

LA REFORME DES SSR

Travaux en cours

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Ma santé 2022

LA REFORME DES AUTORISATIONS

LA REFORME DU FINANCEMENT

Task Force
Financements

CALENDRIER

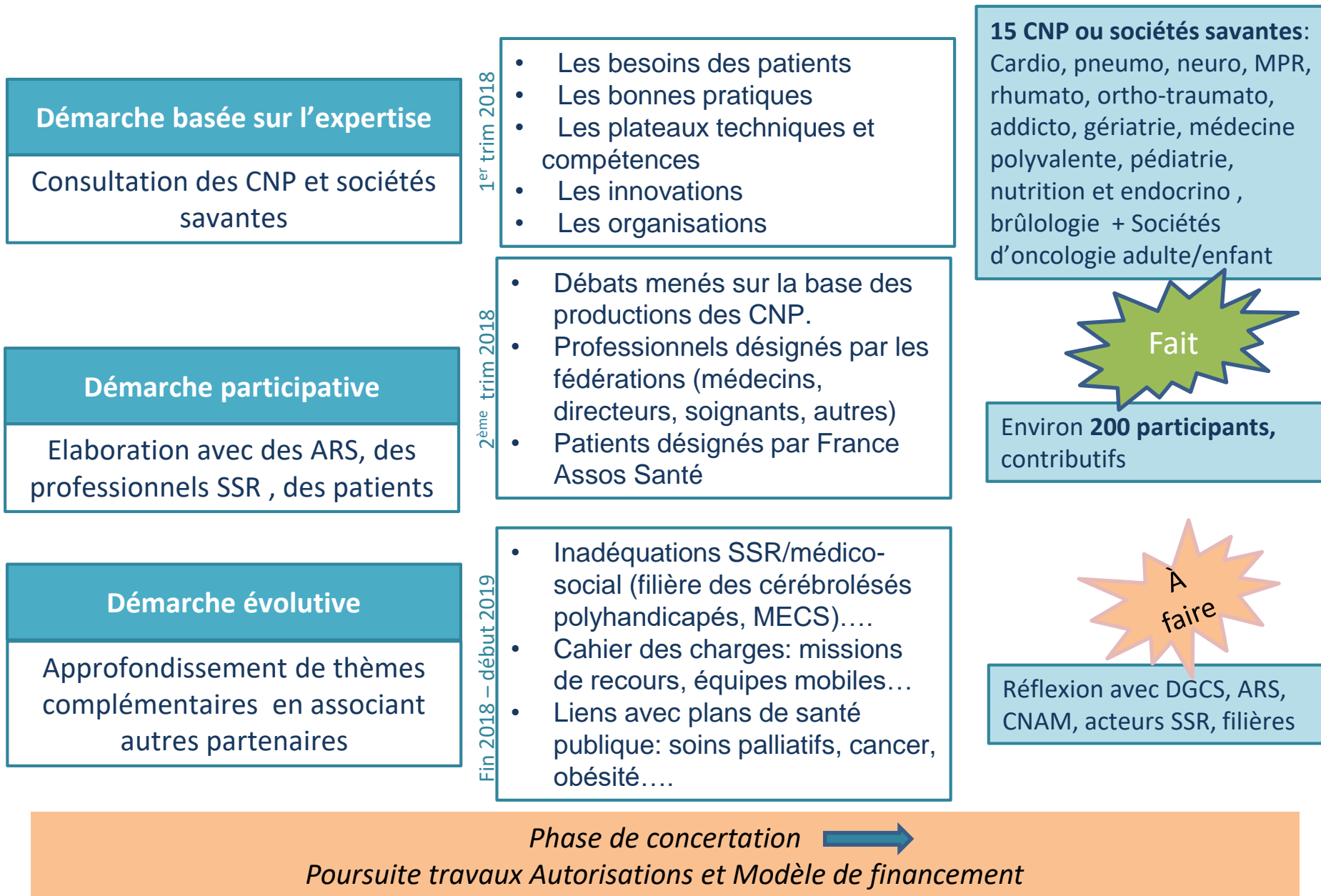


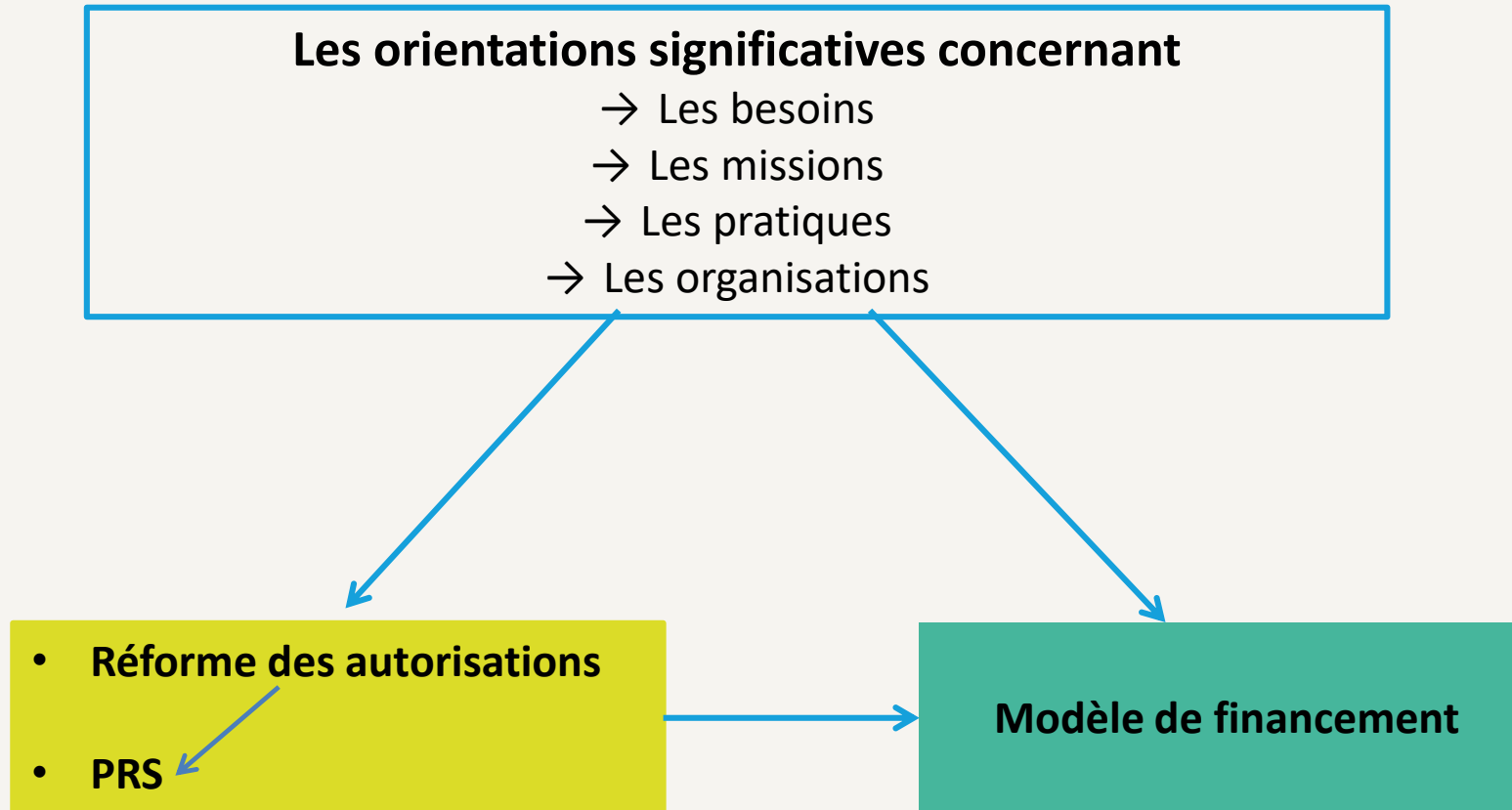
**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

