SYFMER Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation

Réforme du financement des SSR

Trajectoire des réformes et modèle cible

Jean-Pascal Devailly, le 10 juillet 2021

La trop faible participation des CNP aux processus de décision

Source : *Comité de pilotage SSR du 16 octobre 2019*

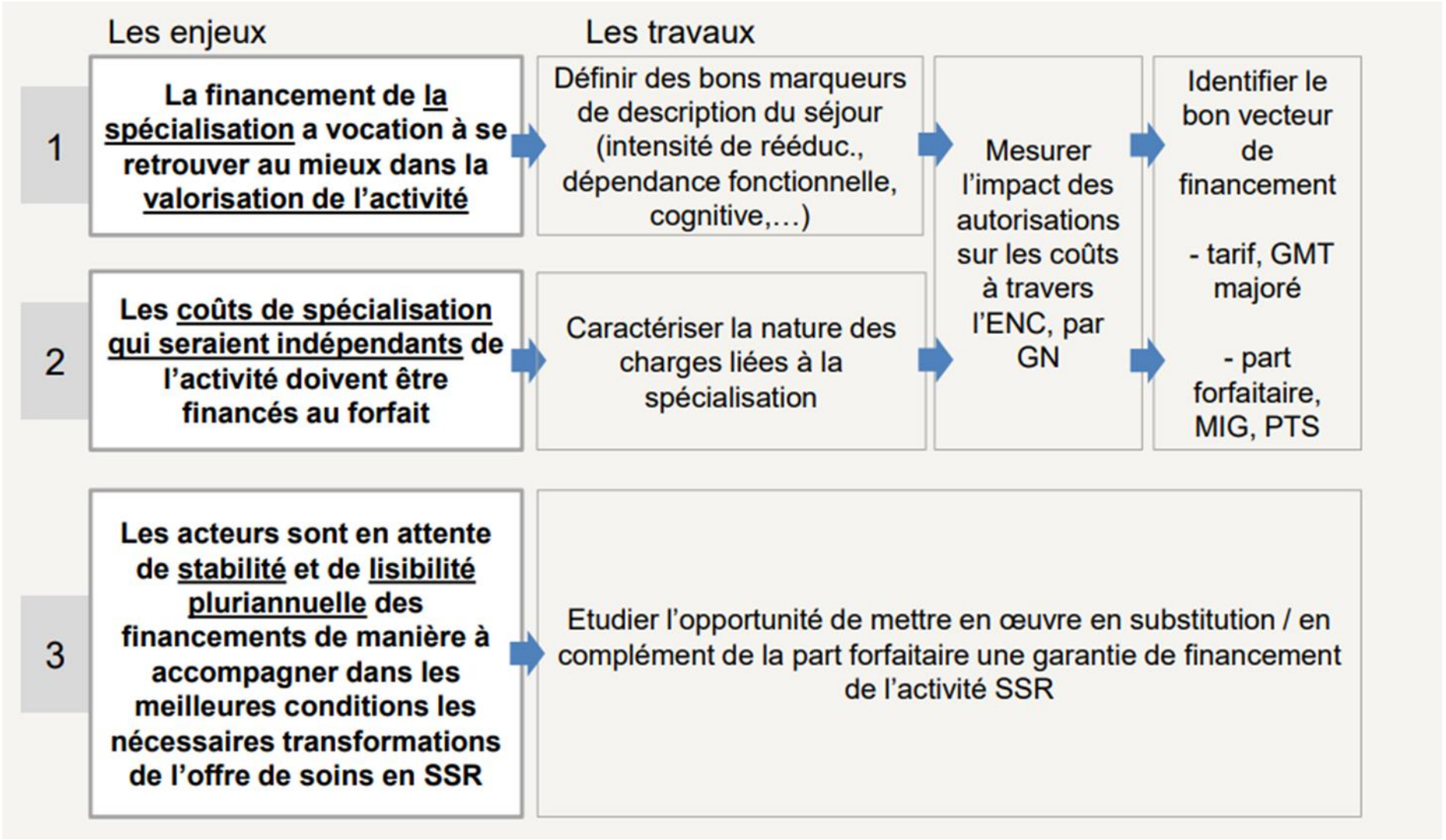
Groupes de travail	Fédérations	CNP	Etablissements	ATIH	ARS	DGOS	HAS
Autorisations (4)	X	X			X	X	X
Classification (4)	X			X		X	
CSARR (1)	X	(X)		X		X	
Recueil (2)	X	X		X		X	
Valorisation de l'activité (2)	X		X	X	X	X	
Garantie (2)	X			X		X	
MIG / PTS (6)	X		X	X	X	X	
MO (2)	X			X		X	

