



# Rencontre avec les éditeurs de logiciels de facturation

## Janvier 2015

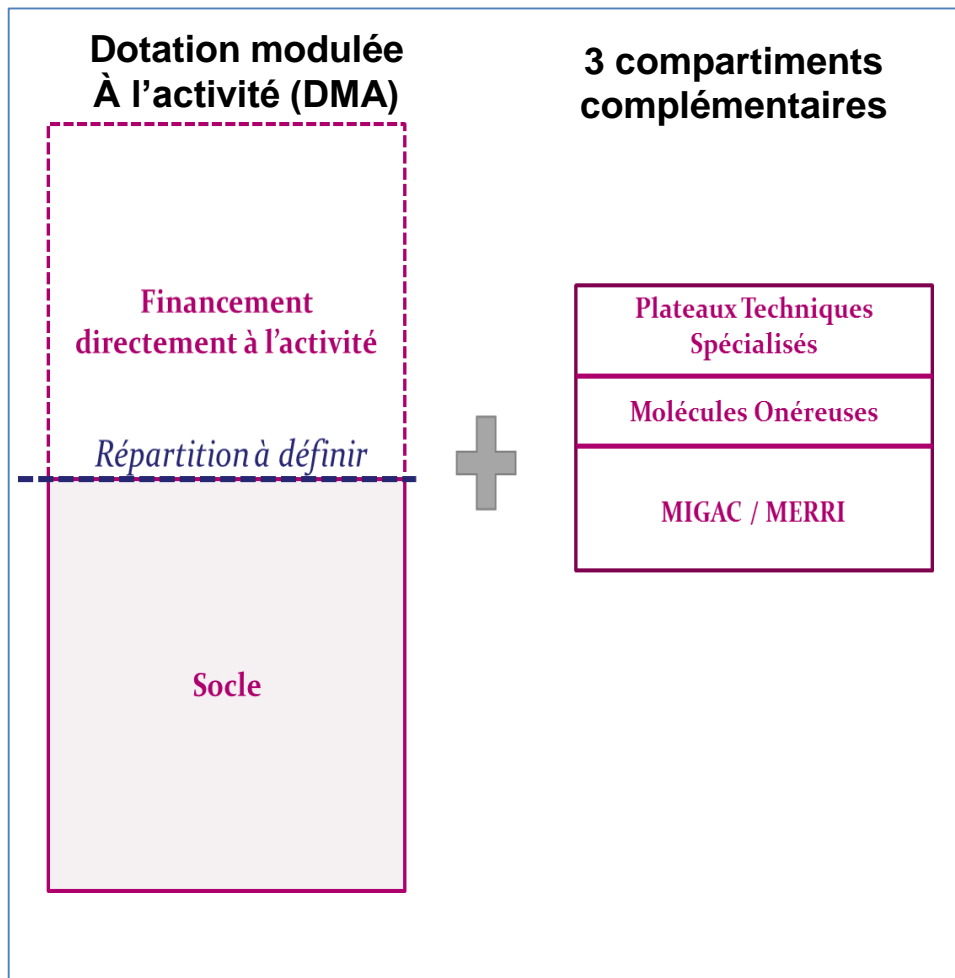
# PROGRAMME :

**I. Le projet de réforme du modèle de financement en SSR**

**II. Questions spécifiques liées à la facturation**

- La réforme est incluse dans la LFSS 2016, avec amorce en 2016 et démarrage progressif mais complet en 2017;
- Un modèle de financement, commun à l'ensemble des secteurs, reposant sur une **dotation modulée à l'activité, déclinée en une dotation socle et un financement au séjour** ;
- Ce modèle met fin au dispositif actuel :
  - Prix de journée pour les ES privés à but lucratif, et une minorité d'ES privés à but non lucratif;
  - Dotation globale pour les ES publics et la majorité des ES privés à but non lucratif.

# Le modèle de financement envisagé repose sur une architecture à 4 compartiments



➤ Le mode de financement articule une part de dotation fondée sur l'activité antérieure, permettant aux établissements de disposer d'un niveau de ressources stables et de développer des logiques pluriannuelles, et une part fondée sur l'activité de l'année en cours, permettant de tenir compte des prises en charge réalisées par les établissements au cours de l'année.

➤ La répartition entre « part socle » et « part variable » reste à définir.

➤ A cette dotation modulée à l'activité (DMA), s'ajoutent des financements complémentaires permettant le financement de missions d'intérêt général, de plateaux techniques spécialisés ainsi que des molécules onéreuses.

# La dotation modulée à l'activité : un équilibre entre dotation socle et financement au séjour (1/4)

Le modèle de financement s'appuie sur une classification médico économique des séjours : les GME.

A chaque GME est associé un tarif. Le tarif se compose :

- D'une part forfaitaire ;
- Une EXB – borne basse : cette EXB permet un financement minoré lorsque le séjour du patient est inférieur à un certain nombre de journée, défini par TME. Ce financement minoré est constitué par un prix de journée.
- Un AJP – ajustement à la journée pondérée : cet AJP est déclenché par un seuil prévu par le TME. Au-delà d'un seuil, le séjour est financé par un tarif applicable à la journée, en sus de la part forfaitaire du TME.

A noter que s'ajoutent aux tarifs, à l'instar du modèle MCO, des coefficients correcteurs : géographiques, prudentiel et **transitoire**. En effet, La montée en charge du dispositif dans les secteurs privé/public est progressive jusqu'en 2022, date à laquelle le dispositif de transition prendra fin (coefficient de transition = 1).

C'est sur cette base que sera calculée la DMA de chaque établissement.

# La dotation modulée à l'activité : un équilibre entre dotation socle et financement au séjour (2/4)

La DMA se compose :

## ➤ D'une dotation socle, calculée de la manière suivante :

L'activité antérieure moyennée est valorisée par application d'une fraction des tarifs de l'année n (ajusté en fonction de la durée du séjour : ExB ou AJP), et affectée des coefficients transitoires. L'ensemble est pris en charge par l'assurance maladie à hauteur d'un taux moyen propre à chaque ES. Cette part des recettes est calculée annuellement par l'ATIH. Elle est déléguée en 12/12ème par les ARS.

## ➤ Un financement au séjour :

Pour chaque séjour, l'ES facture l'équivalent d'une fraction tarifaire (ajusté en fonction de la durée du séjour : ExB ou AJP). Cette fraction est prise en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie en fonction du taux de remboursement réel du patient.

Point d'alerte : contrairement au modèle MCO, seule une fraction du tarif est facturée pour chaque séjour.

# Modalités de calcul de la DMA (3/4)

- Si la valeur de la fraction des tarifs utilisée pour le calcul de la part socle est de 80 % (par exemple), le mode de calcul en année N sera le suivant :

$$= \{[\text{moyenne du case mix N-1} + \text{case mix N-2}] * [(\text{tarifs N} * 0.8) * \text{CP} * \text{CG} * \text{CT}] * \text{taux de prise en charge}\}$$

**Que ce soit pour les ES futurs ex DAF ou ex OQN : cette part ne fera pas l'objet d'une facturation directe aux caisses. C'est le DG d'ARS qui notifiera le montant annuel aux ES et aux caisses. Ce montant fera l'objet d'un versement en 12<sup>ème</sup> aux ES par les CPAM.**

- Le socle ne représente qu'une part du financement de l'établissement à laquelle s'ajoute un financement au séjour.

$$= (\text{tarifs N} * 0.2 * \text{CP} * \text{CG} * \text{CT}) * \text{taux de prise en charge réel}$$

**A titre transitoire, dans l'attente du déploiement de FIDES, seuls les ES ex OQN factureront cette part directement à l'AM et ce, dès le 1<sup>er</sup> mars 2017.**

# Modalités de calcul de la DMA (4/4)

- Cette logique de facturation et / ou de valorisation entrera en vigueur dès le 1<sup>er</sup> mars 2017.
- **Un cahier des charges est en cours de rédaction et vous sera transmis dans les prochaines semaines.**



➤ **Objectif** : permettre aux ES de dispenser des traitements innovants, non captables par la classification. Sont particulièrement concernés les traitements intercurrents, qui sont aujourd'hui un obstacle à la PEC en SSR de patients atteints de pathologies chroniques et embolisent inutilement des capacités de MCO.

