



Ministère de la Santé,  
de la Jeunesse  
et des Sports



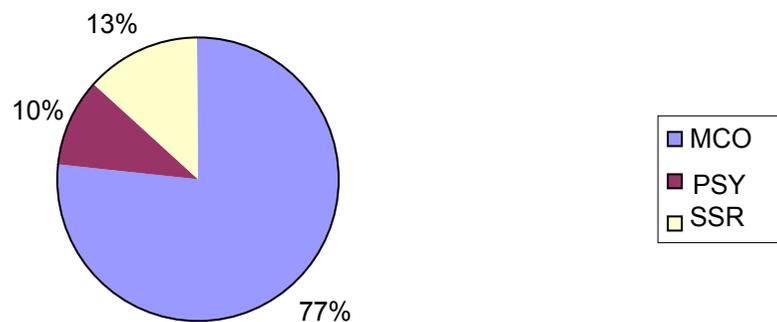
Agence Technique  
de l'Information  
sur l'Hospitalisation



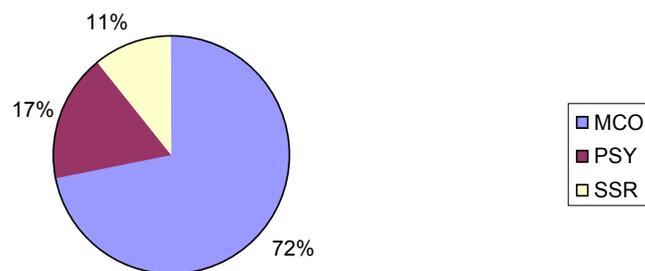
# Vers un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR

# Quelques chiffres au plan macroéconomique

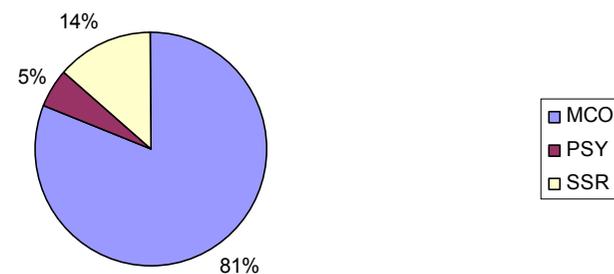
Répartition des dépenses hospitalières en 2006



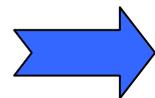
Répartition des dépenses de santé pour les établissements publics et PSPH en 2006



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)

