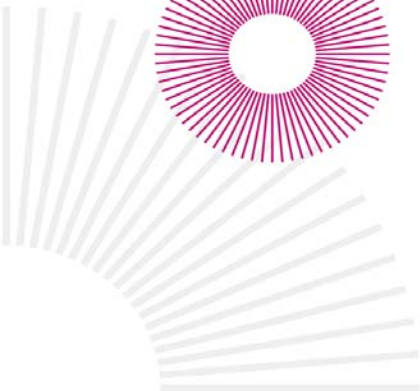
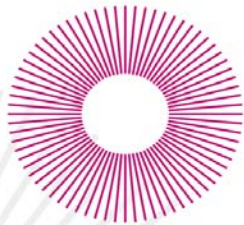


# SSR et Structures Privés :

---

---

*P Denormandie, F Thibault, E Masson*



## SOMMAIRE

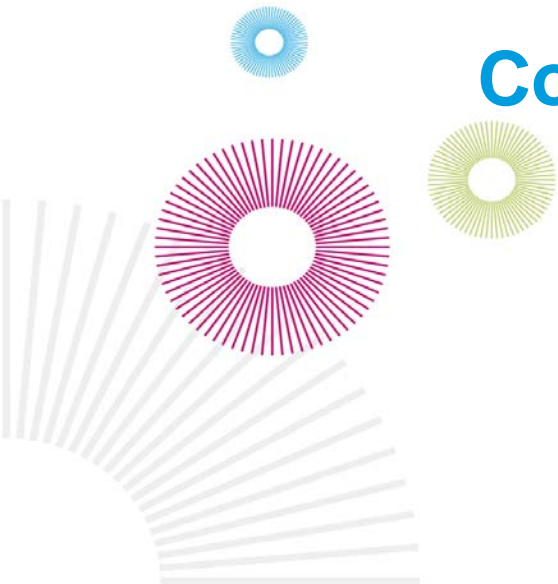
---

**1. L'activité**

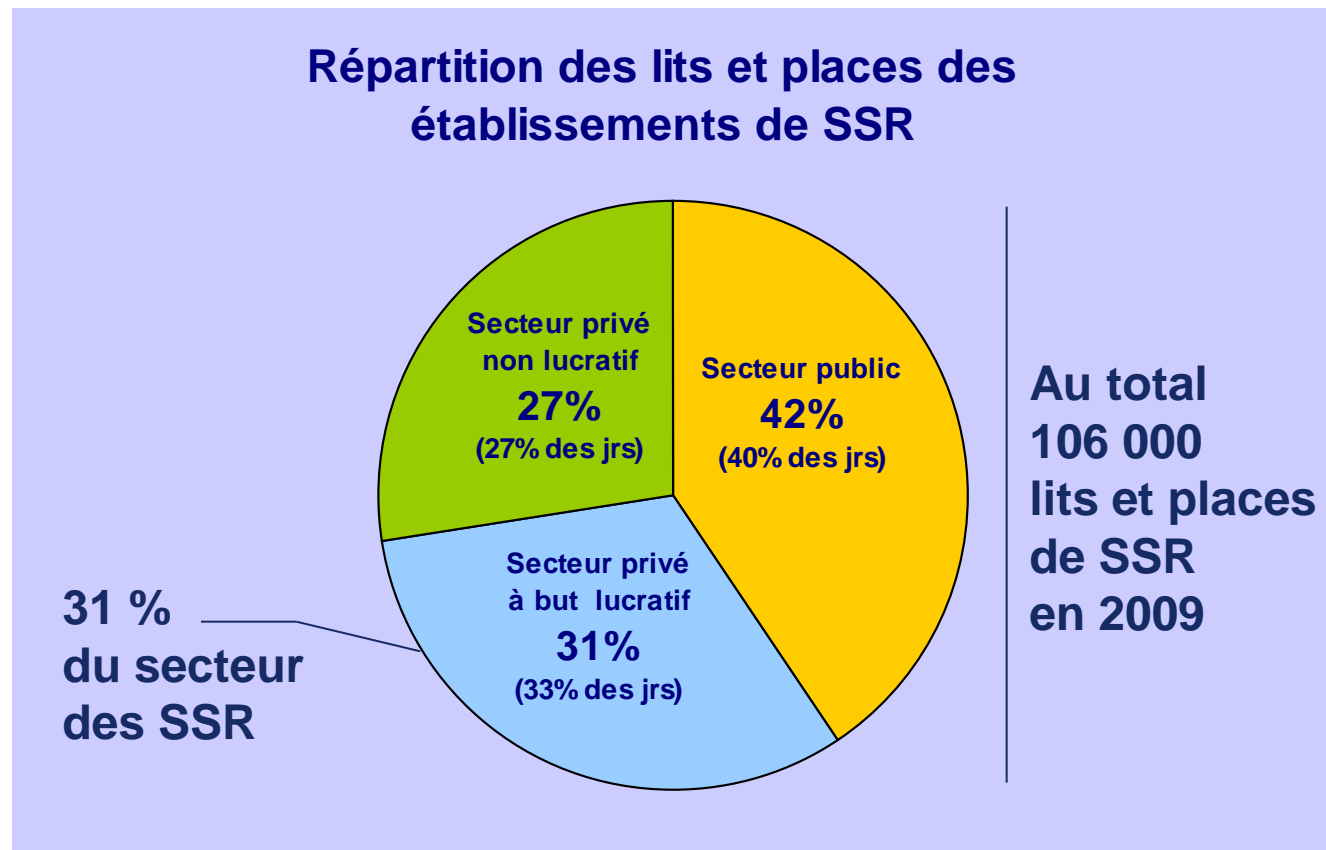
**2. la qualité et pertinence**

**3. Les difficultés**

**Conclusion : nos atouts**



## Les chiffres clés : la répartition de l'offre en SSR



35 millions de journées tout statut confondu

# 1. Les patients accueillis

## Principales Catégories Majeures Cliniques

Catégories Majeures Cliniques	% Jrs Public	Rang	% Jrs Privé	Rang
01 Affections de l'appareil respiratoire	5	7	5,9	7
02 Affections de l'appareil circulatoire	7	5	9,8	4
12-Neuro-musculaire	22,8	1	13,8	3
13-Santé mentale	10,1	4	6,5	6
14-Sensoriel et cutané	3,5	8	2,9	9
15-Viscéral	6,7	6	7,3	5
16-Rhumato-orthopédique (y compris les brûlures)	14,7	3	22,4	1
17-Post-traumatique	15,5	2	18,8	2
40-Réadaptation spécialisée et/ou réinsertion	3,4	9	1,2	12
50-Soins nutritionnels	3,2	11	5,9	8
<b>Total</b>	<b>100</b>		<b>100</b>	