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

SYFMER Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation

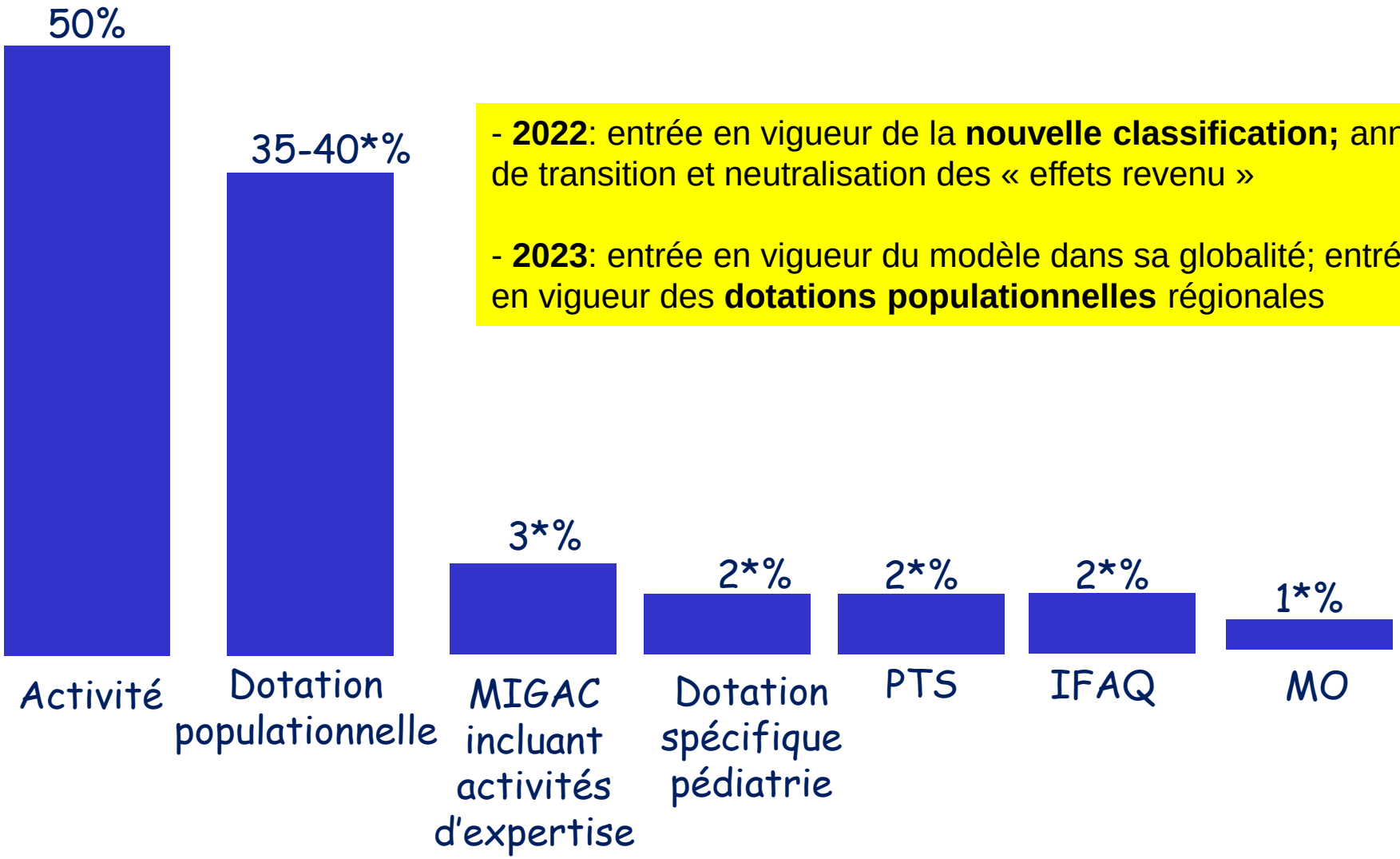
Les chantiers identifiés en 2019 et en parallèle pour finaliser la structure du modèle de financement



