

En 15 ans de PMSI SSR, où sont les choix ?

complexité et rationalité limitée

Dr Pierre METRAL – Lyon

JGS 2013 Ajaccio 11/10/2013
P.Métral

Journées du Grand Sud –
Ajaccio 10-11 octobre 2013

En 15ans de PMSI SSR, où sont les choix ?

cohabitation de la complexité et de la rationalité limitée

Les étapes chronologiques

- 1993-1998 Les travaux initiaux (**les GHJ**) : une idée, des choix, des non-choix, (application 1998-2008)
- 1998-2006 morne plaine, on est occupé ailleurs,
- 2007-2009 **Les GMD et l'IVA** : le home-staging ou l'optimisation de l'existant en rebattant les cartes, (application 2009-2013)
- 2009-2013 la recherche d'un support pour la T2A SSR : **les GME**
- 2013-2016 et au-delà : Les moyens des ambitions affichées ? (**la T2A et le parcours de soins**)

Le cadre : la complexité

- un secteur d'activité très polymorphe (77 DE, 30 métiers)
 - avec des objectifs et des programmes de soins différents
 - et des pratiques de soins pas totalement standardisées,
 - des modalités de financements différentes
- Les décideurs : des strates multiples, décision progressive
- L'opérateur technique est dissocié du décideur « final »
 - Des missions et objectifs différents, des temps différents,
- Les interlocuteurs : les fédérations
 - quel rôle pour les universitaires, sociétés savantes, médecins
- L'environnement est très évolutif
 - *pratique clinique SSR,*
 - *la réglementation, les autres acteurs (HAS, CNAMTS), PRADO MSAP*
 - *l'HAD et les soins ambulatoires (syndicat kiné),*
 - *le parcours de soins...*

Les niveaux de choix : la rationalité théorique (cf. Méthodologie HAS)

- Quel est l'Objectif ?
- Quelle Méthode ?
- Quels Moyens ? (données, ENC, équipes)
- Choix techniques dans le recueil, la classification
- Validité et pertinence des Résultats ?
- Quelle Discussion ? Quelle transparence ?
- Quelle application ?
- Quelle évaluation ?

Les choix initiaux

- **Choix n° 1 disposer d'une classification médicoéconomique, à la fois outil**
 - descriptif de l'activité (composante médicale, mais avec flou sur l'objet décrit :
 - patient/prise en charge; réalisé/requis ?
 - Séjour ? Journée ? semaine ? Parcours ?
 - Comparatif de l'utilisation des ressources
- **Choix n° 2 Le périmètre concerné : tout le SSR**
 - La totalité du champ SSR (83 DMT, RRF+SSMed)
 - Adulte/enfants, SSR isolé/associé, DAF/OQN

1- La construction des GHJ

- 1 structure de gestion de projet au Ministère (Mission PMSI - André LOTH puis Ph.BURNEL)
- 1 chargée de mission (Evelyne BELLIARD),
- 1 groupe d'expert très médicalisé, intégrant des universitaires
 - MRP
 - Gériatres
 - Santé publique
 - 1 Cadre de santé, 1 Directeur

En 1993-94 pas de référence extérieure adaptée : la feuille blanche

- Des choix structurants franco-français
 - Une classification avec des critères purement médicaux (ENC à partir en 2000 seulement)
 - La journée pondérée (plutôt que la DMS)
 - Evolutivité du patient : recueil hebdomadaire
 - Diagnostics en 4 composantes (FPP, MMP, AE, DAS)
 - Pas d'échelle fonctionnelle => dépendance (ADL)
 - Pas de charge en soins (SIIPS)
 - Elaborer un catalogue d'actes en SSR : le CdARR

La classification initiale en GHJ

- Les catégories majeures cliniques CMC
 - des choix : CMC Gériatrie Aigüe (décompensation), attente de placement, soins palliatifs, réadaptation
- Les sous CMC : La distinction enfants/adultes
- Des cas lourds et peu fréquents : les PCL et PCTL
 - Prises en charges cliniques lourdes et très lourdes
 - Pas dans toutes les CMC
- Les groupes médicaux : GMD (groupes de morbidité)
- La rééducation qui combine diversité et intensité
- PRRC (très lourds) et PRR (par GMD ou ssCMC)
- La dépendance, si pas en PRR, dépendance Physq/12

Les 14 CATEGORIES MAJEURES CLINIQUES

SOINS de SUTTE,

REEDUCATION- READAPTATION

- CMC Cardio-vasculaire et respiratoire
- CMC Neuro-musculaire
- CMC Santé mentale
- CMC Sensoriel et Cutané
- CMC Viscéral
- CMC Rhumato-orthopédique
- CMC Post-traumatique
- CMC Amputation
- CMC Soins nutritionnels

PRISES en CHARGE SPECIFIQUES

- CMC Gériatrie aiguë
- CMC Soins palliatifs
- CMC Attente de placement
- CMC Réadaptation-réinsertion