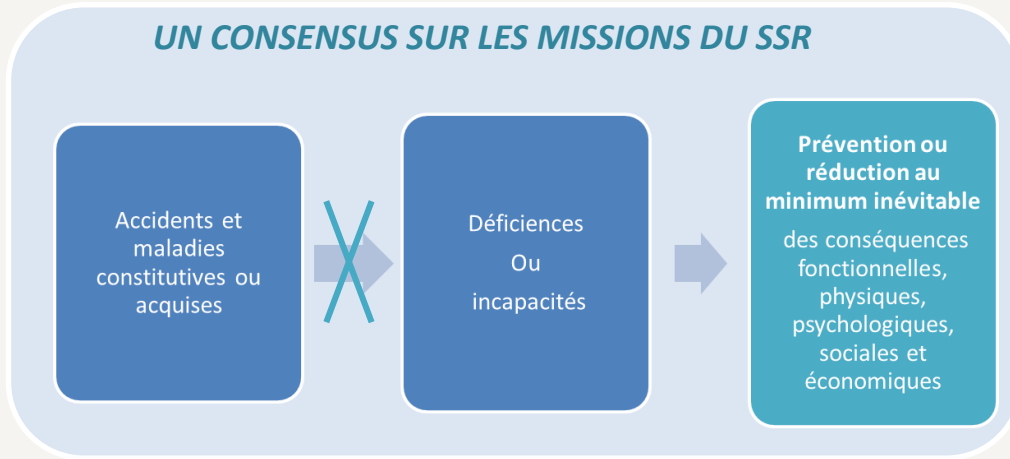


LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES SSR

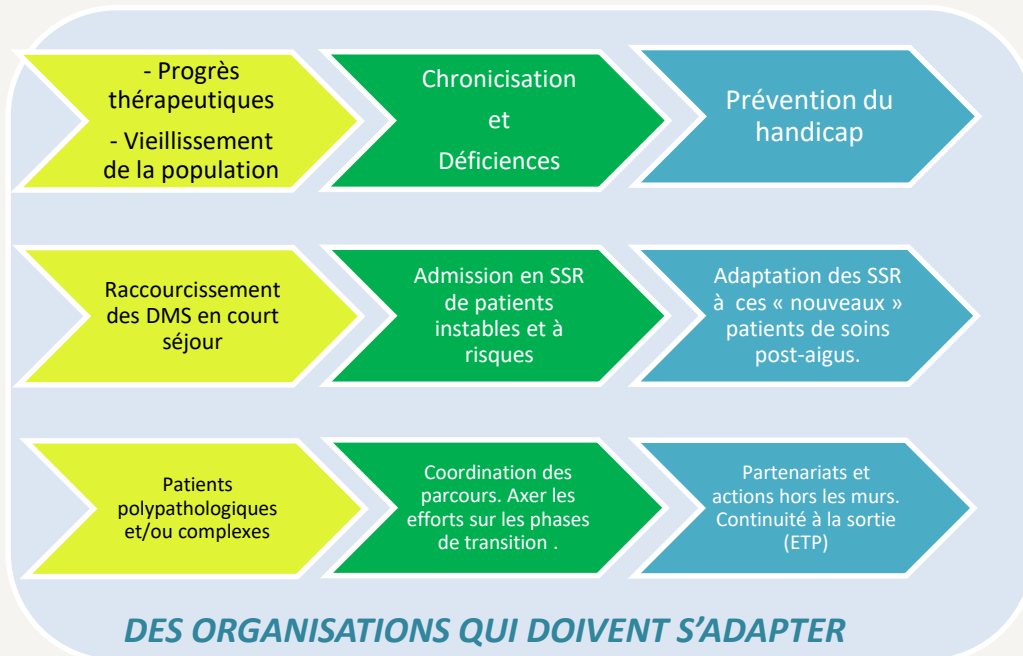
UNE METHODE EN 3 ETAPES







Des besoins croissants en réadaptation liés à la transition épidémiologique.



Des besoins qualitatifs qui ont évolué:

- Développer des évaluations précoces
- Adapter les SSR aux patients post-aigus (instables ou à forte intensité de soins infirmiers).
- Gradation des soins et synergie avec les professionnels de proximité, pour organiser les parcours de santé, en particulier pour les patients complexes.

L'AXE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

INSCRIRE LES SSR DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS

En faveur de la continuité des parcours, une attention particulière aux phases de transition.

- *Une évaluation précoce pour prévention de la dépendance*
- *Des fonctions de bilan identifiées et organisées*
- *Des algorithmes d'orientation avec évaluation du statut fonctionnel et des risques de complexité en lien avec les logiciels d'orientation (Via Trajectoires)*
- *Une protocolisation des soins permettant d'établir des programmes de soins standardisés.*
- *Soutenir le maintien des acquis à la sortie du SSR, par une ouverture sur l'environnement.*
- *Un besoin de coordination des parcours complexes.*

L'AXE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

INSCRIRE LES SSR DANS UNE LOGIQUE DE TERRITOIRE

La gradation des soins pour mieux répondre aux besoins des patients et améliorer l'accessibilité aux soins de rééducation, réadaptation, réinsertion.
« Tout ne peut pas se faire partout ». Une sémantique à préciser.

- *Des activités de proximité*
- *Une diversification de l'offre ambulatoire, passer d'une pratique purement hospitalière à une approche ouverte sur l'environnement, pour une vision inclusive des patients atteints de pathologies chroniques et à risques de handicap. Prendre en compte les évolutions d'organisation des soins de proximité (CPTS).*
- *Des activités de recours : plateaux techniques et compétences.*
- *Les SSR spécialisés et centres de recours ont une responsabilité territoriale = ressources sur les territoires pour les SSR polyvalents et personnes âgées et pour les acteurs de 1^{er} recours.*
- *Organisations territoriales régulées par les ARS par le biais des autorisations et CPOM, sur la base d'un cadre fixé au niveau national.*

