

Campagnes tarifaires et budgétaires 2024 et 2025

Nouvelles modalités de financement du champ SMR

Dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH, concernant notamment les nouveautés relatives aux modalités de financement des établissements de santé.

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Cet article a été complété par l'article 34 de la LFSS pour 2020 qui adapte les dispositions existantes. Cette mesure a fait évoluer le modèle de financement par la mise en place d'un modèle mixte composé :

- **d'une part forfaitaire** dont l'objectif est d'allouer la ressource en fonction des besoins de santé, approchés par les caractéristiques des populations et des territoires, et également de sécuriser les établissements en leur garantissant une base de ressources minimale, leur permettant de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles et de lisser les aléas de revenus liés à l'activité.
- **d'une part à l'activité** correspondant à un financement au séjour permettant de prendre en compte l'activité réalisée au cours de l'année N, qui a vocation à compléter le financement de la part forfaitaire pour permettre à l'établissement de bénéficier de ressources liées à son activité réelle, afin d'accompagner la dynamique d'activité.

Ce nouveau modèle de financement est entré en vigueur au 1^{er} juillet 2023.

La présente notice vise à présenter les compartiments que comporte ce nouveau modèle, ainsi qu'à informer sur les modalités de financement de celui-ci.

Cette notice vise également à informer, pour l'année 2025, les établissements de santé des évolutions tarifaires décidées lors de la campagne budgétaire et tarifaire.

Elle est composée de plusieurs annexes qui sont résumées dans la table des matières.

La Directrice générale
Nathalie FOURCADE

Table des matières

1.	<i>ANNEXE 1 : Modèle de financement des activités de Soins Médicaux et Réadaptation</i>	
	3	
1.1.	Une réforme de financement ; pourquoi ?	3
1.2.	Le périmètre d'application du modèle cible	3
1.3.	Les composantes du nouveau modèle de financement	3
1.4.	Modalités de versement des différents compartiments	9
2.	<i>ANNEXE 2 : Le compartiment activité et la liste en sus</i>	10
2.1.	L'activité hospitalière	10
2.2.	Liste en sus	21
3.	<i>ANNEXE 3 : les dotations en SMR</i>	21
3.1.	Le compartiment Activités d'Expertise (AE)	21
3.2.	Compartiment PTS	24
3.3.	Autres compartiments	25
4.	<i>ANNEXE 4 : Modalités d'application de la réforme et modalités de versement</i>	32
4.1.	Période de montée en charge du 1 ^{er} juillet 2023 au 1 ^{er} janvier 2028	32
4.2.	Dotation de transition	32
4.3.	Modalités de versements du compartiment activité et de la liste en sus	33
4.4.	Paramètres applicables lors de la campagne 2025	34
5.	<i>ANNEXE 5 : Evolutions tarifaires pour l'année 2025</i>	36
5.1.	Création des GMT d'EVC-EPR	36
5.2.	Correction d'une anomalie tarifaire sur les tarifs du secteur ex-OQN	36
5.3.	Ajustement dotation pédiatrique	37
5.4.	Taux d'évolution des tarifs	37
6.	<i>ANNEXE 6 : Correction des tarifs ex-OQN pour l'année 2025</i>	38

1. ANNEXE 1 : Modèle de financement des activités de Soins Médicaux et Réadaptation

1.1. Une réforme de financement ; pourquoi ?

Une hétérogénéité entre les territoires en matière de taux de recours, de taux d'équipement et de niveau de financement a conduit à des écarts sur la disponibilité de l'offre et des disparités dans l'accès au soin et donc à un besoin de réforme des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

La réforme a été conçue afin de pouvoir mettre en application les deux principes suivants :

- l'**harmonisation des modalités de financement** entre tous les acteurs, afin que ce ne soit plus le statut administratif ou la structure régionale de l'offre qui définisse la dynamique d'activité ;
- la **combinaison de plusieurs modalités de financement** pour associer la reconnaissance en temps réel des dynamiques d'activité, et la réponse aux besoins de santé.

1.2. Le périmètre d'application du modèle cible

Le modèle concerne tous les établissements de santé et le service de santé des armées, à l'exception :

- des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées, notamment l'établissement public de santé national de Fresnes ;
- des établissements nationaux et locaux de l'Institution Nationale des Invalides, ainsi que du centre hospitalier de Mayotte, et de Saint Pierre et Miquelon qui demeurent financés par une dotation annuelle ;
- des maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, qui sont financées sur la base d'une dotation annuelle de financement.

1.3. Les composantes du nouveau modèle de financement

Le nouveau modèle de financement est mixte, il repose sur des recettes directement liées à l'activité assorties de compartiments complémentaires.

Ce financement mixte est principalement composé :

- D'une **part « forfaitaire »** dont l'objectif est d'allouer la ressource en fonction des besoins de santé, approchés par les caractéristiques des populations et des territoires, et également de sécuriser les établissements en leur garantissant une base de ressources minimale, leur permettant de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles et de lisser les aléas de revenus liés à l'activité.
- D'une **part « activité »** correspondant à un financement au séjour permettant de prendre en compte l'activité réalisée au cours de l'année N, qui a vocation à compléter le financement de la part forfaitaire pour permettre à l'établissement de bénéficier de ressources liées à son activité réelle, afin d'accompagner la dynamique d'activité.

Le modèle de financement est à ce titre composé de plusieurs compartiments.

Schéma : compartiments de financement



Les poids des différents compartiments ne sont pas affichés :

Les poids habituellement affichés (50% activité, etc...) sont les poids qui peuvent être observés en construction à l'échelle nationale. À l'échelle d'un établissement, la réalité peut être différente et la combinaison des recettes peut donc s'éloigner du modèle national.

- Un compartiment « **dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)** » ; il repose sur des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans, pour chaque établissement.
- Des compartiments dédiés **aux activités et équipements spécialisés** pour en stabiliser le financement et en piloter le déploiement :
 - o Un compartiment relatif aux « **dotations finançant certaines missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)** » et « **activité d'expertise (AE)** » dont les établissements de SMR ont spécifiquement la charge ;
 - o Un compartiment « **plateaux techniques spécialisés** » (PTS) visant à compenser une partie des charges induites par l'exploitation de PTS rares et coûteux ;
 - o Un compartiment « **dotation pédiatrie** ».
- Un compartiment de financement « **dotation populationnelle** » dédié à la réduction proactive des inégalités territoriales, qui met en relation les caractéristiques de la population et une enveloppe de financement ;
- Des compartiments de financement réactifs pour reconnaître en **temps réel les dynamiques d'activité** :
 - o Un compartiment « **molécules onéreuses (MO)** » permettant le financement en sus de certaines molécules inscrites sur une liste limitative ;
 - o Un compartiment « **recettes issues de l'activité** ».

1.3.1. Le compartiment activité

Objectif

- Financer l'activité au fil de l'eau pour rendre compte des dynamiques d'activité, en intégrant une meilleure prise en compte de la réalité des prises en charge

Principes de construction

- Au national, à la mise en oeuvre de la réforme, correspond à 50% des recettes propres à chaque secteur
- Pour l'hospitalisation, repose sur la classification médico-économique

Prestations

- Tarifs GMT permettant de financer les séjours d'HC et les journées d'HdJ
- Suppléments transports facturables en sus des GMT
- Actes et consultations externes (ex-DAF)

Modalités d'application

- Arrêté de versement pour le secteur ex-DAF (valorisation PMSI)
- Facturation directe à l'Assurance Maladie pour le secteur ex-OQN

Ce compartiment est détaillé dans l'annexe 2 du présent document.

1.3.2. La liste en sus

Objectif

- Faciliter la prise en charge de patients nécessitant des traitements spécifiques et onéreux qui ne peuvent être financés dans le cadre des recettes issues de l'activité de soins, car leur administration est hétérogène entre les patients pour une même prise en charge

Prestations

- Liste MCO
- Liste SMR
- Liste AP/AC

Modalités d'application

- Arrêté de versement pour le secteur ex-DAF (valorisation PMSI)
- Facturation directe à l'Assurance Maladie pour le secteur ex-OQN

Critères d'éligibilité d'inscription des molécules à la liste spécifique aux SMR

L'inscription d'une ou plusieurs indications d'une spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché sur la liste dédiée aux SMR est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions suivantes :

- Le niveau de service médical rendu de la spécialité est majeur ou important.
- Un rapport supérieur à 30 % est constaté entre le coût moyen journalier estimé du traitement et les recettes moyennes du champ SMR

L'inscription sur la liste doit être sollicitée par l'industriel concerné.

1.3.3. La dotation populationnelle

Objectif

- Mettre en relation un besoin de prise en charge en SMR déterminé à partir de caractéristiques territoriales avec une enveloppe de financement
- Réduire les inégalités territoriales

Modalités d'application

- Une délégation entre les régions par le national via un modèle permettant de rattraper les inégalités entre les régions (modulation des mesures nouvelles)
- Une délégation entre établissements au sein de chaque région par les ARS selon ses propres critères d'allocation infrarégionale en concertation avec le Comité d'Allocation des Ressources

Principes de construction

- Le montant initial de la dotation populationnelle est défini sur la base des recettes historiques "adultes" avant toute modélisation
- La modélisation nationale permettant l'application du modèle de rattrapage entre les régions inclut plusieurs volets :
 - *Volet proximité alloué sur la base des caractéristiques démographiques et du nombre de séjours de MCO des territoires*
 - *Des volets caractérisant les besoins sur les offres de recours infrarégional, par spécialité médicale (neurologie, locomoteur, métabolique, cardio-respiratoire, autres) à partir de l'état de santé des populations (déterminé à partir de la cartographie des pathologies CNAM)*

Ce compartiment est détaillé dans l'annexe 2 du présent document

1.3.4. La dotation pédiatrique

Objectif

- La dotation pédiatrique vise à garantir la stabilité des ressources allouées aux établissements autorisés à la mention pédiatrie, au titre de la prise en charge des mineurs

Principes de construction

- La dotation pédiatrique est calculée de manière à maintenir les recettes historiques au périmètre des patients "enfants"

Ce compartiment est détaillé dans l'annexe 2 du présent document

1.3.5. Les plateaux techniques spécialisés

Objectif

- Une partie des coûts de la prise en charge est liée à la mise à disposition d'un plateau technique et d'équipements spécialisés, parfois en lien avec les obligations mentionnées dans les décrets d'autorisation
- Le financement des plateaux et équipements coûteux doit faire l'objet d'un financement dédié afin d'éviter les investissements en dent de scie

Principes de construction

- Chaque plateau dispose d'un modèle de financement dédié sur la base de forfaits adaptés à ses spécificités
- 6 plateaux techniques : balnéothérapie, laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement, appareil d'isocinétisme, rééducation assistée des membres supérieurs, rééducation assistée des membres inférieurs, simulateur de conduite

Modalités d'application

- Le recensement des PTS est réalisé par les ARS et tient compte des équipements en place dans chaque établissement chaque année (cahier des charges pour chaque plateau)
- Allocation des crédits par un forfait annuel

Ce compartiment est détaillé dans l'annexe 2 du présent document

1.3.6. La dotation MIGAC – hors activité d'expertise

Objectif

- Assurer le financement spécifique aux missions indispensables à l'amélioration de l'état de santé de la population et ne pouvant être valorisées à l'activité

Principes de construction

- Reconstitution de l'enveloppe reconductible pour les MIG suivantes :
 - *Accompagnement à la scolarisation des enfants hospitalisés en SMR*
 - *Réinsertion professionnelle en SMR*
 - *Rémunération des internes*
 - *Hyperspécialisation*
- Prise en compte du financement en dotation des UCC en totalité en MIG
- Reconstitution des crédits AC reconductibles

1.3.7. La dotation MIGAC – Activités d'expertise

Objectif

- Introduire la notion d'activité d'expertise dans la réforme des autorisations afin de structurer une offre plus spécialisée, par l'inscription de l'activité au CPOM des ES, sur la base de cahier des charges nationaux
- Création en parallèle d'une MIG Activités d'Expertise pour accompagner financièrement les établissements

Description

- Une activité d'Expertise est définie comme une activité qui concerne un nombre limité de patients, et/ou qui nécessite des compétences, des équipements, un plateau technique ou une organisation spécifique, qui n'a pas vocation à être portée par tous les établissements. Elles sont définies par l'arrêté du 15 mai 2023 fixant la liste de ces prises en charge spécifiques, et leurs cahiers des charges sont détaillés dans la note d'information DGOS/R4/2023/173 du 3 novembre 2023.
- 12 activités d'expertises : à terme chaque activité doit faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle entre l'établissement et l'ARS, qui déclenche le financement

Principes de construction

- Chaque activité dispose d'un modèle de financement dédié sur la base de forfaits adaptés à ses spécificités
- Le financement des activités d'expertise permet de compléter le financement non inclus dans les recettes issues de l'activité et de prendre en compte les surcoûts (sauf Equipes mobiles)
- Les Equipes Mobiles sont financées à 100% par l'AE dédiée

Ce compartiment est détaillé dans l'annexe 2 du présent document.

