

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 19 décembre 2023 fixant les modalités transitoires pour le financement des activités de soins de suite et de réadaptation à partir du 1^{er} juillet 2023 et modifiant l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale

NOR : SPRH2334455A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, le ministre des armées et le ministre de la santé et de la prévention,

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

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2022-597 du 21 avril 2022 modifié relatif à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation ;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou des soins urgents ;

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

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

Vu l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 14 décembre 2023 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 18 décembre 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 31 décembre 2022 susvisé est ainsi modifié :

I. – A l'article 1^{er}, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Arrêté du 17 avril 2018. »

II. – L'article 3 est ainsi modifié :

1° Les références : « L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-7-3, L. 162-23-6 et L. 162-23-6-1 » ;

2° Les mots : « de suite » sont remplacés par le mot : « médicaux » ;

III. – Après le titre III, il est inséré des dispositions ainsi rédigées :

« Le titre III est applicable aux établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux hôpitaux des armées, à l'exception des III des articles 4 et 5 qui s'appliquent également aux établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de ce même article. »

IV. – Le II de l'article 4 est ainsi modifié :

1° Les mots : « de suite » sont remplacés par le mot : « médicaux » ;

2° Le *a* du 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« *a*) Les recettes issues directement de l'activité mentionnée à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale dont les suppléments prévus à l'article L. 162-21-2 du même code » ;

3° Le *b* du 1° est complété par les mots : « non facturés dans les conditions du R. 174-2-1 du code de la sécurité sociale » ;

4° Au 2°, les mots : « au 3° du II de l'article 5 du présent arrêté dans le cadre des activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-23-6 » ;

5° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Le montant des dépenses de soins des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 380-30 du code de la sécurité sociale correspondant à la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale et au forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du même code. » ;

V. – L'article 5 est ainsi modifié :

1° Le 4° du I est remplacé par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, mentionnés aux 2° et 3° du I de l'article 4 du présent arrêté, sont valorisés, soit :

« a) Au prix d'achat majoré d'une partie de l'écart indemnisable lorsque le prix d'achat est inférieur au tarif de responsabilité ;

« b) Au tarif de responsabilité lorsqu'il est inférieur au prix d'achat.

« Le prix d'achat et le tarif de responsabilité sont ceux fixés en application des dispositions de l'article L. 162-16-6 et de l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale.

« Le cas échéant, cette valorisation intègre le taux de remboursement réduit fixé en application des dispositions des articles L. 162-22-7 et L. 162-30-2 du même code ; » ;

2° Au 8° du I, la référence : « article 2 » est remplacée par la référence : « article 3 » ;

3° Au II :

a) Les mots : « de suite » sont remplacés par le mot : « médicaux » ;

b) Les mots : « Compte tenu des dispositions du III de l'article 78 modifié de la loi du 21 décembre 2015 susvisée » sont supprimés ;

c) Le 1° est complété par les alinéas suivants :

« Ces tarifs sont affectés, le cas échéant, des coefficients suivants :

« – le coefficient mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, ci-après désigné "coefficient géographique" ;

« – le coefficient mentionné à l'article L. 162-23-5 du même code, ci-après désigné "coefficient prudentiel" ;

« – le coefficient mentionné au D du III de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 susvisée, ci-après désigné "coefficient de spécialisation" ;

« – le coefficient mentionné au quatrième alinéa du II du R. 162-34-5 du code susmentionné, ci-après désigné "coefficient relatif aux allègements de charges" ;

« – le coefficient mentionné au dernier alinéa du R. 162-34-5 du même code, ci-après désigné "coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux".

La valorisation s'effectue dans les conditions déterminées à l'annexe III du présent arrêté. »

4° Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Les données afférentes aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale facturées en sus, sont valorisés, soit :

« a) Au prix d'achat majoré d'une partie de l'écart indemnisable lorsque le prix d'achat est inférieur au tarif de responsabilité ;

« b) Au tarif de responsabilité lorsqu'il est inférieur au prix d'achat.

« Le prix d'achat et le tarif de responsabilité sont ceux fixés en application des dispositions de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale. » ;

5° Au III, les mots : « 3° du » sont supprimés ;

VI. – L'article 8 est ainsi modifié :

1° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – S'agissant de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

« A. Pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, des allocations mensuelles égales à un douzième :

« a) Des dotations mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article R. 162-34-9 du code de la sécurité sociale, fractionnées dans les conditions suivantes :

« – 60 % de l'allocation, le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;

« – 15 % de l'allocation, le cinquième jour du mois suivant ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;

« – 25 % de l'allocation, le quinzième jour du mois suivant ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;

« b) De la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation fixée en application du 3° du I de l'article R. 162-34-9 du code de la sécurité sociale, ainsi que du montant du forfait « plateaux techniques spécialisés » (PTS) fixé en application du 4° du I de l'article R. 162-34-9 du code de la sécurité sociale, versées le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

« B. Pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les mêmes allocations que celles mentionnées au A du II du présent article, dans les conditions prévues à l'article R. 174-22-1 du même code.