AUTRES SITUATIONS

- CMC Autres situations

2ème NOEUD : les PRISES en CHARGE CLASSANTES

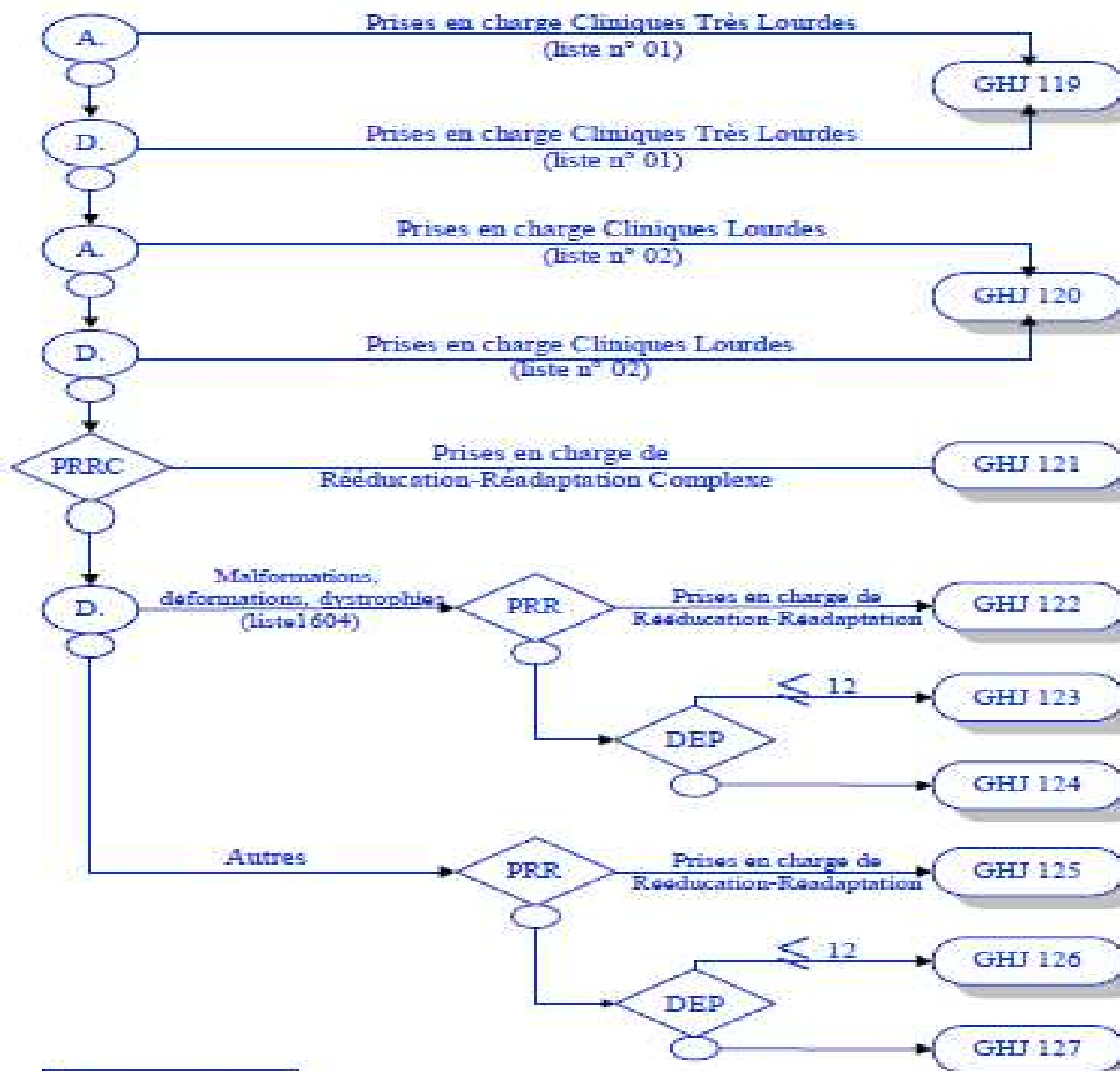
CLINIQUES :

- les Prises en charge Cliniques Très Lourdes (PCTL)
- les Prises en charge Cliniques Lourdes (PCL)

DE REEDUCATION-READAPTATION :

- les prises en Charge de Rééducation-Réadaptation Complexes (PRRC)
- les Prises en charge de Rééducation- Réadaptation (PRR)

CMC RHUMATO-ORTHOPEDIQUE : PEDIATRIE



Algorithme

SEMAINE de MOINS de 5 JOURS

> OU = à 1 heure hebdomadaire
d'activité principale

ET

> OU = à 30 minutes par jour
d'activité associée

OU

> OU = à 1 heure par jour d'activité
collective



GHJ de PRRC

> OU = à 30 minutes par jour
d'activité principale

ET

> OU = à 30 mn par jour d'activité
associée (ou seuil de 1 heure sur
l'ensemble des journées du RHS)

