



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



Comité de concertation SSR

ORDRE DU JOUR

Recueil et classification

Travaux sur le socle

Mesure PLFSS 2020

Réforme des autorisations

Questions diverses

Etat d'avancement des travaux sur le recueil et la classification (ATIH)

Feuille de route ATIH 2019-2021

Sujets Information médicale

Rappel : thématiques de travail, présentées en comité de concertation (15/11/2018) et en CT (29/01/2019)

- **Simplifier le CSARR,**
- **Simplifier le recueil,**
- **Simplifier la classification**

○ Simplifier le CSARR : → **Projet d'audit**

- **Objectif** : identifier les difficultés d'utilisation de l'outil et proposition de solutions
- **Marché publié en juin 2019**
- **Instruction** : en cours
- **Méthode attendue** : entretiens auprès de professionnels de terrain
- **Fin de l'audit** : décembre 2019

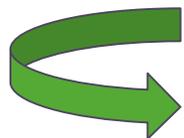
Etat d'avancement des travaux –

○ Simplifier le Recueil :

→ Passer à un recueil au séjour

Recueil au séjour

- Recueil hebdomadaire → Recueil au séjour
- Quelle définition du séjour ?
 - Actuellement séjour = administratif
 - Or, les modalités de prise en charge en SSR conduisent souvent à couper les séjours
 - → pour une seule prise en charge médicale, possibilité de plusieurs séjours administratifs (*pb des permissions de sortie*)
 - → Manque de visibilité de la pratique médicale



Besoin de définir le **séjour médical**

Recueil au séjour

- Plusieurs étapes identifiées, à mener en parallèle... et à compléter
 - Définition du séjour : **séjour administratif / séjour médical**
 - Notion de **projet thérapeutique**
 - Analyse juridique : valorisation au séjour médical ?
 - **Patients instables** et types de prise en charge
 - phases de recueil ?
 - Variables du recueil et fréquence de recueil infra séjour
 - Contenu du recueil : Variables permettant de capter :
 - La polypathologie
 - Le statut fonctionnel
 - Les facteurs socio-environnementaux

Recueil au séjour –

Méthode de travail

- Groupe de travail associant DIM et cliniciens → **co-construction du dispositif**
- Sous-groupes par thématiques
- 1ere réunion : 26 juin ou 3 juillet
 - **Matin** : Projet de dispositif général et de problématiques à traiter → identification des problématiques manquantes
 - **Après midi** : thématique séjour médical / projet thérapeutique, avec les cliniciens
- **Réunions suivantes à préciser** – Objectif de fin des travaux fondateurs = T2 2020

- **Présentation des travaux au CT :**
 - 4 juillet
 - Octobre
 - Janvier
 - Avril

- **+ Organisation de réunions spécifiques, en tant que de besoin**

Recueil au séjour : projet de calendrier

		Trim2	Trim3	Trim4	Trim1	Trim2	Trim3	Trim4	Trim1
Thématiques	Actions/Méthodes	2019			2020				2021
Séjour médical/ Projet thérapeutique	1- Définition juridique du séjour médical 2- Cible de valorisation au séjour 3- Consolidation du lien, avec les cliniciens	3 →			1-2 →				
Patient instable Phase/séquence dans le séjour	1-Modalités de description uniforme des phases de prise en charge 2- Identification d'autres phase3 <i>Validation avec les cliniciens</i>	1-2 →							
Variables et fréquence de recueil	1- Nouvelles, liées au séjour médical 2- Discrimination des comorbidités 3- Autres variables (statut fonctionnel) <i>Validation avec GT recueil</i>	1-2 →			3 →				
Du recueil au Groupage des séjour médicaux	1-Selection et analyse des variables de groupage 2- tests	1-2 →							
Transition ancien ►nouveau format de recueil	1- Progressive 2- Recueil sans impact sur le groupage				→				
Évolution du CSARR	Audit CSARR avec publication du cahier des charge	→							

Etat d'avancement des travaux –

○ **Simplifier la classification :**

➔ **Projet de nouvelle classification**

Nouvelle classification

○ Rappel :

- 27 février 2019 : Réunion spécifique sur le sujet classification – configuration CT
- Objet : algorithme de la classification à repenser
- Présentation de plusieurs scénarii possibles

○ Retours à distance de la réunion :

- non exhaustifs, mais tendance en faveur d'un scénario intégrant un indice composite des variables de recueil (différent de l'indice proposé en 2017)

Nouvelle classification

- **Nouvel algorithme avec Indice synthétique**
 - **Maintien d'une entrée par les pathologies (consensus)**
 - **Regroupements des variables destinés à orienter les séjours en fonction :**
 - des caractéristiques des patients (âge, dépendance, ATCD de chirurgie)
 - de leur sévérité
 - de la rééducation reçue
 - **Ordre d'intervention à préciser**

- **Besoin de variables nouvelles : à traiter dans le cadre du recueil**

Nouvelle classification

- **Regroupements des variables :**
 - caractéristiques des patients (âge, dépendance, ATCD de chirurgie)
 - sévérité
 - rééducation reçue



- **Test en cours d'une arborescence avec **rééducation en premier nœud** des variables testées**
- **Avantages :**
 - répond à des demandes antérieures de certaines fédérations
 - ne teste pas la quantité mais la qualité de la rééducation (type d'actes de rééducation)
 - **permet de distinguer prises en charges spécialisées / polyvalentes**

Nouvelle classification– Méthode de travail

- **Présentation des travaux aux membres du GT cliniciens (+DIM)**
 - Cohérence médicale / reflet de la pratique

- **Présentation de l'avancée des travaux au CT :**
 - 4 juillet
 - Octobre
 - Janvier
 - Avril

- **+ Organisation de réunions spécifiques, en tant que de besoin, à l'instar de la réunion du 27 février**

Calendrier: classification

		Mai 2019	Juin 2019	Juillet 2019	Aout 2019	Sept 2019	1/10/19
Thématiques	Actions/Méthodes						
Indice de rééducation	1. Définition de l'indice et des groupes de rééducation 2. Proposition de critères pour les groupes de rééducation 3. Développement statistique 4. Analyse des résultats des groupes de rééducation sur 4 CM : 01, 04, 05, 08	1					Présentation aux médecins cliniciens/DIM Présentation CT
			2,3				
				4			
Indice de dépendance ((autonomie ?))	1. Définition et nommage de l'indice âge/dépendance 2. Choix des contraintes sur l'indice de dépendance 3. Développement statistique 4. Analyse des résultats des groupes de dépendance sur 4 CM : 01, 04, 05, 08	1					
			2				
				3			
					4		
Pondérations CSARR	1. Mise à jour des données enquête 2. Analyse des temps par métier	1-2					
			Présentation comité experts / CT				

Calendrier: classification

		01/10/2019- 15/12/2019	15/12/2019- 01/04/2020	01/04/2020- 15/05/2020	15/05/2020- 15/06/2020	15/06/2020 - 31/12/2020
Thématiques	Actions/Méthodes					
Indice de rééducation et de dépendance	1. Intégration des remarques 2. Élargissement aux autres CM	➔ 1 ➔	➔ 2 ➔			
Indice de sévérité médicale	1. Intégration des CMA		➔ 1 ➔			
Classif globale	1. Étude d'impact 2. Validation médicale des groupes 3. Ajustements / finalisation 4. Manuels de groupage / fiches pédagogiques / rapport de classification			➔ 1-2 ➔	Présentation aux acteurs ➔ 3 ➔	➔ 4 ➔
Pondérations CSARR	1. Mise à jour des pondérations individuelles et collectives 2. Pondération par métier 3. Mise en cohérence médicale 4. Impact sur la classification	➔ 1-2 ➔	➔ 3 ➔	➔ 4 ➔		

Calendrier classification : En résumé

		T1 2019	T2- T3 2019	T4-2019	T1-2020	T2-2020	T3-T4 2020
Thématiques	Actions/Méthodes						
Classif-travaux sur les indices	<ol style="list-style-type: none"> Définition des indices Proposition de critères et développement stat Développement statistique Analyse des résultats sur 4 CM : 01, 04, 05, 08 Intégration remarque-élargissement autres CM 	➔ 1	➔ 2, 3 ➔ 4		➔ 5		
Pondérations CSARR	<ol style="list-style-type: none"> Mise à jour des données enquête, analyse des temps par métier MAJ pondérations Pondération par métier Mise en cohérence médicale Impact sur la classification 	➔ 1	➔ 2,3		➔ 4	➔ 5	
Classif-Globale	<ol style="list-style-type: none"> Étude d'impact : case mix Estimation PMCT Validation médicale des groupes Manuels de groupage / fiches pédagogiques / rapport de classification 				➔ 1 ➔ 2 ➔ 3		➔ 4



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

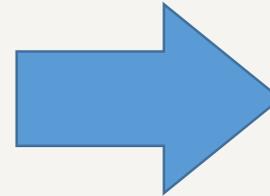


Réforme du financement SSR : Travaux sur le socle

POURSUITE DES TRAVAUX SUR LE MODÈLE DE FINANCEMENT : LE SOCLE

Une architecture du modèle de financement globalement maintenue :

- Valorisation à l'activité (DMA part activité)
- **Socle**
- Compartiments complémentaires:
 - ✓ Molécules onéreuses (MO),
 - ✓ Missions d'intérêt général (MIG),
 - ✓ Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)
 - ✓ *Plateaux techniques spécialisés (PTS)*



En complément de la part activité de la DMA, le socle prévu par la LFSS 2016 est basé sur l'activité des 2 années précédentes.

Les critiques sur le modèle tel que prévu en LFSS 2016, ont amené la DGOS à envisager d'autres scénarios.

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

- 1. Identifier les paramètres à intégrer dans le socle (Phase 1-Etat des lieux)**
 - 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 (séminaire du 5 décembre)
- 2. Proposer des scénarios, et discuter des avantages et inconvénients (Phase 2- Elaboration de scenarii)**
 - Elaboration de scénarios (*5 briques identifiées*)
 - Proposition de méthode de calcul



LES PRINCIPES DU SOCLE

- Un modèle de socle qui garantisse une équité entre les différents secteurs
- Une valorisation de certaines charges spécifiques
- Une garantie de ressources pour les charges indépendantes de l'activité
- Simplicité et transparence de l'allocation de ressources

LES 5 « BRIQUES » IDENTIFIÉES AVEC LE CABINET EY

- *Brique 1* : prendre en compte les coûts spécifiques liés aux autorisations et aux missions spécifiques de certains établissements
- *Brique 2* : prendre en compte les caractéristiques de certaines populations : précarité
- *Brique 3* : prendre en compte les caractéristiques de certains territoires : isolement géographique
- *Brique 4* : prendre en compte les charges d'investissement
- *Brique 5* : prendre en compte les charges non directement liées à l'activité, LGG

LES RETOURS DES FÉDÉRATIONS SUR LES « BRIQUES » IDENTIFIÉES PAR EY (1/2)

	1 : Autorisations	2 : Populations	3 : Territoires	4 : Investissement	5 : Charges fixes (LGG)
FHP / FEHAP	<p>Favorables</p> <p>Pallier les biais de la classification actuelle (qui doit évoluer en parallèle) ; lier à une notion d'efficacité et d'activité ; lien existant avec les travaux de la Task Force.</p> <p>-Financer les charges liées aux autorisations : « spécialités » des établissements (autorisations, activités, reconnaissances contractuelles...), continuité des soins (garde vs astreinte)</p> <p>-Elaboration des critères au niveau national (pas ARS)</p> <p>-Prendre en compte les volumes d'activités et non plus les lits et places</p>	<p>MIG précarité (cf MCO : cohérence inter-champs et de parcours mais avec des critères adaptés au SSR)</p>	<p>Favorables à la prise en compte des missions de proximité et des surcoûts liés à l'éloignement. Mais besoin de précisions sur les hôpitaux de proximité.</p>	<p>Aide à l'investissement ouverte à tous les secteurs. Ne relève pas du socle. Restructurations et projets spécifiques financés par un fond d'investissement dédié.</p>	<p>Pas d'intérêt d'efficacité : risque de figer le financement et empêcher les mutualisations des services logistiques.</p>
FHF	<p>Surcoût des mentions spécialisées / polyvalent = à démontrer.</p> <p>Retenir la notion d'autorisations et de mention spécialisées y compris pour le polyvalent.</p> <p>Articulation avec la MIG PTS ?</p> <p>« Cette brique risque de favoriser ceux qui, en raison des modes de financement historiques, ont eu les marges financières pour mettre en œuvre les autorisations spécialisées. »</p>	<p>Valoriser la précarité de façon distincte.</p> <p>MIG comme en MCO ? (Critères à adapter au SSR)</p> <p>Cf. critères d'évaluation de la précarité étudiés par CNAM et DGOS.</p> <p>Pas le score EPICES.</p>	<p>Articulation avec le coefficient géographique ?</p> <p>Cohérence avec la réforme des hôpitaux de proximité ?</p> <p>Seuils d'activité ?</p> <p>MIG ?</p>	<p>Obscur : à supprimer.</p> <p>Grands projets d'investissement : financement ad hoc.</p> <p>Quels critères de répartition de l'enveloppe « investissements » ? (pertinence ?)</p>	<p>Nécessité d'amortir les fluctuations d'activité (garantir une stabilité relative du financement) : socle historique fondé sur l'activité ou modulé par celle-ci.</p> <p>-Coût moyen par lit : n'inciterait pas à l'évolution des modes de prises en charge.</p> <p>-Difficilement compatible avec la prise en compte des PTS ainsi qu'avec la brique 1. Articulation avec la brique 4 ?</p> <p>-Incompatible avec la logique de financement au parcours.</p>

	1 : Autorisations	2 : Populations	3 : Territoires	4 : Investissement	5 : Charges fixes
UGECAM	<p>Favorable avec un consensus en lien avec la FEHAP.</p> <p>HDJ non citée => demande de prise en compte des établissements exclusivement HDJ et des établissements mixtes HC/HDJ pour étude des coûts.</p>	<p>Retenir la précarité (cf. MCO) : mais manque de travaux ATIH sur les surcoûts générés par la prise en charge de la précarité (+perte de recette sur les CPC).</p> <p>Surcoût des patients en addictologie : à identifier.</p>	<p>Quels critères pour caractériser un territoire ?</p> <p>Impossible de prendre position : articulation à avoir avec la réforme des hôpitaux de proximité en cours.</p>	<p>Traiter l'investissement différemment : pas dans une brique</p>	<p>Pas d'intérêt</p>
FILIERIS	<p>Va contribuer à financer les établissements les plus spécialisés.</p>	<p>Difficile à justifier : la précarité est déjà reflétée par la durée de séjour et l'activité ; les indices de « défavorisation » existent et ne sont pas utilisés de la même façon dans toutes les ARS.</p>	<p>Difficile à justifier : poids du passé, coefficient géographique,... et difficultés d'évaluation par les ARS.</p>	<p>Conforte les inégalités historiques liées aux capacités d'investissements des établissements.</p>	<p>Devrait disparaître si la classification répond à ses objectifs.</p> <p>Difficulté pour la tarification groupée « au parcours » proposé par la Task Force.</p>
CRF	<p>Valoriser l'Education thérapeutique (ETP) en distinguant les actions d'éducation hors programme d'ETP et les programmes d'ETP qui sont chacun reliés à une autorisation ARS à renouveler tous les 4 ans avec un cahier des charges à respecter (formation obligatoire des personnels soignants, programmes détaillés...)</p>	<p>Indice de précarité pertinent si on peut le mesurer (outils ?).</p>			

Sur la base des travaux d'EY et des retours des acteurs, **proposition d'investiguer prioritairement :**

- **La brique 1 (lien avec autorisations)**
- **La brique 5 (charges fixes LGG)**

Les 3 autres sujets seront examinés dans le cadre de la réforme du financement mais n'ont pas vocation à alimenter le « socle ».

