



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

SSR Copil

30/09/2016



ORDRE DU JOUR

- PLFSS : MODALITÉS TRANSITOIRES POUR 2017
- DCE / MODALITÉS DE FACTURATION / CAHIER DES CHARGES
- ALLONGEMENT DES DURÉES DES PERMISSIONS DE SORTIE
- EVOLUTIONS OUTILS: TRAVAUX ATIH
- GT EN COURS
- POINT D'ÉTAPE DU CHANTIER ANAP

LA PREMIÈRE PHASE DE REFORME : 2017

- Objectif : engager la réforme en permettant aux ES de se préparer
- Phase de maturation et d'aculturation indispensable.
- Prise en compte des demandes des fédérations : nécessité d'une année pour :
 - sécuriser les bases (améliorer le codage, les remontées d'information FICHCOMP, MIG, PTS etc.),
 - intégrer les paramètres de la réforme,
 - s'adapter aux perspectives financières.
 - tester les circuits de facturation (OQN)
- Création du coefficient de RR.

LA PREMIÈRE PHASE DE REFORME : 2017

- **Objectif** : associer les modalités de financement antérieures et une fraction de financement suivant le nouveau modèle pour entrer progressivement dans la réforme.
 - La part respective des modalités de financement antérieures et de la part DMA n'est pas arrêtée à ce stade et le sera en fonction des simulations et des effets revenus susceptibles d'être générés.
 - Avec mise en œuvre progressive des compartiments complémentaires

LA PREMIÈRE PHASE DE REFORME : 2017

- **La facturation** : compte tenu des délais nécessaires à l'aménagement des circuits et à l'adaptation des outils, 2017 sera une année de transition :
 - Fraction DMA : valorisation de l'activité par l'ATIH pour tous les ES.
 - Fraction base DAF/PJ :
 - Pour les ES sous OQN : facturation des PJ et autres prestations assortis d'un coefficient minorant
 - Pour les ES sous DAF : valorisation par l'ATIH et versement par 12èmes
- **Éléments de calendrier** :
 - 1^{er} janvier au 28 février : système actuel DAF / PJ
 - 1^{er} mars – 28/02/2018 : système mixte DAF/PJ + DMA

LA CIBLE : 2018 À 2022

- **Accompagnement :**
 - Coefficient de transition : outil destiné à contenir l'ampleur des effets revenus, avec une réduction progressive de la fraction garantie jusqu'à extinction en 2022
 - Convergence des niveaux de fraction
- **Chantiers complémentaires à poursuivre au cours de l'année 2017 :**
 - Adaptation des outils de facturation des ES sous OQN
 - Evolution des compartiments annexes
 - Ajustement aux données valorisées : amélioration de l'information, des outils, de la gestion interne.
 - Réflexion sur les hôpitaux de proximité
 - La pédiatrie
 - Les plateaux techniques

1. POINT D'ÉTAPE SUR LE PLFSS POUR 2017:

- Rappel du modèle cible introduit par la LFSS pour 2016
- PLFSS pour 2017: modalités de financement transitoires
- Modalités de financement à compter du 1^{er} mars 2018

1. POINT D'ÉTAPE SUR LE PLFSS POUR 2017:

- **Rappel du modèle cible introduit par la LFSS pour 2016**
- PLFSS pour 2017: modalités de financement transitoires
- Modalités de financement à compter du 1^{er} mars 2018

Rappel du modèle cible introduit par la LFSS pour 2016

- L'article 78 de la LFSS pour 2016 a introduit les dispositions relatives à la réforme des activités de soins de suite et de réadaptation. Le dispositif cible est composé de quatre compartiments :
 - **Le compartiment activité** : caractérisé par une dotation modulée à l'activité, composée d'une part socle et d'une part à l'activité ;
 - **Le compartiment molécules onéreuses** : la principale spécificité est que le taux de financement peut être réduit par application d'un coefficient minorant arrêté annuellement ;
 - **Le compartiment missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation** : délégation identique aux MIGAC du champ MCO, mais sur une liste propre au SSR.
 - **Le compartiment plateaux techniques spécialisés**: forfait calculé annuellement par l'ATIH, sur la base d'un recueil d'activité. Elle sera déléguée en 12/12ème par les ARS.
- De surcroit, les établissements financés historiquement en DAF pourront désormais facturer les actes et consultations externes réalisés dans leurs unités de SSR.
- L'activité de SSR sera par ailleurs éligible au forfait d'incitation financière à la qualité (IFAQ).

1. POINT D'ÉTAPE SUR LE PLFSS POUR 2017:

- Rappel du modèle cible introduit par la LFSS pour 2016
- **PLFSS pour 2017: modalités de financement transitoires**
- Modalités de financement à compter du 1^{er} mars 2018



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Nouveauté pour 2017 : modalités de financement transitoires

