

Réforme du financement des SSR

Trajectoire des réformes et modèle cible

Les devises Shadok



EN ESSAYANT CONTINUUELLEMENT
ON FINIT PAR RÉUSSIR. DONC:
PLUS ÇA RATE, PLUS ON A
DE CHANCES QUE ÇA MARCHE.

Dans la forêt des sigles et acronymes

- **SSR** soins de suite et de réadaptation
- **MCO** médecine chirurgie obstétrique ou « court séjour »
- **PMSI** programme de médicalisation du système d'information
- **CAH** comptabilité analytique hospitalière
- **CM** Catégorie majeure ex « système nerveux » → **GN** groupes nosologiques; ex. AVC avec hémiplégie
- **GME** groupe médico-économique ex. AVC avec hémiplégie, pondéré par l'échelle de dépendance PMSI, le CSARR et des comorbidités valorisantes (CMA) → **GMT** groupes médico-tarifaires après fixation d'un tarif
- **GR** groupe de réadaptation (nouvelle classification V2021)
- **CSARR** catalogue spécifiques des actes de rééducation et réadaptation (RR)
- **CCAM** classification commune des actes médicaux
- **DMA** dotation modulée à l'activité
- **DAF** dotation annuelle de financement (établissements dits ex-DG, DG pour dotation globale)
- **OQN** objectifs quantifiés nationaux: « exOQN » désigne sauf rares exceptions les établissements privés à but lucratif
- **IFAQ** incitation financière à la qualité
- **MO** molécules onéreuses ex. toxine botulique
- **MIGAC** missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- **PTS** plateaux techniques spécialisés
- **ACE** actes et consultations externes
- **DGOS** direction générale de l'offre de soins
- **ATIH** agence technique d'information sur l'hospitalisation
- **PLFSS** projet de loi de finances de la sécurité sociale
- **OMS** organisation mondiale de la santé
- **CNP de MPR** Conseil national professionnel de Médecine physique et de réadaptation
- **ENC** échelle nationale des coûts: compare les coûts avant fixation des tarifs dans les GMT

Trajectoire des réformes

Une crise du processus de décision

- **Les réformes doivent simultanément concerner:**
 1. **Les autorisations SSR** et la définition d'activité homogènes au plan clinique et économique (implantations et conditions de fonctionnement)
 2. **La comptabilité analytique hospitalière** (la réadaptation est analysée en France comme section d'analyse médico-technique auxiliaire!)
 3. **Le PMSI-SSR**
 4. **La recherche d'une classification à vise tarifaire par cas** prévue pour constituer la majeure partie du financement
- **Sans pilotage cohérent de ces entités, l'impasse de la tarification en SSR est inévitable.**

Tarification en SSR: la trajectoire vers l'impasse

Impasse du financement à l'activité en SSR

Echec des modèles successifs de classification à visée tarifaire

Classifications à visée tarifaires

1^{ère} classification à visée tarifaire à la journée (1998)
→ Classification par cas en GME (2013)

Comptabilité hospitalière

Outils de recueil

Immobilisme des réformes du PMSI-SSR
CdARR → CSARR
qui ignore la CIF (2000)

PMSI-SSR (1996)

CAH (1997)
Pas de fonction clinique de réadaptation

Ignorance de l'ICHA (2004)

Création des SSR 1991 = moyens séjours

Réformes des autorisations 2008
Pas de distinction entre soins prolongés et réadaptation

Réforme des autorisations 2020
Absence de spécification de la fonction de réadaptation

Autorisations d'activités

CAH comptabilité analytique hospitalière
ICHA Classification internationale des comptes de la santé
CIF classification internationale du fonctionnement dont dérive l'ICHI, la classification internationale des interventions

L'exclusion des parties prenantes et la paralysie du processus de décision

Source : *Comité de pilotage SSR du 16 octobre 2019, nous n'avons pas d'éléments plus récents, mais les modalités d'association des CNP n'ont pas changé.*

Groupes de travail	Fédérations	CNP	Etablissements	ATIH	ARS	DGOS	HAS
Autorisations (4)	X	X			X	X	X
Classification (4)	X			X		X	
CSARR (1)	X	(X)		X		X	
Recueil (2)	X	X		X		X	
Valorisation de l'activité (2)	X		X	X	X	X	
Garantie (2)	X			X		X	
MIG / PTS (6)	X		X	X	X	X	
MO (2)	X			X		X	

La gouvernance des réformes est recentrée autour des COPIL et des CT ATIH

Les organisations de cliniciens (ici les CNP) ne sont pas associées à la conception des réformes du financement

Architecture du modèle cible de financement des SSR

Compartiment activité 50%

« Dotation Modulée à l'Activité » 4 Compartiments complémentaires

Jusqu'au
01/01/2021
Période de
transition:
DAF et prix de
journée pour
les Et. sous
OQN
X = 90%

X%

Part sur l'activité
en cours
*Echelles de tarifs GME
par secteur*

Y%

Part sur l'activité
historique
*Selon casemix GME des
années antérieures*

Répartition
inconnue

Z%

Nouvelle part
forfaitaire?

IFAQ
Molécules onéreuses
Plateaux techniques spécialisés
MIGAC /MERRI + autres compartiments forfaitaires: activités d'expertise...
+ 2 Nouveaux compartiments
Dotation de transformation
Dotation populationnelle

Nombreux coefficients:

