

Campagne SSR 2017

Secteur OQN

Nos références :

Service :
Financement et Analyse
Economique

Pôle :
Pôle Allocation de
Ressources aux
Etablissements de Santé

Guide d'utilisation :

Valorisation de l'activité 2016 par les tarifs 2017

L'article 78 de la LFSS pour 2016 a introduit les dispositions relatives à la réforme des activités de soins de suite et de réadaptation. Le dispositif cible est composé de cinq compartiments :

- le compartiment activité : caractérisé par une dotation modulée à l'activité (DMA), composée d'une part socle et d'une part à l'activité ;
- le compartiment molécules onéreuses (MO) ;
- le compartiment missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- le compartiment plateaux techniques spécialisés (PTS).
- le compartiment financement de la qualité (IFAQ).

Pour la campagne de 2017, la LFSS prévoit la mise en œuvre d'un dispositif transitoire. Ce dernier consiste à appliquer un financement combinant les anciennes et nouvelles modalités de financement à partir du 1^{er} Mars 2017:

- la dotation pour les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) et les forfaits journaliers pour les établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN)
- la dotation modulée à l'activité (DMA) qui est composée uniquement de la part activité

Un financement progressif des autres compartiments est également mis en œuvre :

- élargissement du compartiment MIGAC mis en place dès 2016
- compartiment PTS mis en place au 1^{er} Janvier 2018. Dans l'attente, le dispositif combinant anciennes/nouvelles modalités de financement s'applique comme pour le compartiment activité. Ainsi, en 2017, les PTS seront financés par les prestations hospitalières (PJ) et par des crédits MIGAC (selon la même fraction que celle s'appliquant sur la DMA). Cette logique est également appliquée pour les ateliers d'appareillage ainsi que pour les crédits finançant les UCC.
- compartiment Molécules Onéreuses mis en place au 1^{er} Janvier 2018. Dans l'attente, est prévue pour 2017 la reconduction des modalités de financement mises en œuvre en 2016.

Pour permettre aux établissements de mesurer l'impact du modèle de financement mis en place en 2017, l'agence a élaboré un fichier détaillant les différentes informations nécessaires.

L'activité prise comme référence est l'activité des douze mois de 2016 de l'établissement transmis via e-PMSI et regroupée en v2017.

Les recettes sont calculées en « dépenses assurance maladie ». **Pour autant, ces recettes ne constituent qu'une référence prévisionnelle de recettes pour l'établissement en 2017.** En effet l'activité 2017 peut être sensiblement différente de l'activité 2016 ; soit en volume d'activité (évolution de l'activité entre 2016 et 2017) ; soit en structure d'activité (séjours groupés dans des GME différents entre 2016 et 2017). De plus comme les données d'activité 2016 sont « regroupées » en version v2017 de la classification, le casemix utilisé ne peut être qu'une estimation de la réalité au sens où il ne traduit pas l'adaptation des établissements aux nouvelles règles de codage.

De plus, l'activité 2016 valorisée intègre à la fois les séjours valorisables (i.e. incluant les séjours en attente de taux de prise en charge ou en attente de décision sur les droits du patient) et les séjours non pris en charge par l'Assurance maladie, alors que ces éléments ne seront pas valorisés pour le calcul de la DMA 2017.

Le fichier Excel est composé de quatre onglets :

L'onglet synthèse qui présente la valorisation de l'activité 2016 par les tarifs 2017 et les différents coefficients. In fine il permet d'obtenir le niveau de DMA théorique sur 10 mois (hors minoration liée au trop perçu).

L'onglet Casemix 2016 V2017 tarifs 2017 qui présente la valorisation de l'activité 2016 par les tarifs 2017 pour chaque GMT (groupe médico tarifaire). Cette valorisation inclut la majoration de l'activité pédiatrique concernant les GME appartenant à un groupe nosologique non scindé sur l'âge

L'onglet Exercice 2016 qui présente les principes et modalités de calcul du coefficient de transition. In fine, il permet de mesurer l'impact « pur » lié au changement de modèle de financement sur l'ensemble des recettes (prestations hospitalières, DMA et MIGAC)

L'onglet Exercice 2017 qui présente les principes et modalités de calcul de la DMA théorique et de la DMA notifiée (avec minoration du trop-perçu). In fine, il permet de mesurer l'impact global de la campagne 2017 (changement de modèle et ajustement des recettes à l'OD SSR 2017) sur l'ensemble des recettes (prestations hospitalières, DMA et MIGAC).