1.3.8. La dotation qualité – IFAQ

Objectif

- Le modèle intègre un compartiment dédié au financement du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) reposant sur des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans, pour chaque établissement.

Les modalités de calcul de la dotation IFAQ sont définies dans la notice de financement dédiée. (https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4231/notice_ifaq_2024.pdf)

1.4. Modalités de versement des différents compartiments

La réforme de financement du SMR est entrée en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2023. Le décret n° 2023-696 du 29 juillet 2023 a prolongé les vecteurs de financement historiques jusqu'au 31 décembre 2023.

Pour le second semestre 2023, la réforme a été mise en œuvre « a posteriori », sans impact sur les recettes 2023 pour les établissements « perdants ». Les établissements identifiés comme « gagnants » en 2023 face à cette réforme, ont disposé de recettes complémentaires, allouées dans la dernière circulaire de campagne 2023, au sein d'une enveloppe nationale fermée. Il ne s'agit pas de compenser l'intégralité de l'écart constaté, mais de matérialiser, par cette allocation, la mise en œuvre de la réforme en 2023.

Les modalités décrites ci-dessous sont valables à partir du 1^{er} janvier 2024.

	Etablissements ex-OQN	Etablissements ex-DAF
GMT et suppléments	Facturation directe aux organismes AMO	Arrêté de versement
Molécules onéreuses	Facturation directe aux organismes AMO	Arrêté de versement
ACE		Arrêté de versement ou facturation directe (FIDES)
Dotation populationnelle	Notification ARS dans le cadre des circulaires budgétaires	
Dotation Pédiatrie	Notification ARS dans le cadre des circulaires budgétaires	
PTS	Notification ARS : forfaits annuels	
MIGAC	Notification ARS dans le cadre des circulaires budgétaires	
IFAQ	Notification ARS adossée aux circulaires budgétaires	

2. ANNEXE 2 : Le compartiment activité et la liste en sus

Le compartiment « activité » du nouveau modèle de financement a pour objectif de financer :

- l'activité d'hospitalisation regroupée dans des groupes médico tarifaires (GMT) ;
- les transports hospitaliers intra et inter-établissement via des suppléments ([article 80 de la LFSS de 2017](#))
- les actes et consultations externes pour les établissements du secteur ex-DG

Ce compartiment permet de redistribuer 50% de l'objectif de dépense du champ SMR lors de la mise en œuvre de la réforme.

Les modalités de valorisation sont portées par deux arrêtés :

- [Arrêté du 4 décembre 2023](#) relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins médicaux et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-1 du même code ;
- [Arrêté du 7 avril 2025](#) fixant pour l'année 2025 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I et au II de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « prestations » et l'arrêté « tarifaire »

2.1. L'activité hospitalière

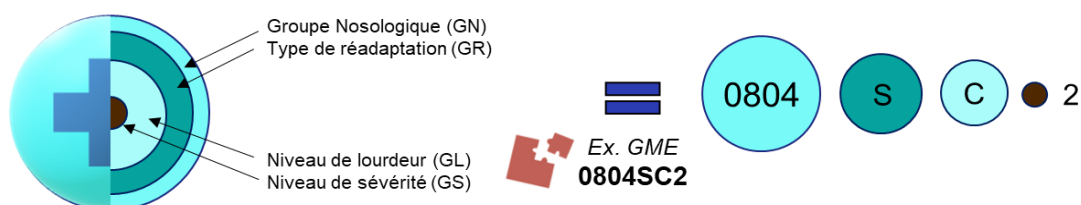
Le financement de l'activité hospitalière repose sur des unités de financement différentes selon le mode d'hospitalisation : au séjour pour l'hospitalisation complète (avec hébergement) et à la journée pour l'hospitalisation partielle (sans hébergement). Ensuite la valorisation des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle s'appuie sur les paramètres de la grille tarifaire. La construction des paramètres de cette grille repose sur des outils, eux même construits autour des unités de financement.

2.1.1. Les outils servant de base à la construction tarifaire

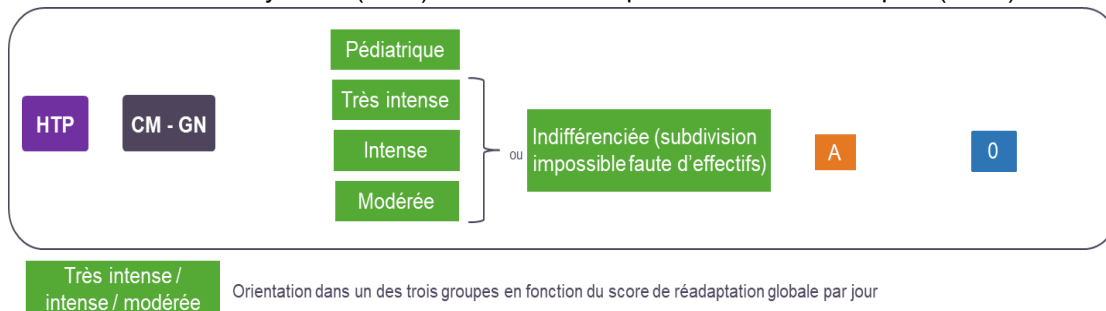
Les GMT

La valorisation de l'activité repose sur la classification des séjours SMR dans des groupes médico-économiques dits GME. Cette classification est fixée par [l'arrêté¹ du 23 décembre 2016](#) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en SMR et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

La classification en hospitalisation complète : la classification regroupe les séjours au sein de Groupes Médico-économiques (GME)



La classification en hospitalisation partielle : la classification regroupe des Résumés Hebdomadaires Anonymisés (RHA) au sein de Groupes Médico-économiques (GME)



A ces GME sont associés un ou plusieurs Groupes Médico Tarifaire (GMT), support de la valorisation.

Pour les GME d'hospitalisation partielle (niveau « 0 » sans sévérité), à chaque GME est associé un seul GMT.

Pour les GME d'hospitalisation complète, à chaque GME est associé plusieurs GMT pour permettre de valoriser plus précisément des situations spécifiques :

- Pour les prises en charge en soins palliatifs (GN 2303), à chaque GME sont associés 3 GMT :
 - o Un GMT de base
 - o Un GMT visant à valoriser les prises en charge dans un lit dédié de soins palliatifs
 - o Un GMT visant à valoriser les prises en charge dans une unité dédiées de soins palliatifs
- A l'exception des soins palliatifs et des prises en charge des patients en EVC-EPR, au sein de chaque groupe nosologique, les prises en charge en hospitalisation complète d'une durée strictement inférieure à 8 jours avec un mode de sortie correspondant à un transfert, un décès ou une mutation sont regroupés dans un GMT dédié (GMT commençant par un « 8 »).
- Pour les prises en charge en hospitalisation complète particulièrement longues, un GMT est créé au sein de chaque groupe de réadaptation pour permettre la valorisation de manière hebdomadaire des journées au-delà d'un seuil fixé de journées de présence (GMT commençant par un « 7 »)².

L'échelle de pondération

A chaque GMT, est associé un poids économique, mesurant les ressources mobilisées dans le cadre d'une prise en charge « moyenne » et permettant de hiérarchiser les GMT entre eux.

Ces poids sont construits à partir de données pluri-annuelles issues des Etudes Nationales de Coûts (ENC) auxquelles est appliqué un redressement statistique pour réduire les biais d'échantillonnage.

Ces poids constituent l'échelle de pondération et sont construits selon l'unité de financement, à savoir le séjour pour l'hospitalisation complète et la journée pour l'hospitalisation partielle.

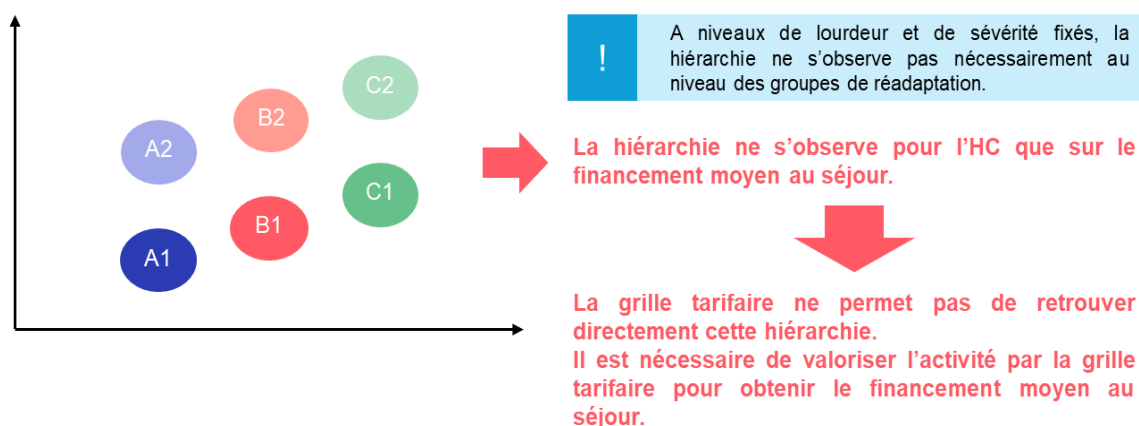
² Voir partie sur le dispositif des séjours longs

Conformément aux principes de construction de la classification, une hiérarchie s'observe au sein des groupes de réadaptation en hospitalisation complète entre niveaux de lourdeur et entre niveaux de sévérité.

! Pourquoi les forfaits et suppléments de la grille tarifaire ne sont pas systématiquement hiérarchisés en hospitalisation complète au sein des groupes de réadaptation entre niveaux de lourdeur et entre niveaux de sévérités ?

Pour l'hospitalisation complète l'unité de financement est au séjour mais les modalités de valorisation sont mixtes (forfaitaires et journalière). Dans un même groupe de réadaptation, la hiérarchie est assurée au séjour car les niveaux de lourdeur et les niveaux de sévérité traduisent un allongement de la durée du séjour.