L'importance de l'éducation thérapeutique pour tous les patients atteints de pathologies chroniques. Assurer la continuité du suivi en ETP par les professionnels de proximité.

Des pratiques cliniques de prévention existantes et à développer.

Apport considérable des patients dans l'accompagnement de sortie et dans les programmes d'ETP.

Le développement des patients experts.

Protocoles de bonnes pratiques pour l'intervention de patients.

Les ressources humaines

- Pluridisciplinarité garantit une approche globale des patients.
- Plusieurs DIU de réadaptation se sont développés qui permettront les délégations de tâches. Projets de FST (formations spécialisées transversales). Evaluation des pratiques professionnelles.
- Collaboration libéraux/établissements à développer notamment avec l'émergence des CPTS. Mutualisation des plateaux techniques.
- Mettre à disposition les savoir-faire des équipes SSR sur les territoires (notamment par les équipes mobiles, télémédecine et partenariats)

Les **critères d'orientation** doivent permettre de **discriminer les besoins** qui se traduisent en **situations de soins différentes**:

- *Instabilité médicale et besoins de surveillance*
- *Soins médico-techniques importants (SMTI)*
- *Soins liés à la dépendance et soins de réadaptation (mises en place d'aides humaines et matérielles, adaptation de l'environnement)*
- *Soins de rééducation selon le statut fonctionnel et l'autonomie*
- *Facteurs socio-environnementaux*

Des patients « plus lourds »

L'ambulatoire: diversifier l'offre

Passer d'une pratique purement hospitalière à une approche ouverte sur l'environnement.

Prendre en compte les évolutions d'organisation des soins de proximité (CPTS).

Hospitalisation à temps partiel, CS, CS avancées, équipes mobiles, téléconsultation, téléexpertise, HAD de réadaptation....

Plateformes ambulatoires expérimentales (Art 51).

Les séjours longs frontières avec le médico-social

Patients avec handicap résiduel, ne pouvant rentrer à domicile (EVC-EPR, polyhandicapés)

2022
LECTIF



MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF

STRATÉGIE DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (STSS)

UN CONSTAT PARTAGÉ SUR LA NÉCESSITÉ DE TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ



L'organisation actuelle est inadaptée et...



