

## **Campagne tarifaire et budgétaire 2018**

# **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.

La présente notice, vise à informer les établissements de santé des modalités de financement du champ SSR pour l'année 2018.

Elle est composée de quatre 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 relatives 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 ;
- l'annexe 4 précise les consignes de recueil et de transmission des RHA en complément de la notice PMSI.

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 2017 modifié<sup>1</sup> 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 trois arrêtés :

- L'arrêté<sup>2</sup> du 17 avril 2018 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'arrêté<sup>3</sup> du 20 avril 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° 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 2016 ;
- L'arrêté<sup>4</sup> du 9 mai 2018 relatif aux modalités de calcul pour 2018 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Par souci de simplification, ces trois arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « prestations », l'arrêté « tarifs » et l'arrêté « coefficient de transition ».

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

- Concepts de financement de l'activité SSR prévus par la LFSS pour 2018
- Principes généraux de valorisation économique de l'activité ;
- Les coefficients utilisés pour la valorisation de l'activité ;
- Les précisions sur le calcul de la part AM et du reste à charge
- Les modalités de calcul de la DMA

#### I. Concepts de financement de l'activité SSR prévus par la LFSS pour 2018

La réforme du financement des activités de SSR a été introduite par la LFSS pour 2016. En 2017 a été mise en œuvre la 1<sup>ère</sup> étape de la réforme, combinant anciennes et nouvelles modalités de financement. **La LFSS 2018 prolonge de deux ans ce dispositif transitoire du modèle de financement (jusqu'au 31 Décembre 2019)**. Ainsi, en 2018 comme en 2017, les établissements de soins de suite et de réadaptation sont financés sur la base :

- D'une fraction majoritaire des anciennes modalités de financement à hauteur de 90%: 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 des nouvelles modalités de financement à hauteur de 10% : 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 sociale. Cette fraction est dénommé « fraction de tarifs »

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

<sup>2</sup> Arrêté prestations SSR (NOR : SSAH1810898A) :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/4/17/SSAH1810898A/jo/texte>

<sup>3</sup> Arrêté tarifs SSR (NOR : SSAH1811323A) :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/4/20/SSAH1811323A/jo/texte>

<sup>4</sup> Arrêté coefficient de transition :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036903033>

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) intègrent, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, 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.

## A. Les nouveautés relatives à l'année 2018

L'année 2018 s'inscrit dans le processus de montée en charge progressive du dispositif avec quelques nouveautés.

Concernant le modèle,

- **L'activité et les consultations externes (ACE)** sont valorisées à 100% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour les établissements sous DAF.
- La loi prévoit également la mise en œuvre **du compartiment « molécules onéreuses »** au 1<sup>er</sup> Janvier 2020. Dans l'attente, est prévue la reconduction des modalités de financement mises en œuvre en 2016 et 2017
  - ✓ Secteur DAF : allocation, par voie de circulaire, d'une enveloppe nationale répartie au prorata des consommations, évaluées en masse, des MO déclarées dans FICHCOMP.
  - ✓ Secteur OQN : facturation du forfait « médicament » et des molécules intercurrentes en sus.
- Pour le compartiment **« plateaux techniques spécialisés »**, la mise en œuvre d'un financement dédié est prévue au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Dans l'attente, le dispositif combinant anciennes/nouvelles modalités de financement s'applique comme en 2017. Ainsi, en 2018, les PTS sont financés par la DAF et par des crédits MIGAC (selon la même fraction que celle s'appliquant sur la DMA, soit 10%). Cette logique est également appliquée pour les ateliers d'appareillage ainsi que pour les crédits finançant les unités cognitivo-comportementales (hors mesures nouvelles dédiées aux UCC en 2017 et 2018, ces dernières étant financées en MIG à hauteur de 100%).
- Enfin, comme en 2017, les établissements SSR sont éligibles au financement MIGAC et à la dotation IFAQ (incitation financière à la qualité).

Concernant l'arrêté « prestations »,

- **Création des GMT majorés relatifs à la prise en charge de patients en unité de soins palliatifs.** Ainsi 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 trois GMT :
    - Le GMT 9551 lorsque la prise en charge a lieu dans une unité de soins palliatifs ;
    - Le GMT 9501 lorsque la prise en charge a lieu dans un lit dédié aux soins palliatifs ;
    - Le GMT 9500 sinon.
  - ✓ au GME 2303B1 sont associés trois GMT :
    - Le GMT 9553 lorsque la prise en charge a lieu dans une unité de soins palliatifs ;
    - Le GMT 9503 lorsque la prise en charge a lieu dans un lit dédié aux soins palliatifs ;
    - Le GMT 9502 sinon.
  - ✓ au GME 2303C1 sont associés trois GMT :
    - Le GMT 9555 lorsque la prise en charge a lieu dans une unité de soins palliatifs ;
    - Le GMT 9505 lorsque la prise en charge a lieu dans un lit dédié aux soins palliatifs ;
    - Le GMT 9504 sinon.
- **Mise en place de la possibilité de cumul de facturation entre le GMT d'un établissement SSR et le forfait de dialyse péritonéale d'une structure de dialyse.** Pour un patient insuffisant rénal chronique, traité par dialyse péritonéale et hospitalisé en SSR, les forfaits de dialyse péritonéale automatisée - DPA (D15) ou de dialyse péritonéale continue ambulatoire - DPCA (D16), peuvent être facturés par la structure de dialyse, pour chaque semaine de traitement, en sus du GMT couvrant l'ensemble des prestations de séjour et de soins délivrées au patient en SSR.

## B. Stabilité des paramètres de financement en 2018 pour la DMA

La majorité des paramètres de financement de la DMA est stable entre 2017 et 2018.

- La fraction de tarifs est maintenue à 10%. Ainsi, en 2018, les établissements demeurent financés sur une combinaison de 90% des anciennes modalités et de 10% de DMA exclusivement composée de la valorisation de l'activité.
- La version de classification 2018 reste identique à celle de 2017.
- Le coefficient de transition, comme en 2017, limitera les effets revenus à -1% sur la part DMA, toutes choses égales par ailleurs. L'impact du changement de modèle (i.e. : introduction de la DMA) sera ainsi limité à 0,1% de l'ensemble des recettes.
- Les tarifs de DMA de 2018 sont stables par rapport aux tarifs de 2017 (taux d'évolution de 0%, cf. partie II.B sur la construction tarifaire). La majoration de 10% des tarifs GME de niveau 0 est préservée.
- Comme en 2017, les séjours appartenant à des GME dont le groupe nosologique n'est pas scindé sur l'âge auront une valorisation majorée de +25%.
- Le coefficient de spécialisation calculé sur l'ensemble de l'activité est, comme en 2017, déterminé par une majoration de 0,35 points de RR.

## II. Principes généraux de valorisation de l'activité

### A. Les GMT et les zones forfaitaires

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<sup>5</sup> 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. Il s'agit de la même classification que celle en vigueur en 2017.

