

Campagne tarifaire et budgétaire 2024

Nouveautés « financement MCO/HAD

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2024, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-546-10-2023 du 18 décembre 2023), présentant les nouveautés 2024 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire des champs MCO et HAD.

Elle est composée de trois annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 3 apporte des précisions concernant la Sécurisation Modulée à l'Activité et la Dotation Forfaitaire Garantie (Activités MCO et HAD – secteur ex-DG).

Le Directeur général

Housseyni HOLLA

ANNEXE 1 Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation	3
1. Intégration de l'arrêté relatif aux « forfaits patient urgences » dans l'arrêté « Forfaits »	3
2. Forfaits annuels FAG et CPO	3
3. Soins critiques	4
ANNEXE 2 Modalités techniques de construction tarifaire	5
1. Les modifications relatives au modèle de financement	5
2. Les revalorisations tarifaires	5
<u>3.1. Mesures de soutien réalisées sur des activités ciblées</u>	<u>5</u>
<u>3.2. Les autres évolutions non ciblées</u>	<u>6</u>
<u>3.3. Synthèse des taux d'évolution des tarifs par prestation</u>	<u>6</u>
<u>3.4. Les coefficients s'appliquant aux tarifs des prestations</u>	<u>7</u>
ANNEXE 3 Sécurisation Modulée à l'Activité et Dotation Forfaitaire Garantie Activités MCO et HAD – secteur ex-DG	10
2. Dotation Forfaitaire Garantie	11

ANNEXE 1 Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- [Arrêté du 29 février 2024 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile](#) ;
- [Arrêté du 15 avril 2024 fixant pour l'année 2024 les éléments tarifaires mentionnés aux I et V de l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale](#)

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

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les nouveautés de l'arrêté « Forfaits » :

- intégration de l'arrêté relatif aux « forfaits patient urgences » dans l'arrêté « Forfaits » ;
- évolution des forfaits annuels FAG et CPO ;
- prise en compte de la réforme des autorisations pour les soins critiques.

1. Intégration de l'arrêté relatif aux « forfaits patient urgences » dans l'arrêté « Forfaits »

L'article 13 de l'arrêté « Forfaits » de 2024 reprend à l'identique les éléments de l'arrêté du 31 mars 2023 fixant les modalités de facturation des soins dispensés dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, l'arrêté du 31 mars 2023 étant désormais abrogé.

Dans le cas des forfaits âge urgences qui sont facturables dès lors que le patient a bénéficié d'une prise en charge complète par le médecin de la structure des urgences, ou par l'infirmier en pratique avancée de médecine d'urgence, il convient de rappeler que, dans les établissements ex-OQN, la facturation de ces forfaits par les infirmiers en pratique avancée (IPA) n'est pas autorisée, compte tenu des dispositions de l'article L.162-22-8-2 qui prévoit que les forfaits et suppléments urgences « sont destinés à rémunérer les consultations et les actes des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 intervenant dans le cadre de leur activité libérale et les actes des laboratoires de biologie médicale mentionnés à l'article L. 162-14. »

2. Forfaits annuels FAG et CPO

Pour l'année 2024, le montant des forfaits de coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO) et le forfait annuel correspondant aux activités de transplantations d'organes et de greffes de cellules souches hématopoïétiques (FAG) est déterminé, pour chaque établissement, à partir des données d'activité transmises soit au titre de l'année précédente (2023) soit au titre d'une année qui ne peut être antérieure à 2019. L'année retenue pour le calcul du montant du forfait est celle où le nombre de greffes est le plus élevé pour l'établissement de santé concerné.

3. Soins critiques

L'article 7 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé a été modifié afin de prendre en compte la réforme des autorisations des soins critiques.

Afin qu'il n'y ait pas de rupture de facturation, dès la notification de leur nouvelle autorisation, les établissements pratiquant une activité de soins critiques, à savoir la réanimation adulte, la réanimation pédiatrique et les soins intensifs adultes et pédiatriques, à la date d'ouverture de la période de dépôt de demande d'autorisation mentionnée à l'article R. 6122-28 du code de la santé publique peuvent facturer, s'il y a lieu, les suppléments réanimation adulte (REA) et pédiatrique (REP), ainsi que soins intensifs (STF).

