



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Liberté
Égalité
Fraternité

Point sur la réforme du financement des SSR

jeudi 29 septembre 2022

DGOS

Céline Moreau – Adjointe du bureau R4 (Prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale)

Yacine Lachkhem – Chargé de mission R4

Sommaire

1. Contexte
2. Structure générale du modèle de financement
3. Le contenu de chaque compartiment de financement
4. La transition*
5. À l'ARS Pays-de-la-Loire

1. Contexte

Les raisons de la réforme - En synthèse

- Taux de recours / Taux d'équipement / Niveau de financement sont très hétérogènes en SSR entre territoires
- Or, le taux de recours en SSR est directement lié au taux d'équipement, lui-même dépendant du niveau de financement par habitant
- Les écarts sur la disponibilité de l'offre aboutissent de fait à des disparités dans l'accès aux soins
- Les modalités de financement actuelles expliquent en grande partie ces disparités
- Il est ainsi nécessaire :
 - D'homogénéiser les modalités de financement entre secteurs et territoires afin de corriger les incitations qui existent dans le modèle actuel et de corriger également les dynamiques d'activité qui peuvent dépendre des structures d'offre régionales
 - De disposer d'un vecteur de financement qui permette d'assurer un rééquilibrage proactif des financements et de l'offre, en cohérence avec le besoin

2. Structure générale du modèle de financement des SSR

Des modalités de financement combinées pour apporter une réponse plus adaptée aux besoins de prise en charge en SSR et soutenir la transformation du secteur

Le futur financement combiné des établissements SSR associera

Pour quel objectif ?

La reconnaissance en temps réel des dynamiques d'activité, basée sur un outil de description amélioré

Maintenir la réactivité des établissements tout en responsabilisant les acteurs et en agissant sur la pertinence des prises en charges

La prise en compte du besoin de santé réel des territoires, indépendamment de la structuration actuelle de l'offre

Réduire les inégalités régionales et donner aux acteurs territoriaux les leviers financiers nécessaires à la transformation de l'offre, en réponse à des besoins et des pratiques en évolution constante

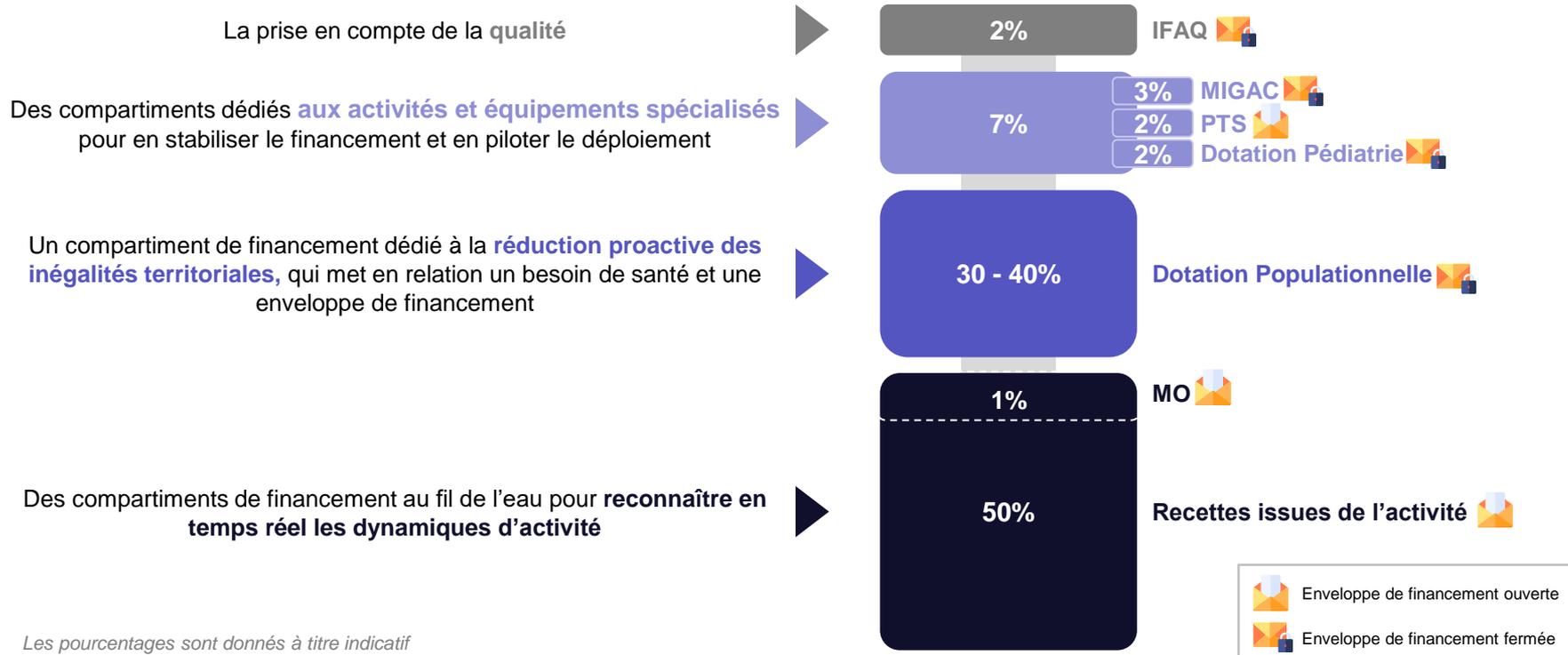
Une attention particulière portée aux activités d'expertise et équipements spécialisés

Stabiliser le financement et piloter le déploiement des structures et équipements très spécialisés

