 sur la DP). Comme le montant total délégué sur la dotation populationnelle (9 228,5M€) est inférieur à l'OD (9 248M€), il n'est pas possible de conclure sur la délégation intégrale de ces crédits.

[326] Pour le **SSR/ SMR** :

- les documents envoyés aux ARS donnent le détail par région des montants des mesures nouvelles 2023 et 2024 « Guérini » intégrés aux dotations populationnelle et pédiatrique. Les montants indiqués pour ces mesures dans ces dotations pour les établissements ex-DG sont supérieurs à ceux figurant dans l'arborescence au titre de l'intégration des financements 2023 et des mesures nouvelles 2024 (écart de 22,3 M€ sur la dotation populationnelle et de 1,4 M€ sur la dotation pédiatrique) ;
- les mêmes documents ne mentionnent pas les mesures « attractivité » prévues pour le SMR en 2024 (56 M€ dont 32 sur l'activité et 25 sur les dotations). Comme le total délégué en 2024 (5476,5 M€) est inférieur au montant des objectifs (5551,8 M€), il n'est pas possible de conclure sur la délégation effective de ces 25 M€, sauf s'ils ont été inclus dans les crédits « Guérini » ;
- ces documents mentionnent par ailleurs 501 M€ de financement pour les « mesures Ségur 2023 » sur la dotation populationnelle et 22,5 M€ sur la dotation pédiatrique sans préciser ce qu'elles recouvrent. La mission n'a pu obtenir d'éclaircissement sur le contenu de cette enveloppe alors qu'elle relève que les montants à intégrer au titre des mesures financées les années précédentes en NR sont supérieurs : 607 M€ pour les mesures socle (452 M€ sur la DAF et 156 M€ sur les MIGAC), 96 M€ pour le Ségur 2 (76,5 M€ sur la DAF et 19,7 M€ sur les MIGAC), 220 M€ sur la DAF pour la mesure point d'indice de 2022-2023, soit 923 M€ pour ces trois groupes de mesures (qui ne constituent pas l'ensemble des mesures Ségur). Toutefois, le montant total des crédits SSR redéployés dans les nouveaux compartiments en construction 2024 (10 747 M€) correspond à la réalisation 2023 qui elle-même inclut un montant de DAF (6 841 M€) correspondant aux crédits DAF délégués en 2023 (6 822 M€) comprenant les crédits NR délégués au titre des mesures RH. La mission en conclut que ces crédits ont bien été pris en compte mais redéployés **sans qu'il soit possible de dire dans quels compartiments ils ont été affectés** ;
- certaines mesures pour le personnel médical financés en NR sur la dotation « aide à la contractualisation » sont détaillées dans la circulaire C1 (nouveau statut de praticien contractuel, revalorisation des émoluments des PH exerçant en outre-mer).

Analyse par groupe de mesure

[327] Le tableau ci-dessous synthétise les observations relatives aux délégations de crédits sur les différents vecteurs pour les principaux groupes de mesures RH (mesures socle 2020-2021 ; revalorisations des grilles des soignants 2021-2023 ; point d'indice 2022-2023 ; mesures Guérini 2023-2024 ; mesures attractivité 2023-2024) ainsi que pour la compensation de l'inflation exceptionnelle 2022-2023.

Tableau 7 : Analyse par vecteur des financements délégués pour les principaux groupes de mesures au regard des financements prévus en construction ONDAM

Groupe de mesures	Tarifs MCO	Dotations urgences	MIGAC MCO	Dotations SSR-SMR	Dotations psychiatrie	DAF MCO	Dotation USLD
Mesures socle (CTI/IESPE)							
Montants prévus (5140 M€)	2774	218	711	607	600	18	120
Montants retracés (M€)	2774	218	726	647 (2023)	711 (2022)	14	125
Observations	Correspondance calculs DGOS et ATIH	Financement tracé dans le document adressé aux ARS en 2021	Dont 382M€ en NR (dotations de péréquation), après reventilation des crédits instituts formation	Crédits NR retracés jusque 2023, intégrés en base en 2024 sans visibilité sur les compartiments	Crédits NR retracés jusque 2022 (avec 55M€ transférés du FIR), intégrés en base en 2023 sans visibilité sur les compartiments	Ecart de - 4 M€ sur les crédits donnés en R en 2023	Ecart de +5 M€ sur les crédits donnés en R en 2023
Revalorisation des grilles des soignants							
Montants prévus (750 M€)	399	27,7	72,8	96,25	115,1	3,4	35,9
Montants retracés (M€)	399	27,7	76,7	104 (2023)	117,8 (2022)	3,5	
Observations	Correspondance calculs DGOS et ATIH	Financement tracé dans le document adressé aux ARS en 2022	En incluant 15,5 M€ Transférés au FIR (ex-MIG)	Crédits NR retracés jusque 2023, intégrés en base en 2024 sans visibilité sur les compartiments	Crédits NR retracés jusque 2022 intégrés en base en 2023 sans visibilité sur les compartiments	Crédits alloués en NR en 2021 et 2022, en R en 2023	Crédits alloués en NR en 2021 et 2022, en R en 2023
Revalorisation du point d'indice 2022-2023							
Montants prévus (2 312 M€)	1397	94	153	279	321	10,7	57,5
Montants retracés (M€)	1422	94	142	287,6 (2023)	164,5 (2022) + 134,6 (MN 2023)	6,3 (2023)	74,9
Observations	Légers écarts DGOS/ATIH	Financement tracé dans le document adressé aux ARS en 2023 (hors SSA)	Avec transfert au FIR (ex-MIG) de 37M€. Ecart de 11 M€	Crédits NR retracés jusque 2023, intégrés en base en 2024 sans visibilité sur les compartiments	Crédits NR 2022 intégrés en base en 2023 +MN 2023 (document ARS), sans visibilité sur les compartiments. Ecart	Crédits alloués en NR en 2022 et en R en 2023. Ecart de -4,4M€ avec la construction	Crédits alloués en NR en 2022 et en R en 2023. Ecart de + 17,4 M€ avec la construction

RAPPORT IGAS N°2025-007R

Groupe de mesures	Tarifs MCO	Dotations urgences	MIGAC MCO	Dotations SSR-SMR	Dotations psychiatrie	DAF MCO	Dotation USLD
					de -20M€ avec la construction		
Mesures Guérini							
Montants prévus (1665 M€)	1014	74	125	162 (dont 86 sur activité et 76 sur dotations)	236 dont 194 sur dot pop	8,8	53,7
Montants retracés (M€)	1014	74	116,4	100.5 M€ sur dotations 88,9 (dot pop)+4,1 (dot péd) +7,5 MIG en MN 2024	194 (dot pop)	3,5 (NR 2023) 8,2 (R 2024)	41,3 (NR 2023) 53,3 (R 2024)
Observations	Correspondance calculs DGOS et ATIH	Montant non détaillé dans le document ARS mais inclus dans le total des mesures RH	Ecart de -9 M€ avec la construction, pouvant correspondre à un transfert vers le FIR	Crédits de dotation intégrés dans les 2 compartiments (pop+pédiatrique) avec écart de +22 M€ par rapport à la construction. Pas de visibilité sur financement à l'activité	Selon le document adressé aux ARS Pas de visibilité sur DFA		
Mesures attractivité							
Montants prévus (1665M€)	544	35	31 (MIG) +354 (AC)	57 dont 32 activité et 25 dotations	94 dont 79,5 DP et 14 DFA	4,2	21
Montants retracés (M€)	544	35	552 AC NR 2023 31 (MIG) 2024	nc	85,3 NR 2023	4,2 (2023)	21 (R 2024)
Observations	Correspondance calculs DGOS et ATIH	Montant non détaillé dans le document ARS mais inclus dans le total des mesures RH	Revalorisation des gardes des internes intégrés dans MIG E02 297 M€ transférés vers FIR (PDSES) Ecart de -57 M€ par rapport à la construction	Crédits non traçables. Le total des crédits délégués est inférieur à l'objectif	Crédits non traçables. Le total des crédits délégués sur la DP est légèrement inférieur à l'objectif (-20M€)		
Compensation de l'inflation exceptionnelle (en sus du montant intégré dans le tendanciel)							
Montants prévus (1341 M€)	963	61	0	138 dont 92 sur DAF, 32,6 sur OQN et 13,5 sur DMA	156 dont 119 sur DP et 31,5 sur DFA	6,8	16,6

RAPPORT IGAS N°2025-007R

Groupe de mesures	Tarifs MCO	Dotations urgences	MIGAC MCO	Dotations SSR-SMR	Dotations psychiatrie	DAF MCO	Dotation USLD
Montants retracés (M€)	953	61	732 (AC MCO 2023) 0 en 2024	nc	55,3 sur DP 2023 (dont 54,3 pour ES ex-DG)	2,7 (NR 2023)	
Observations	Légers écarts DGOS/ATIH	Pas d'information dans les circulaires ou les documents ARS mais le total alloué en 2023 (3257 M€) correspond à la construction intégrant ce financement (3260M€)		Crédits non traçables, non mentionnés dans les circulaires. Le total délégué en 2023 sur la DAF (6822M€) est légèrement inférieur à l'objectif (6841M€)	Crédits traçables partiellement dans le document ARS. Le total des crédits délégués en 2023 sur la DP (8813M€) est inférieur à l'objectif (8882M€)	Pas de visibilité en 2024. Le total des mesures de reconduction est inférieur au montant prévu	Pas de visibilité en 2024. Le total des mesures de reconduction est inférieur au montant prévu

Source : Mission d'après documents DGOS et ATIH

[328] **C'est sur la mesure de compensation de l'inflation que la mission a eu le plus de difficulté pour tracer les financements intégrés dans les dotations psychiatrie, SSR, DAF MCO et USLD en 2023.** Elle n'y est parvenue qu'en partie du fait de l'absence de mention dans les circulaires et d'informations partielles dans le document d'information envoyé aux ARS sur la réforme du financement de la psychiatrie (seul le montant intégré dans la DP au titre des mesures nouvelles 2023 est mentionné, les modalités d'intégration des crédits délégués en 2022 en AC MCO ne sont pas précisées). Comme le total des crédits délégués au cours de la campagne est inférieur aux montants inscrits en construction pour plusieurs dotations, **la mission ne peut conclure sur leur délégation intégrale.**

2.2.3 Les crédits effectivement reçus par l'ensemble des établissements ex-DG ont pu différer de ceux prévus, principalement du fait de l'évolution de leur activité, les écarts pouvant varier selon les années

2.2.3.1 L'analyse de la mission s'est limitée au secteur ex-DG

[329] Un autre d'angle d'analyse consiste à estimer la part des recettes d'assurance maladie effectivement perçues par les établissements destinée à financer les mesures RH et à compenser l'inflation. Deux raisons peuvent en effet conduire à ce que les établissements perçoivent des montants différents de ceux prévus en construction de l'ONDAM ES et délégués dans les vecteurs de financement :

- la principale est l'évolution de l'activité qui peut différer de cette prévue et donc aboutir à des recettes tarifaires différentes : le financement des mesures RH et inflation assis les tarifs peuvent donc également différer des prévisions ;
- les différences entre les dotations déléguées aux ARS et les attributions de dotations par celles-ci aux établissements peuvent être un facteur secondaire, ces écarts étant généralement minimes.

