

Campagne tarifaire et budgétaire 2017

Nouveautés « financement des activités de SSR »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH, concernant notamment les nouveautés relatives aux modalités de financement des établissements de santé.

Pour 2017, la première a été publiée fin mars 2017 (Notice Technique n° CIM-MF-239-3-2017 du 30 /03/2017), présentant les nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire du champ MCO.

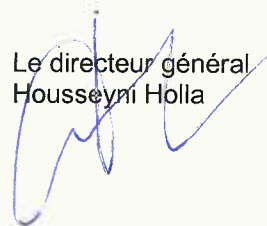
La présente notice, vise à informer les établissements de santé des modalités de financement du champ SSR pour l'année 2017.

Elle est composée de trois annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives au financement de l'activité de SSR et en précise les modalités de valorisation ;
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de versement relative à la dotation modulée à l'activité (DMA) ;
- l'annexe 3 apporte des compléments d'informations concernant les modifications apportées dans les outils de transmission des données d'activités.

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le directeur général
Housseyni Holla



Annexe 1

Nouveautés relatives au financement de l'activité SSR

Le cadre de financement de l'activité de SSR est précisé dans le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017¹ relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- l'arrêté² du 5 mai 2017 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R. 162-34-1 du même code ;
- l'arrêté³ du 5 mai 2017 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et aux 2° et 4° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « prestations » et l'arrêté « tarifaire ».

Les sujets traités dans cette annexe sont structurés autour des paragraphes suivants :

- Concepts de financement de l'activité SSR prévus par la LFSS pour 2017
- Principes généraux de valorisation économique de l'activité ;
- Les coefficients utilisés pour la valorisation de l'activité.

I. Concepts de financement de l'activité SSR prévus par la LFSS pour 2017

La réforme de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation est prévue par l'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Cet article prévoit une entrée en vigueur progressive du modèle de financement, à compter du 1^{er} mars 2017. Ainsi, les établissements de soins de suite et de réadaptation seront financés sur la base :

- D'une fraction majoritaire (90%) des anciennes modalités de financement : dotation annuelle de financement pour les établissements mentionnés au a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et sur la base de prix de journée et autres suppléments pour les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 du même code (établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national) ;
- D'une fraction minoritaire (10%) des nouvelles modalités de financement : fondées sur la part activité de la dotation modulée à l'activité prévue à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale⁴. Cette fraction sera appelée « fraction de tarifs »

Dans cette perspective, les anciennes modalités de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (dotation annuelle de financement d'une part et prix de journée et autres suppléments d'autre part) intégreront un mécanisme de minoration pour permettre la constitution de l'enveloppe liée à la fraction de financement issue des nouvelles modalités de financement des établissements.

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/6/AFSH1702718D/jo/texte>

² Arrêté prestations SSR (NOR : AFSH1713775A) :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=25A7D10B28322ED0159F17E11F85EAE3.tpdila20v_3?cidTexte=JORFTEXT00034634643&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000034630664

³ Arrêté tarifs SSR (NOR : AFSH1713787A) :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=25A7D10B28322ED0159F17E11F85EAE3.tpdila20v_3?cidTexte=JORFTEXT00034634682&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000034630664

⁴ La fraction entre les deux parts de financement est précisée dans l'arrêté tarifaire qui prévoit la répartition suivante :

- 90% des anciennes modalités de financement ;
- 10% des nouvelles modalités de financement.

Ce financement progressif sera mis en œuvre sur l'ensemble des composantes du modèle :

- La dotation modulée à l'activité (DMA) sera exclusivement constituée pour 2017 de la valorisation de l'activité à hauteur de la fraction de tarif ;
- L'activité et les consultations externes dont la valorisation au fil de l'eau est prévue selon une part cohérente avec la fraction représentant la DMA, soit 10% en 2017 ;
- Le compartiment plateaux techniques spécialisés (PTS) sera mis en œuvre progressivement selon un calendrier définie par l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Dans l'attente, le dispositif combinant anciennes/nouvelles modalités de financement s'appliquera. Ainsi, en 2017, les PTS seront financés par la DAF et par des crédits MIGAC (selon la même fraction que celle s'appliquant sur la DMA, soit 10%). Cette logique sera également appliquée pour les ateliers d'appareillage ainsi que pour les crédits finançant les unités cognito-comportementales (UCC) ;
- Le compartiment Molécules Onéreuses sera mis en œuvre progressivement selon un calendrier définie par l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Dans l'attente, est prévue la reconduction des modalités de financement mises en œuvre en 2016 (allocation, par voie de circulaire, d'une enveloppe nationale répartie au prorata des consommations, évaluées en masse, des MO déclarées dans FICHOMP).

Par ailleurs, un élargissement du compartiment MIGAC mis en place depuis 2016 est mis en œuvre et le modèle d'incitation financière à la qualité (IFAQ) intégrera en 2017 les activités de SSR.

Les éléments explicités dans la suite de cette annexe reposent sur l'arrêté « Prestation » et l'arrête « Tarifs ».

Ainsi, à compter du 1^{er} mars 2017, les activités de SSR bénéficieront d'un modèle de financement combinant les modalités historiques de financement à une dotation modulée à l'activité.

Toutefois, s'agissant de cette dotation modulée à l'activité, seule la part liée à l'activité sera déployée en 2017. Pour ce faire, seule une fraction des tarifs publiés (à hauteur de 10%) sera prise en compte à des fins de valorisation.

II.Principes généraux de valorisation de l'activité

Focus sur l'évolution des modalités de déclaration du nombre de journées de présence

Les modalités de calcul du nombre de journées de présence du patient en établissement de SSR évoluent à compter du 1^{er} mars 2017 et repose sur la présence du patient à minuit dans l'établissement.

Dès lors, seules seront prises en compte, pour la valorisation des séjours, les journées de présence effectives du patient à minuit dans l'établissement : les jours de permissions ne sont pas considérés.

A noter que le jour de sortie du patient n'est pas pris en compte, pour la valorisation des séjours, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.

S'agissant des hospitalisations de 0 jour, la présence à minuit n'est pas requise pour calculer le nombre de journées. Dans ce cas de figure, par convention, le nombre de journées est considéré à 1, même si le patient n'est pas présent à minuit.

A. Les GMT

Pour les prestations hospitalières avec ou sans hébergement, la valorisation de l'activité repose sur la classification des séjours SSR dans des groupes médico-économiques dits GME.

