

Etat d'avancement du dossier et Positions de la FHF

Yves Gaubert – **Pôle Finances**

24 octobre 2012

CHAPITRE 1

La réforme du financement du SSR

Le SSR, vers un nouveau mode de financement

- Objectif affiché:

mise en place d' un système d' allocation de ressources plus équitable en fonction du poids et de la nature de la prise en charge

- Modèle cible = 4 compartiments

- Activité=> tarifs

- Missions d' intérêt général et d' aide à la contractualisation

- Médicaments onéreux et dispositifs médicaux

- Plateaux techniques

- 2 éléments sous-jacents:

- l' ENCC

- La classification + le CsARR

-Comité de pilotage DGOS (juin 2012): => report de la T2A SSR en 2016.

"un déploiement progressif, compatible avec les capacités d'adaptation des établissements".

2013-2016 : le financement actuel entrera dans une *"phase transitoire, tenant progressivement et davantage compte de l'activité médicale des établissements"*. Elle *"permettra de mieux décrire la nature des activités médicales, paramédicales et d'accompagnement social réalisées par les établissements... »*.

-Rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale:

L'enjeu majeur pour les ARS = parvenir à *une meilleure fluidité dans une trajectoire de soins articulant de manière cohérente MCO et SSR, SSR et médico-social et SSR et dispositifs de soutien au retour à domicile.*

Un dispositif de T2A dans un secteur "qui ne maîtrise pas le parcours de soins de ses patients ni en amont ni en aval (...) risque immédiatement d'être rendu inopérant par ces dysfonctionnements mêmes et ne pourra être à lui seul l'outil d'une réorganisation efficiente de l'offre » .

La Cour juge cette réforme "mal adaptée à la réalité actuelle du fonctionnement des SSR » et préconise de la faire précéder par des *expérimentations*.

-Rapport parlementaire (Sénat)

Les dépenses de l'assurance maladie pour les prises en charge de SSR ont atteint **7 milliards d'euros en 2010, soit 10 % de l'Ondam hospitalier.**

« DGOS : **avancée certaine** mais également **nécessité d'importants travaux complémentaires. Il ne s'agirait pas de reproduire à l'identique ce qui s'est produit en MCO : l'application immédiate, même partielle, d'un modèle inachevé, inabouti et non éprouvé..**

Alors que les activités de SSR s'insèrent, presque par principe, dans **la logique du parcours de soins**, que l'on souhaite promouvoir par ailleurs, il serait dommageable que l'application précipitée de la T2A handicape la réflexion sur le financement de ce parcours. »

Principes généraux :

- structurée en 15 catégories majeures (≈discipline médicale), 219 racines, 625 groupes médico-économiques.
- **au séjour**

Questions ?

- Choix méthodologique = au séjour?
Quid de la précarité, des prises en charge pédiatriques et gériatriques, de la question de l'oncologie, de la convalescence, des séjours longs...?
Retravailler la notion d'intensité de prise en charge.
- Demande d'expertise médicale des différentes spécialités = > explorer la base regroupée.
Lourd impact tarifant.
- Demande d'élargissement de la réflexion à d'autres pistes de travail et éventuellement de modèles expérimentaux : réflexion sur les parcours de soins initiée par la Sofmer et la Fedmer , mise en place d'expérimentations type article 70 sur des filières de soins.

Le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation constitue une refonte de la nomenclature des actes (engagée depuis 2009).

Disponible depuis le 1^{er} juillet 2012, généralisation entre janvier et juillet 2013.

Importance de la mobilisation des éditeurs (les établissements signalant leurs difficultés).

Les Missions d'intérêt général (dont MERRI)

Pilotage DGOS

- 3 sujets MIG ayant fait l'objet d'investigations :

- l'éducation thérapeutique

- la réinsertion: projet de financement spécifique dès 2013 pour les programmes COMETE, à approfondir.

- la pédiatrie: la scolarisation des jeunes patients et l'accueil de leurs parents (hébergement). Travail de modélisation de la future MIG Scolarisation pour un projet d'application en campagne 2013.

- MERRI (enquête auprès de 47 établissements)

(indicateurs de la part modulable: publication SIGAPS, essais SYGREC, étudiants et brevets éventuels).

Faible valorisation certes MAIS sujet REEL. Aussi la FHF plaide pour un test complémentaire portant sur la liste de publications hors PUBMED => suggestion de liste en collaboration avec les sociétés savantes.

La FHF défend la prise en considération des spécificités du champ SSR et refuse le raisonnement par analogie avec le MCO.

Les enquêtes Molécules onéreuses, et Plateaux techniques- Ateliers d'appareillage

Méthode: enquêtes nationales élaborées en concertation avec les Fédérations hospitalières, déployées à l'été 2011

Objectif : Identifier les éléments qui réunissent:
des coûts élevés (ressources mobilisées par les établissements)
un recours atypique
une diffusion limitée
Très forte mobilisation des établissements (90% PT-AA et 80% MO).

Éléments non captés par la classification

FHF favorable à l'émergence de financements spécifiques dès 2013 sur la base d'une liste de médicaments onéreux (enquête a démontré que 75% des montants ne relevaient pas de la liste MCO) et pourquoi pas de quelques plateaux techniques rares et onéreux.

Forts impacts sur les établissements.

Principe général: tout ce qui n' est pas capté par la classification relève d' un autre compartiment et donc d' un financement spécifique?

Quels éléments ne seront pas captés par la classification?

Divergences d' opinions , pour des raisons qui ne sont pas dogmatiques mais:

Différences d' activités...

De lourdeurs de prises en charge

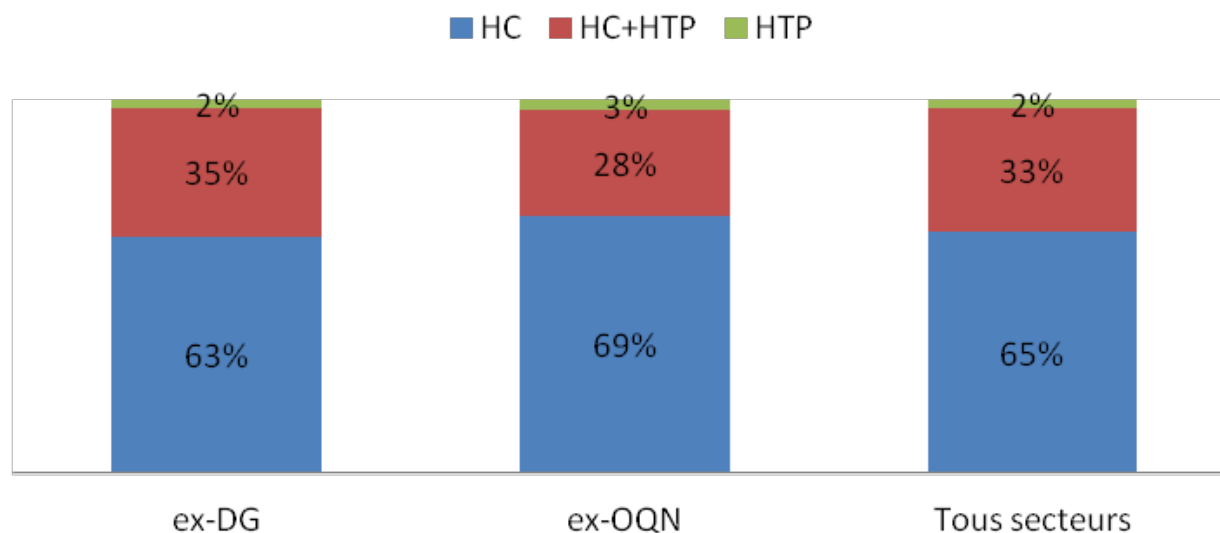
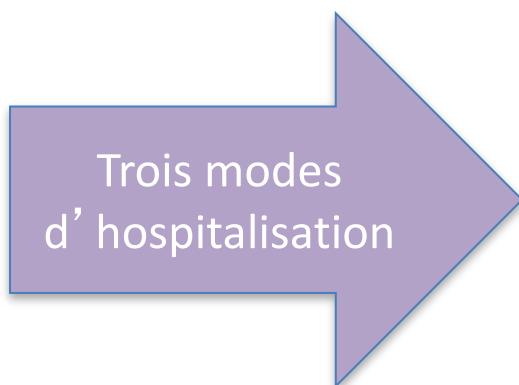
D' intensité de rééducation

De prises en charge (scolarisation...)