La grille tarifaire ne permet pas de retrouver directement cette hiérarchie car elle fixe les éléments permettant d'appliquer les modalités de valorisation des journées de présence (forfaits et suppléments), ces derniers ne permettant pas de reconstituer le financement moyen au séjour selon les différents niveaux (sévérité et lourdeur)



2.1.2. Les règles de valorisation

Huit informations sont requises pour la valorisation et présentes dans l'arrêté « Tarifs » :

- DZF : début de la zone forfaitaire
- FZF : fin de la zone forfaitaire
- TZB : tarif de la zone basse
- TZF1 : tarif de la zone forfaitaire – 1ère période
- TZF2 : tarif de la zone forfaitaire – 2ème période
- TZF3 : tarif de la zone forfaitaire – 3ème période
- SZB : supplément de la zone basse
- SZH : supplément de la zone haute

Modalités de construction des zones forfaitaires :

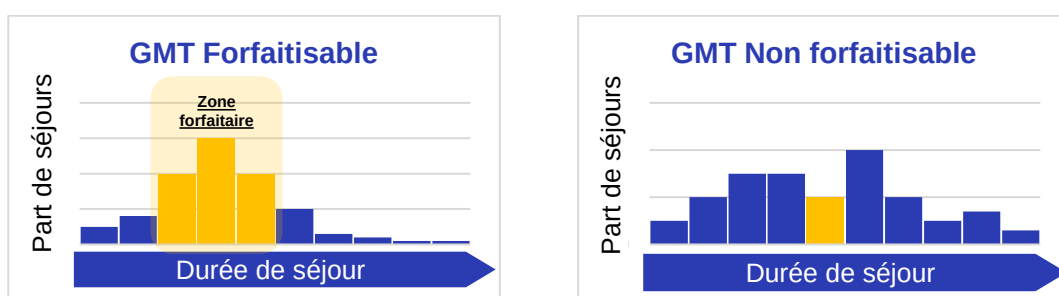
La construction des zones forfaitaire s'appuie sur l'analyse de l'homogénéité des durées de séjour au sein des GMT :

- Un GMT sera dit « forfaitisable » s'il existe une zone de 3 semaines regroupant au moins 50% des séjours. Cet intervalle de 3 semaines définit alors la zone forfaitaire du GMT et à chaque semaine de cette zone est associé un tarif de zone forfaitaire (TZF).

Dans les cas où il existe plusieurs intervalles de 3 semaines « candidats », c'est l'intervalle regroupant la part la plus importante de séjours qui est sélectionné³.

- A l'inverse, lorsqu'il n'existe pas de zone de 3 semaines regroupant au moins 50% des séjours, deux cas sont distingués :
 - Il existe une zone de 3 semaines regroupant au moins 45% des séjours ET le GMT fait partie d'un groupe nosologique (GN) dans lequel il existe au moins 1 GMT « forfaitisable », alors, dans un souci de cohérence intra-GN, le GMT est considéré comme « forfaitisable » et la zone comprenant au moins 45% des séjours définit la zone forfaitaire du GMT
 - Les conditions ci-dessus ne sont pas réunies, alors le GMT est dit « non forfaitisable ». Une fenêtre forfaitaire d'une semaine est attribuée à ce type de GMT, elle est placée sur la semaine contenant la durée moyenne de séjour (DMS).

Dans tous les cas, les zones forfaitaires sont recherchées à partir de la 2^{ème} semaine de prise en charge (aucune zone forfaitaire ne débute au 1^{er} jour de la prise en charge) et se terminent nécessairement avant la semaine contenant le 90^{ème} jour de présence.



Il existe des cas particuliers de GMT d'hospitalisation complète pour lesquels aucune zone forfaitaire n'est calculée, il s'agit des GMT suivants :

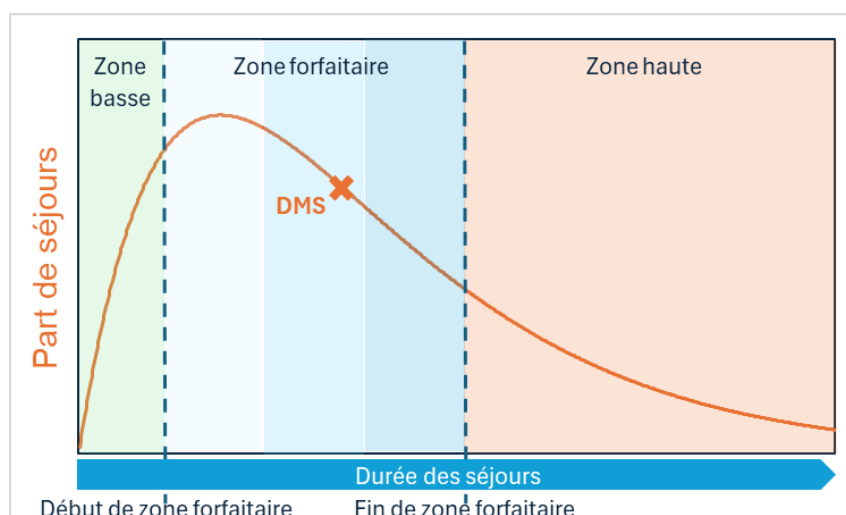
- Les GMT d'HC correspondant à un GME de pédiatrie : en raison des règles administratives de découpage des séjours, il est convenu de ne pas introduire de critère d'homogénéité des durées de prise en charge dans la valorisation des séjours.
- Les GMT d'HC regroupant les séjours de moins de 8 journées de présence avec un mode de sortie transfert, décès ou mutation : en raison de la courte durée des prises en charges
- Les GMT de soins palliatifs et d'état de conscience altérée (ECA, créés en 2025): les durées de prises en charge étant jugées très hétérogène, il est convenu de ne pas introduire de zone forfaitaire dans la valorisation des séjours.
- Les GMT hebdomadaires créés dans le cadre du dispositif de financement des prises en charges particulièrement longues (cf. infra) : ces GMT ont vocation à introduire une valorisation journalière après le 90^{ème} jour de présence lorsque le séjour est non clos.

Par commodité, et pour homogénéiser les règles de calcul, une zone forfaitaire de 0 jour est mise en place sur ces GMT, elle est associée à un tarif de zone forfaitaire permettant une valorisation journalière du séjour (valorisation en zone basse du GMT. Cf. infra).

Modalités de valorisation de l'activité :

En hospitalisation complète, la valorisation dépend de la durée du séjour. Celle-ci permet de définir la zone de financement :

³ Exemple : $S2+S3+S4 = 55\%$ et $S3+S4+S5 = 60\%$ (cas où la semaine S5 aurait 5% de séjours de plus que la semaine S2). Dans ce cas la zone $S3+S4+S5$ est retenue



- Valorisation du séjour en zone basse du GMT

Lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est strictement inférieur au début de la zone forfaitaire, le séjour appartient à la zone de tarification dite basse. Dans ce cas, la valorisation du séjour correspond au tarif de la zone basse (TZB) duquel est déduit le supplément de la zone basse pour chaque journée comprise entre la dernière journée de présence et la journée correspondant au début de la zone forfaitaire. La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Si } nbjp < DZF, \text{valosej} = TZB - (DZF - nbjp) * SZB$$

Les séjours d'hospitalisation complète de 0 jour, sont valorisés selon la formule suivante :
 $\text{valosej} = TZB - (DZF - 1) * SZB$

- Valorisation du séjour en zone forfaitaire du GMT

Lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est compris entre le début et la fin de la zone forfaitaire, le séjour appartient à la zone de tarification forfaitaire. Deux cas sont possibles :

- Le GMT a une zone forfaitaire d'une semaine :

$$\text{Si } nbjp \in [DZF; FZF], \text{valosej} = TZF1$$

- Le GMT a une zone forfaitaire de 3 semaines :

$$\text{Si } nbjp \in [DZF; DZF + 7], \text{valosej} = TZF1$$

$$\text{Si } nbjp \in [DZF + 7; DZF + 14], \text{valosej} = TZF2$$

$$\text{Si } nbjp \in [DZF + 14; FZF], \text{valosej} = TZF3$$

- Valorisation du séjour en zone haute du GMT

Lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est supérieur strictement à la fin de la zone forfaitaire, le séjour appartient à la zone de tarification dite haute. Dans ce cas, la valorisation du séjour est égale au tarif le plus haut de la zone forfaitaire auquel s'ajoute un supplément de la zone haute pour toute journée de présence réalisée au-delà de la fin de la zone forfaitaire. La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Si } nbjp > FZF \text{ et zone forfaitaire d'une semaine, } \text{valosej} = TZF1 + (nbjp - FZF) * SZH$$

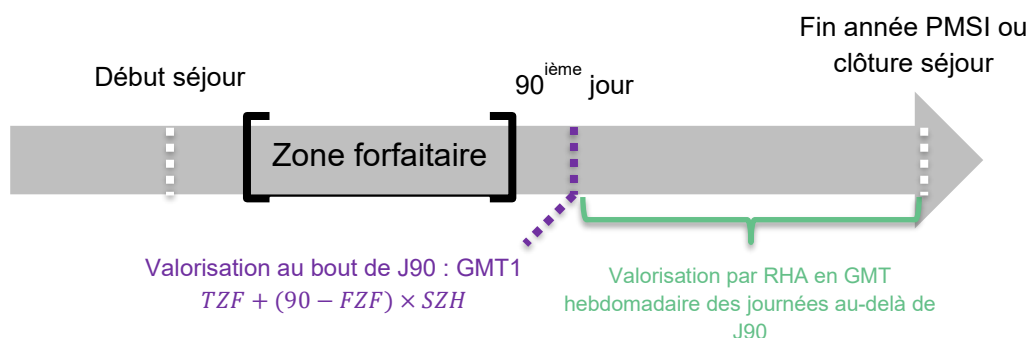
$$\text{Si } nbjp > FZF \text{ et zone forfaitaire de 3 semaines, } \text{valosej} = TZF3 + (nbjp - FZF) * SZH$$

Dispositif de valorisation des séjours longs :

Les séjours en hospitalisation complète pouvant s'étendre sur plusieurs mois en SMR, afin de ne pas créer de tensions de trésorerie, il a été convenu d'intégrer dans la valorisation des séjours un système de valorisation avant la clôture du séjour pour les prises en charge particulièrement longues.

Ainsi dès lors que la prise en charge dépasse strictement 90 jours de présence, elle peut être facturée / valorisée sur la base d'un mécanisme en deux temps :

- Facturation / valorisation des 90 premiers jours sur la base d'un GMT attribué en fonction des caractéristiques des 90 premiers jours du séjour
- Facturation / valorisation par semaine calendaire (RHA) des journées au-delà du 90^{ème} jour sur la base d'un GMT (dit hebdomadaire) attribué en fonction du groupe de réadaptation (GR) dans lequel ont été groupés les 90 premiers jours.



Pour les GMT d'hospitalisation complète, sans zone forfaitaire, la valorisation des séjours s'effectue en zone basse :

- Pour les GMT regroupant les séjours d'une durée strictement inférieure à 8 jours avec un mode de sortie correspondant à un transfert, un décès ou une mutation, ainsi que pour les GMT hebdomadaire permettant la valorisation des journées au-delà du 90^{ème} jour, les début et fin de zone forfaitaire sont fixés au 7^{ème} jour, le tarif de zone basse correspond à 7 fois le supplément de zone basse
- Pour les GMT correspondant à des GME de pédiatrie et pour les GMT de soins palliatifs, les début et fin de zone forfaitaire sont fixés au 90^{ème} jour, le tarif de zone basse correspond à 90 fois le supplément de zone basse.

Les séjours d'hospitalisation partielle sont valorisés en fonction du nombre de journées de présence en HP ou d'hospitalisation de nuit. La formule de calcul est la suivante :

$$valosej = nbjp * TZF1 \text{ avec } nbjp \text{ le nombre de journées de présence du RHA}$$

2.1.2.1. Les étapes de la construction des paramètres tarifaires

Le principe du financement à l'activité est d'introduire une mesure du volume et de la complexité des prises en charge d'un point de vue médico-économique, dans le financement.