→ Des travaux spécifiques seront menés notamment sur le **financement de la précarité en SSR.**

Objectifs :

- Vérifier l'hypothèse de surcoût lié à la spécialisation des SSR
- Définir une méthode de calcul applicable à l'ensemble des établissements

Proposition de méthodologie :

➔ « Test » sur les SSR locomoteur et neuro

1. Définir le périmètre de surcoût potentiel à mesurer/quantifier (personnels, plateaux techniques...) en mobilisant les éléments réglementaires différenciant SSR polyvalents et SSR spécialisés locomoteur et neuro
2. Définir en lien avec les ARS référentes (ARS IDF, Bretagne et PACA) et les fédérations hospitalières une liste d'établissements avec lesquels travailler : établissements spécialisés (neuro-loco) et polyvalents disposant d'outils financiers solides et représentatifs de la typologie des établissements existants
3. Travaux à mener avec les établissements identifiés :
 - Compléter et valider avec les établissements le périmètre potentiel de surcoûts
 - Mesurer les écarts de coûts entre les SSR spécialisés et polyvalents : en fonction du périmètre défini précédemment et en s'appuyant sur les données existantes notamment celles issues de l'ENC et du RTC.
4. Sur cette base, proposition d'une méthode reproductible de calcul du socle.

Brique 1 : Suite des travaux

- Organiser une première réunion avec les ES ciblés début Juillet (si possible)
 - Confronter les spécifications figurant dans les textes à la réalité observée dans les établissements
 - Discuter avec les acteurs financiers pour
 - Distinguer les postes de charge qui constituent potentiellement des coûts supplémentaires
 - Etablir si ces coûts sont à considérer comme des charges spécifiques incompressibles (quel que soit le nombre de patients accueillis) ou directement liées à l'activité
 - Définir une méthode pour quantifier les coûts (soit sur la base de données observées ou d'une construction standardisée)
- Poursuite des travaux à la rentrée : définition de la méthodologie et construction de la brique d'ici la fin d'année

BRIQUE 1: ANALYSE DES TEXTES DE 2008

L'analyse des décrets et circulaire de 2008 ont permis de dégager **des postes potentiels de coûts supplémentaires** pour les SSR neurologie et locomoteur par rapport à un SSR polyvalent notamment :

- **Moyens matériels et plateau technique** (ex: pour la mention locomoteur : *équipements d'électrophysiothérapie et une balnéothérapie....*)
- **Compétences médicales et paramédicales** (ex: *masseur-kinésithérapeute et ergothérapeute...*)
- **Continuité des soins et permanence des soins** (ex: *pour la mention neurologie présence d'au moins une aide-soignante la nuit..*)
- **Prise en charge des patients et pratiques** (ex: *au moins 2 séquences de traitement dont au moins 1 séquence de soins individualisés....*)

PROPOSITION DE LISTE D'ÉTABLISSEMENTS (ARS)

ARS Bretagne

Libellé ES	Secteur financement	Participe à l'Etude Nationale des Coûts (ENC SSR)
Pôle St Hélier - Rennes	DAF	non
Fondation Ildys site de Perharidy - Roscoff	DAF	oui
CI Les Glénan- Bénodet	OQN	non
CH de Guingamp	DAF	non
CH des Marches de Bretagne - Antrain	DAF	non

Les critères de choix d'établissements proposés :

- *Représentatifs de la typologie des établissements existants*
- *Disposant d'outils financiers solides*
- *En conformité avec les autorisations*

ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Libellé ES	Secteur financement	Participe à l'Etude Nationale des Coûts (ENC SSR)
Hôpital LEON BERARD	DAF	oui
Clinique ST MARTIN	OQN	non
Clinique Paul CEZANNE	OQN	oui
CH AVIGNON	DAF	non
Centre Hélios Marin	DAF	oui
Centre de convalescence de SIBOURG	OQN	oui
Centre de diététique	OQN	oui
Clinique les 3 Tours	OQN	oui
CHU NICE	DAF	non

PROPOSITION DE LISTE D'ÉTABLISSEMENTS (ARS)

ARS Ile-de-France		
Libellé ES	Secteur financement	Participe à l'Etude Nationale des Coûts (ENC SSR)
Clinique de l'oasis	OQN	non
Clinique du Dr Boyer	OQN	non
IMR de Romainville	OQN	oui
La Martinière	DAF	non
Hôpital Gouin	DAF	oui
Hôpital suisse	DAF	non
Hôpital de Nemours	DAF	non
Hôpital Sud Essonne site Dourdan	DAF	non
La chataigneraieParis	DAF	non

ARS Ile-de-France		
Libellé ES	Secteur financement	Participe à l'Etude Nationale des Coûts (ENC SSR)
Clinique des trois soleils	OQN	oui
Clinalliance Villiers/Orge	OQN	non
Korian Grand Parc	OQN	non
Richebourg	DAF	oui
CMPR de Bobigny	OQN	non
La Chataigneraie Menucourt	DAF	non
L'ADAPT Châtillon	DAF	non
Hôpital du Vésinet	DAF	non
Hôpitaux de Saint Maurice	DAF	non
Institut Robert Merle D'aubigné (IRMA de Valenton)	DAF	oui
Coubert-UGECAM	DAF	oui
AP-HP Raymond Poincaré (Garches)	DAF	non

Brique 5 : Charges fixes

- Première étude exploratoire concernant les charges de LGG
 - Estimer le poids des charges de LGG
 - Trouver des facteurs explicatifs de la variabilité du poids des charges de LGG
- Etude réalisée sur les données du RTC 2017
 - Uniquement ES sous DAF
- Périmètre et indicateurs
 - Exclusions des charges de restauration et blanchisserie (liées à la présence du patient)
 - Part de la LGG dans le total des charges SSR