De recherche

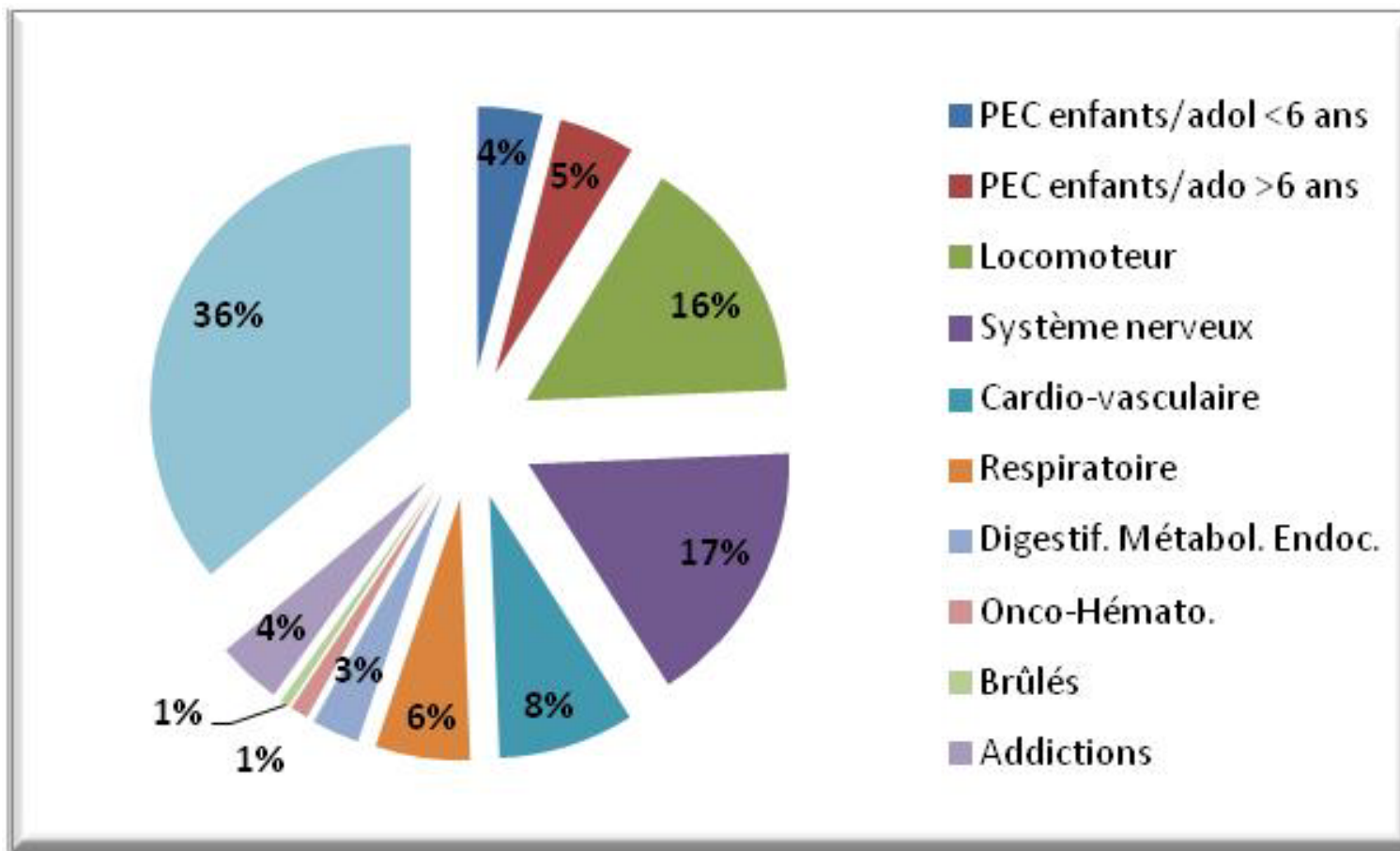
LES MODES D'HOSPITALISATION PAR SECTEUR

Répartition des autorisations par type pour chaque secteur



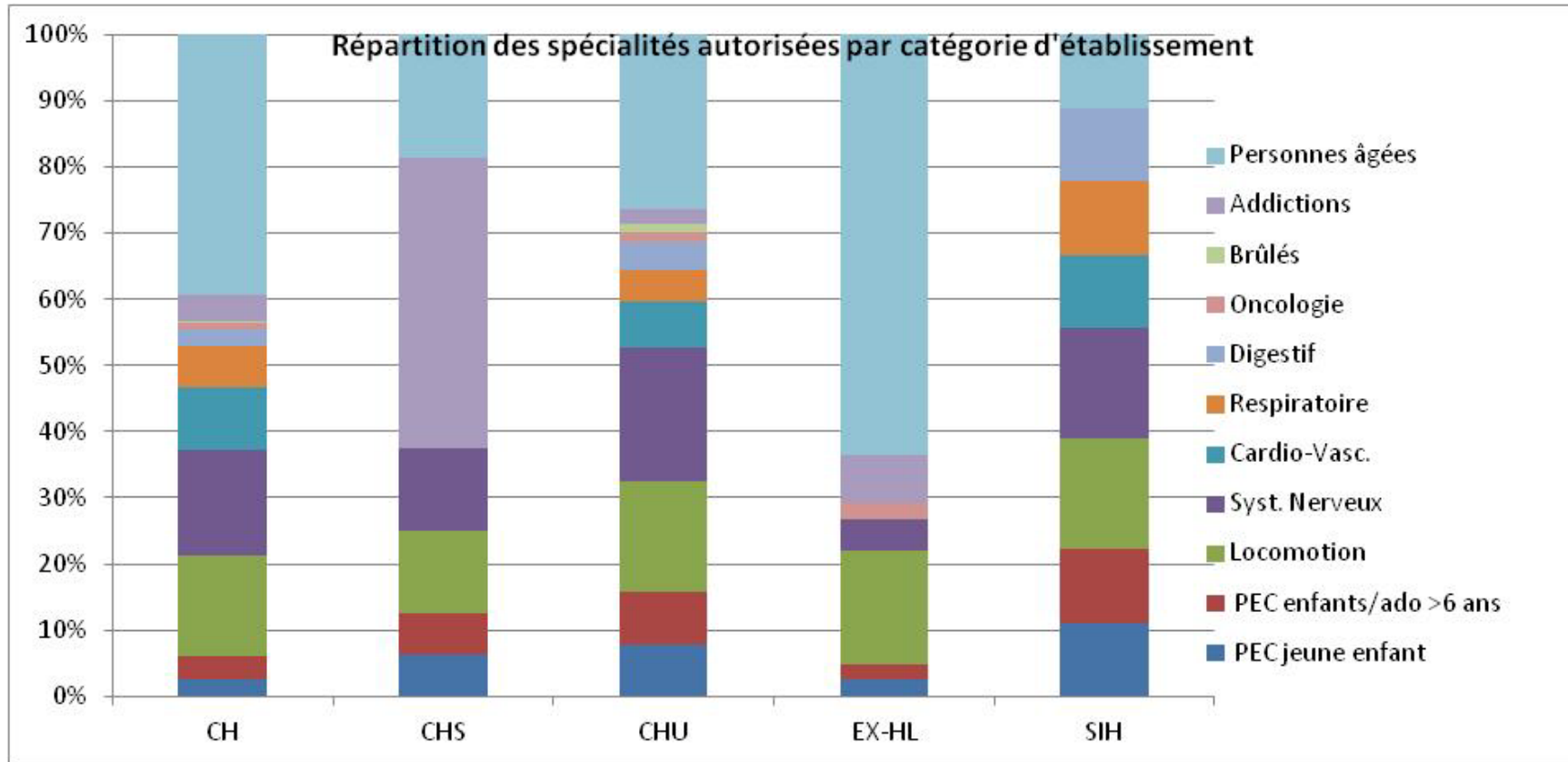
Source utilisée : Sites géographiques autorisés en SSR en 2011 – DGOS
Traitement : FHF – Pôle finances/BDHF

LES SPECIALITES EXERCEES DANS LE PUBLIC



Source : Sites autorisés au SSR en 2011 – DGOS
 Traitement : FHF – Pôle finances/BDHF

SPECIALITES PAR CATEGORIE (SECTEUR PUBLIC)

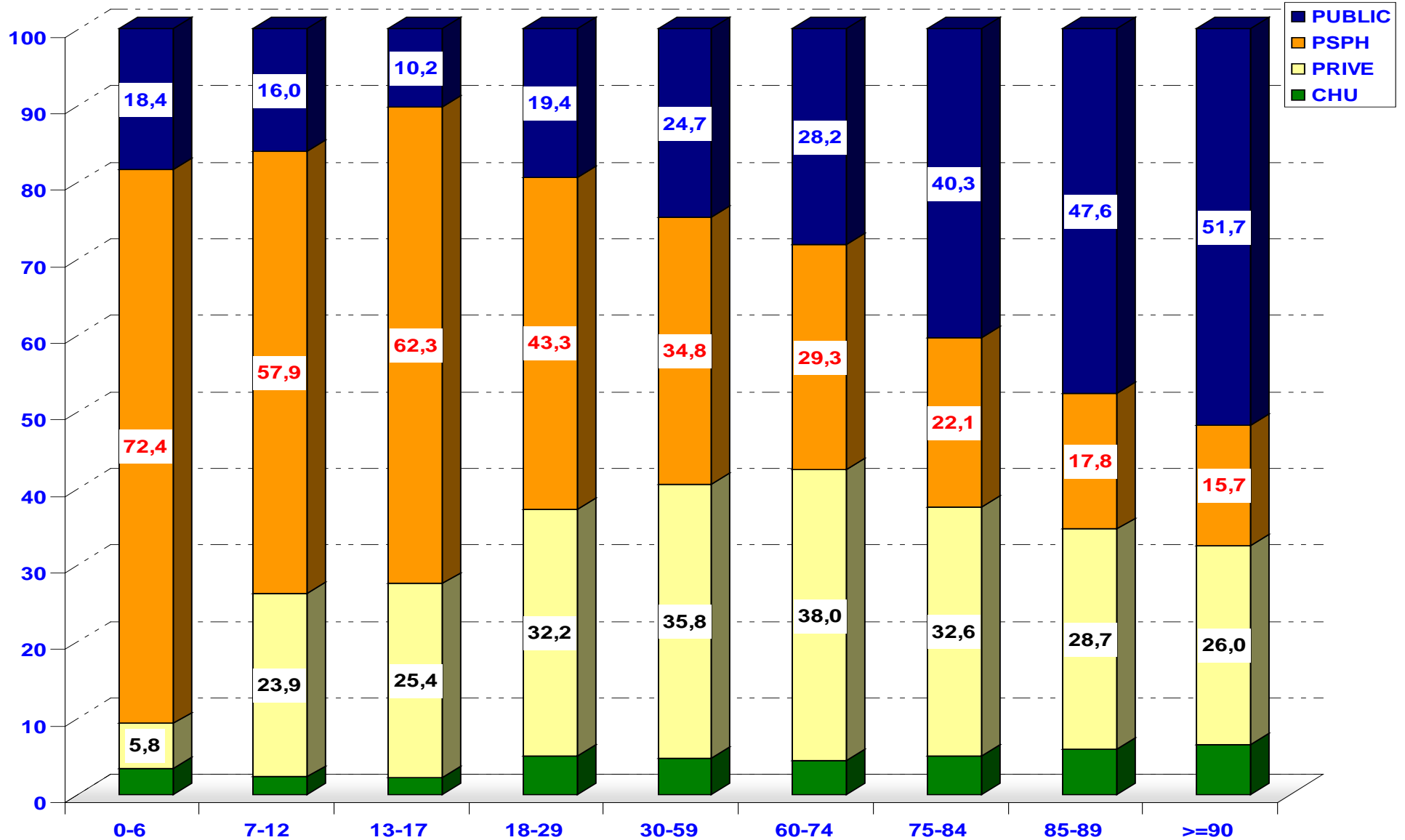