Pour la construction des paramètres tarifaires du nouveau modèle lors de la campagne 2023, cette mesure s'appuie sur la version v2023 de la classification médico-économique des séjours (déclinée en GMT pour les besoins de financement) et sur des échelles de pondération construites par secteur de financement.

Ces échelles sont utilisées pour fixer les paramètres de la grille tarifaire de telle sorte que la valorisation de l'activité 2023 par les paramètres de cette grille correspondent à :

- 50% de l'OD – le montant des ACE – le montant des suppléments transport, sur le secteur DAF
- 50% de l'OD + 50% des montants des honoraires – le montant des suppléments transport, sur le secteur OQN

Les paramètres de la grille tarifaire (listés en début de partie 2.1.2) correspondent aux éléments publiés dans l'arrêté « Tarifs ».

A l'issue de cette construction, la valorisation en moyenne des séjours d'hospitalisation complète sur la base de données 2023 vérifie les caractéristiques suivantes :

- Hiérarchisation entre niveau de lourdeur (A, B, C) de la classification en GME pour un même groupe de réadaptation
- Hiérarchisation entre niveau de sévérité (1, 2) de la classification en GME pour un même groupe de lourdeur

Il n'existe en revanche pas de hiérarchisation systématique des valorisations moyennes entre les groupes de réadaptation dans un même groupe nosologie.

2.1.3. Les suppléments transport

Les suppléments transport sont facturés ou valorisés selon la même périodicité que les GMT, à savoir :

- Pour les séjours non clos de moins de 90 jours : pas de facturation possible
- Pour les séjours clos d'une durée inférieure à 90 jours : facturation de l'ensemble des transports à la clôture du séjour
- Pour les séjours d'une durée supérieure à 90 jours :
 - Facturation au 90^{ème} jour de présence, des transports réalisés sur la période
 - Facturation par RHA des transports réalisés après le 90^{ème} jour.

Il existe trois types de suppléments :

- Le supplément transport ST4 (transfert définitif) est valorisé ou facturé par l'établissement d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours. Le ST4 est modulé en fonction de la distance parcourue. Il est facturable une seule fois à la fin du séjour
- Le supplément transport ST5 (transfert provisoire) est valorisé ou facturé par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe à l'hôpital ou dans un cabinet libéral, que celui-ci soit ou non adossé à un établissement de santé. Le ST5 est modulé en fonction de la distance parcourue. Il est facturable plusieurs fois au cours du séjour (un supplément pour aller/retour)
- Le supplément transport ST6 (permission) est valorisé ou facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie. Le ST6 est modulé en fonction de la distance parcourue. Il est facturable plusieurs fois au cours du séjour (un supplément pour aller/retour)

2.1.4. Les actes et consultations externes

Les établissements relevant du secteur de financement ex-DAF peuvent déclarer des actes et consultations externes (ACE). Les ACE sont l'accueil et la prise en charge de patients en établissements de santé en dehors d'une hospitalisation. Ils entrent dans les missions des

établissements de santé, définies à l'article L. 6111-1 du Code de la Santé Publique. Il existe trois types d'ACE :

- Les ACE sans lien avec une hospitalisation ;
- Les ACE ayant pour objectif la préparation d'une hospitalisation ou le suivi médical après une hospitalisation ou une intervention ;
- Les ACE associés à une prestation d'hospitalisation non suivie d'hospitalisation

Ces actes et consultations externes peuvent être financés de deux manières :

- 1) L'établissement transmet les données relatives à ses ACE dans le PMSI. Les ACE sont alors valorisés et intégrés aux arrêtés de versement (arrêtés identiques aux GMT). L'ARS notifie alors à la CPAM le montant relatif aux ACE dans les mêmes délais et selon les mêmes modalités que pour les prestations relatives aux séjours.
- 2) Une facture relative à ces actes et consultations peut être produite par l'établissement de santé et transmise directement à l'assurance maladie via le dispositif FIDES (facturation individuelle des établissements de santé). Dans ce cas le financement lié aux ACE n'est pas intégré aux arrêtés de versement.

2.1.5. Les coefficients utilisés pour la valorisation de l'activité

2.1.5.1. Les coefficients géographiques

Les coefficients géographiques qui s'appliquent pour valoriser l'activité de SMR sont identiques à ceux utilisés pour l'activité de MCO.

Suite à la publication du rapport de la DREES en 2023⁴, les coefficients géographiques de la Guyane, la Réunion et Mayotte sont réhaussés. L'évolution est lissée sur les campagnes 2024 et 2025.

Les valeurs des coefficients géographiques à compter du 1^{er} mars 2025 sont les suivantes :

Zone géographique	Valeur du coefficient
2A Corse du Sud	11,00%
2B Haute Corse	11,00%
75 Paris	7,00%
77 Seine et Marne	7,00%
78 Yvelines	7,00%
91 Essonne	7,00%
92 Haut de Seine	7,00%
93 Seine Saint Denis	7,00%
94 Val de Marne	7,00%
95 Val d'Oise	7,00%
971 Guadeloupe	27,00%
972 Martinique	27,00%
973 Guyane	33,10%
974 Réunion	34,00%
976 Mayotte	34,00%

⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/actualisation-des-coefficients-geographiques-des-departements-doutre>

2.1.5.2. Le coefficient honoraire

Ce coefficient est fixé de manière annuelle au 1^{er} mars et est notifié aux établissements par le DG ARS.

Sa finalité est de neutraliser la quote-part d'honoraires prise en compte dans les tarifs pour les établissements employant du personnel libéral. Cela afin d'éviter un double paiement dans la mesure où ces honoraires sont facturés directement par les professionnels à l'assurance maladie.

Il s'applique à la valorisation de l'activité en GMT et aux suppléments transport.

Le calcul s'appuie sur les données de facturation N-1, transmises par la CNAM :

$$coef_{honoraire} = \frac{valorisation\ GMT + suppléments\ transport - 50\% des\ honoraires}{valorisation\ GMT + suppléments\ transport} - 1$$

Les honoraires des professions suivantes sont pris en compte :

- Généralistes,
- Spécialistes (et notamment radiologue),
- Masseur-kinésithérapeute,
- Orthophonistes,
- Orthoptistes,
- IDE,
- Biologiste

2.1.5.3. Le coefficient de revalorisation salariale

Etant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisations salariales sont prédéfinies par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement défini.

Pour 2025, le coefficient des EBNL est scindé en 2, il devient spécifique à chaque secteur de financement. Ce coefficient tient compte à la fois des mesures liées au Ségur 1 et au Ségur 2 allouées par les tarifs de 2021 à 2023, des mesures de revalorisation du point d'indice et des mesures « pouvoir d'achat » allouées par les tarifs en 2023 et des mesures Guérini allouées par les tarifs en 2024 dont le reliquat des mois de janvier et février vient impacter ce coefficient en 2025.

Le niveau du coefficient est le suivant pour 2025 :

Catégorie d'établissement	Valeur du coefficient
Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (EPS)	1,41%
Etablissements mentionnés au b et c de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (EBNL ex-DAF)	-2,08%
Etablissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (EBNL ex-OQN)	-1,11%
Etablissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (EBL)	0,12%

2.1.5.4. Le coefficient de reprise sur allègement de charge

Depuis la campagne 2018, la reprise des allègements sociaux et fiscaux bénéficiant aux établissements privés à but lucratif et non lucratif (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise.

Les coefficients de reprise disparaissent à partir de l'année 2025, conformément aux annonces ministérielles.

2.1.6. Périmètre des séjours valorisés

La valorisation concerne les *RHA d'hospitalisation partielle de jour et les séjours d'hospitalisation complète transmis l'année N à l'exception des RHA/séjours suivants* :

i. Dans le cadre des séjours DAF (valorisés via les arrêtés de versement) :

- RHA/séjours avec problème de fusion des fichiers
- RHA/séjours avec problème de codage des variables bloquantes du fichier ANO
- RHA/séjours dont le séjour est en attente des droits du patient
- RHA/séjours dont le séjour n'est pas pris en charge par l'AMO (dont AME-SU)
- RHA/séjours dont le séjour relève de l'expérimentation article 51
- RHA de télé-réadaptation

ii. Pour les deux secteurs de financement :

- RHA/séjours dont le séjour est en PIE
- RHA/séjours groupés en CM 90
- Séjour non clos de moins de 90 journées de présence

En campagne 2023, les nouvelles modalités de financement ont été mises en place à partir du 1^{er} juillet. En pratique, le financement des établissements s'est effectué sur la base des anciennes modalités de financement jusqu'à la fin de l'année. Une régularisation a posteriori a été versée aux établissements dont le financement au titre des nouvelles modalités de financement était supérieur aux versements perçus.

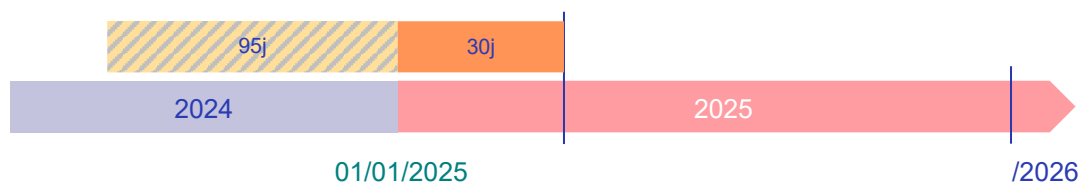
L'année 2023 constitue donc une année de lancement du nouveau modèle. Le périmètre de valorisation des séjours pour cette première année s'est basé sur l'intégralité des RHA transmis sur la période.

En particulier, ceci signifie que les RHA de 2022 des séjours d'hospitalisation complète à cheval entre 2022 et 2023 ont été pris en compte.

A partir de la campagne 2024, les journées des RHA de l'année N-1 des séjours d'hospitalisation complète comptabilisant 90 jours ou plus en N-1 ne sont pas valorisées en année N car elles l'ont déjà été en année N-1.

Ce fonctionnement en routine perdure pour les **campagnes 2025 et suivantes**.

Séjour débuté en 2024 clos en 2025, comptabilisant + de 90j en 2024

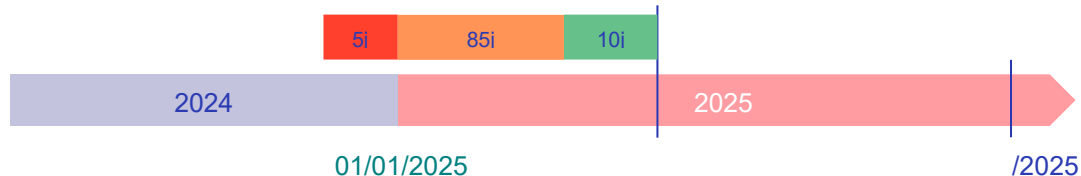


2024 : Valorisation de 90j sur la base du GMT principal + 5j sur la base du GMT hebdomadaire
2025 : Valorisation de 30j sur la base du GMT hebdomadaire

Les 95 journées de présence intervenues en 2024 ont été valorisés dans le cadre de la campagne 2024 et ne sont pas valorisés de nouveau

Seules les journées non facturées en N-1 peuvent être facturées en N, c'est en particulier le cas des journées N-1 pour les séjours débutés en N-1 et n'ayant pas atteint 90 journées de présence en N-1.

