# Dossier de presse

**CSSR-FHP**

**CONFEDERATION DES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION –**

**FHP** *Affiliée à la Fédération de l’Hospitalisation Privée*

# Juin 2010

# Contact :

# CSSR : 40 Promenade du Grand Large/13295 MARSEILLE cedex 08 T*éléphone :* 04.91.25.39.17 – *Fax :* 04.91.73.95.02 – *Mail :* CSSR-FHP@orange.fr

# Sommaire

* Un défi sociétal, économique et sanitaire………………………………...P.3
* Le secteur des soins de suite et de réadaptation ……………………….P.4
* Les SSR en quelques chiffres……………………………………………..P.7
* Un nouveau cadre juridique et réglementaire unique pour les secteurs

public et privé………………………………………………………………..P.8

* Les SSR dans le secteur privé………………………………….………..P.10
* Des préoccupations pour les prochaines années……………………...P.12
* Annexe 1 : Chiffres complémentaires…………………………………...P.13
* Annexe 2 : Le congrès SSR à Ajaccio…………………………………..P.14

**\*\*\***

**Les cliniques privées de SSR :**

**une réponse à un défi sociétal, économique et sanitaire**

***Les SSR : un secteur clé de la chaine sanitaire***

De par leur position entre soins de courte durée et retour à domicile, ou secteur médico-social, le secteur des SSR représente aujourd’hui un secteur stratégique de l’offre de soins, dont il constitue une charnière indispensable.

Il a du ainsi évoluer considérablement ces dernières années pour s’adapter à des patients de plus en plus lourds et âgés, admis de plus en plus tôt, conséquence notamment du vieillissement de la population, de la recrudescence des maladies chroniques, ou encore de l’évolution des techniques opératoires en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

***Les cliniques de SSR privées : au rendez-vous d’un enjeu sociétal majeur***

***Pour relever cet enjeu sociétal majeur et répondre à ces nouveaux besoins, les cliniques privées de SSR ont toujours été au rendez-vous :***

***⇨ En développant l’offre de soins en SSR chaque fois que nécessaire sur le territoire national*** *(création de 4000 à 5000 lits supplémentaires sur les 3 dernières années).*

***⇨ En se médicalisant*** *fortement moyennant d’importants investissements tant humains que matériels, sans obtenir pour autant les contreparties tarifaires correspondantes.*

De fait, les cliniques privées de SSR remplissent actuellement un rôle majeur dans la fluidité de la chaine sanitaire, avec 70 % environ de leurs patients qui proviennent des hôpitaux publics.

***Les cliniques de SSR privées auront-elles les moyens de continuer à jouer leur rôle ?***

Si, conscients de ce rôle, les pouvoirs publics ont jusqu’à présent vivement encouragé ces créations, ils sont aujourd’hui tentés, dans le contexte actuel de rigueur budgétaire, de réguler le volume existant de l’offre de soins en SSR, avec le risque de provoquer un engorgement conséquent de la chaine sanitaire.

Si les cliniques privées de SSR s’associent pleinement à la nécessité de maitrise des dépenses d’Assurance Maladie, elles souhaitent rappeler qu’elles y contribuent déjà pleinement, avec des couts de fonctionnement, qui sont largement inférieurs à ceux des SSR publics, et ce alors qu’elles remplissent pourtant les mêmes missions.

En effet, depuis la publication des nouveaux décrets en 2008 les secteurs, public et privé de SSR sont désormais soumis à un cadre réglementaire unique.

A ce titre, tous les établissements ont du à partir de 2010 demander de nouvelles autorisations d’activité afin de se mettre en conformité avec les dispositions contenues dans ces nouveaux textes.

***En conséquence, la Confédération des Soins de Suite et de Réadaptation (CSSR) qui regroupe au niveau national les 456 cliniques privées de SSR privées :***

*⇨ Annonce qu’elle sera particulièrement vigilante sur les conditions d’octroi et de renouvellement de ces nouvelles autorisations SSR par les ARS (Agences Régionales de Santé) et sur toute restructuration qui pourrait découler d’une éventuelle maitrise des volumes d’activité, laquelle devra nécessairement s’appliquer à l’ensemble du champ public et privé.*

*⇨ Réclame la poursuite de l’effort de médicalisation des structures existantes qui pourrait être financée par une réduction des écarts tarifaires avec le secteur public si la future tarification à l’activité (T2A SSR annoncée pour 2012) est identique pour l’ensemble des établissements quel que soit leur statut.*

**Le secteur des soins de suite et de réadaptation**

1. **Les Soins de suite et de réadaptation : au cœur du système de soins français**

**L’activité de SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.**

Maillon incontournable de la chaine de soins, les établissements de soins de suite et de réadaptation ont dû évoluer considérablement ces dernières années, pour s’adapter à un plus grand nombre de patients mais aussi à des prises en charge de plus en plus lourdes et complexes.