Ici encore, l'activité SSR est mesurée par le nombre de spécialités autorisées dans le secteur public et non pas le nombre de sites géographiques

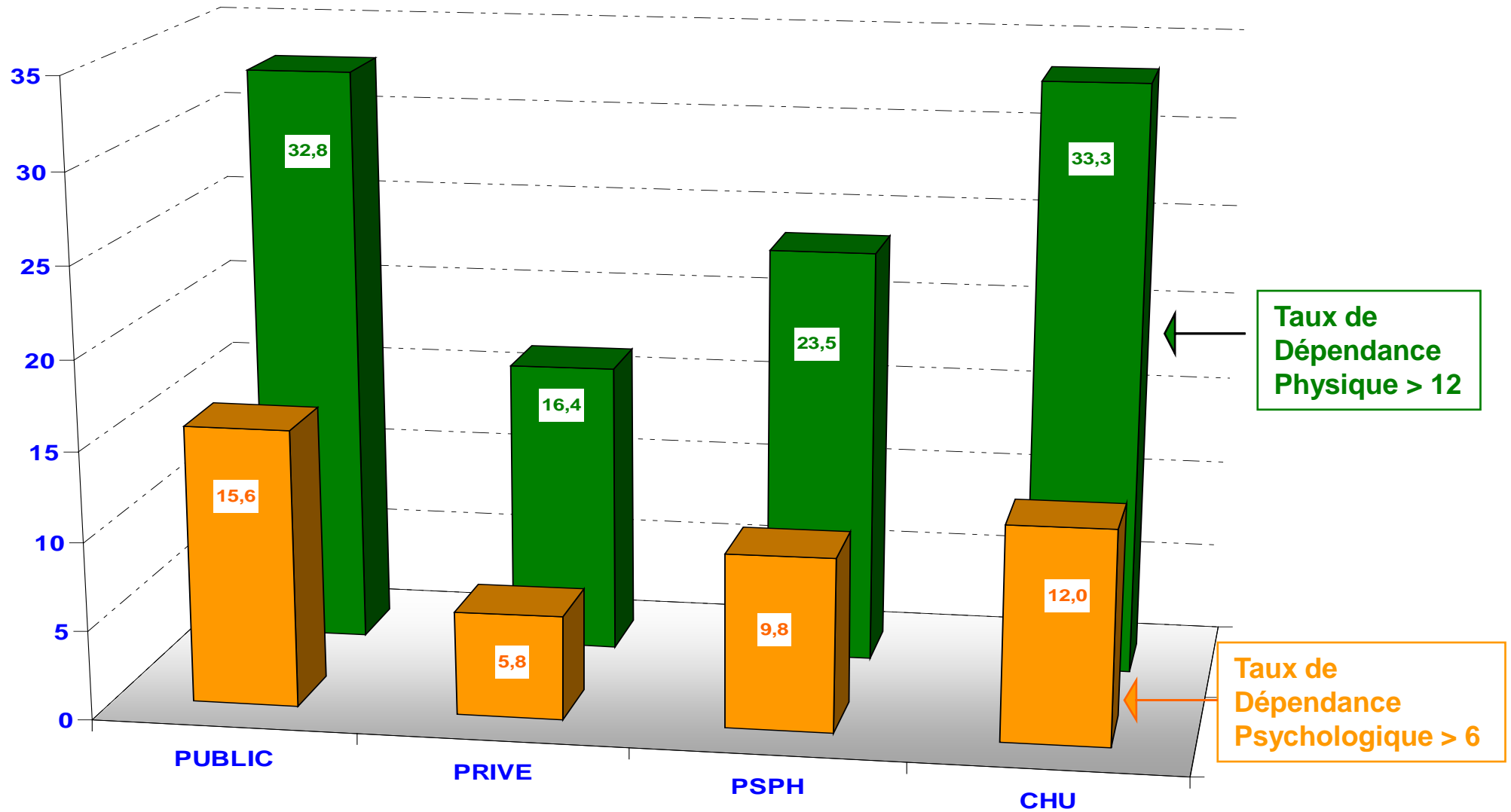
Source : Activités autorisées en SSR en 2011 – DGOS