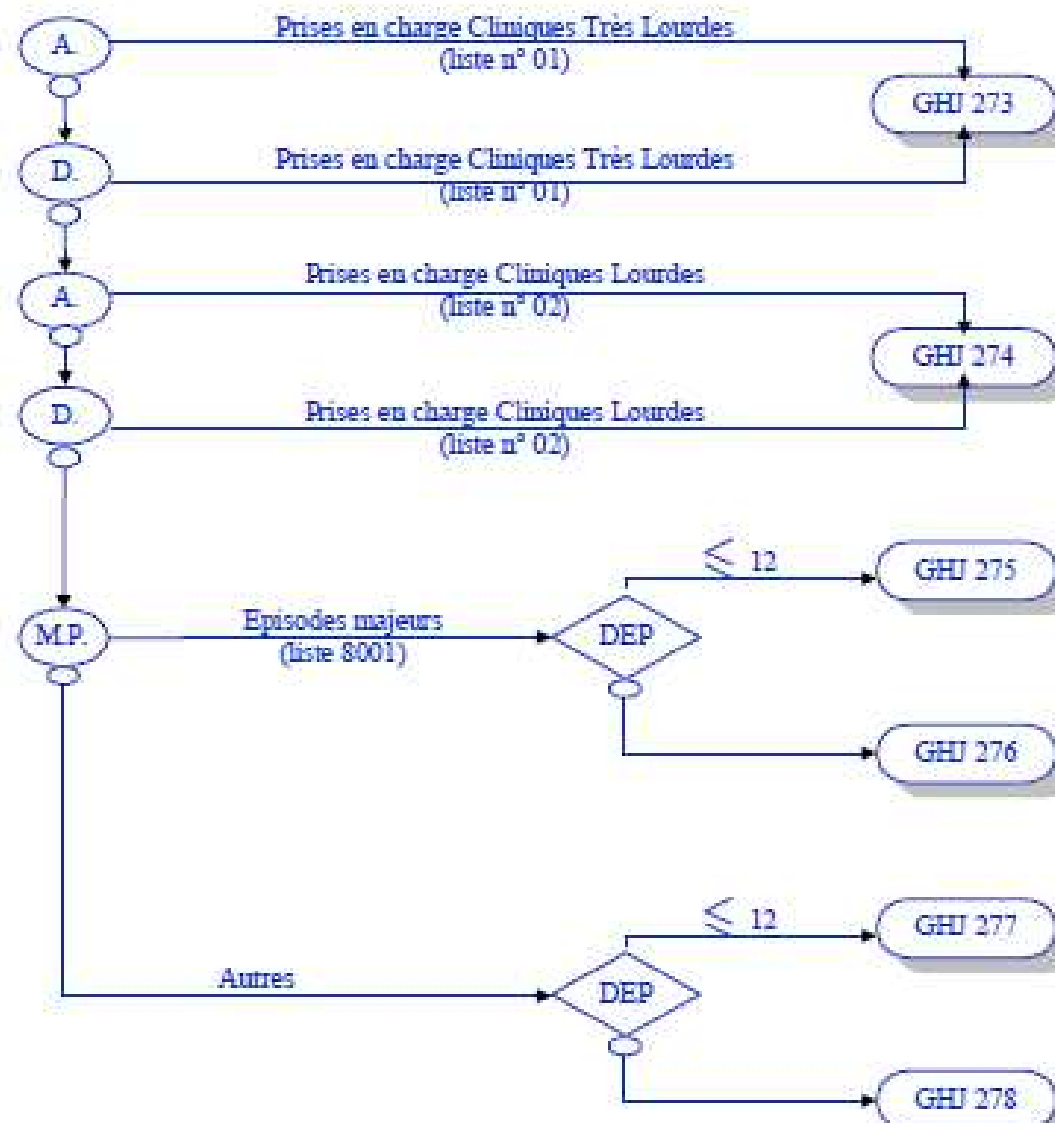
OU

> OU = à 30 mn par jour d'activité
collective



GHJ de PRR

CMC GERIATRIE AIGUE



Les 278 GHJ :

- Forte logique médicale
- Les patients très lourds médicaux/rééducation sont à part
- Les Episodes aigus sont identifiables
- CMC Gériatrie Aigue; pédiatrie surreprésentée
- PRRC et PRR basés sur la combinaison diversité + intensité
- Un recueil des ARR en minutes contre l'avis des experts (2 bornes temps = 3 groupes/ARR/RHS)
- Consignes de codage très limitées (CIM, CdARR)
- Une place en fin d'algorithme pour la dépendance physique mais systématique
- Pas de CMA, comorbidités/certains GMD (diabète, obésité)

À partir de 1998-2006, plus de travaux de classification pendant 8 ans

- Ajustements à la marge mais pas de travaux de classification
 - Tableaux MAHOS
 - ENC recueil partiel 2000 + 2001 puis stop => qualité médiocre, échelle de pondération, PVE 28%
 - Démarrage du recueil des OQN en 2003
 - Utilisation très limitée des données
 - Première annonce d'une T2A SSR pour 2008... avec « un modèle à 4 compartiments »

La relance, les GMD et l'IVA

- T2A en MCO (2004)=> Projet de T2A SSR
- Toujours pas d'uniformisation dans le secteur OQN sauf en LR et IdF avec PJ tout compris pour tous
- ONDAM : enveloppe strictement contrainte pour les DAF, indicative pour les OQN (bienveillance des ARH/ besoins MCO)
- Entre temps création de l'ATIH
- **Faire vite sans refonte du recueil dans l'immédiat**
- **sans ENC en cours (données 2001)**
 - => optimiser l'existant (« home-staging »)



Travaux techniques menés par l'ATIH

- Constat

Groupes Homogènes de Journées (GHJ) mal adaptés pour un modèle de tarification à l'activité en SSR

-> nécessité d'une nouvelle classification SSR à construire à partir de données de coûts récentes

⇒ **Nouvelle ENCc-SSR** à mettre en place dès 2009

⇒ **Nouvelle classification SSR** à compter de 2012

- Etape intermédiaire

Objectif : Optimiser la valorisation médico-économique de l'activité SSR avec les éléments PMSI-SSR actuels (travaux ATIH 2007-08)

