

Réforme du financement des SMR

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.

Plan

- Le futur financement des SMR: l'impact de la LFSS 2022
- La nouvelle classification visée tarifaire 2022
- La dotation populationnelle
- Plateaux techniques spécialisés
- Expertises
- MIGAC - MERRI
- Molécules onéreuses
- Axes de réflexion et propositions pour un **financement à la séquence**

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 professionnelles - ici les CNP - ne sont pas associées à la conception des réformes du financement

Financement des SMR et LFSS 2022

Amendement gouvernemental au PFLSS du 08/11/2021

Classification à visée tarifaire 2022 ≠ Nouveau modèle de financement

- En 2022, la nouvelle classification tarifaire sera appliquée mais les établissements resteront financés selon leurs modalités actuelles (ex Dotation Globale et ex Objectif Quantifié National).
- La période transitoire de sécurisation prévue pour 2022 sera supprimée et permettra une mise en œuvre pleine et entière du nouveau modèle global de financement au 1^{er} janvier 2023.
- Cette mise en œuvre restera néanmoins accompagnée d'un dispositif de transition.
- Le coefficient de transition institué au début de la réforme est supprimé pour laisser place à une gestion des « effets revenus » via une allocation progressive de la dotation forfaitaire entre 2023 et 2025.

Le modèle actuel de financement des SSR

Compartiment activité

« Dotation Modulée à l'Activité »

10%

**Part directement modulé sur
l'ACTIVITE (10%)**
*Echelles de tarifs GME
par secteur*

90%

SOCLE 90%

- Etablissement ex DG
= Budget Global
- Etablissement ex OQN
= Prix de Journée

Actes et consultations externes

4 Compartiments complémentaires

IFAQ

Molécules onéreuses

Plateaux techniques spécialisés

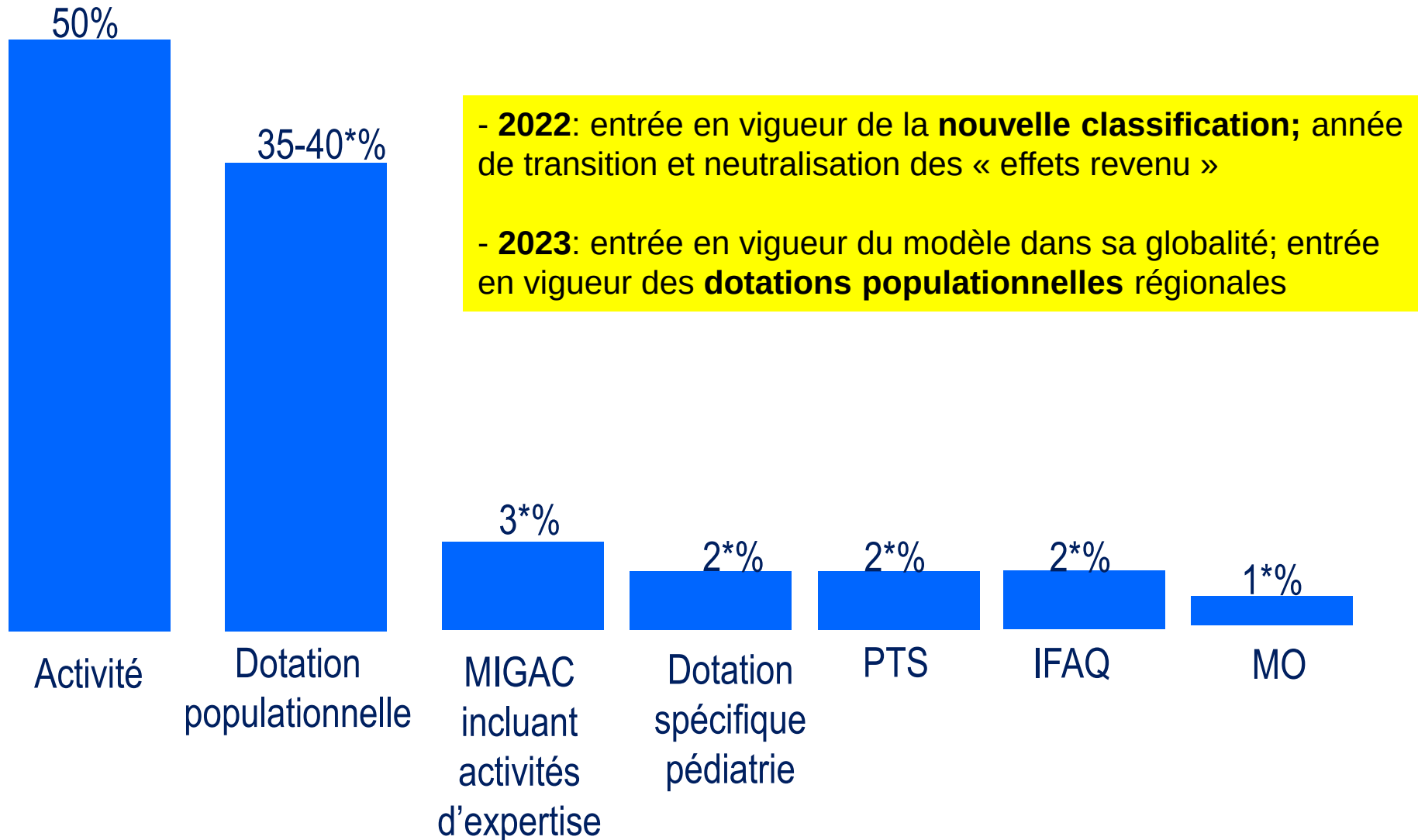
**MIGAC /MERRI + autres
compartiments forfaitaires:
activités d'expertise...**

Nombreux coefficients:

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

Le modèle futur de financement des SMR

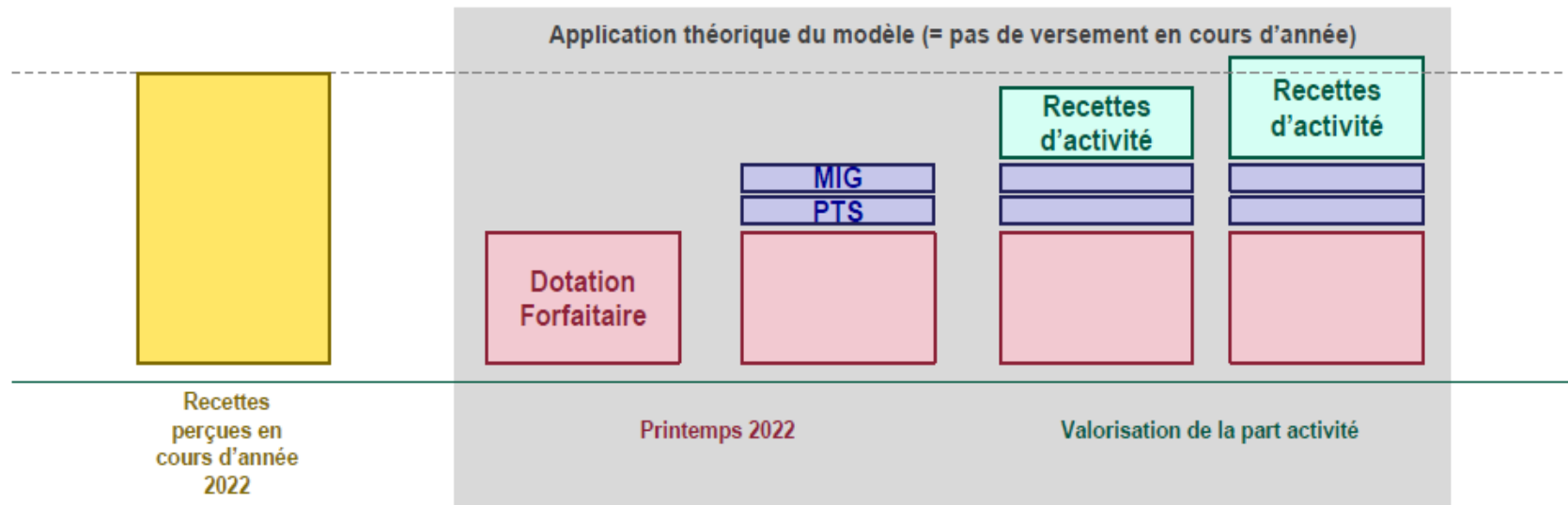
Répartition des compartiments du financement pour 2022: proposition de la DGOS (juillet 2021)



**Les pourcentages sont donnés à titre indicatif*

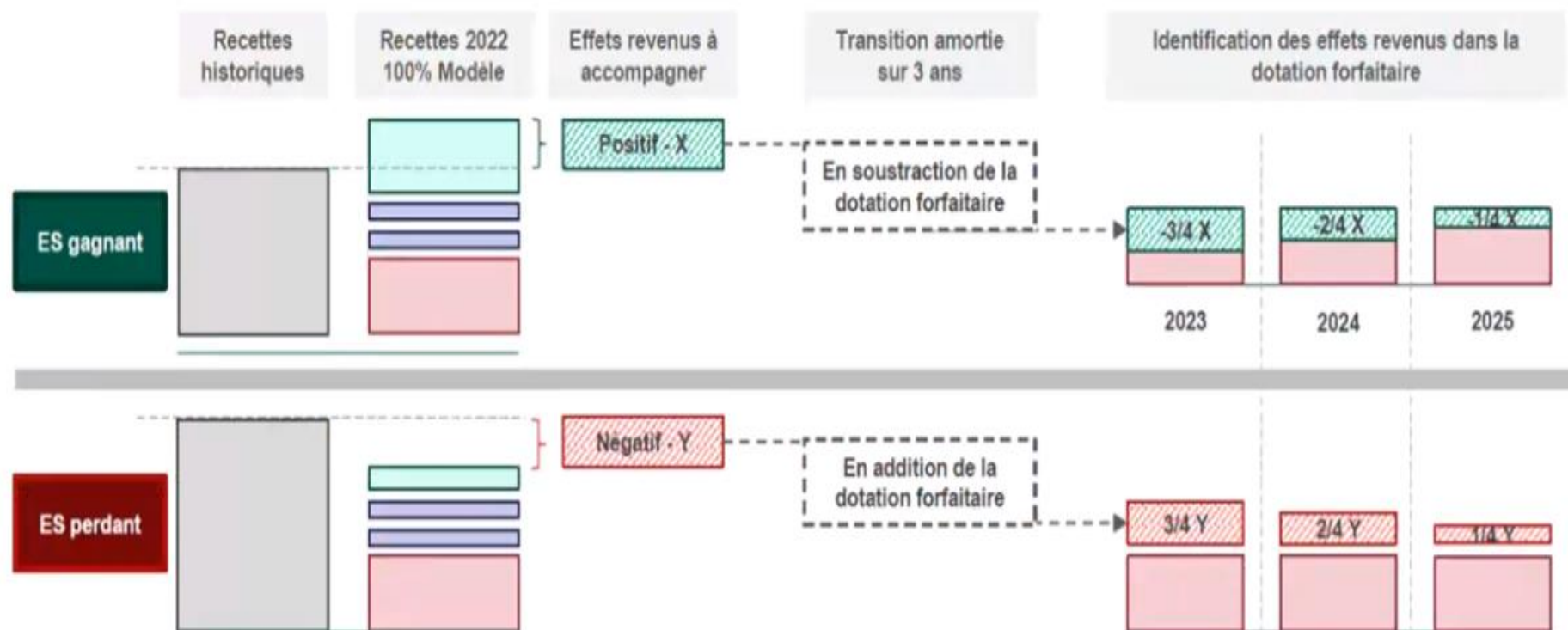
Extraits du Document DGOS du 17/11/2021 page 39

L'année 2022 servira à déterminer les effets revenus au niveau établissement



Extraits du Document DGOS du 17/11/2021 page 40

Les effets revenus générés par le modèle sont identifiés et intégrés dans la dotation forfaitaire sur la période 2023 - 2025



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

AVC avec tétraplégie
AVC avec hémiplégie
...
...

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 hémiplégie , score phy <= 8 ,
score ARR <= 90

...
...

RGME 0147F : AVC avec hémiplégie , 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.

La classification GME 2022

- **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

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?

Quel est le type de
réadaptation reçue par
le patient?

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?

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

CM

GN

Morbidité principale

Groupes nosologiques
(GN)