Séjour débuté en 2024, clos en 2025 ou non clos, n'ayant pas atteint 90j en 2024



Valorisation de 90j sur la base du GMT principal
+ valorisation de 10j sur la base du GMT hebdomadaire

Les 5 journées de présence intervenues en 2024 n'ont pas été valorisés en 2024 car le séjour n'avait pas atteint 90j. Elles sont valorisées dans le cadre de la campagne 2025

2.2. Liste en sus

Le nouveau financement des molécules onéreuses (MO) vise à faciliter la prise en charge de patients nécessitant des traitements spécifiques et onéreux qui ne seraient pas ou seraient insuffisamment financés dans le cadre des recettes issues de l'activité de soins.

Une liste spécifique aux établissements SMR permet d'inscrire les molécules retenues pour ce champ dès lors que le laboratoire en fait la demande et que le coût journalier de traitement représente une fraction substantielle des recettes journalières issues de l'activité de soins (au sens de l'article L.162-23-3 qui décrit un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité et d'une dotation forfaitaire).

Les établissements SMR bénéficient également d'un remboursement des produits de la liste en sus MCO et des produits d'accès précoce AAP AAC CPC

➤ Critères d'éligibilité d'inscription des molécules à la liste spécifique aux SMR

L'inscription d'une ou plusieurs indications d'une spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché sur la liste dédiée aux SMR est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions suivantes :

1. Le niveau de service médical rendu de la spécialité est majeur ou important.
2. Un rapport supérieur à 30 % est constaté entre le coût moyen estimé du traitement et les recettes issues de l'activité de soins

➤ Elargissement aux établissements OQN

Dans le nouveau modèle, les établissements OQN émergent au compartiment des MO.

3. ANNEXE 3 : les dotations en SMR

3.1. Le compartiment Activités d'Expertise (AE)

L'**Activité d'Expertise (AE)** désigne une activité ciblée, concernant un nombre limité de patients et/ou nécessitant des compétences, équipements, plateaux techniques ou organisations spécifiques, non généralisables à l'ensemble des établissements. À ce titre, elle doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des ARS dans le cadre de la structuration de l'offre de soins.

Pour bénéficier d'un financement au titre d'une activité d'expertise, l'établissement doit avoir été identifié comme éligible par son ARS, dans le cadre de l'enquête PTS/AE réalisée entre janvier et février de l'année de référence.

Ce compartiment génère un financement à travers 12 activités d'expertise, réparties en trois groupes, selon leur nature et les modalités de valorisation associées.

- **Groupe 1** : activités dont le capacitaire ou la structure est connue et pour lesquelles le montant est calculé à partir d'un surcoût par lit installé ou par équipe
- **Groupe 2** : activités directement repérables par des groupes nosologiques spécifiques dans le PMSI, et pour lesquelles le montant se base sur un surcoût par journée produite. L'activité de chaque établissement est directement extraite du PMSI.
- **Groupe 3** : activités non repérables directement dans le PMSI, pour lesquelles le montant se base sur un surcoût par journée ou séjour produit. L'activité de chaque établissement est estimée à partir du PMSI sur la base d'hypothèses (part de journées)

Activités d'expertise du groupe 1 :

- Les équipes mobiles d'expertise en réadaptation neuro-locomotrice
 - o Le forfait est défini en fonction du nombre d'équipes (176 368€ / équipe en campagne 2025)
- Les unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR)
 - o En 2024, 100% de l'activité dédiée aux patients EVC-EPR a été financé dans le cadre de cette AE selon deux modalités complémentaires :
 - Selon le **nombre de lits dédiés**, tel que renseigné par l'ARS en 2024
 - Selon le **nombre de journées** enregistrées en année N-1 des séjours d'hospitalisation complète groupés dans le GN 0103

Forfait 2024 = 70% x 350€ x (nb de lits x 365) + 30% x 350€ x nb journées

- o A partir de 2025, 50% du financement de cette AE est transféré vers le compartiment activité (cf. annexe 5).
L'**activité d'expertise (AE)** continue toutefois à couvrir la moitié du financement, sur la base du **nombre de lits déclarés** par l'ARS en 2025.

Forfait 2025 = 50% x 350€ x (nb de lits x 365)

- Les services de réadaptation post-réanimation (SRPR)
 - o Cette AE finance les sur-coûts de prise en charge dans un service SRPR en prenant en compte le nombre de lits installés au sein d'une unité dédiée (déclarés par l'ARS).

Forfait = 150 313€ x nb de lits

Activités d'expertise du groupe 2 :

- L'AE de prise en charge des patients atteints d'obésité complexe
 - o Cette AE vise à financer les sur-coûts des prises en charge des patients souffrant d'obésité complexe. L'activité valorisée correspond aux journées de l'année N-1 des séjours suivants :
 - Séjours « adultes » d'hospitalisation complète, regroupés dans le GN d'obésité (1006) et avec un IMC ≥ 40
 - Séjours « adultes » d'hospitalisation complète, regroupés en niveau 2 du GN d'obésité (1006) et avec un IMC ≥ 30

forfait pour la campagne 2025 = 181€ x nb journées

- L'AE de prise en charge des patients atteints de lésions médullaires
 - o Cette AE finance les sur-coûts des prises en charge des patients atteints de lésions médullaires. L'activité valorisée correspond aux journées de l'année N-1 des séjours « adultes » d'hospitalisation complète, pris en charge dans une unité d'affection du système nerveux et regroupé dans un des GN suivants : 0134, 0135, 0137, 0138

forfait pour la campagne 2025 = 72€ x nb journées

Activités d'expertise du groupe 3 :

- L'AE de prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire (PREPAR)
 - o L'activité valorisée correspond à une part prédéfinie de 25% des journées N-1 des séjours « adultes » d'hospitalisation complète pris en charge dans une unité d'affection respiratoire

forfait pour la campagne 2025 = 175€ x nb journées x 25%

- L'AE de prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique (PREPAC)

- L'activité valorisée correspond à une part prédéfinie de 25% des journées N-1 des séjours « adultes » d'hospitalisation complète pris en charge dans une unité d'affection cardiovasculaires

forfait pour la campagne 2025 = 140€ x nb journées x 25%

- L'AE de prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN)
 - L'activité valorisée correspond aux journées N-1 des séjours « adultes » d'hospitalisation complète pris en charge dans une unité d'affection du système nerveux
 - La part de journées prises en compte dépend du nombre d'AE de neurologie du groupe 3 auxquelles l'établissement est éligible (cf. tableau)

forfait pour la campagne 2025 = 322€ x nb journées x poids (%)

- L'AE de prise en charge des patients cérébro-lésés atteints de troubles cognitifs et comportementaux
 - L'activité valorisée correspond aux journées N-1 des séjours « adultes » d'hospitalisation complète pris en charge dans une unité d'affection système nerveux
 - La part de journées prises en compte dépend du nombre d'AE de neurologie du groupe 3 auxquelles l'établissement est éligible (cf. tableau)

forfait pour la campagne 2025 = 276€ x nb journées x poids (%)

- L'AE de prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive
 - L'activité valorisée correspond à une part prédéfinie de 25% des journées N-1 des séjours « adultes » d'hospitalisation complète pris en charge dans une unité de prise en charge des affections liées aux conduites addictives

forfait pour la campagne 2025 = 136€ x nb journées x 25%

- L'AE de prise en charge en réadaptation neuro-orthopédique
 - L'activité valorisée correspond aux journées N-1 des séjours « adultes » d'hospitalisation complète pris en charge dans une unité d'affection système nerveux
 - La part de journées prises en compte dépend du nombre d'AE de neurologie du groupe 3 auxquelles l'établissement est éligible (cf. tableau ci-dessous)

forfait pour la campagne 2025 = 138€ x nb journées x poids (%)

- L'AE de prise en charge des patients amputés, appareillés ou non
 - Cette AE a été calculée sur la base des données 2022 dans le cadre du calcul de la dotation de transition.
 - Les requêtes n'ayant pas pu être reconduite à partir des données PMSI 2023 et 2024, les montants calculés initialement ont fait l'objet d'un taux d'évolution.
 - Le calcul initial se base sur la somme du nombre de séjours en hospitalisation complète, regroupés dans le GN 0803 et du nombre de patients pris en charge en hospitalisation partielle, regroupés dans le GN 0803 et avec un code Z440 ou Z441 comme finalité principale de prise en charge.
 - 75% des patients ainsi ciblés étaient pris en compte dans le financement.
 - Le forfait par patient initial était de 1 500€. Il a été augmenté de 2.8% dans le cadre de la régularisation ex-post (versement effectué pour la campagne 2023 au titre de l'application du nouveau modèle de financement).
 - Chaque année, un taux d'évolution positif ou négatif, basé sur l'évolution du nombre de journées HC + HP dans le GN 0803, est appliqué par établissement éligible au forfait de la campagne précédente pour déterminer le nouveau forfait.

Pour les AE **PREPAN, prise en charge des patients cérébro-lésés atteints de troubles cognitifs et comportementaux** et **prise en charge en réadaptation neuro-orthopédique**, la part de journées prises en compte dans le calcul du forfait dépend du nombre d'AE auxquelles l'établissement est éligible :

- Une seule AE : 25% des journées sont prises en compte
 - 2 AE : 30%
 - 3 AE : 35%
- Dans tous les cas le poids associé à l'AE « PREPAN », lorsque l'établissement y est éligible est de 25%.
 - Le poids associé à l'AE de « prise en charge des patients cérébro-lésés atteints de troubles cognitifs et comportementaux », lorsque l'établissement y est éligible est de 25% si l'établissement n'est pas éligible par ailleurs à l'AE « PREPAN ». Sinon le poids retenu est de 5%.
 - Le poids associé à l'AE de « prise en charge en réadaptation neuro-orthopédique », lorsque l'établissement y est éligible est de 25% si l'établissement n'est éligible par ailleurs ni à l'AE « PREPAN », ni à l'AE de « prise en charge des patients cérébro-lésés atteints de troubles cognitifs et comportementaux ». Sinon le poids retenu est de 5%.

Le montant calculé de l'AE est majoré du coefficient géographique pour les régions éligibles à celui-ci.

3.2. Compartiment PTS

6 plateaux techniques font l'objet d'un financement dédié, conformément à l'arrêté du 26 mai 2023 :

- Balnéothérapie
- Isocinétisme
- Analyse quantifiée de la marche et du mouvement
- Plateau de rééducation assistée du membre supérieur
- Plateau de rééducation intensive des membres inférieurs
- Plateau de rééducation du retour à la conduite automobile

Pour être éligible à ce financement, chaque plateau technique existant dans un établissement doit avoir été déclaré par l'ARS dans le cadre de l'enquête PTS/AE, menée en janvier-février de l'année de référence. Les informations transmises doivent être en cohérence avec les arrêtés pris au 31/12/N-1.

Chaque plateau est associé à un forfait unique, à l'exception de la balnéothérapie, dont le montant est calculé en fonction des mètres cubes (m³) déclarés dans l'enquête par l'ARS.