Source: *COPIL SSR du 16 octobre 2019*

Réforme du financement des SSR

Répartition des compartiments du financement pour 2022: proposition de la DGOS (juillet 2021)



- **2022**: entrée en vigueur de la **nouvelle classification;** année de transition et neutralisation des « effets revenu »

- **2023**: entrée en vigueur du modèle dans sa globalité; entrée en vigueur des **dotations populationnelles** régionales

**Les pourcentages sont donnés à titre indicatif*

Mise en œuvre prévue pour 2022
avec garantie sur quasiment 100% des recettes

- Ce qui disparait 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 et évolue: IFAQ, MIGAC (inclue les activités d'expertise), PTS, MO (ex-DG et ex-OQN), ACE
- Ce qui apparaît: **Nouvelle classification GME 2022** (50%) **Dotation populationnelle** (35 à 40%?) Dotation spécifique pédiatrie.
- 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 GME 2022

Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation

- **Se dit fondée sur la « réadaptation » mais qu'en est-il en réalité ?**
- Le projet de classification GME 2022 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**

La classification actuelle en GME: ne prend en compte ni le potentiel, ni les besoins de réadaptation

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

15 Catégories Majeures (CM)

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

92 Groupes Nosologiques (GN)

AVC avec tétraplégie
AVC avec hémiplégie
…
…

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)

273 Racines de GME (RGME)

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

743 Groupes Médico-Economiques (GME)

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.

Structure générale de la classification GME 2022

Des questions simples	4 niveaux hiérarchiques	Les variables	Indices ou niveaux

Quelle est la pathologie ou prise en charge principale?

CM → GN

Morbidité principale

Groupes nosologiques (GN)

Quelle est le type de réadaptation reçue par le patient?

Type de réadaptation

Actes CSARR, actes CCAM et âge

Groupes de réadaptation

HC

R. Pédiatrie — P

R. Spécialisée importante — S

R. Globale importante — T

R. Autre — U

HTP

R. Pédiatrie — H

R. Importante — I

R. Modérée — J

R. Indifférenciée — K

Scores de réadaptation: 4 indicateurs avec des scores seuils par GN
Score spécialisé: Σ pondérations des actes par jour et par séjour/nb jours de présence
Score global: Σ pondérations des actes par jour et par séjour/nb jours de présence

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

Lourdeur

Age, dépendances, et indicateur post-chirurgical

Niveaux de lourdeur

A B C

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

Niveau de sévérité

CMA

Niveaux de sévérité

1 2 3

Source ATIH

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.

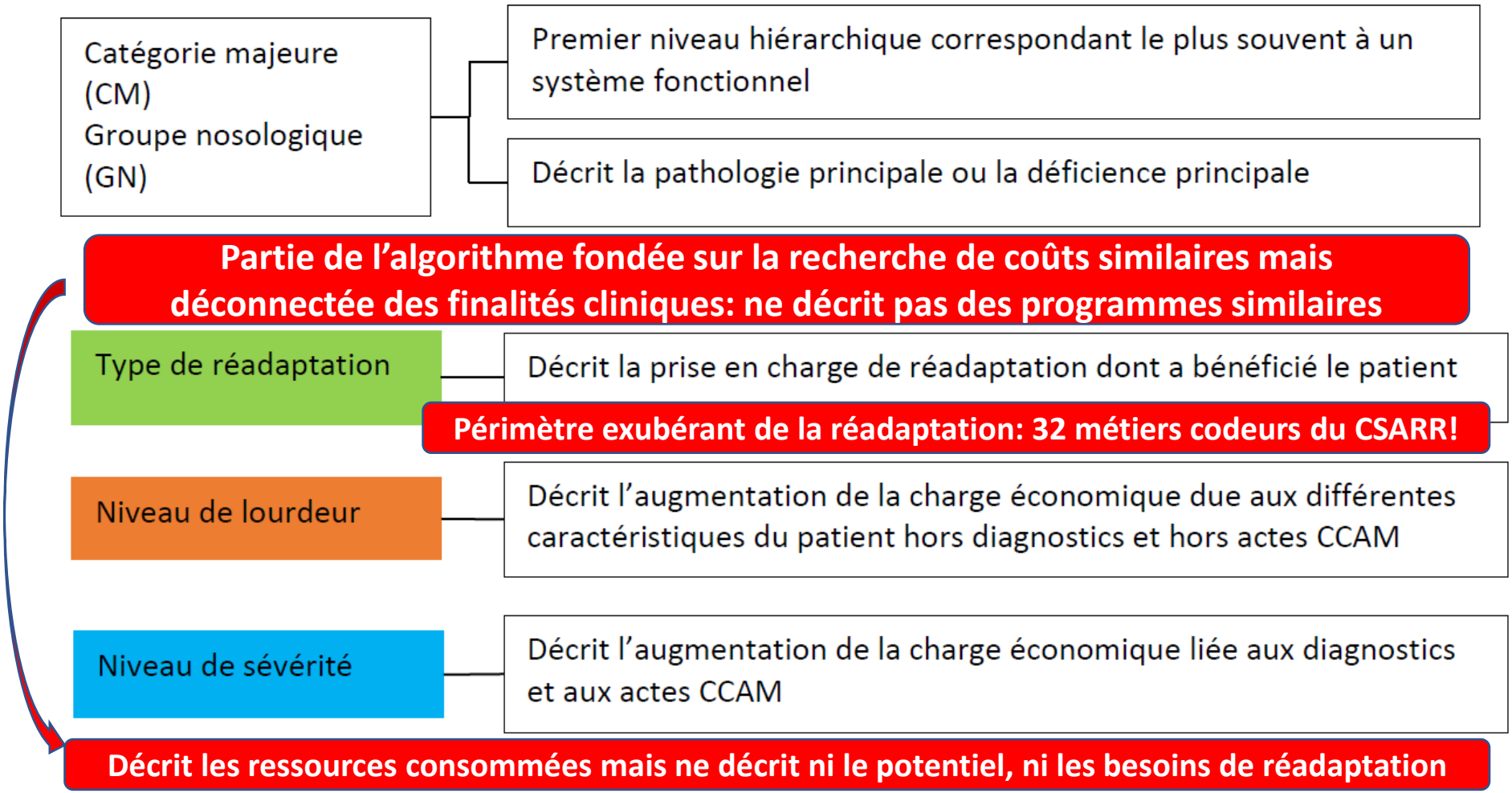


Figure 1:De la CM au niveau de sévérité : définition des niveaux hiérarchiques de la future classification

Source ATIH https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/49/webinaire_08_07_2021.pdf