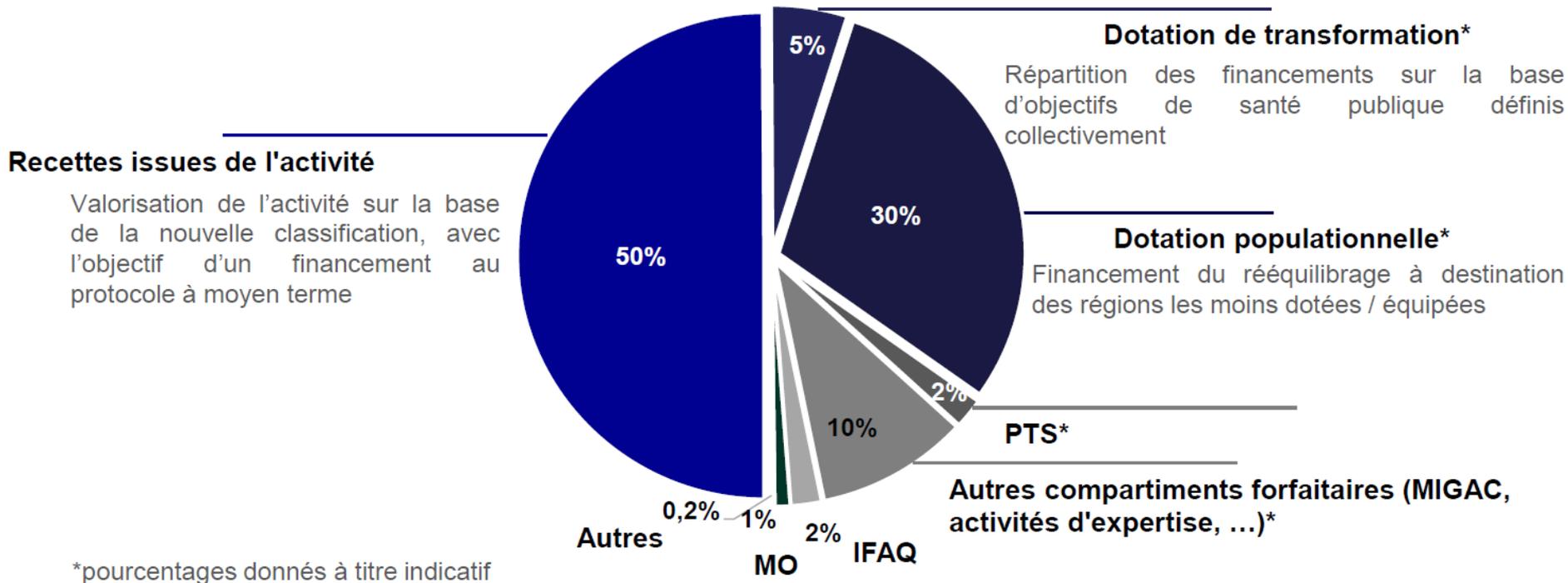
- géographiques,
- de spécialisation (actes RR),
- de transition jusqu'en 2026,
- honoraires.

La taille de chaque catégorie ne reflète pas la structure
du futur modèle de financement

Répartition des compartiments du financement pour ~~2021~~ 2022 (?)

Le modèle de financement cible proposé (DGOS mission SSR)

50% activité, 50% forfaitaire



*Les pourcentages sont donnés à titre indicatif

- **2022**: année de transition et neutralisation des « effets revenu »; entrée en vigueur de la **nouvelle classification**
- **2023**: entrée en vigueur du modèle dans la globalité; entrée en vigueur des **dotations populationnelles** régionales

Mise en œuvre prévue pour ~~2021~~ 2022?

avec garantie sur quasiment 100% des recettes

- Ce qui disparaît en 2022 mais **avec période d'ajustement**:
 - DAF (ex-DG)
 - DMA (ex-DG et ex-OQN)
 - Médicaments intercurrents, prestations hospitalières facturées (ex-OQN)
- Ce qui persiste: IFAQ, MIGAC
- Ce qui évolue: MO (ex-DG et ex-OQN), ACE
- Dispositif de sécurisation: **(uniquement pour 2022)**
 - Garantie de percevoir au minimum les recettes AM de l'année dernière (hors IFAQ et MO)
 - L'activité réelle valorisée en fin d'exercice sur la base de la nouvelle classification pour régularisation
- Mise en place d'un **comité de concertation régionale d'allocation de ressources SSR**

Modification du calendrier à prévoir selon les résultats des simulations?

La classification V2021 (pour 2022?)

- **Se dit fondée sur la « réadaptation » mais qu'en est-il en réalité ?**
- Le projet de classification V2021 est fondé sur l'outil le plus faible du PMSI-SSR français, le CSARR, aujourd'hui le seul susceptible d'analyser non pas ce qui est pertinent en termes de prises en charge mais ce qui est consommé comme ressources par les établissements.
- Périmètre exubérant (32 métiers codeurs) faute de définition claire de la réadaptation: *pour l'OMS la réduction au minimum des limitations fonctionnelles pour les personnes à risque de situation de handicap*
- Système de pondérations déconnecté de la réalité des pratiques qui interdit une utilisation cohérente pour la valorisation de la réadaptation
- Système de pondérations qui dans le moyennage des temps déconnecté des autorisations et des programmes de soins lisse vers le bas le poids des actes fréquemment pratiqués en SSR polyvalents
- Recherche illusoire d'actes marqueurs du type MCO, tous les actes pouvant sauf exception être pratiqués partout
- Pratiques d'optimisation prévisibles qui utiliseront en cours de séjour les actes marqueurs pour entrer dans les groupes les mieux valorisés

→ [Lettre du CNP de MPR, SOFMER et SYFMER à l'ATIH](#)

Trois chantiers identifiés et en parallèle pour finaliser la structure du modèle

Les enjeux

1

La financement de la spécialisation a vocation à se retrouver au mieux dans la valorisation de l'activité

2

Les coûts de spécialisation qui seraient indépendants de l'activité doivent être financés au forfait

3

Les acteurs sont en attente de stabilité et de lisibilité pluriannuelle des financements de manière à accompagner dans les meilleures conditions les nécessaires transformations de l'offre de soins en SSR

Les travaux

Définir des bons marqueurs de description du séjour (intensité de rééduc., dépendance fonctionnelle, cognitive,...)

Caractériser la nature des charges liées à la spécialisation

Etudier l'opportunité de mettre en œuvre en substitution / en complément de la part forfaitaire une garantie de financement de l'activité SSR

Mesurer l'impact des autorisations sur les coûts à travers l'ENC, par GN

Identifier le bon vecteur de financement

- tarif, GMT majoré
- part forfaitaire, MIG, PTS

La classification actuelle en GME

pour aboutir par le codage au GME qui décrit et valorise le mieux le programme de soins

Unité de groupage de la classification GME
Pour l'HC : le séjour*
Pour l'HTP : le RHS

AVC avec tétraplégie
AVC avec hémiplégié
...
...

