

COPIL T2A en SSR – 28 juin 2012

Par Caroline BESNIER

ASIEM 6, rue Albert de Lapparent 75007

Animé par M. Félix Faucon, Chef de service DGOS, avec représentants ATIH, DGOS, DSS, CNAM, UGECAM, FHP, FHF, FEHAP, Croix Rouge, SOFMER-FEDMER (JP Devailly, PA Joseph)

PARIS, 29 juin 2012 (APM) - La bascule vers la tarification à l'activité (T2A) du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) sera effective en 2016, a annoncé vendredi à l'APM la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Un comité de pilotage sur le chantier T2A en SSR a eu lieu jeudi avec notamment la direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et les fédérations hospitalières.

La DGOS a indiqué qu'à partir de 2016, le passage à la T2A suivra "un déploiement progressif, compatible avec les capacités d'adaptation des établissements".

L'entrée en vigueur de cette réforme du modèle de financement était initialement envisagée pour 2008 puis a été repoussée à plusieurs reprises en raison des travaux techniques nécessaires et, depuis plusieurs mois, il était question d'une montée en charge progressive de la T2A à partir de 2013, rappelle-t-on.

Toutes les fédérations ont demandé jeudi un report du lancement de la T2A et ont fait part de leurs critiques sur le modèle proposé et le projet de classification de l'activité en SSR (cf APM CBPET002 et APM CBPFK005).

S'agissant de la période 2013-16, la DGOS a précisé que le financement actuel des SSR (prix de journée) entrera dans une "phase transitoire, tenant progressivement et davantage compte de l'activité médicale des établissements".

"L'évolution des modalités de financement intégrera au fur et à mesure les enseignements issus de l'expérimentation d'outils nouveaux (description de l'activité, classification des prises en charge, notamment) et des données collectées sur plusieurs exercices, cela pour bénéficier du recul et de la robustesse statistique nécessaires".

La DGOS souligne que ces évolutions s'inscrivent dans la continuité des travaux ouverts depuis plus de deux ans.

Elles seront menées "à l'aide d'outils méthodologiques concertés et construits avec le soutien technique de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), validés par l'ensemble des parties prenantes -dont les fédérations hospitalières- et mis en oeuvre par les établissements, à l'issue de formations préalables".

La DGOS précise que la nouvelle nomenclature des actes de soins de suite et de réadaptation (SSR), appelée catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (Csarr) (cf APM CBPD6003), sera généralisée "courant 2013".

Elle "permettra de mieux décrire la nature des activités médicales, paramédicales et d'accompagnement social réalisées par les établissements, tandis que se poursuivront les travaux relatifs à l'élaboration de la classification des prises en charge, base du futur modèle de financement".

Des participants au comité de pilotage ont précisé à l'APM que le **Csarr devrait être utilisé par les établissements au plus tard à partir du 1er juillet 2013**. Ce délai devrait laisser davantage de temps pour la formation des professionnels et l'adaptation des logiciels.

Les fédérations se sont réjouies du report du lancement de la T2A, du délai accordé pour l'utilisation du Csarr et de la relance du dialogue et de la concertation avec le ministère de la santé sur le chantier de la T2A en SSR.

Pour la campagne tarifaire 2013, des participants ont précisé à l'APM que la dotation des établissements continuerait à être modulée à partir de l'indice de valorisation de l'activité (IVA), introduit lors de la campagne 2009.

Il pourrait y avoir un peu de modulation sur les plateaux techniques et sur les molécules onéreuses ainsi que par rapport à des paramètres qualitatifs à définir, a indiqué à l'APM la Fédération de l'hospitalisation privée des soins de suite et de réadaptation (FHP-SSR). Elle a toutefois observé que jusqu'à présent, la modulation était très faible et ne permettait pas de compenser l'augmentation des charges et la stagnation des tarifs.

La DGOS rappelle par ailleurs que **les visites de conformité des établissements SSR, réalisées par les agences régionales de santé (ARS), s'achèveront en 2012**.

UNE T2A A LA SEQUENCE ET NON PLUS AU SEJOUR

Par ailleurs, les fédérations ont salué un "changement de paradigme" car **la T2A devrait désormais être construite non plus au séjour mais à la séquence, dans le cadre d'un parcours de soins**.

La FHP-SSR a mis en garde contre un risque d'hospitalocentrisme dans la définition des parcours de soins car les structures SSR publiques sont souvent intégrées à l'hôpital, contrairement à celles du privé. Elle demande un traitement égalitaire entre les structures publiques et privées.

La Fehap, qui porte également la voix de la Croix-Rouge lors des comités de pilotage, a insisté sur le grand désarroi qu'avait provoqué le projet de classification car il avait défini une tranche d'âge allant 0 à 18 ans, trop large pour prendre en compte la spécificité des prises en charge, notamment celle des très jeunes enfants.

La Fédération hospitalière de France (FHF) a demandé à avoir le contour des différents compartiments du modèle (activité; missions d'intérêt général -MIG-; plateaux techniques et ateliers d'appareillage; molécules et dispositifs médicaux onéreux). "Les travaux sur les MIG, malgré des demandes des professionnels, se sont limités à trois sujets très ciblés, les sujets majeurs que sont la coordination, la réinsertion, l'inscription de l'offre de soins sur le territoire n'ont délibérément pas été abordés lors des travaux préparatoires".

La FHF souhaite que les travaux sur la T2A en SSR s'inscrivent en cohérence avec la révision du modèle MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et tiennent compte des limites identifiées en termes de coopération et de parcours du patient.

Pour la Fehap, il faudrait créer une MIG (mission d'intérêt général) pour les activités très spécialisées de SSR pédiatriques.

Elle demande aussi une précision sur la prise en charge des coûts des prestations interétablissement, notamment entre court séjour et SSR, et que les structures de SSR puissent développer l'hospitalisation à temps partiel même si elles ne peuvent pas augmenter par ailleurs le volume de leur activité.