Traitement : FHF – Pôle finances/BDHF

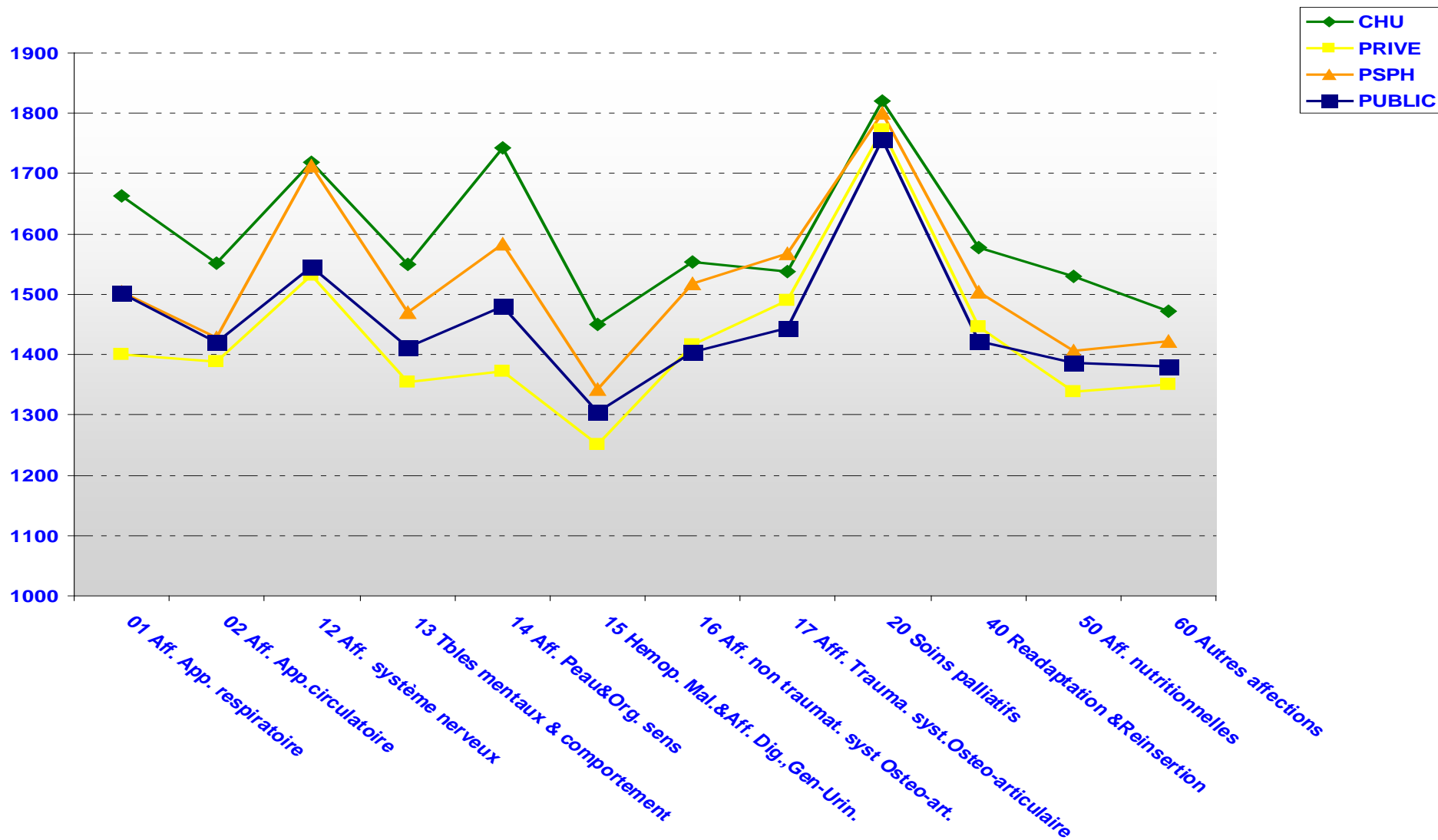
Part des différents secteurs selon l'âge
(Base Nationale 2010, n = 34 596 931 journées)