Source : ATIH PMSI 2010

# 1. Les patients accueillis

## Poids Moyen de la Journée Traitée

Catégories Majeures Cliniques	PMJT national	PMJT Public	PMJT Privé
01 Affections de l'appareil respiratoire	1 527	1 544	1 498
02 Affections de l'appareil circulatoire	1 417	1 426	1 405
12-Neuro-musculaire	1 785	1 791	1 763
13-Santé mentale	1 327	1 366	1 207
15-Viscéral	1 303	1 336	1 243
16-Rhumato-orthopédique (y compris les brûlures)	1 501	1 516	1 480
17-Post-traumatique	1 524	1 527	1 518
20-Soins palliatifs	1 787	1 788	1 784
40-Réadaptation spécialisée et/ou réinsertion	1 467	1 468	1 463
50-Soins nutritionnels	1 476	1 595	1 345
<b>Total</b>	<b>1 531</b>	<b>1 560</b>	<b>1 474</b>

Source : ATIH PMSI 2010

# 1. Les patients accueillis

## Dépendance et rééducation

	Public		Privé	
	2009	2010	2009	2010
• <b>Scores de dépendance</b>				
▪ physique ( <b>sur 16</b> )		<b>8,9</b>		<b>7,5</b>
habillage, locomotion, alimentation, continence				
▪ psychique ( <b>sur 8</b> )		<b>3,7</b>		<b>3,0</b>
comportement, relationnel				
• <b>Activités de rééducation - réadaptation :</b>				
▪ aucune activité	<b>22%</b>	<b>16%</b>	<b>18%</b>	<b>14%</b>
▪ au moins 3 activités	<b>45%</b>	<b>51%</b>	<b>53%</b>	<b>57%</b>

# 1. Les patients accueillis

- **66 ans âge moyen admission** (public / privé)
  - ↳ Public = privé sauf : Neuromusculaire (59 ans / 66 ans)
  - Santé mentale (67 ans / 58 ans)
  - Respiratoire (70 ans / 64 ans)
  - Orthopédie (62 ans / 66 ans)
  
- Plus de 80 ans
  - ↳ Privé 27% < Public 31% (2009)
  - ↳ Privé 29,5% < Public 33,8% (2010)
  
- **Durée moyenne de séjour : 30 jours en SSR**  
 Public : 31 jours / Privé : 28 jours

# 1. Les taux d'occupation

Taux d'occupation	Global (SSR)	Rééducation fonctionnelle	Soins de suite
Secteur non lucratif	82,90%	53,20%	98,70%
Secteur lucratif	93,30%	81,80%	99,60%

Source : Conseil CNAMTS du 1<sup>er</sup> juillet 2010



# 1. Les critères d'admissions

- **Poids social : 25 % des patients**  
Responsabilité objective des établissements privés comme publics
- **Lourdeur médicale :**  
Adaptation aux besoins des patients / Moyens RH +++
- **Impact des médicaments :**  
++ Non prise en compte du coût des traitements onéreux  
Des opportunités dans le privé