Type de
réadaptation

Actes CSARR,
actes CCAM
et âge

Groupes de réadaptation

HC

P

S

T

U

HTP

H

I

J

K

Lourdeur

Age,
dépendances,
et indicateur post-
chirurgical

Niveaux de lourdeur

A

B

C

Niveau de
sévérité

CMA

Niveaux de sévérité

1

2

3

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

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

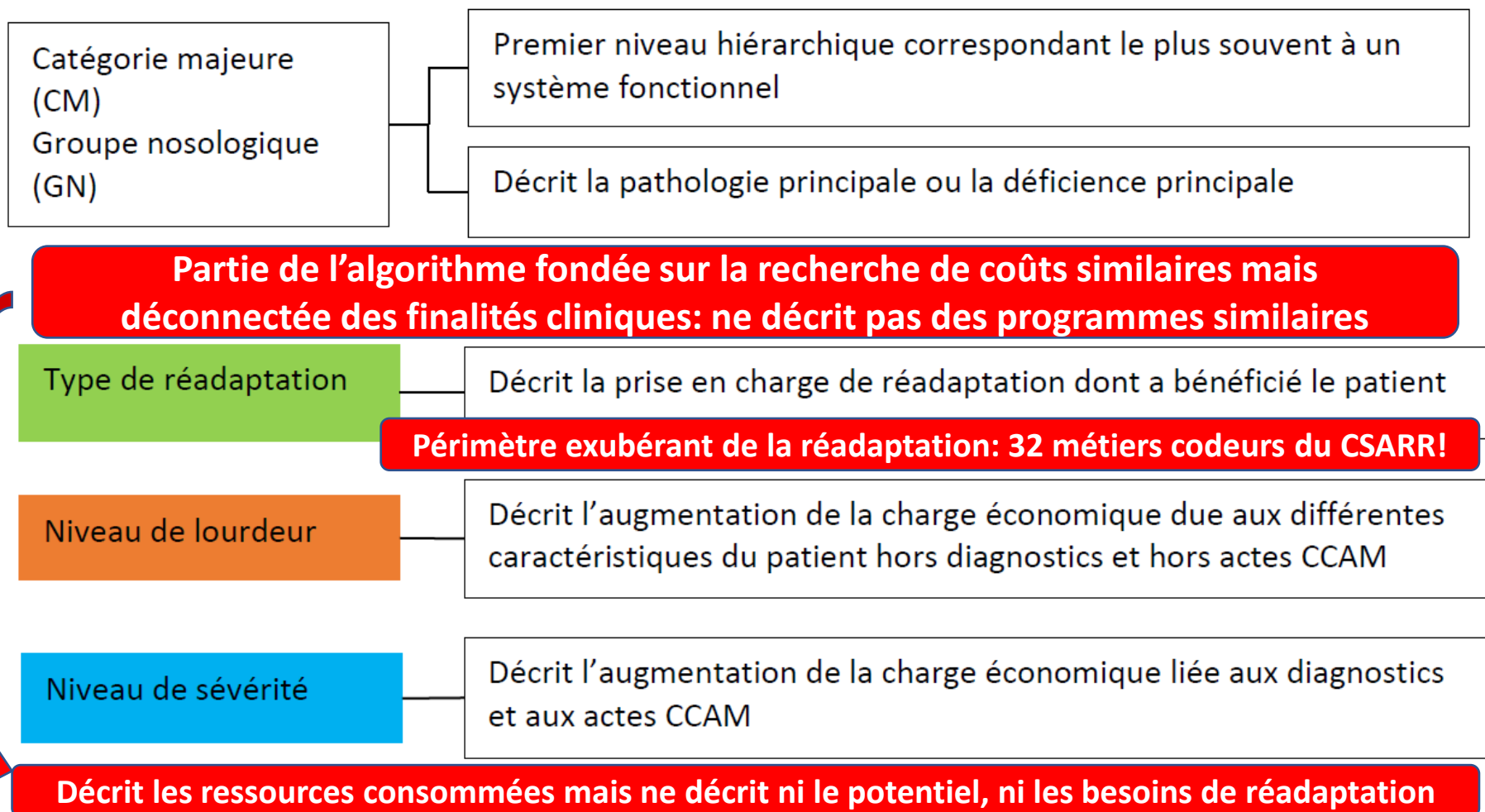


Figure 1: De la CM au niveau de sévérité : définition des niveaux hiérarchiques de la future classification

