

Note à l'attention des délégations régionales concernant l'avancée du modèle de financement SSR

Le dernier comité de pilotage SSR a eu lieu à la DGOS le 27 juin 2016. Lors de ce COFIL, des annonces ont été faites sur l'avancement des travaux en vue du nouveau modèle de financement SSR.

1. Démarrage du nouveau modèle de financement en 2017. Toutefois l'année 2017 sera considérée comme la première année de la période transitoire. Elle permettra aussi d'ajuster le modèle si nécessaire.

[La FHF a poussé pour que le nouveau modèle de financement en SSR démarre impérativement en mars 2017 et avec un signal fort d'engagement dans ce modèle.](#)

2. Les simulations financières réalisées par l'ATIH seront adressées aux établissements au plus tôt en **octobre 2016**. Pour le moment, les simulations effectuées ne permettent pas de caler le modèle final car basées sur des données de coûts de l'ENC de 2011 et 2012 donc trop anciennes avec des effets revenus importants.

Néanmoins, l'ATIH a engagé ses travaux dans le sens de deux échelles de pondération différentes : l'une pour les ex-DAF et l'autre pour les ex-OQN

L'ATIH va envoyer aux fédérations 3 indicateurs par établissement (poids moyen du cas traité, poids moyen de la journée traitée et IP-DMS) ainsi qu'aux établissements.

Cet envoi est destiné à analyser le positionnement de l'établissement par rapport au national en fonction de son activité et de sa performance en termes de durées de séjours. Cela viendra éclairer ensuite les résultats des simulations financières qui seront données en octobre et permettra de repérer d'éventuelles lacunes du modèle ou des erreurs portant actuellement sur la qualité du codage du PMSI SSR.

[La FHF va travailler sur ces indicateurs et revenir vers les établissements si besoin de manière à faire corriger au plus vite toute éventuelle erreur du modèle qui serait repérée. Il reste aux établissements à mettre leurs efforts sur une montée en charge rapide de la qualité du codage.](#)

Par ailleurs, l'ATIH va corriger l'ensemble des simulations financières en tenant compte d'un coefficient RR (rééducation/réadaptation) pour minimiser le risque de sous-valorisation de l'activité RR du modèle de classification actuel.

Ce coefficient sera unique par établissement, non pérenne et dégressif dans le temps.

[La FHF alerte sur le fait que les établissements qui auront le meilleur coefficient RR sont ceux qui décrivent actuellement beaucoup d'actes CSARR \(catalogue spécifique des actes de rééducation réadaptation\) et non l'inverse.](#)

[Il convient donc de veiller à obtenir rapidement l'exhaustivité du recueil des actes CSARR réalisés.](#)

3. Le modèle comporte toujours 5 compartiments :
 - a. Le compartiment maintenant intitulé DMA (dotation modulée à l'activité), le plus important, qui se scinde entre une dotation socle et un financement à l'activité réelle réalisée. La dotation « socle » sera basée dans le modèle de départ sur l'activité antérieure

PMSI (année N-1 et N-2) et non sur un socle basé sur les coûts fixes liés à la structure comme évoqué dans le rapport Véran. Néanmoins, dans le modèle cible, il est envisagé une évolution de cette partie socle qui pourrait intégrer une part structure plus importante en fonction de cahiers des charges liés aux autorisations accordées par les ARS ;

Pour tenir compte néanmoins du rapport Véran, en lieu et place d'une suppression ou simplification du CSARR (catalogue spécifique des actes de rééducation/réadaptation) serait envisagé la simplification du recueil hebdomadaire PMSI.

La FHF a porté l'idée qu'une simplification, si elle était possible, était préférable à une suppression du CSARR. Elle a surtout porté le souhait de mettre la simplification du recueil PMSI dans les priorités.

La cible du financement à l'activité n'a pas été fixée pour le moment.

La FHF a porté l'idée que la part de financement à l'activité devait représenter **au moins 50%**.

b. Le compartiment Molécules Onéreuses

Il a déjà été individualisé en 2016 au sein de la DAF. La liste actuelle, remontée avec les envois PMSI, n'est pas tout à fait la liste finale mais on s'en approche. Il a été ré-évoqué que, pour caler l'enveloppe dévolue aux molécules onéreuses, il fallait que les établissements SSR renvoient bien tous l'exhaustivité des MO de la liste 2016 ATIH sinon, dès l'arrivée du nouveau modèle, cette enveloppe risquerait d'être dépassée. Comme il lui est appliqué un coefficient prudentiel, on peut facilement imaginer qu'il ne serait pas rendu dès la première année si on dépassait l'enveloppe, d'où l'intérêt à ce qu'elle soit calibrée au plus juste dès le départ.

