



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Campagne 2026 de financement des établissements de santé

Club des Médecins DIM FHP-MCO

6 février 2026

Ordre du jour

1. Présentation de la campagne de financement 2026

- ▶ Cadrage et principaux enjeux de la campagne 2026
- ▶ Présentation détaillée des évolutions sur le champ MCO-HAD

2. Autres sujets : HTNM et RIHN

3. Prochaines étapes

Ordre du jour

1. Présentation de la campagne de financement 2026

- ▶ Cadrage et principaux enjeux de la campagne 2026
- ▶ Présentation détaillée des évolutions sur le champ MCO-HAD

2. Autres sujets : HTNM et RIHN

3. Prochaines étapes

Les principaux enjeux de la campagne de financement 2026

Au niveau macro, la campagne 2026 s'inscrit dans un double enjeu :

- ✓ Un enjeu de responsabilité face à la nécessité de redresser les comptes publics et notamment les comptes sociaux
- ✓ Un enjeu de soutenabilité pour les établissements de santé qui connaissent depuis 2022 une dégradation sans précédent de leur situation financière

Dans ce contexte, la campagne de financement des établissements de santé pour 2026 répond à un double objectif :

- ① Donner de la visibilité aux établissements de santé pour leur permettre de renforcer le pilotage de leur budget :**
 - ▶ Entrée en vigueur des tarifs au 1^{er} janvier
 - ▶ Donner des perspectives sur les moyens dédiés à l'investissement hospitalier sur les 10 prochaines années
- ② Accompagner les établissements de santé pour qu'ils puissent réaliser les gains d'efficience nécessaires tout en assurant une juste couverture des charges hospitalières :**
 - ▶ Documenter et accompagner les mesures d'économie intégrées dans la construction de l'ONDAM, notamment via la relance d'une démarche structurelle de performance hospitalière
 - ▶ Rééquilibrer la contribution des différents financeurs
 - ▶ Appuyer la trésorerie des hôpitaux, en grande tension du fait des déficits cumulés

ONDAM établissements de santé 2026 – Éléments de cadrage (1/2)

L'ONDAM établissements de santé progresse en 2026 de **+3,3%** (vs +3,8% en 2025), soit **+3,6Md€**. Il est porté à 112,9Md€. Ce taux de progression recouvre :

- ❶ **Une évolution tendancielle des charges des établissements de +3,2% en 2026 qui repose sur les hypothèses suivantes :**
 - ▶ Une hypothèse d'inflation de +1,1%, en décélération par rapport à l'hypothèse retenue en 2025 (+1,4%)
 - ▶ Une hypothèse de GVT de +0,9% (vs +0,76% en 2025), revue à la hausse en 2026 pour tenir compte des travaux réalisés par la DREES
 - ▶ Une activité qui devrait rester soutenue (hypothèse volume de +2,5% sur le champ MCO/HAD intégrée dans la construction ONDAM ES – vs +1,9% en 2025 - et +3% sur le champ SMR) tirée notamment par les effets démographiques
 - ▶ La dynamique de la liste en sus est similaire à celle de 2025 (+0,9Md€ avant économies, +0,3Md€ après économies)
- ❷ **La constitution d'une provision permettant d'assurer la compensation intégrale de la hausse de 3 points du taux de cotisation CNRACL pour les EPS prévue en 2026, qui représente 619M€, soit 0,6 pt d'ONDAM ES.**
- ❸ **Des mesures nouvelles ciblées pour 385M€** resserrées sur les coups partis et les engagements politiques.
- ❹ **Une marge complémentaire liée au rehaussement de l'ONDAM de 850M€** dans le cadre des débats parlementaires.

ONDAM hospitalier 2026 – Éléments de cadrage (2/2)

⑤ Des mesures d'efficience à hauteur d'1,8Md€ :

- **600M€** d'économies liste en sus
- **725M€** d'économies pesant directement sur les établissements de santé dont :
 - ✓ 80M€ d'économies liées au débasage des aides historiques à l'investissement
 - ✓ 645M€ de mesures d'efficience (quantum proche de celui de l'an dernier) ➡ cf. détail infra
- **450M€** d'économies liées à un transfert des dépenses d'assurance maladie vers les organismes complémentaires et les assurés qui recouvre :
 - ✓ La couverture AMC habituelle des MN 2026 via une hausse des TNJP (50M€)
 - ✓ Un transfert complémentaire AMO vers AMC à hauteur de 400M€

Focus sur la ventilation des économies ONDAM ES

- ▶ Une réunion « efficience » s'est tenue dans le cadre des travaux campagne avec les fédérations hospitalières.
- ▶ Elle a permis de partager les sous-jacents de la répartition du quantum d'économies intégré dans l'ONDAM ES dans un objectif de meilleure lisibilité et documentation des gains d'efficience.
- ▶ **La répartition initiale a été ajustée pour tenir compte du retour des fédérations, sans impact sur le quantum global d'économies et sa répartition entre secteurs.** ☞ Cf. proposition ajustée ci-contre.
- ▶ Objectif : permettre une **meilleure appropriation par les établissements pour décliner ensuite des cibles et un accompagnement adapté.**
- ▶ Ces travaux ont vocation à se poursuivre tout au long de l'année 2026 dans la perspective, notamment, de la campagne 2027.

Efforts d'efficience des établissements de santé intégrés dans la construction de l'ONDAM établissements de santé 2026 (en M€)	Proposition initiale	Proposition ajustée retenue en campagne 2026	Champs concernés
Encadrer l'intérim médical et paramédical	-60	-60	tous
Optimiser les processus achats et logistique	-350	-290	tous
Accélérer le déploiement de ROC/optimiser la facturation hospitalière		-26	tous
Poursuivre le virage ambulatoire et adapter les prises en charge en établissement	-106	-50	MCO/SMR
Favoriser l'orientation des patients de l'HC MCO vers l'HAD	-20	-60	MCO
Réduire les hospitalisations potentiellement évitables	-41	-41	MCO
Réduire les actes non pertinents et redondants		-40	MCO
Favoriser le développement des greffes rénales	-30	-30	MCO
<i>Prise en compte de l'impact sur les ACE de la baisse des tarifs conventionnels en imagerie et médecine nucléaire</i>	-38	-48	
Total	-645	-645	

Les principaux arbitrages de la campagne 2026

- ▶ Le rehaussement spécifique à hauteur de 850M€ de l'ONDAM établissements de santé intervenu pendant les débats parlementaires permet de **garantir la stabilité des tarifs hospitaliers pour les activités de MCO et SMR.** ☞ La construction tarifaire issue de l'ONDAM ES 2026 avant abondement complémentaire de 850M€ aurait été **très dégradée**, avec une évolution des tarifs MCO de l'ordre de -1,2%.
- ▶ Conformément à la politique de soutien déployée depuis plusieurs années par le gouvernement en faveur de l'hospitalisation à domicile (HAD), **les tarifs de l'HAD évolueront de +1% en 2026.** Un **soutien spécifique est également apporté aux activités de soins critiques.**
- ▶ Ces évolutions sont **identiques pour l'ensemble des établissements**, qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé.
- ▶ La construction des tarifs repose sur des **hypothèses d'activité réalistes** au regard de la dynamique d'activité des établissements : **+2,7%** pour le champ MCO/HAD et **+3%** pour le SMR.
- ▶ Enfin, le **coefficient prudentiel sur les tarifs hospitaliers est également stabilisé à -0,7%.**
- ▶ En ce qui concerne les dotations, la campagne 2026 prolongera le **soutien en faveur de la santé mentale** avec **35M€ de mesures ciblées dédiée à la pédopsychiatrie** et **10M€ dédiés au renforcement de la prise en charge des urgences psychiatriques.**
- ▶ Des financements spécifiques viendront **financer les études de santé (50M€), soutenir les activités de recherche (35M€), revaloriser les astreintes des étudiants de 3^{ème} cycle (16M€) ou accompagner l'augmentation d'activité des SAMU et des services d'accès aux soins (SAS) (14M€).** Plus généralement, des financements sont prévus en soutien des grands plans de santé publique.