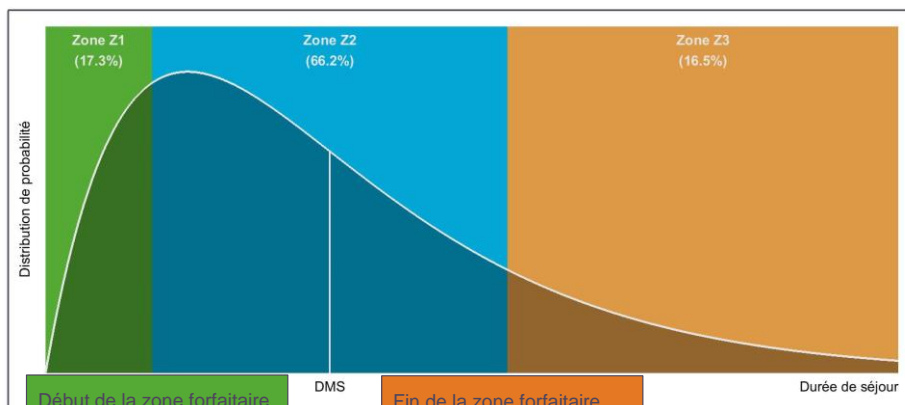
Cette classification est fixée par l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les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

Pour chacun des GME, correspond un forfait de séjour et de soins dénommé « groupe médico-tarifaire » (GMT), à l'exception de l'activité de soins palliatifs pour laquelle :

- au GME 2303A1 sont associés deux GMT :
 - o Le GMT 9501 lorsque la prise en charge a lieu dans un lit dédié aux soins palliatifs ;
 - o Le GMT 9500 sinon.
- au GME 2303B1 sont associés deux GMT :
 - o Le GMT 9503 lorsque la prise en charge a lieu dans un lit dédié aux soins palliatifs ;
 - o Le GMT 9502 sinon.
- au GME 2303C1 sont associés deux GMT :
 - o Le GMT 9505 lorsque la prise en charge a lieu dans un lit dédié aux soins palliatifs ;
 - o Le GMT 9504 sinon.

B. Les zones de financement

La valorisation de l'activité repose sur trois zones de financement : une zone dite basse, une zone forfaitaire, et une zone dite haute.



Dès lors, pour les GMT concernés, 6 informations sont requises pour la valorisation et présentes dans l'arrêté « Tarifs » :

- DZF : début de la zone forfaitaire
- FZF : fin de la zone forfaitaire
- TZB : tarif de la zone basse
- TZF : tarif de la zone forfaitaire
- SZB : supplément de la zone basse
- SZH : supplément de la zone haute

Pour les séjours d'hospitalisation complète ayant au moins une journée de présence

- **Valorisation du séjour en zone basse du GMT**

Lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est strictement inférieur au début de la zone forfaitaire, le séjour appartient à la zone de tarification dite basse.

Dans ce cas, la valorisation du séjour correspond d'une part au tarif de la zone basse auquel s'ajoute le supplément de la zone basse pour chaque journée de présence réalisée au-delà de la première. La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Si } nbjp < DZF, \text{valosej} = TZB + (nbjp - 1) * SZB$$

- **Valorisation du séjour en zone forfaitaire du GMT**

Lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est compris entre le début et la fin de la zone forfaitaire, le séjour appartient à la zone de tarification forfaitaire. Dans ce cas, la valorisation du séjour est égale au tarif de la zone forfaitaire.

La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Si } nbjp \in [DZF; FZF], \text{valosej} = TZF$$

- **Valorisation du séjour en zone haute du GMT**

Lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est supérieur strict à la fin de la zone forfaitaire, le séjour appartient à la zone de tarification dite haute. Dans ce cas, la valorisation du séjour est égale au tarif de la zone forfaitaire auquel s'ajoute un supplément de la zone haute pour toute journée de présence réalisée au-delà de la fin de la zone forfaitaire.

La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Si } nbjp > FZF, \text{valosej} = TZF + (nbjp - FZF) * SZH$$

Focus sur les séjours d'HC de 0 jour et les séjours HP

Plusieurs cas doivent être distingués en fonction du groupage dans un GME 0 ou non et en fonction de la nature de l'hospitalisation (HP ou HC). Les séjours d'HP sont valorisés en fonction du nombre de journées de présence en HP ou d'hospitalisation de nuit.

1. Groupage dans un GMT correspondant à un GME 0 : pour ces groupes, seul le TZF existe. La formule est la suivante :

$$\text{si le séjour est HC, valosej} = TZF$$

$$\text{si le séjour est HP, valosej} = nbjp * TZF \text{ avec } nbjp \text{ le nombre de journées de présence du RHA}$$

2. Groupage dans un GMT associé à GME autre que GME 0 :

$$\text{si le séjour est HC, valosej} = TZB$$

$$\text{si le séjour est HP, valosej} = nbjp * TZB \text{ avec } nbjp \text{ le nombre de journées de présence du RHA}$$

En cas de patients décédés, le séjour est a minima valorisé au tarif de la zone forfaitaire.

C. Cas des séjours de pédiatrie classés dans des GME non scindés sur l'âge

Les tarifs nationaux des groupes médico-tarifaires (GMT) correspondant à des groupes médico économiques (GME) appartenant à un groupe nosologique non scindé sur l'âge, listés en annexe IV de l'arrêté tarifaire, sont affectés d'un coefficient de 25% lorsque le patient pris en charge est âgé de moins de 18 ans.

D. Avances pour les séjours d'hospitalisation complète non clos ayant un nombre de journées de présence supérieur à 90 jours

L'ensemble des principes de valorisation des séjours d'hospitalisation complète décrits dans les paragraphes précédents s'applique dès lors que les séjours sont clos.

Cependant, compte tenu des durées de séjours parfois longues en SSR, et afin de ne pas créer de tensions de trésorerie, il a été convenu d'intégrer dans la valorisation des séjours un système d'avance. Lorsque le séjour est clôturé la valorisation est réalisée selon les principes explicités dans les paragraphes précédents, ce qui permet, compte tenu des transmissions cumulatives, de verser le différentiel.

La fonction groupage groupe les suites de RHA en HC, que ces dernières correspondent à des séjours clos ou non clos. Dans le cas de séjours clos, au GME correspondant est associé le GMT dit valorisable.

Dans le cas de séjours non clos, le GME affecté est dit temporaire et il n'y a donc pas de GMT associé quand le nombre de journées de présence est inférieur à 90 jours.

Pour les séjours non clos, ayant un nombre de journées de présence supérieur à 90 jours, une valorisation correspondant à une avance est effectuée. Elle repose sur un tarif journalier minimal. Dans ce cas, le GMT temporaire affecté est le 8888.

