

11<sup>ème</sup> Club des Médecins DIM

**La réforme du financement en SSR**  
*Point d'étape*

*Eric NOËL, Délégué Général FHP-SSR*  
*29 novembre 2016*

# 1. La réforme du financement inscrite dans la LFSS 2016

## 2. Compartiment par compartiment

- a) Activité
- b) Plateaux techniques
- c) Molécules Onéreuses
- d) MIGAC-MERRI

## 3. Et maintenant ?...

# **La réforme du financement inscrite dans la LFSS 2016**

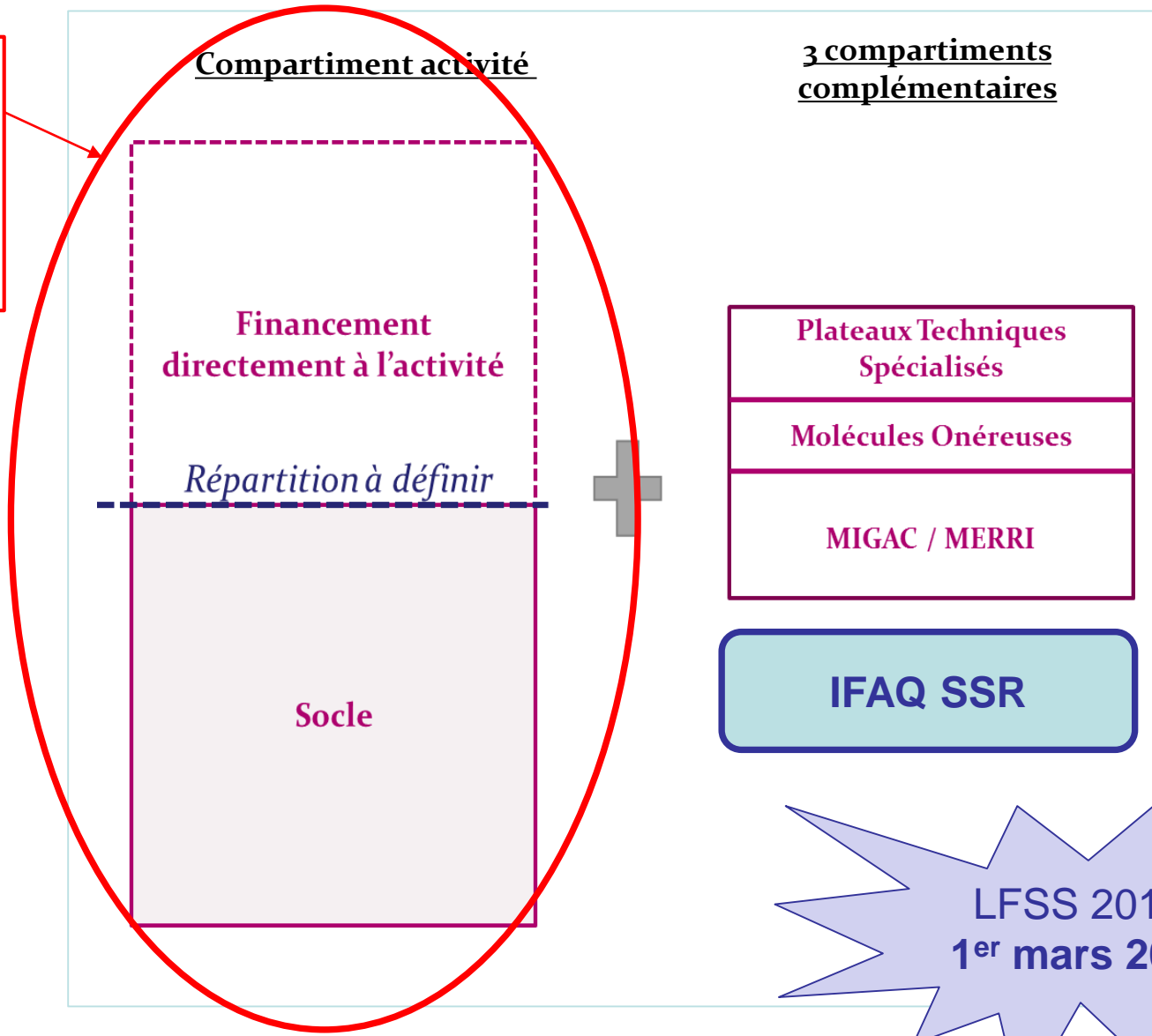
# Les principales dispositions de l'article 78

- ✓ Mise en œuvre du modèle en mars 2017
- ✓ Confirme les 4 compartiments + « compartiment qualité » (IFAQ SSR)
- ✓ Une enveloppe unique (ODSSR)
- ✓ Des tarifs nationaux pour valoriser part fixe comme part variable, calés sur l'ENC. Des tarifs qui peuvent être différenciés par catégorie d'établissements
- ✓ Coefficients géographique et prudentiel
- ✓ Forfait spécifique lié à l'utilisation de PTS
- ✓ Coefficient de transition de 5 ans maximum (2017/2022)
- ✓ Rôle accru des ARS : Contrôle des données et déduction des sommes indues/ coefficient de transition/ curseur part socle/ reconnaissance forfait PTS/montant des MIGAC
- ✓ Dispositions transitoires (2016 et jusqu'au 28 février 2017)
  - Dotation MIGAC
  - Consommation MO : uniquement pour le secteur DAF (basculé d'enveloppe entre établissements publics)

⇒ De nombreuses modalités renvoyées en décrets d'application pour une concertation cruciale des Fédérations en 2016 !