Les évolutions tarifaires sur le champ MCO

Taux d'évolution moyen des tarifs en 2026	Ex-DG		Ex-OQN	
	EPS	EBNL	EBNL	EBL
Evolution des tarifs publiés* au 1er janvier 2026	+0%		+0%	

- ▶ Hypothèse de volume à +2,7%
- ▶ Coefficient prudentiel à -0,7%

* Hors suppléments soins critiques et réintégration liste en sus

- Les tarifs MCO seront **stables par rapport à 2025 dans les deux secteurs**, avant revalorisation des suppléments de soins critiques et réintégration des dépenses de la liste en sus.
- La revalorisation des soins critiques se traduit, dans les deux secteurs, par une augmentation **+1,25% des suppléments de réanimation** (adulte et pédiatrique) et néonatalogie et de **+0,62% du suppléments de soins intensifs**.
- La **réintégration des dépenses de molécules onéreuses et dispositifs médicaux radiés de la liste en sus** en 2026 conduit à revaloriser les GHS concernés à hauteur de **+0,6%** en moyenne pour le secteur ex-DG et de **+1,8%** en moyenne pour le secteur ex-OQN.

☞ *cf. récapitulatif du taux d'évolution des prestations en diapo 12*

Les autres évolutions sur le champ MCO (1/2)

Mesure transitoire de revalorisation de la dialyse péritonéale à domicile :

- ▶ Mesure transitoire de revalorisation des forfaits de dialyse péritonéale à domicile soumise à concertation pour 2026 pour ne pas freiner le recours à la dialyse à domicile dans un contexte de récupération d'indus par l'assurance maladie lorsque des actes d'assistance sont facturés en sus des GHS par les IDEL. Il était proposé de financer cette revalorisation via une baisse des autres tarifs de dialyse.
- ▶ Le moratoire sur les contrôles CNAM sur les actes d'IDEL d'assistance dans le cadre de la dialyse péritonéale à domicile ayant été acté, **cette mesure transitoire ne sera pas mise en œuvre dans le cadre de la campagne 2026.**

Baisse des tarifs de radiothérapie à l'hôpital :

- ▶ Dans la perspective de la réforme du financement de la radiothérapie et compte tenu du constat relayé par différents rapports de tarifs supérieurs aux coûts en établissements de santé, **une baisse des tarifs de radiothérapie, à hauteur de 5%, a été soumise à la concertation dans le cadre des travaux de la campagne 2026.** L'enveloppe de financement ainsi libérée devait être intégralement réintégrée dans les tarifs des activités de cancérologie.
- ▶ Cette mesure ne trouve cependant plus de pendant en ville pour les radiothérapeutes libéraux depuis la suppression de l'article 24 de la LFSS 2026.
- ▶ Au vu de ces éléments et dans l'attente de la réforme de financement, la campagne 2026 ne prévoit pas **de baisse sur les tarifs de radiothérapie.**

Les autres évolutions sur le champ MCO (2/2)

- ▶ **Le soutien à l'innovation par la création de deux GHS majorés pour les prises en charge par ultrasons focalisés :**
 - ✓ GHS majoré pour le traitement du cancer de la prostate : majoration de 5 192€ pour le secteur ex-DG et 4426€ pour le secteur ex-OQN
 - ✓ GHS majoré pour le traitement des tremblements essentiels : majoration de 10 684€ pour le secteur ex-DG et 9 727€ pour le secteur ex-OQN (sur la base d'une hypothèse de 100 procédures par an).

- ▶ **Création d'un forfait sécurité environnement (SE8) pour la pose d'un repère magnétique dans le cas de tumeur du sein en dehors de l'hospitalisation** ☞ valorisé à 390€ pour les deux secteurs.

- ▶ **Evolutions liées à la mise en œuvre du plan greffes :**
 - ✓ Création de deux forfaits prélèvements d'organes pour financer la circulation extracorporelle régionale normothermique (CRN) mobile
 - ✓ Création d'un nouveau compartiment du FAG pour financer l'utilisation des machines à perfusions

Focus sur la décomposition du taux moyen d'évolution des tarifs publiés par prestations sur le champ MCO

	taux de sortie ex-DG	taux de sortie ex-OQN
GHS + suppléments journaliers	0,3%	0,5%
<i>GHS hors réintégration LES</i>	0,0%	0,0%
<i>GHS y/c réintégration LES</i>	0,3%	0,5%
Suppléments journaliers	1,0%	1,0%
<i>supplément de réanimation et néonatalogie</i>	1,2%	1,2%
<i>supplément de soins intensifs</i>	0,6%	0,6%
<i>dont suppléments hors réanimation</i>	0,0%	0,0%
Dialyse (hors centre)	0,0%	0,0%
PO	8,9%	8,9%
forfaits urgences	0,0%	0,0%
suppléments transports et DTP	0,0%	0,0%
forfaits annuels (hors FAG)	0,0%	0,0%
forfait annuel FAG	0,0%	0,0%
SE/FFM/AP/AP2	0,0%	0,0%

Les forfaits prélèvements d'organes (dernière année du plan greffes) évoluent de +8,9% pour les secteurs ex-DG et ex-OQN.

Les forfaits annuels (y/c compris FAG), forfaits urgences, suppléments transports et DTP, forfait innovation et forfaits SE/PO/FFM/AP et AP2 restent stables dans les deux secteurs par rapport à 2025.

Focus sur la gestion de la liste en sus

- ▶ En campagne 2026, des radiations de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus ont été arbitrées pour un montant total de 202 M€.
- ▶ La méthodologie de réintégration validée à l'issue des travaux menés avec les acteurs conduit à réintégrer **156M€** dans les tarifs des GHS concernés. Cela représente un **taux global de réintégration de 77%**.

Taux de réintégration par type de produit

	Taux réintégration
DM	74%
Médicaments	87%
Total	77%

Montant réintégré par type de produit et par secteur

	ex-DG	ex-OQN	Total
Médicaments	33 710 168 €	2 894 028 €	36 604 195 €
DM	70 742 085 €	49 230 266 €	119 972 351 €
Total	104 452 252 €	52 124 294 €	156 576 546 €

Les évolutions sur le champ HAD

Taux d'évolution moyen des tarifs en 2026	Ex-DG		Ex-OQN	
	EPS	EBNL	EBNL	EBL
Evolution des tarifs publiés au 1er janvier 2026	+1%		+1%	

- ▶ Hypothèse de volume à +2,7%
- ▶ Coefficient prudentiel à -0,7%

Les tarifs d'HAD bénéficient comme chaque année d'un **soutien spécifique** :

- ▶ Une évolution tarifaire uniforme de **+1% dans les deux secteurs**, soit une évolution plus favorable qu'en MCO.
- ▶ **L'enveloppe AC traitement coûteux en HAD est abondée de 2,8M€** pour permettre la continuité des prises en charge d'HAD intégrant la dispensation des produits radiés de la liste en sus en 2026.
- ▶ Pour favoriser le déploiement des prises en charge spécialisées, **les journées relevant des MPP 11 et 12 effectuées dans une HAD de réadaptation (autorisation 01) seront majorées à hauteur de 57€**. Les financements associés seront délégués en première circulaire budgétaire, sur la base de l'activité constatée en N-1.

