

SECTION III – Le financement des activités de soins de suite et de réadaptation

1. Les modèle de financement applicable aux activités de soins de suite et de réadaptation

Le modèle de financement applicable aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), appelé « dotation modulée à l'activité », instauré par l'article 82 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, selon des modalités définies par le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017, emprunte en partie au modèle T2A en vigueur dans le champ MCOO mais conserve une part majoritaire de financement allouée sur des bases forfaitaires.

L'article L. 162-23-1 du CSS dispose que :

« Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, détermine :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. »

Selon l'article L. 162-23-2 du CSS :

« Les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées par :

1° Des recettes issues de l'activité de soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ;

2° Le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge :

a) Les spécialités pharmaceutiques, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-6 ;

b) Les plateaux techniques spécialisés, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-7 ;

c) Les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ;

d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15. »

1.1. Le financement de base

1.1.1. Les modalités de financement des activités de soins

Aux termes de l'article L. 162-23-3 du CSS⁽¹⁾ :

« Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :

1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

Les article R. 162-34-1 et suivants du CSS précisent que :

– Article R. 162-34-1

« Constitue une catégorie de prestations d'hospitalisation au sens du 1° de l'article L. 162-23-1, la prise en charge 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.

Cette prise en charge est assurée par des forfaits et, le cas échéant, par des suppléments journaliers. Les forfaits sont facturés sur la base des tarifs nationaux mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, par séance, journée ou séjour. Ils peuvent être minorés ou majorés, notamment en fonction de la durée de séjour.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions d'application du présent article. »

– Article R. 162-34-2

La dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 est calculée en fonction de :

1° La moyenne de l'activité de soins réalisée au cours des deux années précédant l'année en cours ;

(1) En application du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, ces dispositions entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

2° Un taux moyen de prise en charge défini par le directeur général de l'agence régionale de santé, pour chaque établissement mentionné à l'article L. 162-22-6, sur la base du taux moyen de prise en charge des prestations d'hospitalisation facturées au titre des deux années antérieures. Ce taux peut être distingué par forfait mentionné à l'article R. 162-34-1.

– Article R. 162-34-3

I. – En cas de regroupement total ou partiel d'établissements, le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 de ces établissements est transféré au nouvel établissement issu du regroupement.

II. – En cas d'absorption d'un établissement par un autre établissement, le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 de l'établissement absorbé est transféré à l'établissement d'intégration.

III. – En cas d'attribution d'une nouvelle autorisation de soins de suite et de réadaptation, en application de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique, et pour les deux années suivant la mise en œuvre de cette autorisation, le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, en fonction notamment de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, du niveau de dotation des établissements présentant des conditions techniques de fonctionnement équivalentes. Le montant de cette dotation est reconstitué progressivement sur la base de l'activité réalisée par l'établissement selon des modalités prévues par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Enfin, l'article L. 162-23-9 du CSS dispose que :

« Dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4, servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20. »

1.1.2. Le mécanisme prudentiel

L'article L. 162-23-5 du CSS transpose dans le champ SSR le mécanisme prudentiel existant dans le champ MCOO :

« I. – Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé.

II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article. »

Les articles R. 162-34-6 et suivants du CSS précisent que :

– Article R. 162-34-6

« La valeur du coefficient mentionné au 4° de l'article L. 162-23-4 est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné au I de l'article R. 162-34-4.

La valeur de ce coefficient, qui peut être différenciée par catégorie d'établissements, est fixée en tenant compte de l'écart entre l'évolution constatée de l'activité des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 et les prévisions établies au début de chaque année ainsi que, le cas échéant, des événements susceptibles d'affecter l'activité des établissements ou l'évolution des dépenses d'assurance maladie au cours de l'année en cours. »

– Article R. 162-34-7

À compter de l'avis du comité d'alerte mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, le cas échéant, avant le 31 décembre de l'année en cours et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, le montant des crédits à verser aux établissements dans la limite prévue au II de l'article L. 162-23-5. Ce montant peut être différencié par catégorie d'établissements.

