



Nos données
au service
de la Santé

NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT

SMR

30 AVRIL 2024

WEBINAIRE

Préambule

Le Webinaire est enregistré : l'enregistrement sera déposé prochainement sur le site internet de l'ATIH. Le lien sera également transmis par mail à tous les participants.

Une FAQ sera rédigée sur la base des questions posées lors du séminaire et sera mise en ligne sur le site internet de l'ATIH : pensez à adresser vos questions à « **tous mes contacts** » au sein du chat.

Une notice de financement sera publiée dans les semaines à venir.

Plan de la Présentation



Modèle de financement : Objectifs et Principes

Valorisation de l'activité : Méthode et Restitution

Modalités d'application de la réforme : 2023 et à partir de 2024

MODELE DE FINANCEMENT

1. Réforme : Pourquoi et Pour Quoi ?
2. Combinaison des modalités de financement
3. Les différents compartiments



Une réforme de financement, pourquoi ?

Une hétérogénéité entre les territoires

- Taux de recours
- Taux d'équipement
- Niveau de financement



Les écarts sur la disponibilité de l'offre aboutissent de fait à des disparités dans l'accès aux soins



Les principes majeurs de la réforme

- D'harmoniser les modalités de financement entre secteurs et territoires
- De combiner plusieurs modalités de financement pour associer la reconnaissance en temps réels des dynamiques d'activité et la réponse aux besoins de santé



Une réforme de financement, pour quoi ?

Apporter une réponse plus adaptée aux besoins de prise en charge en SMR et soutenir la transformation

Le futur financement combiné des établissements SSR associe

Pour quel objectif ?

La reconnaissance en temps réel des dynamiques d'activité, basée sur un outil de description amélioré

Maintenir la réactivité des établissements tout en responsabilisant les acteurs et en agissant sur la pertinence des prises en charge

La prise en compte du besoin de santé réel des territoires, indépendamment de la structuration actuelle de l'offre

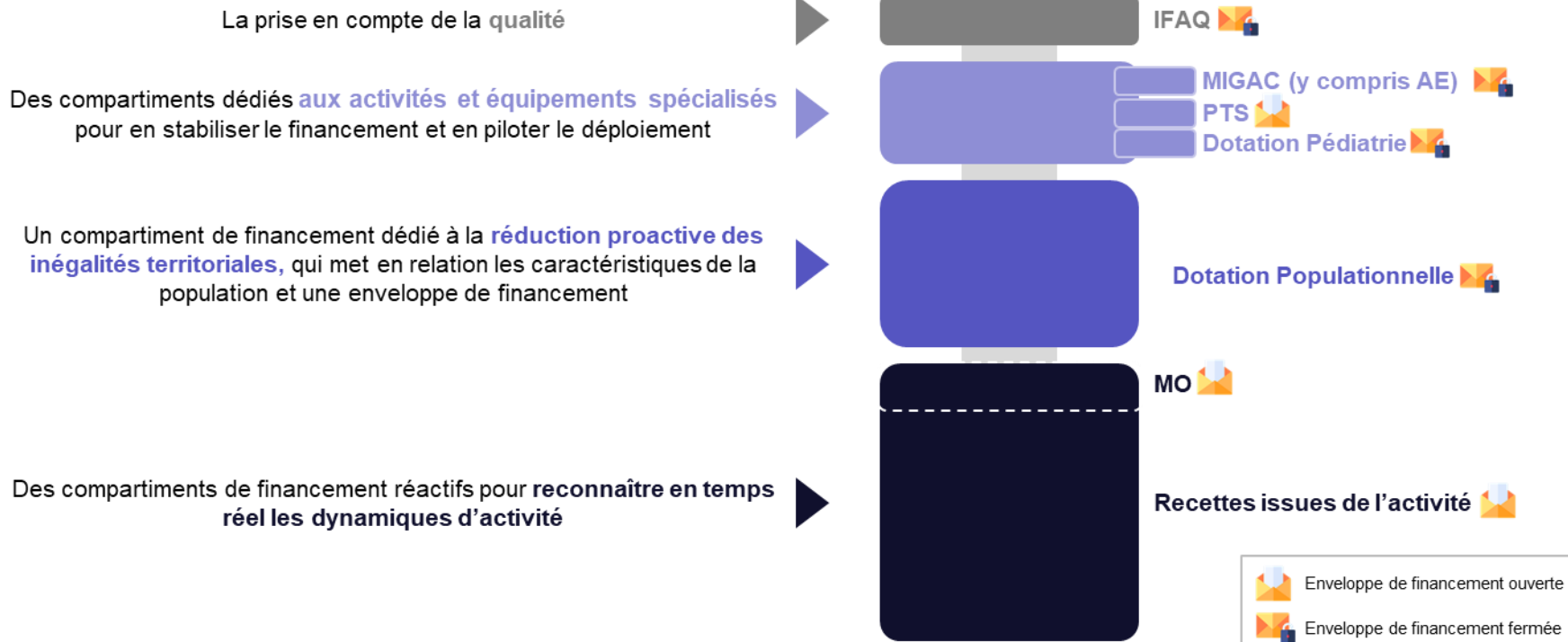
Réduire les inégalités régionales et donner aux acteurs territoriaux les leviers financiers nécessaires à la transformation de l'offre, en réponse à des besoins et des pratiques en évolution constante

Une attention particulière portée aux activités d'expertise et équipements spécialisés

Stabiliser le financement et piloter le déploiement des structures et équipements très spécialisés

La prise en compte de la qualité

Renforcer les démarches qualité au sein des établissements



Pourquoi n'affichez-vous pas les poids des différents compartiments ?

Les poids habituellement affichés (50% activité, etc...) sont les poids qui peuvent être observés en construction à l'échelle nationale. À l'échelle de votre établissement, la réalité peut être différente et la combinaison des recettes peut donc s'éloigner du modèle national. Aussi ce dernier ne doit pas constituer une cible pour votre compréhension des résultats.



Compartiment activité

Objectif

- Financer l'activité au fil de l'eau pour rendre compte des dynamiques d'activité, en intégrant une meilleure prise en compte de la réalité des prises en charge

Principes de construction

- Au national correspond à 50% des recettes propres à chaque secteur
- Pour l'hospitalisation, repose sur la base de la classification médico-économique

Prestations

- Tarifs GMT permettant de financer les séjours d'HC et les journées d'HDJ
- Suppléments transports facturables en sus des GMT
- Actes et consultations externes (ex-DAF)

Modalités d'application

- Arrêté versement pour le secteur ex-DAF (valorisation ePMSI)
- Facturation directe à l'Assurance Maladie pour le secteur ex OQN



Liste en sus

Objectif

- Faciliter la prise en charge de patients nécessitant des traitements spécifiques et onéreux qui ne peuvent être financés dans le cadre des recettes issues de l'activité de soins, car leur administration est hétérogène entre les patients pour une même prise en charge.

Prestations

- Liste MCO
- Liste SMR
- Liste AP/AC

Modalités d'application

- Arrêté versement pour le secteur ex-DAF (valorisation ePMSI)
- Facturation directe à l'Assurance Maladie pour le secteur ex-OQN



Quels sont les critères d'éligibilité d'inscription des molécules à la liste spécifique aux SMR ?

L'inscription d'une ou plusieurs indications d'une spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché sur la liste dédiée aux SMR est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions suivantes :

- Le niveau de service médical rendu de la spécialité est majeur ou important.
- Un rapport supérieur à 30 % est constaté entre le coût moyen journalier estimé du traitement et les recettes moyennes du champ SMR

L'inscription sur la liste doit être sollicitée par l'industriel concerné.



Dotation Populationnelle

Objectif

- Mettre en relation un besoin de prise en charge en SMR déterminé à partir de caractéristiques territoriales avec une enveloppe de financement
- Réduire les inégalités territoriales

Modalités d'application

- Une délégation entre les régions par le national via un modèle permettant de rattraper les inégalités entre les régions (modulation des mesures nouvelles)
- Une délégation entre établissements au sein de chaque région par les ARS selon ses propres critères d'allocation infrarégionale en concertation avec le Comité d'Allocation des Ressources.

Principes de construction

- Le montant initial de la dotation populationnelle est défini sur la base des recettes historiques « adultes » avant toute modélisation
 - ✓ La dotation populationnelle intègre aussi 50% des mesures RH (l'autre moitié étant intégrée dans le compartiment activité)
- La modélisation nationale permettant l'application du modèle de rattrapage entre les régions inclura plusieurs volets :
 - ✓ Volet proximité alloué sur la base des caractéristiques démographiques et du nombre de séjours de MCO des territoires
 - ✓ Des volets caractérisant les besoins sur les offres de recours infrarégional, par spécialité médicale (neurologie, locomoteur, métabolique, cardio-respiratoire, autres) à partir de l'état de santé des populations (déterminé à partir de la cartographie des pathologies CNAM)



Dotation Pédiatrie

Objectif

- La dotation pédiatrique vise à garantir la stabilité des ressources allouées aux établissements autorisés à la mention pédiatrie, au titre de la prise en charge des mineurs

Principes de construction

- La dotation pédiatrique vise à garantir le maintien des recettes historiques des patients « enfants »



Mon établissement prend en charge des enfants. Pourquoi n'est-il pas éligible à la dotation pédiatrique ?

Selon les données disponibles au niveau national, votre établissement n'est pas autorisé à prendre en charge des enfants. Or selon les textes, la dotation pédiatrique n'est allouée qu'aux établissements autorisés à la pédiatrie.



La dotation pédiatrique identifiée à l'entrée dans la réforme signifie-t-elle que mon établissement disposera de la mention pédiatrique dans le cadre de la réforme des autorisations ?

Non, le point de départ observé pour chaque établissement, en 2023, ne préempte pas les travaux qui restent à conduire sur l'attribution des nouvelles autorisations, y compris pour la prise en charge des mineurs.



PTS

Objectif

- Une partie des coûts de la prise en charge est liée à la mise à disposition d'un plateau technique et d'équipements spécialisés, parfois en lien avec les obligations mentionnées dans les décrets d'autorisation
- Le financement des plateaux et équipements coûteux doit faire l'objet d'un financement dédié afin d'éviter les investissements en dent de scie

Principes de construction

- Chaque plateau dispose d'un modèle de financement dédié sur la base de forfaits adaptés à ses spécificités (cf. Annexe 2)
- 6 plateaux techniques : balnéothérapie, laboratoire d'analyse de la marche & du mouvement, appareil d'isocinétisme, rééducation assistée des membres supérieurs, rééducation assistée des membres inférieurs, simulateur de conduite

Modalités d'application

- Le recensement des PTS est réalisé par les ARS et tient compte des équipements en place dans chaque établissement chaque année (cahier des charges pour chaque plateau)
- Allocation des crédits par un forfait annuel



MIGAC - hors activité d'expertise

Objectif

- Assurer le financement spécifique aux missions indispensables à l'amélioration de l'état de santé de la population et ne pouvant être valorisées à l'activité.

Principes de construction

- Reconduction de l'enveloppe reconductible pour les MIG suivantes :
 - ✓ Accompagnement à la scolarisation des enfants hospitalisés en SMR
 - ✓ Réinsertion professionnelle en SMR
 - ✓ Rémunérations des internes
 - ✓ Hyperspécialisation
- Prise en compte du financement en dotation des UCC en totalité en MIG
- Reconduction des crédits AC reconductibles



Quel périmètre et mode de calcul de la MIG « hyperspécialisation » demain ?

La MIG Hyperspécialisation devient en partie caduque compte tenu de la création de la MIG Activités d'Expertise. Toutefois, à l'entrée dans la réforme et en attente de travaux complémentaires, l'ensemble de ces éléments sont pris en compte dans le calibrage des MIGAC de chaque établissement.



La MIG appareillage est-elle supprimée ?

Les ateliers d'appareillages (AA) ne font plus l'objet d'un financement dédié.

Nous constatons que la quasi-totalité des établissements émergeant à la MIG Appareillage ont été reconnus experts dans la prise en charge des personnes amputées. Le financement a cependant vocation à soutenir l'expertise, indépendamment de la détention ou non d'un atelier au sein de l'établissement.



MIGAC : Activités d'expertise (AE)

Objectif

- Introduire la notion d'activités d'expertise dans la réforme des autorisations afin de structurer une offre plus spécialisée, par l'inscription de l'activité au CPOM des ES, sur la base de cahiers des charges nationaux
- Création en parallèle d'une MIG Activités d'expertise pour accompagner financièrement les établissements

Description

- Une activité d'expertise est définie comme une activité qui concerne un nombre limité de patients, et/ou qui nécessite des compétences, des équipements, un plateau technique ou une organisation spécifique, qui n'a pas vocation à être portée par tous les établissements. Elles sont définies par l'arrêté du 15 mai 2023 fixant la liste de ces prises en charge spécifiques, et leurs cahiers des charges sont détaillés dans la note d'information DGOS/R4/2023/173 du 3 novembre 2023.
- 12 activités d'expertises : à terme chaque activité doit faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle entre l'établissement et l'ARS, qui déclenche le financement

Principes de construction

- Chaque activité dispose d'un modèle de financement dédié sur la base de forfaits adaptés à ses spécificités
 - ✓ Le financement des activités d'expertise permettra de compléter le financement non inclus dans les recettes issues de l'activité et de prendre en compte les surcoûts (sauf EVC-EPR et Equipes mobiles)
 - ✓ Les EVC-EPR et Equipes mobiles sont financés à 100% par l'AE dédiée



IFAQ

Objectif

- Le modèle intègre un compartiment dédié au financement du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) reposant sur des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans, pour chaque établissement.

Principes de construction

- Arrêté IFAQ 2023 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048038303>



	Etablissements ex-OQN	Etablissements ex-DAF
GMT et suppléments	Facturation directe aux organismes AMO	Arrêté de versement
Molécules onéreuses	Facturation directe aux organismes AMO	Arrêté de versement
ACE		Arrêté de versement ou facturation directe (FIDES)
Dotation populationnelle	Notification ARS dans le cadre des circulaires budgétaires	
Dotation Pédiatrie	Notification ARS dans le cadre des circulaires budgétaires	
PTS	Notification ARS : forfaits annuels	
MIGAC	Notification ARS dans le cadre des circulaires budgétaires	
IFAQ	Notification ARS dans le cadre des circulaires budgétaires	

VALORISATION ACTIVITÉ HOSPITALISATION : MÉTHODE

- 1. Les principes du financement à l'activité**
- 2. Les outils de la construction tarifaire GMT**
- 3. Les paramètres de la grille tarifaire GMT**
- 4. Règles de valorisation GMT**
- 5. Dispositif séjours longs**
- 6. Les suppléments transports**
- 7. Les coefficients d'application**
- 8. L'activité prise en compte**



Les principes du financement à l'activité

Introduire une mesure de l'activité de l'établissement pour le financer :

- Estimation du poids économique de chaque activité
- Prise en compte du volume d'activité

Estimation du poids économique :

Par ex. : la prise en charge des AVC avec tétraplégie engendre des charges plus importantes pour l'établissement → ces prises en charges sont mieux rémunérées



Etablissement A : activité basée sur les arthroses du genou avec implant articulaire, sans sévérité



Etablissement B : activité basée sur la prise en charge des AVC avec tétraplégie , sans sévérité

→ A volume de prise en charge égal, financement de B > financement de A

Prise en compte du volume : la rémunération s'effectue à l'aide d'une unité de financement :
le séjour en hospitalisation complète, la journée en hospitalisation partielle

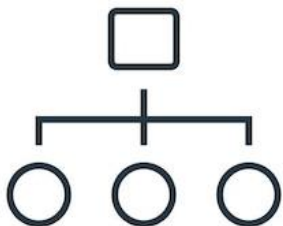


Les principes du financement à l'activité

La valorisation des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle s'appuie sur les paramètres de **la grille tarifaire**

La construction des paramètres de cette grille repose sur des outils, eux même construits autour des unités de financement :

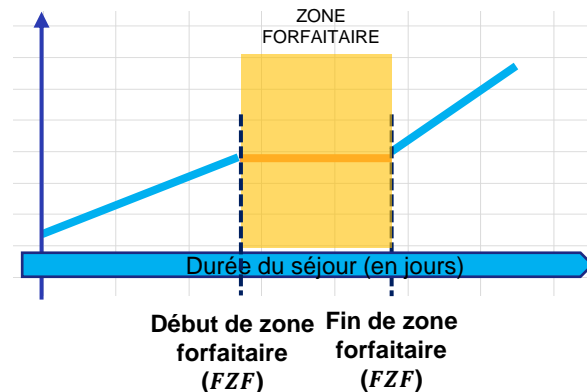
La classification



L'échelle de pondération



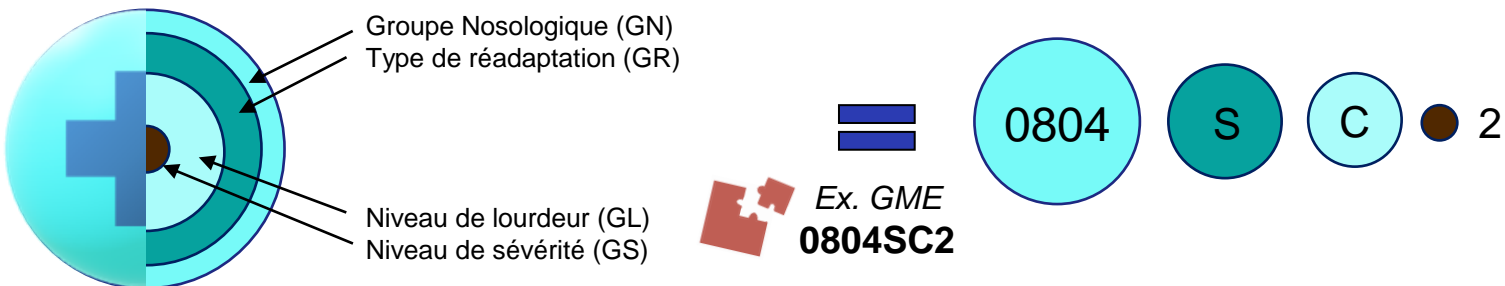
Les zones forfaitaires





La classification : base de la grille tarifaire

En hospitalisation complète, la classification regroupe les séjours au sein de Groupes Médico-économiques (GME).



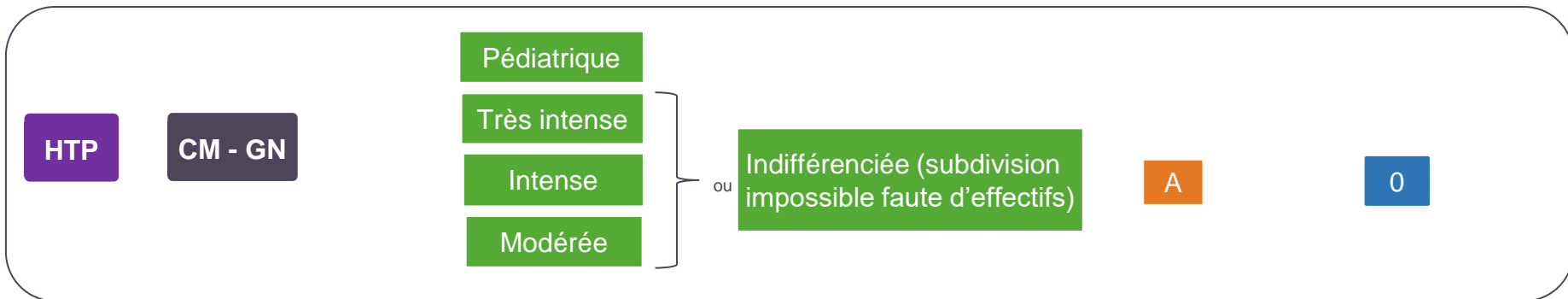
Ces groupes sont homogènes en termes de **durée de séjour**.

! Dans un même groupe de réadaptation, les niveaux de lourdeur et les niveaux de sévérité traduisent un allongement de la durée du séjour. Les séjours de niveau 2 durent plus longtemps que les séjours de niveau 1 à GN/GR/GL équivalent.



La classification : base de la grille tarifaire

En hospitalisation partielle, la classification regroupe des RHA au sein de Groupes Médico-économiques (GME).



Très intense / intense / modérée

Orientation dans un des trois groupes en fonction du score de réadaptation globale par jour

! Pas de segmentation de l'activité en fonction de groupes de lourdeur ou de groupes de sévérité

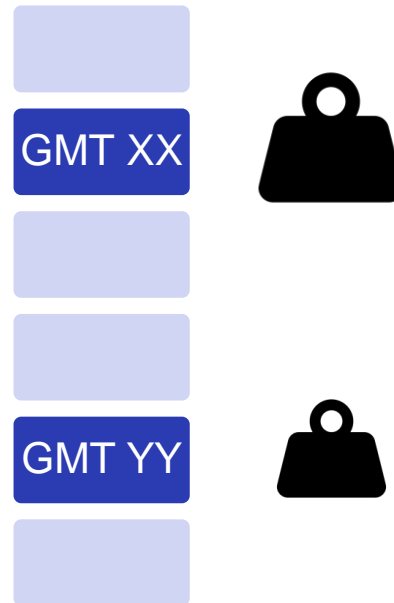


L'échelle de pondération

Sur la base de la classification en GME, la grille tarifaire est déclinée en **GMT (groupe médico-tarifaire)** pour la valorisation.

A chaque GMT, est associé un poids économique, mesurant les moyens mis en œuvre dans le cadre d'une prise en charge « moyenne » et permettant de hiérarchiser les GMT entre eux (utilisation des données de l'ENC).

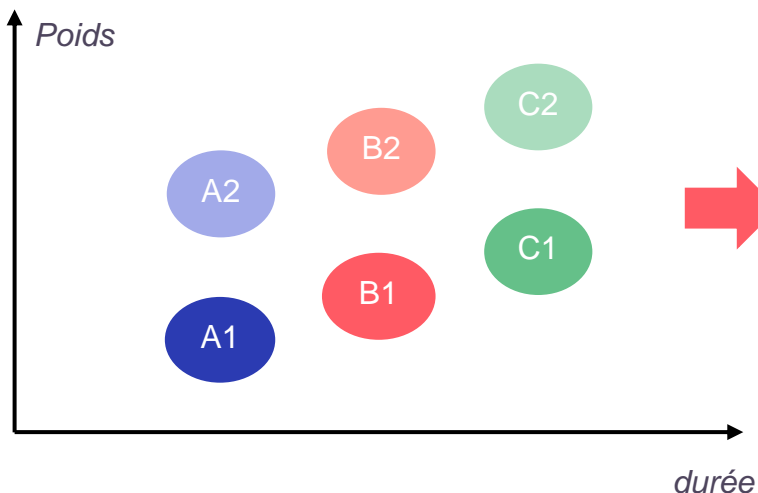
Ces poids constituent l'échelle de pondération.





L'échelle de pondération

Conformément aux principes de construction de la classification, une hiérarchie s'observe au sein des groupes de réadaptation en hospitalisation complète entre niveaux de lourdeur et entre niveaux de sévérité.



!

A niveaux de lourdeur et de sévérité fixés, la hiérarchie ne s'observe pas nécessairement au niveau des groupes de réadaptation.

La hiérarchie ne s'observe pour l'HC que sur le financement moyen au séjour.

La grille tarifaire ne permet pas de retrouver directement cette hiérarchie.

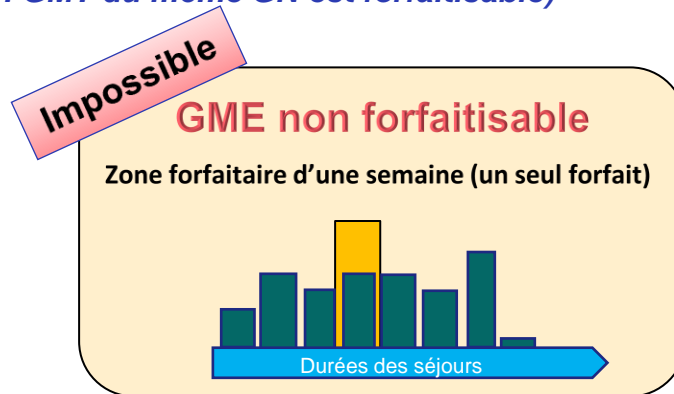
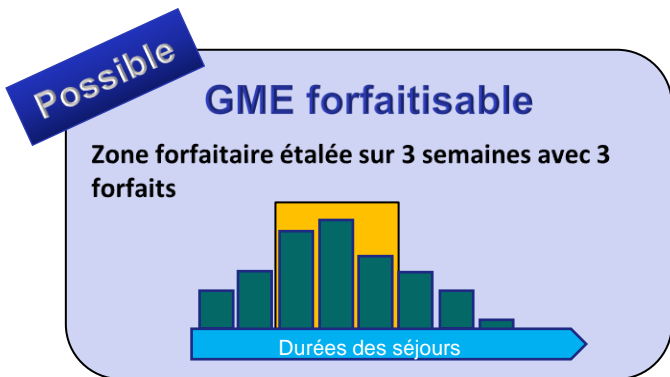
Il est nécessaire de valoriser l'activité par la grille tarifaire pour obtenir le financement moyen au séjour.



Les zones forfaitaires (HC)

Zones fixées en fonction des durées de séjours

Recherche d'une zone de 3 semaines rassemblant au moins 50% des séjours
(règle de cohérence intra-GN : au moins 45% si un GMT du même GN est forfaitisable)



- !
- GMT sans zone forfaitaire (début de zone = fin de zone)
- ✓ GMT correspondant à un GME de pédiatrie (P) : prise en compte des règles administratives du séjour
 - ✓ GMT de Soins palliatifs : durée de séjour très hétérogène
 - ✓ GMT Séjours < 8 jours avec mode de sortie transfert/mutation/décès : durée de séjour très courte



Liste des abréviations

NBJP : Nombre de journées de présences

Pour les zones forfaitaires

- **DZF1** :
 - début de la zone forfaitaire (ZF)
- **FZF1** :
 - fin de la 1^{ère} semaine de la ZF
 - Fin de la ZF si GMT non forfaitisable
- **DZF2** :
 - début de la 2^{ème} semaine de la ZF
- **FZF2** :
 - fin de la 2^{ème} semaine de la ZF
- **DZF3** :
 - début de la 3^{ème} semaine de la ZF
- **FZF3** :
 - fin de la 3^{ème} semaine de la ZF
 - Fin de la ZF si GMT forfaitisable

Pour les tarifs et suppléments

- **TZB** :
 - Tarif de la zone basse
- **SZB** :
 - Supplément zone basse
- **TZF1** :
 - Tarif de la 1^{ère} semaine de la ZF
- **TZF2** :
 - Tarif de la 2^{ème} semaine de la ZF
- **TZF3** :
 - Tarif de la 3^{ème} semaine de la ZF
- **SZH** :
 - Supplément de la zone haute



Déclinaison en paramètres

Les poids de l'échelle de pondération sont déclinés en paramètres.
 Ces paramètres permettent de valoriser l'activité en fonction de la durée du séjour.

ZONE FORFAITAIRE

GMT	DZF1	FZF3	TZB	SZB	TZF1	TZF2	TZF3	SZH	Valo. de l'activité
XX									x
YY									y
ZZ									z



La valeur des paramètres de la grille de 2023

Les valeurs de la grille ont été construites de telle sorte que la valorisation de l'activité 2023 par les tarifs et les coefficients 2023 nouveau modèle correspondent à une enveloppe qui a été définie par construction.

Pour mémoire les tarifs de la DMA, même s'ils reposent sur la même nomenclature des GMT ont été construits sur la base de l'activité de 2019

- Depuis 2020 mécanisme de Garantie de financement afin de sécuriser les recettes des établissements en perte d'activité



La masse tarifaire

L'enveloppe Assurance Maladie correspond au poids du compartiment activité dans le nouveau modèle

Par secteur :

- **Ex-DAF : Enveloppe = 50% OD – ACE – Suppl Transports**
- **Ex-OQN : Enveloppe = 50% (OD + Honoraires) – Suppl Transports**
 - ✓ Prise en compte des honoraires car tarifs tout compris
 - ✓ Application ensuite d'un coefficient honoraire par ES



Des tarifs non comparables à la DMA

	DMA	Nouveau modèle
Année de référence de construction des tarifs	2019	2022
Part de l'enveloppe	Tarifs 100% avec FT 10%	50% OD – ACE - Transports
Périmètre des charges : Revalorisations salariales	En DAF/AC	50% dans les tarifs
Majoration pédiatrique	Oui (uniquement sur les séjours pédiat. dans des GN non scindés sur l'âge)	Plus de majoration Mise en place de la dotation pédiatrie
Séjours d'EVC/EPR	Tarifs GMT dédiés	Non pris en compte dans les tarifs (activités d'expertise)
Séjours HC non clos	Système d'avance (GMT 8888)	Pas de système d'avance (dispositif séjour long)



Hospitalisation partielle

Financement à la journée

Le groupage se fait par RHA : chaque journée de présence a le même GMT au cours de la semaine calendaire

Valorisation = TZF1 * NBJP

Hospitalisation complète

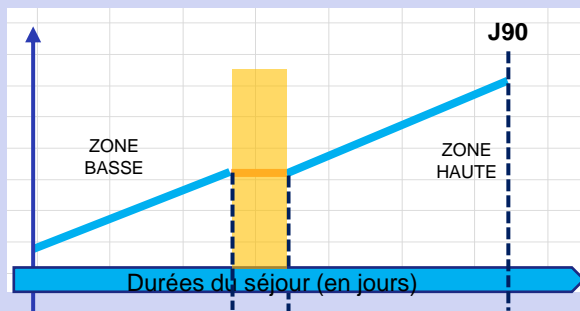
Financement au séjour



MODALITES DE VALORISATION MIXTES (FORFAIT ET JOURNEES)



GMT non-forfaitisable
Zone forfaitaire d'1 semaine

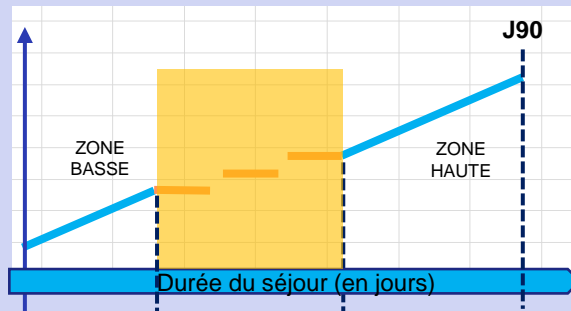


Début de zone forfaitaire (DZF) Fin de zone forfaitaire (FZF)

$$\begin{aligned} \text{Valorisation zone basse} &= TZB - (DZF - nbjp) * SZB \\ \text{Valorisation zone forfaitaire} &= TZF1 \\ \text{Valorisation zone haute} &= TZF1 + (nbjp - FZF) \times SZH \end{aligned}$$



GMT forfaitisable
Zone forfaitaire de 3 semaines



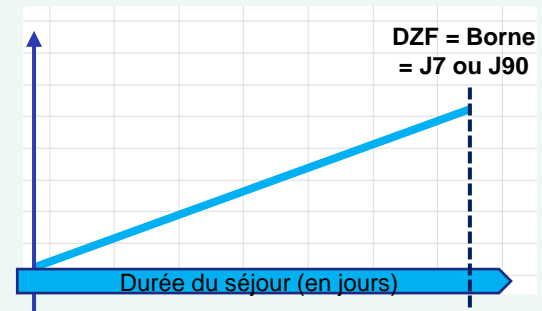
Début de zone forfaitaire (DZF) Fin de zone forfaitaire (FZF)

$$\begin{aligned} \text{Valorisation zone basse} &= TZB - (DZF - nbjp) * SZB \\ \text{Valorisation zone forfaitaire 1} &= TZF1 \\ \text{Valorisation zone forfaitaire 2} &= TZF2 \\ \text{Valorisation zone forfaitaire 3} &= TZF3 \\ \text{Valorisation zone haute} &= TZF3 + (nbjp - FZF) \times SZH \end{aligned}$$

MODALITES JOURNALIERES



GMT de pédiatrie, de SP ou GMT regroupant les séjours avec transfert/mutation/décès <8j
Pas de ZF



DZF = DZF = 7 (trsf, décès mutation <8j) ou 90 (pédiatre ou SP)
(Valorisation en zone basse)

$$\begin{aligned} \text{Valorisation zone basse} &= TZB - (DZF - nbjp) * SZB \\ \text{Valorisation zone forfaitaire} &= TZF1 \end{aligned}$$



Les raisons du dispositif

Un financement de l'HC au séjour

Des durées de séjour qui peuvent être de plusieurs mois

Lorsque le financement se fait en flux direct (arrêté versement/ facturation), le financement au séjour peut impacter la trésorerie des établissements, et des professionnels de santé libéraux intervenant auprès du patient.



Mise en place d'un dispositif compatible avec la facturation directe



Présentation du mécanisme

Définition d'un seuil fixé à 90 jours de présence (J90)

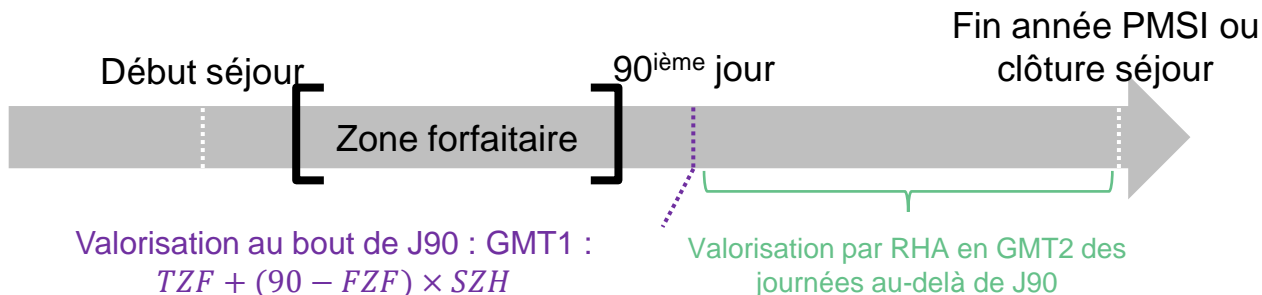


Le dispositif ne concerne que les séjours avec une durée du nombre de jours de présence > 90 jours

- ✓ Les séjours clos de moins de 90 jours sont valorisés selon les règles exposées supra
- ✓ Les séjours non clos de moins de 90 jours ne sont pas valorisés

Mécanisme en 2 temps

- **Valorisation au bout de J90**
 - ✓ La valorisation est réalisée selon les règles exposées supra
- **Valorisation des journées au-delà du seuil**
 - ✓ La valorisation se fait par semaine (RHA) selon une modalité journalière





Présentation du mécanisme

Au niveau de la fonction groupage (FG)

La FG pour un séjour long renvoie deux GMT au même moment (J90)

- ✓ 1^{er} GMT pour la valorisation des 90 premiers jours
- ✓ 2^{ème} GMT pour la valorisation des journées au-delà de J90 (GMT Hebdo / GMT en 7xxx)

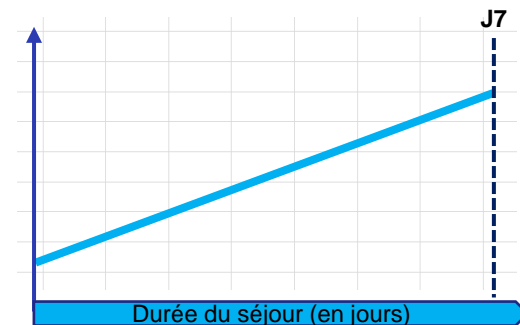
! La valorisation des journées au-delà de J90 est définie par un GMT dit « hebdo » qui est fonction du groupe nosologique et du groupe de réadaptation

Règles de valorisation des journées au-delà de J90

- ✓ La valorisation est réalisée par semaine (RHA)
- ✓ Elle suit les mêmes règles que les GMT en 8xxx (séjours de moins de 8 jours avec transfert/mutation/décès)