[330] La mission a réalisé cette analyse à l'échelle nationale, par catégories d'établissements, en se limitant au secteur ex-DG pour lequel elle a pu disposer de tableurs de l'ATIH détaillant l'ensemble des crédits d'assurance maladie reçus par chaque établissement sur les 4 années 2021-2024 : recettes tarifaires MCO et HAD, incluant la GF et la SMA et l'impact du coefficient prudentiel, recettes des ACE et de la liste en sus et, sauf pour l'année 2024, détail des dotations reçues (MIGAC, DAF MCO, DAF USLD, dotations psychiatrie, dotations SSR). La méthode est décrite dans l'encadré ci-dessous et vise à comparer la part des crédits affectés aux mesures reçus par les établissements à ceux prévus en construction de l'ONDAM-ES (et détaillés par vecteur et catégories d'établissements dans l'arborescence).¹⁰⁴

¹⁰⁴ Le niveau de détail offert par l'arborescence différant entre les années 2021-2022 et 2023-2024, la comparaison est effectuée à des échelles différentes pour ces périodes.

Méthode d'analyse

1. les recettes tarifaires

Les fichiers communiqués par l'ATIH détaillent, pour les années 2021 à 2024 et pour chaque établissement ex-DG, les recettes tarifaires perçues : 1/ GHS, suppléments et dialyse 2/ DFG et recettes tarifaires des hôpitaux de proximité 3/ GHT (HAD) 4/ forfaits annuels MCO 5/ Forfaits maladie rénale chronique 6/ DMi de la liste en sus 7/ médicaments de la liste en sus MCO 8/ médicaments de la liste en HAD 9/actes et consultations externes. Ces compartiments incluent le cas échéant les financements complémentaires reçus au titre de la garantie de financement (GF) ou de la sécurisation modulée à l'activité (SMA) ainsi que l'impact du coefficient prudentiel final (après dégel) soit 0,35 % en 2022 et 0,7 % en 2024.

Par ailleurs l'exploitation des fichiers de calcul des évolutions tarifaires annuelles par l'ATIH a permis d'identifier les fractions de taux destinées à financer les mesures qui figurent dans le tableau 5 *supra*.

La combinaison de ces éléments permet d'estimer la part des recettes issues des tarifs devant financer chaque groupe de mesures pour lequel une fraction de taux dédiée a été calculé par l'ATIH. A cette fin, la mission a :

✕ calculé la valeur d'un mois de recettes N au tarif N-1 sachant que :

Recettes N = 2 mois au tarif N-1 $\times$ (1+coef de modulation N-1) + 10 mois au tarif N $\times$ (1+coef de modulation N-1) et que tarif N = tarif N-1 $\times$ (1+taux de sortie N)

Pour les EBNL s'applique en outre chaque année le coefficient de reprise des avantages sociaux et fiscaux.

✕ appliqué la fraction de taux N dédié aux mesures N à 10 mois de recettes : ce calcul simplifié se justifie par le fait que le taux dédié à la mesure devrait être corrigé par la fraction de l'effet report visant à neutraliser les recettes des deux premiers mois de l'années. Comme les tableaux de l'ATIH ne donnent qu'un effet report global, il n'a pas été possible de déterminer cette fraction de l'effet report propre à chaque mesure et la mission a simplifié le calcul en appliquant les taux sur 10 mois. **Ce calcul repose sur l'hypothèse forte que l'activité est équirépartie sur l'année.**

✕ appliqué les coefficients de modulation propres à chaque statut ainsi que, pour les EBNL, les coefficients de reprises des avantages sociaux et fiscaux.

✕ reproduit le calcul pour chaque mesure et chaque année, ce qui a conduit à « faire vieillir » la fraction de taux dédiée à une mesure en fonction de l'évolution des tarifs des années suivantes, hors mesures nouvelles de ces années. En effet, flécher une fraction de l'évolution des taux de l'année N sur les mesures nouvelles de l'année N revient à considérer que les autres mesures financées les années précédentes ou l'année N se voient appliquer l'évolution du taux hors mesures nouvelles N, qui peut le cas échéant être négative.

2. les recettes de dotations

Les fichiers communiqués par l'ATIH détaillent, pour les années 2021 à 2023 les recettes perçues sous formes de dotations : 1/ dotations urgences 2/ MIG MCO 3/ AC MCO 4/ DAF SSR 5/ dotations psychiatrie 6/ DAF MCO / 7 Dotations soins USLD 8/ IFAQ 9/ IFAQ Psy 10/ IFAQ SSR 11/ MIGAC SSR 12/ DMA SSR 13/ACE SSR.

Pour ceux de ces vecteurs auxquels l'arborescence attribuait des financements destinés aux mesures (dotations sauf ACE, LES, IFAQ) la mission a calculé un taux correspondant à la part de financement fléché sur le groupe de mesures considéré dans l'objectif de dépenses de l'année (cf. tableau 8 *infra*) et a appliqué ce taux aux recettes correspondantes effectivement perçues par les établissements. Contrairement à l'estimation faite pour les recettes tarifaires, elle n'a fait ce calcul que pour l'année où le financement du groupe de mesures a été intégré dans les dotations. Elle a calculé un taux tendanciel, c'est-à-dire hors mesures nouvelles de toutes natures, qui pourrait permettre de « faire vieillir » le financement des mesures les années suivantes mais les changements de périmètres et de vecteurs, en particulier du fait des réformes de financement de la psychiatrie et du SSSR/SMR auraient rendu l'exercice peu significatif pour ces champs d'activité.

Pour les MIG-MCO, les MIG FIR et les dotations urgences, pour lesquelles la mission disposait des calculs de la DGOS pour déterminer les revalorisations fléchées sur les groupes de mesures, la mission a appliqué ces taux de revalorisation aux dotations de l'année précédente.

3. La comparaison entre les recettes perçues et les recettes prévues permet de mesurer des écarts, pour les recettes tarifaires comme pour les recettes de dotations.

Tableau 8 : Part des taux d'évolution des dotations affectée aux mesures

	2021	2022	2023								2024					
mesures financées	CTI IESPE	Séguir 2	point d'indice		inflation		MN RH séguir		Autres MN RH		Mesures Guérini		Mesures attractivité		Autres MN RH	
Dotations			EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL
MIG MCO																
taux de revalorisation des bases MIG ciblées lié aux mesures	6,75 %	1,63 %	2,82 %								2,85 %	2,85 %				
taux de revalorisation hors MN	0,00 %	0,00 %														
Dotations urgences																
Part des mesures dans l'OD	8,17 %	1,06 %	2,98 %	2,09 %	1,90 %	1,69 %	0,07 %	0,19 %	0,14 %	0,22 %	2,24 %	1,12 %	1,07 %	0,56 %	0,18 %	0,00 %
taux de revalorisation tendanciel		1,43 %	1,56 %	2,21 %	1,56 %	2,21 %	1,56 %	2,21 %	1,56 %	2,21 %	1,31 %	1,24 %	1,31 %	1,24 %	1,31 %	1,24 %
DAF MCO																
Part des mesures dans l'OD	4,70 %	1,16 %	2,88 %		1,83 %		2,96 %		0,16 %		2,24 %		1,06 %		0,26 %	
taux de revalorisation tendanciel		0,58 %	1,28 %		1,28 %		1,28 %		1,28 %		2,07 %		2,07 %		2,07 %	
DAF SSR (Dot pop + prédiatrique en 2024)																
Part des mesures dans l'OD	5,90 %	1,53 %	3,31 %	3,07 %	1,33 %	1,37 %	0,08 %	0,23 %	0,11 %	0,31 %	2,32 %	0,96 %	0,98 %	0,48 %	0,09 %	0,00 %
taux de revalorisation tendanciel	-0,58 %	0,61 %	1,44 %	0,85 %	1,44 %	0,85 %	1,44 %	0,85 %	1,44 %	0,85 %	1,93 %	1,88 %	1,93 %	1,88 %	1,93 %	1,88 %
DMA SSR																

RAPPORT IGAS N°2025-007R

	2021	2022	2023								2024					
mesures financées	CTI IESPE	Séguir 2	point d'indice		inflation		MN RH séguir		Autres MN RH		Mesures Guérini		Mesures attractivité		Autres MN RH	
Dotations			EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL	EPS	EBNL
Part des mesures dans l'OD	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	1,37 %	1,41 %	0,00 %	0,00 %	0,07 %	0,32 %						
taux de revalorisation tendanciel		0,58 %	1,81 %	1,77 %	1,81 %	1,77 %	1,81 %	1,77 %	1,81 %	1,77 %						
Dotations psy																
Part des mesures dans l'OD	4,67 %	1,23 %	2,68 %	2,72 %	1,29 %	1,29 %	0,48 %	0,21 %	0,08 %	0,24 %	2,28 %	1,01 %	0,93 %	0,47 %	0,14 %	0,00 %
taux de revalorisation tendanciel		0,62 %	1,17 %	0,37 %	1,17 %	0,37 %	1,17 %	0,37 %	1,17 %	0,37 %	1,53 %	1,55 %	1,53 %	1,55 %	1,53 %	1,55 %
USLD																
Part des mesures dans l'OD	9,10 %	3,04 %	4,40 %	4,16 %	1,27 %	1,28 %	0,80 %	0,26 %	0,18 %	0,54 %	4,15 %	0,89 %	1,64 %	0,42 %	0,07 %	0,00 %
taux de revalorisation tendanciel		0,58 %	0,54 %	0,62 %	0,54 %	0,62 %	0,54 %	0,62 %	0,54 %	0,62 %	0,35 %	0,71 %	0,35 %	0,71 %	0,35 %	0,71 %
AC MCO																
Part des mesures dans l'OD					4,04 %	0,00 %										
taux de revalorisation tendanciel					12,35 %	0,00 %										

Source : Mission d'après arborescence DGOS

2.2.3.2 Les résultats de ces analyses montrent que les écarts les plus importants sont dus aux financements par les tarifs mais peuvent fluctuer dans le temps

[331] Ces résultats sont présentés pour les principaux groupes de mesures déjà étudiés précédemment sous l'angle de la comparaison entre crédits prévus et délégués. Ils sont présentés en distinguant les EPS et les EBNL pour lesquels l'arborescence permet de distinguer les financements prévus. La mission a estimé les recettes perçues par catégories d'établissements plus fines mais les financements prévus n'étant identifiés qu'à l'échelle des statuts (EPS/EBNL), les écarts ne peuvent être mesurés qu'à cette échelle.

[332] Il faut souligner que **cette analyse ne porte pas sur l'ensemble des mesures** mais seulement sur les plus importantes d'entre elles, pour lesquelles des taux d'évolution des tarifs MCO dédiés à leur financement ont été calculés par l'ATIH. D'autres mesures regroupées par l'ATIH sous les dénominations « autres mesures Ségur » ou « autres mesures RH » n'ont pas été étudiées. **Leur analyse aurait pu conduire à des estimations rejoignant ou au contraire s'écartant de celles présentées ci-dessous.**

Les mesures socles (CTI et majoration de l'IESPE)

[333] Le tableau ci-dessous montre que le financement à l'activité n'a pas apporté intégralement le financement attendu par les EPS en 2021 mais que l'équilibre a été atteint dès 2021 et que les recettes 2024 dépassent largement le montant prévu. Les EBNL ont de leur côté reçu un peu plus que prévu dès 2021. Les évolutions respectives de l'activité peuvent expliquer ces différences étant rappelé que les recettes perçues intègrent l'impact de la GF et de la DMA. Pour les recettes de dotations, les écarts peuvent provenir de la délégation incomplète des crédits prévus, par exemple pour les dotations urgences, l'année 2021 étant la première année de la réforme du financement des urgences.

