

Lettre d'information du SYFMER de juillet 2021

Evolution et enjeux des réformes du financement des SSR

I. Expérimentation d'une nouvelle classification SSR, nommée GME_2022

Un webinaire organisé par l'ATIH a eu lieu le 8 juillet 2021 sur la réforme de la classification SSR. Vous trouverez les diapositives [sous ce lien](#)

Les documents de l'ATIH sur la classification sont publiés [sous ce lien](#).

- Une **période d'expérimentation** est proposée aux établissements pendant le 2ème semestre 2021. Les données de tous les établissements SSR, à partir de M6, seront groupées avec une version provisoire de cette classification, nommée EXP_2022. La version officielle de groupage 2021 s'appliquera en parallèle.
- Jusqu'à M12, la version officielle et tarifante reste la version GME V2021.

Le [diaporama du SYFMER](#) résume la classification et les autres compartiments.

II. Les enjeux de la nouvelle classification : opportunités et menaces

1. Fonctions comptables et modélisation de l'activité : la clé des réformes

La réadaptation reste aujourd'hui un **objet de valorisation non identifié** : un OVNI.

Contrairement aux systèmes de comptabilité internationaux, la [comptabilité analytique hospitalière \(CAH\)](#) a été adaptée en SSR **sans identifier la réadaptation comme section d'analyse clinique principale** (SAC). Elle ne peut être analysée que sous forme de centres auxiliaires ou [sections d'analyse médico-techniques](#) (SAMT CSARR et SAMT PTS) dont les coûts sont déversés dans les centres d'analyse principaux. Ces derniers sont définis en SSR par les libellés des autorisations qui reproduisent des catégories médicales de l'aigu (figure 1).

A l'inverse, la [classification internationale des comptes de la santé \(ICHA\)](#) décrit **trois fonctions principales étroitement intriquées**, en proportion variable pour chaque patient, qu'il est impératif d'analyser séparément. Il s'agit **des soins curatifs : HC.1** (d'intensité subaiguë en SSR), **des soins de réadaptation : HC.2** et **enfin des soins d'assistance à la vie quotidienne : HC.3**. L'ICHA identifie ainsi des **prestataires (aigus ou post-aigus) dont la fonction principale est la réadaptation**.

Une réforme de la CAH est donc le préalable indispensable à la valorisation des activités de réadaptation dont celles du champ de compétences de la MPR. C'est de la CAH que dépendent l'articulation du PMSI avec la classification et [l'Échelle nationale des coûts \(ENC\)](#) visant à pondérer les groupes homogènes de patients. Ces méthodes comptables sont inappropriées pour **capter les composantes cliniques des programmes de réadaptation spécialisés** (ex. lésions cérébrales, médullaires, musculosquelettiques avec des limitations fonctionnelles complexes). Elles conduisent au **lissage et sous financement** des activités à forte densité de réadaptation.

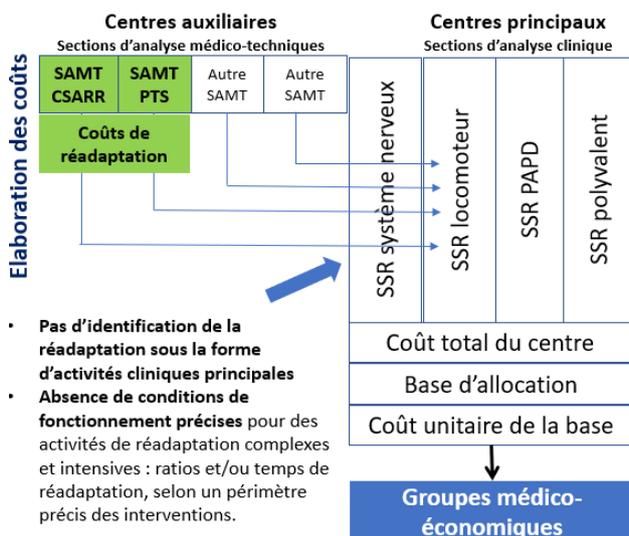
2. Segmentation des activités soumises à la classification tarifaire

L'épisode financé reste centré sur le séjour SSR. Il n'y a pas pour le moment de paiements regroupés (ex. MCO + SSR + part ambulatoire) du fait de l'impossibilité de péréquation des coûts et des revenus sur l'ensemble de la chaîne de valeur. **La segmentation est celle des autorisations**. Les futurs décrets ne permettront pas de