Processus de groupage

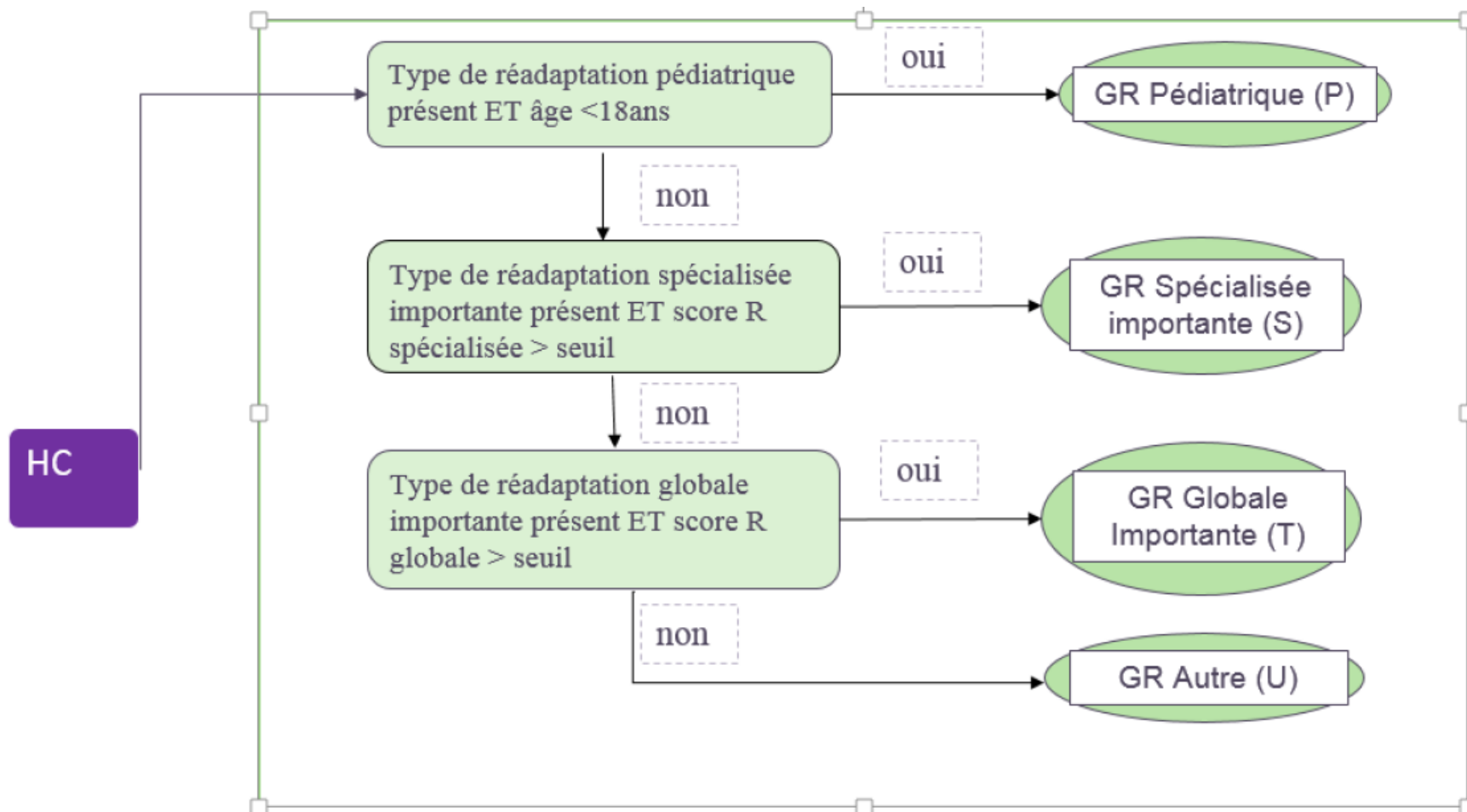


Figure 4: processus d'orientation générale en groupe de réadaptation pour l'HC (score R = score de réadaptation)

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

Acte spécialisé : 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 » devenue « Mention gériatrie ».

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

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%
- SMR : 35-40%

Individus

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

Groupes

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

Sélection des variables du modèle

Activité et territoires

Accessibilité, structuration de l'espace, type d'emploi 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 SMR** en distinguant SMR 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 SMR rend illusoire et hasardeux de se passer du dialogue entre cliniciens et professionnels de santé publique faute de clarification des **composantes des soins de SMR 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 SMR,
 - 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 nouvelles 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 SMR 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 la dotation populationnelle 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 « 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.
- Un code extension documentaire des actes CSARR doit être saisi.

Les expertises: des logiques contradictoires

Un modèle industriel en « flux poussés » par catégories médicales de l'aigu et sur-segmentation par insuffisance des conditions de fonctionnement des SMR 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

Points de vigilance : niveaux d'expertise? les critères de reconnaissance et seuils d'activité?
Plateaux techniques spécialisés - Liens entre autorisations et dotation populationnelle

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.

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 à la description de la gradation des activités.
2. **Quelle est la capacité le CSARR à marquer les programmes spécialisés?**
 - 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 :**
 - **Nomenclature fonctionnelle des SMR** (finalités des séquences +++)
 - Réformes de la comptabilité (considérer la réadaptation en section d'analyse principale et non auxiliaire)
 - Réforme du PMSI-SMR
 - ...

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

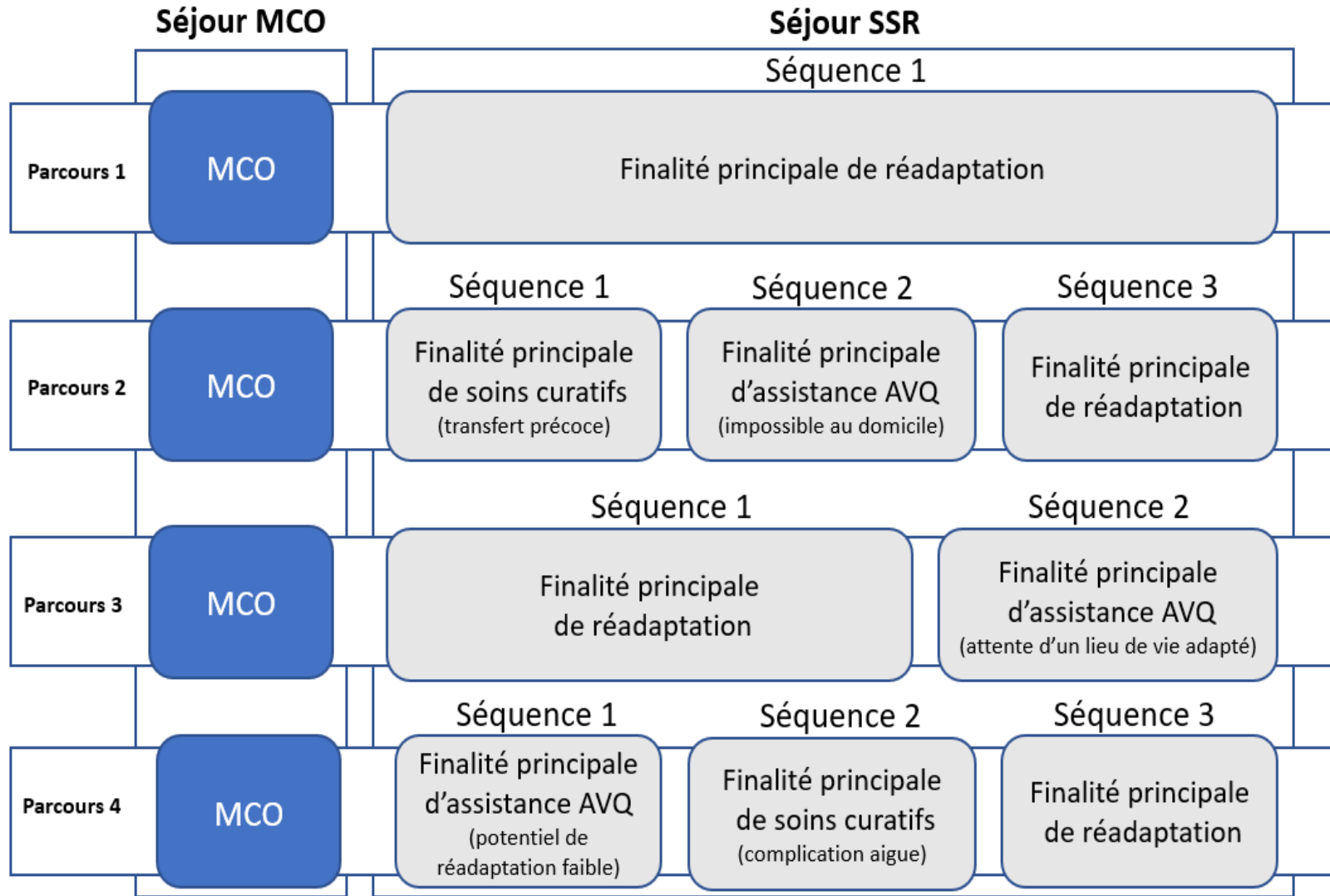
SMR, stratégies et fonctions de production de la santé

