



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



LA REFORME DES SSR

Point d'étape

RENCONTRES FHP
13-14 Décembre 2018

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

Démarche basée sur l'expertise
 Consultation des CNP et sociétés savantes

1^{er} trim 2018

- Les besoins des patients
- Les bonnes pratiques
- Les plateaux techniques et compétences
- Les innovations
- Les organisations

15 CNP ou sociétés savantes:
 Cardio, pneumo, neuro, MPR, rhumato, ortho-traumato, addicto, gériatrie, médecine polyvalente, pédiatrie, nutrition et endocrino, brûlologie + Sociétés d'oncologie adulte/enfant

Démarche participative
 Elaboration avec des ARS, des professionnels SSR, des patients

2^{ème} trim 2018

- Débats menés sur la base des productions des CNP.
- Professionnels désignés par les fédérations (médecins, directeurs, soignants, autres)
- Patients désignés par France Assos Santé

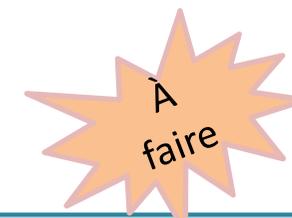


Environ **200 participants**, contributifs

Démarche évolutive
 Approfondissement de thèmes complémentaires en associant autres partenaires

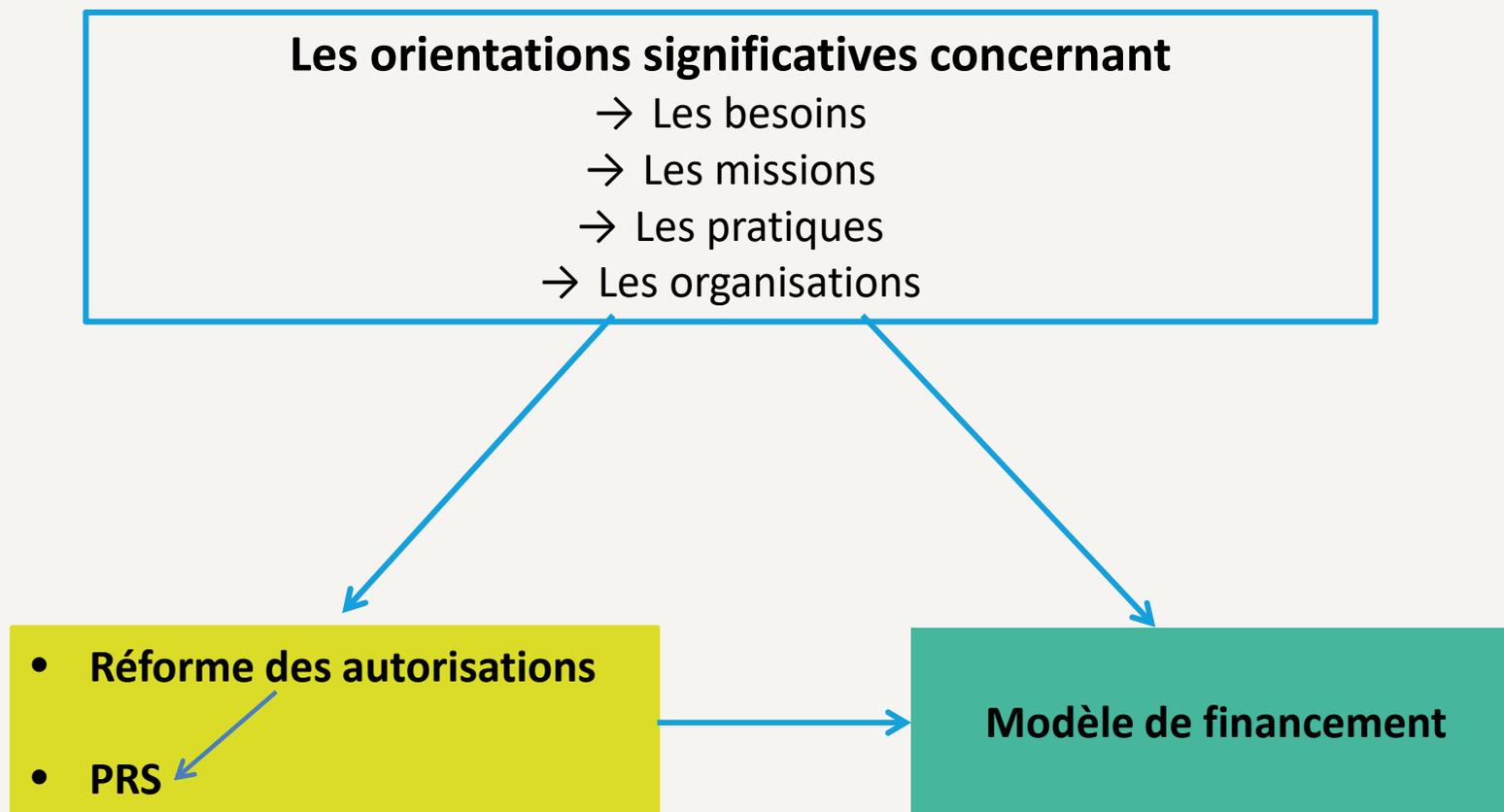
Fin 2018 – début 2019

- Inadéquations SSR/médico-social (filiale des cérébrolésés polyhandicapés, MECS)....
- Cahier des charges: missions de recours, équipes mobiles...
- Liens avec plans de santé publique: soins palliatifs, cancer, obésité.....



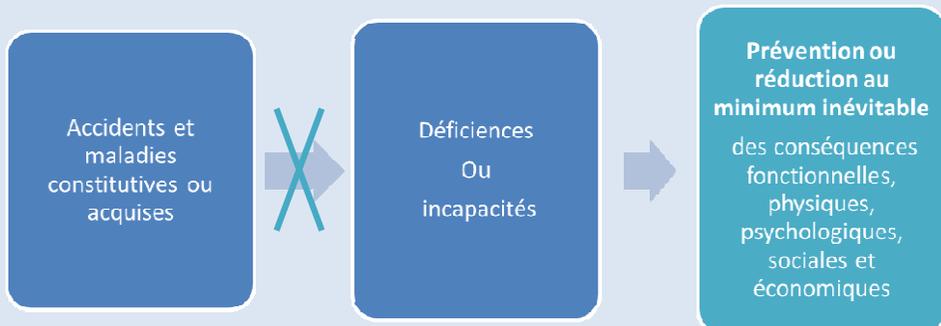
Réflexion avec DGCS, ARS, CNAM, acteurs SSR, filières

Phase de concertation →
Poursuite travaux Autorisations et Modèle de financement

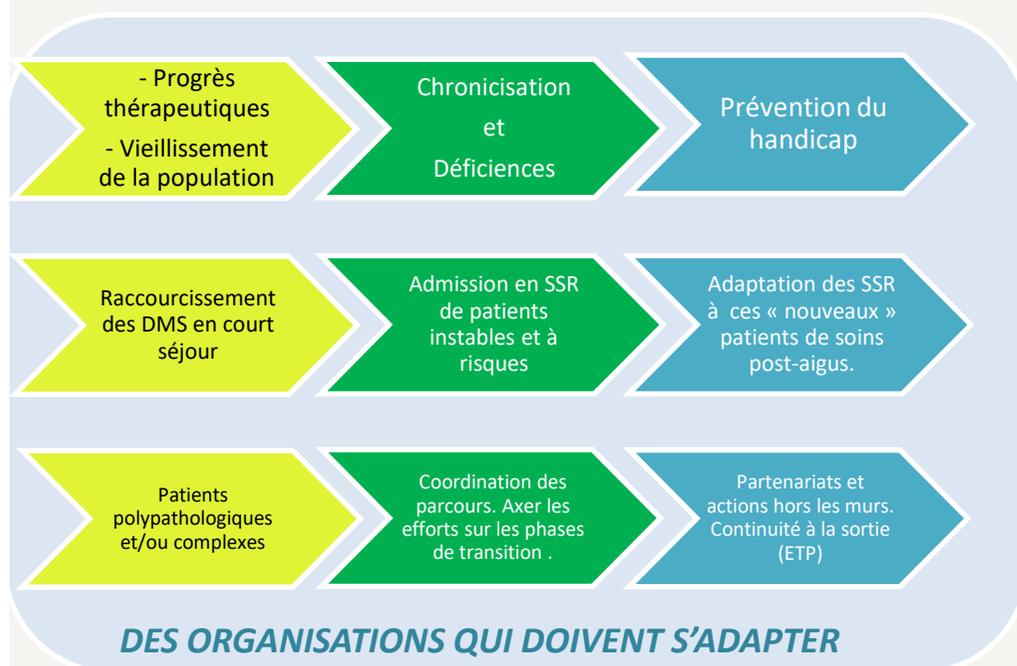


DES BESOINS QUI EVOLUENT

UN CONSENSUS SUR LES MISSIONS DU SSR



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.*
- *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

Une 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 proximité (du domicile)*
- *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 les compétences des équipes SSR à disposition des 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 ou SSR à domicile?....

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...)