Processus de groupage

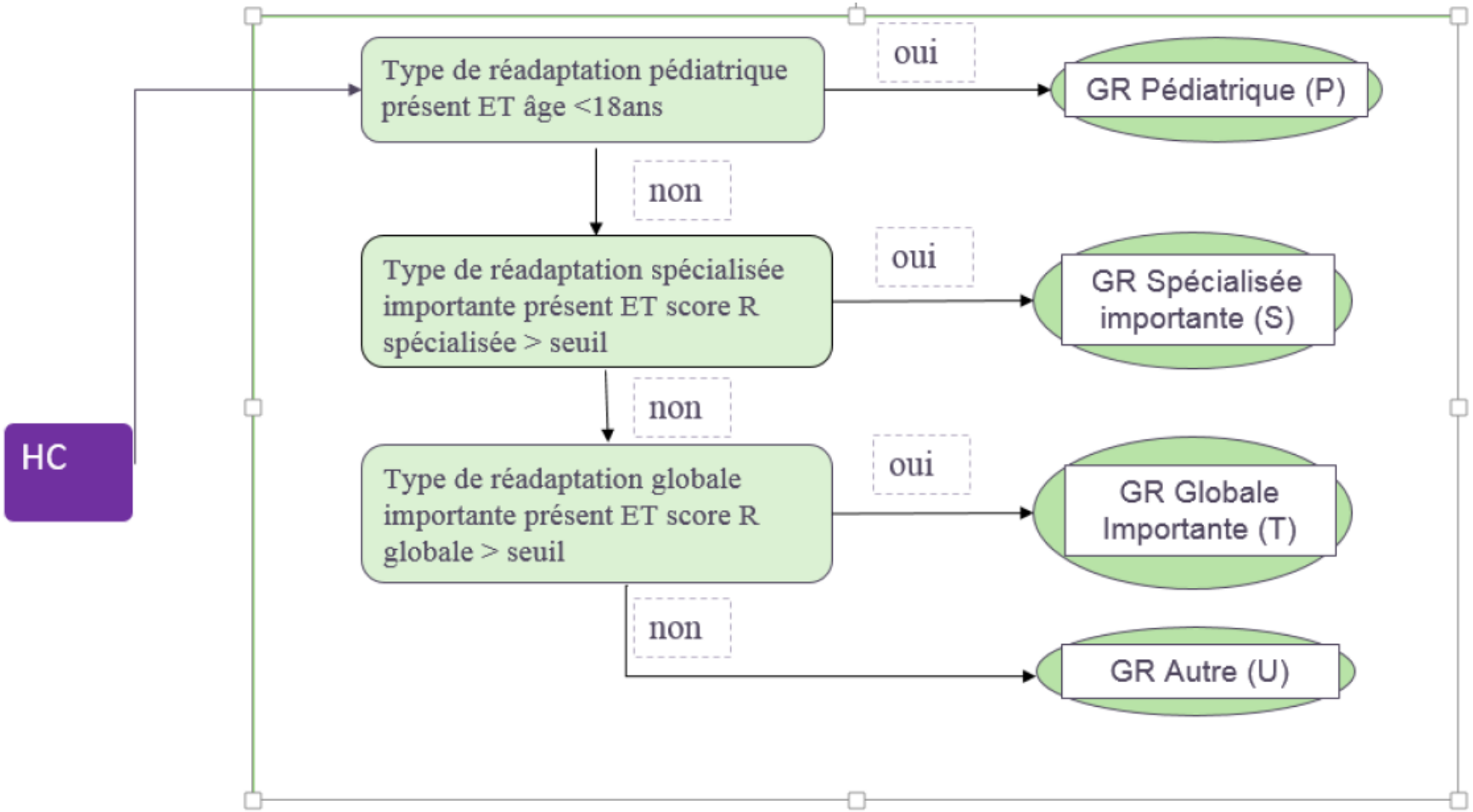


Figure 4: processus d'orientation générale en groupe de réadaptation pour l'HC (score R = score de réadaptation)

En HTP: **H** = pédiatrique, **I** = intense, **J** = intense, **K** = modérée

Source ATIH https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/49/webinaire_08_07_2021.pdf

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 (diabètes), 1006 (obésités), 1007 (malnutritions et malabsorptions intestinales).

Source ATIH

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.*

Source ATIH

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.

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/49/webinaire_08_07_2021.pdf

Source ATIH

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: 35-40%

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

$$\frac{\text{Financement}}{\text{Habitant}} \times \text{population} = \text{Dotation}$$

La dotation populationnelle

Comment éviter une boite 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 les système d'information, il est difficile de dire si l'offre est ou non en adéquation avec les besoins.**
- **Comment éviter un effet « boite 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.

Source: COPIL SSR du 16 octobre 2019

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** • Prévalence • Technicité • Coûts	Exemple au niveau 3 : patients tétraplégiques, grands brûlés cérébrolésés complexes…	**Classification à visée tarifaire :** paiement par cas à la « séquence », plus courte qu'un séjour complet SSR	**Liées au financement 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

Devailly JP, Josse L. Conditions et enjeux de la gradation des soins en SSR. A paraitre/ Revue Hospitalière de France

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 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 A2 Equipes mobiles de réadaptation aiguë	B1 Service de réadaptation post-aigu en HC 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…)	C1 Service de réadaptation intermittente en HC
	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