« C. Pour le service de santé des armées, un dixième des allocations mensuelles mentionnées au A du II du présent article, le vingt-cinquième jour des mois de janvier à septembre inclus et le 15 octobre ou, si ces jours ne sont pas ouvrés, le dernier jour ouvré précédent, dans les conditions prévues au L. 174-15 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Au B du III, la référence : « 1° du I du présent article » est remplacée par la référence : « A du III du présent article » ;

VII. – Le I de l'article 9 est ainsi modifié :

1° Les mots : « Pour les établissements *a*, *b* et *c* mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « S'agissant des activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code » ;

2° Les mots : « des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations » sont remplacés par les mots : « de médicaments et des spécialités pharmaceutiques mentionnés aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-23-6 et L. 162-23-6-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code en ce qui concerne les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, » ;

VIII. – Il est inséré une annexe III « Modalités de valorisation de la part activité du financement des activités des soins médicaux et de réadaptation » telle que figurant en annexe du présent arrêté.

Art. 2. – I. – Le montant de l'acompte mentionné à l'article 3 du décret du 21 avril 2022 susvisé est calculé selon les modalités ci-après :

La mensualité d'acompte correspond à un sixième de la moitié de la somme issue des recettes facturées au titre des prestations d'hospitalisation et des recettes versées au titre de la dotation modulée à l'activité théorique pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2023 au 30 juin 2023.

II. – Pour les établissements issus d'une création, d'une fusion entre plusieurs établissements ou d'un regroupement au sens de l'article L. 6122-6 du code de la santé publique, ne disposant pas de données, ou, le cas échéant, d'informations disponibles, le directeur général de l'agence régionale de santé établit les montants de l'acompte sur la base des dernières données, ou, le cas échéant, informations disponibles.

III. – Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement le montant mentionné au I du présent article et la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale verse aux établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code cette allocation mensuelle d'acompte dans les conditions prévues à l'article R. 174-22-1 du même code.

Art. 3. – I. – Les recettes mentionnées au 1° du I de l'article 4 du décret du 21 avril 2022 susvisé correspondent aux recettes de l'établissement au titre de la part des frais d'hospitalisation pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, à l'exclusion des dotations liées à des appels à projet en matière de recherche et d'innovation, des mesures d'urgence pour favoriser la mobilisation des personnels hospitaliers des établissements publics, ainsi que des recettes exceptionnelles perçues par les établissements de santé en 2023 dans le cadre de la crise sanitaire.

II. – Pour chaque établissement, le montant dû au titre du financement mixte mentionné au 2° du I de l'article 4 du décret du 21 avril 2022 susvisé est calculé au prorata du différentiel positif entre les montants théoriques du financement mixte fixés en application de l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023 et les recettes mentionnées au I du présent article, dans le respect du montant de l'objectif des dépenses mentionné au premier alinéa du présent I.

Ce différentiel est proratisé en fonction du poids moyen national que représente l'activité de l'ensemble des établissements pour les mois de soins du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2023 dans l'activité de l'ensemble de ces mêmes établissements pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023.

Art. 4. – I. – Conformément au II de l'article 4 du décret du 21 avril 2022 susvisé, la majoration ou la minoration est calculée, une seule fois, sur la base du différentiel entre :

1° D'une part, les recettes théoriques pour la même année 2022 issues du financement mixte mentionné à l'article R. 162-34-2 dans la limite de la somme des recettes susmentionnées au 2° du présent article au titre de l'année 2022.

2° Et d'autre part, les recettes perçues pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022, notamment au titre de la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire, à l'exclusion des dotations liées à des appels à projet en matière de recherche et d'innovation, ainsi que des recettes exceptionnelles perçues par les établissements de santé dans le cadre de la crise sanitaire, des mesures

d'urgence pour favoriser la mobilisation des personnels hospitaliers des établissements publics, et des honoraires de leurs praticiens et auxiliaires médicaux ;

II. – Dans le cadre d'un regroupement mentionné à l'article L. 6122-6 du code de la santé publique, ou d'une fusion entre plusieurs établissements, la majoration ou la minoration de la dotation forfaitaire est la somme du différentiel tel que fixé au I du présent article de chaque établissement qui se regroupe ou qui fusionne.

La majoration ou la minoration de la dotation mentionnée au 2° de l'article R. 162-34-2 du code de la sécurité sociale est nulle pour les établissements créés à partir du 1^{er} janvier 2023.