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 <i>Intention principale : optimiser les fonctions organiques et les activités</i>	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: concerne aussi les soins de ville.

La séquence : une homogénéité clinique et économique



Dans un financement à la séquence, les Groupes médico-économiques (GME) décrivent des programmes de soins homogènes en termes de prises en charge clinique et dont les coûts sont similaires.

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

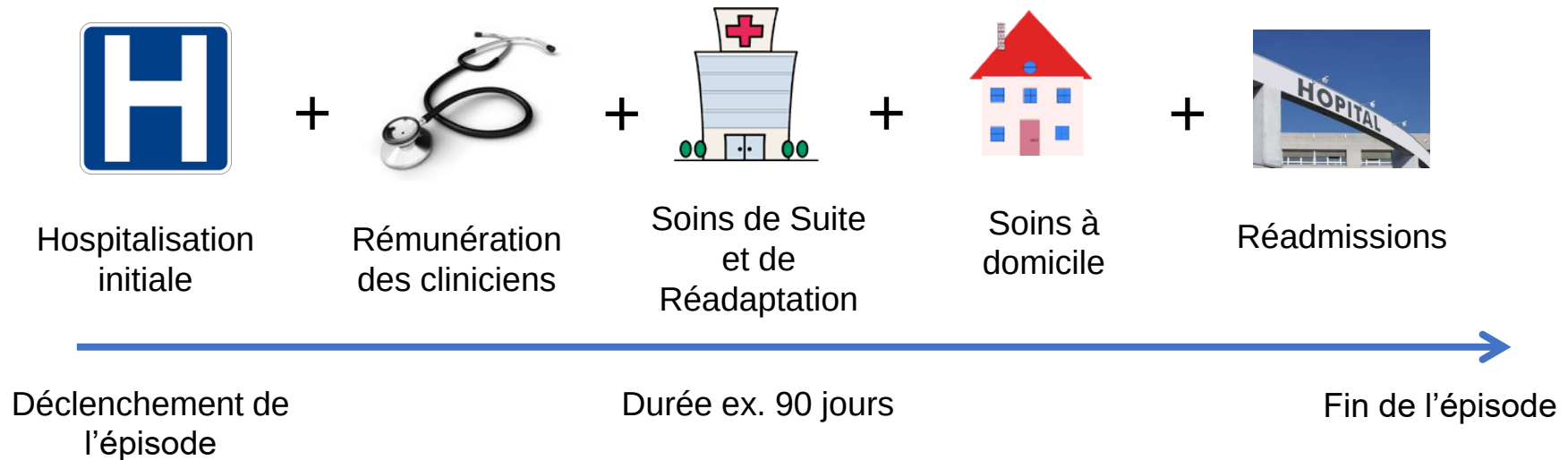
1. Permet de distinguer des finalités fondamentales des hospitalisations en SMR, variables au cours d'un séjour.
2. Les **séquences de réadaptation** doivent être décrites en **groupes de réadaptation** fondés sur le **potentiel de réadaptation**, qui détermine les programmes de soins et les ressources 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.](#)