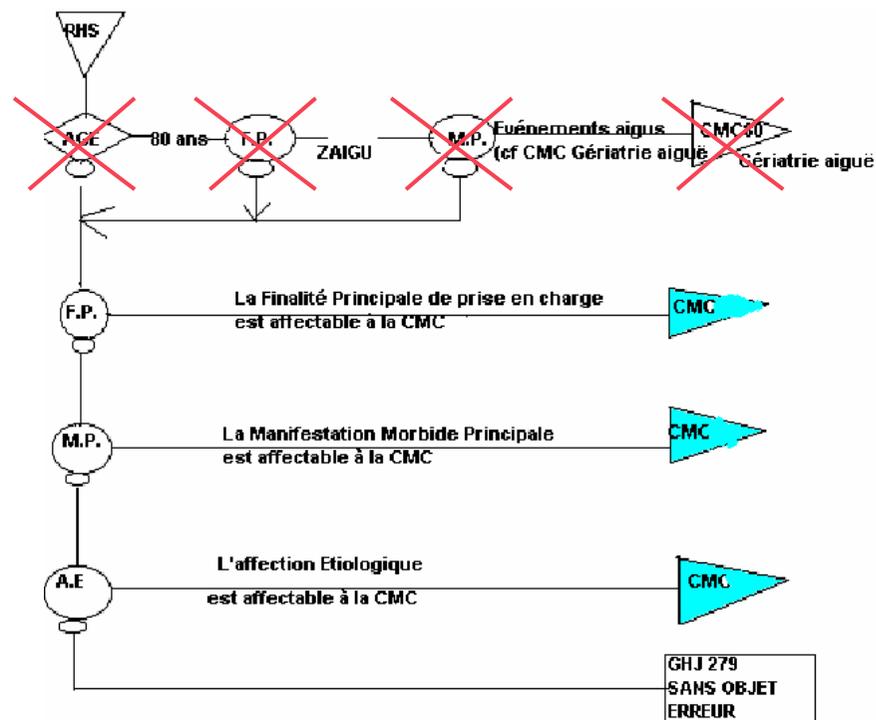
Puis au sein d'une CMC

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

=> 69 GMD : 43 adultes et 26 enfants

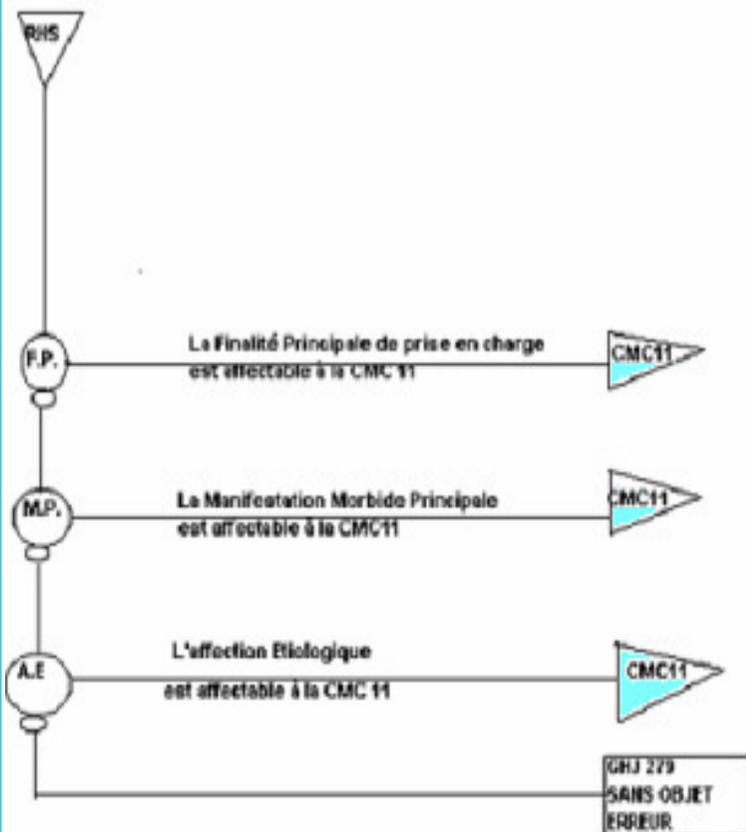
# Traitement des CMC 30 « Attente placement » et CMC 80 « Gériatrie aiguë »

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



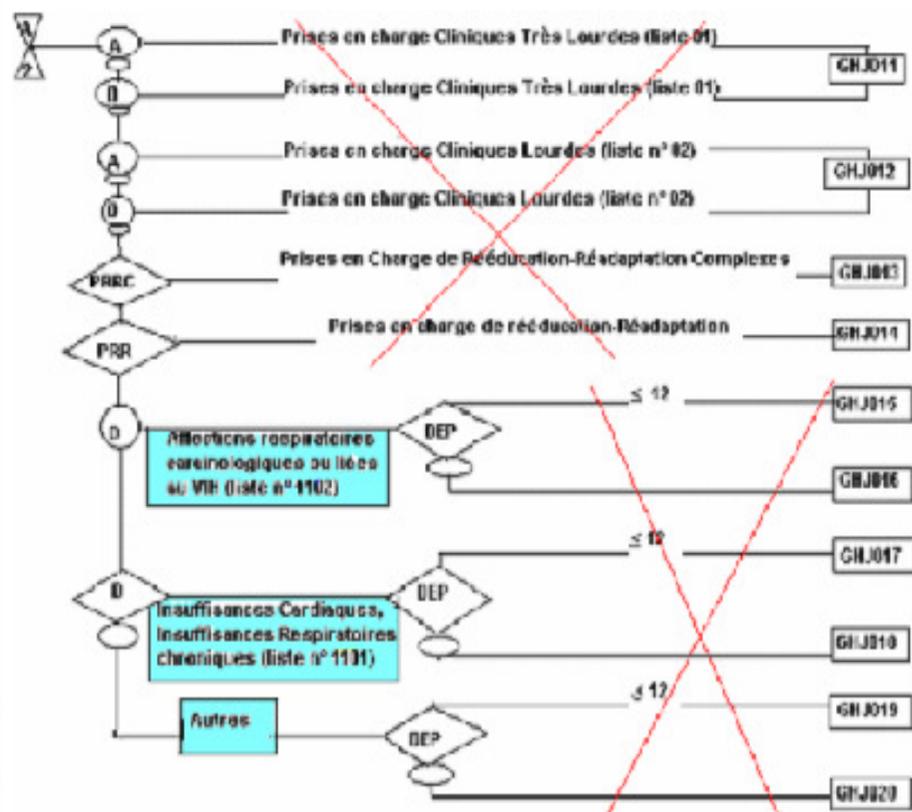
# Exemple : Classement dans un **GMD** de la CMC11