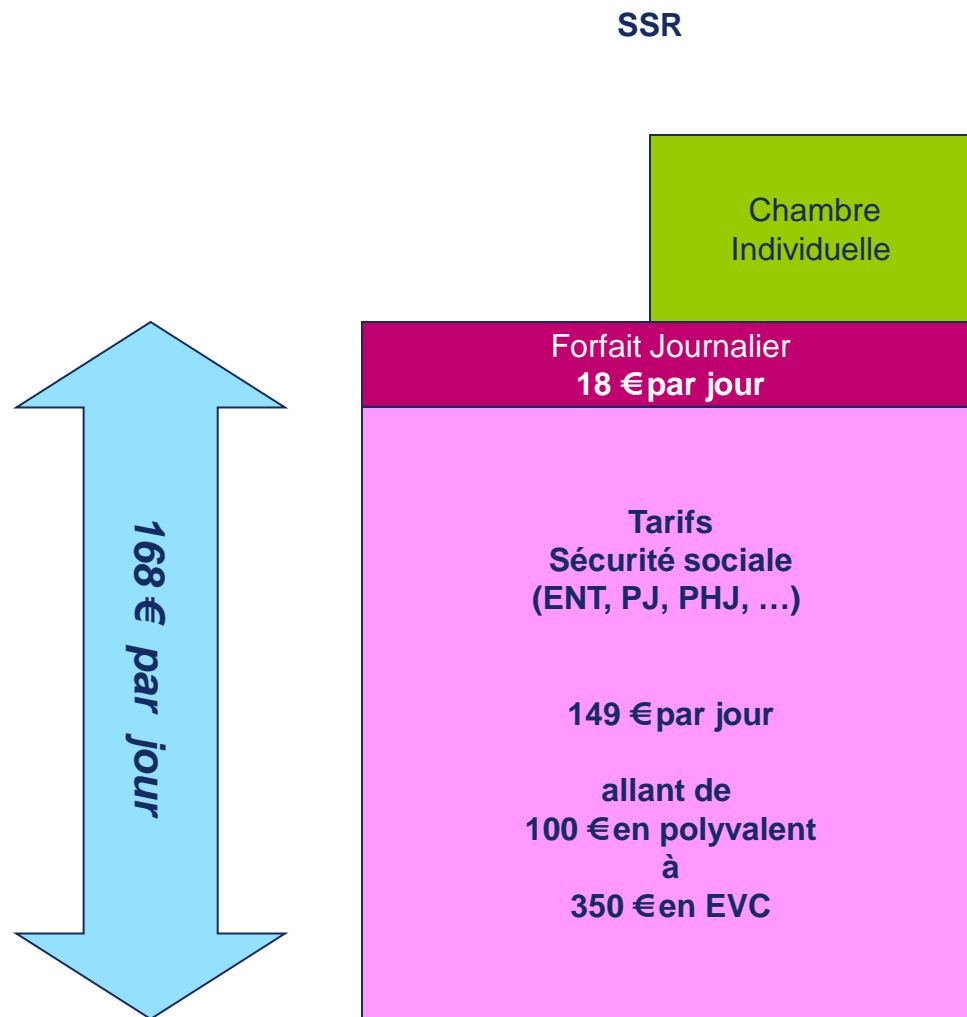


**Lisibilité de l'offre par l'utilisation de trajectoire**

**Intérêt populationnel quantitatif et qualitatif**

**Réalité de l'implication des structures SSR dans l'offre**

# 1. Les tarifs



**Coût d un séjour (tout compris) 4 217 €**

# 1. Les ratios ressources humaines

---

- 26 000 salariés (22 000 ETP) ds etb (exclusivement) SSR OQN
- 3 000 médecins. Peu de libéraux.
  
- Ratio de personnel des établissements privés
  - Soignants : 0,54 par lit
  - Etablissement : 0,84 par lit

