
Actualités du financement des activités de SSR

Le 31 octobre 2017

20171031_SYFMER_etablisements.docx.docx

Par Jean-Pascal Devailly

Les derniers décrets et le PLFSS 2018

Le cadre de financement de l'activité de SSR est précisé dans le [décret n° 2017-500 du 6 avril 2017](#) relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation. Deux arrêtés du 5 mai 2017, précisent les nouveautés, [l'arrêté « prestations »](#) et [l'arrêté « tarifaire »](#).

Le nouveau modèle de financement entre en vigueur progressivement, à compter du 1er mars 2017, sur la base d'**une fraction majoritaire (90%)** des anciennes modalités de financement : dotation annuelle de financement pour les établissements financés sur cette base ou bien sur la base de prix de journée et autres suppléments pour les établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national, et d'**une fraction minoritaire (10%)**, appelée « fraction de tarifs », des nouvelles modalités de financement fondées sur la part activité de la dotation modulée à l'activité.

Une année de transition était prévue pour la période du 1er mars 2017 au 28 février 2018. Un coefficient de transition a été mis en place visant à ne pas gagner ou perdre plus de 1% par rapport aux ressources 2016. [Le PLFSS 2018](#) prolonge la période transitoire jusqu'au **31 décembre 2019**.

Ce financement progressif sera mis en œuvre sur l'ensemble des composantes du modèle :

- *L'activité et les consultations externes* : Paiement possible à 100% au 1er janvier 2018 pour les établissements sous Dotation annuelle de financement.
- *Le compartiment plateaux techniques spécialisés (PTS)* sera ouvert le 1^{er} janvier 2020. D'ici là, les MIG « PTS » perdurent. Cette logique doit également être appliquée pour les ateliers d'appareillage ainsi que pour les unités cognitivo-comportementales (UCC)
- *Le compartiment Molécules Onéreuses (MO)* ne sera ouvert que le 1^{er} janvier 2020. D'ici là, les établissements sous DAF continueront à bénéficier de la redistribution d'une enveloppe identifiée. Une enveloppe nationale est répartie au prorata des consommations, évaluées en masse, des MO déclarées dans FICHCOMP
- *Elargissement du compartiment MIGAC* (avec notamment les équipes mobiles)
- Le modèle d'incitation financière à la qualité (IFAQ) intègre en 2017 les activités de SSR.

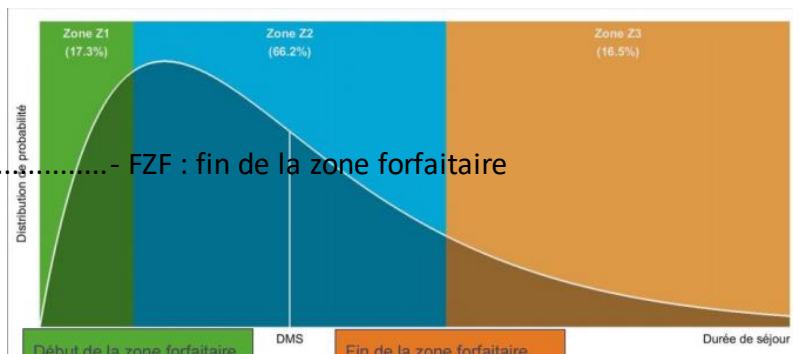
Les modalités de calcul du nombre de journées de présence du patient en établissement de SSR évoluent à compter du 1er mars 2017 et repose sur la *présence du patient à minuit dans l'établissement*. La dernière journée de présence n'est pas comptabilisée.

Pour les prestations hospitalières avec ou sans hébergement, pour **chacun des GME**, correspond un **forfait de séjour et de soins dénommé « groupe médico-tarifaire » (GMT)**, à l'exception de l'activité de soins palliatifs.

La valorisation de l'activité repose sur trois zones de financement : une zone dite basse, une zone forfaitaire, et une zone dite haute.

Dès lors, pour les GMT concernés, 6 informations sont requises pour la valorisation :

- DZF : début de la zone forfaitaire
- TZB : tarif de la zone basse
- TZF : tarif de la zone forfaitaire
- SZB : supplément de la zone basse
- SZH : supplément de la zone haute



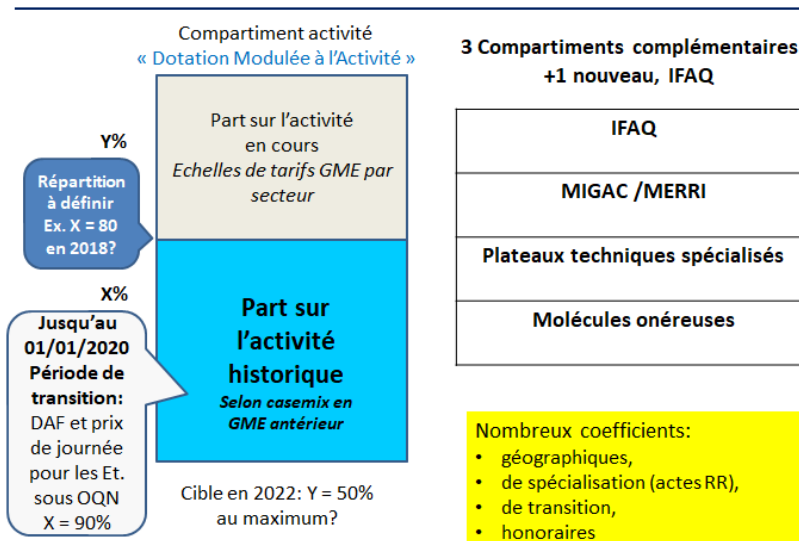
De nombreux coefficients accompagnent le dispositif visant notamment à limiter les effets revenus

Les coefficients de spécialisation. Ce coefficient, qui doit limiter les risques de sous-valorisation de l'activité RR, s'applique globalement sur l'ensemble de l'activité valorisée au niveau d'un établissement. Le nombre de points RR des séjours SSR est égal à la somme des pondérations des actes RR (actes CSARR + actes CCAM). La majoration est *a minima* 0,35 par point RR. Calcul du coefficient de spécialisation : $1 + (\text{nb de points} \times 0,35) / \text{Valorisation des séjours}$. Le coefficient devait être « dégressif » dans les années à venir.

Le modèle cible et le report du dispositif jusqu'au 31 décembre 2019

Le PLFSS 2018 repousse au 31/12/2019 la période transitoire au terme de laquelle doivent disparaître les anciennes modalités de financement (DAF et prix de journée). La part à l'activité se partagera dans une proportion variable à déterminer entre une part sur l'activité historique (par exemple les deux années précédentes) et une part à l'activité en cours.

Architecture du modèle cible de financement des SSR



Conclusion et perspectives

Le nouveau mode de valorisation des séjours en SSR suppose le calcul de la valorisation d'un séjour selon le nombre de journées de présence de ce séjour. Des simulations effectuées pour les accidents vasculaires cérébraux montrent certaines incohérences. Pour certaines racines de GME, l'écart de valorisation entre niveau 2 et niveau 1 est moins élevé pour toutes les durées de séjour et augmente beaucoup moins vite selon la durée de séjour si le score RR est élevé (>91). L'écart de valorisation négatif pour le niveau 2 dans le cas où le score RR reflète une prise en charge plus intensive ne paraît pas cohérent pour répondre aux besoins de profils de patients requérant des programmes de soins intensifs et complexes de rééducation-réadaptation.

Les premiers résultats sont inquiétants pour la valorisation des activités de MPR :

- Peu d'incitation financière à faire des séjours courts
- Impact fort du niveau de dépendance physique et cognitive, et du niveau de sévérité (CMA)
- Impact moindre de la rééducation pour les AVC avec hémiplégie ou avec toute autre déficience

La prolongation du dispositif transitoire jusqu'au 31/12/2019 est le résultat de failles méthodologiques profondes dans la construction de la classification. Il est légitime de remettre en cause le fondement d'une classification à visée tarifaire qui ne s'est pas donné la possibilité de construire des groupes de patients médicalement homogènes en SSR. La solution serait de passer par l'identification de programmes de soins qui décrivent des procédures homogènes pour des profils de patients homogènes au regard des pratiques médicales requises et donc des coûts de la prise en charge. Le schéma général serait le suivant :

Profil homogène de besoins → Procédure thérapeutique → Ressources nécessaires

Critères définissant l'activité ambulatoire de MPR en MCO et en SSR

Signalons le document récent [HOSPITALISATION DE JOUR OU A TEMPS PARTIEL EN MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION Groupe de travail Rhône-Alpes et FEDMER](#) - Révision Mars 2017

En court séjour, les séances d'injections de toxine botulique ne rentrent plus systématiquement dans le cadre des HDJ que sous des conditions strictes tenant aux caractéristiques des patients ou des actes. Sans ces conditions elles relèvent d'un forfait sécurité environnement (SE). Par exemple, en ajoutant l'acte PCLB003 et le forfait SE5 la **perte est de 70 euros par séance**. En SSR le remboursement partiel de la toxine comme MO suppose la remontée dans FICHCOMP.

Les discussions concernant une instruction frontière en SSR sont repoussées à 2018. Un des enjeux est l'opportunité de mettre en place une prestation intermédiaire comme en MCO.

- *Admission dans une structure* respectant les conditions techniques de fonctionnement des structures d'alternatives à l'hospitalisation (art. D.6124-301) : moyens locaux, matériel, personnel, équipements adaptés (risques potentiels des actes réalisés)
- *Utilisation des moyens de la structure* : mobilisation d'au moins 1 plateau technique disposant d'un équipement de réadaptation et de rééducation requis pour répondre aux besoins des patients

- *Professionnels mobilisés et traçabilité de la prise en charge* : au moins trois interventions, collectives ou individuelles, réalisés par au moins 1 professionnel médical, paramédical ou socio-éducatif, l'acte relevant de la CCAM, de la NGAP et/ou du CSARR
- *Coordination de la prise en charge* par un médecin ou une sage-femme. Un rythme de synthèse et la production de lettres de liaison et de CRH sont exigibles.

Certains points devront être clarifiés : la notion d'intervention : acte / intervention / intervenant ; la notion d'acte global : acte réalisé en plusieurs temps sur plusieurs venues ; la comptabilisation éventuelle des actes pluri-professionnels ; les modalités de la synthèse ; la prise en compte totale ou partielle des actes infirmiers ; la prise en compte du score de dépendance.

Annexe 1 : Plateaux Techniques Spécialisés (PTS)

La notice de l'ATIH [NOTICE TECHNIQUE n°CIM-MF- 341-5-2017 du 17 mai 2017](#) détaille le compartiment plateaux techniques spécialisés (1). Ce compartiment devrait comprendre le financement de 6 plateaux techniques dont les couts sont insuffisamment captés par la classification GME :

- Piscine – Balnéothérapie
- Plateau d'isocinétisme
- Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement
- Rééducation robotisée des membres inférieurs et supérieurs
- Simulateur de conduite automobile
- Un seuil de déclenchement devrait être mis en place, destiné à écarter les équipements inusités

Ces PTS devraient faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle avec l'ARS. Un: code extension documentaire des actes CSARR doit être saisi.