La répartition entre les régions est effectuée au prorata de l'activité des établissements mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

– Article R. 162-34-8

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-34-7, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant du forfait alloué en application de l'article L. 162-23-5. Ce forfait est réparti au prorata de l'activité de chaque établissement mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Ce forfait est versé en une seule fois par la caisse désignée en application des articles L. 174-2 et L. 174-18 .»

1.1.3. Le coefficient géographique

À l'instar des dispositions applicables au champ MCOO, l'article L. 162-23-4, 3° du CSS prévoit que, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, et le cas échéant, « les coefficients

géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée. »

L'article R. 162-34-5 du CSS *in fine* précise que :

« Pour le calcul du coefficient géographique, il est notamment tenu compte des surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques, ainsi que des charges spécifiques aux départements insulaires et d'outre-mer liées à l'éloignement et à l'isolement, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations des établissements des zones concernées. Ces zones sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Les départements et les taux applicables en vertu de ces dispositions sont les mêmes que ceux en vigueur pour les activités MCOO (Cf. supra p. 62)⁽²⁾

1.1.4. L'arrêté « prestations »

L'arrêté du 5 mai 2017 modifié⁽³⁾ précise les règles relatives à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation

Les prestations d'hospitalisation avec ou sans hébergement donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale sont couvertes par des forfaits de séjour et de soins dénommés « groupes médico-tarifaires » (GMT), dont la liste est fixée en annexe à l'arrêté.

Les GMT peuvent être composés, le cas échéant, d'une zone basse, d'une zone forfaitaire et d'une zone haute :

- Lorsque le nombre de journées de présence du séjour du patient se situe dans la zone forfaitaire du GMT produit, ou en l'absence de borne basse ou haute associée au GME, la facturation se fonde sur le tarif zone forfaitaire (TZF) correspondant ;
- Lorsque le nombre de journées de présence du séjour du patient se situe dans la zone basse du GMT produit, la facturation se fonde sur :
 - le tarif zone basse (TZB) correspondant au premier jour de présence. Pour une hospitalisation à temps partiel, incluant les hospitalisations de moins d'une journée et les hospitalisations de nuit, un TZB est facturé ;
 - le supplément journalier zone basse (SZB) pour chaque journée de présence au-delà du premier jour.
- Lorsque le nombre de journées de présence du séjour du patient se situe dans la zone haute du GMT produit, le supplément journalier zone haute (SZH) correspondant est facturé en sus du TZF mentionné au 1° par journée de présence au-delà de la fin de la zone forfaitaire.

(2) Annexe III de l'arrêté du 20 avril 2018 (JO du 24 avril 2018).

(3) En ligne sur Légifrance, reproduite en annexe au présent ouvrage.

Les GMT sont établis selon la classification des « groupes médico-économiques » (GME) fixée par l'arrêté du 23 décembre 2016. Sauf exceptions précisées par l'arrêté, à un GME correspond un GMT.

Les GMT servent de base de calcul à la dotation modulée à l'activité et sont facturés dans les conditions suivantes :

1° La dotation historique mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 du CSS correspond à la moyenne des deux années précédant l'année en cours des GME produits et valorisés par les tarifs de l'année en cours ;

2° Le montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 162-23-3 du CSS correspond aux GME produits au titre de l'année en cours et valorisés sur la base des tarifs fixés par l'arrêté pris conformément à l'article L. 162-23-4 du même code, à hauteur de la fraction mentionnée au même article.

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 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, 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 délivrées au patient.

1.2. Les financements complémentaires

1.2.1. Les spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation

L'article L. 162-23-6 du CSS prévoit que :

« I. – L'État fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques mentionnées au même 1°.

II. – Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23. Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.

Sous réserve du respect du montant défini au même 1°, l'État peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du présent

II. Avant le 1^{er} mai de l'année suivante, l'État arrête le montant à verser aux établissements de santé. »

L'article R. 162-34-9 du CSS précise que :

« La valeur du coefficient applicable au financement des molécules onéreuses mentionné au 5° de l'article L. 162-23-4 est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné au I de l'article R. 162-34-4.

La valeur de ce coefficient est fixée en tenant compte de l'écart entre l'évolution constatée de la consommation des spécialités pharmaceutiques prévues au I de l'article L. 162-23-6 des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 et les prévisions établies au début de chaque année ainsi que, le cas échéant, des événements susceptibles d'affecter l'évolution des dépenses d'assurance maladie au cours de l'année en cours afférente à cette enveloppe. »

Selon l'article R. 162-34-10 du CSS :

« Sous réserve du respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, avant le 1^{er} mai de l'année suivante, le montant des crédits à verser aux établissements dans la limite prévue au II de l'article L. 162-23-6.

La répartition entre les régions est effectuée au prorata de l'activité des établissements mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. »

En application de l'article R. 162-34-11 du CSS :

« Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-34-10, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant du forfait alloué en application du II de l'article L. 162-23-6. Ce forfait est calculé, pour chaque établissement, au prorata du montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du II de l'article L. 162-23-6, mesuré notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Ce forfait est versé en une seule fois par la caisse désignée en application des articles L. 174-2 et L. 174-18. »

1.2.2. Les plateaux techniques spécialisés

Selon l'article L. 162-23-7 du CSS :

« Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.

1.2.3. Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

L'article L. 162-23-8 du CSS dispose que :

« I. – La part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6, participe notamment au financement des engagements relatifs :

1° À la recherche et à la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du code de la santé publique ;

2° À la mise en œuvre des orientations du schéma régional ou inter-régional de santé ;

3° À l'amélioration de la qualité des soins ;

4° À la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de groupements hospitaliers de territoire, par dérogation à l'article L. 162-1-7 du présent code ;

5° À la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.

Par dérogation à l'article L. 162-23-1, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation.

Les engagements mentionnés aux 1° à 5° sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 ou L. 174-18, selon le cas.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des

établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

II. – Le montant annuel de la dotation de chaque établissement de santé est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du I du présent article.

Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10. »

2. L'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et réadaptation et la fixation des éléments tarifaires

Aux termes de l'article L. 162-23 du CSS :

« I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année.⁽⁴⁾

Il distingue les parts afférentes :

1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;

2° À la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de

(4) Cette disposition renvoie à la notion de « fongibilité » présentée supra p. 43.

l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés, en tout ou partie, à partir des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique. »

L'article D. 162-3-1 du CSS précise que :

« L'objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de soins de suite et de réadaptation mentionné à l'article L. 162-23 est constitué des charges d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation couverts par les éléments suivants :

- 1° Les dotations et forfaits mentionnés à l'article L. 162-23-3 ;*
- 2° Les spécialités pharmaceutiques mentionnés à l'article L. 162-23-6 ;*
- 3° Les plateaux techniques spécialisés mentionnés à l'article L. 162-23-7 ;*
- 4° Les dotations finançant les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ;*
- 5° La dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation ;*
- 6° Les consultations et actes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26 et relatifs aux activités de soins de suite et de réadaptation ;*
- 7° Les forfaits techniques, fixés en application des dispositions de l'article L. 162-1-7, facturés par les établissements de santé mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 titulaires d'une autorisation administrative de fonctionnement d'un équipement matériel lourd en application des dispositions de l'article R. 6122-26 du code de la santé publique. »*

En application de l'article L. 162-23-4 du CSS :

« I. – Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

- 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;*
- 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;*
- 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu*

à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;

6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.

Sont applicables au 1^{er} mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.

Sont applicables au 1^{er} janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.

II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État. »

Aux termes de l'article R. 162-34-4 du CSS

« I. – Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêtent :

1° Le montant de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 ;

2° La part affectée aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;

3° La part affectée à la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.

II. – Le montant de l'objectif et des parts affectées mentionnés au I sont déterminés notamment en fonction de :

1° L'état provisoire et l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente ;

2° L'évaluation des charges des établissements ;

3° L'évaluation des gains de productivité réalisés et envisageables dans le secteur ;

4° Les changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés. »

L'article R. 162-34-5 du CSS dispose que :

« I. – Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné au I de l'article R. 162-34-4, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les éléments tarifaires mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 dans le respect de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23.