Source : SAE 2010

## SOMMAIRE

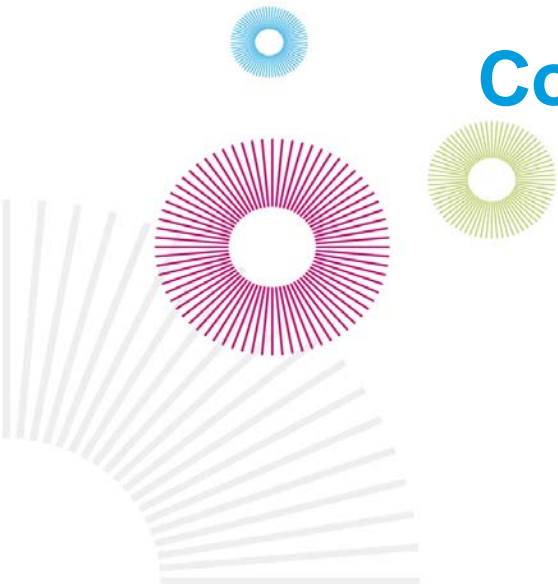
---

**1. L'activité**

**2. la qualité et pertinence**

**3. Les difficultés**

**Conclusion : nos atouts**

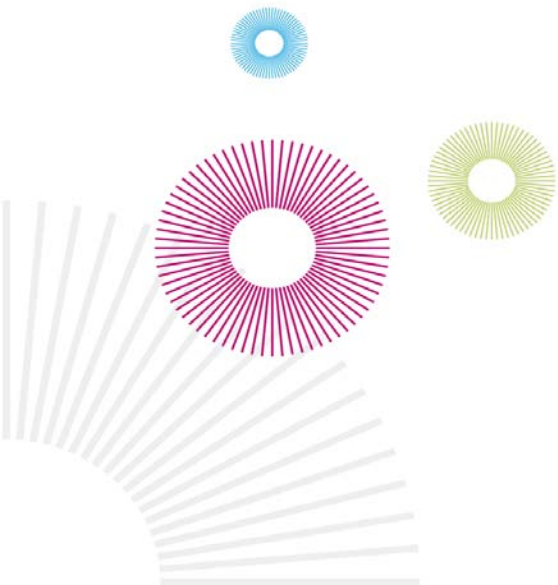


## 2. qualité et pertinence

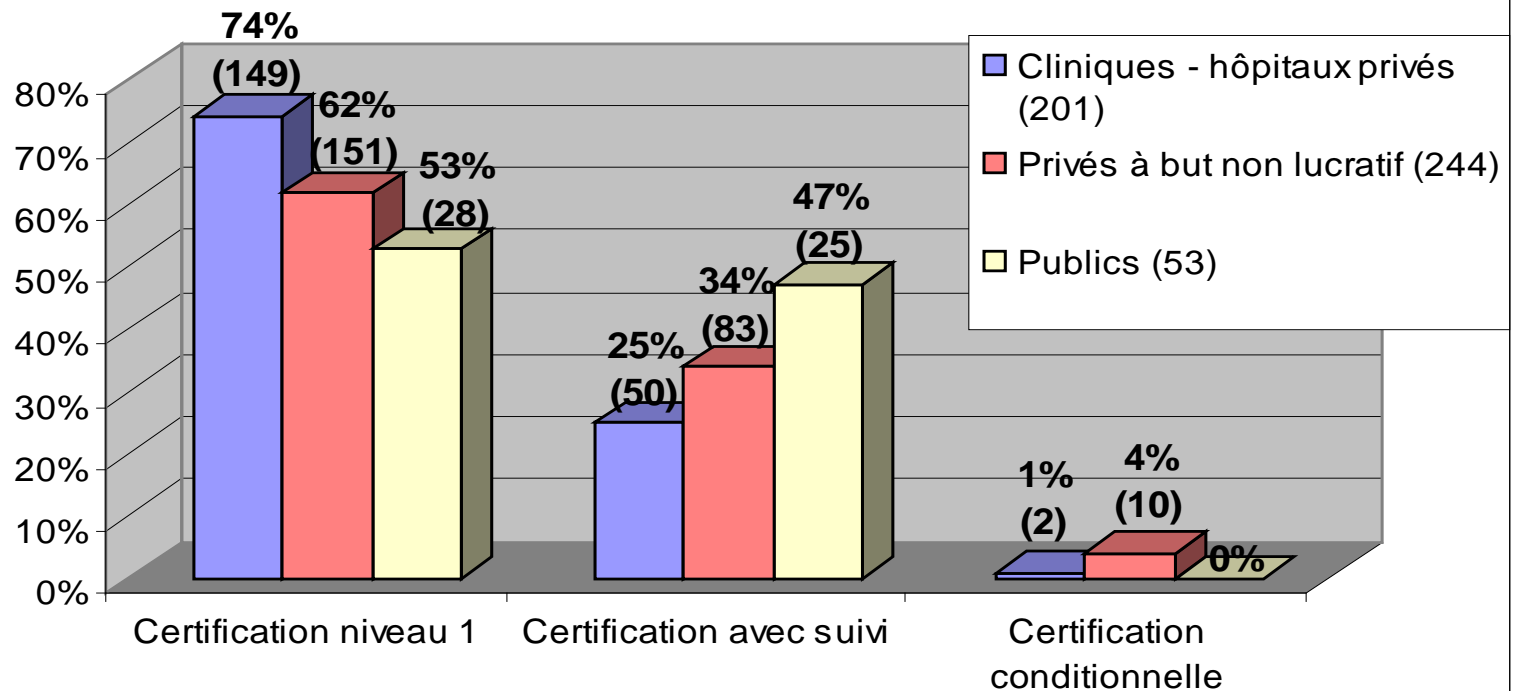
---

**1. La qualité de la prise en charge**

**2. La pertinence de l'hospitalisation en SSR**

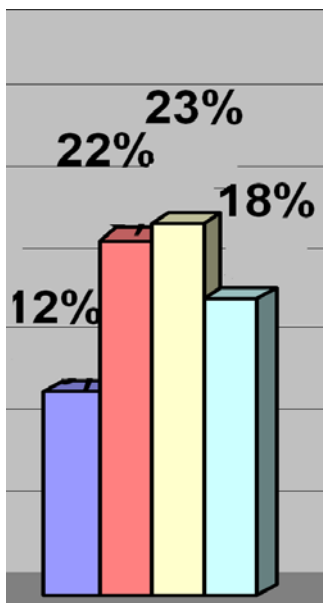


**Graph 12 : Les niveaux de certification des établissements SSR**



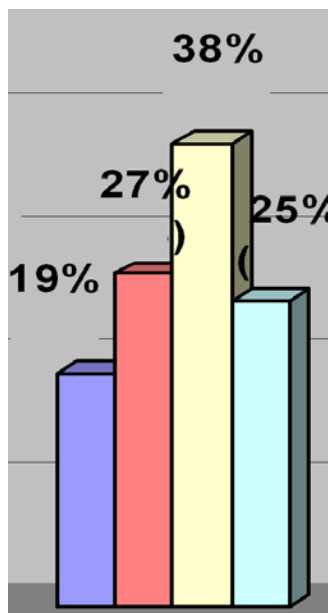
Source : HAS / BAQIMEHP – Sept. 2010

# Etablissements ayant au moins une recommandation



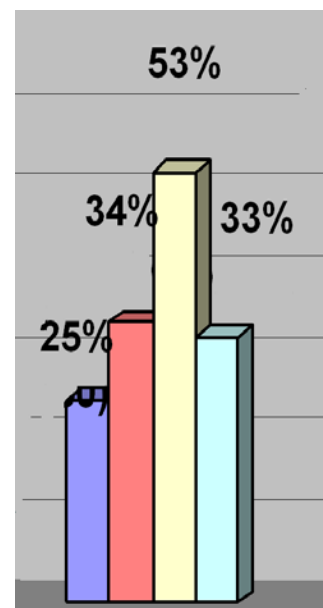
SSR (498)

Risque infectieux



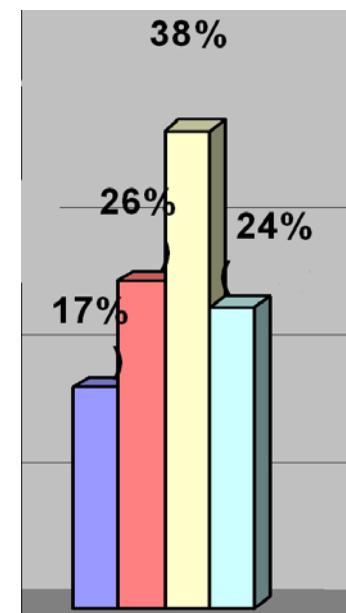
SSR (498)

Amélioration de la qualité



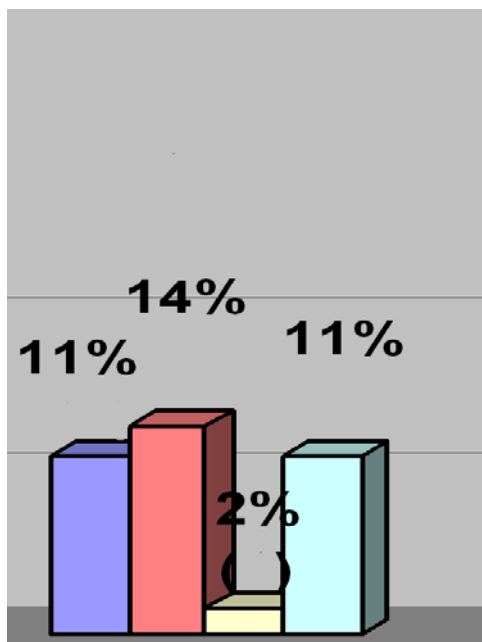
SSR (498)

Circuit du médicament



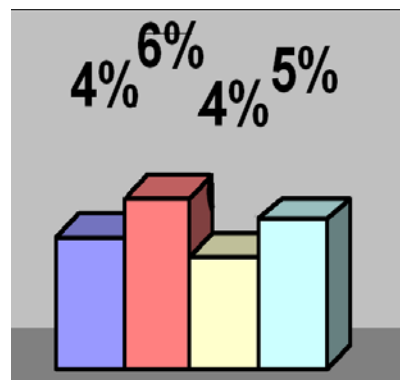
SSR (498)

Identification du patient



SSR (498)

Prise en charge de la douleur

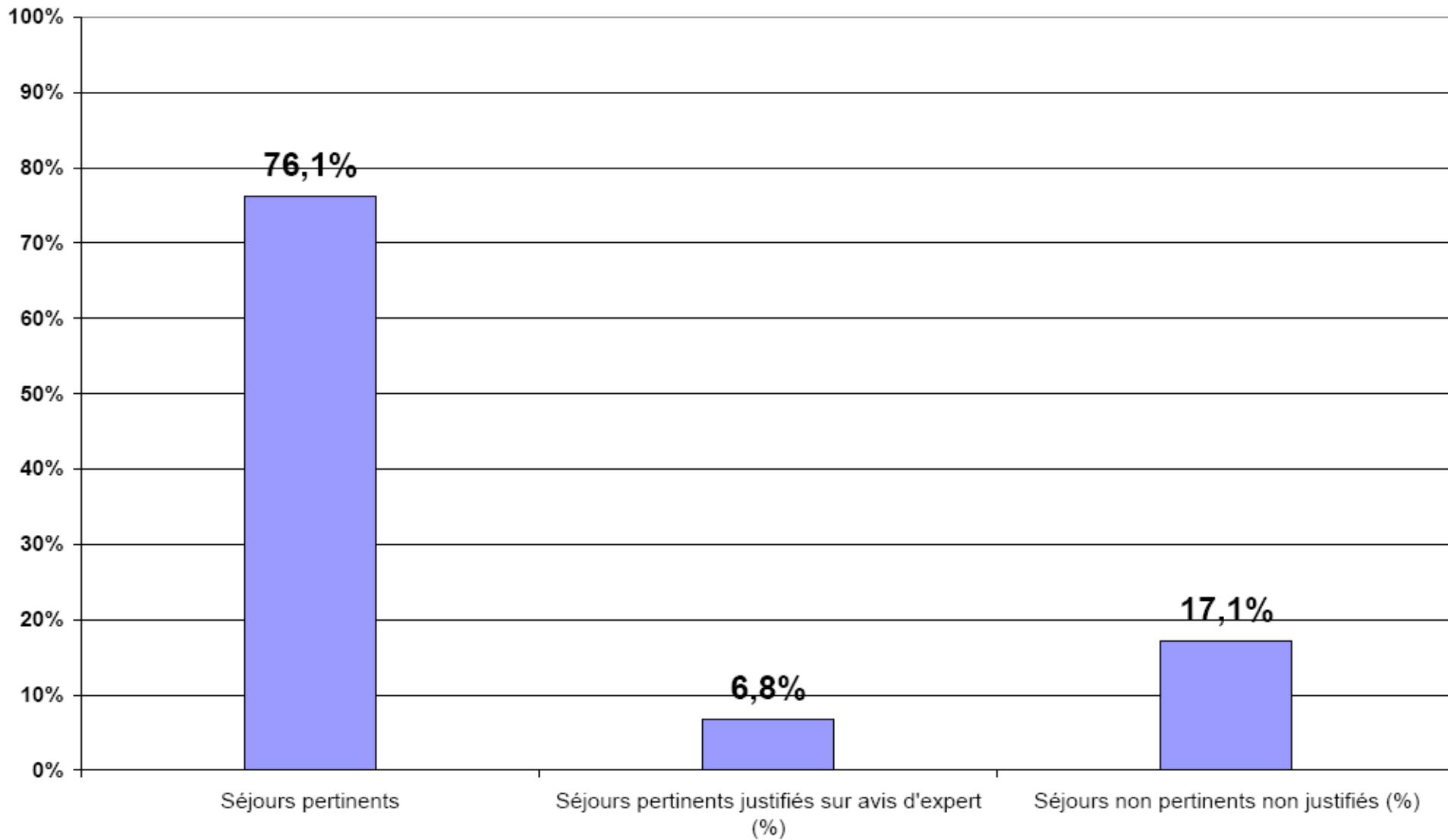
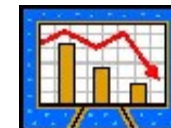


SSR (498)

Fin de vie

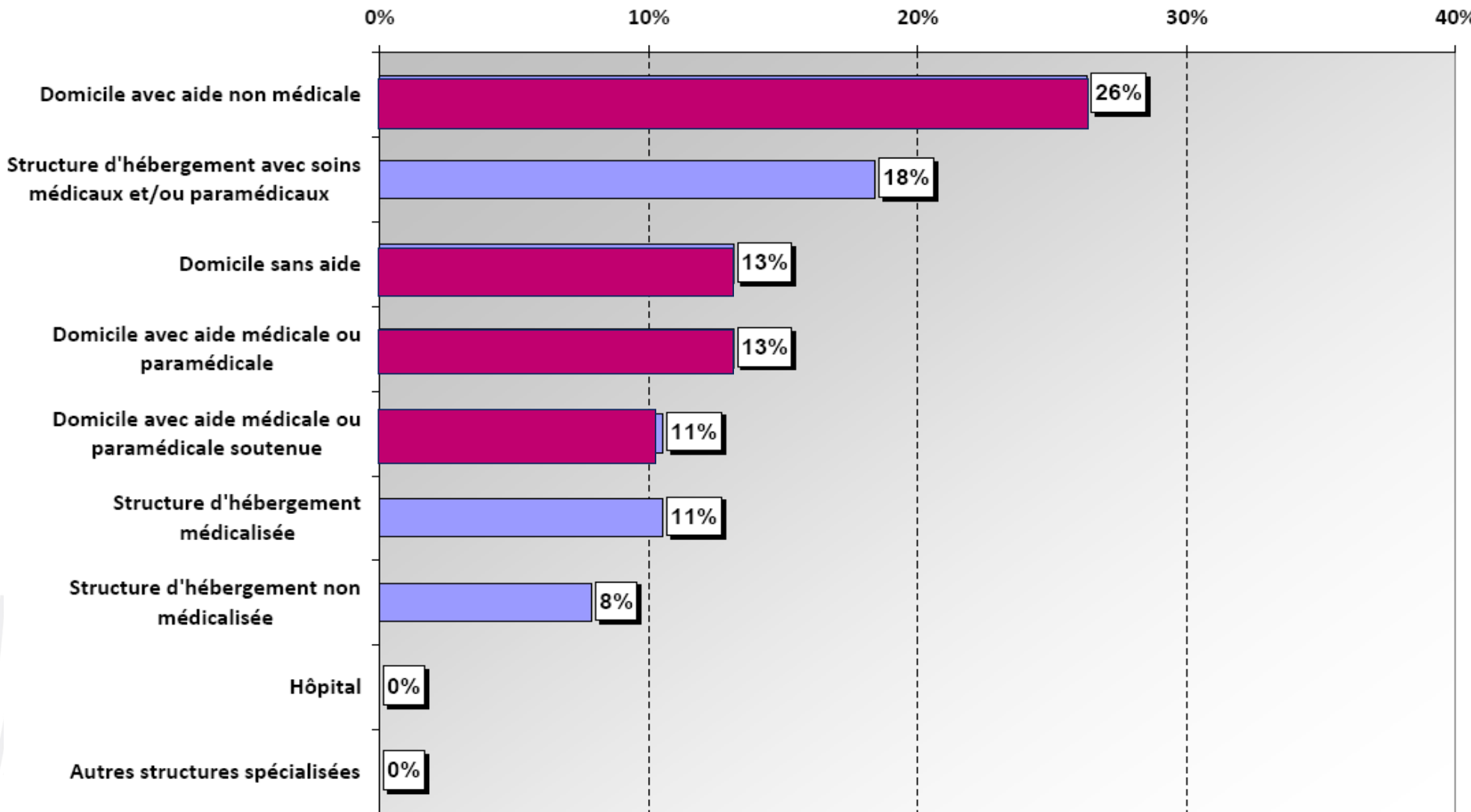
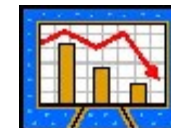