GMT spécifique pour la valorisation des journées au-delà de J90



Valorisation zone basse = $TZB - (DZF - nbjp) * SZB$
Valorisation zone forfaitaire = $TZF1$



Les suppléments transports

Ces suppléments sont facturables en sus des GMT

Ils sont facturés selon la même périodicité que les GMT

- Pour les séjours de 90 jours ou moins
 - ✓ Séjours non clos : pas de facturation
 - ✓ Séjours clos : facturation à la clôture du séjour de tous les transports
- Pour les séjours de plus de 90 jours
 - ✓ Période jusqu'à J90 : facturation au bout de J90 de tous les transports réalisés lors de la période
 - ✓ Période au-delà de J90 : facturation par RHA de tous les transports réalisés lors de la semaine



ST4 : Supplément transport « transfert définitif » → Facturable une seule fois à la fin du séjour

ST5 : Supplément transport « transfert provisoire » → Facturable plusieurs fois au cours du séjour (un supplément pour aller/retour)

ST6 : Supplément transport « permission » → Facturable plusieurs fois au cours du séjour (un supplément pour aller/retour)



Les coefficients d'application

Les coefficients s'appliquent à la valorisation par les GMT

- Ils sont fixés de manière annuelle au 1^{er} mars comme pour les tarifs GMT
- Le coefficient honoraire est notifié par le DG d'ARS à chaque établissement

Coefficients	Secteurs applicables	Objet
Géographique	Ex-DAF / Ex-OQN Régional	Ce coefficient vise à prendre en compte les surcoûts spécifiques (immobilier, salariaux, fiscaux) constatés dans certaines zones géographiques.
Prudentielle	Ex-DAF / Ex-OQN National	Ce coefficient a pour objet de permettre la mise en réserve de crédits afin de prévenir un risque de dépassement de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie
Reprise	Ex-DAF / Ex-OQN Selon le statut juridique	Ce coefficient vise à minorer les tarifs nationaux des prestations pour prendre en compte les effets générés par les dispositifs d'allègement fiscaux et sociaux
RH	Ex-DAF / Ex-OQN Selon le statut juridique	Ce coefficient vise à moduler les tarifs nationaux des prestations pour prendre en compte les effets induits par les dispositifs de revalorisation salariale
Honoraire	Ex-OQN Selon l'ES	Ce coefficient permet d'éviter un double paiement en faisant en sorte que la valorisation économique de l'activité par le tarif soit diminuée de la moitié de la quote part des honoraires facturés directement à l'AM.
Spécialisation	Neutralisé	Ce coefficient est neutralisé depuis la mise en œuvre de la dernière version de la classification compte tenu de la meilleure prise en compte de la spécialisation



Pour des raisons de compatibilité avec la facturation directe, ces coefficients s'appliquent aux suppléments transports, y compris coefficient honoraire, reprise et RH



Méthodologie de calcul

Objectif : neutraliser par établissement sur le secteur ex-OQN, la facturation en sus des honoraires dans la mesure où le tarif est tout compris

Valorisation de l'activité par les tarifs + suppléments transports = 50% OD + 50% honoraires

Contrainte liée au système de facturation de la CNAM :

- Le coefficient doit s'appliquer à la facturation en GMT et aux suppléments transports
- Il ne peut pas être différencié selon le type de prestation

L'application du coefficient à la valorisation de l'activité GMT et aux suppléments transport, correspond à 50% de l'OD SMR

$$CH = \frac{\text{Valorisation de l'activité par les tarifs + suppléments transports} - 50\% \text{ honoraires}}{\text{Valorisation de l'activité par les tarifs + suppléments transports}} - 1$$

→ Re-calcul chaque année au 1^{er} mars pour s'adapter à l'évolution de l'activité et des honoraires

Recettes assurance maladie



Les règles de valorisation

1. Valorisation de l'activité par les tarifs GMT et les suppléments transports
2. Application des coefficients
3. Passage en dépenses assurance maladie selon les droits du patient
 - *Application du taux de remboursement*
 - *Déduction du FJH le cas échéant*



Périmètre

Hospitalisation partielle

Modalités de financement

Transmission des journées de présence de l'année N
Groupage au RHA
Financement à la journée

RHA transmis l'année N à l'exception des RHA suivants

- RHA avec problème de fusion des fichiers
- RHA avec problème de codage des variables bloquantes du fichier ANO
- RHA dont le séjour est en attente des droits du patient
- RHA dont le séjour n'est pas pris en charge par l'AMO (dont AME-SU)
- RHA dont le séjour relève de l'expérimentation article 51
- RHA dont le séjour est en PIE
- RHA groupés en CM 90
- RHA groupés en GME EVC-EPR
- RHA de téléreadaptation



Périmètre

Hospitalisation complète

Modalités de financement

Transmission des séjours réalisés au cours de l'année N dont les journées N-1 le cas échéant

Groupage au séjour (SSRHA)

Financement au séjour

SSRHA transmis l'année N à l'exception des RHA suivants

- SSRHA avec problème de fusion des fichiers
- SSRHA avec problème de codage des variables bloquantes du fichier ANO
- SSRHA dont le séjour est en attente des droits du patient
- SSRHA dont le séjour n'est pas pris en charge par l'AMO (dont AME-SU)
- SSRHA dont le séjour relève de l'expérimentation article 51
- SSRHA dont le séjour est en PIE
- SSRHA groupés en CM 90
- SSRHA groupés en GME EVC-EPR
- SSRHA non clos de moins de 90 jours



Groupage et valorisation de l'activité

Hospitalisation partielle → Financement à la journée

- Transmission des journées de présence de l'année N
- Groupage au RHA

Hospitalisation complète → Financement au séjour

- Transmission des journées de présence de l'année N et N-1 (si séjours non clos en N)
- Groupage au SSRHA

Prise en compte des séjours à cheval entre deux années et du dispositif de financement des séjours longs

→ Nécessité de prendre en compte le démarrage de la facturation directe au 1^{er} Janvier 2024

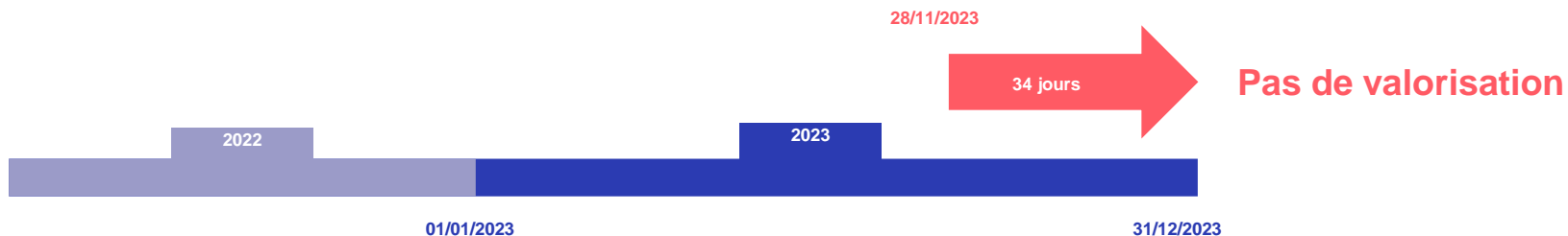




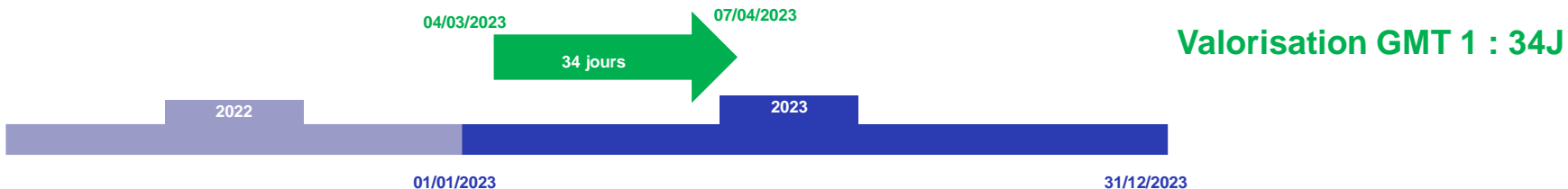
Hospitalisation complète

Séjour dont la date de début est en année N

(1) Séjour non clos de moins de 90 jours



(2) Séjour clos de moins de 90 jours

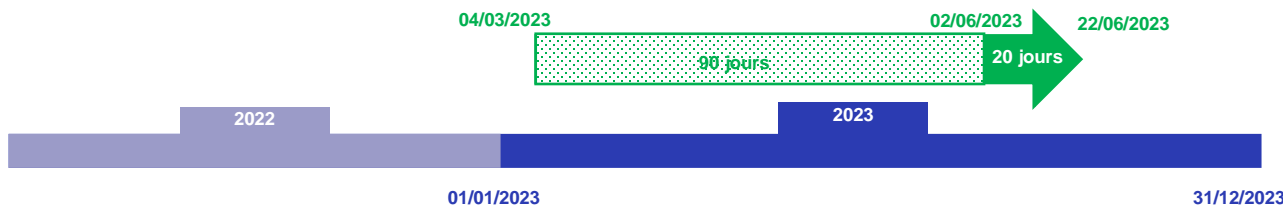




Hospitalisation complète

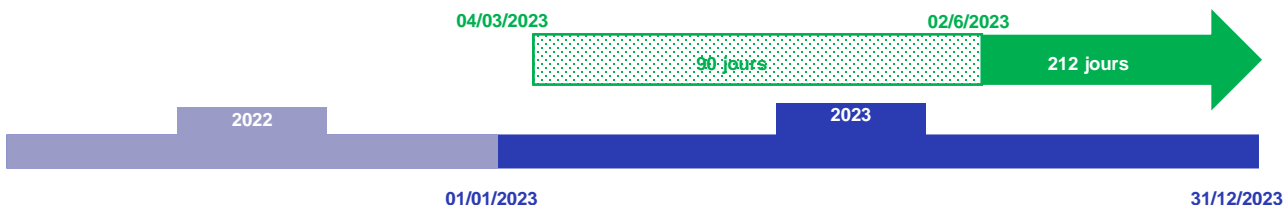
Séjour dont la date de début est en année N

(3) Séjour clos de plus de 90 jours



+ Valorisation GMT 1 90J
+ Valorisation GMT 2 20J


(4) Séjour non clos de plus de 90 jours




+ Valorisation GMT 1 90J
+ Valorisation GMT 2 212J



Hospitalisation complète - séjours à cheval



2023 Prise en compte de l'ensemble des journées du séjour transmis en 2023 dans la valorisation du nouveau modèle → **Traitement identique entre les secteurs dans le cadre de la régularisation ex post**



2024 Prise en compte des journées 2024 uniquement en raison de la mise en place de la facturation directe → **Les journées 2023 facturées en PJ ne peuvent pas faire l'objet d'une refacturation**

2025 et suivantes les journées ayant déjà fait l'objet d'une valorisation l'année précédente ne sont pas prises en compte dans la valorisation du nouveau modèle → **Fonctionnement en routine**



Hospitalisation complète – séjours à cheval

Séjour dont la date de début est en année N-1

(5) Séjour clos de plus de 90 jours (J90 en 2023)



2023

+ Valorisation GMT 1 90J
+ Valorisation GMT 2 131J

(6) Séjour clos de plus de 90 jours (J90 en 2022)



2023

+ Valorisation GMT 1 90J
+ Valorisation GMT 2 131J



Hospitalisation complète - séjours à cheval

2024 Prise en compte des journées 2024 uniquement en raison de la mise en place de la facturation directe → **Les journées 2023 facturées en PJ ne peuvent pas faire l'objet d'une refacturation**



Fonction groupage :

- Groupe les séjours en GME à partir des RHA correspondant à l'année 2024 en date de soins
- Pour les séjours longs le GMT1 se base sur les 90 premiers jours de présence de 2024

