



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# COFIL SSR Fédérations

---

*12 Décembre 2016*



# Ordre du jour

- **Introduction**
- **Projet de décret en conseil d'Etat**
- **Valorisations financières 2017**
- **Point d'étape des groupes de travail**

- **Introduction**
- **Projet de décret en conseil d'Etat**
- **Valorisations financières 2017**
- **Point d'étape des groupes de travail**

# Un modèle de financement au service d'une ambition pour le SSR

- Le SSR a une place fondamentale dans l'offre de soin :
  - Liens étroits avec l'ensemble des acteurs du champ hospitalier: MCO, HAD, ESMS
  - Interface avec le domicile⇒ Rôle clé dans le parcours de soin
- La réforme du financement est un instrument pour permettre aux ES SSR d'assumer toutes leurs missions :
  - Accompagner la médicalisation des établissements
  - Accompagner les dynamiques d'activité
  - Encourager le développement des prises en charges ambulatoires

# Un modèle de financement au service d'une ambition pour le SSR

- L'objectif : renforcer la granularité de l'offre afin de mieux l'adapter aux besoins
- Une offre hétérogène :
  - Sur le plan de la gamme : fortes inégalités interrégionales (taux d'HdJ, taux de substitution, ...)
  - Fortes inégalités territoriales (taux de recours, taux de spécialisation ...)
- Des chantiers majeurs à accompagner, notamment grâce au levier de l'incitation tarifaire :
  - Renforcement de l'offre là où elle est insuffisamment développée (taux de recours faible, maintien en MCO, prises en charge tardives)
  - Renforcement des alternatives à l'HC : ACE, HdJ
  - Meilleure insertion dans la dynamique territoriales : GHT, HP, télémédecine
  - Liens avec la médecine de ville et le champ médico-social

# Un modèle de financement au service d'une ambition pour le SSR

- Un historique à surmonter : longtemps constitué d'ES hétéroclites, le SSR s'est d'abord conçu peu médicalisé, en aval de prises en charge plus lourdes.
- Une première étape : le décret du 17 avril 2008 a posé une première ébauche de rationalisation de l'offre, de spécialisation et de médicalisation.
- Une ambition : moderniser le secteur et lui faire jouer un rôle majeur du parcours de soin.
- Un modèle de financement actuel qui ne peut servir cette ambition :
  - Le mode de financement en DAF et PJ est historique. Il sanctuarise les situations acquises mais bloque les mutations.
  - Il est facteur d'inégalités, entre les régions, entre les ES
  - Il est statique, ne tenant que peu compte du SMR
- Il faut réformer tout en tenant compte :
  - De la faible capacité des ES de SSR à absorber les variations d'activité
  - De la nécessité d'asseoir une logique pluriannuelle
  - D'éviter les rentes indues en finançant sur la base du SMR.

- Introduction
- **Projet de décret en conseil d'Etat**
- Valorisations financières 2017
- Point d'étape des groupes de travail

## ➤ Le DCE SSR comporte trois principaux volets :

- La mise en place du dispositif cible SSR : articles R. 162-35 et suivants nouveaux du code de la sécurité sociale ;
- La mise en place du dispositif transitoire SSR : dispositions non codifiées ;
- La réorganisation à droit constant et le toilettage de la sous section V relative aux établissements de santé.

➤ Le DCE développe ainsi les dispositions de la LFSS pour 2016, telle que modifiée par le PLFSS pour 2017.

➤ Il constitue ainsi un pont entre les dispositions légales et les arrêtés à venir : arrêtés fixant l'ODSSR, arrêté portant sur les prestations SSR, arrêtés relatifs aux éléments tarifaires, arrêté portant sur les modalités de versement.

➤ Le DCE apporte des précisions relativement mineures : la majorité des dispositions techniques sera traitée dans ces arrêtés.

## DÉCRET EN CONSEIL D'ÉTAT SSR : MISE EN PLACE DU DISPOSITIF CIBLE SSR

➤ Le DCE développe l'ensemble des dispositions du modèle de financement telles qu'introduites en LFSS pour 2016. Plus précisément, ce projet a pour objectif de définir, au sein du code de la sécurité sociale :

- Les modalités de calcul de la dotation modulée à l'activité. Sont ainsi précisées les modalités de construction de la part socle (années de référence prises en compte - à savoir les années n-1 et n-2 – détermination du taux moyen de remboursement des GMT pris comme référence pour la fixation de la dotation par ES ...). Y sont également précisées les modalités de reconstitution de la part socle lors des restructurations d'établissements.
- Les modalités de versement du forfait PTS, des MIGAC et de la part socle de la DMA ;
- Les modalités d'application du dispositif IFAQ au SSR, qui se fondera comme en MCO sur l'activité de l'année précédente valorisée à partir des tarifs nationaux.

A noter qu'à l'exception des dispositions relatives au mécanisme prudentiel propre à l'enveloppe MO, les dispositions portant sur la construction de cette liste (modalités d'inscription, de non inscription ou de radiation) ne seront pas définies au sein de ce projet (sans incidence eu égard à la date d'entrée en vigueur du compartiment).

➤ Au sein du Code de la santé publique, ce projet vise à :

- Permettre de reconnaître les maisons d'enfants à caractère sanitaire à travers une mention au CPOM des établissements (l'objectif est de sécuriser leur exclusion du dispositif de financement);
- Augmenter la durée possible de permissions de sortie à 7 jours (uniquement pour les activités de SSR).

## DÉCRET EN CONSEIL D'ÉTAT SSR : DISPOSITIONS TRANSITOIRES

L'ensemble du dispositif transitoire prévu par la LFSS pour 2016 ainsi que par le PLFSS pour 2017 est repris au sein du décret en Conseil d'Etat :

- **Dispositif transitoire du 1er mars 2017 au 28 février 2018 :**
  - Définition des modalités d'application du coefficient « Prix de journées » aux factures émises par les ES sous OQN : définition du périmètre retenu : prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article R. 162-31 du CSS ;
  - Définition des modalités d'application du coefficient de transition visant à garantir en 2017 un seuil d'effet revenu maximum par établissement;
  - Définition des modalités de valorisation par l'ATIH de la part activité de DMA, notamment pour les ES sous OQN;
  - Définition des modalités d'application du coefficient « honoraires » qui permettra de prendre en compte les éventuelles honoraires facturés dans le cadre d'une hospitalisation SSR et viendra ainsi ajuster la part activité de la DMA des ES OQN concernés.
  
- **Dispositif transitoire du 1er mars 2017 au 28 février 2022 :** définition des modalités de construction du coefficient de spécialisation (dit également « coefficient de rééducation réadaptation »).
  
- **Dispositif transitoire du 1er mars 2018 au 28 février 2022 :** Modalités d'application du coefficient de transition 2018- 2022 (identique à celui mis en place en 2005 dans le secteur ex-OQN lors de la mise en œuvre de la T2A).

## DÉCRET EN CONSEIL D'ÉTAT SSR : RÉORGANISATION ET TOILETTAGE

- **Sur le toilettage des dispositions de la sous section V** : le projet vise essentiellement à la suppression des dispositions relatives au Conseil de l'hospitalisation (en réintégrant par ailleurs la place et le rôle des fédérations dans le cadre de la construction des arrêtés campagne) .
- **Sur la réorganisation à droit constant de la sous section V** :
  - Le projet vise à répondre aux nombreuses critiques sur l'organisation de cette sous section : sous section devenue illisible au fil des années et de l'amoncellement des dispositions réglementaires;
  - L'objectif est de réorganiser la sous section « à droit constant », en structurant chaque « groupes d'articles » par objectif de dépense(OQN, DAF, ODMCO, ODMIGAC, ODSSR...).

## ELÉMENTS DE CALENDRIER DOCUMENT FACTURATION ET DCE SSR

- **Concernant le DCE** : l'objectif est d'aboutir à une publication fin janvier 2017, dans la perspective de la première campagne tarifaire SSR (1er mars 2017).

Transmission aux acteurs du DCE : deuxième quinzaine du mois de décembre.

- **Concernant le document définissant l'ensemble du modèle (à visée de valorisation et de facturation)** : il vous sera transmis concomitamment à l'envoi du projet de DCE.

- Introduction
- Projet de décret en conseil d'Etat
- **Valorisations financières 2017**
- Point d'étape des groupes de travail

# Un modèle de financement au service d'une ambition pour le SSR

- L'objectif : donner son essor à un secteur susceptible de s'autonomiser du MCO et l'inscrire résolument dans le parcours de soin
- Un chantier qualitatif et quantitatif :
  - Renforcer la dimension qualité (IFAQ)
  - Rétribuer le SMR
  - Rétribuer les instruments de la PEC quand ceux-ci s'avèrent particulièrement coûteux (MO, MIG, PTS)
  - Documenter les prises en charge pour les normer : HAS, sociétés savantes, consensus de pratiques etc.

# La DMA, outil de projection, sécurité et mutation des ES

- L'objectif : définir un outil qui inscrive les ES dans une trajectoire, leur donne assez de sécurité et de visibilité pour permettre les engagements et stratégies pluri annuelles, favorise la modernisation du secteur des SSR
- Enjeu : définir des parts de socle et de part activité telles que :
  - Les ES soient sécurisés par l'engagement d'un socle de financement prévenant les incidents de trésorerie et garantissant une part significative de leur CA
  - Tenir compte de la dynamique d'activité et de la médicalisation par une part activité suffisamment solide
- La DMA tire parti des modes de financement disponibles :
  - Prise en compte de l'activité valorisée : dynamisme
  - Maintien d'une forme de dotation en socle : sécurité
  - Valorisation à la journée à l'issue du forfait du GME : souplesse

# Des outils certes évolutifs mais suffisamment robustes pour démarrer

- Constat: la cohérence des résultats des simulations valorisées valide la robustesse des outils de description.
- Des outils complémentaires robustes et à faire évoluer :
  - La classification en GME : à affiner progressivement pour capter de mieux en mieux le poids des PEC
  - L'ENCC : augmenter l'échantillon statistique
  - Le codage des actes : encore insuffisant, il génère des distorsions de répartition des ressources
  - Les financements complémentaires : décrire et améliorer la couverture des surcoûts de PEC
- Un premier résultat opérationnel :
  - Un transfert de masse financière acceptable et moindre que lors de la mise en place de la T2A sur le champ MCO
  - Des mécanismes d'accompagnement pour amortir les effets revenus

# Des effets revenus assumés

## Constat:

- le passage de dotations / PJ :
  - Historiques
  - Hétérogènes entre régions
  - Variables entre type d'ES
  - Très peu conditionnés par le poids des PEC
- ... à un financement :
  - Uniforme sur l'ensemble du territoire
  - Tenant compte du service médical rendu
  - Axé sur le poids des biens médicaux consommés
- Génère nécessairement des effets revenus positifs et négatifs
- Ces effets revenus sont la contrepartie d'une allocation plus équitable des ressources :
  - Ils sont identifiés
  - Ils seront accompagnés dans le temps pour les rendre soutenables.

