



# Réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation

Présentation simplifiée

# Rappel des modalités actuelles de financement

**La structure actuelle de financement d'un établissement peut schématiquement être décomposée en 5 compartiments**

- Pour tous les établissements :
  - Une dotation fixe correspondant à 90% de son financement historique (DAF ou PJ + honoraires)
  - Un financement à l'activité correspondant à 10% de la valorisation de son activité réelle
  
- En fonction de l'éligibilité :
  - Molécules onéreuses facturées en sus du séjour
  - Financements par MIG comme les PTS ou les équipes mobiles
  - IFAQ

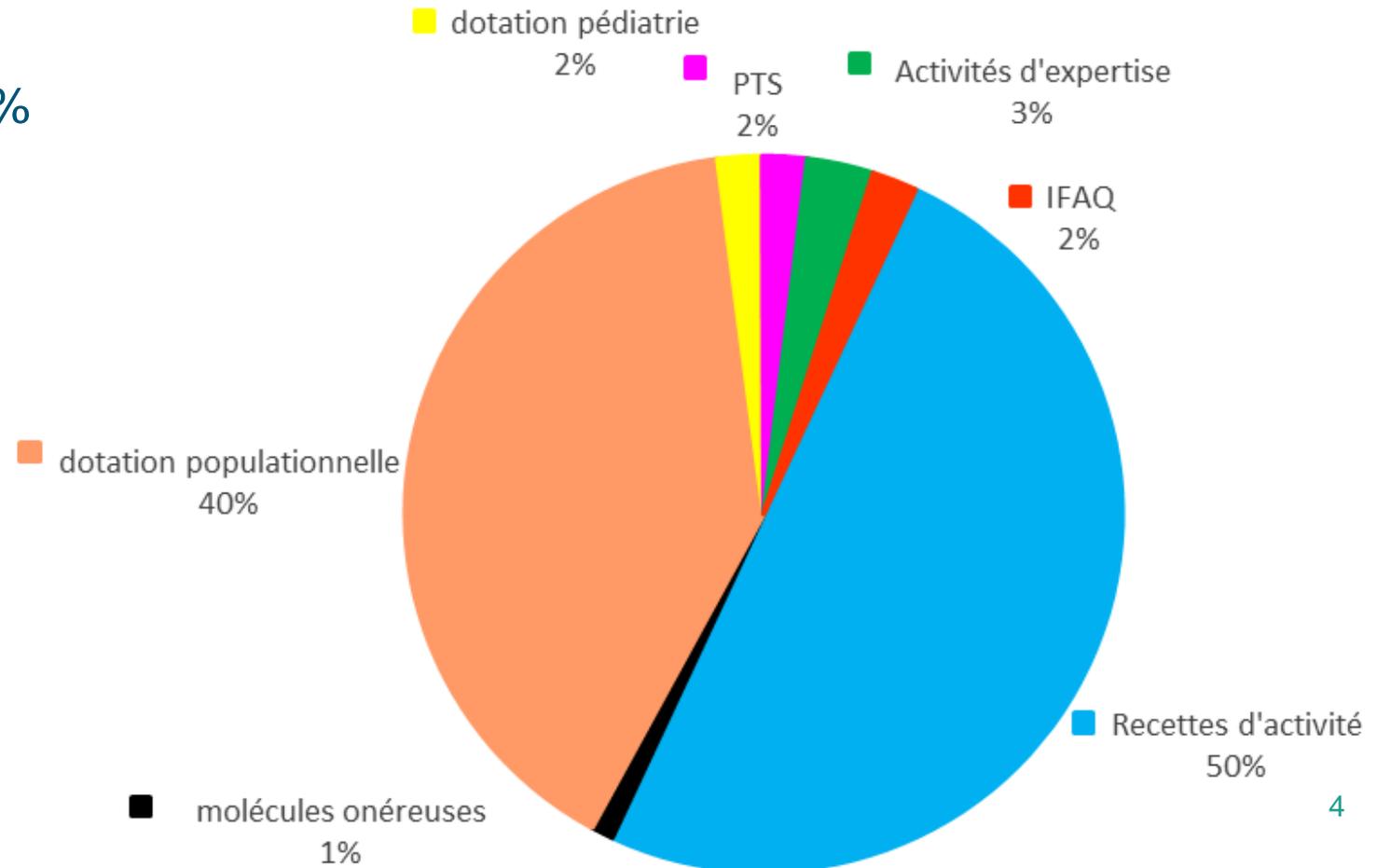
# Précisions de lecture du nouveau modèle