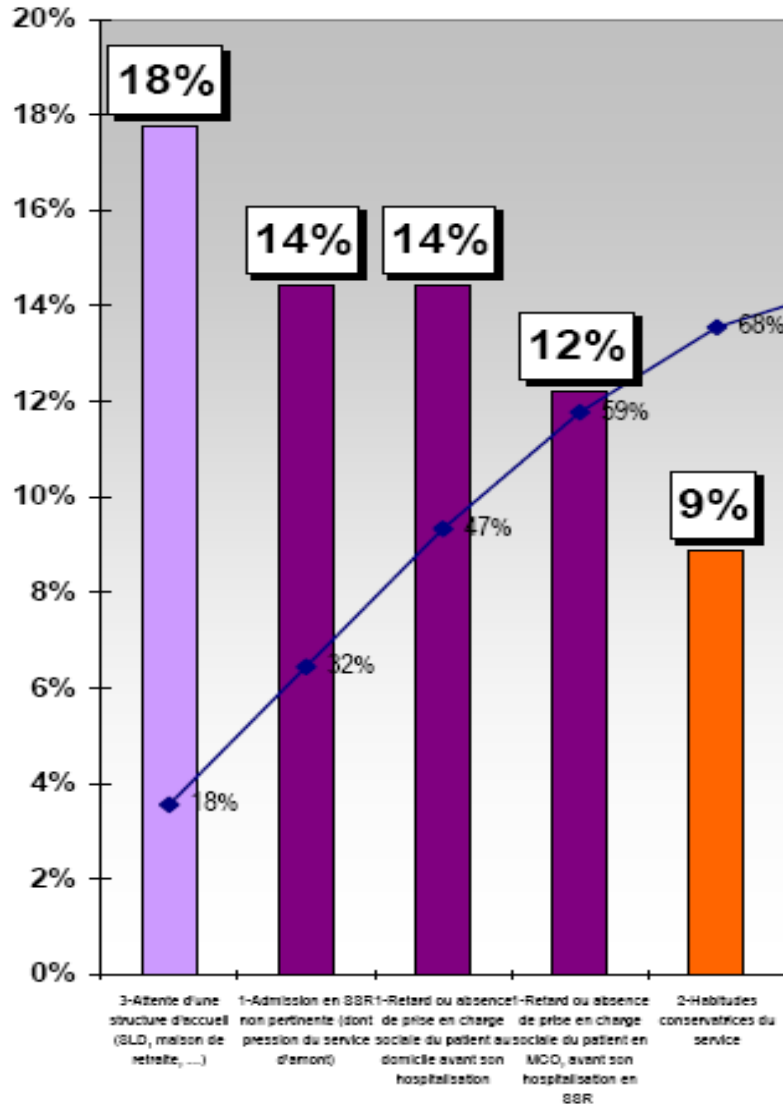
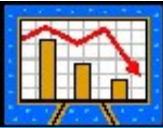
**RESULTATS REGIONAUX**





REVUE DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR - COREQA - Basse Normandie -  
2009 / SEJOURS NON PERTINENTS - Lieux d'hébergement les plus appropriés

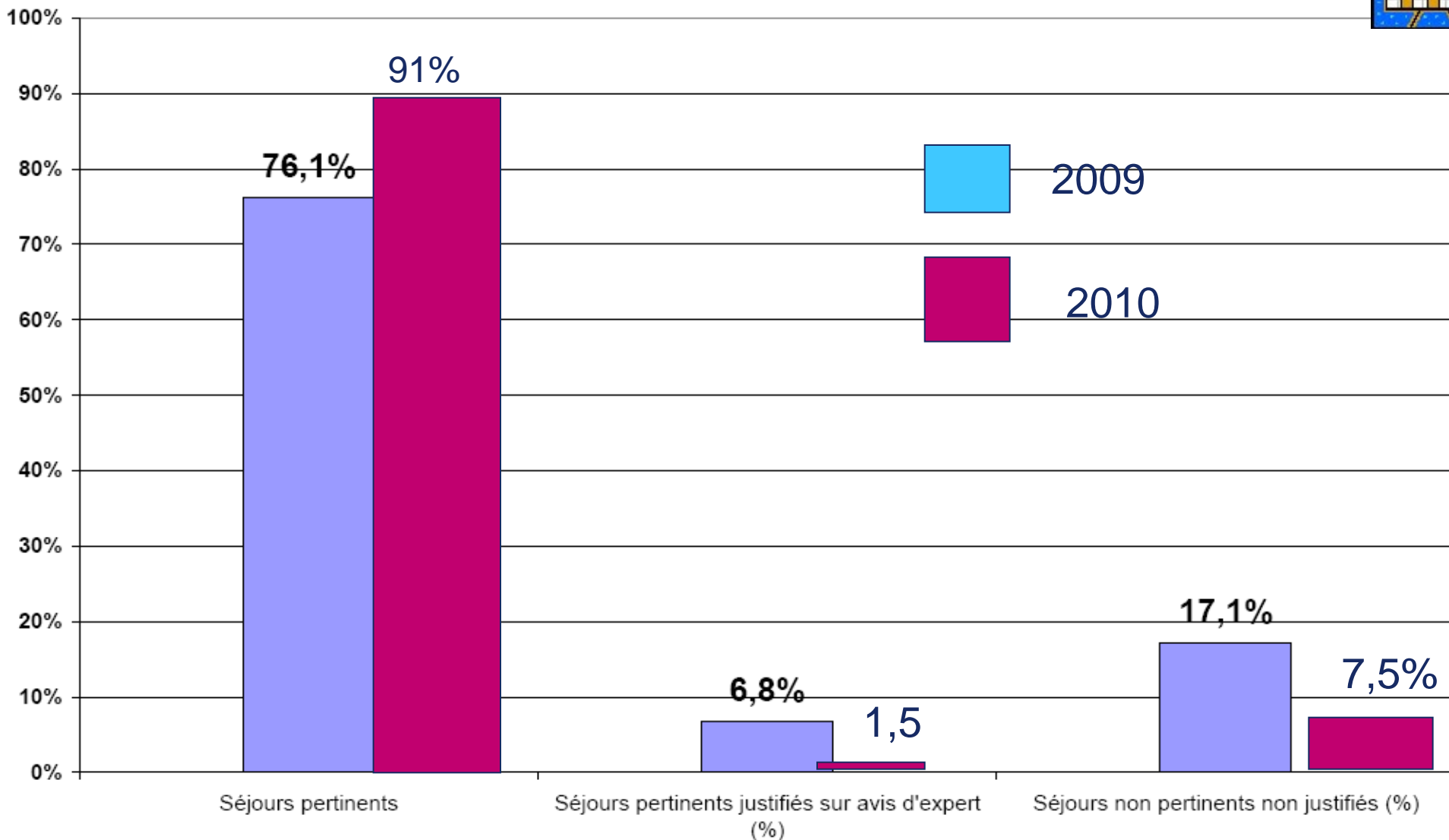
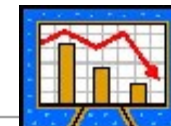


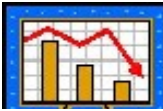


- 1-Prise en charge du patient avant son hospitalisation en SSR
- 2-Prise en charge du patient au cours de son hospitalisation en SSR
- 3-Organisation de la sortie du patient
- 4-Raisons liées au patient ou à sa famille

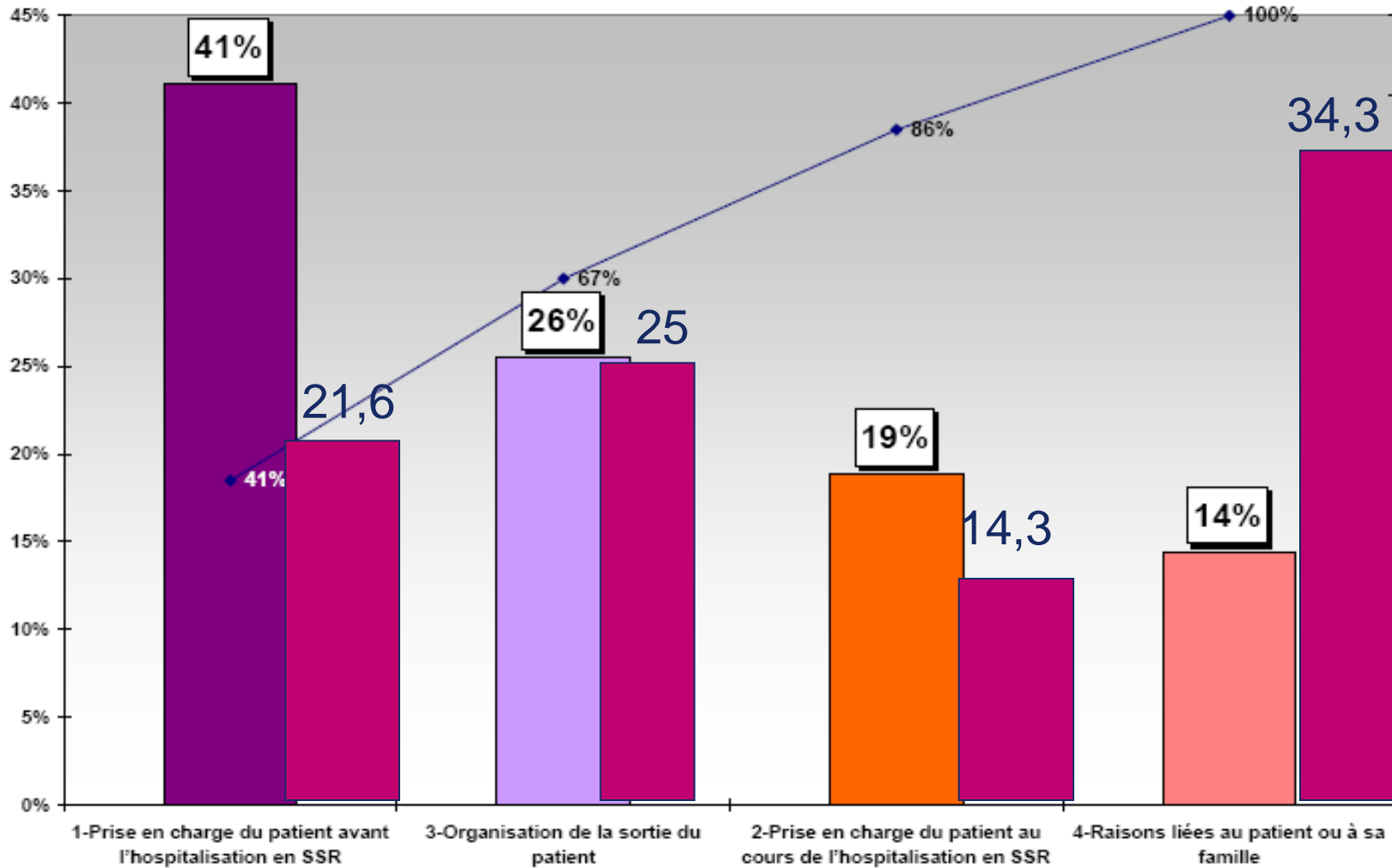
3- Attente d'une structure d'accueil (SLD, maisons de retraite...) **18%**  
 1- Admission en SSR non pertinente (dont pression du service d'amont) **14%**  
 1- Retard ou absence de prise en charge sociale du patient au domicile avant son hospitalisation **14%**  
 1- Retard ou absence de prise en charge sociale du patient en MCO, avant son hospitalisation en SSR **12%**  
 2- Habitudes conservatrices du service **9%**