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, 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

Les modalités de valorisation de l'activité, compte tenu de ces différentes zones, sont inchangées par rapport à 2017 et sont rappelées dans un encadré à la fin de cette partie de l'annexe.

Les durées de séjours étant 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 pour les séjours non clos. Le principe du système d'avance est le même qu'en 2017. Cependant le seuil du nombre de journées de présence à partir duquel l'avance s'enclenche évolue : fixé à 90 jours en 2017, il est fixé à 70 jours à partir du 1<sup>er</sup> Mars 2018.

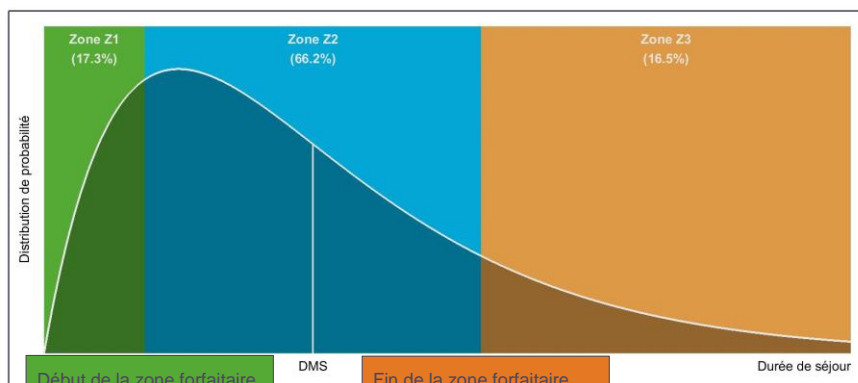
Ainsi, dès lors que le séjour est supérieur ou égal à 70 jours de présence, un GMT temporaire lui est affecté :

- Le GMT 8888 pour les séjours hors EVC-EPR (d'une valeur de 80,54€ sur le secteur OQN et de 177,33€ sur le secteur DAF) ;
- Le GMT 0001 ou 0002 pour les séjours d'EVC-EPR, qui sont valorisés de la même façon que les séjours soient clos ou non.

<sup>5</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/12/23/AFSH1638457A/jo/texte>

La valorisation temporaire de ces séjours constitue une avance, dans l'attente de leur valorisation définitive qui interviendra à leur clôture.

### Les modalités de valorisation de l'activité



6 informations sont requises pour la valorisation

- 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 :

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

#### Pour les séjours d'hospitalisation complète de 0 jour et les séjours d'hospitalisation partielle

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.

- Groupage dans un GMT correspondant à un GME 0 : pour ces groupes, seul le TZF existe.

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

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

- Groupage dans un GMT associé à un GME autre que un GME 0 :

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

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

## B. Les étapes de la construction tarifaire

Les tarifs 2018 sont issus des tarifs 2017. Plusieurs évolutions interviennent.

### - Gestion des avances pour les séjours non clos

Les tarifs 2017 financent les séjours clos en 2017 ainsi que l'avance pour les séjours non clos supérieurs ou égal à 90 jours de présence. 2017 étant l'année d'amorce du modèle, les tarifs 2017 intègrent ce système d'avance.

A partir de 2018, le système d'avance fonctionne de manière glissante : l'avance qui doit être prévue pour les séjours non clos en 2018 est globalement compensée par les avances déjà effectuées au titre des séjours non clos en 2017. Autrement dit le système d'avance n'a plus à être véhiculé par les tarifs. Cela entraîne, entre la 1<sup>ère</sup> année de mise en place du modèle (2017) et la 2<sup>ème</sup> année (2018) une hausse « mécanique » de la valeur faciale des tarifs, sans impact sur les recettes des établissements.

### - Ajustements tarifaires

Un certain nombre d'incohérences tarifaires ont été remontées par les acteurs. Pour les GME concernés, un ajustement tarifaire a été mis en place. Ces ajustements concernent des couples de GMT pour lesquels le financement journalier moyen, non hiérarchisé dans les tarifs 2017, est hiérarchisé dans les tarifs 2018.

De même, un ajustement spécifique est intervenu sur les tarifs des 2 GMT d'EVC-EPR pour le secteur OQN. Les données de facturation (fichiers RSF) ont été mobilisées pour fixer le nouveau niveau tarifaire.

### - Création de nouveaux GMT

Comme précisé en partie I, 3 nouveaux GMT ont été créés dans le groupe nosologique « Soins palliatifs ». Il s'agit de 3 GMT majorés correspondant aux prises en charge de patients en unité de soins palliatifs.

### - Application du taux d'évolution des tarifs

Pour 2018, le taux d'évolution des tarifs a été fixé à 0%.

## 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<sup>er</sup> Mars 2018

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%
95 Val d'Oise.....	7%
971 Guadeloupe.....	27%
972 Martinique.....	27%
973 Guyane.....	29%
974 Réunion.....	31%

## B. Les coefficients de spécialisation

Le coefficient de spécialisation, mis en place en 2017 suite à la mise en exergue d'un risque de sous-valorisation de l'activité de rééducation, est maintenu en 2018. Ses modalités de calcul et d'application restent inchangées. Il 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*).

Ce coefficient est calculé en se fondant sur les données d'activité PMSI 2017. 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.

Il consiste à rehausser la valorisation de l'établissement proportionnellement au nombre de points de RR. Cette majoration vaut 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	Effectif	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
<b>Total</b>			<b>95 000</b>	<b>114 000</b>
<b>Masse rendue par la Majoration</b>				<b>+19 000</b>
			Points de RR	54 286
			<b>CS</b>	<b>1.2000</b>

A noter qu'un score de RR qui augmente en 2018 par rapport à 2017 n'induit pas forcément une hausse du coefficient. Le coefficient peut être plus faible qu'en 2017 malgré une hausse du score de RR si la valorisation du casemix est plus élevée.

A titre d'illustration, dans l'exemple ci-dessous, le nombre de points de RR augmente entre 2017 et 2018, tout comme la valorisation du casemix de l'établissement. La valeur du coefficient 2018 est néanmoins en baisse par rapport au coefficient 2017 car la valorisation du casemix augmente plus fortement entre les deux années que celle du nombre de points de RR. Il convient néanmoins de noter que, malgré la baisse du coefficient, la masse « rendue » par la majoration augmente entre les deux exercices.

	2017	2018
Points de RR	50 000	54 286
Valorisation du casemix	80 000	95 000
<b>Coefficient de spécialisation</b>	<b>1,2188</b>	<b>1,2000</b>
Masse rendue par la majoration	17 500	19 000

## C. Les coefficients de transition

Les modalités de calcul pour 2018 sont décrites dans [l'arrêté du 9 mai 2018](#) relatif aux modalités de calcul pour 2018 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Le mécanisme mis en place en 2017, et visant à limiter les effets revenus induits par l'introduction de la DMA, est maintenu en 2018. Son principe reste le même : la valorisation des données d'activité 2017 selon les règles définies dans le cadre de la campagne 2018 et affectée du coefficient de transition doit conduire à un niveau

de recettes sur la part DMA ne variant pas à la baisse de plus de 1% par rapport à la recette réelle 2017 versée pour les mêmes prestations (soit la DMA réelle 2017).