- La répartition des financements présentée dans ce document correspond à la structuration nationale des dépenses.
- Elle ne présume pas de la répartition des financements pour un établissement donné
- Deux établissements peuvent avoir une structure de financement différente
- Les différents compartiments peuvent relever d'une enveloppe ouverte (non limitative) ou fermée

# Structuration des dépenses nationales – nouveau modèle de financement

- Recettes d'activité : 50%
- Molécules onéreuses : 1%
- Dotation populationnelle : 40%
- Dotation pédiatrie : 2%
- Plateaux Techniques Spécialisés : 2%
- Activités d'expertise : 3%
- IFAQ : 2%





# Recettes d'activité

- Détermination de l'estimation de l'enveloppe nationale par application du nouveau modèle de classification sur l'activité 2019 pour neutraliser l'impact Covid (actualisation prévue avant mise en œuvre)
- Les établissements ont eu des simulations de financement sur la base de la nouvelle classification sur le 2<sup>ème</sup> semestre 2021 dans e-PMSI
- La nouvelle classification s'applique à compter de mars 2022
- Le financement sera mensuel comme en MCO
- Recettes ACE incluses



# Molécules onéreuses

- Même mode de financement quel que soit le statut de l'établissement
- L'enveloppe n'est plus fermée ; possibilité de toucher un intéressement ( $1/2$  du  $\Delta$  px tarif-px achat)
- 2 listes : MCO + spécifique SSR
- Rappel critères d'inscription sur la liste SSR :
  - La spécialité doit avoir pour au moins l'une de ses indications un SMR (Service Médical Rendu) important
  - Le médicament doit avoir un coût de traitement journalier (CTJ) par journée de SSR supérieur à 30% du montant moyen de journée valorisé
  - Le médicament et ses génériques doivent avoir un CTJ supérieur au CTJ de référence
  - Le médicament biologique et ses biosimilaires doivent avoir un CTJ supérieur au CTJ de référence
- Financement mensuel comme en MCO



# Plateaux Techniques Spécialisés (1/5)

- Même périmètre que la MIG actuelle :
  - Balnéothérapie, laboratoire d'analyse de marche et du mouvement, appareil d'isocinétisme, assistance robotisée des membres supérieurs, assistance robotisée des membres inférieurs, simulateur de conduite
- Financement sur une logique de modèle économique et non de coût réel : tient compte des unités d'œuvre et de l'activité
- Création de cahiers des charges spécifiques avec, pour chaque plateau, des composantes requises (conditions techniques de fonctionnement) et l'unité d'œuvre servant au financement
- À terme (échéance 2 à 3 ans) : mise en place d'un seuil (niveau d'activité) de déclenchement pour le financement du plateau



# Plateaux Techniques Spécialisés (2/5)



- Même mode de financement pour tous les établissements éligibles
- Les établissements pédiatriques sont éligibles au compartiment PTS
- Liste des établissements éligibles arrêtée par décision DG ARS
  - Arrêté annuel de la liste => elle est révisable chaque année
  - Décision ARS en fonction des critères d'éligibilité et du besoin (nouveaux plateaux)
- Entrée en vigueur de l'arrêté au 1<sup>er</sup> janvier suivant sa publication
- Le 1<sup>er</sup> arrêté devra être pris avant le 31 déc. 2022 pour mise en œuvre 2023



# Plateaux Techniques Spécialisés (3/5) : modèles économiques

Plateau	Niveau / Module	Unité de compte pour financement	Modèle	Niveau du forfait / an
Balnéothérapie	n. a.	m <sup>3</sup> x	Forfait variable + Forfait fixe	Voir diapo suivante
Isocinétisme	n. a.	Nombre de machines x	Forfait	20 k€
Analyse quantifiée de la marche et du mouvement	Niveau 1	Nombre de laboratoires x	Forfait	22,3 k€
	Niveau 2			140 k€
Rééducation assistée du membre supérieur	Module 1	Nombre de machines x	Forfait	24,5 k€
	Module 2			14,9 k€
Plateau de rééducation intensive des membres inférieurs	n. a.	Nombre de machines x	Forfait	57,5 k€
Plateau de rééducation du retour à la conduite	Simulateur	Nombre de machines x	Forfait	14 k€
	Véhicule			8,5 k€