Dépendance physique & Psychique selon le secteur (Base Nationale 2010, n = 34 596 965 journées)



PMJT par CMC selon les secteurs (Base Nationale 2010, n = 34 596 965 journées)



INDICES DE MODULATION

Rappel

Indice de modulation

= Recettes actuelles /
Recettes théoriques

REGION	CH	EX-HL	CHU	TOTAL
Alsace	0,93	1,02	1,01	0,96
Aquitaine	1,12	1,06	1,24	1,12
Auvergne	0,96	1,20	1,17	1,04
Basse-Normandie	1,15	0,96	1,77	1,15
Bourgogne	0,98	0,73	0,96	0,93
Bretagne	0,90	0,86	1,00	0,91
Centre	0,94	0,78	0,97	0,92
Champagne-Ardenne	0,94	0,84	0,72	0,85
Corse	1,54			1,54
Franche-Comté	0,94	1,14		0,96
Guadeloupe	1,84	1,41	2,54	1,93
Haute-Normandie	0,89	0,84	1,10	0,93
Île de France	1,05	1,23		1,06
La Réunion	1,53			1,53
Languedoc-Roussillon	0,99		1,02	1,00
Limousin	1,02	0,99	0,85	0,95
Lorraine	0,88	0,91	1,05	0,92
Martinique	1,57	0,81	1,52	1,54
Midi-Pyrénées	0,99	1,02	1,32	1,02
Nord Pas-de-Calais	1,01	0,71	1,20	1,03
Pays de Loire	0,84	0,95	1,01	0,92
Picardie	0,97	0,61	1,03	0,96
Poitou-Charentes	0,96	0,99	1,37	1,01
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,05	1,09	0,98	1,04
Rhône-Alpes	0,95	0,86	1,17	1,00
France entière	1,00	0,95	1,08	1,00

Source : Indices de modulation et points IVA SSR – ATIH

Traitement : FHF – Pôle finances BDHF

Le SSR, vers un nouveau mode de financement

- Une mise en marche opérationnelle souhaitée ?

Comptabilité analytique

Qualité et conformité du codage+ Spectre des futurs contrôles

Evolution du rythme des remontées PMSI (mensuel)

Recueil des Actes et consultations externes

Aides à la préparation au passage à la T2A SSR (Systèmes d'information)

- Développement d'une culture de gestion du risque (score ATIH, MSAP, PRADO, études inadéquations...)

- En parallèle:

nécessaire clarification des règles de facturation des transports sanitaires, des PIE...

travaux sur les différentes modalités de prise en charge en SSR: Hôpitaux de jour, TCA, HAD de réadaptation....

Nécessité d'avancer vers un nouveau mode de financement sans reproduire les erreurs du passé :

- ❑ Intégrer les véritables contraintes des missions d'intérêt général
- ❑ S'assurer que les outils de description de l'activité (classification) , ne soient pas utilisés au-delà de leurs capacités
- ❑ Trouver la bonne unité de financement : séjour ? Journée ? Parcours ?
- ❑ Définir un modèle de régulation du système

CONCLUSION

Le modèle de financement de court séjour a montré ses limites.

Un nouveau chantier doit s'ouvrir pour en corriger les défauts majeurs, il serait paradoxal de ne pas inscrire le financement SSR dans ce chantier, en y intégrant toutes ses spécificités.