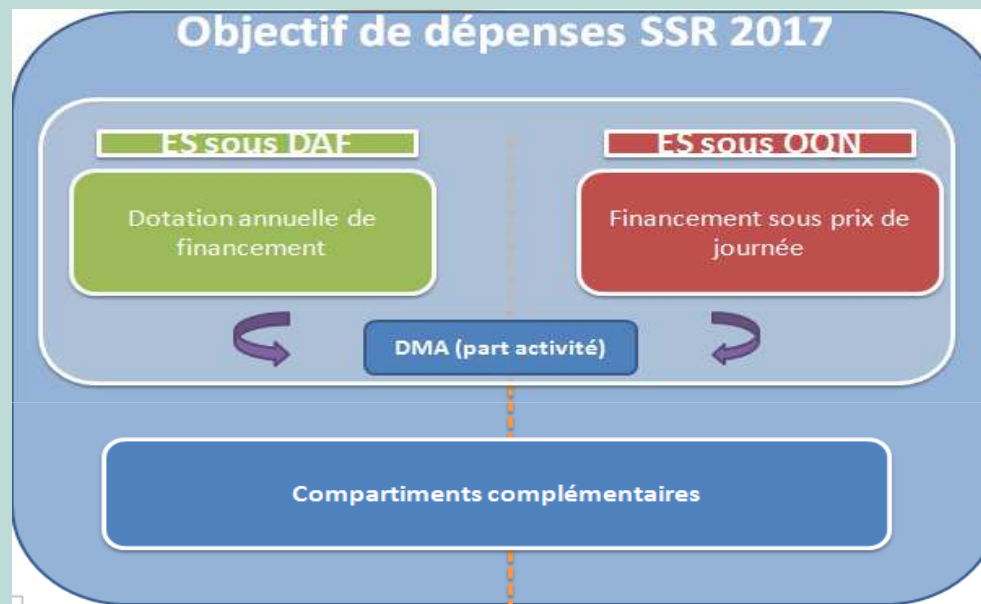
Mise en place d'une période transitoire propre à l'année 2017 :

L'objectif en 2017 est de combiner les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme, avec un ODSSR commun dès 2017:

- Une quote-part majoritaire des anciennes modalités de financement DAF ou OQN ;
- Une quote-part minoritaire des nouvelles modalités de financement en DMA.

Cette année de transition permettrait de tester les outils de codage en garantissant une première étape de mise en œuvre de réforme et de limiter, notamment pour l'actuel secteur OQN, toute évolution des modalités de facturation.

PLFSS pour 2017 : modalités de financement transitoires



Concrètement pour l'HDJ comme pour l'HC, les ES sous OQN demeureront financés en 2017 à hauteur de X% des forfaits prévus par l'arrêté prestations OQN et les ES sous DAF seront financés à hauteur de X% sous dotation.

Ces ES seront par ailleurs financés à hauteur de X% de la part activité de la DMA.

Ainsi, en complément de leur prix de journée, pour chaque séjour réalisé, les ES devront produire un GME auquel sera associé un tarif assorti d'un coefficient (dont la valeur sera fonction du débasage opéré sur l'OQN/la DAF).

PLFSS pour 2017 : modalités de financement transitoires

- **Un financement progressif des compartiments SSR :**
 - *Compartiment **MIGAC** et financement **IFAQ*** : mise en place au 1^{er} janvier 2017 ;
 - *Compartiment **plateaux techniques spécialisés*** : mise en place au 1^{er} janvier 2018. Dans l'attente la mise en œuvre de ce compartiment, certains PTS pourraient avoir vocation à être financés par MIG ;
 - *Compartiment **molécules onéreuses*** : mise en place au 1^{er} mars 2018. Maintien en 2017 des modalités du financement 2016

Cette mise en place progressive permettra de faire aboutir les différents travaux techniques complémentaires.

- **Focus sur le financement des MECS** : le régime antérieur de financement continue à s'appliquer en totalité pour ces établissements 100% OQN/DAF jusqu'au 1^{er} janvier 2018 : le PLFSS prévoit qu'à compter de cette date, l'ensemble des MECS sera financé sous DAF. Sous réserve d'une validation ARS, seules une dizaine de MECS sont actuellement financées sous OQN, dans trois régions différentes.



Mesures prévues en PLFSS 2017

- *Le financement des actes et consultations externes pour les établissements actuellement sous DAF* : ils seront financés à hauteur de X% des tarifs CCAM et NGAP pour l'année 2017 ;
- *Concernant le reste à charge des patients assis sur les TJP sur les établissements sous DAF* : la dérogation sera alignée sur celle prévue par l'article 33 de la LFSS pour 2004 en MCO, soit jusqu'au 31 décembre 2019 ;
- *Le périmètre des tarifs OQN* : les GMT n'intégreront pas les charges des médecins libéraux ou salariés, qui factureront sur l'enveloppe de ville. En revanche, les charges des paramédicaux seront bien incluses dans les tarifs ;
- ***L'intégration d'un coefficient de RR*** : majoration calée sur les points de RR et permettant de compenser les écarts de coûts

1. POINT D'ÉTAPE SUR LE PLFSS POUR 2017:

- Rappel du modèle cible introduit par la LFSS pour 2016
- PLFSS pour 2017: modalités de financement transitoires
- **Modalités de financement à compter du 1^{er} mars 2018**



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Modalités de financement à compter du 1^{er} mars 2018

Au 1^{er} mars 2018, la dotation modulée à l'activité sera mise en place en totalité pour l'ensemble des établissements SSR.

Pour prévenir les effets revenus sur les établissements de santé, deux amortisseurs transitoires ont été prévus par la LFSS pour 2016 :

- *Le coefficient de transition ;*
- *La convergence des niveaux de fraction.*

A compter de 2018, les établissements de SSR ont également vocation à intégrer le dispositif HP, ce qui implique :

- *La définition de critères de sélection des HP SSR ;*
- *La définition de modalités de financement spécifiques.*



2. POINT D'ÉTAPE SUR LE DÉCRET EN CONSEIL D'ÉTAT

- Contenu du DCE SSR
- Calendrier du DCE SSR

Contenu du projet de DCE

Le DCE a pour objet de faire un pont entre les dispositions législatives et les futurs arrêtés campagne (prestations SSR/Tarifs SSR/ Versement) :

- *Il prévoit le dispositif cible:* la dotation modulée à l'activité ainsi que l'ensemble des compartiments et le modèle IFAQ ;
- *Il prévoit les modalités transitoires d'application du modèle :* la mise en place combinée des anciennes et des nouvelles modalités de financement, les coefficients amortisseurs transitoires...

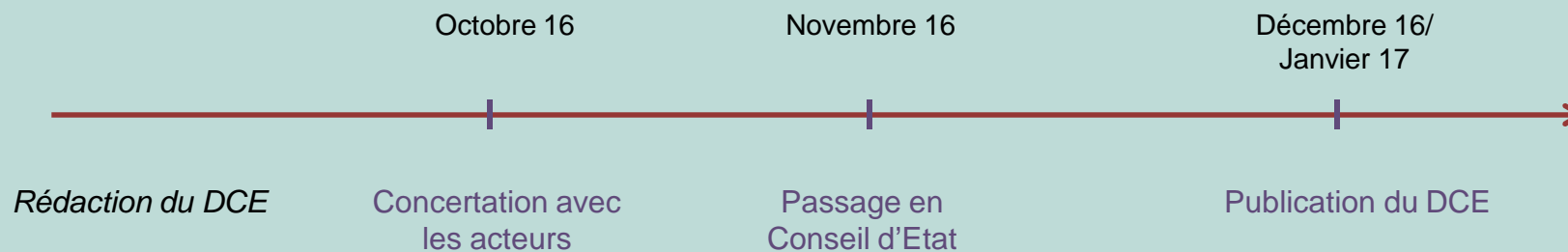
Le DCE n'a pas vocation à inclure l'intégration des activités de SSR dans le dispositif hôpitaux de proximité, qui sera mise en place pour 2018.

Par ailleurs, le DCE prévoit de refondre la sous section relative au financement des établissements de santé.

Calendrier du DCE

Le DCE devra être publié au plus tard en début d'année 2017:

L'objectif est d'avoir une publication du DCE en janvier 2017.



3. POINT SUR LA FACTURATION

- 2017 : composantes valorisées et composantes facturées ;
- 2018 : composantes valorisées et composantes facturées ;

3. POINT SUR LA FACTURATION

- **2017 : composantes valorisées et composantes facturées ;**
- 2018 : composantes valorisées et composantes facturées ;



PLFSS pour 2017 : modalités de financement transitoires

- Focus sur ce financement mixte et son application dans les ES OQN :

La part financée à l'activité sera valorisée par l'ATIH, y compris pour les établissements actuellement sous OQN jusqu'au 1^{er} mars 2018.

Pour les établissements financés dans le cadre de l'OQN, un coefficient minorant appliqué aux forfaits facturables (prix de journée, etc.) permettra de financer la part activité de la DMA.

- Quid des séjours à cheval :

S'agissant du financement des séjours démarrés antérieurement au 1^{er} mars et clos après cette date :

- D'une part, l'ATIH procédera à une valorisation de l'ensemble des séjours se clôturant après le 1^{er} mars et non des seules journées postérieures au 1^{er} mars (le tarif étant insécable).
- D'autre part, les factures émises antérieurement au 1^{er} mars 2017 pour des séjours se clôturant après le 1^{er} mars seront corrigées par l'application du coefficient de minoration.



2017 : composantes valorisées et facturées

Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017, les établissements de santé sous DAF et sous OQN valorisent et/ou facturent selon les mêmes modalités que durant l'année 2016.

Sur les composantes valorisées par l'ATIH à compter du 1^{er} mars :

- La part à l'activité de la DMA pour les établissements ex DAF SSR et pour les établissements ex OQN SSR ;
- Les ACE des établissements ex DAF
- La part financée en dotation pour les établissements sous DAF ;
- Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et IFAQ pour l'ensemble des établissements.

Ces points nécessitent une évolutions des outils comptables de la CNAMTS : en cours.

Sur les composantes facturées directement à l'Assurance maladie du 1^{er} mars :

- Le financement de la part financée sous OQN (prix de journée et autres suppléments) ;
- Les honoraires facturés en sus par les établissements sous OQN.

3. POINT SUR LA FACTURATION

- 2017 : composantes valorisées et composantes facturées ;
- **2018 : composantes valorisées et composantes facturées ;**



2018 : composantes valorisées et composantes facturées

Du 1er janvier 2018 au 28 février 2018, les établissements de santé sous DAF et sous OQN valorisent et/ou facturent selon les mêmes modalités que du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017.

Sur les composantes valorisées par l'ATIH à compter du 1^{er} mars :

- La part socle de la DMA l'ensemble des établissements ;
- La part activité de la DMA pour les établissements sous DAF ;
- Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, IFAQ et le forfait PTS pour l'ensemble des établissements ;
- Les molécules onéreuses facturées par les établissements sous DAF ;
- Les ACE facturés par les établissements sous DAF.

Sur les composantes facturées directement à l'Assurance maladie du 1^{er} mars :

- La part activité de la DMA pour les établissements sous OQN ;
- Les honoraires médicaux pour les établissements sous OQN ;
- Les molécules onéreuses facturées par les établissements sous OQN.



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

4. CAHIER DES CHARGES DE LA RÉFORME



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Cahier des charges de la réforme du financement SSR

L'objectif du document « modalités d'application de la réforme » est de décrire finement le modèle de financement des établissements de SSR.

Ce document récapitule les contours du modèle, dont notamment :

- Les modalités de facturation suite à la réforme ;
- La mise en œuvre des différents compartiments ;
- L'entrée en vigueur progressive du modèle ;
- La durée de séjour fondée sur les journées de présence PMSI / évolution des permissions de sortie (cf. infra) ;
- Modalités de versement aux établissements.

Ce document sera transmis aux fédérations pour concertation.

Sur cette base, seront rédigés le DCE ainsi que les arrêtés prestations et tarifs SSR.



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Proposition d'allongement De la durée de permission

Extension de la durée de permission à 7j

Contexte :

- *Article R. 1112-56 du code de la santé publique actuel* : les permissions de sortie sont limitées, pour l'ensemble des établissements et sur l'ensemble des champs, à une durée maximale de 48H ;
- Or, les données d'activité issues du PMSI montrent qu'en raison notamment des hospitalisations de semaine, des weekend prolongés, des vacances scolaires, les permissions de 3 à 7 jours étaient importantes en SSR et notamment en pédiatrie;
- On a donc des séjours coupés à tort ou des permissions refusées alors que le patient ne bénéficie pas de soins ;
- *Allonger la durée de permission à 7 jours* permettrait de répondre à un nombre significatif de cas (74.4%).



Extension de la durée de permission à 7j

Encadrement de la mesure :

- *La durée de séjour se calerait sur les journées de présence facturées et non plus sur date de sortie – date d'entrée : la définition sera revue et les textes devront être homogénéisés pour prendre en compte l'extension à 7 jours et le décompte de présence à minuit ;*
- *Le DCE SSR viendra donc étendre les permissions de sortie à 7 jours avec un décompte en journée et non plus en heures au sein de l'article R. 1112-56 du CSP ;*
- *Respecter la règle des permissions de sortie nécessite la coordination de plusieurs acteurs. Son allongement doit permettre une meilleure adaptation des soins aux besoins du patient sans introduire de disparités entre établissements:*
 - ❖ *Le second séjour HC SSR suite à un premier séjour HC dans les 7 jours avec mode d'entrée 8 ne sera valorisé que si il y a confirmation dans le PMSI qu'il s'agit bien d'une nouvelle prise en charge de soins.*



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

EVOLUTIONS OUTILS: TRAVAUX ATIH

- PROGRAMME DE TRAVAIL
- OUTILS INFORMATION MÉDICALE

Evolution des outils « information médicale » ATIH

RAPPEL

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Principes du « pgm de travail SSR 2016 » de l'ATIH

De nombreux travaux techniques, 2 objectifs, plusieurs temporalités

Travaux techniques ...

- Qualité PMSI SSR
(DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR
(OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR
(accompagnement de la
DGOS)

Échéance 2017 :

- Être au RDV de
la réforme du
financement SSR
- Poursuivre
l'amélioration de
la classification
GME

Échéance 2018

...

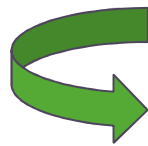
Poursuivre
l'amélioration de
la classification
GME

Outils

« information médicale »

Travaux 2016

○ Point d'avancement des travaux



CT SSR : 19/10/2016

Outils

« information médicale »

Travaux 2016

○ Point d'avancement des travaux

Travaux techniques ...

- Qualité PMSI SSR
(DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR
(OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR
(accompagnement de la
DGOS)



DALIA SSR
depuis avril 2016

Travaux 2016

○ Point d'avancement des travaux

Travaux techniques ...

- Qualité PMSI SSR
(DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR
(OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR
(accompagnement de la
DGOS)



**Nouveaux
tableaux dans les
applications
existantes**

**Prochain GT =
11/10**

Outils

« information médicale »

Travaux 2016

○ Point d'avancement des travaux

Travaux techniques ...

- Qualité PMSI SSR (DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR (OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR (accompagnement de la DGOS)



- Précisions liées à la durée de permission élargie à 7 jours
- **Réflexions à mener à propos du recueil hebdomadaire → recueil au séjour ?**

Outils

« information médicale »

Travaux 2016

○ Point d'avancement des travaux

Travaux techniques ...

- Qualité PMSI SSR
(DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR
(OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR
(accompagnement de la
DGOS)



- ½ journées d'information menées en mai-juin 2016 → diffusion du kit de formation et document questions / réponses → **rappel sur les modalités de codage**
- **Enquête durée des actes : en cours exploitation**
- Maintenance CSARR : publication BO 2017 = **suppression des notes de contenu**
+ **Regroupement d'actes : à poursuivre avec les résultats de l'enquête**

Outils

« information médicale »

Travaux 2016

○ Point d'avancement des travaux

Travaux techniques ...

- Qualité PMSI SSR
(DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR
(OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR
(accompagnement de la
DGOS)



- GT menés avec
le Fédérations
(8/03 + 13/04)
- GT parallèle :
SA SSR -
SOFMER
- **Déclinaison
des
propositions
en CT**

Outils

« information médicale »

Travaux 2016

○ Point d'avancement des travaux

Travaux techniques ...

- Qualité PMSI SSR
(DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR
(OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR
(accompagnement de la
DGOS)



- Poursuite des travaux CM08
- **Confirmation d'une nouvelle version de classification pour 2017**
- Perspectives 2018

Outils

« information médicale »

Travaux 2016

○ Point d'avancement des travaux

Travaux techniques ...

- Qualité PMSI SSR
(DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR
(OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR
(accompagnement de la
DGOS)



**Simulations
décembre 2016**

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

www.atih.sante.fr

@atih.sante.fr



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

GT EN COURS

- PTS
- AMBULATOIRE
- MIG SPÉCIALISATION
- HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

- Définition d'un cahier des charges minimal pour chaque PTS :
 - Travaux lancés avec les sociétés savantes (SOFMER et FEDMER) : 04/07, 12/09 et 28/09
 - Description des composants requis par PTS
 - Etablissement de cibles d'activité par plateau
 - Volonté de la SOFMER d'élargir les plateaux, notamment aux troubles cognitifs

NB. Ces travaux seront présentés au GT ad hoc de novembre

- Exploitation de l'extraction ViaTrajectoire : 1243 plateaux
- Homogénéité des définitions des PTS questionnable
- Hors Gd Est, Bretagne, PACA, Corse :
 - Isocinétisme : 190
 - Assistance robotisée membres inf : 44
 - Assistance robotisée membres sup : 66
 - Laboratoire analyse marche & mvt : 110
 - Balnéothérapie : 675
 - Simulateur de conduite auto : 30

Nombre de plateaux pour 1 000 000 journées d'hospitalisation

Région	Appareil d'isocinétisme	Assistance robotisée à la marche	Assistance robotisée aux mouvements des membres supérieurs	Laboratoire d'analyse du mouvement, de la marche	Balnéothérapie (<20m ²)	Piscine/balnéothérapie (au moins 20 m ²)	Simulateur de conduite automobile
ALPC	7,10	0,30	1,77	1,48	10,35	12,13	0,59
CVAL	6,22	2,07	1,38	2,07	11,05	15,19	1,38
AURA	4,56	0,46	2,05	3,65	9,12	14,13	0,91
BFC	5,44	1,21	3,02	2,42	8,46	13,30	0,60
Guadeloupe	10,59	3,53	3,53	10,59	14,12	17,65	0,00
Normandie	4,11	1,03	1,54	3,08	9,25	10,27	1,03
PdL	4,24	1,59	1,06	2,65	8,48	11,67	1,59
LRMP	8,78	2,84	3,10	6,20	12,40	16,28	1,55
IdF	6,24	1,98	2,28	4,41	11,11	11,57	0,30
NPdCP	10,89	1,92	3,52	4,80	10,57	14,41	2,56
Moyenne nat	6,65	1,54	2,31	3,85	10,40	13,24	1,05

Nombre de plateaux pour 1 000 000 journées d'hospitalisation Loco + Neuro

Région	Appareil d'isocinétisme	Assistance robotisée à la marche	Assistance robotisée aux mouvements des membres supérieurs	Laboratoire d'analyse du mouvement, de la marche	Balnéothérapie (<20m2)	Piscine/balnéothérapie (au moins 20 m2)	Simulateur de conduite automobile
ALPC	10,77	0,45	2,69	2,24	15,71	18,40	0,90
CVAL	12,25	4,08	2,72	4,08	21,78	29,95	2,72
AURA	6,81	0,68	3,06	5,45	13,62	21,11	1,36
BFC	9,54	2,12	5,30	4,24	14,84	23,32	1,06
Guadeloupe	11,22	3,74	3,74	11,22	14,95	18,69	0,00
Normandie	5,54	1,38	2,08	4,15	12,46	13,84	1,38
PdL	4,85	1,82	1,21	3,03	9,70	13,34	1,82
LRMP	12,44	4,03	4,39	8,78	17,57	23,06	2,20
IdF	12,35	3,92	4,52	8,74	21,99	22,89	0,60
NPdCP	16,71	2,95	5,41	7,37	16,22	22,11	3,93
Moyenne nat	10,39	2,41	3,61	6,01	16,24	20,67	1,64

FUTURES MODALITÉS DE FINANCEMENT ENVISAGÉES :

- Inspirées du FAU
- Financement forfaitaire sur la base de l'activité N-1
- Financement des charges d'amortissement et de personnel dédié (maître-nageur, technicien imagerie)
- Fonction de seuils d'activité par PTS
 - Si utilisation trop faible du plateau, charges partiellement couvertes
 - Si utilisation du plateau au dessus de la cible, modalités de financement à modéliser
- Repose sur le recueil PMSI SSR.
 - La variable « extension documentaire » associée à l'acte CSARR identifie le PTS utilisé.



PEC Ambulatoires: 1^{er} GT 14/09/16

- Objectif: Mettre en œuvre le virage ambulatoire et préciser les différentes prises en charge ambulatoires
- Les Fédérations sont plutôt demandeuses de propositions au-delà de la frontière HDJ et ACE dès maintenant. L'ambulatoire recouvre en effet l'ensemble des dispositifs qui y concourent (ACE, HdJ, PRADO etc...)
- Nous allons donc:
 - ✓ formaliser une proposition de définition HDJ/externe pour l'arrêté prestation qui sera ensuite amendée par celles-ci avant 2nd GT .
 - ✓ constituer un GT avec les sociétés savantes et la CNAMTS pour formaliser des critères décrivant les différentes prises en charges ambulatoires pour 2018 à soumettre à la concertation
- Focus sur l'HDJ :
 - Définition frontière HDJ et ACE
 - Caractéristiques constitutives de l'HDJ (différentes modalités, critères etc.)



MIG spécialisation – état des lieux

- Première réunion du GT le 19/09.
- Présentation de la méthodologie projetée et à élaborer conjointement
 - Enquête ARS / Fédérations
 - Méthode d'évaluation des surcoûts pour les ES qui ne participent pas à l'ENC
- Présentation des premières requêtes
 - Identification des ES ayant une activité pointue (taux de séjours / journées de niveau 2)
 - Identification de typologies de patients combinant plusieurs CMA => requête complexe et se heurtant à des carences de codage.

MIG spécialisation - perspectives

- Prochaine réunion programmée en janvier de manière à pouvoir croiser nos intuitions avec les résultats des simulations
- Travaux attendus :
 - ATIH : les avancées sur les CMA vont probablement résoudre certaines situations
 - Concertation avec les ARS sur les travaux qu'elles ont pu mener (IDF, Bretagne, Rhône-Alpes Auvergne par ex)
 - Topics : HdJ, PEC pluriprofessionnelles, sortie de réanimation
 - Monographies par les FD de situations qu'ils ont identifiées
- Réflexions connexes
 - Equipements lourds / appareillage
 - Précarité / vulnérabilité

Chantier Hôpitaux de Proximité

- Rappel du dispositif

- L'article 52 de la LFSS 2015 a défini un statut particulier pour certains établissements, celui d'hôpitaux de proximité.
- La dérogation au financement en DAF des ex HL arrivant à expiration, il convenait d'y substituer un nouveau modèle, reposant sur un financement adapté à leur contraintes (taille, activité, patientèle)
- Une dimension organisationnelle prégnante, tant en ce qui concerne l'offre de soin territoriale que la structuration interne des ES, dans le cadre du Pacte Santé Territoire

Critères d'éligibilité :

- Autorisation en M
- Dans un périmètre se situant à 20 mn autour de l'ES, celui doit comporter 2 des 4 critères suivants : population âgée, précaire, sous densité médicale, sous densité populationnelle.



Chantier Hôpitaux de Proximité

- Rappel du dispositif

- Dimension financière : stabilité des ressources, grâce à une part fixe et une Dotation Organisationnelle et Populationnelle, dont la philosophie est proche de la DMA cible.
- Dimension organisationnelle pour mieux répondre aux besoins des ES : prise en charge d'une population vulnérable, attraction des professionnels, intégration dans le territoire de santé.
- Missions de coopération et de coordination.

Problématiques propres au SSR :

- Notion et périmètre du SSR de proximité ?
- Transposabilité des critères ?
- Simplification / uniformisation du financement de certains ES mixtes éligibles à HP M ?

Échéance 2018.



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Adaptation des systèmes d'information et accompagnement des établissements SSR dans la montée en charge du dispositif

COPIL du 30 septembre 2016
DGOS/SDPF5

1. De l'expérimentation

Une expérimentation auprès d'une dizaine d'établissements Mono SSR avec des logiciels d'éditeurs différents et les plus représentatifs du marché