## Classement dans CMC



## PUIS

## Classement dans GMD



## 2e étape : Valorisation

### Principe de valorisation avec l'IVA : MODELE ADDITIF

Classement du RHA dans un GMD « n » (parmi les 69)

#### 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 d'UM** (RF/autres)
- + Nombre de points lié au **Type hospitalisation** (HC/autres)

---

Nombre total de points IVA du RHA

Multipliés par le nombre de jours de présence du RHA

## 2e étape : Valorisation

Les valeurs permettant de déterminer la valorisation d'un RHA, peuvent se décrire dans un tableau ayant 69 lignes (une pour chaque GMD) et autant de colonnes que de variables retenues dans le modèle.

Exemple :

CMC	GMD	base	Age						DEP Ph*	DEP Co*	Nb Reed*	Comorb	UM		Hosp	
			0-6	7-17	18-29	30-49	50-79	>79					non RF	RF	HP	HC
11	11-101	1200	0	-30	-	-	-	-	x12	x3	x18	12	-	20	-	5
11	11-001	1100	-	-	0	5	30	78	x15	x3	x18	12	-	20	-	5
11	11-002	1000	-	-	0	5	30	78	x5	x3	x18	12	-	20	-	5
12	12-000	950	-	-	0	27	10	15	x10	x3	x25	20	-	35	-	15

Valeurs fictives

Case « - » quand situation impossible

Case « 0 » : 1ère classe de la variable

\*les coefficients associés à DEP et NbReed sont à multiplier avec leur facteur (score ou nombre), les autres sont à ajouter à la valeur de la colonne « base ».

# Valorisation : Exemple

## Exemple d'un RHA

Hospitalisation Complète

Age = 65

FP = Rééducation physique

MP = Hémiplégié

AE = AVC

UM = RF

DAS = 0

DEP Ph = 11 (15-4)

DEP Co = 4 (6-2)

ARR = 4 (ME, NP, BI, RR)

GMD	base	Age						DEP Ph*	DEP Co*	Nb ARR*	Comorb	UM		Hosp	
		0-6	7-17	18-29	30-49	50-79	>79					non RF	RF	HP	HC
11-101	1200	0	-30	-	-	-	-	x12	X3	x18	12	-	20	-	5
11-001	1100	-	-	0	5	30	78	x15	X3	x18	12	-	20	-	5
11-002	1000	-	-	0	5	30	78	x5	X3	x18	12	-	20	-	5
12-000	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)

# Valorisation : Exemple

## Exemple d'un RHA

Hospitalisation Complète

Age = 65

FP = Rééducation physique

MP = Hémiplégié

AE = AVC

UM = non RF

DAS = Alzheimer

DEP Ph = 11 (15-4)

DEP Co = 4 (6-2)

ARR = 3 (ME, BI, RR)

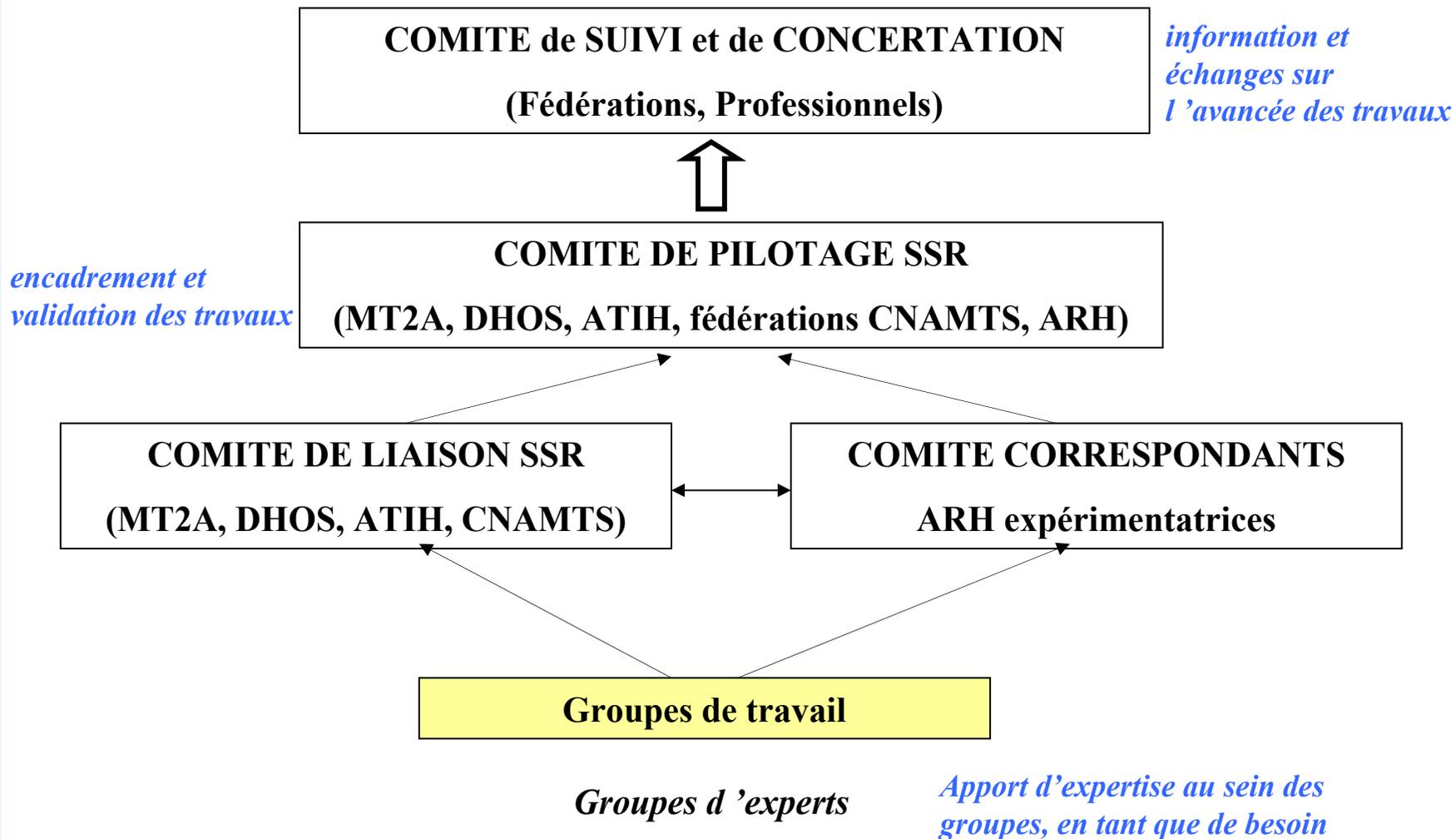
GMD	base	Age						DEP Ph*	DEP Co*	Nb ARR*	Comorb	UM		Hosp	
		0-6	7-17	18-29	30-49	50-79	>79					non RF	RF	HP	HC
11-101	1200	0	-30	-	-	-	-	x12	x3	x18	12	-	20	-	5
11-001	1100	-	-	0	5	30	78	x15	x3	x18	12	-	20	-	5
11-002	1000	-	-	0	5	30	78	x5	x3	x18	12	-	20	-	5
12-000	950	-	-	0	27	10	15	x10	x3	x25	20	-	35	-	15

## Valorisation

$$950 + 10 + (11*10) + (4*3) + (3*25) + 20 + 15 = 1\ 192 \text{ points IVA (pour 1 jour de présence)}$$

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

## L'organisation du projet



## Calendrier pour le modèle de transition

- **Septembre 2007**
  - conclusion des travaux relatifs au compartiment “ activité ” (modulation)
- **4<sup>ème</sup> trimestre 2007**
  - Définition du contenu des compartiments “ Molécules Onéreuses ” et “ MIGAC ” du modèle de transition
  - Définition sur le contenu/possibilité technique d'un compartiment plateaux techniques spécialisés
  - Simulations / expérimentations du modèle de transition : test auprès de quelques ARH de l'adéquation entre les impacts microéconomiques du modèle (établissement par établissement) et les objectifs des SROS
- **1<sup>er</sup> semestre 2008**
  - Généralisation des tests à l'ensemble du territoire : prise en compte des spécificités
  - Arbitrage
- **2<sup>ème</sup> semestre 2008**
  - Mise en application modèle de transition pour campagne budgétaire 2009