

# Campagne tarifaire et budgétaire 2025

## Nouveautés « financement MCO/HAD »

---

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

Pour 2025, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-506-6-2024 du 20 décembre 2024), présentant les nouveautés 2025 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 quatre 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) ;
- l'annexe 4 apporte les compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice « Information médicale » de décembre).

**La Directrice générale**  
**Nathalie FOURCADE**

## 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 évolutions prévues à partir du 1<sup>er</sup> mars 2025 et décrites dans l'arrêté « forfait » ne nécessitent pas de précisions particulières, en dehors du sujet des UM de soins critiques.

#### Unités médicales de soins critiques

Pour information : Il est rappelé que les UM de soins intensifs polyvalents pédiatriques de recours (code d'UM 15G) ne figurent pas dans le décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.

Ainsi, bien que cette UM ait été présentée dans les tableaux relatifs à l'identification des nouvelles unités de soins critiques de la campagne 2024 (notice et guide méthodologique campagne 2024), l'identification de cette UM n'ayant pas lieu d'être, elle a été supprimée des documents relatifs à la campagne 2025 (Notice technique et guide méthodologique).

En conséquence, ce code d'UM (15G) ne doit pas être utilisé.

## Annexe 2

### Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2025, les étapes de construction tarifaires s'articulent principalement autour d'un axe concernant les revalorisations tarifaires liées aux différentes mesures de soutien réalisées pour certaines activités d'une part, et aux autres évolutions non ciblées d'autre part.

#### Les revalorisations tarifaires

##### A. Mesures de soutien réalisées sur des activités ciblées

Dans la continuité de la campagne 2024, un soutien spécifique est ciblé sur certaines 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 certaines activités de médecine, les soins palliatifs, l'activité de pédiatrie et l'activité de greffe/transplantation ainsi que certaines prises en charge de chirurgie lourde.

Le périmètre des racines ciblées est défini comme suit :

- racines de médecine des CMD 01, 05, 06, 07, 08, 16 et 17 ;
- racines de soins palliatifs
- racines de la CMD 27 et greffes de cornées (transplantations / greffes) ;
- racines de chirurgie lourdes et complexes (01C0, 01C04, 01K07, 03C25, 05C02, 05C03, 07C09, 07C11, 08C61, 22C02, 25C02 et 26C02)
- racines de pédiatrie qui remplissent au moins une des conditions suivantes :
  - o racines avec une condition d'âge des patients dans la classification en vigueur ;
  - o racines avec plus de 50% du volume des séjours concernant des patients de moins de 18 ans ;
  - o racines avec plus de 30% du volume des séjours qui sont dans une unité médicale de pédiatrie ;

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 +0,79% dans le secteur ex-DG et dans le secteur ex-OQN. Pour ces GHS, ces évolutions ciblées viennent s'ajouter aux évolutions non ciblées communes à tous les GHS.

Ces mesures de soutien représentent une évolution moyenne de +0,22% sur le secteur ex-DG et de +0,06% sur le secteur ex-OQN. Cet écart de taux moyen s'explique par le poids différencié du périmètre des revalorisations ciblées dans le case-mix de chacun des secteurs.

En parallèle, des revalorisations ciblées portent également sur les soins critiques, notamment ceux réalisés en service de réanimation. Ainsi, les suppléments journaliers de réanimation ont aussi bénéficié d'une mesure de soutien de 2,33% dans les deux secteurs (cette mesure venant s'ajouter aux évolutions non ciblées dont bénéficient également les suppléments de réanimation).

## B. Les autres évolutions non ciblées

Les autres évolutions non ciblées s'appliquent uniformément à l'ensemble des GHS et des suppléments. Cette évolution « socle » est de 0,2% sur le secteur ex-DG<sup>1</sup> et de 0,4% sur le secteur ex-OQN. L'évolution des tarifs présentés dans le tableau ci-dessous résulte de la combinaison de l'évolution commune à tous les GHS et de l'évolution ciblée des mesures de soutien pour les GHS et suppléments concernés.

## C. Synthèse des taux d'évolution des tarifs par prestation

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires entre 2024 et 2025 par catégorie de prestations

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

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.

**Les forfaits annuels en lien avec la greffe (FAG et CPO)** sont revalorisés à hauteur de +1,5%, dans le cadre du plan greffe 2022-2026.

**Pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation**, les forfaits et les suppléments évoluent de 0,2% dans les deux secteurs. L'évolution est la même pour les suppléments imagerie du secteur ex-DG. L'application du taux d'évolution aux forfaits biologie du secteur ex-DG n'est pas suffisant pour faire augmenter les nombres de B associés, ces forfaits demeurent donc inchangés. Enfin, le supplément SAS est revalorisé de 6,50 € en métropole et de 9,20 € dans les DOM.

<sup>1</sup> A l'exception des GHS des séances de radiothérapie ou l'évolution est de 0% (tarifs stables) dans l'attente de la réforme de financement.

**Sur le champ HAD**, les tarifs bénéficient comme chaque année d'un soutien spécifique, traduit par une évolution tarifaire uniforme de +1,5% dans les deux secteurs, soit une évolution plus favorable qu'en MCO.

## D. 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 2025 par rapport à 2024 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 2025

Il est rappelé par ailleurs que c'est le différentiel des coefficients entre 2024 et 2025 (lorsqu'ils varient) qui induit une variation du niveau des tarifs effectivement facturés par les établissements.

### i. Les coefficients géographiques

Suite à la publication du rapport de la DREES en 2023<sup>2</sup>, les coefficients géographiques de la Guyane, la Réunion et Mayotte sont réhaussés. L'évolution est lissée sur les campagnes 2024 et 2025.

Les valeurs 2025 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	33,10%
974 Réunion	34,00%
976 Mayotte	34,00%

### ii. 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.

<sup>2</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/actualisation-des-coefficients-geographiques-des-departements-doutre>

Pour 2025, le coefficient des EBNL est scindé en 2, il devient spécifique à chaque secteur de financement.

Le niveau du coefficient est le suivant pour 2025 :

EPS	
Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	0,35%
EBNL	
Etablissements mentionnés au b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-1,77%
EBNL	
Etablissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-0,29%
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	-0,14%

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. La variation de ce coefficient entre 2024 et 2025 est de -0,07% pour les EPS, -0,02% pour les EBNL ex DG, +1,46% pour les EBNL ex OQN et de +0,03% pour les EBL.

### iii. 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 disparaissent à partir de l'année 2025, conformément aux annonces ministérielles.

## Annexe 3

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

#### I. Sécurisation Modulée à l'Activité

La sécurisation modulée à l'activité est un mécanisme de sécurisation des recettes qui, en 2023 et 2024, a remplacé la garantie de financement mise en place lors de la crise sanitaire en 2020. Cette sécurisation est supprimée en 2025.

Cette suppression est effective dès M3 en ex-DG, avec effet rétroactif : les établissements doivent régulariser les montants perçus au titre de M1 et M2.

Un accompagnement spécifique des établissements de santé présentant les situations financières les plus dégradées sera mis en œuvre. Une enveloppe de 235 M€ est dédiée à cet accompagnement (200 M€ pour les EPS, 35 M€ pour les EBNL).

#### II. 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 2025 considéré est l'effet prix moyen de la campagne 2025.

L'effet prix 2025 est appliqué à la DFG 2024. Cet effet prix comme décrit dans la notice 2024 prend en compte deux mois d'application des tarifs 2024 et 10 mois d'application des tarifs 2025, ainsi que l'évolution des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise.

Les effets prix 2025 pris en compte sont les suivants :

	EPS	EBNL
GHS y compris suppléments	1,36%	1,93%

## Annexe 4

### Compléments sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires la notice technique n° ATIH-506-6-2024 du 20 décembre 2024 (Nouveautés PMSI).

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les compléments suivants :

- **Mise en place d'un nouveau recueil dans le cadre de l'expérimentation article 50 en HAD**
- **Complément d'information pour le financement du forfait innovation ENDOTEST**

#### I. Mise en place d'un nouveau recueil dans le cadre de l'expérimentation article 50 en HAD

L'expérimentation article 50, menée au titre de l'[article 50 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024](#), vise à proposer une rémunération forfaitaire aux établissements MCO qui adressent des patients souffrant d'une pathologie cancéreuse pour la poursuite de leur traitement médicamenteux systémique (hors chimiothérapie orale) en hospitalisation à domicile.

Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont précisées dans l'[arrêté du 14 mars 2025 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024](#), ainsi que dans l'instruction n° DGOS/P1/P2/2025/23 du 28 mars 2025 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et prévoyant la mise en place d'un forfait pour la prise en charge en hospitalisation à domicile de patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC).

Des précisions complémentaires concernant le financement de cette expérimentation sont disponibles dans l'[arrêté du 8 avril 2025 relatif au montant des forfaits de l'expérimentation prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024](#).

Le nouveau FICHCOMP dit « Art50 TMSC » servira de support au recueil de l'information médicale en lien avec cette expérimentation. Il concerne donc les établissements HAD partenaires des établissements MCO autorisés à mettre en œuvre l'expérimentation article 50.

Le recueil, mensuel et cumulatif, permettra le calcul de la rémunération forfaitaire versée à l'établissement MCO expérimentateur, adressant ses patients en HAD pour la poursuite de leur traitement médicamenteux systémique du cancer. Cette rémunération est destinée à financer l'encadrement par l'établissement MCO de ce traitement poursuivi en HAD.

La liste des variables à recueillir comporte notamment :

- Le FINESS de l'établissement HAD ;
- Le numéro de séjour en HAD ;
- Le FINESS de l'établissement MCO partenaire avec lequel l'établissement HAD a conventionné et qui adresse le patient dans le cadre de l'expérimentation (FINESS géographique) ;
- Sont attendues dans le recueil, les dates d'administration des traitements médicamenteux systémiques du cancer (une ligne par date d'administration), permettant le calcul du nombre moyen de journées d'administration mensuel de TMSC par patient inclus dans l'expérimentation.

## Format du FICHCOMP dit « Art50 TMSC »

Libellé	Nom variable	Taille	Type de données	Précision (type de données)	Caractère obligatoire	Cadrage/ Remplissage	Modalités
Numéro FINESS d'inscription e-PMSI	<i>finess_pmsi</i>	9	A	Référentiel FINESS e-PMSI (Plage)	O	NA/NA	
Numéro de séjour en HAD	<i>num_admin</i>	<=20	A		O		
ID Exp	<i>id_exp</i>	5	A	Valeur fixe	O	NA/NA	N9908
N°ordre	<i>id_ord</i>	1	A	Valeur fixe	O	NA/NA	1
Numéro FINESS MCO	<i>finess_mco</i>	9	A		O	NA/NA	Finess de l'ES MCO partenaire avec lequel l'ES HAD a conventionné (FINESS géographique)
Date d'administration	<i>date_admin</i>	8	Date	JJMMAAAA	O	NA/NA	Date d'administration des TSMC

## II. Complément d'information pour le financement du forfait innovation ENDOTEST

Le forfait I19 de prise en charge d'ENDOTEST, test salivaire de diagnostic de l'endométriose<sup>3</sup>, est exclusif de tout autre financement ayant pour objet la prise en charge de la réalisation de l'acte et de la consultation associée pour les patients hors de l'étude, ainsi que des consultations associées d'annonce et de suivi pour les patients dans l'étude. Par ailleurs, la facturation du forfait I19 est indépendante de la facturation du séjour hospitalier. En d'autres termes, si le test est réalisé à l'occasion d'un séjour hospitalier dont la motivation n'est pas la réalisation du test, la facturation du I19 peut se faire en plus de la facturation du séjour hospitalier.

Pour les patientes qui participent à l'essai clinique, le forfait innovation comprend notamment les actes médicaux et paramédicaux liés spécifiquement à la recherche, la réalisation du test ainsi que les consultations d'annonce et de suivi.

Pour les patientes qui bénéficient d'ENDOTEST en dehors de l'essai clinique, le forfait innovation comprend la réalisation du test. Toutes prises en charge additionnelles, comme la consultation d'annonce, sont à facturer en plus du forfait innovation au titre des soins courants.

La complexité du test induit l'annonce des résultats à distance de la réalisation de celui-ci. Aussi, il est recommandé de coder le forfait innovation lors de la réalisation du prélèvement de l'échantillon salivaire.

Afin de percevoir le forfait, les établissements de santé codent les actes et consultations associées des patientes bénéficiant du dispositif in vitro ENDOTEST :

- lors d'une hospitalisation, via le code « INNOV2408019N », au sein de la variable « Innovation » dans le RSS du séjour correspondant = en sus du GHS ;
- lors d'une consultation externe : via le code I19 au sein du RSF-ACE. Le RSF-ACE ne doit contenir aucune autre prestation, et aucune facture ne doit être transmise dans le cadre de FIDES à l'assurance maladie.

<sup>3</sup> Notice technique ATIH-506-6-2024 du 20 décembre 2024 / modification du 20 février 2025  
[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4903/notice\\_technique\\_atih-mco-had-smr-psy-2025\\_complement2025.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4903/notice_technique_atih-mco-had-smr-psy-2025_complement2025.pdf)