

MODALITES D'APPLICATION DE LA REFORME DU FINANCEMENT DES SSR EN VUE DE LA FACTURATION DES SEJOURS PAR LES ETABLISSEMENTS

Version 8 – Juillet 2023

SOMMAIRE

Préambule :	3
Partie 1 : Présentation de l'évolution du modèle de financement des activités de Soins de suite et de réadaptation	4
1. Les composantes du nouveau modèle de financement.....	4
2. Le calendrier de mise en œuvre.....	4
3. La répartition des différents compartiments de financement des établissements entre la valorisation par l'ATIH et la facturation directe à l'Assurance Maladie Obligatoire	6
4. Les établissements de santé concernés	8
Partie 2 : Les modalités de valorisation et de facturation de l'activité des établissements de SSR à l'Assurance maladie	10
1. Cadre général : les modalités de valorisation des éléments faisant l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie obligatoire.....	10
1.1. Facturation des séjours : le GMT.....	11
1.2. Facturation des molécules onéreuses.....	20
1.3. Les suppléments transports	21
1.4. Les assurés concernés	21
2. Les problématiques liées aux modalités de facturation.....	24
2.1. Modalités de bascule en facturation directe	24
2.2. Séjours successifs entre domaines d'activité MCO et SSR au sein d'un même établissement.....	24
2.3. La valorisation des séjours longs.....	24
2.4. La correction des factures	27
2.5. Les effets de la réforme du Ticket Modérateur	27
2.6. La question des transferts provisoires et définitifs.....	34

PREAMBULE :

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'objectif initial de la réforme engagée est de corriger les effets négatifs du modèle de financement historique de ces activités, distinct selon les secteurs. Cette dichotomie s'est traduite historiquement par de fortes inégalités de répartition des ressources budgétaires, tant entre régions qu'entre établissements.

Le modèle introduit en 2016 reposait sur un financement comprenant :

- Une part de « dotation modulée à l'activité » (DMA) composée d'une valorisation pour chaque séjour réalisé et d'un montant fondé sur l'activité des années antérieures ;
- Des compartiments complémentaires pour financer les molécules onéreuses, les plateaux techniques spécialisés ainsi que certaines missions d'intérêt général. Les établissements de SSR bénéficient par ailleurs depuis 2017 du financement à la qualité.

Néanmoins, au regard de la complexité de mise en œuvre du modèle cible de financement des SSR, l'article 34 de la LFSS pour 2020 adapte les dispositions existantes.

Cette mesure a fait évoluer le modèle de financement par la mise en place d'un modèle mixte composé :

- 1) **D'une part à l'activité**, qui restera valorisée sur la base de tarifs nationaux et qui bénéficiera des travaux engagés pour améliorer les outils de description et de valorisation de l'activité afin de mieux prendre en compte les prises en charge spécialisées en SSR ;
- 2) **D'une part forfaitaire** qui permettra de répondre aux attentes des acteurs en termes de stabilité et de lisibilité pluriannuelle des financements de manière à accompagner dans les meilleures conditions les nécessaires transformations de l'offre de soins en SSR, en faveur du développement de l'ambulatoire notamment.

Dans ce contexte, le concept de DMA n'a plus vocation à être utilisé.

Par ailleurs, les modalités de facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers seront révisées avec pour conséquence à terme dans le domaine SSR de dé-corréler la base de remboursement des séjours par l'assurance maladie obligatoire de la base de calcul du ticket modérateur à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire. Ce ticket modérateur sera établi sur la base d'un nouveau « Tarif National Journalier de Prestation » (TNJP) pour les établissements des secteurs ex-DAF et ex-OQN.

Le présent cahier des charges a donc vocation à préciser les différentes prestations qui feront à terme l'objet d'une facturation directe aux organismes d'assurance maladie obligatoire, en lien avec l'évolution du modèle de financement des SSR.

La première partie est consacrée à une présentation générale du modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation.

La seconde partie vise à présenter le modèle cible de valorisation de l'activité mis en place en 2023, dans la perspective de l'évolution des systèmes de facturation des établissements et des organismes d'assurance maladie obligatoire.

PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'EVOLUTION DU MODELE DE FINANCEMENT DES ACTIVITES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

1. Les composantes du nouveau modèle de financement

Le nouveau modèle de financement est mixte et repose sur des recettes directement liées à l'activité assorties de compartiments complémentaires.

Ce financement mixte est principalement composé :

- **D'une part « forfaitaire »** dont l'objectif est d'allouer la ressource en fonction des besoins de santé, approchés par les caractéristiques des populations et des territoires, et également de sécuriser les établissements en leur garantissant une base de ressources minimale, leur permettant de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles et de lisser les aléas de revenus liés à l'activité. **Elle ne fait pas l'objet de développement dans ce guide consacré aux modalités de facturation des établissements à l'assurance maladie.**
- **D'une part « activité »** correspondant à un financement au séjour permettant de prendre en compte l'activité réalisée au cours de l'année N, qui a vocation à compléter le financement de la part forfaitaire pour permettre à l'établissement de bénéficier de ressources liées à son activité réelle, afin d'accompagner la dynamique d'activité.

Les établissements sont également éligibles à trois compartiments complémentaires permettant de financer certaines activités ou missions spécifiques :

- **Le compartiment « plateaux techniques spécialisés » (PTS)** visant à compenser une partie des charges induites par l'exploitation de PTS rares et coûteux ;
- **Le compartiment « molécules onéreuses » (MO) permettant le financement en sus de certaines molécules inscrites sur une liste limitative.** Il s'agit de permettre aux établissements de dispenser des traitements onéreux. Cette liste englobera la liste en sus MCO ainsi que des molécules onéreuses spécifiques au champ SSR.
- **Le compartiment relatif aux dotations finançant certaines missions d'intérêt général (MIG) dont les établissements de SSR ont spécifiquement la charge,** en raison notamment de la durée des prises en charge et de la spécificité du projet thérapeutique.
- Les établissements SSR ont également vocation à être éligibles à la dotation **d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).**

Enfin, l'ensemble des établissements de SSR qui ont développé une activité **d'actes et consultations externes** basculent le financement de ces soins en facturation directe selon des modalités hors champ du présent document.

Le modèle de financement proposé comporte également les leviers de régulation nécessaires à la maîtrise des dépenses publiques. En particulier, il prévoit la mise en œuvre d'un coefficient prudentiel applicable à la part activité, à l'instar des dispositifs de mise en réserve existant sur les autres enveloppes de l'ONDAM hospitalier.

2. Le calendrier de mise en œuvre

Le nouveau modèle de financement des soins de suite et de réadaptation, introduit par l'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifié et codifié aux articles L. 162-23 et suivants du code de la sécurité sociale entre en vigueur de manière progressive en trois étapes.

a. La mise en œuvre anticipée de composantes du modèle dès 2016

Dès 2016, certaines composantes du modèle ont été mises en place de manière anticipée :

- **Le remboursement des molécules onéreuses pour les établissements actuellement financés sous DAF** : le mécanisme mis en place consiste à préempter un montant sur cette enveloppe, ensuite redistribué aux établissements en fonction de leur consommation sur une liste ciblée de molécules onéreuses, qui comprends la liste MCO ainsi que les médicaments propres au SSR ;
 - Les activités exercées par les établissements de SSR et relevant des MIGAC ont une enveloppe dédiée au sein de celles-ci depuis 2016.
- #### **b. Le déploiement progressif de la réforme du 1^{er} janvier 2017 au 30 juin 2023 : la période transitoire**

En 2017, le déploiement progressif du modèle est poursuivi. La mise en œuvre de certaines composantes du modèle engagée en 2016 (financement des molécules onéreuses et MIGAC) est maintenue.

De nouvelles composantes du modèle sont déployées :

- **La mise en œuvre d'une phase transitoire combinant les anciennes et les nouvelles modalités de financement du 1^{er} mars 2017 au 30 juin 2023**, pour l'ensemble des établissements de soins de suite et de réadaptation, fondée sur :
 - o Une fraction des modalités antérieures de financement des deux secteurs (c'est-à-dire la dotation annuelle de financement pour les établissements dits « ex-DAF » et les forfaits journaliers pour les établissements anciennement financés dans le cadre de l'objectif quantifié national – dits « ex-OQN ») ;
 - o Une fraction des nouvelles modalités de financement, embarquement uniquement la part activité du futur modèle de financement, valorisée par l'ATIH. Ce financement à l'activité est assorti dès 2017 des coefficients prévus par la loi (voir tableau ci-après au d.).
- **L'ouverture du forfait d'incitation financière à l'amélioration de la qualité pour l'ensemble des établissements**, sur la base de critères prévus pour les établissements de SSR.
- **L'ouverture de la facturation des actes et consultations externes réalisés par les établissements sous DAF**, jusqu'alors inclus dans la dotation. Ce financement s'élève à hauteur de 10% du tarif de ces ACE en 2017 puis à 100% à compter du 1^{er} janvier 2018.

Dans le cadre de la période transitoire et dans l'attente de la mise en œuvre complète du nouveau modèle de financement, seules les composantes de l'ancien modèle de financement (prix de journée et suppléments pour les établissements sous OQN) qui préexistaient au nouveau modèle sont facturables directement à l'assurance maladie.

c. La période de montée en charge du 1^{er} juillet 2023 au 28 février 2026

Le modèle de financement tel que défini en LFSS pour 2016 entrera en vigueur dans sa totalité au 1^{er} juillet 2023. Plusieurs coefficients (voir tableau ci-après au d.) seront appliqués sur la part activité sur cette période afin d'accompagner la montée en charge du nouveau modèle de financement de manière lissée pour les établissements.

d. Tableau de synthèse des coefficients applicables au modèle de financement des établissements SSR

Les coefficients non pérennes prévus jusqu'en 2026 dans la loi dans le cadre de la montée en charge

	Coefficient de spécialisation	Coefficient honoraires
ES ex-DAF	Applicable	Non applicable
ES ex- OQN	Applicable	Applicable

Ces coefficients n'ont pas vocation à être maintenus au-delà de la période de montée en charge, après le 1^{er} mars 2026 au plus tard. Deux coefficients sont concernés :

- Le coefficient de spécialisation
Il consiste à modifier, si nécessaire, la valorisation des prestations en fonction de l'activité de rééducation réalisée par l'établissement.
- Le coefficient « honoraires »
Les professionnels médicaux libéraux (à l'exception des infirmières) peuvent continuer à facturer directement leurs honoraires en sus à l'Assurance Maladie Obligatoire pendant la période de montée en charge selon les modalités applicables avant la réforme. Les établissements ex-OQN (mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6) qui emploient des médecins salariés peuvent également facturer des honoraires en sus à l'Assurance Maladie pour cette seule catégorie de professionnels. Les tarifs de séjour sont établis en incluant les honoraires des praticiens. Il est donc nécessaire de neutraliser ces derniers via un coefficient, dit honoraire, qui permet de minorer les tarifs de séjours pour les établissements concernés.

Les coefficients pérennes

	Coefficient géographique	Coefficient prudentiel « séjours »	Coefficient allègements de charges	Coefficient SEGUR
ES ex-DAF	Applicable	Applicable	Applicable (seulement EBNL*)	Applicable
ES ex- OQN	Applicable	Applicable	Applicable	Applicable

*Etablissement à But Non Lucratif

Ces coefficients ont vocation à être pérennisés au-delà de la période de montée en charge, c'est-à-dire après le 1^{er} mars 2026.

3. La répartition des différents compartiments de financement des établissements entre la valorisation par l'ATIH et la facturation directe à l'Assurance Maladie Obligatoire

Ce paragraphe distingue les prestations qui feront en cible l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie et celles qui feront l'objet d'un versement issu d'une notification du DGARS, éventuellement après valorisation par l'ATIH.

a) Établissements ex-OQN :

Pour ces établissements, la facturation directe de la part activité à l'Assurance maladie a vocation à être mise en place au 1^{er} janvier 2024.

	Second semestre 2023	à partir du 1 ^{er} janvier 2024
Part activité	A posteriori, au titre du second semestre 2023 par notification du DGARS	Facturation directe aux organismes d'AMO
Part forfaitaire		notification du DGARS
Molécules onéreuses		Facturation directe aux organismes d'AMO
MIGAC		Notification du DGARS
PTS		Notification du DGARS
IFAQ		Notification du DGARS

NOTA : Pour la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2023, les établissements ex-OQN continueront de facturer directement à l'assurance maladie obligatoire leurs prestations, selon les vecteurs actuels de financement.

La mise en œuvre de la réforme se fera a posteriori, et prendra la forme d'une notification par le DG de l'ARS des nouveaux compartiments du modèle de financement, « pour information ». Seul le montant global caractérisant l'écart entre les ressources effectivement allouées en 2023 » au titre de 2023 » et celles estimées au titre de la mise en œuvre de la réforme au second semestre sera notifié par le DG ARS.

b) Établissements sous DAF :

Pour ces établissements, la facturation directe à l'Assurance maladie a vocation à être mise en place avec le dispositif FIDES. En effet, à l'instar de la LFSS pour 2004¹, modifiée par la LFSS pour 2018², qui prévoit une dérogation à la facturation directe à l'Assurance maladie pour les établissements ex-DAF du champ MCO, en attendant la mise en œuvre du projet FIDES³, la LFSS pour 2016⁴, modifiée par la LFSS pour 2022⁵ prévoit cette dérogation pour les établissements ex-DAF du champ SSR. Pour ces établissements, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du CSS, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les produits pharmaceutiques ne feront pas, à ce stade, l'objet d'une facturation individuelle à la caisse désignée à l'article L. 174-2-1 du même code.

¹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 – Article 33

² Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 – Article 65

³ Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé publics et privés d'intérêt collectif (FIDES)

⁴ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – Article 78

⁵ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 – Article 37

	Second semestre 2023	à partir du 1 ^{er} janvier 2024
Part activité	A posteriori, au titre du second semestre 2023 par notification du DGARS	Arrêté de versement mensuel
Part forfaitaire		Notification du DGARS
Molécules onéreuses		Arrêté de versement mensuel
MIGAC		Notification du DGARS
PTS		Notification du DGARS
IFAQ		notification du DGARS
ACE		Arrêté de versement mensuel ou facturation directe

4. Les établissements de santé concernés

Le modèle concerne tous les établissements de santé et le service de santé des armées, à l'exception :

- Des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées, notamment l'établissement public de santé national de Fresnes ;
- Des établissements nationaux et locaux de l'Institution Nationale des Invalides, ainsi que les établissements de santé de Mayotte, et de Saint Pierre et Miquelon qui demeurent financés par une dotation annuelle ;

- Des maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées (MECS) à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, sont financées sur la base d'une dotation annuelle de financement.

PARTIE 2 : LES MODALITES DE VALORISATION ET DE FACTURATION DE L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SSR A L'ASSURANCE MALADIE

Cette deuxième partie traite des modalités de valorisation et de facturation des prestations qui devront à terme faire l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie.

Deux éléments de cadrage préalables à cette seconde partie :

- 1) **Les règles de facturation définies dans cette seconde partie concernent indistinctement les établissements ex-DAF et ex-OQN**, dans la mesure où les règles de gestion ont vocation à devenir identiques.
- 2) **La notion de nombre de journées de présence**

Comme en MCO, la valorisation des séjours est forfaitisée sur la base de la durée de l'hospitalisation. Dans le champ SSR, les séjours sont cependant sensiblement plus longs que les séjours MCO (35 journées en moyenne en hospitalisation complète). Les patients peuvent par ailleurs demander des « permissions » pour sortir de l'établissement pendant 48h maximum, ce qui n'interrompt pas le séjour.

Le dispositif de financement mis en œuvre au 1^{er} mars 2017 et qui sera pérennisé dans le cadre de la l'entrée en vigueur complète du nouveau modèle de financement prévoit le calcul du nombre de journées de présence (NBJP)⁶ du patient au cours de son séjour. Seules les journées où le patient est présent dans l'établissement seront valorisées : cette modalité exclut les journées où le patient est absent de l'établissement (permissions, PIE...) – contrairement au MCO où c'est la durée de séjour (date de sortie – date d'entrée) qui est utilisée – et le jour de sortie définitive est également exclu sauf en cas de décès.

1. Cadre général : les modalités de valorisation des éléments faisant l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie obligatoire

La part à l'activité du nouveau modèle de financement vise à valoriser les séjours sur la base de tarifs nationaux, dit groupes médico-tarifaires (GMT), équivalent du GHS dans le champ MCO, associés à des groupes médico-économiques (GME), équivalent du GHM dans le champ MCO.

A chaque GME est associé un ou plusieurs GMT⁷. Le GMT est corrigé par l'affectation des coefficients SSR : coefficient géographique (CG), coefficient prudentiel (CP), coefficient de spécialisation (CS), coefficient SEGUR (CSeg), coefficient honoraires (CH) pour les seuls établissements ex-OQN, et par le coefficient allègement de charges (CAC).

⁶ Définition des journées de présence en HC et HTP : voir « Journées de présence » au [2.1.2.2 Informations hebdomadaires du RHS](#) du Guide Méthodologique de Production des Informations Relatives à l'Activité Médicale et à sa Facturation en SSR

⁷ L'article 4 de l'arrêté du 1er mars 2022 modifiant l'arrêté du 5 mai 2017 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.

S'agissant de l'application des coefficients SSR aux prestations d'hospitalisation facturables à l'assurance maladie :

	Champ d'application	Modalités de mise en œuvre
Coefficient géographique	GMT	Coefficient régional fixé au niveau national, identique pour tous les établissements d'une région ou d'un département
Coefficient prudentiel « séjours »	GMT	Coefficient national, identique pour l'ensemble des établissements
Coefficient de spécialisation	GMT	Coefficient pouvant être différencié par établissement
Coefficient honoraires	GMT – uniquement pour le secteur ex-OQN	Coefficient pouvant être différencié par établissement
Coefficient Ségur	GMT	Coefficient par statut d'établissement (au sens établissement public, privé à but non lucratif EBNL du secteur ex-DAF, privé à but non lucratif EBNL du secteur ex-OQN et privé à but lucratif EBL du secteur ex-OQN)
Coefficient allègements de charges	GMT	Coefficients fixés chaque année par arrêté et pouvant être différenciés en fonction du statut (au sens établissement public, privé à but non lucratif EBNL du secteur ex-DAF, privé à but non lucratif EBNL du secteur ex-OQN et privé à but lucratif EBL du secteur ex-OQN)

1.1. Facturation des séjours : le GMT

1) Règles générales du GMT

a. Le périmètre des GMT

Les anciennes modalités de financement des établissements de SSR :

Les établissements sous DAF bénéficient d'une dotation dite « tout compris » qui inclut l'ensemble des honoraires des praticiens. En revanche, les établissements ex-OQN peuvent avoir recours à des professionnels et auxiliaires médicaux salariés et/ou libéraux. Plusieurs cas sont distingués.

Lorsque les établissements font intervenir des praticiens libéraux, les honoraires de ces derniers sont facturés en sus directement à l'Assurance Maladie, sur la partie basse du bordereau S3404. Ce financement est alors comptabilisé sur l'enveloppe de ville.

Lorsque les établissements ex-OQN emploient des praticiens salariés, ils peuvent :

- Soit facturer en sus du prix de journée, un forfait « surveillance médicale » (SSM), couvrant, pour chaque séjour, les charges médicales. Ce forfait est facturable dès que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à 0 heure. Les recettes liées à ce forfait sont comptabilisées sur l'objectif quantifié national.

- Soit les établissements peuvent également facturer en leur nom l'équivalent des honoraires sur la partie basse du bordereau S3404. Ces recettes sont alors comptabilisées sur l'enveloppe des soins de ville. Dans ces cas, les établissements ne peuvent facturer que les honoraires des médecins. Ils ne peuvent ainsi pas facturer d'honoraires d'auxiliaires médicaux salariés.

Le modèle transitoire de financement :

Dans le cadre de l'évolution des modalités de financement, la question du périmètre des tarifs des GME dans le cadre de la réforme du financement, incluant ou non la rémunération des professionnels et auxiliaires médicaux, se pose. Pour ne pas bouleverser les pratiques existantes et afin de bénéficier d'un délai pour instruire les options envisageables concernant ce périmètre, la LFSS pour 2016⁸, modifié en LFSS puis 2020⁹, a mis en place un dispositif transitoire jusqu'au 31 décembre 2026.

- Le périmètre des tarifs des prestations, sur lequel se fonde le calcul de la part activité, inclut les rémunérations des professionnels et auxiliaires médicaux. Les tarifs sont donc « tout compris ». Afin de laisser le temps aux établissements ex-OQN de s'adapter, **les professionnels et auxiliaire médicaux (à l'exception des infirmières) pourront continuer à facturer directement leurs honoraires en sus à l'Assurance Maladie Obligatoire, en phase transitoire comme pendant la période de montée en charge** dans les conditions antérieures à la réforme :
 - Pas de facturation des actes médicaux, paramédicaux pour les établissements ex-OQN disposant en SSR d'un tarif tout compris établi avant réforme dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
 - Pas de facturation d'honoraires de surveillance par les médecins exerçant en établissement ex-OQN autorisés antérieurement à facturer le forfait SSM dans le cadre des avenants tarifaires notifiés par les ARS.

Les établissements ex-OQN employant des médecins salariés pourront également continuer à facturer en leur nom l'équivalent des honoraires sur la partie basse du bordereau S3404 à l'Assurance Maladie.

Comme expliqué précédemment, un coefficient calculé par établissement permettra de prendre en compte les honoraires facturés et s'appliquera à la part activité afin de neutraliser le double financement induit par cette possibilité. Ce coefficient est calculé de manière à déduire la somme des honoraires associés à des séjours facturés par les professionnels et auxiliaires médicaux libéraux dans les conditions définies à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou par les établissements de santé dans les conditions prévues par l'article L. 162-26-1 du même code (calcul du coefficient « honoraires » sur la base des honoraires facturés en n-1).

Conformément à la LFSS pour 2020, ce modèle sera utilisé jusqu'au 1^{er} mars 2026.

Le modèle cible :

En cible le périmètre des tarifs sera « tout compris ». S'il n'est pas prévu à ce stade, le maintien d'un coefficient « honoraires » pourra être envisagé pour les établissements ex-OQN, à l'instar du coefficient existant dans le modèle transitoire, afin de conserver la possibilité de facturation des honoraires des professionnels et auxiliaire médicaux directement à l'Assurance Maladie. Ce point reste à confirmer.

b. La forfaitisation des GMT

L'idée principale de la valorisation de l'activité en SSR est de financer les séjours sur la base de forfaits, déterminés en fonction de la durée du séjour. Pour chaque GMT est ainsi déterminée une zone dite forfaitaire, qui démarre à partir d'un certain nombre de jours de présence et se clôture au

⁸ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – Article 78

⁹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 – Article 51

bout d'une certaine durée. Pour tous les séjours dont la durée tombe dans la zone forfaitaire (ZF), le financement se fera sur la base d'un forfait – en opposition à un financement à la journée. La valorisation est donc identique, quelle que soit la durée du séjour, pour tous les séjours d'une durée incluse dans la ZF.

Trois types de GMT coexisteront :

- Les GMT dont le début de la zone forfaitaire est égal à la fin de la zone forfaitaire. Dans ce cas, un seul tarif correspond à la zone forfaitaire
- Les GMT pour lesquels la ZF est égale à une semaine. Dans ce cas, un seul tarif correspond à la zone forfaitaire
- Les GMT pour lesquels la ZF est de trois semaines. Dans ce cas, la ZF est découpée en trois périodes de 7 jours, correspondant chacune à un tarif.

Pour les séjours d'hospitalisation complète, les trois types de GMT définis supra concernent la facturation pour au maximum le nombre de jours de présence inférieur ou égal à un seuil (90 jours par exemple). Pour les séjours dont le nombre de jours de présence est supérieur à ce seuil (dit « séjours longs »), un autre type de GMT dit « hebdomadaires » sera facturé ou valorisé en sus du GMT couvrant la première période pour les journées au-delà du seuil. La zone forfaitaire pour ce type de GMT est égale à une journée (cf. Partie séjours longs du présent document).

c. Le découpage du GMT

Le financement de l'activité repose sur six zones : une zone dite basse, trois zones forfaitaires, une zone dite haute et une zone dite extrême haute.

Dès lors, 16 informations sont nécessaires pour la facturation :

- BSTC : borne de durée en-dessous de laquelle les séjours sont modulés par un coefficient
- CMTC : coefficient de modulation séjour très court
- TZB : tarif de la zone basse
- SZB : supplément journalier de la zone basse
- DZF1 : début de la zone forfaitaire
- FZF1 : fin de la zone forfaitaire
- TZF1 : tarif de la zone forfaitaire
- DZF2 : début de la zone forfaitaire
- FZF2 : fin de la zone forfaitaire
- TZF2 : tarif de la zone forfaitaire
- DZF3 : début de la zone forfaitaire
- FZF3 : fin de la zone forfaitaire
- TZF3 : tarif de la zone forfaitaire
- FZH : fin de la zone haute
- SZH : supplément journalier de la zone haute
- SEH : supplément journalier de la zone extrême haute

L'ensemble de ces zones sont définies sur la base du nombre de journées de présence (NBJP) dans l'établissement en SSR.

Les groupes médico tarifaire (GMT) sont composés des éléments suivants :

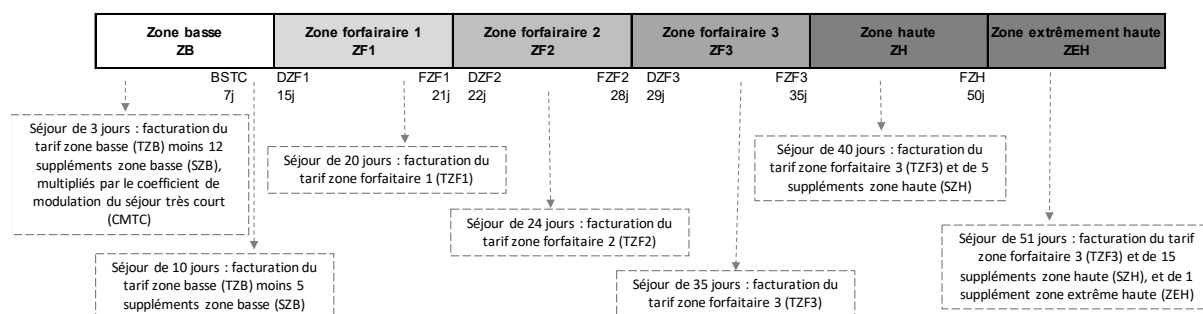
- **Une première zone dite zone basse (ZB)** : lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est strictement inférieur au début de la zone forfaitaire 1 (DZF1), le séjour appartient à la zone de tarification dite basse. Dans ce cas, l'établissement SSR est financé sur la base :
 - o D'un tarif zone basse (TZB) minoré par un ou plusieurs suppléments journaliers zone basse (SZB), en fonction de l'écart entre le début de zone forfaitaire n°1 et le nombre de jours de présence, et le cas échéant modulé par un coefficient de modulation séjour très court (CMTC);

Nota : le CMTC s'applique dans le calcul de la base de remboursement utilisé pour déterminer le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire. Il ne s'applique pas dans le calcul de la base de remboursement utilisé pour déterminer le montant du reste à charge établi sur le nouveau Tarif Journalier de Prestation.

- **Une deuxième zone dite zone forfaitaire 1 (ZF1)** : lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est supérieur ou égal à la valeur du début de la zone forfaitaire 1 (DZF1) et inférieur ou égal à la fin de la zone forfaitaire 1 (FZF1), le séjour appartient à la zone de tarification dite forfaitaire 1. Dans ce cas, l'établissement est financé uniquement par le tarif de cette zone forfaitaire (TZF1).
- **Une troisième zone dite zone forfaitaire 2 (ZF2)** : lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est supérieur ou égal à la valeur du début de la zone forfaitaire 2 (DZF2) et inférieur ou égal à la fin de la zone forfaitaire 2 (FZF2), le séjour appartient à la zone de tarification dite forfaitaire 2. Dans ce cas, l'établissement est financé uniquement par le tarif de cette zone forfaitaire (TZF2).
- **Une quatrième zone dite zone forfaitaire 3 (ZF3)** : lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est supérieur ou égal à la valeur du début de la zone forfaitaire 3 (DZF3) et inférieur ou égal à la fin de la zone forfaitaire 3 (FZF3), le séjour appartient à la zone de tarification dite forfaitaire 3. Dans ce cas, l'établissement est financé uniquement par le tarif de cette zone forfaitaire (TZF3).
- **Une cinquième zone dite zone haute (ZH)** : lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est strictement supérieur à la fin de la zone forfaitaire (FZF3 si la zone forfaitaire est de 3 semaines, sinon FZF1) et est inférieur ou égal à la fin de la zone haute (FZH), le séjour appartient à la zone de tarification dite haute. Dans ce cas, l'établissement perçoit en sus du tarif en zone forfaitaire (TZF3 si la zone forfaitaire est de 3 semaines, TZF1 sinon), un supplément journalier zone haute (SZH) pour chaque journée au-delà de la zone forfaitaire.
-
- **Une sixième zone dite extrême haute (ZEH)** : lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est strictement supérieur à la fin de la zone haute (FZH), le séjour appartient à la zone de tarification dite extrême haute. Dans ce cas, l'établissement perçoit, en sus du tarif en zone forfaitaire (TZF1 si le GMT est « non forfaitisable », sinon TZF3), et des SZH, un supplément journalier zone extrême haute (SEH) pour chaque journée au-delà de la zone dite haute.

Pour les GMT pour lesquels la ZF n'est pas de 3 semaines – les informations relatives aux zones forfaitaires 2 et 3 sont à vides (DZF2, FZF2, TZF2, DZF3, FZF3, TZF3). Les séjours dont le nombre de journées de présence est supérieur à la fin de la zone forfaitaire 1 (FZF1) tombent dans la zone haute.

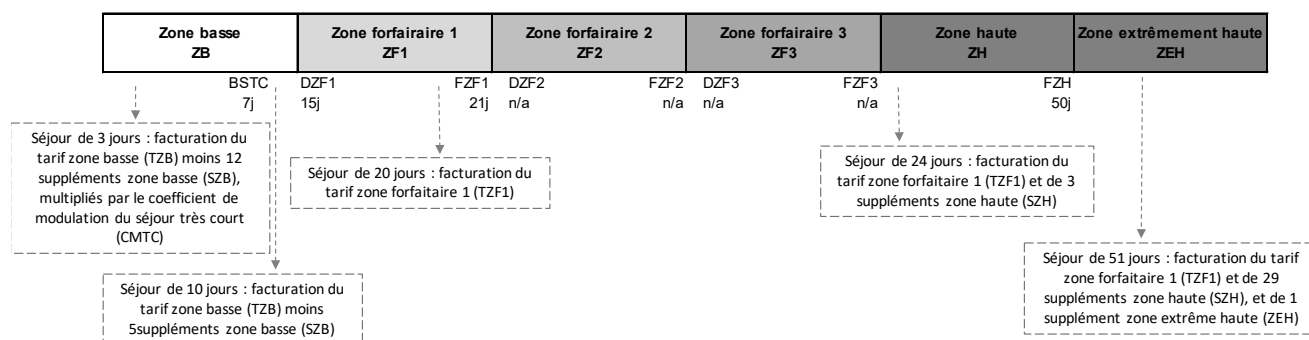
Modalités de valorisation d'un GME comprenant 3 zones forfaitaires



Concernant les règles d'inclusion sur l'exemple précédent :

- Le 7^{ème} jour de présence du patient est inclus dans la zone extrême basse ;
- Le 8^{ème} jour de présence du patient est inclus dans la zone basse ;
- Le 15^{ème} jour et le 21^{ème} jour de présence du patient sont inclus dans la zone forfaitaire 1 ;
- Le 22^{ème} jour et le 28^{ème} jour de présence du patient sont inclus dans la zone forfaitaire 2 ;
- Le 29^{ème} jour et le 35^{ème} jour de présence du patient sont inclus dans la zone forfaitaire 3 ;
- Le 50^{ème} jour de présence du patient est inclus dans la zone haute ;
- Le 51^{ème} jour de présence du patient est inclus dans la zone extrême haute.

Modalités de valorisation d'un GME comprenant 1 zone forfaitaire



Chaque séjour fait ainsi l'objet d'une facturation se fondant sur ces éléments tarifaires, auxquels sont associés : les « coefficients SSR » : coefficient géographique (CG), coefficient prudentiel (CP) et coefficient de spécialisation (CS), coefficient honoraires (CH), coefficient allègement de charges (CAC), et coefficient SEGUR (CSeg) (Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).

2) Séjours en hospitalisation complète (HC)

Coefficients applicables : coefficients prudentiel (CP), géographique (CG), de spécialisation (CS), Allègement de charges (CAC), Ségur (CSeg) et honoraires (CH) le cas échéant.

TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins

Les points suivants définissent les principes de financement d'un séjour en fonction de sa zone de financement.

Les modalités opérationnelles de facturation seront établies dans la documentation fonctionnelle et technique à l'attention des éditeurs (codes nature de prestations, nombre de lignes d'acte en cas de séjour en zone basse, en zone haute ou extrême haute, modalités de valorisation des données prix unitaire, coefficient, quantité etc.).

a. Séjours en HC très court dans la zone basse

Lorsque le séjour comporte au moins une journée de présence et est situé dans la zone extrême basse du GMT le financement du séjour est fondé sur :

- Un « tarif zone basse » ou « TZB » ;
- Un ou plusieurs « supplément journalier zone basse » ou « SZB » pour chaque séjour de plus d'une journée de présence ;
- Un « coefficient de modulation séjour très court » ou « CMTC ».

STCG-001	Lorsque $NBJP \geq 1$ et $NBJP \leq BSTC$, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZB minoré d'un ou plusieurs SZB, et sur le CMTC.
STCG-002	Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone extrême basse du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité : = (TZB - SZB * (DZF1 - NBJP)) * CMTC * coefficients SSR * TR Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins (Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).

b. Séjours en HC dans la zone basse du GMT

Lorsque le séjour est situé dans la zone basse du GMT le financement du séjour est fondé sur :

- Un « tarif zone basse » ou « TZB » ;
- Un ou plusieurs « supplément journalier zone basse » ou « SZB » pour chaque séjour de plus d'une journée de présence

ZBG-001	Lorsque $NBJP \geq 1$ et $BSTC < NBJP < DZF1$, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZB minoré d'un ou plusieurs SZB.
ZBG-002	Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone basse du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité : = (TZB - SZB * (DZF1 - NBJP)) * coefficients SSR * TR Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins (Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).

c. Séjours en HC dans la zone forfaitaire 1 du GMT

Lorsque le séjour est situé dans la zone forfaitaire 1 du GMT le financement du séjour est fondé sur la base d'un tarif zone forfaitaire (TZF1).

TZF1-001	Lorsque $DZF1 \leq NBJP \leq FZF1$, le financement par l'AMO du séjour se fonde uniquement sur le TZF1.
TZF1-002	Les jours de début (DZF1) et de fin (FZF1) de la zone forfaitaire sont inclus dans la zone forfaitaire.
TZF1-003	Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone forfaitaire du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité : = TZF1 * coefficients SSR * TR Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins (Le règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).

d. Séjours en HC dans la zone forfaitaire 2 du GMT

Lorsque le séjour est situé dans la zone forfaitaire 2 du GMT le financement du séjour est fondé sur la base d'un tarif zone forfaitaire (TZF2).

TZF2-001	Lorsque $DZF2 \leq NBJP \leq FZF2$, le financement par l'AMO du séjour se fonde uniquement sur le TZF2.
TZF2-002	Les jours de début (DZF2) et de fin (FZF2) de la zone forfaitaire sont inclus dans la zone forfaitaire.
TZF2-003	Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone forfaitaire du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité : = TZF2 * coefficients SSR * TR Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins (Le règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).

e. Séjours en HC dans la zone forfaitaire 3 du GMT

Lorsque le séjour est situé dans la zone forfaitaire 3 du GMT le financement du séjour est fondé sur la base d'un tarif zone forfaitaire (TZF3).

TZF3-001	Lorsque $DZF3 \leq NBJP \leq FZF3$, le financement par l'AMO du séjour se fonde uniquement sur le TZF3.
TZF3-002	Les jours de début (DZF3) et de fin (FZF3) de la zone forfaitaire sont inclus dans la zone forfaitaire.
TZF3-003	Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone forfaitaire du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité : = TZF3 * coefficients SSR * TR Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins (Le règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).

f. Séjours en HC dans la zone haute du GMT

Lorsque le séjour est situé dans la zone haute du GMT, le financement du séjour est fondé sur :

- Un « tarif zone forfaitaire » :
 - o Si le champ « TZF3 » est différent de vide, alors « TZF3 » ;
 - o Si le champ « TZF3 » est vide, alors « TZF1 » ;
- Un ou plusieurs « supplément journalier zone haute » ou « SZH ».

ZHG-001	<p>Lorsque TZF3 ≠ [vide] et FZF3 < NBJP ≤ FZH, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZF3 assorti d'un ou plus plusieurs SZH.</p> <p>Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone haute du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité :</p> <p>= (TZF3 + SZH * (NBJP – FZF3)) * coefficients SSR * TR</p> <p>Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins (Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).</p>
ZHG-002	<p>Lorsque TZF3 = [vide] et FZF1 < NBJP ≤ FZH, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZF1 assorti d'un ou plus plusieurs SZH.</p> <p>Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone haute du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité :</p> <p>= (TZF1 + SZH * (NBJP – FZF1)) * coefficients SSR * TR</p> <p>Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins (Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).</p>

g. Séjours en HC dans la zone extrême haute du GMT

Lorsque le séjour est situé dans la zone extrême haute du GMT le financement du séjour est fondé sur :

- Un « tarif zone forfaitaire » :
 - o Si le champ « TZF3 » est différent de vide, alors « TZF3 » ;
 - o Si le champ « TZF3 » est vide, alors « TZF1 » ;
- Un ou plusieurs « supplément journalier zone haute » ou « SZH » ;
- Un ou plusieurs « supplément journalier zone extrême haute » ou « SEH ».

ZEH-001	<p>Lorsque TZF3 ≠ [vide] et NBJP > FZH, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZF3 assorti des SZH correspondant à la zone haute, et des SEH correspondant à la zone extrême haute.</p> <p>Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone haute du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité :</p> <p>= (TZF3 + SZH * (FZH– FZF3) + SEH * (NBJP – FZH)) * coefficients SSR * TR</p> <p>Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins (Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).</p>
ZEH-002	<p>Lorsque TZF3 = [vide] et NBJP > FZH, du séjour se fonde sur le TZF1 assorti des SZH correspondant à la zone haute, et des SEH correspondant à la zone extrême</p>

	<p>haute.</p> <p>Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone haute du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité :</p> <p>= (TZF1 + SZH * (FZH- FZF1) + SEH * (NBJP - FZH)) * coefficients SSR * TR</p> <p>Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins</p> <p>(Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).</p>
ZEH-003	La fin de la zone haute (FZH) est incluse dans la zone haute.

2.5 Cas particuliers des séjours en HC de 0 journée de présence

Dans de rares situations, un patient peut être admis en HC et sortir de l'établissement le jour-même (hors décès). Son nombre de journée de présence est alors de 0. Dans ce cas, le financement par l'AMO du séjour est fondé uniquement sur le TZB.

HCR-001	<p>Lorsque NBJP=0, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZB.</p> <p>= TZB * coefficients SSR * TR</p> <p>Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins</p> <p>(Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).</p>
----------------	---

3) Les RHA d'hospitalisation à temps partiel (HTP)

En hospitalisation à temps partiel, le GME et le GMT sont associés, non pas à un séjour, mais à un RHA (Résumé Hebdomadaire Anonyme) qui correspond à une semaine calendaire. Le financement d'un RHA en HTP est fondé sur le TZF1. Dans le cas d'une hospitalisation partielle l'établissement n'est pas obligé d'attendre la sortie définitive du bénéficiaire de soins pour facturer, il peut facturer en plusieurs fois l'hospitalisation à temps partiel. Il peut facturer à la semaine, à la quinzaine, au mois etc... Il est donc possible d'avoir plusieurs GMT dans une même facture. L'hospitalisation à temps partiel ne nécessite pas le calcul d'un forfait journalier hospitalier (FJH) et permet le cumul de plusieurs GMT sur une même facture. Dans ce contexte, les GMT d'hospitalisation à temps partiel seront identifiés par ces deux critères.

Il est par ailleurs possible d'avoir plusieurs RHA et donc plusieurs GMT pour une même semaine calendaire, dans le cas où le patient change d'unité médicale au cours de la semaine.

HTP-001	<p>Si 'Cumul GMT' = [oui] et 'Implique un FJH' = [non], alors le GMT est en un GMT d'hospitalisation à temps partiel et le financement par l'AMO du RHA se fonde sur le TZF1.</p> <p>= TZF1 * NBJP * coefficients SSR * TR</p> <p>Le nombre de jour de présence (NBJP) correspond au nombre de jours de venues ponctuelles du patient au cours du séjour HTP et détermine le nombre de lignes de facturation de GMT présentes sur la facture.</p> <p>Avec TR : taux de remboursement par l'AMO pour le bénéficiaire des soins</p> <p>(Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).</p>
----------------	---

1.2. Facturation des molécules onéreuses

Certaines spécialités pharmaceutiques peuvent, dans le cadre d'indications précises, faire l'objet d'une facturation en sus du GMT.

Les molécules concernées

- Les médicaments en sus des séjours SSR définie à l'article L162-23-6 du code de la sécurité sociale

Les molécules pouvant faire l'objet d'une facturation en sus sont inscrites dans la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché.

Concernant le SSR, une liste dédiée prévue à l'article Article L162-23-6 vient compléter la liste en sus champ MCO prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. Les établissements SSR pourront facturer les molécules onéreuses issues de la liste MCO et de la liste spécifique au SSR.

Les molécules onéreuses inscrites sur la liste en sus pour le champ SSR sont retenues spécifiquement pour ce champ lorsque le coût journalier de traitement représente une fraction substantielle de la recette journalière du GME/GMT.

- Les médicaments en accès précoce et en accès compassionnel (AP-AC) relevant de l'article L162-23-6-1 du code de la sécurité sociale.

Les modalités de recueil

Ces médicaments onéreux dont le coût ne peut être intégré à celui des GMT sont transmis sous un code affiné (UCD). Il s'agit du code affiné du médicament onéreux délivré dont le coût ne peut être intégré à celui du GMT et inscrit sur la liste limitative précitée.

Le niveau de prise en charge

Le taux de remboursement des molécules onéreuses par l'Assurance Maladie est de 100%. Aucun ticket modérateur n'est facturé.

La base de remboursement des molécules onéreuses

- Pour les médicaments en sus des séjours SSR, le prix d'achat négocié de chaque UCD

Le législateur incite les établissements à négocier leur prix d'achat de médicaments auprès de leurs fournisseurs :

- Le « gain » entre le tarif au JO et le prix d'achat négocié est au final réparti entre l'assurance maladie et l'établissement à hauteur à ce jour de « 50 / 50 ».
- La part due à l'établissement est versée par l'assurance maladie obligatoire sur la base de la facturation du code EMI (Ecart Moyen Indemnisable) et des données détaillées au niveau de chaque code UCD.

Pour bénéficier de ce dispositif, l'établissement doit en effet respecter des obligations lors de sa facturation selon l'arrêté du 18 décembre 2008 relatif à la facturation aux régimes obligatoires d'assurance maladie par les établissements de santé des spécialités pharmaceutiques, des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale.

- Il doit communiquer le code affiné UCD de chaque médicament délivré en sus.
- Il doit systématiquement préciser dans la facture le prix d'achat négocié de chaque médicament.
- L'écart indemnisable donne lieu le cas échéant à la facturation à part d'un code nature de prestation EMI.

La base de remboursement de chaque molécule onéreuse UCD facturée s'appuie en synthèse sur :

- Le Prix d'Achat unitaire négocié de l'UCD,
- La quantité entière et la quantité fractionnée (\Leftrightarrow coefficient de fractionnement) le cas échéant.

1.3. Les suppléments transports

Pour les établissements ex-OQN, la facturation des transports se fait en sus des séjours SSR en GMT, à travers 3 codes actes dédiés pouvant être inscrits sur le bordereau S3404 :

- ST4 : dans le cas d'un transfert définitif vers un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours.
- ST5 : dans le cas d'un transfert provisoire du patient dans le cadre d'une prestation inter activité externe (acte ou une consultation externe) réalisée dans un établissement de santé ou dans un cabinet libéral.
- ST6 : en sus d'un GMT d'hospitalisation complète dans le cas où le patient bénéficie d'une permission de sortie en application du 3° du I de l'article D. 162-17 du CSS.

Cette facturation se fait sans ticket modérateur calculé sur les STx (car ils sont inclus dans les TNJP) :

- Soit, pour un assuré « lambda » :
 - Facturation AMO GMT à 80% + STx à 80% + TJP pour info
- Et pour un assuré exonéré :

Facturation GMT à 100% + STx à 100%

Les « coefficients SSR » (géographique, honoraires...) s'appliquent dans le calcul de la part obligatoire des suppléments transports.

1.4. Les assurés concernés

Les éléments de financement par l'AMO d'un séjour SSR et des molécules onéreuses décrits précédemment en partie 1.1 à 1.3 constituent les règles de détermination des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour les établissements ex-DAF ou ex-OQN, dans un contexte de valorisation des séjours SSR comme dans le cadre du passage en facturation directe.

Ces modalités de détermination concernent alors :

- **Les assurés sociaux** avec :
 - Une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du séjour en SSR établie :
 - Sur 80% BR GMT pour le séjour en SSR (hors situation d'exonération),
 - Sur 100% BR MO pour les molécules onéreuses en sus du séjour SSR.
 - Dans le cas d'un **bénéficiaire** d'un contrat de **Complémentaire Santé Solidaire (C2S)** (hors situations d'exonération) dans le cadre du Tiers Payant intégral

coordonné (facturation unique dans le même support des deux parts en tiers payant), une part complémentaire établie :

- Sur 20% BR nouveau TNJP au titre de la C2S (dans le cas de $TM >$ somme des FJ hors FJ du jour de sortie).
 - Ou sur somme des FJ hors jour de sortie (si $TM \leq$ somme des FJ hors FJ du jour de sortie)
 - Et sur FJ jour de sortie
- **Les ressortissants du régime local Alsace Moselle** (hors situation d'exonération) prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du séjour en SSR établie :
 - Sur 80% BR GMT au titre du régime « de base » d'assurance maladie
 - Sur 20% BR nouveau TNJP au titre du RLAM (dans le cas de $TM >$ somme des FJ hors FJ du jour de sortie).
 - Ou sur somme des FJ hors jour de sortie (si $TM \leq$ somme des FJ hors FJ du jour de sortie)
 - Et sur FJ jour de sortie
 - Et sur 100% BR MO en cas de molécules onéreuses en sus du séjour SSR
 - **Les ressortissants des relations internationales** (les migrants) sont exclus de ce modèle de financement SSR établis sur la base du GMT. Les séjours en SSR restent financés sur la base du nouveau Tarif National Journalier de Prestation (TNJP).

Pour les bénéficiaires des relations internationales (les migrants) la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du séjour en SSR est établie :

- En établissement ex-OQN :
 - Hors situation d'exonération du TM :
 - Sur 80% BR nouveau TNJP pour le séjour en SSR
 - Et sur 100% BR MO en cas de molécules onéreuses en sus du séjour SSR (sous réserve de la publication d'un texte réglementaire).(FJ de sortie porté pour information)
 - En cas d'exonération du TM :
 - Sur 100% BR nouveau TNJP pour le séjour en SSR – somme des forfaits journaliers hors jour de sortie
 - Et sur 100% BR MO en cas de molécules onéreuses en sus du séjour SSR (sous réserve de la publication d'un texte réglementaire).

(FJ de sortie porté pour information)

○ En établissement ex-DAF :

▪ Hors situation d'exonération du TM :

- Sur 80% BR nouveau TNJP pour le séjour en SSR + somme des forfaits journaliers hors forfait journalier du jour de sortie
- Et sur 100% BR MO en cas de molécules onéreuses en sus du séjour SSR (sous réserve de la publication d'un texte réglementaire).

(FJ de sortie porté pour information)

▪ En situation d'exonération du TM :

- Sur 100% BR nouveau TNJP pour le séjour en SSR
- Et sur 100% BR MO en cas de molécules onéreuses en sus du séjour SSR (sous réserve de la publication d'un texte réglementaire).

(FJ de sortie porté pour information)

• **Les bénéficiaires du régime local frontalier (frontalier migrants)** la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du séjour en SSR est établie :

- Sur 100% BR nouveau TNJP pour le séjour en SSR (avec prise en charge du FJH)
- Et sur 100% BR MO en cas de molécules onéreuses en sus du séjour SSR. (sous réserve de la publication d'un texte réglementaire).
- Et sur le FJ de sortie

• **Les bénéficiaires de l'AME** avec une prise en charge du séjour en SSR par l'assurance maladie obligatoire au titre de l'AME établie :

- Sur 100% BR nouveau TNJP pour le séjour en SSR
 - Et sur 100% BR MO en cas de molécules onéreuses en sus du séjour SSR (sous réserve de la publication d'un texte réglementaire).

- Et sur le FJ sortie

Nota : techniquement pour les bénéficiaires de l'AME, les prestations sont facturées en part complémentaire.

A partir du 1^{er} janvier 2024, les établissements ex-OQN continueront de facturer directement à l'assurance maladie obligatoire :

- Les **prestations réalisées par les professionnels de santé médicaux et paramédicaux libéraux (à l'exception des infirmières)** pour les assurés sociaux, les ressortissants des relations internationales et les bénéficiaires de l'AME dans les conditions antérieures à la réforme :
 - Pas de facturation des actes médicaux, paramédicaux pour les établissements ex-OQN disposant en SSR d'un tarif tout compris établi avant réforme dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
 - Pas de facturation d'honoraires de surveillance par les médecins exerçant en établissement ex-OQN autorisés antérieurement à facturer le forfait SSM dans le cadre des avenants tarifaires notifiés par les ARS.

2. Les problématiques liées aux modalités de facturation

2.1. Modalités de bascule en facturation directe

La bascule en facturation directe au séjour doit se faire le lundi 1^{er} janvier 2024, pour l'ensemble des établissements concernés (OQN).

L'impact technique concerne uniquement les établissements OQN. Le 31 décembre 2023, l'ensemble des séjours en cours devront être clos. Puis, de nouveaux séjours devront être ouverts pour ces mêmes patients, le lundi 1^{er} janvier 2024.

Ce mécanisme évite tout chevauchement des deux modalités de facturation, pour une même période, afin de faciliter la gestion des facturations pour l'ensemble des acteurs.

Les consignes techniques détaillant les actions à prévoir au sein des établissements, notamment de codage de ces séjours dans le PMSI, seront transmises ultérieurement.

2.2. Séjours successifs entre domaines d'activité MCO et SSR au sein d'un même établissement

Dans le cas où le bénéficiaire des soins effectue un séjour en MCO puis en SSR ou inversement au sein d'un même établissement, ce dernier réalise une facture pour chacun des séjours (pas de facturation dans le même support du séjour en MCO et du séjour en SSR).

2.3. La valorisation des séjours longs

Si le principe général de la réforme SSR repose sur la valorisation de l'activité au séjour, la valorisation des séjours les plus longs fait l'objet d'un traitement spécifique, dans la mesure où leur financement en fin de séjour induirait un décalage de trésorerie important pour les établissements concernés, comme pour les professionnels de santé libéraux dont les actes sont inscrits (puis rémunérés) sur la partie basse du bordereau de facturation S3404.

Le mécanisme de valorisation est construit pour être compatible avec la fonction groupage, la facturation directe (pour les établissements ex-OQN) et la valorisation mensuelle (pour les établissements ex-DAF).

Pour l'ensemble des GME, la fin de la zone forfaitaire sera inférieure ou égale à un seuil unique de 90 jours, qui détermine les séjours longs.

Pour les séjours dont la durée est supérieure à un seuil de 90 jours, le financement se fait en deux temps :

- Une 1^{ère} valorisation/Facturation (des 90 premières journées de présence par exemple), qui se fait selon les modalités définies précédemment pour chaque couple GME/GMT :
 - o BSTC, DZF1/DZF2/DZF3, FZF1/FZF2/FZF3
 - o TZB, SZB, TZF1/TZF2/TZF3, SZH et le cas échéant SEH
- Puis une valorisation/facturation des journées de présence au-delà du seuil de 90 jours, selon des modalités propres à chaque secteur qui sont précisées ci-dessous.

Pour un séjour long, la fonction groupage renvoie deux GMT au même moment :

- Un premier GMT pour la valorisation/facturation des premières journées de présence, avant le seuil ;
- Un second GMT pour la valorisation/facturation des journées de présence au-delà du seuil.

Il n'y a pas de modification des deux GMT à la clôture du séjour.

Pour le secteur ex-DAF, la valorisation de ces séjours sera véhiculée par les arrêtés de versement mensuels.

Le premier GMT est valorisé lorsque le nombre de journées de présence atteint le seuil, par l'application des paramètres tarifaires du couple GME/GMT (TZB, SZB, TZF1/TZF2/TZF3, SZH, SEH). La valorisation se fait à travers les arrêtés de versement au cours du mois de transmission contenant le X^{ème} jour du séjour concerné.

Puis, des GMT dits « hebdomadaires » pourront être valorisés. Chacun couvre une période de 7 jours calendaires du Lundi au Dimanche. Le nombre de jours de présence peut être compris entre 1 et 7.

- Lorsque le nombre de jour de présence effective au cours de la semaine calendaire est égal à 7 jours, un GMT « *hebdomadaire* » au « *Tarif de Zone Forfaitaire n°1 GMT* » est valorisé.
- Lorsque le nombre de jour de présence effective au cours de la semaine calendaire est strictement inférieur à 7 jours un GMT « *hebdomadaire* » est valorisé selon le principe des séjours SSR en zone « *basse* » (TZB minoré de SZB Cf. description modalités de prises en charge d'un séjour en zone basse).

La valorisation s'accumule dans les arrêtés de versement à chaque mois de transmission de ces journées réalisées au-delà du seuil.

Pour le secteur ex-OQN, la facturation de ces séjours se fera directement auprès de l'assurance maladie, à travers le bordereau S3404.

Le premier GMT est facturé lorsque le nombre de journées de présence atteint le seuil, par l'application des paramètres tarifaires du couple GME/GMT (TZB, SZB, TZF1/TZF2/TZF3, SZH, SEH).

Puis, des GMT dits « hebdomadaires » pourront être facturés. Chacun couvre une période de 7 jours calendaires du Lundi au Dimanche de la semaine n°X (X suivant le système de numérotation ISO des semaines). Le nombre de jours de présence peut être compris entre 1 et 7.

- Lorsque le nombre de jour de présence effective au cours de la semaine n°X est égal à 7 jours, l'établissement ex-OQN facture le GMT « *hebdomadaire* » au « *Tarif de Zone Forfaitaire n°1 GMT* ».
- Lorsque le nombre de jour de présence effective au cours de la semaine n°X est strictement inférieur à 7 jours l'établissement ex-OQN facture le GMT « *hebdomadaire* » selon le principe des séjours SSR en zone « *basse* » (TZB minoré de SZB Cf. description modalités de prises en charge d'un séjour en zone basse).

Il correspond à une prise en charge par l'AMO à 100% (via l'exonération H30, à défaut d'autre situation médico-administrative ouvrant droit à prise en charge à 100%).

La somme des forfaits journaliers est à la charge de l'assuré, ou de sa complémentaire (sauf situation médico administrative ouvrant droit à prise en charge du FJ par l'AMO).

SEL-001	<p>Lorsque le nombre de jour de présence effective au cours de la semaine n°X est égal à 7 jours, :</p> <p>Le financement par l'AMO d'un séjour GMT « hebdomadaire » d'une semaine n°X se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité :</p> <p>= (TZF1 * coefficients SSR * 100% - somme des forfaits journaliers (hors FJ du jour de sortie définitive))</p> <p>Avec NJPB compris entre 1 et 7.</p> <p>(Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).</p>
SEL-002	<p>Lorsque le nombre de jour de présence effective au cours de la semaine n°X est strictement inférieur à 7 jours, :</p> <p>Le financement par l'AMO d'un séjour GMT « hebdomadaire » d'une semaine n°X se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité :</p> <p>= (TZB - SZB * (DZF1 - NBJP)) * CMTC * coefficients SSR * 100% - somme des forfaits journaliers (hors FJ du jour de sortie définitive)</p> <p>Avec NJPB compris entre 1 et 7 et DZF1 = 7, et CMTC = 1.</p> <p>(Les règles d'arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie).</p>

Les modalités de facturation des éléments en sus des GMT dits « hebdomadaires » sont les suivantes :

- Facturation le cas échéant des MO en sus du GMT hebdomadaire, dispensées au cours de la période calendaire ;
- Facturation le cas échéant des suppléments transports en sus pour les transports réalisés au cours de la période calendaire ;
- Facturation le cas échéant des honoraires en sus des professionnels de santé médicaux et paramédicaux pour les actes réalisés au cours de la période calendaire ;

Les GMT « hebdomadaires » sont facturés à terme échu, à la semaine, à la quinzaine, ou au mois, selon l'organisation retenue par l'établissement.

2.4. La correction des factures

Comme pour le domaine MCO, l'envoi de factures rectificatives ou complémentaire doit rester très exceptionnel. La facturation d'un séjour ne doit en effet intervenir que lorsque l'établissement est en possession de la totalité des éléments constitutifs du séjour (principe général posé par le guide méthodologique PMSI).

Des compléments de facturation peuvent être réalisés pour des prestations ou actes réalisés par des tiers, hors de l'établissement, durant le séjour et pour le compte du patient (article R. 161-42 du CSS).

Comme en MCO, la modification au cours de l'année de données d'activité ne peut être faite que sur demande motivée et justifiée de l'établissement.

Ainsi, pour les établissements ex-DAF, les modifications de données d'activité via la transmission de fichiers à l'ARS par le dispositif Lamda doivent être argumentées, répondre à des situations exceptionnelles et être approuvées par l'ARS.

Pour les établissements ex-OQN, l'émission de factures complémentaires et rectificatives auprès de la caisse centralisatrice des paiements de l'assurance maladie doit également répondre à des situations exceptionnelles. Elle doit, par ailleurs, être accompagnée d'un dossier argumenté précisant les causes de l'émission de ces factures.

2.5. Les effets de la réforme du Ticket Modérateur

a. Problématique identifiée :

L'article 35 de la LFSS pour 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations, base de la facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers SSR aux patients à compter du 1^{er} juillet 2023.

Cette évolution fait suite à :

- 1) La fin de la dérogation qui permettait aux établissements MCO ex DG et SSR/PSY sous DAF, une facturation spécifique sur la base du tarif journalier de prestations.
- 2) En SSR, la disparition du prix de journée qui rend ce type de facturation impossible pour les établissements du secteur ex-OQN.

Pour les établissements ex-OQN, la tarification nationale journalière des prestations sera liée au passage à la facturation directe au séjour, soit le 1^{er} janvier 2024.

Pour les établissements ex-DAF, la tarification s'appuiera sur des tarifs journaliers pour tous les établissements. Ces modalités de calcul seront appliquées à tous les champs qui font aujourd'hui référence aux tarifs journaliers de prestations, notamment les patients bénéficiant de la coordination européenne en matière de sécurité sociale, les patients relevant de l'aide médicale d'Etat, du dispositif des soins urgents ou pour l'exercice du recours contre tiers.

Pour les établissements ex-DAF, le Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) n'inclut pas le Forfait Journalier.

b. Principes généraux et modalités de calcul du ticket modérateur :

Le taux de participation de l'assuré est fixé à 20% (2^o de l'article R.160-5).

La base de remboursement du Ticket Modérateur des séjours hospitaliers s'appuie sur :

- La nouvelle grille nationale du nouveau tarif journalier national de prestations (TNJP), applicable à une date définie réglementairement aux différents secteurs d'activité.
- L'application du coefficient de transition sur la période de transition.

Ces éléments seront précisés dans le cadre des travaux sur la réforme du TM.

La base de remboursement est calculée sur le nombre de jours de présence en établissement (NBJP) et elle est donc égale à :

- $20\% \times \text{NBJP} <_{31 \text{ jours}} \times \text{valeur de TNJP pondéré éventuellement par des coefficients.}$

Cette évolution ne remet pas en cause la participation des patients aux soins lorsqu'un acte coûteux (supérieur à 120 euros) a été réalisé au cours du séjour. Dans ce cas, la participation forfaitaire de 24 euros se substitue au ticket modérateur.

Elle ne remet également pas en cause la participation des patients à l'hébergement qui se fait à travers le forfait journalier hospitalier fixé à 20 euros par jour en SSR.

TNJP-001	Le ticket modérateur des séjours hospitaliers en SSR est intégralement porté par le Tarif Journalier de Prestation.
TNJP-002	Il n'existe pas de ticket modérateur sur le tarif de la zone forfaitaire, ni sur les suppléments journaliers hauts ou extrêmes hauts, ni sur les suppléments transports. Dans les situations où le patient n'est pas exonéré de ticket modérateur, celui-ci est porté par le nouveau Tarif National Journalier de Prestation (règle TNJP-001 ci-dessus) et le taux de remboursement de la part Assurance Maladie Obligatoire est fixé à 80%.
TNJP-003	Il n'existe pas de ticket modérateur sur les molécules onéreuses facturées en sus qui sont par nature prises en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.
TNJP-004	La quantité de TNJP correspond au nombre de jours de présence avant le 31 ^{ème} jour de présence. Il n'y a pas de facturation du TNJP les jours d'absences pour permission de sortie et il n'y a pas de facturation du TNJP le jour de sortie de l'établissement sauf en cas de décès.
TNJP-005	Les informations du ticket modérateur des séjours hospitaliers en SSR sont mentionnées pour « information » dans les factures individuelles adressées à l'assurance maladie obligatoire même lorsque cette dernière ne le prend pas en charge.
TNJP-006	Le ticket modérateur des séjours hospitaliers en SSR est facturé à l'assurance maladie obligatoire lorsque cette dernière le prend en charge (C2S dans le cadre du Tiers Payant intégral coordonné, régime local Alsace Moselle).
FJH-001	La quantité de Forfait Journalier Hospitalier en SSR correspond au nombre de jours de présence du patient dans l'établissement Pas de facturation du FJH les jours d'absences pour permission de sortie.

c. Conditions d'exonération

Il est nécessaire de préciser les règles de gestion, qui peuvent varier par rapport au champ MCO, au regard des spécificités propres à l'activité SSR (modalités de valorisation des séjours et durées de séjours observées notamment).

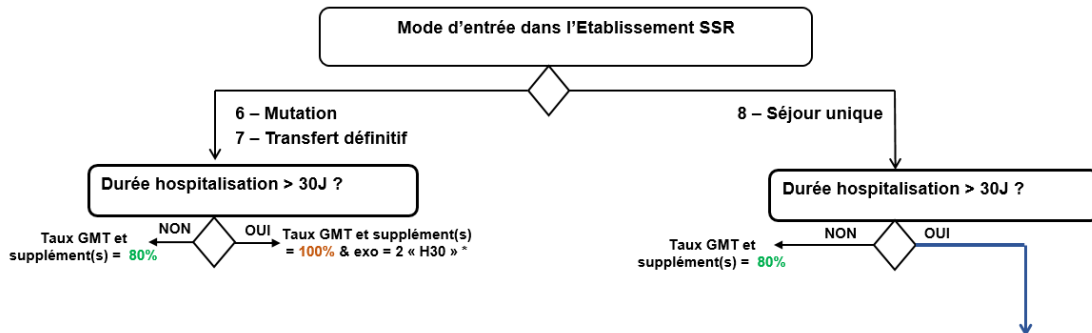
A) Le cas particulier des patients hospitalisés plus de 30 jours, au cours d'une ou plusieurs hospitalisations

TNJP-006	Sur la base du principe d'exonération du Ticket Modérateur dans le cas d'une hospitalisation de plus de 30 jours, un établissement ne peut pas facturer à l'assuré, à
-----------------	---

sa complémentaire ou le cas l'échétant à l'AMO (bénéficiaire de la C2S avec facturation en Tiers Payant intégral coordonné, bénéficiaire du régime local Alsace Moselle) un ticket modérateur portant plus de 30 TNJP et ce, même si le nombre de journées de présence est lui supérieur à 30 jours.

Pour un séjour GMT SSR : Quantité de TNJP ≤ 30

Le taux de remboursement (TR) considéré est détaillé dans le schéma ci-dessous :



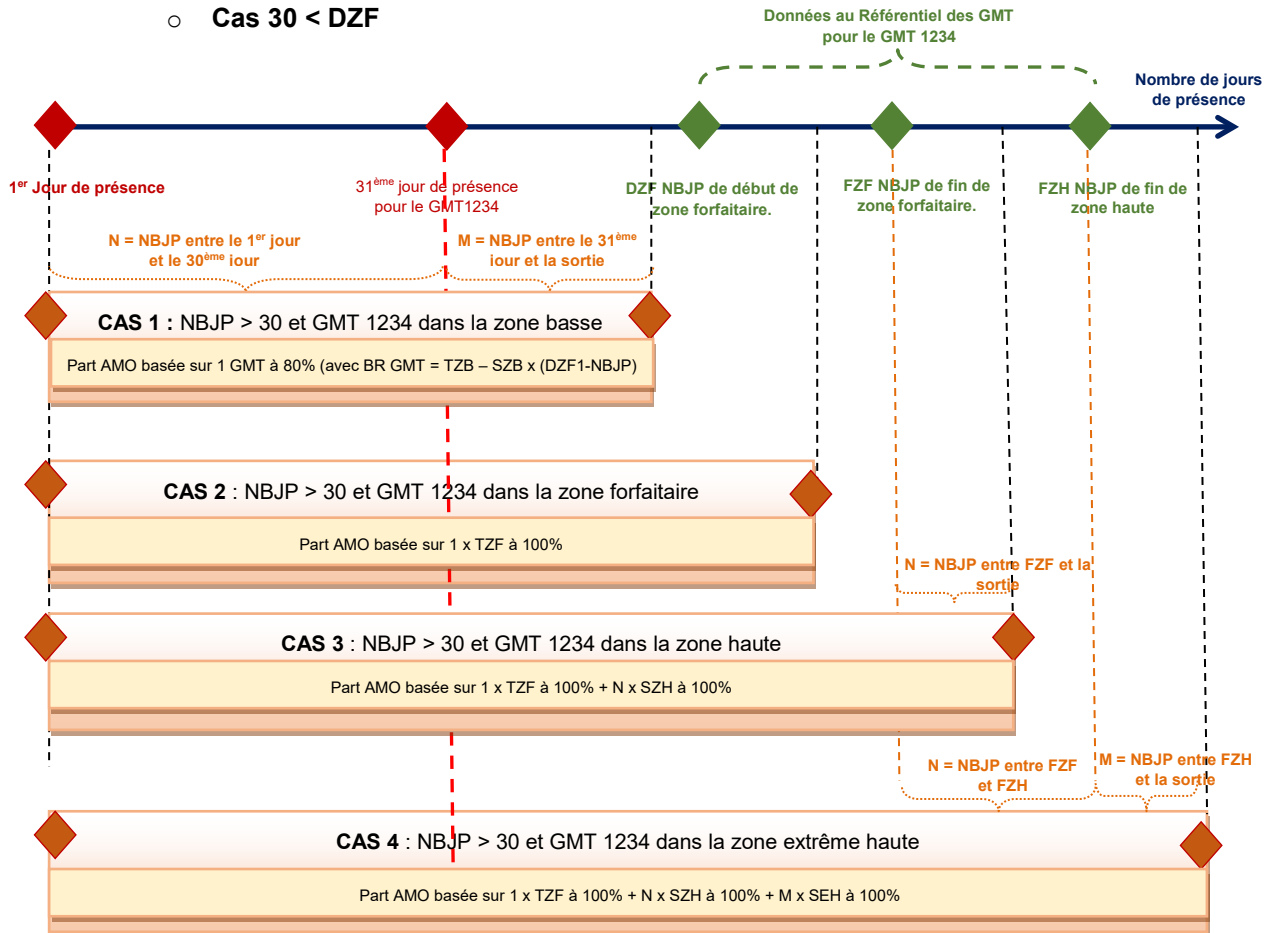
NBJP du séjour SSR est :	31 ^{ème} jour de présence est :			
	Dans la zone basse du GMT	Dans la zone forfaitaire du GMT	Dans la zone haute du GMT	Dans la zone extrême haute du GMT
Dans la zone basse du GMT	GMT à 80%			
Dans la zone forfaitaire du GMT	GMT à 100% & exo 2			
Dans la zone haute du GMT	GMT et SZH à 100% & exo 2		GMT à 80% SZH à 80% av 31 ^{ème} jour SZH à 100% à partir du 31 ^{ème} jour & exo 2	
Dans la zone extrême haute du GMT	GMT, SZH et SEH à 100% & exo 2		GMT à 80% SZH à 80% av 31 ^{ème} jour SZH à 100% à partir du 31 ^{ème} jour & exo 2 SEH à 100% & exo 2	GMT à 80% SZH à 80% SEH à 80% av 31 ^{ème} jour SEH à 100% à partir du 31 ^{ème} jour & exo 2

Illustrations

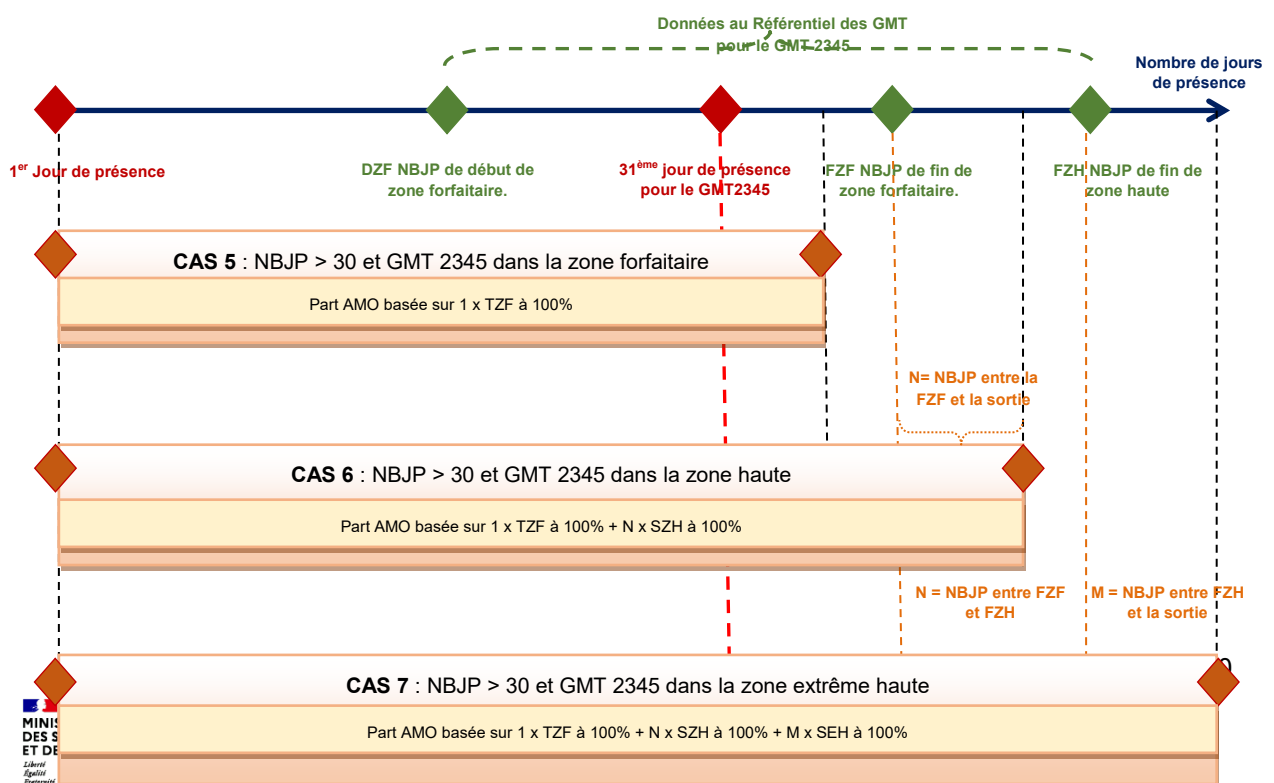
Dans les exemples ci-après, la DZF peut correspondre indifféremment à DZF1, DZF2 ou DZF3.

- **Cas où le « Mode d'entrée = Domicile ».** Le 1^{er} jour de présence en SSR correspond à la date de début d'hospitalisation

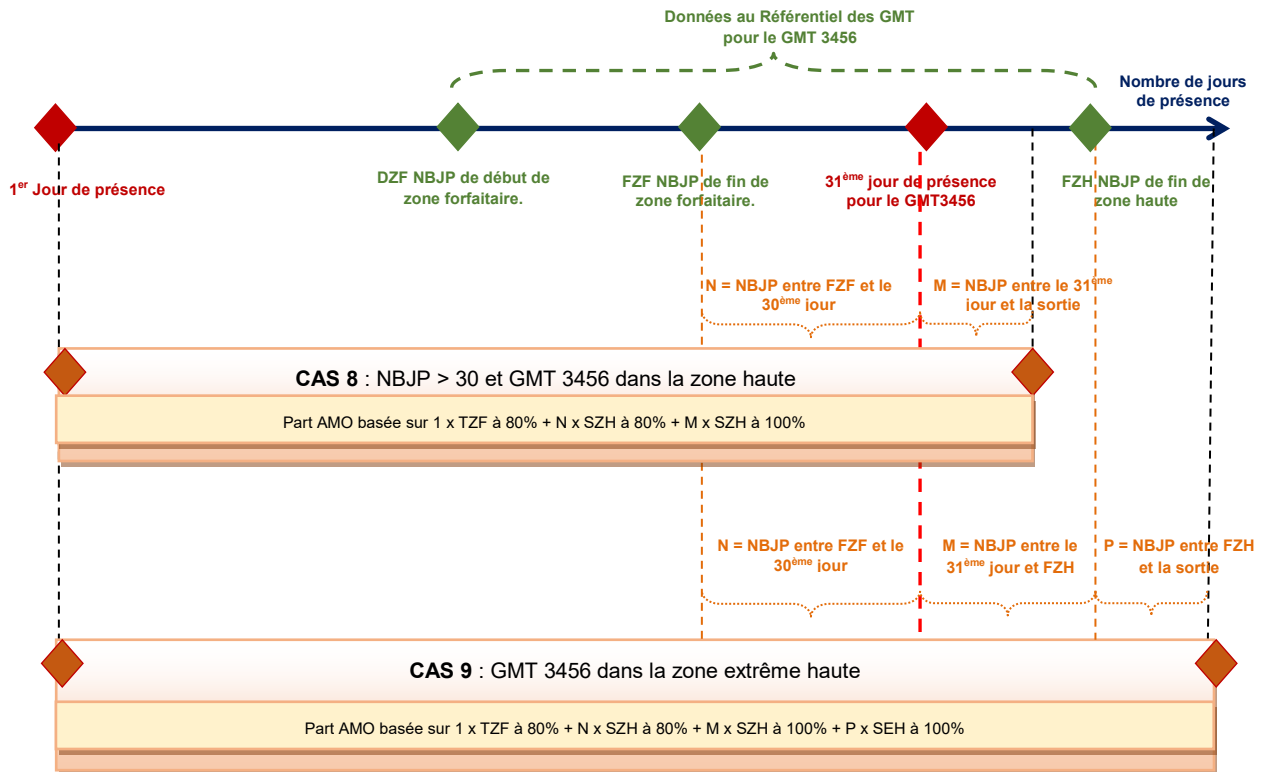
○ Cas 30 < DZF



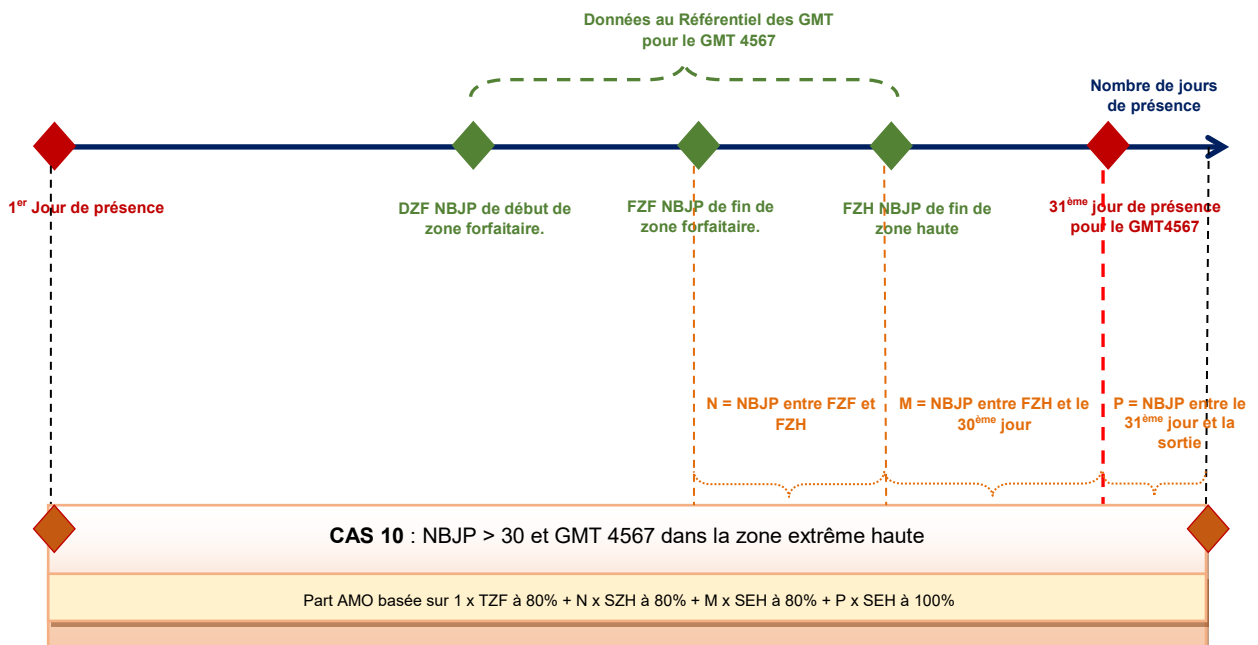
○ Cas DZF < 30 ≤ FZF



○ Cas FZF < 30 ≤ FZH



○ Cas FZH < 30



- **Cas où le « Mode d'entrée = Mutation ou Transfert ».** Le 1^{er} jour de présence en SSR est alors strictement postérieur à la date de début d'hospitalisation.

Le séjour en SSR est donc dans ce cas un 2^{ème} séjour.

Si le nombre total de jours d'hospitalisation est supérieur à 30 alors le taux de remboursement appliqué est de 100% au titre de l'exonération de plus de 30 jours et ce quel que soit la zone du GMT facturée (zone basse, forfaitaire, haute ou extrême haute).

En cas de mutation ou de transfert d'un patient vers un établissement SSR, la détermination de la durée totale d'hospitalisation relève de la responsabilité de ce dernier, en particulier au regard des données transmises par l'établissement d'origine (date de début d'hospitalisation et / ou date d'entrée dans cet établissement d'origine, nombre de jours de présence si mutation depuis un autre établissement SSR). Dans la facture adressée à l'assurance maladie, l'établissement SSR doit valoriser la date de début d'hospitalisation avec la date réelle de début d'hospitalisation (dans l'établissement d'origine) et non avec la date d'entrée dans l'établissement SSR.

Dans le cas d'une mutation ou transfert d'une activité MCO vers une activité SSR, la durée totale d'hospitalisation se calcule à partir de :

- La durée de séjour pour le séjour en MCO (Date de fin – Date de début du séjour GHS)),
- Et le nombre de jours de présence en SSR (NBJP du séjour GMT).

Dans le cas d'une mutation ou transfert entre deux établissements SSR, la durée totale d'hospitalisation correspond à la somme du nombre de jours de présence en SSR (NBJP du séjour 1 + NBJP du séjour 2).

B) Les cas de limitation du TM : la participation forfaitaire de 24 euros

L'article L.160-13 du CSS prévoit que la participation de l'assuré peut être proportionnelle au tarif ou fixée à une somme forfaitaire.

La participation du patient sera réduite à 24 € pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation, quelle que soit sa durée, lorsqu'est réalisé au cours de cette hospitalisation un acte à visée diagnostique ou thérapeutique affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 €.

Lorsqu'une deuxième hospitalisation est consécutive à une première hospitalisation elle-même soumise au TMF de 24 €, le TMF est également facturé pour cette deuxième hospitalisation.

C) Le cas d'une troisième hospitalisation

Si une troisième hospitalisation a lieu, elle est considérée systématiquement comme une nouvelle hospitalisation, qu'elle ait ou non un rapport avec les précédentes. En conséquence :

- Pour la facturation de ce « 3ème séjour », le calcul de la durée totale d'hospitalisation présentée dans le A) ci-dessus débute à partir de cette nouvelle date d'entrée (en particulier au regard de l'exonération 30 jours d'hospitalisation).
- Le TMF éventuellement facturé selon les règles décrites dans le B) ci-dessus lors des deux premières hospitalisations n'est pas facturé lors de la troisième hospitalisation.

D) Les cas d'exonérations du TM

L'exonération totale de participation de l'assuré a pour conséquence le financement à 100% des prestations par l'assurance maladie dans la limite des tarifs de responsabilité.

Ces dispositions sont définies à l'article L.160-14 et aux articles R. 160-9 et suivants du code de la sécurité sociale.

E) Les règles d'imputation du Forfait Journalier hospitalier

Pour un séjour en hospitalisation complète en SSR et hors situation d'exonération du Ticket Modérateur :

Si

- [La somme des Forfaits Journaliers] calculée sur le nombre de journées de présence dans l'établissement en SSR (à l'exclusion du jour de sortie) est inférieure ou égale au [montant du Ticket Modérateur du séjour SSR] (calculé sur la base du Tarif Journalier national de Prestation et du nombre de jours de présence dans l'établissement en SSR (dans la limitation de 30 jours cf. règle TNJP-006) à l'exclusion du jour de sortie)

Alors

L'assurance maladie obligatoire prend en charge un montant égal à :

- ✓ [80% x Base de Remboursement du séjour GMT].

Le reste à charge de l'assuré est égal à :

- ✓ [montant du Ticket modérateur du séjour SSR] – [la somme des Forfaits Journaliers]
- ✓ + [la somme des Forfaits Journaliers]
- ✓ + [le Forfait Journalier du jour de sortie]

Sinon

L'assurance maladie obligatoire prend en charge un montant égal à :

- ✓ [80% x Base de Remboursement du séjour GMT] – ([la somme des Forfaits Journaliers] – [montant du Ticket modérateur du séjour SSR])

Le reste à charge de l'assuré est égal à :

- ✓ [montant du Ticket modérateur du séjour SSR] + ([la somme des Forfaits Journaliers] – [montant du Ticket modérateur du séjour SSR])
- ✓ + [le Forfait Journalier du jour de sortie]

Pour un séjour en hospitalisation complète en SSR avec situation d'exonération du Ticket Modérateur pour actes coûteux donnant lieu à un Ticket Modérateur Forfaitaire 24€ :

L'assurance maladie obligatoire prend en charge un montant égal à :

- ✓ [100% x Base de Remboursement du séjour GMT] – [Ticket Modérateur Forfaitaire 24€] – [la somme des Forfaits Journaliers]

Le reste à charge de l'assuré est égal à :

- ✓ [Ticket Modérateur Forfaitaire 24€]
- ✓ + [la somme des Forfaits Journaliers]
- ✓ + [le Forfait Journalier du jour de sortie]

Pour un séjour en hospitalisation complète en SSR avec situation d'exonération du Ticket Modérateur autre que pour actes coûteux :

L'assurance maladie obligatoire prend en charge un montant égal à :

- ✓ [100% de la Base de Remboursement du séjour GMT] – [la somme des Forfaits Journaliers]

Le reste à charge de l'assuré est égal à :

- ✓ [la somme des Forfaits Journaliers]
- ✓ + [le Forfait Journalier du jour de sortie]

Pour les bénéficiaires relevant des conventions internationales (migrants), les formules précédentes s'appliquent en substituant dans les formules la [Base de remboursement du séjour GMT] par la [Base de remboursement du séjour basé sur le nouveau tarif journalier de prestation et du nombre de jours de présence dans l'établissement en SSR à l'exclusion du jour de sortie].

2.6. La question des transferts provisoires et définitifs

3. Les transferts définitifs

Les transferts sont réputés définitifs dès lors que le patient est transféré dans une unité médicale d'un champ différent ou dans un autre établissement pour une durée supérieure à 2 nuitées.

TF-001	Les transferts d'une durée supérieure à deux nuitées sont définitifs et clôturent le séjour initial.
TF-002	En cas de transfert définitif vers une autre activité au sein d'un même établissement, ce dernier facture chaque séjour dans un support différent.

4. Les prestations inter établissements (PIE) et les prestations inter activités (PIA)

Les modalités de facturation des prestations inter établissements (PIE) et des prestations inter activités (PIA) feront l'objet d'une description spécifique, dans une démarche couvrant l'ensemble des secteurs (MCO, SSR, PSY...).