15 Catégories Majeures (CM)

92 Groupes Nosologiques (GN)

273 Racines de GME (RGME)

743 Groupes Médico-Economiques (GME)

Système nerveux CM 01
Système ostéo-articulaire CM 08
...
...

Chacun des RHS du séjour est groupé dans un GN
En HC, le séjour se voit attribuer le GN le plus fréquent parmi ses 10 premiers RHS
Puis l'ensemble des autres informations du séjour oriente vers les racines GME (RGME)

RGME 0147A : AVC avec hémiplégié , score phy <= 8 , score ARR <= 90
...
...
RGME 0147F : AVC avec hémiplégié , score phy >= 9 , score cog >= 5 , score ARR >= 91

Niveau 0

Niveau 1

Niveau 2

Tarifs?

Principes de classification dans les RGME

1. Age : celui du 1er RHS : 0-17, 18-74, ≥75
2. Indicateur post-chirurgical : ≤ 90 j, >90j
3. Dépendance physique : celle du 1er RHS en HC
4. Dépendance cognitive : celle du 1er RHS en HC
5. Score des ARR : somme des pondérations de tous les actes du séjour divisée par le nombre de jours de présence en ne comptant que les jours du lundi au vendredi

Principes de classification dans les GME

- GME Niv 0 : p. en charge réalisées au cours d'1 seule journée
- GME Niv 1 : niveau « de base »
- GME Niv 2 : seulement en HC,
 - le séjour doit comporter au moins un RHS avec un code (CIM-10 ou CCAM) marqueur de sévérité,
 - le niveau 2 doit exister pour le GME considéré.

Le projet de classification V ~~2021~~ 2022?

Le projet d'arborescence

Quelle est la pathologie ou prise en charge principale?

Quelle est le type de réadaptation reçue par le patient?

Quel est le poids économique du aux caractéristiques du patient hors diagnostic?

Quel est le poids économique du aux autres pathologies prises en charge?

Les 4 niveaux hiérarchiques

CM



GN

Morbidité principale

Actes CCAM/ CSARR typiques des prise en charge spécialisées

Groupes de réadaptation

Age,
dépendance
Post-chir

Indice de lourdeur

CMA

Sévérité

Indice de réadaptation: 4 indicateurs
Temps patient spécialisé (Σ temps des actes) par jour /par séjour
Temps patient global (Σ temps des actes) par jour /par séjour

Le projet de réforme de la classification ATIH est fondé sur le constat de l'absence de définition claire de la réadaptation spécialisée

- **Dans les unités spécialisées les prises en charge spécialisées sont plus fréquentes**
- **La réadaptation spécialisée contient des « actes typiques » (CCAM ou CSARR)**
- **Ces actes caractériseraient la réadaptation de la pathologie principale**
- **Ces actes typiques sont plus fréquents dans les unités spécialisées**

Remarque: à l'étranger c'est l'orientation vers la réadaptation spécialisée donc l'évaluation des besoins et du potentiel de réadaptation *ex ante* qui constitue le premier nœud de l'arborescence et non la mesure *ex post* des ressources consommées

Conformément au tableau de la dia 6, les CNP ne sont associés que par l'intermédiaire des fédérations.

Le classement en catégorie majeure et en groupe nosologique est inchangé par rapport à la classification v2020.