A noter que les données du fichier sont présentées sous le FINESS PMSI.

I. Synthèse

L'onglet **Synthèse** présente les différents éléments permettant la mise en œuvre des modalités techniques de versement de la DMA (dotation modulée à l'activité) pour l'établissement, ainsi que la valorisation finale de son activité.

Synthèse des données d'activité 2016

FINESS PMSI
 Raison sociale

Paramètres de la valorisation modifiables par l'utilisateur

Taux prévisionnel de volume	0.00%	A saisir par l'utilisateur <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Modifiable par l'utilisateur </div>
Taux AM des prestations GMT	90%	
Fraction de tarif (FT)	10%	

Coefficients Etablissement

Coefficient géographique 2017	1.00
Coefficient de Spécialisation	1.12
Coefficient Honoraire (OQN uniquement)	0.96
Coefficient de Transition	1.03
Coefficient prudentiel 2017	0.70%

L'utilisateur a la possibilité de modifier les paramètres suivants :

- Le **taux prévisionnel de volume** : dans le cas où l'établissement souhaite simuler l'évolution de l'activité entre 2016 et 2017, il est possible d'augmenter ou de baisser le volume afin de la prendre en compte dans le calcul de la DMA.
- Le **taux AM des prestations GMT** : ce taux a été fixé par défaut à 90% pour l'ensemble des établissements. Il est possible de modifier sa valeur. La modification du taux entraîne une modification du calcul de la DMA théorique, qui alors ne correspondra plus à la DMA notifiée par l'ARS.
- La **fraction de tarif** : Elle détermine la part d'application du nouveau modèle de financement dans le modèle transitoire. En 2017, la fraction de tarif est fixée à 10%.

Les autres éléments permettent la mise en œuvre des modalités techniques de versement de la DMA (dotation modulée à l'activité). Ils sont spécifiques à chaque établissement :

- **Coefficient géographique** : permet une majoration selon le lieu d'implantation de l'établissement
- **Coefficient de spécialisation** : consiste à rehausser la valorisation de l'établissement proportionnellement au nombre de points de RR
- **Coefficient honoraire** (uniquement pour les établissements sous OQN) : a pour objet que la valorisation économique de l'activité par le tarif soit diminuée de la quote-part des honoraires facturée directement à l'AM
- **Coefficient transition** : a pour objet de limiter les effets revenus en assurant une variation de recettes limitée à -1% de la part DMA, toutes choses égales par ailleurs.
- **Coefficient prudentiel** : permet une mise en réserve de crédits pour l'Assurance Maladie en cas de dépassement de l'ONDAM

Les coefficients de spécialisation, honoraire et de transition ont été notifiés ou sont en cours de notification aux établissements par les ARS. Il n'est pas possible de les modifier. Pour plus de précisions sur ces éléments, vous pouvez vous rapporter à la notice de financement disponible sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/financement-2017-des-activites-de-ssr>.

Remarque 1 : Les modalités de calcul du coefficient de transition sont expliquées dans l'onglet Exercice 2016.

Le tableau qui suit présente la valorisation de l'activité 2016 par les tarifs 2017 selon la version v2017 de la classification.

Valorisations de l'activité 2016 aux tarifs 2017 (groupage v2017)

	Nombre de séjours total	Nombre de journées total	Valorisation de l'activité par les tarifs 2017 sur 12 mois	Valorisation avec Majoration Pédiatrique sur 12 mois	Valorisation avec Application des Coefficients sur 12 mois	DMA théorique (Ressources AM avec application de la fraction de tarif sur 10 mois)	DMA théorique avec évolution volume
Niveau 0	0	2	290	290	364	27	27
Niveau 1 (HC)	2 701	63 446	11 777 646	11 833 714	14 864 796	1 114 783	1 114 783
Niveau 1 (HP)	0	1	333	333	419	31	31
Niveau 2	312	17 299	4 574 315	4 574 840	5 746 637	430 968	430 968
Séjours non clos longs	6	857	100 553	100 553	126 308	9 472	9 472
Activité groupée en erreur	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3 019	81 605	16 453 137	16 509 730	20 738 524	1 555 282	1 555 282

L'activité est distinguée selon le niveau du GME, et parfois du type d'hospitalisation (dans le cas de la présence des deux types dans le même niveau). Sont également mis à part les séjours non clos longs et l'activité groupée en erreur.