Forfaits applicables pour la campagne 2025 :

PTS	Calibrage	
Isocinétisme	Nb de PTS	x Forfait
		20 420,00 €

PTS	Calibrage	
Analyse quantifiée de la marche et du mouvement_Niveau 1	Nb de PTS	x Forfait
		22 819,00 €
Analyse quantifiée de la marche et du mouvement_Niveau 2		x Forfait
		142 736,00 €

PTS	Calibrage
-----	-----------

Rééducation assistée du membre supérieur_Module 1	Nb de PTS	x Forfait
		25 015,00 €
Rééducation assistée du membre supérieur_Module 2	Nb de PTS	x Forfait
		15 213,00 €

PTS	Calibrage	
Plateau de rééducation intensive des membres inférieurs	Nb de PTS	x Forfait
		58 708,00 €

PTS	Calibrage	
Plateau de rééducation du retour à la conduite simulateur de conduite	Nb de PTS	x Forfait
		14 294,00 €
Plateau de rééducation du retour à la conduite véhicule adapté	Nb de PTS	x Forfait
		8 679,00 €

PTS	Calibrage		
Balnéothérapie_25 à 49 m ³	m ³	x part variable A	+ Part fixe
		1 767,00 €	12 763,00 €
Balnéothérapie_50 à 99 m ³		x part variable B	+ Part fixe
		993,00 €	20 420,00 €
Balnéothérapie_100 à 199 m ³		x part variable C	+ Part fixe
		657,00 €	30 630,00 €
Balnéothérapie_plus de 200 m ³		x part variable D	+ Part fixe
		558,00 €	30 630,00 €

Exemple de calcul du forfait pour un plateau de balnéothérapie de 150 m³ :

$$\text{forfait} = 30\,630 + 49 \times 1\,767 + (99 - 49) \times 993 + (150 - 99) \times 657$$

Ces forfaits ne dépendent pas de l'emplacement géographique de l'établissement.

Le calcul des forfaits activité d'expertises et plateau technique spécialisé repose donc en partie sur les informations que remontent les ARS dans le cadre de l'enquête PTS/AE. Le remplissage de cette enquête et sa transmission en février est donc crucial pour permettre le bon financement de ces activités.

3.3. Autres compartiments

MIG Hyperspécialisation

La **MIG "Hyperspécialisation"** est maintenue dans le cadre du nouveau modèle de financement SMR. Elle vise à compenser les surcoûts spécifiques liés à certaines prises en charge complexes ou très spécialisées, qui ne peuvent être intégralement couvertes par les seuls tarifs d'activité. Cette MIG couvre les séjours correspondant aux prises en charge suivantes :

- Insuffisance respiratoire chronique sévère ;

- Nutrition parentérale à façon (poches spécifiques) ;
- Obésité morbide ;
- Polyhandicap ;
- Très jeunes enfants (de 0 à 3 ans) ;
- Actes de transfusion sanguine.

Le montant dédié à ces activités est de **5,7 M€** pour la campagne 2025.

A ces activités s'ajoute l'accompagnement de deux prises en charge très spécialisées pour un montant total de **2,3 M€**.

- La prise en charge de personnes atteintes d'obésité syndromique, dont le syndrome de Prader Willy. Les crédits correspondants s'élèvent à **657 K€**.
- La prise en charge de patients en unité de soins post réanimation. Le montant des crédits est de **1,63 M€**, fléchés sur une seule région à ce stade.

Téléréadaptation

Le **forfait de téléréadaptation** permet de rémunérer l'activité de téléréadaptation non prise en charge dans le compartiment activité. Sont concernés les résumés hebdomadaires de séjours (RHS) en hospitalisation partielle de jour, comportant :

- un code Z75.3 en diagnostic associé significatif (DAS),
- au moins trois actes de rééducation/réadaptation (RR) renseignés dans la semaine,
- et l'intervention d'au moins deux types de professionnels distincts.

Pour ces RHS, le nombre de journées de téléréadaptation est reconstitué en fonction du nombre total d'actes de RR déclarés sur la semaine :

- **1 journée** pour 3 à 5 actes,
- **2 journées** pour 6 à 8 actes,
- **3 journées** pour 9 à 11 actes,
- **4 journées** pour 12 à 14 actes,
- **5 journées** pour 15 actes ou plus.

Le nombre de journées ainsi reconstitué est valorisé sur la base de 2 fois le montant du tarif du Groupe Médico-Tarifaire (GMT) auquel est rattaché le RHS, conformément aux paramètres en vigueur (tarifs et coefficients).

L'ensemble des RHS valorisés permet de calculer le montant global du forfait de téléréadaptation attribué à l'établissement. Il finance l'activité réalisée en année N-1.

Ce forfait est versé en deux temps :

- une avance est versée en année N-1 dans le cadre de la troisième circulaire budgétaire,
- puis une régularisation est effectuée en année N, sur la base des données PMSI consolidées du mois M12, dans le cadre de la première circulaire budgétaire.

Dotation populationnelle, et dotation pédiatrique

Dotation pédiatrique

La dotation pédiatrique vise à sécuriser les recettes pédiatriques des établissements. Cette sécurisation est calculée comme l'écart entre les montants pédiatriques historiques et les montants pédiatriques du nouveau modèle.

Le poids de la pédiatrie de chaque établissement est estimé à partir du poids de l'activité de pédiatrie dans le compartiment activité du nouveau modèle. Lorsque ce poids dépasse 89% de l'activité totale, l'établissement est considéré comme 100% pédiatrique⁵.

Ce poids est appliqué à l'intégralité des recettes historiques pour obtenir les « recettes historiques pédiatriques ». Les montants « nouveau modèle » pédiatriques sont obtenus par la somme du

⁵ Ce traitement a été ajusté en campagne 2025. Voir Annexe 5 pour plus de détails.

compartiment activité pédiatrique et les autres compartiments auquel le poids de pédiatrie, décrit ci-dessus, est appliqué.

Cette dotation a été initialement calculée dans le cadre du calcul de la dotation de transition sur la base des données 2022. Un taux d'évolution régional a ensuite été appliqué à ces dotations lors du calcul de la régularisation ex-post en fin de campagne 2023. Cette dotation a ensuite été reprise pour la campagne 2024.

En 2025, le poids de la pédiatrie prise en compte dans le calcul a été révisé. Cette étape est décrite en annexe 5.

Dotation populationnelle

La dotation populationnelle en SMR vise à mettre en relation l'allocation de ressources et le besoin de santé, dans le cadre d'une enveloppe de financement dédiée. Le sous-jacent de la dotation populationnelle est donc la caractérisation d'un besoin de santé. Ce dernier est retracé par des caractéristiques de la population (état de santé, âge, flux de population, etc...) et des territoires (offre de soins, densité de population...). L'expression de ce besoin de santé va conditionner une enveloppe financière, à destination des territoires et des offreurs, afin de répondre au besoin exprimé. Son premier objectif est de réduire les inégalités territoriales. Ce mode d'allocation constitue également un outil puissant pour structurer une offre de soin pérenne en réponse aux besoins, tout en laissant une liberté d'organisation importante aux acteurs.

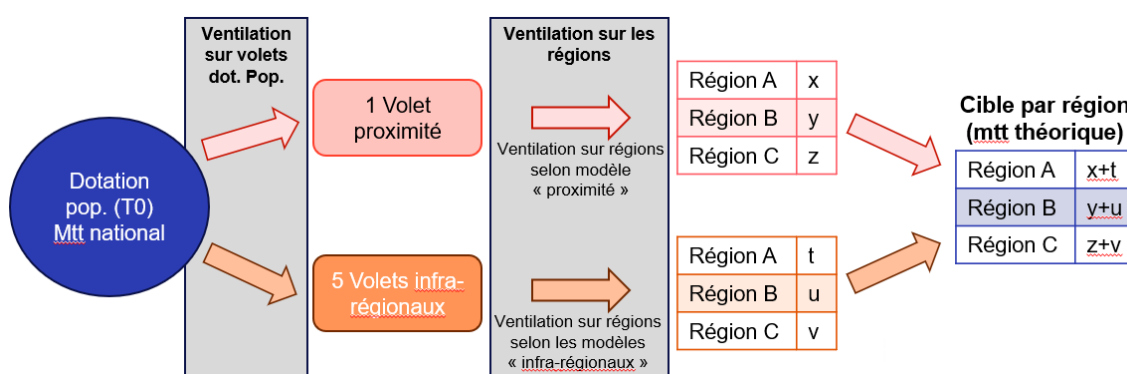
Afin de bien rendre compte du besoin en SMR, la dotation populationnelle en SMR est composée de 2 volets, et 5 sous-volets :

- Volet proximité
- Volet de recours infra-régionaux
 - Neurologique
 - Locomoteur
 - Métabolique – Digestif
 - Cardio-respiratoire
 - Autres

L'allocation des ressources dédiées à chaque sous-volet répond à un modèle dédié.

Au sein de chaque sous-volets, ces modèles permettent de répartir l'enveloppe entre les différentes régions en fonction des besoins territoriaux.

Le schéma global d'allocation est donc le suivant :



Les résultats issus des modèles d'allocation ne constituent pas un montant à verser mais une cible de rattrapage.

En effet, le compartiment de dotation populationnelle ne génère pas de région « perdante ». Les régions en situation de sous-dotation (régions dont les montants de dotation populationnelle en T0 sont inférieurs à la cible) émargent à un montant de « rattrapage ».

En parallèle, la dotation populationnelle de l'ensemble des régions progresse selon une rémunération « socle ».

Le montant T0 de dotation populationnelle est défini pour la campagne 2024, sur la base des données de la régularisation a posteriori des réalisations 2023, par déduction à 50% de l'OD, des montants des autres compartiments de financement (hors compartiment activité) et des enveloppes de financement des établissements hors réforme.

Définition de la trajectoire régionale de rattrapage :

Les montants en T0 comportaient des mesures fléchées, ces mesures sont prises en compte pour définir un montant national de la prise en charge par patient dans le compartiment de dotation populationnelle mais n'entrent pas en compte dans la définition de la trajectoire régionale.

Exemple :

Montants initiaux (T0)

(mesures fléchées incluses)

région	Nb patients	Dot pop hors RH & honoraires	RH	50% honoraires
A	100	1000	0	0
B	100	1000	0	50
C	100	1000	50	50
	300	3000	50	100

Nb de patients identique dans les 3 régions

La région A n'a que des médecins salariés; les régions B et C ont des médecins libéraux; la région C bénéficie de mesures RH

à Globalement, B et C sont mieux dotées que A pour prendre en charge un nombre de patient équivalent

Dans cet exemple le nb de patients reste identique après modélisation

Montants après application du modèle

(mesures fléchées incluses)

région	Nb patients théo	montants théo
A	100	1050
B	100	1050
C	100	1050
	300	3150

Montant par patient = 10,5

Cible après déduction des mesures RH & des honoraires

région	Cible
A	1050
B	1000
C	950
	3000

Avec un T0 à 1000, A est sous dotée
Avec un T0 à 1000, C est sur dotée

Les mesures RH sont ré-affectées a posteriori (mesures fléchées) dans la dot pop.
Les honoraires sont perçus hors dot pop.

Poids des volets :

A chaque volet est associé une liste de GN. La valorisation de l'activité M12 2023 de ces GN par les tarifs 2024 a permis d'établir le poids des différents volets :

Volet	Poids
Infra-régional - Autres	2,8%
Infra-régional - Cardio-respiratoire	6,3%
Infra-régional - Locomoteur	3,5%
Infra-régional - Métabolique - digestif	3,6%
Infra-régional - Neurologie	13,1%
Proximité	70,6%

Ainsi, le volet proximité permet par exemple de moduler 70.6% de l'enveloppe de la dotation populationnelle.

Modèles d'allocation des différents volets

Volet proximité :

Afin de déterminer un nombre de patients théorique régional, un modèle explicatif des taux de recours a été mis en place.

Les coefficients de ce modèle sont les suivants :

	Coefficient 2024
Part des personnes âgées de 75 ans et plus	1,74
Nb total de séjours d'HC MCO par habitant	1,05
Nb infirmiers (libéraux ou mixtes) par habitant	1,30 (neutralisé⁶)
Taux d'équipement SSIAD	0,40 (neutralisé)
Constante	16,99

Le nombre de patients théorique est ainsi modélisé selon l'équation suivante :

16.99

- + 1.74 x Part des personnes âgées de 75 ans et plus, **régionale**
- + 1.05 x Nb total de séjours d'HC MCO par habitant, **au niveau régional**
- + 1.3 x Nb infirmiers (libéraux ou mixtes) par habitant, **au niveau national (neutralisé)**
- + 0.4 x Taux d'équipement SSIAD, **national (neutralisé)**

...multipliée par la population régionale et par le coefficient géographique.