Les compartiments Missions spécifiques et objectifs de santé publique 2026

Les ressources dédiées à ces compartiments progressent de **+1,5% en 2026** (hors CNRACL). Cette progression intègre :

- ▶ 230M€ de mesures nouvelles ciblées portant notamment sur :
 - ✓ La progression des crédits dédiés au **financement des études médicales**
 - ✓ **Le soutien à la recherche et l'innovation** (abondement de la dotation MERRI socle, plan France médecine génomique)
 - ✓ La prise en compte de **l'augmentation de l'activité des SAMU** en lien avec la généralisation du service d'accès aux soins (SAS)
 - ✓ Le financement **des grands plans de santé publique** : Stratégie décennale de lutte contre les cancers, Politique Périnatalité, Plan greffe 2022-2026, Stratégie Décennale soins palliatifs, Feuille de route Obésité, mesures CNH.
- ▶ Une mesure d'économie de 80M€ dans le cadre du débasage des aides des anciens plans d'aide à l'investissement.

Des mouvements de périmètre sont opérées en 2026 du FIR vers le compartiment MS-OSP à des fins de lisibilité, dans les suites du mouvement engagé en 2025. Cela concerne les consultations mémoire et les actions de qualité transversales en cancérologie (AQTC).

Valeur des coefficients tarifaires au 1^{er} janvier 2026

		MCO			
		Ex-DG		Ex-OQN	
		EPS	EBNL	EBNL	EBL
Evolution du coefficient de pondération RH	Valeur au 1er mars 2025	+ 0,4%	- 1,8%	- 0,3%	- 0,1%
	Valeur au 1er janvier 2026	+ 0,4%	- 1,8%	- 0,3%	- 0,1%
	Evolution	+ 0,0%	+ 0,0%	+ 0,0%	+ 0,0%

Les coefficients géographiques applicables au 1^{er} janvier 2026 sont stables par rapport à 2025

Région	Coefficients géographiques pour 2026
Guyane	33,1%
Réunion	34,0%
Mayotte	34,0%
Guadeloupe	27,0%
Martinique	27,0%
Corse	11,0%
Ile de France	7,0%

Focus sur la gestion des mesures RH

- ▶ Le **coefficient de pondération RH n'évolue pas en 2026**. Son périmètre est inchangé de même que sa valeur, quelque soit le champ d'activité et le secteur de financement concerné. ☞ *cf. détail des coefficients tarifaires en annexe.*
- ▶ Le **mécanisme transitoire de péréquation du Ségur RH** (AC péréquation) **est reconduit en 2026** mais toujours **sans actualisation des paramètres** de calcul et avec une délégation dès la C1 2026.

Des travaux seront cependant engagés dès le 1^{er} semestre 2026 dans la perspective d'une évolution de ce mécanisme en campagne 2027.

L'enveloppe IFAQ

- ▶ Le montant de l'enveloppe IFAQ reste stable pour 2026, soit **700M€**
- ▶ **L'arrêté national IFAQ 2026 a été publié le 18 janvier dernier :**
 - ✓ La totalité des crédits seront alloués lors de **la première phase de délégation de crédits**, sur la base du nouveau modèle de financement
 - ✓ La délégation se fera sur la **base des résultats des indicateurs recueillis en 2025**

Une campagne tarifaire 2026 pleinement effective depuis la fin janvier

- ▶ Les arrêtés fixant les objectifs de dépenses 2026 ont été publiés au JO du 13 janvier.
- ▶ La publication des arrêtés fixant les tarifs MCO est intervenu le 14 janvier.
- ▶ La reprise de la facturation pour les établissements du secteur ex-OQN est effective depuis fin janvier 2026 pour les établissements MCO-HAD.

Ordre du jour

- 1. Présentation de la campagne de financement 2026**
 - ▶ Cadrage et principaux enjeux de la campagne 2026
 - ▶ Présentation détaillée des évolutions sur le champ MCO-HAD
- 2. Autres sujets : HTNM et RIHN**
- 3. Prochaines étapes**

Hébergements temporaires non médicalisés (HTNM) - évolutions en 2026

1

Pérennisation du financement par un forfait à la nuitée et mise en place d'une modulation géographique



Mieux tenir compte des différences de coûts hôteliers entre communes, qui ont souvent un impact sur le coût payé par les établissements qui y sont implantés



90 euros la nuitée pour les communes dont la population légale est égale ou supérieure à 200 000 habitants et de la métropole du Grand Paris

73 euros la nuitée dans les autres communes

2

Interdiction du reste à charge sur l'hébergement du patient



Empêcher des restes à charge incompatibles avec les capacités financières des patients, sans complexifier la gestion du dispositif.



Aucune contribution au **titre de l'hébergement** du patient ne pourra être demandée au patient en complément de ce forfait.

Cela ne concerne pas les prestations annexes à l'hébergement du patient comme les repas.

Textes réglementaires en cours de publication

3

Evolution du bilan annuel



Adapter le bilan annuel que doit transmettre tout établissement mettant en place un HTNM pour le rendre plus utile au suivi et au pilotage du dispositif désormais plus mature.



Le bilan annuel est **allégé**, et **cible des sujets nouveaux** relatifs aux parcours et services hospitaliers impliqués. Il sera dorénavant à déposer sur la plateforme **Démarches simplifiées**.

Les autres dispositions sont inchangées

RIHN - Actualité au 1er janvier 2026

1/ Publication du décret modificatif pour le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN)

Décret n° 2025-1425 du 24 décembre 2025 modifiant le décret n° 2024-290 du 29 mars 2024 relatif aux conditions de prise en charge des actes innovants de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclatures JORFTEXT000053228782.

Les modifications du décret concernent :

- La décote des actes : 20% de la dotation financée par l'Assurance Maladie pour 2025, puis 10% par an calculée à partir de la valorisation fixée pour l'année 2024 ;
- Le calendrier : prolongation de la durée d'inscription à titre dérogatoire de 5 à 9 ans (fin 2034).

2/ Publication de la liste des actes hors nomenclatures (LAHN)

La liste pour l'année 2026 a été publiée le 31/12/2025 sur la page RIHN du site du Ministère

- Les actes sont valorisés à la hauteur des derniers tarifs connus (2024) qui servent dorénavant de référence ;
- La répartition de la dotation se fait après application de la décote ;
- LAHN tient compte des avis HAS, des radiations et des futurs résultats des travaux du GT scientifique.

RIHN – point d'avancement sur les deux groupes de travail

1/ GT « scientifique » :

Analyse collective du référentiel avec mobilisation d'experts des disciplines

Les résultats :

- Suppressions d'actes obsolètes
- Fusion et clarification des libellés
- Précision / restriction d'indications

Les travaux sont finalisés sur les thématiques hématologie cellulaire et hémostase.

Une saisine est en cours du CNP d'hématologie et de la SFH pour validation scientifique

Ce « toilettage » permettra la réduction du stock d'actes de la LAHN, une meilleure pertinence des actes financés, l'identification des actes rares, de recours ou spécialisés.

Les travaux devraient se terminer à la fin du premier semestre 2026

RIHN – point d'avancement sur les deux groupes de travail

2 / GT « financement » :

Fin 2025, début des échanges autour de la thématique financement

La prise en charge des actes onéreux en sortie de RIHN doit répondre à deux principes :

- Le tarif de l'acte doit être valorisé quelque soit le mode de prise en charge du patient ;
- La traçabilité de l'acte doit être assurée afin de respecter les recommandations de la HAS

Les premiers actes évalués par la HAS concernent les tests NGS et devraient être validés par la CHAB à compter courant 2026

- Prise en charge de ces actes dans le droit commun à compter de janvier 2027 ;
- Pendant la période transitoire, prise en charge financière dérogatoire à mettre en place.

Ordre du jour

1. Présentation de la campagne de financement 2026

- ▶ Cadrage et principaux enjeux de la campagne 2026
- ▶ Présentation détaillée des évolutions sur le champ MCO-HAD


2. Autres sujets : HTNM et RIHN

3. Prochaines étapes

Les travaux se poursuivent dans la perspective, notamment, de la campagne 2027

Plusieurs chantiers donneront lieu dès les prochains mois à des travaux complémentaires dans la perspective, notamment, de la campagne 2027. Il s'agit en particulier :

- ▶ De la poursuite des travaux relatifs à la **documentation des mesures d'efficience**, avec un focus spécifique sur les modalités de **mise en œuvre de l'article 79 de la LFSS 2026**
- ▶ Des travaux concernant les **perspectives d'évolution de l'enveloppe « AC péréquation »**
- ▶ De la poursuite des travaux de **préparation des réformes de financement de la dialyse et radiothérapie**

 Le calendrier de travail sur ces différents chantiers vous sera communiqué prochainement.