Remarque 2 : Les séjours non clos longs ne contiennent pas l'activité d'EVC-EPR (GME 0103A1 et 0103A2). Pour des raisons de simplification de l'onglet suivant, l'activité non close d'EVC-EPR a été considérée au sein de l'activité close d'EVC-EPR (voir la remarque 6 pour plus de précisions).

Remarque 3 : Il a été décidé d'afficher dans ce fichier l'activité groupée en erreur et de la valoriser à hauteur du tarif journalier minimal (valorisation par le GMT 888 ce qui correspond à la règle utilisée pour le calcul de la DMA théorique). Le choix de valoriser les séjours erreurs se fonde sur l'hypothèse que le codage de l'activité 2017 sera de meilleure qualité entraînant ainsi une baisse du nombre de séjours en erreur. Dès lors, il est apparu nécessaire de valoriser ces séjours afin de ne pas trop sous-estimer le niveau de la DMA théorique. Pour mémoire, les séjours groupés en erreur ne seront pas valorisés lors du calcul de la DMA 2017.

Les deux premières colonnes donnent les effectifs 2016. A noter que le nombre de séjour total n'est indiqué qu'en cas d'hospitalisation complète.

Remarque 4 : Il est possible que les effectifs indiqués dans ce fichier ne correspondent pas exactement à ceux donnés par OVALIDE pour différentes raisons :

- La version de classification de l'activité est différente (v2016 pour OVALIDE et v2017 ici) et peut entraîner des flux de l'activité entre les GME.
- Le niveau de fiabilité de l'indicateur de clôture des séjours dans le PMSI n'étant pas optimal, il a été renforcé par des contrôles permettant une correction si nécessaire. Dans la même optique que la valorisation de l'activité groupée en erreur, il a été estimé que le codage de la clôture des séjours serait de meilleure qualité en 2017.

Le tableau détaille les différentes étapes du calcul de la valorisation de l'activité. A chaque colonne s'ajoute une nouvelle étape :

- La colonne « Valorisation de l'activité par les tarifs 2017 sur 12 mois » donne la valorisation « brute » du casemix 2016 de l'établissement par les tarifs publiés de 2017. Elle est issue du second onglet « Casemix2016 v2017 – Tarifs 2017 ».
- A cette valorisation est ajoutée ensuite la majoration pédiatrique. Pour rappel, l'activité de pédiatrie est majorée à hauteur de 25% de sa valeur initiale dans le cas où elle n'est pas groupée dans un GME pédiatrique. A noter que cette majoration ne s'applique pas dans le cas d'activité non close ou groupée en erreur.

- Les différents coefficients définis dans la première partie de l'onglet sont ensuite appliqués. Est obtenue ici la valorisation finale sur 12 mois à 100% en montant Base de Remboursement.
- L'étape suivante consiste à calculer le montant « DMA théorique » qui est la valorisation finale sur 10 mois avec application de la fraction tarif à 10% en montant AM.
- Enfin, la dernière étape permet de visualiser l'impact de l'évolution de volume renseignée par l'utilisateur auparavant.

Remarque 5 : Pour les établissements sous OQN, la DMA théorique notifiée par les ARS a été minorée par un montant de trop-perçu dû à la non application du coefficient frais de séjour entre mars et juin 2017 (voir l'annexe A). La valeur affichée ici correspond donc au montant DMA théorique avant minoration. L'onglet « Exercice 2017 » précise cette étape.

II. Casemix 2016 V2017 tarifs 2017

Cet onglet présente l'activité réalisée par l'établissement sur l'exercice 2016 groupée en v2017 et valorisée selon les tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2017. Pour plus de clarté, la valorisation est décomposée en deux étapes : la première étant l'application des tarifs sur l'activité totale, la seconde étant la majoration de l'activité de pédiatrie.