# Un accompagnement fort en vue d'une montée en charge progressive de la réforme

- Modalités de l'accompagnement :
  - 2017 : maintien partiel majoritaire des modes de financement antérieurs et amortissement via un coefficient de transition visant à garantir un seuil d'effet revenu maximum par ES
  - 2018-2022 : coefficient de transition calculé sur l'ensemble de la période
- Montée en charge progressive de la période pour une pleine applicabilité en 2022 :
  - Trajectoires financières lisibles et anticipables via le coefficient de transition
  - Contribution à la description : codage CSARR, mais aussi enregistrement des paramètres annexes (FICHCOMP pour les MO, critères MIG)
  - Développement des compartiments complémentaires, s'il y a lieu :
    - PTS
    - MIG

# Copil SSR

## Préparation de la campagne 2017

*12 Décembre 2016*

# Valorisation Activité

## Calendrier des travaux

---

- 1<sup>er</sup> trimestre 2016
  - ➔ Cycle de réunions avec les acteurs pour décrire les méthodes de construction des zones forfaitaires et des pondérations
  
- Juin/Juillet 2016
  - ➔ Valorisation de l'activité SSR 2014
  - ➔ Restitution des indicateurs permettant de positionner les établissements entre eux (PMCT/PMJT)
  - ➔ Pas de comparaison avec les recettes actuelles
  
- Décembre 2016
  - ➔ Valorisation de l'activité SSR 2015
  - ➔ Mise à jour des outils et affinement des règles de valorisation
  - ➔ Comparaison possible avec les recettes actuelles

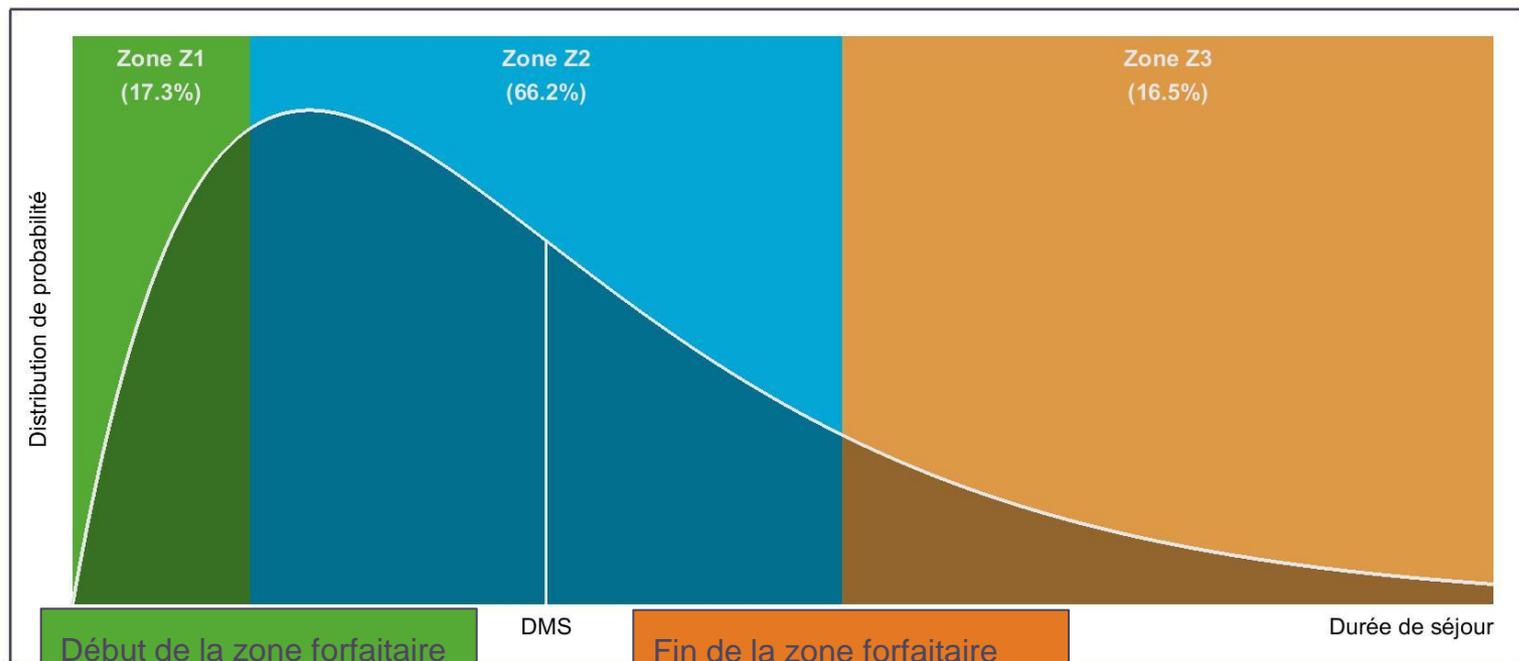
# Plan de la présentation

---

- Résultats issus des simulations réalisées sur l'exercice budgétaire 2015
  - Ajustement des paramètres
  - Analyse des résultats sur la valorisation de l'activité
  - Analyse des résultats sur les effets revenus

# Rappel de la valorisation

## Focus sur l'HC : trois zones de financement



- Z1 : tarif + suppléments journaliers Z1
- Z2 : tarif forfaitaire
- Z3 : tarif forfaitaire + suppléments journaliers Z3

# Résultats issus des simulations réalisées sur l'exercice budgétaire 2015

## Ajustement des paramètres

# Valorisation Activité

## Mise à jour des paramètres

---

- Mise à jour des paramètres =
  - Actualisation des données d'activité → 2015
  - Mise à jour des outils
    - Version de classification 2016
    - Intégration des données ENC 2013 et 2014
  - Affinement des règles de valorisation
    - Séjour défini avec l'extension des durées de permission à 7 jours
    - Séjour non clos
  - Prise en compte des différentes enveloppes de financement sur le secteur DAF
    - MIGAC (y compris PTS)
    - MO
    - ACE

# Mise à jour des paramètres

## Outils

### Echelle de Pondérations

- 1 échelle de pondération par secteur
  - Construites sur la base de 2 outils
    - La version 2016 de Classification en GME
    - Les données de coûts issues des ENC 2012, 2013 et 2014
  - Avec les propriétés suivantes
    - Une pondération pour chaque GME
    - Une pondération « tout compris » (y compris honoraires)
    - Une pondération construite sur 3 années de coûts



**Outil construit sur des séjours reconstitués à 3 jours**

# Mise à jour des paramètres

## Outils

### Zones forfaitaires

- Zones forfaitaires des GME par secteur
  - Construites sur la base de 2 outils
    - La version 2016 de la classification en GME
    - Les données d'activité 2010-2015
  - Avec les propriétés suivantes
    - Forfait de 3 semaines si GME « forfaitisable »
    - Forfait de 1 semaine sinon



**Outil construit sur des séjours reconstitués à 3 jours**

# Mise à jour des paramètres

## Règles de valorisation

---

### Règles générales

- Valorisation HP et HC de 1 jour
  - Valorisation journalière
- Valorisation des séjours clos
  - Financement mixte forfait/journée
- Valorisation des séjours non clos
  - Si inférieur à 3 mois → pas de valorisation
  - Si supérieur à 3 mois → valorisation journalière
    - Indépendante du GME
    - Tarif journalier les plus bas

### Cas spécifiques

- Séjours EVC-EPR
  - Valorisation journalière issu de l'échelle de pondération
  - Séjour clos et non clos
- Suite de RHA groupée en erreur
  - valorisation journalière
  - Tarif journalier moyen par type d'hospitalisation
  - Séjour clos et non clos

# Mise à jour des paramètres

## Règles de valorisation

---

### Application des coefficients

- Coefficient de spécialisation
  - Calculé par établissement à partir de l'ensemble de l'activité de RR
  - Hors suite de RHA en erreur
- Coefficient géographique

# Mise à jour des paramètres

## Les autres compartiments

- Décomposition des bases sur l'exercice 2015 pour les ES sous DAF
  - Enquête réalisée auprès des ARS
  - Date butoir pour intégration des retours : 14/11



## Faire valider des informations permettant de définir les enveloppes



**Calendrier très contraint pour les ARS**  
**Absence d'information pour les ES sous OQN**

# Mise à jour des paramètres

## Les autres compartiments

### ○ Règles retenues pour les enveloppes

- PTS: masse estimée sur la base du ratio coût complet du plateau hors charges de personnel / charges totales (RTC 2014)
- 2 MIG considérées (présentes dans la DAF 2015) HAPI
  - Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation
  - Consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)
- MO: enveloppe définie pour la campagne 2016
- AC/FIR
  - Crédits non reconductibles de la DAF → via HAPI 2016
  - Crédits d'investissements régionaux et nationaux
  - Montant correspondant à l'écart entre les charges de structure (amortissement immobilier et charges financières) de l'établissement et 6% des charges totales de l'établissement
- ACE : enveloppe issue du PMSI 2015 (RSF-DGF)

# Mise à jour des paramètres

## Les autres compartiments

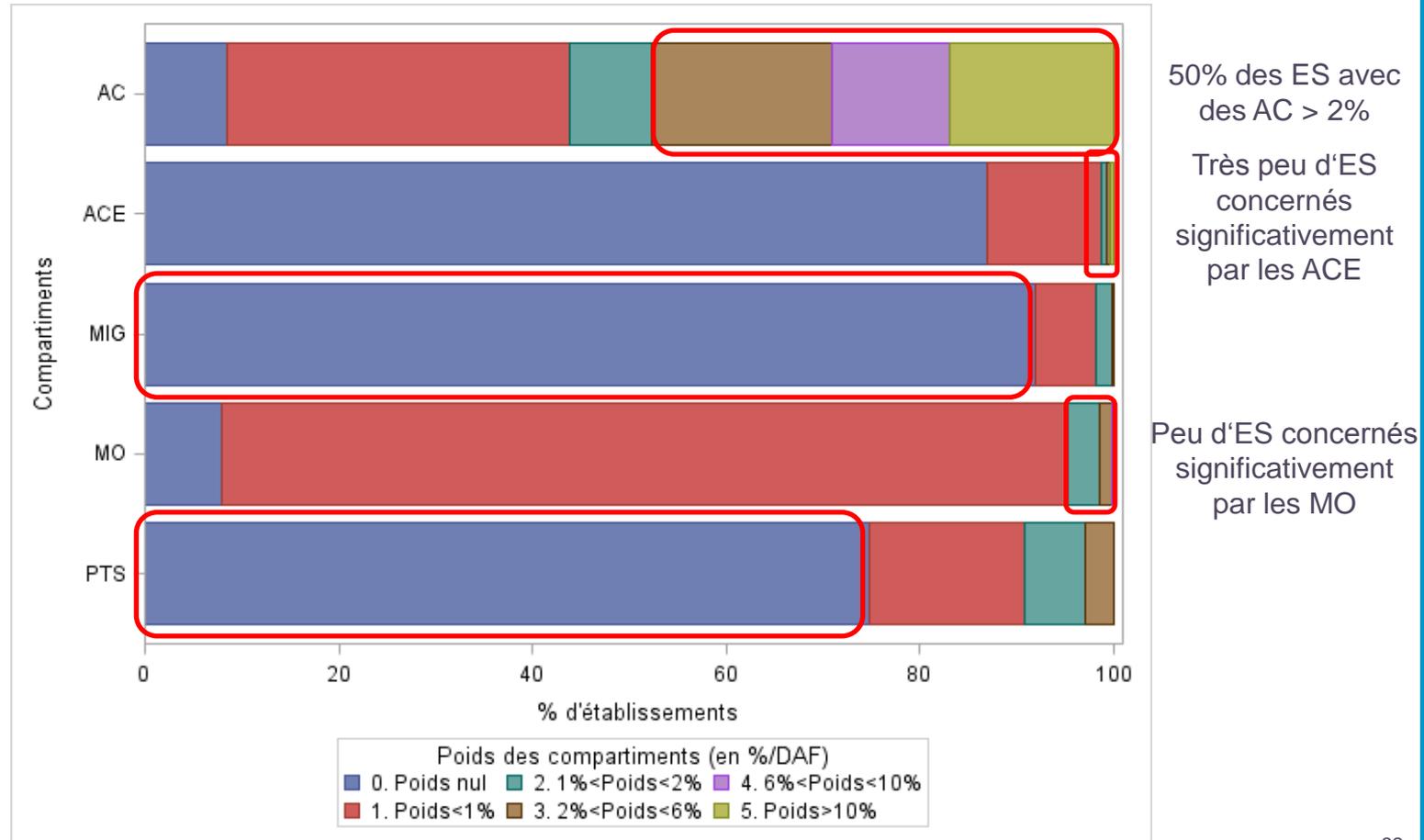
---

- Chiffres clés des enveloppes:
  - PTS : Masse de 27M€ , soit 0,4% de la DAF
  - MIG : Masse de 6M€, soit 0,1% de la DAF
  - MO : Masse de 29M€, soit 0,5% de la DAF
  - AC : Masse de 410M€, soit 7% de la DAF
  - ACE : Masse de 10M€, soit 0,2% de la DAF