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

CRÉER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS



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



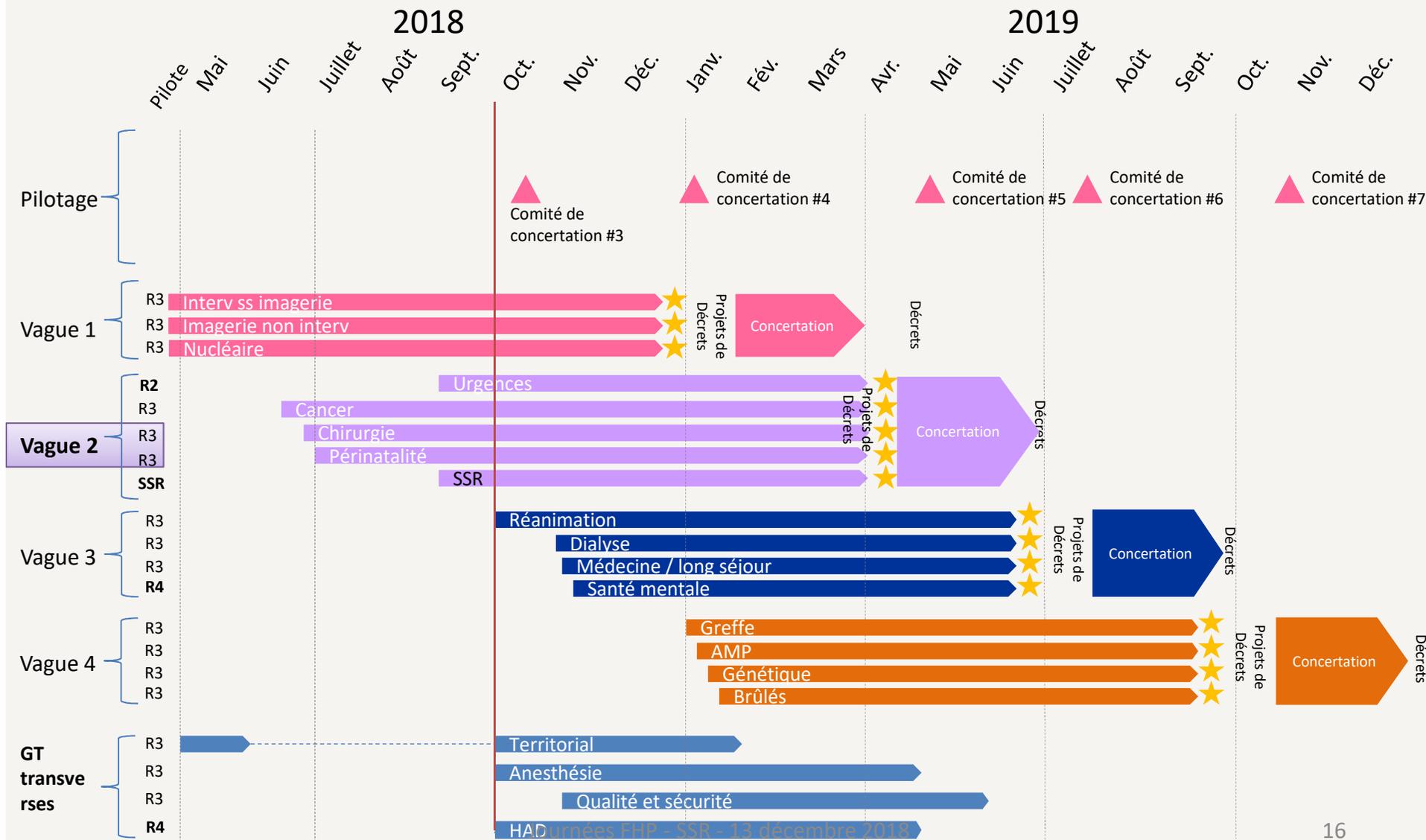
LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

LA REFORME DES AUTORISATIONS

LA REFORME DU FINANCEMENT

CALENDRIER

PLANNING GÉNÉRAL DE L'ANNÉE 2018-2019

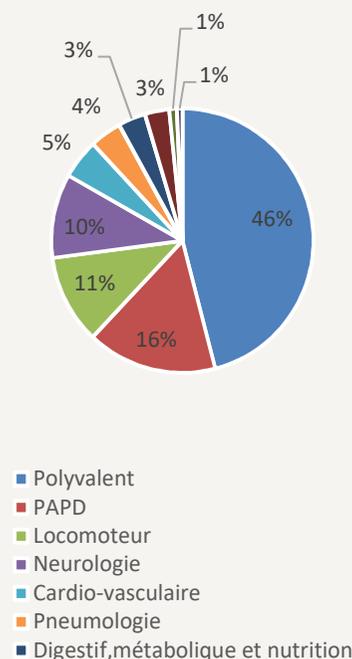


Nombre d'autorisations selon les mentions

| 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



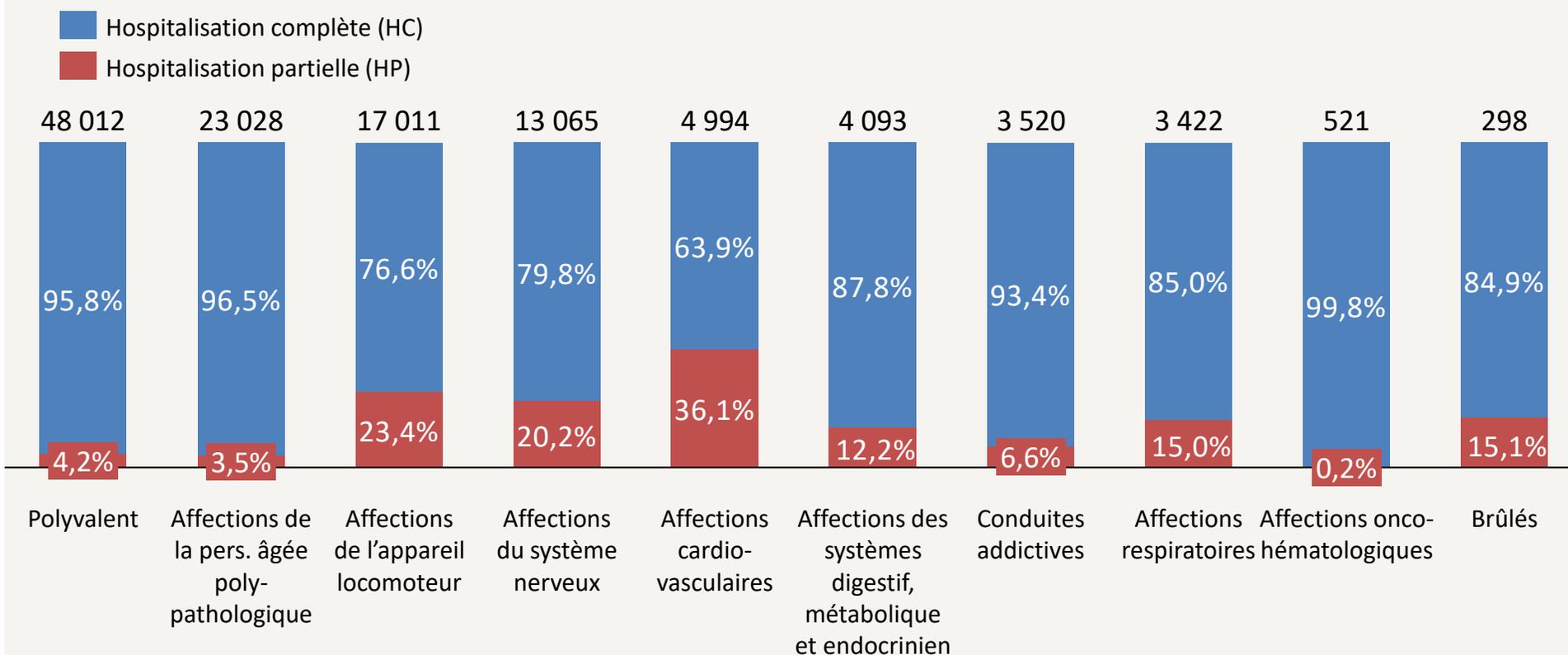
Les principales mentions représentées sont:

- 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.