# Le modèle de financement envisagé repose sur une architecture à 4 (5?) compartiments

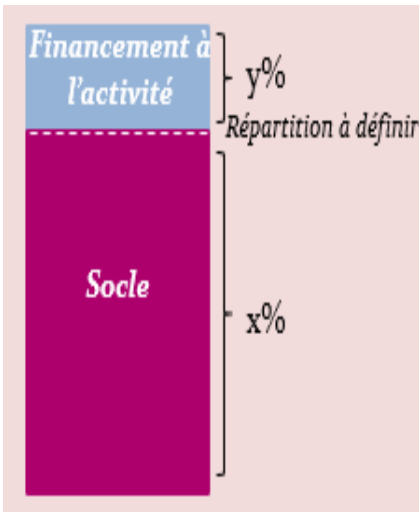
**D.M.A:**  
**D**otation  
**M**odulée  
à  
**A**ctivité



**LFSS 2016:**  
**1<sup>er</sup> mars 2017**

# Le compartiment « Activité »

# Le modèle présenté par la DGOS



- Un compartiment « activité » composé d'une Part fixe/socle et d'une Part variable → **répartition fixe/variable non encore arbitrée**
  - Que ce soit pour valoriser la part fixe ou la part variable → **utilisation d'une grille tarifaire nationale par GME**
  - **Exemple: Part fixe → 60 %**
    - Valorisation de la Part fixe à l'année N (versée au 12<sup>ème</sup>)  
→  $\text{moy}(\text{case-mix } N-1/N-2) * \text{Tarifs GME } N * 0,6$
    - Valorisation de la Part variable à l'année N (facturation au fil de l'eau)  
→  $\text{Case-mix } N * \text{Tarifs GME } N * 0,4$
- 
- **ATTENTION:** l'utilisation du case mix historique signifie que le socle ne correspondra pas totalement à la facturation historique
  - Au démarrage: le % de part fixe pourrait être différent entre secteur (+ pour DAF / - OQN)

# La valorisation des GME

## ➤ GME « forfaitisables » / « non forfaitisables » → analyse de la DMS

- **Règle générale:** un forfait par GME +/- journées pondérées bornes hautes et basses
  - Ex: 0509A1 Coronaropathies (à l'exclusion des coronaropathies avec pontage) , score phy <= 8 , score rr <= 90 - niveau 1

- **DMS = 22 / Forfait = Z€ / BB= 8 et Supp Bas= X€ / BH=28 et Supp Haut= Y€**

- Séjour A: DS = 24 jours → tarif = Z€

- Séjour B: DS = 6 jours → tarif = Z€ - 2\*X€ (2=BB-DS)

- Séjour C: DS = 31 jours → tarif = Z€ + 3\*Y€ (3= DS-BH)

### ▪ **Différence entre GME « f » et « nf »**

- Ecart entre BB et BH: **21 jours** pour GME f et **6 jours** pour GME nf

- **Supp Haut** - - pour les GME « f »

- **Supp Haut** ++ pour les GME « nf »

Favoriser un financement à la journée pondérée pour les GME avec des DS « atypiques » (longues ?)

- Ce que nous savons: 40,4% de GME « f » (204/505)

## ➤ A ce stade: aucune information sur les montants forfaits et suppléments

## ➤ calibrage (tarifs de simulation?)

Toujours aucune prise en compte des mentions spécialisées



# **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 → 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
  - *X € d'emblée + Y € par passage*
- **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.

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 et évolutive (dixit « DGOS »)

# **Le compartiment « Molécules Onéreuses »**

- **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)
  
- **On ne connaît pas la liste finale ≠ de la liste spécifique actuellement utilisée**
  
- **Un coefficient prudentiel sur le compartiment MO:**

Une enveloppe cible est définie en début d'exercice. Les molécules onéreuses remontées dans FICHCOMP 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

# Le compartiment « MIGAC-MERRI »

## Définition

- 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
  - Le financement de certains surcouts liés à la scolarisation des enfants → 6 M€
  - L'accompagnement pour la prise en charge précoce des problématiques sociales et professionnelles des patients hospitalisés, de type COMETE. → 5,6 M€
  - Le suivi spécifique post AVC → 1,3 M€
  - La rémunération directe pour l'accueil des internes dans les établissements de SSR.
  - Ouverture aux SSR d'appels à projets pour des programmes de recherche.