# Mise à jour des paramètres

## Les autres compartiments

### ○ Distribution des enveloppes



# Mise à jour des paramètres

## Les autres compartiments

---

- Au final l'enquête permet **sur le secteur DAF**
  - D'estimer l'enveloppe DMA
  - D'ajuster les tarifs en fonction de cette enveloppe
  - D'ajouter par ES les autres compartiments à la valorisation économique (DMA) afin de pouvoir comparer aux recettes actuelles

**Pour le secteur OQN : aucun compartiment**

# Résultats issus des simulations réalisées sur l'exercice budgétaire 2015

## Analyse de la valorisation de l'activité

## Objectif

---

- Analyser la **valorisation économique** de l'activité des établissements
- Trois indicateurs complémentaires : PMCT /IP-DMS/ PMJT
- Ces indicateurs permettent d'étudier le lien entre la valorisation et les caractéristiques de lourdeur de l'activité

# Indicateurs de restitution

## Résultats 2015

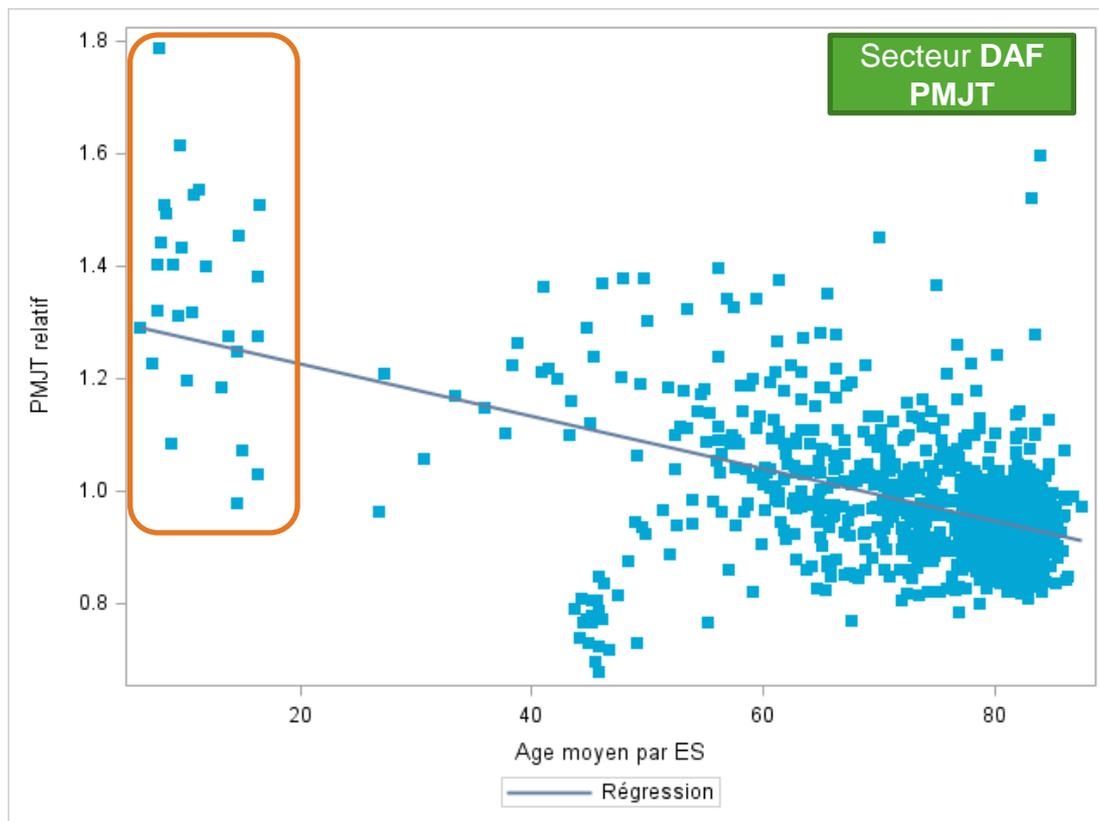
---

- Résultats similaires à ceux observés sur 2014
  - Effet sur l'âge
  - Effet sur le score de RR
  - Effet sur la part de niveau 2
  - Etc...

# Indicateurs de restitution

## Résultats 2015

- Résultats similaires à ceux réalisés sur 2014
- Activité pédiatrique mieux valorisée

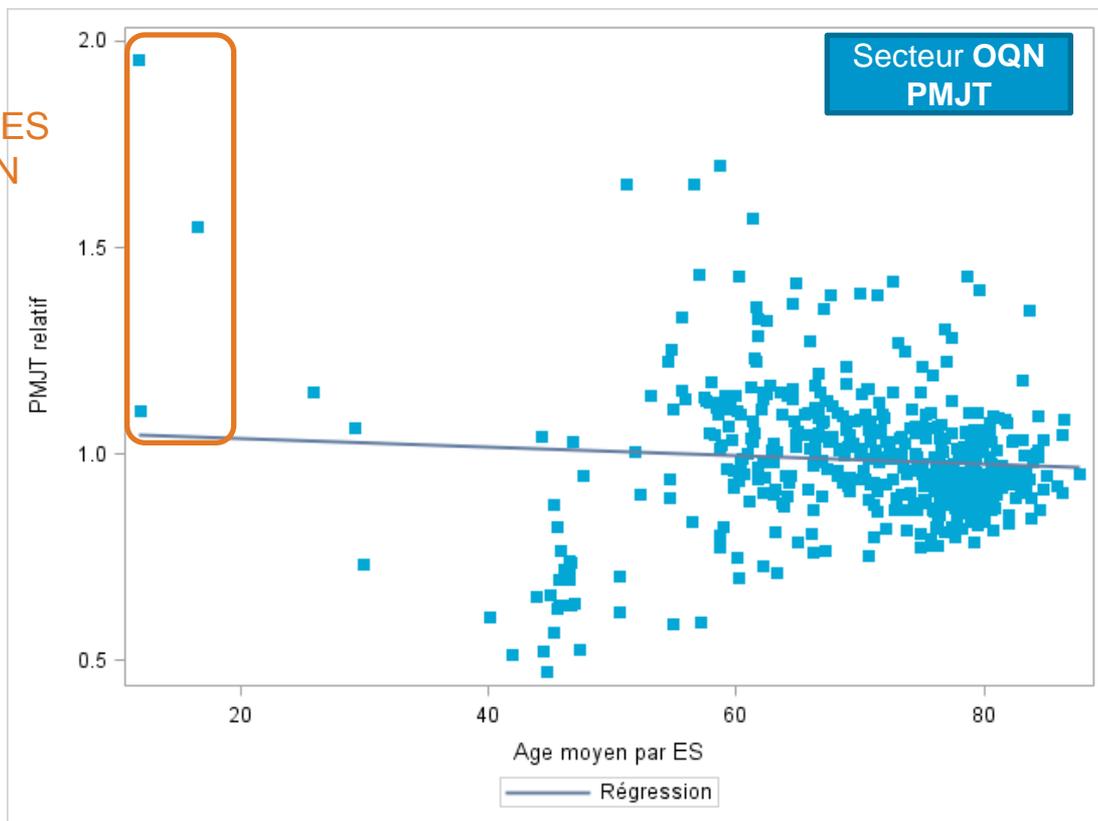


# Indicateurs de restitution

## Résultats 2015

- Résultats similaires à ceux réalisés sur 2014
- Activité pédiatrique mieux valorisée

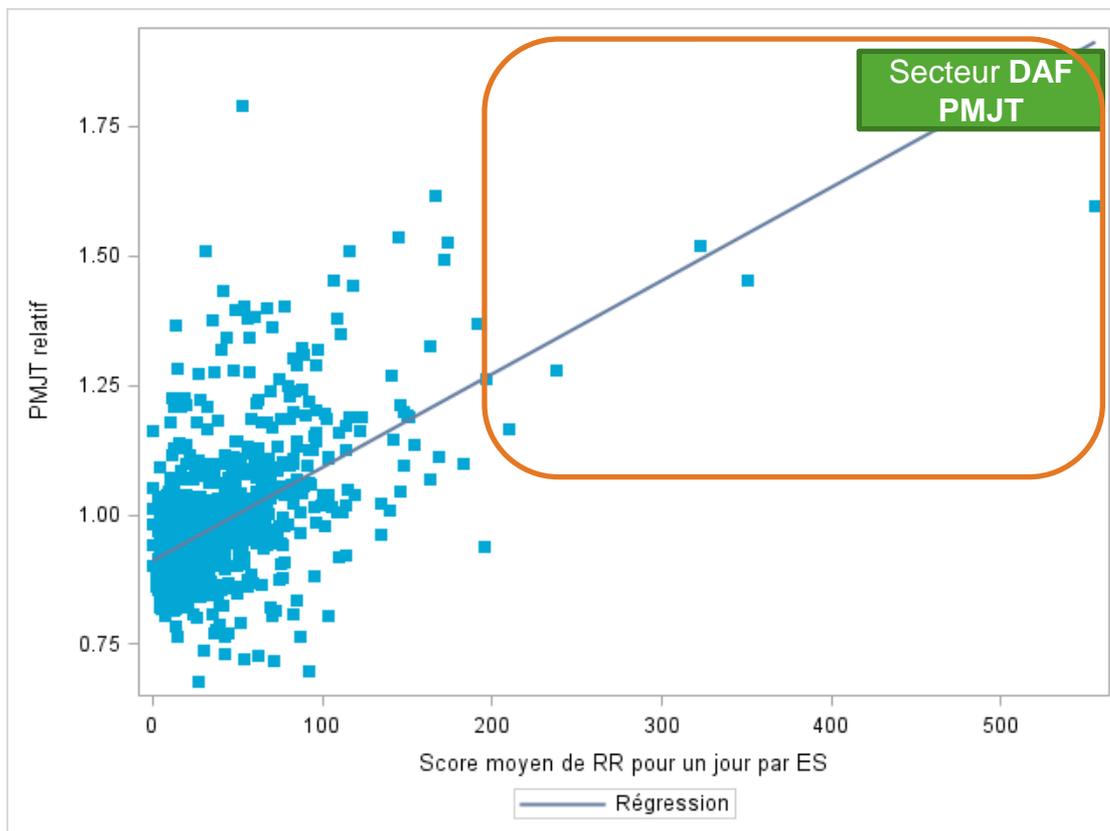
Attention, très peu d'ES pédiatrique en OQN



# Indicateurs de restitution

## Résultats 2015

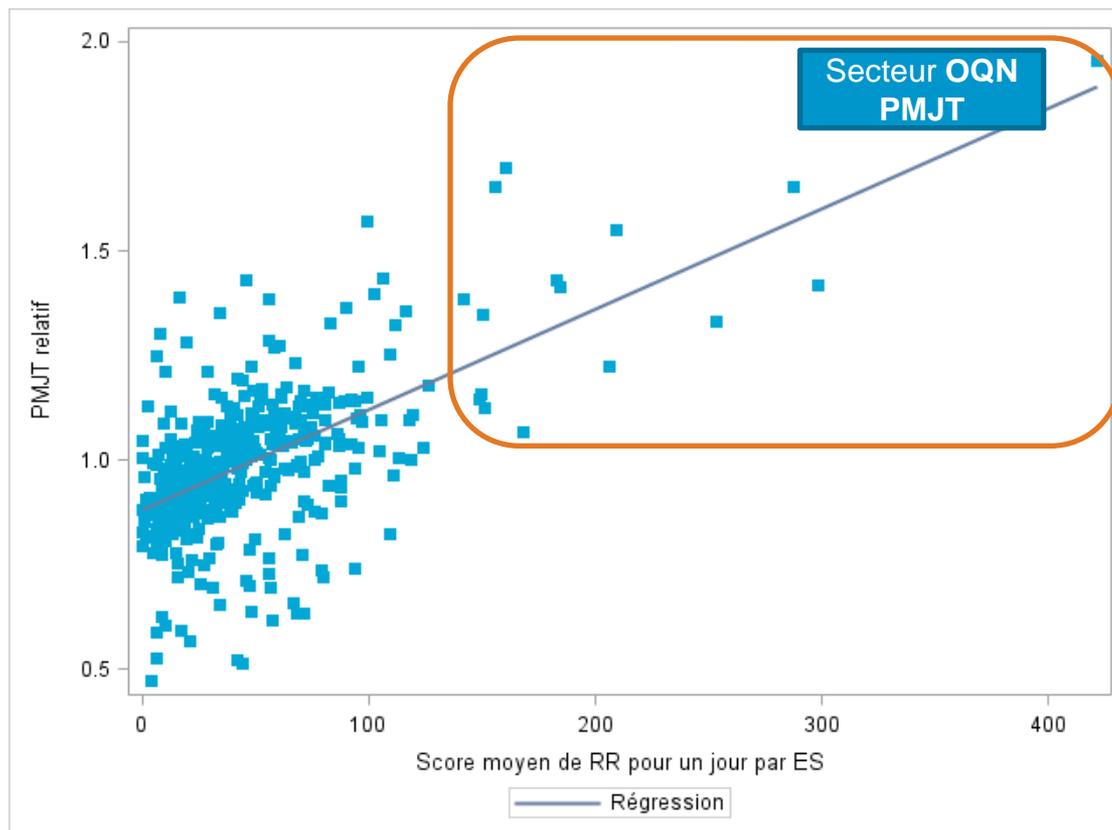
- Résultats similaires à ceux réalisés sur 2014
- Activité de RR mieux valorisée