... ne répond plus aux attentes des patients

- DÉLAIS TROP LONGS pour un rendez-vous, urgent ou non
- PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS dans certains territoires
- ABSENCE DE COORDINATION, obligeant le patient à faire lui-même le lien, à organiser ses rendez-vous et ses examens
- Difficultés à obtenir L'INFORMATION



... est historiquement marquée par de profondes rigidités d'organisation

- EXERCICE ISOLÉ des professionnels de ville
- CLOISONNEMENT entre la ville et l'hôpital, entre le médico-social et le sanitaire, entre le public et le privé
- MANQUE D'OUTILS ET DE STRUCTURES DE COORDINATION pour assurer le bon suivi des patients dans les différents territoires

... nourrit le mécontentement des professionnels de santé

- COURSE À L'ACTIVITÉ et importance des CHARGES ADMINISTRATIVES
- RECONNAISSANCE INSUFFISANTE de la qualité des soins et des bonnes pratiques
- MANQUE DE TEMPS pour soigner
- NON RECONNAISSANCE des efforts et de l'implication individuelle et collective
- Peu d'évolutions possibles, MANQUE DE PERSPECTIVES dans les carrières
- Difficultés pour passer d'un EXERCICE SALARIÉ à un EXERCICE LIBÉRAL ou pour combiner les 2



... est confrontée à des tensions financières croissantes

- VIEILLISSEMENT de la population, essor des PATHOLOGIES CHRONIQUES, COÛT ÉLEVÉ des innovations thérapeutiques
- MAÎTRISE DES DÉPENSES organisée par une régulation à la baisse des tarifs des prestations versées aux établissements de santé
- Fréquence des ACTES INUTILES, des PRESCRIPTIONS REDONDANTES ou des PARCOURS DÉSORGANISÉS DE SOINS
- ABSENCE DE VALORISATION des bonnes pratiques de suivi et de gestion des parcours

ACCOMPAGNER LA RÉORGANISATION DES HÔPITAUX POUR DES SOINS DE QUALITÉ EN PROXIMITÉ

→ Recentrer chaque hôpital sur les soins pour lesquels il est le plus compétent (soins de proximité, soins spécialisés ou ultraspecialisés) afin de mieux s'adapter aux besoins de la population.

→ Concrètement



Dès
2019

Les travaux pour labelliser les premiers « HÔPITAUX DE PROXIMITÉ » en 2020.

En 2022

La définition de PROJETS DE SANTÉ DE TERRITOIRE partout en France
500 À 600 HÔPITAUX DE PROXIMITÉ reconnus avec une gouvernance et un financement adaptés

Des activités de soins réorganisées entre **PROXIMITÉ, SOINS SPÉCIALISÉS, SOINS ULTRA-SPÉCIALISÉS**

FOCUS : LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ



Préserver la qualité de vie des patients, qui resteront près de leur domicile et de leurs proches

Parmi leurs missions :

- assurer des **activités hospitalières de proximité** : médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation
- proposer des consultations avancées de spécialités médicales et chirurgicales avec le support des établissements voisins
- disposer selon les besoins du territoire de plateaux techniques ouverts aux professionnels de santé de ville (imagerie, biologie et explorations), d'équipes mobiles, d'équipements de télémédecine

→ UNE OUVERTURE SUR LA VILLE AVEC LA PARTICIPATION DE REPRÉSENTANTS DES CPTS À LEURS COMMISSIONS MÉDICALES D'ÉTABLISSEMENT (CME) ET À LEURS CONSEILS DE SURVEILLANCE

→ UNE GOUVERNANCE LOCALE FORTE GARANTIE AUX HÔPITAUX DE PROXIMITÉ (S'ILS SONT DE STATUT PUBLIC) PAR LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT)

→ UN MODÈLE DE FINANCEMENT ADAPTÉ AUX SPÉCIFICITÉS DE LEURS MISSIONS

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

LA REFORME DES AUTORISATIONS

LA REFORME DU FINANCEMENT

CALENDRIER

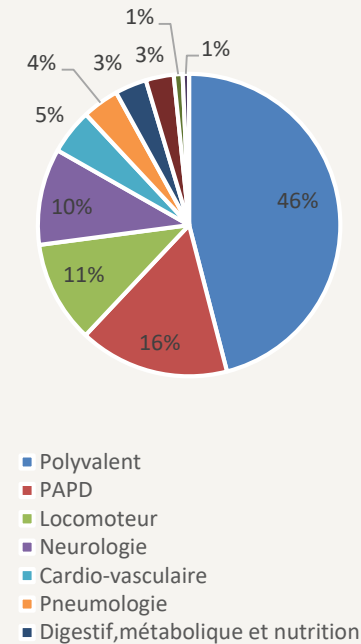
OFFRE SSR

Nombre d'autorisations selon les mentions

Mention	Nombre d'autorisations	Répartition des ES par mention
Polyvalent	1751	46%
PAPD	611	16%
Locomoteur	415	11%
Neurologie	393	10%
Cardio-vasculaire	184	5%
Pneumologie	150	4%
Digestif,métabolique et nutrition	129	3%
Addictologie	113	3%
Onco-hématologie	36	1%
Brûlés	26	1%
Total	3808	100%

Source ARGHOS au 31/07/2018

La part de chaque mention



Les principales mentions représentées sont:

- 46% pour la mention polyvalent
- 16% pour la mention PAPD
- 11% pour la mention locomoteur
- 10% pour la mention neurologie

Un établissement peut avoir plusieurs autorisations.