↳ *Construction d'un Indice de Valorisation de l'Activité en SSR :*

IVA-SSR

L'IVA suppose une simplification de la classification : les GMD + la matrice

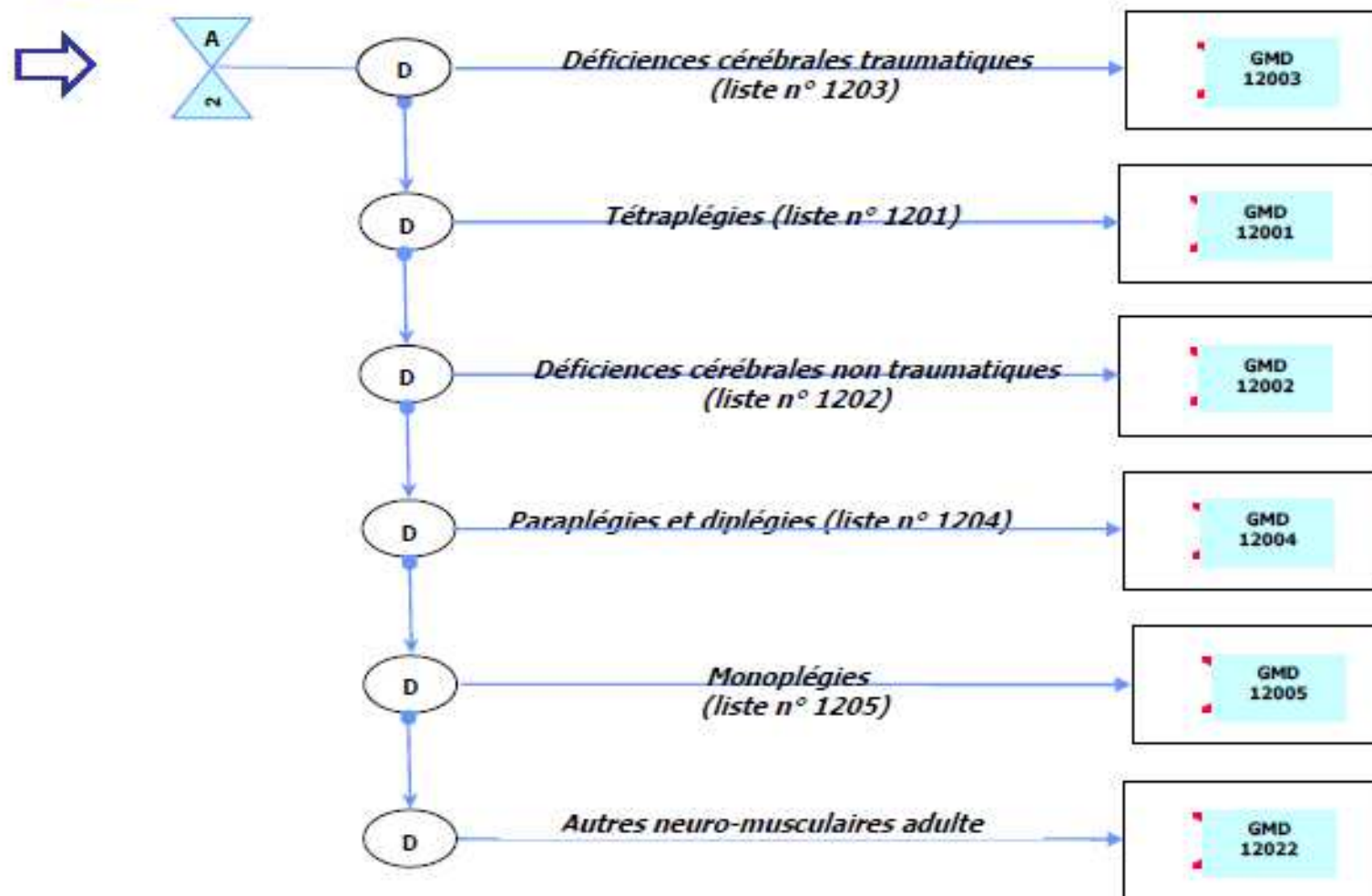
- Le choix est de prendre en compte la dimension multiaxiale des charges dans un modèle de pondération complexe additif
- Additionner l'effet
 - de l'âge,
 - de la rééducation,
 - de la dépendance physique,
 - de la dépendance relationnelle,
 - et quelques autres éléments
- Avec une pondération modulée selon les CMC, +/- GMD
- ces variables qui sont dans les colonnes de la matrice de pondération ne peuvent plus être dans l'arborescence de la classification qui est simplifiée (70GMD)

Les GMD de l'IVA, simplification

- Effet âge affiné : ssCMC+ classes d'âge ds IVA
- Suppression des PCTL, PCL => « comorbidité »
- Suppression des PRRC, PRR => ARR avec coefficient sur 12 activité (diversité, pas intensité)
- Plus de CMC Gériatrie Aigüe, ni Attente de placement, redistribution limitée des listes de diagnostics
- Matrice avec distinction HC/HTP
- 70 GMD
- Groupage de chaque RHS donc modification de la pondération au cours du séjour (selon ARR ou dépendance p.ex)
- la PVE passe de 28% à 44%



Exemple CMC 12 Neuro-musculaire : GMD « Adulte »





Les résultats de la modélisation : 8 variables retenues pour l'IVA

Informations Qualitatives

- ✓ Groupe de Morbidités Dominantes
- ✓ Classe d'Age (4 adultes / 3 enfants)
- ✓ Comorbidités (CIM10 et CCAM)
- ✓ Type de finalité de prise en charge (FP)
- ✓ Type d'hospitalisation (H complète / autres)

Informations Quantitatives

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

Annexe 7 – Matrice IVA

Octobre 2009

Examen	CNIC	IP GMD	LIBRE GMD	Points GMD	Coef score dep phys	Coef score dep cogn	Points classe d'Age 6-5	Points classe d'Age 6-11	Points classe d'Age 13-17	Points classe d'Age 18-20	Points classe d'Age 20-25	Points classe d'Age 26-74	Points classe d'Age 75 et +	Coef score ARR	Points CAV	Points PP 2001	Points PP 2040	Points PP 2040	Points budget compl
NON	01	01A03	INSUF. HEP. CIRCON, AGE SUP. A 35 ANS	140,1	0,0	43,1				0,0	0,0	110	113,1	0,0	194,2	0,0	133,1		40,0
NON	01	01A04	T.M. DEL'APP. HEP, AGE SUP. A 35 ANS	030,2	31,0	43,1				0,0	0,0	110	113,1	0,0	194,2	0,0	133,1		40,0
NON	01	01A16	AUTRES AIE. HEP, AGE SUP. A 18 ANS	170,1	30,0	43,1				0,0	0,0	110	113,1	0,0	194,2	0,0	133,1		40,0
OUI	01	0301	MUCOVISCIDOSE, AGE INF. A 35 ANS	105,1	171,1	73,1	0,0	0,0	0,0					30,54	194,2	107,1	0,0		130,1
OUI	01	0303	AUTRES AIE. HEP, AGE INF. A 18 ANS	1130,4	31,0	73,1	0,0	0,0	0,0					30,54	194,2	107,1	0,0		130,1
NON	02	02A03	INCHEMER CARD. PORTAGIUMPLANT CIRCON, AGE SUP. A 18 ANS	130,2	30,1	65,1				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,4	0,0	35,1	40,0
NON	02	02A04	INSUF. CARD, AGE SUP. A 18 ANS	030,1	65,0	65,1				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,4	0,0	35,1	40,0
NON	02	02A05	AIE. VASC, AGE SUP. A 35 ANS	130,2	30,1	65,1				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,4	0,0	35,1	40,0
NON	02	02A16	AUTRES AIE. DEL'APP. CIRC, AGE SUP. A 18 ANS	130,2	30,1	65,1				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,4	0,0	35,1	40,0
OUI	02	0301	AIE. DEL'APP. CIRC, AGE INF. A 35 ANS	1130,1	31,0	65,1	0,0	0,0	0,0					30,54	107,1	130,1	0,0	0,0	130,1
NON	12	12A01	TETRAPLEGIES, AGE SUP. A 18 ANS	030,1	71,1	11,1				0,0	0,0	0,0	11,0	0,11	71,0	100,1	100,1		40,0
NON	12	12A03	LES. CEREB NON TRAUMA, AGE SUP. A 18 ANS	100,2	61,0	11,1				0,0	0,0	0,0	11,0	0,11	71,0	100,1	100,1		40,0
NON	12	12A04	LES. CEREB TRAUMA, AGE SUP. A 35 ANS	140,0	71,4	11,1				0,0	0,0	0,0	11,0	0,11	71,0	100,1	100,1		40,0
NON	12	12A04	PARAPLEGIES, AGE SUP. A 18 ANS	040,1	04,4	11,1				0,0	0,0	0,0	11,0	0,11	71,0	100,1	100,1		40,0
NON	12	12A05	MONOPLEGIES, AGE SUP. A 18 ANS	040,4	31,1	11,1				0,0	0,0	0,0	11,0	0,11	71,0	100,1	100,1		40,0
NON	12	12A12	AUTRES AIE. DU SYST. NERV, AGE SUP. A 35 ANS	007,1	40,1	11,1				0,0	0,0	0,0	11,0	0,11	71,0	100,1	100,1		40,0
OUI	12	1301	TETRAPLEGIES, AGE INF. A 35 ANS	030,0	41,1	0,0	44,1	0,0	0,0					11,46	117,1	0,0	0,0		130,1
OUI	12	1303	LES. CEREB NON TRAUMA, AGE INF. A 18 ANS	100,0	31,0	0,0	44,1	0,0	0,0					11,46	117,1	0,0	0,0		130,1
OUI	12	1304	LES. CEREB TRAUMA, AGE INF. A 18 ANS	040,1	30,0	0,0	44,1	0,0	0,0					11,46	117,1	0,0	0,0		130,1
OUI	12	1305	MONOPLEGIES, AGE INF. A 18 ANS	030,0	71,0	0,0	44,1	0,0	0,0					11,46	117,1	0,0	0,0		130,1
OUI	12	1303	AUTRES AIE. DU SYST. NERV, AGE INF. A 35 ANS	130,0	30,0	0,0	44,1	0,0	0,0					11,46	117,1	0,0	0,0		130,1
NON	13	13A01	DEMENCE, SCHIZOPHRENIE ET RETARDMENT, AGE SUP. A 18 ANS	100,2	71,1	11,1				130,4	31,1	0,0	0,0	0,0	0,0	130,0	0,0	0,0	40,0
NON	13	13A03	DEBIL. ET TH. MINT. GND. CAS A SUBST. PSYCHOACT, AGE SUP. A 35 ANS	130,0	71,1	11,1				130,4	31,1	0,0	0,0	0,0	0,0	130,0	0,0	0,0	40,0
NON	13	13A03	TROUBLES CEREBRES ET ANXIETES, AGE SUP. A 35 ANS	030,0	30,4	11,1				130,4	31,1	0,0	0,0	0,0	0,0	130,0	0,0	0,0	40,0