Les établissements bénéficiant jusqu'alors d'une reconnaissance contractuelle de soins intensifs et n'ayant pas déposé de demande d'autorisation, pourront continuer à facturer le supplément associé (STF) jusqu'à l'échéance de leur reconnaissance contractuelle.

Aussi, les établissements bénéficiant jusqu'alors d'une reconnaissance contractuelle de surveillance continue pourront continuer à facturer le supplément associé (SRC) jusqu'à l'échéance de celle-ci.

ANNEXE 2 Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2024, les étapes de construction tarifaires s'articulent autour de deux axes :

- les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- les revalorisations tarifaires liées aux différentes mesures de campagne dont les mesures concernant les revalorisations salariales et les mesures de soutien réalisées pour certaines activités.

1. Les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte en 2024 uniquement d'un changement de périmètre des tarifs qui induit des modifications des tarifs associés.

Une seule modification de périmètre est intervenue pour la campagne, il s'agit de la réintégration des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) radiés de la liste en sus en 2023.

Lors de la campagne 2023, les dispositifs médicaux implantables « Guides de mesure de la FFR » et « Cathéters de reperfusion » ont été radiés de la liste en sus sans faire l'objet d'une réintégration dans les tarifs.

Pour la campagne 2024, les charges induites par ces dispositifs sont réintégrées dans les tarifs. La réintégration est ciblée de manière différenciée sur les racines les plus consommatrices :

- Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux (01K03)
- Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde (05K06)
- Actes diagnostiques par voie vasculaire (05K10)

Ainsi, l'impact de ce changement de périmètre est dépendant des racines.

A titre d'exemple, sur le secteur ex-DG, le tarif de la racine « Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux (01K03) » augmente de 8,5%.

2. Les revalorisations tarifaires

3.1. Mesures de soutien réalisées sur des activités ciblées

Un soutien spécifique est réalisé pour les activités qui ont le plus de mal à redémarrer depuis la crise sanitaire avec des conséquences en termes de santé publique (retards de prise en charge, risque de renoncement aux soins). Il s'agit de soutenir prioritairement les activités de médecine, les soins palliatifs, l'activité de pédiatrie et l'activité de greffe/transplantation. Les maternités bénéficient également d'un soutien tarifaire spécifique dans un contexte de forte baisse de la natalité.

Le périmètre des racines ciblées est défini comme suit :

- racines de médecine (GHM en M ou en Z) ;
- racines de la CMD 27 (transplantations / greffes) ;
- racines de pédiatrie qui remplissent au moins une des conditions suivantes :
 - racines avec une condition d'âge des patients dans la classification en vigueur ;
 - racines avec plus de 50% du volume des séjours concernant des patients de moins de 18 ans ;

- racines avec plus de 30% du volume des séjours qui sont dans une unité médicale de pédiatrie ;
- racines de maternité (CMD 14 et 15).

Les GHS de séances (CMD 28) et les GHS intermédiaires de médecine sont exclus des mesures de soutien

Les GHS ciblés ont une évolution, au titre de ces mesures de soutien, de +2,64% dans le secteur ex-DG et dans le secteur ex-OQN.

Ces mesures de soutien représentent une évolution moyenne de +1,4% sur le secteur ex-DG et de +0,5% sur le secteur ex-OQN.

3.2. Les autres évolutions non ciblées

Les autres évolutions non ciblées concernent notamment les mesures de revalorisation salariales (Guérini, Attractivité) et l'effet report des mesures de campagne de l'année précédente. En effet, la forte hausse des tarifs entre 2022 et 2023 se traduit par un « effet report » à financer sur les mois de janvier et février ce qui contraint fortement l'évolution des tarifs au 1er mars 2024.

