

Campagne tarifaire et budgétaire 2019

Nouvelles modalités de financement du champ SSR

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

La présente notice vise à informer, pour l'année 2019, les établissements de santé des nouvelles modalités de financement du champ SSR introduites par la LFFS en 2016.

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 ;
- 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.
- l'annexe 5 vise à informer de la possibilité de modifier et compléter les données précédemment transmises via le dispositif Lamda.

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 modifié¹ relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation

Les modalités de financement détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par trois arrêtés :

- L'arrêté² du 16 avril 2019 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R. 162-34-1 du même code ;
- L'arrêté³ du 16 avril 2019 fixant pour l'année 2019 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'arrêté⁴ du 16 Avril 2019 relatif aux modalités de calcul pour 2019 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 2019
- 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 assurance maladie 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 2019

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^{ère} 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 2019, comme en 2017 et 2018, 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 »

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^{er} mars 2017, un mécanisme de minoration pour permettre la constitution de

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

² <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/4/16/SSAH1911448A/jo/texte>

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/4/16/SSAH1911454A/jo/texte>

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/4/16/SSAH1911459A/jo/texte>

l'enveloppe liée à la fraction de financement issue des nouvelles modalités de financement des établissements.

A. Les nouveautés de l'année 2019

- **Facturation des prestations inter activités prenant la forme d'actes et consultations externes, dites « PIA externes »**

Le régime des prestations inter activités (PIA) dites « séjour », facturables directement à l'assurance maladie par les établissements prestataires, a été clarifié en 2016. La clarification du régime des PIA externes, qui correspondent aux situations où la prestation réalisée par l'établissement prestataire prend la forme d'une prise en charge externe (ACE), avait été renvoyée à un texte ultérieur.

A partir de 2019 les modalités de facturation des PIA « externes » sont alignées sur celles des PIA « séjours ». Les prises en charges externes réalisées par des établissements SSR pour des patients hospitalisés en MCO ou en psychiatrie seront désormais facturables directement à l'assurance maladie par l'établissement SSR prestataire et ne feront plus l'objet d'une refacturation entre établissements.

- **Modalités de financement des transports inter et intra établissement**

L'article 80 de la LFSS pour 2017 prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissement, et ce à compter du 1^{er} octobre 2018. Le financement de cette mesure a été opéré par un transfert d'enveloppe entre la ville et l'ONDAM hospitalier.

En 2018, pour les établissements relevant du champ SSR, l'enveloppe a été réintégrée dans les anciennes modalités de financement (DAF ou Prix de journées).

A compter du 1^{er} mai 2019, les établissements de santé de SSR pourront facturer des suppléments transport, à l'instar des modalités de financement existant sur le champ MCO.

Une notice spécifique relative aux transports viendra préciser les éléments de périmètre, de recueil et de valorisation pour l'ensemble des champs.

B. Stabilité des paramètres de financement en 2019

Les paramètres de financement de la DMA sont stables entre 2018 et 2019 :

- La fraction de tarifs est maintenue à 10%. Ainsi, en 2019, 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 2019 reste identique à celle de 2018.
- Le coefficient de transition limite 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) est ainsi limité à 0,1% de l'ensemble des recettes.
- Les tarifs de DMA de 2019 sont stables par rapport aux tarifs de 2018 (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.
- Les séjours pédiatriques appartenant à des GME dont le groupe nosologique n'est pas scindé sur l'âge ont une valorisation majorée de +25%.
- Le coefficient de spécialisation, calculé sur l'ensemble de l'activité, est déterminé par une majoration de 0,35 points de RR.

Il en est de même pour les autres compartiments du modèle :

- Comme en 2018, les actes et consultations externes (ACE) sont valorisés à 100% pour les établissements sous DAF.

- En attendant la mise en œuvre d'un compartiment dédié, les modalités de financement des molécules onéreuses restent identiques :
 - ✓ 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.
- Dans l'attente d'un financement dédié, les plateaux techniques spécialisés restent financés par le dispositif combinant anciennes/nouvelles modalités de financement. Ainsi, en 2019, les PTS sont financés par les anciennes modalités de financement 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 depuis 2017, ces dernières étant financées en MIG à hauteur de 100%).
- Enfin, les établissements SSR sont éligibles au financement MIGAC et à la dotation IFAQ (incitation financière à la qualité).

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'arrêté⁵ 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 2018.

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 2018 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 2018.

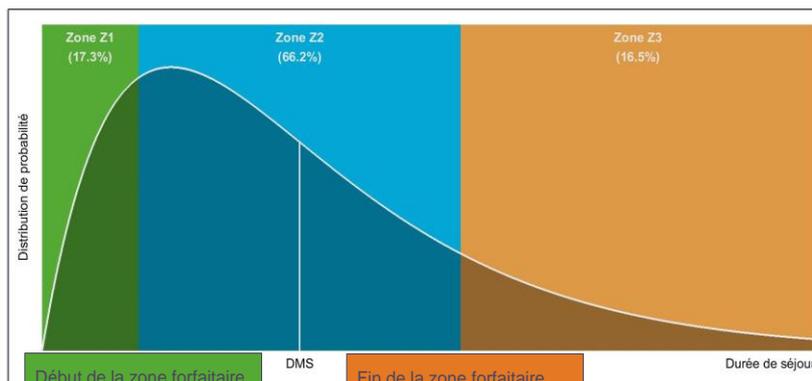
Dès lors que le séjour est supérieur ou égal à 70 jours de présence, un GMT temporaire lui est affecté :

- Le GMT 8888 pour les séjours hors EVC-EPR (d'une valeur de 80,54€ sur le secteur OQN et de 117,33€ 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.

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

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

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 de niveau 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 de niveau 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 qu'un GME de niveau 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

Sur chaque secteur, le taux d'évolution des tarifs hors mouvement de périmètre est de +0,35% pour l'année 2019. Le taux y compris mouvement de périmètre est de 0%.

Les mouvements de périmètre concernent pour 2019 uniquement la première étape du renforcement du financement à la qualité (IFAQ). En 2019, le modèle de financement à la qualité est sensiblement revu et son enveloppe globale (MCO et SSR) est multipliée par 4, passant de 50 M€ à 200 M€. Cette évolution, qui sera amplifiée dans les prochaines années, traduit une diversification des modes de financement des établissements de santé. L'augmentation des crédits alloués à la qualité (soit 150M€ de plus au total en 2019) est ainsi financée via un transfert de crédits depuis les enveloppes tarifaires (part tarif MCO, DMA et OQN SSR) et de dotation (DAF SSR) des établissements concernés. Concernant la DMA SSR, l'opération de périmètre pour abonder l'enveloppe de financement à la qualité induit une baisse des tarifs SSR de 0,35%.

Cette année, aucune autre étape n'intervient dans la construction des tarifs. **Les tarifs 2019 sont donc strictement identiques aux tarifs 2018.**

III. Les coefficients

A. Les coefficients géographiques

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

Valeur des coefficients géographiques à compter du 1^{er} Mars 2019

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 est maintenu en 2019. 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 2018. 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.

Le coefficient est égal à :

$$\text{CoefficientSpécialisation} = \frac{\text{Valorisation activité 2018} + 0,35 * \text{nombre de points RR total 2018}}{\text{Valorisation activité 2018}}$$

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 perçue 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
Total			95 000	114 000
Masse rendue par la Majoration				+19 000
			Points de RR	54 286
			CS	1.2000

A noter qu'un score de RR qui augmente en 2019 par rapport à 2018 n'induit pas forcément une hausse du coefficient. Le coefficient peut être plus faible qu'en 2018 malgré une hausse du score de RR si la valorisation de l'activité est plus élevée.

A titre d'illustration, dans l'exemple ci-dessous, le nombre de points de RR augmente entre 2018 et 2019, tout comme la valorisation de l'activité de l'établissement. La valeur du coefficient 2019 est néanmoins en baisse par rapport au coefficient 2018 car la valorisation de l'activité 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.

	2018	2019
Points de RR	1 600 000	1 800 000
Valorisation de l'activité	4 000 000	4 800 000
Coefficient de spécialisation	1,1400	1,1312
Masse rendue par la majoration	560 000	630 000

A l'inverse, il peut arriver que le coefficient de spécialisation augmente, tout en observant une baisse du nombre de point de RR et de la valorisation. Dans ce cas, la masse « rendue » par le coefficient baisse entre les 2 exercices.

	2018	2019
Points de RR	1 600 000	1 400 000
Valorisation de l'activité	4 000 000	3 200 000
Coefficient de spécialisation	1.1400	1.1531
Masse rendue par la majoration	560 000	490 000

C. Les coefficients de transition

Les modalités de calcul pour 2019 sont décrites dans l'arrêté du 16 Avril 2019 relatif aux modalités de calcul pour 2019 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 visant à limiter les effets revenus, induits par l'introduction de la DMA, est maintenu en 2019. Son principe reste le même : la valorisation des données d'activité 2018 selon les règles définies dans le cadre de la campagne 2019 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 DMA réelle 2018.

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 2019).

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 2018	A		3 875 212
Valorisation de l'activité 2018 prise en compte pour le calcul de la DMA réelle 2018 (exclusion des séjours non valorisés) avec les paramètres de financement 2019 : <ul style="list-style-type: none"> - les tarifs 2019 - les coefficients 2019 (géographique, spécialisation, honoraires et prudentiel) - le taux de remboursement patient - la fraction tarifs à 10% 	B		3 525 640
Effet revenu sans coefficient de transition		$B/A-1$	-9%
Limitation des effets revenus à 1%	C	$A*(1-1\%)$	3 836 460
Coefficient de transition 2019	D	C/B	1.09
Effet revenu après application du coefficient de transition		$(B*D)/A-1$	-1%

Cas particulier des établissements dont le coefficient de transition 2018 est supérieur ou égal à 2

Dans le cas des établissements dont le coefficient de transition 2018 est supérieur ou égal à 2, les modalités de calcul du coefficient de transition pour 2019 sont modifiées.

En effet, pour ces établissements, la valeur du coefficient de 2018 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 2017. 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 2019 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 2018 fondé sur la comparaison entre :

- la DMA réelle 2017 (sur 10 mois)
- Les recettes théoriques correspondant à la valorisation de l'activité réelle réalisée en 2018 par les tarifs 2018, et en tenant compte des coefficients applicables en 2018, à l'exception du coefficient de transition et du coefficient prudentiel. 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). Ce montant est ensuite ramené sur 10 mois.

Dans un second temps, le calcul du coefficient de transition pour 2019 se fonde alors, pour ces établissements, sur la comparaison entre :

- Les recettes DMA qu'aurait perçues l'établissement en 2018, en tenant compte du coefficient de transition 2018 recalculé selon les modalités décrites ci-dessus
- Les recettes théoriques pour l'année 2019, correspondant à la valorisation de l'activité 2018 par les tarifs 2019, en tenant compte des coefficients applicables en 2019 à l'exception du coefficient de transition.

Ainsi, le calcul du coefficient de transition 2019 se base non pas sur la DMA réelle 2018, mais sur une DMA 2018 « ajustée » avec un coefficient de transition 2018 « ajusté » en fonction des données d'activité de 2018.

D. Les coefficients « honoraires »

Le coefficient honoraire, mis en place pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, est maintenu en 2019.

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'assurance maladie 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 qui fournissent le montant remboursé au titre des honoraires pour chaque établissement sur douze mois glissants (du 1/10/2017 au 30/09/2018). La fraction de tarif de 10% est appliquée afin d'être sur le même périmètre que la DMA réelle 2018.
- la DMA réelle 2018 notifiée à l'établissement.

Le coefficient est égal à :

$$\text{Coefficient Honoraires} = \frac{\text{DMA réelle 2018}}{\text{DMA réelle 2018} + \text{montant remboursé honoraires}_{\text{à 10\%}}}$$

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 assurance maladie 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 2019, tableau [1.V.1.TXR]).

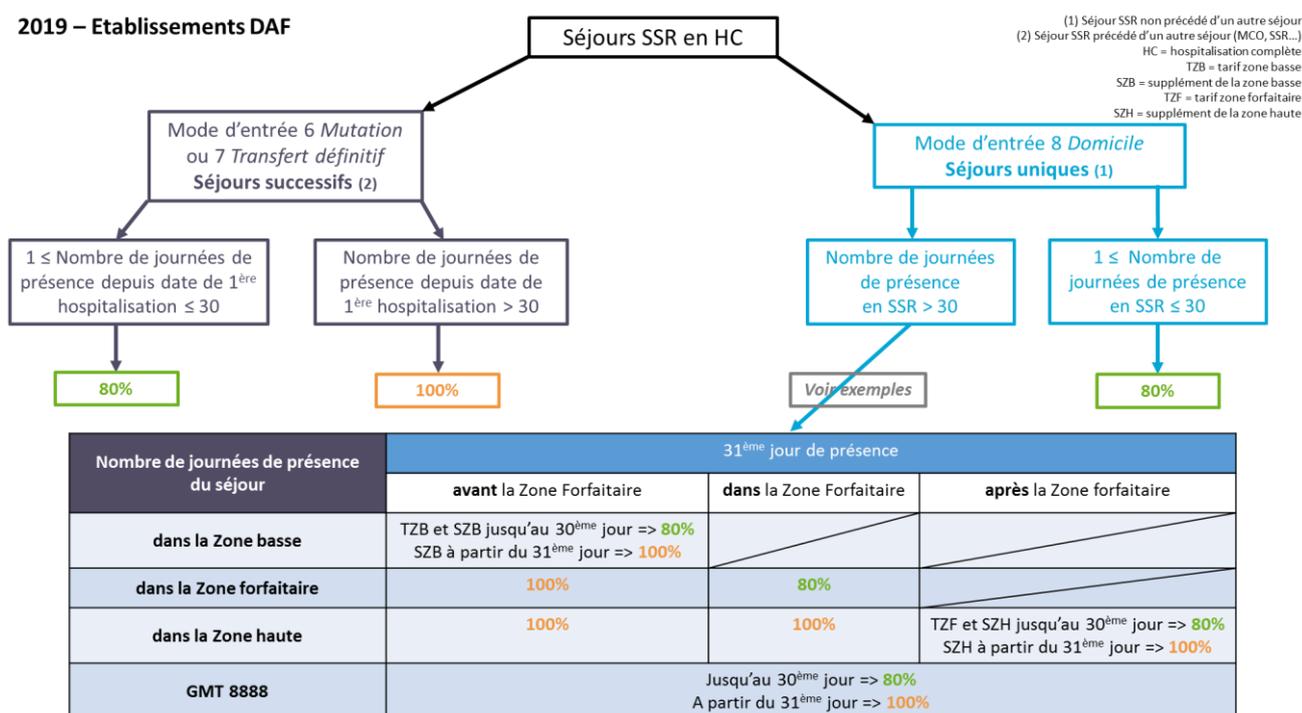
Pour les établissements sous OQN, le taux de remboursement considéré est le taux maximum relevé dans les données de facturation des prestations hospitalières (partie B des RSF), pour les lignes avec le code prestation suivant :

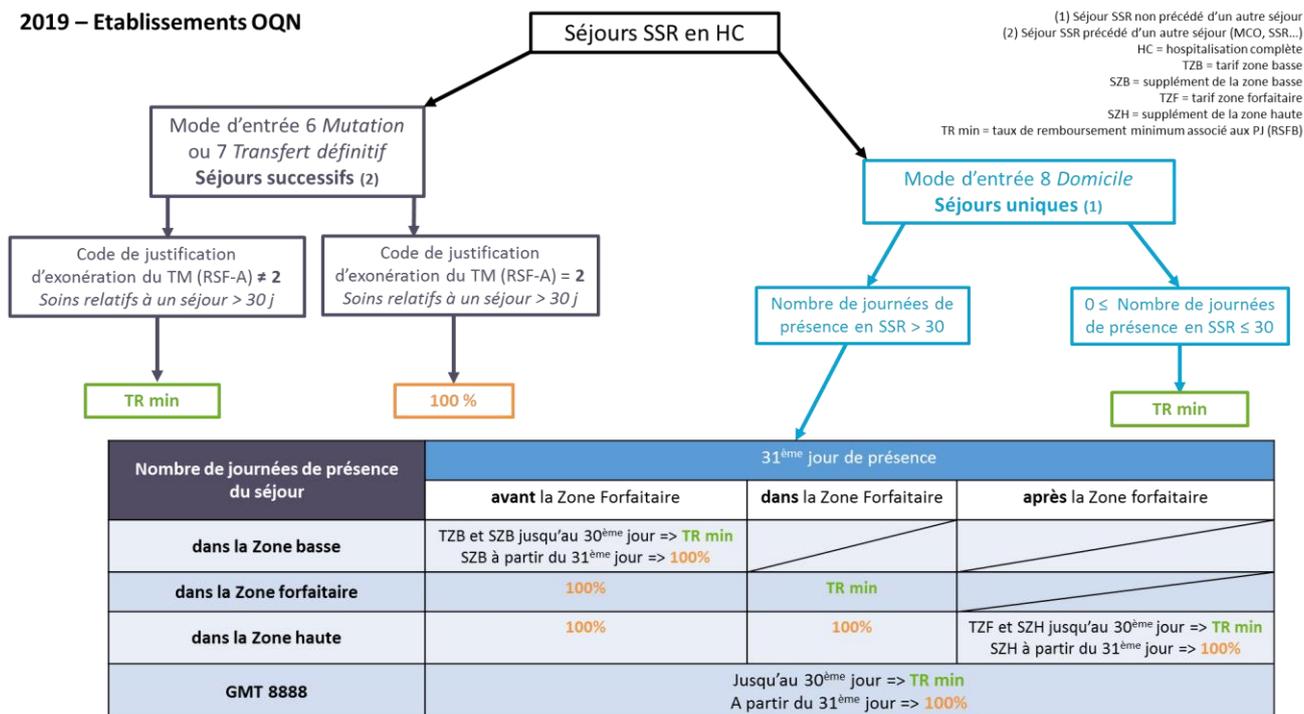
- PJ : Prix de Journée (pour HC et HP) ;
- SNS : Séance de soins (pour HP) ;
- FS : Forfait de soins (pour HP).

Si le taux de remboursement n'est pas renseigné ou si la facture correspondante est absente, 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 :





(1) Séjour SSR non précédé d'un autre séjour
 (2) Séjour SSR précédé d'un autre séjour (MCO, SSR...)
 HC = hospitalisation complète
 TZB = tarif zone basse
 SZB = supplément de la zone basse
 TZF = tarif zone forfaitaire
 SZH = supplément de la zone haute
 TR min = taux de remboursement minimum associé aux PJ (RSFB)

Remarque : les SSRHA à cheval sur 2018 et 2019 (clos ou non) ayant fait l'objet dans la transmission M12 2018 d'une valorisation des journées de présence 2018 avec un GMT définitif sont groupés dans les transmissions 2019 uniquement à partir des RHA 2019. Leur taux de remboursement est fixé à 100%.

B. Cas particulier des patients AME / SU

Le maintien à titre principal des modalités de financement antérieures à 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.

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 2019 sont 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 2018 et calculées lors de la transmission des données M12. Ces séjours sont valorisés définitivement et entièrement à leur clôture en 2019.

Focus sur le calcul de la DMA



A verser en 2019 = DMA 2019

- **Avances** faites en 2018 (séjours non clos en 2018 et \geq 70 jours)

Illustration

Exemple pour un établissement OQN :

GME 0870C1 : Fractures compliquées score physique \geq 13 niveau 1

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%

Paramètres de financement 2019

Coeff transition=1,017
Coeff spécialisation= 1,041
Coeff honoraire = 0,92
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 2019 (et moins de 70 JP en 2018)



DMA 2019 = valorisation avec tarifs et coefficients 2018
 $= ((11\ 117,02 + (67-63) \times 185,28) \times 1,009 \times 1,031 \times 0,95 \times 0,993) \times 10\% = 1164\text{€}$
 = Valorisation définitive



DMA 2019 = valorisation avec tarifs et coefficients 2019
 $= ((11\ 117,02 + (68-63) \times 185,28) \times 1,017 \times 1,041 \times 0,92 \times 0,993) \times 10\% = 1165\text{€}$
 = Valorisation définitive

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

○ Séjour clos 2019 (et plus de 70 JP en 2018)

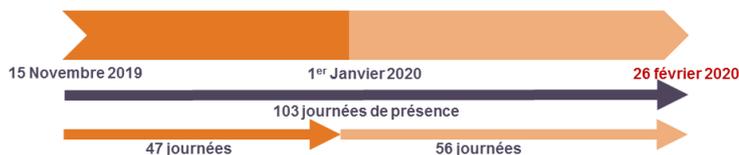


DMA 2018 = valorisation avec le GMT intermédiaire 2018 = avance sur 2019
 $= ((108 \times 80,54) \times 1,009 \times 1,031 \times 0,95 \times 0,993) \times 10\% = 854\text{€}$

DMA 2019 = valorisation définitive avec tarifs et coefficients 2018
 $= ((11\ 117,02 + (153-63) \times 185,28) \times 1,009 \times 1,031 \times 0,95 \times 0,993) \times 10\% = 2727\text{€}$

Versement 2019 = DMA 2019 – avance faite en 2018
 $= 2727 - 854 = 1873\text{€}$

○ Séjour non clos en 2019 (< 70 jours)



DMA 2019 = 0€

DMA 2020 = valorisation avec tarifs et coefficients 2019
 = valorisation définitive

○ Séjour non clos en 2019 (≥ 70 jours)



DMA 2019 = valorisation intermédiaire avec tarifs et coefficients 2019
= avance sur 2020

➔ Utilisation du GMT intermédiaire

DMA 2020 = valorisation définitive avec tarifs et coefficients 2020

Versement 2020 = DMA 2020 – avance faite en 2019

Annexe 2

Modalités techniques de versement

Les modalités de versement sont les mêmes qu'en 2018 :

- 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 2019 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

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

A. La DMA « théorique » 2019

Comme en 2018, les modalités de versement de la DMA reposent, en 2019, sur le principe de versements mensuels issus d'un montant théorique de DMA calculé pour l'ensemble de l'exercice 2019. 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 2019 est notifié par le DG ARS. Il est calculé sur la base de l'activité 2018 valorisée en fonction des paramètres 2018 et 2019 (cf. encadré infra).

Focus sur les modalités de construction de la DMA théorique 2019

La DMA théorique 2019 est calculée sur la base de l'activité transmise en 2018 par les établissements, valorisée avec les paramètres de financement (tarifs et coefficients) :

- 2018 pour l'activité de janvier/février
- 2019 pour l'activité de mars à décembre

Le calcul de la DMA théorique 2019 tient également compte :

- du taux moyen de remboursement par l'assurance maladie, observé au niveau de chaque établissement en 2018 ;
- du montant des avances versées aux établissements dans le cadre de la campagne 2018 au titre des séjours d'HC non clos en 2018, qui vient en déduction du montant de la DMA théorique 2019.

Pour les établissements sous DAF, le DG ARS notifie également un montant théorique pour les ACE au titre de l'exercice 2019. Ce montant est calculé sur la base des ACE réels 2018.

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^{ème} 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 2019

En attendant la notification de la DMA théorique 2019, les établissements perçoivent des acomptes mensuels. Ceux-ci correspondent aux versements mensuels perçus au titre de la DMA théorique 2018.

Dès notification de la DMA théorique 2019, ces acomptes mensuels font l'objet d'une régularisation.

C. Le versement de la DMA réelle 2019

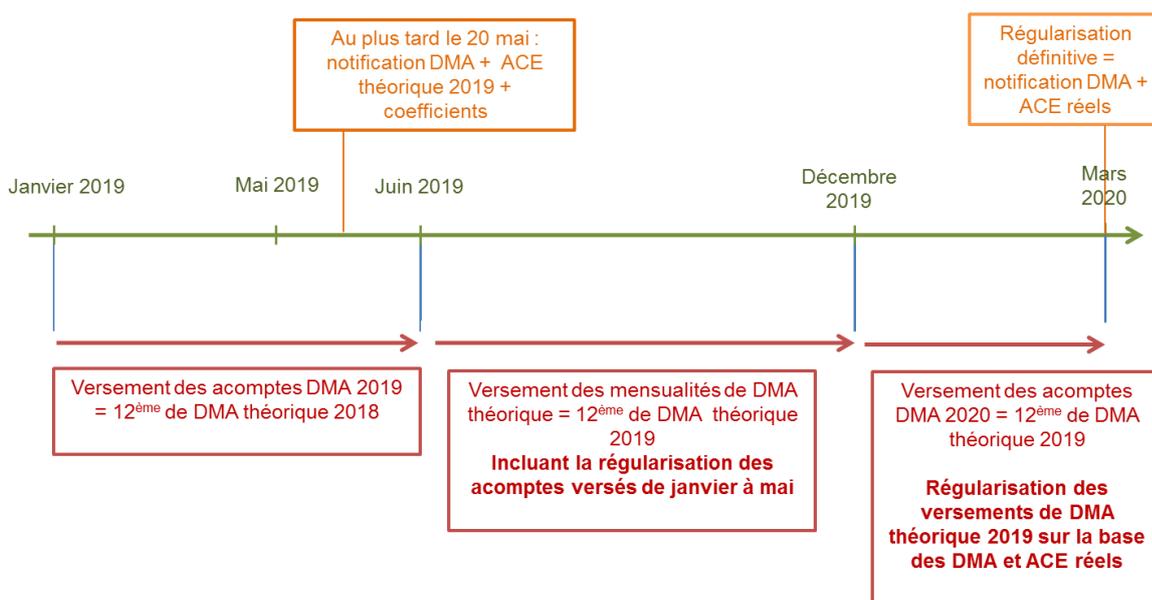
Le DG ARS arrête, avant le 30 avril 2020, le montant « réel » de la part activité de la dotation modulée à l'activité au titre de l'exercice 2019, sur la base des remontées d'activité cumulées des établissements de 2019.

Sur la base de ce montant réel notifié, les caisses procéderont à la régularisation des sommes versées au titre de l'exercice 2019.

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 2019 est ainsi le suivant :

Calendrier prévisionnel des versements DMA aux établissements de SSR :



II. Le versement des anciennes modalités de financement

A. Établissements 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 2019, 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 2019, les établissements continuent de percevoir des dotations égales à 1/12èmes des notifications effectuées au titre de 2018.

Dès notification du niveau de DAF SSR 2019 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^{er} 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

Les outils permettant 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.

I. Tableaux OVALIDE

Pour rappel, les tableaux de valorisation d'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. Depuis 2018, des détails ont été apportés, notamment :

- les effectifs et la valorisation des séjours avant et après le 1er mars ;
- le suivi des séjours d'HC non clos ;
- le montant de l'avance correspondant aux séjours non clos en année N-1, montant déduit de la DMA de l'année N.

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. 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](#)⁶. 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 :

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 ; les journées de l'année N-1 ne sont pas transmises). ;
- 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 ; les journées de l'année N-1 ne sont pas transmises).

II. 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 PLAGE 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.

⁶ 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

- Les FINESS créés dans PLAGE 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^{er} mars 2019 :

- Les FINESS A et B clôturent tous leurs séjours au 28 février 2019, avec un mode de sortie par transfert ;
- Le FINESS C envoie son activité à partir du 1^{er} mars 2019, 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^{er} mars dans l'établissement A ou B, il crée un nouveau séjour dont la date de début est le 1^{er} Mars et le mode d'entrée est un transfert.

III. 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 surcoût.

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, il est rappelé 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 surcoûts 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 permet aux établissements concernés de transmettre les informations nécessaires : le nombre et le coût des poches à façon.

En 2019, ce recueil se poursuit et l'information recueillie permettra de calibrer pour chaque établissement le financement des surcoûts par rapport aux poches avec AMM en MIG pour l'année 2019.

Le recueil concerne tous les séjours de l'année 2019, terminés ou non au cours desquels au moins 1 poche de nutrition parentérale à façon a été administrée.

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

- FINESSPMSI
- NUMADMIN
- IDENQUETE
- NUMFICHIER
- NBPOCHES
- MNTTOTPRIXACHAT

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

- Le N° FINESS PMSI 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 FINESS 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 € :

```
FINESSPMSI; NUMADMIN ; IDENQUETE ; NUMFICHER ; NBPOCHES ; MNTTOTPRIXACHAT  
000000001;11111111111111111111;N9902;1;3;5320,50  
000000001;11111111111111111112;N9902;1;10;54000,85
```

Les établissements ont la possibilité de transmettre à l'ATIH via la plateforme E-PMSI le fichier expérimental. Le recueil est cumulatif et porte sur les poches administrées au cours d'un séjour de 2019 (clos et non clos). Les données recueillies font l'objet d'un tableau OVALIDE (1.V.4.NUTRI).

Les modalités techniques afférentes à cette transmission sont précisées dans la note d'information « Enquêtes expérimentales », disponible dans les logiciels de transmission PMSI GENRHA et AGRAF-SSR.

IV. Les nouveautés de recueil en 2019

FICHCOMP DIALP

Pour un patient insuffisant rénal chronique hospitalisé en SSR et traité par dialyse péritonéale dans l'établissement de santé (DAF ou OQN) dans lequel il est hospitalisé, un enregistrement DIP doit être renseigné pour chaque journée au cours de laquelle la dialyse péritonéale a été réalisée. L'information portée dans ce recueil FICHCOMP est le nombre de journées avec un enregistrement DIP associé au séjour SSR. Seuls les enregistrements DIP sont à renseigner dans ce recueil dédié.

Le format du fichier est disponible sur le site de l'ATIH. Il devra être transmis à partir de la transmission des données M5 2019. Les dialyses péritonéales enregistrées sont celles réalisées à partir de la semaine 22 2019 (lundi 29/04/2019).

Un nouveau tableau OVALIDE est mis en place.

Ce recueil, mis en place dès 2019, permettra d'avoir des éléments pour construire la prestation en 2020. Il n'y aura pas de valorisation associée à ce recueil en 2019.

V. Nouveaux contrôles sur les actes CSARR en SSR

Suite aux travaux réalisés sur le codage CSARR (*Etat des lieux du CSARR dans le PMSI SSR en 2015* <https://www.atih.sante.fr/etat-des-lieux-du-codage-csarr-dans-le-pmsi-ssr-en-2015>), des nouveaux contrôles ont été mis en place.

Le tableau ci-dessous présente la liste des nouveaux contrôles

Libellé des contrôles	Type de contrôle	Remarques
Nombre total de réalisations de l'acte CSARR supérieur à 14 par RHS	bloquant	
Acte CSARR ZZC+221 : nombre de réalisations incohérent	non bloquant	
Nombre réel de patients incohérent	non bloquant	dans GENRHA, ce contrôle était bloquant en M3, il sera non bloquant à partir de M4 2019
Nombre d'intervenants incohérent	non bloquant	
Acte CSARR : code intervenant 21 (Infirmier) non attendu	non bloquant	
Acte CSARR : code intervenant 88 (Autre intervenant) non attendu	non bloquant	
Acte CSARR : étape d'appareillage	non bloquant	
Acte CSARR : geste complémentaire codé isolément	non bloquant	

Annexe 5

LAMDA SSR

I. Principe du dispositif LAMDA SSR

L'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale autorise les établissements à modifier, en cours d'année, des données d'activité précédemment transmises dès lors que ces modifications sont motivées par l'établissement. Ces données sont ensuite validées par l'Agence régionale de santé (ARS).

Les établissements SSR ont la possibilité de renvoyer leurs données d'activité chaque année via LAMDA. Cette transmission concerne :

- l'activité d'hospitalisation complète et partielle des établissements des secteurs DAF et OQN,
- les actes et consultations externes (ACE) des établissements du secteur DAF.

La transmission de l'activité via LAMDA permet aux établissements de corriger certaines informations (médicales ou liées à la facturation) qui peuvent avoir un impact sur la valorisation d'une activité qui ne peut plus être transmise et donc valorisée par le circuit habituel.

La nouvelle valorisation de l'activité transmise via LAMDA fait l'objet d'une régularisation (cf. partie III).

II. Modalités techniques du dispositif

Les modalités techniques permettent aux établissements de renvoyer leurs données d'activité de l'année N en une seule fois, à partir de l'ouverture des transmissions M10 de l'année N+1 et jusqu'à la fermeture des transmissions M12 de l'année N+1.

A. Logiciels GENRHA/AGRAF-SSR

La période de référence reste identique à celle de la transmission M12 de l'année considérée.

Le dispositif LAMDA SSR nécessite cependant l'utilisation d'une nouvelle version des logiciels GENRHA et AGRAP-SSR de M12 2018, téléchargeables sur le site de l'ATIH.

B. Plateforme e-PMSI

La transmission LAMDA SSR est réalisée sur la plateforme e-PMSI. Une nouvelle période propre à cette transmission est créée pour l'année N considérée : M999.

L'ouverture des transmissions sur la période LAMDA M999 de l'année N coïncide avec celle des transmissions M10 de l'année N+1. Un établissement ne peut plus réaliser de LAMDA SSR au titre de l'année N après l'arrêt des transmissions M12 de l'année N+1. Les transmissions et validations Lamda sur la période M999 de l'année N seront donc possibles lors des transmissions M10, M11 et M12 de l'année N+1.

Comme pour les autres transmissions, une validation établissement et ARS sont requises sur la plateforme e-PMSI.

III. Régularisation LAMDA

A. Périmètre de valorisation

Comme il a été rappelé au I de la présente notice, le principe du dispositif LAMDA est de transmettre l'ensemble de l'activité (équivalent du M12). Cependant, seules les modifications liées à l'activité ne pouvant plus être transmises ultérieurement (via les prochaines transmissions) sont prises en considération.

Pour mémoire, la DMA réelle de l'année N-1 intègre dans la valorisation des séjours un système d'avance pour les séjours non clos. Les séjours concernés sont ceux ayant débuté au cours de l'année N et non clos au M12 de l'année N. La valorisation correspondant à l'avance a été réalisée de la manière suivante :

- Le GMT 8888 pour les séjours hors EVC-EPR
- Le GMT 0001 ou 0002 pour les séjours d'EVC-EPR

Lors de la transmission Lamda, ces séjours d'hospitalisation complète correspondant au périmètre de l'avance sont exclus du périmètre de valorisation (cf. partie IV – traitement dans OVALIDE). En effet, La valorisation temporaire de ces séjours constitue une avance, dans l'attente de leur valorisation définitive qui interviendra à leur clôture (lors des transmissions de l'activité N+1). Ils sont toutefois transmis sur la période M999, l'envoi LAMDA devant correspondre à l'équivalent du M12 de l'année N.

Ainsi, dans la transmission LAMDA SSR sont valorisés :

- l'ensemble de l'activité d'hospitalisation à temps partiel,
- l'activité d'hospitalisation complète hors séjours correspondant aux avances.
- l'activité des actes et consultations externes pour les établissements du secteur DAF.

A noter que les établissements fermés en cours d'année ne sont pas éligibles au dispositif LAMDA.

B. Montant LAMDA

Le montant LAMDA est l'écart de valorisation entre la transmission M12 et celle du M999, sur le périmètre décrit précédemment:

$$\text{Montant LAMDA} = \text{Valorisation Lamda} - (\text{DMA réelle N} - \text{Avance au titre des séjours non clos de l'année N})$$

Ce montant doit faire l'objet d'une régularisation en N+2 : il sera véhiculé via le même arrêté que la notification de la régularisation définitive de l'année N+1 en avril/mai N+2. Le montant relatif au LAMDA est bien isolé dans les arrêtés de notification.

IV. Tableaux OVALIDE

Les tableaux des parties **Description** et **Qualité** restent les mêmes pour les 2 secteurs. Seul le traitement de la partie **Valorisation** évolue.

[1.V.1.SV] - SSRHA/RHA valorisés

Ce tableau liste le volume de l'activité valorisée parmi l'activité transmise.

Dans la transmission LAMDA, un motif de non valorisation est ajouté, pour les séjours non clos qui font l'objet d'une avance en année N

[1.V.1.RAEV] - B Résumé de l'activité - Effectifs et Valorisation

Les SSRHA non clos, ayant fait l'objet d'une avance au M12 de l'année N, étant non valorisés dans le périmètre Lamda, ils sont déduits de la ligne « HC – Zone forfaitaire : SSRHA » et la dernière ligne est supprimée.

[1.V.1.RAEV] - C DMA calculée / DMA théorique

Ce tableau est supprimé.

[1.V.1.RAEV] - D Rappels montants M12 année N / Montants Lamda année N

Ce tableau est créé pour la transmission LAMDA avec les informations suivantes :

- Pour rappel :
 - o DMA théorique totale de l'année N ;
 - o DMA réelle calculée par Ovalide au M12 de l'année N (A) ;
 - o Dont le montant correspondant aux avances, calculé au M12 de l'année N (B) ;
- Montants utilisés pour la transmission LAMDA :
 - o DMA réelle calculée au M12 de l'année N sur le périmètre LAMDA (C), soit $(A) - (B)$;
 - o DMA calculée par Ovalide dans la transmission LAMDA (D) ;
 - o Ecart LAMDA, soit $(D) - (C)$

V. VisualValoSSR

Le logiciel **VisualValoSSR** est également disponible pour la transmission M999 correspondant au LAMDA : chaque établissement peut récupérer un fichier avec le détail de la valorisation pour chaque SSRHA en HC et chaque RHA en HTP.