L'IVA pour attendre, des éléments pour la suite

- IVA destiné à être transitoire (simple modulation), « une classification nouvelle en 2012 doit permettre une T2A SSR » => ENCC relancée (2009)
- Modification recueil ; actes CdARR en nature et plus en minutes (**idée = recherche d'actes ou protocoles de RR classants**)
- Travaux préparatoire sur le CSARR lancés
- Par contre pas de changement de périodicité RHS
- Pas de changement /AVQ et tjs pas pb sociaux



Calendrier des travaux ATIH pour le modèle T2A-SSR

2009-2010 :

- Démarrage du recueil de la **nouvelle ENCc-SSR**
- Travaux de **refonte du CdARR** (catalogue des actes de rééducation-réadaptation) avec les sociétés savantes et experts
→ nouvelle nomenclature
- Ajustement du recueil (RHS et règles)

2011-2012 :

- Remontée et exploitation des données ENCc-SSR 2009
- Construction et publication d'une **nouvelle classification SSR** à partir des données ENCc-SSR
- Publication **nouvelle nomenclature pour actes RR**
- Définition des **évolutions du recueil SSR**
- Elaboration **échelles de tarifs SSR** pour campagnes budgétaires

2011-2013 étape 3 : une classification destinée à la T2A SSR, les GME

- Le principe de la matrice IVA est utile pour un modulation, difficile à utiliser pour une facturation T2A (lisibilité des tarifs problématique, anxiogène pour le payeur, risque d'inflation)
- Demande du Ministère d'un **outil « au séjour »** supposé moins inflationniste, plus incitatif que la « journée pondérée »

Rappel du contexte

- **2010** : annonce d'une T2A SSR au 1^{er} janvier 2013
- **Juin 2012** : report de ce calendrier au 1^{er} janvier 2016
- **5 Février 2013** : COPIL DGOS / ATIH
 - Utilisation de la classification GME dès 2013 (V1)
 - CSARR : utilisation obligatoire au 1^{er} juillet 2013
 - Pas de modulation financière en 2013
- **Arrêté PMSI SSR du 04/03/2013** (publié au JO le 27/04/2013)
 - Version 1 de la classification GME
 - Version 1.1 de la fonction groupage

La classification en GME, des choix à discuter

- La durée de séjour

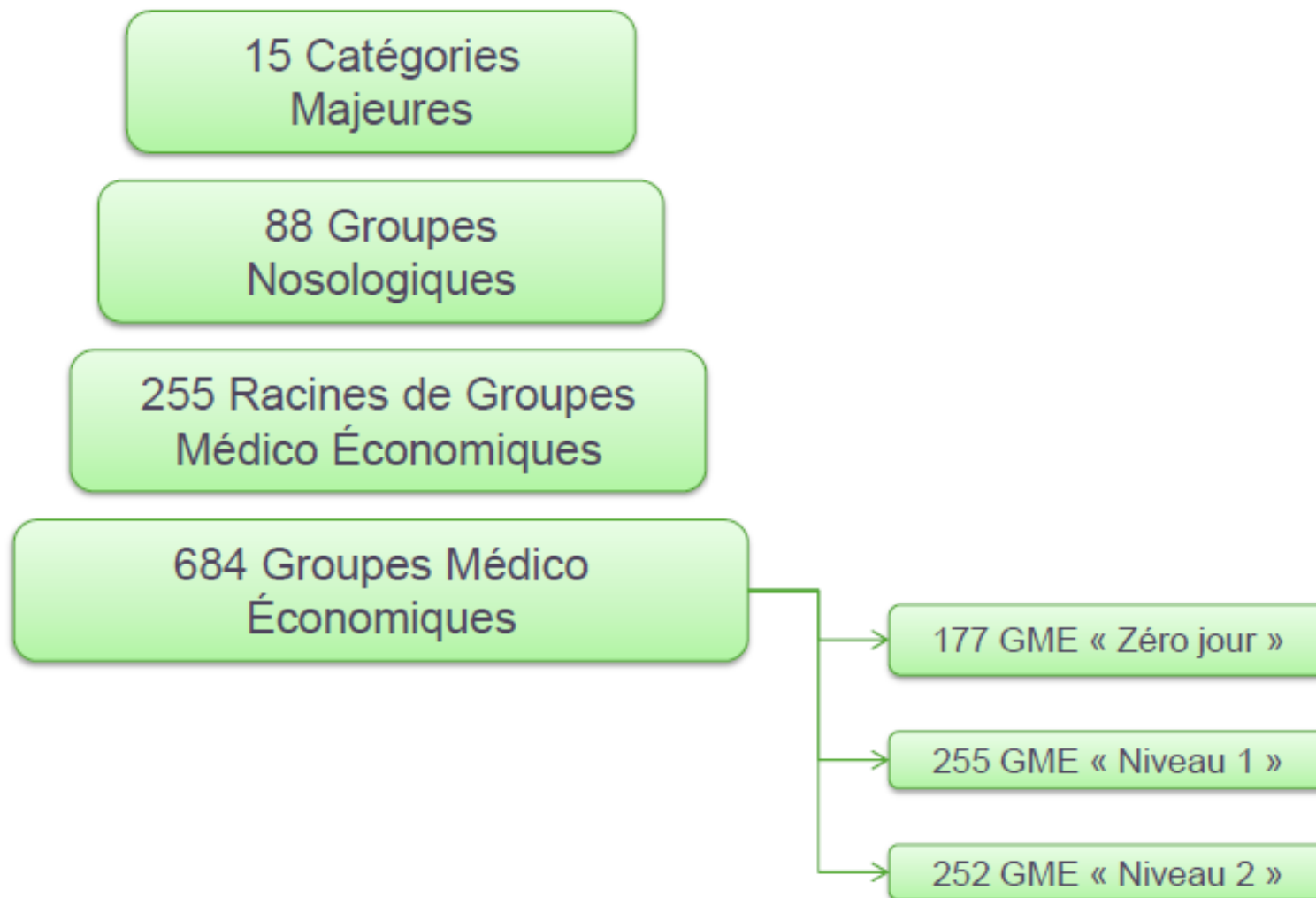
- comme variable à expliquer ne permet pas une PVE correcte et devrait être abandonnée pour la classification. (cf effet des CMA sur les coûts/J)
- La production de RHS hebdomadaire ne se justifie plus
- Le groupage d'un patient dans un GN unique pour le séjour est possible (la séquence paraît plus adaptée)
- Limite de puissance statistique des données de l'ENC
- si le Ministère y tient, il peut imposer un modèle de financement au séjour sur une classification en journées pondérées