# Plateaux Techniques Spécialisés (4/5) : Focus Balnéothérapie

- Seul PTS associant une part fixe et une part variable dans son financement
  - La part fixe est celle correspondant au volume du bassin
  - La part variable se calcule par palier (les premiers m<sup>3</sup> ne sont pas valorisés au même prix que les derniers)
  - Il existe un volume minimal pour le bassin (25 m<sup>3</sup>)

Taille du bassin	Part variable	Forfait fixe
Balnéothérapie de 25 à 49m <sup>3</sup>	(nb m <sup>3</sup> ) x 1 731,00 €	12 500,00 €
Balnéothérapie de 50 à 99m <sup>3</sup>	49 x 1 731€ + (nb m <sup>3</sup> entre 50 et 99) x 973 €	20 000,00 €
Balnéothérapie de 100 à 199m <sup>3</sup>	49 x 1 731€ + 50 x 973€ + (nb m <sup>3</sup> entre 100 et 199) x 643 €	30 000,00 €
Balnéothérapie plus de 200m <sup>3</sup>	49 x 1 731€ + 50 x 973€ + 100 x 643 € + (nb m <sup>3</sup> 200 et plus) x 547 €	30 000,00 €

## EXEMPLE 1 :

Une balnéothérapie de 67 m<sup>3</sup> sera financée à hauteur de

$$49 \times 1\,731\text{€} + (67 - 49) \times 973\text{€} + 20\,000\text{€} = \mathbf{122\,333\text{€}}$$

Cf. graph diapo suivante

## EXEMPLE 2 :

Une balnéothérapie de 250 m<sup>3</sup> sera financée à hauteur de

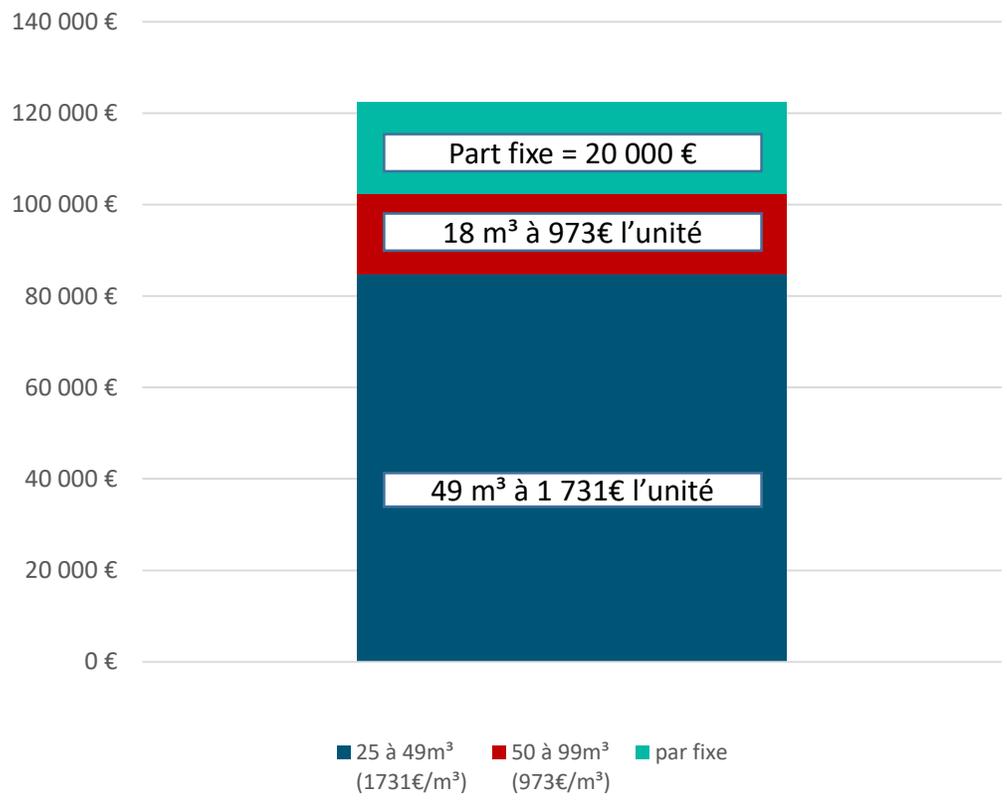
$$49 \times 1\,731\text{€} + 50 \times 973\text{€} + 100 \times 643\text{€} + (250 - 199) \times 547\text{€} + 30\,000\text{€} = \mathbf{255\,666\text{€}}$$