Adapté de Gutenbrunner et al. *Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. Journal of rehabilitation medicine. 50. 10.2340/16501977-2217.*

MIGAC : liste des 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).***

Source: ***COPIL SSR du 16 octobre 2019***

Axes de réflexion et d'action

Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation

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

SSR, stratégies et fonctions de production de la santé

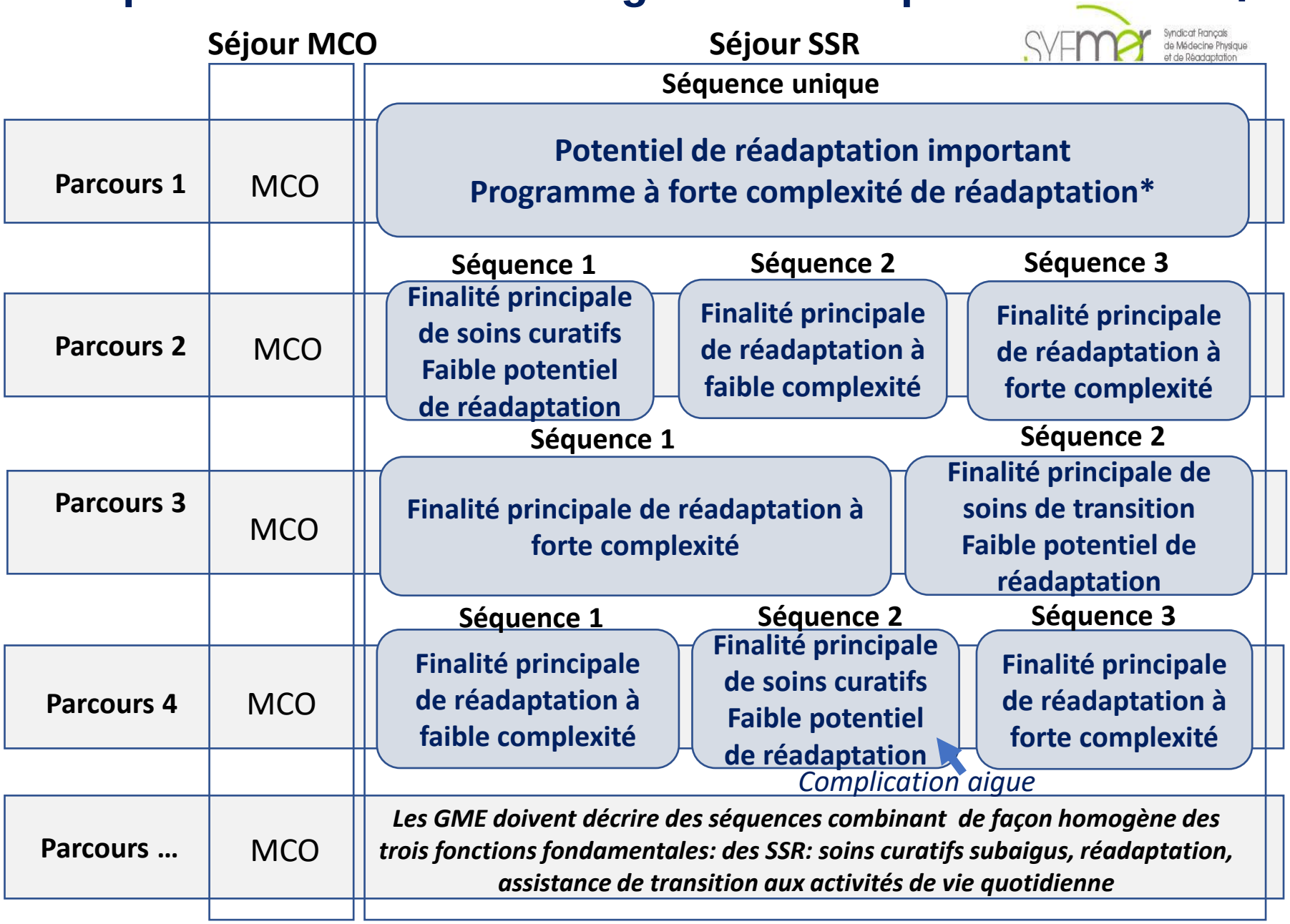
La comptabilité analytique hospitalière a déconnecté les modèles français et internationaux

