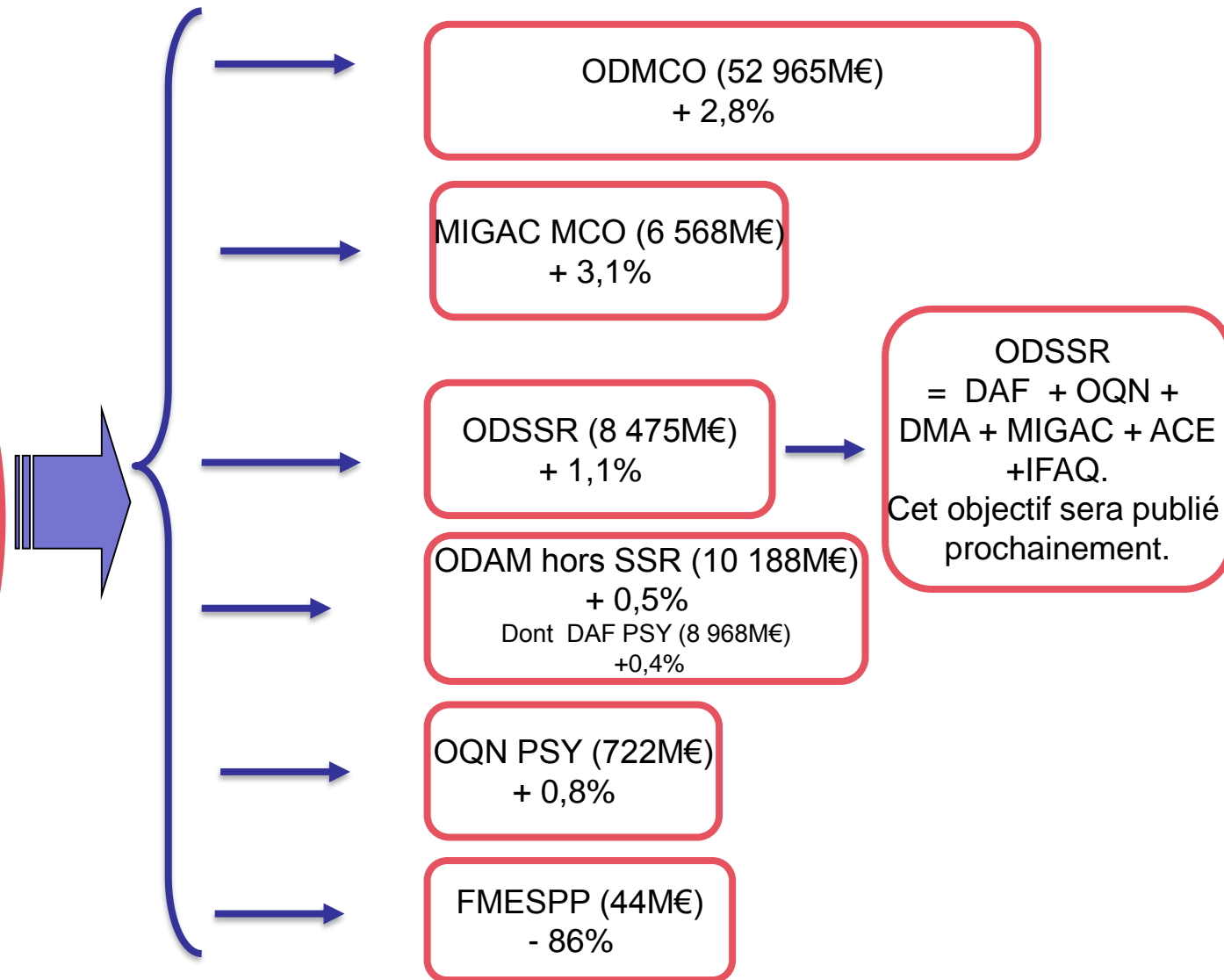


12^{ème} Club des Médecins DIM

Point d'actualité SSR

30 mars 2017

Paris



Ces taux d'évolution intègrent l'effort d'économies 2017 mais ne tiennent pas compte des mises en réserve prudentielles 2017.