# Indicateurs de restitution

## Résultats 2015

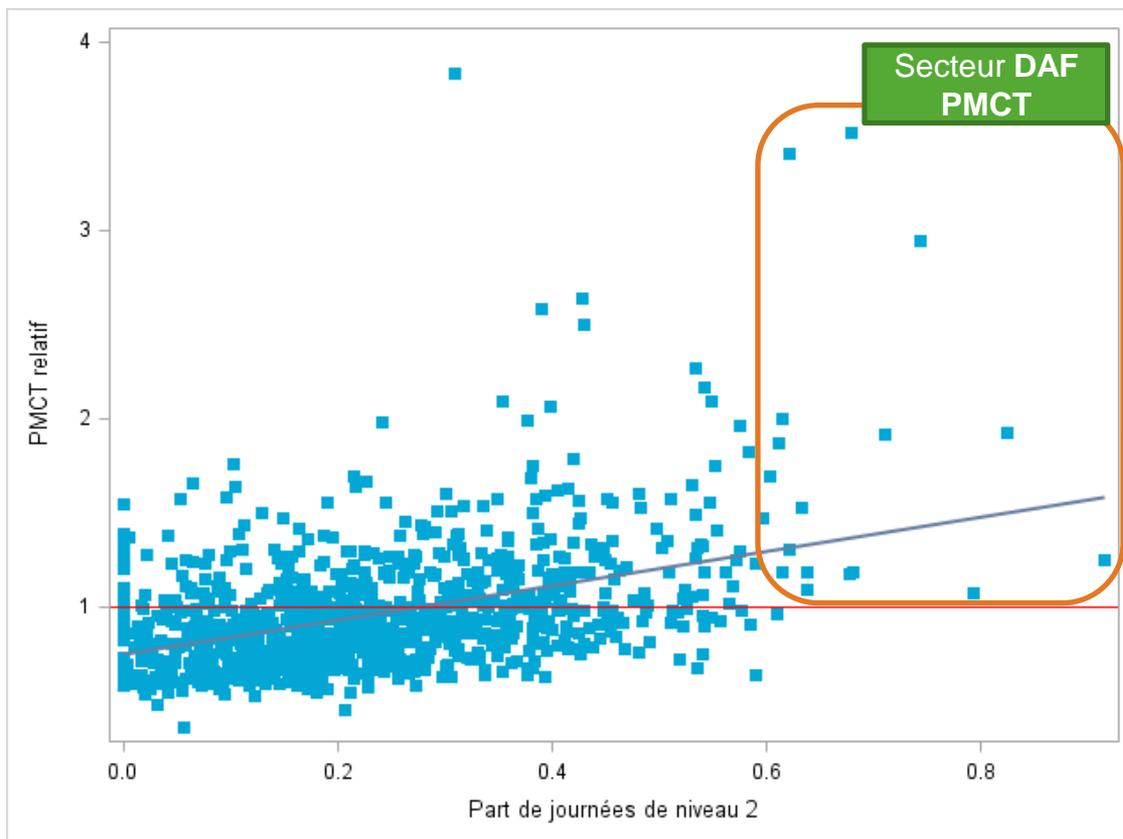
- Résultats similaires à ceux réalisés sur 2014
- Activité de RR mieux valorisée



# Indicateurs de restitution

## Résultats 2015

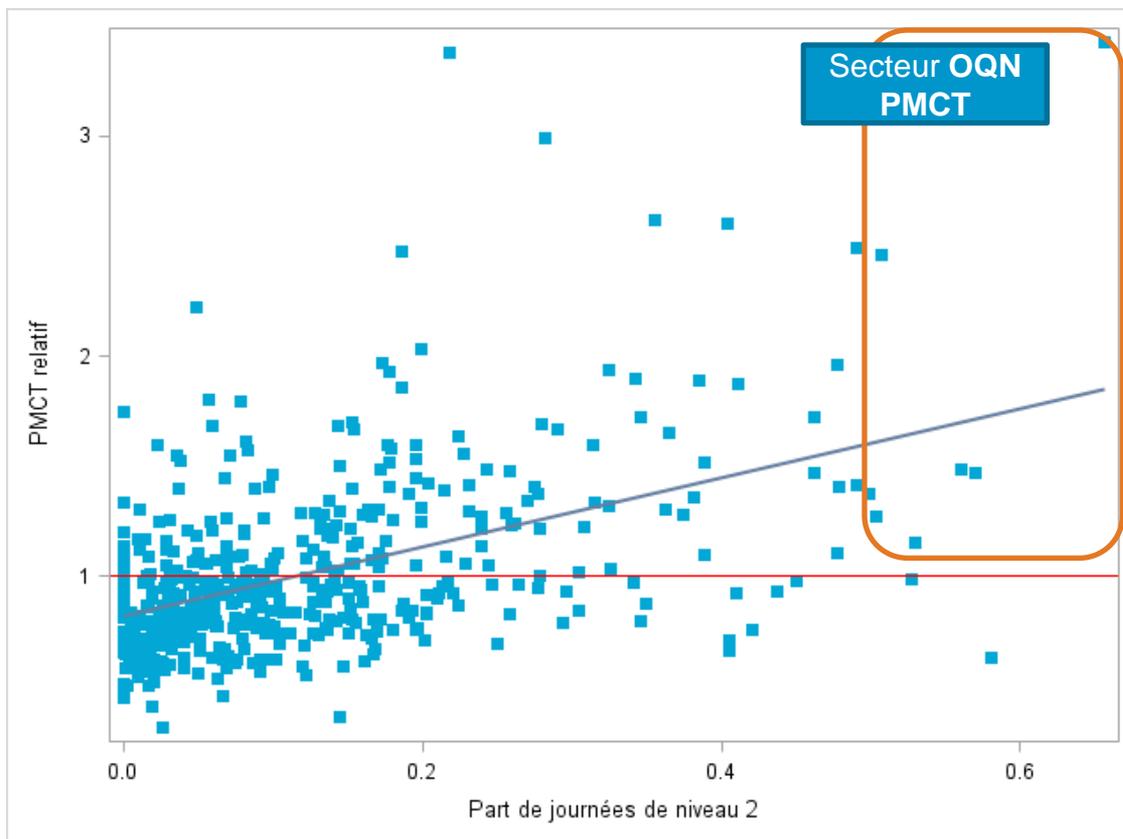
- Résultats similaires à ceux réalisés sur 2014
- Activité lourde mieux valorisée : [via Niveau de sévérité](#)



# Indicateurs de restitution

## Résultats 2015

- Résultats similaires à ceux réalisés sur 2014
- Activité lourde mieux valorisée : [via Niveau de sévérité](#)



Attention, très peu d'ES  
avec une forte part de  
niveau 2 en OQN

# Résultats issus des simulations réalisées sur l'exercice budgétaire 2015

## Analyse des effets revenus

# Effets Revenus

## Méthode

---

- Possibilité de **comparer** les recettes actuelles avec les recettes issues des simulations
- Calcul de l'**écart** (en %) entre recettes actuelles (RA) et recettes issues des simulations (RIS)
  - $RIS = Valorisation \times FT + RA \times (1-FT)$  où  $FT = \text{fraction de tarif}$ 
    - Hypothèse retenue: **FT=20%**
    - $Ecart = \frac{RIS - RA}{RA}$
- Distinction des établissements gagnants/perdants
  - Si Ecart > 0 : Etablissement gagnant
  - Si Ecart < 0 : Etablissement perdant

# Effets Revenus

## Périmètre d'étude

- Exclusion des établissements hors périmètre de la réforme (MECS, fermés en 2016)
- Exclusion des établissements dont l'activité SSR évolue en cours d'année
  - Ouvertures, création de lits,...
- Exclusion des établissements « atypiques »
  - Repérés via les données d'activité ou financière
    - Recettes DMA négatives ou nulles
    - Très peu d'activité SSR
    - Incohérence entre recettes et activité
    - % d'activité en erreur trop importante

Périmètre de la valorisation

Périmètre des analyses



# Précautions de lecture des simulations

A noter :

Les effets revenus présentés par l'ATIH ne sont pas prédictifs des effets revenus réels dans la mesure où d'une part plusieurs paramètres seront modifiés entre ceux utilisés pour la simulation et ceux qui s'appliqueront en 2017 (bases de coûts, modifications classificatoires etc.) et d'autre part ils sont fondés sur la base activité 2015

# Précautions de lecture des simulations

Les effets revenus présentés par l'ATIH sont des effets revenus bruts :

- sur la base d'un taux de DMA de 20 %
- et avant application du coefficient de transition visant à fixer un seuil d'effets revenus maximum par ES ;