→ « cahiers des charges » non communiqués pour l'instant...

**Et maintenant ?...**



- ✓ **Un nouvel article 45** modifiant les dispositions de l'article 78 LFSS 2016, principalement axé autour de 2 éléments positifs :
  - ✓ **L'instauration d'un coefficient de majoration pour 5 ans (avec réduction annuelle) sur la fraction correspondante au mode de financement actuel (PJ), visant à « prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement »** → point positif ++ = demande forte de la FHP SSR
  - ✓ **L'aménagement du calendrier de mise en œuvre de la réforme SSR avec une montée en charge progressive du système, et une nouvelle étape intermédiaire fixée à mars 2018 (possibilité de facturer les MO et les PTS à cette date)** → des inconnues perdurent : quel niveau de fraction sera appliqué entre financement actuel/DMA ?
- ✓ **A l'Assemblée nationale, peu d'amendements FHP SSR, axés autour de :**
  - ✓ La nécessaire concertation des Fédérations les plus représentatives pour la détermination des modalités de calcul du coefficient de transition, fixées par arrêté ministériel
  - ✓ Le principe du respect du contradictoire pour la procédure de contrôle et notification d'indu de l'ARS
  - ✓ Un amendement additionnel en cohérence avec les amendements 2016 : la remise d'un rapport de la Ministre devant le Parlement évaluant l'impact de la réforme sur le secteur SSR
  - ✓ Un porté avec la FEHAP visant à faire reconnaître juridiquement les TCA (Traitements et Cures Ambulatoires), en prévoyant une gradation des alternatives à l'hospitalisation à temps complet en SSR.

⇒ Tous retoqués en CAS, puis en séance publique

## ✓ Quote-part activité non encore arbitrée

- En lien avec campagne tarifaire 2017 et simulations d'impact...
- A priori communiquée pour le prochain COPIL du 5 décembre

## ✓ Mécanisme

- Coefficient « minorant »: on prélève une somme sur les PJ qui sera reversée par les ARS via une valorisation ATIH des case-mix produits en GME.
- Périmètre des **GMT** (Groupes Médico-Tarifaires) pas très « clair » → Rdv demandé en **urgence** (mercredi 5 octobre).
- Evolution attendue des MIGAC SSR.
- Compartiment IFAQ SSR confirmé.

## ✓ Calendrier de travail « réglementaire »

- Un Décret en Conseil d'Etat (DCE) attendu d'ici la fin de l'année.
- Suivi d'un arrêté prestations et tarifaire.
- Un cahier des charges général de la réforme du financement SSR.
- Concertation +++ des Fédérations.
- Délais contraints....

## ✓ Périmètre des GMT présenté en séance

- Tarifs nationaux des GME
  - **Hors** couts « médecins »
  - **Avec** couts « paramédicaux »
- Médecins
  - Refacturation des actes et Cs possible pour les médecins salariés / statut quo pour médecins libéraux.
  - **PB**: le remboursement AM des actes et Cs ne couvrent pas l'intégralité des charges liées au salariat et aux missions transversales. Oblige au codage « facturation » des médecins salariés (en sus du PMSI).
- Paramédicaux
  - Les établissements devraient rémunérer directement les paramédicaux libéraux / statut quo pour les paramédicaux salariés.
  - **PB**: risque de requalification des libéraux (URSAAF) / les établissements ne peuvent plus refacturer en bas du S3404 l'intervention des libéraux dès 2017.

Nouvelles dispositions pour **une partie minoritaire** du financement à **6 mois** de la mise en œuvre