⁶ Afin de ne pas prendre en compte le recours induit par l'offre, certaines variables sont neutralisées. Cela signifie qu'elles sont prises en compte pour ajuster correctement les coefficients du modèle, mais que leur impact sur les taux de recours n'est pas utilisé comme un caractère discriminant entre les régions.

Volets infra-régionaux :

Le nombre de patients théorique est estimé à partir du nombre de malades dans la cartographie de la CNAM

Pour le volet « neurologie », le nombre de patients théorique correspond à l'équation suivante :

$$\begin{aligned} &0.2958 \times (\text{nb malades « AVC aigu »}) \\ &+ 0.0083 \times (\text{nb malades « AVC aigu »} + \text{nb malades « Autres affections neurologiques »}) \\ &+ 0.092 \times (\text{nb malades « Scléroses en plaques »} + \text{nb malades « Parkinson »} + \text{nb malades « Autres affections neurologiques »}) \\ &+ 0.1891 \times (\text{nb malades « Paraplégies »}) \end{aligned}$$

...multipliée par la population régionale et par le coefficient géographique.

Pour le volet « locomoteur », le nombre de patients théorique correspond à l'équation suivante :

$$0.0907 \times (\text{Nb de patients MCO : en GHM 08C241 ou issus des séjours avec acte CCAM de ligamentoplastie ou issus des séjours avec DP de fracture du genou})$$

...multipliée par la population régionale et par le coefficient géographique.

Pour le volet « cardio-respiratoire », le nombre de patients théorique correspond à l'équation suivante :

$$\begin{aligned} &0.1143 \times (\text{nb malades « cancer du poumon actif »}) \\ &+ 0.0101 \times (\text{nb malades « maladies respiratoires chroniques »}) \\ &+ 0.0532 \times (\text{nb malades « maladies valvulaires »}) \\ &+ 0.7013 \times (\text{nb malades « syndrome coronaire aigu »}) \end{aligned}$$

...multipliée par la population régionale et par le coefficient géographique.

Pour le volet « métabolique », le nombre de patients théorique correspond à l'équation suivante :

$$\begin{aligned} &0.0064 \times (\text{nb malades « maladies du foie ou du pancréas »}) \\ &+ 0.0027 \times (\text{nb malades « diabète »}) \\ &+ 0.1114 \times (\text{nb de personnes hospitalisées en MCO avec DP/DR/DA d'obésité}) \end{aligned}$$

...multipliée par la population régionale et par le coefficient géographique.

Pour le volet « autres », le nombre de patients théorique correspond à l'équation suivante :

$$0.0536 \times (\text{nb malades « troubles addictifs »})$$

...multipliée par la population régionale et par le coefficient géographique.

Allocation des montants et calcul de la trajectoire régionale :

Pour chacun des volets, l'enveloppe allouée est répartie entre les régions au prorata de leur nombre de patients théoriques calculé par chacun des modèles.

Le montant total théorique de la région correspond à la somme des montants alloués sur chacun des volets.

Une fois les montants initiaux et théoriques connus, les montants fléchés en sont déduits et la valeur maximale entre 0 et l'écart entre le montant théorique et le montant initial sert de clé de ventilation aux mesures de « rattrapage » tandis que les mesures « socles » sont déversées au prorata des montants de référence.

Allocation des mesures nouvelles :

- Chaque année, au moins +1% des ressources supplémentaires non fléchées de la dotation populationnelle SMR est dédié au rattrapage
 - o En tenant compte de la première étape franchie en 2024 (+20 M€ dédiés au rattrapage) cela correspond à une trajectoire de rattrapage de 7 ans
- En-deçà de +1%, la totalité de la croissance est affectée au rattrapage
- Au-delà de +1%, le reliquat de croissance est affecté à l'évolution socle dans, une limite de +1%
- Au-delà de 2%, le supplément de croissance de la dotation populationnelle SMR non fléchée est alloué pour moitié au rattrapage, pour moitié au socle

Les éléments présentés ci-dessus permettent la répartition des montants entre régions. L'allocation de ces montants au sein des établissements d'une même région est laissée à la main des ARS et n'est donc pas décrite dans la présente notice.

4. ANNEXE 4 : Modalités d'application de la réforme et modalités de versement

4.1. Période de montée en charge du 1^{er} juillet 2023 au 1^{er} janvier 2028

Le modèle de financement tel que défini en LFSS pour 2016 est entré vigueur dans sa totalité au 1^{er} juillet 2023. Plusieurs coefficients ont été et seront appliqués sur la part activité sur cette période afin d'accompagner la montée en charge du nouveau modèle de financement de manière lissée pour les établissements.

4.2. Dotation de transition

La dotation de transition est définie comme la différence entre les recettes historiques et les recettes théoriques, calculées à partir des compartiments du nouveau modèle de financement, sur la base de l'année 2022. Au niveau national, la somme des dotations de transition est nulle car les recettes théoriques 2022 sont égales aux recettes historiques 2022 au niveau national. Si pour un établissement les recettes perçues en 2022 sont supérieures aux recettes théoriques 2022, la dotation de transition est positive et elle viendra majorer les recettes de l'établissement durant toute la période de transition.

Dans le cas contraire, la dotation de transition est négative et elle viendra minorer les recettes de l'établissement durant la période de transition.

Cette dotation permet de lisser sur plusieurs années les effets (positifs et négatifs) de l'application des nouveaux compartiments de financement, pour une entrée progressive dans la réforme. Elle vient impacter à la hausse ou la baisse la dotation populationnelle. La dotation est calculée une seule fois à partir des données 2022 et sa valeur est fixée pour toute la période de transition.

Pour 2023 et 2024, elle est appliquée à 100%, ce qui signifie qu'elle annule les effets du modèle constatés à fin 2022, toutes choses égales par ailleurs.

Pour les années 2025 à 2027 le taux de transition diminue et tend vers 0. La dotation appliquée à l'établissement sera la dotation de transition multipliée par le taux de transition de l'année correspondante.

A partir de la campagne 2028 la dotation de transition disparaîtra. Les recettes de l'établissement à partir de cette date seront égales à la stricte application des nouveaux compartiments de financement.

Le tableau ci-dessous indique le rythme d'évolution du taux de transition, le tableau donne aussi deux exemples d'évolution de la dotation au cours de la période de transition. Les dotations de transition calculées sur la base des données 2022 sont de 2500€ pour l'exemple 1 et de -4200€ pour l'exemple 2.

	S2-2023	2024	2025	2026	2027
Taux de transition	100%	100%	75%	50%	25%
Exemple 1	2 500 €	2 500 €	1 875 €	1 250 €	625 €
Exemple 2	-4 200 €	-4 200 €	-3 150 €	-2 100 €	-1 050 €

4.3. Modalités de versements du compartiment activité et de la liste en sus

4.3.1. Etablissements ex-DAF

Les données PMSI recueillies mensuellement par les établissements du secteur ex-DAF sont valorisées par l'ATIH conformément aux règles détaillées en annexe 2.

La valorisation porte sur les volets suivants :

- L'activité d'hospitalisation complète et partielle de jour, groupée en GMT et valorisée selon les tarifs en vigueur (cf. annexe de l'arrêté tarifaire)
- Les transports, valorisés par les suppléments transport
- Les actes et consultation externe (ACE) hors FIDES
- Les médicaments figurant sur la liste en sus (SMR, MCO) ou relevant de l'AP-AC

Le recueil de l'activité PMSI est cumulatif à chaque période postérieure au M1, la valorisation suit la même logique. Ainsi, le montant à verser chaque mois est obtenu par différence avec le montant de la période précédente.

L'arrêté de versement mensuel est disponible en téléchargement sur la plateforme e-PMSI. Les ARS conservent la possibilité de modifier les montants avant leur notification officielle.

Les étapes de production de ces arrêtés de versement sont les suivantes :

- 1) Transmission mensuelle des données d'activité des établissements via e-PMSI
- 2) Calcul d'une valorisation selon les règles exposées en Annexe II et intégration des éléments dans l'arrêté de versement
- 3) Validation des données par les ARS
- 4) Envoi des arrêtés de versement aux caisses primaires d'assurance maladie
- 5) Paiement aux établissements des montants notifiés par les ARS

Cas des semaines à cheval sur deux années civiles

Les transmissions du champ SMR sont hebdomadaires. Ainsi la première ou la dernière transmission de l'année peuvent contenir des journées d'HP ou des séjours d'HC ne correspondant pas à l'année du recueil.

Exemple : un séjour d'HC de moins de 90 jours clôturé le 30 décembre 2024 sera contenu dans l'envoi du M1 2025. En effet, le RHA de la semaine étant transmis le dimanche 5 janvier, toute la semaine du 30 décembre 2024 au 5 janvier 2025 est contenue dans cet envoi. Cependant ce séjour relève bel et bien de l'année 2024.

Pour la période M1 2025, le recueil n'a pas été adapté mais les séjours ou journées relevant de 2024, transmis en 2025, ont été isolés dans les arrêtés de versement pour les financer au titre de 2024.

A partir du 1^{er} janvier 2026, les calendriers de publication des tarifs changent. Les tarifs seront publiés au 1^{er} janvier contre le 1^{er} mars jusqu'en 2025. Ce changement de calendrier accentue la nécessité de transmettre et de valoriser les séjours dans une transmission correspondant à l'année du séjour. Ainsi à partir du M12 2025, il sera demandé de transmettre les semaines, à cheval sur deux années civiles, deux fois (une première fois dans la transmission M12 N-1 et une seconde fois dans l'envoi M1 N). Ceci permettra de valoriser les séjours avec les paramètres (version de classification et tarifs) correspondant à la bonne année sans modifier le format du recueil. Chaque séjour ne sera valorisé qu'une seule fois avec les paramètres correspondant à la date adéquate.

Le LAMDA est applicable sur les données postérieures au 1^{er} janvier 2024. Cela signifie qu'à partir du recueil PMSI M1 2025, les établissements peuvent remonter des données relatives à l'année N-1, dans la limite du délai de forclusion applicable à chaque période d'envoi. Le délai de forclusion est d'un an à compter de la date à laquelle les établissements doivent remonter chaque partie du séjour.

Exemple : période M6 2025

Dans le cadre des transmissions LAMDA de M6 2025, les établissements sont autorisés à transmettre les séjours de 2024 dont la date de fin est postérieure à la date de fin de la période M5 2024.

En revanche les séjours dont la date de fin est antérieure à la fin de la période M5 2024 sont considérés comme forclos et ne seront pas pris en compte dans les transmissions LAMDA de M6 2025.

De manière générale :

En hospitalisation partielle

- Les résumés hebdomadaires d'activité (RHA) dont la date du dimanche est antérieure à la fin de la période M-1 de l'année N-1 sont considérés comme forclos.

En hospitalisation complète

- Séjours de moins de 90 jours :
 - Forclos si la date de fin de séjour est antérieure à la fin de la période M-1 de l'année N-1.
- Séjours de plus de 90 jours :
 - Les 90 premiers jours sont forclos si la date du 90^e jour est antérieure à la fin de la période M-1 de l'année N-1.
 - Les RHA postérieurs au 90^e jour sont forclos si la date du dimanche associée est antérieure à la fin de la période M-1 de l'année N-1.