Dès lors, la présence de ce coefficient limite la variation de recettes globale à -0,1% maximum. En effet, le principe porte sur une variation de recettes limitée à -1% de la part DMA, elle-même limitée à 10%, soit un impact maximum de -0,1% (à activité constante et hors effets de la campagne 2018).

Afin de rester à masse constante, la masse engendrée par la limitation des pertes des établissements « perdants » à -1% est reprise sur les établissements « gagnants », au prorata de leur gain.

Ci-dessous un exemple illustratif pour un établissement « perdant » :

Intitulés	Lettre	Formule de calcul	Valeur
DMA réelle 2017 (sur 10 mois)	A		3 229 343
Valorisation de l'activité 2017 prise en compte pour le calcul de la DMA réelle 2017 (séjours de mars à décembre, et hors séjours non valorisés) avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les tarifs 2018</li> <li>- les coefficients 2018 (géographique, spécialisation, honoraires et prudentiel)</li> <li>- le taux de remboursement patient</li> <li>- la fraction tarifs à 10%</li> </ul> <p>A cette valorisation est ensuite soustrait le montant des avances des séjours non clos en 2017 (le système d'avance n'est plus véhiculé par les tarifs 2018)</p>	B		2 927 833
Effet revenu sans coefficient de transition		B/A-1	-9%
Limitation des effets revenus à 1%	C	A*(1-1%)	3 197 049
<b>Coefficient de transition 2018</b>	<b>D</b>	<b>C/B</b>	<b>1,09</b>
Effet revenu après application du coefficient de transition		(B*D)/A-1	-1%

#### Cas particulier des établissements dont le coefficient de transition 2017 est supérieur ou égal à 2

Dans le cas des établissements dont le coefficient de transition 2017 est supérieur ou égal à 2, les modalités de calcul du coefficient de transition pour 2018 sont modifiées.

En effet, pour ces établissements, la valeur du coefficient de 2017 est aberrante du fait d'une transmission partielle de l'activité et/ou d'un défaut significatif de la qualité du codage concernant les données d'activité de 2016. Cette situation conduit à une multiplication par deux de la valorisation de l'activité des établissements concernés sans lien établi avec les pertes estimées par la mise en œuvre du dispositif transitoire. Les modalités de calcul sont donc ajustées en 2018 pour ces seuls établissements, afin de mieux prendre en compte la réalité de leur activité et de ne pas pénaliser les autres établissements, le coefficient de transition permettant une redistribution des recettes à masse constante.

Ces nouvelles modalités de calcul se fondent, dans un premier temps, sur un nouveau calcul du coefficient de transition de 2017 fondé sur la comparaison entre :

- Les recettes perçues en 2016 au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation prise en compte pour le calcul du coefficient de transition initial pour 2017, autrement dit l'activité de SSR au périmètre DMA (hors MIGAC)
- Les recettes théoriques correspondant à la valorisation de l'activité réelle réalisée en 2017 par les tarifs 2017, et en tenant compte des coefficients applicables en 2017, à l'exception du coefficient de transition et du coefficient prudentiel.

...



...

Dans un second temps, le calcul du coefficient de transition pour 2018 se fonde alors, pour ces établissements, sur la comparaison entre :

- Les recettes DMA qu'aurait perçues l'établissement en 2017, en tenant compte du coefficient de transition 2017 recalculé selon les modalités décrites ci-dessus
- Les recettes théoriques pour l'année 2018, correspondant à la valorisation de l'activité 2017 par les tarifs 2018, en tenant compte des coefficients applicables en 2018 à l'exception du coefficient de transition.

Ainsi, le calcul du coefficient de transition 2018 se base non pas sur la DMA réelle 2017, mais sur une DMA 2017 « ajustée » avec un coefficient de transition 2017 « ajusté » en fonction des données d'activité de 2017.

## D. Les coefficients « honoraires »

Le coefficient honoraire, mis en place en 2017 pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, est maintenu en 2018.

Pour rappel, 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 l'ONDAM 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 en 2017 ne remet pas en cause les modalités de facturation et les honoraires continuent d'être facturés directement à l'AM dans leur totalité.

Le coefficient honoraire permet d'éviter un double paiement en faisant 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. Il est calculé par établissement et s'applique à l'ensemble de l'activité SSR de l'établissement.

Les données utilisées pour le calcul de ce coefficient sont :

- les données de facturation issues du SNIIRAM (vues à fin février 2018) qui fournissent le montant remboursé au titre des honoraires pour chaque établissement sur douze mois glissants (du 1/10/2016 au 30/09/2017). Ce montant est ensuite calibré sur 10 mois d'activité avec application de la fraction de tarif de 10% afin d'être sur le même périmètre que la DMA réelle de 2017.
- la DMA réelle 2017 notifiée à l'établissement avec un retraitement pour neutraliser la minoration liée à la non application du coefficient de frais de séjour entre mars et juin 2017 (« trop-perçu »).

Le coefficient est égal à :

$$\text{Coefficient Honoraires} = \frac{\text{DMA réelle 2017}}{\text{DMA réelle 2017} + \text{montant remboursé honoraires}}$$

## E. Le coefficient prudentiel

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

# IV. Précisions sur le calcul de la part AM et du reste à charge

## A. Le taux de remboursement du patient

La valorisation des séjours prend en compte le taux de remboursement du patient. Il est déterminé de la manière suivante :

- **Pour les séjours de moins de 30 jours**

Pour les établissements sous DAF, le taux de remboursement considéré est celui renseigné dans le fichier VIDHOSP. Si le taux s'avère manquant ou incorrect, le taux est estimé à partir des informations du patient (pour plus de détails se reporter au guide OVALIDE 2018, tableau [1.V.1.TXR]).