* **Les SSR : un secteur clé de la filière de soins**

Les établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR) ne sont plus les simples « maisons de convalescence » d’autrefois : ils ont un rôle médical à part entière. Par leur position entre soins de courte durée et retour à domicile, ou secteur médico-social, ils représentent un secteur stratégique de l’offre de soins.

Avec plus de 100 000 lits et places en 2008 et plus de 32 millions de journées réalisées dont 2 millions en hospitalisation partielle, les SSR ont aujourd’hui **une importance capitale dans la fluidification de la filière de soins.**

Ces établissements répondent, dans leur ensemble, aux besoins de soins des personnes en perte d’autonomie, suite à une intervention chirurgicale, un accident de santé ou encore dans le cas de maladies chroniques par exemple dans le but d’assurer la continuité des soins, la prévention et l’éducation thérapeutique, la réadaptation et enfin la préparation et l’accompagnement de la réinsertion, dans ses dimensions familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Leur objectif ultime est de restaurer autant que possible les capacités fonctionnelles antérieures - condition sine qua non pour un retour à domicile et à l’autonomie - et à défaut de mettre en œuvre les moyens de compensation et d’adaptation.

C’est un secteur qui a développé des modes de prise en charge modernes, axés sur une approche globale des patients, qui prend en compte toutes les dimensions de la personne et de son environnement et s’appuient notamment sur la compétence de ses équipes pluridisciplinaires tant médicales que paramédicales.

**Les SSR : un secteur clé de l’organisation sanitaire :**

* *au regard de l’évolution des besoins et du vieillissement de la population*
* *avec des modes de prise en charge innovants*
* *dont les soins sont de plus en plus techniques et globaux*

Selon le niveau et la complexité des soins requis, la prise en charge en SSR peut s’effectuer avec ou sans hébergement. Mais, quelle que soit la forme de cette prise en charge, l’étape SSR est devenue incontournable pour un nombre grandissant de patients. Au point que, pour s’adapter aux besoins croissants de ces mêmes patients, ces structures sont aujourd’hui en pleine expansion.

Il existe plusieurs raisons à cette sollicitation de plus en plus forte des SSR :

L’allongement de l’espérance de vie bien sûr, une exigence de qualité de vie plus importante de la part des patients, mais aussi l’évolution des techniques opératoires qui a pour effet de réduire la durée d’hospitalisation en court séjour – médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Réduction qui fait également suite à une volonté de rationalisation économique. Ces différents événements ont conduit les SSR à s’adapter à l’accueil de ces patients de plus en plus lourds et de plus en plus âgés. Ils ont ainsi mis au point des modes de prise en charge innovants et des soins à la fois plus globaux et plus spécialisés.

1. **Quels patients dans les SSR ?**

Outre leur mission première de suite d’hospitalisation et de rééducation polyvalente, les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation, peuvent également accueillir des populations ou des affections ou catégories de patients ciblées dont la prise en charge est particulièrement complexe. Il peut s‘agir aussi bien de personnes en éveil de coma, de greffés cardiaques, de malades du cancer que d’accidentés de la route par exemple.

Ces SSR spécifiques pouvant s’articuler autour de neuf prises en charge spécialisées pour les catégories d’affections suivantes :

* de l’appareil locomoteur
* du système nerveux
* cardio-vasculaires
* respiratoires
* onco-hématologiques
* des brûlés
* liées à des conduites addictives
* des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
* des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Ils assumeront alors une mission dite de recours et d’expertise.