Cf. graph diapo suivante

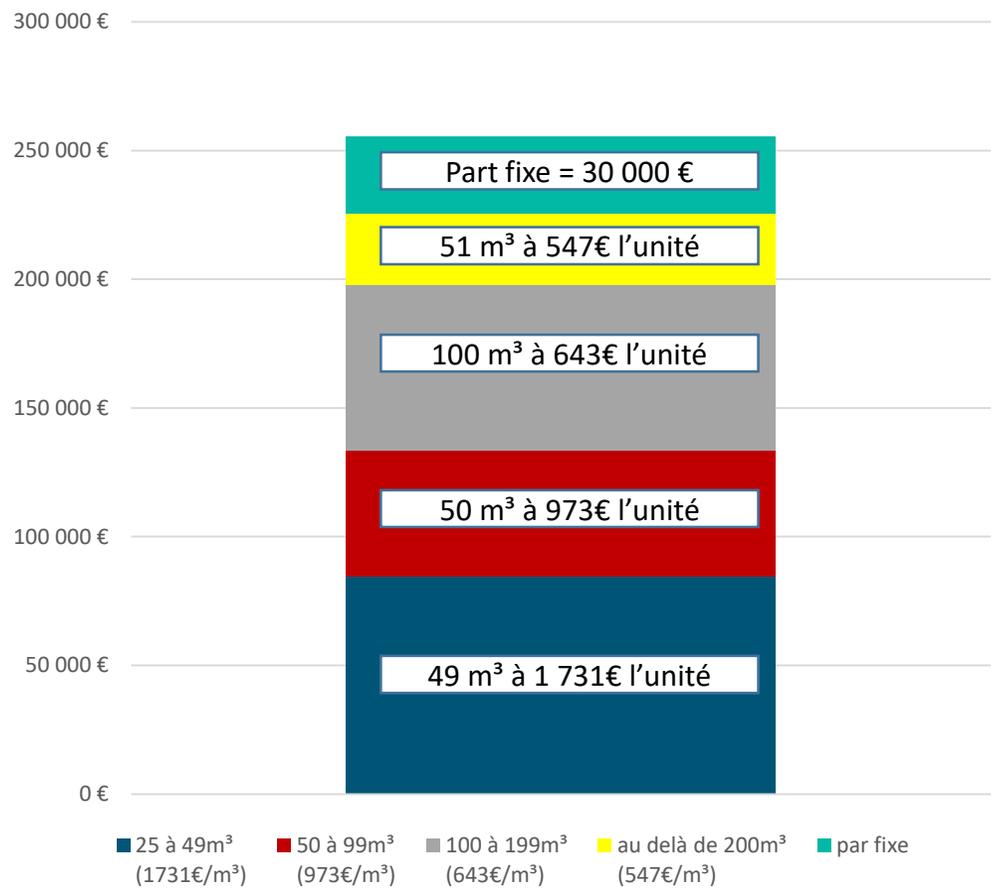


# Plateaux Techniques Spécialisés (5/5) : Focus Balnéothérapie

## ➤ Balnéo de 67 m<sup>3</sup> - décomposition du financement



## ➤ Balnéo de 250 m<sup>3</sup> - décomposition du financement





# Activités d'expertise (AE – 1/3)

- 12 activités identifiées
  - Les équipes mobiles d'expertise en réadaptation neuro-locomotrice
  - La prise charge en réadaptation neuro-orthopédique
  - La prise en charge en services de réadaptation post-réanimation (SRPR)
  - La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN)
  - Les unités de soins dédiées aux personnes en état de conscience altérée (EVC / EPR)
  - La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire (PREPAR)
  - La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique (PREPAC)
  - La prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés
  - La prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive
  - La prise en charge des lésions médullaires
  - La prise en charge des obésités complexes
  - La prise en charge des patients amputés, appareillés ou non
  
- Création de cahiers des charges spécifiques pour l'éligibilité des établissements avec, pour chaque activité, un descriptif :
  - Des missions et de l'organisation
  - Du contenu de la prise en charge
  - Des conditions techniques de fonctionnement