→ Difficilement compréhensible et opérationnel

→ RDV demandé en **urgence** en séance

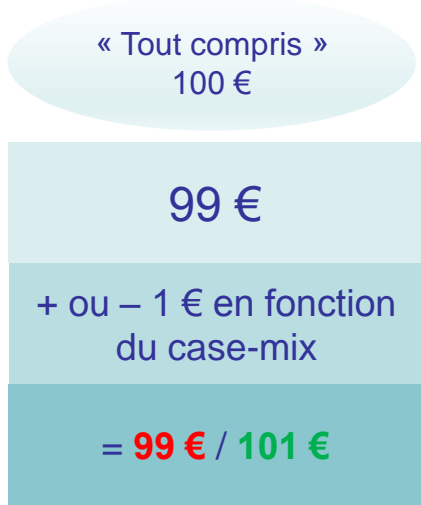
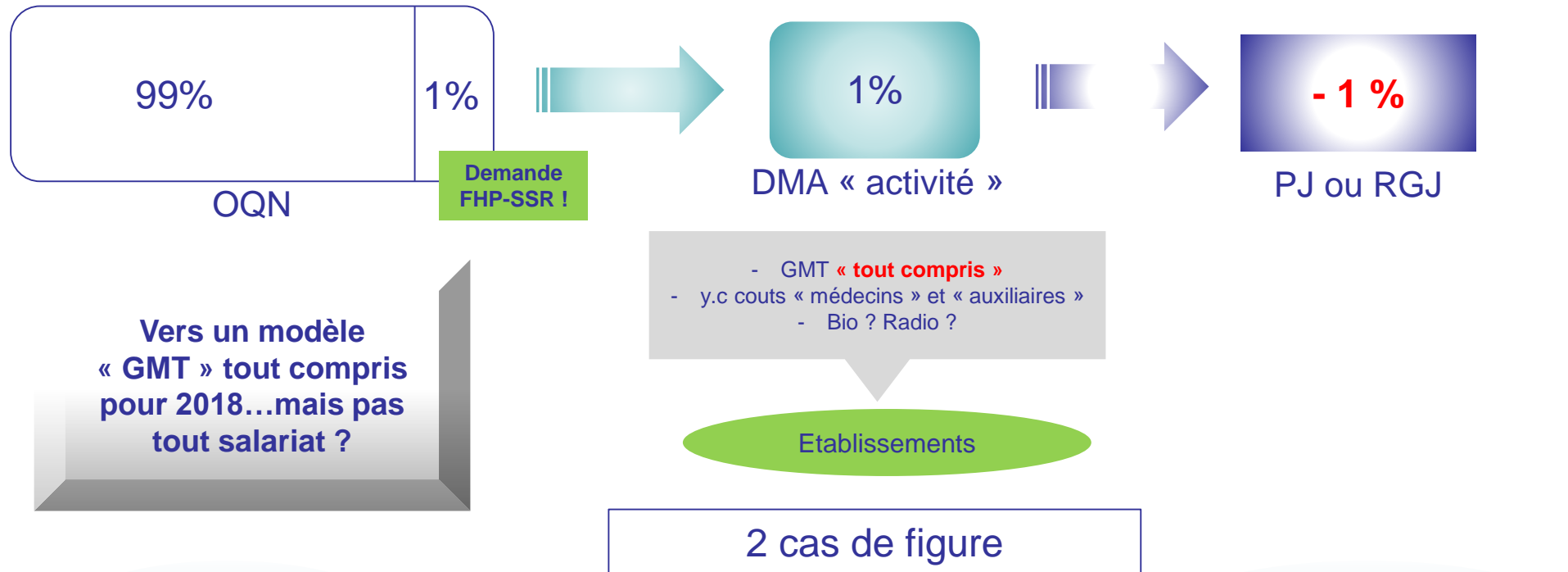
### ✓ Position vis-à-vis de la DGOS

- Se rapprocher le plus possible d'une tarification « tout compris » MAIS ne signifie pas « Tout salariat »
- Les établissements pourraient payer directement les intervenants libéraux (médecins et paramédicaux)
- Deux conditions sine qua non :
  - Tarifs calibrés à due proportion et donc **fongibilité d'enveloppe nécessaire !**
  - S'assurer du risque de non requalification + « trace écrite » officielle...

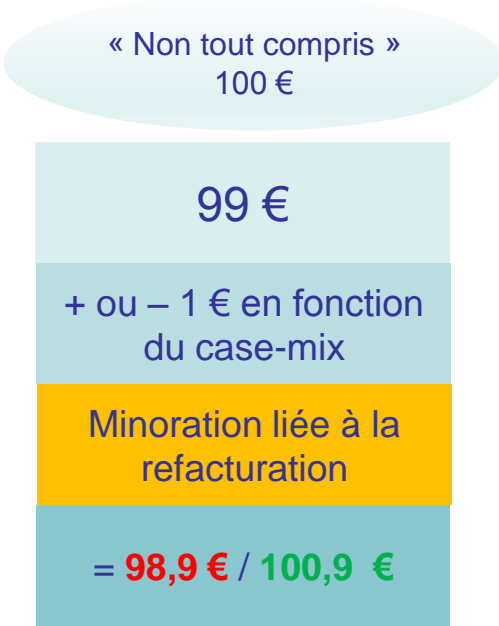
### Pour 2017:

- Vérifier les concordances dépenses en sus (intervenants) CNAMTS et établissements tests
- Si mise en place d'une échelle « tout compris »:
  - Mesure législative nécessaire
  - Les valorisations DMA doivent prendre en compte les différentiels d'assiette de facturation → établissement par établissement
  - Coefficient correcteur +/-
  - Attente arbitrage ministériel + simulations financières

# Pour résumer: schéma 2017



- Aucune modification des processus de facturation
- Un coefficient de minoration par établissement
- **S'assurer des données SNIIRAM**
- Des péréquations inter-régionales difficiles à contrôler...



