

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

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	5
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	7
4. Les établissements de santé concernés	10
Partie 2 : Les modalités de valorisation et de facturation de l'activité des établissements de SSR à l'Assurance maladie	11
1. Cadre général : les modalités de valorisation des éléments faisant l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie obligatoire.....	11
1.1. Facturation des séjours : le GMT	12
1.2. Facturation des molécules onéreuses.....	18
1.3. La facturation des suppléments transports	20
1.4. Les assurés concernés.....	20
2. Les problématiques liées aux modalités de facturation.....	21
2.1. La valorisation des séjours longs	21
2.2. La correction des factures	22
2.3. Les effets de la réforme du Ticket Modérateur.....	22
2.4. La question des transferts provisoires et définitifs	29

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 permet de redéfinir la DMA, pour se diriger vers un financement mixte plus simple, 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.

Enfin, les modalités de facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers sont en cours de révision, 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 à partir sur la base d'un nouveau « Tarif Journalier national de Prestation » (TJP) 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 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 mis en place dès 2021, 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 repose sur une dotation modulée à l'activité (DMA) assortie de compartiments complémentaires.

La dotation modulée à l'activité (DMA) est composée :

- **D'une part « forfaitaire »** dont les modalités de construction sont en cours de définition et qui a vocation à représenter un pourcentage de la recette des établissements. Son allocation a notamment pour objectif 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 et mal captés par la classification SSR. Cette liste englobera la liste en sus MCO ainsi que des molécules onéreuses spécifiques au champ SSR. Un modèle de régulation innovant de ces dépenses par un coefficient spécifique minorant (dénommé dans la suite du présent document « *coefficient prudentiel MO* ») appliqué lors de la facturation de chaque molécule UCD en sus du séjour SSR sera mis en œuvre, avec un reversement aux établissements de tout ou partie des fonds mis en réserve si l'enveloppe de financement relative aux molécules onéreuses définie au sein de l'objectif de dépense SSR a été respectée.
- **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 dotation modulée à l'activité en plus du coefficient prudentiel MO spécifique appliqué

aux factures de molécules onéreuses, 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 comprendra 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 31 décembre 2020 : 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 31 décembre 2020**, 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, fondée sur la part activité de la dotation modulée à l'activité, valorisée par l'ATIH jusqu'au 31 décembre 2020. 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 sa mise en œuvre complète, seules les composantes de l'ancien modèle de financement (prix de journée et suppléments) qui préexistaient au nouveau modèle sont facturables directement à l'assurance maladie.

c. La période de montée en charge du 1^{er} janvier 2021 au 28 février 2026

Le modèle de financement tel que défini en LFSS pour 2016 entrera en vigueur dans sa totalité au 1^{er} janvier 2021 en ce qui concerne la DMA et les compartiments complémentaires. Plusieurs coefficients

(voir tableau ci-après au d.) seront appliqués 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 dans le cadre de la montée en charge jusqu'en 2026

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

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

- Le coefficient de transition : il s'applique sur la part activité de la DMA, et a vocation à lisser les effets revenus engendrés par la réforme pour l'ensemble des établissements.
- Le coefficient de spécialisation : il consiste à rehausser la valorisation de l'établissement en fonction de l'activité de rééducation réalisée par l'établissement.
- Le coefficient « honoraires » : les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent facturer directement à l'assurance maladie des dépenses assurées par des professionnels de santé dans le cadre de leur activité libérale. Ces remboursements sont neutralisés via le coefficient honoraire, ces dépenses étant déjà dans le périmètre des GMT.
- Les professionnels et auxiliaire 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 qui emploient des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié peuvent également facturer des honoraires en sus à l'Assurance Maladie pour cette seule catégorie de professionnels.

Les coefficients pérennes

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

Pour ces établissements, la facturation directe à l'Assurance maladie a vocation à être mise en place au 1^{er} mars 2023 conformément au F de l'article 78 dans sa version de la LFSS 2020. Cette facturation directe ne concernera que certaines composantes du modèle, notamment le financement lié à l'activité.

	Valorisation ATIH	Notification par le DGARS	Facturation directe aux organismes d'AMO
Part activité	Jusqu'au 28 février 2023	Jusqu'au 28 février 2023	A partir du 1 ^{er} mars 2023
Part forfaitaire	n .a	A partir du 1 ^{er} janvier 2021	n .a
Molécules onéreuses	Jusqu'au 28 février 2023	Jusqu'au 28 février 2023	A partir du 1 ^{er} mars 2023
MIGAC	n .a	A partir du 1 ^{er} janvier 2021	n .a
PTS	n .a	A partir du 1 ^{er} janvier 2021	n .a
IFAQ	n .a	A partir du 1 ^{er} janvier 2021	n .a

n .a : non applicable

Nota : pour la période 1^{er} janvier 2021 au 1^{er} mars 2023,

Les établissements ex OQN peuvent facturer directement à l'assurance maladie obligatoire :

- les **prestations réalisées par les professionnels de santé médicaux et paramédicaux libéraux (à l'exception des infirmières)** selon les modalités d'avant la réforme (pour les établissements qui ne bénéficiaient pas d'un Prix de Journée tout compris ou d'un forfait SSM) :
 - facturation des prestations via la partie basse du bordereau de facturation S3404 avec application par défaut du taux d'hospitalisation (hors situation d'exonération).
- les **séjours en SSR des bénéficiaires des relations internationales (migrants)** avec une part AMO établie :
 - sur 100% BR MO pour les molécules onéreuses en sus du séjour SSR.