## Activités d'expertise (AE – 2/3)

- 2 modèles de financement :
  - Financement 100% : tous les coûts sont réputés couverts
  - Financement des surcoûts : vocation à financer l'expertise en comparaison à la même PEC par une structure non experte.
- 3 méthodes d'estimation des coûts / surcoûts :
  - Groupe 1 : surcoût calculé au lit ou à l'équipe
  - Groupe 2 : surcoût par journée produite au réel pour les activités repérables directement dans le PMSI
  - Groupe 3 : surcoût par journée produite sur la base d'une hypothèse pour les activités non repérables
    - Hypothèse retenue : l'AE représente 25% de l'activité de l'établissement sur la discipline concernée (taux identique pour toutes les activités)
- Concernant le groupe 3 : discussion avec l'ATIH pour identifier des marqueurs de ces activités dans le PMSI pour suivre et ajuster le financement => objectif : 3 à 4 ans
- L'identification des AE d'un établissement se fait via une inscription dans son CPOM ; possibilité d'avenant ou de reconnaissance contractuelle
- Les établissements pédiatriques ne sont pas éligibles : la pédiatrie est une AE par nature => dotation spécifique



# Activités d'expertise (AE – 3/3)

Groupe d'activité	Activité	Périmètre du financement	Unité de compte	Source du recueil	Détail unité de mesure	Calibrage
Groupe 1	Equipe Mobiles	100%	Equipe	MIG actuelle		Coûts réels
	EVC-EPR	100%	Lits	Enquête ARS	Lits au sein d'unités dédiées	Capacitaire * Tarif journée DMA * 365
	SRPR	Surcoûts	Lits	Enquête ARS	Lits au sein d'unités dédiées	Capacitaire * Surcoûts
Groupe 2	Obésité Complexe	Surcoûts	Journées	PMSI	GME du GN 1006 avec IMC >40 et GME de niveau 2 avec IMC >30	Journées * surcoûts
	Blessés médullaires	Surcoûts	Journées	PMSI	GME des GN 0134 et 0137	Journées * surcoûts
Groupe 3	PREPAR	Surcoûts	Journées	PMSI	25% de l'activité	Journées * surcoûts
	PREPAC	Surcoûts	Journées	PMSI	25% de l'activité	Journées * surcoûts
	PREPAN	Surcoûts	Journées	PMSI	25% de l'activité	Journées * surcoûts
	TC sévères	Surcoûts	Journées	PMSI	25% de l'activité	Journées * surcoûts
	TC addictologie	Surcoûts	Journées	PMSI	25% de l'activité	Journées * surcoûts
	Neuro-orthopédie	Surcoûts	Journées	PMSI	25% de l'activité	Journées * surcoûts
	Amputés	Surcoûts	Séjours	PMSI	25% de l'activité	Séjours * surcoût



# Dotation pédiatrie et IFAQ

## DOTATION PÉDIATRIE

- Les SSR pédiatriques ont besoin de ressources spécifiques
- Objectif de la dotation : rééquilibrage sur la base des besoins et non de l'existant
- Logique « populationnelle » mais rééquilibrage « à la main »
- Permet le maintien a minima des recettes historiques (couvre l'écart entre le nouveau modèle et le financement historique)
- Évolution de l'enveloppe régionale par validation DGOS sur la base de projets portés par les établissements et soutenus par les ARS
- Fonctionnement proche d'une MIG : basé sur des échanges et non mathématique

## IFAQ

- Pas de changement lié à la réforme => seule la taille de l'enveloppe évoluera à la hausse



# Dotation populationnelle régionale

- Objectif de la dotation : rééquilibrage territorial des financements sans région perdante
- « budget territorial » permettant de répondre aux besoins en tenant compte des caractéristiques du territoire
- Détermination de la masse financière dédiée : ce qui reste de l'enveloppe globale SSR après détermination des autres compartiments (à ce jour : 40%)
- La dotation populationnelle régionale est répartie pour le 1<sup>er</sup> exercice au prorata des masses financières historiques, tous secteurs confondus
- Une dotation théorique régionale est calculée et permet d'identifier les régions « sous-dotées »
- Le rattrapage entre région se fera sur plusieurs années avec des taux d'évolution différenciés :
  - Évolution minimale selon un taux socle pour toutes les région
  - Application d'un taux majoré différencié pour les régions identifiées (i.e. celles qui ont une dotation réelle inférieure à la dotation théorique modélisée)