RESULTATS REGIONAUX





REVUE DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR - COREQA - Basse Normandie -  
 2009 / 1er tour d'évaluation - 2009 / **SEJOURS NON PERTINENTS - causes globales**  
 90 citations de causes de non pertinence (motifs simples et multiples) pour 4 Etab.



## SOMMAIRE

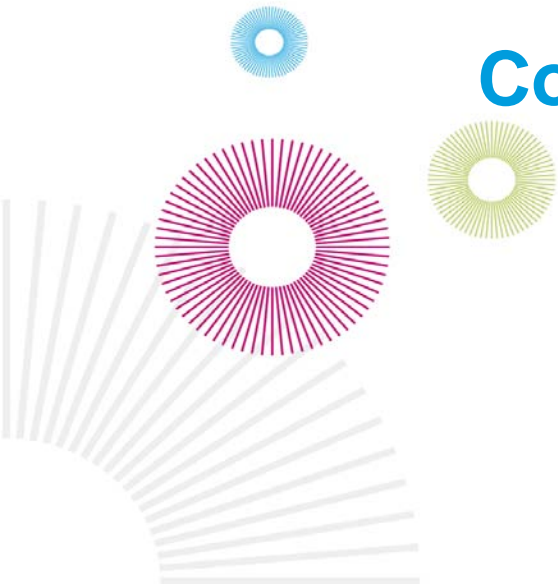
---

**1. L'activité**

**2. la qualité et pertinence**

**3. Les difficultés**

**Conclusion : nos atouts**



## 3. Les difficultés

---

### 1 La reconnaissance de la réelle place du SSR dans la structuration des filières

- Le SSR : un aval du MCO ou un véritable partenaire?
  - Changer les représentations du MCO
  - Structurer les coopérations
  - Evaluer nos conventions
- La pertinence du SSR au regard de l'offre sanitaire de ville, sociale et médicosociale (personnes âgées et handicapés) : ambulatoire ou institutionnelle

#### Mais

- Pb du cloisonnement des schémas et des financements ?
  - Importance dans les PRS de la filière dans sa globalité ++
-

## 3. Les difficultés

---

### 2 La complexité sociale d'une minorité de patients mais à impact majeur sur une filière ?

- Responsabiliser l'ensemble des acteurs sociaux d'une filière
- Mieux positionner la place de la dimension sociale dans nos accords de filières
- Mutualiser des ressources

### 3 Les difficultés de recrutement :

- Les soignants ASD et IDE (polyvalent et gériatrique)
  - Les métiers de rééducation :
    - Place délégalation inter professionnels
  - Les médecins spécialisés :
    - Difficultés d'accompagner en formation diplômante
    - Accès limité à la recherche clinique
-



### 3. Les difficultés

---

#### 4 La cohérence des calendriers:

- Autorisations, investissements, OQOS, TAA

#### 5 La justification de nos refus d'hospitalisations en SSR :

- Effet médicaments
- Non adéquation: besoins des patients et réalité de la ressource ( soignante et sociale)

#### → Qu' attendre de

- Trajectoire ++
- La T2A et d'une liste en sus ??
- Des travaux sur la pertinence des soins

## SOMMAIRE

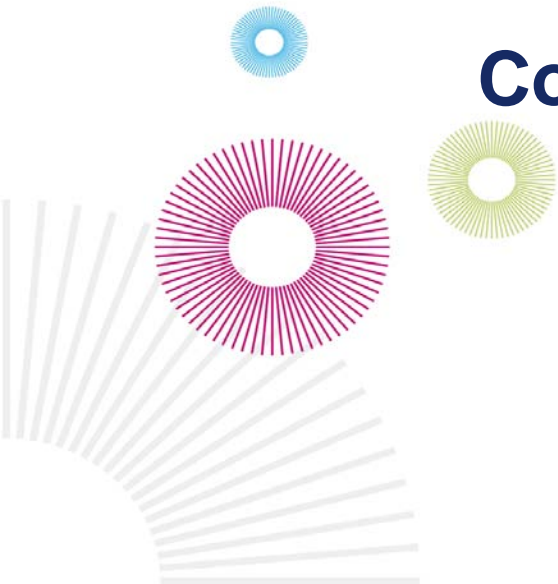
---

**1. L'activité**

**2. la qualité et pertinence**

**3. Les difficultés**

**Conclusion : nos atouts**



## Au total

---

### Nous avons les mêmes :

- ↳ Missions
- ↳ Professionnels
- ↳ Obligations et contraintes

### Nous avons aussi :



**quasiment les mêmes patients**  
**une qualité de service rendu au moins comparable**

**Nous sommes concurrents et partenaires dans la réponse aux besoins**  
**avec :**

- des difficultés communes
  - et chacun des atouts.
-

## 1 Une souplesse de prise de décisions et d'organisation

- Rapidité d'adaptation et d'innovation :  
ex : spécialisation, éducation thérapeutique
- Capacité à élaborer des partenariats: GCS ou GCSM , etc...

## 2 Une capacité d'investissement et de restructuration

- Mobiliser des financements
  - Optimiser les coûts
  - Reconvertir MCO - SSR et restructurer, délocaliser des SSR
-

## 3 Une stimulation dans le respect mutuel

Beaucoup de points communs et donc d'intérêts à comparer

1 - nos efficiences :

- médicales et soignantes
- économiques

2 - nos approches éthiques (personnes vulnérables)