La FHF insiste pour que les établissements soient vigilants à remonter l'exhaustivité de ce compartiment. Elle a beaucoup œuvré pour que cette liste contiennent les traitements spécifiques et coûteux du SSR mais aussi les traitements intercurrents donnés aux patients lors de leur séjour en SSR mais non spécifiques de ce champ (exemple : des antibiotiques coûteux etc..)

c. Le compartiment MIGAC/MERRI

Il est mis en place depuis cette année. Arrivent en 2017, une MIG recours et une MIG équipes mobiles SSR

La DGOS demande à ce que les fédérations remontent le recensement de toutes les équipes mobiles autorisées par établissement notamment celles de liaison ou d'évaluation.

Par prudence, la FHF souhaite que toutes les équipes mobiles autorisées lui soient communiquées de manière à pouvoir les transmettre à la DGOS

d. Le compartiment IFAQ SSR

Il sera basé, au départ, sur des indicateurs transversaux déjà disponibles via la certification des établissements par la HAS

La FHF a demandé à ce que des indicateurs de parcours issus des logiciels Viatrajectoire et assimilés puissent être ajoutés

e. Le compartiment Plateaux techniques

Dans le modèle cible, ce compartiment deviendra le compartiment Structure.

Nous démarrerons le modèle avec la liste des 6 plateaux techniques dont les coûts sont difficilement pris en compte par la classification actuelle, à savoir la balnéothérapie, la rééducation robotisée membre supérieur et membre inférieur, l'isocinétisme, le laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement, la rééducation pour la conduite.

Ce compartiment sera financé sur la base d'un forfait annuel par plateau technique en fonction des surcoûts directs d'exploitation. Néanmoins, en fonction des simulations, le compartiment pourra compenser des coûts spécifiques liés à l'entretien d'un ou plusieurs plateaux de rééducation et des coûts observés liés à l'existence d'un portefeuille de compétences destiné à faire fonctionner les différents plateaux techniques d'un établissement de santé.

Pour prendre en compte le rapport Véran, le ministère envisage d'élargir, en cible, ce compartiment plateau technique qui deviendra **un compartiment Structure** pour rééquilibrer le modèle en diminuant la part à l'activité et en augmentant la part rémunérant la structure.

Ce compartiment tiendrait compte :

- du nombre de mentions spécialisées de l'établissement,
- de la présence d'une activité de rééducation/réadaptation mal prise en compte par la classification,
- des cahiers des charges par spécialité en termes de compétences médicales et paramédicales, immobilier, typologies de prises en charge

La FHF travaille actuellement sur ce compartiment plateaux techniques pour fournir un document de propositions à la DGOS. Elle sera vigilante à l'évolution en cible de ce compartiment car rien n'est dit sur le fait de ne pas déséquilibrer le modèle au détriment des établissements polyvalents.

Pour le PLFSS 2017, il est envisagé :

- de créer un ODSSR commun aux établissements privés et publics.

La FHF s'oppose à cette création pendant la phase transitoire. Elle est d'accord pour que cet ODSSR soit créé en cible. En effet, cette création impliquera, de fait, que tout dépassement de cet objectif sera compensé par un secteur ou par l'autre. Comme les établissements privés dépassent chaque année le taux d'évolution prévu pour le champ SSR, la régulation se fait avec les établissements privés MCO. Si l'ODSSR est créé, le dépassement des établissements privés SSR sera pris sur les établissements publics SSR.

- de corriger la base de calcul du TJP

La FHF avait d'ailleurs repéré cette erreur dans le PLFSS 2016 et avait écrit une proposition d'amendement en ce sens qui malheureusement n'a pas abouti.

- d'appliquer le coefficient RR (rééducation/réadaptation) pour corriger les valorisations de chaque établissement.

Résumé des positions FHF depuis 2 ans et demi

1. Sortir du financement actuel en DAF peu dynamique, sans évolution depuis des années et dissymétrique avec le secteur privé et aller vers un financement à l'activité
2. Financement à l'activité basé sur la classification en GME mais modèle transitoire en journées pondérées le temps que la classification devienne plus robuste pour permettre le financement au forfait GME
3. Financement des consultations et actes externes du champ SSR
4. Financement particulier à prévoir pour la pédiatrie : activité rare et à préserver
5. Financements MIGAC/ MERRI prenant en compte les équipes mobiles, la scolarisation de enfants, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement des parents (la DGOS n'étant pas d'accord sur les deux dernières MIG)
6. Financements des plateaux techniques rares et coûteux en prenant notamment en compte les coûts de maintenance et d'exploitation technique
7. L'obligation d'autorisations d'implantation délivrées par les ARS ou la DGOS pour les plateaux techniques en SSR
8. La prise en compte rapide de corrections du modèle à l'endroit de la précarité, de la polypathologie, du polyhandicap lourd de la dépendance et prise en compte des actes CSARR dès que possible
9. Application d'un coefficient de transition pour la phase de montée en charge vers le modèle cible et d'un coefficient géographique
10. Affichage d'un modèle cible à 50% au minimum financé à l'activité réelle réalisée