



Ministère de la Santé,
de la Jeunesse
et des Sports



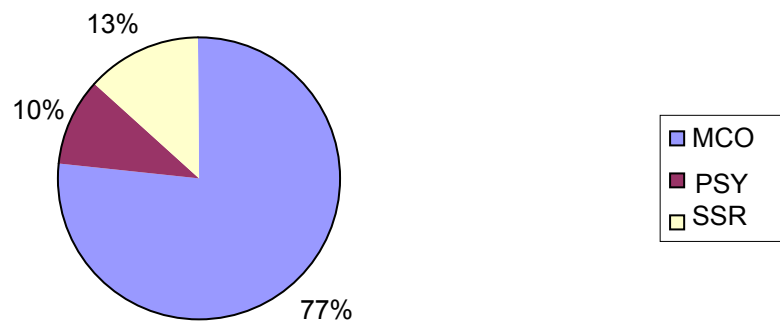
Agence Technique
de l'Information
sur l'Hospitalisation



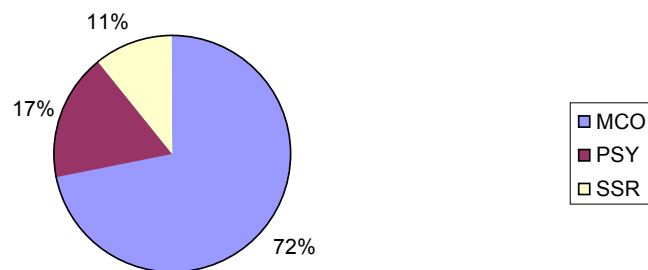
Vers un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR

Quelques chiffres au plan macroéconomique

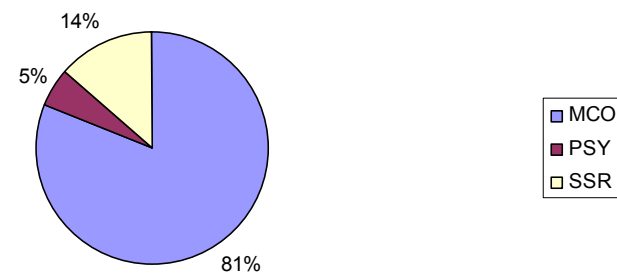
Répartition des dépenses hospitalières en 2006



Répartition des dépenses de santé pour les établissements publics et PSPH en 2006

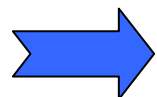


Répartition des dépenses de santé pour les établissements privés en 2006



Mettre en place un système d'allocation de ressources :

- **plus équitable, c'est-à-dire fonction du poids et de la nature de la prise en charge**
- **incitatif à une utilisation optimale des ressources disponibles**



En lien avec les textes portant sur les autorisations & les conditions de fonctionnement des activités SSR

Le champ d 'application :

Tous les établissements de SSR ont vocation à entrer dans un modèle d'allocation de ressources :

- **cohérent avec le champ MCO**
- **commun au secteur sous DAF et au secteur sous OQN**

- **Diversité des typologies d'établissements et des offres de soins :**
 - créneau « étroit ou large » en terme de prise en charge, MECS, maisons de régime, hôpitaux locaux, établissements de réadaptation lourde avec appareillage, ...
- **Prise en compte d'éléments structurels spécialisés différents d'un établissement à l'autre**
- **Lien direct avec les CPOM et les OQOS**

Un problème : la gestion des calendriers

- **La nécessité d'une nouvelle classification et de la connaissance des coûts pour asseoir les tarifs (nouvelle ENC-SSR) conduit à la mise en œuvre d'un « modèle cible » parfaitement stabilisé en 2011, voire 2012**
 - ✓ **alors qu'il est important d'éviter un « effet-tunnel »**
 - ✓ **pour répondre aux demandes des acteurs d'une évolution rapide du financement des activités de SSR**
 - ✓ **pour répondre à des exigences ponctuelles et immédiates (médicaments, dialyse....)**

- Proche, par assimilation, du modèle MCO
- Composé de 4 compartiments
 - « **Activité** » avec des tarifs
 - « **MIGAC** » (éventuellement MERRI)
 - « **Médicaments Onéreux** »
 - « **Plateaux techniques spécialisés** »

Une nouvelle classification

- à partir de données de coût : ENC à méthodologie commune (démarrage prévu dès 2009)
- utilisant les informations d'un nouveau recueil à définir
- détermination de la séquence de soins : séjour, semaine, journée ou modèle mixte
- compatible avec les futurs décrets SSR

Le compartiment « Médicaments Onéreux »

- **Objectifs :**
 - permettre certaines délégations de traitement du secteur MCO au secteur SSR (Ex : dialyse, chimiothérapie)
 - permettre l'accès à toutes les thérapeutiques justifiées, même innovantes
 - favoriser les flux entre le MCO et le SSR
- **financement des médicaments onéreux en sus des tarifs**
- **liste reprenant le contenu de la liste MCO avec quelques ajouts spécifiques au SSR**
- **avec engagement sur le contrat de bon usage**

- **Les MIG définies pour les missions**
 - devant être maintenues quel que soit le niveau d'activité
 - pour lesquelles il est difficile d'identifier des financements en lien avec l'activité
- **Les AC allouées par les ARH**
 - sur la base de critères objectifs
 - essentiellement pour l'accompagnement des restructurations prévues par le SROS
- **Les MIGAC seront déterminées à partir de l'analyse des retraitements comptables**

Le compartiment « plateaux techniques spécialisés »

- **Intégration de plateaux techniques très spécialisés dans le modèle**
- **Prise en compte de métiers très différents et de charges dispersées ...**
- **Réflexion sur le regroupement du financement du compartiment MIGAC et du compartiment “plateaux techniques spécialisés”**
- **En lien avec les CPOM et les projets de décrets**

En attendant le modèle cible...

une montée en charge progressive, par
étapes, intégrant la notion de
Modèle de Transition

Principes du modèle de transition

- Pour le compartiment « **Activité** », il est envisagé de moduler les ressources sur la base d'un **Indicateur de Valorisation de l'Activité** (travaux ATIH)
- Le modèle pourrait dès cette première étape être complété des trois compartiments qui sont en cours de réflexion :
 - le compartiment « Médicaments »
 - le compartiment « MIG » (et éventuellement MERRI)
 - le compartiment « Plateaux techniques »

Définir une méthode de modulation du financement relatif au compartiment «activité»

(pour le modèle de transition)

ATIH : construction d'un **Indicateur de Valorisation
du compartiment «Activité» (IVA)**

DHOS : définition de la méthode de modulation

Les travaux de l'ATIH

- **Construction d'un modèle améliorant l'explication des coûts journaliers**
 - basée sur des Groupes de Morbidités Dominantes (GMD) au lieu des GHJ
 - à partir des données ENC-SSR publique 2000-2001
 - à l'aide de critères remaniés (à partir des variables du RHA actuel)
- **Valorisation des variables explicatives retenues**

1ère étape : Classement des RHA en GMD

(selon logique médicale)

- dans une Catégorie Majeure Clinique
(à partir des listes de **diagnostics d'entrée** de la classification en GHJ)

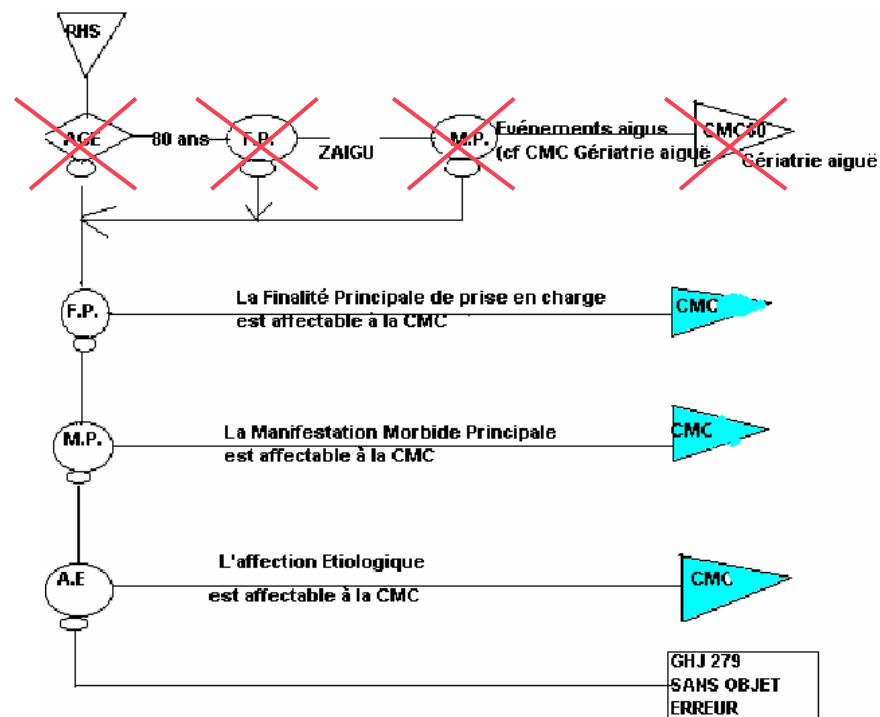
Puis au sein d'une CMC

- dans un Groupe de Morbidités Dominantes
(à partir des listes +/- remaniées de **morbidités dominantes** de la classification en GHJ, distinction enfants/adultes)

=> 70 GMD : 43 adultes et 27 enfants

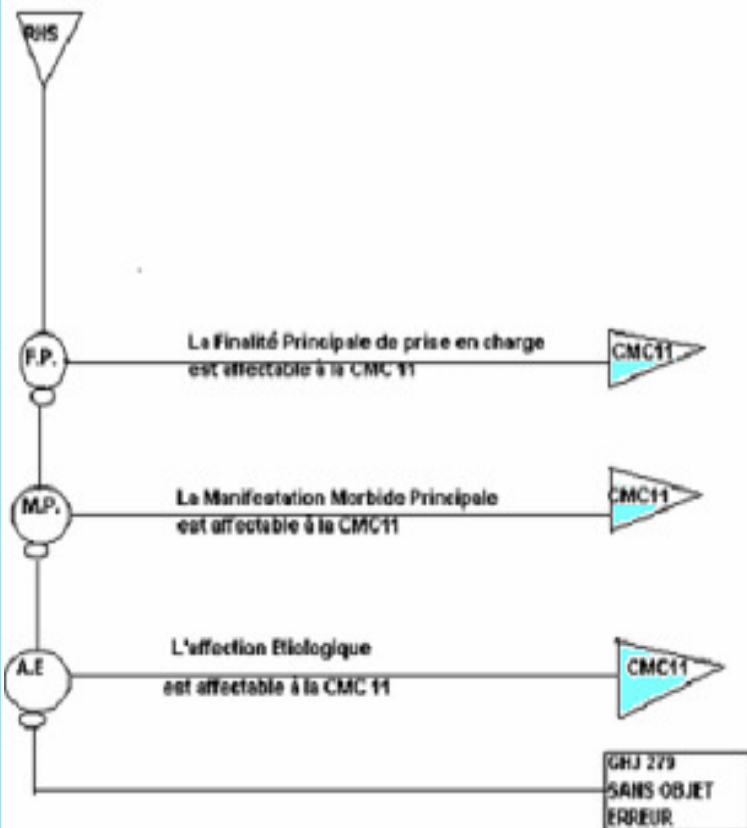
Traitement des CMC 30 « Attente placement » et CMC 80 « Gériatrie aiguë »

Réaffectation des RHA
 dans les autres CMC et
 donc dans les autres GMD



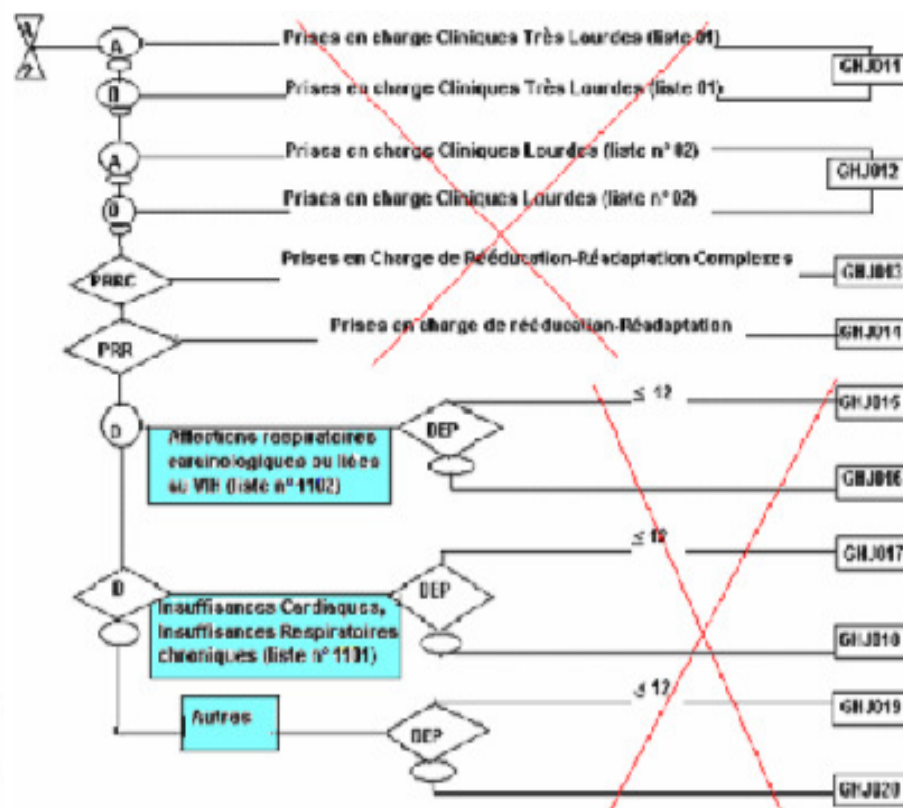
Exemple : Classement dans un GMD de la CMC11

Classement dans CMC



PUIS

Classement dans GMD



2e étape : Valorisation Indicateur de Valorisation de l'Activité

Prise en compte du « problème » principal (GMD) et des autres informations du RHA pour la valorisation des « semaine-patients »

- **Informations Qualitatives**

- ✓ Groupe de Morbidités Dominantes
- ✓ Classe d'Age
- ✓ Comorbidités (diagnostics associés et actes médicaux)
- ✓ Type de prise en charge (RF/non RF, puis futur découpage SSR)
- ✓ Type d'hospitalisation (H complète / autres)

- **Informations Quantitatives**

- ✓ Dépendance Physique (habillement, déplacement, continence, alimentation)
- ✓ Dépendance Cognitive (comportement, relation-communication)
- ✓ Nombre d'activités de rééducation-réadaptation (parmi 12 activités CdARR)

Principe de valorisation avec l'IVA : MODELE ADDITIF

Classement du RHA dans un GMD « n » (parmi les 70)

Valorisation du RHA =

- Nombre de points de base du **GMD « n »**
- + Nombre de points lié à la classe **Age**
- + Nombre de points lié à la **Dépendance physique**
- + Nombre de points lié à la **Dépendance cognitive**
- + Nombre de points lié au **Nombre activités CDARR**
- + Nombre de points lié aux **Comorbidités**
- + Nombre de points lié au **Type prise en charge**
- + Nombre de points lié au **Type hospitalisation**

Nombre total de points IVA du RHA

Multipliés par le nombre de jours de présence du RHA

Valorisation : Exemple

Exemple d'un RHA

UM = RF
Age = 65
FP = Rééducation physique
MP = Hémiplégié
AE = AVC

Type hospitalisation = HC
DAS = Ø – CCAM = Ø
DEP Ph = 11
DEP Co = 4
ARR = 4 (ME, NP, SM, RR)

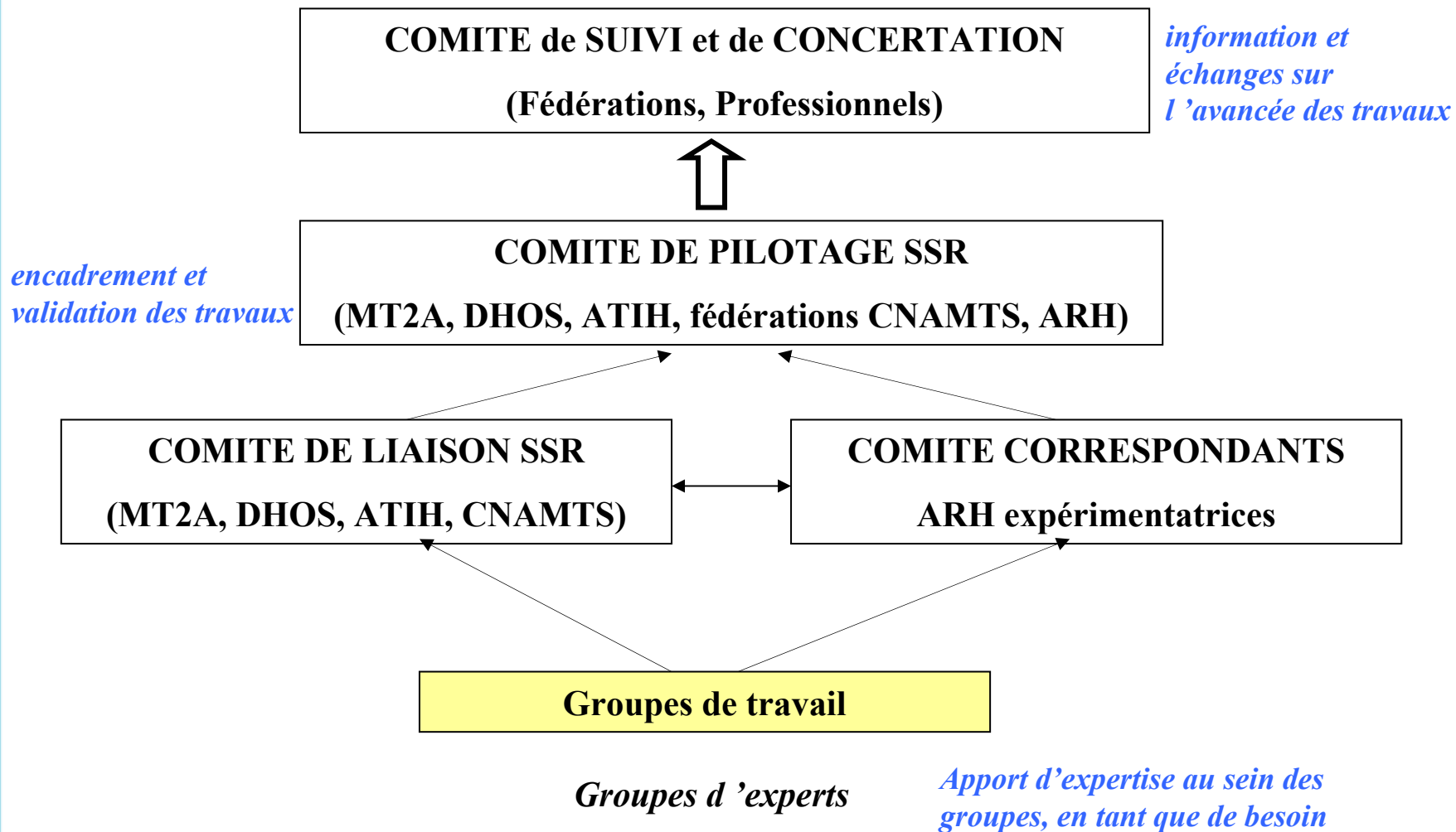
GMD	base	Age							DEP Ph*	DEP Co*	Nb ARR*	Comorb	PEC		Hosp	
		0-6	7-12	13-17	18-30	31-60	61-75	>75					non RF	RF	HP	HC
12-002	950		-	-	0	27	10	15	x10	x3	x25	20	-	35	-	15

Valorisation

$$950 + 10 + (11 \cdot 10) + (4 \cdot 3) + (4 \cdot 25) + 35 + 15 = \mathbf{1\ 232\ points\ IVA}$$
 (pour 1 jour de présence)

L 'organisation du projet et le calendrier de mise en œuvre

L'organisation du projet



Calendrier pour le modèle de transition

- **1er trimestre 2008 :**
 - ✓ Conclusion des travaux relatifs au compartiment “ activité ”
 - ✓ Définition du contenu des compartiments « Molécules Onéreuses », « MIGAC » et « plateaux techniques spécialisés » du modèle de transition
 - ✓ Tests avec des ARH
- **2ème trimestre 2008 :**
 - Simulations-expérimentations auprès de l'ensemble des ARH
- **3ème et 4ème trimestres 2008**
 - Préparation de la mise en œuvre de la campagne budgétaire 2009