Tableau 9 : Ecart estimés entre recettes perçues et prévues pour les mesures socle (M€)

	Tarifs MCO - HAD				Dotations
	2021	2022	2023	2024	2021
EPS	-57	+50	+59	+227	✕ pas d'écart sur MIG MCO, AC-MCO (dotations de péréquation) et DAF Psy
EBNL	+10	+26	+35	+115	✕ écart de -13 sur dotations urgences ✕ écart de -8 sur DAF SSR ✕ écart de -1,7 sur DAF MCO et -1,8 sur USLD

Source : Mission d'après données ATIH et DGOS

Les mesures de revalorisation des grilles de rémunération des personnels soignants (Séjour 2)

[334] Le financement prévu par l'activité, n'a pas été complètement perçu par les EPS en 2022 mais l'a été en 2023, le regain d'activité de 2024 leur permettant de le dépasser. Pour les EBNL, les recettes perçues sont légèrement supérieures aux prévisions dès 2022 et 2023. Sur les dotations, les écarts perçu / prévu sont minimes, sauf pour la psychiatrie.

Tableau 10 : Ecart estimés entre recettes perçues et prévues pour les mesures Séjour 2 (M€)

	Tarifs MCO - HAD			Dotations
	2022	2023	2024	2022
EPS	-7	-5	+42	✕ pas d'écart sur MIG MCO, DAF SSR et USLD ✕ écart de -1,6 sur dotations urgences ✕ écart de -7,4 sur DAF Psy ✕ écart de -0,7 sur DAF MCO
EBNL	+24	+29	+21	

Source : Mission d'après données ATIH et DGOS

La revalorisation du point d'indice 2022 (intégrée aux tarifs et bases 2023) et sa transposition aux EBNL

[335] La mesure apparaît sous financée par les tarifs pour les EPS en 2023 mais équilibrée en 2024, et surfinancées pour les EBNL dès 2023. Sur les dotations 2023, les écarts perçu / prévu sont minimes.

Tableau 11 : Ecart estimés entre recettes perçues et prévues pour la revalorisation du point d'indice de 2022 intégrée aux tarifs et dotations 2023 (M€)

	Tarifs MCO - HAD		Dotations
	2023	2024	2023
EPS	-65,5	+20,3	✕ pas d'écart sur MIG MCO, Dotations urgences, DAF psy et USLD ✕ écart de -1,6 sur DAF SSR (EPS) ✕ écart de -2,2 sur DAF MCO
EBNL	+9	+25	

Source : Mission d'après données ATIH et DGOS

Les mesures Guérini 2023 (intégrées aux tarifs et bases 2024) et leur transposition aux EBNL

[336] La mesure apparaît correctement financée par les tarifs pour les EPS (+6,8 M€ soit +0,8 %) et largement surfinancée pour les EBNL (de l'ordre de 30 %). Le fait que la fraction de taux devant financer la mesure soit identique pour les deux statuts alors que les montants à financer sont proportionnellement différents (les mesures à financer par les tarifs MCO représentaient 2,54 %

de la base tarifaire des EPS alors qu'elles ne représentaient que 1,1 % de celle des EBNL) peut expliquer cet écart, non intégralement corrigé par le coefficient de modulation, de même que la baisse du coefficient de reprise des avantages sociaux et fiscaux. Comme indiqué *supra*, la mission n'a pas disposé du détail des dotations perçues par les ES en 2024.

Tableau 12 : Ecarts estimés entre recettes perçues et prévues pour les mesures Guérini (M€)

	Tarifs MCO - HAD
	2024
EPS	+6,8
EBNL	+29,4

Source : Mission d'après données ATIH et DGOS

Les mesures Attractivité 2023-2024 (intégrées aux tarifs et bases 2024) et leur transposition aux EBNL

[337] Les mesures apparaissent légèrement sous financées par les tarifs pour les EPS (-5 %) et très largement surfinancées pour les EBNL (de l'ordre de 125 %). Le fait que la fraction de taux devant financer la mesure soit identique pour les deux statuts alors que les montants à financer sont proportionnellement différents (l'intégration des mesures 2023 représentant 60 % du coût ne devant bénéficier qu'aux EPS et les mesures à financer par les tarifs MCO représentaient 1,49 % de la base tarifaire des EPS alors qu'elles ne représentaient que 0,57 % de celle des EBNL) peut expliquer cet écart **de même que le fait que le coefficient de modulation ne couvrait pas ces mesures** (cf. *supra* tableau 2).

Tableau 13 : Ecarts estimés entre recettes perçues et prévues pour les mesures Attractivité (M€)

	Tarifs MCO - HAD
	2024
EPS	-23,3
EBNL	+42,6

Source : Mission d'après données ATIH et DGOS

La compensation de l'inflation 2022-2023 (intégrée aux tarifs et bases 2023)

[338] La mesure apparait sous financée par les tarifs pour les EPS en 2023 mais presque équilibrée en 2024, et correctement financée pour les EBNL dès 2023, étant précisé que cette mesure n'est pas dans le périmètre du coefficient de modulation. Sur les dotations 2023, les écarts

perçu / prévu sont minimales en faisant l'hypothèse que les financements prévus en construction ont bien été alloués (cf. supra 2.2.2), ce que la mission n'a pu vérifier.

Tableau 14 : Ecart estimés entre recettes perçues et prévues pour la compensation de l'inflation exceptionnelle intégrée aux tarifs et dotations 2023 (M€)

	Tarifs MCO - HAD		Dotations
	2023	2024	2023
EPS	-61	-7	✕ pas de financement prévu en MIG ✕ pas d'écart sur les autres dotations en faisant l'hypothèse que les taux financements prévus en construction ont bien été alloués (cf. supra 2.2.2)
EBNL	+1	+11	

Source : Mission d'après données ATIH et DGOS

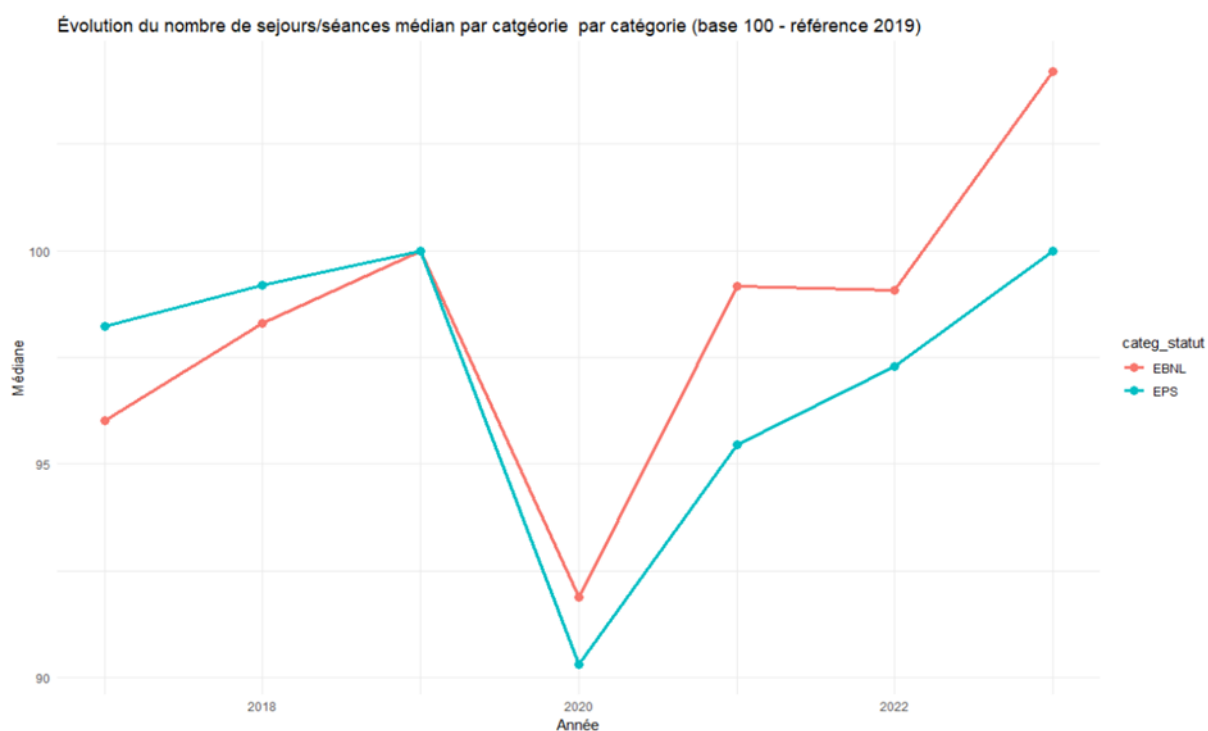
[339] L'estimation des recettes perçues via les tarifs souligne une divergence des constats entre EPS et EBNL ex-DG qui peut relever de plusieurs facteurs :

- une dynamique d'activité différente entre les deux catégories d'établissements étant précisée (cf. *infra*) que l'analyse au niveau de ces catégories conduit à moyenner des évolutions qui peuvent être différenciées au sein de chaque catégorie ;
- l'application de taux d'évolution identiques aux deux catégories alors que les montants de mesures à financer peuvent représenter des proportions différentes des recettes. Le coefficient de modulation ne paraît pas réussir à compenser ce biais (cf. mesures Guérini) d'autant plus que son périmètre n'englobe pas la totalité des mesures (cf. mesures attractivité). **Ce facteur a pu jouer dans le même sens pour d'autres mesures** que la mission n'a pas étudiées comme **la refonte de la grille des praticiens hospitaliers** qui n'a pas été couverte par le coefficient de modulation Ségur car issue d'un plan antérieur, le plan « Investir pour l'hôpital » de 2019.

2.2.3.3 La reprise de l'activité après la crise sanitaire a été plus rapide pour les établissements EBNL même si le niveau de rémunération atteint en 2023 est tout juste comparable à celui de 2019

[340] Si l'on observe l'évolution du nombre de séjours et séances, on constate que les établissements EBNL ont repris un niveau d'activité très proche de celle de 2019 dès 2021. Si on exclut les séances, il faut attendre 2022. En revanche, les EPS ne retrouvent qu'en 2023 une activité en termes de volume (séjours et séances) pratiquement comparable à celle de 2019 (cf. graphique 1 ci-dessous).