III. Les coefficients

A. Les coefficients géographiques

Les coefficients géographiques qui s'appliquent pour valoriser l'activité de SSR sont identiques à ceux utilisés pour l'activité de MCO, à savoir :

Valeur des coefficients géographiques à compter du 1^{er} Mars 2017

Zone géographique	Valeur du coefficient
2A Corse du Sud	11%
2B Haute Corse.....	11%
75 Paris.....	7%
77 Seine et Marne.....	7%
78 Yvelines.....	7%
91 Essonne.....	7%
92 Haut de Seine.....	7%
93 Seine saint Denis.....	7%
94 Val de Marne.....	7%

Zone géographique	Valeur du coefficient
95 Val d'Oise.....	7%
971 Guadeloupe.....	27%
972 Martinique.....	27%
973 Guyane.....	29%
974 Réunion.....	31%

B. Les coefficients de spécialisation

Les travaux techniques de construction du modèle ont mis en exergue un risque de sous-valorisation de l'activité de rééducation. En effet, les outils actuels sur lesquels se fonde le dispositif tarifaire doivent encore évoluer pour s'ajuster au mieux à l'activité de SSR.

Dans l'attente de ces évolutions, il a été décidé de créer un coefficient dit de spécialisation.

Ce coefficient est calculé au niveau de l'établissement et s'applique globalement sur l'ensemble de l'activité de l'établissement valorisée par les tarifs (cf. dispositif décrit *supra*).

Il tient compte du nombre de points de RR des séjours SSR. Ce nombre de points est égal à la somme des pondérations des actes de RR (CSARR et CCAM) de l'établissement.

Ce coefficient est calculé en se fondant sur les données d'activités PMSI 2016.

Il consiste à rehausser, la valorisation de l'établissement proportionnellement au nombre de points de RR. Cette majoration vaut *a minima* 0.35 par point de RR, et dépend du casemix de l'établissement.

A titre d'illustration, voici l'exemple théorique d'un établissement ayant une activité de SSR avec un coefficient de spécialisation. Dans ce cas, la valorisation de l'activité de l'établissement est supérieure à celle qu'il aurait perçu sans coefficient, l'écart valant un tiers des points de RR.

GME	Tarif	N	Valorisation sans coefficient	Valorisation avec coefficient
1	100	200	20 000	24 000
2	150	300	45 000	54 000
3	300	100	30 000	36 000
Total			95 000	114 000
Majoration				+19 000
			Points de RR	54 200
			CS	1.2

C. Les coefficients de transition

Pour l'ensemble des établissements, un mécanisme de transition est mis en place dès 2017. Ce mécanisme consiste à limiter les effets revenus induits par l'introduction de la DMA.

Ce coefficient est calculé sur la base des données d'activités PMSI SSR 2016.

Il répond au principe suivant : « La valorisation des données d'activités 2016 selon les règles définies dans le cadre de la campagne 2017 (valorisation basée sur les tarifs 2017 intégrant les coefficients géographiques, de spécialisation et honoraires pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code

de la sécurité sociale) affectée du coefficient de transition doit conduire à un niveau de recettes DMA ne variant pas à la baisse de plus de 1% de la recette réelle 2016 versées pour les mêmes prestations. »

Dès lors, la présence de ce coefficient limite la variation de recettes globale à -0,10% maximum. En effet, le principe porte sur une variation de recettes limitée à -1% de la part DMA, elle-même limitée à 10% cette année, soit un impact maximum de -0,1% (à activité constante et hors effets de la campagne 2017).

Ci-dessous un exemple illustratif partant d'un établissement perdant ayant un niveau de recettes DAF reconductibles de 100 000€.

Précisions	Intitulés	Lettres	Formules de calcul	Valeurs
Données d'entrée	DAF 2016 R	A		100 000
	ACE à 100% (informations issues des remontées PMSI 2016)	B		11
Décomposition des recettes modèle 2017				
	DAF correspond aux mois de janvier/février (R)	DAF 01/02	$=2/12*(A-B)+B*0,9*2/12$	16 666,48
il s'agit des activités PTS / AA financés par deux vecteurs DAF et MIG	DAF aux mois de mars à décembre (R)	DAF 03/12	$=10/12*(A-B)+B*0,9*10/12$	75 000,00
	dont DAF 03/12 périmètre complément MIGAC (hors NR)	DAF 03/12 MIGAC		500,00
il s'agit des séjours financés par deux vecteurs DAF et DMA	dont DAF 03/12 périmètre complément DMA	DAF 03/12 DMA		74 491,75
il s'agit des ACE financés par deux vecteurs DAF et Activité ACE	dont DAF 03/12 périmètre complément ACE	DAF 03/12 ACE	$=B*0,9*10/12$	8,25
	ACE (1/01)			1,10
	DMA estimée (application des tarifs 2017) avant coef de transition = 10% de la valorisation	DMA brute		5 000,00
	DMA DAF théorique	DMA DAF	$=DAF 03/12 DMA / 0,9*0,1$	8 276,86
	variation de recettes DMA recettes DMA capées à 1%	C	$=DMA\ brute / DMA\ DAF$ $=DMA\ DAF *(1-1\%)$	-39,6%
	coef de transition calculé périmètre DMA	CT	$=C / DMA\ brute$	1,64
	recettes établissement (à compter 1/03) hors ACE		$=DAF\ 3/12 - DAF\ 03/12\ ACE + DMA\ brute * CT$	83 185,84
	variation de recettes DAF/DMA à compter 1/03			-0,10%

D. Le coefficient « honoraire »

Pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, le périmètre des tarifs des GMT comprend l'ensemble des dépenses relatives aux prestations hospitalières, que ces dépenses soient actuellement imputées sur l'ONDAM hospitalier ou sur les soins de ville car facturées directement à l'assurance maladie par les professionnels de santé dans le cadre de leur activité libérale.

Le nouveau modèle de financement mis en place pour l'année 2017 ne remet pas en cause les modalités de facturation. Ainsi, les honoraires continueront d'être facturés directement à l'AM dans leur totalité.

Toutefois, pour éviter un double paiement, du fait du périmètre des tarifs des GMT, un coefficient d'ajustement est calculé par établissement. Il s'applique à l'ensemble de l'activité SSR de l'établissement. Il fait en sorte que la valorisation économique de l'activité par le tarif soit diminuée de la quote-part des honoraires facturée directement à 100% à l'AM.

Les données utilisées pour le calcul de ce coefficient sont les données de facturation issues du SNIIRAM (vues à fin février 2017). Sur douze mois glissants (1/11/2015 au 31/10/2016), elles fournissent pour chaque établissement, le montant remboursé au titre des prestations hospitalières et le montant remboursé au titre des honoraires.

Le coefficient est donc égal à :

$$\text{coef hono} = \frac{\text{montant remboursé des prestations hospitalières}}{\text{montant remboursé des prestations hospitalières} + \text{montant remboursé honoraires}}$$

E. Le coefficient prudentiel

Pour l'ensemble des établissements, le coefficient prudentiel est fixé à 0,7%.

IV. Modalités de calcul de la DMA

Compte tenu des éléments explicités ci-dessus, les recettes DMA pour l'année 2017 seront obtenues :

- Sur la base des principes de valorisation de l'activité
- En appliquant les différents coefficients décrits dans le paragraphe III
- Avec une fraction de tarifs à 10%
- En tenant compte des droits du patient au travers du taux de remboursement Assurance Maladie

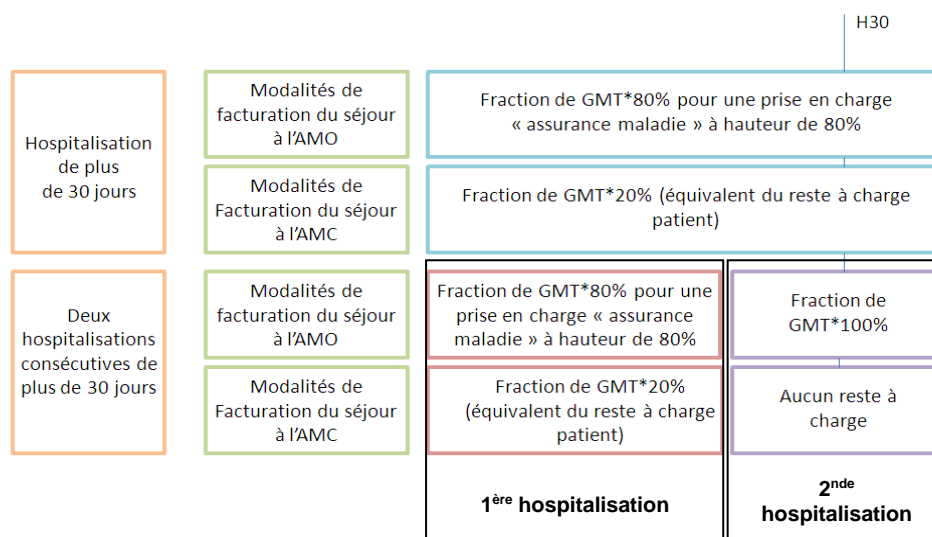
La formule s'écrit ainsi :

$$DMA = \left(\sum \text{valosej} * TR \right) * \text{coefficients SSR} * FT$$

Avec TR= taux de remboursement et FT= fraction de tarifs (=10%)

Focus sur les taux de remboursement pour des prises en charge successive

A noter que si au cours de la prise en charge d'un patient, deux séjours consécutifs ont lieu et que le nombre de jours de présence du patient dépasse les 30 jours, alors le patient est exonéré de ticket modérateur pour le deuxième séjour. Le deuxième séjour est ainsi intégralement pris en charge par l'assurance maladie.



NB : dans l'exemple ci-dessus, les règles de calcul relatives aux modalités de facturation du reste à charge se fondent sur le GMT. Or pour 2017, le calcul du RAC reste fonder sur les PJ pour les cliniques ex OQN et TJP pour les établissements ex-DAF (cf. paragraphe VII.)

A noter par ailleurs que l'exemple ci-dessus se fonde sur une facturation du séjour à l'AM. Cependant, dans la pratique, le reste à charge est facturé au patient et peut éventuellement être prise en charge en tout ou partie par l'assurance maladie complémentaire, si le patient en bénéficie.

Le ticket modérateur associé à la prestation « SZH » suit les modalités de facturation du ticket modérateur associé au GMT dont il relève, sauf en cas de dépassement de la borne H30. Dès lors que la prise en charge du patient (séjour unique ou successif) dépasse 30 jours, la prestation SZH est prise en charge intégralement par les régimes obligatoires. Aucun TM n'y est associé.

V. Facturation des actes et consultations externes

- **S'agissant des établissements financés sous DAF**

Les ACE seront valorisés à hauteur de 10% du tarif CCAM ou NGAP pour l'ensemble des actes ou consultations réalisés à partir du 1er janvier 2017, et ce en cohérence avec le déploiement de la DMA en 2017.

- **S'agissant des établissements financés sous OQN**

Ces établissements continueront à facturer les actes et consultations externes réalisés par leurs praticiens salariés sur la partie basse du bordereau S3404.

Il n'y a pas de changement par rapport à la pratique actuelle de facturation des ACE pour ces établissements.

VI. Cas particulier des patients AME / SU

Le maintien à titre principal des modalités de financement antérieur en 2017 implique un maintien intégral des modalités de financements des patients AME / SU antérieures dans l'attente de la mise en œuvre du modèle cible, au 1er mars 2018.

Ainsi, jusqu'à cette date, les séjours AME / SU font l'objet :

- **S'agissant des établissements sous DAF** : d'une facturation sur la base du TJP
= durée du séjour * (TJP*1)
- **S'agissant des établissements sous OQN** : d'une facturation sur la base du prix journée (auquel s'ajoute éventuellement d'autres supplément forfaitaire)
= durée du séjour * (PJ*1)

Avec durée du séjour égale à date de sortie – date d'entrée

VII. Reste à charge

Que ce soit pour les établissements relevant de l'OQN comme pour ceux financés historiquement par de la DAF, les modalités de construction du reste à charge sont inchangés.

Ainsi, le prix de journée, tel que fixé dans l'avenant tarifaire au CPOM, demeure la base de référence du ticket modérateur dans les établissements ex OQN.

De même, le ticket modérateur demeure fondé sur le TJP s'agissant des établissements ex DAF.

Annexe 2

Modalités techniques de versement de la DMA

Si juridiquement, la date de mise en œuvre de la réforme est fixée au le 1^{er} mars 2017, il n'en demeure pas moins que c'est en juillet que les circuits de versement seront effectifs.

Concrètement, cela sous-tend que jusqu'à cette date, les établissements demeureront financés en fonction des modalités de financement historiques.

En juillet, les circuits de versement seront déployés et permettront au modèle de financement mixte d'être pleinement mis en œuvre, avec une application rétroactive au 1^{er} mars 2017.