Brique 5 : Charges fixes

Poids de la LGG

- Dispersion de la part de la LGG (hors Blanchisserie et Restauration) en SSR :

Moyenne	p10	p25	p50	p75	p90
23 %	17%	20%	23%	26%	30%

- Poids moyen = 23%
 - Moyenne = Médiane → distribution symétrique
- Part relativement homogène entre les établissements
 - Pour la moitié d'entre eux, proportion comprise entre 20 et 26% des charges SSR

Poids de la LGG

Recherche de variables explicatives

○ Test de plusieurs variables caractérisant les établissements

- Taille de l'établissement
- Catégorie ES (qualitatif)
- Attaché à un ES MCO (qualitatif)
- Age moyen
- Part de l'activité HP
- Part niveau 2
- Part activité selon la CM
- Dispersion du casemix
- Part activité spécialisée
- Part activité pédiatrie
- Part activité gériatrie
- Score RR
- Part des charges de plateau de SSR

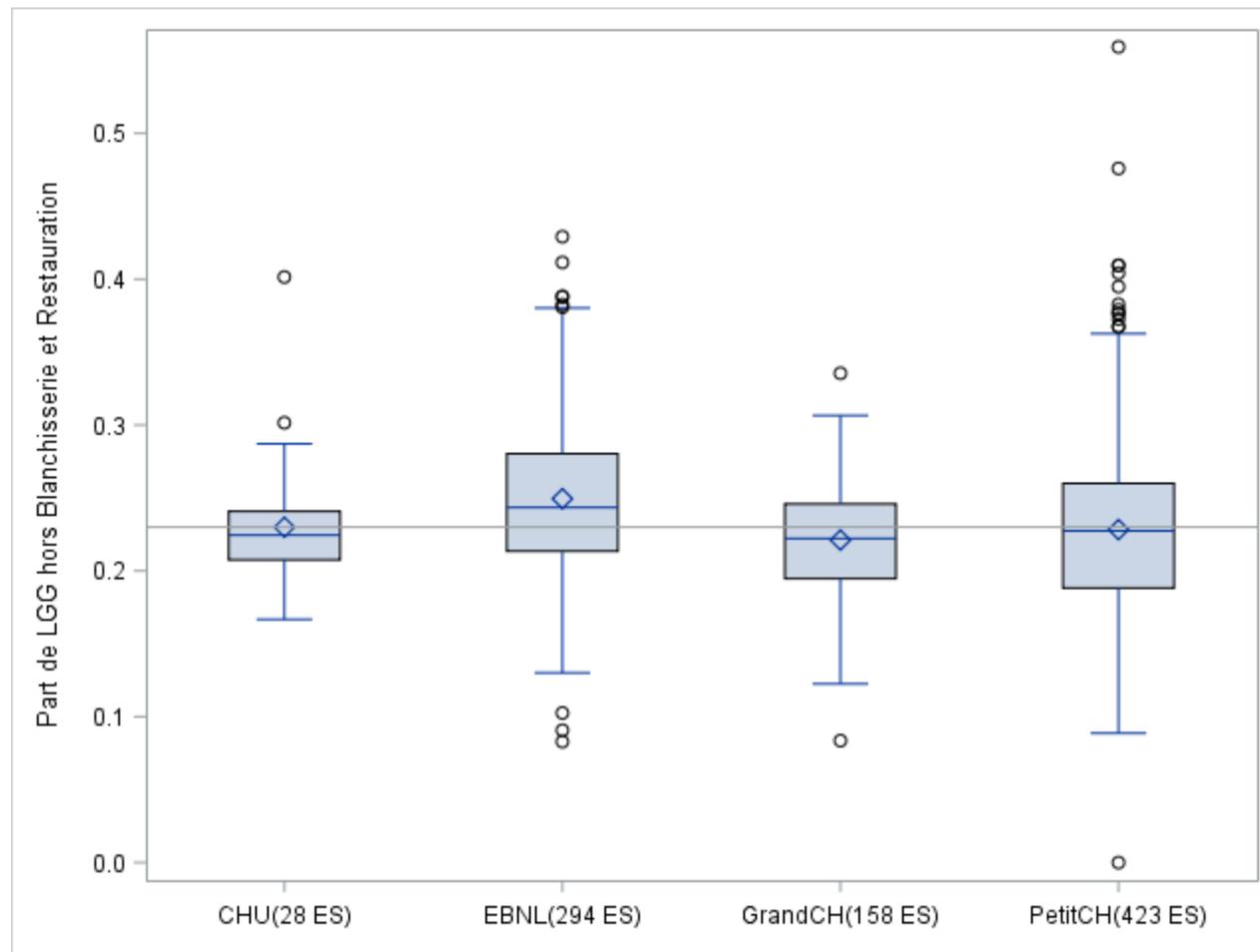
Poids de la LGG

Recherche de variables explicatives

- Faible pouvoir explicatif du modèle : 8%
- Variables significatives = caractéristiques de l'établissement
 - Catégorie d'ES : EBNL ont un poids moyen de LGG supérieur aux autres catégories
 - Taille de l'établissement : les structures de petite tailles ont un poids moyen supérieur aux autres catégories
- Les variables liées à la nature de l'activité de l'établissement ne sont pas explicatives de la variabilité