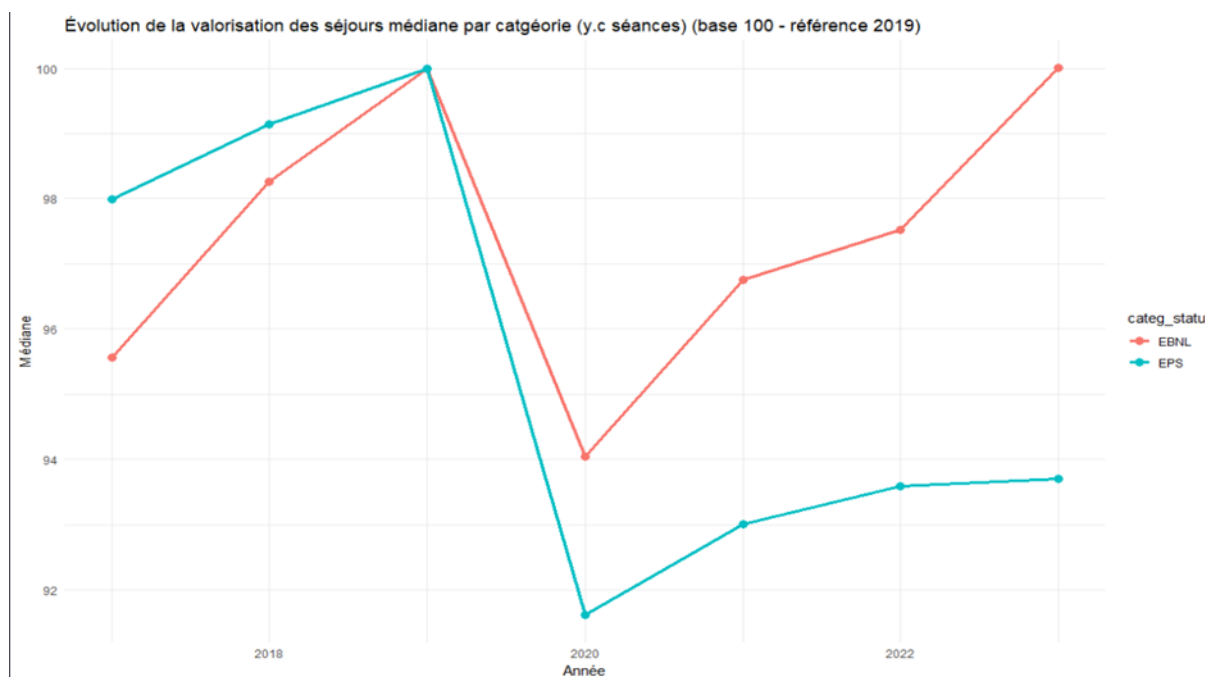
Graphique 1 : Evolution de l'activité des EPS et EBNL de 2017 à 2023 (base 100 - référence 2019)



Source : Données ATIH, traitement pôle data de l'IGAS

[341] En revanche, si l'on valorise les activités des années 2019 à 2023 aux tarifs de 2023, il faut attendre 2023 pour que les séjours des établissements EBNL retrouvent une valorisation égale à celle de 2019, 2022 si on ajoute les séances. En 2023, les EPS n'ont toujours pas retrouvé une valorisation égale à celle de 2019. La valorisation (valeur médiane) des séjours des EPS représente 93 % de la valorisation 2019 (93,7 % en ajoutant les séances) comme l'illustre le graphique 2 ci-dessous.

Graphique 2 : Evolution de la valorisation des séjours et séances des EPS et EBNL de 2017 à 2019 (base 100 - référence 2019)



[342] Cet écart est certainement dû à une reprise de plus importante de l'activité ambulatoire, notamment chez les EPS, qui permet de réaliser un nombre de séjours comparable, mais dont la valorisation ne permet pas de retrouver le niveau de 2019.

2.2.3.4 La gestion de la sous consommation des objectifs de dépenses sur la part tarifs n'a toutefois pas occasionné de transferts entre EPS et EBNL avant 2024

[343] La mission a cherché à déterminer si la moindre dynamique d'activité des EPS s'était traduite par des transferts au sein de l'objectif de dépenses commun entre EPS et EBNL. La comparaison des objectifs et réalisations de l'année et des réalisations de l'année avec la base retenue l'année suivante permet de répondre à cette interrogation. La comparaison est faite sur le seul secteur ex-DG, les données de réalisation communiquées par l'ATIH ne portant que sur ce secteur et sur la part tarifaire de l'ODMCO (HAD, tarifs MCO, forfaits annuels et actes et consultations externes) et incluent la GF et la SMA. Les données de la liste en sus n'y sont pas intégrées, les réalisations de l'ATIH étant des données brutes avant remises des industriels et application de la clause de sauvegarde donc difficile à comparer aux objectifs qui sont calculés après déduction de ces restitutions à l'assurance maladie.

Tableau 15 : Comparaison des objectifs, réalisations et bases sur les vecteurs tarifaires du secteur ex-DG (hors LES)

M€	HAD		Tarifs			ACE MCO		Forfaits annuels		
	EPS	EBNL	total	EPS	EBNL	EPS	EBNL	total	EPS	EBNL
Objectifs 2021 (avec HAD et ACE)			41 558,11					190,32		
Réalisations ex-DG 2021 (ATIH)	351,68	392	41 333,89¹	31 224,55	4 459,14	4 332,57	574,22	184,28	175,33	8,95
<i>Ecart réalisations / objectifs</i>			- 224,22					- 6,04		
<i>Mouvements de base 2022 (dont suite réforme urgences)</i>			- 145,46							
Bases 2022 = objectifs 2021 + mouvements de base 2022			41 412,65					190,32		
Objectifs 2022 (reventilés dans la construction 2023)	353,02	435,38	37 942,57	33 076,49	4 866,09	3 335,30	495,18	193,76	184,56	9,21
Réalisations ex-DG 2022 (ATIH)	363,71	399,57	36 342,38	31 757,34	4 585,04	4 395,34	591,34	191,14	180,66	10,48
<i>Ecart réalisations / objectifs</i>	10,70	- 35,81	- 1 600,19	- 1 319,15	- 281,05	1 060,04	96,15	- 2,63	- 3,90	1,27
Mouvements de base 2023 (yc reventilation des MN 2022)	6,97	6,76	944,98	846,53	98,45	- 23,00		23,24	21,12	2,12
Bases 2023 = objectif 2022 + Mouvements de base 2023	359,99	442,13	38 887,56	33 923,02	4 964,54	3 312,30	495,18	217,01	205,68	11,33
Objectifs 2023	374,08	454,29	40 536,94	35 387,26	5 149,68	3 312,30	495,18	227,14	215,21	11,93
Réalisations ex-DG 2023 (ATIH)	387,16	446,68	38 436,82	33 467,82	4 969,00	4 356,92	562,72	211,69	200,75	10,94
<i>Ecart réalisations / objectifs révisés</i>	13,08	- 7,61	- 2 100,12	- 1 919,44	- 180,68	1 044,62	67,54	- 15,45	- 14,46	- 0,99
Opérations de périmètre inter-sous objectifs	19,07	13,08	- 1 736,10	- 2 118,20	382,11	1 251,41	112,54	- 16,56	- 14,78	- 1,78
Mouvements de base 2024 (yc reventilation des MN 2023)	7,13	5,09	1 175,88	1 097,52	78,36			6,05	5,98	0,08
Bases 2024 = objectif 2023 + op. de périmètre+mvmnts de base	400,28	472,46	39 976,72	34 366,57	5 610,15	4 563,71	607,72	216,63	206,41	10,22
Objectifs 2024	418,18	492,74	40 879,90	35 170,79	5 709,11	4 579,09	609,61	222,64	212,10	10,53
Réalisations ex-DG 2024 (ATIH)	420,50	482,82	41 871,66	36 523,45	5 348,21	4 718,75	621,83			
<i>Ecart réalisations / objectifs</i>	2,32	- 9,92	991,76	1 352,66	-360,90	139,66	12,22			

Source : Mission d'après données DGOS et ATIH. ¹ Pour 2021, le total des réalisations inclut l'HAD et les ACE des EPS et EBNL pour comparaison avec l'objectif, non ventilé. Pour les autres années, le total est fait sur les seuls tarifs MCO.

[344] Sur la part tarifs, la sous-consommation est plus marquée pour les EBNL en 2022 (-5,8 % de l'objectif contre -4 % pour les EPS), cette situation s'inversant en 2023 (-3,5 % pour les EBNL contre -5,4 % pour les EPS). Mais **sur les trois années 2021-2023, la sous consommation ne donne pas lieu à réfaction des bases**, les mouvements effectués sur celles-ci résultant d'opérations de transferts d'activité (suites de la réforme des urgences, fongibilité) ou de l'intégration dans les compartiments tarifaires des mesures financées l'année précédente en AC-MCO. Par ailleurs les enveloppes prévues pour les actes et consultations externes sont fortement dépassées par les EPS en 2022 et 2023.

[345] Les opérations de périmètre effectuées sur la base 2024 tiennent compte en revanche des sous-consommations et dépassements observés les années précédentes avec des transferts entre secteurs, statuts et vecteurs.

Tableau 16 : Transferts et rebasages au sein du champ tarifaire MCO dans la construction 2024

		HAD				MCO					
		Part tarifs HAD				Part tarifs MCO				ACE MCO	
		Ex-DG		Ex-OQN		Ex-DG		Ex-OQN		Ex-DG	
		EPS	EBNL	EBNL	EBL	EPS	EBNL	EBNL	EBL	EPS	EBNL
HAD EPS	19,1	19,1									
HAD EBNL	13,1		13,1								
	41,9			41,9							
HAD EBL	40,8				40,8						
MCO EPS	-1 826,7					-1 826,7					
MCO EBNL	430,6						430,6				
	-190,8							-190,8			
MCO EBL	108,2								108,2		
ACE EPS	1 251,4									1 251,4	
ACE EBNL	112,5										112,5
Rebasage objectifs	0,0			75,4	58,6	-291,5	-48,5	22,9	183,1		
Totaux	0,0	19,1	13,1	1 17,3	99,3	-2 118,2	382,1	-167,9	291,3	1 251,4	112,5

Source : Mission, d'après données DGOS et ATIH

[346] Ces mouvements répondent à des finalités différentes :

- transférer les forfaits individuels urgences, créés par la réforme de 2021 et jusque-là restés en construction dans la part tarifs, vers l'enveloppe ACE dont les caractéristiques sont proches (tarifs fixés nationalement). Ce mouvement au sein du secteur ex-DG, vient abonder les ACE à hauteur de 1 363,9 M€ (1251,4 M€ pour les ACE EPS et 112,5 M€ pour les ACE EBNL) mais n'a pas de conséquence pour les établissements ;
- la seconde vise à revoir la répartition entre sous-objectifs (MCO, HAD) et entre secteurs et statuts correspondant aux réalisations 2023 alors qu'elle n'avait pas été modifiée depuis 2019. Cela conduit à des transferts importants entre statuts : le poids des EPS dans les tarifs MCO-HAD ex-DG baisse ainsi de 87,6 % à 85,7 % alors que celui des EBNL augmente de 12,4 % à 14,3 %. A noter que les poids des EBNL augmente aussi par rapport à celui des EBL

au sein du secteur ex-OQN. Au total 848 M€ sont ainsi transférés des objectifs des EPS vers ceux des EBNL (457 M€) et des EBL (391 M€).