## ✓ Plateaux Techniques

- Travaux techniques vont débuter / prise de contact avec les sociétés savantes pour définir les éléments requis. Elargissement du compartiment en cours.
- Rémunération des charges d'amortissement et du personnel dédié → en MIG dès 2017 ?

## ✓ Virage ambulatoire

- Objectif : circulaire frontière en 2018.
- D'ici fin 2017, critères permettant de distinguer ACE et Hospitalisation de Jour → document soumis à concertation.
- Sociétés savantes et CNAMTS sollicitées

## ✓ MIG « surspécialisation »

- Implication des ARS
- Objectif: rémunérer des prises en charge SSR très spécifiques, coûteuses, et non captables à travers le PMSI.

**→ En interne: Repérer au minimum une activité par spécialité à proposer à la DGOS avec une description médicale et des biais PMSI.**

## ✓ Adaptation des SI

- 2017: année de l'expérimentation avec volontaires (appel à candidatures via instruction et accompagnement financier).
- Objectif: cahier des charges informatique et déploiement entre sept 2017 et mars 2018.

**→ En interne: Trouver des volontaires. Attention à la charge de travail.**

## ✓ Autres sujets

- Chantier ANAP: les Monographies vont continuer (deux étab FHP-SSR pour l'instant)
- Hôpitaux de proximité SSR: objectif 2018

### Gestion Administrative

Les principaux éditeurs du module "Gestion administrative" des ES mono-activité SSR					
#	Nom éditeur	Part d'ES	Répartition par statut		
			privé à but lucratif	EBNL	Public
1	softway medical	12%	77%	23%	0%
2	alfa informatique	10%	11%	89%	0%
3	2csi	8%	18%	80%	2%
4	qsp systems	8%	82%	18%	0%
5	cegi	8%	84%	16%	0%
6	evolucare technologies	7%	47%	53%	0%
7	berger levraut	6%	0%	43%	57%
8	csis	5%	50%	50%	0%
9	sigems	5%	87%	13%	0%
10	calystene	5%	33%	67%	0%
11	dai sarl	3%	45%	55%	0%
12	agfa healthcare	3%	0%	41%	59%
Autres		20%			
		100%			

Softway medical est l'éditeur qui équipe le plus d'ES monoactivité SSR du module de gestion administrative avec 12% du nombre total d'ES dont 77% sont des ES mono-activité privé à but lucratif.

### DPI

Les principaux éditeurs du module "DPI" des ES mono-activité SSR					
#	Nom éditeur	Part d'ES	Répartition par statut		
			privé à but lucratif	EBNL	Public
1	evolucare technologies	38%	44%	46%	10%
2	2csi	9%	80%	18%	2%
3	softway medical	7%	16%	62%	22%
4	qsp systems	6%	9%	91%	0%
5	berger levraut	5%	67%	0%	33%
6	calystene	5%	88%	12%	0%
7	dai sarl	5%	58%	42%	0%
8	software life	4%	17%	0%	83%
9	cs3i	3%	50%	50%	0%
Autres		19%			
		100%			

### PMSI SSR

Les principaux éditeurs du module "PMSI SSR" des ES mono-activité SSR					
#	Nom éditeur	Part d'ES	Répartition par statut		
			privé à but lucratif	EBNL	Public
1	evolucare technologies	30%	44%	48%	9%
2	softway medical	14%	84%	11%	5%
3	2csi	8%	16%	80%	4%
4	medialog	5%	100%	0%	0%
5	agfa healthcare	4%	0%	77%	23%
6	berger levraut	4%	0%	65%	35%
7	sigems	4%	88%	12%	0%
8	calystene	4%	16%	84%	0%
9	dai sarl	4%	43%	57%	0%
10	software life	3%	0%	13%	88%
Autres		20%			
		100%			



## Conclusions et perspectives

### Travaux prévus

- Proposition V2017
  - Nouveaux GN de la CM 08
  - Racines avec forçage partiel

- Proposition V2018
  - Refonte du score de RR
  - Indice de complexité pour l'ensemble de la classification
    - Augmentation du nombre de niveaux
    - Seuils de durée

#### Groupes nosologiques

- Amputations
- Fractures multiples et traumatismes associés

GN	Subdivision RR	
	GME 2.4	GME 2017
Amputations	oui	oui
Fractures multiples et traumatismes associés	oui	oui
Fractures du membre supérieur	oui	Forçage RR
Lésions articulaires et ligamentaires du genou	oui	Forçage RR
Affections non traumatiques de la colonne vertébrale (Affections rachidiennes dégénératives en V2017)	oui	Forçage RR
Complications mécaniques d'implant O-A	non	oui
LT de la colonne vertébrale et du bassin	non	oui
Autres LT O-A	non	oui