1. **Les « 3 R » des SSR**

|  |  |
| --- | --- |
| **REEDUCATION** | Elle a pour objectif d’aider la personne à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L’objectif ultime est, autant que possible, la restitution *ad integrum* de l’organe lésé ou le retour optimal à la fonction |
| **READAPTATION** | Elle désigne l’ensemble des moyens mis en œuvre qui visent à aider le patient à s'adapter aux limitations de ses capacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes, et à pouvoir les contourner autant que possible. |
| **REINSERTION** | Objectif ultime des établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle contribue à mettre en place tous les éléments indispensables au retour de la personne dans son milieu de vie, après la stabilisation de son état de santé, selon le projet de vie de la personne, c’est-à-dire dans des conditions de vie aussi proches que possible que celles qui ont précédé le séjour hospitalier. |

1. **Le médecin prescripteur**

L’hospitalisation en service de soins de suite et de réadaptation doit être demandée par un médecin.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

* le patient est hospitalisé en court séjour : le médecin de la clinique fait alors une demande d’admission ou de transfert à l’établissement de soins de suite et de réadaptation, qui reçoit le bulletin de situation du patient.
* le patient vient directement de son domicile : le médecin traitant fait une demande d’admission à l’établissement de soins de suite et de réadaptation. Depuis 2003 (suite à la canicule), l’admission directe d’un assuré social en SSR s’effectue sans demande d’accord préalable à la caisse primaire d’Assurance Maladie

La durée de séjour est fonction de l’état du patient.

**Des dispositifs pour garantir la fluidité de prise en charge :**

* *L’évaluation des besoins médicaux avant toute admission*
* *Des missions d’expertise et de recours menées par des structures assurant une prise en charge très spécialisée (par exemple : cancérologie, éveil des comas, grands brûlés, polytraumatisés …)*
* *L’inscription dans le ROR[[1]](#footnote-2)*

 **Les SSR en quelques chiffres**

**Les SSR en chiffres (secteurs public et privé confondus) *(****source DREES/Données SAE 2008)*

* ***105 440 lits et places en SSR en 2008***
* *nombre de journées réalisées en SSR en 2008 : 32 180 019 (dont 2 093 876 en hospitalisation partielle)*
	+ - *dont 10 732 337 au titre de la rééducation fonctionnelle*
		- *dont 21 447 682 au titre des soins de suite*

**Répartition de l’activité entre les différents secteurs *(****source DREES/Données SAE 2008)*

* ***Établissements privés à but lucratif :28 891 lits et places soit 27,5% (contre 26% en 2007)***
* *Établissements publics : 42706 lits et places soit 40,5% (contre 42% en 2007)*
* *Établissements privés à but non lucratif :33 843 lits et places soit 32% (contre 31% en 2007)*

******

**Un nouveau cadre juridique et réglementaire unique**

**pour les secteurs public et privé**

**2010 : année zéro pour les SSR avec deux réformes en cours :**

1. **Une restructuration du paysage avec une réforme normative et le dépôt des nouvelles autorisations d’activité SSR :**
* *le* [*décret n° 2008-377 du 17 avril 2008*](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664450) *relatif aux conditions d’implantation applicables à l’activité de SSR*
* *le* [*décret n°2008-376 du 17 avril 2008*](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432) *relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l’activité de SSR, qui s’applique aux soins de suite et de réadaptation (adultes et/ou enfants/adolescents) et à 9 types de prises en charge spécialisées : affections de l’appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections cardio-vasculaires, affections respiratoires, affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections onco-hématologiques, affections des brûlés, affections liées aux conduites addictives, affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.*
* *la* [*circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008*](http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-10/ste_20080010_0100_0116.pdf) *relative aux décrets n° 2008-377 et n°2008-376 du 17 avril 2008 réglementant l’activité de SSR.*

**Principales Informations à retenir** :

* Les secteurs public et privé des SSR sont désormais soumis à un cadre réglementaire commun
* Les ex-établissements dits de soins de suite et ceux de rééducation fonctionnelle sont désormais regroupés sous l’appellation unique de « Soins de suite et de réadaptation », avec la possibilité de demander le cas échéant une ou plusieurs mention(s) de prises en charge spécialisées.
* Les établissements des SSR doivent donc redéposer la totalité de leurs autorisations d’activité pour se mettre en conformité avec les dispositions contenues dans ces nouveaux textes, c’est ce qu’ils font en ce moment.
* Des spécialisations sont désormais reconnues par ces textes pour la prise en charge de 9 catégories d’affections spécifiques. Dès lors que les SSR sont reconnus comme étant spécialisés, ils ont alors un rôle d’expertise et de recours.
* Les patients accueillis dans une structure exerçant l’activité de soins de suite et de réadaptation peuvent provenir soit d’un établissement de santé de court séjour (MCO), soit être directement admis de leur domicile
1. **Une réforme en cours visant une nouvelle tarification et la construction d’un modèle cible annoncé pour 2012.**

***La tarification à l’activité appelée T2A SSR***

L’objectif recherché ici est de parvenir à un système d’allocation de ressources plus équitable, en tenant compte notamment de la lourdeur et de la nature de la prise en charge effectuée. Ce nouveau modèle tarifaire doit être compatible avec les dispositions contenues dans les décrets d’avril 2008.

* En attendant l'élaboration du modèle cible de la T2A SSR, une montée en charge de ce dispositif a été prévue, avec un modèle dit transitoire qui a commencé à être appliqué depuis 2009.
* Ce dispositif permet de moduler, de manière assez limitée pour le moment, les tarifs actuellement alloués aux établissements sur la base d'un Indicateur de Valorisation de l'Activité (IVA), qui mesure la lourdeur des patients pris en charge.
* Par ailleurs, des travaux sont actuellement en cours pour déterminer le futur modèle cible T2A, qui devra être proche de celui en vigueur en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), mais adapté à l’hétérogénéité et aux spécificités des SSR.
* Le modèle ainsi envisagé pour la T2A en SSR comporte quatre compartiments:
* l'activité
* les missions d'intérêt général
* les médicaments onéreux
* les plateaux techniques spécialisés.
* La valorisation des coûts de chacun de ces compartiments devrait résulter d’une Etude Nationale des Coûts (ENCC SSR) en cours. Cette étude est voulue par le Ministère « à méthodologie », mais non à échelle commune avec le secteur public, ce que regrette vivement le secteur privé des SSR.

**Les SSR dans le secteur privé**

La Confédération des Soins de Suite et de Réadaptation de la Fédération de l’Hospitalisation Privée (CSSR-FHP) regroupe 456 cliniques de SSR privés à but lucratif pour 28152 lits, soit environ 27,5 % du secteur. Elle est affiliée à la Fédération de l’Hospitalisation Privée.

Ce sont des cliniques de moyen séjour qui assurent une prise en charge globale du patient : soins de suite, rééducation-réadaptation, prévention et éducation thérapeutique, accompagnement à la réinsertion.

Dans la nouvelle organisation des soins en France, ces établissements constituent des pôles sanitaires d’excellence qui se situent en aval des hôpitaux et cliniques de court séjour (MCO) et en amont des maisons de retraite et du domicile. Ils jouent donc un rôle central et charnière dans la « fluidité » de la filière de soins et facilitent ainsi le parcours du patient.

Ils assurent la prise en charge chaque année d’environ 375.000 patients, soit 31% de parts de marché dans le secteur, et réalisent près de 10 millions de journées d’hospitalisation. Ces établissements emploient environ 15.000 salariés et 800 médecins salariés et libéraux y travaillent.

Les cliniques SSR privées ont disposé pour leur fonctionnement d’une enveloppe spécifique (OQN SSR) au sein de l’ONDAM d’environ 1,4 milliard d’euros en 2008 et 1,7 milliard d’euros en 2009.

**Les SSR comme maillon essentiel de la filière de soins:**

* **La proximité :**

Avec 456 établissements, les établissements de SSR privés à but lucratif sont présents sur tout le territoire national : tant dans les paysages ruraux et semi-ruraux que dans les agglomérations, ce qui est unique dans le secteur sanitaire. Dans les zones rurales, ils représentent souvent le seul maillon de la chaîne sanitaire encore présent.

* **L’éducation thérapeutique :**

Les SSR effectuent une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients avec un programme d’éducation thérapeutique, adapté à chaque type de prise en charge.

* **Des pathologies de plus en plus complexes**:

Pour faire face au vieillissement de la population française, à la recrudescence des maladies chroniques, à l’augmentation des polytraumatisés, ou encore de patients souffrant de poly-pathologies… les établissements de SSR ont été amenés à se médicaliser et se spécialiser de plus en plus afin de pouvoir accueillir dans de bonnes conditions ces patients de plus en plus lourds et âgés.