- Les tarifs de l'OQN PSY et SSR évoluent respectivement de -2,4% et -2,3%;
- Les principes retenus pour la campagne sont:
 - *Une prévision d'évolution d'activité 2017 en adéquation avec les dynamiques 2016 constatées soit pour l'OQN PSY +2,9% et pour l'OQN SSR +3,9%;*
 - *Une reprise liée aux exonérations de charge au titre du CICE et du pacte de responsabilité de -0,47% pour l'OQN PSY et de -0,52% pour l'OQN SSR.*
- Seule modulation tarifaire 2017, celle au titre du CICE : fixation de tarifs différenciés entre établissements privés à but lucratif et non lucratif afin de prendre en compte l'avantage fiscal lié au CICE (modulation opérée depuis 2014).



Mises en réserve prudentielles ONDAM ES 2017

La loi de programmation des finances publiques précise que le montant minimum des mises en réserve prudentielles doit représenter au moins **0,3%** de l'ONDAM.

Le quantum total de mises en réserve devant peser sur l'ONDAM établissements en 2017 n'est pas encore arbitré. Pour autant, sont déjà arbitrés les éléments suivants:

- **Le valeur du coefficient prudentiel MCO est fixée à 0,7% pour les 2 secteurs à compter du 1^{er} mars 2017, correspondant à 280M€ ;**
- **La dotation prudentielle OQN (SSR et PSY) équivalente au coefficient prudentielle, soit 0,7% permettant la mise en réserve de 20M€, à compter du 1^{er} mars 2017 ;**
- **96M€ de mises en réserve sur la DAF (PSY et SSR):** la ventilation entre ces deux champs sera établie dès la publication de l'ODSSR 2017 (mi avril) et opérée dans le cadre de la 1^{ère} circulaire budgétaire.

✓ Observatoire économique de l'hospitalisation privée et publique 6 janvier 2017

Année	Evolution remboursée brute	Effet tarif	Effet volume
2013	4,9%	-0,4%	5,4%
2014	4,5%	-0,4%	4,9%
2015	2,0%	-2,0%	4,0%
PCAP 2016	2,1%	-2,4%	4,6%

* Hors Coefficient prudentiel

+4% confirmé

- En attente des données 2016 consolidées
- Une activité toujours importante mais qui avait tendance à décroître
- HDJ +++ sans une baisse de l'HC équivalente
- Tarifs HdJ < Tarifs HC

✓ Premiers arbitrages sur la CT 2017: (en attente des textes)

CT 2015	Effort Economie	CICE	PDR	MRP	Reval SSM	Total
	-0,65%	-0,94%	-0,56%	-0,35%	0,15%	-2,35%

CT 2016	Effort Economie	CICE	PDR	MRP	Reval SSM	Total
	-1,57%	-0,23%	-0,42%	-0,50%	-	-2,72%

CT 2017	Effort Economie	CICE - PDR	MRP	Reval SSM	Total
	- 1,08%	-0,52%%	-0,70 %	-	-2,3%

29% reversé, soit une MRP d'en réalité **-0,35%**

✓ Liens avec la « DMA »


- Effets négatifs limités à **-1%**
- Pas d'informations sur la limitation « + » → impact du **codage PMSI 2017 +++**

→ Une baisse maximale de **-3,3 %** pour certains établissements

✓ Evolution tarifaire hors « MIGAC/FIR »:

- Scolarisation des enfants, réinsertion sociale précoce, post AVC,... (2016)
- Plateaux Techniques Spécialisés
- MIGAC « hyperspécialisation » → *certaines activités, mal captées par la classification PMSI*
- IFAQ SSR → **10 M€**
- UCC, Equipes mobiles, etc.
- « **Etablissements en difficulté** » → *a flécher en priorité sur les établissements pénalisés par la DMA ?*

→ Montants non connus pour le moment



Limitation des impacts pour certains établissements

- ✓ 10% de DMA / Effets « négatifs » capés à 1%
- ✓ Montant « DMA » théorique calculé sur l'année 2016, reversé tous les 5 du mois
- ✓ Régulations prévues en fonction du codage 2017
- ✓ **Coefficients applicables :**
 - « *Transition* »: pour caper les effets négatifs
 - « *Frais de séjour* »: 0,9 sur toutes les prestations « séjour » (PJ, SSM,...) → pour abonder l'enveloppe DMA
 - « *Honoraires* »: pour rétablir l'assiette de reversement de DMA entre « tout compris » et « non tout compris »
- ✓ **Incidences et conséquences:**
 - ~~Clôture et réouverture des séjours au 1^{er} mars 2017~~ → La FHP-SSR a obtenu la non clôture des séjours administratifs, et médicaux → régulation a posteriori
 - TM calculé sur la base de **100%** (donc hors coefficient de 0,9) → Cf. courrier DGOS adressé à l'UNOCAM
 - **Rapprochement comptable impossible** entre le montant DMA et la facture patient → en attente expertise → **contentieux possible ?**