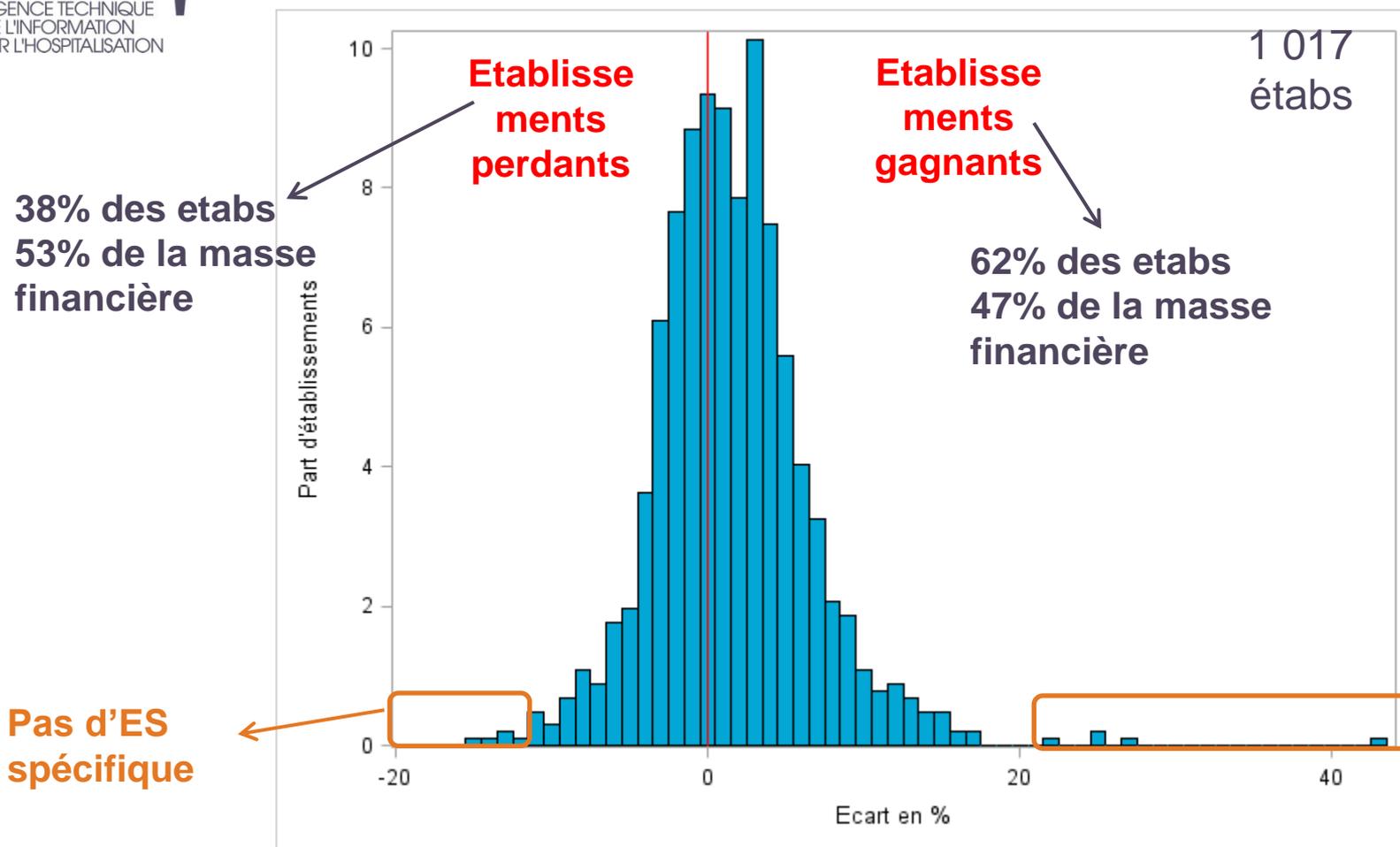
A noter que :

- Le taux de DMA de 20 % constitue une première proposition.
- Le niveau du coefficient de transition en 2017 n'a pas encore été arrêté.

# Effets Revenus DMA activité 20%

## Analyse globale

**Secteur DAF**



○ Redistribution de 88,5 M€, soit 1,5% de la masse financière



# Effets Revenus

## Analyse globale

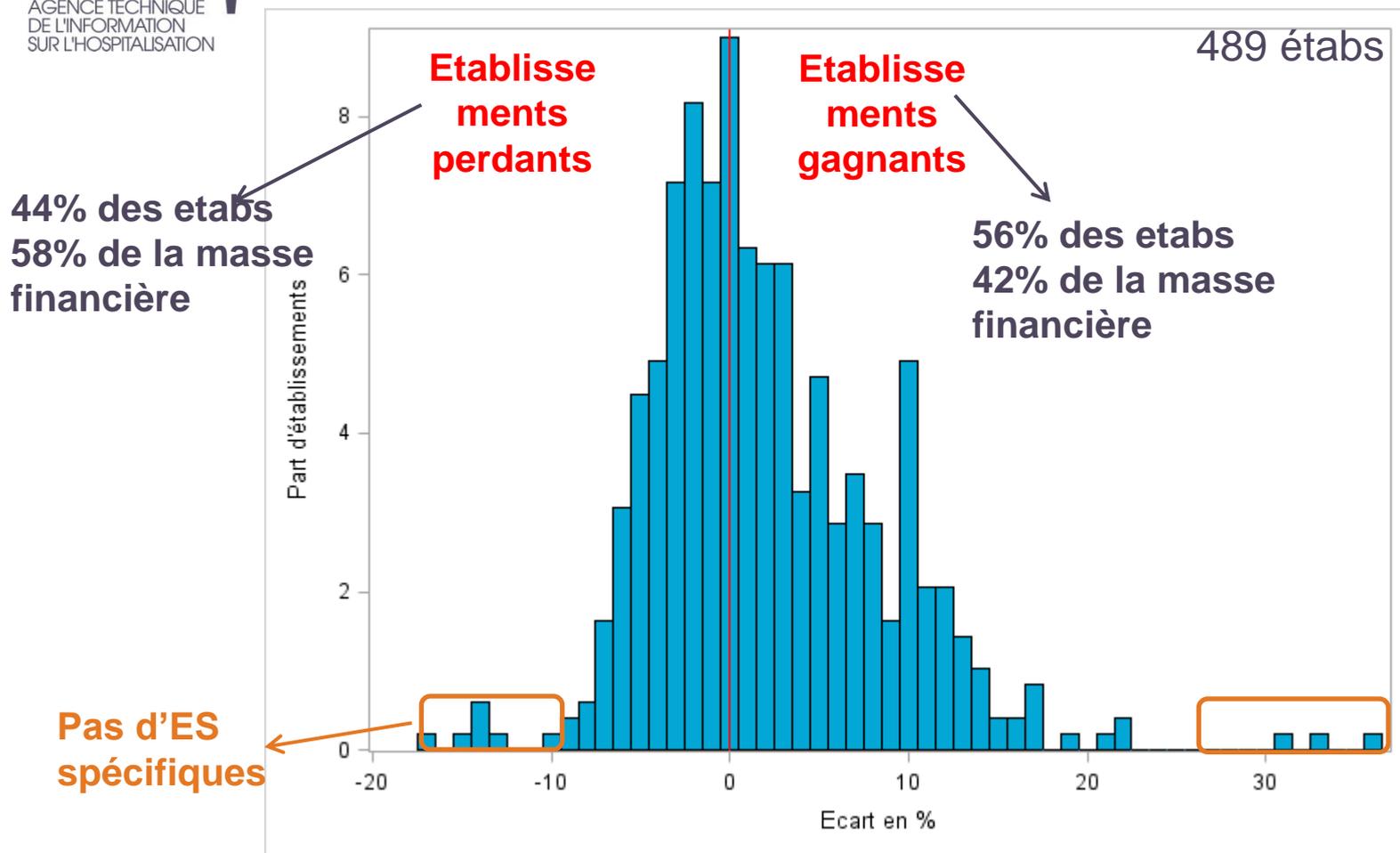
### Secteur DAF

Statut Juridique		]-10%;-5%]	]-5%;-2%]	]-2%;0%]	]0%;2%]	]2%;5%]	]5%;10%]	]10%;20%]
CH	Nb etabs	38	85	109	123	153	95	27
	DAF (en K€)	146 085	387 287	619 144	466 347	559 393	266 263	39 863
	Effet revenu total (en K€)	-10 433	-12 634	-6 254	4 150	18 323	17 730	5 059
	Effet revenu minimal (en K€)	-33	-8	0	0	9	34	52
	Effet revenu maximal (en K€)	-1 320	-981	-421	245	524	839	517
CHU	Nb etabs	2	10	8	6	3	-	1
	DAF (en K€)	8 116	655 500	129 717	122 864	53 269	-	1 095
	Effet revenu total (en K€)	-469	-16 408	-954	959	1 571	-	173
	Effet revenu minimal (en K€)	-145	-254	-16	65	338	-	173
	Effet revenu maximal (en K€)	-324	-10 952	-254	243	692	-	173
Privé non lucratif	Nb etabs	14	48	50	53	86	47	10
	DAF (en K€)	121 319	707 646	346 182	435 877	427 405	183 416	26 236
	Effet revenu total (en K€)	-8 384	-22 716	-3 477	3 668	14 349	12 334	3 190
	Effet revenu minimal (en K€)	-121	-15	-1	1	29	32	154
	Effet revenu maximal (en K€)	-1 080	-2 379	-337	368	521	911	460

# Effets Revenus DMA Activité 20%

## Analyse globale

**Secteur OQN**



○ Redistribution de 42 M€, soit **1,9%** de la masse financière

# Effets Revenus DMA activité 20%

## Analyse globale

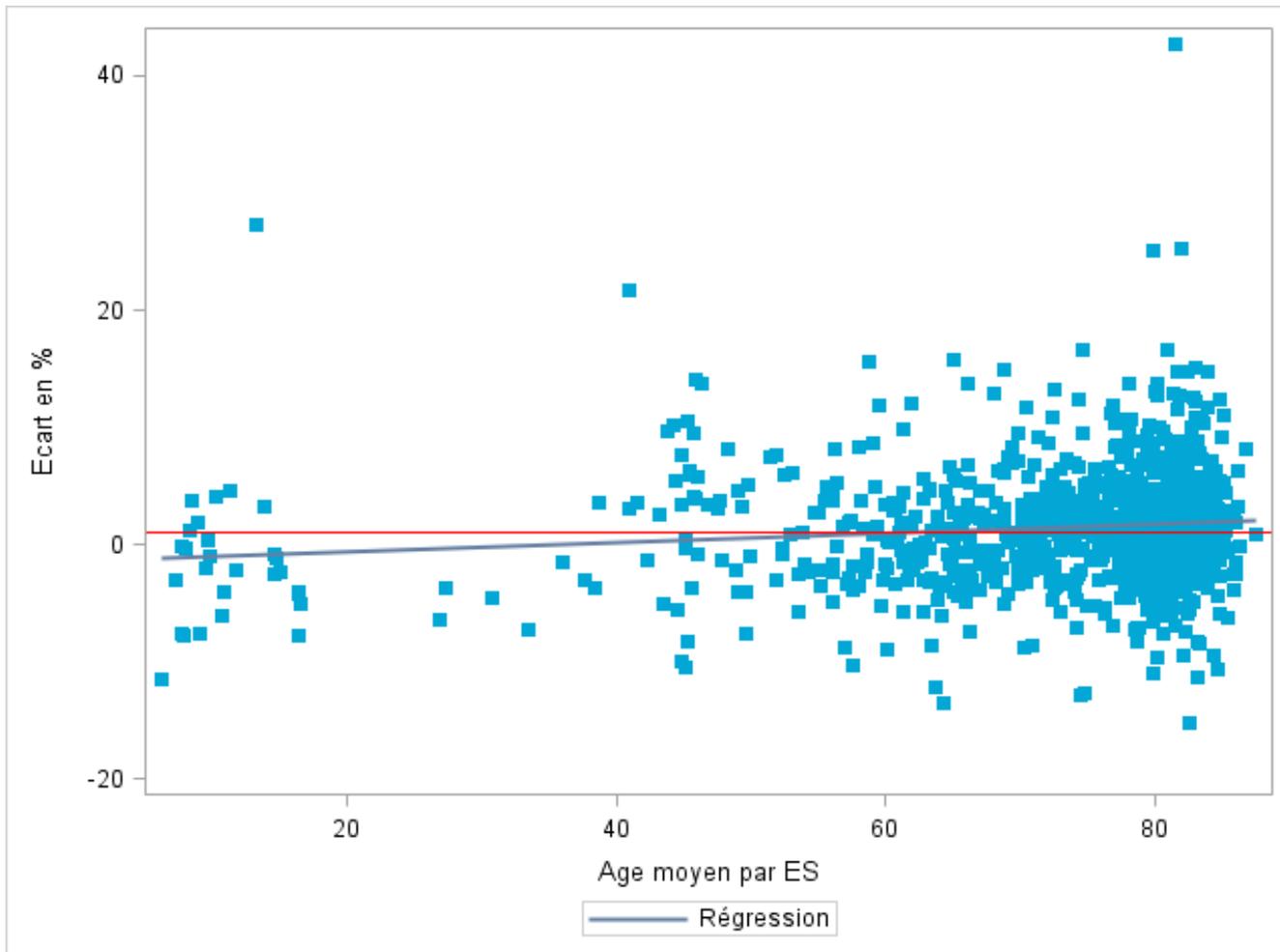
**Secteur OQN**

Statut Juridique		]-10%;-5%]	]-5%;-2%]	]-2%;0%]	]0%;2%]	]2%;5%]	]5%;10%]	]10%;20%]
Privé lucratif	Nb etabs	35	80	74	65	60	75	44
	Recettes (en K€)	208 183	528 878	472 375	292 235	237 427	200 405	92 084
	Effet revenu total (en K€)	- 12 792	- 17 509	- 4 429	2 619	7 550	14 366	11 397
	Effet revenu minimal (en K€)	- 12	- 25	- 1	0	22	49	32
	Effet revenu maximal (en K€)	- 927	- 581	- 353	155	337	461	585
Privé non lucratif	Nb etabs	5	7	8	3	8	5	8
	Recettes (en K€)	29 372	55 559	36 568	8 428	23 405	11 325	14 790
	Effet revenu total (en K€)	- 2 009	- 1 689	- 392	54	766	799	1 900
	Effet revenu minimal (en K€)	- 42	- 26	- 1	4	30	96	106
	Effet revenu maximal (en K€)	- 1 216	- 417	- 183	32	161	236	465