* **Les SSR et la santé du patient**

En pratique, le passage dans un établissement de soins de suite et de réadaptation à l’issue d’une hospitalisation en MCO permet de limiter le risque de récidive et donc de nouvelle intervention ou hospitalisation. Le patient doit, à l’issue du séjour, être a même de reprendre son travail plus tôt ou de se réinsérer plus rapidement dans son cadre de vie.

* **Les SSR et la qualité des soins**

La démarche qualité continue est un enjeu majeur et capital qui sensibilise toutes les structures de SSR et leurs équipes pluridisciplinaires depuis des années.

C’est sans doute la raison qui explique que les cliniques privés de SSR ont connu d’excellents résultats dans la procédure de certification[[2]](#footnote-3).

Plus récemment, la Haute Autorité de Santé (HAS) a généralisé au secteur des SSR les Indicateurs Pour l’Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS).

Les objectifs de cette généralisation sont, entre autres, d’améliorer la qualité des soins, d’améliorer encore la pertinence de la procédure de certification, de répondre à l’exigence de transparence et au besoin d’information des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés.

* **Les SSR dans le secteur privé coûtent moins cher à l’Assurance Maladie et ne pratiquent aucun dépassement d’honoraires**

Quelques exemples comparatifs des différences de tarifs SSR publics/privés

***Tarifs d’hospitalisation SSR publics-privés :***

***Quelques exemples concrets des prix journée alloués aux établissements***

Sur ces exemples de régions, les tarifs des SSR Privés sont de 62 % à 157 % inférieurs à ceux des SSR publics : soit autant d’économie pour l’Assurance Maladie.

**Languedoc-Roussillon**

Tarifs de soins de suite et réadaptation**[[3]](#footnote-4)** : de l’ordre de 197,52 € à 450,13€ pour les centres hospitaliers publics, alors que la fourchette de prix pour les établissements privés va de 82,81 € à 207,27 €. Soit des tarifs de 117 % à 138 % plus élevés dans le public.

**Ile-de-France**

Tarifs de soins de suite polyvalents**[[4]](#footnote-5)** : de l’ordre de 243 € en moyenne pour les établissements publics contre 150 € pour les établissements privés. Soit des tarifs 62% supérieurs dans le public.

Tarifs de rééducation fonctionnelle polyvalente : 327 € en moyenne pour les établissements publics contre 178,50 € en moyenne pour les établissements privés. Soit des tarifs de 83% plus élevés dans le public.

**Rhône Alpes**

Tarifs de soins de suite et réadaptation**[[5]](#footnote-6)** : de l’ordre de 360 € en moyenne dans le public (hors hôpitaux locaux), contre 140 € en moyenne pour les établissements privés. Soit des tarifs de 157 % plus élevés dans le public.

**Des préoccupations pour les années à venir**

La double inquiétude des cliniques privées de SSR dans un contexte de maîtrise des dépenses Assurance Maladie, donc d’enveloppe financière (OQN) contrainte, est relative à la nécessité de parvenir à :

***⮱ Absorber la « dynamique de croissance » du secteur (nouvelles créations de lits et de places) tout en assurant la médicalisation des cliniques existantes ;***

***⮱ Construire une nouvelle tarification à l’activité (T2A SSR) « sans tabou » qui permettra au secteur de bénéficier d’un financement à la hauteur de ses nouvelles missions.***

🙪🙪🙪

Jusqu’à maintenant le secteur privé était obligé de produire ses propres statistiques pour démontrer que son dépassement d’activité ne provenait pas d’un emballement de ses dépenses, mais de la création de milliers de lits (4000 à 5000 lits depuis 3 ans).

Or, ces créations, même s’il en a été le promoteur, le secteur n’a pu les réaliser qu’avec l’aval des pouvoirs publics qui les ont autorisées dès lors qu’ils voyaient dans les SSR un maillon indispensable à la fluidité de la chaine sanitaire.

La récente Mission confiée à Raoul Briet par le Président de la République[[6]](#footnote-7), qui précise que l’ONDAM[[7]](#footnote-8) ne pourra être « respectable que pour autant qu’il peut être respecté », vient quelque part au secours du secteur.

On peut en effet en conclure que les pouvoirs publics ne pourront pas sanctionner le secteur privé, promoteur de lits SSR, dès lors qu’ils les auront eux-mêmes préalablement autorisés.