Nomenclature fonctionnelle de l'ICHA-HC (OCDE)	Stratégies de santé (OMS)
HC.1 : Services de soins curatifs Augmentation des maladies chroniques, des patients polypathologiques et des maladies non transmissibles	**Soins curatifs** (stratégie curative)
HC.2 : Services de soins de réadaptation Augmentation des limitations fonctionnelle et restrictions d'activités ***Intention principale: optimiser les fonctions organiques et les activités***	**Soins de réadaptation** (stratégie de réadaptation)
HC.3 : Services de soins de longue durée Augmentation des besoins d'assistance dans les activités de vie quotidienne élémentaires et instrumentales Frontières complexes avec l'action médico-sociale et sociale	**Soins d'assistance à la vie quotidienne et d'accompagnement** (stratégie de soutien)
HC.4 : Services de support aux soins de santé	
HC.5 : Biens médicaux délivrés à des patients ambulatoires	
HC.6 : Services de prévention et de santé publique	Prévention (stratégie préventive)
HC.7 : Administration de la santé et assurances santé	
Fonction de production composite	Soins palliatifs (stratégie palliative)

Service est entendu au sens économique de production de biens et de services: <u>concerne aussi les soins de ville.</u>

Traduit et adapté de Gutenbrunner C. Dimensions for Service Organization in Rehabilitation (ICSO-R)
Christoph Gutenbrunner CHARM Workshop on Classification Systems for (Re-) Habilitation Services Oslo, Norway, April 25, 2017
https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/arrangementer/dimensions-icsor-gutenbrunner.pdf

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

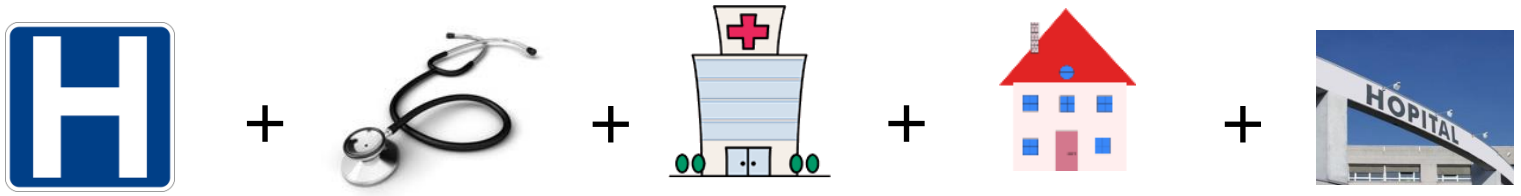
4. Permet d'épouser la **logique clinique des programmes de soins**, en correspondance avec la consommation de ressources

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 »?



Hospitalisation initiale + Rémunération des cliniciens + Soins de Suite et de Réadaptation + Soins à domicile + Réadmissions