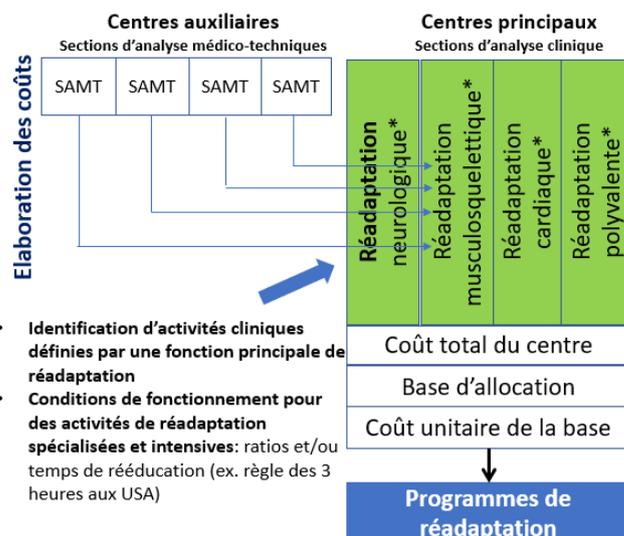
définir des critères précis d'admissions entre les différents types de SSR faute de décrire les profils de patients selon les fonctions de l'ICHA. L'absence de définition précise de la réadaptation en France a entraîné la suppression de la distinction entre « soins de suite » et « réadaptation » en 2008.

Figure 1 : La Comptabilité analytique hospitalière (CAH) a déconnecté les modèles français et internationaux en ignorant la fonction de réadaptation

Modèle français (CAH)



Modèles internationaux (ICHA)



*La nomenclature varie selon les pays : il s'agit d'activités dont la fonction principale selon le système international des comptes de la santé (ICHA) est la réadaptation (optimiser les fonctions).

3 Description des patients et des activités : PMSI et nomenclatures associées

Comparés aux outils internationaux robustes et validés, les défaillances de l'outil d'autonomie fonctionnelle et du CSARR, non spécifique, trop complexe et dont les pondérations sont déconnectées du temps et de la pertinence des soins, sont connues. Il n'y a, hélas, pas de modification de l'outil de dépendance PMSI et la principale réforme vient du projet de simplification du CSARR à environ 150 actes associée à la définition de listes d'actes spécialisés ayant pour objectifs de marquer des prises en charge spécialisées. Cette réforme ne portera ses fruits que si elle est associée à une **réforme profonde du système de pondérations et d'un recentrage du CSARR** sur des interventions visant à optimiser la fonction, conformément aux recommandations de l'ICHA (Classification internationale des comptes de la santé).

4 La classification à visée tarifaire : la réadaptation est définie par la mesure de la consommation d'actes CSARR

Elle est fondée en premier sur le **groupe nosologique** (ex. AVC avec hémiplegie). Les mécanismes d'orientation dans l'algorithme ne changent pas (Figure 2) et [ici](#).

En second lieu interviennent les **groupes de réadaptation** (pédiatrique, spécialisée, globale intense, peu intense en hospitalisation complète). Ces groupes sont fondés sur la « réadaptation reçue » telle que décrite par le CSARR et ses pondérations. **Des listes d'actes spécialisés sont déterminés par GN ou par groupe de GN**. Par exemple pour le GN 0512, insuffisance cardiaque, les seuils pour le score de réadaptation spécialisée sont fixés à 30 par jour et à 300 par séjour.

Les groupes de réadaptation sont un peu différents en HTP. Du fait de l'absence de fonction réadaptation en CAH et de la structure du PMSI-SSR, ni le potentiel, ni les besoins réadaptation ne peuvent être pris en compte au moment de la description des caractéristiques des patients à l'inverse des systèmes étrangers.

Ensuite vient l'**indice de lourdeur** (âge, dépendance, indicateur post-chirurgical...). Le potentiel et donc les besoins de réadaptation ne sont pas davantage pris en compte.