- **Nota** : pas de facturation possible de suppléments transport en sus du séjour facturé sur la base du nouveau TJP
- **Une partie du financement par l'AMO des séjours SSR des bénéficiaires de l'AME** (Sous réserve de la publication d'une évolution réglementaire dans le cadre de la LFSS pour 2021) établie :
 - Soit sur 100% BR GMT pour le séjour en SSR
 - Soit : 80% BR GMT + 20% TJP
- **Une partie du financement par l'AMO des séjours SSR des bénéficiaires du régime local Alsace Moselle** (hors situations d'exonération) établie :
 - sur 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR.
- **Une partie du financement par l'AMO des séjours SSR des bénéficiaires de soins « détenus »** établie :
 - sur 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR.
- **Le Ticket Modérateur des séjours SSR des bénéficiaires d'un contrat de Complémentaire Santé Solidaire (C2S)** (hors situations d'exonération) établi :
 - sur 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR.

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, 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 FIDES², la LFSS pour 2016 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.

Concernant la facturation des prestations d'hospitalisation et des spécialités pharmaceutiques, la dérogation prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2022.

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

² Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé publics et privés d'intérêt collectif (FIDES)

	Valorisation ATIH	Notification par le DGARS	Facturation directe aux organismes d'AMO
Part activité	Jusqu'à la mise en œuvre de FIDES séjours SSR (1 ^{er} mars 2022 en l'état actuel de la réglementation)	Jusqu'à la mise en œuvre de FIDES séjours SSR (1 ^{er} mars 2022 en l'état actuel de la réglementation)	A partir du 1 ^{er} mars 2022 (en l'état actuel de la réglementation)
Part forfaitaire	n .a	A partir du 1 ^{er} janvier 2021	n .a
Molécules onéreuses	Jusqu'à la mise en œuvre de FIDES séjours SSR (1 ^{er} mars 2022 en l'état actuel de la réglementation)	Jusqu'à la mise en œuvre de FIDES séjours SSR (1 ^{er} mars 2022 en l'état actuel de la réglementation)	A partir du 1 ^{er} mars 2022 (en l'état actuel de la réglementation)
MIGAC	n .a	A partir du 1 ^{er} janvier 2021	n .a
PTS	n .a	A partir du 1 ^{er} janvier 2021	n .a
IFAQ	n .a	A partir du 1 ^{er} janvier 2021	n .a

n .a : non applicable

Nota : pour la période 1^{er} janvier 2021 au 1^{er} mars 2022, les établissements ex DAF facturent directement à l'assurance maladie obligatoire

- Les **séjours en SSR des bénéficiaires des relations internationales (migrants)** avec une part AMO établie :
 - sur 100% BR MO pour les molécules onéreuses en sus du séjour SSR.
 - **Nota :** pas de facturation possible de suppléments transport en sus du séjour facturé sur la base du nouveau TJP
- Une **partie du financement par l'AMO des séjours SSR des bénéficiaires de l'AME** (Sous réserve de la publication d'une évolution réglementaire dans le cadre de la LFSS pour 2021) établie :
 - Soit : 80% BR GMT + 20% TJP
- Une **partie du financement par l'AMO des séjours SSR des bénéficiaires du régime local Alsace Moselle** (hors situations d'exonération) établie :
 - sur 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR.
- Une **partie du financement par l'AMO des séjours SSR des bénéficiaires de soins « détenus »** établie :
 - sur 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR.

- Le **Ticket Modérateur des séjours SSR des bénéficiaires** d'un contrat de **Complémentaire Santé Solidaire (C2S)** (hors situations d'exonération) établi :
 - sur 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR.

4. Les établissements de santé concernés

Le modèle concerne tous les établissements 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, qui demeurent financées sur la base des anciennes modalités 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 / facturation des prestations qui à terme feront 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 (35,4 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 prévoit le calcul du nombre de journées de présence (NBJP)³ 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...). En MCO, c'est la durée de séjour (date de sortie – date d'entrée) qui est utilisée.

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 de la DMA 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 GMT⁴. Le GMT est corrigé par l'affectation des coefficients SSR : coefficient de transition (CT), coefficient géographique (CG), coefficient prudentiel (CP), coefficient de spécialisation (CS), coefficient honoraires (CH) pour les seuls établissements sous OQN, et par le coefficient allègement de charges (CAC) (pour les établissements privés à but lucratif (EBL) et non lucratif (EBNL)).

³ 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

⁴ L'article 4 de 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 prévoit les cas où à 1 GME est associé plusieurs GMT.

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
Coefficient prudentiel « séjours »	GMT	Coefficient national, identique pour l'ensemble des établissements
Coefficient de spécialisation	GMT	Coefficient calculé par établissement
Coefficient de transition	GMT	Coefficient calculé par établissement
Coefficient honoraires	GMT – uniquement pour le secteur sous OQN	Coefficient calculé par établissement
Coefficient allègements de charges	GMT	Coefficients fixés chaque année par arrêté et pouvant être différenciés en fonction du statut privé à but lucratif ou privé à but non lucratif de l'établissement.

Les spécialités pharmaceutiques pouvant être facturées en sus de la prestation d'hospitalisation font également l'objet d'un coefficient permettant de moduler la valorisation :

Coefficient prudentiel « MO »	Molécules onéreuses	Coefficient national, identique pour l'ensemble des établissements
-------------------------------	---------------------	--

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 sous 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, 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 2017 puis 2020 a mis en place un dispositif transitoire jusqu'au 31 décembre 2026.