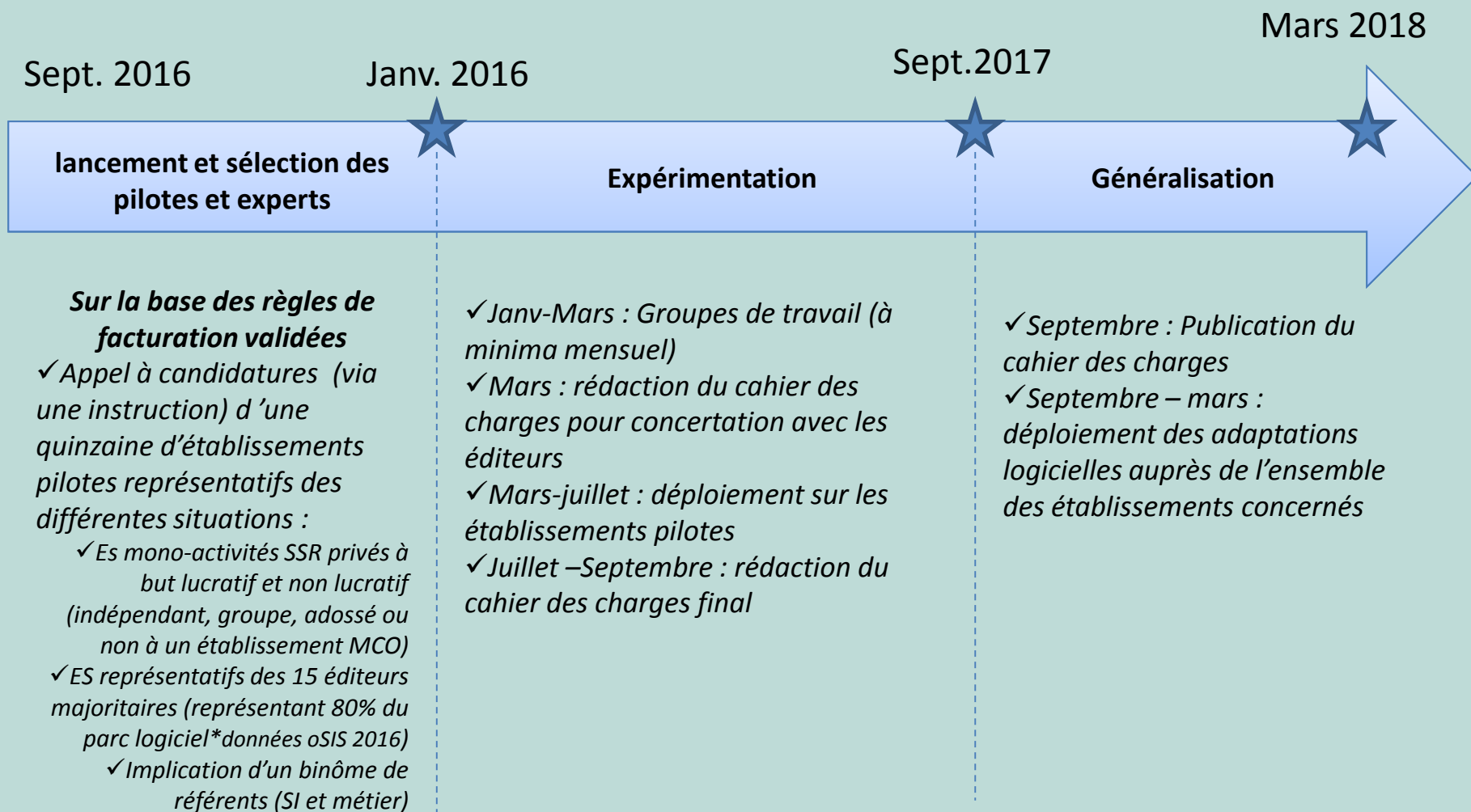
- Mener des groupes de travaux avec des experts et des représentants des ES pilotes
- Rédiger un cahier des charges décrivant les adaptations des fonctionnalités attendues des SI
- Réaliser une concertation avec les éditeurs
- Déployer les adaptations des SI des ES pilotes
- Rédiger le cahier des charges version finale en vue de la généralisation

2. À la généralisation

Un déploiement des fonctionnalités attendues auprès de l'ensemble des établissements Mono SSR concernés (environ 460)

- Publier le cahier des charges version finale en vue de la généralisation
- Faire intégrer les adaptations des fonctionnalités par l'ensemble des éditeurs

Un calendrier sur 2017-2018





**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

Merci de votre attention

Des questions :
dgos-pf5@sante.gouv.fr



GT restant à réunir

-Pédiatrie : 21 /10/2016

-Données ATIH, DREES etc....

-Focus MO, PTS,

-MO : 22/11/2016

-Critères d'inscription et de radiation

-Rafrachissement de la liste

-IFAQ : report du GT à la semaine du 4 novembre.

Démarrage dès 2017 sur la base des indicateurs transversaux, de la certification, d'Hôpital numérique et d'IAS (ex TBIN)



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Calendrier Fin d'année 2016 GT Fédérations:

!!! Attention quelques changements de dates



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Copil 2
30/09- 14h30
Salle 3275

Copil 3
05/12- 14h30
Salle 3275

Calendrier des groupes de travail SSR avec les Fédérations

	Septembre					Octobre					Novembre					Décembre		Commentaires				
Semaines	3 5	3 6	3 7	3 8	3 9	4 0	4 1	4 2	4 3	4 4	4 5	4 6	4 7	4 8	4 9	5 1	5 2					
Pédiatrie																		21 octobre	14h30 salle -1051R			
Molécules onéreuses																			22 novembre	10h salle -1051R		
PTS																			16 novembre	16 novembre 14h30 salle 3275 17 janvier 2017 14h30 salle 4275		
Virage ambulatoire (HDJ, ACE...)																			14 septembre	14 septembre 14h30 salle -1122R 6 décembre 9h30 salle 3275		
Appareillage DM																				En lien avec le groupe référent PTS		
SI																				10 octobre	10h salle -1320C	
Codage Classification																					CT SSR mi octobre ATIH (date à préciser)	
Forfaits structures																						
Hôpitaux de proximité																					Point Discuté au Copil 2	
Mig Recours																					19 septembre	10h salle -1401 R
IFAQ																						Date à confirmer



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

POINT D'ÉTAPE DU CHANTIER ANAP

- **OBJECTIFS ET PARTIES PRENANTES**
- **CALENDRIER**
- **SÉLECTION DES ÉTABLISSEMENTS**

Point de suivi du projet « Démarche méthodologique de cartographie régionale de l'offre SSR et retours d'expériences d'organisations mises en place »

Les objectifs et parties prenantes

➤ Le projet de l'ANAP « Démarche méthodologique de cartographie régionale de l'offre SSR et retours d'expériences d'organisations mises en place » a **deux objectifs principaux** :

1 Valoriser et décrire, au travers de **15 monographies établissements**, des **expériences remarquables et significatives** portant sur les modes d'organisation des prises en charge en SSR (cardio, loco, neuro, respi, polyvalent), les relations amont/aval, équipe mobile, HDJ, etc. Ces monographies visent à mieux comprendre/qualifier le SSR dans le parcours.