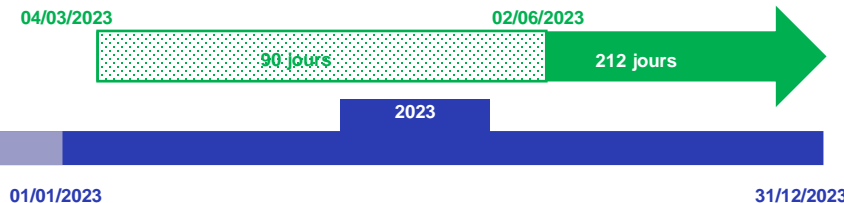


Hospitalisation complète – séjours à cheval

Séjour dont la date de début est en année N-1

(4) Séjour non clos en 2023 de plus de 90 jours (J90 en 2023)

2023



+ Valorisation GMT 1 90J
+ Valorisation GMT 2 212J

(4) Séjour clos en 2024 de plus de 90 jours (J90 en 2023)

2024



Valorisation GMT 1 75J

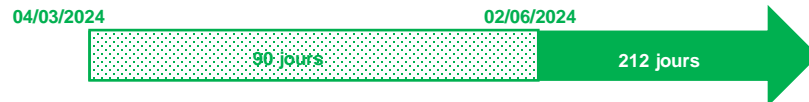


Hospitalisation complète – séjours à cheval

Séjour dont la date de début est en année N-1

(4) Séjour non clos en 2024 de plus de 90 jours (J90 en 2024)

2024



+ Valorisation GMT 1 90J
+ Valorisation GMT 2 212J

(4) Séjour clos en 2024 de plus de 90 jours (J90 en 2023)

2025



Valorisation GMT 2 75J



Hospitalisation complète - séjours à cheval

✗ Comparaison avec la DMA 2023

2023 DMA : les séjours non clos au 31/12/2023 sont valorisés comme s'ils étaient clos pour mettre fin au dispositif (notamment les avances des non clos)
PJ 2023 : facturation des journées 2023



Versement à l'€

2023 Nouveau Modèle prise en compte du financement au séjour et du lancement de la réforme



Prise en compte dans le cadre de la régularisation ex-post

Comme pour les tarifs, l'activité valorisée entre les deux modèles n'est pas comparable

VALORISATION ACTIVITÉ : MÉTHODE: LES OUTILS DE RESTITUTION

1. M12 2023
2. A partir de 2024



2023 : les outils



Valorisation

- Selon les règles du modèle transitoire – part DMA
- Selon les règles du nouveau modèle – modèle cible



Mise en œuvre en 2 temps

- M11 : période de test avec calcul de valorisation *nouveau modèle*
- M12 : calcul des éléments pris en compte pour la régularisation ex post (DMA & nouveau modèle)

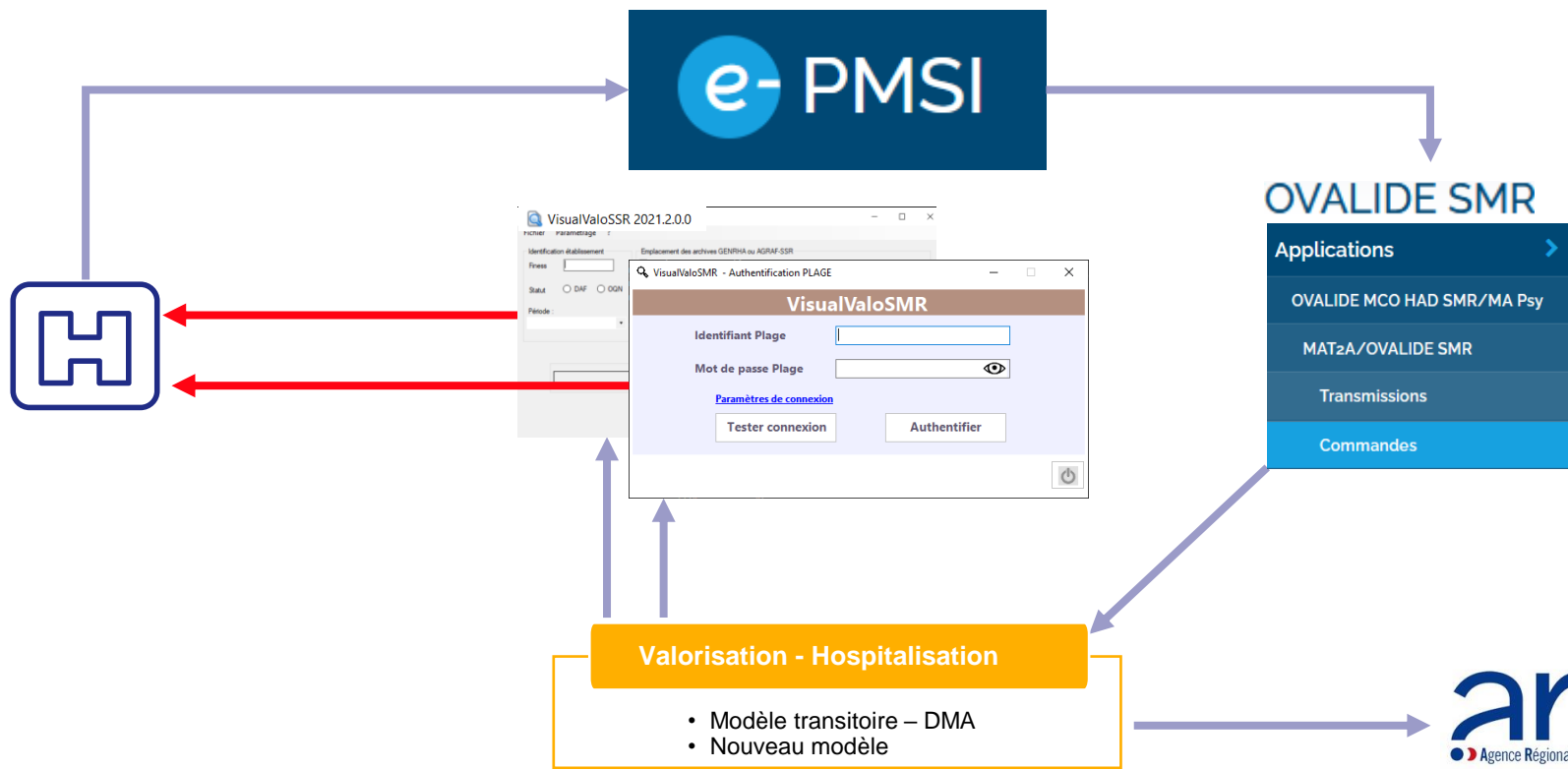


Lamda

- Selon les règles du modèle transitoire – part DMA
- Disponible courant 2024 – période M999



Les outils au M12 2023





Modèle transitoire (DMA) – M12 2023

Tableaux Ovalide de valorisation

- Disponibles depuis 2017

1.V VALORISATION - DMA

1.V.1 SSRHA et RHA

Tableau [1.V.1.SV] : SSRHA/RHA valorisés

Tableau [1.V.1.CMSS] : Casemix des SSRHA/RHA non valorisés

Tableau [1.V.1.CMTHC] : Application des tarifs - Hospitalisation complète

Tableau [1.V.1.CMTHP] : Application des tarifs - Hospitalisation à temps partiel

Tableau [1.V.1.RAEV] : Résumé de l'activité - Effectifs et valorisation

VisualValoSSR

- Disponible depuis 2017

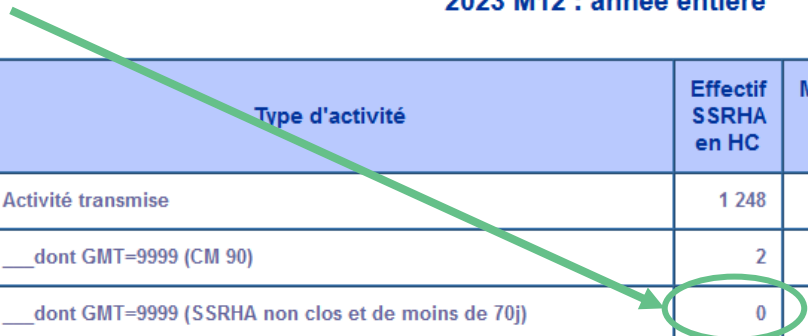


Modèle transitoire (DMA) – M12 2023

Tous les séjours d'HC ont été valorisés *comme s'ils étaient clos*

Tableau [1.V.1.SV] - Date du traitement: 26/01/2024
SSRHA/RHA valorisés
2023 M12 : année entière

Type d'activité	Effectif SSRHA en HC	Montant BR SSRHA en HC	Effectif journées en HTP	Montant BR journées en HTP
Activité transmise	1 248	.	30 345	.
__ dont GMT=9999 (CM 90)	2	.	0	.
__ dont GMT=9999 (SSRHA non clos et de moins de 70j)	0	.	.	.
__ dont prestation inter-établissements (PIE)	0	.	0	.
__ dont SSRHA avec taux de remboursement non renseigné ou > 100	1	.	0	.
__ dont activité de téléreadaptation	0	.	0	.
__ dont activité relevant de l'expérimentation Article 51	0	.	0	.
Activité valorisée	1 245	13 941 455,2	30 345	5 770 960,3





Modèle transitoire (DMA) – M12 2023

Levée de l'application
du coefficient prudentiel

Tableau [1.V.1.RAEV] C - Date du traitement: 26/01/2024
Résumé de l'activité - Effectifs et Valorisation
Sur l'ensemble de l'activité 2023
2023 M12 : année entière

Zone de valorisation	Effectif	Montant BR	Montant BR avec coefficient prudentiel (b)	Valorisation de l'activité sur la période calculée par OVALIDE (périmètre DMA)	Effectif SSRHA pour montants RSFB/RSFC (a)	Montant AM RSFB/RSFC (a)
HC - Zone basse : SSRHA	322	2 621 117,9	2 621 117,9	282 358,8		.
____ Zone basse : suppléments journaliers	9 183	1 974 493,7	.	.		.
HC - Zone forfaitaire 1 : SSRHA	16	895 555,3	895 555,3	95 842,5		.
HC - Zone forfaitaire 2 : SSRHA	173	918 546,9	918 546,9	97 728,6		.
HC - Zone forfaitaire 3 : SSRHA	143	926 993,7	926 993,7	99 558,5		.
HC - Zone haute : SSRHA	44	8 579 241,5	8 579 241,5	925 778,8		.
____ Zone haute : suppléments journaliers	15 868	3 641 225,0	.	.		.
HC - Valorisation non définitive pour séjours >70j non clos	0	.	.	.		.
TOTAL Hospitalisation complète : SSRHA	1 245	13 941 455,2	13 941 455,2	1 501 267,2	1 245	14 112 514,9
TOTAL Hospitalisation à temps partiel : journées	30 345	5 770 960,3	5 770 960,3	595 130,7	1 671	3 325 915,9
TOTAL activité valorisée		19 712 415,4	19 712 415,4	2 096 397,8	2 916	17 438 430,8



Nouveau modèle

M12 2023

- Mise à disposition de nouveaux tableaux Ovalide
- Mise à disposition d'un outil VisualValoSMR en lien avec la valorisation calculée par Ovalide

3.V VALORISATION - Nouveau modèle

3.V.1 SSRHA et RHA

Tableau [3.V.1.SV] : SSRHA/RHA valorisés

Tableau [3.V.1.CMTHC] : Application des tarifs - Hospitalisation complète

Tableau [3.V.1.CMTHP] : Application des tarifs - Hospitalisation à temps partiel

Tableau [3.V.1.RAEV] : Résumé de l'activité - Effectifs et valorisation

**A partir du
01/01/2024**

- Début de la facturation directe à l'Assurance Maladie
→ Reprise des tableaux générés avant le modèle transitoire

1.V.1 RSFA

Tableau [1.V.1.RSFSYN] : Analyse du fichier de RSF

Tableau [1.V.1.FSUP] : RSFB avec montants supprimés

Tableau [1.V.1.CPC] : Répartition des codes de prise en charge

Tableau [1.V.1.CPRSFB] : Analyse des codes prestation du RSFB

Tableau [1.V.1.CPRSFC] : Analyse des codes prestation du RSFC

Tableau [1.V.1.RSFDMT] : Analyse des disciplines médico-tarifaires

Tableau [1.V.1.RSFMDT] : Répartition des modes de traitement

Tableau [1.V.1.CMRSF] : Case mix GME par type d'hospitalisation



Nouveau modèle – M12 2023

Tableau [3.V.1.SV] - Date du traitement: 26/01/2024
 SSRHA/RHA valorisés et motifs de non-valorisation
 2023 M12 : année entière

Séjours d'HC non clos < 90j

Motifs de non valorisation
 (non exclusifs)

Activité EVC-EPR

Type d'activité	SSRHA en HC - Effectif	SSRHA en HC - Montant BR	Journées en HTP - Effectif	Journées en HTP - Montant BR
Activité transmise	1 248	.	30 345	.
__dont GMT=9999 - CM 90	2	.	0	.
__dont GMT=9999 - SSRHA non clos et de moins de 90j	128	.	0	.
__dont GMT=9999 - EVC-EPR (GN 0103)	0	.	0	.
__dont prestation inter-établissements (PIE)	0	.	0	.
__dont SSRHA avec taux de remboursement non renseigné ou > 100	1	.	0	.
__dont activité de téléadaptation	0	.	0	.
__dont activité relevant de l'expérimentation Article 51	0	.	0	.
Activité valorisée	1 118	7 219 368,18	30 345	3 102 976,89



Nouveau modèle – M12 2023

Tableau [3.V.1.CMTHC] A - Date du traitement: 26/01/2024

Application des tarifs : Hospitalisation complète

Casemix GME/GMT

2023 M12 : année entière

GMT	GME : code et libellé	Durée zone forfaitaire (jours)	Effectif SSRHA	Montant BR Total séjour (A + B)	dont partie GMT - Montant BR Toutes zones (A)	dont Zone Basse	dont Zone Forfaitaire 1	dont Zone Forfaitaire 2	dont Zone Forfaitaire 3	dont Zone Haute	GMT hebdo	dont partie GMT hebdo - Montant BR (B)	GMT hebdo - Effectif SSRHA	GMT hebdo - Effectif journées
0005	0106SA1-Tumeurs malignes du système nerveux / HC Réadaptation spécialisée Niveau A-1 : sans sévérité	7	1	5 344,09	5 344,09	.	.	.	.	5 344,09	.	.	.	.
0006	0106SA2-Tumeurs malignes du système nerveux / HC Réadaptation spécialisée Niveau A-2 : avec sévérité	7	1	4 082,49	4 082,49	4 082,49	.	.	.	.	.	.	.	.
0008	0106SB2-Tumeurs malignes du système nerveux / HC Réadaptation spécialisée Niveau B-2 : phy[9-12] ou cog[7-8] - avec sévérité	7	1	3 276,42	3 276,42	3 276,42	.	.	.	.	.	.	.	.
0009	0106SC1-Tumeurs malignes du système nerveux / HC Réadaptation spécialisée Niveau C-1 : phy[13-16] - sans sévérité	7	1	32 241,80	12 890,31	.	.	.	.	12 890,31	7000	19 351,49	1	131

Partie GMT 1

Partie GMT 2
hebdomadaire



Nouveau modèle – M12 2023

Tableau [3.V.1.RAEV] A - Date du traitement: 26/01/2024

Résumé de l'activité - Effectifs et Valorisation

Coefficients de l'établissement

2023 M12 : année entière

Coefficient géographique	Coefficient de spécialisation	Coefficient de revalorisation salariale (Segur)	Coefficient d'allègement de charges	Coefficient honoraires
0.00 %	0.00 %	0.17 %	97.66 %	0.00 %



Nouveau modèle – M12 2023

Tableau [3.V.1.RAEV] B - Date du traitement: 26/01/2024
 Résumé de l'activité - Effectifs et Valorisation
 2023 M12 : année entière

	Zone de valorisation	Effectif	Montant BR	Montant BR avec coefficient prudentiel	Montant AM
Partie GMT 1	HC - Zone basse : SSRHA clos <90j	220	767 823,58	767 823,58	665 488,99
	HC - Zone forfaitaire 1 : SSRHA clos <90j	142	388 161,55	388 161,55	322 632,53
	HC - Zone forfaitaire 2 : SSRHA clos <90j	177	526 510,56	526 510,56	436 425,39
	HC - Zone forfaitaire 3 : SSRHA clos <90j	137	510 526,52	510 526,52	425 479,16
	HC - Zone haute : {SSRHA clos <90j} ou {SSRHA >=90j, journées <= 90e journée de présence}	442	3 519 956,52	3 519 956,52	2 941 336,52
	___dont suppléments journaliers en zone haute	7 368	835 229,55	835 229,55	835 229,55
Partie GMT 2 hebdomadaire	HC - Journées > 90e journée de présence	11 263	1 506 389,45	1 506 389,45	1 284 209,45
	TOTAL Hospitalisation complète : SSRHA	1 118	7 219 368,18	7 219 368,18	6 075 572,04
	TOTAL Hospitalisation à temps partiel : journées	30 345	3 102 976,89	3 102 976,89	2 964 044,23
Levée de l'application du coeff. prudentiel	TOTAL activité valorisée		10 322 345,07	10 322 345,07	9 039 616,27

MODALITÉS D'APPLICATION DE LA REFORME

1. En 2023
2. A partir de 2024
3. Jusqu'en 2027 : mécanisme de transition via une dotation



Entrée en vigueur de la réforme le 1^{er} juillet 2023, mise en œuvre a posteriori

Entre le 1/07/2023 et le 31/12/2023 :

- Application du nouveau modèle
- Maintien des vecteurs de financement jusqu'au 31/12/2023 (DAF, DMA, PJ)

⇒ Mise en œuvre a posteriori de la réforme (T2-2024)

= Régularisation ex-post

1/07/2023

Application de la réforme

31/12/2023

Dotation de transition à 100% en 2024 puis dégressive jusqu'à fin 2027



Au 1/01/2024 :



- Mise en place facturation directe au séjour des établissements ex-OQN
- Mise en place des arrêtés de versement mensuels pour les établissements antérieurement sous DAF
- Vecteurs de financement :
 - Jusqu'à la 1^{ère} circulaire budgétaire 2024 : versement d'acomptes aux établissements
 - Le mois de la 1^{ère} circulaire 2024 : Régularisation des acomptes

1/01/2024

Mise en œuvre effective du modèle

T2-2024

Mise en œuvre a posteriori de la réforme

Régularisation ex-post



Régularisation des financements

Régularisation opérée sur les données annuelles M12 pour les activités SMR contenant plusieurs éléments

Des versements liés à l'ancien modèle :

Prise en compte du mécanisme de soutien du premier semestre (Ex-OQN)

Prise en compte de la DMA réelle (avec mécanisme de soutien S1)

ACE réels (ex-DAF)

Prise en compte des molécules onéreuses (ex-DAF)

Pris dans les versements de 2023 pour la régularisation ex post

Un versement lié à l'application du nouveau modèle

→ régularisation ex post



Régularisation ex post : Principes

Repose sur le principe d'une application annuelle de l'ancien et du nouveau modèle sur l'exercice 2023

Est fondée sur le différentiel entre les deux modèles qui va servir de clef pour allouer un montant complémentaire aux établissements pour lesquels cette différence est positive, dans la limite de l'objectif de dépenses SMR



Régularisation ex post : Première étape

Déterminer les recettes dues à l'ancien modèle = Versements de 2023

- **Dotations**
 - Montants annuels notifiés jusqu'à la C4 : DAF, MIGAC, Molécules onéreuses (MO)
 - Compléments MO de la C4
- **Prestations hospitalières ex OQN (recettes assurance maladie) :**
 - Facturations au titre des soins de janvier à décembre 2023 + mesure de soutien S1
 - Suppléments transports
 - Médicaments intercurrents
- **DMA = max (DMA soins janvier à juin, Soutien S1) + DMA soins juillet à décembre**
- **ACE réels (ex-DAF)**



Régularisation ex post : Deuxième étape

Déterminer les recettes du nouveau modèle

Pour les éléments dépendants de l'activité de 2023

- **Activité**
 - Valorisation de l'activité annuelle 2023 selon les paramètres du nouveau modèle
 - Valorisation des suppléments transport 2023 selon les tarifs du nouveau modèle
 - Liste en sus : données FICHCOMP annuelle 2023 sur le périmètre du 1er juillet 2023
 - ACE réels 2023
- **AE**
- **PTS (présence du plateau uniquement)**

Pour les dotations

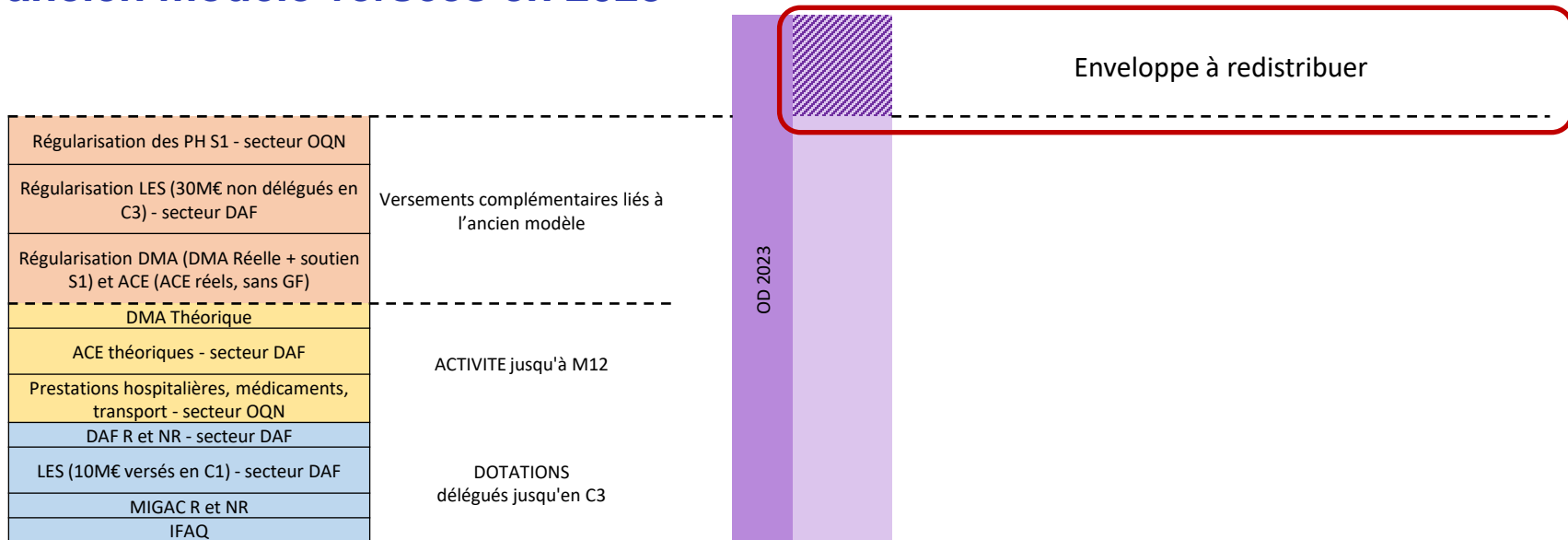
- **MIGAC (hors AE)**
- **Dotation populationnelle (y compris 50% mesures RH et compensation basse vision)**
- **Dotation pédiatrique**
- **Dotation de transition (application 100%)**
- **Crédits non reconductibles**
- **IFAQ**



Régularisation ex post : Mode opératoire

Comparaison des recettes ancien modèle et des recettes nouveau modèle

Enveloppe à redistribuer = Ecart entre l'OD 2023 et les recettes ancien modèle versées en 2023





Régularisation ex post : Mode opératoire

Comparaison des recettes anciens modèles et des recettes nouveau modèle

Recettes nouveau modèle > recettes ancien modèle

→ **ES régularisé ex-POST**

COMPARTIMENT ACTIVITE (GMT, ACE, TRANSPORT)
MIGAC R (dont PTS, AE)
MO
IFAQ
DOTATION TRANSITION
NR 2023
Dotation populationnelle 2023



Recettes
ancien
modèle

(versements + régul
S1 + regul DMA/ACE
+ compléments LES)