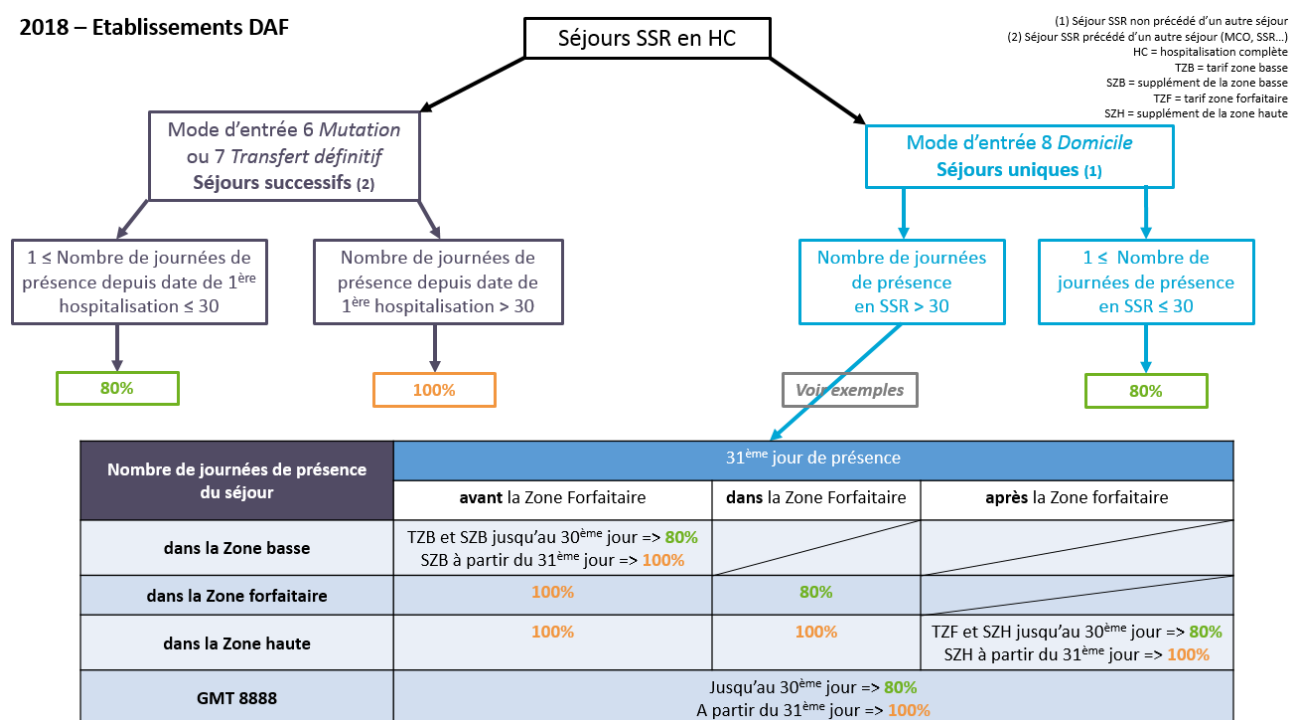
Pour les établissements sous OQN, le taux de remboursement considéré est le taux maximum relevé dans les données de facturation des prestations hospitalières (partie B des RSF), pour les lignes avec le code prestation suivant :

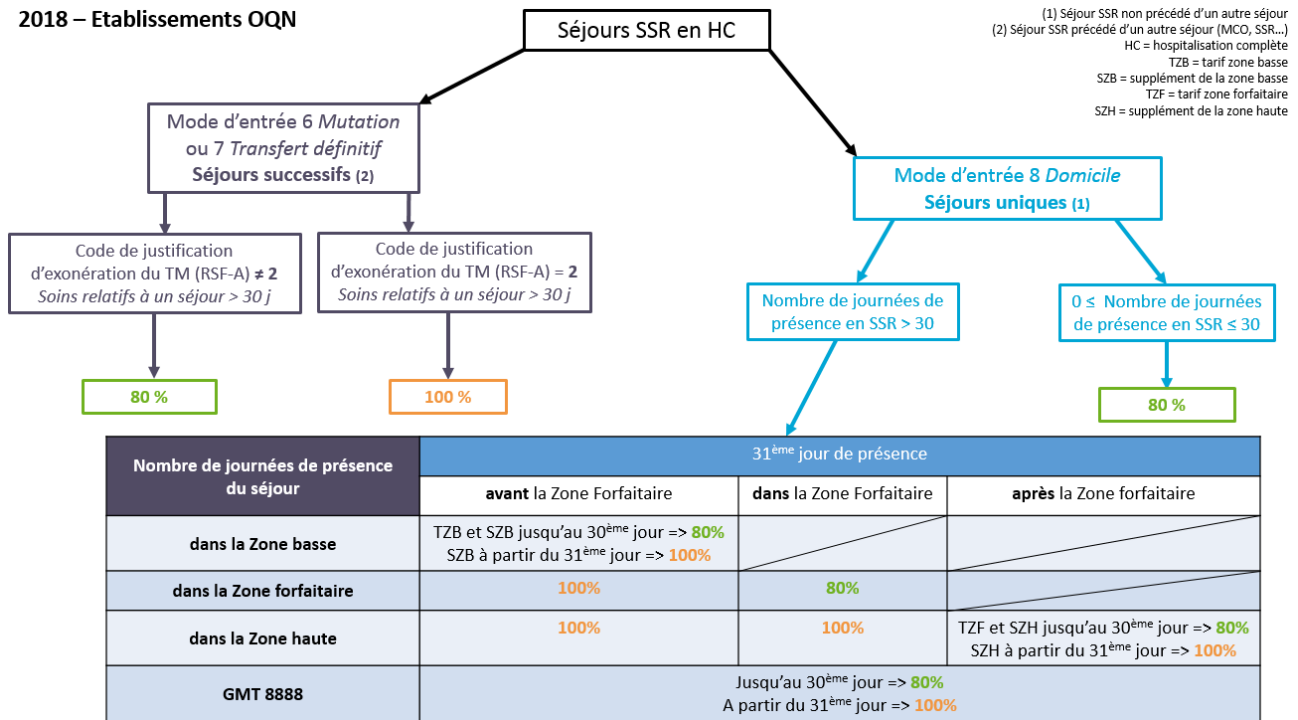
- PJ : Prix de Journée (pour HC et HP) ;
- SNS : Séance de soins (pour HP) ;
- FS : Forfait de soins (pour HP) ;
- PMS : Majoration PMSI (pour HP).

Si le taux de remboursement n'est pas renseigné, le séjour n'est pas valorisé.

- **Pour les séjours de plus de 30 jours**

Le taux de remboursement considéré est détaillé dans les schémas ci-dessous :





Remarque : les SSRHA à cheval sur 2017 et 2018 (clos ou non) ayant fait l'objet dans la transmission M12 2017 d'une valorisation des journées de présence 2017 avec un GMT définitif sont groupés dans les transmissions 2018 uniquement à partir des RHA 2018. Leur taux de remboursement est fixé à 100%.

## B. 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 janvier 2020.

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 suppléments forfaitaires)  
= durée du séjour \* (PJ\*1)

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

## C. Le reste à charge

Dans l'attente de la mise en œuvre du schéma cible de financement du SSR, aucun reste à charge ne s'applique sur la partie de financement en dotation modulée à l'activité (DMA).

Ainsi, 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 inchangées.

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

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

### Focus sur le forfait journalier hospitalier (FJH) – Secteur OQN

Lorsque le patient est exonéré de ticket modérateur (TM), les régimes généraux prennent en charge intégralement la prestation d'hospitalisation. Cette facture est cependant minorée du montant équivalent au forfait journalier hospitalier (FJH - qui lui, est facturé au patient).