Durant cette période, le périmètre des tarifs, sur lequel se fonde le calcul de la part activité DMA, inclut les rémunérations des professionnels et auxiliaires médicaux. Les tarifs sont donc « tout compris » durant la période transitoire. Pour ne pas modifier les pratiques des établissements ex OQN, **les professionnels et auxiliaire médicaux (à l'exception des infirmières), ou les établissements ex OQN en leur nom, continueront à facturer directement leurs honoraires en sus à l'Assurance Maladie Obligatoire, en phase transitoire comme pendant la période de montée en charge.**

Pour neutraliser le double financement induit par ce dispositif, un coefficient calculé par établissement permettra de prendre en compte les honoraires facturés et s'appliquera à la part activité de la DMA. Ce coefficient est calculé de manière à déduire, à hauteur de la fraction de DMA introduite en 2017, 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 reconduit après le 1^{er} janvier 2021 et ce, jusqu'au 1^{er} mars 2026.

Le modèle cible :

Un modèle cible doit être arbitré afin de prendre en compte l'option retenue concernant le périmètre des tarifs. Deux options sont envisageables : soit un périmètre des tarifs dit « tout compris », soit un périmètre des tarifs n'incluant pas les honoraires des professionnels médicaux, dit « hors honoraires ». Le tarif « tout compris » pourrait être assorti d'un coefficient « honoraires » qui permettrait de prendre en compte les spécificités de facturation de chaque établissement ex OQN, à l'instar du coefficient existant dans le modèle transitoire.

b. Le découpage du GMT

Le financement de l'activité repose sur quatre zones : une zone dite basse, une zone forfaitaire, une zone dite haute et une zone dite extrême haute.

Dès lors, 8 informations sont nécessaires pour la facturation :

- DZF : début de la zone forfaitaire
- FZF : fin de la zone forfaitaire
- FZH : fin de la zone haute
- TZB : tarif de la zone basse
- TZF : tarif de la zone forfaitaire
- SZB : supplément journalier de la zone basse
- SZH : supplément journalier de la zone haute
- EXH : 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, 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), qui correspond à une prise en charge de 0 jour ;
 - o Et d'un supplément journalier zone basse (SZB) pour chaque journée de présence au-delà du 1^{er} jour et ce pour un nombre total de jours strictement inférieur à la valeur du début de la zone forfaitaire.

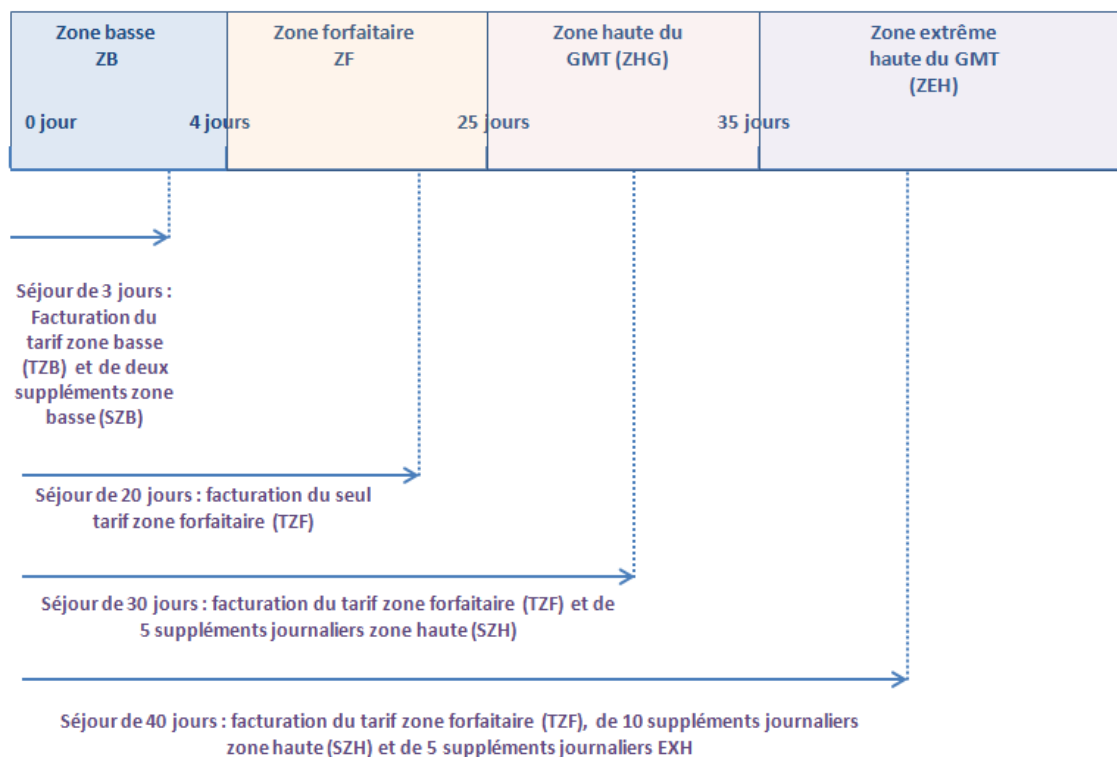
- **Une deuxième zone dite zone forfaitaire (ZF)** : lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est compris entre le début et la fin de la zone forfaitaire, le séjour appartient à la zone de tarification dite forfaitaire. Dans ce cas, l'établissement est financé uniquement par le tarif de cette zone forfaitaire (TZF).

Règle d'inclusion du jour de la borne : Le début et la fin de la zone forfaitaire sont inclus dans la zone forfaitaire Ex : si la zone forfaitaire est du jour 4 au jour 25, le financement se fondera sur le TZF qui inclura le jour 4 et le jour 25.

- **Une troisième zone dite zone haute (ZHG)** : lorsque le nombre de journées de présence d'un séjour est strictement supérieur à la fin de la zone forfaitaire et est inférieur ou égal à la fin de la zone haute, le séjour appartient à la zone de tarification dite haute. Dans ce cas, l'établissement perçoit en sus du TZF, un « supplément journalier zone haute » (SZH) pour chaque journée au-delà de la zone forfaitaire.
- **Une quatrième 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, le séjour appartient à la zone de tarification dite extrême haute. Dans ce cas, l'établissement perçoit, en sus du TZF, des SZH, un supplément journalier zone extrême haute (EXH) pour chaque journée au-delà de la zone dite haute.