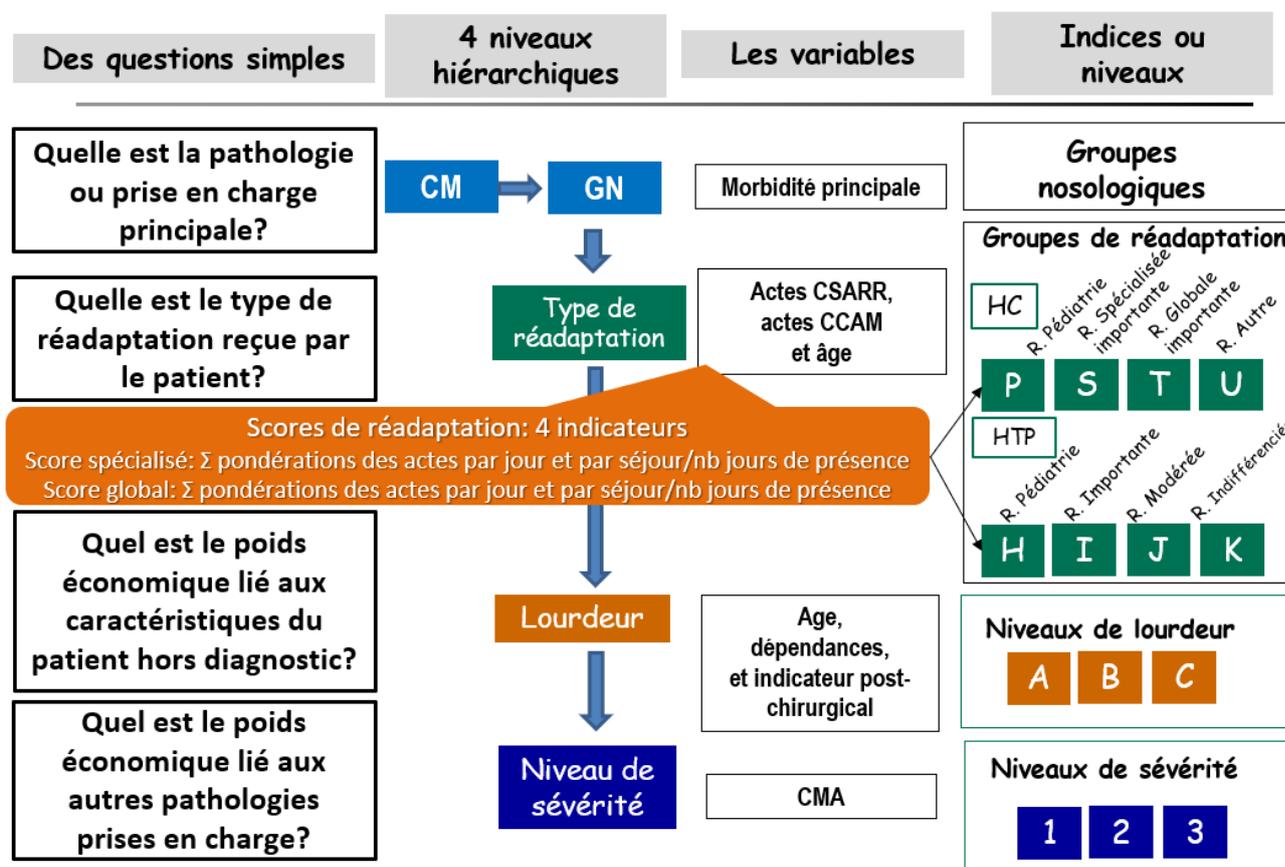
Enfin intervient la **sévérité** décrite par le codage des comorbidités associées (CMA).

5 L'unité de groupage reste le séjour en HC et la semaine en HDJ

Outre l'introduction des groupes de réadaptation et des listes d'actes spécialisés, la dépendance physique et la dépendance cognitive maximales aux cours du séjour seront prises en compte, indépendamment l'une de l'autre, et non plus celles de la première semaine. Cela ne favorise pas la réduction de la fréquence de codage que permettrait un codage à la séquence.

6 **L'unité de paiement reste incertaine.** C'est la journée en HTP (avec le tarif du groupe tel que donné par la circulaire tarifaire) mais pour l'hospitalisation conventionnelle, du fait de l'impossibilité de faire correspondre des programmes de soins semblables et des comportements de coûts similaires, on conservera sans doute des zones forfaitaires et non forfaitaires avec peut-être des modulations en fonction de la durée de séjour. Ce point n'est pas encore finalisé.