# Dotation populationnelle – déclinaison pour les établissements

- À l'échelle d'un établissement, il s'agit d'une dotation issue de la dotation populationnelle du territoire et pas d'une dotation populationnelle stricto sensu : son montant n'est pas mathématique (ça peut l'être mais ce n'est pas le but)
- ATTENTION aux 1ères simulations qui pourraient être produites avant la déclinaison régionale officielle => effet revenu non prédictif au niveau établissement
- L'organisation de l'enveloppe territoriale n'est ni modélisée, ni figée :
  - Les modalités de délégation doivent répondre aux besoins de chaque région
  - Chaque région pourra s'appuyer sur une liste de critères pré-définis
- Le Comité d'allocation de ressource émet un avis notamment sur les critères retenus pour le modèle régional (voir diapos suivantes)



# Comité d'allocation de ressources (CAR) et gouvernance régionale (1/2)

- Une section SSR devra être créée au sein du comité régional d'allocation de ressources
- Composition :
  - De 5 à 10 représentants des fédérations présentes sur le territoire
  - 2 représentants des associations d'usagers et de représentants des familles
- Modalités de désignation :
  - Le nombre de représentants est arrêté par le DG ARS, notamment au vu du nombre d'établissements au global et par fédération
  - À partir de 2 représentants pour une fédération, il y doit y avoir un représentant de la communauté médicale

**RAPPEL** : les groupes tels que l'UGECAM, la Croix-Rouge ou Filieris ne sont pas considérés comme des fédérations et n'ont, a priori, pas vocation à intégrer le CAR

# Comité d'allocation de ressources (CAR) et gouvernance régionale (2/2)

➤ La section est consultée sur :

- Les critères de répartition de la dotation populationnelle régionale
- Les modalités de répartition de la dotation pédiatrie

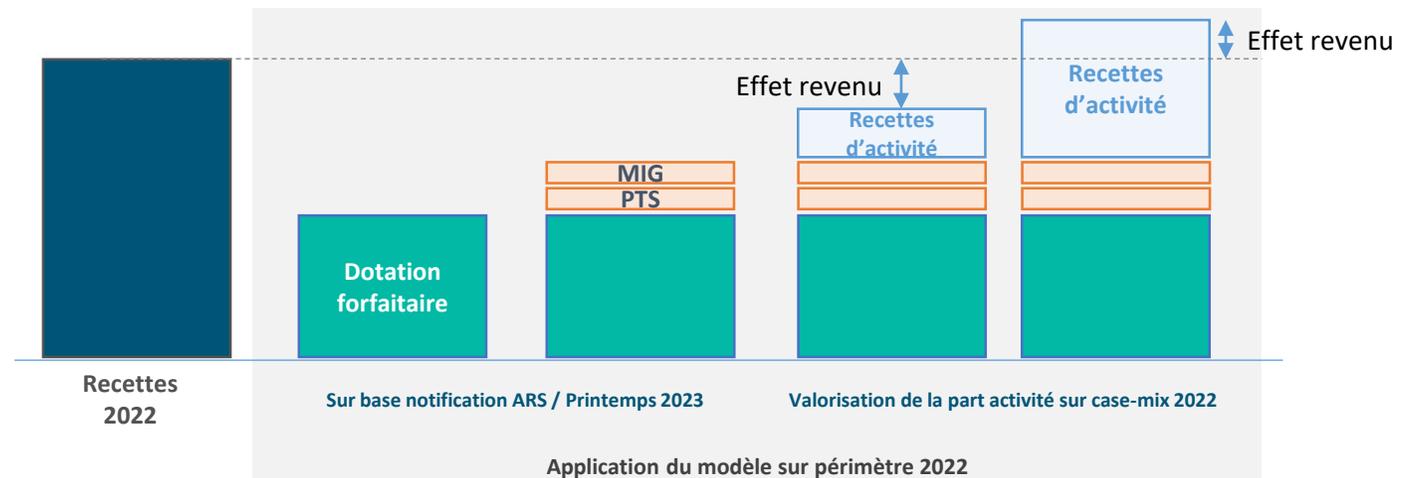
au moins 1 mois avant  
l'allocation effective des  
ressources aux établissements

- Les thématiques et modalités de choix sur lesquelles l'ARS souhaite procéder à des avis d'appel à projet
- Les objectifs de transformation de l'offre de soins en SSR