Le [groupe technique rattaché à ma mission SSR-ATIH](#) (2) travaillant sur les PTS propose une méthodologie qui, pour 2017, repose sur une enquête de décomposition des bases : recensement des équipements existants, Utilisation des données disponibles (RTC par ex), une des difficultés étant de construire une doctrine comptable. Le premier travail est celui de l'éligibilité au financement, avec la question des équipements atypiques et dont le bénéfice thérapeutique est contesté par les experts et celle des nouveaux équipements émergents, facteurs de SMR

Il s'agit de définir chaque PTS et son périmètre, de manière à recenser les équipements existants et qui répondent bien à des standards de prise en charge : dimensionnement minimum en deçà duquel on considère qu'il ne peut pas répondre à sa destination.

Dans l'exemple des plateaux d'analyse du mouvement, la méthode est celle du groupe d'experts de la SOFMER. L'approche repose sur une graduation du niveau SMR des PTS. Faut-il distinguer les PTS en fonction du niveau de « recours » auxquels ils répondent et ajuster le financement en fonction ? Tel n'est pas en première intention le parti pris, mais c'est un sujet de réflexion. Faut-il maintenir le recours en MIG voire MERRI ou unifier le financement des PTS au sein d'un compartiment unique ? La réflexion en graduation a été menée sous l'égide de la FHF : est-elle soluble dans le financement réformé ? Trois niveaux sont ainsi distingués dans le tableau 1 :

- PT standard, niveau 1 : enregistrement vidéo,
- PT spécialisés, niveau 2 : systèmes combinés
- PT innovants, niveau 3 : systèmes combinés à haute valeur technologique

Tableau 1

AQM	Standard	Spécialisé	Innovant
Matériel	Enregistrement vidéo	Motion analysis Marche Analyse cinématique Analyse cinétique EMG plateaux de force Compte-rendu	Motion analysis ; Marche ; Membre supérieur ; Mouvements des yeux Analyse cinématique ; Analyse cinétique EMG plateaux de force Environnement virtuel EEG - BCI Compte-rendu
Personnel		Technicien Professionnels formés (MPR, kinés)	Ingénieur Technicien Professionnels formés (MPR, kinés) Chercheurs
Activité	Aide au diagnostic Suivi clinique	Neurologie - locomoteur Aide au diagnostic Evaluation Dispositifs médicaux spasticité Expertise clinique recours	Neurologie - locomoteur Aide au diagnostic, Evaluation, Dispositifs médicaux, spasticité Expertise clinique recours Recherche clinique
Surface		Minimale 70m2	Minimale 70m2

La CCAM permet objectivation du SMR, traçabilité des actes via le recours à une nomenclature. Les actes CSARR doivent faire l'objet d'une saisie des extensions documentaires.

Annexe 2 : MIGAC – Listes des 15 activités – Arrêté du 4 mai 2017

- V01 Scolarisation des enfants hospitalisés en SSR
- V02 Réinsertion professionnelle en SSR
- V03 Consultations d'évaluation pluri-professionnelle post AVC
- V04 Rémunération des internes en stage hospitalier
- V05 Effort d'expertise des établissements
- V06 Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC)
- V07 Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)
- V08 Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)
- V09 Programme de recherche médico-économique (PRME)
- V10 Hyperspécialisation
- V11 Rémunération et charges sociales des personnels MAD des organisations syndicales représentatives des personnels des Ets SSR
- V12 Equipes mobiles en SSR
- V13 Unités cognitivo-comportementales (UCC)
- V14 Plateaux techniques spécialisés (PTS)
- V15 Ateliers d'appareillage

Liens utiles :

[Diaporama du COPILSSR du 21 septembre 2017 – PLFSS 2018](#) (site du CNP de MPR)

[ATI.H. Financement 2017 des activités de SSR](#) (voir [NOTICE TECHNIQUE n°CIM-MF- 341-5-2017 du 17 mai 2017](#))

Campagne tarifaire et budgétaire 2017 Nouveautés « financement des activités de SSR »

[Plateaux Techniques Spécialisés Groupe Technique 27/04/2017 Mission SSR – ATI.H Diaporama](#)