

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

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

NOR : SPRH2333045A

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

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles D. 6124-301-1 et D. 6124-463 et suivants ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-23-1, R. 162-34 à R. 162-34-4 ;

Vu 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 ;

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 5 mai 2017 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R. 162-34-1 du même code ;

Vu l'arrêté du 1^{er} mars 2022 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments, des produits, des prestations et au forfait journalier pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Vu l'arrêté du 26 mai 2023 fixant la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnée à l'article L. 162-23-7 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 4 décembre 2023 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 4 décembre 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les recettes issues directement de l'activité, telles qu'elles sont mentionnées à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale, résultent de la valorisation ou de la facturation de tarifs nationaux assurant, au moins en partie, la couverture, par les régimes obligatoires de sécurité sociale, des frais occasionnés par les séjours et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation dans une unité de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

La valorisation ou la facturation de cette activité est établie de la manière suivante :

1^o Les séjours et soins sont regroupés en fonction de la catégorisation des maladies établie au regard de la morbidité principale de prise en charge, du type de réadaptation reçue par le patient, du niveau de lourdeur du patient et du niveau de sévérité. Ce regroupement est appelé « groupe médico-économique (GME) » et est fixé par l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé.

2^o Sur la base de ce regroupement en GME, sont estimés les frais occasionnés par les séjours et les soins avec ou sans hébergement dans une unité de soins médicaux et de réadaptation, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, que couvre l'assurance maladie obligatoire.

La couverture de ces frais est établie par des forfaits appelés « groupe médico-tarifaire », qui sont constitutifs des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article R. 162-34-1 du code de la sécurité sociale, et dont la liste est fixée en annexe I, II, III ou IV.

Pour chaque GME correspondant à une hospitalisation partielle, telle que définie dans l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, est associé un seul GMT. Ce GMT est valorisé ou facturé pour chaque jour de présence de la semaine calendaire.

Pour chaque GME correspondant à une hospitalisation complète, telle que définie dans l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, sont associés plusieurs GMT.

3° La valorisation ou la facturation de l'activité d'hospitalisation en SMR est déterminée en fonction du GMT, déterminé dans les conditions de l'article 2, complétée le cas échéant d'un supplément mentionné à l'article 5, et en fonction du nombre de jours de présence effective du patient dans une unité de soins médicaux et de réadaptation, définis dans les conditions de l'article 4 du présent arrêté.

Art. 2. – Pour chaque GMT, une zone forfaitaire est délimitée par un nombre de jours de présence déterminant le début de zone forfaitaire et par un nombre de jours de présence déterminant la fin de la zone forfaitaire.

I. – Pour les GMT correspondant à un GME d'hospitalisation partielle, la zone forfaitaire est fixée de telle sorte que le début et la fin de la zone forfaitaire correspondent à un jour de présence. Dans ce cas, un seul tarif correspond à la zone forfaitaire, dite « ZF1 ». La liste de ces GMT est fixée dans l'annexe I.

II. – Pour chaque GMT correspondant à un GME d'hospitalisation complète est associée une zone forfaitaire en fonction du nombre de jours de présence au cours du séjour dans une unité de soins médicaux et de réadaptation :

- lorsque le nombre de jours de présence au cours du séjour est strictement inférieur au début de la zone forfaitaire, alors le séjour se situe dans la zone basse ;
- lorsque le nombre de jours de présence au cours du séjour est strictement supérieur à la fin de la zone forfaitaire, alors le séjour se situe dans la zone haute ;
- dans les autres cas, le séjour se situe dans la zone forfaitaire.

1° Pour la partie du séjour dont le nombre de jours de présence est inférieur ou égal à 90 jours :

A l'exception des GME mentionnés à l'article 3 du présent arrêté, à chaque GME correspond deux GMT :

- un GMT, dont la liste figure en annexe III, pour les séjours dont le nombre de jours de présence est strictement inférieur à 8 jours et dont le mode de sortie est soit le transfert, soit la mutation, soit le décès.

Le début de la zone forfaitaire et la fin de la zone forfaitaire correspondent à 7 jours de présence. Dans ce cas, un seul tarif correspond à la zone forfaitaire, dite « ZF1 » ;

- un GMT dont la liste figure en annexe II, pour les autres cas pour lesquels le début de la zone forfaitaire est supérieur ou égal à 8 jours de présence et la fin de la zone forfaitaire est égale ou inférieure à 90 jours de présence :
 - dans le cas où la zone forfaitaire correspond à 7 jours de présence, un seul tarif correspond à la zone forfaitaire, dite « ZF1 » ;
 - dans le cas où la zone forfaitaire correspond à 21 jours de présence, la zone forfaitaire est découpée en trois périodes de 7 jours de présence, dites « ZF1 », « ZF2 », « ZF3 », correspondant chacune à un tarif.