Deux opérations seront ainsi réalisées en juillet :

- D'une part, les établissements se verront verser les ressources correspondant au nouveau modèle de financement, à savoir la DMA ;
- D'autre part, les ressources provenant des anciennes modèles de financements seront minorées :
 - S'agissant des établissements sous DAF, le niveau de la dotation annuelle pour 2017 aura été notifié et les régularisations s'opéreront sur les douzièmes de versement restant à verser entre les mois de juillet et de décembre ;
 - S'agissant des établissements sous OQN, les factures correspondantes aux prestations réalisées à compter du 1^{er} juillet feront l'objet d'une minoration par application d'un coefficient dédié (concernant les factures afférentes aux prestations réalisées entre le 1^{er} mars et le 30 juin, une régularisation du « trop-perçu » s'effectuera à travers une diminution de la DMA de chaque établissement).

La concomitance de la mise en œuvre de ces mécanismes a pour objectif de ne pas générer d'impact en termes de trésorerie pour les établissements.

La présente annexe a pour objet de définir ces modalités pratiques.

I. Dispositions communes à l'ensemble des établissements : le versement de la DMA en 2017

L'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit que la part financée en dotation modulée à l'activité (DMA) soit valorisée par l'ATIH pour l'ensemble des établissements de santé.

Les ressources correspondant à cette dotation ne seront pas versées mensuellement en fonction des données d'activité remontées par les établissements et validés par les ARS le mois précédent. En effet, le temps que les données aient été validées et soient disponibles à des fins de valorisation, il y aurait eu plusieurs mois durant lesquels les établissements auraient été privés d'une partie de leur ressource.

Afin de pallier à cette difficulté, il a été acté de véhiculer ces recettes de la manière suivante :

Pour l'ensemble des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (sous DAF et OQN), la part de financement en DMA (ainsi que les recettes correspondantes aux actes et consultations externes réalisés par les établissements sous DAF) sera notifiée à travers l'arrêté portant notification des dotations MIGAC, DAF, du forfait global de soins USLD et des forfaits annuels.

- Pour chaque établissement, l'ATIH définira un montant théorique de part activité de la DMA sur la base de l'activité réalisée en 2016 et des tarifs de l'année 2017, à charge pour les DG d'ARS de les notifier à chaque établissement ;
- La DMA sera ainsi versée par dixième correspondant aux mois de mars à décembre 2017, sur la base d'un montant théorique tout d'abord puis sur la base du montant régularisé en fonction des données d'activité PMSI SSR transmises en 2017.

- Pour l'ensemble des établissements, le montant sera versé en une seule fois le 5 de chaque mois par la CPAM ou le dernier jour ouvré précédant cette date si ce jour n'est pas ouvré.
- Ce montant théorique sera corrigé en fonction des données d'activités cumulées, remontées par les établissements. Cette correction se matérialisera à travers la notification, par établissement, d'une nouvelle DMA fixée au titre de l'année 2017, remplaçant la précédente notification. La régularisation sera lissée sur les 10^{ème} de DMA restant à verser.

Il sera définitivement corrigé en mars 2018, sur la base des remontées d'activité cumulées des établissements du 1er mars au 31 décembre 2017.

Comme pour les autres dotations, le niveau de DMA notifié et versé devra être renseigné, pour chaque établissement, par les ARS dans le dispositif HAPI.

Pour l'ensemble des établissements, le montant de la DMA théorique devra être arrêté et notifié au plus tard le 20 juin 2017.

Ce montant devra être arrêté concomitamment à la fixation, par établissement, des coefficients de spécialisation et de transition, ainsi que du coefficient honoraire pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Focus sur les modalités de construction de la DMA théorique

- Cette dotation est calculée sur la base de l'activité transmise en 2016 par les établissements dans les conditions définies à l'arrêté 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale

Ce montant tient compte notamment des coefficients de transition, du coefficient prudentiel ainsi que des coefficients majorants (géographique et de spécialisation).

Pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ce montant tient également compte :

- du coefficient honoraire (cf. supra) ;
- du dispositif de régularisation du trop-perçu, inhérent à la non application du coefficient « frais de séjour », pour les prestations facturées entre le mois de mars et le mois précédent la notification de la DMA (cf. infra).

Ce montant est calculé de manière à couvrir 10 mois d'activité.

- S'agissant des établissements dont les données d'activités remontées pour l'année 2016 présentent des atypies (absence de remontée d'activité, remontée partielle, création ou suppression d'unité) : la DMA théorique sera calculée de manière à ne générer de variations importantes pour l'ES.

Ainsi, à titre d'illustration, un ES n'ayant pas pu transmettre ses données d'activités en 2016 se verra notifier une DMA théorique dont le montant sera fonction d'un pourcentage de ces recettes assurances maladies perçues au titre de l'année 2016.

I. Modalités prévisionnelles de mise en œuvre du versement de la DMA pour les établissements financés par dotation annuelle de financement

A. Concernant la fraction fondée sur les anciennes modalités de financement

Les douzièmes de DAF SSR continueront à être versés sur la base d'une notification annuelle (véhiculée à travers l'arrêté dotation), selon le calendrier habituel de versement prévu par l'article 7 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale :

- 60 % de l'allocation, le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;
- 15 % de l'allocation, le cinquième jour du mois suivant ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;
- 25 % de l'allocation, le quinzième jour du mois suivant ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Tant que les ARS n'ont pas notifié aux établissements le niveau des dotations DAF SSR 2017, les CPAM continuent à verser aux établissements des avances sur la base du dernier niveau de dotation n-1 connu (à savoir la troisième circulaire 2016).

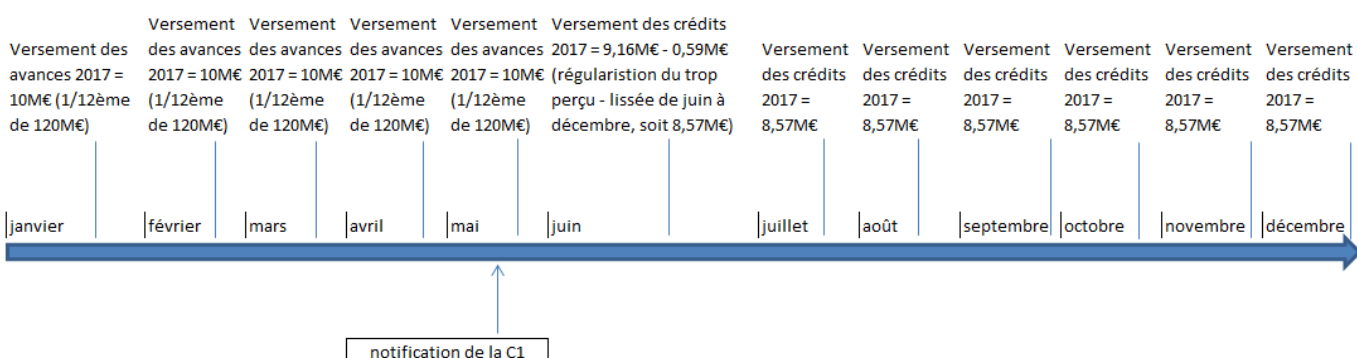
Ainsi, de janvier jusqu'au mois précédant la notification des dotations 2017, les établissements continueront de percevoir des dotations égales à 1/12èmes des notifications effectuées au titre de 2016.

Dès notification du niveau de DAF SSR 2017 par établissement, les douzièmes de DAF SSR feront l'objet d'une régularisation.

A titre d'illustration, pour une DAF SSR à 120M€ en 2016, hors mesures d'économies et de périmètres, la DAF SSR 2017 pourrait être égale à 110M€ (soit 2/12ème de DAF correspondants à la dotation notifiée en 2016, et 10/12ème minorés de 10% pour constituer la DMA).

Dans cette perspective, le calendrier de régularisation (et les montants à régulariser) seraient les suivants :

niveau de DAF/ MIGAC versé en 2016 = 120M€
niveau de DAF/ MIGAC versé en 2017 = 110M€



B. Concernant la fraction fondée sur les nouvelles modalités de financement

Au sein de l'arrêté portant notification des dotations MIGAC, DAF, du forfait global de soins USLD et des forfaits annuels, deux nouvelles lignes devront être identifiées :

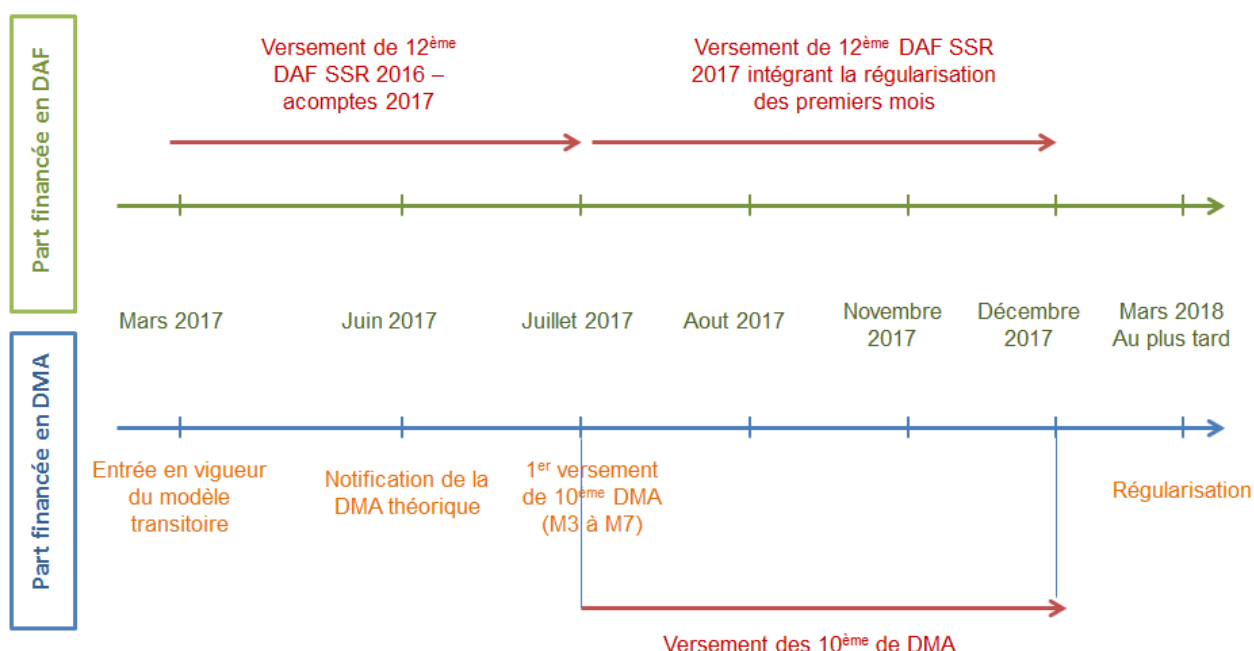
- Une ligne relative au versement de la dotation modulée à l'activité (DMA) ;
- Une ligne relative au versement des actes et consultations externes (ACE).

Les montants théoriques de DMA et de versement des ACE initialement arrêtés seront actualisés en cours d'année en fonction des remontées d'activité cumulées.

Les versements au titre de la part de financement en dotation modulée à l'activité devront ainsi s'effectuer par dixième tous les 5 du mois.

Les montants de DMA théorique seront actualisés (suivant un rythme restant à définir) et régularisés au plus tard en mars 2018 pour la période 2017 (M12).

Calendrier prévisionnel des versements des établissements sous DAF :



En résumé, les effets de la dotation annuelle de financement 2017, c'est-à-dire la DAF minorée de 10%, entreront en application concomitamment au versement des premiers dixièmes de DMA.

II. Modalités prévisionnelles de mise en œuvre du versement de la DMA pour les établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national

A. Concernant la fraction fondée sur les anciennes modalités de financement

Les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale continueront à facturer leurs prix de journée et autres suppléments sur la base des tarifs inscrits dans les avenants tarifaires au CPOM, directement à l'assurance maladie.

Afin de constituer l'enveloppe afférente à la DMA, ces factures feront l'objet d'une minoration.

Si juridiquement la date de mise en œuvre de la réforme a été fixée au 1er mars, il n'en demeure pas moins que les factures, pour des raisons pratiques, n'ont pu être minorées à cette date. Une régularisation sera néanmoins opérée (cf. infra : synthèse sur la régularisation au titre de la non application du coefficient « frais de séjour »).

Campagne OQN SSR

Comme chaque année, les prix de journées (PJ) devront être réévalués dans le cadre de la campagne tarifaire des établissements de santé financés sous objectif quantifié national.

L'évolution de ces prix de journées ne devra résulter que de la fixation du taux d'évolution régional SSR (voir en ce sens l'arrêté du 5 mai 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale).