Règle d'inclusion du jour de la borne : l'EXH se déclenche au-delà de la fin de la zone haute (FZH). Si la FZH est au 35^{ème} jour, alors l'établissement facturera un EXH/jour dès le 36^{ème} jour. Cette fin de zone haute n'existera pas pour l'ensemble des GMT.

Modalités de décomposition d'un GME :



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

Le 4^{ème} jour et le 25^{ème} jour de présence du patient sont inclus dans zone forfaitaire ;

Le 35^{ème} jour est inclus dans la zone haute.

Chaque séjour fait ainsi l'objet d'une facturation se fondant ces éléments tarifaires, auxquels sont associés :

Les « coefficients SSR » : coefficient géographique (CG), coefficient transitoire (CT), coefficient prudentiel (CP) et coefficient de spécialisation (CS) et coefficient honoraires (CH).

Les règles concernant le calcul des arrondis pour l'ensemble de ces calculs seront établies par le biais d'une instruction.

2) Séjours en hospitalisation complète (HC)

Coefficients applicables: coefficients prudentiel (CP), géographique (CG), de transition (CT), de spécialisation (CS) et honoraires (CH) le cas échéant.

TR : taux de remboursement

Les points suivants définissent les principes de financement des séjours en fonction de la zone basse, forfaitaire, haute ou extrême haute du séjour.

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 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

Exemple : à un GME est associé une borne basse à la 10^{ème} journée de présence. Son TZB est égal à 150€ et son SZB est égal à 75€. Pour un séjour, classé dans ce GME, dont le NBJP est de 8 (arrivée le lundi 1^{er} janvier, départ le mardi 9 janvier), la facturation est égale à :

$$= \text{TZB} + (\text{NBJP} - 1) \times \text{SZB}$$

$$= 150 + (8-1) \times 75\text{€}$$

$$= 675\text{€}.$$

ZBG-001	Lorsque NBJP < DZF, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZB auquel peut s'ajouter un ou plusieurs SZB, si NBJP > 1.
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 de la DMA : = (TZB + SZB * (NBJP - 1)) * 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 forfaitaire du GMT

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

TZF-001	Lorsque $DZF \leq NBJP \leq FZF$, le financement par l'AMO du séjour se fonde uniquement sur le TZF.
TZF-002	Les jours de début (DZF) et de fin (FZF) de la zone forfaitaire sont inclus dans la zone forfaitaire.
TZF-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 de la DMA : = TZF * 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 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 » ou « TZF » ;

Un ou plusieurs « supplément journalier zone haute » ou « SZH ».

ZHG-001	Lorsque $FZF < NBJP \leq FZH$, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZF
----------------	--

	assorti d'un ou plus plusieurs SZH.
ZHG-002	<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 de la DMA :</p> <p>= (TZH + SZH * (NBJP – FZF)) * 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>

d. 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 » ou « TZF » ;

Un ou plusieurs « supplément journalier zone haute » ou « SZH ».

Un ou plusieurs « supplément journalier zone extrême haute » ou « EXH ».

ZEH-001	Lorsque NBJP > FZH, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZF assorti des SZH correspondant à la zone haute, et des EXH correspondant à la zone extrême haute.
ZEH-002	La fin de la zone haute (FZH) est incluse dans la zone haute.
ZEH-003	<p>Le financement par l'AMO d'un séjour dans la zone extrême haute du GMT se fonde sur le calcul suivant, pour le financement de la part activité de la DMA :</p> <p>= (TZF + SZH * (FZH – FZF) + EXH * (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>

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. 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 ou le TZF.

HCR-001	<p>Lorsque le 6^e caractère du GME est 0, le financement par l'AMO du séjour se fonde sur le TZF.</p> <p>= TZF * 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>
HCR-002	<p>Lorsque le 6^e caractère du GME est différent de 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 partielle, 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 TZB ou le TZF.

HTP-001	Lorsque le 6 ^e caractère du GME est 0, le financement par l'AMO du RHA se fonde sur le TZF. = TZF * 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).
HTP-002	Lorsque le 6 ^e caractère du GME est différent de 0, le financement par l'AMO du RHA se fonde sur le TZB. = TZB * 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).

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 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 établissements MCO ne pourront eux facturer que les molécules inscrites dans la liste MCO.

Les molécules onéreuses inscrites spécifiquement 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 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

- 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 répartie 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 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
- Le coefficient prudentiel MO :

Pour rappel, une part de l'objectif de dépenses SSR arrêté en début d'année sera affectée à la prise en charge des molécules onéreuses.

Le remboursement des molécules onéreuses inscrites sur la liste en sus SSR sera réalisé au fil de l'eau mais après application du coefficient prudentiel spécifique « MO » sur le Prix d'Achat de manière à respecter l'enveloppe affectée en début d'année.

Comme pour les séjours, tout ou partie des montants non directement facturés suite à l'application de ce coefficient prudentiel MO pourront être reversés aux établissements en début d'année suivante en cas de respect de l'enveloppe annuelle.

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

- le Prix d'Achat unitaire négocié de l'UCD,
- la quantité entière et la quantité fractionnée (⇔ coefficient de fractionnement) le cas échéant,
- le coefficient prudentiel MO.

Selon la formule suivante $BR = \text{Prix d'achat} \times (\text{quantité} + \text{coefficient de fractionnement}) \times \text{coefficient prudentiel MO}$

Le respect du volet molécule onéreuse des CAQUES

Les modalités opérationnelles d'application en facturation de l'article 64 de la LFSS pour 2020 qui précise [*« le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. »*] seront définies ultérieurement via une instruction ad hoc.

Les modalités opérationnelles de facturation seront établies dans la documentation fonctionnelle et technique à l'attention des éditeurs (règles détaillées de calcul et d'application des arrondis, valorisation des données affinées etc.).

1.3. La facturation des suppléments transports

Avec le modèle actuel au prix de journée, les établissements SSR peuvent facturer des suppléments transports en cas de permission, de transferts provisoires ou définitifs. Ces suppléments sont facturés en sus du GMT.

Les coefficients géographique, prudentiel et de reprise s'appliquent dans le calcul de la base de remboursement des suppléments transports par l'assurance maladie obligatoire.

A contrario, les coefficients honoraires, de spécialisation et de transition ne s'appliquent pas.

Le taux de remboursement d'un supplément transport correspond au taux de remboursement du séjour GMT auquel il se rattache.

(Les modalités de facturation des suppléments transports (codes actes, règles de calcul de la base de remboursement et d'application des arrondis seront précisées dans les documents techniques de facturation vers l'assurance maladie obligatoire).

1.4. Les assurés concernés

Les éléments de financement par l'AMO d'un séjour SSR, des suppléments transports 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 basculant en facturation directe leurs séjours SSR.

Ces modalités de détermination concernent alors :

- **les assurés sociaux** avec :
 - une part AMO du séjour en SSR établie :
 - sur 80% BR GMT pour le séjour en SSR (hors situation d'exonération),
 - sur 80% BR Supplément Transport facturé en sus du 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 TJP pour le séjour en SSR.
- **les bénéficiaires de l'AME** avec un financement par l'AMO du séjour en SSR établi (Sous réserve de la publication d'une évolution réglementaire dans le cadre de la LFSS pour 2021):
 - sur 80% BR GMT + 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR,
 - sur 80% BR Supplément Transport facturé en sus du séjour en SSR,
 - sur 100% BR MO pour les molécules onéreuses en sus du séjour SSR.

- **les bénéficiaires de soins « détenus »** avec un financement par l'AMO du séjour en SSR établi :
 - sur 80% BR GMT + 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR,
 - sur 80% BR Supplément Transport facturé en sus du séjour en SSR,
 - sur 100% BR MO pour les molécules onéreuses en sus du séjour SSR.

- **les ressortissants du régime local Alsace Moselle** (hors situation d'exonération) avec la part AMO du séjour en SSR établie :
 - sur 80% BR GMT + 20% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR,
 - sur 80% BR Supplément Transport facturé en sus du séjour en SSR,
 - sur 100% BR MO pour les 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 Journalier national de Prestation.

- **Pour les bénéficiaires des relations internationales (les migrants)** la part AMO du séjour en SSR est établie :
 - sur 80% BR nouveau TJP pour le séjour en SSR (hors situations d'exonération),
 - sur 100% BR MO pour les molécules onéreuses en sus du séjour SSR.
 - **Nota** : pas de facturation possible de suppléments transport en sus du séjour facturé sur la base du nouveau TJP

2. Les problématiques liées aux modalités de facturation

2.1. La valorisation des séjours longs

En SSR, un grand nombre d'hospitalisations présente une durée de séjour longue - la durée qui déclenche la qualification en séjour long reste à préciser. La facturation de ces séjours a des impacts forts sur la trésorerie des établissements, particulièrement s'ils doivent attendre la fin du séjour pour pouvoir le facturer et percevoir la recette correspondante. Un financement établi sur un mécanisme de facturation intermédiaire d'un séjour et de régularisation définitive des factures lors la sortie effective n'est pas possible.

Un tel dispositif serait en effet totalement incompatible avec la nature même d'une facture telle que définie réglementairement (pièce justificative comptable) et serait ainsi incompatible avec les règles comptables en établissement comme en organisme AMO.

Dès lors, ces séjours longs n'ont pas vocation à faire l'objet d'une facturation directe à l'Assurance Maladie. Seuls les séjours avec un nombre de journées de présence du patient inférieur ou égal à la borne fixée feront l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie, sur la base des GMT.

Les modalités de financement des séjours qualifiés de longs seront donc définies hors cadre du présent document dont la finalité ne concerne que le processus de facturation.

2.2. 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 logiciel 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.

2.3. 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} janvier 2021. Elle sera différenciée uniquement, sur la base de grandes catégories :

- En fonction des soins donnés ;
- En fonction du niveau de l'activité de l'établissement.

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, reconduite jusqu'au 31 décembre 2020.
- 2) En SSR, la disparition du prix de journée au 31 décembre 2020 qui rend ce type de facturation impossible pour les établissements du secteur ex-OQN.

Il devenait nécessaire de mettre en place un nouveau tarif de référence pour la facturation de la part « patient » qui ne repose plus sur la dichotomie sectorielle appelée à disparaître en 2021. Cette modalité de tarification continuera de s'appuyer sur des tarifs journaliers, mais le calcul en sera plus homogène et plus simple. Son entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2021.

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.

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

Le taux de participation de l'assuré est fixé à 20% (2° 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 (TJP), applicable au 1^{er} janvier 2021 aux différents secteurs d'activité.

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

- $20\% \times \text{NBJP}_{<31 \text{ jours}} \times \text{valeur de TJP}$.

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.