# Effets Revenus DMA activité 20%

## Age de la patientèle

## *Secteur DAF*

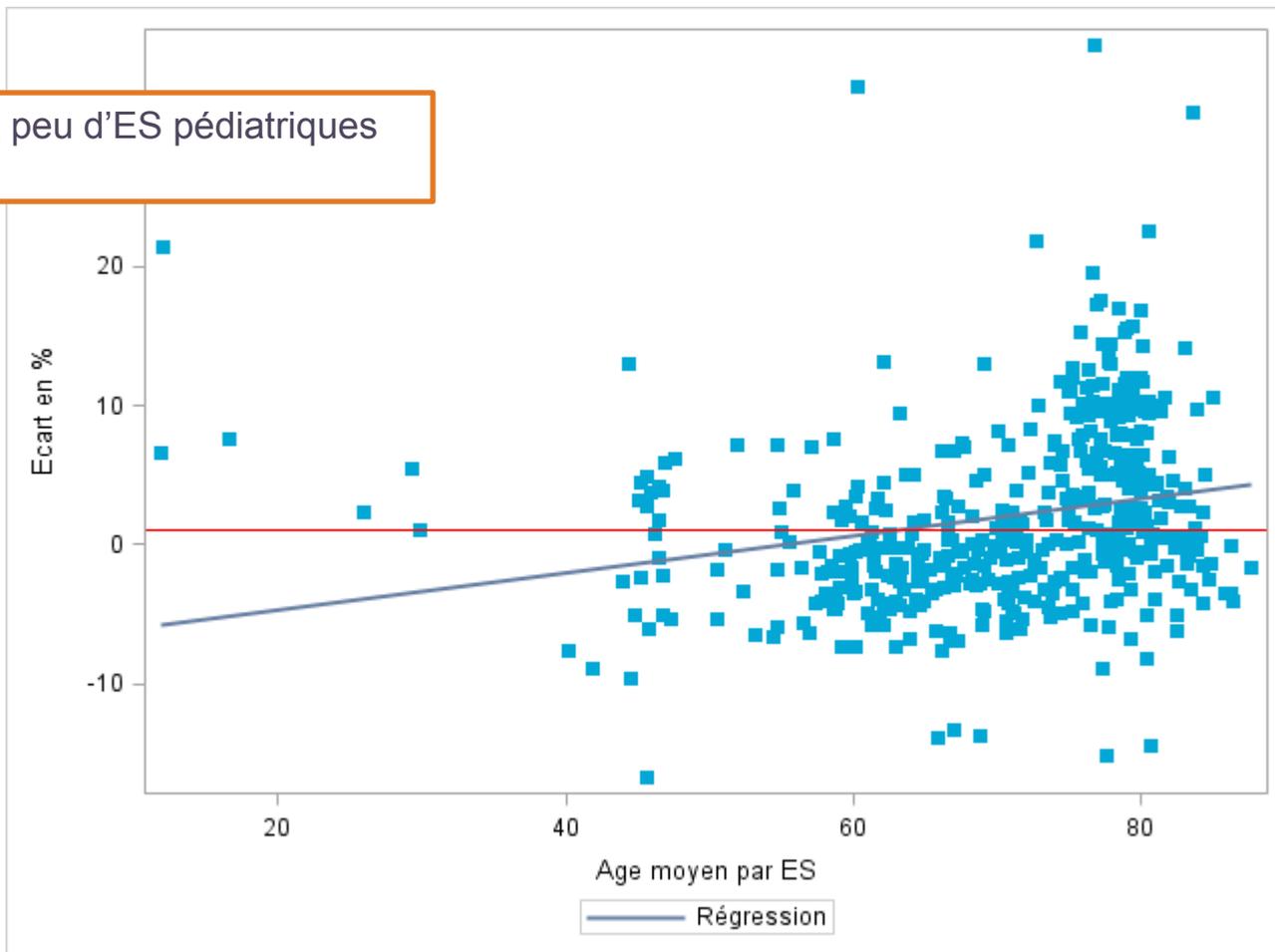


# Effets Revenus DMA activité 20%

## Age de la patientèle

## *Secteur OQN*

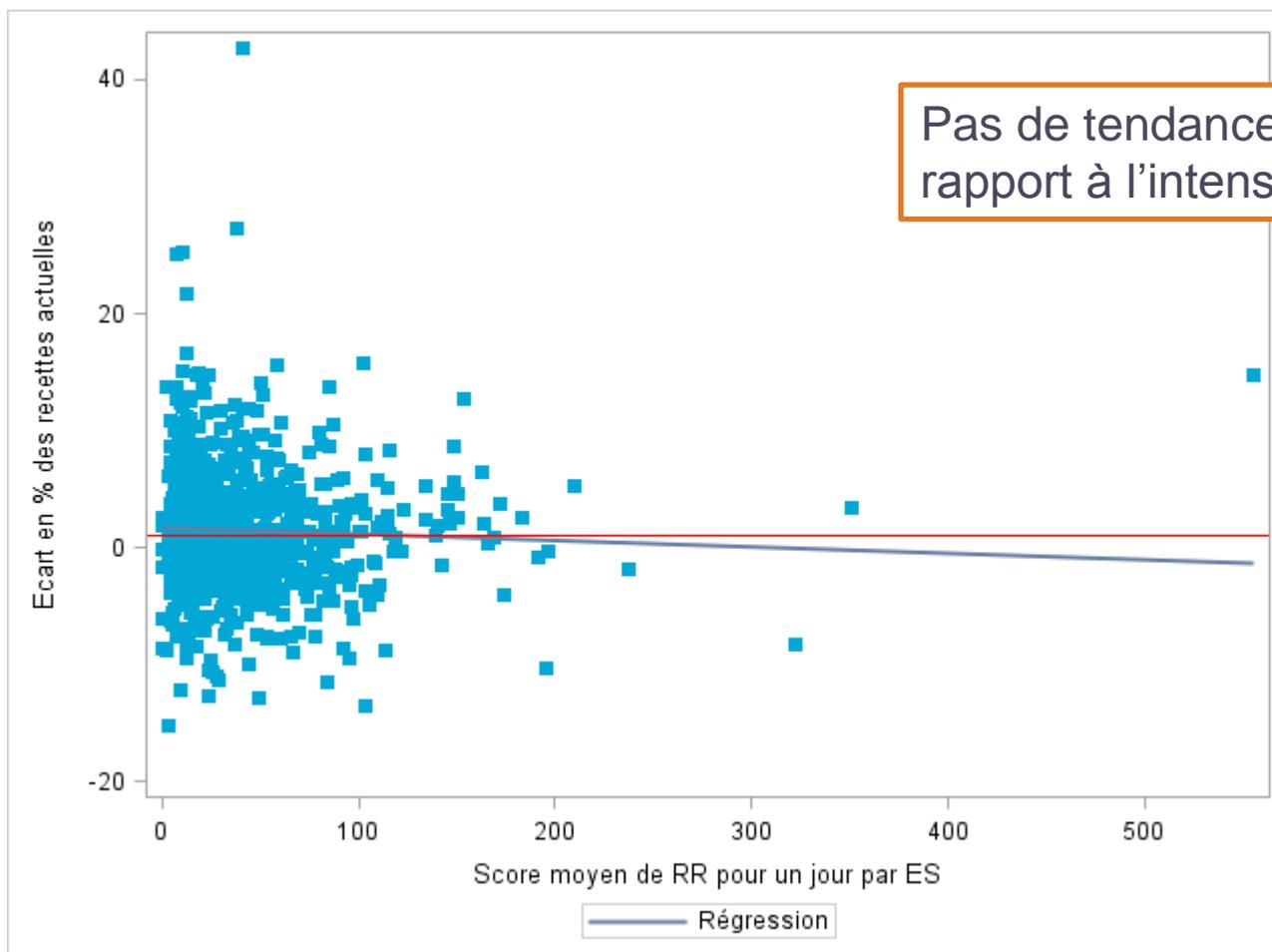
Attention, peu d'ES pédiatriques en OQN



# Effets Revenus DMA activité 20%

## Intensité de RR

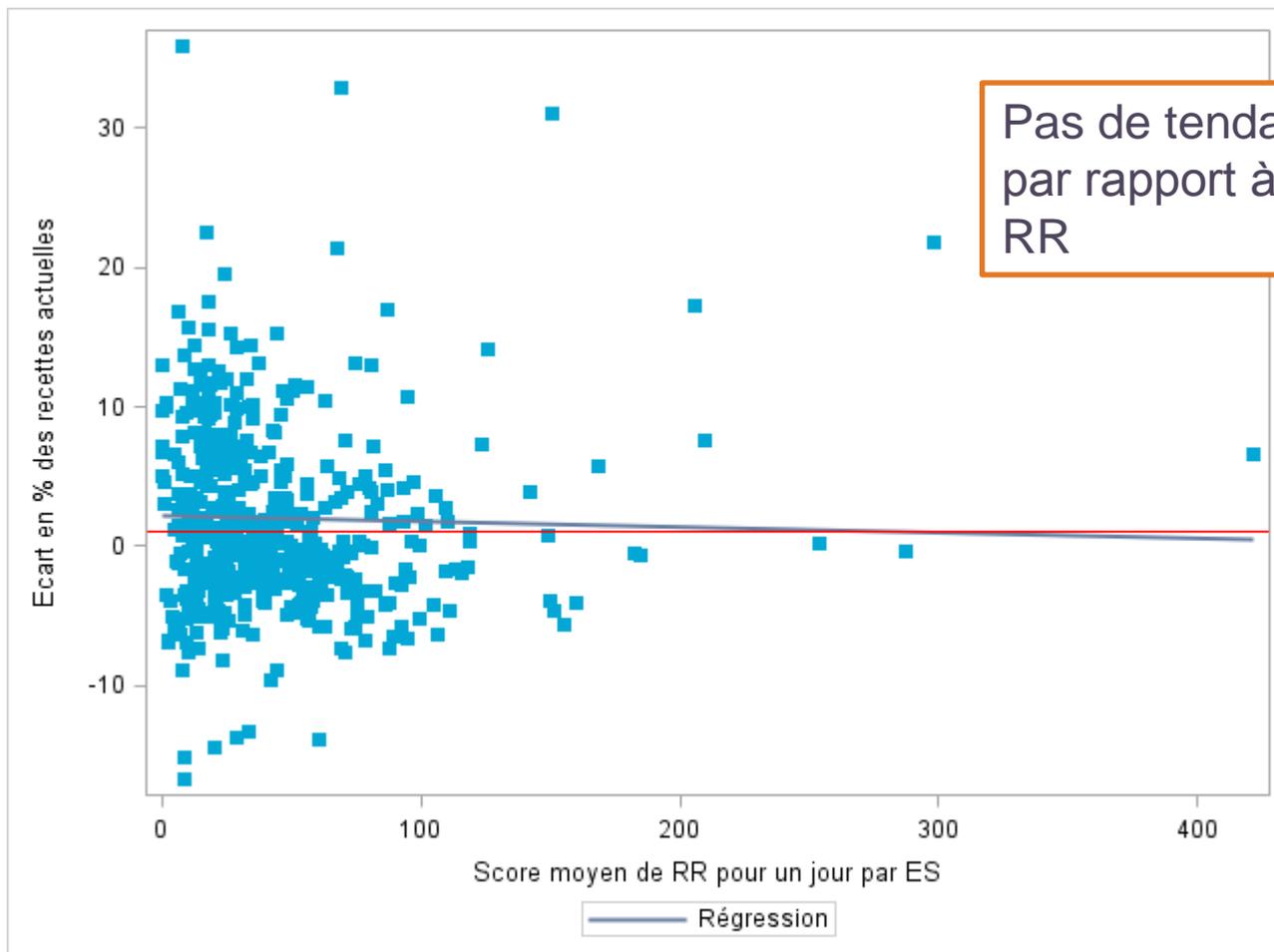
**Secteur DAF**



# Effets Revenus DMA activité 20%

## Intensité de RR

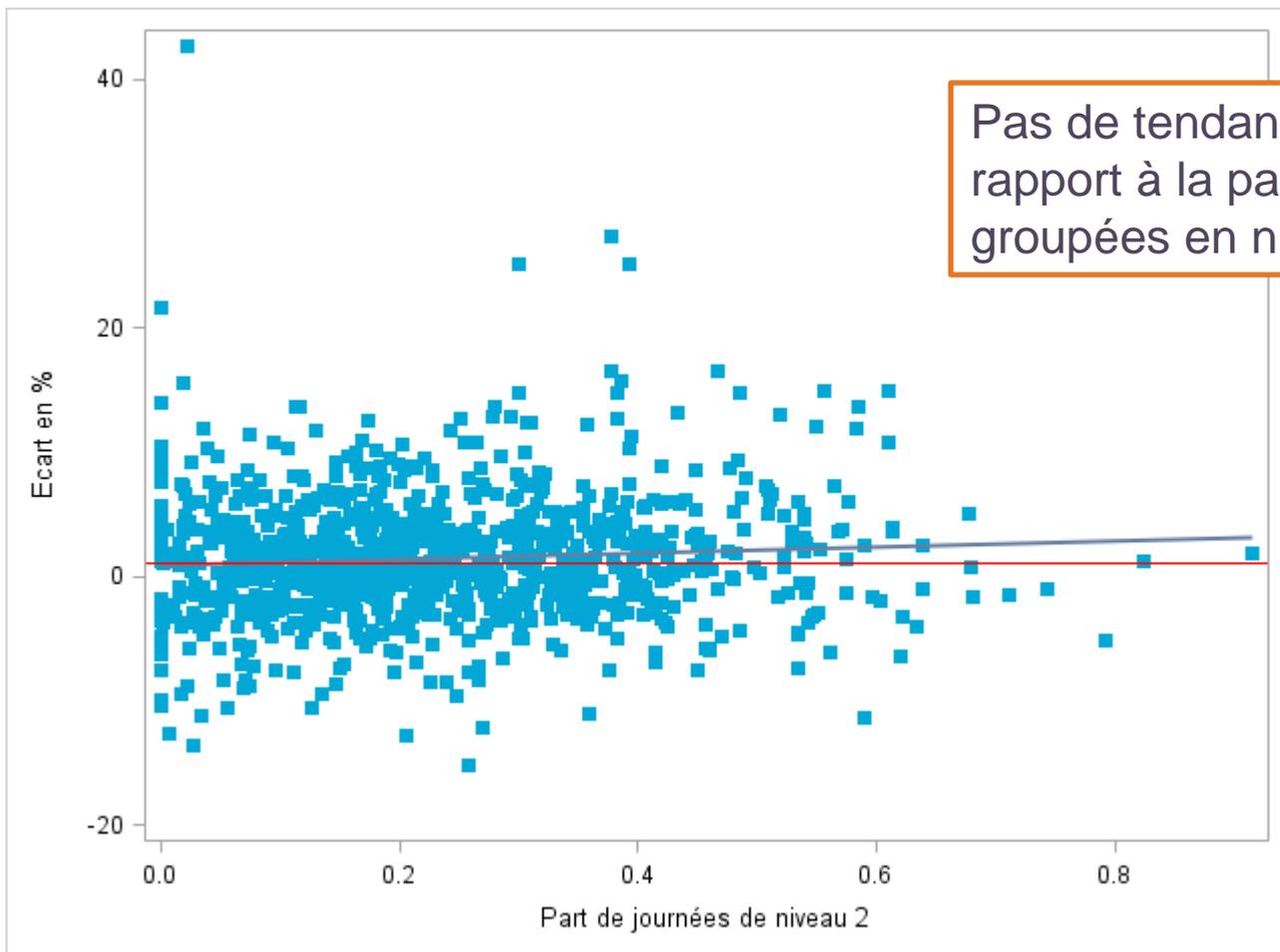
**Secteur OQN**



# Effets Revenus DMA activité 20%

## Niveau de sévérité

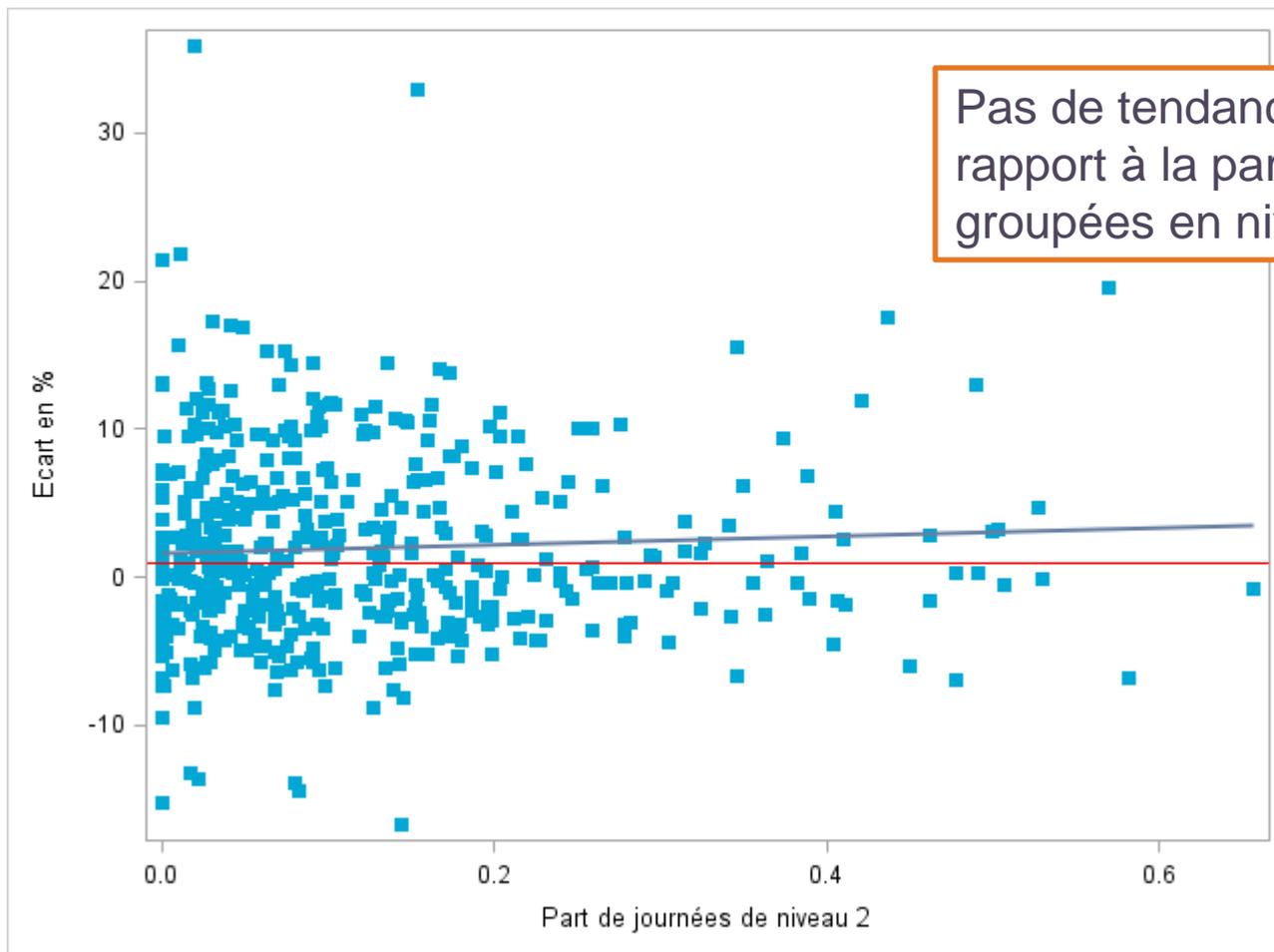
**Secteur DAF**



# Effets Revenus DMA activité 20%

## Niveau de sévérité

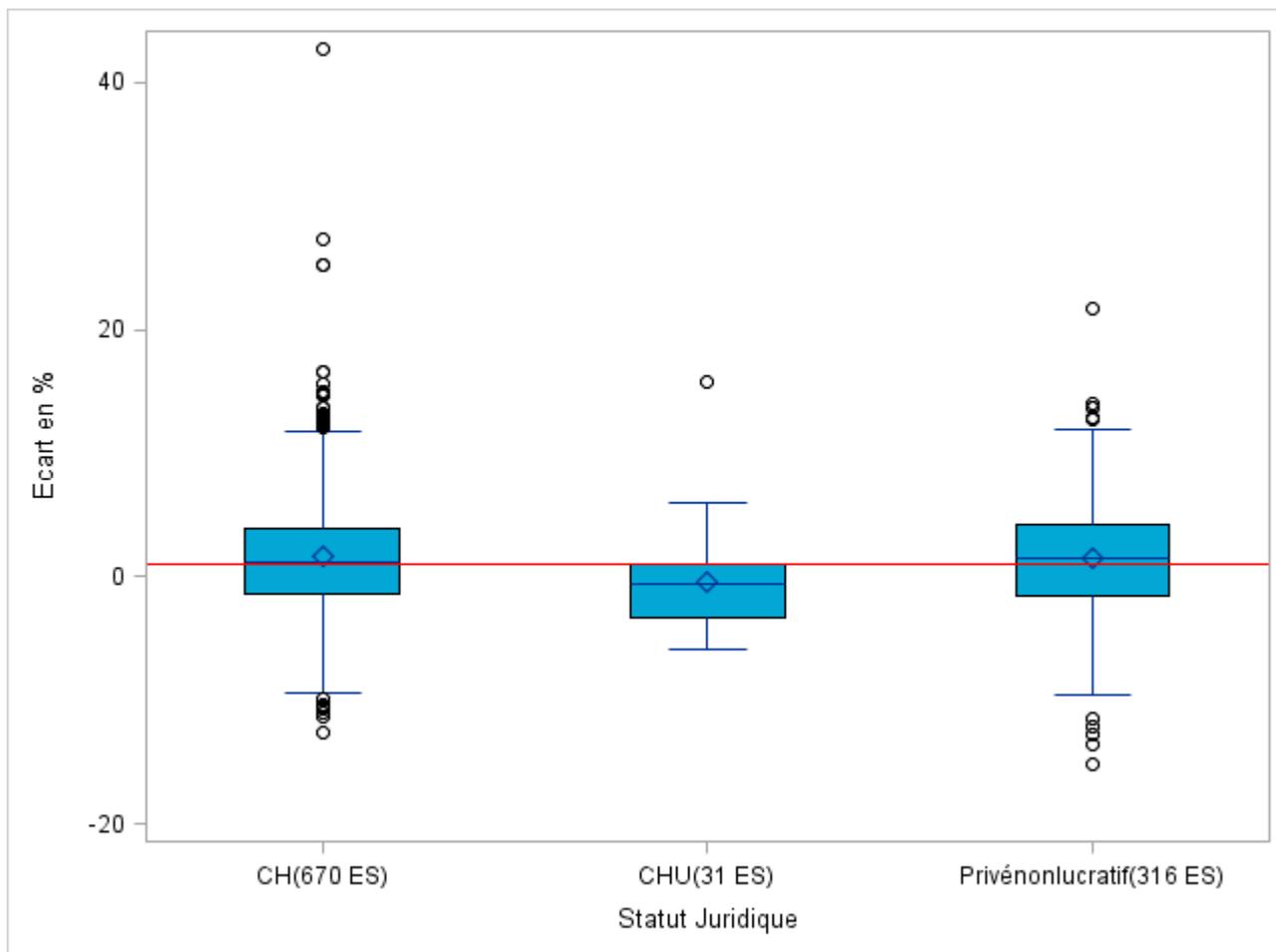
**Secteur OQN**



# Effets Revenus DMA activité 20%

## Statut Juridique

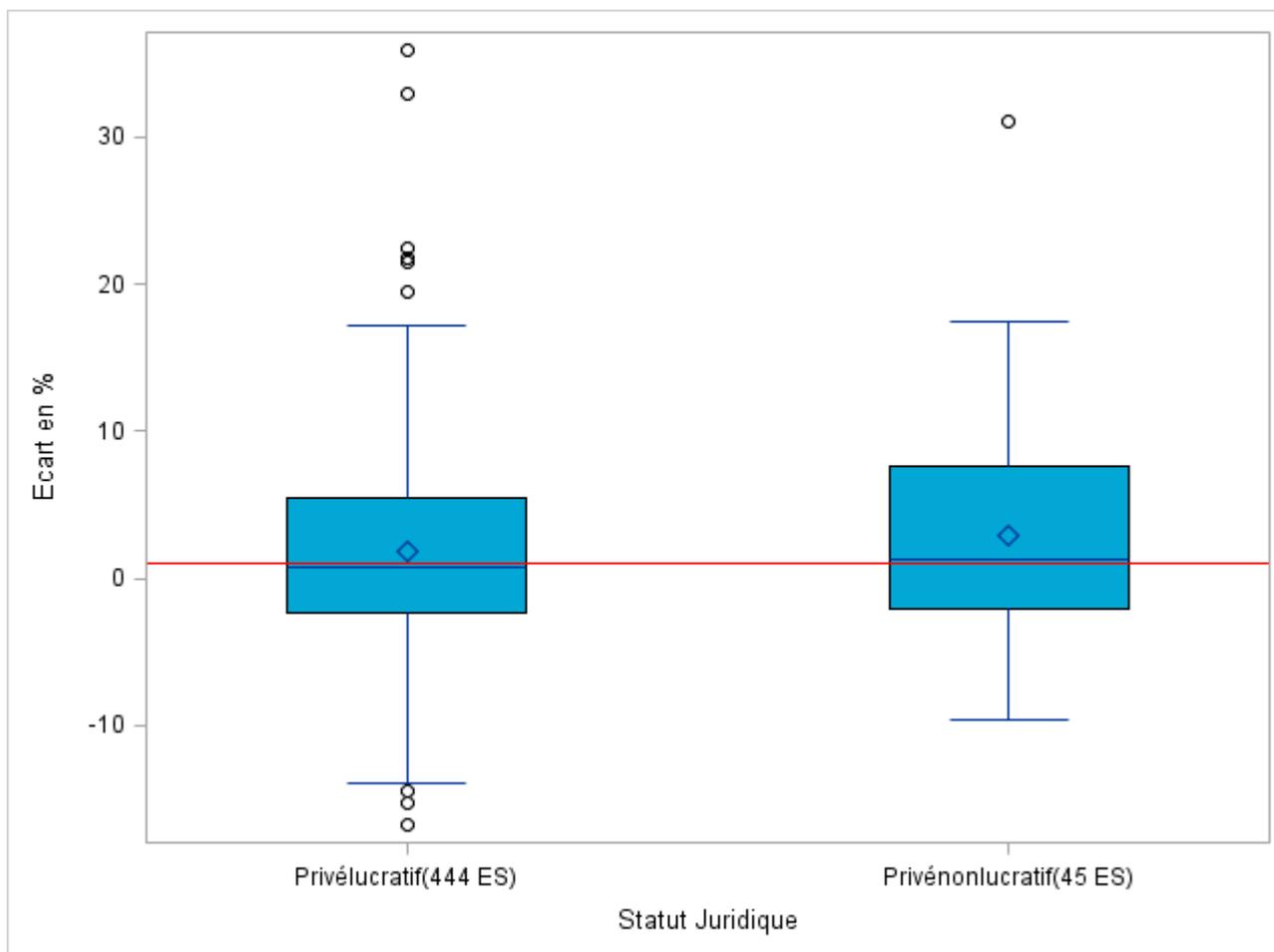
## Secteur DAF



# Effets Revenus DMA activité 20%

## Statut Juridique

### Secteur OQN



# Paramètres de valorisation de l'activité pour la campagne 2017

## Campagne 2017

### ○ Deux nouveautés:

- Classification v2017
- Extension des durées de permission à 7 jours pour concaténer les séjours

Ajustement des zones forfaitaires et des pondérations

- Introduction
- Projet de décret en conseil d'Etat
- Valorisations financières 2017
- **Point d'étape des groupes de travail**

# Les chantiers à mener en 2017 : *le work in progress*

- La surspécialisation : le financement à la moyenne des coûts constatés fait le choix de ne pas embarquer les atypies. Leur description « normée » est nécessaire
  - Recours : description de PEC *niches* anormalement chargées en consommations médicales
  - Etablissements pédiatriques : une description opérationnelle et un engagement à compenser les effets revenus, et ceci dès 2017.
- Les coûts non rattachables au séjour :
  - Appareillage : pas de compartiment en sus, mais un vecteur à trouver, pour des pratiques cliniques partagées
  - Ateliers d'appareillage

# Les chantiers à mener en 2017 : *le work in progress*

- Le développement des niveaux de PEC :
  - La création du niveau 3 va-t-il justifier la double échelle de pondération ?
  - Meilleure description des PEC soutenues sans être atypiques
- Les CMA :
  - Aujourd'hui insuffisamment tarifantes
  - Le problème des patients multi CMA
- La RR : maintien du coefficient autant que de besoin
- Le chantier facturation pour les ES sous OQN
- L'accompagnement de la mutation des modes de gestion :
  - L'évolution des outils, notamment informatiques
  - La formation des équipes

# GT Molécules Onéreuses en SSR

- Objectif: Mise en place du compartiment Molécules Onéreuses pour les 2 secteurs en 2018
- Calendrier: 1<sup>er</sup> GT 22 novembre 2016, prochain 25 janvier 2017
- Points abordés:
  - Rappel du fonctionnement des Molécules Onéreuses en MCO
  - Historique et fonctionnement des Molécules Onéreuses en SSR aujourd'hui
  - Objectif 2018: mise en place de critères d'inscription/radiation pour les MO dites SSR (à valider pour un DCE *ad hoc* en 2017)
  - Présentation de l'impact du changement de périmètre 2016 des MO dites SSR
- Prochaines étapes:
  - **Révision du périmètre Molécules Onéreuses 2017**
  - **Validation du choix des critères d'inscription/radiation pour les MO dites SSR pour 2018**

# PEC Ambulatoire en SSR

- Objectif: Mettre en œuvre le virage ambulatoire et préciser les différentes prises en charge ambulatoires
- 2 Réunions ont eu lieu (14 septembre et 6 décembre)
- Depuis le dernier COPIL:
  - Elaboration d'un document redéfinissant l'hospitalisation à temps partiel et proposant des critères « frontière » avec l'activité externe à destination de l'arrêté prestations SSR 2017.
  - Retour des fédérations sur ce document et discussion productive en séance
- Prochaines étapes:
  - Proposition d'une version corrigée pour mi janvier 2017
  - Prochain GT (1<sup>er</sup> Février 2017): validation de la définition de la frontière HDJ/ACE pour l'arrêté prestations SSR 2017
  - Poursuite des travaux pour définir pour 2018 les différentes PEC ambulatoires et critères pour les définir (en parallèle du GT experts médicaux)

# PTS en SSR

- Objectif: Définir les spécifications des plateaux techniques financés via le compartiment PTS
- Plusieurs réunions avec des membres de la SOFMER/FEDMER, une présentation en COPIL
- Avancée :
  - Document listant les PTS de référence en SSR (qu'ils soient financés via le compartiment ou non)
  - Première définition des spécifications du PTS rééducation robotisée du membre supérieur
  - Schéma général du financement des PTS validé par les fédérations (financement par tranche d'activité, inspiré du FAU)

- Prochaines étapes:
  - 17 janvier : première définition du PTS rééducation robotisée des membres inférieurs
  - Proposition sur les PTS isolés
- 2017 : financement transitoire des 6 PTS via une MIG dédiée, pour tous les établissements, sur la base de la double enquête décomposition des bases DAF/enquête spécifique ATIH auprès des ARS.
- 2018 : financement par le compartiment PTS de plein exercice



**DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS**  
**Copil SSR**  
 12/01 - 10h00  
 salle -1051R

**Calendrier 1<sup>er</sup> semestre 2017**  
**groupes de travail SSR avec les Fédérations**

	janvier				février				mars				avril				Commentaires				
Semaines	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	
<b>Pédiatrie</b>					3 février																10h30 salle 3275
<b>Molécules onéreuses</b>					25 janvier								5 avril								25 janvier 14h30 salle -1051R 5 avril à 14h30 salle 4275