4.3.2. Etablissements ex-OQN

Les établissements du secteur ex-OQN facturent directement à la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) les activités suivantes :

- Séjours d'hospitalisation complète (groupés en GMT) ;
- Séjours d'hospitalisation partielle de jour (RHS valorisés également par des GMT) ;
- Suppléments transport
- Médicaments de la liste en sus (SMR et MCO) ou relavant de l'AP-AC ;

Les tarifs applicables sont ceux définis chaque année par l'arrêté tarifaire.

4.4. Paramètres applicables lors de la campagne 2025

En 2025, la campagne tarifaire débute au 1^{er} mars. Concrètement cela signifie :

En hospitalisation partielle de jour :

- Que les journées avant le 1^{er} mars sont valorisées selon le groupage et le tarif associé de la campagne 2024.
- Que les journées après le 1^{er} mars sont valorisées selon le groupage et le tarif associé de la campagne 2025.

En hospitalisation complète :

- Que les séjours de moins de 90 jours, clos avant le 1^{er} mars sont valorisés selon le groupage et le tarif associé de la campagne 2024.

- Que les séjours de moins de 90 jours, clos après le 1er mars sont valorisés selon le groupage et le tarif associé de la campagne 2025.
- Pour les séjours de plus de 90 jours dont les 90 premiers jours sont antérieurs au 1er mars, que ces journées sont valorisées selon le groupage à 90 jours et le tarif associé de la campagne 2024.
- Pour les séjours de plus de 90 jours dont le 90ème jour est postérieur au 1er mars, que les 90 premières journées sont valorisées selon le groupage à 90 jours et le tarif associé de la campagne 2025.
- Pour les séjours de plus de 90 jours, que les journées postérieures au 90ème jour de présence sont valorisées selon le groupage en GMT hebdomadaire du RHA et le tarif associé de la campagne 2024 si le dimanche du RHA associé intervient avant le 1er mars
- Pour les séjours de plus de 90 jours, que les journées postérieures au 90ème jour de présence sont valorisées selon le groupage en GMT hebdomadaire du RHA et le tarif associé de la campagne 2025 si le dimanche du RHA associé intervient après le 1er mars

5. ANNEXE 5 : Evolutions tarifaires pour l'année 2025

5.1. Création des GMT d'EVC-EPR

A partir de 2025, afin notamment de permettre aux établissements la facturation en sus des molécules onéreuses et des transports, 50% du financement lié à la prise en charge des patients en EVC-EPR est transféré dans le compartiment activité.

Pour accompagner ce transfert, 4 GMT sont créés pour chacun des deux secteurs ex-DAF et ex-OQN :

- 2 GMT permettant le financement des séjours en hospitalisation complète jusqu'au 90^{ème} jour de présence. Ces deux GMT correspondent aux GME de niveau 1 et 2.
Ces GMT ne comportent pas de zone forfaitaire, ce qui signifie que la valorisation est effectuée de manière journalière, en fonction du nombre de journées de présence.
- 1 GMT permettant le financement des journées d'hospitalisation complète au-delà du 90^{ème} jour
- 1 GMT permettant le financement des RHS d'hospitalisation partielle.

La facturation/valorisation de ces GMT est effective à partir du 1^{er} mars 2025. Les paramètres tarifaires associés sont détaillés en annexes de l'arrêté tarifaire 2025.

En complément du financement à l'activité via les GMT, 50% du financement reste dans le compartiment Activités d'Expertise (voir détail en Annexe 3.1 de la présente notice).

5.2. Correction d'une anomalie tarifaire sur les tarifs du secteur ex-OQN

Dans le cadre du passage en facturation directe pour les établissements ex-OQN à partir du 1^{er} janvier 2024, les modalités de gestion des séjours à cheval sur deux exercices dont les règles de financement sont distinctes ont été instruites. Alors qu'une clôture de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète 2023, pour recommencer les séjours au 1^{er} janvier était initialement envisagée, ce mode de gestion s'est finalement avéré non nécessaire.

Cette décision est cependant arrivée trop tardivement par rapport à la construction des tarifs, qui ont été construits en intégrant l'ensemble des journées associées aux séjours 2023, y compris celles relevant de séjours de moins de 90 jours non clos au 31 décembre. Par conséquent, le casemix retenu pour la construction comprend trop de journées/séjours par rapport à la réalité de l'application, dès lors que seuls des séjours clos ou atteignant leur 90^{ème} jour dans l'année sont valorisés. En effet, les journées des séjours non clos de moins de 90 jours réalisées en année N n'entrent pas dans le cadre de la valorisation lors d'une campagne N ; elles sont valorisées et financées lors de la campagne N+1. Leur prise en compte dans le calcul des tarifs a donc conduit à une baisse des tarifs dans un cadre contraint par l'enveloppe de financement. L'impact de cette anomalie porte uniquement sur la valorisation de l'activité d'Hospitalisation Complète (HC). Il est différent entre groupes nosologiques – mais pèse de manière générale dans des proportions similaires entre établissements.

En 2024, une compensation a été versée aux établissements concernés par le biais d'une AC à partir de l'activité 2023 des établissements en fonction de leur activité de séjours d'HC non clos inférieurs à 90 jours.

Pour la campagne 2025, une correction systématique des tarifs a été effectuée, augmentant en conséquence, les tarifs des GMT concernés. La valeur de la correction pour chacun des GN est exposée en Annexe 6.

5.3. Ajustement dotation pédiatrique

Les dotations pédiatriques ont été ajustées en campagne 2025. Plus précisément le poids que représente la pédiatrie dans chaque établissement a été ajusté en deux temps.

- 1) Le poids minimal pour qu'un établissement soit considéré 100% pédiatrique passe de 89% de son activité à 80%.
- 2) Historiquement, seule l'activité correspondant aux enfants de moins de 18 ans a été considérée pour calculer le poids de la pédiatrie dans les recettes des établissements. En sus de ces patients, les jeunes adultes (< 26 ans) pris en charge dans les unités médicales pédiatriques ont également été considérés.

L'ajustement des poids que représente la pédiatrie dans chaque établissement a ensuite permis d'actualiser en conséquence les dotations pédiatriques de chacun des établissements concernés.

5.4. Taux d'évolution des tarifs

Les tarifs de l'ensemble des GMT évoluent de +0.48% sur les deux secteurs de financement. Pour les établissements du secteur ex-OQN, cette évolution de +0,48% vient s'ajouter à la correction de l'anomalie tarifaire mentionnée précédemment.

6. ANNEXE 6 : Correction des tarifs ex-OQN pour l'année 2025

Correction des tarifs ex-OQN des groupes-médico tarifaires d'hospitalisation complète, par groupe nosologique.

Ce taux de correction est appliqué aux tarifs des GMT du GN avant application du taux « générique » de la campagne 2025.

GN	Libellé	Taux de correction
0106	Tumeurs malignes du système nerveux	5,4%
0109	Lésions cérébrales traumatiques	5,7%
0115	Certaines affections cérébrales	6,4%
0118	Paralysies cérébrales	3,0%
0121	Polyneuropathies	6,4%
0124	Affections des nerfs (à l'exclusion des polyneuropathies)	5,8%
0127	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	6,0%
0130	Autres affections neuro-dégénératives (à l'exclusion des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées)	6,0%
0134	Lésions médullaires traumatiques avec tétraplégie	4,0%
0135	Affections médullaires non traumatiques avec tétraplégie	6,8%
0137	Lésions médullaires traumatiques avec paraplégie	5,5%
0138	Affections médullaires non traumatiques avec paraplégie	6,9%
0139	Autres affections médullaires	6,8%
0145	Autres affections du système nerveux	6,0%
0146	Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie	2,7%
0147	Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégie	6,0%
0148	Accidents vasculaires cérébraux autres	6,7%
0203	Affections oculaires	5,4%
0303	Tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures	6,9%
0306	Affections non malignes des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	6,2%
0403	Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire	5,4%
0406	Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives	5,6%
0409	Asthmes	3,6%
0412	Tuberculoses pulmonaires	6,4%
0415	Infections broncho-pulmonaires (non tuberculeuses)	6,2%
0418	Embolies pulmonaires	6,1%
0424	Autres affections de l'appareil respiratoire	4,9%
0503	Valvulopathies	3,8%
0506	Coronaropathies avec pontage	3,7%
0509	Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage)	3,8%
0512	Insuffisances cardiaques	5,9%
0515	Artériopathies (à l'exclusion des amputations)	5,6%
0518	Autres affections cardiaques	5,8%
0521	Autres affections vasculaires	5,1%
0603	Tumeurs malignes des organes digestifs	5,4%
0612	Affections non malignes du foie et du pancréas	7,3%
0615	Affections non malignes des voies biliaires	6,3%

0617	Occlusions, perforations et abcès du tube digestif	6,4%
0618	Hernies pariétales non compliquées	3,4%
0621	Autres affections des organes digestifs	6,1%
0803	Amputations	5,7%
0818	Infections ostéo-articulaires	6,0%
0821	Tumeurs malignes des os et des tissus mous	5,2%
0827	Complications mécaniques d'implants ostéo-articulaires	6,8%
0831	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	7,6%
0833	Fractures du membre inférieur	7,8%
0836	Fractures du membre supérieur	7,8%
0837	Autres lésions traumatiques ostéo-articulaires	7,5%
0838	Lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule	5,7%
0839	Lésions articulaires et ligamentaires du genou	3,0%
0840	Arthroses de la hanche avec implant articulaire	4,8%
0841	Arthroses du genou avec implant articulaire	4,9%
0843	Arthroses de l'épaule avec implant articulaire	6,8%
0869	Autres affections du système ostéo-articulaire	5,3%
0870	Fractures compliquées	7,0%
0871	Fractures multiples	8,5%
0872	Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)	7,4%
0873	Lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale	7,5%
0874	Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin (à l'exclusion des LT sévères de la colonne vertébrale)	7,2%
0875	Affections du rachis (à l'exclusion des scolioses et hernies discales)	6,3%
0876	Scolioses, hernies discales et autres dorsalgies	5,1%
0877	Arthropathies (à l'exclusion des arthropathies infectieuses)	6,3%
0878	Ostéopathies	6,2%
0903	Brûlures	3,9%
0906	Ulcères de décubitus	8,1%
0909	Ulcères chroniques (à l'exclusion des ulcères de décubitus)	6,5%
0912	Tumeurs malignes de la peau et des seins	6,7%
0918	Infections et traumatismes cutanés	7,8%
0921	Autres affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins	6,8%
1003	Diabètes	4,6%
1006	Obésités	3,9%
1007	Malnutritions et malabsorptions intestinales	5,6%
1012	Autres affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	7,2%
1103	Tumeurs malignes du tractus génito-urinaire	6,1%
1112	Affections non malignes de l'appareil génital féminin	5,6%
1115	Affections non malignes de l'appareil génital masculin	5,6%
1118	Insuffisances rénales	5,3%
1121	Néphropathies et infections génito-urinaires	7,3%
1123	Autres affections de l'appareil génito-urinaire	6,3%
1603	Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis	4,8%

1606	Autres affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire	4,8%
1803	Infections par VIH	0,6%
1806	Infections autres que par VIH	7,6%
1903	Toxicomanies avec dépendance	6,5%
1906	Troubles dépressifs et anxieux	6,5%
1909	Autres troubles psycho-comportementaux	5,3%
2303	Soins palliatifs	5,0%
2309	Autres motifs de prise en charge	9,2%
2315	Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie)	5,7%
2318	Autres états et symptômes (non rattachés à une étiologie)	5,4%
2703	Posttransplantation d'organe	9,3%