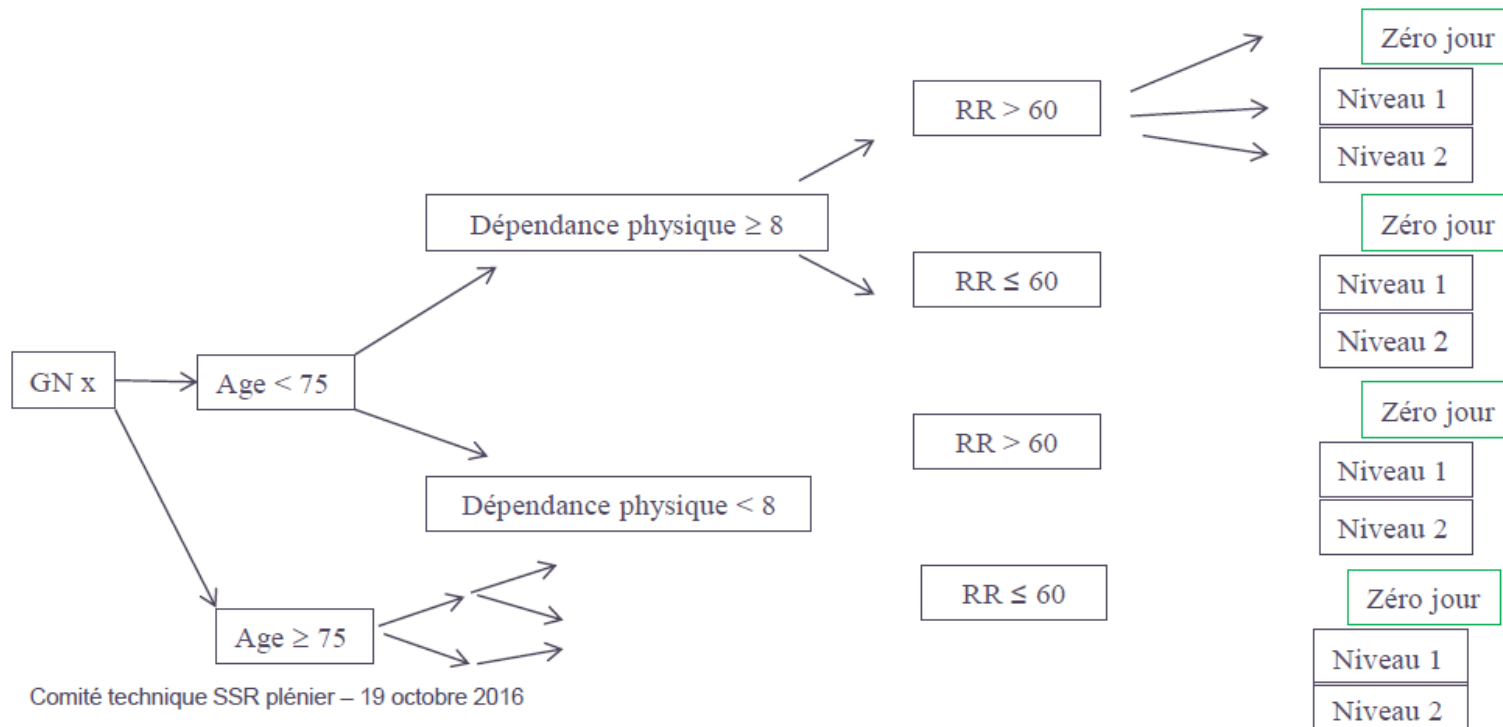
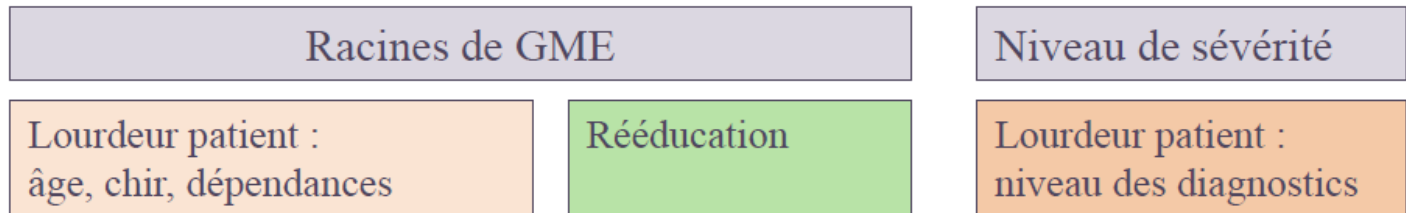


# a. Problématique

## Méthode actuelle → nb de groupes

Plus le nombre de variables prises en compte est important, plus le nombre de groupes augmente