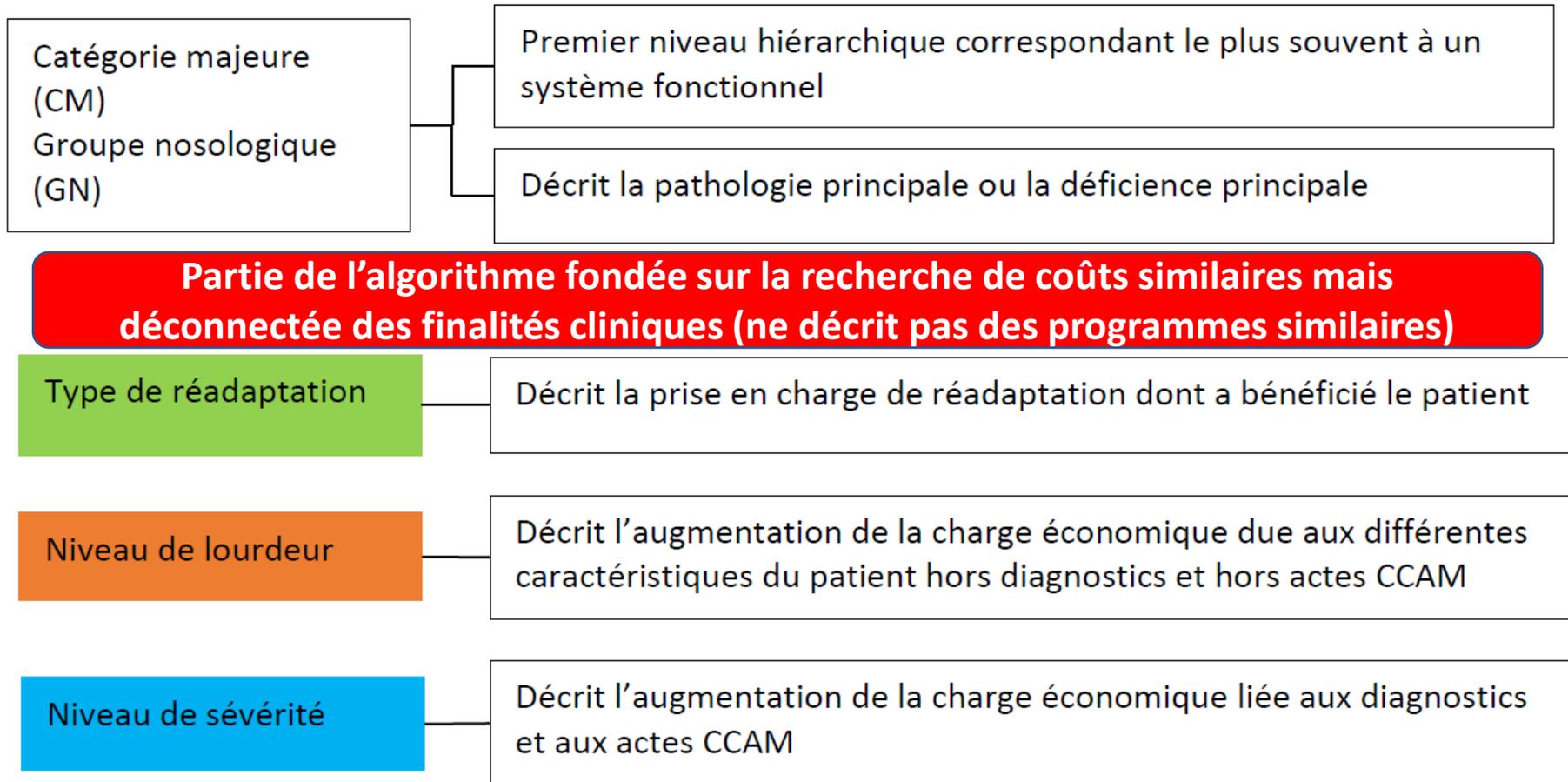


Figure 1: De la CM au niveau de sévérité : définition des niveaux hiérarchiques de la future classification

Processus de groupage

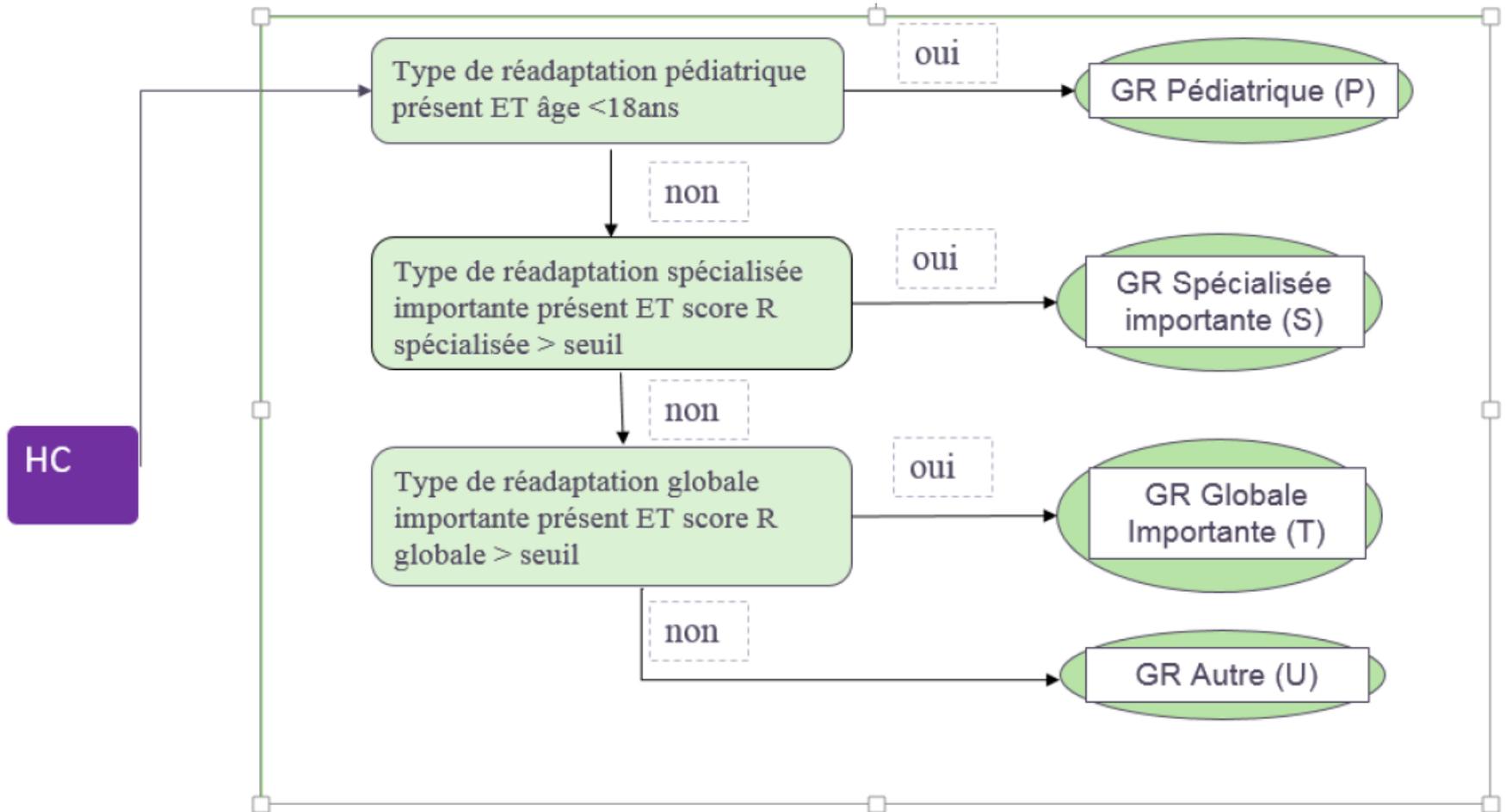


Figure 4: processus d'orientation générale en groupe de réadaptation pour l'HC (score R = score de réadaptation)

Notion d'acte spécialisé

- **Les actes spécialisés : définition**
- Un acte est dit spécialisé s'il est marqueur de la réadaptation des déficiences liées à la pathologie motivant le séjour.
- Un acte de réadaptation marqueur ne peut être considéré isolément pour affirmer la réadaptation spécialisée d'une déficience.
- Ces actes marqueurs peuvent être spécifiques à un GN, à un regroupement de GN au sein d'une CM, à plusieurs GN de CM différentes.
 - Exemple 1 : Pour les accidents vasculaires cérébraux, les deux actes suivants font partie des actes marqueurs de la réadaptation. Il s'agit dans cet exemple de deux déficiences différentes :
 - - ALQ+183 : Évaluation analytique initiale de fonction cognitive (Fonctions cérébrales, cognition)
 - - GKQ+190 : Évaluation initiale du langage oral (Fonctions cérébrales, langage)
 - Exemple 2 : l'acte ALQ+183 de l'exemple 1 est également marqueur du GN 0127 (Maladies d'Alzheimer et démences apparentées) et du GN 1903 (Toxicomanies avec dépendance).
 - Exemple 3 : l'acte HSQ+043, évaluation diététique initiale avec prescription diététique personnalisée, est marqueur de la réadaptation de pathologies métaboliques et nutritionnelles, pour les GN 1003 (diabète), 1006 (obésités), 1007 (malnutritions et malabsorptions intestinales).