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Réforme du financement des établissements de santé

Club des Médecins DIM FHP-MCO

6 février 2026

Ordre du jour

1

Orientations stratégiques de la réforme du financement

2

Point d'avancement des différents chantiers

- ❖ IFAQ
- ❖ Dialyse
- ❖ Radiothérapie
- ❖ Soins critiques
- ❖ ADNP et OSP personnes âgées

Ordre du jour

1

Orientations stratégiques de la réforme du financement

2

Point d'avancement des différents chantiers

- ❖ IFAQ
- ❖ Dialyse
- ❖ Radiothérapie
- ❖ Soins critiques
- ❖ ADNP

Pour chaque activité intégrée à la feuille de route, l'évolution des règles de financement s'articule autour de trois piliers

Evolution du financement à l'activité au paiement à l'épisode ou au parcours

Reconnaître la **charge de coordination** propre à certaines prises en charge

Répond aux objectifs de gradation des prises en charge, de pertinence et de découplage/coordination

- ⇒ Définition des **prestations à financer** à l'activité (épisode, séquence et parcours)
- ⇒ Accompagnement dans le droit commun des expérimentations 51 bénéficiant d'un avis favorable du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS)
- ⇒ Définition et simplification des processus de **recueil de données, de classification et de facturation** des prestations

OSP/Qualité/ Pertinence

Soutenir et inciter à l'amélioration de la **qualité et de la pertinence des prises en charge**

Répond aux objectifs de qualité et pertinence

- ⇒ Articulation avec la feuille de route nationale **qualité / pertinence**
- ⇒ Développement des modèles de financement de la pertinence :
 - aux **résultats** (objectifs de santé publique, dépenses ou d'efficacité)
 - au **partage des gains**
 - au **partage du risque**

Missions spécifiques

Accompagner l'évolution de **l'organisation territoriale de l'offre**

*Répond aux enjeux liés aux approches **populationnelles**, au **déclassement**, à la **coordination** et au maintien d'une offre de **proximité***

- ⇒ Financements forfaitaires pour tenir **compte** :
 - des besoins **populationnels** (dotation et responsabilité pop.)
 - des **sujétions et missions spécifiques**
- ⇒ **Conception d'outils de pilotage financier et d'aide à la décision** au niveau national et régional

Ces trois piliers seront déclinés pour plusieurs activités en 2026 et 2027 et ces travaux se poursuivront dans les années suivantes

Evolution du financement à l'activité au paiement à l'épisode ou au parcours

Radiothérapie :

- ⇒ Création d'un **financement à l'épisode pour la radiothérapie**

Dialyse :

- ⇒ Création d'un **financement à la séquence de soins pour la dialyse**

Passage en droit commun des XP art. 51 :

- ⇒ Création d'un **financement à la séquence ou à l'épisode** selon les expérimentations

OSP/Qualité/ Pertinence

IFAQ :

- ⇒ **Simplification du dispositif IFAQ** : vers une rémunération lisible par indicateur

Dialyse :

- ⇒ Création d'un **compartiment à la qualité** dédié aux enjeux de prise en charge (inscription pour greffe, déploiement des modalités autonomes,...)

OSP/ Missions spécifiques

OSP personnes âgées :

- ⇒ **Financement sur objectifs** de santé publique autour des hospitalisations des personnes âgées : lancement d'une phase pilote

Dialyse :

- ⇒ Reconnaissance de **missions spécifiques** propres à certains centres / établissements de dialyse

Ordre du jour

1

Orientations stratégiques de la réforme du financement

2

Point d'avancement des différents chantiers

- ❖ IFAQ
- ❖ Dialyse
- ❖ Radiothérapie
- ❖ Soins critiques
- ❖ ADNP

Une évolution majeure du dispositif IFAQ en 2026

Jusqu'à 2025

Modèle de
rémunération

- ⇒ Une enveloppe de financement attribué à **chaque groupe de comparaison**
- ⇒ Rémunération de l'établissement en fonction du **nombre d'indicateurs pour lesquels ses résultats figurent parmi les 70% meilleurs**
- ⇒ Calcul de la rémunération sur la base **d'un score composite**
- ⇒ **Toute l'enveloppe est distribuée en primo-allocation**

Indicateurs

- ⇒ Panel de **14 indicateurs**
- ⇒ **Même poids** pour tous les indicateurs
- ⇒ **Alternance** de la prise en compte des **indicateurs avec recueil biennal** dans le modèle
- ⇒ Alignement du calendrier de recueil et du calendrier de la campagne budgétaire mais **connaissance tardive des règles et régularisation ex-post**

A partir de 2026

- ⇒ Une enveloppe de financement attribué à **chaque indicateur**
- ⇒ Rémunération de l'établissement en fonction de sa **performance individuelle** en prenant en compte **l'atteinte de la cible et la progression**
- ⇒ Calcul de la rémunération en fonction de **la classe des résultats**
- ⇒ **Existence d'un reliquat**, redistribué au pro-rata de la primo-allocation

- ⇒ Panel de **13 indicateurs** (*un seul indicateur numérique*)
- ⇒ **Poids important** de la certification fixé ex-ante (280M€) – répartition « neutre » pour les autres
- ⇒ Prise en compte de **l'ensemble des indicateurs** dans le modèle tous les ans
- ⇒ Communication des règles **en N-2**, recueil des indicateurs **en N-1**, notification de la primo-allocation **en C1 de l'année N**

Dès 2026, le nouveau modèle IFAQ sera plus lisible et actionnable par les établissements

Trois principes de construction :

Simplicité

- Dans les règles de rémunération
- Dans la gestion pluriannuelle

Prévisibilité

- Minimisation des sources de fluctuation dans la rémunération
- Indépendance vis-à-vis des résultats des autres établissements

Équité

- Les règles de financement sont les mêmes pour tous les établissements

⇒ Une enveloppe par indicateur

- Le poids de la certification, qui décrit niveau de qualité de manière transversale, est fixé ex-ante pour représenter un poids important
- Pour les autres indicateurs, la construction se fait de manière neutre sur la base du volume économique des contributeurs, sans pondération

⇒ Règles de rémunération simples

- Prenant en compte l'atteinte de la cible et la progression

⇒ Primo-allocation qui dépend uniquement de la performance de l'établissement

- Chaque établissement touchera un gain par indicateur en fonction de son score et de sa progression sur cet indicateur