GN



## b. Moduler le niveau avec des variables patients

### De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité

### Evolution possible de la classification

GN

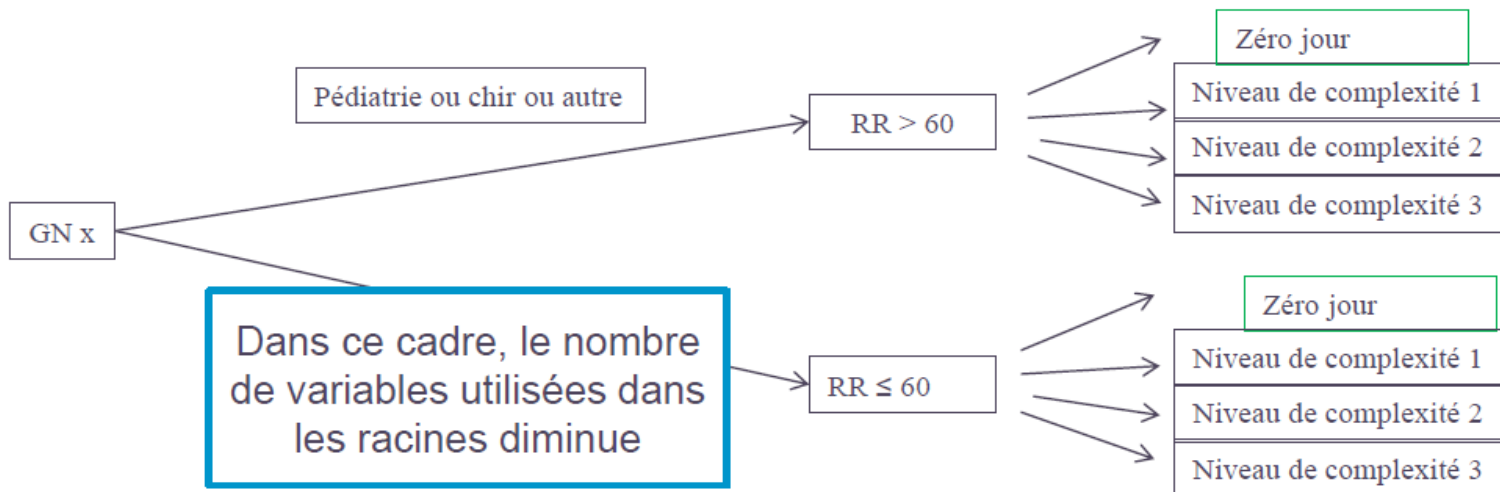
Racines = variables importantes d'un point de vue descriptif (pédiatrie, rééducation)

Niveaux de complexité = variables patients essentielles d'un point de vue économique

Description du patient simplifiée (dont pédiatrie)

Rééducation

Complexité patient : Niveau de sévérité et variables patient



# 1eres restitutions d'indicateurs d'analyse activité SSR

- **Le 13 juillet:** l'ATIH transmet aux Fédérations et aux établissements des restitutions d'indicateurs d'analyse de l'activité SSR:
  - **Ce n'est pas des simulations financières**
  - Mais un positionnement relatif des lourdeurs « économiques » des séjours et journées → basé sur une échelle économique (? = ENC ?) et le case-mix des établissements
  - PMCT, PMJT et IP-DMS: si l'indicateur est  $> 1$  alors l'activité de l'établissement **est en moyenne plus lourde que l'activité nationale**
  - Une analyse en intra sectoriel car deux échelles de pondération

## Indicateurs de restitution

**IP-DMS :** = Durée Moyenne de Séjour (DMS) / DMS nationale

**PMCT relatif :** = PMCT / PMCT national

Permet de comparer les établissements entre eux

--> *Toutes activités confondues, le PMCT relatif est pondéré par le nombre de journées*

avec PMCT = Poids Moyen du Cas Traité = Valorisation Economique / Nb séjours (ou journées)

**PMJT relatif :** = PMJT / PMJT national

Permet de comparer les établissements entre eux

avec PMJT = Poids Moyen de la Journée Traitée = Valorisation Economique / Nb journées (quelque soit le type d'hospitalisation)

Données 2014 retraitées avec  
classification GME 2015

Pas de prise en compte des autres  
compartiments (MO, PTS, MIGAC)

# 1eres restitutions d'indicateurs d'analyse activité SSR

## ➤ 1<sup>ère</sup> analyse macroscopique du PMJT relatif

### ▪ Par région

Régions	PMJT relatif avec Coefficient Technicité				
	Nb étab	Moyenne	Min	Max	Var
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	16	0,94	0,77	1,16	0,01
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	49	1,01	0,66	3,10	0,11
Auvergne-Rhône-Alpes	38	1,02	0,79	1,92	0,03
Bourgogne-Franche-Comté	23	0,93	0,76	1,27	0,02
Bretagne	6	0,95	0,87	1,00	0,00
Centre Val de Loire	17	0,94	0,77	1,24	0,01
Corse	5	0,85	0,64	1,02	0,02
Ile-de-France	83	0,97	0,76	1,36	0,01
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	63	1,07	0,79	2,81	0,10
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	31	1,02	0,77	1,24	0,01
Normandie	26	1,02	0,81	1,47	0,03
Pays-de-la-Loire	10	0,93	0,84	1,08	0,01
Provence-Alpes-Côte d'Azur	78	1,01	0,68	1,59	0,04
ZZ-Guadeloupe	10	0,98	0,83	1,29	0,02
ZZ-Martinique	2	1,09	1,00	1,17	0,01
ZZ-Réunion	9	1,00	0,74	1,22	0,02
Total général	466	1,00	0,64	3,10	0,04