- ✓ Publication officielle des tarifs GME fin mars/début avril
- **Mi avril !!! Décalage des procédures ?**
- ✓ Facturation 100 % possible jusqu'à **fin avril (fin mai ?)**
- ✓ Dès le 1^{er} mai (1^{er} juin ?):
 - Toutes les prestations séjours sont calculées avec le coefficient de 0,9
 - Le 5 mai, les établissements reçoivent le versement de 3^{10ème} de DMA → mars, avril, mai (ou 4^{10ème} ...)
 - Les versements mensuels « DMA » prennent en compte l'ensemble des coefficients: transition, honoraires, RR, géographique
- ✓ Tous les trois mois, ces montants sont **ajustés**, en plus ou en moins, en fonction des données **PMSI 2017** + régulation fin 2017 et mars 2018

SS2I, CPAM, Assureurs complémentaires
sont informés du processus et du mécanisme...

✓ Révision(s) du modèle

- Impact score RR
- Groupes nosologique: groupes de travail « techniques » par grande catégorie majeure
→ médecins d'établissements + sociétés savantes + ATIH/DGOS
- **Démarche Inter FD**: *Sortir du « tout statistique » et demandes d'arguments médicaux*

✓ Demande de mesures nouvelles, notamment pour l'incitation au développement de l'HdJ

✓ Lien **autorisation-activité-financement (mentions spécialisées et reconnaissances contractuelles)**: rapprochement FEHAP, idée à porter pour 2018

✓ Sensibilisation des associations d'usagers:

- Neuro: Association BEVAÑ (Bien-Etre et Vivre Avec une maladie Neurologique)
- Cancéro : Ligue Contre le Cancer
- CISS: conf. tel du 1^{er} mars avec Mme Claude RAMBAUD (Vice Présidente)

✓ Sensibilisation des ARS, en lien avec les PRS

✓ Sensibilisation des adresseurs et des sociétés savantes:

- AP HP pour la cancéro
- Société Française de Cardiologie pour les SSR « cardio »

- Révision du modèle
- Grilles tarifaires, bornes, suppléments, DMS, ...
 - Lien autorisation-financement-activité ?
 - Mesures nouvelles
- Actions juridiques possibles

Focus HC vs HdJ vs ACE...



Rappel du contexte

Le périmètre de la prise en charge ambulatoire en SSR sans hébergement est constitué :

- *De prises en charge effectuées en hospitalisation à temps partiel (HTP) : hospitalisation de nuit et hospitalisation de jour ;*
- *Des prises en charge en activité externe (actes et/ou consultations).*

1) Objectif à court terme : définition la plus précise possible de la frontière entre l'HTP et l'externe

- *En 2017* : à travers les critères en cours de définition au sein de l'arrêté prestations SSR ;
- *En 2018* : à travers la définition d'une circulaire frontière SSR.

2) Objectif à moyen terme : l'année 2017 a pour objet de préciser les différentes modalités de l'alternative à l'hospitalisation en SSR :

- Précision des différentes modalités de l'HDJ ;
- En fonction des travaux complémentaires (dont la description de l'activité), l'opportunité des séances en SSR ;

Opportunité de la mise en place d'une prestation intermédiaire.



Indicateurs permettant de décrire l'HTP SSR

Éléments de définition :

- *Durée de la prise en charge en HTP* : la période durant laquelle le patient est admis de manière discontinue en HTP SSR de la première venue à la fin de la dernière venue ;
- *Le nombre de venues durant la prise en charge* : le nombre de journées de présence effective durant cette période.

→ Ces définitions ont vocation à refléter les spécificités des modalités de prises en charge en SSR, qui peuvent être itératives et discontinues.

Ex : Mr X est admis le 2 janvier 2017 en HDJ pour rééducation post opératoire d'une PTH à raison de 3 fois par semaine. Il finit sa rééducation le 28 janvier 2017.

- La prise en charge s'effectue sur une durée de $28 - 2 = 26$ jours ;
- Le nombre de venues du patient s'élève à 12 jours

NB : lorsque la venue est d'un jour on parle de GMT 1j puisqu'il y a bien une journée de présence.