Autrement dit, ces nouveaux prix de journée ne devront pas tenir compte de l'application du coefficient « frais de séjour », qui ne vient à s'appliquer que sur la facture transmise par l'établissement (et n'a donc aucune incidence sur la valeur unitaire du forfait).

A l'instar de chaque campagne, cette réévaluation a un caractère rétro actif (application au 1er mars). Pour des raisons tenant à la régularisation du « trop-perçu »⁵, il importe que l'actualisation des avenants tarifaires, dans lesquels sont fixées les valeurs de ces prix de journée, soit la plus rapide possible.

1. Périmètre prévisionnel du coefficient « frais de séjour »

Le périmètre des prestations concernées par cette minoration correspond aux prestations mentionnées à l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale et définies par l'arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code :

PJ	prix de journée
ENT	forfait d'entrée
SSM	forfait de surveillance médicale
PMS	forfait PMSI
SHO	supplément pour chambre particulière (sur prescription médicale imposant l'isolement d'une chambre particulière)
SNS et FS	forfait de séance de soins (alternatives à l'hospitalisation complète)
PHJ	forfait de médicaments
TSG	forfait de transport de produits sanguins labiles

Le coefficient de minoration s'appliquerait ainsi à l'ensemble de ces prestations facturées à l'Assurance maladie.

Selon le calendrier prévisionnel précité, le coefficient « frais de séjour OQN » sera effectivement mis en œuvre à compter du 1^{er} juillet 2017.

⁵ Égal au différentiel entre la valeur des PJ issus de la campagne OQN 2016 et la valeur des mêmes PJ issus de la campagne OQN 2017, multiplié par le nombre de PJ facturé entre le 1^{er} mars 2017 et la date à laquelle la valeur de ces PJ aura été actualisée.

2. Modalités d'application des modalités transitoire de financement aux séjours dits « à cheval »

a) S'agissant des séjours à cheval au 1er mars 2017

Pour rappel, s'agissant des séjours clos avant le 1er mars 2017, le financement sera exclusivement fondé sur les anciennes modalités, c'est-à-dire à travers la dotation annuelle de financement pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et ou à travers un prix de journée pour les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

S'agissant des séjours clos après le 1er mars 2017, il sera fait application des modalités de financement transitoires, fondées sur une fraction majoritaire des anciennes modalités et une fraction minoritaire de dotation modulée à l'activité.

Autrement dit, l'intégralité d'un séjour dont la date de clôture est postérieure au 1er mars (y compris donc les séjours ayant débuté avant le 1er mars) sera pris en compte dans le calcul de la DMA de l'établissement.

Si cette modalité de financement des séjours dit « à cheval » au 1^{er} mars 2017 ne soulève pas de difficulté pour les établissements financés sous DAF, son application dans le secteur des établissements sous OQN nécessite les explications suivantes.

- Pour des raisons pratiques, les factures associées à ces séjours n'ont pas été minorées par application du coefficient « frais de séjour » (celui-ci n'entrant en application qu'à compter du mois suivant la notification de la DMA, soit le 1^{er} juillet selon le calendrier précité).
- Cette « non application » est de nature à générer un trop perçu pour l'Assurance maladie : ces séjours sont en effet d'une part financés à travers un prix de journée, non minorés, et d'autre part pris en compte dans le calcul de la DMA de l'établissement.

Ce trop perçu sera régularisé et viendra ainsi s'imputer dans les flux de versement « DMA » de chaque établissement.

b) S'agissant des prestations réalisées entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juillet

Le premier versement de DMA devrait intervenir le 5 juillet 2017 (dans l'hypothèse d'une notification avant le 20 juin).

Dans l'attente et afin de ne générer aucune difficulté en terme de trésorerie, les établissements continueront à facturer à l'assurance maladie leurs prestations, sans application du coefficient « frais de séjours ».

A l'instar des séjours à cheval au 1^{er} mars 2017, les effets liés à la non application de ce coefficient aux factures transmises entre le 1^{er} et le 30 juin seront pris en compte à travers le flux de versement « DMA ».

Synthèse sur la régularisation au titre de la non application du coefficient « frais de séjour »

Les effets liés à la reprise correspondant à la minoration non mise en œuvre sur les mois de mars à juin (intégrant les séjours à cheval au 1^{er} mars) seront lissés au travers des versements en dixième de DMA.

En effet, afin de lisser au maximum cette régularisation, cette minoration sera traitée dès notification de la DMA théorique. L'opération se basera ainsi sur les données d'activité n-1.

Cette minoration fera l'objet d'une régularisation en cours d'année, lorsque les données « réelles » 2017 seront disponibles.

c) Les séjours à cheval au 1er juillet 2017

S'agissant des séjours à cheval au 1er juillet 2017, il est demandé que les factures associées identifient deux lignes :

- une ligne sans minoration pour les PJ (et autres suppléments) réalisés jusqu'au 30 juin ;
- une seconde ligne avec les PJ réalisés à compter du 1er juillet, pour lesquels la minoration devra être effective.

Ainsi, l'ensemble des factures se référant à des prestations réalisées à compter du 1^{er} juillet devront être minorées du coefficient « frais de séjour ».

B. Calendrier prévisionnel de versement

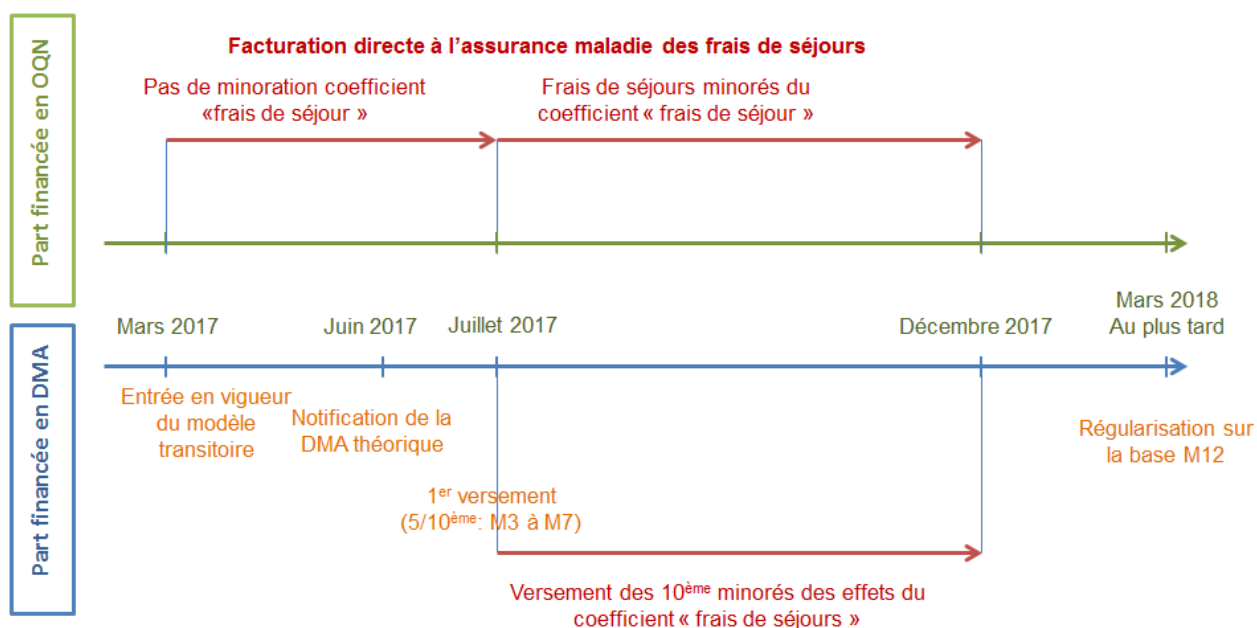
Au sein de l'arrêté portant notification des dotations MIGAC et des forfaits annuels MCO, une nouvelle ligne devra être identifiée (relative au versement de la dotation modulée à l'activité).

Le montant théorique de DMA initialement arrêté sera actualisé en fonction des remontées d'activité cumulées en 2017.

Les versements au titre de la part de financement en dotation modulée à l'activité devront ainsi s'effectuer par dixième tous les 5 du mois.

Les montants de DMA théorique seront actualisés (suivant un rythme restant à définir) et régularisés au plus tard en mars 2018 pour la période 2017 (M12).

Calendrier prévisionnel des versements DMA + facturation des frais de séjour sur 2017 :



Ces modalités de financement permettent de prévenir des difficultés de trésorerie pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Annexe 3

Modifications des outils permettant aux acteurs de disposer de l'information relative à la valorisation de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires concernant les outils de transmission d'activité et de préciser les calendriers.

I. Nouveaux tableaux OVALIDE

Depuis la période d'activité relative aux trois premiers mois 2017, les outils servant au groupage PMSI SSR intègrent les informations nécessaires à la valorisation de l'activité. Sont notamment identifiés :

- Les suites de RHA correspondant à des séjours clos
- Le GME et GMT pour les séjours valorisables
- Pour les séjours non clos, le GME renseigné est dit temporaire. Pour ceux ayant plus de 90 jours de présence, le GMT renseigné est le 8888, pour les autres il n'y a pas de GMT renseigné.
- L'appartenance à la zone basse de financement (cette information est renseignée si le séjour a un nombre de journées de présence inférieur au début de la zone forfaitaire du GMT dans lequel il est classé)
- Le nombre de journées de présence dans la zone basse
- Le nombre de journées de présence de la zone forfaitaire
- Le nombre de journées de présence de la zone haute

Il est rappelé que si au moins un RHA d'HP SSR est groupé en erreur alors toute la suite de RHA est groupée en erreur. Cependant, le RHA à l'origine de l'erreur est repérable

Afin de permettre à chaque établissement et ARS de visualiser les résultats issus de la valorisation de l'activité, de nouveaux tableaux OVALIDE SSR « valorisation » ont été créés.

Un premier sous-ensemble permet de visualiser l'effectif des séjours faisant l'objet de valorisation. Les motifs de non valorisation pouvant être les séjours clos avant le 01/03/2017, les séjours non clos ayant moins de 90 jours de présence, les séjours classés en erreur, les prestations inter-établissements et les séjours présentant des problèmes divers dans le fichier ANO. Un tableau présente le casemix des séjours non valorisés en distinguant les séjours clôturés avant le 01/03/2017.

Enfin, des tableaux permettant d'analyser la qualité des informations transmises et utilisées pour la détermination de la part AM.

Un second sous-ensemble de tableaux sert à visualiser les résultats des séjours faisant l'objet d'une valorisation ou d'une avance. Ainsi, la répartition des séjours selon les trois zones de financements est fournie en effectif et en montant base de remboursement (BR). Ces tableaux sont distingués selon les types d'hospitalisation. Le montant base de remboursement correspond à une valorisation à 100% par le tarif sans intégration du coefficient de transition ni du coefficient de prudentiel mais en considérant les coefficients géographiques, de spécialisation et honoraires.

Des tableaux récapitulatifs ont été ajoutés restituant les effectifs pour chaque item suivant :

- Zone basse : Dont nombre de suppléments journaliers de la zone basse
- Zone forfaitaire
- Zone haute : Dont nombre de suppléments journaliers de la zone haute.

Pour chaque élément sont présentés, le montant en base de remboursement (BR), le montant en base de remboursement intégrant le coefficient prudentiel et le montant remboursé correspondant à 10% de la part AM du montant BR après application des coefficients prudentiel et de transition.

Enfin, un tableau de synthèse présente l'écart entre la DMA calculée à partir des données transmises pour la période d'activité et la DMA notifiée ramenée à la période considérée. Ces écarts permettront d'ajuster la DMA notifiée.

Un tableau spécifique pour les séjours des patients bénéficiaires de l'AME a été créé.

Ces tableaux seront disponibles pour la période correspondant à la transmission des données d'activités des cinq premiers mois (M5) de 2017.

II. Visualiser l'ensemble des recettes pour chaque suite de RHA.

En complément des tableaux OVALIDE, l'ATIH mettra à disposition des établissements un outil « Visual valo SSR ».

Pour chaque suite de RHA valorisée en HC SSR ou chaque RHA valorisé en HP SSR, l'outil permettra :

- Pour les établissements DAF: d'afficher les éléments de valorisations (en fonction de la zone de financement) et les éléments permettant d'avoir la part AM (informations issues de Vidhosp)
- Pour les établissements OQN: d'afficher les mêmes informations que celles définies pour les établissements ex-DAF mais en ajoutant également des informations agrégées issues du RSF pour avoir une vision complète des recettes pour la suite de RHA considérée (ancienne et nouvelle modalités).

Il s'agit d'un outil, utilisable au sein de l'établissement uniquement (fichier à télécharger et à installer sur le même poste que celui où se situe Agraf). Cet outil restitue, dans un fichier csv, les informations décrites ci-dessus en partant de l'identification du numéro administratif de séjour et du numéro d'entrée.

Il sera disponible au plus tard fin juin 2017.