Sur les 466 établissements

- 289 ont un ratio inférieur à 1 (62%)
- 177 ont un ratio supérieur à 1 (38%)

# 1eres restitutions d'indicateurs d'analyse activité SSR

## Par spécialité (classification en fonction de l'activité par UM)

Spé	PMJT relatif avec Coefficient Technicité				
	Nb étab	Moyenne	Min	Max	Var
<b>POLY</b>	<b>194</b>	<b>0,97</b>	<b>0,74</b>	<b>1,93</b>	<b>0,03</b>
<b>LOCO</b>	<b>57</b>	<b>1,04</b>	<b>0,86</b>	<b>1,33</b>	<b>0,01</b>
<b>CARDIO</b>	<b>36</b>	<b>1,01</b>	<b>0,83</b>	<b>1,51</b>	<b>0,02</b>
<b>PAPD</b>	<b>33</b>	<b>0,95</b>	<b>0,83</b>	<b>1,24</b>	<b>0,01</b>
<b>LOCO-NEURO</b>	<b>26</b>	<b>1,11</b>	<b>0,92</b>	<b>1,45</b>	<b>0,02</b>
<b>PAPD-POLY</b>	<b>23</b>	<b>0,93</b>	<b>0,84</b>	<b>1,07</b>	<b>0,00</b>
<b>ADDICTO</b>	<b>20</b>	<b>0,91</b>	<b>0,66</b>	<b>1,34</b>	<b>0,03</b>
<b>SYSTDIG</b>	<b>16</b>	<b>0,87</b>	<b>0,64</b>	<b>1,45</b>	<b>0,05</b>
<b>RESPI</b>	<b>15</b>	<b>1,09</b>	<b>0,86</b>	<b>1,54</b>	<b>0,04</b>
<b>NEURO</b>	<b>9</b>	<b>1,20</b>	<b>0,86</b>	<b>1,59</b>	<b>0,05</b>
<b>LOCO-POLY</b>	<b>7</b>	<b>0,92</b>	<b>0,86</b>	<b>1,01</b>	<b>0,00</b>
LOCO-NEURO-CARDIO	3	1,09	1,04	1,17	0,00
LOCO-PAPD	3	0,98	0,96	1,02	0,00
CARDIO-POLY	2	1,10	0,99	1,20	0,02
CARDIO-RESPI	2	1,01	1,00	1,02	0,00
LOCO-CARDIO-RESPI	2	1,08	1,00	1,16	0,01
ONCO-PAPD	2	1,00	0,90	1,10	0,02
ONCO-POLY	2	0,98	0,89	1,08	0,02
RESPI-PAPD	2	0,97	0,95	1,00	0,00
SYSTDIG-POLY	2	0,92	0,90	0,95	0,00
CARDIO-RESPI-PAPD	1	0,97	0,97	0,97	
LOCO-CARDIO	1	1,12	1,12	1,12	
LOCO-NEURO-SYSTDIG	1	0,95	0,95	0,95	
LOCO-RESPI	1	1,07	1,07	1,07	
LOCO-SYSTDIG	1	0,92	0,92	0,92	
NEURO-CARDIO	1	1,07	1,07	1,07	
ONCO	1	1,32	1,32	1,32	
SYSTDIG-PAPD	1	0,85	0,85	0,85	
<b>Total général</b>	<b>464</b>	<b>0,99</b>	<b>0,64</b>	<b>1,93</b>	<b>0,03</b>

- 142 < 1  
(moy=0,90)
- 52 > 1  
(moy=1,17)

- 26 < 1  
(moy=0,91)
- 7 > 1  
(moy=1,07)

Les « poly » fortement impactés avec les « PAPD », « Addicto » et « Système Dig »

En attente d'autres éléments chiffrés...

## ➤ Risques

- ✓ Manque de visibilité à court et moyen terme ;
- ✓ Marge de manœuvre régionale ?
- ✓ Lien autorisation-financement: un modèle qui ne permet pas, à ce stade, un financement dédié pour les mentions spécialisées
- ✓ Virage ambulatoire: complémentarité versus substituabilité → quelles prises en charge en HdJ (circulaire frontière SSR) ?

## ➤ Opportunités

- ✓ Réduire les écarts tarifaires par un ajustement progressif des tarifs
- ✓ Virage ambulatoire: coordination et suivi des patients (HdJ, ACE, diversification de l'offre (USLD, MS, Centres de santé,...))