Pour chaque combinaison GME-GMT, sont donnés :

- ✓ Les informations propres au GMT
 - Les débuts et fin de zone forfaitaire (DZF et FZF)
 - Les éléments tarifaires
 - TZB : Tarif de la zone basse
 - SZB : Supplément de la zone basse
 - TZF : Tarif de la zone forfaitaire
 - SZF : Supplément de la zone forfaitaire
 - Le fait que le GN du GME soit scindé sur l'âge
- ✓ Les effectifs de l'activité valorisée de l'établissement par GMT
 - Le type d'hospitalisation
 - Le nombre de séjours (uniquement pour l'HC)
 - Le nombre de journées
 - Le nombre de points de RR utilisés pour le calcul du coefficient de spécialisation
 - Les effectifs pour la zone basse (en vert)
 - Les effectifs pour la zone forfaitaire (en bleu)
 - Les effectifs pour la zone haute (en orange)
- ✓ La valorisation de l'activité totale par les tarifs 2017
- ✓ Les effectifs de l'activité pédiatrique de l'établissement par GMT
- ✓ La valorisation de l'activité par les tarifs 2017 avec majoration de l'activité pédiatrique

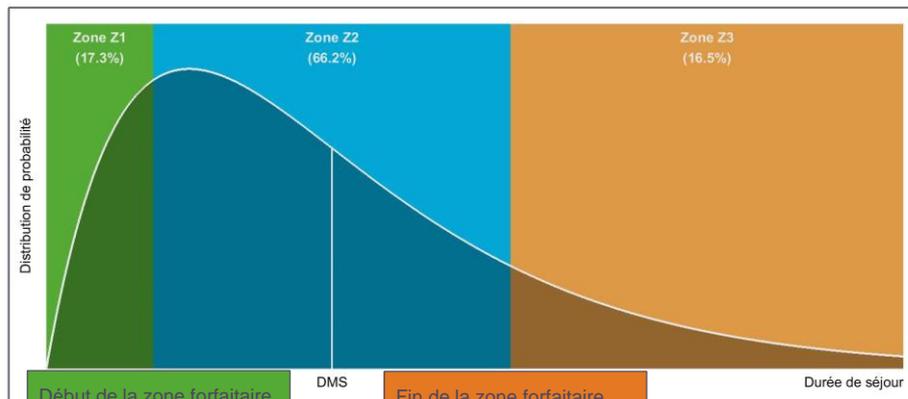
Remarque 6 : L'activité non close courte (<90 jours) n'est pas prise en compte dans les effectifs, puisque non valorisée.

Remarque 7 : Les points de RR liées à l'activité groupée en GME erreur n'ont pas été pris en compte dans le calcul du coefficient de spécialisation.

La valorisation est différente selon le type d'hospitalisation :

- Dans le cas d'activité en hospitalisation complète :

La valorisation de l'activité est fonction de la durée du séjour, elle repose sur trois zones de financement : une zone dite basse (en vert), une zone forfaitaire (en bleu), et une zone dite haute (en orange).



$$\begin{aligned}
 \text{Valorisation} = & \quad TZB \times nbSejBas + SZB \times nbJouB \\
 & + TZF \times nbSejFor \\
 & + TZH \times nbSejHau + SZH \times nbJouH
 \end{aligned}$$

- Dans le cas d'activité en hospitalisation partielle :

La valorisation est journalière. Toutes les journées du GMT sont valorisées par le même tarif.

$$\text{Valorisation} = TZF \times nbJouTot$$

Attention, il existe des cas particuliers :

- L'activité d'HP groupée dans un niveau 1 est valorisée à la journée par application du TZB.

$$\text{Valorisation} = TZB \times nbJouTot$$

De plus, dans un objectif d'avance, les séjours non clos longs (≥ 90 jours) sont valorisés à la journée par un tarif minimal. Ils sont groupés dans le GMT 8888.

$$\text{Valorisation} = TZF \times nbJouTot$$

Remarque 7 : De par leur nature particulière, les séjours non clos longs groupés dans un GME d'EVC-EPR (0103A1 et 0103A2) sont valorisés de la même façon que les séjours clos. Pour simplifier l'affichage, les deux populations de séjours (clos et non clos longs) sont comptabilisés sur la même ligne, à savoir celle des GMT 0001 et 0002.