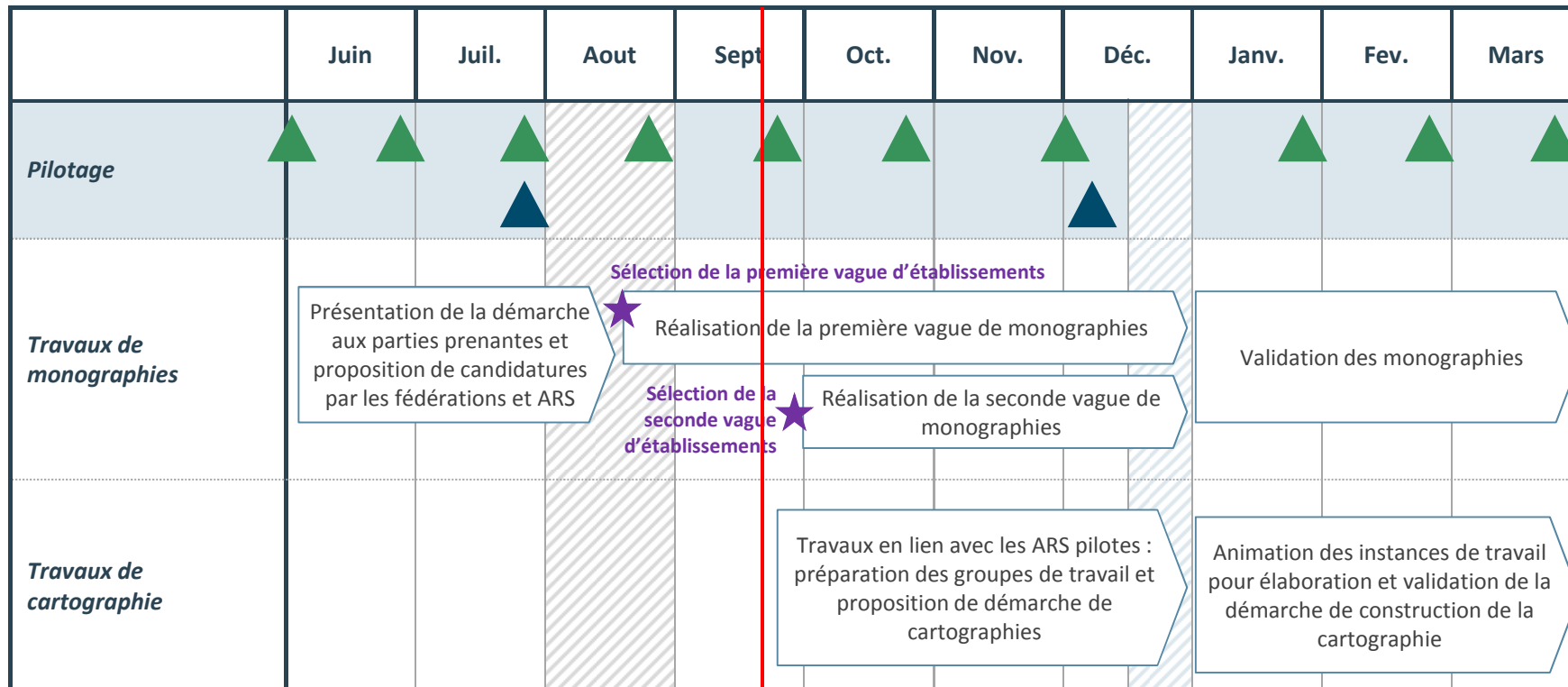
2 Formaliser une **démarche méthodologique** pour réaliser une **cartographie de l'offre SSR à l'échelle régionale**

➤ Il est réalisé :

- ❖ en collaboration avec la **DGOS** et **deux ARS pilotes** : l'ARS Bretagne et l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charente,
- ❖ en associant les **fédérations** et **les ARS** sur le choix des structures qui font l'objet des monographies,
- ❖ en animant **un réseau de référents SSR en ARS** tous les 6 mois depuis 18 mois, pour partager des bonnes pratiques, les évolutions de prises en charge en SSR et « challenger » nos travaux
- ❖ avec l'appui d'un **cabinet de conseil** 32 Ylios

Point de suivi du projet « Démarche méthodologique de cartographie régionale de l'offre SSR et retours d'expériences d'organisations mises en place »

Le calendrier des travaux



Point d'avancement :

- Sélection d'une première vague d'établissements (7)
- Identification des interlocuteurs établissements et premiers contacts
- Entretiens de cadrage des monographies avec les établissements réalisés (6/7)
- En cours : échanges de documents avec les établissements pour nourrir les monographies

Point de suivi du projet « Démarche méthodologique de cartographie régionale de l'offre SSR et retours d'expériences d'organisations mises en place »

Zoom sur la sélection des établissements

75 Etablissements candidats

7 Etablissements sélectionnés en 1^{er} vague

- Hôpitaux Saint Maurice (IdF – FHF)
- CH St Pierre d'Oléron (ALPC – FHF)
- Pôle St Hélier (Bretagne – FEHAP)
- Mardor (BFC – Croix-Rouge)
- Les Herbiers (Normandie – UGECAM)
- Les Glénan (Bretagne – FHP)
- Les Trois Soleils (IdF – FHP)

8 Etablissements restant à sélectionner début octobre

Premiers entretiens en cours