Déclenchement de l'épisode — Durée ex. 90 jours — Fin de l'épisode

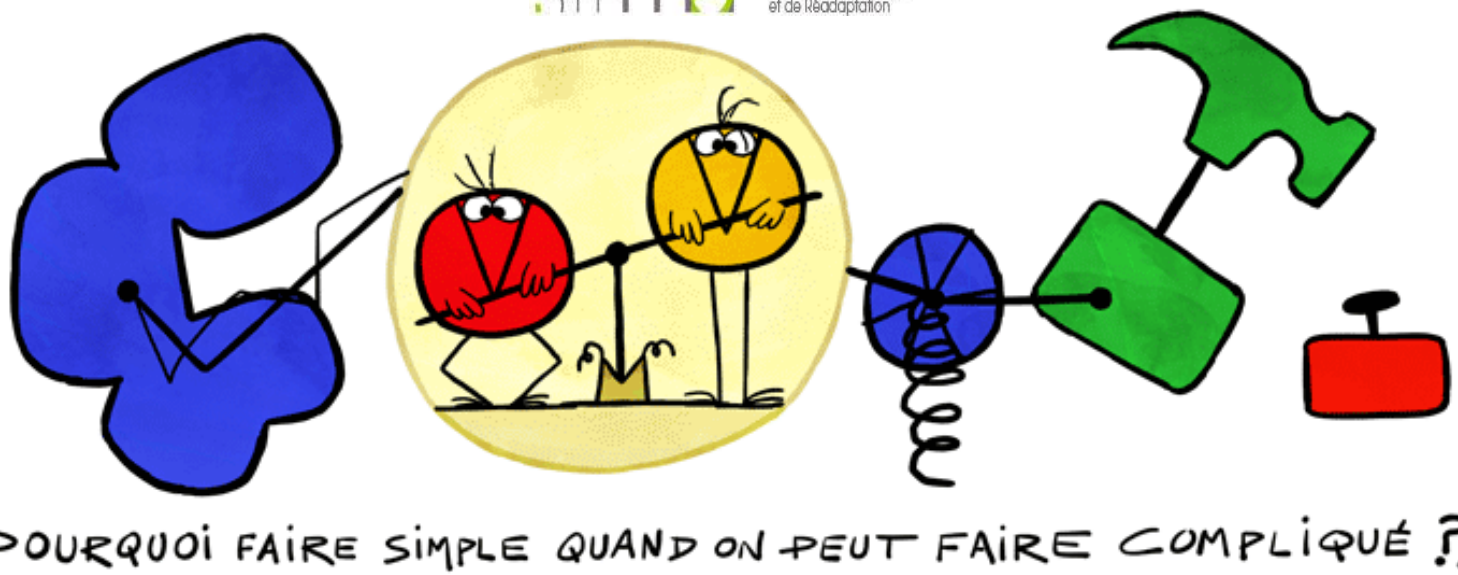
- **Qui reçoit les fonds?**
- **Qui répartit les fonds?**
- **Selon quelle clé de répartition (péréquation des coûts et recettes)?**
- **Qui fait entrer le patient dans le parcours?**
- **Qui oriente le patient entre les différentes étapes du parcours?**
- **Vers le « *gate keeper* » le « *case manager*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

Ne pas confondre séquence et paiement groupé!

SYFMER Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation

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?)



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

7.Webinaire sur la nouvelle classification 8 juillet 2021

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

Annexe 1

Trajectoire des réformes

Une crise du processus de décision

- **Une classification à visée tarifaire « par cas » a pour objectif d'identifier des programmes cliniques semblables ayant des coûts similaires. Elle suppose de réformer simultanément :**

1. **La comptabilité analytique hospitalière (CAH)**

   - En France la réadaptation est analysée par des **sections d'analyse médico-technique** auxiliaires (SAMT) dont les coûts sont déversés dans les activités cliniques principales définies par les libellés des autorisations SSR.
   - **Faute de définition comptable, elle reste un objet de valorisation non identifié, un OVNI,** en MCO comme en SSR ou le modèles de comptabilité MCO a simplement été transposé sans prendre en compte les fonctions comptables de la classification internationale (ICHA)

2. **Les autorisations SSR** et la définition d'activité homogènes au plan clinique et économique (implantations et conditions de fonctionnement)

3. **Le PMSI-SSR et les nomenclatures associées**

4. **La recherche d'une classification à vise tarifaire par cas** prévue pour constituer la majeure partie du financement

- **Sans pilotage cohérent de ces travaux, sans lien étroit entre autorisations et financement, l'impasse de la tarification inévitable.**

SYFMER Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation

Histoire de l'impasse de la classification en SSR

Impasse du financement à l'activité en SSR

Echec des modèles successifs de classification à visée tarifaire

Classifications à vidée tarifaires

1ère classification à visée tarifaire à la journée (1998)
➔ Classification par cas en GME (2013)

Outils de recueil

Immobilisme du PMSI-SSR
CdARR ➔ CSARR
qui ignore la CIF (2000)
et l'ICHI (2020)

PMSI-SSR (1996)

Comptabilité hospitalière

CAH (1997)
Pas de fonction clinique de réadaptation
SSR: transposition du modèle MCO

La CAH ignore les fonctions de l'ICHA (2004)

Création des SSR 1991
= moyens séjours

Réformes des autorisations 2008
Suppression de la distinction entre « soins de suite » 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