Classification en GME

Arbre de décision en 4 niveaux hiérarchiques

- 1^{ère} étape = orientation dans une « Catégorie Majeure »
- 2^{ème} étape = orientation dans un « Groupe Nosologique »
- 3^{ème} étape = orientation dans une « Racine de GME »
- 4^{ème} étape = orientation dans un « Groupe Médico Économique »

Principes de la classification en GME



Les "niveau 1" et "niveau 2" réfèrent à des niveaux de complexité de prise en charge médicale croissante (cf diapositive 16)

Les catégories Majeures

- 01 - Affections du système nerveux
- 02 - Affections de l'œil
- 03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- 04 - Affections de l'appareil respiratoire
- 05 - Affections de l'appareil circulatoire
- 06 - Affections des organes digestifs
- 08 - Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire
- 09 - Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- 10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- 11 - Affections de l'appareil génito-urinaire
- 16 - Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus
- 18 - Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires
- 19 - Troubles mentaux et du comportement
- 23 - Autres motifs de recours aux services de santé
- 27 - Post transplantation d'organe

Les catégories Majeures

- Pas de sous CMC/ enfants, quelques rares groupes (problème de méthode statistique sur effectifs rares)
- Redécoupage des CMC avec des listes empruntées au MCO : est-ce pertinent en SSR ?
 - Mordibité SSR différente /pathologie MCO
 - Recueil (FPP, MMP, AE, DAS) différent/MCO (artéfacts non maîtrisés, consignes codages imprécises et mal maîtrisées)
 - Motif de prise en charge / FPP ??
- Toujours confusion entre rééducation spécialisée et suites médicales

Les groupes nosologiques GN

- Ce sont les 88 groupes construits sur les critères
 - Uniquement médicaux
 - Que sur le tryptique FPP,MMA,AE
 - pas de polypathologie
 - Pas de niveau de gravité fonctionnel
 - Pas d'objectif de prise en charge
- Déterminé pour tout le séjour (GN issu du groupage le plus fréquent sur les 10 premiers RHA)

Les racines de GME

- Pour une bonne PVE, déclinaison statistique des variables de la matrice IVA dans les GN (mais cohérence clinique limitée)
- Age
- Dépendance physique à l'entrée
- Dépendance cognitive à l'entrée
- RR : addition de la pondération de chaque actes du séjour, cette somme est divisée par le nb J présence hors WE, (2-3 classes par GN)

Les GME

- Application de 3 niveaux /rGME
 - Ambulatoire = niveau 0
 - HC = niveau 1 si pas de diag de niveau2 au cours du séjour.
- Élément de méthode discutable : caractère CMA d'un diagnostic = effet isolé sur la DMS du groupe de diagnostic dans lequel il est (+liste d'exclusion)
- Impact : les limites de la classification et de l'ENC aboutissent à des faiblesses majeures pour la pondération

(cf rapport ATIH sur les résultats ENC SSR) :

- ds 40% des cas le GME ne peut pas être pondéré correctement
- ds 25% des rGME, le niveau 2 a un coût/J plus bas que le coût/J du niveau1 associé
- Les échelles OQN et DGF ne sont pas du tout parallèles

Analyse critique des choix

Les objectifs du PMSI ? (classification)

- un outil descriptif mais de quoi ? (des patients, des pratiques, des établissements, « de l'activité » ?)