Conditions de facturation d'une HDJ SSR

Le projet d'arrêté prestations doit prévoir les critères de qualification d'une HDJ. Ces critères sont en cours de concertation et prévoient à ce stade :

- a) **L'admission dans une structure respectant les CTF des structures alternatives à l'hospitalisation** : « Une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique, à savoir une structure d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit respectant les conditions techniques de fonctionnement propres à ces structures, telles que définies par le décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète. Ces structures doivent ainsi disposer des moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels du ou des actes réalisés ».

- b) **L'utilisation des moyens de la structure**: « Une prise en charge donnant lieu à l'utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d'hospitalisation à temps partiel et impliquant notamment la réalisation d'au moins deux actes **différents, relevant de la classification commune des actes médicaux ou du catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation, hors actes complémentaires**, sur un ou plusieurs plateaux techniques disposant d'un équipement de réadaptation et de rééducation requis pour répondre aux besoins du patient. »



Conditions de facturation d'une HDJ SSR

- c) **La sollicitation des moyens de la structure** : « Une prise en charge pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire est assurée par une équipe médicale et paramédicale. Elle est composée d'au moins deux professionnels qui interviennent chaque jour, et est coordonnée par un médecin ou une sage-femme, dont la présence est requise dans les conditions prévues au (e). »
- d) **Une traçabilité de la prise en charge** : « La traçabilité de la prise en charge est assurée à chaque venue »
- e) **Les modalités et fréquences d'intervention des professionnels de santé** : « Lors d'une venue unique un compte rendu d'hospitalisation est effectué par un médecin à l'issue de la prise en charge. Lors de venues répétées, le projet thérapeutique doit être décrit par un médecin lors de la première venue. Une synthèse intermédiaire écrite est effectuée a minima toutes les cinq venues et toutes les quatre semaines par le médecin coordonnateur ou la sage-femme. Enfin, lors de la dernière venue, un compte rendu d'hospitalisation de la prise en charge est effectué par un médecin. »

Ouvrir, dès 2017, la possibilité des ACE aux consultations et actes pluridisciplinaires pour le secteur sous OQN.

Critère a)

« Une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique, à savoir une structure d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit respectant les conditions techniques de fonctionnement propres à ces structures, telles que définies par le décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète. Ces structures doivent ainsi disposer des moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés ~~pour répondre aux risques potentiels du ou des actes réalisés.~~ adaptés aux besoins du patients.

Critères b) et c)

Au regard du caractère « cumulatif » de chacun des critères, nous souhaitons, a minima, que les critères b) et c) soient regroupés de la manière suivante :

*« Une prise en charge donnant lieu à l'utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d'hospitalisation à temps partiel et impliquant notamment la réalisation d'au moins deux actes **différents, collectif ou individuel, relevant de la classification commune des actes médicaux ou du catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation, hors actes complémentaires**, sur un ou plusieurs plateaux techniques disposant d'un équipement de réadaptation et de rééducation requis pour répondre aux besoins du patient. **A défaut du respect du critère pré cité, la prise en charge, au global sur le séjour, doit, à minima, revêtir un caractère pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire et être assurée par une équipe médicale et ou paramédicale ou d'autres professionnels (professeur d'APA, assistante sociale,...). Elle est composée d'au moins deux professionnels qui interviennent chaque jour, et est coordonnée par un médecin ou une sage-femme, dont la présence est requise dans les conditions prévues au (e).** »*

Nous attirons votre vigilance sur le fait qu'il ne faudrait pas exclure du champ des intervenants les professionnels suivants :

Les professeurs d'APA, art thérapeutes, orthoprothésistes, diététiciens, assistantes sociales,

Les intervenants médicaux :médecins MPR ou d'autres spécialistes en « vacations » ou avis spécialisé (cardiologue, neurologue, psychiatre..)

Quid du repérage de l'activité des infirmières ?

HTP SSR : premiers éléments descriptifs de l'activité



Hospitalisation à temps partiel SSR

Premiers éléments descriptifs

- **Objectif :** Caractériser les prises en charge d'HTP SSR
- **Matériel :**
 - Bases nationales PMSI SSR 2013-2015
 - Variable « **type d'hospitalisation** »
 - Code 1 : Hospitalisation complète (y compris de semaine)
 - Code 2 : Hospitalisation partielle de jour
 - Code 3 : Hospitalisation partielle de nuit
 - Code 4 : Traitements & cures ambulatoires (Séances)