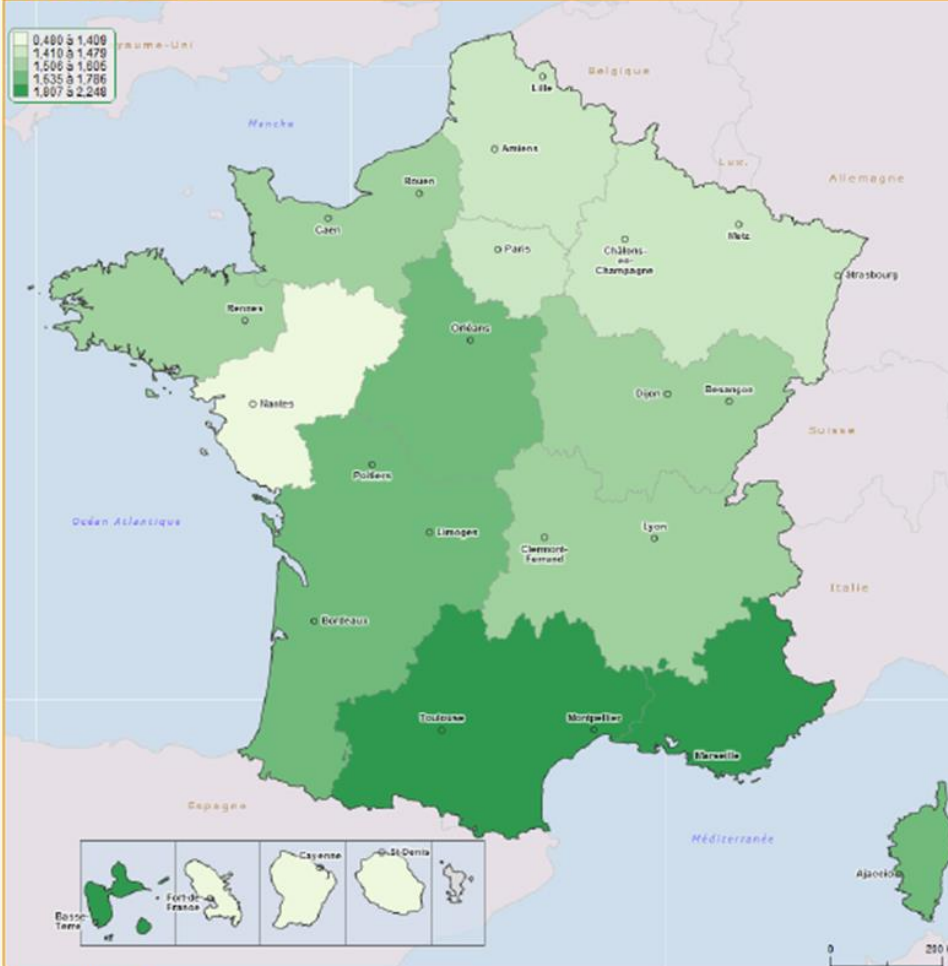
TAUX D'ÉQUIPEMENTS EN LITS ET PLACES

UNE RÉPARTITION INÉGALE SUR LES TERRITOIRES

Taux d'équipement en lits SSR

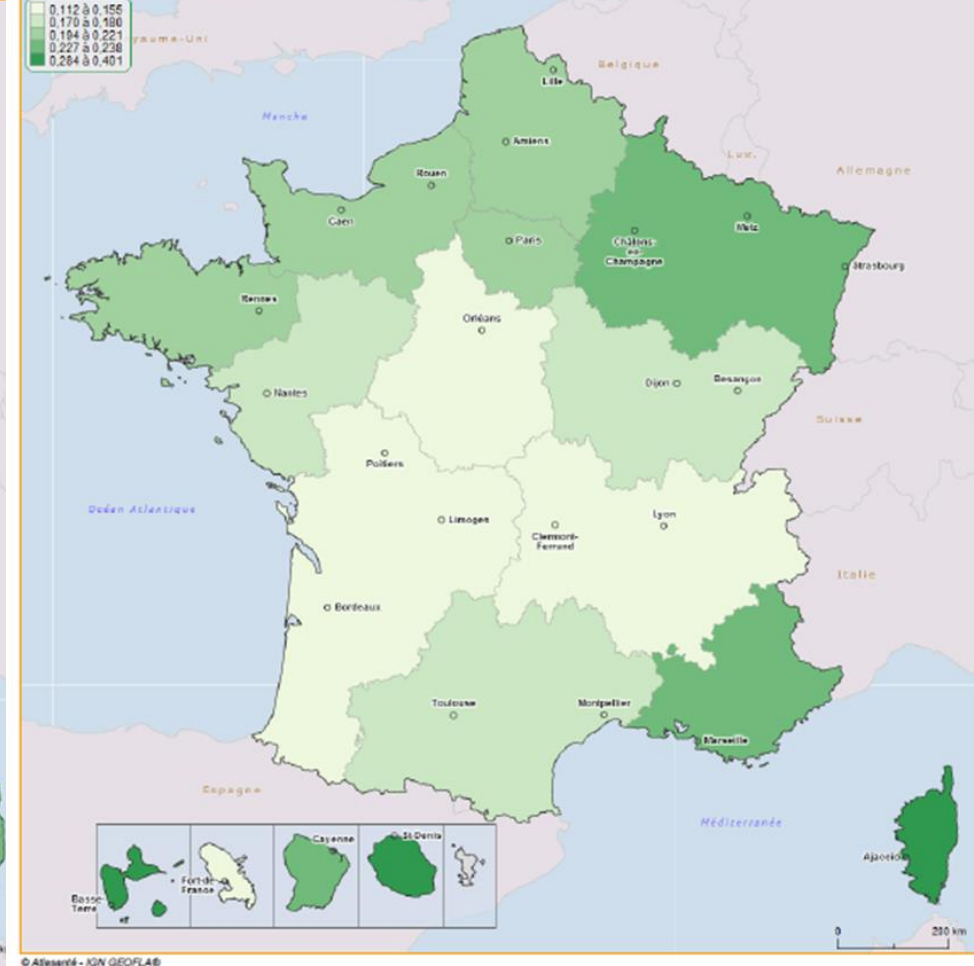
Taux d'équipement en places SSR

2016_Taux_d_equipement_lits -



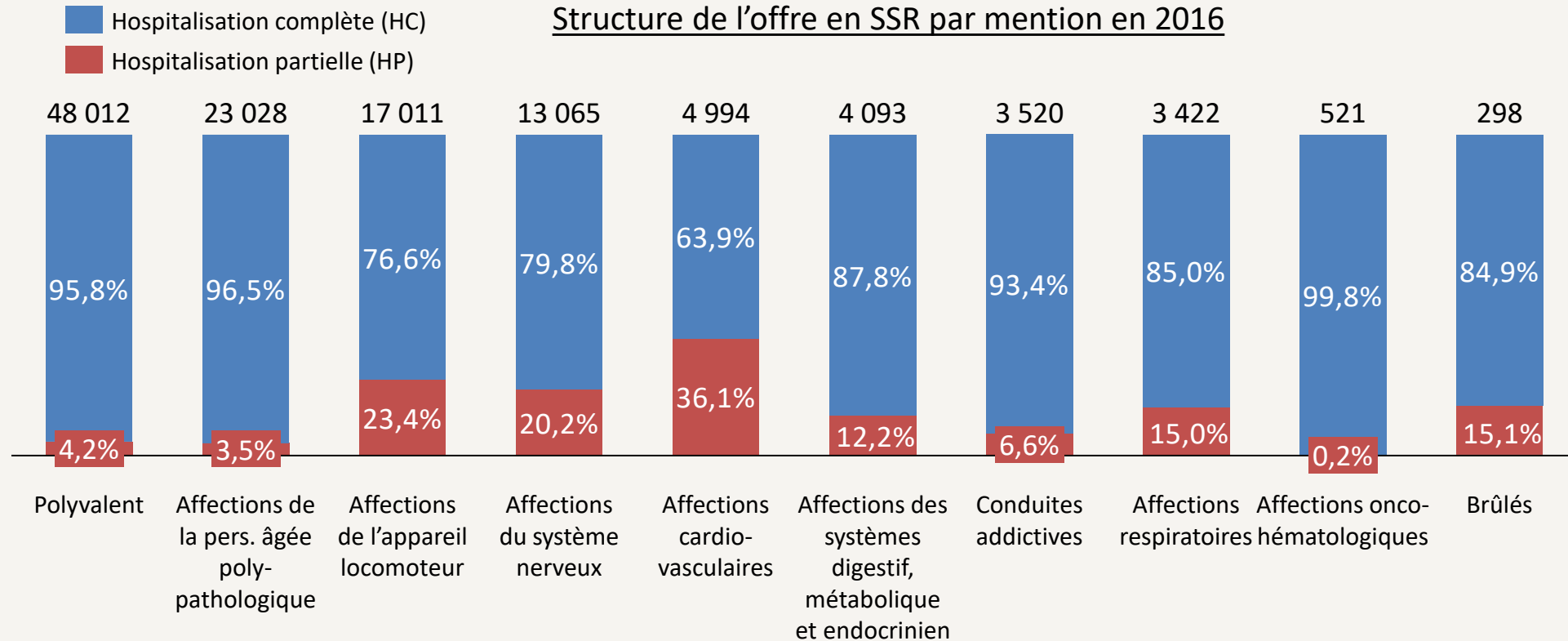
© Attesté - IGN GEOFLAB

2016_Taux_d_equipement_places -



© Attesté - IGN GEOFLAB

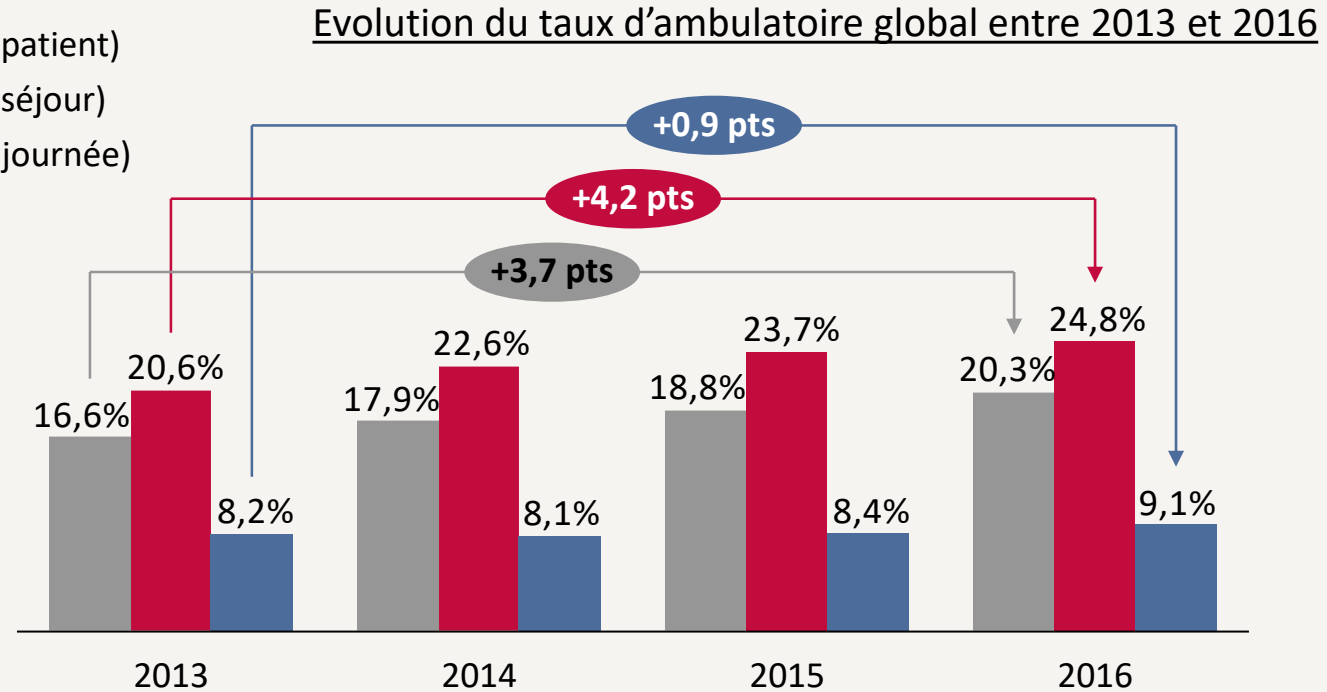
Une offre ambulatoire inégale selon les mentions



La part de l'offre ambulatoire est très variable selon les mentions, particulièrement développée en SSR cardiologique (36%) et très peu en SSR polyvalent ou personnes âgées (4%)

Un virage ambulatoire en SSR en cours ?

- Taux d'ambulatoire (patient)
- Taux d'ambulatoire (séjour)
- Taux d'ambulatoire (journée)



- On note que plus d'un patient sur 5 est pris en charge en ambulatoire en 2016.

LES QUESTIONS QUI EMERGENT

Deux décrets du 17 avril 2008: conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement + une circulaire; les décrets de 2008 sont jugés globalement pertinents, mais besoins d'adaptation.

L'état des lieux montre une forte hétérogénéité de l'offre entre régions sur le plan quantitatif et qualitatif.

➡ **Objectif de fournir aux ARS un cadre de référence permettant d'harmoniser le traitement des autorisations et d'organiser l'offre sur les territoires.**