Remarque 8 : Pour rappel, il a été décidé d'afficher dans ce fichier l'activité groupée en erreur et de la valoriser à hauteur du tarif journalier minimal (tarif du GMT 8888, voir la remarque 3 pour plus de précisions).

$$\text{Valorisation} = TZF \times nbJouTot$$

Ainsi, la colonne « Valorisation de l'activité par les tarifs 2017 » renvoie la valorisation issue de ces règles de valorisation.

La seconde partie de l'onglet concerne la majoration appliquée sur l'activité pédiatrique. Pour rappel, les séjours de patients âgés de moins de 18 ans et groupés dans un GME dont le GN n'a pas été scindé sur l'âge sont majorés à hauteur de 25%. Ainsi, pour chaque GMT concernés, la valorisation est augmentée de 25% de la valorisation de l'activité pédiatrique.

III. Exercice 2016

L'onglet a 2 fonctions principales :

- Calculer le coefficient de transition qui sera utilisé en 2017, afin de limiter les écarts de rémunération dus au nouveau modèle.
- Simuler les recettes 2016 avec le nouveau modèle de financement, et mesurer l'écart.

Il permet donc dans un premier temps de décrire les concepts et modalités de calcul du coefficient de transition.

Principes concernant la valorisation utilisée pour le coefficient de transition :

La valorisation de l'activité utilisée pour le calcul du coefficient de transition et celle utilisée pour la DMA théorique reposent sur des concepts différents.

Comme le calcul du coefficient de transition se base sur la comparaison avec les recettes 2016 au périmètre DMA, la valorisation de l'activité utilisée pour le calcul ne prend pas en compte les effets de la campagne 2017. Ces effets correspondent notamment à l'ajustement des tarifs 2017 par rapport à l'OD SSR 2017. Ainsi la valorisation de l'activité repose ici sur des tarifs qui redistribuent sur l'ensemble des établissements d'un même secteur, la même masse que les recettes 2016. Il ne s'agit donc pas des tarifs 2017 publiés. Ainsi la variation à la baisse des recettes limitée à -1% qui est assurée par le coefficient de transition est toutes choses égales par ailleurs ; c'est-à-dire à niveau de recettes constant et à niveau d'activité constant. Il s'agit in fine de limiter uniquement les effets revenus liés aux nouvelles modalités de financement.

Pour la DMA théorique et in fine la DMA 2017, la valorisation inclut les effets de la campagne 2017 (y compris l'application du coefficient prudentiel) et elle repose donc sur les tarifs publiés de 2017.

Il permet in fine de reconstruire les recettes de l'établissement pour l'exercice 2016 en lui appliquant le modèle de financement 2017. Il mesure l'impact « pur » du modèle sur les recettes globales de l'établissement.

L'onglet indique ainsi le déroulé de deux calculs effectués sur l'exercice 2016 :

- Mise au périmètre DMA
- Calcul du coefficient de transition qui sera appliqué lors du calcul de la DMA 2017.

La **mise au périmètre DMA des recettes 2016** de l'établissement permet de définir le montant issu des recettes uniquement lié au compartiment activité. En effet, les recettes de 2016, en dehors des MIG déjà existantes en 2016, incluent l'ensemble des compartiments du nouveau modèle qui sont mis en œuvre en 2017. Les recettes de 2016 doivent donc être ajustées des éléments ne rentrant pas dans le champ de la valorisation de l'activité. Sur le secteur OQN, plateaux techniques spécialisés (PTS), ateliers d'appareillage (AA) et unités cognito-comportementales (UCC) font l'objet d'un financement via un compartiment autre que la DMA → Le financement est réalisé à hauteur de 90% via les anciens vecteurs de financement et à 10% via l'enveloppe MIGAC.

Mise au périmètre DMA

Principe : Les recettes 2016 au périmètre DMA sont les recettes perçues par l'établissement en 2016 (prestations hospitalières) qui ne concernent que le compartiment activité (DMA). Sont donc exclus les montants qui concernent les autres compartiments du modèle et qui étaient financés jusqu'en 2016 par les prestations hospitalières (PTS, AA, MIG) : ceux-ci sont financés partiellement en 2017 via le vecteur MIGAC

Recettes 2016 SSR	6 386 850	A
PTS	54 419	
AA	0	
UCC	0	
Recettes 2016 au périmètre		
DMA	6 332 430	B = A - (PTS+AA+UCC)

Les recettes 2016 sont les montants des prestations hospitalières issues des données SNIIRAM M12 2016 en montants assurance maladie en date de soins (vu à Avril 2017 en date de remboursement). Les montants indiqués pour les PTS, AA et UCC sont issus des enquêtes de décomposition des bases envoyées en début d'année 2017 aux ARS :

- PTS et AA = poids des charges déclaré par l'ARS*recettes prestations hospitalières
- UCC = montant déclaré par l'ARS

Remarque 9 : Les montants propres aux équipes mobiles ne sont pas à déduire des recettes 2016. Sur le secteur OQN, cette MIG a été financée par redéploiement de crédits.

La partie suivante déroule le **calcul du coefficient de transition**. Pour rappel, l'objectif du coefficient de transition est de limiter les pertes de revenus pour les établissements à 1% sur la fraction équivalente à la DMA. Pour cela, il convient de valoriser l'activité 2016 par le nouveau modèle DMA appliqué à 100%. La comparaison avec les recettes effectivement perçues en 2016 permet de calculer un coefficient de transition qui limite les variations à la baisse à -1% au maximum. A noter que la valorisation calculée ici n'inclue pas les effets de la campagne 2017 (évolutions des financements, coefficient prudentiel et les effets liés au changement d'activité entre 2016 et 2017).

La première étape consiste à valoriser l'activité 2016 par le processus 2017 (valorisation des GMT, majoration pédiatrie, application du taux Assurance Maladie) mais sans inclure les effets de la campagne 2017 (ajustement à l'OD SSR 2017, coefficient prudentiel et évolution de l'activité). Sont ensuite appliqués les coefficients de l'établissement, afin d'obtenir la valorisation de l'activité sans amortisseur.

Remarque 10 : Afin de ne pas sous-estimer les recettes du compartiment DMA, l'activité groupée en GME erreur a été ici valorisée par le tarif journalier moyen (123,10€ pour l'HP et 154,35€ pour l'HC). Le choix de valoriser les séjours erreurs se fonde sur l'hypothèse que le codage de l'activité 2017 sera de meilleure qualité entraînant ainsi une baisse du nombre de séjours en erreur.

La valeur du coefficient dépend de l'effet revenu engendré par la mise en œuvre du compartiment DMA, avant application du coefficient de transition.

$$EffetRevenu = \frac{Valorisation \ à \ l'activité}{Recettes \ 2016 \ au \ périmètre \ DMA} - 1$$

En fonction des effets revenus, la valorisation après application du coefficient de transition est calculée comme suit :

- si l'établissement a un effet revenu < -1% : la valorisation finale correspond aux recettes 2016 au périmètre DMA*99% afin de limiter la perte à -1%, et ce toute choses égales par ailleurs.
- si l'établissement a un effet revenu négatif mais > -1% : la valorisation reste inchangée
- si l'établissement a un effet revenu positif : cet effet est restreint afin de compenser la perte des établissements perdants à -1% (dans le but de respecter le principe de conservation des

masses). Cette limitation sur les gagnants est réalisée au prorata des gains de chaque ES parmi les ES gagnants.

Ainsi, le coefficient de transition est le rapport entre la valorisation après application du coefficient de transition et la valorisation avant application du coefficient de transition. La valorisation après application du coefficient de transition correspond aux modalités de calcul décrites ci-dessus. Pour les établissements ayant une perte au-delà de 1%, elle correspond à la valorisation capée (aux recettes 2016 au périmètre DMA*99%).

$$CoefficientTransition = \frac{\text{la valorisation après application du coefficient}}{\text{la valorisation avant application du coefficient}}$$

Enfin, la valorisation après application du coefficient de transition permet d'obtenir la valeur de la DMA 2016, c'est-à-dire hors effet campagne 2017. Elle correspond à 10% de la valorisation après application du coefficient de transition calibrée sur 10 mois (puisque la réforme débute au 1^{er} mars). Le montant global de la DMA 2016 sur l'ensemble des établissements d'un même secteur distribue le même niveau de recettes que les recettes 2016 au périmètre DMA.