Figure 3 : la structure de classification GME 2022

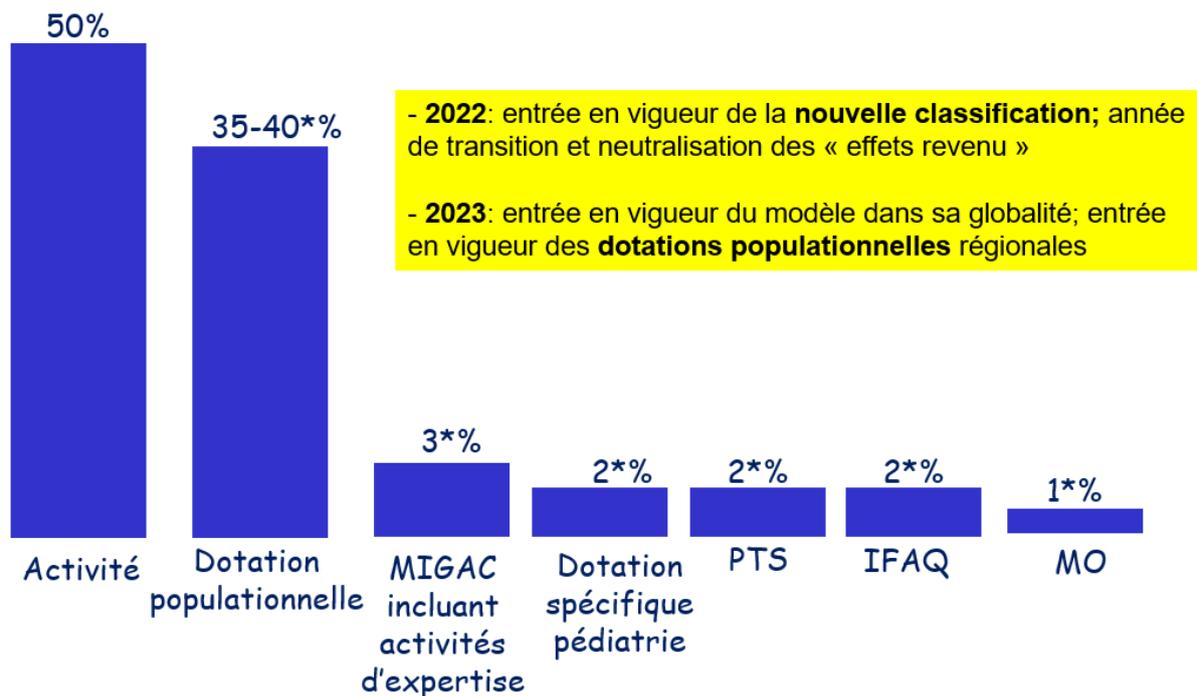


Source ATIH

7 Expérimentation de la nouvelle classification

Les fédérations, notamment pour les établissements rémunérés par la DAF, sont favorables à la mise en œuvre de cette classification, mais les établissements n'auront au départ aucune visibilité financière. Les *casemix* (éventails de cas) seront déclinés dans les deux classifications, mais **l'impact financier est imprévisible**, d'autant que l'incertitude sur la **dotation populationnelle** et sur les autres compartiments, **MIG incluant les activités d'expertise, PTS, molécules onéreuses**, etc. n'offre guère de visibilité sur les prochaines années (Figure 3). En 2022, les mécanismes d'amortissement de effets revenus seront majeurs, mais ensuite ?

Figure 3 : répartition des compartiments ; propositions DGOS juillet 2021



**Les pourcentages sont donnés à titre indicatif*

III. Quels principes d'action pour la MPR et les acteurs de la réadaptation ?

La MPR n'est pas directement associée, par son CNP, aux travaux sur le financement et la classification (figure 4). Les pouvoirs publics considèrent depuis quelques années que cela relève du domaine des fédérations d'employeurs, considérées comme seules détentrices de l'expertise légitime sur ces sujets. La figure 4 résume les domaines sur lesquels les cliniciens ne sont pas associés. Toutefois, l'expertise des cliniciens peut s'exprimer à l'invitation des fédérations que nous accompagnons très souvent, mais avec une limite, celle des comités de pilotage, groupes de travail et comités techniques où ils ne sont pas admis. De ce fait le processus de décision est trop fortement impacté par les divergences d'intérêts entre fédérations et par les logiques des experts financiers, de l'information médicale et des statistiques. Le refus d'un **financement à la séquence**, proposé avec insistance par la MPR, la paralysie de la **réforme de l'outil de dépendance**, indigent et jamais validé, le choix désastreux du remplacement du temps des interventions par le **système des pondérations du CSARR** nous semblent en grande partie liée à l'exclusion des CNP, et plus généralement à une **crise de l'expertise légitime**.