Païement groupé : l'épisode englobe plusieurs des éléments suivants

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

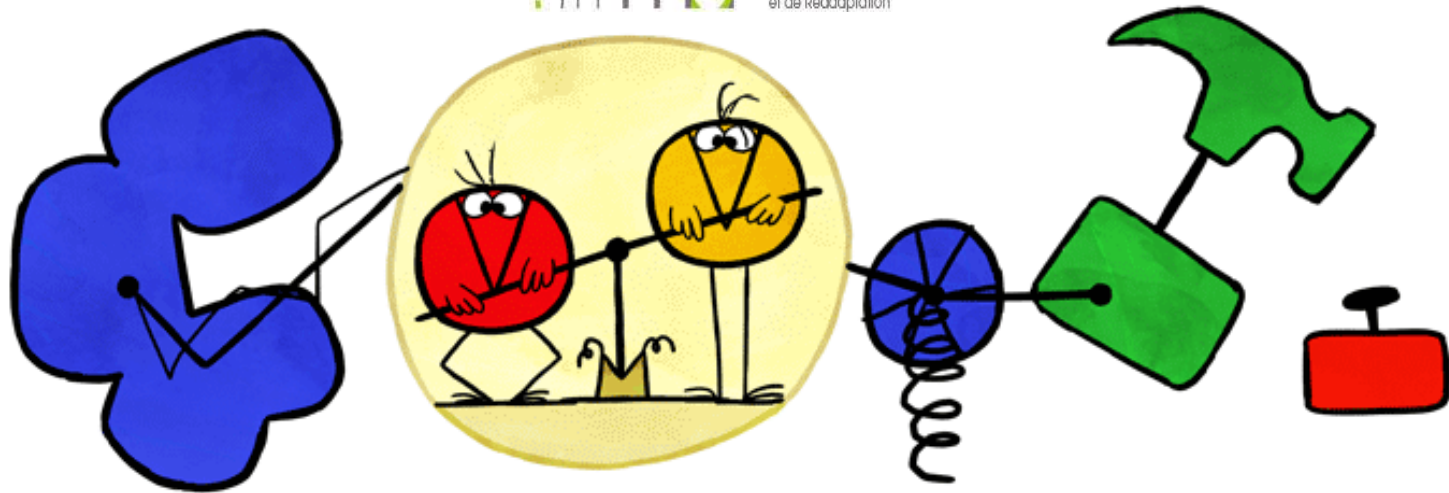


- Qui reçoit les fonds?
- Qui répartit les fonds?
- Selon quelle clé de répartition (péréquation des coûts et recettes)?
- Qui fait entrer le patient dans le parcours?
- Qui oriente le patient entre les différentes étapes du parcours?
- Vers le « *gate keeper* » le « *case manager* » et le « *managed 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 forte densité de réadaptation
 2. Menaces différentes pour les établissements sous DAF et sous OQN
 3. Absence de transparence, d'équité et sous efficacité globale des SMR
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 charge 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-SMR** réformé de décrire des **groupes nosologiques** reflétant les **finalités principales des séquences : soins curatifs post-aigus, soins de 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 ?!

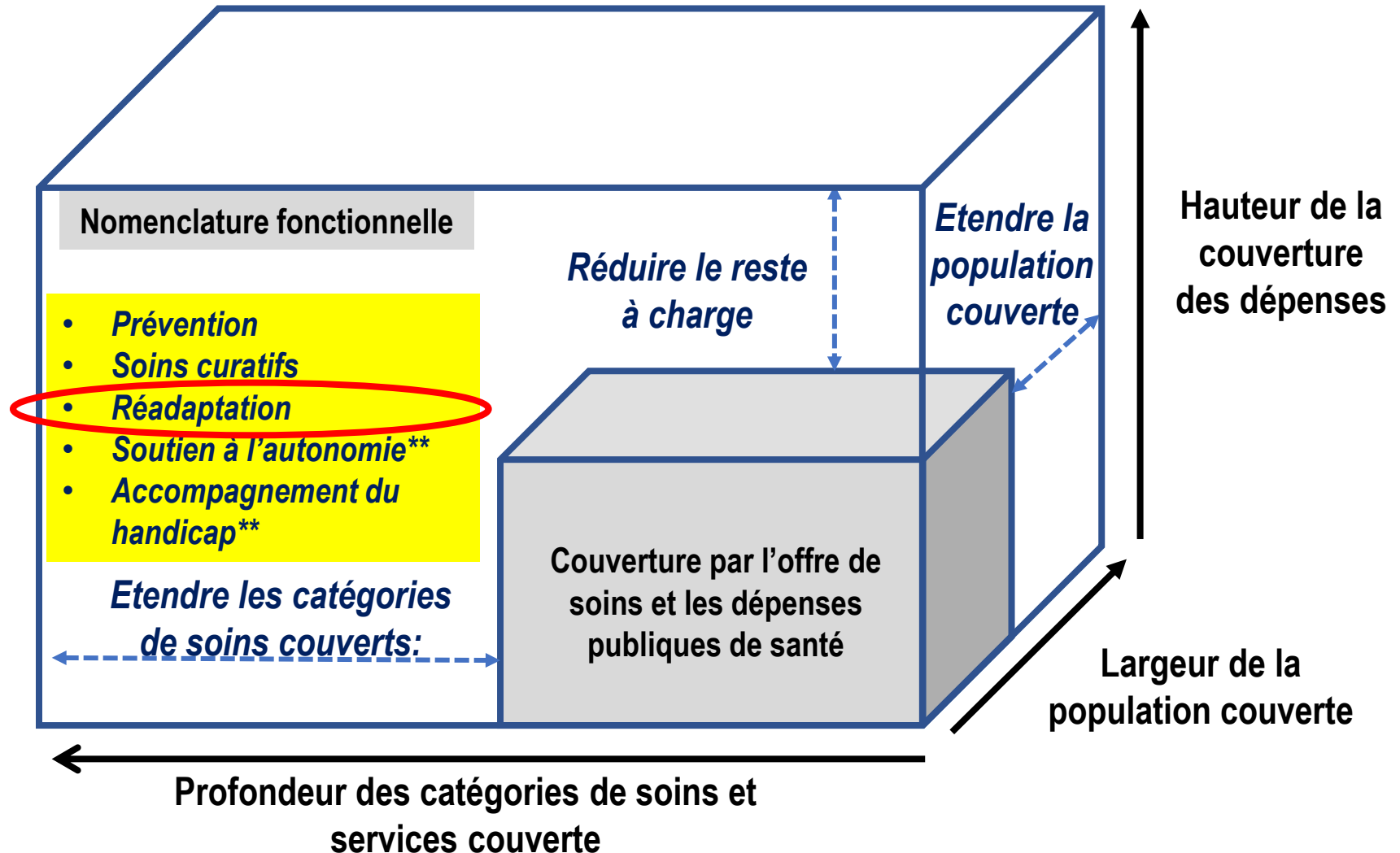
1. Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.
2. Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales Jean-Pascal Devailly, président 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 nouveaux décrets SMR du 11 janvier 2022
7. Webinaire sur la nouvelle classification 8 juillet 2021