Par ailleurs, la future T2A SSR, annoncée pour 2012, a été déclarée d’emblée par les pouvoirs publics, à méthodologie, mais pas à échelle commune. Le secteur privé y voit là une grande injustice puisqu’il remplit les mêmes missions que le secteur public et ne comprend pas dès lors les raisons du cadre réglementaire commun à l’ensemble de l’activité SSR qui a bien été voulu par les pouvoirs publics en 2008.

Il demande simplement que dans la construction du modèle définitif T2A SSR, on réfléchisse objectivement à l’application d’une véritable tarification à la pathologie capable de rémunérer les missions véritables des prises en charge en SSR, et ce quel que soit le secteur dans lequel elles sont dispensées.

Dès lors ce n’est plus le seul cadre de l’OQN SSR privé, qui sert de référence, mais l’ensemble des financements mobilisés par les SSR dans l’ONDAM.

**Le secteur privé est donc prêt aujourd’hui à réfléchir, avec les pouvoirs publics, à une régulation potentielle des volumes de l’offre de soins SSR, mais souhaite que parallèlement, on entame une réflexion sans tabou pour une T2A SSR capable de rémunérer de manière identique l’ensemble du secteur des SSR public et privé.**

Annexe 1 :

**Quelques chiffres en SSR**

*(Source DREES/ SAE 2007-2008)*

**Activité des SSR**

Les SSR en 2007 (tous secteurs confondus) : Hospitalisation Complète 909 entrées (en milliers) pour Hospitalisation partielle : 1926 venues (en milliers)

Les SSR en 2008 (tous secteurs confondus) : 931 entrées (en milliers) pour 2094 venues (en milliers)

*⮱ Soit une évolution 2007/2008 de + 2,4 % d’entrées et + 8,7 % de venues*

**Le nombre d’entrées 2008 est réparti comme suit :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statuts** | **Nombre d’entrées en 2008 (en milliers)** | **Evolution 2007/2008** |
| Publics | 377 | + 1,1 % |
| Privés à but non lucratif | 263 | - 0,1 % |
| Privés à but lucratif | 291 | + 6,7 % |
| **Total** | **931** | **+ 2,4 %** |

**Le nombre de journées 2008 est réparti comme suit :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statuts** | **Nombre de journées en 2008 (en milliers)** | **Evolution 2007/2008** |
| Publics | 12 241 | + 0,6 % |
| Privés à but non lucratif | 8 787 | - 0,7 % |
| Privés à but lucratif | 9 058 | + 6,7 % |
| **Total** | **30 086** | **+ 2 %** |

**Capacité des SSR**

Les SSR en 2007 (tous secteurs confondus) : 96279 lits et 6983 places

Les SSR en 2008 (tous secteurs confondus) : 97940 lits et 7500 places

*⮱ Soit une évolution 2007/2008 de 1,7 % en lits et 7,4 % en places.*

**Le nombre de lits et de places 2008 sont répartis comme suit :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statuts** | **Nombre de lits en 2008** | **Evolution 2007/2008** |
| Publics | 40521 | + 0,5 % |
| Privés à but non lucratif | 30361 | - 0,4 % |
| Privés à but lucratif | 27058 | + 6,2 % |
| **Total** | **97940** | **+ 1,7 %** |
| **Statuts** | **Nombre de places en 2008** | **Evolution 2007/2008** |
| Publics | 2185 | + 5,6 % |
| Privés à but non lucratif | 3482 | + 3,8 % |
| Privés à but lucratif | 1833 | + 17,7 % |
| **Total** | **7500** | **+7,4 %** |

**Annexe 2 : Programme du 5 e Congrès National de la CSSR**

**5ème Congrès National de la Confédération**

**des Soins de Suite et de Réadaptation**

***Journée du Vendredi 18 juin 2010***

**Palais des Congrès « François Lanzi »**

**Quai l’Herminier**

**20000 AJACCIO**

***« SSR 2010 : Nouvelles règles : nouvelle donne »***

##### ***En présence de Madame Annie PODEUR, Directrice Générale***

##### ***Direction Générale de l’Offre de Soins – Ministère de la Santé***

##### Exposition avec une vingtaine de partenaires

*Journée du vendredi 18 juin 2010*

***Matinée***

**9h00 – 9h30** : **Accueil des participants et visite des stands**

**9h30 – 10h00**: ***Ouverture de la journée***

 **Allocution d’ouverture par Monsieur Simon RENUCCI, Député Maire de la Ville d’Ajaccio**

 **Accueil par le Président du Syndicat Régional FHP Sud Est, Jean Louis MAURIZI et le Vice Président Chargé de la Corse Henri ZUCCARELLI**