Recettes nouveau modèle < recettes ancien modèle

→ **ES non régularisé ex-POST**

COMPARTIMENT ACTIVITE (GMT, ACE, TRANSPORT)
MIGAC R (dont PTS, AE)
MO
IFAQ
DOTATION TRANSITION
NR 2023
Dotation populationnelle 2023

Recettes ancien
modèle

(versements + régul
S1 + regul DMA/ACE
+ compléments LES)



Régularisation ex post : Mode opératoire

Comparaison des recettes anciens modèles et des recettes nouveau modèle

	Recettes nouveau modèle	Recettes ancien modèle	Ecart pris en compte en régularisation ex-POST	Poids dans la régul ex-POST
ES1 : régularisé	1150	1000	150	75%
ES2 : régularisé	1050	1000	50	25%
ES3 : non régularisé	900	1000	0	0%

L'ES 1 reçoit 75% de l'enveloppe liée à la régularisation ex post

l'ES 2 reçoit 25%

L'ES 3 n'est pas régularisé, il conserve ses versements 2023 correspondant à l'ancien modèle



Les documents liés à la régulation ex post

Arrêté du modèle à blanc :

- Notification des différents compartiments du nouveau modèle
- Notification du différentiel avec l'ancien modèle

Les documents pédagogiques :

- **Notice ATIH**
- **Fiche par établissement qui donne**
 - Les montants liés à l'ancien modèle
 - Les montants liés au nouveau
 - Le montant différentiel



Ce qui change au 1^{er} janvier 2024

Compartiments activité et liste en sus

Secteur ex-OQN

- Mise en place de la facturation directe à l'AMO

Secteur ex-DAF

- Mise en place des arrêtés versements à partir des transmissions M3

Compartiments dotation

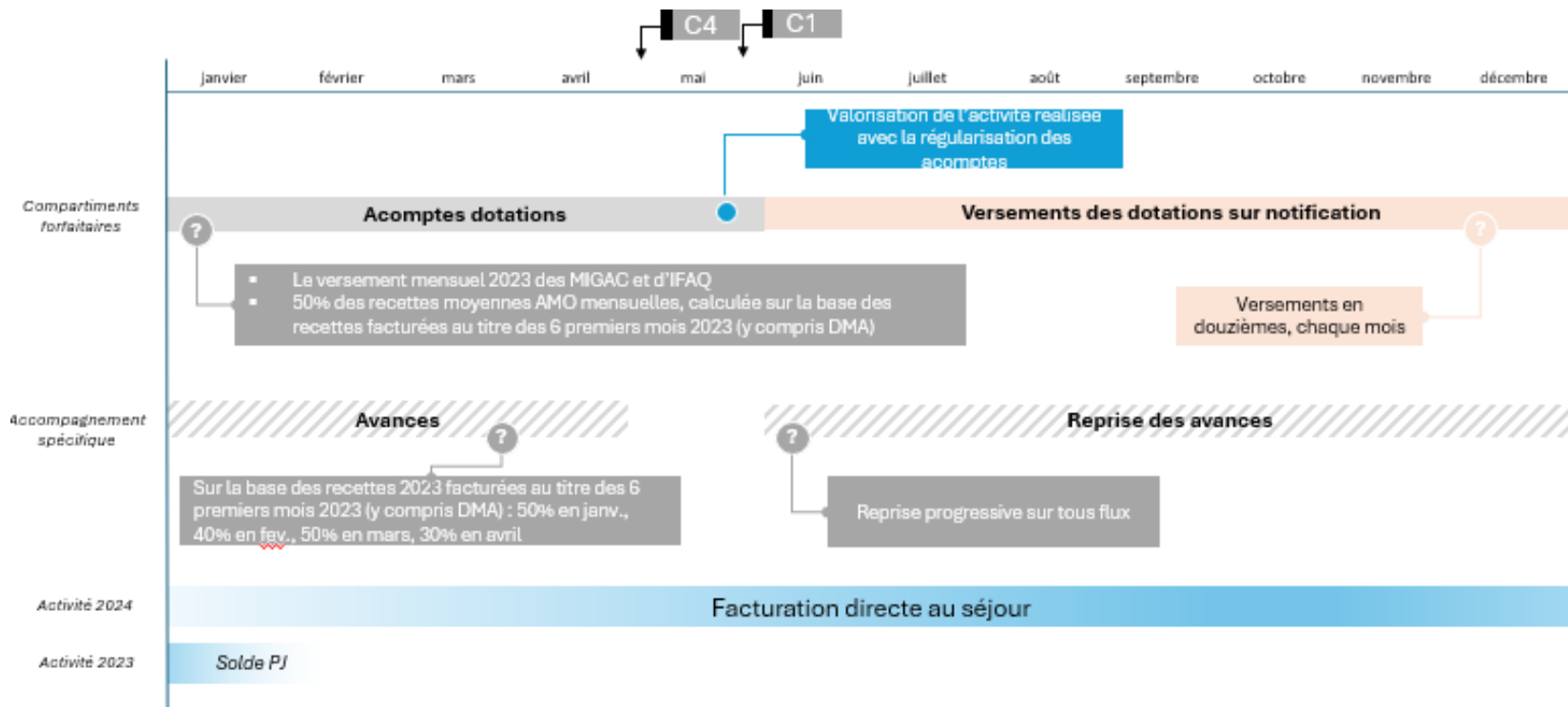
Dès janvier et jusqu'à la première circulaire budgétaire 2024, des acomptes seront versées aux

- Ex-DAF : reconduction des 12^{ème} 2023 (y compris CNR et hors DMA)
- Ex-OQN : 50% de la facturation AMO mensuelle au titre des 6iers mois 2023 (y compris DMA) et mensualité IFAQ et MIGAC

Régularisation des acomptes lors de l'allocation en C1 des dotations du nouveau modèle



Versements 2024





Dotation de transition

Principes :

- **Le calcul est réalisé sur l'exercice budgétaire de 2022 en one shot**
- **Elle sécurise puis atténue les recettes liées à un effet « modèle »**
 - ✓ Comparaison des recettes annuelles entre les deux modèles
 - ✓ Elle est indépendante du niveau d'activité des exercices suivants

Modalités d'application :

- **100% en 2023 et en 2024**
- **75% en 2025**
- **50% en 2026**
- **25% en 2027**

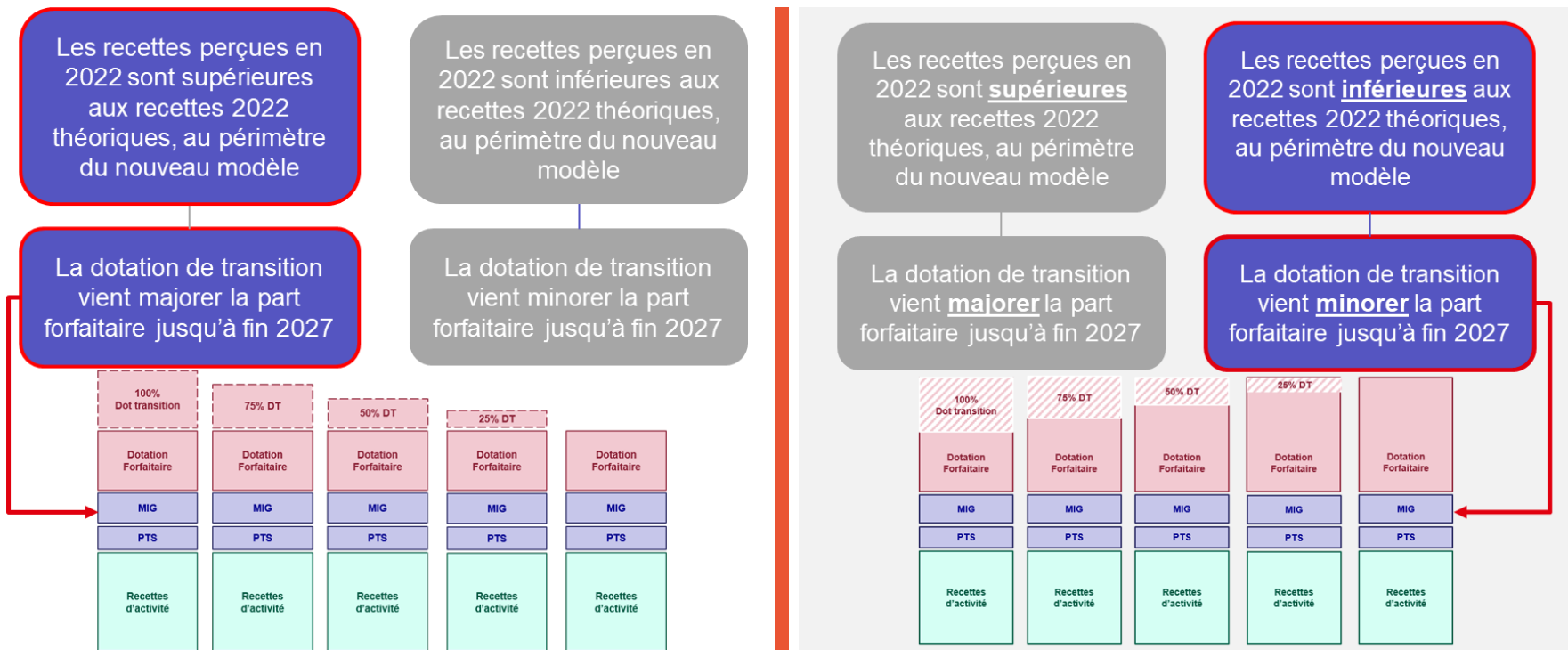
Modalités de restitution par établissement :

- **Mises en ligne sur la plateforme e-transfert (<http://transfert.atih.sante.fr>)**
- **Fiche PDF et Résultat en Excel**
- **Ces fichiers sont accessibles avec les identifiants e-PMSI (rôle « Valideur résultats Établissement PMSI, Gestionnaire des fichiers Établissement PMSI, Gestionnaire des fichiers Établissement ANCRE »)**



Dotation de transition : mode opératoire

! Hypothèse : Le volume d'activité est constant dans le temps



ANNEXES

Les textes d'application des tarifs nouveau modèle



- Arrêté prestation
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048514487>
- Arrêté tarifaire 2024
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049429824>
- En format Excel : <https://www.atih.sante.fr/tarifs-smr>

3 catégories d'établissements ne font pas partie du périmètre d'application

- Les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées, notamment l'établissement public de santé national de Fresnes
- Les établissements nationaux et locaux de l'Institution Nationale des Invalides, ainsi que les établissements de santé de Mayotte, et de Saint Pierre et Miquelon qui demeurent financés par une dotation annuelle
- Des maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées (MECS) à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, qui sont financées sur la base d'une dotation annuelle de financement

Calcul du forfait PTS (2024)

	Unité de compte	Montant	
Isocinétisme	Nb de PTS	x Forfait	20 420,00 €
Analyse quantifiée de la marche et du mouvement [Niveau 1]	Nb de PTS	x Forfait	22 819,00 €
Analyse quantifiée de la marche et du mouvement [Niveau 2]		x Forfait	142 736,00 €
Rééducation assistée du membre supérieur [Module 1]	Nb de PTS	x Forfait	25 015,00 €
Rééducation assistée du membre supérieur [Module 2]		x Forfait	15 213,00 €
Plateau de rééducation intensive des membres inférieurs	Nb de PTS	x Forfait	58 708,00 €
Plateau de rééducation du retour à la conduite	Nb de PTS	x Forfait	14 294,00 €
Plateau de rééducation du retour à la conduite <i>Simulateur de conduite</i> <i>Véhicule adapté</i>		x Forfait	8 679,00 €
Balnéothérapie [de 25 à 49m3]	m3	x part variable A	+ Part fixe
		1 767,00 €	12 763,00 €
Balnéothérapie [de 50 à 99m3]		x part variable B	+ Part fixe
		993,00 €	20 420,00 €
Balnéothérapie [de 100 à 199m3]	m3	x part variable C	+ Part fixe
		657,00 €	30 630,00 €
Balnéothérapie [plus de 200m3]	m3	x part variable D	+ Part fixe
		558,00 €	30 630,00 €