Ainsi, antérieurement à la réforme, dans le cas d'une prise en charge en établissement OQN SSR, lorsque le patient était exonéré de TM, l'établissement facturait à l'AMO le montant suivant = (PJ \* 1) - FJH

Dans le cadre de la réforme du financement des SSR et du dispositif transitoire, les règles de facturation sont les suivantes :

- lorsque le patient est exonéré de TM, l'ES facture à l'AMO le montant suivant = [(PJ \* 1) \* 0.9] – FJH. Le FJH continue d'être déduit de la facture AMO après prise en compte du coefficient « frais de séjour ».

- En parallèle, pour ce même séjour, l'établissement se voit notifier une DMA correspondant au montant suivant = [GMT \* 0.1].

La DMA n'est pas minorée du FJH dans la mesure où cette minoration s'effectue intégralement dans le cadre de la facturation des prix de journée.

## V. Modalités de calcul de la DMA

Compte tenu des éléments explicités ci-dessus, les recettes DMA pour l'année 2018 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 (cf. paragraphe IV)

La valorisation du séjour se fait sur la base des paramètres de financement en vigueur à la date de fin du séjour.

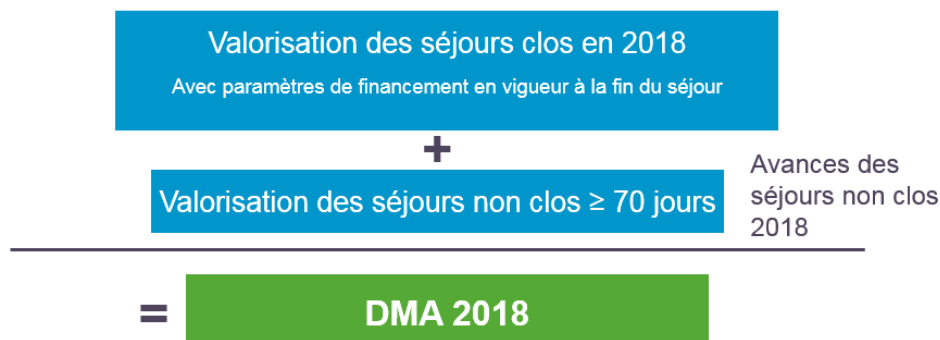
La formule de la DMA s'écrit ainsi :

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

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

En termes de versement, le montant à verser à l'établissement tient compte des avances effectuées pour les séjours non clos en 2017 et calculées lors de la transmission des données M12. Ces séjours sont valorisés définitivement et entièrement à leur clôture en 2018.

## Focus sur le calcul de la DMA



**A verser en 2018** = DMA 2018

- **Avances** faites en 2017 (séjours non clos en 2017 et ≥ 90 jours)

### Illustration

#### Exemple pour un établissement OQN :

#### GME 0870C1 : Fractures compliquées score physique >=13 niveau 1

##### Paramètres de financement 2017

*Coeff transition* = 1,017  
*Coeff spécialisation* = 1,041  
*Coeff honoraire* = 0,9  
*Coeff prudentiel* = 0,993

DFZ = 57, FZF = 63  
 TZF = 10 802,53€ et SZH = 180,04€

Taux de remboursement du patient = 100%  
 Fraction de tarif = 10%

##### Paramètres de financement 2018

*Coeff transition* = 1,009  
*Coeff spécialisation* = 1,031  
*Coeff honoraire* = 0,95  
*Coeff prudentiel* = 0,993

DFZ = 57, FZF = 63  
 TZF = 11 117,02€ et SZH = 185,28€

Taux de remboursement du patient = 100%  
 Fraction de tarif = 10%

#### ○ Séjour clos 2018 (et moins de 90 JP en 2017)



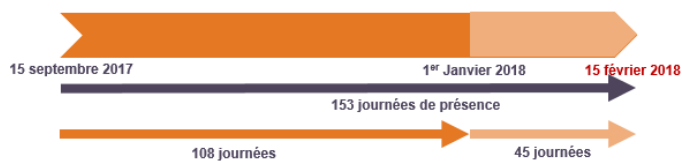
**DMA 2018** = valorisation avec tarifs et coefficients 2017  
 =  $((10\ 802,53 + (67-63) \times 180,04) \times 1,017 \times 1,041 \times 0,9 \times 0,993) \times 10\%$  = 1090€  
 = **Valorisation définitive**



**DMA 2018** = valorisation avec tarifs et coefficients 2018  
 =  $((11\ 117,02 + (67-63) \times 185,28) \times 1,009 \times 1,031 \times 0,95 \times 0,993) \times 10\%$  = 1164€  
 = **Valorisation définitive**

**➔ Utilisation des paramètres de financement en vigueur à la date de fin de séjour**

### ○ Séjour clos 2018 (et plus de 90 JP en 2017)



**DMA 2017 = valorisation avec le GMT intermédiaire 2017 = avance sur 2018**

$$= ((108 \times 80,54) \times 1,017 \times 1,041 \times 0,9 \times 0,993) \times 10\% = 823\text{€}$$

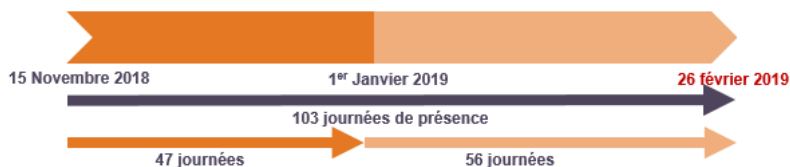
**DMA 2018 = valorisation définitive avec tarifs et coefficients 2017**

$$= ((10\ 802,53 + (153-63) \times 180,04) \times 1,017 \times 1,041 \times 0,9 \times 0,993) \times 10\% = 2555\text{€}$$

**Versement 2018 = DMA 2018 – avance faite en 2017**

$$= 2555 - 823 = 1732\text{€}$$

### ○ Séjour non clos en 2018 (< 70 jours)

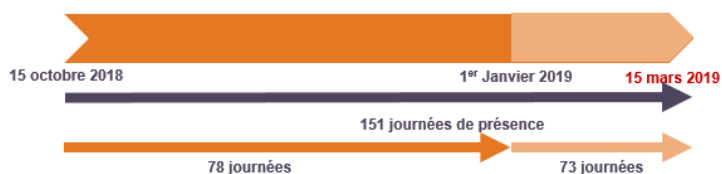


**DMA 2018 = 0€**

**DMA 2019 = valorisation avec tarifs et coefficients 2018**

**= valorisation définitive**

### ○ Séjour non clos en 2018 (≥ 70 jours)



**DMA 2018 = valorisation intermédiaire avec tarifs et coefficients 2018**

**= avance sur 2019**

Utilisation du GMT intermédiaire

**DMA 2019 = valorisation définitive avec tarifs et coefficients 2019**

**Versement 2019 = DMA 2019 – avance faite en 2018**

## Annexe 2

### Modalités techniques de versement de la DMA

Les modalités de versement restent les mêmes qu'en 2017 :

- d'une part, les établissements bénéficient du versement des ressources correspondant au nouveau modèle de financement, à savoir la DMA, à hauteur de 10% ;
- d'autre part, les ressources provenant des anciens modèles de financements sont minorées à hauteur de 10% :
  - o S'agissant des établissements sous DAF, le niveau de la dotation annuelle pour 2018 prend en compte cette minoration ;
  - o S'agissant des établissements sous OQN, les factures des prestations font l'objet d'une minoration par application d'un coefficient « frais de séjour ».

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

#### I. Le versement de la DMA en 2018

Les modalités de versement de la DMA sont communes à l'ensemble des établissements (sous DAF et sous OQN).

##### A. La DMA « théorique » 2018

Comme en 2017, les modalités de versement de la DMA reposent, en 2018, sur le principe de versements mensuels issus d'un montant théorique de DMA calculé pour l'ensemble de l'exercice 2018. Ce montant théorique fera ensuite l'objet d'une régularisation sur la base de l'activité réelle des établissements.

Le montant de la DMA théorique 2018 est notifié par le DG ARS. Il est calculé sur la base de l'activité 2017 valorisée aux tarifs de l'année 2018 et de manière à couvrir 12 mois d'activité (cf. encadré infra).

##### **Focus sur les modalités de construction de la DMA théorique 2018**

La DMA théorique 2018 est calculée sur la base de l'activité transmise en 2017 par les établissements, valorisée aux tarifs de l'année 2018. Elle couvre 12 mois d'activité (pour rappel, en 2017, la DMA théorique ne couvrait que 10 mois d'activité, en raison de la mise en place du modèle transitoire au 1er mars 2017).

Le calcul de la DMA théorique 2018 tient compte :

- des coefficients 2018 : coefficient de transition, coefficient prudentiel, coefficient géographique, coefficient de spécialisation et coefficient honoraires pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- du taux moyen de remboursement par l'assurance maladie, observé au niveau de chaque établissement en 2017 ;
- du montant des avances versées aux établissements dans le cadre de la campagne 2017 au titre des séjours d'HC non clos en 2017, qui viennent en déduction du montant de la DMA théorique 2018.

Pour les établissements sous DAF, le DG ARS notifie également un montant théorique pour les ACE au titre de l'exercice 2018. Ce montant est calculé sur la base des ACE réels 2017 avec une valorisation à 100% (vs 10% en 2017).

La notification de la DMA théorique, ainsi que les ACE théoriques pour les établissements sous DAF, donnent lieu à des versements mensuels, sur la base d'1/12<sup>ème</sup> des montants notifiés par le DG ARS. Ces versements interviennent le 5 de chaque mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

## B. Les acomptes mensuels qui précèdent la notification de la DMA théorique 2018

En attendant la notification de la DMA théorique 2018, les établissements perçoivent des acomptes mensuels :

- Pour les établissements sous DAF, il s'agit du même montant que les versements mensuels perçus au titre de la DMA théorique 2017.
- Pour les établissements sous OQN, il s'agit du même montant que les versements 2017 « retraité » de la minoration qui a été appliquée sur les versements 2017 pour tenir compte de la non application du coefficient « frais de séjours » entre le 1<sup>er</sup> mars et le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

Dès notification de la DMA théorique 2018, ces acomptes mensuels font l'objet d'une régularisation.

## C. Le versement de la DMA réelle 2018

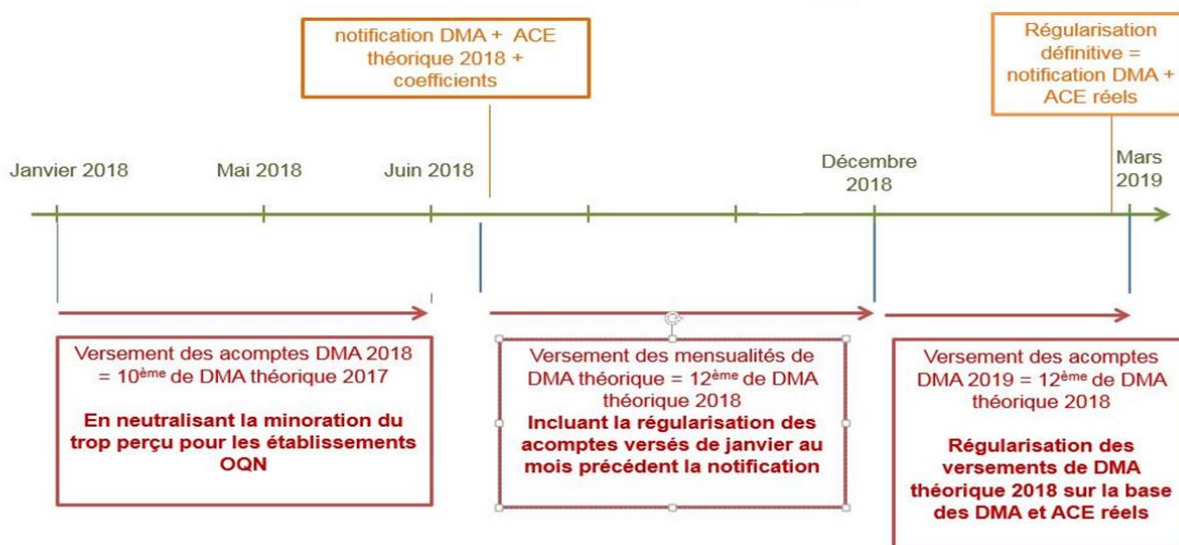
Le DG ARS arrête, avant le 30 avril 2019, le montant « réel » de la part activité de la dotation modulée à l'activité au titre de l'exercice 2018, sur la base des remontées d'activité cumulées des établissements du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2018.

Sur la base de ce montant réel notifié, les caisses procéderont à la régularisation des sommes versées au titre de l'exercice 2018.

Lorsque le différentiel issu de la régularisation est positif, la caisse le verse en une fois à l'établissement. Lorsque le différentiel issu de la régularisation est négatif, la caisse procède au recouvrement des sommes dues par retenue sur les prestations à venir.

Le calendrier prévisionnel de versement de la DMA en 2018 est ainsi le suivant :

### Calendrier prévisionnel des versements aux établissements de SSR :





## II. Concernant la fraction fondée sur les anciennes modalités de financement

### A. Etablissements sous DAF

Les douzièmes de DAF SSR continuent 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'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation 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 2018, les CPAM continuent à verser aux établissements des acomptes sur la base du dernier niveau de dotation n-1 connu.

Ainsi, de janvier jusqu'au mois précédant la notification des dotations 2018, les établissements continuent de percevoir des dotations égales à 1/12èmes des notifications effectuées au titre de 2017.

Dès notification du niveau de DAF SSR 2018 par établissement, les douzièmes de DAF SSR font l'objet d'une régularisation.

### B. Etablissements sous OQN

Les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale 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 font l'objet d'une minoration, via le coefficient « frais de séjour », mis en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

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'applique ainsi à l'ensemble de ces prestations facturées à l'Assurance maladie.

L'évolution des prix de journées (PJ), qui intervient dans le cadre de la campagne tarifaire OQN et de la fixation du taux d'évolution régional SSR, ne tient pas compte du coefficient « frais de séjour ». Celui-ci ne vient s'appliquer que sur la facture transmise par l'établissement (et n'a donc aucune incidence sur la valeur unitaire du forfait).

## 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. Tableaux OVALIDE

Pour rappel, de nouveaux tableaux OVALIDE SSR ont été créés en M5 2017 afin de permettre à chaque établissement et ARS de visualiser les résultats issus de la valorisation de l'activité. Ces tableaux s'affinent en 2018 afin de détailler notamment :

- les effectifs et la valorisation des séjours avant et après le 1er mars (c'est-à-dire avec application des tarifs et coefficients 2017 pour les séjours avant le 1er mars, et avec application des tarifs et coefficients 2018 pour les séjours à partir du 1er mars) ;
- le suivi des séjours d'HC non clos ;
- le montant de l'avance correspondant aux séjours non clos 2017, montant déduit de la DMA 2018.

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

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

Pour chaque suite de RHA valorisée en HC et chaque RHA valorisé en HP, l'outil permet :

- Pour les établissements sous DAF: d'afficher les éléments de valorisation (en fonction de la zone de financement) et les éléments permettant d'avoir la part AM (informations issues de Vidhosp)
- Pour les établissements sous OQN: d'afficher les mêmes informations que celles définies pour les établissements sous DAF (informations issues des RSF) mais en ajoutant également des montants agrégés issus du RSF (parties B et C) 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 GENRHA/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.

## Annexe 4

### Compléments sur les consignes de recueil et de transmission des RHA

#### I. Le dispositif LAMDA

Les établissements ont la possibilité de renvoyer leurs données d'activité 2017 (M12 2017) une seule fois, en même temps que la transmission de leurs données M12 2018. Cette transmission sera réalisée via le M0 (période de test) de l'année 2017 et doit comporter l'ensemble de l'activité 2017 : l'écart de valorisation entre la transmission M12 2017 et celle du M0 2017 sera visible dans les tableaux OVALIDE et fera l'objet d'une régularisation en 2019. L'éventuel montant à régulariser sera véhiculé via le même arrêté que la notification de la régularisation définitive 2018 en avril/mai 2019. Le montant relatif au Lamda 2017 sera bien isolé dans les arrêtés de notification.

##### Rappel : règles de recueil d'un séjour clos

La clôture des séjours est déterminée par la correspondance entre la date de fin de séjour et le dernier RHA transmis du séjour : le séjour est considéré comme clos par la Fonction Groupage si la date de fin de séjour est incluse dans le dernier RHS transmis. Il est important que les informations transmises soient correctes car la clôture du séjour impacte la valorisation des séjours : valorisation par le GMT définitif (séjour clos) ou par le GMT 8888 (séjour non clos).

En 2017, GENRHA génère l'erreur **non bloquante** 150 *RHS sans journées de présence dans un séjour HTC multi-RHS* pour tous les RHS « vides », y compris ceux correspondant à une sortie du patient un lundi (le dernier RHS étant, par définition, sans journées de présence si le patient sort le lundi avant minuit). Malgré ce signalement de GENRHA, ce dernier RHS vide est indispensable pour que la Fonction Groupage considère un séjour avec une date de sortie un lundi comme clos et que le GMT attribué soit le GMT définitif. Lors de la transmission du LAMDA 2017 (M0 2017), les établissements qui n'avaient pas transmis en M12 2017 l'ensemble des RHS pour certains séjours, alors considérés comme non clos par la Fonction Groupage et valorisés avec le GMT 8888, peuvent compléter leur activité 2017 et ainsi bénéficier d'une valorisation avec un GMT définitif.

En 2018, les contrôles de la Fonction groupage et de GENRHA évoluent afin de faciliter le repérage des séjours avec une incohérence entre la date de fin du séjour renseignée et le dernier RHS transmis :

- Les RHS « vides » (sans journées de présence) correspondant au dernier RHS d'un séjour dont la date de sortie est un lundi ne seront plus signalés par l'erreur non bloquante 150 *RHS sans journées de présence dans un séjour HTC multi-RHS* ;
- Une nouvelle erreur bloquante R807 *Suite de RHA incomplète pour un séjour clos* entrainera le groupage en erreur d'un séjour dont la date de sortie renseignée ne correspond pas au dernier RHS de la suite ; ce séjour ne sera pas valorisé.

#### II. Les séjours d'hospitalisation complète à cheval sur deux exercices (N-1 et N) et non clos en fin d'exercice de l'année N

La DMA se basant sur l'intégralité des résumés transmis pour un séjour et la transmission des résumés ne pouvant excéder deux années de recueil, les séjours à cheval sur deux années (N-1 et N) et non clos en M12 de l'année N (c'est-à-dire des séjours sur plus de 2 années de recueil) font l'objet de plusieurs valorisations.

Une procédure de gestion de ces séjours a été mise en place au M12 2017, et sera reproduite chaque année en M12, afin que les séjours concernés soient valorisés avec un GMT définitif au maximum toutes les 2 années de recueil.

Cette procédure est décrite dans la notice technique [n° CIM-MF-848-2-2018 du 15 janvier 2018](#)<sup>6</sup>. Elle est gérée par les outils de l'ATIH (GENRHA/AGRAF-SSR et OVALIDE), sans changement pour l'établissement : celui-ci réalise ses transmissions selon les règles en vigueur pour l'ensemble des séjours, quelle que soit leur date de début.

La méthodologie est la suivante à partir de M12 2018 :

Lors de la transmission M12 de l'année de recueil N, un GMT définitif est attribué aux séjours commencés avant l'année N et non terminés à M12 de l'année N, pour lesquels la valorisation en M12 de l'année N-1 était basée sur le GMT 8888, afin que leurs RHS transmis sur les années N et N-1 soient valorisés avec un GMT définitif. Le nombre de journées de présence valorisé inclut l'ensemble des journées des périodes N-1 et N (y compris le dernier jour de présence de l'année N).

Au cours des transmissions en année N+1, les RHS de l'année N+1 de ces séjours seront groupés selon les mêmes règles que les séjours commencés au cours de la période N+1. Les RHS de l'année N ne seront pas pris en compte dans le groupage du séjour transmis en année N+1 et ne seront plus valorisés à partir des transmissions de l'année N+1 ; ils continuent toutefois à être transmis par l'établissement.

Ainsi, un séjour à cheval sur 3 années par exemple (N-1, N, N+1) sera valorisé en plusieurs temps :

- Jusqu'au M11 de l'année N : les journées de présence des années N et N-1 sont valorisées avec le GMT 8888 si le nombre minimal de journées de présence valorisables est atteint ;
- Au M12 de l'année N : les journées de présence des années N et N-1 sont valorisées avec le GMT définitif obtenu à partir de l'ensemble de l'activité des années N-1 et N ;
- Au cours de l'année N+1, avant la clôture du séjour : les journées de l'année N+1 sont valorisées avec le GMT 8888 si le nombre minimal de journées de présence valorisables est atteint (les journées de l'année N ne sont plus valorisées). ;
- Lorsque le séjour est clos : les journées de l'année N+1 sont valorisées avec le GMT définitif obtenu à partir de l'ensemble de l'activité de l'année N+1 (les journées de l'année N ne sont plus valorisées).

### III. La gestion des mouvements de FINESS PMSI

Dans le cas de mouvements de FINESS PMSI (ouverture, fermeture, fusion, fusion-absorption, changement de FINESS,...), et pour assurer un calcul de la DMA au plus juste, la consigne est la suivante :

- Les FINESS PMSI fermés dans PLAGES doivent clôturer tous leurs séjours, même s'il s'agit d'une activité reprise par un autre établissement et que les patients restent effectivement hospitalisés.
- Les FINESS créés dans PLAGES suite à une récupération d'activité ou à une fusion envoient leur activité uniquement à compter de leur date de création (les RHA précédant la création du FINESS PMSI ayant déjà été transmis et valorisés via un autre FINESS PMSI).

Le principe est qu'un même RHA ne peut pas être transmis sous 2 FINESS PMSI différents.

Par exemple, dans le cas d'une fusion de deux FINESS A et B vers un nouveau FINESS C au 1<sup>er</sup> mars 2018 :

- Les FINESS A et B clôturent tous leurs séjours au 28 février 2018, avec un mode de sortie par transfert ;
- Le FINESS C envoie son activité à partir du 1<sup>er</sup> mars 2018, sans tenir compte de ce qui a été transmis et valorisé dans les établissements A et B. Pour les éventuels séjours commencés avant le 1<sup>er</sup> mars dans l'établissement A ou B, il crée un nouveau séjour dont la date de début est le 1<sup>er</sup> Mars et le mode d'entrée est un transfert.

### IV. Recueil complémentaire sur la « Nutrition parentérale à façon »

Le groupe technique piloté par la DGOS a identifié comme relevant de la « MIG hyperspécialisation SSR », la nutrition parentérale à façon. Un recueil d'information est nécessaire pour mesurer le nombre de poches de nutrition à façon administrées et leur surcout.

---

<sup>6</sup> [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3283/notice\\_technique\\_pmsi\\_ndeg\\_cim-mf-848-2-2018\\_rectificative\\_du\\_15.01.2018.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3283/notice_technique_pmsi_ndeg_cim-mf-848-2-2018_rectificative_du_15.01.2018.pdf)

En préalable : conformément à l'INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/PP2/2015/85 du 20 mars 2015 relative à la gestion des risques liée à l'activité de nutrition parentérale en réanimation néonatale, en néonatalogie et en pédiatrie par la mise en place de bonnes pratiques organisationnelles, on rappelle que les préparations magistrales et hospitalières ne peuvent être prescrites qu'en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée disposant d'une AMM, compte tenu de leur sécurité de fabrication.

Lorsque les besoins des patients ne peuvent pas être couverts par les spécialités pharmaceutiques, il est alors recommandé de prescrire des préparations hospitalières dites aussi « standardisées ».

Les mélanges préparations magistrales « à la carte », fabriquées pour un patient déterminé doivent être réservées en dernier recours en cas de besoins spécifiques non couverts par les deux premières catégories.

Les poches de nutrition à façon pouvant faire l'objet d'un financement complémentaire en MIGAC sont les suivantes:

- Les préparations magistrales individualisées
- les préparations hospitalières standardisées pour un groupe de patients.

Seuls les surcouts des préparations achetées à une PUI extérieure au SSR ou à un façonnier seront pris en compte. Ne sont pas concernées les spécialités pharmaceutiques avec AMM.

A partir de M7 2018, un recueil expérimental est proposé et permettra aux établissements concernés de transmettre les informations nécessaires : le nombre et le coût des poches à façon. L'information recueillie permettra de calibrer pour chaque établissement le financement des surcouts par rapport aux poches avec AMM en MIG pour l'année 2018.

Le recueil concerne tous les séjours de l'année 2018, terminés ou non au cours desquels au moins 1 poche de nutrition parentérale à façon a été administrée.

Les programmes d'anonymisation (GENRHA, AGRAF SSR, ...) seront modifiés pour permettre la récupération de ces fichiers. Le numéro administratif sera remplacé par le même numéro d'index que dans les fichiers anonymes (RHA...).

Ce recueil se base sur un fichier au format CSV (séparateur point-virgule) contenant obligatoirement un entête en 1ère ligne constitué des noms fixes des colonnes :

- FINESPMSI
- NUMADMIN
- IDENQUETE
- NUMFICHIER
- NBPOCHES
- MNTTOTPRIXACHAT

Puis, sur les lignes suivant l'entête, doivent se suivre les enregistrements avec les champs suivants:

- Le N° FINESPMSI de l'établissement
- Le N° administratif de séjour
- Identifiant de l'expérimentation (égal à N9902)
- Numéro de fichier (égal à 1)
- Le nombre de poches à façon administrées au cours du séjour
- Le montant total en prix d'achat de l'ensemble des poches à façon administrées au cours du séjour (2 chiffres pour les centimes)

### **Exemple**

Ce fichier contient 2 enregistrements, pour le numéro FINESPMSI 000000001.

Le premier enregistrement indique 3 poches pour un montant total de 5320.50 €, le second 10 poches pour un montant total de 54000.85 € :

```
FINESPMSI; NUMADMIN ; IDENQUETE ; NUMFICHIER ; NBPOCHES ; MNTTOTPRIXACHAT  
000000001;11111111111111111111;N9902;1;3;5320.50  
000000001;11111111111111111111;N9902;1;10;54000.85
```

Les établissements ont la possibilité de transmettre à l'ATIH via la plateforme E-PMSI le fichier expérimental à partir de M7 2018. Le recueil sera cumulatif et portera sur les poches administrées au cours d'un séjour de 2018 (clos et non clos). Les données recueillies feront l'objet d'un tableau OVALIDE à partir des transmissions M8.

Les modalités techniques afférentes à cette transmission seront précisées dans les versions M7 2018 des logiciels GENRHA et AGRAF-SSR.