La dernière partie **compare les recettes totales de l'établissement pour l'exercice 2016** entre l'ancien modèle et le nouveau modèle en vigueur en 2017. A noter que les recettes comparées ne contiennent pas les honoraires et les crédits MIGAC alloués en 2016.

Financement 2016 - Recettes reconductibles (hors crédits MIGAC alloués en 2016)

Modèle 2016	
100% prestations hospitalières	
Prestations hospitalières	6 386 850
Total	6 386 850

Modèle 2017		
jusqu'au 1er mars 100% prestations hospitalières		
à partir du 1er mars, 90% prestations hospitalières + 10% DMA + MIG		
Prestations hospitalières	5 854 612	
DMA	522 426	
MIG hors EM (PTS / AA / UCC)	4 535	PTS/AA/UCC versé à hauteur de la fraction de tarif
MIG Equipements Mobiles (EM)	0	MIG EM versé à 100%
Total	6 381 573	
Ecart / Modèle 2016	-0.08%	

Ainsi, sont calculées :

- **les recettes 2016 sur le modèle en vigueur en 2016** : qui sont égales simplement aux recettes issues des prestations hospitalières
- **les recettes 2016 sur le modèle en vigueur en 2017** :
 - o Application de l'ancien modèle sur janvier et février : recettes issues des prestations hospitalières calibrées sur 2 mois
 - o Application à partir du 1^{er} mars de la fraction de tarif :
 - 90% de l'ancien modèle : 90%*recettes issues des prestations hospitalières calibrées sur 10 mois
 - DMA 2016 (10% de la valorisation de l'activité calibrée sur 10 mois)

- MIG hors Equipes Mobiles (PTS/AA/UCC) : 10% des montants PTS/AA/UCC calibrées sur 10 mois
- MIG Equipes mobiles : montant notifié pour 2017

L'onglet indique in fine l'écart entre les recettes issues du modèle 2017 par rapport à celles issues du modèle 2016.

IV. Exercice 2017

Cet onglet permet d'estimer les recettes de l'établissement pour l'exercice 2017 en appliquant le modèle de financement 2017. Il permet ainsi de mesurer l'impact global de la campagne 2017 sur les recettes totales de l'établissement.

La première partie de l'onglet consiste à détailler le **calcul de la DMA théorique** pour 2017. Elle repose sur les données d'activités 2016 et utilise tous les paramètres de la campagne 2017 (tarifs 2017 publiés, ensemble des coefficients y compris prudentiel).

Remarque 11 : Cette DMA théorique constitue une avance. A noter que la DMA finale 2017 sera calculée sur les données d'activités 2017.

La première étape consiste à valoriser l'activité 2016 avec le processus 2017 (tarifs 2017 publiés, majoration pédiatrie) : c'est exactement la valorisation issue de l'onglet « Casemix », et donc le montant est celui inscrit dans le tableau de valorisation de l'onglet « Synthèse ». Le taux Assurance Maladie y est appliqué pour obtenir les montants en recettes AM. Sont ensuite appliqués les coefficients de l'établissement.

Le montant obtenu permet d'obtenir la valeur de la DMA théorique 2017. Elle correspond à 10% de la valorisation après application des coefficients calibrée sur 10 mois (puisque la réforme débute au 1er mars).

Par ailleurs, un montant dit « Trop perçu » dû à la non application du coefficient frais de séjour sur les prestations est indiqué. L'annexe A explique ses modalités de calcul.

Ainsi, la DMA notifiée par l'ARS doit correspondre à la soustraction de cette minoration sur la DMA théorique.

Remarque 12 : Il est toutefois possible que l'ARS ait notifié un montant différent, dans le cas par exemple d'un changement de structure (fermeture en prévision, nouvelle activité, transfert, ...)