Hospitalisation à temps partiel SSR

Répartition par type d'hospitalisation

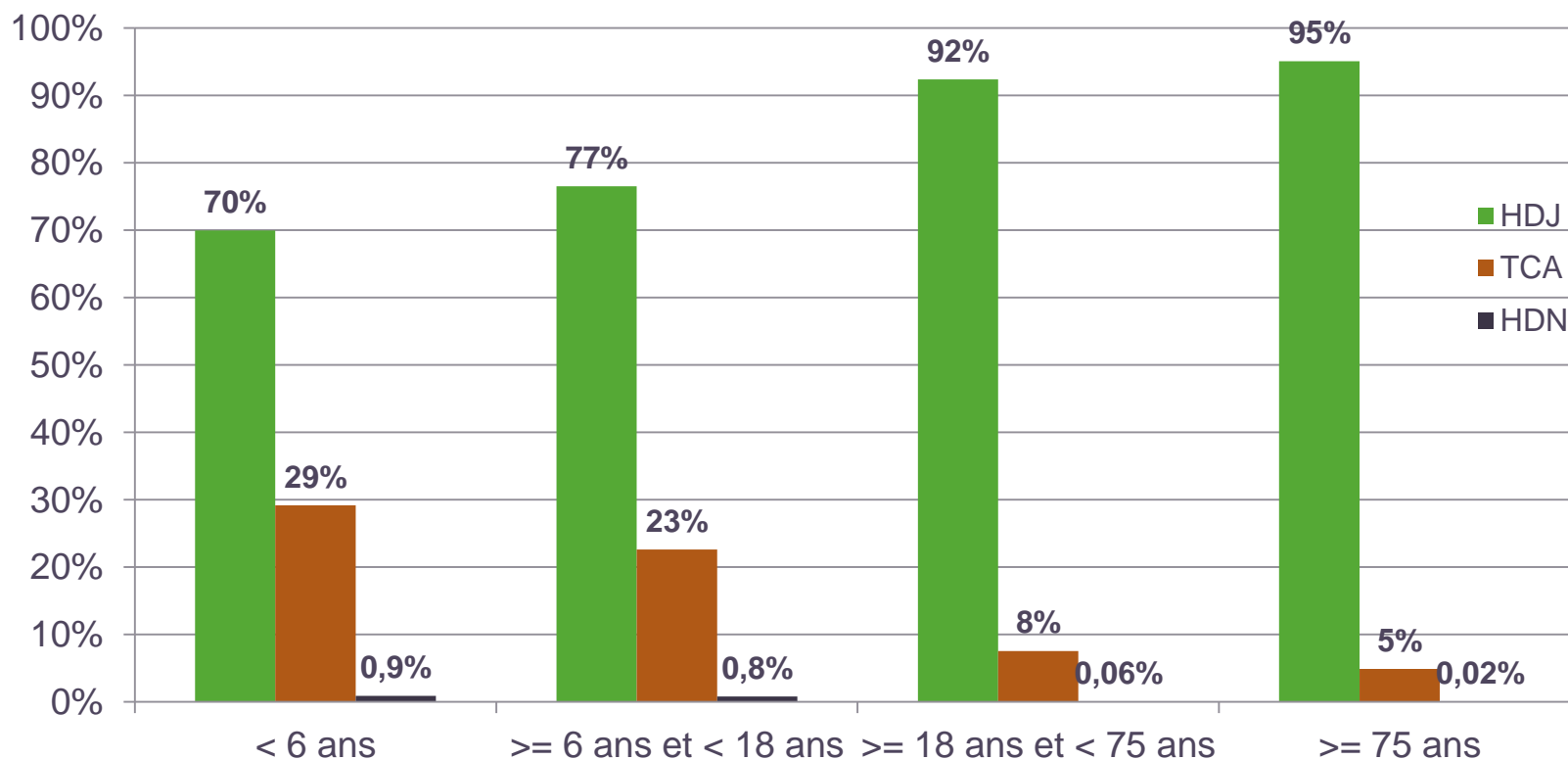
Journées*	2013	2014	2015	Variation 2013/2015
HC	33 167 330 91,3%	33 429 154 92,0%	34 311 606 94,5%	+3,5%
HDJ	2 958 674 8,1%	3 190 861 8,8%	3 465 534 9,5%	+17,1%
TCA	180 738 0,5%	178 218 0,5%	193 751 0,5%	+7,2%
HDN	12 093 0,03%	13 035 0,04%	10 846 0,03%	-10,3%