La prise en compte de la qualité

Renforcer les démarches qualité au sein des établissements

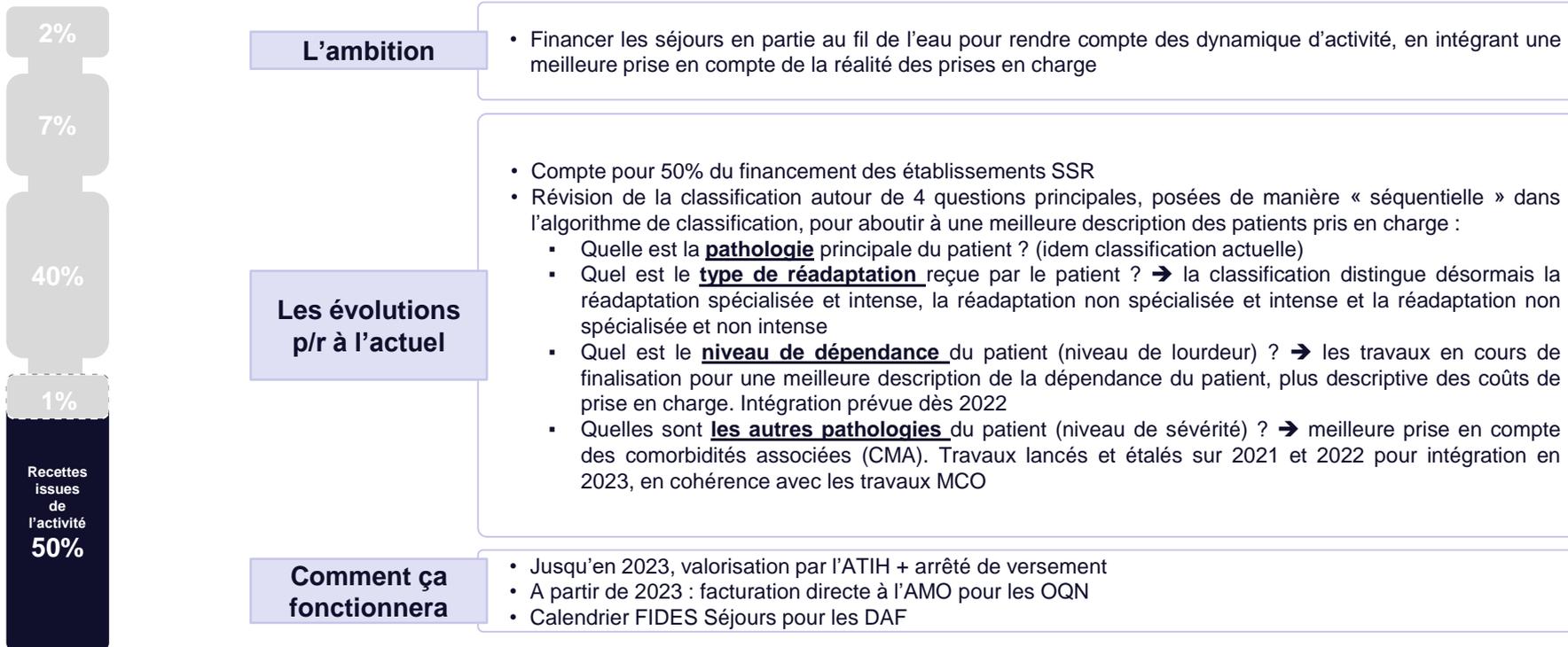
La combinaison de plusieurs modalités de financement au service des enjeux stratégiques du secteur



3. Les détails des compartiments de financement

Recettes issues de l'activité

Les recettes directement issues de l'activité visent à reconnaître en temps réel les dynamiques d'activité, quantitativement et qualitativement



Les informations et outils relatifs au compartiment activité ont été mis à disposition des acteurs

La nouvelle classification, condition indispensable au déploiement du compartiment activité, est utilisée depuis le 1^{er} janvier 2022

Le déploiement anticipée de la nouvelle classification a été rendu possible par le déploiement d'actions et d'outils innovants conçus spécifiquement afin d'assurer l'appropriation des acteurs

Un webinaire
d'information au sujet
de la nouvelle
classification

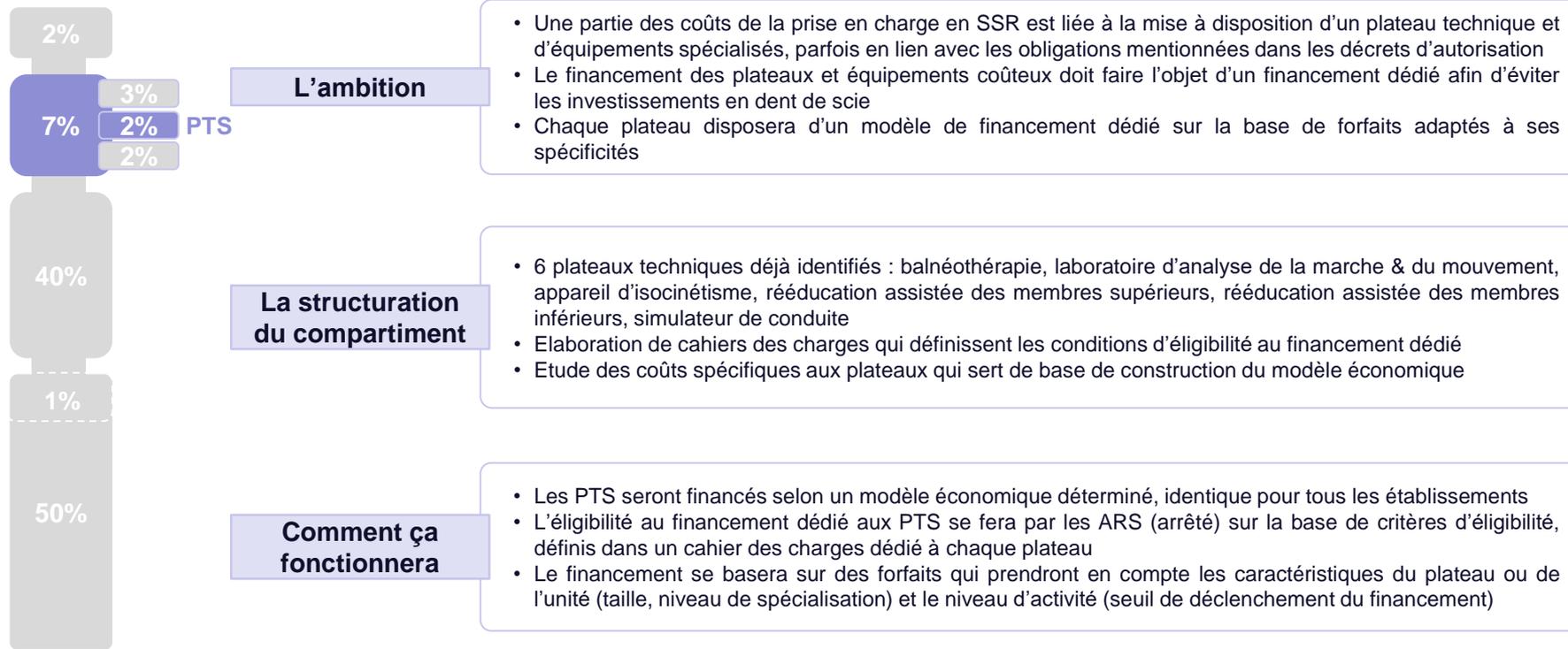
Un outil pédagogique
interactif

La publication du
manuel de groupage le
9 juillet 2021

Une expérimentation de
la nouvelle
classification en
situation réelle dès les
remontées M8 2021

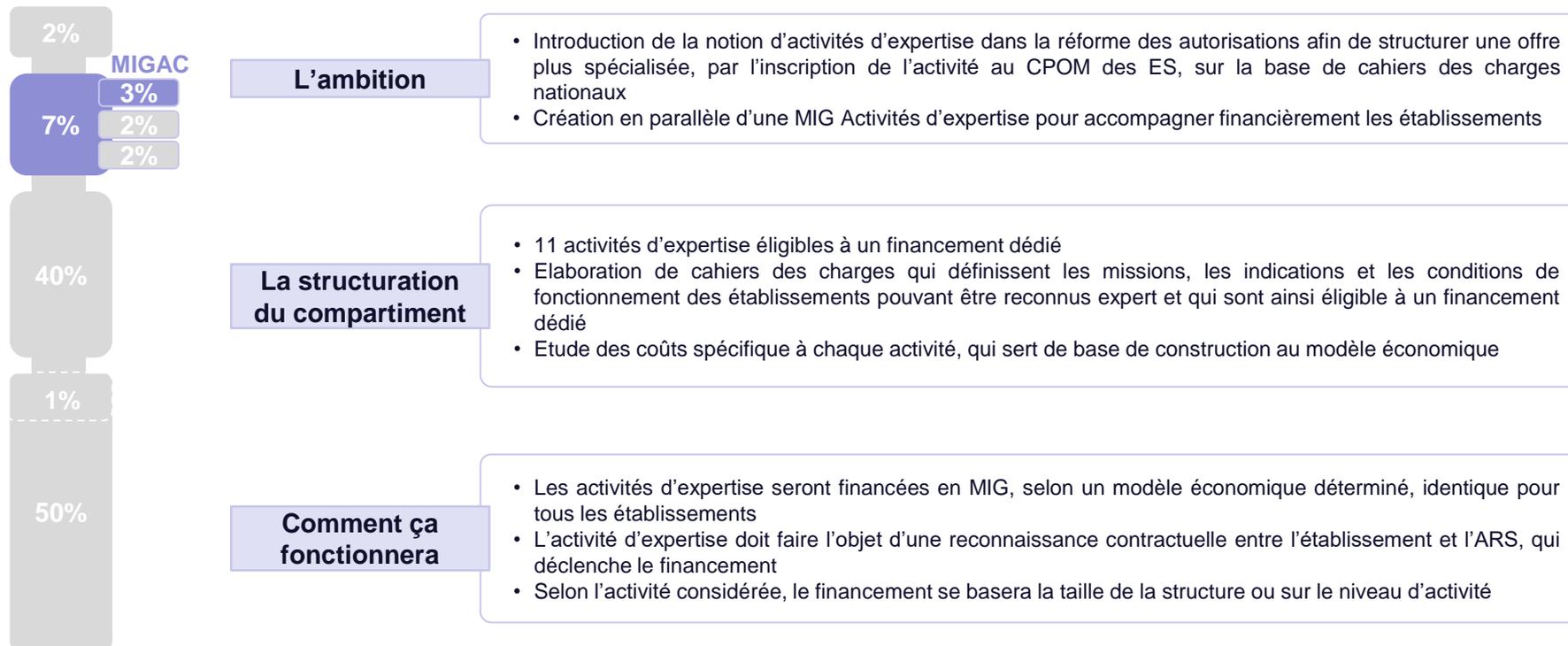
Plateaux Techniques Spécialisés

Le financement des PTS se fera sur la base d'un modèle économique qui tiendra compte des unités d'œuvre et du niveau d'activité



Activités d'expertise

Certaines activités très spécifiques, bénéficiant aujourd'hui d'un accompagnement financier ad hoc des ARS, doivent faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre du nouveau modèle



L'émargement au financement spécifiques relatifs aux activités d'expertise s'inscrira dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS

- Dans la suite de la réforme des autorisations en cours, un arrêté listera les activités d'expertise
- 12 de ces activités font l'objet d'un financement spécifique
- L'établissement doit faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle par l'ARS pour cette activité afin de le rendre éligible au financement
- Une enquête a été menée auprès des ARS afin d'identifier les établissements qui portent ces activité actuellement

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

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

La reconnaissance au sein du modèle de financement des activités d'expertise est un des facteurs clés de la réussite de la réforme

Mise en cohérence de la démarche

- Chaque activité est définie au sein d'un cahier des charges dédié
- Une enquête sur les coûts qui identifier et évalue les postes de charges directes et indirectes pour chaque activité

Recensement des charges spécifiques et des surcoûts de chaque activité à partir de l'enquête de coûts

Les charges prise en compte

- Surcôt de l'effectif des équipes
- Avis et RCP
- Astreinte
- Formation
- Charges d'équipement
- Prise en compte des frais de structure
- Surcôt médicamenteux ou examens complémentaires

Elaboration d'un modèle de financement spécifique/activité

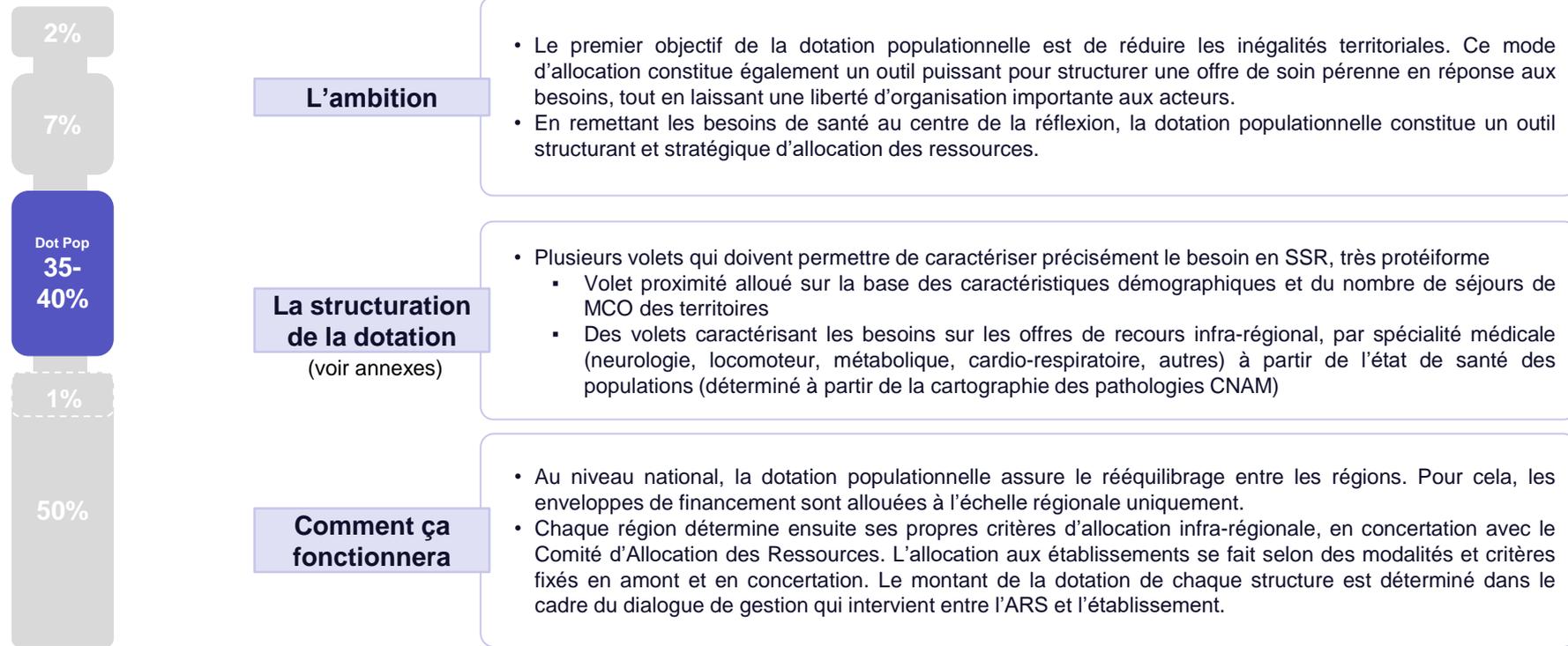
- **Le financement des activités d'expertise** permettra de compléter le financement non inclus dans les recettes issues de l'activité et de prendre en compte les surcoûts, tels qu'ils auront été évalués dans le cadre des groupes de travail

Évaluation de l'enveloppe globale

- Recensement des établissements éligibles par les ARS
- Simulation des ES éligibles

Dotation Populationnelle

La dotation populationnelle met en relation un besoin de prise en charge en SSR déterminé à partir de caractéristiques territoriales avec une enveloppe de financement



La dotation populationnelle : qu'est-ce que c'est ?

La dotation populationnelle est au service de la de transformation du SSR

- Un modèle d'allocation des ressources fondé sur une quantification **des besoins de santé**, approchés par les **caractéristiques des populations et des territoires**, qui sont utilisés pour ventiler les financements entre territoires afin de neutraliser les effets d'offre ou de structures
 - Il ne peut exister d'équation mathématique qui conduise automatiquement de la dotation populationnelle régionale à la dotation par établissement - Cela reviendrait à nier les spécificités régionales et la liberté d'organisation des acteurs locaux (ARS et établissements), éventuellement contractualisée
 - Au niveau établissement, il serait plus juste de parler d'une dotation issue de la dotation populationnelle régionale qui sera allouée par l'ARS dans le cadre d'une gouvernance repensée
- Par sa mécanique d'allocation, la dotation populationnelle permet de corriger les **inégalités territoriales constatées sur l'offre** sur la base des déterminants du recours au SSR
 - Le **rythme du rééquilibrage** porté par la dotation populationnelle a été construit en concertation pour combiner deux enjeux antagonistes : stabilité et lisibilité pour les établissements vs. correction des écarts de financement de l'autre

Parmi les modes d'allocation des ressources dans le système de santé, la dotation populationnelle occupe une place particulière

Un vecteur de financement **toujours combiné** avec d'autres modes de financement

- La **Dotation Populationnelle** est très distincte dans sa structuration et son fonctionnement des modes d'allocation mécanistes (à l'activité ou au forfait par exemple)
- Elle permet **d'éviter les effets délétères** d'un financement uniquement à l'activité
- Mais elle ne permet ni de valoriser l'efficacité ou la qualité des différents offreurs, ni de s'adapter aux modifications rapides de l'environnement technique des soins

Un **outil puissant pour structurer une offre de soin**

- Un **dialogue de nature stratégique** doit s'instaurer **entre le régulateur et les offreurs de soins**, afin que d'une part les acteurs s'accordent sur la cible à atteindre et que, d'autre part, pour chacun des offreurs la feuille de route soit précisée
- Ce mode d'allocation doit permettre de structurer une offre de soin pérenne en réponse aux besoins, tout en laissant une liberté d'organisation importante aux acteurs

Un principe fort de construction : rattrapage et non une convergence

- Le rattrapage entre régions pose le principe « pas de région perdante » - En réalité, chaque région verra sa dotation populationnelle évoluer d'un taux minimal
- En conséquence, la dotation populationnelle fera uniquement varier les rythmes de croissance des enveloppes régionales
- Le besoin théorique permet de calculer une dotation théorique – L'écart entre celui-ci le financement actuel sert à moduler les rythmes de croissance
- La Dotation Populationnelle va progresser plus vite dans certaines régions que dans d'autres

La dotation populationnelle permet de renforcer la pertinence de l'allocation des ressources afin de corriger les inégalités territoriales

L'objectif : identifier les déterminants qui caractérisent le mieux le besoin SSR et qui **seront utilisés comme clé de répartition de l'enveloppe Dotation Populationnelle entre régions et territoires**

- L'hétérogénéité du besoin en SSR nécessite de structurer la Dotation Populationnelle en SSR en plusieurs volets afin de caractériser précisément le besoin SSR
 - Proximité
 - Recours infra-régional - Neurologie
 - Recours infra-régional – Locomoteur
 - Recours infra-régional - Cardio-respiratoire
 - Recours infra-régional - Métabolique – Digestif
 - Recours infra-régional - Autres
- Chaque volet correspondra à une part de la Dotation Populationnelle, réparti selon un modèle dédié
- La Dotation Populationnelle constitue ensuite un vecteur de financement unique

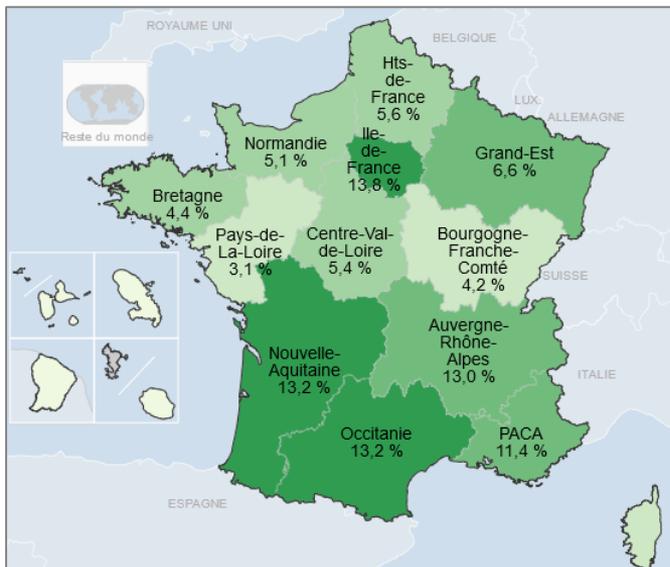
Quelques exemples de données populationnelles prises en compte

- Part de personnes âgées
- Nombre d'AVC aigu
- Nombre de patients atteints de sclérose en plaques, maladie de Parkinson, paralysie et autres affections neurologiques
- Nombre de personnes atteintes d'artériopathie oblitérante du membre inférieur, prothèses de genou, ligamentoplastie
- Nombre de personnes atteintes de cancer du poumon, maladies respiratoires chroniques
- Nombre de personnes atteintes de maladie valvulaire et syndrome coronaire aigu
- Nombre de personnes atteintes de diabète, de maladies du foie et du pancréas et obésité

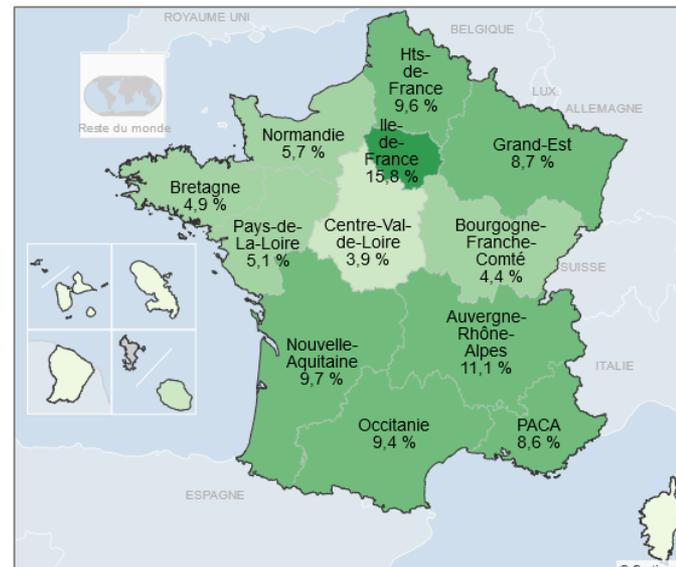
Le financement du volet de recours infra-régional cardio-respiratoire doit permettre le rattrapage suivant

Comparaison de la répartition entre régions des patients pris en charge en SSR pour un GN de recours infra-régional cardio-respiratoire

Réellement constaté



Théorique après application du modèle



La construction des modèles doit permettre de déterminer la trajectoire de chaque région, basée sur un besoin théorique

Pour chaque volet, le besoin théorique est déterminé par région, en nombre de patients...

... et sert de clé de répartition de la dotation populationnelle entre régions...

... dont le montant est ensuite comparé au financement actuel des SSR pour déterminer la trajectoire de rattrapage

	Volet 1	Volet 2	...
Région A	Nb patients théoriques		
Région B			
Région C			
Région D			

Volet 1 A	Volet 2 B	...	Total Dot Pop Théorique A+B+...
			€

Dot Pop Théorique	Financements actuels	Besoins de rattrapage
€	€	>0
€	€	>0
€	€	=
€	€	<0 → =

Les grandes lignes de la gouvernance régionale

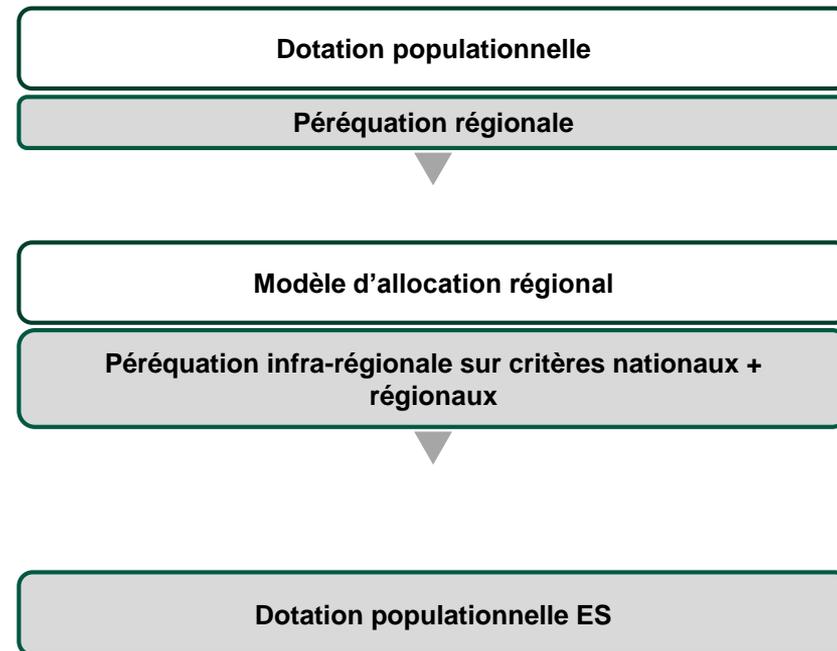
COPIL national

- Fixe les critères et pondération
- Partage le modèle national d'allocation entre régions

CCAR régional

- Fixe les critères retenus pour le modèle régional, en substitution/complément des critères nationaux

Allocation aux établissements



3 étapes dans la démarche d'allocation régionale qui associeront critères territoriaux et critères de description des profils des établissements

1

Sélection des critères régionaux de pondération de la population

- L'objectif ici est d'identifier les caractéristiques de la population qui expliquent le plus le besoin en SSR
- A minima, les paramètres utilisés dans le modèle national seront disponibles – ils pourront être complétés, après avis du CCAR, d'autres critères plus pertinents en région pour décrire le besoin

Critères territoriaux

2

Sélectionner la maille pertinente d'analyse territoriale

- Les critères sélectionnés à l'étape 1 devront être déclinés à la maille territoriale sélectionnée (les critères choisis devront donc être disponibles à cette maille) afin de déterminer les ressources disponibles par territoire
- Là encore, les paramètres utilisés dans le modèle national seront disponibles à l'échelle départementale – voire infra pour certains d'entre eux

3

Distribuer des ressources disponibles par territoire

- L'allocation aux établissements devra permettre d'évaluer la contribution des établissements à la réponse aux besoins
- Cette contribution se fera sur la base de critères propres aux établissements (voir diapositive suivante)

Critères établissements

Les critères d'allocation infra-régionale sont en cours d'élaboration

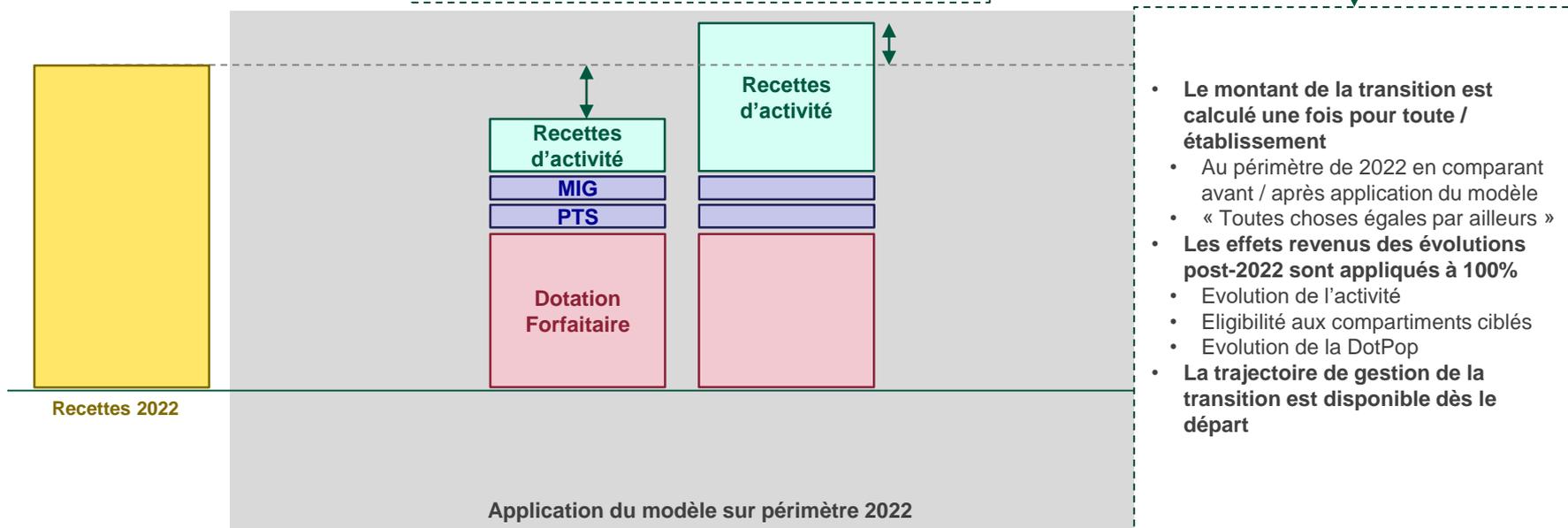
Catégorie de critères	Critère infrarégional
Profil d'activité de l'établissement	Description du case-mix de l'établissement par catégorie majeure et par groupe nosologique, niveau de réadaptation, lourdeur et dépendance
	Thématiques du projet médical ou d'établissement en cohérence avec le plan régional de santé
	Participation à un plan national de santé publique
	Taux de patients porteurs de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRE)
	Taux de patients précaires dans le case-mix de l'établissement
Organisation	Taux d'occupation
	Analyse de la dynamique d'activité, notamment ambulatoire
	Initiatives et projets spécifiques développés en réponse aux besoins de santé
	Adéquation de la durée moyenne de séjour au case-mix de l'établissement
Implantation territoriale de l'établissement	Caractéristiques de territoire : - Evolutions démographiques du territoire - Niveau de vie de la population du territoire - Taux de recours et de fuite aux soins de suite et de réadaptation des patients du territoire d'appartenance de l'établissement
	Caractéristiques de l'établissement : - Inscription dans les filières de prise en charge, par domaine d'activité et de pathologie
Stabilité financière	Montant issu de la part forfaitaire alloué l'année précédente

4. La transition

Un mécanisme de transition est mis en place pour amortir les effets revenus pour les établissements

Le mécanisme de transition sera calibré pour ne prendre en compte que l'effet revenu lié au nouveau modèle

En conséquence



5. A L'ARS PAYS DE LA LOIRE

- Un taux de recours faible et un solde attractivité/fuite négatif = une sous dotation de l'offre
- Nécessité d'objectiver les besoins sur la région des Pays de Loire = étude Altense sur l'organisation du SMR à horizon 2030.

- Un taux d'attractivité régional de 4.4% en 2021
- Un taux de fuite régional de 6,7% en 2021

solde négatif de -35 676 journées

Taux de recours standardisé en 2017 et 2021

	2017				2021			
	Journées*	Patients**	Indice Journées	Indice Patients	Journées*	Patients**	Indice Journées	Indice Patients
NATIONAL	501,66	12,49			423,15	10,18		
PAYS DE LA LOIRE	431,03	10,82	0,86	0,87	363,89	8,55	0,86	0,84
LOIRE-ATLANTIQUE	443,06	11,25	0,88	0,90	369,62	8,85	0,87	0,87
MAINE-ET-LOIRE	420,30	10,82	0,84	0,87	365,15	8,48	0,86	0,83
MAYENNE	432,11	10,11	0,86	0,81	341,07	7,97	0,81	0,78
SARTHE	460,05	10,51	0,92	0,84	374,73	7,93	0,89	0,78
VENDÉE	400,01	10,66	0,80	0,85	356,58	8,89	0,84	0,87

Un taux de recours standardisé le plus faible de la France métropolitaine

* Nombre de journées pour 1 000 habitants : calcul réalisé correspond aux journées consommées par les habitants de la zone quel que soit le lieu d'hospitalisation sur la population de cette zone

** Nombre de patients pour 1 000 habitants : patients hospitalisés en SSR (HC) de la zone quel que soit le lieu d'hospitalisation sur la population de cette zone



Le point de vue de l'ARS PDL

La réforme est l'occasion de :

➡ **Sortir d'un système à deux vitesses et homogénéiser les prises en charge**

- ✓ Pour l'ARS, la modalité de financement ou le statut ne doivent plus être une contrainte et le seul levier au développement de l'offre
- ✓ **Pour les ES sous OQN ou privés**, disposer d'un tarif homogène, quel que soit la région et quelle que soit l'autorisation
- ✓ **Pour les ES en DAF (public et ESPIC non OQN)**, de faciliter le développement d'activité jusque-là contraint par l'enveloppe DAF pré-déterminée et peu évolutive

➡ **Faciliter le soutien des projets nouveaux / développement d'activité, quel que soit le statut de l'Établissement** : lien avec l'organisation du SMR à horizon 2030

➡ **Développer le lien généré entre autorisations (prises en charge) et financement**

- ✓ Avec une meilleure gradation et visibilité de l'offre
- ✓ Une organisation facilitée en filières quelque soit le statut de l'établissement
- ✓ Le développement de l'ambulatoire



Le point de vue de l'ARS PDL

L'application concrète de la réforme soulève des interrogations :

➡ Application régionale de la Dotation Populationnelle :

Préserver l'organisation régionale et le dynamisme des SSR

- ✓ En permettant une juste modulation des financements entre les établissements de la région
- ✓ En développant des projets ou la montée en compétence dans certaines spécialités au-delà des recettes venant du compartiment « activité »



Des critères à définir ensemble en CCAR en tenant compte du point de départ historique et de l'impact de l'organisation du SMR à horizon 2030

➡ Activités d'expertise :

- ✓ Maintenir l'excellence de certaines activités d'expertise
- ✓ En déployer de nouvelles en fonction des besoins identifiés par l'amont ou la ville pour fluidifier des filières



Le point de vue de l'ARS PDL

Comment répartir la DotPop au niveau régional ?

➡ Création du Comité Consultatif d'Allocation des Ressources (CCAR) : Information des Fédération lors de la réunion mensuelle de septembre, envoi d'un courrier pour nomination des représentants titulaires et suppléants et 1^{ère} réunion d'installation prévue le 21 novembre 2022,

PDL : FHP : 1 siège / FEHAP : 4 sièges / FHF : 5 sièges / Représentants Usagers : 2 sièges = total 12 membres

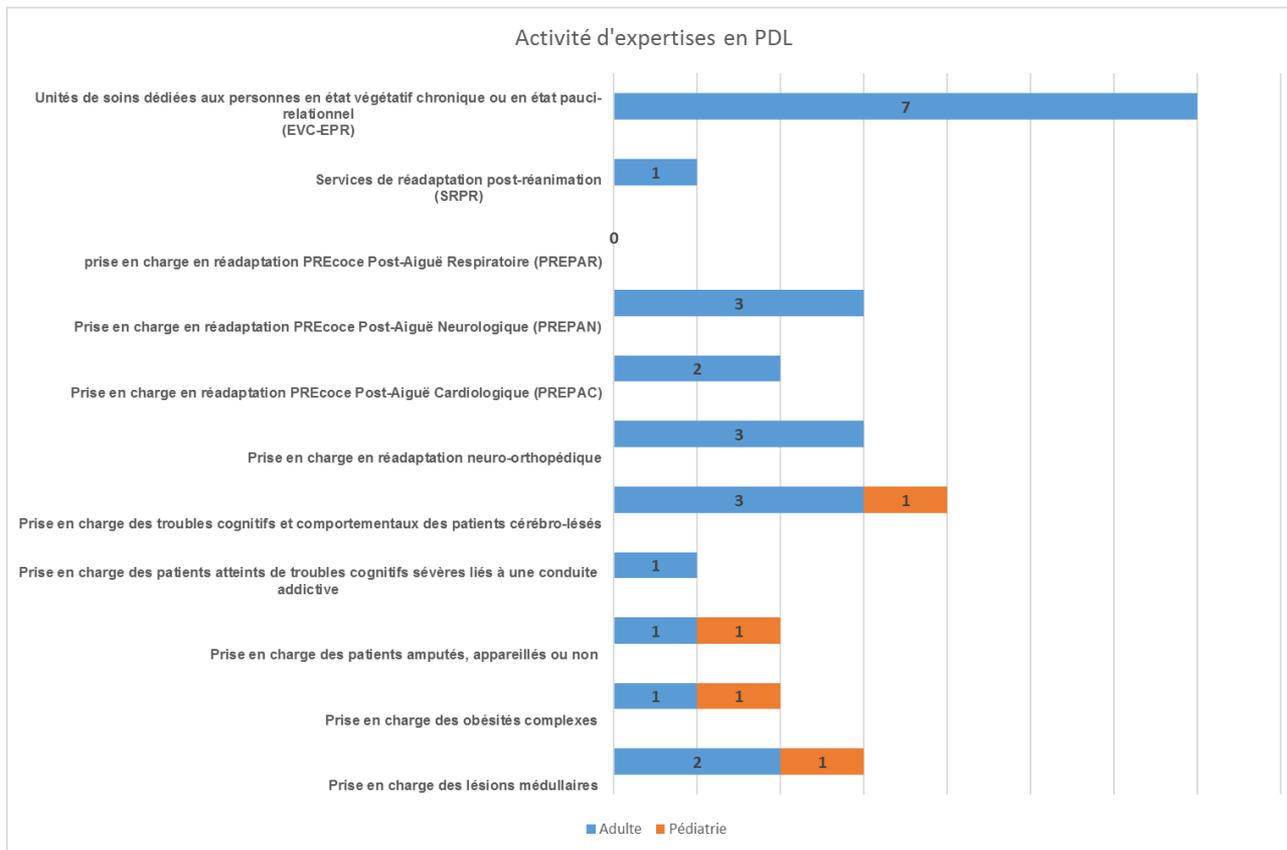
➡ Réflexion à co-construire avec le CCAR sur les indicateurs à utiliser :

- ✓ Préparation en lien avec l'ANAP d'un outil pour permettant d'avoir des indicateurs pertinents issus des bases de données (PDL positionné en tant que Beta Testeur)
- ✓ Projets s'inscrivant dans le cadre du PRS (organisation à horizon 2030) et/ou de priorités nationales
- ✓ Indicateurs territoriaux issus des données de l'INSEE : données démographiques, socio-économiques, et d'offre de soins médicale et para-médicale (rééducateurs) en ville, taux de précarité...
- ✓ Autres indicateurs : DMS, etc.

➡ Tout en prenant en compte le besoin de stabilité d'une année à l'autre et la nécessité de répondre aux nouveaux besoins de prise en charge

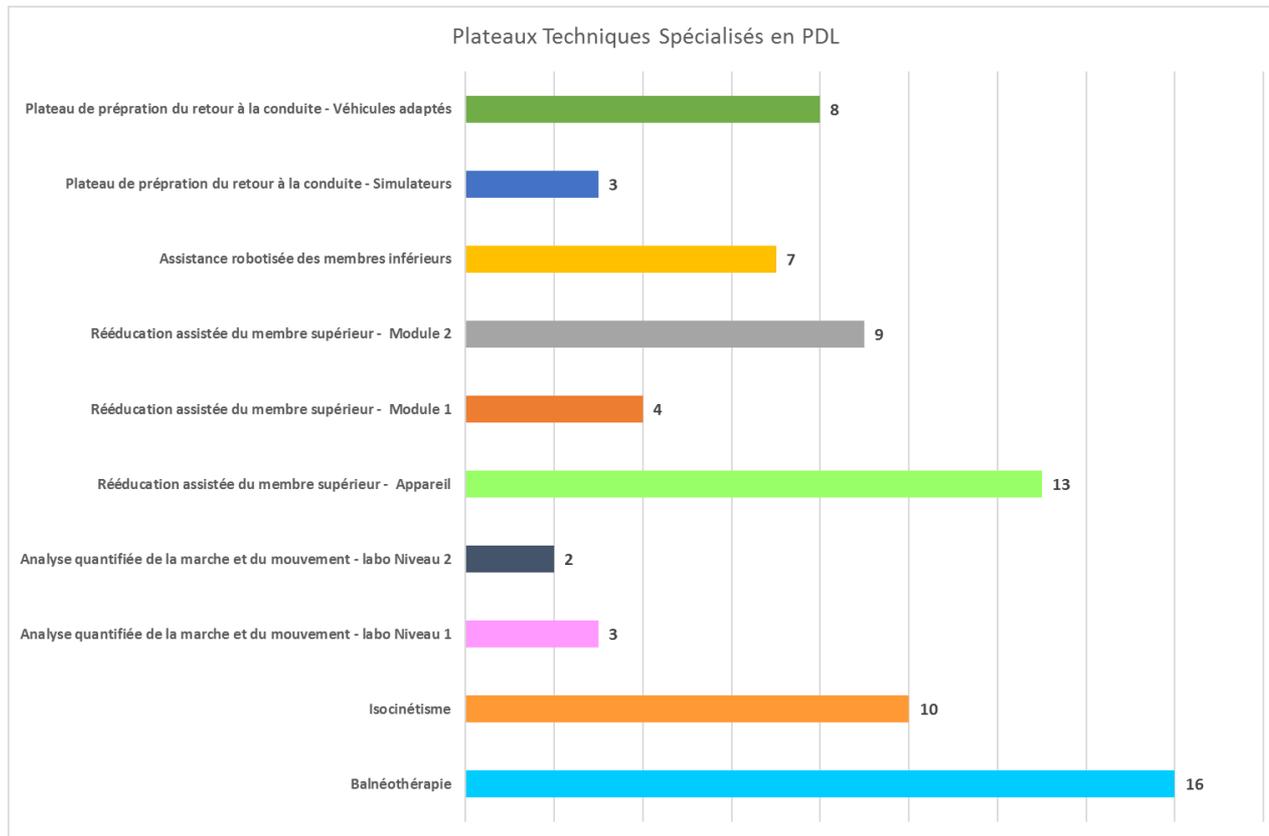
Activités d'Expertise en PDL

Des ajustements en cours sur les activités d'expertise pour une contractualisation fin 2022



Plateaux Techniques Spécialisés en PDL

Des mises à jour à faire
suite à des nouveaux
plateaux depuis l'enquête
de juillet 2021
Arrêté du DGAS au
31/12/2022





Retrouvez plus d'information sur
www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr
et sur nos réseaux sociaux