<b>PTS</b>					17 janvier																17 janvier 14h30 salle 4275
<b>Virage ambulatoire (HDJ, ACE...)</b>						1 <sup>er</sup> février															1 <sup>er</sup> février 14h30 salle 3275
<b>Appareillage DM</b>																					En lien avec le groupe référent PTS
<b>SI</b>	5 janv				31 janv																5 janvier 14h30 salle 0334R 31 janvier 10h00 salle -1051R (éditeurs)
<b>Codage Classification</b>						2 février															CT SSR ATIH 2 février à 14h00
<b>Hôpitaux de proximité</b>						2 <sup>e</sup> quinzaine février															Consultation avec les ARS fin janvier
<b>Mig Spécialisation</b>											15 mars										15 mars 14h30 salle 4275
<b>IFAQ</b>					À programmer																En cours Fin Janv Début Fév

# Etat d'avancement des travaux et outils « information médicale »

### Travaux techniques en cours...

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

# 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)



**Enquête durée des actes /  
score RR : GT le 15/12**

# Outils

## « information médicale »

Travaux 2016 / 2017

### 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 ATIH : **6 janvier**
- GT parallèle : SA  
SSR - SOFMER –  
**RDV le 2 février**

# 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)



**Propositions  
d'évolution faites  
en CT SSR le 19/10**

# Proposition d'évolution Classification GME en 2 temps

**V2017**

GN → Révision CM 08  
Racines → option 1\*



Révision des racines avec  
méthodologie constante (sans  
forcer la RR)

**V2018**

GN → V2017  
Racines → option 3\*

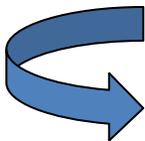


Révision des racines de l'ensemble de  
la classification avec méthodologie  
nouvelle :

1. Prise en compte de certaines variables patients dans des niveaux de complexité
2. Augmentation du nombre de niveaux
3. Forçage de la RR si nécessaire

- **Suite CT SSR du 19/10 :**

- Intérêt ++ des participants
- Mais pas de position en séance
- Demande de qqs fédérations d'un casemix V2.4 / V2017 pour qqs établissements adhérents



**Retour des acteurs sur les propositions attendu pour le 9/12**

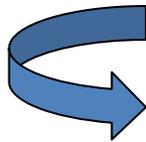
- **Retours au 9/12 :**
  - 1 retour information médicale hors classification
  - 1 retour :
    - V2017 = pas d'objection
      - Noter : voir score de RR / variable âge pour certains GME
    - V2018 : attente de la suite des travaux

# Evolution classification GME

---

- **Conclusion :**

- Proposition de mise en œuvre V2017 au 1<sup>er</sup> mars 2017
- Poursuite des travaux en 2017 pour 2018
  - Avec suivi régulier en GT



**Prochain CT SSR : 2/02/2017**

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](http://www.atih.sante.fr)**

**xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx@atih.sante.fr**