
COVID-19

Mise en place d'une garantie de financement

Notice technique

Par arrêté du 6 mai 2020, les établissements de santé vont bénéficier d'un mécanisme de garantie de financement

Cette garantie est mise en place pour l'ensemble des activités réalisées par l'ensemble des établissements de santé et actuellement financées pour tout ou partie sur la base de la production d'activité. A ce titre, cette garantie concernera :

- L'activité MCO (y compris HAD) des établissements de santé (ex DG, HProx hors ACE, ex OQN) ;
- L'activité de psychiatrie facturée directement à l'AM par les établissements OQN ;
- L'activité de SSR facturée directement à l'AM par les établissements OQN ;
- La dotation modulée à l'activité pour le SSR.

Le mécanisme de garantie concerne les soins réalisés pour la période de mars à décembre 2020 : ainsi, il vise à garantir un niveau minimal de recettes pour l'activité de soins couvrant la période de mars à décembre 2020.

Les articles de l'arrêté visent à décrire :

- Le périmètre de la garantie de financement ;
- Les modalités de calcul ;
- Le mécanisme de mise en œuvre de cette garantie en fonction des règles actuelles de versement.

I. Activités MCO y compris HAD

1. Modalités de fixation de la garantie de financement (cf. II de l'article 1)

Le périmètre de la garantie de financement comprend, au titre de l'activité de 2019 :

- L'ensemble des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale à savoir les recettes liées aux GHS et suppléments (y compris suppléments transports), aux GHT, aux prestations de dialyse, aux prestations PO, aux prestations SE/PI/ATU/FFM/IVG/APE/AP2. Le dégel versé de manière adhoc en fin d'exercice 2019 est également intégré.
- L'ensemble des actes et consultations externes pour les établissements du secteur ex DG (y compris FIDES).
- Les honoraires des médecins salariés pour les établissements du secteur ex-OQN.

La prise en charge des patients bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat et des soins urgents ainsi que celle des détenus sont intégrées dans la garantie de financement (cf. 3° du II de l'article 1).

Les recettes prises pour établir l'assiette de la garantie de financement sont celles de l'année 2019. Elles n'intègrent donc pas les recettes 2018 transmises en 2019 par le dispositif LAMDA. Lors de la notification du montant définitif de la garantie qui intervient début 2021, la garantie reposera sur toutes les recettes liées à l'activité 2019 (elle intègre donc les factures émises en 2020 et relatives à des soins 2019 ou l'activité 2019 transmise dans le PMSI en 2020 par le dispositif LAMDA).

Les recettes issues de l'activité 2019 transmises dans le cadre du dispositif 2020 peuvent faire l'objet d'un versement au fil de l'eau en complément de la garantie de financement.

Elles font l'objet d'une actualisation pour tenir compte des paramètres de financement liés à la campagne 2020. Ainsi, en dehors des recettes des actes et consultations externes, les recettes sont actualisées de +0,2% (pour les GHT le taux d'actualisation est de 1,1%). Il convient de noter que ce taux d'évolution intègre les mouvements de périmètre liés à l'augmentation de l'enveloppe IFAQ et le taux d'augmentation des tarifs fixé dans le cadre de la campagne 2020 à +0,6%.

Les recettes de la liste en sus (médicaments et DMI) et des médicaments sous ATU et post ATU ne font pas l'objet d'une garantie de financement mais elles font l'objet d'un mécanisme d'avances pour l'ensemble des établissements de santé. Pour les établissements Ex-DGF, l'arrêté précise le mécanisme de l'avance dans l'article 6 (chapitre 2). Pour les établissements de santé privés Ex-QON, le mécanisme d'avance a fait l'objet d'une lettre réseau Assurance Maladie en application de l'article 9 de l'arrêté.

Les forfaits annuels (urgence, greffe), le forfait pathologie chronique MRC, la dotation IFAQ, les dotations au titre des MIGAC, FIR et FMESPP ne sont pas non plus concernés par le mécanisme de garantie de financement.

2. Modalités d'application de la garantie de financement pour le secteur ex DG (III de l'article 1)

Les modalités d'application de la garantie de financement doivent distinguer :

- L'activité ne faisant pas l'objet de facturation individuelle (facturation directe) ;
- L'activité faisant l'objet d'une facturation individuelle, dite FIDES.

Les recettes liées à l'activité 2019 n'étant pas totalement connues compte tenu de la possibilité pour les établissements de poursuivre la transmission en 2020, la garantie de financement sera notifiée en deux fois :

- Un montant théorique de garantie sera calculé sur la base intermédiaire des recettes 2019 telles que transmises dans le PMSI ou facturées à fin décembre 2019 ;
- Un montant définitif de garantie sera indiqué à l'établissement au plus tard le 5 mars 2021 et intégrera l'ensemble des recettes 2019 y compris celles transmises ou facturées en 2020, par l'intermédiaire du dispositif LAMDA pour les établissements ex-DGF. L'établissement disposera d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations. A l'issue de ce délai, le montant définitif sera notifié pour permettre le versement.

Il convient de noter que le montant définitif de la garantie tiendra compte, pour les établissements visés au b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, des recettes perçues au titre des mesures d'aide aux entreprises prises en application de la loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, notamment celles liées à l'activité partielle en application de son article 11.

Le montant de la garantie correspondra à 10 douzièmes du montant annuel de l'assiette (recettes 2019 actualisées de l'effet prix 2020).

Activité ne faisant pas l'objet de facturation individuelle (habituellement issue des arrêtés versements pris mensuellement par les ARS et émanant du PMSI)

Le montant théorique de la garantie de financement sera notifié par les ARS dans le cadre d'un arrêté spécifique qui se substituera aux arrêtés de versement habituels.

En termes de versements, les versements effectués les 15 et 20 resteront calés sur la référence N-1. C'est le montant du versement du 5 qui sera calculé sur la base du solde entre le montant mensuel de la garantie de financement et les avances effectuées du 15 et du 20.

La notification reprendra, dans son format, la liste des items habituellement présents dans l'arrêté mensuel T2A, pour les prestations intégrées dans la garantie de financement.

Le DGARS notifiera donc le montant théorique de la garantie de financement et couvrant les 10 mois de recettes (soit 10 douzièmes de l'assiette), ainsi que le montant mensuel qui servira de base pour les versements à partir de la transmission M3 et jusqu'à la transmission M12.

Cette notification correspondra, pour un premier temps, aux recettes 2020 dues pour les périodes de transmissions à partir de M3.

A minima deux régularisations du versement seront effectuées en fonction des données d'activités 2020 transmises et valorisées à M9 et M12. Le calcul du montant complémentaire venant en sus du montant mensuel de la garantie de financement va nécessiter de distinguer les recettes d'activités liées aux mois de soins.

Le montant complémentaire intègre d'une part les recettes liées aux séjours des mois de janvier et février qui sont directement issues de la valorisation d'activité et transmises après la remontée de février, et d'autre part celles liées à l'activité des mois à partir de mars qui tiennent compte de la garantie.

Pour la 9^{ème} période de transmission (celle des données d'activités de janvier à septembre), une première régularisation du versement sera effectuée en fonction des données d'activités.

Ainsi, en plus du montant mensuel théorique de garantie de financement, un montant complémentaire est notifié et couvre :

- La valorisation de l'activité des mois de soins de janvier et février transmise sur les mois de mars à septembre

	Janvier	Février
Mois de transmission	Montant AM	Montant AM
Janvier	219 725,57	
Février	- 1 829,23	211 780,97
Mars	-	5 360,88
Avril	-	2 591,53
Mai	-	-
Juin	879,73	-
Juillet	-	-
Août	-	-
Septembre	-	24,00
montants complémentaires transmis à partir de M3	879,73	2 745,35

Dans cet exemple, le complément à verser au titre des mois de janvier et février vaut 3 625€.

- Le complément issu de la valorisation de l'activité des mois de soins de mars à septembre dès lors que cette dernière est pour la période (mars à septembre) supérieure à 7 dixièmes de la garantie de financement. Le calcul de ce complément est détaillé, dans l'arrêté, dans la seconde régularisation réalisée lors de la transmission des données M12 2020.

Lors de la transmission des données M12 2020, et au plus tard le 5 mars 2021, le montant de la garantie de financement sera actualisé pour tenir compte d'une part des LAMDA 2019 transmis en 2020 et d'autre part des éventuelles aides perçues par les établissements privés au titre de dispositifs de compensation auxquels ils auraient émarginé par ailleurs (chômage partiel notamment). Les ARS notifieront le montant définitif de la garantie de financement ainsi que la valeur mensuelle en découlant.

Le nouveau montant mensuel de garantie de financement constituera la base de la notification qui sera complétée par un montant qui intégrera :

- la valorisation de l'activité des mois de soins de janvier et février transmise de mars à décembre
- l'écart entre la valorisation de l'activité de soins réalisée à partir de mars et de la garantie : cet écart correspond bien à :
 - ✓ L'écart entre 9/10èmes du montant définitif de la garantie et 9/10èmes du montant théorique qui correspond aux recettes 2019 transmises en 2020
 - ✓ L'écart entre la valorisation des données d'activités des mois de soins de mars à décembre 2020 nouvellement transmis (ne prenant pas en compte les recettes correspondant au complément de M9) et le montant définitif de la dotation garantie de financement arrêté lorsque cet écart est positif

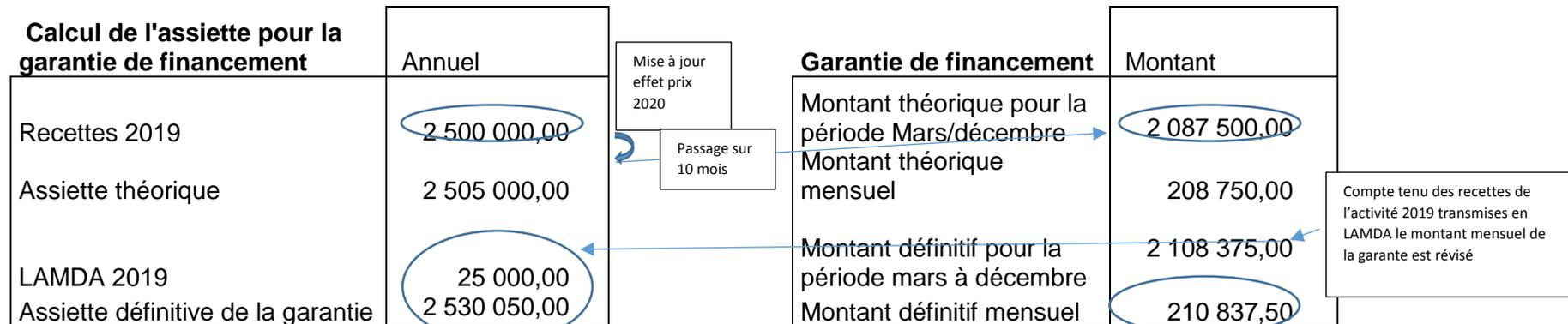
De ce montant complémentaire est déduit le montant de recettes complémentaires déjà notifié lors de la régularisation effectuée lors de la transmission M9.

Les différents calculs nécessitent de disposer, pour la valorisation de l'activité, du tableau croisant le mois de transmission et le mois de soins.

A noter les points suivants :

- La notification de la garantie de financement se fait selon deux arrêtés distincts entre MCO et HAD
- Pour l'activité MCO, les montants relatifs à l'activité faisant l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie seront distingués de ceux relatifs à l'activité valorisée par le dispositif PMSI et les régularisations se feront de manière distincte
- pour les activités MCO et HAD, une régularisation à M6 peut s'effectuer dès lors que les recettes issues de la valorisation d'activité s'avèreraient significativement supérieures à la garantie de financement (garantie inférieure d'au moins 10% à la valorisation d'activité).

Exemple d'un établissement dont l'activité de soins pour les mois de mars à décembre 2020 est inférieure à la garantie de financement pour la période



Les calculs pour les régularisations nécessitent de disposer du tableau croisant la valorisation de l'activité entre la période de transmission et le mois de soins

Matrice croisée mois de transmission et mois de soins

Mois de transmission	Mois de sortie											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
	Montant AM											
Janvier	219 725,57											
Février	- 1 829,23	211 780,97										
Mars	-	- 5 360,88	182 123,07									
Avril	-	- 2 591,53	832,36	165 000,00								
Mai	-	-	-	-	160 343,00							
Juin	879,73	-	10 532,00	5 633,00	-	163 265,00						
Juillet	-	-	-	10 253,00	1 868,28	1 275,35	195 572,91					
Août	-	-	-	-	5 362,00	3 256,00	-	201 370,91				
Septembre	-	- 24,00	-	24,00	7 425,00	10 678,00	1 277,84	1 991,45	213 279,53			
Octobre	-	-	-	-	-	-	2 097,00	1 567,00	5 380,00	218 175,55		
Novembre	1 247,00	-	8 277,37	-	-	4 450,00	4 539,73	-	-	2 387,00	222 425,55	
Décembre	-	1 119,64	1 346,90	229,19	7 013,32	1 134,10	-	8 929,76	869,34	971,00	1 834,64	228 304,55
Total	220 023,06	215 645,96	203 111,70	181 091,19	182 011,60	184 058,45	203 487,48	213 859,12	219 528,87	221 533,55	224 260,19	228 304,55

Note de lecture : des séjours ayant une date de soins en janvier ont été transmis en M11 et représentent un montant de 1 247€.

La valorisation de l'activité pour les mois de soins de mars à décembre représente 2 061 271€

Calcul des montants notifiés

Détails des calculs pour les notifications selon les périodes						
	Montant notifié de base	Compléments au titre des mois de soins M1+M2	Ecart entre la valorisation de l'activité de soins réalisée à partir de mars et la garantie de financement		Montant complémentaire	Montant notifié final
M1	219 725,57				0	219 725,57
M2	209 951,74				0	209 951,74
M3	208 750,00				0	208 750,00
M4	208 750,00				0	208 750,00
M5	208 750,00				0	208 750,00
M6	208 750,00				0	208 750,00
M7	208 750,00				0	208 750,00
M8	208 750,00				0	208 750,00
M9	208 750,00	3 625,08	-	119 935,30	3625,08	212 375,08
M10	208 750,00				0	208 750,00
M11	208 750,00				0	208 750,00
M12	210 837,50	2 366,63	-	47 128,30	18 787,50	231 991,63
					21154,13	2 544 044,02

A partir de M3 le montant notifié de base correspond au montant mensuel théorique de la garantie de financement

Les recettes des mois de soins janvier et février sont basées sur la valorisation d'activité.

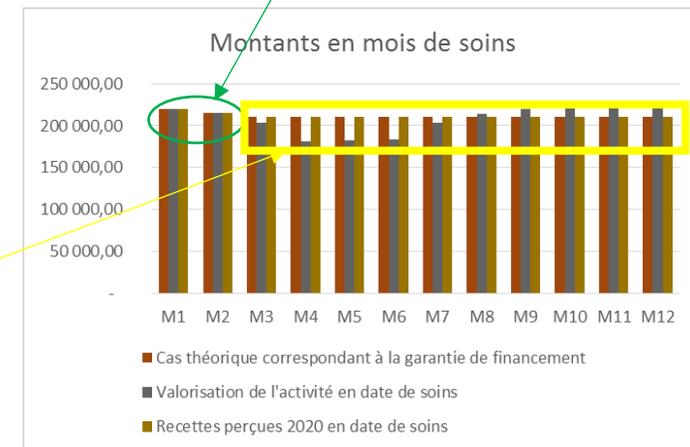
Deux régularisations à M9 et à M12

En M12, la garantie est mise à jour (recettes 2019 en LAMDA 2020)

Rattrapage de 9 mois de garantie

Même en M12, les recettes des soins de mars à décembre (2,061M€) restent inférieures à la garantie pour la période

L'établissement touche la garantie pour ces mois de soins



Dans cet exemple, l'établissement a une reprise d'activité à partir d'août. Ainsi, les recettes de l'activité des mois de soins d'août à décembre sont supérieures au montant mensuel de la garantie de financement. Cependant cet écart ne compense pas le fait que de mars à juin, la valorisation mensuelle de l'activité pour chaque mois de soins est très inférieure au montant mensuel de la garantie de financement. Globalement sur la période de mars à décembre, l'établissement percevra donc la garantie de financement.

Exemple d'un établissement dont l'activité de soins pour les mois de mars à décembre 2020 est supérieure à la garantie de financement pour la période

Calcul de l'assiette pour la garantie de financement		Annuel	Mise à jour effet prix 2020	Garantie de financement	Montant	Compte tenu des recettes de l'activité 2019 transmises en LAMDA le montant mensuel de la garante est révisé
Recettes 2019		2 570 000,00	Passage sur 10 mois	Montant théorique pour la période Mars/décembre	2 145 950,00	
Assiette théorique		2 575 140,00		Montant théorique mensuel	214 595,00	
LAMDA 2019		25 700,00	Montant définitif pour la période mars à décembre	2 167 409,50		
Assiette définitive de la garantie		2 600 891,40	Montant définitif mensuel	216 740,95		

Les calculs pour les régularisations nécessitent de disposer du tableau croisant la valorisation de l'activité entre la période de transmission et le mois de soins

Mois de transmission	Mois de sortie											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
	Montant AM											
Janvier	202 113,41											
Février	829,23	208 752,20										
Mars	-	-	159 542,33									
Avril	-	2 591,53	-	165 000,00								
Mai	-	-	-	-	160 250,35							
Juin	-	-	1 088,13	5 633,00	-	233 365,00						
Juillet	-	-	9 828,00	10 253,00	1 868,28	1 275,35	225 572,91					
Août	-	-	-	-	5 362,00	3 256,00	-	227 901,91				
Septembre	-	-	-	24,00	7 425,00	10 678,00	1 546,00		248 765,00			
Octobre		-	-	-	-	-	2 097,00	1 567,00	7 322,00	250 175,55		
Novembre	750,00	-	9 377,37	-	-	4 450,00	5 877,00	-	-	2 387,00	248 495,00	
Décembre	-	1 119,64	1 446,90	229,19	7 013,32	1 134,10	-	7 629,76	869,34	971,00	1 834,64	235 070,00
Total	203 692,64	212 463,37	181 282,73	181 091,19	181 918,95	254 158,45	235 092,91	237 098,67	256 956,34	253 533,55	250 329,64	235 070,00

Note de lecture : des séjours ayant une date de soins en janvier ont été transmis en M11 et représentent un montant de 750€.

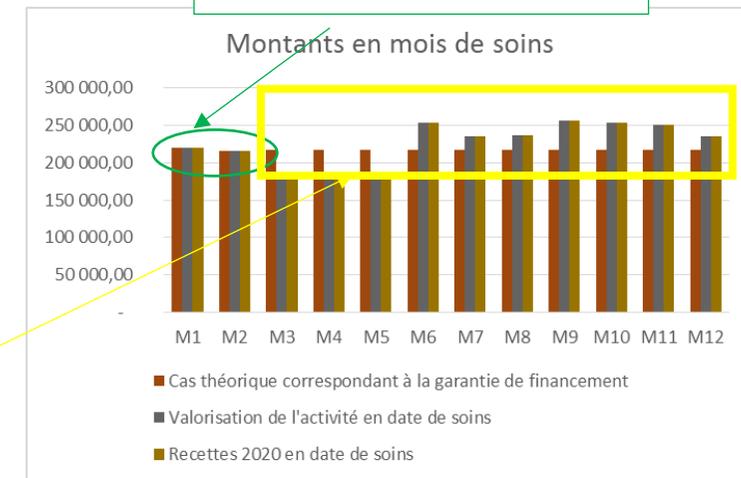
La valorisation de l'activité pour les mois de soins de mars à décembre représente 2 266 532€

Calcul des montants notifiés

	Montant notifié de base	Compléments au titre des mois de soins M1+M2	Ecart entre la valorisation de l'activité de soins réalisée à partir de mars et la garantie de financement	Mise à jour de la garantie de financement	Montant complémentaire	Montant notifié final
M1	202 113,41				0	202 113,41
M2	209 581,43				0	209 581,43
M3	214 595,00				0	214 595,00
M4	214 595,00				0	214 595,00
M5	214 595,00				0	214 595,00
M6	214 595,00				0	214 595,00
M7	214 595,00				0	214 595,00
M8	214 595,00				0	214 595,00
M9	214 595,00	2 591,53	- 23 578,74		2591,53	217 186,53
M10	214 595,00				0	214 595,00
M11	214 595,00				0	214 595,00
M12	216 740,95	1 869,64	99 122,93	- 19 313,55	120306,12	337 047,07

A partir de M3 le montant notifié de base correspond au montant mensuel théorique de la garantie de financement

Les recettes des mois de soins janvier et février sont basées sur la valorisation d'activité
Deux régularisations à M9 et M12



En M12, la garantie est mise à jour (recettes 2019 en LAMDA 2020)

Rattrapage de 9 mois de garantie

En M9, les recettes des mois de soins de mars à septembre sont inférieures à la garantie de financement pour la même période

En M12, les recettes des soins de mars à décembre (2,266M€) deviennent supérieures à la garantie pour la période

L'établissement touche la valorisation de l'activité pour ces mois de soins

Dans cet exemple, l'établissement a une reprise d'activité à partir de juin. Ainsi, les recettes de l'activité des mois de soins de juin à décembre sont supérieures au montant mensuel de la garantie de financement. Cet écart compense le fait que de mars à mai, la valorisation mensuelle de l'activité pour chaque mois de soins est très inférieure au montant mensuel de la garantie de financement. Globalement sur la période de mars à décembre, l'établissement percevra donc les recettes issues de la valorisation de l'activité pour ces mois de soins.

L'ensemble des calculs explicités ci-dessous sont effectués en distinguant les recettes liées à l'HAD des autres recettes MCO.

Activité faisant l'objet de facturation individuelle (activité FIDES)

Le mécanisme de versement pour cette activité est adapté pour tenir compte de l'existence de la facturation directe qui va perdurer. En effet, il n'est pas prévu d'interrompre les flux de facturation directe à l'AM.

Ainsi, le montant théorique de la garantie de financement M3 intègrera les montants liés aux activités facturées directement à l'AM. Pour ces dernières, ce montant théorique est construit sur la base des données PMSI transmises au titre de l'année 2019.

Pour les périodes allant de M3 à M8 inclus, pour l'activité faisant l'objet d'une facturation individuelle, l'établissement percevra :

- D'une part le montant théorique mensuel de la garantie de financement ;
- D'autre part le montant versé suite à d'éventuelles facturations directes établies pour les activités réalisées au cours de ces mêmes périodes.

Le trop-perçu sera réglé une première fois lors de la transmission M9. Le trop-perçu est égal au montant minimum entre le montant versé sur la base des facturations et le montant théorique de la garantie de financement pour les activités faisant l'objet de facturation individuelle pour la période des soins de mars à septembre.

Au plus tard le 5 mars 2021, le montant de la garantie de financement sera actualisé et sera établi sur la base des données de facturations transmises à l'AM pour l'activité 2019 (données issues du SNIIRAM équivalente à 10 mois d'activités de soins). Dès lors, le trop-perçu sera calculé sur la base de ce nouveau montant de garantie de financement et en procédant de la même manière que pour le calcul réalisé à M9.

Le trop-versé sera retenu sur les versements relatifs à la T2A MCO, aux dotations (MIGAC, DAF s'il y a lieu) et aux forfaits annuels (FAU, FAI, MRC, ...) qu'il s'agisse de la régularisation intermédiaire ou de la définitive.

3. Modalités d'application de la garantie de financement pour le secteur ex OQN (IV de l'article 1)

Pour le secteur ex OQN, il n'y a pas de mécanisme de régularisation infra-annuelle puisque le secteur reste sur l'année avec le système de facturation directe à l'assurance maladie. Il convient de noter que le secteur bénéficie également d'un mécanisme d'avances sur demande pour tenir compte des impacts de baisse d'activité ou des problèmes de facturation pendant la période de crise.

Le mécanisme de garantie annuelle de financement s'exerce ex post. Ainsi, le montant définitif de la garantie est notifié au plus tard le 5 mars 2021, intégrant l'ensemble des factures émises au titre des prestations hospitalières pour l'activité 2019 (source SNIIRAM liste des prestations en annexes). Ce montant est comparé au montant total des factures émises au titre des prestations hospitalières pour l'activité relative aux mois de soins de mars à décembre 2020. Lorsque le montant de la garantie

annuelle de financement s'avère supérieur à celui issu de la facturation, l'AM procède en une fois à un versement complémentaire correspondant à l'écart entre le montant de la garantie et celui établi sur la base des facturations 2020. Comme pour le secteur ex DG, cette mécanique nécessite de traiter les factures selon les mois de soins des séjours. Les données sont en date de soins (entrée) et de liquidation.

Exemple d'un établissement dont l'activité de soins pour les mois de mars à décembre 2020 est inférieure à la garantie de financement pour la période

Calcul de l'assiette pour la garantie de financement	Annuel	Mise à jour effet prix 2020	Garantie de financement	Montant
Recettes 2019 (intégrant les factures émises en 2020)	2 500 000,00	↻	Montant définitif pour la période Mars/décembre	2 087 500,00
Assiette pour le calcul de la garantie	2 505 000,00		Montant mensuel	208 750,00

Matrice croisée mois de facturation et mois de soins

Mois de facturation	Mois de sortie											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
	Montant AM											
Janvier	219 725,57											
Février	1 829,23	211 780,97										
Mars	-	5 360,88	182 123,07									
Avril	-	2 591,53	832,36	165 000,00								
Mai	-	-	-	-	160 343,00							
Juin	1 079,73	-	10 532,00	5 633,00	-	163 265,00						
Juillet	-	-	-	10 253,00	1 868,28	1 275,35	195 572,91					
Août	-	-	-	-	5 362,00	3 256,00	-	201 370,91				
Septembre	-	1 324,00	-	1 324,00	7 425,00	10 678,00	1 277,84	1 991,45	213 279,53			
Octobre	-	-	-	-	-	-	2 097,00	1 567,00	5 380,00	218 175,55		
Novembre	1 247,00	-	8 277,37	-	-	4 450,00	4 539,73	-	-	2 387,00	222 425,55	
Décembre	-	1 119,64	1 346,90	229,19	7 013,32	1 134,10	-	8 929,76	869,34	971,00	1 834,64	228 304,55
Total	223 881,53	222 177,02	203 111,70	182 439,19	182 011,60	184 058,45	203 487,48	213 859,12	219 528,87	221 533,55	224 260,19	228 304,55

Montant des facturations pour les mois de soins mars à décembre
 2 062 594,70
 Ecart entre la garantie de financement et les facturations pour les mois de soins de mars à décembre

24 905,30

Les factures des mois de soins de mars à décembre 2020 sont inférieures à la garantie de financement → Versement de l'écart effectué par la caisse en une seule fois

Exemple d'un établissement dont l'activité de soins pour les mois de mars à décembre 2020 est supérieure à la garantie de financement pour la période

Calcul de l'assiette pour la garantie de financement	Annuel	Mise à jour effet prix 2020	Garantie de financement	Montant
Recettes 2019 (intégrant les factures émises en 2020)	2 570 000,00		Montant définitif pour la période Mars/décembre	2 145 950,00
Assiette pour le calcul de la garantie	2 575 140,00		Montant mensuel	214 595,00

Matrice croisée mois de facturation et mois de soins

Mois de facturation	Mois de sortie											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
	Montant AM											
Janvier	202 113,41											
Février	829,23	208 752,20										
Mars	-	-	159 542,33									
Avril	-	2 591,53	-	165 000,00								
Mai	-	-	-	-	160 250,35							
Juin	-	-	1 088,13	5 633,00	-	233 365,00						
Juillet	-	-	9 828,00	10 253,00	1 868,28	1 275,35	225 572,91					
Août	-	-	-	-	5 362,00	3 256,00	-	227 901,91				
Septembre	-	-	-	24,00	7 425,00	10 678,00	1 546,00		248 765,00			
Octobre	-	-	-	-	-	-	2 097,00	1 567,00	7 322,00	250 175,55		
Novembre	750,00	-	9 377,37	-	-	4 450,00	5 877,00	-	-	2 387,00	248 495,00	
Décembre	-	1 119,64	1 446,90	229,19	7 013,32	1 134,10	-	7 629,76	869,34	971,00	1 834,64	235 070,00
Total	203 692,64	212 463,37	181 282,73	181 091,19	181 918,95	254 158,45	235 092,91	237 098,67	256 956,34	253 533,55	250 329,64	235 070,00

Montant des facturations pour les mois de soins mars à décembre
2 266 532,43
Ecart entre la garantie de financement et les facturations pour les mois de soins de mars à décembre
- 120 582,43

- 120 582,43

Les factures des mois de soins de mars à décembre 2020 sont supérieures à la garantie de financement → pas d'ajustement

4. Cas des hôpitaux de proximité (article 2)

Le modèle dérogatoire mis en place pour les hôpitaux de proximité repose sur un système de garantie de financement au travers d'une dotation forfaitaire garantie (DFG). Aussi, pour ces établissements, le dispositif reste inchangé, avec la réalisation d'arrêté mensuel établi en fonction de la DFG et de la valorisation de l'activité transmise. En revanche, la DFG est établie selon les règles convergentes à celles utilisées pour déterminer la garantie annuelle de financement. Ainsi, le niveau de recettes garanti par la DFG est rehaussé à 100% et le système de ventilation par l'ARS de la DOP est neutralisé. Ce taux de 100% est actualisé pour tenir compte de l'effet prix lié à la campagne 2020 (soit 0,2% compte tenu des mouvements de périmètre). La DFG intègre dans son périmètre les prestations d'hospitalisation de l'article R. 162-33-1 ainsi que les recettes de la liste en sus. A la différence de la garantie annuelle de financement, les ACE ne sont pas dans le périmètre de la DFG. Aussi, les charges non compensées sur cette activité et ayant un impact significatif pourront intégrer le dispositif d'évaluation globale des surcoûts liés à la crise.

L'activité d'HAD des hôpitaux de proximité rejoint le mécanisme général, avec la production d'un arrêté de versement spécifique à la garantie de financement.

II. Activités SSR (article 4 de l'arrêté)

Le mécanisme de garantie annuelle de financement pour les activités de SSR concerne :

- Les prestations SSR facturées directement à l'AM pour les établissements OQN ;
- La DMA pour l'ensemble des établissements ayant une activité SSR.

Pour les prestations SSR directement facturées à l'AM par les établissements OQN (cf. liste en annexe), le mécanisme mis en place fonctionne comme pour les prestations MCO des établissements dits ex OQN. Le montant définitif de garantie annuelle de financement sera notifié au plus tard le 5 mars 2021 et établi sur la base des données de facturations émises au titre de l'activité de soins de l'exercice 2019 (source : SNIIRAM).

Ce montant est comparé au montant total des factures émises au titre des prestations hospitalières pour l'activité relative aux mois de soins de mars à décembre 2020. Lorsque le montant de la garantie annuelle de financement s'avère supérieur à celui issu de la facturation, l'AM procède en une fois à un versement complémentaire correspondant à l'écart entre le montant de la garantie et celui établi sur la base des facturations 2020.

Pour la DMA (IV de l'article 4), cette dotation fait déjà l'objet d'un mécanisme de notification théorique au travers de la DMA théorique notifiée en début d'exercice aux établissements ayant une activité SSR. Les modalités de calcul de cette DMA théorique restent inchangées (activité SSR 2019 valorisée par les paramètres de financement 2020). La garantie annuelle de financement est égale à 10 douzièmes de la valeur de la DMA théorique augmentée du dégel perçu fin 2019.

Lors de la régularisation définitive réalisée avec la transmission des données d'activité M12 2020, si le montant réel de la DMA pour les mois de soins de mars à décembre 2020 se trouve inférieur à 10 douzièmes de DMA théorique, l'établissement ne fait pas l'objet de régularisation mais perçoit en revanche un forfait équivalent à la valeur du dégel perçu fin 2019 ramené sur 10 mois de soins.

Ainsi, **si la DMA réelle est inférieure à la DMA théorique**, l'établissement n'a pas de régularisation négative et récupère la partie dégel 2019.

Si la DMA réelle est supérieure à la DMA théorique, 2 cas de figure doivent être distingués :

- Soit elle est supérieure à la DMA théorique augmentée du dégel perçu fin 2019 : dans ce cas, la régularisation consistera à verser l'écart entre la DMA réelle et la DMA théorique ;
- Soit elle est inférieure à la DMA théorique augmentée du dégel perçu fin 2019 : la régularisation consistera dans ce cas à verser la partie dégel 2019.

III. Activités de psychiatrie (article 3 de l'arrêté)

Le mécanisme de garantie annuelle de financement pour les activités de psychiatrie concerne les prestations facturées directement à l'AM pour les établissements OQN.

Pour ces prestations (cf. liste des prestations en annexe), le mécanisme mis en place fonctionne comme pour les prestations MCO des établissements dits ex OQN. Le montant définitif de garantie annuelle de financement sera notifié au plus tard le 5 mars 2021 et établi sur la base des données de facturations émises au titre de l'activité de soins de l'exercice 2019 (source : SNIIRAM).

Ce montant est comparé au montant total des factures émises au titre des prestations hospitalières pour l'activité des mois de soins de mars à décembre 2020. Lorsque le montant de la garantie annuelle de financement s'avère supérieur à celui issu de la facturation, l'AM procède en une fois à un versement complémentaire correspondant à l'écart entre le montant de la garantie et celui établi sur la base des facturations 2020.

Annexe : Liste des prestations retenues dans le calcul de l'assiette pour la garantie de financement

1. pour les établissements ex OQN MCO

Code	Prestation	Libellé Prestation
2106	TDD	TRANSPORT DEFINITIF DIALYSE
2107	TSD	TRANSPORT SEANCE DIALYSE
2108	TDE	SUPPLEMENT TRANSPORT 2
2109	TSE	SUPPLEMENT TRANSPORT SEANCES
2111	GHS	FRAIS D HEBERGEMENT ET ENVIRONNEMENT EN GHS
2112	EXH	FRAIS DE SEJOUR SUPPLEMENTAIRE AU GHS
2113	GHT	GROUPE HOMOGENE DE TARIFS
2116	NN1	SUPPLEMENT NEONATOLOGIE 1
2117	NN2	SUPPLEMENT NEONATOLOGIE 2
2119	SDC	SUPPLEMENT DEFIBRILLATEUR
2132	D11	FORFAIT D HEMODIALYSE EN UNITE DE DIALYSE MEDICALISEE
2133	DTP	DIALYSE TIERCE PERSONNE
2134	D12	FORFAIT D AUTODIALYSE SIMPLE
2135	D13	FORFAIT D AUTODIALYSE ASSISTEE
2136	D14	FORFAIT D HEMODIALYSE A DOMICILE
2137	D15	FORFAIT DE DIALYSE PERITONEALE AUTOMATISEE (DPA)
2138	D16	FORFAIT DE DIALYSE PERITONEALE CONTINUE AMBULATOIRE (DPCA)
2143	D20	FF D ENTRAINEMENT A LA DIALYSE PERITONEALE AUTOMATISEE A DOMICILE
2144	D21	FF D ENTRAINEMENT A LA DIALYSE PERITONEALE CONTINUE AMBULATOIRE A DOMICILE
2145	D22	FORFAIT DE DIALYSE PERITONEALE AUTOMATISE POUR HOSPITALISATION DE 3 A 6 JOURS
2146	D23	FORFAIT DE DIALYSE PERITONEALE CONTINUE AMBULATOIRE POUR HOSPITALISATION DE 3 A 6 JOURS
2147	D24	FORFAIT D'ENTRAINEMENT A L'HEMODIALYSE EN UNITE DE DIALYSE MEDICALISEE
2151	REA	SUPPLEMENT REANIMATION
2152	SRC	SUPPLEMENT SURVEILLANCE CONTINUE
2153	STF	FORFAIT SOINS INTENSIFS
2155	SE1	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 1
2156	SE2	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 2
2157	SE3	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 3
2158	SE4	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 4
2159	FSD	FORFAIT DE SECURITE DERMATOLOGIQUE
2163	DIP	SUPPLEMENT JOURNALIER DIALYSE PERITONEALE
2164	APE	ADMINISTRATION DE PRODUITS ET PRESTATIONS EN ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

2165	FPI	FORFAIT PRESTATION INTERMEDIAIRE
2166	AP2	ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS EN ENVIRONNEMENT HOSPITALIER
2167	SE5	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 5
2168	SE6	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 6
2181	PO1	PRELEVEMENT D ORGANE 1
2182	PO2	PRELEVEMENT D ORGANE 2
2186	PO5	PRELEVEMENT D'ORGANE 5
2187	PO6	PRELEVEMENT D'ORGANE 6
2188	PO7	PRELEVEMENT D'ORGANE 7
2189	PO8	PRELEVEMENT D'ORGANE 8
2190	PO9	PRELEVEMENT D'ORGANE 9
2191	POA	PRELEVEMENT D'ORGANE
2195	ANT	SUPPLEMENT ANTEPARTUM
2238	ATU	FORFAIT D ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES
2338	FFM	FORFAIT PETIT MATERIEL
	IGM	MYFEGINE
	IGP	PROSTAGLANDINE
2248	I01	FORFAIT INNOVATION 01
2411	IG	Intervention IVG
2412	IGA	Intervention IVG
2419	IMD	IMD < 12h
2420	IMI	Surveillance IVG 12h
2423	IPD	IPD > 12h
2418	IVE	Vérification échographique
2421	AMD	Intervention et anesthésie ambulatoire
2422	AMF	Forfait pour ING médicamenteuse
2428	IPE	Echo pré-IVG
3312	PH4/PG4	Pharmacie PH4

2. pour les établissements OQN SSR

Code	Prestation	Libellé Prestation
2103	ST3	SUPPLEMENT TRANSPORT PERMISSION THERAPEUTIQUE (PSY/SSR)
2104	ST2	SUPPLEMENT TRANSPORT PROVISoire (PSY/SSR)
2105	ST1	SUPPLEMENT TRANSPORT DEFINITIF (PSY/SSR)
2211	PJ	FRAIS DE SEJOUR
2212	PMS	MAJORATION PMSI
2221	SHO	SUPPLEMENT CHAMBRE PARTICULIERE
2222	SSM	SUPPLEMENT POUR SURVEILLANCE DU MALADE
2231	PHJ	FORFAIT PHARMACEUTIQUE
2234	ENT	FORFAIT D ENTREE
2247	FSY	FORFAIT PSYCHIATRIE DE SECURITE - HOSPITALISATION AVEC HEBERGEMENT

2336	SNS	FORFAIT POUR CONSULTATION EN CENTRE MEDICO-PSYCHO PEDAGOGIQUE
2339	FS/SNS	AUTRES FORFAITS DIVERS (Y COMPRIS NUTRITION ENTERALE A DOMICILE)
2380	PY0	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE COLL, 1 INTERVENANT 3 à 4H
2381	PY1	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND, 1 INTERVENANT 3 à 4H
2382	PY2	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE COLL, 2 INTERVENANTS 3 à 4H
2383	PY3	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND. 2 INTERVENANTS 3 à 4H
2384	PY4	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE COLL, 1 INTERVENANT 6 à 8H
2385	PY5	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND. 1 INTERVENANT 6 à 8H
2386	PY6	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE COLL, 2 INTERVENANT 6 à 8H
2387	PY7	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND. 2 INTERVENANTS 6 à 8H
2388	PY8	FORFAIT PSYCHIATRIE DE SECURITE HOSPITALISATION SANS HEBERGEMENT
2389	PY9	PRISE EN CHARGE DE NUIT POUR UNE DUREE ENTRE 8 ET 12H

3. pour les établissements OQN PSY

Code	Prestation	Libellé Prestation
2103	ST3	SUPPLEMENT TRANSPORT PERMISSION THERAPEUTIQUE (PSY/SSR)
2104	ST2	SUPPLEMENT TRANSPORT PROVISoire (PSY/SSR)
2105	ST1	SUPPLEMENT TRANSPORT DEFINITIF (PSY/SSR)
2211	PJ	FRAIS DE SEJOUR
2212	PMS	MAJORATION PMSI
2221	SHO	SUPPLEMENT CHAMBRE PARTICULIERE
2222	SSM	SUPPLEMENT POUR SURVEILLANCE DU MALADE
2231	PHJ	FORFAIT PHARMACEUTIQUE
2234	ENT	FORFAIT D ENTREE
2247	FSY	FORFAIT PSYCHIATRIE DE SECURITE - HOSPITALISATION AVEC HEBERGEMENT
2336	SNS	FORFAIT POUR CONSULTATION EN CENTRE MEDICO-PSYCHO PEDAGOGIQUE
2339	FS/SNS	AUTRES FORFAITS DIVERS (Y COMPRIS NUTRITION ENTERALE A DOMICILE)
2380	PY0	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE COLL, 1 INTERVENANT 3 à 4H
2381	PY1	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND, 1 INTERVENANT 3 à 4H
2382	PY2	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE COLL, 2 INTERVENANTS 3 à 4H
2383	PY3	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND. 2 INTERVENANTS 3 à 4H
2384	PY4	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE COLL, 1 INTERVENANT 6 à 8H
2385	PY5	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND. 1 INTERVENANT 6 à 8H
2386	PY6	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE COLL, 2 INTERVENANT 6 à 8H
2387	PY7	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND. 2 INTERVENANTS 6 à 8H
2388	PY8	FORFAIT PSYCHIATRIE DE SECURITE HOSPITALISATION SANS HEBERGEMENT
2389	PY9	PRISE EN CHARGE DE NUIT POUR UNE DUREE ENTRE 8 ET 12H