Figure 4 : la trop faible participation des CNP aux processus de décision

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	

Source : Comité de pilotage SSR du 16 octobre 2019

1. A court terme : la survie des activités à forte densité de réadaptation

Il nous faut accompagner avec vigilance critique la classification, si elle est imposée. Jointe à l'absence de conditions techniques de fonctionnement robustes dans les futurs décrets, elle risque de **lisser nos activités de MPR comme toutes les activités à forte densité de réadaptation**. Il faut également participer activement à la **simplification du CSARR** qui est une mesure de salut public déjà réclamée par la mission Véran. Il faut continuer sans relâche à s'impliquer dans les groupes de travail à la DGOS et l'ATIH, en tant que CNP ou comme délégués des fédérations.

Au regard de ce qui précède et de l'impasse des réformes du PMSI et de la classification, il est toutefois essentiel de demander **que les CNP soient associés à la conception des modèles de financement** dont la classification à vise tarifaire, car cela ne peut, sans les experts opérationnels, qu'aboutir à des résultats médiocres.

2. A moyen terme : le champ des réformes envisageables

Il nous faudra œuvrer pour faire remonter tout ce qui dans la classification ne serait pas pertinent pour capter les **programmes de soins clés en MPR**.

Il faudra accompagner la conception et le financement des compartiments compensateurs des défaillances de la classification en exigeant la **transparence des attributions** notamment dans les commissions régionales d'allocation des ressources. Il nous faudra travailler la main dans la main avec les fédérations.

Il conviendra de tout faire pour que le **potentiel et les besoins de réadaptation** soient captés *ex ante*, en début de **séquences de soins cohérentes dans leurs objectifs** et se substituent à la mesure de la consommation de ressources disponibles par le CSARR, de surcroît aujourd'hui non spécifique de la réadaptation. Il s'agit notamment de réduire son périmètre (32 codeurs dont soins non spécifiques, soins de bien-être, qui devraient être analysés sous d'autres fonctions en comptabilité, voire de soins d'efficacité non prouvée).

3. A long terme : changer de référentiel

En dehors des discussions sous feuilles de routes contraintes à la DGOS et l'ATIH, il est indispensable, en s'appuyant sur les avancées internationales de demander une

réforme de la comptabilité analytique hospitalière. C'est la mère de toutes les batailles en France pour la MPR, plus généralement pour la réadaptation et pas seulement pour le champ des SSR. Il faut enfin, pour répondre à des besoins croissants prenant en compte la réadaptation comme activité clinique au sens international, l'inscrire dans une stratégie nationale de santé comme le suggère l'OMS.

Cette démarche est le seul moyen d'aboutir à une classification reliant des **groupes homogènes en termes des programmes de soins semblables consommant des coûts similaires**. Elle fonde le lien autorisations-financement en permettant une **gradation possible des activités de réadaptation au sein des activités de SSR** capable de financer des programmes spécialisés, intensifs et complexes.

Le bon modèle, adapté à la situation actuelle, pour **réconcilier clinique et gestion**, pertinence médicale et pertinence pour les payeurs, **accessibilité et gradation** c'est le **programme de soins**, ce qui n'exclut pas des **enveloppes complémentaires**.

La MPR, les autres disciplines et professions de réadaptation doivent **porter attention aux questions médico-économiques**. Les plus jeunes doivent s'en emparer, car la politique est souvent l'art d'empêcher les gens de s'occuper de ce qui les regarde.

Sources : financer des programmes de soins définis par séquences

[Diaporama critique du SYFMER sur les réformes du financement des SSR](#)

[Diaporama du SYFMER sur les futurs décrets SSR](#)

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

[Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales](#) Jean-Pascal Devailly

[SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ?](#)

Jean-Pascal Devailly

[Communiqués du SYFMER](#) sur la réforme des autorisations et du financement:

[CDP 1](#) – [CDP 2](#) – [CDP 3](#)

[Lettre du CNP, SOFMER et SYFMER à l'ATIH](#) à propos de la classification V2021

[Webinaire de l'ATIH sur la nouvelle classification 8 juillet 2021](#)

[Apport des expériences étrangères dans la construction d'un outil de classification à visée tarifaire dans le secteur SSR en France](#). Thèse Mëly Roulet

Aidez-nous à vous informer et à accéder aux sources de l'information.

Pour cela : [Envoyez dès maintenant votre cotisation au SYFMER !](#)

[Payer avec l'IBAN en indiquant votre nom et prénom et le bulletin de cotisation](#)

Jean-Pascal Devailly, président du SYFMER, le 12 juillet 2021

jpdevailly@gmail.com Site <https://www.syfmer.org/> Twitter : <https://twitter.com/syfmer>

Telegram : <https://t.me/joinchat/yRvnSDgaBSoxZml0>