



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau de la synthèse organisationnelle et financière (R1)
Affaire suivie par : Léa Camus
Tél. 01 40 56 79 91
lea.camus@sante.gouv.fr

15 FÉV. 2017
Paris, le

Monsieur le président,

Je me permets de venir vers vous dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du modèle de financement des soins de suite et de réadaptation (SSR).

En application de l'article 82 du PLFSS pour 2017, du 1er mars 2017 au 28 février 2018, le financement des établissements de SSR sera fondé sur un modèle combinant les anciennes et les nouvelles modalités de financement. L'objectif est de permettre à ces établissements de s'adapter progressivement à la réforme. Les recettes de ces établissements seront ainsi fondées sur deux parts distinctes, dont le pourcentage sera défini par arrêté :

- Un pourcentage des modalités antérieures de financement des deux secteurs (c'est-à-dire la dotation globale pour les établissements sous dotation annuelle de financement et les forfaits journaliers pour les établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national) ;
- Un pourcentage de la part activité du dispositif prévu par la réforme (dotation modulée à l'activité - DMA).

Dans cette perspective, afin de constituer l'enveloppe afférente à la DMA, et s'agissant des établissements financés dans le cadre de l'OQN, un coefficient minorant viendra s'appliquer aux frais de séjours facturables aux régimes obligatoires (prix de journée et autres suppléments).

Je me permets d'attirer votre attention sur ces éléments de la réforme. En effet, durant la période transitoire, l'assise du reste à charge patient facturé par les établissements financés dans le cadre de l'OQN doit demeurer identique à l'assise actuelle. Les recettes des établissements ne doivent ainsi pas subir de modification liée au calcul du reste à charge patient, qui reste inchangé.

L'objectif est ainsi de vous alerter sur le fait que l'application de ce coefficient aux factures transmises aux caisses primaires d'assurance maladie est de nature à générer une distorsion entre le tarif pris comme référence pour le calcul du ticket modérateur et la facture transmise par l'établissement auxdites caisses primaires. En effet, le montant de la facture transmise par l'établissement à la caisse primaire sera égal au prix de journée minoré par l'application du coefficient susmentionné. Malgré cette distorsion, le ticket modérateur doit rester assis sur la valeur du prix de journée et autres suppléments fixée par le DG d'ARS dans l'avenant tarifaire au CPOM de l'établissement, sans application du coefficient minorant.

Je me permets de vous solliciter pour alerter les organismes complémentaires que vous représentez de la mise en place de ce schéma afin qu'il n'y ait aucune difficulté sur ce champ en 2017.

Je vous prie de croire, Monsieur le président, à l'expression de ma considération distinguée.

Monsieur Fabrice HENRY
Président de l'UNOCAM
120 boulevard Raspail
75006 PARIS

La Directrice Générale de l'Offre de Soins


Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCÉ