



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

COPIL SSR

14 février 2018

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de séance
- 2. Résultats du RETEX et suites à donner**
3. Programme de travail 2018
4. Éléments de cadrage de la campagne 2018
5. Paramètres de la DMA 2018

Réforme du financement des établissements soins de suite et de réadaptation

Retour d'expérience

MÉTHODOLOGIE DU RETOUR D'EXPÉRIENCE

❑ Quelle ambition pour ce retour d'expérience ?

- Après plusieurs années de réflexions et de travaux, et plusieurs mois de mise en œuvre, l'objectif est d'écouter les parties prenantes de la réforme, non pas sur le fond (processus de facturation, simulations, ...), mais sur la méthode de travail et la manière de conduire la réforme
- Le retour d'expérience permet d'identifier et de mettre en œuvre des pistes d'amélioration dans l'organisation du travail, dans les relations entre les parties prenantes, et dans la communication autour de la réforme

❑ Quels principes ?

- Une démarche bien connue des acteurs opérationnels, car fréquente dans les établissements de soins
- Des entretiens, de visu ou téléphoniques, avec tous les acteurs, en confiance, sans restitution sous forme de compte-rendu « verbatim »
- Une approche multiple, prenant en compte les questions de fond, les organisations, les éléments externes, les facteurs humains, les aspects techniques, ...
- Amélioration continue : certains retours se sont traduits par des évolutions immédiates, d'autres propositions sont à venir à partir du début 2018

❑ Quels thèmes abordés ?

- La gouvernance de la réforme
- La diversité des facteurs de complexité des modèles cible et transitoire pour les parties prenantes
- Les conditions de mise en œuvre du modèle transitoire en 2017

❑ Acteurs et calendrier

- Octobre 2017 : 1^{ère} vague d'entretiens auprès de la DGOS et de l'ATIH
- Novembre – décembre 2017 : 2^{nde} vague d'entretiens auprès de la DSS, de la CNAMTS, des ARS et des 5 fédérations (instances dirigeantes et représentants d'établissements)

UNE DÉMARCHE DE RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA RÉFORME DES SSR ACCUEILLIE FAVORABLEMENT (1/2)

□ Un consensus large sur la nécessité de réformer le secteur SSR

- L'évolution démographique et épidémiologique de la population française implique de mettre le tissu SSR en capacité de répondre à ces défis, à la fois en termes de **volume**, d'**équité d'accès aux soins** et de **nouveaux besoins**
- Les **modalités de financement des établissements SSR** ne correspondent plus aux **besoins** qu'expriment les établissements (DAF avec effet bloquant pour le secteur public et une partie du secteur privé à but non lucratif, prix de journée avec effet inflationniste pour le secteur privé à but lucratif et non lucratif, perçus comme sans lien avec la qualité et la pertinence de l'activité)
- Le système de financement actuel occasionne de **très fortes inégalités de répartition de la ressource budgétaire**, entre établissements et entre régions
- Les activités de SSR doivent s'inscrire dans une **logique de parcours de soins**, en bonne articulation avec l'amont MCO et l'aval (HAD, sanitaire, médico-social, ...) et en cohérence avec la stratégie nationale de santé

□ Compte tenu de ces enjeux, la réforme a beaucoup déçu dans ses premiers résultats

- Un sentiment relativement généralisé de n'avoir été ni écouté ni entendu, malgré une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs
- La prolongation du dispositif transitoire est perçue comme un aveu d'échec des travaux de la réforme. Dès lors des doutes ont été exprimés sur la volonté non assumée de pérenniser ce dispositif dit transitoire, faute de pouvoir aller plus loin dans l'ambition de réforme du modèle de financement.
- Les entretiens menés ont ainsi laissé transparaître un essoufflement de la dynamique projet, conséquence d'un temps de réforme très long (démarrage des travaux en 2012) associé à des résultats jugés décevants.

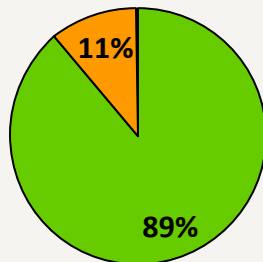
UNE DÉMARCHE DE RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA RÉFORME DES SSR ACCUEILLIE FAVORABLEMENT (2/2)

- ❑ Dans ce contexte, la démarche de retour d'expérience a été accueillie favorablement par la grande majorité des acteurs interrogés dans ce cadre.

Taux d'adhésion à la démarche de retour d'expérience par catégorie d'acteurs (en % d'acteurs interrogés)

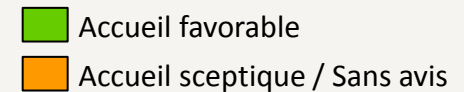
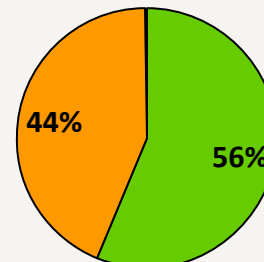
Acteurs terrain / opérationnels

(panel de 9 entretiens)



Acteurs administratifs / pilotage de la réforme

(panel de 9 entretiens)



- La démarche a été perçue comme permettant de mettre en évidence des dysfonctionnements évitables, par exemple liés à la connaissance des outils de mise en œuvre sur le terrain
- ❑ **Plus largement, ces derniers ont perçu et saluent la nouvelle dynamique portée par la mission SSR**
 - 90% des acteurs interrogés ont salué que la nouvelle mission SSR s'était récemment attachée à renouer le contact avec eux, en particulier en écoutant et prenant en compte leurs inquiétudes.
 - En particulier, le renforcement des compétences médicales (incluant une connaissance du secteur SSR unanimement reconnue) dans la mission SSR, est perçu comme un levier de facilitation des échanges et de réinstauration d'un climat de confiance
 - Cette nouvelle dynamique positive doit être appréhendée avec précaution et entretenue dans la durée, afin de ne pas créer d'effets déceptifs supplémentaires.
 - A très court terme, des marges de manœuvre existent et doivent être actionnées, en particulier en matière de structuration de la démarche de réforme et de transparence sur les points d'achoppement de la réforme.

LES SSR, UN SECTEUR OBJECTIVEMENT COMPLEXE ...

- ❑ Une image parfois dévalorisée du secteur SSR , par comparaison avec le MCO ou à l'international
- ❑ Un consensus sur le fait que la complexité est inhérente à la mixité de l'offre et au panorama des acteurs impliqués

Exemples de « familles de caractéristiques » servant à la description du secteur SSR (*illustratif, non exhaustif*)

Vision Offre		Vision Fonctionnelle	Vision Parcours
Exemples de distinctions		Polyvalent	Adossé à un établissement MCO
Rééducation & réadaptation fonctionnelle	Convalescence et rééducation	Spécialisé	Adossé à un EHPAD
Soins de suite médicaux	Maison de repos	Recours	GHT
Maisons d'enfants à caractère sanitaire	Gériatrie	Ambulatoire	Isolé
Vision Etablissements		Vision Territoire	
Public	Urbain		
Privé à but non lucratif	Rural		
Privé à but lucratif			

4 principaux axes de complexité :

- ⇒ Un défaut de représentation positive et partagée du secteur
- ⇒ Multiplicité des angles d'approche possibles du secteur
- ⇒ Des périmètres non stabilisés
- ⇒ Des divergences de sémantique venant complexifier la compréhension commune et les travaux de la réforme

... QUE LA RÉFORME A RENFORCÉ AU LIEU DE LEVER

❑ **Un défaut perçu de prise en compte de la spécificité du secteur SSR, qui a renforcé cette complexité**

- La réforme du modèle de financement des SSR apparaît comme souffrant d'une trop grande transposition de la logique T2A MCO au secteur SSR.
- Si les liens entre ces 2 secteurs sont indéniables, les enjeux et modalités de fonctionnement propres aux SSR invitent à repenser dans sa particularité:
 - Une logique de soins différente : la gestion de l'aigü (ie. un acte technique) vs un suivi médical dans la durée
 - Un périmètre clair et défini pour le MCO, contrairement à celui des SSR, perméable avec d'autres activités (secteur sanitaire et social, EHPAD, ...) et peu comparable avec d'autres structures à l'international
 - Une complexité accrue du codage des actes en SSR
- En particulier plusieurs indicateurs retenus pour le dispositif transitoire et cible ne semblent à certains acteurs pas pertinents pour les SSR (exemple de la DMS, des données du RTC comme référentiel de coûts, de l'approche par clôture de séjour...)

❑ **La réforme du financement des SSR intervient en outre dans un contexte qui ne facilite pas l'adhésion au nouveau dispositif**

- Une réforme à enveloppe constante pour les SSR, alors même que des enveloppes spécifiques avaient été dégagées lors de la mise en œuvre de la T2A en MCO
- Une réforme menée dans un contexte de resserrement de l'ONDAM

LA RÉFORME DU MODÈLE DE FINANCEMENT DES SSR DOIT ÊTRE MISE AU SERVICE D'UNE VISION STRATÉGIQUE

- ❑ **L'enlisement de la réforme des SSR s'explique en partie par le prisme initialement retenu, uniquement financier, sans vision stratégique explicitement exprimée**
 - Les travaux menés se sont affranchis d'une étape, pourtant considérée comme indispensable, de réalisation d'un diagnostic sur l'état des lieux du secteur et de définition d'une vision partagée sur son positionnement dans le parcours de soin. L'étape précédente de définition de la vision remonte pour les acteurs interrogés à 2008, lors de l'élaboration du décret d'autorisation d'activité
 - En l'absence de commande politique clairement communiquée, les travaux menés sont vécu comme ayant été le fruit des forces en présence
 - Cette situation se répercute dans les premiers résultats de la réforme, qui favorisent ou pénalisent des établissements sans qu'une philosophie générale ne puisse s'en dégager

- ❑ **En outre, l'articulation avec d'autres réformes en cours ou à démarrer est perçue comme à améliorer**
 - Ont été cités en particulier la réforme des autorisations de soins et le lien avec la cohésion des territoires.
 - Cette articulation apparaît indispensable aux acteurs terrain dans la mesure où certains objectifs sont de fait irréconciliables, et nécessitent donc un arbitrage politique clair (ex du maillage territorial vs la spécialisation des SSR)

- ❑ **L'appréciation de cette situation fait l'objet d'une divergence de point de vue entre opérateurs terrain et administration**
 - Les fédérations ont estimé avoir relayé cette demande à de multiples reprises, sans avoir été entendus par les pilotes de la réforme. A l'inverse, les fédérations ont parfois été perçues comme donnant des injonctions contradictoires, isolément et entre elles.
 - Après 5 années de réforme sur les SSR, il semble compliqué d'afficher une volonté de « réinitialisation » de la réforme - les travaux sur le modèle de financement doivent donc être poursuivis, et associés à une réflexion stratégique.

UNE RÉFLEXION SUR LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU SECTEUR DES SSR DOIT ÊTRE ENGAGÉE RAPIDEMENT

❑ Deux préalables à la réflexion stratégique

- Assumer le cas échéant une ambition de reconfiguration de l'offre en SSR, en lien avec les objectifs de réforme du modèle de financement
- Dans tous les cas, fonder la réflexion sur les orientations stratégiques du secteur sur une approche médicale

Principaux axes à instruire dans le cadre de la réflexion stratégique

Occurrence des axes



Définir les missions du SSR dans une logique de parcours de soins



Caractériser un niveau de prise en charge médicale par type de pathologie



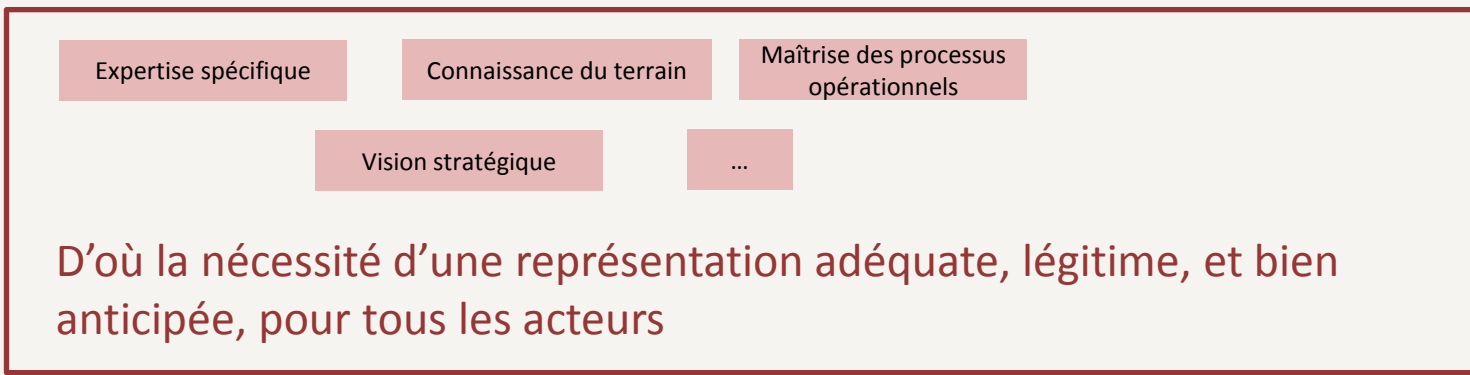
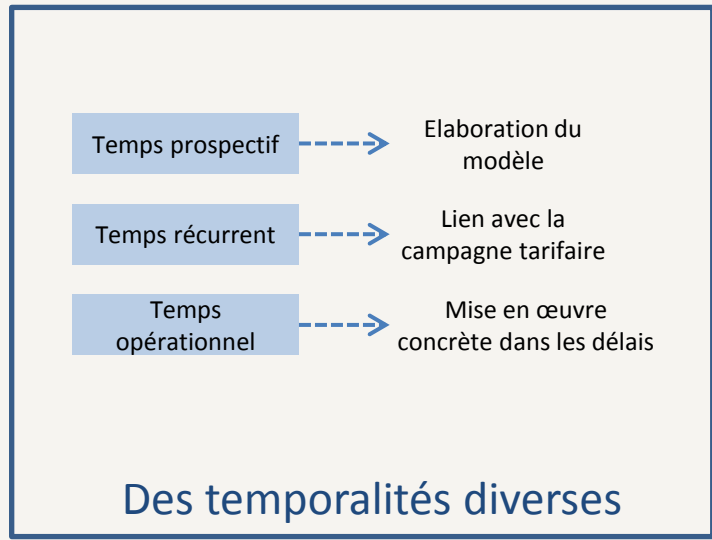
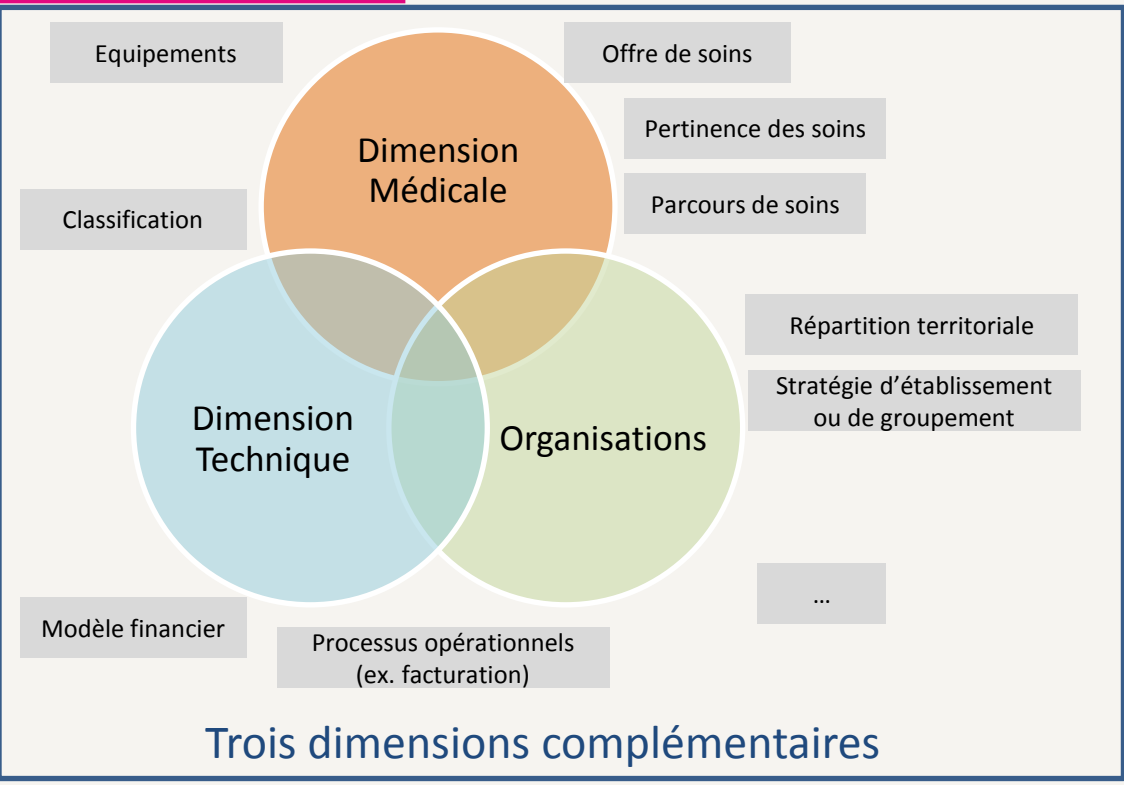
Appréhender les établissements par secteurs d'activité (ie polyvalence vs spécialisation)



Mettre les établissements en capacité de définir et piloter une vraie stratégie d'offres & d'activité.



LA RÉFORME DU FINANCEMENT DU SECTEUR SSR DOIT ÊTRE APPROCHÉE DE MANIÈRE MULTIPLE



LE PILOTAGE DE LA RÉFORME PAR LA DGOS ET L'ATIH DOIT ÊTRE CLARIFIÉ ET STABILISÉ

- ❑ **Un double pilotage par la DGOS et l'ATIH dont la pertinence est reconnue, mais avec des rôles respectifs qui doivent être réaffirmés**
 - La mobilisation de l'ATIH, dont la compétence technique fait l'unanimité, s'inscrit pleinement dans la logique donnée à la réforme
 - Toutefois, un consensus se dégage sur la nécessité de :
 - repositionner le curseur entre la vision économique/statistique et la vision métier, laquelle a pu sembler s'effacer, en particulier en raison du fort turnover de la mission SSR et d'un portage politique souvent décrit comme insuffisant.
 - clarifier les rôles respectifs de la DGOS et de l'ATIH, le cadre de leurs interventions et leur interdépendance
 - La DGOS doit s'affirmer sur le volet cadrage, enjeux et objectifs, alors que l'ATIH est en responsabilité sur les volets classification, modèle tarifaire et simulations

- ❑ **La rotation importante des équipes au sein de la mission SSR est ressentie comme un frein à l'avancement des travaux et à la mobilisation de l'ensemble des acteurs**
 - Un sentiment partagé par les acteurs terrains & opérationnels :
 - Une absence de continuité dans la gestion de projet
 - Un temps d'appropriation et de montée en charge long à l'arrivée de chaque nouvelle équipe
 - Plus généralement, un manque de suivi et de partage des informations, qui se reflète notamment dans des demandes répétitives d'envoi d'un même document.

A COURT TERME, UN FORT BESOIN DE STRUCTURATION ET DE CADRAGE MÉTHODOLOGIQUE DES TRAVAUX

2 ENJEUX MAJEURS EN LIEN AVEC LA MISE EN PLACE D'UN CADRE METHODOLOGIQUE

- 1. Rénover l'adhésion autour du projet de réforme**
- 2. Créer les conditions pour faire émerger des consensus, et à défaut arbitrer**

Principaux éléments de diagnostic en matière de gouvernance

- Pas de structuration amont des groupes de travail
- La fréquence des réunions, soit trop importante au regard du poids du sujet traité, soit trop faible en raison d'une divergence de point de vue
- Pas de consensus sur les objectifs des différentes instances (information, co-construction, décision)
- L'absence de rationnel dans la mobilisation des interlocuteurs
- L'absence de transparence sur les positions des différents acteurs
- Des difficultés à s'approprier et comprendre les documents partagés (lisibilité, longueur, réactivité, ...)

LES ARS DOIVENT ÊTRE MISES EN CAPACITÉ D'ASSUMER LEUR MISSION D'INTERFACE ENTRE LE TERRAIN ET L'ADMINISTRATION CENTRALE

❑ **Un consensus sur le rôle à jouer pour les ARS dans le cadre de la réforme**

- Remontée vers l'administration centrale des spécificités et des attentes terrain, en complément des fédérations
- Fiabilisation des données utilisées par l'ATIH dans le cadre de sa modélisation
- Action corrective sur les simulations ayant un impact contraire aux orientations stratégiques de la réforme
- Diffusion d'informations en tant que relais de l'administration centrale sur le terrain
- Pédagogie de la réforme à destination des établissements sur leur territoire

❑ **Le niveau d'association à date des ARS ne satisfait pas les acteurs de la réforme**

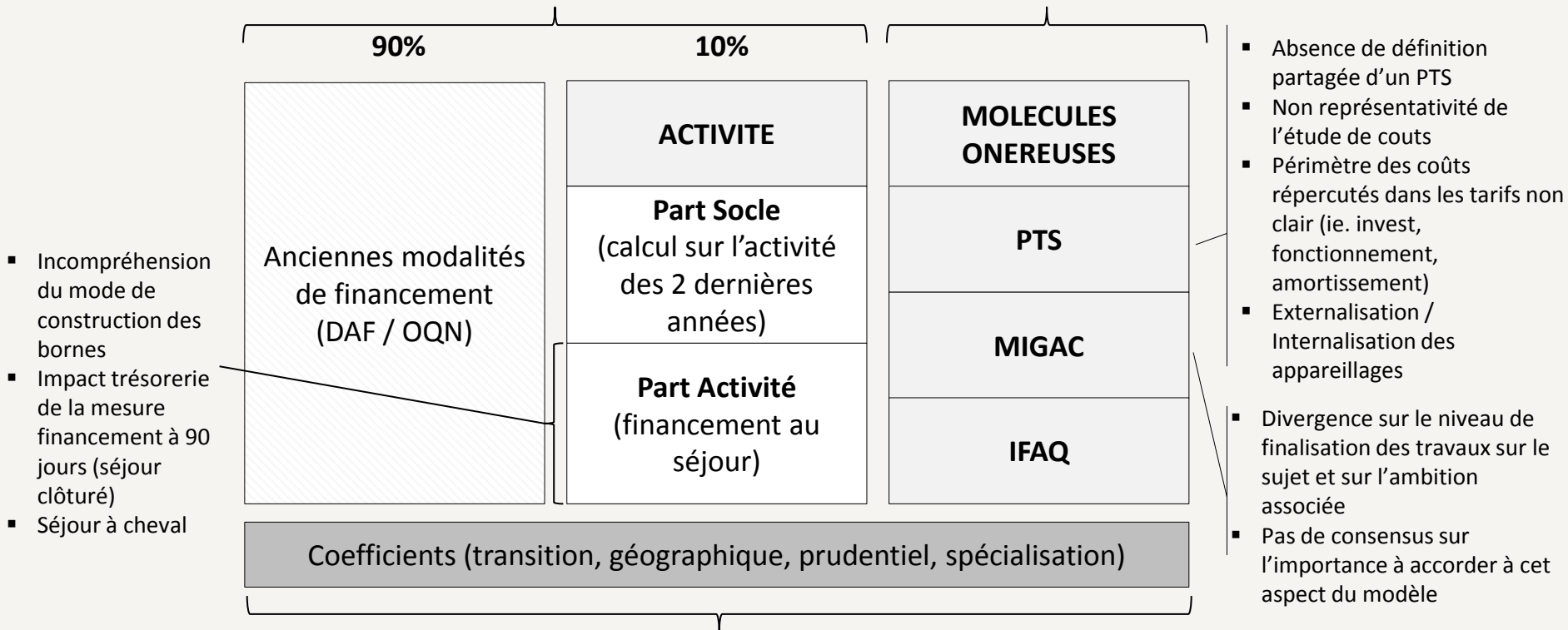
Principaux motifs évoqués au niveau de mobilisation actuels des ARS)

- Absence de mandat clair
- Non priorisation de la réforme SSR
- Exclusion des instances de la réforme

❑ **Le bon positionnement à venir des ARS dans la réforme sera clé pour répondre à 3 enjeux principaux : 1/ l'alignement des orientations stratégiques du secteur SSR avec les stratégies régionales de santé, 2/ la prise en compte des spécificités terrain dans la définition de la cible et la mise en œuvre et 3/ l'adhésion des établissements à la réforme dans la durée**

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU MODÈLE DE FINANCEMENT CIBLE ET TRANSITOIRE, GÉNÉRATEURS DE CONFUSION ET DE DIFFICULTÉS

- Manque de visibilité sur la répartition actuelle et à venir entre la part socle et activité, ainsi qu'entre la part activité et DAF/OQN
- Pas de visibilité sur les tarifs 2016
- Liste non exhaustive
- Taux de financement pouvant être réduit par application d'un coefficient minorant arrêté annuellement



- Un nombre trop important de coefficients qui traduisent à eux seuls la complexité du modèle et l'incapacité du modèle à embrasser la diversité des situations (incapacité de la classification à décrire les situations)
- Un mélange de coefficients pérennes et provisoires, ces derniers affichés comme des « coefficients de transition » mais reposant en réalité sur une logique d'amortissement des effets de la réforme + pb de nomenclature car mm nom en cible et transitoire sans que ce soit le même mode de calcul derrière
- L'absence de lisibilité pluriannuelle des coefficients recalculés chaque année

PLUS GÉNÉRALEMENT, UN BESOIN DE TRANSPARENCE ET DE FIABILISATION DES DONNÉES SOURCES

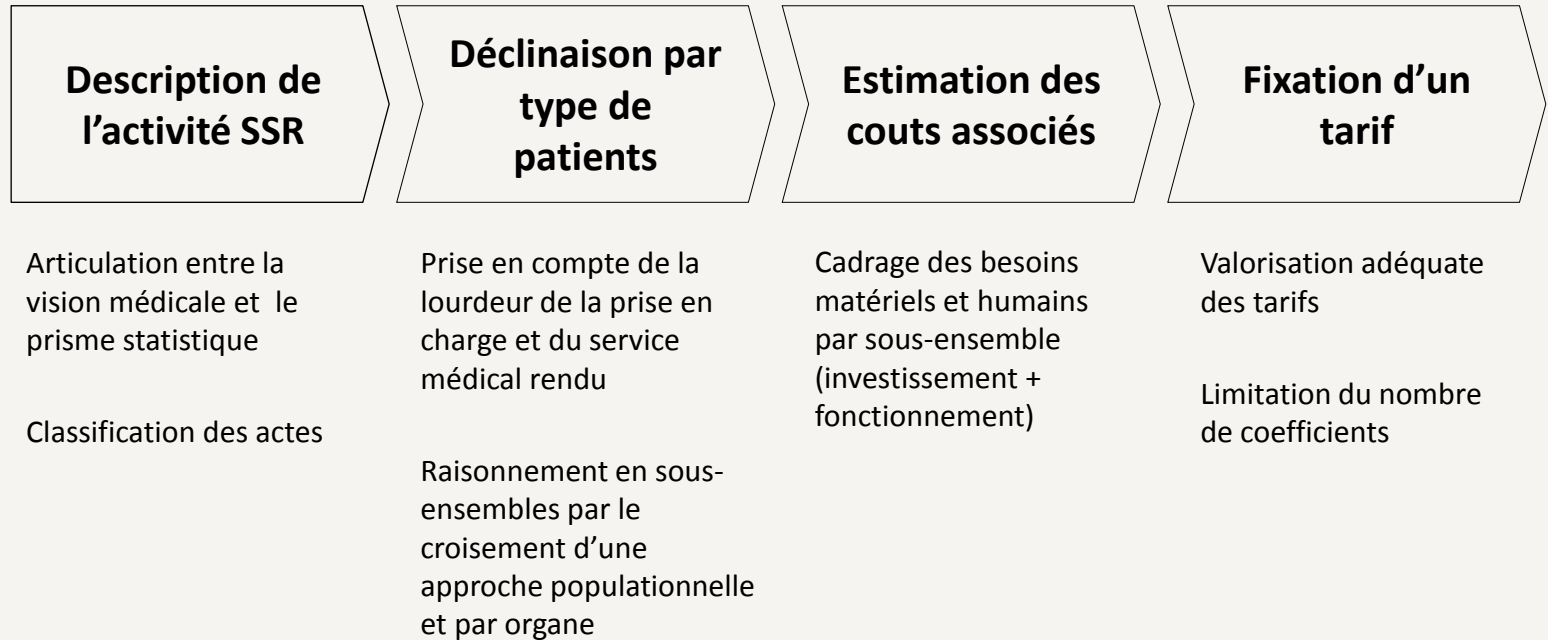
Principales recommandations issues des entretiens

Occurrences des axes

- Donner de la solidité statistique à la base ENC (représentativité de l'échantillon, redressement statistique, ...)
- Clarifier l'origine des données sources (SNIIRAM, ...)
- Sécuriser l'exhaustivité des données
- Mettre en place un exercice préalable de correction des erreurs « visibles » dans les bases sources
- Anticiper les écarts entre les simulations et la réalité des enveloppes allouées
- Mettre en place un circuit / instance de validation des données source
- Caler la mise en œuvre du dispositif cible avec le calendrier des exercices financiers des établissements



DES LEVIERS D'AMÉLIORATION VARIÉS SUR LES ASPECTS TECHNIQUES



Proposition : l'ATIH pourrait présenter un programme de travail illustrant la prise en compte, et la maturité de la décision pour chacun de ces sujets

LA COMMUNICATION, UN ENJEU TANT EN TERMES D'ADHÉSION A LA RÉFORME QUE D'EFFICACITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE

- ❑ **Une communication ressentie unanimement comme limitée et systématiquement incomplète.**

- ❑ **Dès lors, de vraies marges de progrès en matière de transparence sur le calendrier de communication (délai et rythme) de complétude et de compréhension de l'information communiquée**

- ❑ **En particulier le circuit de la communication doit être revu, en lien avec les ARS**

- ❑ **En outre, la communication doit veiller à bien distinguer les effets de la réforme du modèle de financement des SSR de ceux liés au resserrement de l'ONDAM et à la campagne tarifaire**

LA FORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DOIT ÊTRE STRUCTURÉE PROPORTIONNELLEMENT AUX ENJEUX DE LA RÉFORME

- ❑ **En l’absence de directives claires, fédérations et ARS selon les cas, se sont organisées de manière ad hoc pour former les établissements. Cette situation n’est pas satisfaisante au regard des enjeux de la réforme et du paysage éclaté du secteur des SSR.**


- ❑ **En fonction des entretiens, une incertitude sur le périmètre de la formation**
 - Le modèle de financement transitoire uniquement
 - Une formation globale y compris PMSI et la classification (organismes de formation privés existent)

- ❑ **Principales recommandations en matière de formation :**
 - Les formations doivent être inter-institutions (toutes les ARS doivent être associées)
 - Les formations doivent être à vocation interprofessionnelles au niveau des établissements – par exemple, Directeur, Financier, Qualiticien, DIM
 - La mise à disposition d’un kit méthodologique afin d’assurer un même niveau de formation et de compréhension du dispositif transitoire et cible
 - La définition d’un calendrier de formation, afin de ne pas sur-mobiliser les établissements sur des modèles non stabilisés

- ❑ **Un enjeu d’accompagnement dans la durée au-delà de la simple formation**
 - La mise en place de correspondants terrain
 - Une animation de réseau en vue du partage des bonnes pratiques et de réponses aux difficultés entre pairs, pour palier l’absence de DIM et les effets de taille critique des établissements SSR

CONCLUSION : QUELLES ÉVOLUTIONS DANS LA MÉTHODE DE TRAVAIL ?

1. Renforcer la dimension stratégique de la réforme

Formaliser la réflexion sur les orientations du secteur SSR, en amont de l'élaboration précise du modèle financier, avec une approche stratégique et une forte dimension médicale 

Solliciter les sociétés savantes et les agences expertes (ANAP, ...)

2. Clarifier la gouvernance

Adopter une architecture des groupes de travail calquée sur celle du modèle financier , en regroupant certains sujets 

Créer des groupes de travail sur le socle et la facturation


Expliciter le mandat de chacune des instances : objectifs, données, délais, livrables...


Positionner le comité de pilotage exclusivement sur la validation de sujets déjà travaillés en amont


3. Permettre la bonne mobilisation de chacun des acteurs


Renforcer la compétence de conduite de projet au sein de la mission SSR, en plus des compétences médicale, financière et administrative

Clarifier ce qui peut faire l'objet d'évolutions dans le cadre de la réforme,

Formaliser un calendrier de travail tenant compte des délais de prise de décision (en particulier sur la campagne tarifaire) 

Donner de la visibilité sur les éléments à produire pour permettre aux acteurs d'anticiper 

Distinguer les réunions à vocation technique (avec tests d'hypothèses, et mobilisation experte) des réunions décisionnelles 

Renforcer le rôle des ARS, en exploitant leur connaissance des outils et du terrain, et leur rôle de relais auprès des établissements 

4. Améliorer la communication

Diffuser une newsletter régulière sur l'avancement de la réforme et les échéances à venir

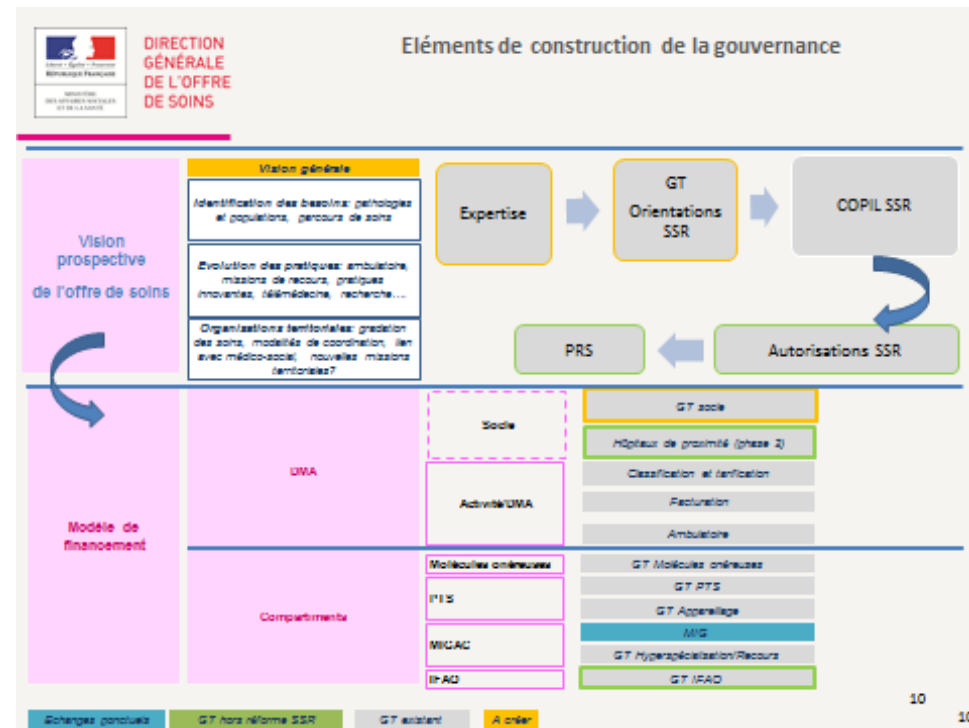
Créer un espace de travail collaboratif en ligne, où seront accessibles systématiquement l'ensemble des supports et compte-rendu

D'AUTRES ÉVOLUTIONS À ENVISAGER ?

- Déploiement par vague de pilotes dans une logique de test & learn
- Faire des régions pilote avec un couplage MCO et SSR
- Veiller à la maturité des SI des établissements
- Harmonisation des pratiques de codage au sein des établissements
- Monitorer la cohérence d'ensemble de la réforme des SSR avec les autres réformes en cours (GHT, autorisations, ..) et priorités de la politique publique de santé (lutte contre les déserts médicaux, ...)

SUITES DU RETEX

- Initialisation des travaux sur la **dimension stratégique**:
1^{er} semestre 2018
- **Gouvernance de la réforme**
 - Fonctionnement du COPIL
 - Structuration des groupes de travail, en continuité des travaux déjà menés.
 - Mise en place groupe projet inter-institutionnel.
 - Retro-planning partagé.
 - ARS en co-pilotage des GT.
- **Communication et pédagogie**
 - Mise en place d'une newsletter
 - Formations
 - Projet d'espace collaboratif



PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{ER} SEMESTRE 2018

- Retroplanning et livrables de chaque chantier transmis aux membres du COFIL.
- Un **séminaire « Etat des lieux des SSR »** le 13 mars 2018.
Objectifs : partager des éléments de diagnostic et proposer un débat sur des sujets d'évolution de l'offre SSR, dans le cadre de la transformation du système de santé.
Principe d'organisation: une présentation quantitative (DGOS), une présentation qualitative (ANAP monographies), 3 tables rondes thématiques.
Public: participation large des acteurs du SSR.
- Mise en place des **GT du 2^{ème} trimestre**
 - Lettres de mission aux CNP, signées par la directrice générale.
 - Désignation des membres des GT en février : quels regroupements de thèmes?
 - Démarrage des GT orientations stratégiques et modèle de financement en avril, co-animation DGOS-ARS, en cours d'organisation.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de séance
2. Résultats du RETEX et suites à donner
3. Programme de travail 2018
4. **Éléments de cadrage de la campagne 2018**
5. Paramètres de la DMA 2018

Des déterminants multiples et de natures variées :

- L'enveloppe budgétaire annuelle 2018
- L'exécution de l'année 2017
- La prévision d'évolution de volume d'activité 2018
- Le niveau des mises en réserve prudentielles 2018

- Les dépenses prévisionnelles de **l'ONDAM 2017** devraient être conformes à l'objectif. Toutefois les dynamiques de dépenses sont différenciées entre les sous-objectifs.
- Les dépenses de **l'ONDAM soins de ville** devraient être en sur exécution par rapport à l'objectif. Ce dépassement est principalement lié à une forte dynamique des honoraires médicaux et à un moindre rendement des remises sur les produits de santé.
- Les dépenses de **l'ONDAM établissements de santé** devraient être en sous exécution par rapport à l'objectif. Cette sous exécution est principalement portée par le non dégel total des mises en réserve, ainsi qu'une moindre dynamique de dépenses sur la liste en sus (décalage dans l'arrivée de certaines nouvelles thérapies innovantes par rapport aux hypothèses prises en construction ONDAM ES 2017).

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a fixé l'ONDAM pour l'année 2018 à **195,2 Md€**, soit un taux de progression de **2,3 %** (après 2,1 % de prévu en LFSS pour 2017 et 1,8 % en 2016). Ce niveau global en valeur se décline entre les différents sous-objectifs de l'ONDAM comme suit:

	Niveau de dépenses par sous-objectif (Md€)	Taux de progression 2018	<i>Pour mémoire : taux de progression 2017</i>
Soins de ville	88,9	2,4%	2,1%
Établissements de santé	80,7	2,0%	2,0%
Établissements et services médico-sociaux	20,5	2,6%	2,9%
Fonds d'intervention régional	3,4	3,1%	2,1%
Autres prises en charge	1,8	4,3%	4,6%
TOTAL	195,2	2,3%	2,1%

Le taux de croissance de l'ONDAM établissements de santé est de +2% pour 2018. Cela porte l'ONDAM établissements de santé à **80,7Md€**, soit **1,5Md€** supplémentaires pour les établissements de santé.

L'évolution avant économies des établissements de santé pour 2018 est estimée à +4%.

Cette hypothèse prend en compte les principaux éléments suivants:

- *l'augmentation des dépenses de la liste en sus liée à l'arrivée de nouvelles classes thérapeutiques innovantes;*
- *Les dépenses d'investissement immobilier et numérique dans le cadre de la première tranche du « Grand plan d'investissement »;*
- *Les dépenses liées à la hausse de l'inflation et à l'évolution du GVT*

Par rapport à l'évolution tendancielle estimée à **+4%**, **1,6Md€** d'économies sont nécessaires pour atteindre le taux de progression de **2%** de l'ONDAM établissements de santé pour 2018.

Toutefois, ce montant d'économies doit être relativisé en termes d'impact sur les établissements de santé puisqu'il intègre une part importante d'économies liées à des mécanismes de remise conventionnelle et de baisse de prix qui ne pèsent pas directement sur eux.

En pratique, **le niveau d'effort qui va être réellement supporté par les établissements de santé en 2018 correspond à 960M€**. Ces efforts porteront principalement sur :

- *L'amélioration de la performance interne des établissements (640M€), dont la rationalisation des achats hospitaliers;*
- *L'accélération du virage ambulatoire et en particulier la poursuite du développement de toutes les formes d'alternatives à l'hospitalisation complète et la réduction des DMS (250M€) ;*
- *L'amélioration de la pertinence et des parcours (70M€).*

Retour sur 2017:

Pour mémoire, les mises en réserve prudentielles 2017 sur l'ONDAM ES se sont élevées en début de campagne à **+412M€**, déclinées comme suit :

- ✓ **280M€** via le coefficient prudentiel MCO, correspondant à une minoration tarifaire de 0,7% à compter du 1^{er} mars 2017 ;
- ✓ **93M€** de mises en réserve sur la DAF (SSR/PSY);
- ✓ **5 M€** de mises en réserve liées à l'application du coefficient prudentiel sur la DMA SSR (soit 0,7% à compter du 1^{er} mars 2017) ;
- ✓ **19M€** sur l'Objectif Quantifié National (OQN), soit l'équivalent d'une minoration tarifaire de 0,7% à compter du 1^{er} mars 2017 ;
- ✓ **16M€** sur le FMESPP.

A noter que sur ce quantum de **412M€**, la LFSS 2018 prévoit que les mises en réserves de l'ONDAM établissements de santé 2017 soient mobilisées à hauteur de **65 M€** pour contribuer à la couverture du dépassement de l'ONDAM 2017.

Focus sur 2018:

La loi de programmation des finances publiques précise que le montant minimum des mises en réserve doit représenter au moins 0,3% de l'ONDAM.

Pour **2018**, ce montant représente **586M€**. La répartition entre les sous-objectifs de l'ONDAM et les enveloppes de financement n'est pas encore arbitrée à ce jour.

➤ Pour mémoire :

- La DMA théorique 2017 a été calculée sur la base de l'activité 2016 ;
- L'objectif de dépenses DMA 2017 est supérieur au montant total notifié au titre de la DMA théorique 2017 puisqu'il tient compte également d'une hypothèse de progression de volume d'activité au titre de l'année 2017, fixée à +3,9%.

➤ Focus sur les données DMA réelle M11 2017 :

- **Pour le secteur OQN** (données M11 validées ARS et DMA réelle non nulle) :
 - 64 établissements avec DMA réelle inférieure à la DMA théorique, soit un écart de -2,8M€.
 - 367 établissements avec DMA réelle supérieure à la DMA théorique, soit un écart de 24M€.
- **Pour le secteur sous DAF** (données M11 validées ARS et DMA réelle non nulle) :
 - 321 établissements avec DMA réelle inférieure à la DMA théorique, soit un écart de -10,5M€
 - 717 établissements avec DMA réelle supérieure à la DMA théorique, soit un écart de 30,9M€

➤ Les écarts entre DMA théorique et DMA réelle constatés à fin novembre 2017 sont cohérents avec la prévision de volume intégrée en construction et l'objectif de dépenses DMA 2017.

- **Point de vigilance** : Les données M12 2017 (validées par les ARS au 1er mars 2018) seront prises en compte pour la régularisation définitive 2017 et le calcul de la DMA théorique 2018.
- ⇒ **Nécessité d'une transmission exhaustive et de qualité des données d'activité M12**, avec une attention particulière à porter aux séjours actuellement non encore valorisés en DMA.

Focus sur les données à M11 2017:

Secteur OQN :

- 62 établissements n'ont pas transmis de données, ils représentent une DMA théorique 2017 de 22M€
- 13 établissements n'ont pas de données validées ARS, ils représentent une DMA théorique 2017 de 5,2 M€
- 7 établissements ont les données validées avec DMA réelle nulle , ils représentent une DMA 2017 de 1,3M€

Secteur sous DAF :

- 54 établissements n'ont pas transmis de données, ils représentent une DMA théorique 2017 de 20M€
- 4 établissements n'ont pas de données validées ARS, ils représentent une DMA théorique 2017 de 0,6M€
- 6 établissements ont les données validées avec DMA réelle nulle , ils représentent une DMA 2017 de 1M€

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de séance
2. Résultats du RETEX et suites à donner
3. Programme de travail 2018
4. Éléments de cadrage de la campagne
5. **Paramètres de la DMA**

1. Avis des fédérations sur la proposition de la DGOS

- Avis fortement majoritaire pour un maintien à l'identique des paramètres DMA 2017.
- Souhait majoritaire pour une non différenciation des taux de DMA entre secteurs.

2. Application en 2018

- Idem 2017: 90% anciennes modalités + 10% DMA
- Classification identique V2017
- Limitation des effets revenus sur la DMA à -1%, par rapport à 2017, à casemix constant et hors effet campagne
- Non différenciation des taux entre secteurs.

Le décret en conseil d'état (DCE)

- Modalités de facturation des établissements sous OQN
- Modalités de calcul et d'application du coefficient de transition « amortisseur » mis en œuvre durant la période transitoire.

- Après avoir testé différentes hypothèses, et afin de ne pas générer de nouvelles difficultés techniques, il a finalement été acté de **maintenir les modalités de facturation mises en œuvre en 2017**, en s'engageant sur l'amélioration du process.
- Le DCE réaffirme l'existence, comme en 2017, d'un coefficient de minoration des PJ.
 - Il est proposé de mettre en place un groupe de travail spécifique aux problématiques de facturation en SSR afin d'améliorer les process associant les fédérations hospitalières, la CNAMTS, l'ATIH, la DSS, la DGOS et des ARS.
 - ☞ Proposition d'organisation du prochain GT facturation en mars 2018.
 - ☞ Périodicité de réunion envisagée de l'ordre de 3 fois/an. Le rythme sera adapté en fonction des besoins et des grandes échéances de la campagne (notamment fixation de la DMA théorique, régularisation intermédiaire et définitive).
 - **Question pour la campagne 2018** : Faut-il reconduire le principe d'une ou plusieurs régularisation(s) intermédiaire(s) et si oui selon quelle périodicité?

- Pour information, les **modalités de calcul du CT** ne seront plus détaillées dans le DCE ⇒ renvoi de ces précisions à un arrêté.
- **Proposition dans le DCE de faire évoluer les modalités d'application** du coefficient de transition pour corriger les biais constatés en 2017 et remontés par les acteurs : effets d'aubaine ou au contraire de pénalisation en fonction du niveau historique de financement « sur-doté » ou « sous-doté » par rapport à la valorisation en DMA.
 - ☞ *Enjeu : proposer une évolution des modalités d'application du coefficient de transition amortisseur allant dans le sens d'une plus grande équité et pertinence du dispositif.*
- **Consultation sur le DCE, suite à la présentation technique du 31 janvier 2018**

Réponses étaient attendues pour le 9 février, 2 fédérations ont répondu, selon des avis contraires concernant les modalités d'application du coefficient de transition (CT).

Ajuster les paramètres de valorisation

- Ajuster l'amortisseur
- Corriger les incohérences tarifaires détectées lors de la campagne 2017
- Mettre à jour les coefficients
- Ajuster la valorisation des séjours longs

Discussion technique avec les fédérations le 31 janvier

Ajuster l'amortisseur

- Coefficient de transition joue un rôle d'amortisseur
 - garantie d'une variation de recettes à la baisse limitée
 - principes de calcul inchangés en se basant sur la variation de recettes par rapport à la DMA 2017

- Deux ajustements proposés
 - Ajuster la référence pour les établissements ayant des coef 2017 supérieurs à 2 et donc une DMA 2017 très élevée
 - Mise en cohérence avec sa modalité d'application
 - Application du CT tant que la DMA réelle est \leq DMA théorique, non-application au-delà

Incohérences tarifaires

- Proposition de corriger 22 incohérences tarifaires (hiérarchie entre racines)
 - 8 ont été remontées par les acteurs
 - 11 sur la DAF / 11 sur OQN
- Hiérarchisation des suppléments de la zone haute (SZH) pour les soins palliatifs du secteur OQN

Mise à jour des coefficients

- Objectif: prendre en compte les données les plus récentes
 - Coefficient Honoraire
 - données de facturation SNIIRAM 10/2016 à 09/2017
 - Coefficient de spécialisation
 - Pas de modification des principes
 - Utilisation des données PMSI annuelles 2017
 - Permettre aux acteurs de mieux contrôler les données
 - Contrôles bloquants dans la FG
 - Tableaux OVALIDE
- Réflexions à mener en 2018 pour mise en œuvre éventuelle 2019

Ajuster la valorisation des séjours non clos

○ En 2017

- Séjours non clos < 90 jours : Pas de valorisation
- Séjour non clos \geq 90 jours : Valorisation via le tarif journalier minimal (GMT 8888)

○ En 2018

- Baisse du seuil à **70 jours**
- Mise en cohérence avec le nb RHA nécessaire pour déterminer le GN (les 10 premiers RHA d'un séjours déterminent le GN)
- Valorisation via le tarif journalier minimal (GMT 8888)

PARAMETRES DE VALORISATION DE L'ACTIVITE COMPARTIMENT DMA - CAMPAGNE 2018

Les mesures correctrices prises en 2017 sont maintenues en 2018

- **Pédiatrie** : majoration de 25% des tarifs de GME non scindés sur l'âge.
Sanctuarisation des moyens sous l'autorité des ARS.
- **L'ambulatoire**: majoration de 10% des tarifs des GME de niveau 0, afin de soutenir le développement de l'ambulatoire.
- Application du **coefficient de spécialisation** sur l'ensemble du casemix par une majoration de 0,35 par point de RR.