



Réforme du financement SSR

Ordre du jour

- **LFSS 2016, art. 78 :**
 - ***Modèle cible***
 - Dotation modulée à l'activité
 - PTS
 - MO
 - MIG/MERRI
 - ***Transition 2017-2022***
 - ***2016***
 - Molécules onéreuses
 - MIG / MERRI
- **Chantier facturation / évolution du recueil**

LFSS 2016, art. 78 : Modèle cible
Dotation modulée à l'activité
MIG / MERRI
Molécules onéreuses
PTS

Art. 78 de la LFSS 2016 : un modèle de financement en rupture par rapport aux modèles de financements en vigueur en SSR ainsi qu'avec la T2A MCO

- Point d'étape : la réforme est incluse dans la LFSS 2016, avec amorce en 2016 et démarrage progressif mais complet en 2017.
- Un modèle de financement innovant et équilibré reposant sur une **dotation modulée à l'activité**, déclinée en une **dotation socle** et un **financement au séjour** ;

La dotation modulée à l'activité : un équilibre entre dotation socle et financement au séjour (1/3)

Cette DMA a vocation à financer les soins. Elle se compose :

- **D'une dotation socle:**

- Déterminée pour l'année n et allouée mensuellement
- Fondée sur l'activité constatée (PMSI) des années antérieures et valorisée sur une quote part des tarifs de l'année n

- **Un financement au séjour :**

- Fondé sur l'activité réelle l'année n
- Valorisé sur la base d'une fraction des tarifs de l'année n, complémentaire à celle de la dotation socle

La dotation modulée à l'activité : un équilibre entre dotation de fonctionnement garantie et complément à l'activité (2/3)

La dotation socle constitue un mode d'allocation à la fois évolutif et prédictible.

Cette dotation est innovante, en ce qu'elle :

- Sécurise une base de recettes permettant de mettre en œuvre des logiques pluriannuelles ;
- Lisse les aléas de l'activité, qui vulnérabilisent les ES ;
- Fournit aux ES un « fonds de roulement » les prémunissant contre les incidents de trésorerie

La dotation modulée à l'activité : un équilibre entre dotation de fonctionnement garantie et complément à l'activité (3/3)

Le financement au séjour permettra :

- De valoriser les ES dynamiques qui développeront leur activité tout en optimisant leurs coûts
- D'accompagner par l'outil tarifaire les PEC innovantes ainsi que l'évolution de la lourdeur des PEC

Périmètre de la DMA : travaux à mener

- **Modalités de calcul de la part socle** : nombre d'années de référence à abriter (a priori 2 ans)
- **Part respective du socle et de la part activité** :
 - A arbitrer en fonction des données de simulation et de la sensibilité des ES à la part respective du financement.
- **Reconstitution de la part socle en cas de changement de périmètre (fusion d'ES etc.)** :
Doctrines de calcul à élaborer de manière à uniformiser les pratiques entre ARS.

Le compartiment 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; ce compartiment a vocation à se restreindre à mesure que la classification s'améliorera ;
- Le financement de ces PTS serait forfaitaire, sur le modèle du forfait urgences, 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 par l'ARS, de manière à maintenir une capacité de régulation de l'offre régionale.

Le compartiment plateaux techniques spécialisés

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

1. Balnéothérapie
2. Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement
3. Rééducation robotisée des membres inférieurs
4. Rééducation robotisée des membres supérieurs
5. Rééducation pour la conduite
6. Isocinétisme

Cette liste est indicative ; elle recouvre les PTS répondant aux critères d'éligibilité.

La concertation avec les acteurs sera particulièrement souhaitée sur ce champ en 2016, de manière à identifier les PTS générant des surcoûts et à ne pas pénaliser les ES concernés.

➤ **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 (HIV, cancer par ex) et embolisent inutilement des capacités de MCO ;

➤ **Une liste avec une triple logique :**

- 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, baclofène)

➤ **Un mécanisme de régulation innovant :**

Une enveloppe cible est définie en début d'exercice. Les molécules onéreuses remontées dans FICHCAMP sont remboursées sur la base de la consommation réelle valorisée au tarif minoré d'un coefficient,

- 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

MIG

- Un compartiment autonome

- Les MIG SSR ne sont pas accessibles aux ES MCO puisqu'elles sont spécifiques au champ des soins de suite et à sa classification.
- Inversement, l'extension éventuelle d'une mission du MCO devra être intégrée par arrêté ad hoc dans la liste du SSR

- Gestion de la liste des missions :

- La liste des missions est définie par arrêté et a vocation à évoluer (création de nouvelles missions, suppression des missions qui seraient devenues sans objet).

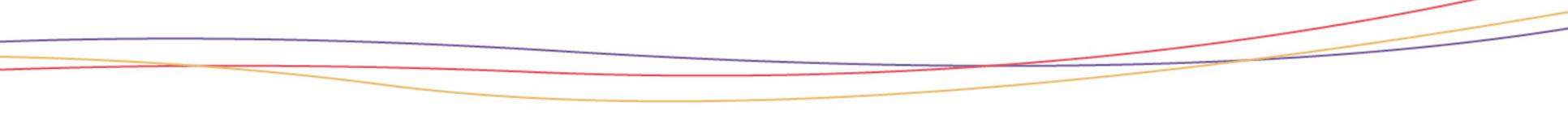
Au-delà des MIG qui seront mises en œuvre en 2016 (Cf infra) : exploration d'éventuelles autres missions pour mise en œuvre à partir de 2017

- **MIG Recours / spécialisation**

- Identification des ES dont les prises en charge sont particulièrement coûteuses, à raison des patients reçus, des pathologies particulières prises en charge, des modes de prise en charge
- Condition : mauvaise couverture par la classification de ces situations

- **Equipes mobiles:**

- Travail de recensement des équipes mobiles (douleur, soins palliatifs, évaluation etc.) qui ne seront, par hypothèse, pas bien couvertes par la classification.

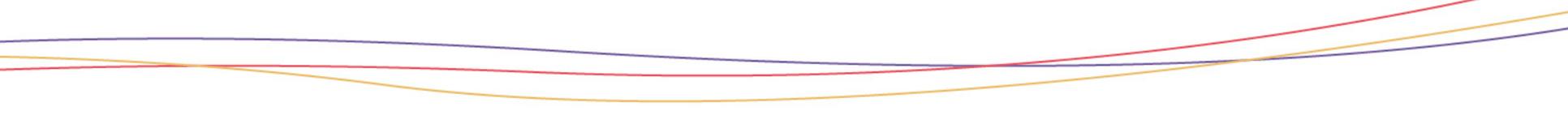


Période transitoire

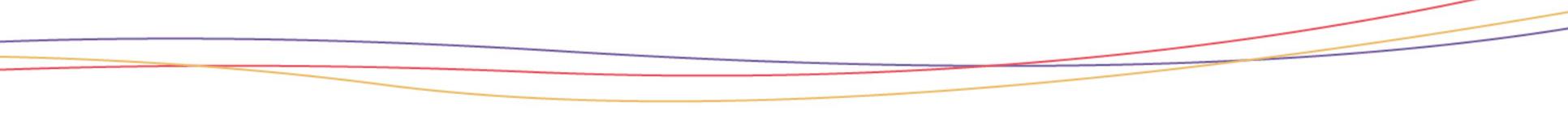
2017-2022

Modalités de la transition

- La transition est prévue sur une période de 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 :
 - DAF + OQN : application d'un coefficient de transition permettant d'amortir les effets revenus pour chaque établissement
 - Montée en charge potentiellement différenciée entre secteur de la part des fractions socle versus financement au séjour pour tenir compte des situations antérieures
 - DAF : montée en charge progressive de la fraction « financement au séjour »
 - OQN : montée en charge progressive de la fraction « socle »
- **Point de vigilance** : dans les premières années de la transition, les effets revenus seront atténués, mais pas entièrement neutralisés.



2016



2016

MOLÉCULES ONÉREUSES

Proposition de variables pour définir la liste MO-SSR

- Critères retenus, spécifiques au SSR, qui devront être définis par DCE (Cf procédure identique au champ MCO avec suppression du CH)**
 - Critère coût par journée de présence à définir sur la base de la variable rapportant le coût de traitement sur la durée de séjour
 - Critère de classe ATC
 - Critère de gamme
 - Critère concentration

- La liste devra être mis à jour avec les nouveaux médicaments commercialisés**

➤ **Entrée en vigueur de la liste et de ses modalités de régulation (coefficient minorateur) : 2017**

L'attention des ES est appelée sur la nécessité de coder aussi fidèlement que possible en 2016 de manière à ce que l'enveloppe cible 2017 puisse être calculée sur des bases fiables.

➤ **2016 : année test**

- Potentielle évolution de la liste actuelle de molécules et intégration dans FICHCOMP pour enregistrement par les ES dès le 4/01/2016
- Pour les ES sous DAF : en début d'année isolement au sein de la DAF d'un montant correspondant à l'évaluation des consommations et versement en fin d'exercice aux ES au prorata du réalisé.
- Pas de modification pour les ES sous OQN : maintien de la facturation en sus sur l'enveloppe de ville pour les pathologies intercurrentes



2016

MIG/MERRI

La MIG « réinsertion professionnelle » :

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et HAS, juillet 2011, recommandation pour la pratique clinique « *Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la MPR* »
- **Objet de la MIG « réinsertion professionnelle »** : cofinancement à hauteur de 55% avec l'AGEFIPH et le FIPHFP d'une équipe pluridisciplinaire de 2,70 ETP devant assurer a minima 170 prestations d'accompagnement.

La MIG « scolarisation des enfants » a vocation à financer :

- La scolarisation interne à l'établissement (charges de personnel dédié, forfait amortissement du mobilier scolaire et prise en charge du coût des locaux scolaires) et/ou la scolarisation externe à l'établissement (charges de personnel et de transport)

La MIG « consultation post-AVC »

- Action 6 du Plan national AVC 2010-2014
- Instruction de la DGOS du 3 août 2015
- Objectif : permettre à chaque patient victime d'AVC de bénéficier d'un bilan post - AVC pluriprofessionnel 2 à 6 mois, voire jusqu'à 12 mois après l'AVC.
- Modalités de mise en œuvre de ces CS pour le SSR
 - en SSR neurologie et/ou gériatrie, ces consultations sont réalisées sur le site SSR par un médecin de médecine physique et réadaptation ou un gériatre, hospitalier ou libéral ayant compétence et expérience en pathologie neuro-vasculaire ou accès à une expertise neuro-vasculaire

La MERRI « internes »

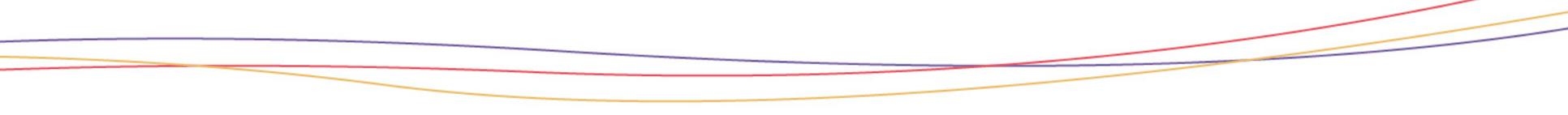
La MERRI rémunération des internes en SSR

- Création en 2016 d'une MERRI rémunération des internes propre au SSR
 - La simplification des circuits de financement
 - L'opportunité pour les établissements SSR, y compris pédiatriques d'offrir davantage de terrains de stage aux internes (besoins de stage principalement recensés en médecine générale)
 - L'accueil d'internes permet à l'établissement d'acquérir un statut de formateur
 - Valorisation de la qualité des prises en charge assurées par l'établissement
- Les pré - requis
 - Obtention d'un agrément de stage auprès de l'ARS après avis de la commission de subdivision
 - Signature d'une convention cadre entre le CHU, l'ARS et l'établissement d'accueil

La MERRI « recherche »

Favoriser et structurer la recherche :

- La recherche en établissements de santé SSR pourra bénéficier en 2016 des dispositifs de soutien mis en place pour les établissements de santé MCO.
- Reconnaissance de l'effort d'expertise
- Encouragement des regroupements et des structures d'appui (inter)régionales



Chantier de facturation

Objectifs du chantier (1/2)

1. Concernant les prestations hospitalières

Le modèle mixte (part variable et part socle) entrera en vigueur au 1er mars 2017.

- **Part socle: valorisation pour l'ensemble des établissements**

Par nature, la part des recettes fondées sur l'activité antérieure ne sera pas facturée directement à l'Assurance maladie, mais fera l'objet d'une valorisation par l'ATIH ;

- **Part variable: distinction selon la catégorie d'établissement**

Valorisation pour les ex-DAF à titre transitoire: avant le déploiement de l'outil FIDES, les recettes issues de l'activité en cours ne seront pas facturées mais valorisées par l'ATIH;

Facturation directe pour les ES ex-OQN : leurs séjours seront directement facturés au fil de l'eau.

Objectifs du chantier (2/2)

2. Concernant les actes et consultations externes (ACE)

- **S'agissant des seuls ES ex DAF et à titre transitoire** (avant le déploiement de l'outil FIDES), leurs ACE seront valorisées par l'ATIH;
- **S'agissant des seuls ES ex OQN**, leurs ACE seront facturés au fil de l'eau.

Pour les deux secteurs, le chantier nécessite une adaptation des logiciels de chaque ES (logiciels de « gestion administrative des patients » - GAP)

- **Plus spécifiquement pour le secteur ex OQN** : nécessite dès 2017 que :
 - Les logiciels de GAP permettent aux ES concernés de produire des factures, prenant acte du nouveau modèle de financement;
 - Les systèmes de facturation de la CNAMTS soient à même de recevoir et de contrôler les factures transmises par ces ES;
- **Objectif de la DGOS** : rencontrer les éditeurs de logiciel afin de travailler conjointement sur un cahier des charges qui servira à l'adaptation des logiciels;
- **Finalité** : que les logiciels de GAP et les systèmes de facturation de la CNAMTS puissent être modifiées et testés avant la fin 2016.
- Les fédérations SSR sont invitées à nous indiquer le nom des éditeurs de logiciels afin que nous puissions prendre contact avec ces derniers.
 - Un lien sera mis en ligne sur le site de l'ATIH pour que les éditeurs puissent se signaler d'eux-mêmes

A noter que des crédits d'accompagnement seront accordés en 2016 au titre de la modernisation des systèmes d'information et de la formation des personnels (crédits FMESPP).

- Les modalités et conditions précises de délégation seront définies en cours d'année.

Arrêté PMSI

Le rythme des remontées PMSI a été modifié pour tenir compte des impératifs liés à la facturation :

- **Remontée mensuelle au lieu de bimestrielle :**
 - Obligatoire à compter de mai 2016.
 - Possibilité d'anticiper à titre expérimental
- **Validation mensuelle des données par les ARS**
 - La validation des bases transmises par les ARS garantit la fiabilité des travaux ultérieurs de simulations
 - La qualité des transmissions est indispensable, puisqu'elle constituera la part socle du modèle.