➤ Une liste distincte de la liste en sus MCO et regroupant :

- Les MO du MCO pour permettre la fluidité des parcours
- Les traitements intercurrents dont le coût journalier est supérieur à une fraction du prix de journée moyen.
- Les molécules spécifiques au SSR (ex. toxine botulique)

➤ **Un mode de facturation analogue à celui du MCO**, mais assorti d'un coefficient minorateur :

- Une enveloppe cible est ainsi définie en début d'exercice. **Les molécules onéreuses remontées dans FICHCOMP sont remboursées sur la base de la consommation réelle valorisée au tarif négocié par le CEPS minoré d'un coefficient : ainsi à l'éventuelle minoration inhérente à l'absence de CBU pourra s'ajouter un coefficient minorateur (dont la valeur sera différente de celle du coefficient prudentiel);**

- Si en fin d'exercice, l'enveloppe n'est pas consommée, alors le montant correspondant au coefficient minorateur est reversé ex- post au prorata des dépenses.

- Cette enveloppe est reversée aux établissements par les caisses après notification du montant par les ARS.

## Compartment Plateaux Techniques Spécialisés

Les PTS rares, coûteux, induisant des surcoûts d'exploitation et mal captés par la classification, bénéficieront d'un financement ad hoc :

- 5 à 6 équipements spécifiques répondant à cette définition sont à ce jour identifiés; la typologie des PTS pourrait être plus large au démarrage de la réforme et pendant la phase de transition ;
- Le financement de ces PTS serait forfaitaire, sur le modèle du forfait urgences du champ MCO, avec un forfait par PTS et un seuil de déclenchement destiné à écarter les équipements inusités ;
- L'attribution de ces forfaits serait subordonnée à la reconnaissance contractuelle du PTS ou de la mentions spécialisée par l'ARS, de manière à maintenir une capacité de régulation de l'offre régionale.

Cette enveloppe fera l'objet d'un versement aux établissements par les caisses après notification du montant par les ARS.

## Compartment MIG

- Tenir compte de l'évolution des missions dévolues aux SSR depuis la réforme de 2008 et répondre aux besoins spécifiques des établissements de SSR qui ne pourront être couverts par des tarifs. Calibrage en fonction de l'activité et des surcoûts constatés.
- Exemples : Scolarisation des enfants, réinsertion professionnelle.

Cette enveloppe fera l'objet d'un versement aux établissements par les caisses après notification du montant par les ARS.

# Modalités de la transition

- La transition est prévue sur 5 ans, soit une pleine application du modèle cible en 2022;
- Dans l'intervalle, deux modalités de transition vers le modèle cible pour tenir compte des financements actuels des 2 secteurs :
  - La montée en charge très progressive de la fraction « financement au séjour ».
  - L'application d'un coefficient de transition permettant d'amortir les effets revenus : **comme indiqué précédemment ce coefficient de transition aura impact sur la facturation des séjours.**

# PROGRAMME :

**I. Le projet de réforme du modèle de financement en SSR**

**II. Questions spécifiques liées à la facturation**

# Evolution des logiciels de facturation

- Pour une mise en œuvre au 1<sup>er</sup> mars 2017, les adaptations des logiciels de GAP ainsi que des systèmes de facturation de la CNAMTS doivent intervenir au courant de l'année 2016 sachant :
  - Qu'il sera nécessaire de prévoir une phase de test avant le déploiement final;
  - Une homologation des logiciels auprès du CNDA sera probablement demandé.
  
- Un cahier des charges, définissant les spécifications nécessaires pour la mise en œuvre du modèle, est en cours de rédaction. Il vous sera prochainement adressé.

# Les questions que nous souhaitons vous poser :

- La mise en œuvre de ce modèle entraîne l'adoption d'un système de chiffrage des flux. Ce système a normalement du être mis en place (notamment depuis la possibilité offerte aux ES OQN de facturer des ACE). Quel est le niveau de déploiement des flux précis ? Tous les éditeurs ont-ils mis en place un tel flux sécurisé ?
- Avez-vous déployé, de manière exhaustive, les outils d'acquisition et de contrôle des droits (CDR ou CDRI) ?
- Dans le secteur OQN, les facturations se font-elles de manière hebdomadaires ou en fin de séjour ?