

## COPIL T2A en SSR – 28 juin 2012

Rapport rédigé par Jean-Pascal Devailly et Pierre-Alain Joseph  
Texte surligné par G. de Korvin

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)

### Introduction de Félix Faucon (directeur adjoint DGOS)

"Le cap de la T2A en SSR est confirmé" = maintien de la tarification à l'activité, rien n'est décidé concernant le modèle de financement (« classification non mature »).

La calendrier est modifié et considérablement remanié. 2013 sera une phase de transition, le calendrier prévoit un basculement progressif vers un nouveau modèle cible en 2016 (nouveau modèle ou évolution du système actuel ?).

Remarques préliminaires de fédérations :

**La FHP** constate l'incertitude totale ressentie par ses adhérents face à la future classification et l'absence de visibilité économique du modèle, en période de restructurations et de visites de conformité, où il faut tout de même gérer les établissements et les projets. La question se pose d'une instruction officielle pour que ces visites se fassent selon les décrets de 2008 et non selon les exigences des cahiers des charges régionaux.

La crainte de la FHP est que ces normes s'imposent tout de même par l'intermédiaire des PRS et les CPOM (hiérarchie des sources). *Note personnelle JPD : surveillons de près ce point quand nos ratios de MPR « dérégulés » deviennent parfois indigents.* Il n'y a pas aujourd'hui de modèle de fonctionnement qui éclaire le lien attendu entre réforme des autorisations et tarification.

La FHP demande qui est le donneur d'ordre politique de l'ATIH. Malgré sa capacité à proposer des pistes techniques, elle lui paraît en revanche « bloquée par l'absence de commande politique claire ».

La FHP demande une véritable concertation, une visibilité sur la Version 0 de la classification, la transparence du travail et un rapport explicatif détaillé et chiffré (variables utilisées, parts de variance expliquée).

Quelles sont les autres pistes pour la tarification? Peut-on faire des simulations sur des établissements volontaires, des échantillons proposés par les fédérations ?

La FHP rappelle sa défiance sur la notion de « séjour » et appelle à l'utilisation de la notion de « séquence » qui reflète la diversité et la spécificité du champ SSR.

**La FHF** revient sur l'absence de visibilité des prises en charge réelles et de l'organisation des soins, qui risque de mettre à mal la réalité du secteur. Le système « tout tarif » est dangereux et le travail devrait s'inscrire dans un cadre commun avec la révision de la T2A en aigu, en faisant appel aux notions de coopération et de parcours.

Il faut « changer de paradigme », chercher une alternative au modèle actuel par des simulations et faire des SSR un sujet central dans les parcours de soins du patient.

Pierre-Alain Joseph, pour la Sofmer, revient sur le caractère réducteur et insuffisant du modèle actuel dont les regroupements ne répondent ni aux besoins ni à la réalité

des coûts. Ce sentiment est partagé par d'autres disciplines que la MPR notamment la gériatrie et la psychiatrie.

Il est noté que la DAF est ponctionnée par les ARS en particulier au regard des efforts de gel demandés sur les allocations budgétaires 2012: 33% sur la DAF et le reste sur les "AC" des MIGAC (« réserves de précaution »).

### **Félix Faucon revient sur les remarques des fédérations:**

Il rappelle l'opposition de DGOS à une tarification au séjour en SSR, la T2A en SSR ne devant pas être un cousin de celle du MCO. Nous avons pourtant pu entendre récemment qu'un tel modèle était étudié par les experts techniques. Le groupe de travail de l'ATIH, en concertation avec les fédérations, doit fournir des éléments (en utilisant notamment les infos CSARR, disponibles à partir de la fin 2013 ?). Poursuite des réflexions sur les compartiments MIGAC, plateaux techniques, molécules onéreuses (MERRI SSR non évoquées).

Nous sommes dans un contexte de crise des ressources financières globales, les dépenses "étant sous contrôle depuis 3 ans".

La question des dépenses liées aux prestations inter établissements est évoquée. Une circulaire sur la prise en charge des transports est en préparation.

La notion de parcours commence à faire "flores", avec deux dimensions, la coordination médicale et la coordination financière. Des « séquences », ou « parcours » mais Félix Faucon appelle ici les acteurs à se mettre d'accord sur la terminologie pourraient inclure de l'ambulatoire avant un séjour en SSR, et de l'ambulatoire après. *Note personnelle JPD : il n'a pas cité explicitement l'aigu avant le post-aigu, mais on ne peut qu'y penser dans un système de bundling élargi, ambulatoire aigu SSR, ambulatoire qui pourrait se rapprocher d'une forme de « capitation ».* Il conviendra d'être très vigilants à ce sujet tant les formes de coordination financières sont incertaines à cet égard.

Les ressources sont habituellement allouées à des personnes morales (praticiens ou établissements), mais pourraient être allouées à une entité plus large que la personne morale en charge de coordonner l'allocation de ressources à divers acteurs territoriaux de la prise en charge.

**Remarques des fédérations (FHF et FEHAP):** ne voit-on pas pointer le nez du *managed care* par les assurances maladie autrement dit une situation où le régulateur ou le financeur deviendrait ordonnateur (David Causse)? La question des financements particuliers à certains secteurs SSR (pédiatrie, obésité, hématologie) est également à nouveau évoquée.

Les présentations suivantes confirment les délais supplémentaires pour un modèle cible qui n'est pas davantage précisé\*.

Pour le reste pas de modification notable pour 2013.

Les enquêtes sur les Plateaux techniques, les médicaments onéreux et les MIGAC seront finalisées en 2013. La modulation continue, son taux pourra varier. Les fédérations se désolent de rester encore prisonniers si longtemps de la "boite IVA"

Le CSARR dont les pondérations viennent d'être publiées sur le site de l'ATIH peut être utilisé dès juillet si toutefois les logiciels le permettent. Les deux obstacles au déploiement du CSARR sont la mise à jour des logiciels qui semble poser problème et les formations qui dans certaines régions vont s'échelonner jusqu'à la fin de

l'année. Si l'ATIH plaide pour une utilisation obligatoire dès janvier 2013, il est probable compte tenu des difficultés remontant du terrain que ce sera plutôt mars ou juillet 2013 comme le demande la FHP. Il est évoqué la date du 1<sup>er</sup> juillet 2013 comme date limite de mise en place de la saisie CSARR pour les établissements.

#### Objectifs évoqués/calendrier

- pas d'éléments sur les orientations budgétaires et l'évolution globale des dotations de la campagne SSR 2013 (la DGOS présente le SSR comme ayant été favorisé vis-à-vis du MCO en 2012...)
- 2015 classification CSARR v2 consolidée à partir de l'ENC
- 2013 dotations budget attribuées sur les données CDAR (puisque remontées CSARR insuffisantes)
- 2013 exploitation enquêtes molécules onéreuses, MIGAC, Plateaux techniques
- Groupes de travail préparatoires = réunion groupe plateaux techniques le 11 juillet, réunions en septembre molécules onéreuses, MIGAC, Plateaux techniques
- Pas de nouvelle date fixée d'un nouveau comité de pilotage T2ASSR

#### **Pondérations du CSARR**

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009B00009FF>

\* Il faut consulter les documents des comités techniques ATIH

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009E00001FF>