Méthode de détermination des actes spécialisés

- *L'analyse des bases du PMSI a permis d'identifier les actes plus fréquemment codés dans les unités avec mention spécialisée. Parmi ces actes, ceux répondant à la définition ci-dessus à dire d'experts, ont été dits « spécialisés ».*
- *Pour les GN sans « autorisation attendue », les actes ont été choisis en fonction de leur sens médical, en rapport avec la pathologie décrite.*
- *Des échanges avec des cliniciens ont permis de consolider ces listes. (**Note: mais le modèle n'a pas été discuté avec eux**)*
- *Dans ce travail, par mention spécialisée, on entend toutes les mentions spécialisées hormis la mention Personnes Âgées Polypathologique et à risque de Dépendance.*

Méthode de détermination des actes spécialisés

- Un acte est dit non spécialisé si l'acte est imprécis dans son libellé sur la nature de la déficience ciblée ou a un caractère généraliste.
- Exemple :
 - Les évaluations et séances individuelles de rééducation à la marche sont des actes imprécis et sont mobilisables dans de nombreuses CM. Ils sont rejetés des listes.
 - Les évaluations et réadaptation diététiques (système digestif, nutrition) sont mobilisables dans de nombreuses CM. Ils ne sont pas considérés comme marqueurs dans les CM 01, 04, 05, 08, alors qu'ils le sont dans la CM10 (affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles).
- Les actes de prise en charge globale du patient, **même s'ils sont reconnus comme des critères de qualité**, ne sont pas nécessairement considérés comme marqueurs.

La dotation populationnelle

Quel modèle des composantes, des besoins et des déterminants de santé? Quel lien entre corrélations et causalité?

Analyse des caractéristiques de la population et des raisons de son recours au système de santé. Analyse départementale

Issue de la « *Task force* »
Limiter la part de la T2A

- Psychiatrie: 80%
- SU/SMUR: 60%
- SSR: 30%

Individus

Age, sexe, ALD, pauvreté, emploi, habitudes de consommation, habitat etc.

Sélection des variables du modèle

Activité et territoires

Accessibilité, structuration de l'espace, type d'emploi etc.

Groupes

Type familial, isolement, déplacements, tourisme, densité de population, mortalité etc.

Absence persistante d'identification des fonctions de production des SSR

Un financement par habitant est modélisé à partir des variables ci-dessus

Financement
Habitant

X population = Dotation

La dotation populationnelle

Comment éviter une boîte noire opaque et qui pérennise de nouvelles rentes de situation?

- Objectif: **mesurer le recours aux SSR** en distinguant SSR de proximité et de recours (*quel modèle de gradation?*)
- **Modélisation réalisée par l'ATIH** à partir d'outils statistiques (*quelle intégration du statut fonctionnel, des besoins de réadaptation et de leurs déterminants? les CNP ne sont pas associés à ce stade*)
- La DP est fondée sur la **notion de « besoin »** qui en SSR rend illusoire et hasardeux de se passer du dialogue entre cliniciens et professionnels de santé publique faute de clarification des **composantes des soins de SSR en France** (*composantes du système international des comptes de la santé*).
- Une partie des incertitudes repose sur le fait que **la répartition entre établissements se fera en fonction de critères régionaux qui restent à définir**
- Donc **une bonne idée**, avec les autres compartiments:
 - face à la difficulté persistante de construire une classification par groupes homogènes de patients en SSR,
 - mais dont la complexité et l'opacité du processus de construction risque sauf **concertation et explication du modèle à destination des acteurs concernés, d'induire et de pérenniser de nouvelle rentes de situation et d'information**

Le niveau de proximité

Volet proximité de la dotation populationnelle

Critères	Pondération
+ de 75 ans	2,08
HC MCO cons. par habitant	0,99
Nombre d'IDE par habitant	1,51
Taux d'équipement en SSIAD	0,81

***Quel modèle de causalité pour interpréter les corrélations?
Lien entre besoins SSR et zones de sous-densité en médecins
généralistes, spécialistes, paramédicaux...?***

Le niveau de recours

- Par construction, structuration en « volets » basés sur les catégories médicales des autorisations et non sur les besoins de réadaptation, non captés par les nomenclatures actuelles. Risque de boucle autoréférentielle +++
- Impacts conséquents à prévoir en termes de régulation des **inégalités territoriales et interrégionales +++ Des gagnants et des perdants.**
- **Modèle discutable** puisqu'il suppose que les autorisations décrivent des profils de besoins homogènes et qu'on peut comparer les critères de DP avec l'offre analysée selon les autorisations actuelles.
- **Sans description robuste des profils de besoins par autorisation en lien avec le système d'information, il est difficile de dire si l'offre est ou non en adéquation avec les besoins.**
- **Comment éviter un effet « boîte noire »** qui redouble les défauts de la segmentation des autorisations spécialisées?

Dès lors il est proposé de structurer la dotation populationnelle en plusieurs volets

Volet Proximité HC Adultes

Volets recours infra-régional HC Adultes

Volet Recours infra-régio #1 – Neurologie

Volet Recours infra-régio #2 – Locomoteur

Volet Recours infra-régio #3 – Cardio-respi

Volet Recours infra-régio #4 – Métabolique

Volet Recours infra-régio #5 – Autres

Volet HC + HTP Pédiatrie

Plateaux Techniques Spécialisés (PTS)

- Compartiment plateaux techniques spécialisés :
 - Balnéothérapie
 - Isocinétisme
 - Assistance robotisée rééducation des membres supérieurs
 - Assistance robotisée rééducation des membres inférieurs
 - Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement
 - Simulateur de conduite automobile
- Financés par MIG depuis 2017
- Des questions restent en suspens : quel périmètre, quel poids de charges réel par secteur? Quel modèle de financement?
- Les travaux réalisés ou en cours:
 - Mesurer les coûts auprès des établissements via les ARS enquête *ad hoc* ou retraitement comptable (RTC)
 - Modélisation financière et modalités de financement
- 3 groupes de travail sont organisés pour partager les résultats et définir collectivement les modalités du financement des PTS. ***(Note: conformément au tableau de la dia 6, les CNP ne sont associés que par l'intermédiaire des fédérations).***
- Un code extension documentaire des actes CSARR doit être saisi.

Les expertises: des logiques contradictoires

Persistance du modèle en « flux poussés » par catégories médicales de l'aigu et sur-segmentation par délitement des conditions de fonctionnement des SSR spécialisés

- Réadaptation neuro-orthopédique
- Filière de réadaptation en post-réanimation à destination des patients lourds et complexes : soins de réadaptation post-réanimation, réadaptation précoce post-aigue neurologique, personnes en état végétatif chronique ou pauci-relationnel,
- Réadaptation précoce post-aigue respiratoire,
- Réadaptation précoce post-aigue cardiologique,
- Prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés,
- Prise en charge des troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive,
- Prise en charge des lésions médullaires,
- Prise en charge des obésités complexes,
- Prise en charge des patients amputés, appareillés ou non,
- Pour la pédiatrie, des spécificités sont en cours de définition pour les troubles des apprentissages et le polyhandicap.

Travaux sur les modèles de financement en cours (**Note: conformément au tableau de la dia 6, les CNP ne sont associés que par l'intermédiaire des fédérations**).

Plusieurs logiques de gradation en compétition

Logique de gradation	Exemples	Financement	Menaces
Profils homogènes de patients : programme de soins <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence • Technicité • Coûts 	Exemple au niveau 3 : patients tétraplégiques, grands brûlés cérébrolésés complexes...	Classification à visée tarifaire : paiement par cas	Liées à la tarification à l'activité: absence de description des fonctions de production des SSR, dont la réadaptation
Solution d'un problème complexe dans un épisode de soins court (modèle type : maladies rares)	Exemples d'expertises : neuro-orthopédie, troubles cognitifs ou neuro-urologiques complexe...	T2A en MCO?* MIG ou autre compartiment modulé par l'activité	Quelles procédures de reconnaissance ? Risque d'opacité et de pérennisation d'inégalités historiques
Plateau technique (modèle type : imagerie)	Robotique Balnéothérapie Isocinétisme ...	MIG puis autre compartiment modulé par l'activité	Niveaux de preuve ? Inégalités induites entre secteurs face aux critères choisis

Pour une juste gradation: sortir de la confusion entre réadaptation et SSR!

	Soins aigus	Soins post-aigus ou subaigus	Soins à long terme
Niveau tertiaire	A1 Service de réadaptation aiguë en HC	<i>Adapté de Gutenbrunner et al. Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. Journal of rehabilitation medicine. 50. 10.2340/16501977-2217.</i>	
	A2 Equipes mobiles de réadaptation aiguë	B1 Service de réadaptation post-aigu en HC	C1 Service de réadaptation intermittente en HC
	Soins de réadaptation post-réanimation : MCO ou SSR ?		
Niveau secondaire	A1 Service de réadaptation aiguë en HC	B1 Service de réadaptation post-aigu en HC	C1 Service de réadaptation intermittente en HC
	A2 Equipes mobiles de réadaptation aiguë	B2 Service de réadaptation post-aigu ambulatoire (note: en HTP, soins externes ou soins de ville) B3 Service de réadaptation mono-professionnelle (unités de kinésithérapie...)	
Equipes mobiles : internes et/ou à domicile ? Soins et/ou coordination ? Développement : Télé-réadaptation, réadaptation avant chirurgie, RAAC...			
Niveau primaire		B2 Service de réadaptation post-aigu ambulatoire B3 Service de réadaptation mono-professionnelle	C2 Soins primaires de réadaptation C3 Réadaptation à base communautaire

MIGAC : liste des 8 activités

Harmoniser les MIG avec le nouveau modèle de financement

- Le périmètre de l'étude :
 - Unités cognitivo-comportementales
 - Accompagnement à la scolarisation des enfants hospitalisés en SSR
 - Equipes mobiles en SSR
 - Réinsertion professionnelle en SSR
 - Consultations d'évaluation pluri-professionnelle post AVC
 - Hyperspécialisation
 - Ateliers d'appareillage
 - Précarité
- Les travaux réalisés ou en cours :
 1. Cartographie : état des lieux, analyse d'activité, compréhension des missions...
 2. Elaboration de cahiers des charges nationaux et identification des indicateurs de pilotage
 3. Modèle de financement et rédaction des fiches MIG
- Plusieurs groupes de travail associant fédérations, établissements, ARS et ATIH sont organisés pour partager les états des lieux et définir les missions. ***(Note: conformément au tableau de la dia 6, les CNP ne sont associés que par l'intermédiaire des fédérations).***

1. **La séquence est plus pertinente que le séjour** (*Rode, Barrois, Joseph, Devailly...*). Elle permet de distinguer des **programmes de soins similaires** et de complexité / coûts variables contribuant la description de la gradation des activités.