Dans le cas où la zone forfaitaire correspond à un début de zone forfaitaire et à une fin de zone forfaitaire fixés à 90 jours de présence, un seul tarif correspond à la zone forfaitaire, dite « ZF1 ».

La valorisation ou la facturation associée est réalisée soit à la clôture du séjour si elle intervient avant le 90^e jour de présence, soit au 90^e jour de présence.

2° Pour la partie du séjour dont le nombre de jours de présence est strictement supérieur à 90 jours :

A chaque GME correspond un GMT, dit « GMT hebdomadaire », dont la liste figure en annexe.

III. – Le début de la zone forfaitaire et la fin de la zone forfaitaire correspondent à 7 jours de présence. Dans ce cas, un seul tarif correspond à la zone forfaitaire, dite « ZF1 ».

La prise en compte de ces jours de présence et la facturation ou la valorisation associée est réalisée par semaine calendaire sur la base de ce GMT hebdomadaire pour les jours de présence strictement au-delà du 90^e jour de présence.

IV. – Les modalités de valorisation ou de facturation des GMT sont les suivantes :

1° Pour les GMT tels que définis au I du présent article, chaque jour de présence est valorisé ou facturé par le tarif de la zone forfaitaire (TZF1).

2° Pour les GMT dont la zone forfaitaire correspond à 21 jours de présence tels que définis au II du présent article :

- lorsque le nombre de jours de présence du séjour du patient se situe dans la première période de la zone forfaitaire, la valorisation ou la facturation du séjour est fondée sur le tarif de la première période de la zone forfaitaire (TZF1) ;
- lorsque le nombre de jours de présence du séjour du patient se situe dans la deuxième période de la zone forfaitaire, la valorisation ou la facturation du séjour est fondée sur le tarif de la deuxième période de la zone forfaitaire (TZF2) ;
- lorsque le nombre de jours de présence du séjour du patient se situe dans la troisième période de la zone forfaitaire, la valorisation ou la facturation du séjour est fondée sur le tarif de la troisième période de la zone forfaitaire (TZF3).

3° Pour tous les autres cas tels que définis au II du présent article, lorsque le nombre de jours de présence au cours du séjour du patient se situe dans la zone forfaitaire, la valorisation ou facturation se fonde sur le tarif zone forfaitaire (TZF1) correspondant.

4° Pour les GMT tels que définis au II du présent article, lorsque le nombre de jours de présence au cours du séjour du patient se situe dans la zone basse et que le nombre de jours de présence est supérieur ou égale à 1 jour, la valorisation ou facturation se fonde sur le tarif zone basse (TZB) moins l'écart entre le début de la zone forfaitaire et le nombre de jours de présence, multiplié par le supplément zone basse (SZB).

4°*bis* Pour les GMT tels que définis au II du présent article, lorsque le nombre de jours de présence au cours du séjour du patient se situe dans la zone basse et que le nombre de jours de présence est égale à zéro journée, telle que décomptée à l'article 4 du présent arrêté, la valorisation ou facturation se fonde sur le tarif zone basse (TZB) moins, l'écart entre le début de la zone forfaitaire et un jour de présence, multiplié par le supplément zone basse (SZB).

5° Pour les GMT tels que définis au II du présent article, lorsque le nombre de jours de présence du séjour du patient se situe dans la zone haute, le supplément journalier zone haute (SZH) correspondant est valorisé ou facturée en sus du tarif de la dernière période de la zone forfaitaire mentionné aux 2° et 3° par jour de présence strictement au-delà de la fin de la zone forfaitaire.

Art. 3. – Par exception aux règles mentionnées au 1° du II de l'article 2 du présent arrêté, les GME correspondant à une hospitalisation complète, telle que définie dans l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, du groupe nosologique 2303 « Soins palliatifs » sont valorisés ou facturés dans les conditions suivantes :

1° Au GME 2303TA1 sont associés trois GMT, parmi lesquels un seul GMT est valorisable ou facturable pour le séjour :

- le GMT 1269 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1268 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour l'activité de soins palliatifs et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1267 dans les autres cas.

2° Au GME 2303TB1 sont associés trois GMT, parmi lesquels un seul GMT est valorisable ou facturable pour le séjour :

- le GMT 1272 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1271 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour l'activité de soins palliatifs et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1270 dans les autres cas.

3° Au GME 2303TC1 sont associés trois GMT, parmi lesquels un seul GMT est valorisable ou facturable pour le séjour :

- le GMT 1275 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1274 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour l'activité de soins palliatifs et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1273 dans les autres cas.

4° Au GME 2303UA1 sont associés trois GMT, parmi lesquels un seul GMT est valorisable ou facturable pour le séjour :

- le GMT 1278 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1277 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour l'activité de soins palliatifs et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1276 dans les autres cas.

5° Au GME 2303UB1 sont associés trois GMT, parmi lesquels un seul GMT est valorisable ou facturable pour le séjour :

- le GMT 1281 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1280 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour l'activité de soins palliatifs et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1279 dans les autres cas.

6° Au GME 2303UC1 sont associés trois GMT, parmi lesquels un seul GMT est valorisable ou facturable pour le séjour :

- le GMT 1284 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1283 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour l'activité de soins palliatifs et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- sinon, le GMT 1282 dans les autres cas.

Pour ces GMT, le début et la fin de la zone forfaitaire sont fixés au 90^e jour et les modalités de facturation et de valorisation sont celles mentionnées aux 3°, 4° et 4° *bis* du IV de l'article 2 du présent arrêté.

Art. 4. – Les modalités de calcul du nombre de jours de présence effective du patient dans une unité de soins médicaux et de réadaptation sont les suivantes :

1° En hospitalisation complète et en hospitalisation de nuit, un jour de présence est comptabilisé si le patient est présent à minuit dans une unité de soins médicaux et de réadaptation. Le jour de sortie du patient n'est pas considéré comme un jour de présence, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède ;

2° Pour la valorisation ou la facturation des GMT, le décompte des jours de présence s'effectue à chaque présence du patient à minuit dans l'unité de soins médicaux et de réadaptation, les jours de permission de sortie d'une durée inférieure à quarante-huit heures, ainsi que les transferts d'une durée strictement inférieure à deux jours dans un autre établissement n'interrompent pas le séjour. Lorsque le patient sort d'une unité de soins médicaux et de réadaptation et y est réadmis le même jour, le séjour n'est pas interrompu et donne lieu à la valorisation ou à la facturation d'un seul GMT. A titre exceptionnel, lorsque le patient revient pour la prise en charge d'une autre affection que l'affection initiale, l'établissement est autorisé, pour chacune de ces prises en charge, à valoriser ou à facturer un GMT supplémentaire uniquement en cas de réadmission justifiée par un événement indépendant du premier séjour.

Art. 5. – Pour les établissements de santé exerçant les activités de soins médicaux et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article R. 162-22 du code de la sécurité sociale, la catégorie de prestations d'hospitalisation avec hébergement mentionnée à l'article R. 162-34-1 du même code donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1° Un supplément transport dénommé ST4. Il 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 ;

2° Un supplément transport dénommé ST5. Il 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.

Lorsqu'au cours du séjour le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation dans le cadre des 2° et 3° de l'article 7, aucun supplément transport ne peut être facturé par l'établissement d'origine ;

3° Un supplément transport dénommé ST6 est valorisé ou facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie en application du 3° du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale. Le ST6 est modulé en fonction de la distance parcourue.

Art. 6. – Pour le traitement de la dialyse péritonéale, lorsque le patient est hospitalisé, le forfait DPA (D15) ou DPCA (D16) fixé en annexe 2 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé, peut être facturé par la structure de dialyse, pour chaque semaine de traitement, en sus du GMT couvrant l'ensemble des prestations de séjour et de soins délivrés au patient.

Art. 7. – Les modalités de valorisation ou de facturation des prestations entre établissements de santé sont les suivantes :

1° Tout transfert d'une durée supérieure ou égale à deux jours est considéré comme définitif.

En cas de transfert définitif, lorsque le patient est transféré vers un autre établissement ou au sein du même établissement, dans une unité médicale, telle que définie aux annexes de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, seules les prestations réalisées au sein de l'établissement ou de l'unité médicale dans laquelle le patient est transféré sont facturées le jour du transfert ;

2° Lorsqu'un patient hospitalisé en établissement de santé est pris en charge, pour une durée strictement inférieure à deux jours, dans un autre établissement relevant du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des prestations dont le patient a bénéficié au cours de son séjour, y compris celles réalisées au sein de l'établissement prestataire, sont facturées par l'établissement d'origine. Au cours de la prise en charge dans l'établissement prestataire, la présence du patient à minuit donne lieu à facturation du forfait journalier correspondant par le seul établissement d'origine.

Lorsque le patient est transféré d'une structure alternative à l'hospitalisation dans un établissement ou un service d'hospitalisation à temps complet, le jour du transfert dans la structure alternative ne donne lieu à facturation d'aucun forfait ;

3° Lorsqu'au cours d'un séjour le patient est transféré pour une durée strictement inférieure à deux jours dans un autre établissement, ou au sein du même établissement dans une unité médicale telle que définie aux annexes de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, ne relevant pas du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les prestations ou les actes et consultations externes prévues à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale réalisés au cours du transfert sont facturés aux régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement d'accueil indépendamment de la facturation des prestations réalisées au cours du reste du séjour par l'établissement d'origine, qui interrompt toute facturation liée au séjour durant la période du transfert.

Lorsque ce transfert comporte une nuitée dans l'établissement dans lequel le patient a été transféré, l'établissement d'origine ne comptabilise pas le jour du transfert comme étant un jour de présence au sens de l'article 4 tout GMT mentionné à l'article 2 et ne facture ni les forfaits prévus à l'article 5, ni le forfait journalier. Le décompte de jours de présence s'effectue à chaque présence du patient à minuit.

Art. 8. – Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est facturé pour chaque jour de présence, y compris le jour de sortie, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.

Lorsque le transfert du patient est d'une durée de deux jours ou plus vers un autre établissement de santé ou vers une autre unité médicale au sens de l'annexe II de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, appartenant au même établissement mais relevant d'un champ d'activité différent, au sens de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, seul le forfait journalier de l'établissement ou de l'unité médicale dans laquelle le patient est transféré est facturé le jour du transfert. Ce forfait n'est pas facturé pour les jours de permissions de sortie mentionnées à l'article R. 1112-56 du code de la santé publique.

Art. 9. – La dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est dénommée « dotation IFAQ » (IFZ). Cette dotation est versée, en complément des éléments mentionnés à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, aux établissements de santé remplissant les critères d'éligibilité mentionnés à l'article R. 162-36 du même code.

Le calcul du montant et les modalités d'attribution de la dotation IFAQ sont définis à l'article R. 162-36-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 10. – Le forfait mentionné à l'article L. 162-23-7 du code de la sécurité sociale, dénommé « forfait relatif à l'utilisation des plateaux techniques spécialisés » (PTS), fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans les conditions suivantes :

Pour l'activité de balnéothérapie mentionnée dans l'arrêté du 26 mai 2023 susvisé, la part fixe du forfait est déterminée au regard d'un volume seuil de bassin. A cette part fixe, s'ajoute une part variable du forfait déterminée au regard du volume du bassin.

Pour le reste des plateaux techniques mentionnés dans l'arrêté du 26 mai 2023 susvisé, un forfait est alloué par unité d'équipement.

Art. 11. – L'arrêté du 5 mai 2017 susvisé est abrogé.

Art. 12. – L'arrêté du 1^{er} mars 2022 susvisé est ainsi modifié :

1^o Les articles 2, 5, 7 et 8 sont abrogés ;

2^o Aux articles 4 et 9, les mots : « ou exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4^o de l'article R. 162-22 » sont supprimés.

Art. 13. – Le présent arrêté comporte les annexes suivantes :

Annexe I : Liste des forfaits dénommés « groupe médico-tarifaires » en hospitalisation partielle ;

Annexe II : Liste des forfaits dénommés « groupe médico-tarifaires » en hospitalisation complète ;

Annexe III : Liste des forfaits dénommés « groupe médico-tarifaires » de moins de 8 jours avec mode de sortie spécifique ;

Annexe IV : Liste des forfaits dénommés « groupes médico-tarifaires hebdomadaires » d'un nombre de jours de présence strictement supérieur à 90 jours.

Art. 14. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 4 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 :

Le directeur de la sécurité sociale,

F. VON LENNEP

Nota. – Les annexes I à IV seront publiées aux *Documents administratifs* : <https://www.legifrance.gouv.fr/liste/docAdmin>.