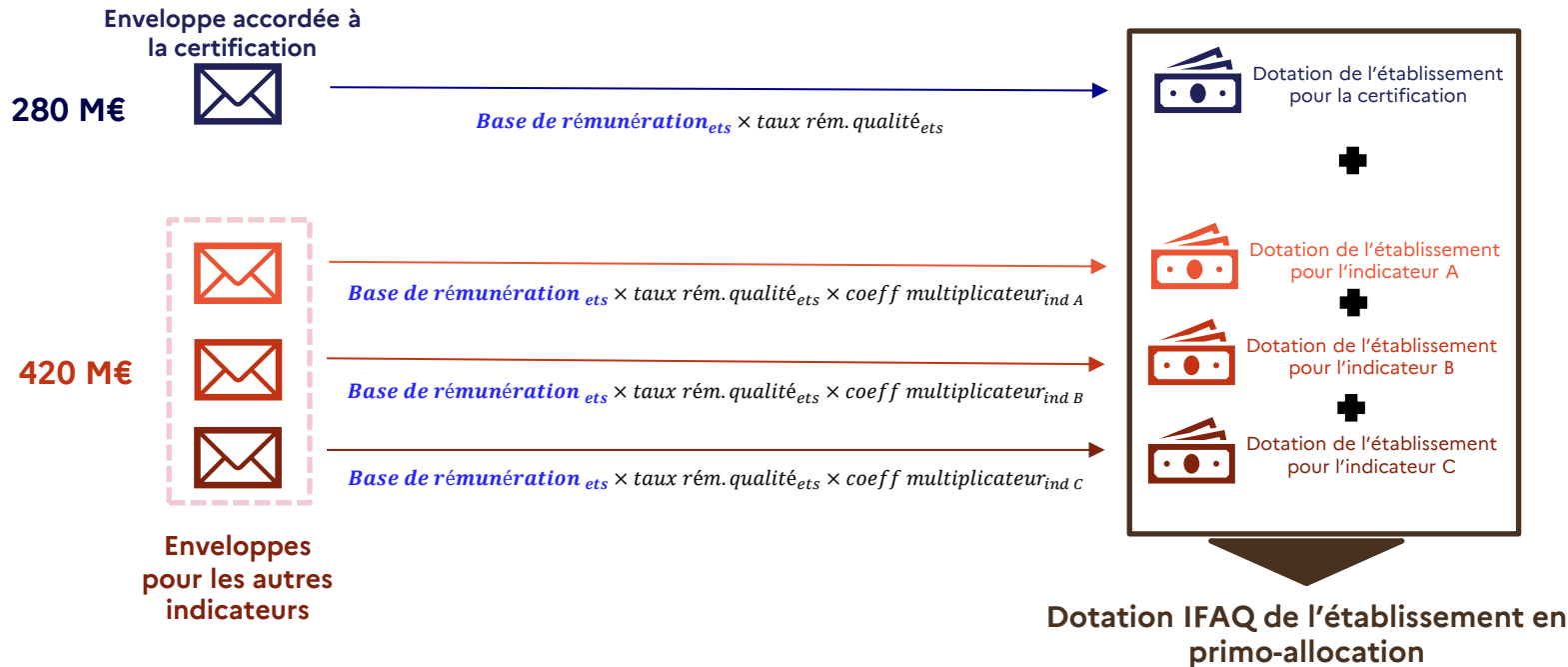
Les établissements pourront prévoir leur rémunération IFAQ en primo-allocation sur la base de leur performance pour chaque indicateur

Le panel d'indicateurs est maintenu, sauf pour l'indicateur numérique qui est neutralisé en 2026

Cette méthode permet de s'assurer qu'il n'y a pas de transfert d'enveloppe entre champs à la phase de construction, par rapport à l'historique

Catégorie	Indicateur	Champs concernés	Montant
Démarche de certification	Certification	Tous	280 M€
Qualité des coordinations de prise en charge	Alimentation en LDL dans le DMP	MCO, DIA, SMR, HAD	67 M€
	Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)	MCO, MCO CA, SMR, PSY	102 M€
	Coordination de la prise en charge (COORD)	HAD	2 M€
Qualité des prises en charge perçues par les patients	eSatis	MCO, MCO CA, SMR	88 M€
Qualité des prises en charge cliniques	Evaluation et prise en charge de la douleur (PCD)	MCO, HAD, SMR, PSY	67 M€
	Tenue du dossier patient (TDP)	HAD	2 M€
	Évaluation du risque d'escarres (TRE)	HAD	2 M€
	Projet de soins, projet de vie (PSPV)	SMR	11 M€
	Evaluation cardiovasculaire et métabolique (CV)	PSY	13 M€
	Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions (ADD)	PSY	13 M€
Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC)	MCO	39,6 M€
Performance de l'organisation des soins	Mesure des hospitalisations de longue durée à TP en soins libres	PSY	13,8 M€

Les établissements pourront prévoir leur rémunération IFAQ en primo-allocation sur la base de leur performance pour chaque indicateur relatif à leur champ d'activité



Dans le nouveau modèle, le lien désormais direct entre financement et résultat pour chaque indicateur

Pour calculer la rémunération de l'établissement pour chaque indicateur, il suffira de multiplier quatre termes dont les valeurs seront mises à disposition :



Trois grilles de rémunération applicables en fonction de la nature de l'indicateur

Grille de rémunération 1 : Certification

Classe	Classification HAS	Taux de rémunération
A+	Etablissement certifié avec mention	110%
A	Etablissement certifié/ Certification A V2014	100%
B	Certification avec recommandations B V2014	75%
C	Etablissement certifié sous conditions/ Certification C V2014	30%
D	Etablissement non certifié/ Décision de surseoir à statuer D V2014	0%

Grille de rémunération 2 : Indicateurs mesurant la conformité à un résultat attendu

Classe	Taux de rémunération
Conforme	100%
Non conforme	0%
NR*/NV**	0%

Grille de rémunération 3 : Indicateurs mesurant un niveau de qualité

Classe	Stable	Evolution positive	Evolution négative
A	100%	0% (100%)	0% (100%)
B	80%	+10% (90%)	-10% (70%)
C	45%	+20% (65%)	-20% (25%)
D (si existant)	0%		
NR*/NV**		0%	

***NR non répondant** – si l'établissement n'a pas procédé au recueil d'un indicateur pour lequel il avait une obligation de recueil.

****NV non validé** – les exigences en termes de qualité de recueil n'ont pas été respectés lors du recueil de l'indicateur

Taux de rémunération standard et ★ taux majorés maximum

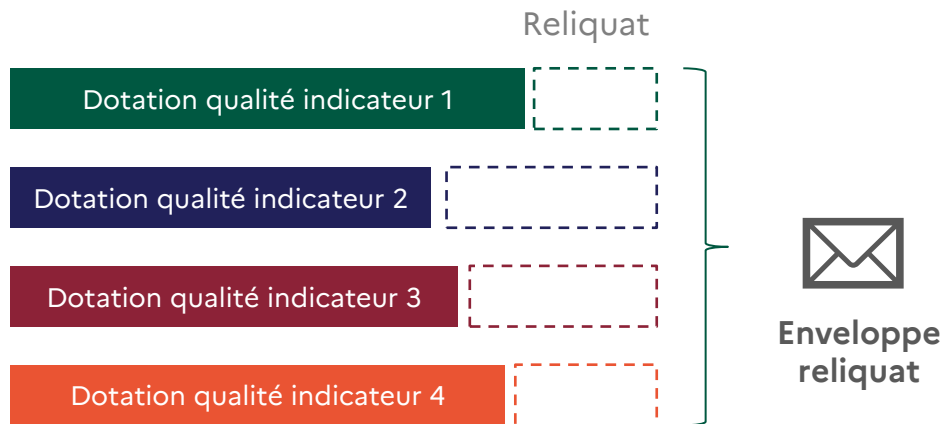
Classe	Stable ou sans évolution calculable	Evolution positive	Evolution négative
A	100% ★ 150%	100% ★ 150%	100% ★ 150%
B	80% ★ 120%	90% ★ 135%	70% ★ 105%
C	45% ★ 67,5%	65% ★ 97,5%	25% ★ 37,5%
D (si existant)	0% ★ 0%		
NR/NV		0%	

Pourquoi ce choix ?