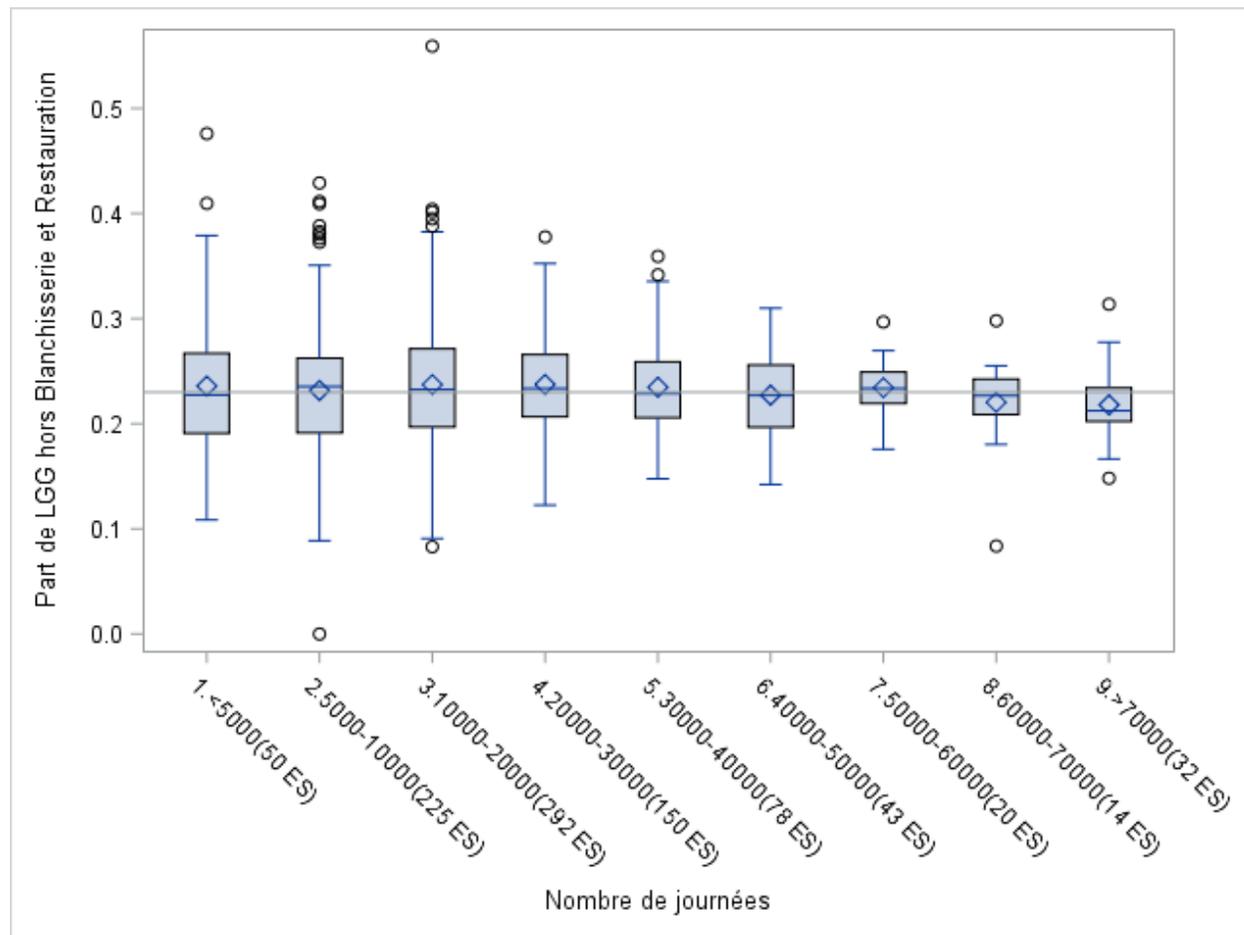
Poids de la LGG Par catégorie d'établissements

- La variabilité plus importante en intra catégorie qu'entre les catégories
- Les EBNL ont en moyenne une part de LGG supérieure à 23%.
- Pour les autres établissements la catégorie ne semble pas jouer en moyenne sur la part de LGG
- La variabilité au sein des CHU et grands CH est moins importante que dans les autres catégories



Poids de la LGG Selon la taille

- Le volume d'activité n'influence pas le poids de la LGG
 - Hormis les grosses structures où la part de LGG est sensiblement moins forte
- La variabilité au sein de chaque catégorie est plus importante dans les structures de petite taille



Brique 5 : Suite des travaux

- Travailler avec quelques établissements représentatifs du secteur disposant d'outils de comptabilité analytique solides
 - Définir le périmètre des charges fixes : cibler à un niveau relativement fin les postes de charges
 - Déterminer des facteurs explicatifs de la variabilité
 - Le cas échéant, définir une méthodologie de construction de la brique

- Calendrier des travaux
 - Démarrage à l'automne
 - Le cas échéant, définition de la méthodologie et construction de la brique d'ici la fin d'année



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



Articulation des travaux pour le déploiement du modèle cible

Calendrier: Articulation travaux

		T2- T3 2019	T4-2019	T1-2020	T2-2020	T3-T4 2020	
Thématiques	Actions/Méthodes						
Classif- Globale	1. Étude d'impact : case mix 2. Estimation PMCT 3. Validation médicale des groupes 4. Manuels de groupage / fiches pédagogiques / rapport de classification			1	2		
					3		
							4
Socle	1. Construction briques 1-5 2. Simulation socle		1				
				2			
Travaux sur la valorisation d'activité	1. Travaux exploratoires sur qqs CMD 2. Travaux sur l'ensemble de l'activité			1			
						2	

Problématique de la gestion du risque liée au positionnement du financement des activités spécialisées de SSR

Constat

- Les activités spécialisées de RR sont intégrées:
 - Dans la réflexion sur le socle au travers de la brique 1
 - Dans la réflexion sur la classification
- Pour la mise en place du modèle cible, deux processus envisageables
 - Gérer les chantiers en parallèle
 - Gérer les chantiers en les ordonnant

Scénario 1: gestion parallèle des chantiers

- Scénario 1
 - les travaux sur le socle et sur la classification sont menés en parallèle
- Fin T2 2020 / Début T3 2020
 - Disponibilité des effets de la classification y compris sur le volet économique via l'analyse des PMCT
 - Disponibilité d'une évaluation économique du socle

Scénario 1: Gestion parallèle des chantiers

○ Chaque outil discriminer la spécialisation des activités SSR

○ De manière directe, par la présence de la brique 1 pour le socle

○ De manière indirecte, par la rénovation de l'arbre classificatoire

Pour 2021, chaque outil discriminer le financement des activités spécialisées de SSR sans avoir été articulés

→ Travailler avec les acteurs pour mettre en place une méthodologie visant à articuler le socle et la valorisation d'activité : Échéance 2022

→ Existence d'un risque de double compte en 2021

Scénario 2: Gestion ordonnée des chantiers

○ Scénario 2

- les travaux sur le socle et sur la classification sont ordonnés

○ 2020: travailler sur la valorisation de l'activité

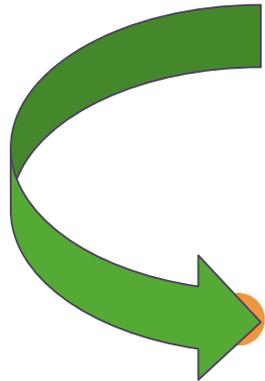
- Fin T2 2020 : disponibilité de l'évaluation des effets de la classification y compris le PMCT
- T1/T2 2020: initier les travaux exploratoires de la valorisation de l'activité sur qqs CMD
- T3/T4 2020: construction pour 2021 de la valorisation de l'activité

→ 2021 mise en œuvre de la nouvelle valorisation d'activité

Scénario 2: Gestion ordonnée des chantiers

○ 2021: Travaux de finalisation le socle

- Construire les éléments relatifs à la brique 1 lorsque visibilité sur le résiduel à prendre en compte par rapport à la valorisation d'activité



○ Socle en deux temps

- Pour 2021: socle construit pour garantir un socle minimal calculé sur les recettes historiques avec l'ajout éventuel de la brique 5
- Pour 2022: socle finalisé



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



Mesure PLFSS 2020

Principales évolutions d'ordre législatif :

- ↪ Revoir les modalités de calcul du socle pour le déconnecter de l'activité réalisée
- ↪ Modifier le calendrier d'entrée en vigueur de la réforme (décalage au 1^{er} janvier 2021)

Les conséquences de la révision du socle dans les dispositions du CSS :

Dispositions actuelles	Les évolutions à apporter / questions soulevées
<p>Article L. 162-23-2 CSS « Les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées par : 1° Des recettes issues de l'activité de soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ; 2° Le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge : a) Les spécialités pharmaceutiques (...); b) Les plateaux techniques spécialisés (...); c) Les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ; d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, (...); »</p> <p>Article L. 162-23-3 CSS « Les activités de soins (...) sont financées par : 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure (...); 2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5. »</p>	<p>➤ <u>Un modèle de financement mixte composé (rédaction non stabilisée) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De recettes issues de l'activité de soins sur la base des tarifs nationaux de prestations SSR • D'une part socle fondée sur les charges des établissements (charges spécifiques liées aux autorisations / charges fixes) <ul style="list-style-type: none"> ☞ Question de l'intégration des PTS dans cette part socle (et suppression du compartiment ad hoc)? <p>➤ Le cas échéant des financements complémentaires prenant en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Les spécialités pharmaceutiques (...); b) Les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ; c) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, (...);

Les conséquences de la révision du socle dans les dispositions du CSS :

Dispositions actuelles	Les évolutions à apporter / questions soulevées
<p>Article L. 162-23-4 CSS</p> <p><i>I.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, (...) :</i></p> <p><i>1° Le niveau des fractions (...);</i></p> <p><i>2° Les tarifs nationaux des prestations (...) qui peuvent être différenciés par catégorie d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. (...);</i></p> <p><i>3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article (...);</i></p> <p><i>4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; [coefficient prudentiel]</i></p> <p><i>5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ; [coefficient minorateur liste en sus]</i></p> <p><i>6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.[PTS] (...)</i></p>	<p><i>L'élaboration d'un nouveau socle déconnecté de l'activité réalisée entraîne de fait :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La suppression de la notion de fraction au sein de la DMA</i> • <i>La suppression de la référence au compartiment PTS (L. 162-23-7) qui serait capté par le socle</i> <p>☞ <i>La question du périmètre des tarifs devra être tranchée dans le cadre de la mise en œuvre du modèle cible. 3 options possibles. Cf. infra.</i></p>

3 options possibles concernant le périmètre des tarifs dans le modèle cible :

Options envisagées	Conséquences
<p>1 – Périmètre de tarifs « tout-compris » intégrant les honoraires des professionnels de santé – Plus de facturation directe à l'assurance maladie en sus des tarifs</p>	<p><i>Les professionnels libéraux ne facturent plus directement à l'assurance maladie. Leurs honoraires leur sont versés par l'établissement.</i></p> <p>☞ <i>Suppression du coefficient honoraire</i></p>
<p>2 - Périmètre de tarifs « non tout-compris » i.e. calibrés hors honoraires des professionnels de santé</p>	<p><i>Les professionnels libéraux continuent de facturer directement leurs honoraires à l'assurance maladie.</i></p> <p><i>Les honoraires des professionnels salariés doivent désormais être facturés directement à l'assurance maladie.</i></p> <p>☞ <i>Suppression du coefficient honoraire</i></p>
<p>3 – Pérennisation de la situation actuelle : périmètre de tarifs « tout-compris » et maintien de la facturation des honoraires des professionnels libéraux en sus des tarifs – correction via un coefficient honoraires</p>	<p><i>Les professionnels libéraux continuent de facturer directement leurs honoraires à l'assurance maladie. Les tarifs de prestations sont minorés par l'application d'un coefficient honoraires propre à chaque établissement.</i></p> <p>☞ <i>Pérennisation du coefficient honoraire tel qu'il existe actuellement</i></p>

Mesure portée dans le cadre du CSIS et visant à étendre l'accès aux médicaments sous ATU et post-ATU aux patients hospitalisés en SSR :

- Le cadre juridique permettant la facturation de médicaments en ATU / post ATU est aujourd'hui restreint au MCO (cf. article L162-22-7-3 du code de la Sécurité sociale).
- Ces patients se retrouvent alors soit hospitalisés en MCO de manière inadéquate soit ne peuvent avoir accès au traitement malgré leurs besoins.
 - ↪ **Proposition d'intégrer une disposition législative au sein de la mesure PLFSS SSR 2020 pour étendre au champ SSR le financement des médicaments sous ATU/post-ATU**

Transition / montée en charge du modèle

Les conséquences de la révision du calendrier dans l'article 78 LFSS 2016 :

Dispositions actuelles	Les évolutions à apporter / questions soulevées
<p>A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2020 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prolongation de la période de transition jusqu'au 1^{er} janvier 2021 • Question : définition d'un nouveau terme pour la période de montée en charge (actuellement fixé au 1^{er} mars 2022)? Montée en charge de 5 ans?

Transition / montée en charge du modèle

Les conséquences de la révision du calendrier dans l'article 78 LFSS 2016 :

Dispositions actuelles	Les évolutions à apporter / questions soulevées
<p><i>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2020 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie (...), affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</i></p> <p><i>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er janvier 2020 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</i></p> <p>(...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>La pertinence d'un coefficient de transition dans la phase de montée en charge doit-elle être réinterrogée à l'aune des travaux de révision du socle de financement?</i> ➤ <i>Le socle pourrait-il embarquer également un dispositif de lissage des effets revenus sans que la création d'un coefficient ad hoc ne soit nécessaire?</i>

Transition / montée en charge du modèle

Les conséquences de la révision du calendrier dans l'article 78 LFSS 2016 :

Dispositions actuelles	Les évolutions à apporter / questions soulevées
<p><i>D.-A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.</i></p> <p><i>Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</i></p> <p>(...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Le coefficient de spécialisation (prévu jusqu'à la fin de la montée en charge) doit être articulé avec les travaux sur le socle et les travaux d'amélioration de la classification</i> ➤ <i>Si la spécialisation est un élément pris en compte dans le socle, est-il nécessaire de maintenir ce coefficient dans la période de montée en charge du modèle cible ?</i>

PROCHAINES ÉCHÉANCES

Pour le 14 juin 2019 :

- ✓ Avis sur les propositions d'évolution de recueil au séjour
- ✓ Avis sur la proposition de méthode de travail de la *brique 1* et validation de la liste des établissements

Pour le 26 juin 2019 :

- ✓ Retour sur les questions soulevées dans le cadre de la mesure PLFSS 2020
- ✓ Avis sur la poursuite des travaux sur la *brique 5*
- ✓ Retour sur les scénarios d'articulation des travaux de déploiement du modèle (classification/socle)

Semaine du 15 juillet : COPIL SSR



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



Réforme de l'autorisation de l'activité de SSR

12 octobre
2018

- Lancement de la réforme des autorisations SSR
- État des lieux des textes, de l'offre; lien avec les travaux sur les orientations stratégiques à 10 ans

4 décembre
2018

- Missions des SSR, modes d'action
- Parcours de soins. Organisations territoriales et gradation.

8 janvier
2019

- Conditions techniques de fonctionnement
- Alternatives à l'hospitalisation complète, ambulatoire.

5 février
2019

- Pédiatrie
- Cancérologie

12 février
2019

- Réunion commune avec l'HAD (matin)
- Alternatives à l'hospitalisation complète, ambulatoire: suite (après-midi)

11 mars
2019

- Synthèse et conclusions

Programme de travail

- *Mars à juin 2019*: prise en compte des retours des acteurs sur la synthèse présentée le 11 mars
- *Avril à juin 2019*: pré-rédaction des textes
- *Avril à juin 2019* : études d'impact
- *Juin à juillet 2019* : 1^{ère} rédaction des décrets
- *Juillet à août 2019*: arbitrages cabinet

Prochaines échéances

- ↳ *Avril à juillet 2019*: poursuite des travaux SSR/HAD et organisation d'une 2^{ème} réunion le 4 juillet 2019 (matin)
- ↳ *12 juillet 2019 (matin)*: réunion sur l'état d'avancement des travaux et sujets non abordés

Concertation formelle avant passage en Conseil d'Etat fin août 2019

Passage en Conseil d'Etat fin septembre 2019