[347] Le dépassement par les EPS des objectifs 2024 rebasés (+3,8 %) peut ainsi s'expliquer à la fois par leur regain d'activité mais aussi pour partie par la réfaction des objectifs, alors que les EBNL sont en sous-consommation (-6,3 %).

3 Dans le champ MCO, la répartition des financements opérée très majoritairement par des augmentations de tarifs a pu générer des écarts entre établissements du fait de l'évolution de leur activité et de la structure de leurs recettes

[348] La mission a tenté d'évaluer si la vectorisation des financements consacrés aux mesures RH -et plus particulièrement le passage par les tarifs d'activité- est susceptible de générer d'éventuelles distorsions entre établissements en fonction de la nature et de l'évolution de leur activité et de la structure de leurs recettes d'assurance maladie.

3.1 Les critères de répartition des crédits diffèrent selon les vecteurs

[349] Le financement des mesures salariales mises en œuvre au cours de la période a été opéré dans un premier temps, pour les mesures engagées en cours d'année, par des enveloppes AC-MCO ou DAF réparties au prorata des effectifs des établissements connus par la statistique annuelle des établissements (SAE). L'intégration de ces financements dans les différents vecteurs a ensuite été effectuée différemment entre champs d'activité et au sein de chaque champ, les données de la SAE ne permettant pas, par exemple de distinguer les effectifs affectés entre les différentes activités MCO, en particulier entre les activités de soins financées par les tarifs et les activités d'intérêt général financées par les MIG.

3.1.1 La répartition du financement par champ d'activité s'est appuyée sur la ventilation des effectifs fournie par la SAE

[350] En 2021, pour la première année d'intégration des mesures Ségur dans les vecteurs le choix a été fait d'opérer d'abord une répartition des financements entre statuts d'établissements (EPS, EBNL, EBL) selon les enveloppes arrêtées nationalement pour chaque catégorie, puis de laisser le choix aux fédérations du critère de répartition par champ d'activité. Pour les EPS et les EBL, c'est le critère des effectifs en ETPR (issus de la SAE 2019 qui a été retenu¹⁰⁵). Pour les EBNL, c'est une répartition au prorata des masses financières qui a été retenue. Les répartitions au prorata des effectifs ont distingué les effectifs de personnels non médicaux (pour la ventilation du financement du CTI) et ceux de personnels médicaux (pour le financement de la revalorisation de l'IESPE).

¹⁰⁵ Après réintégration des effectifs administratifs au prorata des effectifs des champs MCO, SSR et psychiatrie (hors USLD).

[351] A partir de 2022, la répartition entre champs a été opérée principalement sur le critère des ETPR, les EBNL passant à une clé mixte (75 % au prorata des ETP et 25 % au prorata des masses financières), sur la base de la SAE 2019 pour la répartition 2022 et 2023. Ces clés ont été maintenues en 2023, sur la base de la SAE 2021 et en 2024, sur la base de la SAE 2022, pour les mesures générales (Guérini). Pour les revalorisations des indemnités de permanence des soins des personnels médicaux, le transfert des crédits vers le FIR a conduit à une répartition différente.

[352] Pour les EPS, la répartition des financements des mesures RH par champ a légèrement évolué et apparaît cohérente avec les données de la SAE.

Tableau 17 : Répartition du financement des principales mesures salariales entre les champs d'activité pour les EPS (%)

Mesures	MCO (yc DAF)	Psychiatrie	SSR	USLD
Mesures socle (2021)	74,1	14,9	8,1	3,0
Revalorisation des soignants (2022)	67,6	15,3	12,8	4,8
Revalorisation pt indice 2023	74,4	14,6	8,0	2,9
Mesures Guérini 2024	73,9	14,9	7,4	3,7
Ventilation des ETPMR PNM+ PM (SAE 2023)	73,8	15,0	7,6	3,6

Source : Mission d'après arborescence DGOS. La répartition du financement des revalorisations des grilles des soignants ne prend en compte que les effectifs des PNM.

[353] Les travaux d'analyse menées à partir des recettes effectivement perçues par les établissements montrent également une cohérence dans ces ventilations pour les CH comme pour les CHU, par rapport à la répartition des effectifs comme par rapport à celle de leurs recettes d'assurance maladie, sur l'exemple de la mesure de revalorisation du point d'indice.

Tableau 18 : Comparaison entre les recettes reçues par les CH et CHU par champ d'activité pour le financement du point d'indice et la répartition de leurs effectifs et de leurs recettes

	CH				CHU			
	MCO-HAD	PSY	SSR	USLD	MCO-HAD	PSY	SSR	USLD
Répartition des recettes pt d'indice	61 %	23,4 %	10,5 %	4,1 %	88 %	4,3 %	5,7 %	2,1 %
Répartition des effectifs SAE 2023	64,8 %	21,7 %	8,9 %	4,6 %	89,2 %	3,6 %	5,2 %	2,0 %
<i>Pm : répartition des recettes hors ACE et LES</i>	64,3 %	23,1 %	9,4 %	2,4 %	90,0 %	4,0 %	4,8 %	1,2 %

Source : Mission d'après données DGOS et ATIH

[354] Les consignes initialement données aux ARS ont été de répartir les recettes de dotations entre établissements au prorata des effectifs. Toutefois les réformes de financement intervenues sur les urgences, la psychiatrie et le SMR peuvent conduire les ARS à opérer des répartitions différentes, en fonction par exemple des critères de répartition fixées après avis des CCAR pour les dotations populationnelles. En outre, pour les mesures allouées avant les réformes psychiatrie et SMR (mesures socle, revalorisation de grilles, revalorisation du point d'indice pour le SMR), l'absence de visibilité sur la ventilation des financements alloués dans les nouveaux compartiments ne permet pas de garantir le respect de cette consigne.

3.1.2 Au sein du champ MCO la répartition par vecteurs a été effectuée au prorata des masses financières et très majoritairement sur les tarifs de prestation

[355] Le principe retenu au sein du champ MCO est celui d'une répartition au prorata des masses financières, en tenant compte du fait que certaines recettes ne peuvent pas être vecteurs de revalorisations salariales du fait du mode particulier de fixations de leurs tarifs : c'est le cas des actes et consultations externes (ACE), facturés sur la base des nomenclatures tarifaires d'assurance maladie, et des produits de la liste en sus (LES), tarifés par le comité économique des produits de santé (CEPS) et qui ne rémunèrent pas de charges de personnel mais des achats. Cela a conduit à concentrer les financements sur les composantes tarifaires (GHS, suppléments, GHT, forfait annuels).

Tableau 19 : Répartition du financement des principales mesures salariales entre les vecteurs MCO pour les EPS (%)

Mesures	Tarifs	Dotations urgences	MIGAC	DAF MCO
Mesures socle (2021)	74,6	7,4	19,1 (dont péréquation : 8,7)	0,5
Revalorisation des soignants (2022)	77,8	6,4	14,9	0,8
Revalorisation point indice (2023)	81,7	6,7	10,8	0,8
Mesures Guérini (2024)	81,8	6,8	10,6	0,8

Source : Mission d'après arborescence DGOS.

3.2 Le financement par les tarifs a pu opérer des redistributions entre établissements en fonction de leur activité sans toutefois sembler pénaliser ou avantager une catégorie particulière d'établissements

[356] La mission a cherché à évaluer si la répartition majoritaire sur les vecteurs tarifaires était de nature à causer des distorsions entre catégories d'établissements par rapport à une distribution en fonction de leurs effectifs, qui avait été appliquée initialement au financement provisoire par AC MCO et est toujours pris en compte pour la répartition de la dotation de péréquation. En effet, si des écarts entre établissements en fonction de leur activité sont logiques dès lors qu'une partie du financement dépend de l'activité, il est néanmoins utile de mesurer les écarts par rapport à un financement réparti en fonction des effectifs et de vérifier si certaines catégories d'établissements sont avantagés ou désavantagés en fonction de la structure de leur activité ou de leurs recettes.

[357] La mission n'a toutefois pas été en mesure d'étudier si les mesures salariales ont pesé différemment sur les établissements en fonction de la structure de leurs emplois (par exemple, part des contractuels dans les PNM, parts des PM appartenant aux différents statuts, part des personnels soignants en blocs opératoires ou unités de soins critiques).

3.2.1 La comparaison entre la répartition des charges de personnel entre les différentes activités MCO et la répartition du financement des mesures entre les vecteurs correspondant ne montre pas de distorsion majeure

3.2.1.1 La mission a exploité les retraitements comptables 2023 pour analyser la répartition des charges de personnel entre les différentes activités MCO

[358] La CNDG-CHU estime dans son étude précitée (encadré 1) que la structure des recettes des CHU, marquée par le poids des dotations MIGAC, les pénalise dans une répartition des

financements des mesures de personnel principalement réalisée *via* les tarifs d'activité, les activités de soins étant moins consommatrices de ressources humaines que les MIG.

[359] Pour évaluer cet argument, la mission a, en l'absence de données SAE permettant de distinguer les effectifs affectés aux soins de ceux affectés aux missions d'intérêt général, exploité les données de retraitements comptables (RTC) 2023 qui permettent d'identifier la part des charges de personnel dans le coût complet des activités.

Méthodologie d'analyse des RTC

Les retraitements comptables sont des recueils de données annuels obligatoires pour les établissements. Il s'agit d'un dispositif de comptabilité analytique qui permet de ventiler les charges des ES, selon une méthodologie commune dans différentes sections d'analyse :

✕ les sections d'analyse clinique qui regroupent les activités de soins au sein desquelles sont réalisés les séjours

✕ les sections auxiliaires destinées à se déverser dans les précédentes en fonctions de clés de ventilation (unités d'œuvre) représentatives de leur activité. Elles sont de plusieurs types :

- Les sections d'analyse médico-technique (SAMT), plateaux techniques produisant des actes au profit des sections de soins : blocs opératoires, laboratoires, imagerie, etc
- Les sections de logistique médicale (LM) : pharmacie, stérilisation, etc
- Les sections de logistique et gestion générale (LGG) : services administratifs, restauration, blanchisserie, SI, brancardage, etc
- Les sections de structure (STR) porteuses des intérêts d'emprunt et des frais immobiliers

Certaines des sections auxiliaires peuvent être considérées comme définitives et leur coût complet peut être étudié comme celui des sections d'analyse clinique. C'est le cas de la dialyse, de la radiothérapie et des urgences, regroupées dans la même section.

✕ les activités spécifiques qui regroupent les missions d'intérêt général, selon la nomenclature de la DGOS

La mission a identifié la part des charges de personnel dans les charges nettes des sections auxiliaires (hors STR qui ne supportent pas de charges de personnel) qu'elle a ajoutée à la part des charges de personnel dans les sections d'analyse clinique et les activités spécifiques, en appliquant les clés propres à chaque section auxiliaire, pour obtenir la part consolidée des charges de personnel dans ces activités.

[360] Les résultats de ces travaux montrent que les ratios des charges de personnels sur les charges totales (incluant l'impact des sections auxiliaires) varient selon la catégorie d'établissements et sont plus faibles pour les activités de soins que pour les activités d'intérêt général. Ce ratio est resté relativement stable entre 2019 et 2023 (passant de 66.4 % à 67 % pour l'ensemble des établissements), montrant que les charges de personnels suivent la tendance générale d'augmentation des charges. Seuls les CLCC se distinguent par une baisse relative des charges de personnel qui passent de 44,2 % en 2019 à 37,1 % en 2023.

Tableau 20 : Part des charges de personnel dans les charges totales des activités cliniques

Part des charges de personnel par catégorie d'établissement						
Catégorie	N	Moyenne	Écart-type	Min	Médiane	Max
CH<10M	106	75.02%	8.74%	42.72%	76.21%	101.96%
10M<CH<20M	31	71.71%	6.50%	58.33%	71.94%	83.02%
20M<CH<70M	115	69.60%	6.27%	50.03%	68.82%	90.59%
70M<CH<150M	88	64.93%	7.55%	47.79%	63.93%	91.05%
CH>150M	67	61.07%	5.31%	49.81%	60.33%	84.52%
CHU	29	57.39%	3.70%	49.57%	56.62%	65.33%
CLCC	17	37.08%	3.82%	28.19%	37.28%	42.66%
EBNL	93	64.51%	15.20%	31.58%	66.19%	108.97%

Source : RTC 2023, traitements Pôle Données IGAS. Les données des CHU de Toulouse, Limoges et la Guadeloupe ne figurent pas dans la base RTC 2023.

[361] Pour les MIG, l'estimation de la part des charges de personnel est plus complexe, certaines données apparaissant manifestement erronées ou manquantes. **En particulier, le RTC n'identifie pas de charges de personnel pour la dotation socle des MERRI (MIG B02)¹⁰⁶** pourtant la plus importante des MIG représentant près de 2 Mds€ de dotation en 2024, ce qui peut conduire à sous-estimer la part de charges de personnel dans les MIG. Un traitement réalisé sur les 8 autres MIG recevant les dotations les plus élevées montre néanmoins le poids important des charges de personnel dans ces activités.

¹⁰⁶ Cette MIG finance les surcoûts des activités de recherche et d'essais cliniques des établissements. Par construction, il est difficile d'isoler la part des rémunérations des personnels médicaux et soignants consacrée à ces activités de celle consacrée aux activités de soins.

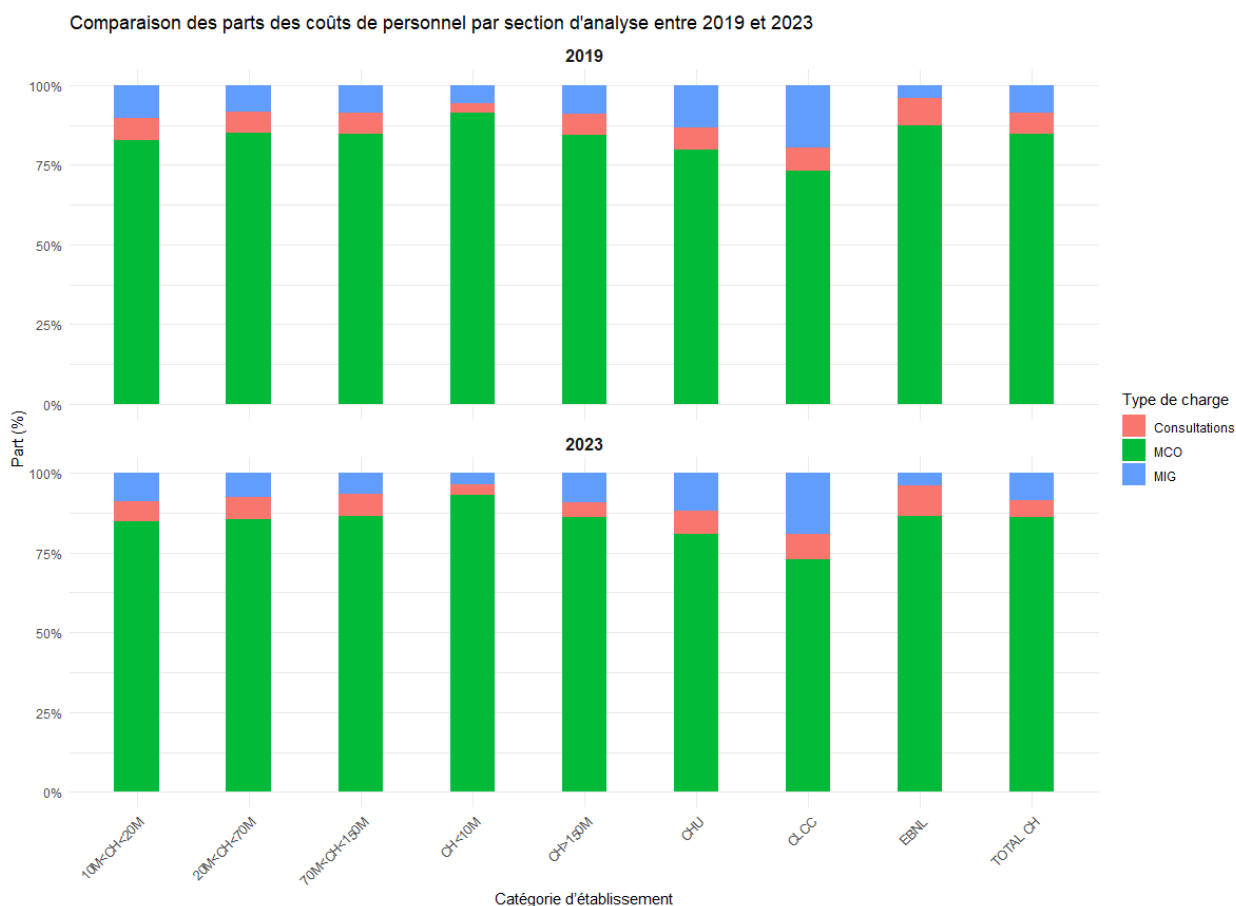
Tableau 21 : Part des charges de personnel dans les charges totales de certaines activités d'intérêt général

Répartition des coûts de personnel (%) par MIG						
MIG	N	Moyenne	Écart-type	Min	Médiane	Max
Q02 - Structures mobiles d'urgence et de réanimation	320	72.96%	20.27%	0.00%	78.95%	151.94%
P02 - Consultations hospitalières d'addictologie	229	71.44%	14.91%	23.75%	72.46%	129.39%
I03 - Equipes mobiles de soins palliatifs	220	79.32%	16.81%	42.55%	78.49%	198.46%
P04 - Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	190	72.22%	16.27%	16.19%	73.67%	170.02%
T03 - Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)	125	66.03%	9.37%	43.33%	66.27%	93.90%
F04 - Centres de référence maladies rares labellisés	54	72.39%	18.71%	11.84%	75.61%	112.06%
D23 - Organisation, surveillance et coordination de la recherche	43	75.90%	24.16%	3.17%	75.64%	137.08%
D25 - Investigation	40	84.85%	30.84%	35.25%	80.83%	195.28%

Source : RTC 2023, traitements Pôle Données IGAS

[362] Une autre approche consiste à regarder comment se répartissent les charges de personnel entre les différentes catégories de sections d'analyse au sein du champ MCO en les distinguant en fonction de leurs modalités de financement. La mission a notamment isolé l'activité de consultations externes (traitée comme une section définitive dans les RTC), qui représente une part non négligeable des charges de personnel mais ne peut bénéficier de financement au titre des revalorisations salariales puisque financée par des tarifs fixés par les nomenclatures de l'assurance maladie.

Graphique 3 : Répartition des charges de personnes par type d'activité 2019 et 2023



Source : RTC 2019 et RTC 2023, traitements Pôle Données IGAS. Le graphique distingue les activités de soins MCO, les consultations externes et les MIG

[363] La répartition des coûts de personnels par activité reste globalement comparable entre 2019 et 2023 pour l'ensemble des établissements. On observe toutefois une augmentation relative des coûts de personnel des activités cliniques entre 2019 et 2023 quelle que soit la catégorie des EPS (entre un et deux points de pourcentage). En revanche cette part baisse pour les établissements privés à but non lucratif (CLCC et EBNL en général).

[364] Si la part des charges des personnels MCO affectés aux activités de soins est plus faible en 2023 dans les CHU (80,9 %) que dans les CH (86,1 %), c'est du fait que les MIG mobilisent davantage de moyens (11,8 % des charges de personnel contre 8,7 %) de même que l'activité de consultations externes (7,3 % contre 5,2 %). Ce sont les CLCC pour lesquels la part des charges de personnel affectées aux MIG est la plus importante (19,2 %).

3.2.1.2 A l'échelle nationale, les écarts entre la répartition du financement des mesures et celle des charges concernent toutes les catégories d'ES et ne sont pas majeurs

[365] La mission a comparé la répartition des charges de personnel par type d'activité MCO avec celle du financement de la mesure point d'indice. Cette comparaison montre des écarts, aussi importants pour les CH que pour les CHU, qui ne mettent pas en évidence, à l'échelle des

catégories d'établissements, une distorsion qui serait préjudiciable aux seuls CHU : la part du financement de la mesure passant par les MIG est ainsi inférieure de près de 6 points à la part des charges de personnel MCO affectées aux activités d'intérêt général pour les CH, alors qu'elle est supérieure de près de 3 points pour les CHU.

Tableau 22 : Comparaison entre la structure des charges de personnel MCO et la structure du financement de la mesure point d'indice

	CH					CHU				
	Tarifs	Urgences	MIG	AC	ACE	Tarifs	Urgences	MIG	AC	ACE
Répartition charges de personnel (RTC)	86,1 %		8,7 %		5,2 %	80,9 %		11,8 %		7,3 %
Répartition des recettes pt d'indice 2023	87 %	10 %	2,9 %	0 %	0 %	80 %	5 %	14,5 %	0 %	0 %
Répartition des recettes 2023 hors LES	69 %	8 %	3 %	11 %	9 %	62 %	4 %	16 %	10 %	7 %

Source : RTC 2023, traitements Pôle Données IGAS.

3.2.2 Une analyse menée à l'échelle des établissements sur certaines mesures révèle toutefois des écarts significatifs entre établissements entre les recettes perçues et un financement réparti selon les effectifs MCO

[366] Pour tenter de mesurer à une échelle plus fine l'impact de la vectorisation dans le champ MCO par rapport à un mode de répartition du financement des mesures salariales qui aurait reposé seulement sur les effectifs, la mission a comparé pour chaque EPS pour les mesures socle de 2021 et pour les deux mesures « point d'indice 2022 » et « Guérini » le résultat des deux modalités suivantes de répartition des financements prévus en construction ONDAM :

- une répartition au prorata des effectifs (ETMPR) de la SAE du champ MCO, en prenant comme référence la SAE 2019 pour les mesures socle et la SAE 2023 pour les mesures Point d'indice et Guérini. Lorsque les mesures concernées sont différentes pour les PNM et PM, la répartition se fait en répartissant le financement de ces mesures selon les effectifs PNM ou PM concernés : le CTI est ainsi réparti selon les effectifs PNM et la revalorisation de l'IESPE selon les effectifs PM ;

- une répartition correspondant à celle mise en œuvre, reconstituée par la mission :
 - sur la part tarifs, application des taux fléchés sur les mesures, selon une méthode similaire à celle décrite *supra* (cf. 2.2.3)¹⁰⁷, à l'activité réelle des établissements disponible sur la base PMSI de l'ATIH. Les montants ainsi estimés ont été complétés par une estimation de la part du financement provenant de la GF ou de la SMA, pour les établissements en ayant bénéficié. C'est l'activité 2021 qui a été prise en compte pour les mesures socle, l'activité 2023 pour la mesure point d'indice et l'activité 2024 pour les mesures Guérini ;
 - pour les dotations Urgences, application des taux représentant la part des financements dédiés aux mesures dans les objectifs de dépenses de chacune des trois années. Pour les MIG-MCO et les MIG FIR, application des taux de revalorisation calculés par la DGOS aux dotations reçues par chaque établissement l'année précédente ;
 - pour la dotation de péréquation complétant le financement des mesures socle, application de la répartition entre établissements réellement mise en œuvre par les ARS en 2021, connue par les données du SI HAPI

[367] Pour chaque établissement, la comparaison des deux montants permet de calculer un ratio recettes perçues / recettes fondées sur les effectifs.