 **Intervention du Président de la CSSR-FHP, Gabriel BOSSY**

***Intervention de Madame Annie PODEUR, Directrice Générale de la DGOS***

**10h00 – 11h00** : ***Bilan d’étape dépôt autorisations activité SSR et premiers enseignements***

***Table Ronde animée par le Docteur Gabriel BOSSY, Président de la CSSR-FHP et le Délégué Général, Théodore AMARANTINIS***

**Intervenants** : Maître Maxence CORMIER, Avocat Conseil, Monsieur le Directeur de l’ARS Corse (sous réserve) et l’ARS Languedoc Roussillon (sous réserve)

**11h00 – 11h15** : **pause et visite des stands**

**11h15 – 12h45 : *Une véritable tarification à l’activité pour les SSR : mythe ou réalité ?***

***Table Ronde animée par le Docteur Gabriel BOSSY, Président de la CSSR-FHP et le Délégué Général, Théodore AMARANTINIS***

**Intervenants** : Monsieur Housseyni HOLLA, Directeur de l’ATIH, Madame Sandrine BILLET, Chef du Bureau R1 à la DGOS, Madame Dominique OSSELIN, Adjointe du Bureau R4 à la DGOS, Docteur Paul GOBIN, Président du Syndicat de la Rééducation Fonctionnelle – FHP, Monsieur Lamine GHARBI, Président FHP-MCO et Administrateur CSSR et la participation des différents Experts de la CSSR-FHP.

**Conclusion des tables rondes avec le point de vue de notre Grand Témoin, Philippe BURNEL, Délégué Général de la FHP**

**13h00** : **visite et apéritif sur les stands**

**13h15 – 14h15** : **Déjeuner en commun sur place**

**14h15– 14h25** : **café et** **visite des stands**

***Après midi***

**14h30 – 14h45 : Intervention de Monsieur Jean-Loup DUROUSSET, Président de la FHP**

**14h45 – 15h30: *Certification V2010 : 1ères expériences vécues par les deux parties : adhérents CSSR et Experts visiteurs***

***Table Ronde animée par le Docteur Frédéric SANGUIGNOL, Président du Syndicat des Soins de Suite - FHP***

**Intervenants** : Messieurs Pierre PORTIGLIATTI et Stéphane DEUTSCH, Experts Visiteurs HAS, Madame Claude GUELDRY, Directrice du BAQIMEHP et Madame Claude NEDELEC, Directeur Moyen Séjour Midi Pyrénées (Groupe CAPIO)

**15h30-15h45** : **pause et visite des stands**

**15h45 – 16h45: *Ressources humaines, formation, relation avec les soignants : des enjeux majeurs pour les SSR***

 ***Table Ronde animée par Jean Louis MAURIZI, Président de la FHP SUD-EST***

**Intervenants :** Madame Katya CORBINEAU, Directrice des Affaires Sociales de la FHP, Monsieur Marc LAMUR, Directeur Général de FORMAHP, Messieurs Alain BARTEAU et Remi NAVEAU

**16h50 : *Clôture du Congrès par le Président de la CSSR-FHP***

1. Répertoire Opérationnel des Ressources. Le ROR s’inscrit dans le cadre de la Coordination des Réseaux Territoriaux des Urgences et a notamment pour objectif d’améliorer l’orientation du patient en aval des structures d’urgences, vers l’établissement le plus adapté à sa prise en charge. [↑](#footnote-ref-2)
2. La certification des établissements de santé est une procédure d’évaluation externe, indépendante de l’établissement de santé et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé, concernant l’ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques [↑](#footnote-ref-3)
3. Source : données SNATIH 2008 [↑](#footnote-ref-4)
4. Source : étude « analyse comparative des coûts » publiée en 2008 par l’ARHIF (sur la base de données 2006) [↑](#footnote-ref-5)
5. Source : ARH/DRASS tarifs hospitaliers 2007 [↑](#footnote-ref-6)
6. *La Mission BRIET a été chargée par Nicolas Sarkozy de réfléchir à des mesures visant à contrôler le dérapage des dépenses d’assurance-maladie* [↑](#footnote-ref-7)
7. *ONDAM : Objectif national des Dépenses d'Assurance Maladie* [↑](#footnote-ref-8)