3.3. Synthèse des taux d'évolution des tarifs par prestation

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires entre 2023 et 2024 par catégorie de prestations

	Taux d'évolution global ex-DG	Taux d'évolution global ex-OQN
Forfait innovation	0,0%	0,0%
HAD	3,3%	2,1%
Dialyse (hors centre)	3,1%	0,0%
SE/PO/FFM/AP/AP2	0,0%	0,0%
Forfaits urgences	0,0%	0,0%
GHS + suppléments journaliers	4,6%	0,6%
GHS	4,6%	0,6%
<i>dont GHS concernés par la mesure de soutien</i>	5,8%	2,7%
<i>dont GHS non concernés par la mesure de soutien</i>	3,1%	0,0%
Suppléments journaliers	3,1%	0,0%
Suppléments transports et DTP	0,0%	0,0%
Forfaits annuels	3,1%	3,1%

Sur le champ MCO, l'écart de 4 points entre le secteur ex-DG et le secteur ex-OQN est principalement lié :

- d'une part, au financement des mesures de revalorisation salariale, qui représentent de l'ordre de +3,5% dans le secteur ex-DG et +0,7% dans le secteur ex-OQN ;
- d'autre part, au poids des activités ciblées par des mesures de soutien réalisées sur des activités ciblées (cf. II.a)

Les suppléments journaliers et les forfaits de dialyse hors centre évoluent comme les GHS non ciblés par les mesures de soutien.

Les forfaits annuels, suppléments transports et DTP, forfait innovation et forfaits SE/PO/FFM/AP et AP2 connaissent des évolutions identiques entre secteurs, comme lors des campagnes précédentes

Pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, les forfaits et les suppléments n'évoluent pas car les mesures de revalorisation salariales sont intégrées dans la dotation populationnelle. La fin du mécanisme de gestion des effets revenus de la mise en œuvre de la réforme en 2022 (dit « stop loss ») implique pour le secteur ex-DG une revalorisation des tarifs tel que définis sans application de ce mécanisme, comme cela a été le cas en 2023 pour le secteur ex-OQN.

Pour les forfaits de biologie, le nombre de B évolue de manière à conserver la même valeur de forfait et ainsi compenser la baisse du prix du B.

Prestation	Secteur ex-DG			Secteur ex-OQN
	Evolution tarifaire liée à la fin du mécanisme de sécurisation	Evolution tarifaire liée à la campagne 2024	Evolution totale	Evolution tarifaire liée à la campagne 2024
Forfait âge	0,90%	0%	0,90%	0%
Suppléments forfaits âge	0,90%	0%	0,90%	0%
Forfaits avis spécialiste	0,90%	0%	0,90%	0%
Forfait âge biologie	0,90%	0%	0,90%	0%
Forfaits imagerie	0,90%	0%	0,90%	0%

Sur le champ HAD, les tarifs bénéficient comme chaque année d'un soutien spécifique :

- une évolution tarifaire uniforme de +1,5% hors mesures RH dans les deux secteurs, soit une évolution plus favorable qu'en MCO ;
- le financement des mesures de revalorisation salariale représente de l'ordre de +1,8% dans le secteur ex-DG et +0,5% dans le secteur ex-OQN.

3.4. Les coefficients s'appliquant aux tarifs des prestations

Plusieurs coefficients de différentes natures s'appliquent à la valeur faciale du tarif :

- le coefficient géographique, arrêté pour certaines zones géographiques afin de prendre en compte leurs surcoûts. Il est en hausse en 2024 par rapport à 2023 sur certains territoires ;
- le coefficient dit « RH » de revalorisation propre à chaque catégorie juridique d'établissement ;
- le coefficient de reprise des allègements de charges fiscales et sociales ;
- le coefficient prudentiel, fixé à -0,7% pour l'année 2024

Il est rappelé par ailleurs que c'est le différentiel des coefficients entre 2023 et 2024 (lorsqu'ils varient) qui induit une variation du niveau des tarifs effectivement facturés par les établissements.

3.4.1. Les coefficients géographiques

Suite à la publication du rapport de la DREES en 2023¹, les coefficients géographiques de la Guyane, la Réunion et Mayotte sont réhaussés. L'évolution est lissée sur les campagnes 2024 et 2025.