Mesure point d'indice 2022 (intégrée dans les tarifs 2023)

Tableau 23 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes fondées sur les effectifs entre les EPS pour le financement de la mesure de revalorisation du point d'indice de 2022

Statistiques descriptives par catégorie						
Catégorie	Nombre d'observations	Moyenne	Écart-type	Minimum	Médiane	Maximum
CH<20M	187	0.96	0.31	0.24	0.97	2.32
20M<CH<70M	144	1.00	0.20	0.56	0.97	2.24
70M<CH<150M	93	0.96	0.20	0.11	0.96	2.20
CH > 150 M	61	0.98	0.16	0.01	1.00	1.34
Autres CH	31	0.90	0.19	0.38	0.96	1.14
CHU	28	1.04	0.08	0.89	1.04	1.17
CHR	4	1.07	0.07	1.01	1.05	1.18

Source : Données ATIH, SAE et DGOS. Traitement Pôle données de l'IGAS

[368] Ce sont les CHU-CHR pour lesquels le financement de la mesure apparaît le plus favorable avec un ratio supérieur à 1 (donc des recettes perçues supérieures à ce qu'elles auraient été avec

¹⁰⁷ Ces taux ont été appliqués aux tarifs N-1

un financement au prorata des effectifs) et la dispersion la plus faible. Il est à noter que c'est le financement par dotations qui corrige une répartition moins favorable aux CHU si elle avait été fondée uniquement sur les tarifs : le financement de la mesure représente ainsi 2,56 % des recettes tarifaires 2023 des CHU contre 2,76 % pour l'ensemble des établissements. Le mode de financement appliqué paraît être d'autant plus défavorable en moyenne que la taille des établissements diminue mais avec une variabilité beaucoup plus forte.

[369] Le constat est similaire pour les mesures « Guérini » 2024, avec une dispersion des résultats pour les CHU-CHR un peu plus forte.

Mesures « Guérini » intégrées dans les tarifs 2024

Tableau 24 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes fondées sur les effectifs entre les EPS pour le financement des mesures Guérini

Statistiques descriptives par catégorie						
Catégorie	Nombre d'observations	Moyenne	Écart-type	Minimum	Médiane	Maximum
CH<20M	186	0.89	0.31	0.24	0.90	2.49
20M<CH<70M	144	0.96	0.17	0.57	0.94	1.66
70M<CH<150M	94	0.94	0.17	0.10	0.94	1.69
CH >150 M	61	0.99	0.11	0.38	0.99	1.17
Autres CH	31	0.89	0.19	0.43	0.95	1.14
CHU	28	1.04	0.12	0.72	1.05	1.19
CHR	4	1.09	0.07	1.02	1.08	1.20

Source : Données ATIH, SAE et DGOS. Traitement Pôle données de l'IGAS

[370] L'argument des CHU selon lequel la structure particulière de leurs recettes les aurait pénalisés dans l'attribution des financements destinés aux mesures passant majoritairement par les tarifs d'activité ne semble pas vérifié **pour ces deux mesures**, ces établissements étant également ceux qui ont reçu le plus de recettes de dotations MCO.

Mesures socle intégrés dans les tarifs 2021

[371] Le résultat de la simulation est différent pour ces mesures, le ratio recettes perçues / recettes réparties au prorata des effectifs apparaissant moins favorable aux CHU. La ventilation "théorique" au prorata des effectifs SAE 2019 est faite sur le personnel non médical sur 87,8 % de la mesure et 12,2 % sur le personnel médical. Au financement reçu par les tarifs s'ajoutent la part des MIG MCO, des MIG transférées au FIR revalorisées en 2022 au titre des mesures socle 2021 et des dotations urgences fléchée sur le financement des mesures socle, ainsi que la dotation de péréquation. Afin d'approcher l'effet de la dotation de péréquation, on étudie le ratio entre ce

qu'ont reçu les établissements et ce qu'ils auraient reçu si le même financement avait été ventilé au prorata des effectifs de la SAE, selon trois modalités successives :

- en considérant le seul financement reçu par les tarifs, comparé à une répartition de ce financement au prorata des effectifs ;
- en considérant le financement reçu par les tarifs augmenté de la dotation de péréquation, comparé à une répartition de ce montant au prorata des effectifs ;
- en considérant le financement reçu par les tarifs augmenté de la dotation de péréquation et des financements reçus par les autres dotations, comparé à une répartition de ce montant au prorata des effectifs ;

[372] Les tableaux suivants présentent par catégorie d'établissements la distribution de chaque ratio.

Tableau 25 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes fondées sur les effectifs sur la seule part tarifs **sans** la dotation de péréquation

categch2	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
Autres CH	176	1,01	0,24	0,20	0,995	1,97
70M<CH<150M	89	1,02	0,17	0,13	1,010	1,55
CH >150 M	61	1,05	0,15	0,66	1,040	1,45
CHU-CHR	32	1,01	0,10	0,82	0,990	1,24

Source : Données ATIH et SAE 2019. Traitements pôle data de l'Igas

Tableau 26 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes fondées sur les effectifs sur la part tarifs **avec** la dotation de péréquation

categch2	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
Autres CH	176	1,09	0,17	0,29	1,070	1,82
70M<CH<150M	89	1,08	0,22	0,65	1,050	2,34
CH >150 M	61	1,03	0,11	0,58	1,030	1,33
CHU-CHR	32	0,99	0,21	0,80	0,955	2,09

Source : Données ATIH et SAE 2019. Traitements pôle data de l'Igas

Tableau 27 : Distribution du ratio recettes perçues / recettes fondées sur les effectifs prenant en compte l'ensemble des financements (part tarifs avec la dotation de péréquation + autres dotations)

categch2	Nombre d'observations	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Médiane	Maximum
Autres CH	176	1,09	0,17	0,28	1,07	1,81
70M<CH<150M	89	1,08	0,23	0,65	1,04	2,33
CH >150 M	61	1,03	0,13	0,58	1,02	1,61
CHU-CHR	32	0,99	0,21	0,79	0,95	2,08

[373] Les ratios entre ce qui a été reçu et une ventilation théorique au prorata des effectifs sont moins favorables aux CHU et CHR qui sont en moyenne les seuls défavorisés par rapport à une ventilation effectuée strictement au prorata des effectifs. Le financement des mesures socle qu'ils reçoivent par le vecteur tarifaire est légèrement plus bas que pour les autres catégories : ce financement représente 5,28 % des recettes tarifaires en médiane contre 6,0 % pour les autres CH, 5,60 % pour les CH > 150 M€ et 5,73 % pour les CH entre 70 M€ et 150M€) ; les dotations supplémentaires (urgences, MIG) leur sont moins favorables que pour les autres mesures étudiées précédemment.

[374] Par ailleurs, l'effet de la dotation de péréquation est significatif pour les établissements pour lesquels le ratio recettes perçues par les tarifs / recettes perçues au prorata des effectifs est le plus faible (les valeurs minimales sont augmentées en particulier pour les plus petits établissements). En revanche, elle baisse la moyenne du ratio des CHU et accroît sa dispersion pour cette catégorie d'établissements. Il faut rappeler que la dotation de péréquation 2021 a été calculée sur la base de l'activité 2019 et non de l'activité réelle de 2021 (corrigée de la GF), ce qui peut expliquer ce résultat inattendu.

[375] L'analyse du ratio recettes perçues / recettes réparties au prorata des effectifs n'a été conduite que pour l'année 2021, année où le financement des mesures socle a été introduit dans les vecteurs tarifaires. Il est possible que, compte tenu des résultats des simulations effectuées précédemment qui montrent un financement excédentaire des mesures socles en 2024 du fait de la dynamique d'activité, plus marquée pour les CHU, la reconduction de cette analyse sur les données 2024 aboutissent à des constats différents.

[376] Les résultats de ces analyses, bien que contrastés entre les mesures point d'indice et Guérini d'une part et les mesures socle d'autre part, conduisent à considérer qu'il ne semble pas qu'une catégorie d'établissements déterminée ait été avantagée ou désavantagée par la vectorisation des financements sur les tarifs, la variabilité des ratios par établissement étant bien plus forte que la variabilité par catégorie. **Pour cette raison, le maintien de la dotation de péréquation peut se justifier, de façon à couvrir les situations individuelles les plus critiques, ce qui pourrait conduire à revoir ses modalités de répartition qui n'ont pas évolué depuis 2022 et à élargir son champ à l'ensemble des mesures salariales prises depuis 2020 et financées par les tarifs MCO.**

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1 Cabinets ministériels

1.1 Cabinet de la ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles

Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur de cabinet

Jeanne LANQUETOT-MORENO, conseillère chargée du financement du système de santé et des produits de santé

Sébastien DELESCLUSE, conseiller santé

1.2 Cabinet du ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins

Michaël GALY, directeur de cabinet

Cécile WAQUET, conseillère efficience et politique de santé

2 Administrations

2.1 Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Marie DAUDE, directrice générale

Julie POUGHEON, cheffe de service

Céline FAYE, sous-directrice du financement et de la performance du système de santé

Rémi CASALIS, chef du bureau de la synthèse budgétaire et financière

Olivia BRANCO, adjoint au chef du bureau de la synthèse budgétaire et financière

Pierre DANCOURT, expert en ingénierie financière « construction et suivi de l'ONDAM des établissements de santé » au bureau de la synthèse budgétaire et financière

Karine TIENNOT, chargée de mission allocation de ressources aux établissements de santé

Camille COTIS, cheffe du bureau de l'efficience des établissements de santé

Laurent BLART, responsable de la supervision budgétaire et financière des établissements de santé

Véronique CHASSE, cheffe de la Mission PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables)

Antoine DESTOMBES, responsable de la performance achat

Romain BEGUE, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Florie WEBER, cheffe du bureau démographie et formations initiales

Vincent HEMERY, adjoint à la cheffe du bureau démographie et formations initiales

Charles BOURDEAUD'HUY, chef du bureau des politiques sociales, du dialogue social et de la QVT

Géraldine RAFFRAY, adjointe au chef du bureau des politiques sociales, du dialogue social et de la QVT

Elina RONDY, cheffe du bureau des personnels non-médicaux des établissements de santé

Romain PLANTADE, chargé de mission « politique indemnitaire de la FPH, filières administrative, ouvrière et technique et socio-éducative » au bureau des personnels non-médicaux des établissements de santé