Méthode de calcul des AE

Tableau 1 : Répartition des activités en fonction de la méthodologie de calcul

Groupe d'activité	Activité	Périmètre du financement	Unité de compte	Source du recueil	Détail unité de mesure	Calibrage	Financement
Groupe 1	Équipe Mobiles	100%	Équipe	MIG actuelle		Coûts réels	Coût historique par équipe
	EVC-EPR	70%	Lits	Enquête ARS	Lits au sein d'unités dédiées	70% * Nbre de lits déclaré * 365 jours * 350€ + 30% * Activité PMSI n-1 * 350€	350€ dont 70% alloués selon le nombre de lits dédiées et 30% en fonction des journées de présence n-1 concernées
		30%	Journées	PMSI	GME		
	SRPR	Surcoûts	Lits	Enquête ARS	Lits au sein d'unités dédiées	Capacitaire * Surcoûts	150 313 € par lit
Groupe 2	Obésité Complexe	Surcoûts	Journées	PMSI	GME du GN 1006 avec IMC >40 et GME de niveau 2 avec IMC >30	Journées * surcoûts	181 € par journée
	Blessés médullaires	Surcoûts	Journées	PMSI	GME des GN 0134, 0135, 0137 et 0138	Journées * surcoûts	72 € par journée
Groupe 3	PREPAR	Surcoûts	Journées	PMSI	Tableau suivant	Journées * surcoûts	175 €
	PREPAC	Surcoûts	Journées	PMSI	Tableau suivant	Journées * surcoûts	140 €
	PREPAN	Surcoûts	Journées	PMSI	Tableau suivant	Journées * surcoûts	322 €
	TC sévères	Surcoûts	Journées	PMSI	Tableau suivant	Journées * surcoûts	276 €
	TC addictologie	Surcoûts	Journées	PMSI	Tableau suivant	Journées * surcoûts	136 €
	Neuro-orthopédie	Surcoûts	Journées	PMSI	Tableau suivant	Journées * surcoûts	138 €
	Amputés	Surcoûts	Séjours / Patients	PMSI	Tableau suivant	Séjours / Patients * surcoût	1 542 € par séjour



Méthode de calcul des AE

Tableau 2 : Hypothèses de description de l'activité pour les activités du groupe 3

Activité d'expertise	Périmètre de données	Poids de l'activité d'expertise
PREPAR	Nb de journées produites dans une UM HC « Affections respiratoires » adultes	25%
PREPAC	Nb de journées produites dans une UM HC « Affections cardiovasculaire » adultes	25%
Troubles cognitifs addictologie	Nb de journées produites dans une UM HC « Affections liées aux conduites addictives » adultes	25%
Neuro-orthopédie	Nb de journées produites dans une UM HC « Affections du système nerveux » adultes	25%
Troubles cognitifs cérébrlésés	Nb de journées produites dans une UM HC « Affections du système nerveux » adultes	25%
PREPAN	Nb de journées produites dans une UM HC « Affections du système nerveux » adultes	25%
Amputés	En HC : nombre de séjours du GN 0803 EN HDJ : le nombre de patients du GN 0803 avec FPP Z441 ou Z440	75%

! Une hypothèse supplémentaire s'applique en cas de cumul d'activités d'expertises « neurologiques » (Neuro-orthopédie, PREPAN et TC sévères). Comme le montre le tableau ci-dessus, l'hypothèse de calcul pour ces activités se base la même source de données (séjours d'HC en unité médicale adulte « système nerveux » en 2021). Afin d'éviter de considérer une part trop importante de l'activité comme relevant de l'expertise, la méthode suivante s'applique.

Dans le cas de deux AE, le poids est porté à 30%.

	PREPAN	CEREBRO	NEURORTHO
Situation n°1	1 (25%)	1 (5%)	0
Situation n°2	1 (25%)	0	1 (5%)
Situation n°3	0	1 (25%)	1 (5%)

Dans le cas de trois AE, le poids est porté à 35%.

	PREPAN	CEREBRO	NEURORTHO
Situation n°1	1 (25%)	1 (5%)	1 (5%)

Construction de la dotation populationnelle initiale



Dotation populationnelle

- Répartie sur la base des recettes historiques
 - Hors contribution de l'ES au compartiment activité, soit 50% de ses recettes historiques
 - Hors PTS, MO, MIGAC, IFAQ et 50% SEGUR
 - En tenant compte de 50% du poids des AE
 - En tenant compte de 50% des CNR (hors ceux intégré dans le compartiment activité)

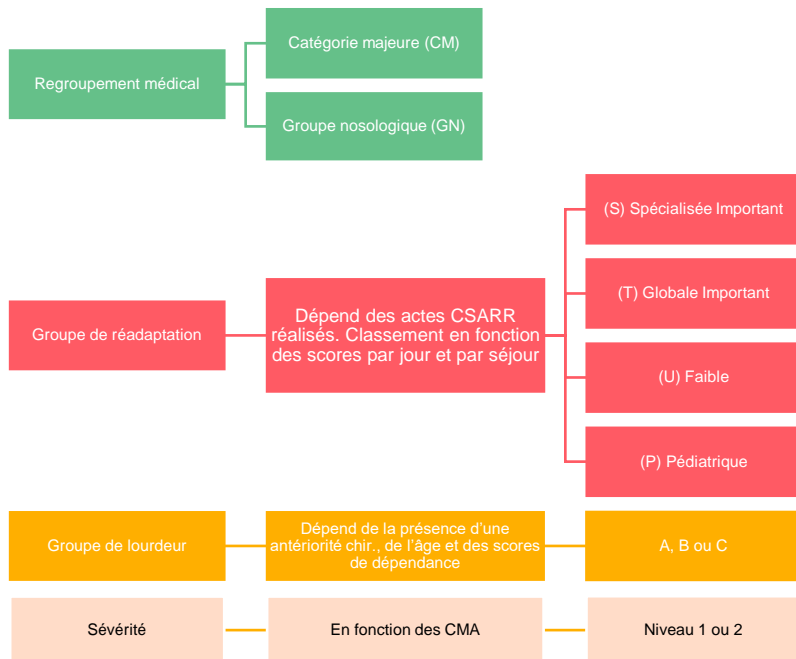
Clé de ventilation de la dotation populationnelle entre établissements



Les outils de la construction tarifaire

La classification

Groupe médico-économique (GME) en
HC – Classification des séjours



En hospitalisation complète, classement des séjours dans des GME.

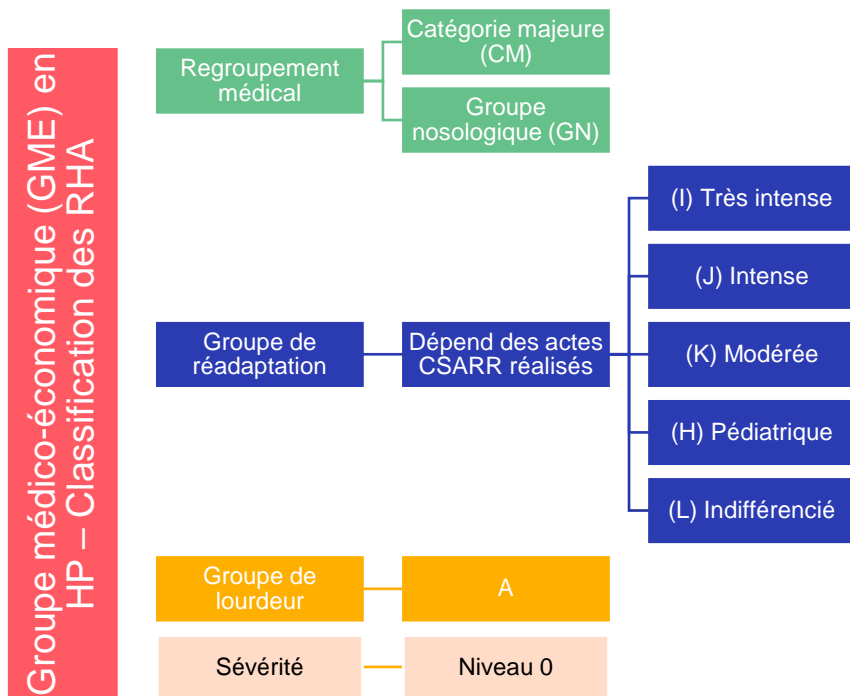
- Groupe de réadaptation (GR) = découpage du GN
 - Existence d'un groupe (P) si les effectifs le permettent, sinon les séjours pédiatriques sont classés en (S)
 - Classement en (S), (T), (U) selon les scores de RR* sur le séjour et les scores de RR* journalier moyen
- Groupe de lourdeur (GL) = découpage du GR
- Niveau de sévérité = découpage du GL

* Calcul de scores de RR sur une liste d'actes « spécialisés » et tests sur ces scores pour le classement en (S)

* Tests sur les scores globaux pour le classement en (T) si le séjour n'est pas classé en (S)

Les outils de la construction tarifaire

La classification



En hospitalisation partielle, classement des RHA dans des GME.

- Groupe de réadaptation = découpage du GN
 - Existence d'un groupe (H) si les effectifs le permettent sinon groupage des RHA pédiatrique identique aux adultes
 - Si effectifs insuffisants : un seul groupe indifférencié (L)
 - Classement en (I), (J), (K) selon le score de RR journalier
- Pas de découpage en GL et niveau de sévérité



Ovalide SMR

<https://sap.atih.sante.fr/epmsi/index.html>

Guide de Lecture des tableaux MAT2A/OVALIDE			
Arrêts de versement			
2024	2023	2022	2021
OVALIDE MCO DGF 2024	OVALIDE MCO DGF 2023	OVALIDE MCO DGF 2022	OVALIDE MCO DGF 2021
OVALIDE MCO OQN 2024	OVALIDE MCO OQN 2023	OVALIDE MCO OQN 2022	OVALIDE MCO OQN 2021
OVALIDE HAD DGF 2024	OVALIDE HAD DGF 2023	OVALIDE HAD DGF 2022	OVALIDE HAD DGF 2021
OVALIDE HAD OQN 2024	OVALIDE HAD OQN 2023	OVALIDE HAD OQN 2022	OVALIDE HAD OQN 2021
OVALIDE SSR DGF 2024	OVALIDE SSR DGF 2023	OVALIDE SSR DGF 2022	OVALIDE SSR DGF 2021
OVALIDE SSR OQN 2024	OVALIDE SSR OQN 2023	OVALIDE SSR OQN 2022	OVALIDE SSR OQN 2021
	OVALIDE PSY DGF 2023	OVALIDE PSY DGF 2022	OVALIDE PSY DGF 2021
	OVALIDE PSY OQN 2023	OVALIDE PSY OQN 2022	OVALIDE PSY OQN 2021
2020	2019	2018	2017
OVALIDE MCO DGF 2020	OVALIDE MCO DGF 2019	OVALIDE MCO DGF 2018	OVALIDE MCO DGF 2017



Versements en routine

L'article 8 de l'arrêté versements tous champs prévoit les modalités de valorisation et de versement des compartiments **en cible 2024 (hors régularisation) et les années suivantes.**

	Compartiment activité		Dotation Populationnelle, (et pédiatrie), <i>dont transition</i>		Autres compartiments forfaitaires (MIGAC dont AE, PTS et IFAQ)	
	Notification	Versement	Notification	Versement	Notification	Versement
Etablissements ex-DG	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêtés versement mensuels* 	<ul style="list-style-type: none"> • Le 15 (25% de 12^{èmes} N-1) • le 20 (45% de 12^{èmes} N-1) du mois M+1 • Le 5 du mois M+3 (solde sur activité réelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Notification en 1^{ère} circulaire budgétaire • Prolongement de la dotation N-1 en début d'année N puis régularisation à la C1 N 	<ul style="list-style-type: none"> • Le 20 du mois M (60%) • Le 5 (15%) et le 15 (25%) du mois M+1 	<ul style="list-style-type: none"> • Notification en 1^{ère} circulaire budgétaire • Prolongement de la dotation N-1 en début d'année N puis régularisation à la C1 N 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 du mois M
Etablissements ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> • Facturation directe au séjour 	<ul style="list-style-type: none"> • Au fil de l'eau 		<ul style="list-style-type: none"> • 5 du mois M 		<ul style="list-style-type: none"> • 5 du mois M



Nos données
au service
de la Santé

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION !**