



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# Rencontre éditeurs

---

*8 novembre 2016*  
Présentation DGOS



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

# I. Evolutions introduites sur le champ MCO en campagne tarifaire 2017

---

# Mise en place d'une prestation intermédiaire, entre HDJ et ACE

---

# Présentation générale

- Mise en place d'une prestation intermédiaire, **nouvel échelon dans la gradation des soins ambulatoires**
- L'objectif est de répondre à **l'absence de valorisation des prises en charge intermédiaires** entre les actes et consultations externes et les hospitalisations de jour (cette problématique constituant un frein au virage ambulatoire).
- Certaines prises en charge de médecine ambulatoire, réalisées en établissements de santé, nécessitent en effet, pour une même prise en charge:
  - la mobilisation coordonnée de professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs ;
  - la réalisation d'une synthèse médicale ;
  - mais ne nécessitent pas pour autant la mobilisation d'une place d'hôpital de jour ou le recours à un plateau technique.

# Caractéristiques du forfait

- Un forfait facturé:
  - à chaque venue du patient;
  - en complément de la facturation d'une consultation et le cas échéant d'actes CCAM.
- La facturation de cette nouvelle prestation serait conditionnée **au respect de plusieurs critères** :
  - Intervention de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs;
  - Existence d'une synthèse médicale de la prise en charge.
- Un **cadre juridique de type « prestation hospitalière sans hospitalisation »** comme le forfait SE ou le forfait ATU.
- Le périmètre de ce nouveau forfait serait limité en 2017 à certaines pathologies. Sont envisagées à ce stade : **diabète (type I et II, diabète gestationnel) , insuffisance cardiaque grave, spondylarthrite grave, polyarthrite rhumatoïde évolutive.**

# Modalités de recueil

- Recueil de la prestation dans le cadre du RSF-ACE B pour les ex-DG et dans le cadre du RSF B pour les ES ex-OQN
  
- Renseignement d'une variable indiquant l'affection concernée : variable avec 4 ou 5 modalités :
  - Diabète avec ou sans distinction insuliné/non insuliné;
  - Insuffisance cardiaque;
  - spondylarthrite ankylosante ;
  - polyarthrite rhumatoïde.
  
- Même niveau de valorisation pour toutes les modalités.

---

# Extension du forfait APE aux prises en charge pour administration d'un produit de la réserve hospitalière (RH)

---

# Problématique et chantier ouvert en PLFSS

- Les produits de la RH ne peuvent aujourd'hui être administrés qu'au cours de séjours d'hospitalisation, alors même que leur utilisation ne nécessiterait, dans certains cas, qu'une simple surveillance du patient, sans hospitalisation formelle.
- Faute d'alternative, les établissements de santé sont aujourd'hui contraints de facturer en HDJ des prises en charge dont l'objet se limite à la seule administration d'un de ces produits et qui ne répondent pas, de ce fait aux conditions de facturation de l'HDJ.
- **Afin de sécuriser la pratique d'administration et de facturation des établissements,** est mis en place dès 2017 un cadre pour l'administration et la facturation en environnement hospitalier de certains produits de la RH:
  - Déverrouillage du régime juridique de la RH = ouverture d'une possibilité d'administration en «environnement hospitalier», sauf mention contraire de l'AMM;
  - Mise en place **de vecteurs de facturation adaptés** pour ces produits dans le cadre d'une prise en charge en « environnement hospitalier » (cf. régime juridique de type forfaits SE ou APE).



## II. Evolutions générées par la réforme du financement des SSR

---

# Rappel du modèle cible (applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018)

---

# Présentation générale

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

- **Le compartiment activité** : caractérisé par une dotation modulée à l'activité, composée d'une part socle et d'une part à l'activité ;
- **Le compartiment molécules onéreuses** : (équivalent de la liste en sus pour le champ SSR). La principale spécificité est que le taux de financement peut être réduit par application d'un coefficient minorant arrêté annuellement ;
- **Le compartiment missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation** : délégation identique aux MIGAC du champ MCO ;
- **Le compartiment plateaux techniques spécialisés**: forfait calculé annuellement par l'ATIH, sur la base d'un recueil d'activité. Elle sera déléguée en 12/12ème par les ARS.

➤ De surcroît, les établissements financés historiquement en DAF pourront désormais facturer les actes et consultations externes réalisés dans leurs unités de SSR, sur la base d'un pourcentage du tarif CCAM/NGAP.

➤ L'activité de SSR sera par ailleurs éligible au forfait d'incitation financière à la qualité (IFAQ).

Les séjours sont financés à travers la dotation modulée à l'activité, composée :

➤ **D'une part à l'activité fondée sur l'activité en cours :**

Cette part est financée sur la base de tarifs nationaux, dit groupes médico-tarifaires (GMT), équivalents du GHS dans le champ MCO.

Seule une fraction du GMT est facturée par séjour, qui est par ailleurs corrigée par l'affectation de coefficients : coefficient géographique (CG) et coefficient prudentiel (CP).

A cela s'ajoutent deux coefficient transitoire :

- Un coefficient de spécialisation (CS) transitoire qui a vocation à prendre en compte l'intensité de rééducation/réadaptation (propre à chaque ES) ;
- Un coefficient de transition (CT), qui a vocation à lisser les effets revenus générés par la réforme (propre à chaque ES) .

$$\text{Financement part activité} = [\% \text{ de fraction du GMT} * \text{CG} * \text{CP} * \text{CS} * \text{CT}] * \text{TR}$$

➤ **D'une part socle fondée sur l'activité antérieure :**

La part fondée sur l'activité antérieure (moyenne de l'activité des années n-1 et n-2) de la dotation modulée à l'activité est calculée sur la base des tarifs nationaux de l'année n, à hauteur d'une fraction de la valorisation du séjour et affectés des coefficients mentionnés ci-dessous, l'ensemble valorisé sur la base du taux moyen de prise en charge des patients en SSR (propre à chaque ES).

# Focus sur le découpage des séjours

➤ **Les GMT des établissements de soins de suite et de réadaptation pourront être selon les cas découpés comme suit :**

- Une borne basse (BB) ;
- Une zone forfaitaire ;
- Une borne haute n°1 (BH1) ;
- Une borne haute n°2 (BH2).

➤ **Les bornes des GMT :**

- **Les séjours courts en hospitalisation complète** : un GMT peut être minoré dans le cas d'un séjour dont la durée est inférieure à une borne basse (BB). Au-dessus du seuil bas le tarif forfaitaire du GMT se déclenche ;
- **Les séjours longs en hospitalisation complète** : Dès lors qu'un séjour dépasse une première borne haute (BH1), chaque journée de présence déclenche la facturation de suppléments journaliers en sus du forfait du GME. Dès lors qu'un séjour dépasse une seconde borne haute (BH2), chaque nouvelle journée de présence déclenche la facturation de suppléments journaliers en sus du forfait du GME dont la valeur est inférieure aux suppléments journaliers associés à la période BH1.

# Focus sur les permissions de sorties

- **Les spécificités du champ SSR** (permissions de sortie thérapeutiques proposées lorsque le patient n'a pas besoin de soins médicaux lourds, séances de rééducation/réadaptation interrompues lors de weekend prolongés, professionnels de santé absents les week-ends en hospitalisation de semaine, DMS longues) **rendent nécessaires l'extension de la durée des permissions de sortie.**
- Des permissions de sortie trop limitées engendreraient en effet une segmentation artificielle et donc un dédoublement des séjours administratifs et de la facturation pour un même séjour médical.
- **La durée des permissions sera étendue à 7 jours pour le seul champ SSR, dès 2017.** Cette extension permet d'interrompre le séjour GMT lorsque le patient est en permission, à domicile par exemple.
- En conséquence, dès que le patient est ré-hospitalisé après une sortie inférieure à 7 jours, il n'y a pas de nouveau séjour. Le premier séjour est « ré-ouvert ».
- Une exception à ce principe : lorsque l'établissement déclare que ce second séjour n'a pas de rapport avec le premier.
- Les modalités de déclaration seront précisées dans le guide PMSI SSR 2017.

# Focus sur les journées de présence

## PMSI

➤ **Jusqu'au 28 février 2017, les modalités de calcul des durées de séjour sont fondées sur le calcul suivant :**

- Durée de séjour = date de sortie – date d'entrée ;
- Cette modalité de calcul implique que les jours de permission soient décomptés dans la durée de séjour : ils ne sont pas déduits.

➤ **Au 1<sup>er</sup> mars 2017, une évolution des modalités de calcul sera mise en œuvre. La durée de séjour sera dès lors fondée sur le calcul suivant :**

- Durée de séjour = nombre de journées de présence du patient à minuit dans l'établissement ;
- Dès lors, seules seront prises en compte pour le calcul de la durée de séjour les journées de présence effectives du patient à minuit dans l'établissement : les jours de permissions ne seront plus pris en compte dans le calcul de la durée de séjour ;
- S'agissant des hospitalisations de 0 jour, la présence à minuit n'est pas requise pour calculer le nombre de journées. Dans ce cas de figure, le nombre de journées est égal à 1, même si le patient n'était pas présent à minuit.

# Focus sur le reste à charge

- Lors de la LFSS pour 2016, le principe d'une assise de la participation des patients assurés sociaux sur la base des GME pour l'ensemble des établissements avait été acté.
- Cependant, au regard du dispositif transitoire mis en place en 2017, qui fait perdurer une part majoritaire du financement antérieur (DAF/OQN), couplé au financement issu de la réforme (DMA), il a été proposé, en LFSS pour 2017, d'aligner les conditions de facturation aux patients des établissements ex DAF SSR sur celles des établissements ex-DG MCO. Ce dispositif a été adopté par l'assemblée nationale en première lecture du PLFSS 2017 :
  - Ainsi, la base de calcul de la participation des patients aux soins réalisés en SSR se fonde sur les tarifs journaliers de prestation (TJP) ;
  - Concrètement, jusqu'au 31 décembre 2019, le reste à charge des patients des établissements actuellement sous DAF demeurera facturé sur la base des tarifs journaliers de prestation, à l'instar du champ MCO.



---

# Modalités de financement transitoires : du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018

---

## ➤ Un financement combinant les anciennes et les nouvelles modalités de financement :

- La dotation globale pour les établissements sous dotation annuelle de financement et les forfaits journaliers pour les établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national ;
- La part activité du dispositif prévu par la réforme (DMA).

Les effets revenus générés par ce financement pourront par ailleurs être lissés par application d'un coefficient de transition.

La part financée à l'activité sera valorisée par l'ATIH, y compris pour les établissements actuellement sous OQN jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2018.

Pour les établissements financés dans le cadre de l'OQN, un coefficient minorant appliqué aux forfaits facturables (prix de journée, etc.) permettra de financer la part activité de la DMA.

## ➤ Un financement progressif des compartiments SSR :

- **Compartiment MIGAC et financement IFAQ** : mise en place au 1er janvier 2017 ;
- **Compartiment plateaux techniques spécialisés** : mise en place au 1er janvier 2018. Dans l'attente la mise en œuvre de ce compartiment, certains PTS pourraient avoir vocation à être financés par MIG ;
- **Compartiment molécules onéreuses** : mise en place au 1er mars 2018 ;
- **Les actes et consultations externes** : du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation des ES ex DAF SSR seront valorisées à hauteur de X% du tarif CCAM/NGAP.

## Focus sur le coefficient « PJ »

- Pour rappel les établissements sous OQN percevront en 2017 une dotation modulée à l'activité en complément de la facturation de leur prix de journée et autres suppléments.
- Cette dotation modulée à l'activité des établissements sous OQN sera valorisée par l'ATIH : tout séjour se clôturant entre le 1er mars 2017 et le 28 février 2018 fera l'objet d'une valorisation. Il n'y a donc aucun flux de facturation à créer en sens pour 2017.
- Cependant, pour prendre en considération la ponction sur l'OQN (permettant de constituer la DMA mise en place en 2017), les tarifs de chaque établissement devront être minorés par l'application d'un coefficient.
- A noter que les factures émises antérieurement au 1er mars 2017 pour des séjours se clôturant après le 1er mars devront être corrigées par l'application du coefficient de minoration.
- Ce dispositif a été adopté par l'assemblée nationale en première lecture du PLFSS 2017.

# Focus sur le coefficient « Honoraires »

- La question du périmètre des tarifs, 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, un amendement a été adopté lors de la lecture du PLFSS à l'assemblée nationale. Cette disposition vise à introduire un dispositif transitoire sans prévoir à ce stade de dispositif cible :
  - Du 1er mars 2017 au 28 février 2018 : Le périmètre des tarifs, sur lequel se fondera le calcul de la part activité DMA , inclura les rémunérations des professionnels et auxiliaires médicaux. Pour ne pas modifier les pratiques des établissements, les professionnels et auxiliaire médicaux (ou les établissements en leur nom) pourront continuer à facturer en sus leurs honoraires. Dans ces conditions, un coefficient, calculé par établissement, permettra de prendre en compte les honoraires facturés et viendra ainsi ajuster la part activité de la DMA des ES concernés ;
  - En PLFSS pour 2018 : un modèle cible devra être introduit qui prendra en compte l'option retenue concernant le périmètre des tarifs.

---

# Modalités de versement des recettes

---

Du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, les recettes des ES SSR seront versées selon les modalités suivantes :

- **Les composantes non facturées et versées aux ES par les CPAM sur notification du DG d'ARS :**
  - La part à l'activité de la DMA pour les établissements ex DAF SSR sur la base des transmissions mensuelles à l'ATIH des recueils VID-HOSP et des RHS;
  - La part à l'activité de la DMA pour les établissements ex OQN SSR sur la base des transmissions mensuelles des RSF à l'ATIH ;
  - Les ACE des établissements ex DAF SSR sur la base des transmissions mensuelles à l'ATIH des recueils RSF-ACE;
  - La part financée en dotation pour les établissements ex DAF SSR ;
  - Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et IFAQ pour l'ensemble des établissements.
  
- **Les composantes facturées directement à l'Assurance maladie :**
  - Le financement de la part financée ex OQN SSR (prix de journée et autres suppléments), minorés du coefficient dit « OQN » ;
  - Les honoraires facturés en sus par les professionnels ou auxiliaires médicaux libéraux (ou par les établissements OQN en leur nom).

A compter du 1<sup>er</sup> mars 2018, les recettes des ES SSR seront versées selon les modalités suivantes :

➤ **Sur les composantes non facturées et versées aux ES par les CPAM sur notification du DG d'ARS :**

- La part socle de la DMA pour l'ensemble des établissements (sur la base de la transmission des données d'activités à l'ATIH des années n-1/n-2) ;
- La part à l'activité de la DMA pour les établissements ex DAF SSR sur la base des transmissions mensuelles à l'ATIH des recueils VID-HOSP et des RHS;
- Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, IFAQ et le forfait PTS pour l'ensemble des établissements ;
- Les molécules onéreuses administrées par les établissements ex DAF SSR sur la base de la transmission du FICHCOMP;
- Les ACE réalisés par les établissements ex DAF SSR sur la base des transmissions mensuelles à l'ATIH des recueils RSF-ACE.

➤ **Sur les composantes facturées directement à l'Assurance maladie :**

- La part activité de la DMA pour les établissements ex OQN SSR ;
- Les molécules onéreuses facturées par les établissements ex OQN SSR ;
- Eventuellement les honoraires médicaux, pour le secteur ex OQN SSR, selon l'arbitrage sur le périmètre tarifaire.



---

# Calendrier d'adaptation des systèmes d'information

---

- **En 2017** (hors évolutions « PMSI » - journées de présence, permission de sortie ...), les évolutions sont limitées à la mise en place du coefficient dit « PJ et autres suppléments », venant minorer les PJ et autres suppléments facturés par les ES OQN SSR.
- **En 2018**, les systèmes de facturation des ES OQN SSR devront évoluer afin d'accueillir le nouveau modèle de financement.
- Dans cette perspective, le Ministère finalise un document visant à définir les caractéristiques fines du modèles. Ce document sera transmis dans les prochains jours aux fédérations. C'est sur cette base que la CNAMTS vous communiquera en janvier prochain un cahier des charges visant à faire évoluer les systèmes de facturation des ES.