Remarque 13 : Attention, il n'est possible de retrouver la DMA théorique notifiée par l'ARS seulement dans le cas où le taux Assurance Maladie et la fraction tarif n'ont pas été modifiés.

La dernière partie **compare les recettes totales de l'établissement pour l'exercice 2017** avec le nouveau modèle en vigueur en 2017 et celles de l'exercice 2016. A noter que les recettes comparées ne contiennent pas les honoraires et les crédits MIGAC alloués en 2016.

Financement 2017 - Recettes reductibles (hors crédits MIGAC alloués en 2016)

Taux d'évolution des prestations hospitalières OQN -2.34%

Modèle 2017 avec DMA théorique

*jusqu'au 1er mars 100% prestations hospitalières
à partir du 1er mars, 90% prestations hospitalières + 10% DMA + MIG*

Prestations hospitalières	5 742 523	
DMA théorique	503 947	
MIG hors EM (PTS / AA / UCC)	4 535	PTS/AA/UCC versé à hauteur de la fraction de tarif
MIG Equipes Mobiles (EM)	0	MIG EM versé à 100%
Total	6 251 005	
Ecart / Exercice 2016 - Modèle 2016	-2.13%	

Modèle 2017 avec prise en compte de l'effet volume

Prestations hospitalières	5 742 523
DMA avec effet volume	503 947
MIG hors EM (PTS / AA / UCC)	4 535
MIG Equipes Mobiles (EM)	0
Total	6 251 005
Ecart / Exercice 2016 - Modèle 2016	-2.13%

Ainsi, sont calculées :

- **les recettes 2017 sur le modèle en vigueur en 2017 :**
 - o Application de l'ancien modèle sur janvier et février : recettes issues des prestations hospitalières calibrées sur 2 mois
 - o Application à partir du 1^{er} mars de la fraction de tarif :
 - 90% de l'ancien modèle : 90%*recettes 2016 issues des prestations hospitalières avec application du taux d'évolution OQN 2017 propre au statut de l'établissement (-2% pour le EBNL, -2.34% pour les EBL), calibrées sur 10 mois
 - DMA théorique (10% de la valorisation de l'activité calibrée sur 10 mois)
 - MIG hors Equipes Mobiles (PTS/AA/UCC) : 10% des montants PTS/AA/UCC calibrées sur 10 mois
 - MIG Equipes mobiles : montant notifié pour 2017
- **les recettes 2017 sur le modèle en vigueur en 2017 avec prise en compte de l'effet volume :** cette partie permet d'estimer l'impact de la réforme en prenant en compte l'évolution de l'activité de l'établissement entre 2016 et 2017.

L'onglet indique in fine l'écart entre les recettes estimées pour 2017 par rapport à celles issues de l'exercice 2016 sous l'ancien modèle.

Remarque 14 : Il convient de rappeler que les recettes 2017 indiquées ne sont qu'une estimation, hormis les montants MIG. Les prestations hospitalières et la DMA finale seront fonction de l'activité 2017.

ANNEXE A : Montant de trop-perçu pour les établissements sous OQN

A partir du 1^{er} mars, les établissements du secteur OQN continuent 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, via le coefficient de frais de séjour (correspond à la fraction de tarif).

Si juridiquement la date de mise en œuvre de la réforme a été fixée au 1^{er} mars, il n'en demeure pas moins que les factures, pour des raisons pratiques, n'ont pu être minorées à cette date. Selon le calendrier prévisionnel, le coefficient « frais de séjour OQN » sera effectivement mis en œuvre à compter du 1^{er} juillet 2017. Une régularisation est ainsi opérée dans un premier temps via la DMA théorique pour la période de Mars à Juin 2016, correspondant à la période où le coefficient de frais de séjour n'a pas pu être mis en œuvre.

Cette minoration est estimée en se basant sur les données de facturation AM de Mars à Juin 2016 (ou en cas d'ouverture après Juin, de Juillet à Octobre) sur le périmètre des prestations hospitalières multiplié par le coefficient de frais de séjour de 10% :

$$\textit{Minoration} = \textit{Prestation hospitalières de Mars à Juin 2016} \times 10\%$$