- ⇒ Cela permet **d'inciter davantage les établissements à progresser** sur les indicateurs pour lesquels une marge de progression importante existe au niveau national
- ⇒ En pratique, cela correspond à faire des **cibles intermédiaires**, tout en compensant davantage les établissements qui atteignent la cible
- ⇒ Cela permet d'avoir **une seule règle** qui pourra être appliquée à tous les indicateurs qui répondent aux critères d'application



Le reliquat issu de la non-consommation des enveloppes est redistribué en fonction du pro-rata de la primo-allocation



- ⇒ Le reliquat est généré par la **non-atteinte des niveaux de qualité** attendus
- ⇒ Il est par nature **dépendant du comportement** des autres établissements
- ⇒ Il ne peut être incitatif puisqu'il est **non prévisible**
- ⇒ Il sera **réparti au pro-rata de la primo-allocation**

Ordre du jour

1

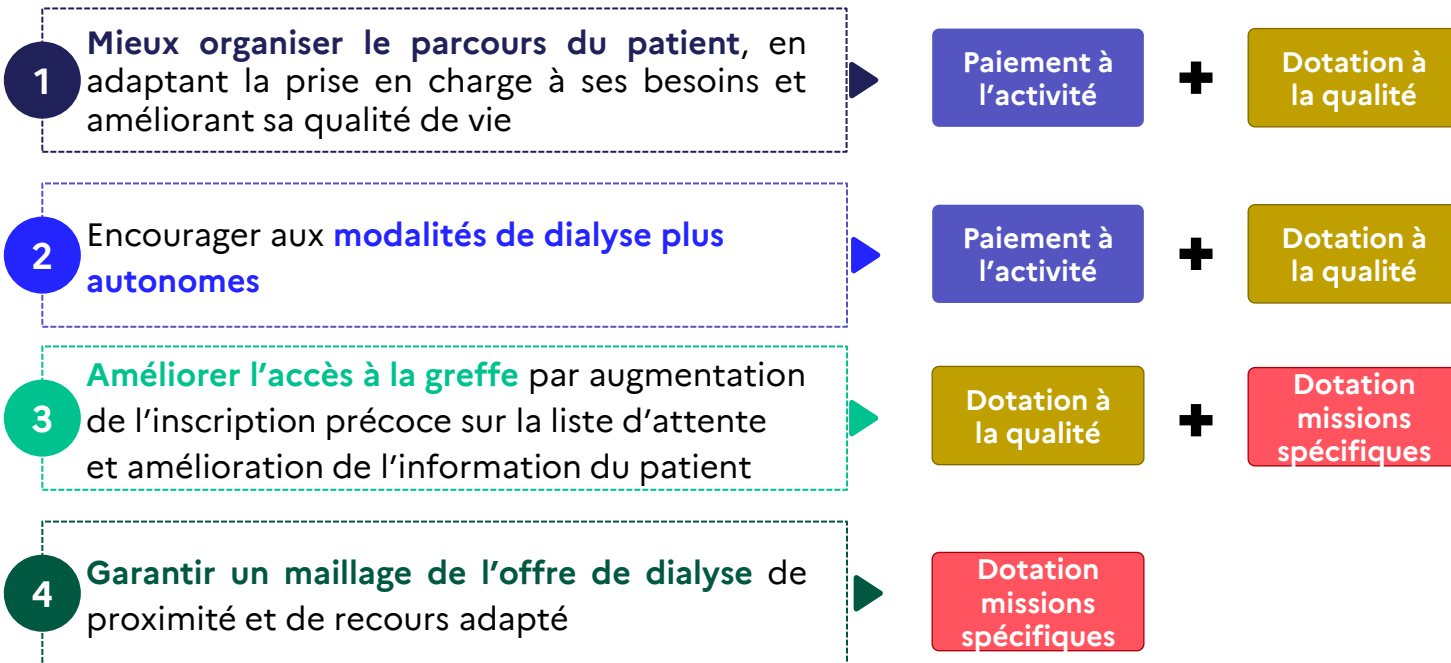
Orientations stratégiques de la réforme du financement

2

Point d'avancement des différents chantiers

- ❖ IFAQ
- ❖ **Dialyse**
- ❖ Radiothérapie
- ❖ Soins critiques
- ❖ ADNP

L'ensemble des objectifs de la cette réforme seront atteints par le déploiement d'un mode de financement combinant plusieurs compartiments



Les objectifs visés sont cohérents avec les évolutions prévues par la révision du régime d'autorisations : décision partagée de choix de la modalité avec le patient, réévaluation régulière, ETP et soins de support, conventionnement avec des centres de greffe, non-obligation de tierce personne à domicile ...

La réforme de financement se fera par étapes afin d'assurer la cohérence avec les enjeux stratégiques et d'en permettre l'appropriation

CHANTIER ACTIVITÉ : forfaitisation

- ⇒ Chantier prioritaire au niveau calendaire : entrée en vigueur fixée par la loi*

Déploiement par étapes :

2025

- ❖ Définition de l'architecture, contenu et durée des forfaits
- ❖ Création de 2-3 groupes de complexité des patients

★ Publication arrêté prestations

2026

- ❖ Enquête de coûts
- ❖ Etudes d'impact de revenu
- ❖ Evolution des SI

★ Publication arrêté tarifs

2027

- ❖ 1^{ère} année application des forfaits

CHANTIER DOTATION À LA QUALITÉ

- ⇒ Chantier à articuler avec la réforme IFAQ (paiement en N sur la base des indicateurs recueillis en N-1)
- ⇒ Définition de nouveaux indicateurs à N-1 du recueil et à N-2 du paiement

Déploiement par étapes :

2025

- ❖ Définition des dimensions de la qualité à financer

2026

- ❖ Identification des indicateurs disponibles
- ❖ Fixation des cibles et détermination des modalités de calcul

2027

- ❖ 1^{er} année recueil des indicateurs

2028

- ❖ 1^{ère} année application

CHANTIER MISSIONS SPÉCIFIQUES

- ⇒ Chantier à articuler avec le chantier activité

Déploiement par étapes :

2026

- ❖ Définition des missions spécifiques à financer
- ❖ Définition des modalités de calcul et critères de déclenchement

2027

- ❖ 1^{ère} année application

En 2024, le parlement a entériné la forfaitisation du financement de la dialyse dans la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS 24)

Article L162-22-3 du CSS - Mise en œuvre de **forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients** pour les activités de traitement du cancer par radiothérapie et de traitement de ***l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale***

Arrêté du 1er décembre 2025 modifiant l'arrêté prestations MCO
- Les forfaits sont rattachés à une séquence hebdomadaire de de dialyse. Cette séquence a lieu sur une semaine calendaire : elle démarre le lundi à 0h00 et se termine le dimanche à 23h59



CALENDRIER DE LA RÉFORME

Définition d'une V1 des
forfaits

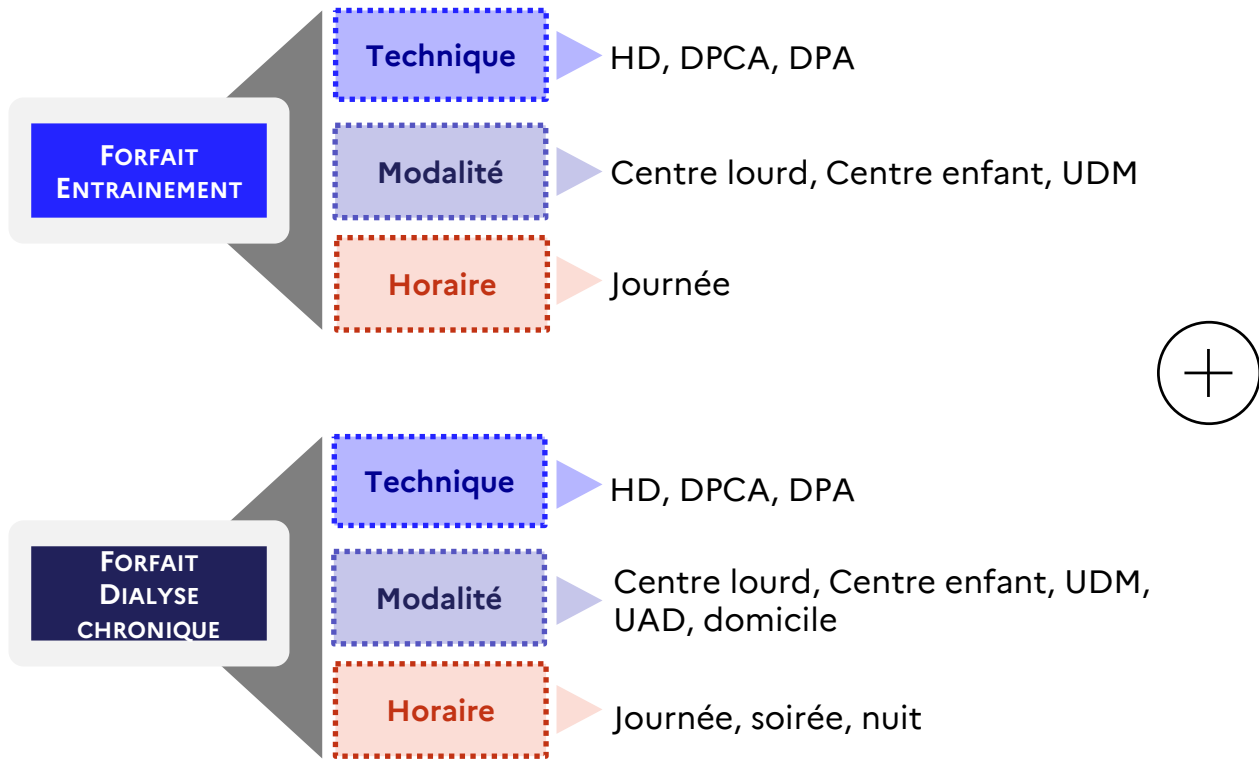
1^{er} octobre 2025

Entrée en vigueur des
forfaits

1^{er} janvier 2027

En décembre 2025, une première version de classification des forfaits de dialyse a été publiée

Discussions en
cours

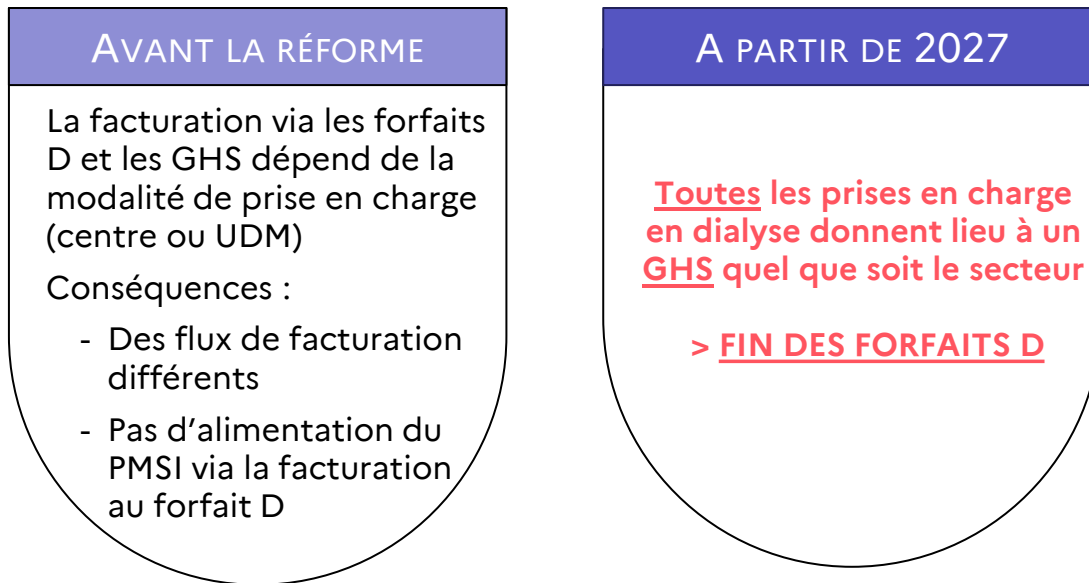


SUPPLÉMENT

En sus du forfait dialyse entraînement et dialyse chronique, un supplément pourra être appliqué afin de prendre compte la « complexité » de la prise en charge, approchée selon certaines caractéristiques patient



Notre objectif pour 2027 est un passage à la facturation par GHS pour toutes les prises en charge en dialyse

HOMOGÉNÉISATION



De nouvelles variables seront présentes dans le RSS

Éléments recueillis
utilisés dans la
fonction groupage

- **Concernant la technique :**
 - Diagnostics CIM-10 correspondant à la technique (3 sont concernés) *
 - Actes CCAM correspondant à la technique (6 actes) *
- **Concernant la modalité / l'unité médicale :**
 - UM de réalisation des séances
- **Concernant l'horaire :**
 - Horaire de réalisation (jour, soirée, nuit) 
- **Concernant l'intégralité de la séquence :**
 - Dates de 1ère séance (entrée) et dernière séance (sortie) de la semaine
 - Date des actes CCAM
 - Nombre de séances entre ces deux dates
- **Concernant la complexité du patient :**
 - Groupe de complexité 

Pour déterminer le
GHM

Pour déterminer le
GHS

Pour déterminer l'application
d'un supplément

Diagnostics CIM-10 mobilisables




Z491	Dialyse extra-corporelle
Z4920	Séance de dialyse péritonéale automatisée [DPA]
Z4921	Séance de dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]

Actes CNAM mobilisables

JVRP004	Séance d'entraînement à l'hémodialyse
JVRP008	Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire
JVRP007	Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée
JVJF004	Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique
JVJF008	Séance d'épuration extrarénale par hémodiafiltration, hémofiltration ou biofiltration sans acétate pour insuffisance rénale chronique
JVJB001	Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale chronique

D'autres variables à recueillir ne seront pas utilisées pour la facturation mais permettront de mieux décrire les parcours du patient

Éléments recueillis pour
caractériser le patient et
décrire son parcours

- Age du patient (ou année de naissance)
-  Score de complexité patient
-  Nombre de minutes totales d'hémodialyse effectives dans la semaine
-  Nombre de consultations de réévaluation dans la semaine

Cette variable sera utilisée à terme dans la fonction groupage

Une enquête de coût démarre le 2 mars avec des établissements volontaires pour réunir des éléments supplémentaires permettant la construction tarifaire

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- **Identifier**, conformément à la nouvelle nomenclature, la répartition théorique des séquences entre les différents forfaits ;
- **Structurer la construction des tarifs** en définissant des pondérations relatives entre les forfaits sur la base des variables pertinentes et en prenant en compte la complexité du patient.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Mesurer la **fréquence et évaluer le niveau de coût ou surcoût** des facteurs suivant :
 - Les **caractéristiques individuelles** des patients ;
 - **L'horaire** de dialyse ;
 - La **technique utilisée** ;
 - La **modalité** de prise en charge ;
 - Le **cadre de la prise en charge** (prise en charge en urgence, recours/repli, ...) ;
 - La **prise en charge assistée** à domicile.

Ordre du jour

1

Orientations stratégiques de la réforme du financement

2

Point d'avancement des différents chantiers

- ❖ IFAQ
- ❖ Dialyse
- ❖ Radiothérapie
- ❖ Soins critiques
- ❖ ADNP

Pourquoi une réforme de financement de l'activité de radiothérapie ?