Sigles et acronymes

- **SSR** soins de suite et de réadaptation devenus **SMR** soins médicaux 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 hémiplegie
- **GME** groupe médico-économique ex. AVC avec hémiplegie, 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

Réadaptation et panier de soins

*Dans la plupart des systèmes de santé la réadaptation est identifiée comme une composante du panier de soins qu'il faut valoriser spécifiquement**



*Avis du HCAAM du 22 avril 2021: pour une allocation par destination des soins

**Frontière entre politiques sanitaires et sociales

Description des paniers de soins dans neuf pays de l'Union européenne



« Service » est entendu comme « fonction » (service rendu comme composante d'une prestation globale) et non comme structure prestataire.
Les prestataires sont décrits dans la nomenclature ICHA-HP.

HC.1 Services de soins curatifs
 HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier
 HC.1.2 Soins curatifs en hospitalisation de jour
 HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires
 HC.1.3.1 Services médicaux et diagnostiques courants (soins primaires)
 HC.1.3.2 Soins dentaires ambulatoires
 HC.1.3.3 Autres soins de santé spécialisés
 HC.1.3.9 Autres soins curatifs ambulatoires
 HC.1.4 Services de soins curatifs à domicile

HC.2 Services de réadaptation
 HC.2.1 Réadaptation en milieu hospitalier
 HC.2.2 Réadaptation en hospitalisation de jour
 HC.2.3 Réadaptation en mode ambulatoire
 HC.2.4 Services de soins curatifs à domicile

HC.3 Services de soins de longue durée
 HC.3.1 Soins de longue durée en milieu hospitalier
 HC.3.2 Soins de longue durée en hospitalisation de jour
 HC.3.3 Soins de longue durée à domicile

HC.4 Services auxiliaires
 HC.4.1 Laboratoires d'analyses médicales
 HC.4.2 Imagerie diagnostique
 HC.4.3 Transports sanitaires et secours d'urgence
 HC.4.9 Autres services auxiliaires

HC.5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
 HC.5.1 Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
 HC.5.1.1 Médicaments délivrés sur ordonnance
 HC.5.1.2 Médicaments en vente libre
 HC.5.2 Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables
 HC.5.2.1 Lunetterie et autres produits d'optique
 HC.5.2.2 Appareils orthopédiques et autres prothèses
 HC.5.2.3 Appareils auditifs
 HC.5.2.4 Appareil médico-techniques
 HC.5.2.9 Autres biens médicaux durables

HC.6 Services de prévention et de santé publique
 HC.6.1 Santé maternelle et infantile : services de planning familial et de consultations
 HC.6.2 Services de médecine scolaire
 HC.6.3 Prévention des maladies transmissibles
 HC.6.4 Prévention des maladies non transmissibles
 HC.6.5 Médecine du travail
 HC.6.9 Autres services de santé publique

Pas de système de santé performant sans comptabilité robuste!



Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé
22 avril 2021



Pas de système de santé performant sans allocation par destination des soins (HCAAM)!

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 nomenclature fonctionnelle et 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 SMR.
 - **Faute de définition comptable, elle reste un objet de valorisation non identifié, un OVNI**, en MCO comme en SMR ou le modèles de comptabilité MCO a simplement été transposé sans prendre en compte les fonctions comptables de la classification internationale (ICHA).
 2. La nomenclature des autorisations SSR et la définition d'activité homogènes au plan clinique et économique (implantations et conditions de fonctionnement).
 3. L'outil de recueil, le PMSI-SMR 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 en SMR est inévitable..

L'impasse de la classification par absence de fonction de réadaptation

**Impasse du financement
à l'activité en SMR**

**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)**

Outils de recueil

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

**PMSI-SSR
(1996)**

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

*Comptabilité
hospitalière*

**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 2022
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 émane l'ICHI,
la classification internationale des
interventions