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/actualisation-des-coefficients-geographiques-des-departements-doutre>

Les valeurs 2024 par département 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	31,05%
974 Réunion	32,50%
976 Mayotte	32,50%

3.4.2. Coefficient dit « RH »

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 arrêtées par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement arrêté.

Le niveau du coefficient est le suivant pour 2024 :

EPS	
Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	0,42%
EBNL	
Etablissements mentionnés au b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	
Etablissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-1,75%
EBL	
Etablissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-0,17%

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. L'impact est de +0,2% pour les EPS, -0,7% pour les EBNL et de -0,1% pour les EBL.

3.4.3. Coefficients de reprise des allègements de charges

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 pour 2024 prennent les valeurs suivantes :

- Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.
- Le coefficient de reprise est fixé à $-2,17\%$ pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Il augmente de $+0,2\%$ par rapport à 2023 étant donné que la masse des reprises qui reste inchangé est rapportée sur une assiette plus importante.
- Le coefficient de reprise est fixé à -0.64% pour les établissements privés non lucratifs qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Il est diminué de moitié par rapport à 2023 conformément aux annonces ministérielles de fin d'année 2023.

ANNEXE 3 Sécurisation Modulée à l'Activité et Dotation Forfaitaire Garantie Activités MCO et HAD – secteur ex-DG

1. Sécurisation Modulée à l'Activité

En 2023, la sécurisation modulée à l'activité a remplacé la garantie de financement mise en place lors de la crise sanitaire en 2020. Cette sécurisation est reconduite en 2024.

Les mécanismes d'application concernant cette sécurisation sont explicités dans la notice de financement 2023 relative à cette dernière :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4537/notice_sma_2023_exdg_vf-hh.pdf

Le fonctionnement en 2024 est similaire, **seuls l'assiette utilisée pour le calibrage du montant de référence et les paramètres d'application évoluent.**

Pour chaque établissement exerçant en 2024 une activité de MCO ou de HAD exercée en 2022, un montant de référence annuel est calculé. Ce dernier sert de base de comparaison à la valorisation d'activité sur le même périmètre. Si le montant de référence est supérieur à la valorisation d'activité, alors le financement de l'établissement est **égal à 50 % du montant de référence complété de 50 % de sa valorisation d'activité.**

Dans le cas contraire, le financement de l'établissement est égal à la valorisation de son activité.

Les montants de référence 2024 par établissement sont basés sur les montants de référence 2023

Ensuite, l'effet prix 2024 est appliqué aux montants de référence. Cet effet prix comme décrit dans la notice 2023 prend en compte deux mois d'application des tarifs 2023 et 10 mois d'application des tarifs 2024, ainsi que l'évolution des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise.

- Montant de référence 2024 = Montant de référence 2023 * effet prix

- avec : effet prix = 2/12 * effet prix 2023 + 10/12 * effet prix 2024

L'effet prix des séjours est distinct selon le statut juridique de l'établissement puisqu'il prend en compte les évolutions des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise

Les effets prix 2024 pris en compte sont les suivants :

	EPS	EBNL
GHS y compris suppléments	5,19%	4,89%
PO	1,07%	0,78%
Transports	1,07%	0,78%
dialyse	3,88%	3,59%
HAD	3,83%	3,54%

2. Dotation Forfaitaire Garantie

Les hôpitaux de proximité perçoivent une dotation forfaitaire garantie (DFG) si leur valorisation est en deçà de cette dernière. Cette DFG est mise à jour chaque année de l'effet prix. L'effet prix 2024 considéré est celui de l'activité de médecine qui fait partie des activités soutenues lors de la campagne 2024.

L'effet prix 2024 est appliqué à la DFG 2023. Cet effet prix comme décrit dans la notice 2023 prend en compte deux mois d'application des tarifs 2023 et 10 mois d'application des tarifs 2024, ainsi que l'évolution des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise.

Les effets prix 2024 pris en compte sont les suivants :

	EPS	EBNL
GHS y compris suppléments	6,18%	5,88%