Valentina PONCE, chargée de mission « revalorisation statutaire et filière soignante » au bureau des personnels non-médicaux des établissements de santé

Flore HENNERESSE, cheffe du bureau des personnels médicaux des établissements de santé

Anna CHESSE, chargée de mission statut des personnels médicaux

Murielle CLEMENTE, chargée de mission politiques de RH des personnels médicaux contractuels, en formation et des praticiens étrangers

Charlotte ROQUEBERT, chargée de mission réformes statutaires et indemnitaires des personnels enseignants et hospitaliers

Marie-Odile THEVENON, cheffe du département des données et des études statistiques

2.2 Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES)

Benoît OURLIAC, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie

Isabelle LEROUX, cheffe du bureau des professions de santé

Noémie COURTEJOIE, adjointe au chef du bureau des établissements de santé

2.3 Direction de la sécurité sociale (DSS)

Capucine GREGOIRE, adjointe à la sous-directrice du financement du système de soins (SD1)

Charlotte LEGRESY, cheffe du bureau des établissements de santé et établissements médico-sociaux (1A)

Hugues BELAUD, adjoint à la cheffe du bureau 1A

Harry PARTOUCHE, sous-directeur des études et des prévisions financières (SD6)

Anne FICHEN, adjointe au sous-directeur

Romain BEY, chef de projet SD6

Jean-Philippe PERRET, chef du bureau économie de la santé (6B)

Claire PLOUHINEC, adjointe au chef du bureau 6B

Bertrand CHARBONNIER, adjoint au chef du bureau 6B

2.3 Agence technique de l'information hospitalière (ATIH)

Nathalie FOURCADE, directrice générale

Véronique SAUVADET-CHOUVY, directrice du Financement et de l'Analyse Economique (FAE)

Alexis GRAVEL, directeur adjoint FAE

Nathalie RIGOLLOT, directrice adjointe FAE

Pierrick CHARBONNIER, FAE

Nelly BOULET, ingénieur statisticien FAE

Caroline REVELIN, directrice de la Collecte des informations de gestion (COLLIGE)

Fabienne PECORARO, directrice adjointe COLLIGE

Agnès TEUTSCH, gestionnaire de projet en comptabilité analytique hospitalière, COLLIGE

2.4 Agences Régionales de Santé

2.4.1 Auvergne-Rhône-Alpes

Véronique SAUVADET-CHOUVY, directrice déléguée financement, performance et investissement

Florence BROSSAT, responsable du pôle financement et activité hospitalière

2.4.2 Grand-Est

Monica BOSI, directrice de l'offre sanitaire

Annick WADDELL-SEIBERT, responsable du département financement et efficience

Mathieu FRET, responsable adjoint du département financement et efficience

2.4.3 Île-de-France

Arnaud CORVAISIER, directeur de l'offre de soins

Fabien PERUS, directeur du pôle efficience

Elsa POTARD, responsable de supervision financière des établissements de santé

Priscilla KAYEM, responsable de la cellule financement et allocation de ressources

Yoann ROGER, responsable de supervision financière des établissements de santé

3 Etablissements de santé et leurs représentants

3.1 Fédération Hospitalière de France

Cécile CHEVANCE, responsable du pôle offre de soins, finances, FHF data, recherche, e-santé

Marc BOURQUIN, conseiller stratégie

Rodolphe SOULIE, responsable du pôle ressources humaines hospitalières

Augustin HERAULT, directeur de cabinet

3.2 Conférence nationale des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire

Céline WASMER, secrétaire Générale de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Olivier BOSSARD, directeur général du CHU de Saint-Etienne, président de la commission des affaires financières

Aurélie DOSSIER, directrice des affaires financières des Hospices Civils de Lyon

Nicolas MEYNIEL, directeur des affaires financières et du contrôle de gestion du CHU de Saint-Etienne

Virginie DEMOISSON, chargée de mission à la commission des affaires financières

Thierry GAMOND RIUS, directeur général du CHU de Besançon, président de la commission Ressources Humaines – Coordonnateurs Généraux des Soins

Marie FRANCONY, directrice des ressources humaines du CHU de Besançon

Frédéric VARNIER, directeur général du CHU de Caen, président de la commission des affaires médicales

Kévin MARCOMBE, directeur adjoint des affaires médicales de l'APHP

Armelle DREXLER, directrice du pôle affaires médicales, recherche, qualité et stratégie médicale territoriale du CHRU de Strasbourg

Arnaud POUILLART, directeur général adjoint du CHU d'Angers

3.3 Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Nicolas REVEL, directeur général

Laëtitia BUFFET, directrice générale adjointe

Camille DUMAS, directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine

Hadrien SCHEIBERT, adjoint au directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine

Christelle CHOI, adjointe à la directrice des ressources humaines

3.4 Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier

Francis SAINT-HUBERT, directeur du Centre Hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, Président de la conférence

Margaux JAULENT, directrice adjointe du Centre Hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, Directrice de la Stratégie, de la Performance et des Projets

Véronique BUDANIC, chef de cabinet du Centre Hospitalier intercommunal Aix-Pertuis

Laurence BERNARD, directrice du Groupement Hospitalier Nord-Dauphiné

Laurent ZANETTON, directeur des finances du Groupement Hospitalier Nord-Dauphiné

3.5 Centre Hospitalier de Versailles

Valérie GAILLARD, directrice générale adjointe

Florence SINQUIN, directrice des ressources humaines

Nicolas STUDER, directeur de l'hôtellerie, de l'approvisionnement et de la logistique

Claire DECOUTY, directrice des affaires financières

3.6 Unicancer

Sophie BEAUPERE, déléguée générale

Sandrine BOUCHER, directrice de la stratégie médicale et de la performance

Nicole BOUWYN, directrice des ressources humaines

Quentin BOISSIER, directeur adjoint des ressources humaines

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La Ministre

Paris, le 20 décembre 2024

Pegase : I-24-008875

**NOTE
à l'attention de**

M. Thomas AUDIGÉ
Chef de l'inspection générale des affaires sociales,

Objet : Mission d'évaluation des déterminants de l'évolution des charges des établissements publics de santé et de leurs modalités de compensation financière en moyenne dans l'ONDAM.

Le déficit des établissements publics de santé (EPS) s'est fortement aggravé entre la période de pré-crise sanitaire et aujourd'hui, passant de 663 M€ en 2019 à 1 Md€ en 2022 et une projection estimée de l'ordre de 1,8 Md€ en 2023 (modulo les années 2020 et 2021, qui ont vu une légère amélioration de la situation du fait des ressources exceptionnelles allouées aux établissements en lien avec la crise de la Covid-19). Cette dégradation de la situation financière des EPS s'est accompagnée d'un accroissement des alertes relayées par les ARS concernant les risques de rupture de trésorerie des établissements. Elle est particulièrement prégnante pour les Centres hospitaliers (CH), et elle l'est devenue depuis 2023 pour les Centres hospitaliers universitaires (CHU).

Ce creusement du déficit est à analyser au prisme de la forte hausse des charges hospitalières, liée à des facteurs tant exogènes (inflation, revalorisations salariales) qu'endogènes. A titre d'exemple, les charges de personnel des EPS ont connu une évolution particulièrement dynamique, avec une progression de près de +28% entre 2019 et 2023. Des travaux réalisés par l'ATIH sur la période 2019-2022 démontrent que 80% de la hausse de la masse salariale des EPS s'expliquent par un effet prix lié aux mesures salariales mises en œuvre dans le cadre du Ségur de la santé. Une part de cette hausse de la masse salariale est donc imputable à un effet volume dans un contexte où l'activité peine à retrouver son niveau de 2019.

L'évolution annuelle de l'ONDAM doit financer l'évolution moyenne des charges des établissements, en s'assurant que les masses salariales sont adaptées à l'évolution de l'activité et que la capacité d'investissement est durablement maintenue.

En parallèle, les niveaux de compensation en recettes et les vecteurs financiers utilisés (dotations ou tarifs) sont remis en question par les fédérations qui insistent sur un lien entre le calibrage insuffisant de l'ONDAM et la situation financière actuelle des EPS. Cet argument est en particulier relayé par les CHU, qui bénéficient d'une part plus importante de leurs recettes au travers de dotations.

Dans ce contexte de dégradation de la santé financière des hôpitaux publics, nous souhaitons confier à votre inspection une mission afin d'analyser les grands déterminants financiers à l'œuvre. En particulier, il vous est confié deux objectifs principaux.

D'une part, il vous est demandé :

- D'étudier l'impact de l'évolution de la structure des emplois, en particulier administratifs, sur la masse salariale ;
- D'évaluer l'impact des tensions de recrutement et difficultés de fidélisation des personnels sur les charges (impacts notamment sur le recours à l'intérim, les heures supplémentaires et l'absentéisme) ;

D'autre part, la mission aura pour objectif **d'apprécier, à trajectoire financière constante, le niveau et les modalités de compensation des charges en routine dans la construction annuelle de l'ONDAM (y compris sur la manière de prendre en compte l'inflation) et également dans le cas de survenue de facteurs exogènes comme, par exemple, les décisions de revalorisation salariale (Ségur, Guérini, etc.).** Vous identifierez la qualité et la fiabilité des outils de prévision utilisés dans le prolongement du rapport IGAS-IGF de 2022. En particulier vous étudierez :

- Les vecteurs de financement de l'investissement et leur impact sur la situation financière des établissements ainsi que leur soutenabilité, en vous appuyant notamment sur le récent rapport de l'IGAS ;
- Le cas échéant, les sous-jacents et les dynamiques propres à certains types d'établissement, en prêtant une attention particulière aux établissements dont la situation s'est plus nettement dégradée en lien avec le dynamisme de leurs charges.

Vous préciserez le cas échéant les vecteurs de financement les plus pertinents afin d'assurer une meilleure compensation inter-hospitalière à l'avenir. Vous proposerez les redéploiements et déterminerez les pistes d'économies nécessaires au sein de l'ONDAM pour en préserver la trajectoire prévisionnelle, en intégrant la nécessité de financer l'ensemble des secteurs d'hospitalisation, qui sont concernés pour partie par certaines des évolutions de charge précitées.

Vous veillerez, pour traiter ces aspects, à vous appuyer sur des cas concrets d'établissements publics en analysant plus spécifiquement leurs comptes. Vous veillerez aussi à rencontrer les représentants du secteur. Un parangonnage avec la situation d'établissements privés ou privés non lucratifs vous sera utile pour identifier, le cas échéant, des sous-jacents propres aux hôpitaux publics.

Outre vos échanges avec des établissements de santé, votre mission pourra s'appuyer sur les directions du ministère de la Santé et de l'accès aux soins, en particulier la DGOS, la DSS, la DREES, ainsi que les opérateurs que sont l'ATIH.

Nous souhaitons pouvoir disposer de votre rapport complet en mars 2025 pour alimenter les travaux relatifs à la campagne tarifaire 2025 et pour permettre à la DGOS d'ajuster le cas échéant les vecteurs de compensation pour l'année à venir et de préparer l'ONDAM 2026.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Geneviève DARRIEUSSECQ
Ministre de la Santé et de l'Accès aux soins