Une offre ambulatoire inégale selon les mentions

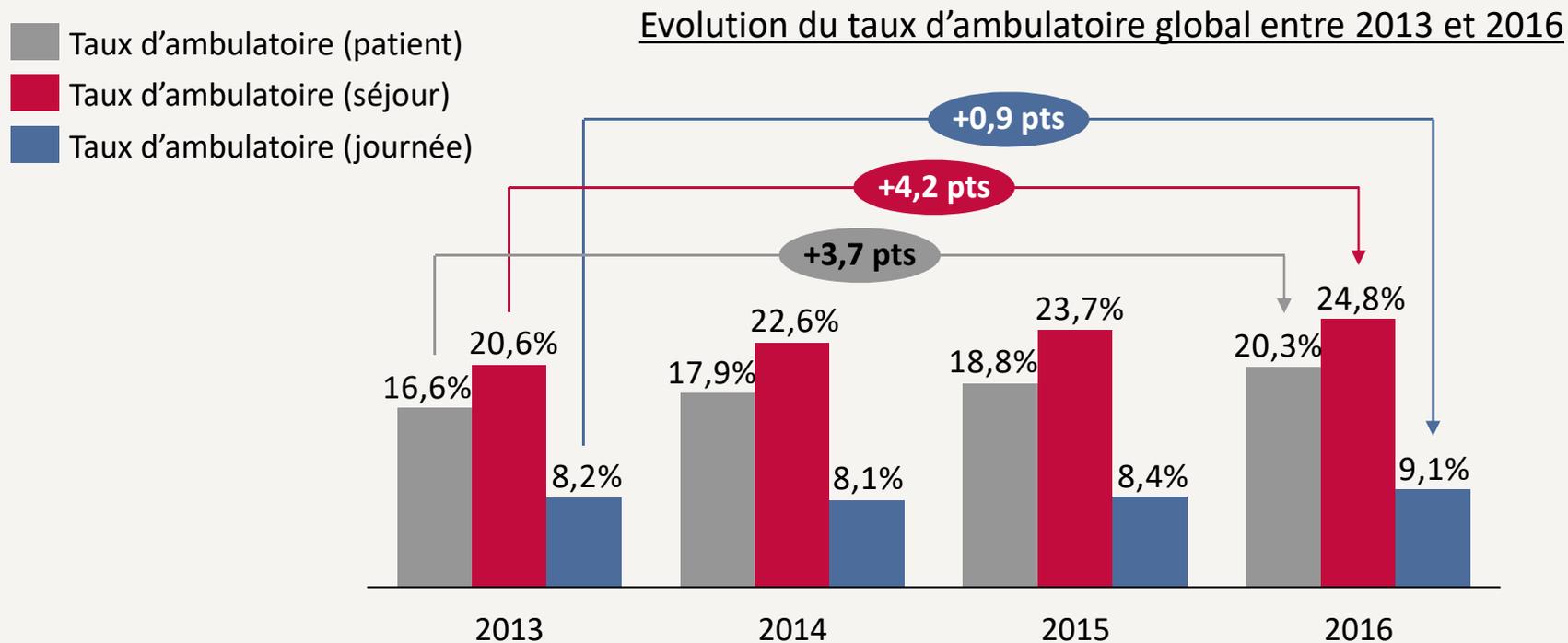
Structure de l'offre en SSR par mention en 2016



Source : SAE 2016 (DREES, calculs DGOS/R5)

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 ?



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

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 ou SSR à domicile

LE CALENDRIER DE LA REFORME DES AUTORISATIONS SSR

12 octobre 2018

Lancement du chantier
autorisations SSR

4 décembre 2018

Définitions, missions.
Parcours et gradation des
soins

8 janvier 2019

Conditions techniques de
fonctionnement.
Alternatives à l'hospitalisation

11 Mars 2019

Clôture des GT autorisations SSR

12 février 2019

HAD et SSR

5 février 2019

Pédiatrie.
Cancéro

Avril 2019

Projet de
décret

Concertation

Juillet 2019

Décret

Juin 2020

PRS

Fin 2020

Nouvelles
autorisations

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, PTS*

UNE ÉVOLUTION SOUHAITÉE DES OUTILS AU SERVICE DE LA QUALITÉ ET DE LA PERTINENCE

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

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

3. ADAPTER LES MODES DE VALORISATION POUR PRENDRE EN COMPTE CERTAINES SITUATIONS DE SOINS CIBLÉES

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 paramètres 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, et discuter des avantages et inconvénients

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

Evolution des modalités de financement

Task-Force réforme du financement



“

LES ENJEUX DE LA TRANSFORMATION DU FINANCEMENT

Un double objectif

→ DÉFINIR ET METTRE EN ŒUVRE UN
NOUVEAU SYSTÈME DE TARIFICATION

- L Définir un système applicable à l'ensemble des établissements et professionnels de santé
- L Inciter à la prévention
- L Intégrer un pilotage par la qualité et la pertinence des soins
- L Renforcer les coopérations entre acteurs et favoriser la prise en charge entre les différents segments de l'offre de soins
- L Favoriser l'efficacité du système de soins et l'introduction des innovations techniques ou organisationnelles

→ AMÉLIORER LA RÉGULATION DE L'ONDAM

- L Accroître sa prévisibilité dans une logique de pluri-annualité
- L Favoriser un juste équilibre entre les secteurs
- L Continuer à garantir son respect

LES DATES CLEFS DE LA REFORME SSR