TJP-001	Le ticket modérateur des séjours hospitaliers en SSR est intégralement porté par le Tarif Journalier de Prestation.
TJP-002	Il n'existe pas de ticket modérateur sur le tarif de la zone forfaitaire, ni sur les suppléments journaliers bas, 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 Tarif Journalier de Prestation (règle TJP-001 ci-dessus) et le taux de remboursement de la part Assurance Maladie Obligatoire est fixé à 80%.
TJP-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..
TJP-004	La quantité de TJP correspond au nombre de jours de présence avant le 31 ^{ème} jour de présence. Il n'y a pas de facturation du TJP les jours d'absences pour permission de sortie.
TJP-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.
TJP-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.

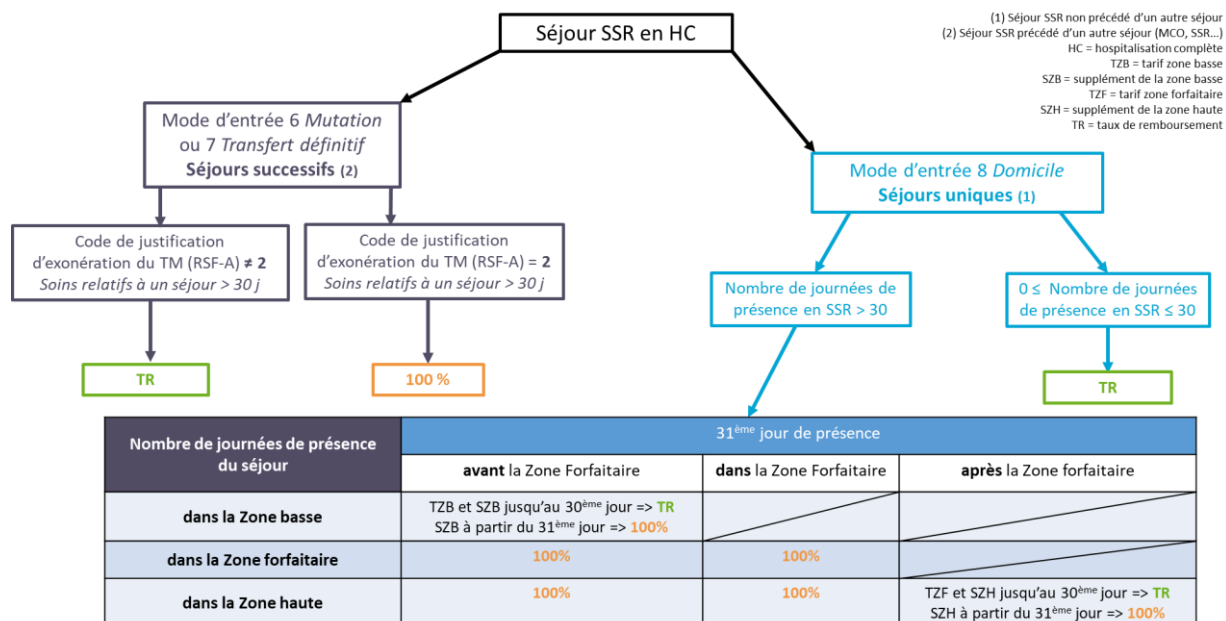
c. Conditions d'exonération

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

TJP-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 TJP et ce, même si le nombre de journées de présence est lui supérieur à 30 jours. Pour un séjour GMT SSR : Quantité de TJP \leq 30
----------------	---

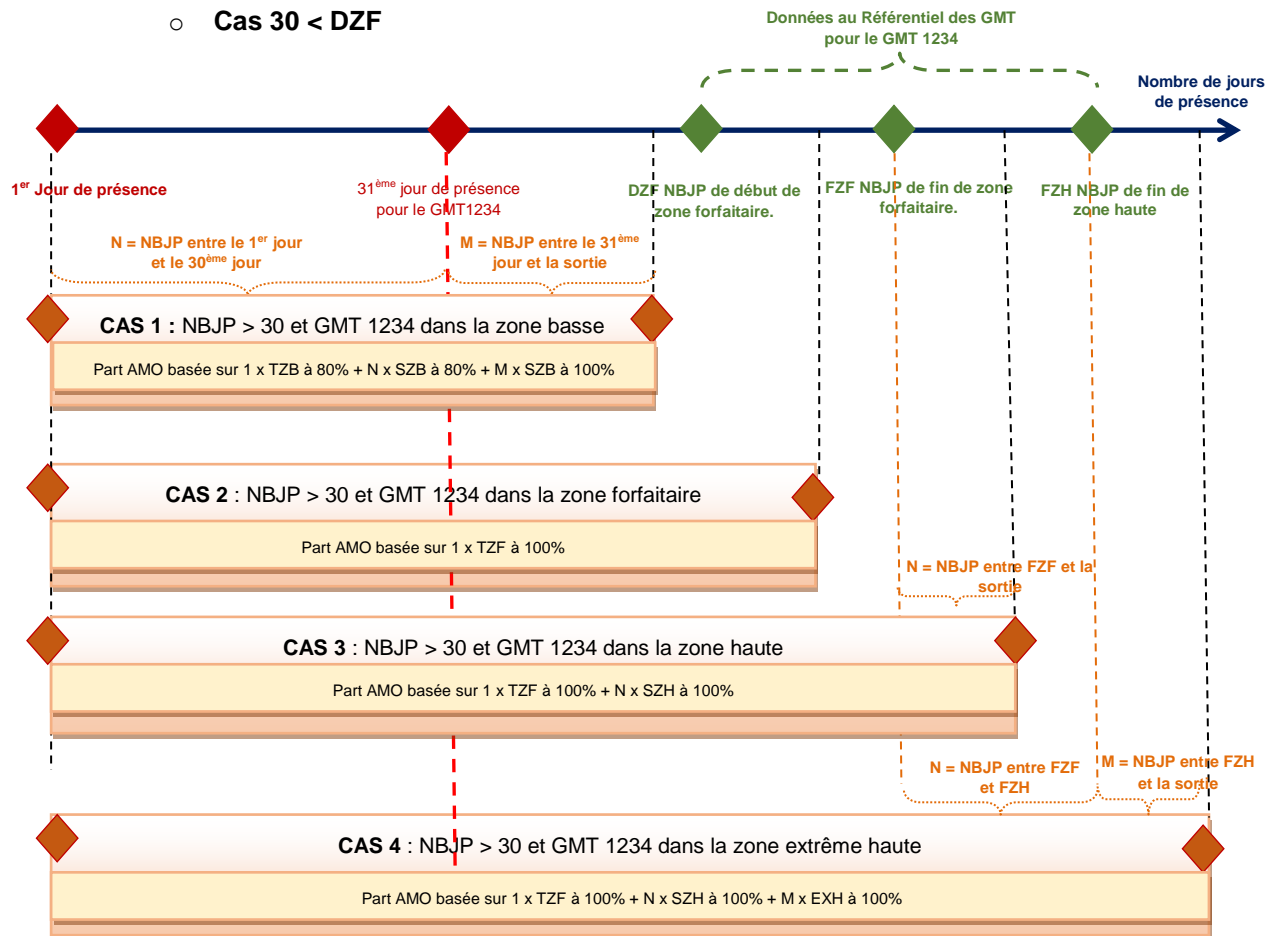
Le taux de remboursement (TR) considéré est détaillé dans le schéma ci-dessous :