*BDD SSR 2013-2015

Hospitalisation à temps partiel SSR

Caractéristiques des patients

- Répartition 2015 des patients* par classes d'âge & type d'hospitalisation

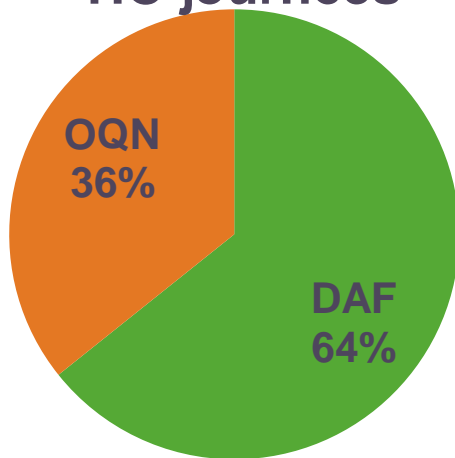


*BDD SSR 2015

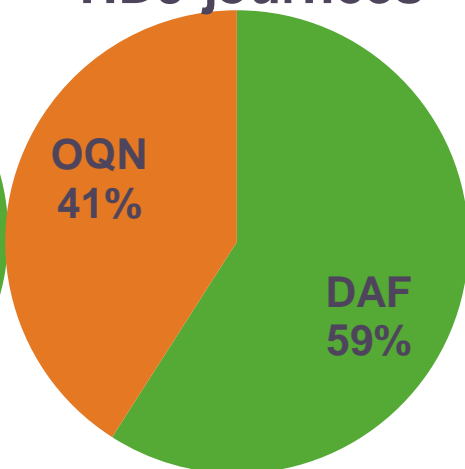
Hospitalisation à temps partiel SSR Caractéristiques des établissements

- Répartition des journées* par type d'hospitalisation et type d'établissement

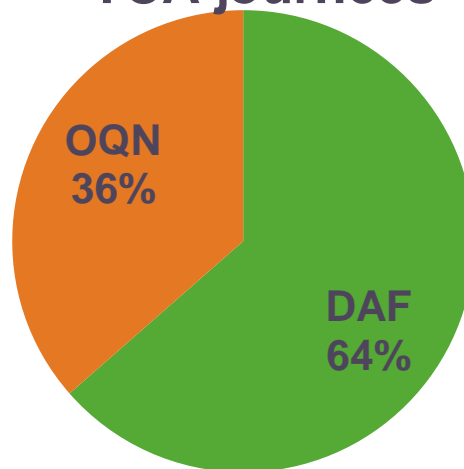
HC journées



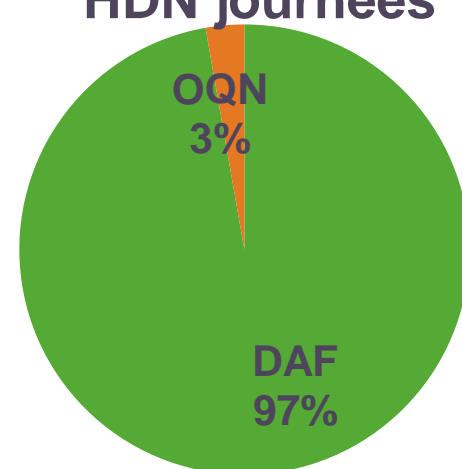
HDJ journées



TCA journées



HDN journées



*BDD SSR 2015

Hospitalisation à temps partiel SSR

Répartition par autorisation

○ Répartition des journées selon les autorisations / BDD SSR 2015

HDJ par autorisation	HDJ
Affections de l'appareil locomoteur	42,0%
Affections du système nerveux	20,6%
Affections cardiovasculaires	15,0%
Soins polyvalents	12,0%
Total	89,6%

HDN par autorisation	HDN
Aff. liées aux conduites addictives	93,0%
Total	93,0%

TCA par autorisation	TCA
Affections de l'appareil locomoteur	31,9%
Soins polyvalents	28,1%
Affections cardiovasculaires	24,0%
Total	84,0%

Hospitalisation à temps partiel SSR

Répartition par CM

- Les CM qui cumulent 80% des journées / BDD SSR 2015

HDJ par CM	HDJ
Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	45,7%
Affections du système nerveux	25,5%
Affections de l'appareil circulatoire	16,0%
Total	87,2%

HDN par CM	HDN
Troubles mentaux et du comportement	92,7%
Total	92,7%

TCA par CM	TCA
Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	41,2%
Affections de l'appareil circulatoire	30,1%
Affections du système nerveux	12,6%
Total	83,9%