Concernant les mentions

- Des SSR polyvalents par défaut
- Pédiatrie – MECS - pouponnières
- Cancéro

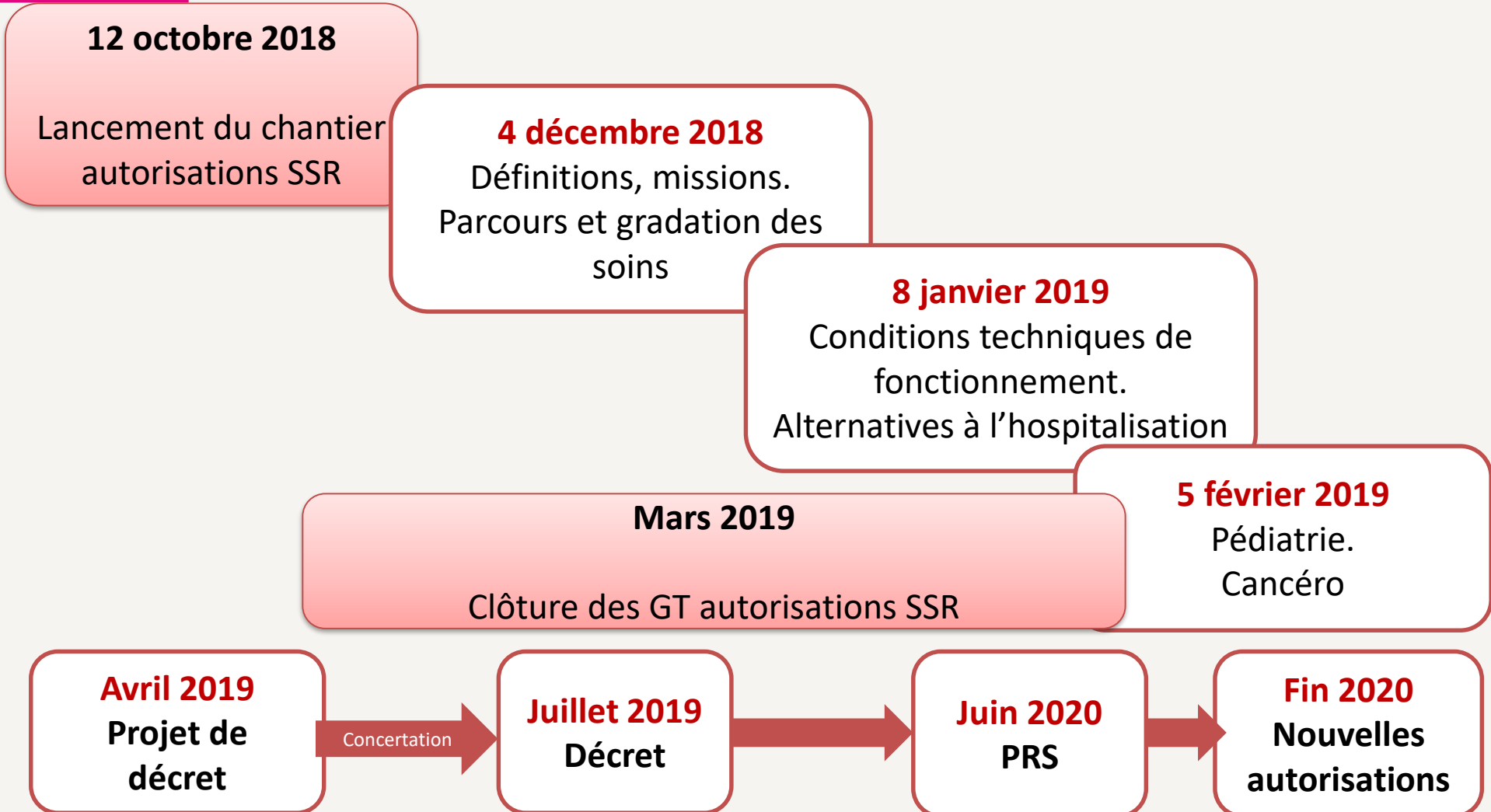
Concernant la coordination

- Des compétences réelles des SSR en matière de coordination des parcours complexes.
- Inscrire les SSR dans les dispositifs de coordination territoriale qui sont en cours de réorganisation (PTA, CPTS)

Concernant la gradation des soins: des définitions à préciser

- Des activités de recours
- Des missions ressources
- Une diversification des modalités ambulatoires.
- Des seuils d'activité? Ou critères d'environnement?
- Un travail à mener sur les frontières avec le médico-social.
- Une réflexion sur l'HAD-R?

LE CALENDRIER DU CHANTIER AUTORISATIONS SSR



LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

LA REFORME DES AUTORISATIONS

LA REFORME DU FINANCEMENT

CALENDRIER

POURSUITE DES TRAVAUX SUR LE MODÈLE DE FINANCEMENT

Une architecture du modèle de financement maintenue :

- *Valorisation à l'activité (DMA activité)*
- *Socle*
- *Compartiments complémentaires: MO, MIGAC, IFAQ*

1. FAIRE ÉVOLUER LE SYSTÈME D'INFORMATION MÉDICALISÉ POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPÉCIFICITÉS DU SSR

- ➔ Avoir comme objectif constant un souci de simplification des outils et d'allègement de la charge de saisie (nomenclatures et fréquence de recueil).
- ➔ Compléter la description actuelle des diagnostics par une logique de besoins fonctionnels.
- ➔ Mieux prendre en compte les situations de complexité (« patients plus lourds »): outils de scoring à intégrer, situations de soins à identifier.
- ➔ Élaborer des algorithmes d'orientation (arbres décisionnels) avec des critères d'orientation robustes, venant nourrir les logiciels d'orientation (Via Trajectoire). Intégrer les variables de ces algorithmes dans le SI.
- ➔ **Le SI médicalisé** base de la classification médico-économique **doit aussi** permettre de mesurer la pertinence des soins (« patient au bon endroit, au bon moment »), et d'évaluer la qualité des soins (mesure de résultats par différentes échelles et indicateurs)

Ces travaux nécessiteront une collaboration étroite avec les CNP déjà impliqués dans la réflexion sur les orientations stratégiques (ainsi que de l'HAS).

2. FAIRE ÉVOLUER LA CLASSIFICATION ET SON UTILISATION : REDONNER DU SENS

Actuellement, plus de 700 GME, dont le mode de construction manque de lisibilité.

- ➔ Intégrer les nouveaux paramètres recueillis et les prendre en compte dans l'algorithme dès qu'ils sont disponibles.

3. FAIRE ÉVOLUER LES MODES DE VALORISATION EN LES SIMPLIFIANT

Actuellement, plus de 700 GMT et des zones forfaitaires et modes de valorisation jugés complexes.

LE SOCLE

- En complément de la DMA activité, le socle prévu par la LFSS2016 est basé sur l'activité des 2 années précédentes.
- Les critiques sur le modèle tel que prévu en LFSS2016, ont amené la DGOS à envisager d'autres scénarios. Ainsi pourront être étudiés des modèles de **forfaitisation liés notamment à la structure, aux missions ou aux autorisations**. Dans ces scénarios, la description d'activité médicale doit permettre de vérifier l'adéquation de l'activité aux missions ou aux autorisations.

Une mission d'accompagnement a été confiée au cabinet EY pour :

1. Identifier les variables à intégrer dans le socle

- Par la réalisation de monographies internationales (USA, Australie, Allemagne, suède, Canada)
- Par des entretiens avec des acteurs : fédérations, ARS, établissements
- Par des ateliers de réflexion collective

2. Proposer des scénarios identifiant les avantages et inconvénients

- Tenant compte des cas particuliers
- Les études d'impact seront menées par l'ATIH.

LES DATES CLEFS DE LA REFORME SSR