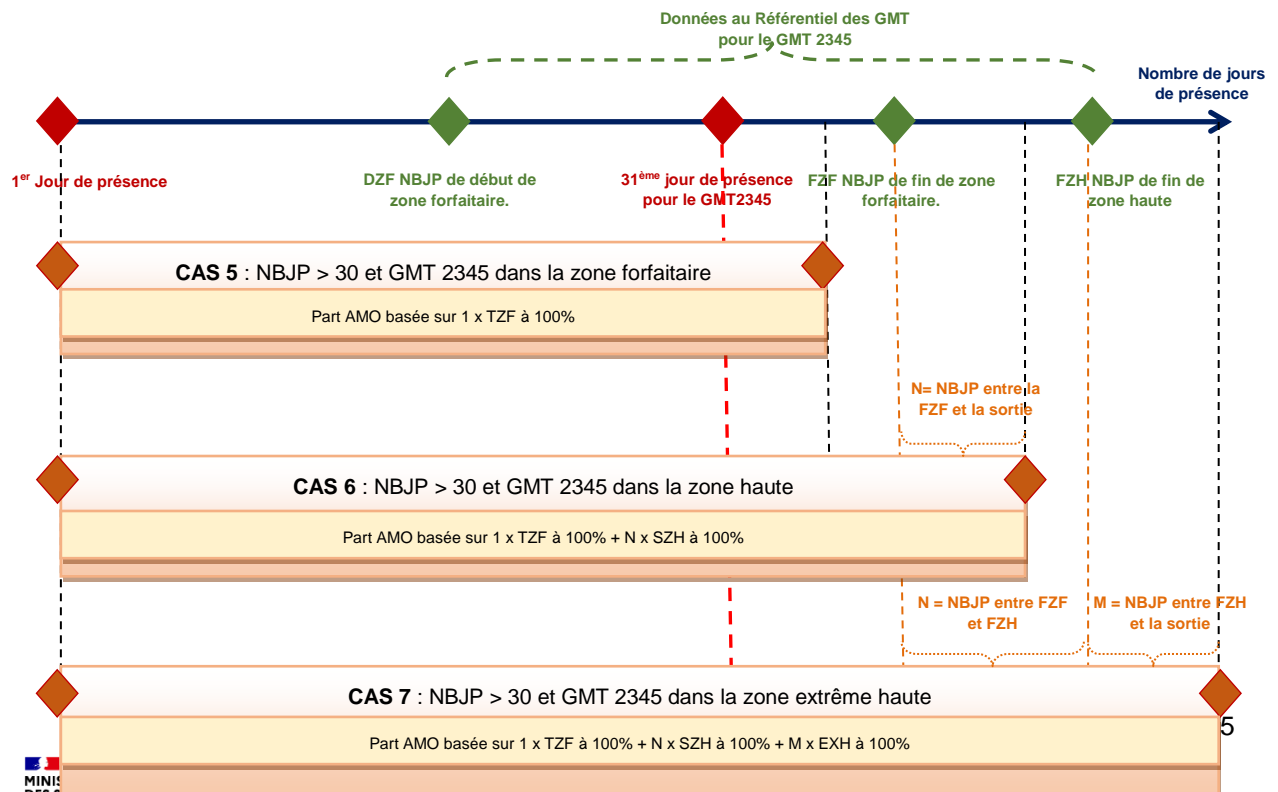
Illustrations

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

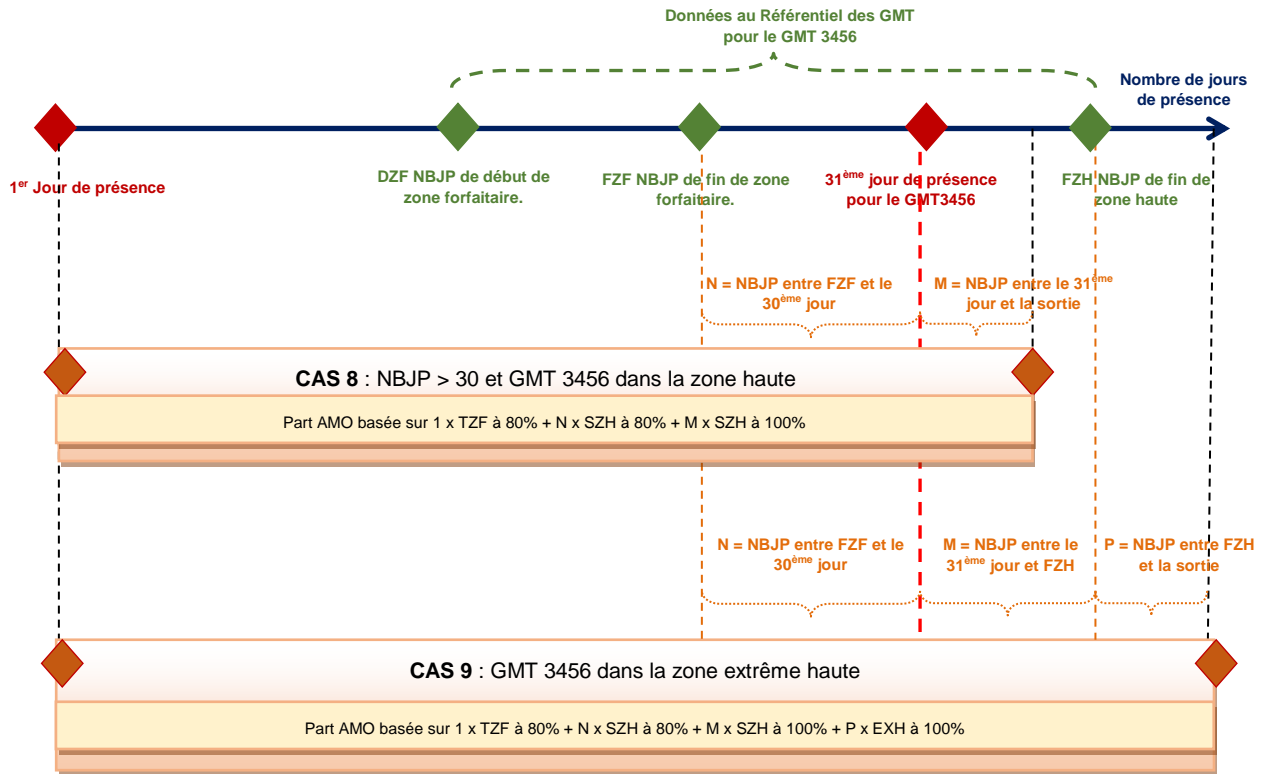
- Cas 30 < DZF



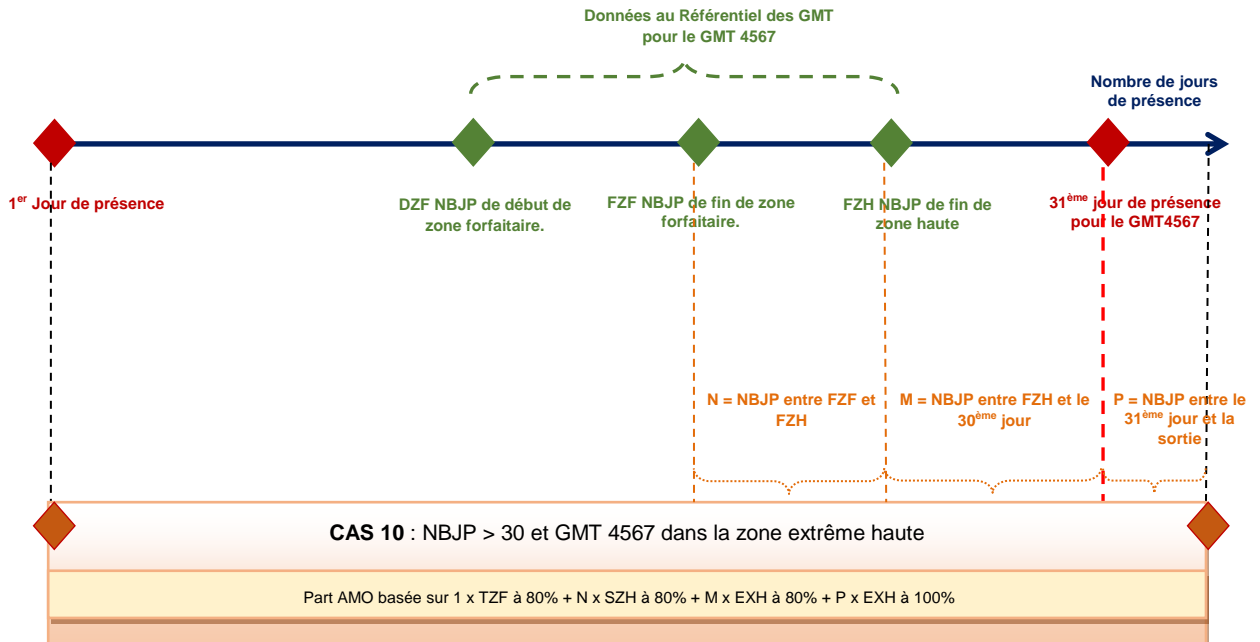
- Cas DZF < 30 ≤ FZF



○ Cas $FZF < 30 \leq FZH$



○ 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 jour 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 d'une activité SSR vers une activité SSR, la durée totale d'hospitalisation correspond à la somme du nombre de jours de présence en SSR (NBJP du séjour GMT 1 + NBJP du séjour GMT 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 « 3^{ème} 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 hospitalisation 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 jours de présence dans l'établissement en SSR (jour de sortie compris) 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)

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]

Sinon

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]

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% de la 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]

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]

2.4. La question des transferts provisoires et définitifs

a. 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 supérieurs à deux nuitées minimum sont définitifs et clôturent le séjour initial.
--------	--

b. 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,...).