➤ Elle se réunit a minima 2 fois par an

# Période de transition (1/3)

- Transition sur 3 ans : 2023 – 2025
- À compter de 2026 : financement à 100% selon le nouveau modèle
- Le mécanisme de transition servira à amortir les effets revenus pour les établissements
  - Amortissement de la baisse pour les établissements perdants
  - Pour les établissements gagnants, minoration du gain (« vases communicants »)
- L'effet revenu est calculé une seule fois en début de transition => c'est un montant qui est arrêté et non un pourcentage des recettes :
  - Application du nouveau modèle de financement à l'établissement sur la base de l'activité 2022 pour le compartiment activité
  - Comparaison avec les recettes 2022 (tenant compte de la garantie de financement mais pas des recettes exceptionnelles)



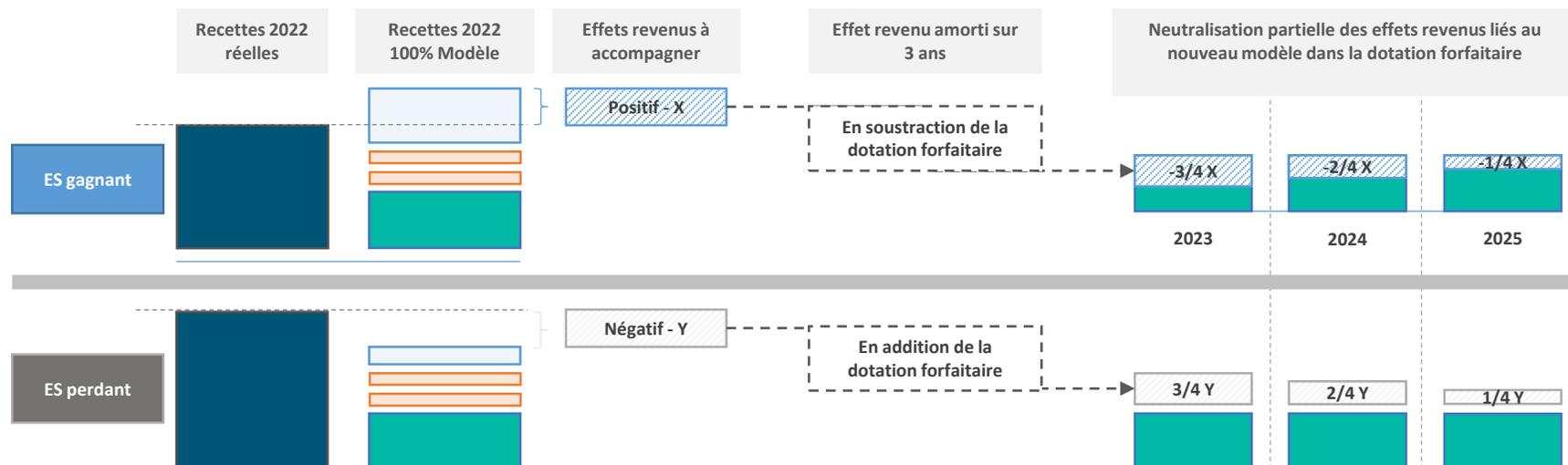
# Période de transition (2/3)

- Pour les établissements « gagnants » : effet revenu amorti sur 3 ans par déduction d'une partie du montant de la dotation forfaitaire
- Pour les établissements « perdants » : effet revenu amorti sur 3 ans par addition d'une partie du montant à la dotation forfaitaire
- Identification a priori d'une trajectoire de dégressivité de la compensation

**Début 2023, chaque établissement connaîtra son point de départ, son point d'arrivée ainsi que la trajectoire pour l'atteindre**



**L'exemple ci-dessous est purement théorique : les trajectoires de dégressivité ne sont pas définies à ce jour**



# Période de transition (3/3)

- L'effet revenu sera aussi impacté par les évolutions de l'OD SSR : l'évolution est forcément répartie entre les tarifs et les compartiments
- Ce mécanisme permet de neutraliser l'effet revenu à la baisse pour les établissements ayant un effet négatif modéré

**Il n'y a pas nécessairement, à périmètre constant, de perte financière directe pour les établissements**

- Les effets revenus des évolutions d'activité post 2022 sont appliqués à 100% : c'est un effet de développement de l'activité et non un effet du modèle qui ne peut être calculé qu'à périmètre constant

# Merci de votre attention



7 bis allée de l'Île Gloriette, 44093 NANTES Cedex

02 53 52 62 97 – [activitemed@mapes-pdl.fr](mailto:activitemed@mapes-pdl.fr)

[www.mapes-pdl.fr](http://www.mapes-pdl.fr)