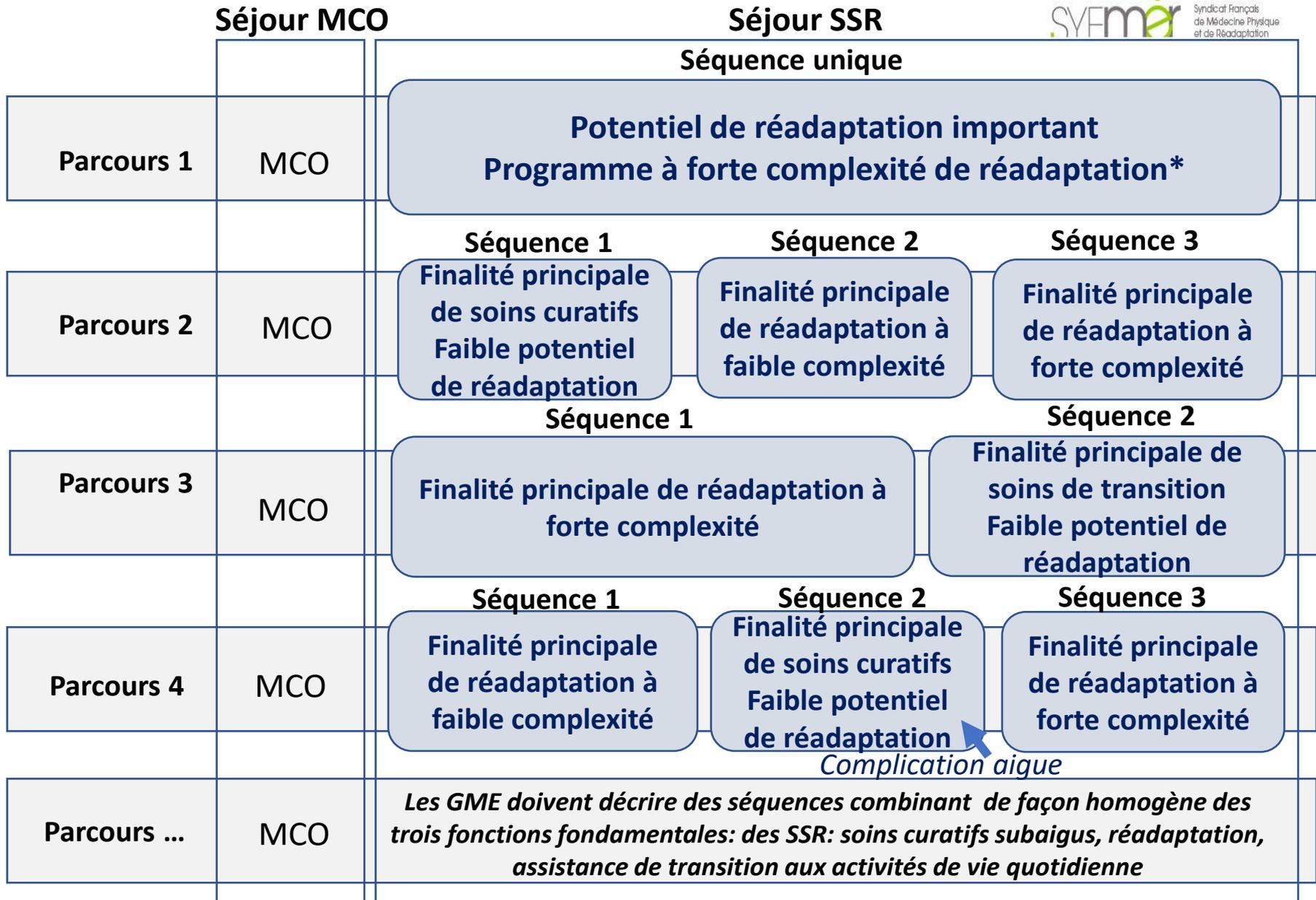
2. **Capacité du CSARR à marquer les programmes spécialisés de MPR?**
 - *Périmètre des codeurs! 32 métiers actuellement.*
 - *Valeur des pondérations? Hétérogénéité des temps pour un même acte*
 - *Décrit des programmes pertinents ou des ressources consommées/consommables?*

3. **Simulations attendues +++** donc accès aux données *casemix*
 - Et **période de transition pour ajustements** de la classification

4. **Et au delà:**
 - Définitions des fonctions des SSR (finalités des séquences +++)
 - Réformes de la comptabilité (considérer la réadaptation en section d'analyse principale et non auxiliaire)
 - Réforme du PMSI-SSR
 - ...

**Lettre du CNP, SOFMER et
SYFMER à l'ATIH**

La séquence: vers une homogénéité clinique et économique



*compétences médicales et paramédicales mobilisées, densité de RR, plateaux techniques

La séquence: objet de coût pertinent et support d'activités homogènes

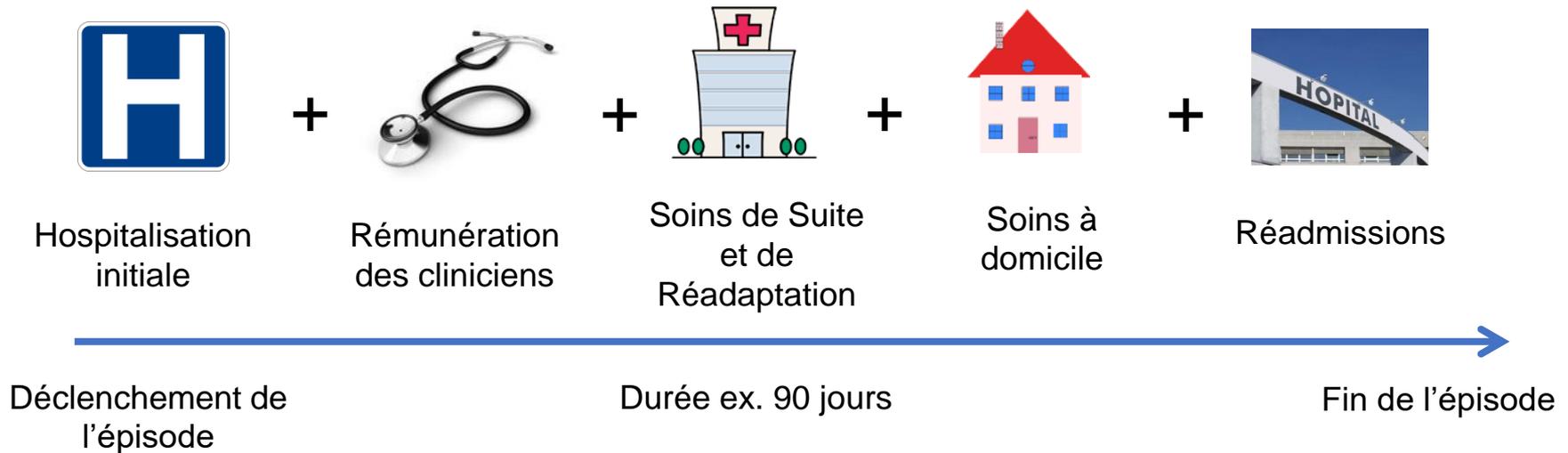
1. Permet de distinguer des finalités fondamentales des hospitalisations en SSR, variables au cours d'un séjour
2. Les **séquences de réadaptation** doivent être décrites en **groupes de réadaptation** fondés sur le **potentiel de réadaptation**, qui détermine les programmes de soins et les ressources engagées
3. Permet de **grader les niveaux de soins** notamment l'intensité de la réadaptation au cours d'un séjour
4. Permet d'épouser la **logique clinique des programmes de soins**, en correspondance avec la consommation de ressources

Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement.
Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.

[Devailly JP. SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ? Revue Hospitalière de France n° 590, septembre-octobre 2019.](#)

Paiement groupé : l'épisode englobe plusieurs des éléments suivants

Autres noms: paiement à l'épisode, au parcours, au « protocole »?

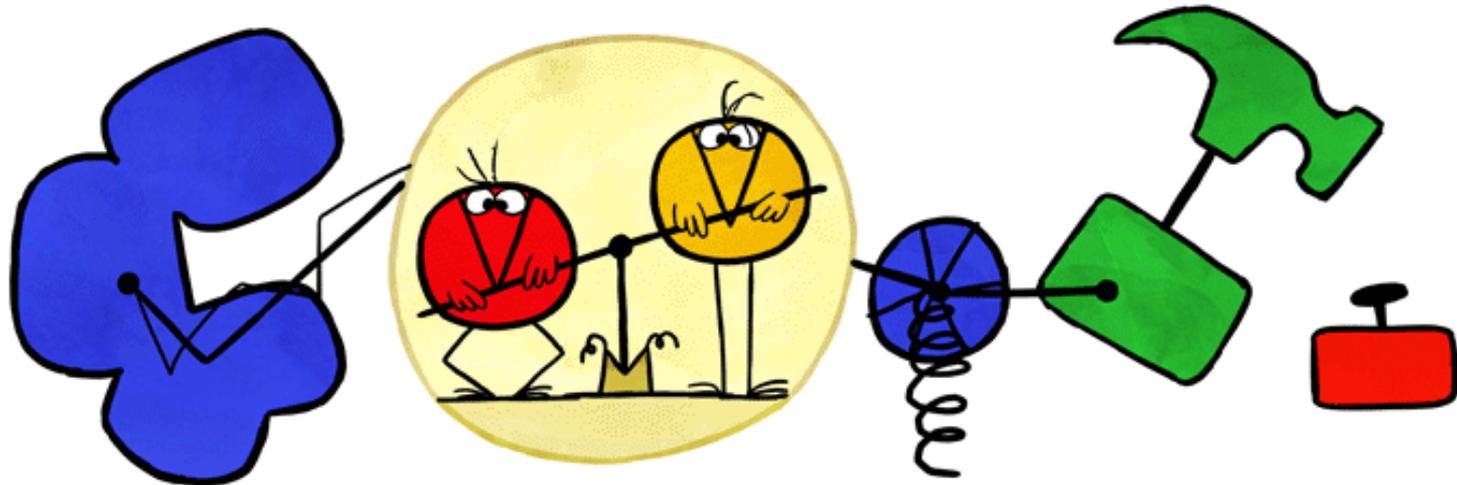


- Qui reçoit les fonds?
- Qui répartit les fonds?
- Selon quelle clé de répartition (péréquation des coûts et recettes)?
- Qui fait entrer le patient dans le parcours?
- Qui oriente le patient entre les différentes étapes du parcours?
- Vers le « *gate keeper* » le « *case manager* » et le « *managed care* »?

Ne pas confondre séquence et paiement groupé!

Pour une nouvelle classification: 3 Scénarios

1. **Utilisation de la nouvelle classification mais simulations aboutissant à son utilisation marginale, comme avec la classification actuelle**
 1. Sous financement des programmes à fortes densité de réadaptation
 2. Menaces différente pour les établissements sous DAF et sous OQN
 3. Absence de transparence, d'équité et sous efficience globale des SSR
2. **Utilisation de la nouvelle classification à 50% (modèle cible)**
 1. Effets lissants prévisibles sur les programmes de réadaptation
 2. Pertes de chances pour certains groupes de patients
 3. Fragilisation des bonnes pratiques de prises en charges et des compétences spécialisées
3. **Rejet de la nouvelle classification et recherche d'une nouvelle classification avec les cliniciens et acteurs de santé publique: équité, transparence, gradation des soins et juste rémunération des soins polyvalents et spécialisés**
 1. Financement de **séquences homogènes** en termes de finalités et coûts
 2. Suppose le moyen par un **PMSI-SSR réformé** de décrire des **groupes nosologiques** reflétant les **finalités principales des séquences: soins curatifs post-aigus, soins réadaptation, soins de transition**
 3. Financement adapté à des prises en charge aux finalités multiples (paiement par cas traité ou à la journée pondérée?)



POURQUOI FAIRE SIMPLE QUAND ON PEUT FAIRE COMPLIQUÉ ?!

1. Rode G et al. **Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement.** Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.

2. **Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales** Jean-Pascal Devailly, président du SYFMER

3. **SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ?**
Jean-Pascal Devailly, président du SYFMER

4. **Communiqués du SYFMER** sur la réforme des autorisations et du financement: **CDP 1 – CDP 2 – CDP 3**

5. **Lettre du CNP, SOFMER et SYFMER à l'ATIH à propos de la classification V2021**

6. **Diaporama du SYFMER sur les futurs décrets SSR**