- ▶ Les **dépenses de radiothérapie (1,8 Md€) sont en très forte hausse** depuis plusieurs années maintenant
 - +4 % et + 8,9 % de croissance par an en moyenne sur la période 2015 à 2020, respectivement pour le secteur public ou privé non lucratif d'une part et pour secteur libéral d'autre part (vs. ONDAM ES à +1,8 % et « Soins de ville » à + 2,4 % – source Cour des Comptes 2022
- ▶ Les dépenses de radiothérapie sont difficilement maitrisables dans le cadre actuel
 - Elles relèvent principalement de **règles de tarification et d'une nomenclature obsolètes** nuisant à la fois la pertinence des actes et à l'efficacité du système de santé
- ▶ Ces **règles de financement créent des avantages économiques** marqués par statuts d'opérateurs (publics ou privés)
 - Le secteur ex-DG (ES publics et privés non lucratifs) facture son activité à la séance de préparation et/ou d'irradiation, selon des tarifs associés à des groupes homogènes de séjours (GHS)
 - Le secteur libéral facture à l'acte (CCAM) selon une nomenclature obsolète inchangée depuis 2004 déterminée en fonction du niveau de dose induisant des niveaux de financement décorrélés de la réalité des coûts
- ▶ La **tarification à la séance ou à l'acte n'incite pas aux évolutions innovantes de prise en charge** permettant de réduire le nombre de séances par patient (hypofractionnement) ou celles qui tendent à minimiser la dose et le champ d'irradiation

Les objectifs stratégiques

- ▶ Répondre aux enjeux de **qualité et de sécurité** du traitement de radiothérapie
- ▶ Tenir compte des **évolutions technologiques et de l'innovation**
- ▶ Enrichir le suivi et les connaissances sur le traitement du cancer par radiothérapie, par la **mise en place d'un recueil d'informations médicalisé**
- ▶ **Harmoniser le système de financement** entre les établissements et les cabinets libéraux

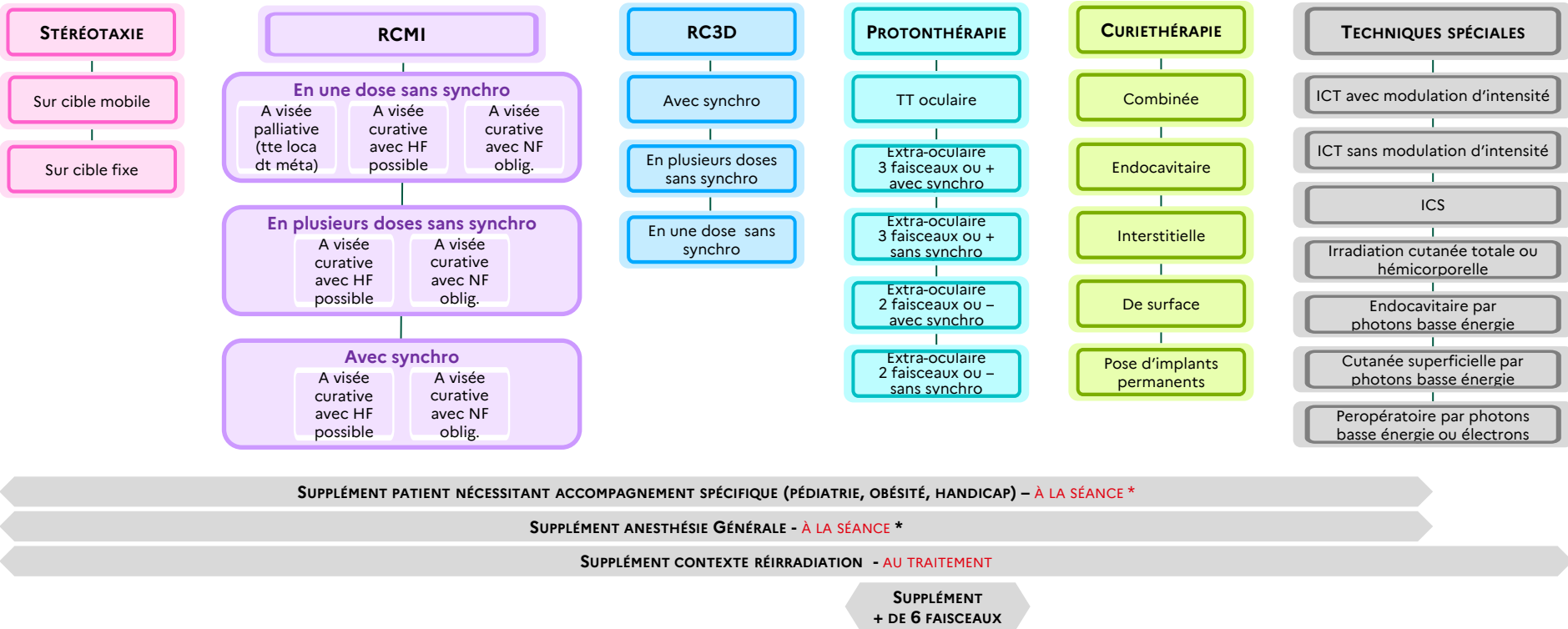
et opérationnels

▶ **Forfaitiser le financement à l'épisode** pour inciter à l'amélioration des parcours de soins

L'épisode de soins comprend la préparation et l'ensemble de séances d'irradiation utilisant une technique pour traiter une localisation.

▶ Se doter d'une **nomenclature identique entre secteurs** et descriptive des prises en charge

La proposition d'architecture de financement pour les activités de radiothérapie pour 2027 est la suivante



En synthèse, la DGOS propose de limiter les variables pour permettre la faisabilité de la réforme

Variables pour définir le GHM	Codage PMSI envisagé
Technique d'irradiation	Actes CCAM
Niveau(x) de dose	Actes CCAM
Synchronisation respiratoire	Actes CCAM
Soins palliatifs (terme à retravailler)	Code CIM-10 en Diagnostic Associé (DAS) (critères spécifiques à clarifier)
Thérapie concomitante*	Nouvelle variable (à créer)
Contexte post ou pré-opératoire	Nouvelle variable (à créer)
Lésions multiples **	Nouvelle variable (à créer)

	Variables pour définir les suppléments	Codage PMSI envisagé
Tout sauf qs. tech. spé	Pédiatrie	Âge
Tout sauf Tech. spé	Handicap	Codes CIM10 en DAS (liste à valider)
Tout sauf tech. spé	Obésité massive	Codes CIM10 en DAS
RCMI, RC3D, Stéréo, proton	Anesthésie générale	Acte CCAM
Tout sauf tech. spé	Ré-irradiation	Code CIM en DAS
Proton extra oculaire	Proton + de 6 faisceaux	Acte CCAM

RT Cutanée superficielle

*chimiothérapie, thérapie ciblée et immunothérapie (hors hormonothérapie)

** Pour chaque lésion cutanée, une prépa et une irra. doit être réalisée. Chaque lésion irradiée équivaudrait à un épisode de traitement

Ordre du jour

1

Orientations stratégiques de la réforme du financement

2

Point d'avancement des différents chantiers

- ❖ IFAQ
- ❖ Dialyse
- ❖ Radiothérapie
- ❖ Soins critiques
- ❖ ADNP

- Assurer une **meilleure gradation des soins** en fonction de la lourdeur des patients
- Être en mesure de **mobiliser des ressources autour de lits non occupés** pour garantir une capacité d'accueil permanente
- Être en **mesure d'assurer une capacité d'accueil suffisante** en réanimation sur l'ensemble des territoires en cas d'épidémie saisonnière ou de situations sanitaires exceptionnelles

Calendrier de mise en œuvre à définir

La proposition initiale de dotation de sécurisation transitoire pour 2025 a été rejetée par l'ensemble des parties prenantes et ne sera pas mise en place

Dans l'intervalle :

- En 2025 et 2026 - mesure de soutien aux réanimations (40 M€)
- Travaux en cours sur la lourdeur des différentes prises en charge et les typologies des services

Ordre du jour

1

Orientations stratégiques de la réforme du financement

2

Point d'avancement des différents chantiers

- ❖ IFAQ
- ❖ Dialyse
- ❖ Radiothérapie
- ❖ Soins critiques
- ❖ ADNP

- ☐ Ce financement vise au **développement de parcours d'admission directe permettant de diminuer les passages aux urgences évitables** pour les patients âgés de 75 ans et plus.



Financement actuel

- **55 M€** de aux établissements de santé
- Calculé en fonction du **nombre d'admissions directes non programmées effectives** pour les personnes âgées (séjours recueillis du 1^{er} août N-1 au 31 juillet N).



Réflexions en cours

- Analyse des atypies afin de prendre en compte le caractère programmable ou non programmable des racines GHM
- Développement d'un indicateur pour le calcul du potentiel ADNP
- Développement d'un indicateur intégrant la progression des ADNP



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'offre de soins**