III. – La majoration ou minoration de la dotation mentionnée au 2° de l'article R. 162-34-2 du code de la sécurité sociale est notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le cadre des notifications prévues pour les dotations mentionnées au 1° et 2° du R. 162-34-9 du même code.

IV. – Cette majoration ou minoration est nulle au 1^{er} janvier 2028 et décroît comme suit :

- du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2023 et pour l'année 2024 : Différentiel mentionné au I du présent article * 1 ;
- pour l'année 2025 : Différentiel mentionné au I du présent article * 0,75 ;
- pour l'année 2026 : Différentiel mentionné au I du présent article * 0,5 ;
- pour l'année 2027 : Différentiel mentionné au I du présent article * 0,25.

Art. 5. – Les articles 2 à 4 entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2023, à l'exception de l'article 1^{er} qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

Art. 6. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 décembre 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*
Pour le ministre et par délégation :
*La directrice générale
de l'offre de soins,*
M. DAUDÉ

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*
Pour le ministre et par délégation :
*La cheffe de service, adjointe au directeur
de la sécurité sociale,*
D. CHAMPETIER

Le ministre des armées,
Pour le ministre et par délégation :
*Le directeur central
du service de santé des armées,*
J. MARGERIE

ANNEXES

ANNEXE I

À INTÉGRER EN ANNEXE III DE L'ARRÊTÉ DU 28 DÉCEMBRE 2022 RELATIF AUX MODALITÉS DE VERSEMENT DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PAR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE OU PAR LA CAISSE NATIONALE MILITAIRE DE SÉCURITÉ SOCIALE

ANNEXE III

MODALITÉS DE VALORISATION DE LA PART ACTIVITÉ DU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

DONNÉES	VARIABLES
Tarifs des séjours GMT	GMT
Nombre de jours de présence	NBJP
Nombre de jours de présence pour le dénombrement des TNJP	NBJP _{TNJP}
Forfaits journaliers hospitaliers FJH (incluant le forfait journalier ainsi que le forfait journalier de sortie)	FJH
Forfaits journaliers FJ	FJ
Tarifcation nationale journalière de prestation	TNJP

DONNÉES	VARIABLES
Taux de remboursement TR	TR
Coefficient géographique CG	CG
Coefficient prudentiel CP	CP
Coefficient de spécialisation CSP	CSP
Coefficient relatif aux allègements de charges CAC	CAC
Coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux (coefficient Ségur)	CS

CAS DE PATIENT AVEC UN TICKET MODÉRATEUR À 20 %	
Ticket modérateur M _ TM	$M_TM = (TNJP \times NBJP_{TNJP}) * (1-TR)$ Avec $NBJP_{TNJP} \leq 30$
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	$M_FJH = (FJ \times NBJP + FJ) (1)$
Forfait journalier M _ FJ	$M_FJ = (FJ \times NBJP)$
Montant payé par l'assurance maladie AMO :	
-si $M_TM < M_FJH$	$M_AMO = (GMT \times CG \times CP \times CAC \times CSP \times CS) \times TR - (M_FJ - M_TM)$
-si $M_TM > M_FJH$	$M_AMO = (GMT \times CG \times CP \times CAC \times CSP \times CS) \times TR$
(1) Le patient acquitte le forfait journalier le jour de sortie.	

CAS DE PATIENT EXONÉRÉ DU TM ET NON EXONÉRÉ DU FORFAIT JOURNALIER	
Ticket modérateur M _ TM	0
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	$M_FJH = (FJ \times NBJP) + FJ$
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M_AMO = (GMT \times CG \times CP \times CAC \times CSP \times CS) - ((FJ \times NBJP) + FJ)$
CAS DE PATIENT EXONÉRÉ DU TM ET DU FORFAIT JOURNALIER	
Ticket modérateur M _ TM	0
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	0
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M_AMO = GMT \times CG \times CP \times CAC \times CSP \times CS$

CAS DE PATIENT PRIS EN CHARGE À 100 % soumis au TM de 24 € et non exonéré du forfait journalier	
Ticket modérateur forfaitaire M _ TMF	24 euros
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	$M_FJH = (FJ \times NBJP) + FJ$
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M_AMO = (GMT \times CG \times CP \times CAC \times CSP \times CS) - ((FJ \times NBJP) + FJ) - 24$
CAS DE PATIENT PRIS EN CHARGE À 100 % soumis au TM de 24 € et exonéré du forfait journalier	
Ticket modérateur forfaitaire M _ TMF	24 euros
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	0
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M_AMO = (GMT \times CG \times CP \times CAC \times CSP \times CS) - 24$