Le contenu des groupes est-il homogène entre les établissements ? Est-ce que l'on parle de la même chose ?

▫ => adéquation avec la planification hospitalière ?

- un outil de comparaison économique du « produit » hospitalier pour le financement en SSR ?
 - modulation budgétaire tarifaire ?
 - modulation tarifaire ?
 - paiement de l'activité ?

- La distinction entre classification (description et comparaison) et modèle de financement (ex T2A) suppose de garantir la cohérence entre les 2

Adéquation des méthodes

Principes de construction d'une classification

- **Quelle est la variable à expliquer ? (statistiques)**
 - La Cohérence médicale d'un groupe
 - La Durée moyenne de séjour ? (ou médiane ?)
 - Les coûts moyens, mais quels coûts ?
 - Montants moyens ? Structure des coûts ?
 - coûts journaliers / coûts totaux du séjour,
 - quel périmètre de coûts (total, frais de structure exclus...)
- **Quels sont les critères de jugement du résultat : la PVE cache le désert,**
 - les critères de dispersion ou de défaut de puissance ne sont pas pris en compte,
 - l'homoscédasticité n'est jamais vérifiée, (hypothèse que chaque établissement à le même profil de patients intragroupe que la moyenne)
 - les inadéquations du modèle ne sont ni diagnostiquées ni traitées a priori
- **Qui évalue le résultat ? Quelle transparence ? Quels sont les interlocuteurs ?**
- **Quel est le rôle des médecins dans la démarche très statistique ?**
- **Combien d'ETP travaillent réellement à produire la classification ?**

Adéquation des sources/ données

- Le RHS : une rationalité limitée dont le diagnostic d'insuffisance a été précoce et reste chronique mais sans traitement (fréquence, items, nomenclatures)
- La CIM10 : inadéquation de base des pathologies : non graduées ds la CIM et pas d'outils précis d'évaluation fonctionnelle
- Le CdARR et le CSARR : Quelle performance ? quelle cohérence/besoin ? **pondération approximative** néanmoins utilisée tant dans l'ENC que la classification
- L'ENC : arrêtée pendant 8 ans, de granularité (ICR des actes ?) et performance limitées
- Les enquêtes « préparation à la T2A » artisanales (sans définitions, déclaratives)

Un constat : lacunes de la classification actuelle

- Un constat, pondération des GME avec données ENC 2009-2011 inutilisables
- => **il y a des carences lourdes à traiter avant une T2A**
- Les faiblesses sont cumulées :
 - La classification pas assez adaptée
 - L'ENC pas assez fine, (cf part de la logistique, modalités/PT)
 - Le CSARR (pondération, règles de recueil, précision)
 - Guide méthodologique.... (règles de codage)

Evaluation à faire : un GME correspond-t-il réellement à la même chose pour les différents établissements ?

=> Quels Critères d'évaluation des GME insuffisants ?

Il faut impérativement faire cette évaluation et en tirer les conséquences

Un constat : lacunes de la classification actuelle

- Toujours pas de distinction pertinente des prises en charges entre rééducation et suites de soins car pas de graduation des besoins
 - gravité des pathologies ?
 - niveau de déficits fonctionnels ?
 - réalité de la prise en charge ?
 - recueil CdARR mal cadré => impact négatif /ENC
 - pondération CSARR non cadrée (projet 2014)
- Variabilité, dispersion, effet établissement non étudiés ou non publiés (homoscédasticité, effet étab.)

Perspectives pour la classification

- Un biais méthodologique à corriger : une classification qui explique la DMS mais une pondération appliquée sur les journées, les 2 doivent être cohérents (cf CMA)
- **privilégier les critères médicaux des professionnels au traitement statistique a priori =>** moins de rGME mais plus de GN, avec de nouveaux critères, (sinon on refait la matrice dans chaque GN)
 - Niveau de gravité de la pathologie
 - Echelle fonctionnelle
 - Moyens engagés dans la prise en charge
 - combinaisons de diagnostics témoins de polypathologie
 - La RR : des actes/procédures classants
- Les enfants
- Les patients lourds

Perspectives pour le recueil

- **Périodicité** à revoir enfin (après 15 ans)
- Intégration des données de Trajectoire au PMSI
- Une mesure de **capacité fonctionnelle** correcte
- Une échelle de **troubles comportementaux**
- Une recueil adapté des **difficultés sociales**
- Un CSARR avec une pondération correcte
- Des règles de recueil des diagnostics plus précises

La T2A : est-ce le bon modèle en SSR ?

- Un lien entre activité (lourdeur et volume) et financement est nécessaire (inégalité DGF bloquée/OQN mal contraint/volumes)
- Mais un paiement type T2A avec un outil non adapté est très dangereux et la PVE n'est pas un critère suffisant (hétérogénéité entre établissement)
- Les autres compartiments reste très marginaux et symboliques
- Manque d'imagination sur d'autre composantes du modèle (juste amélioration de la classif et des outils)

La T2A : est-ce le bon modèle en SSR ?

- Un modèle unique est-il pertinent pour toutes les p.en.ch
 - de rééducation spécialisées
 - de soins médicaux et nursing ? (cf USA, Aust, UK)
 - de problèmes sociaux-environnementaux
- choix entre paiement de l'activité ou modulation,
- un modèle de paiement sans coefficients est-il pertinent ? (cf USA, Australie, etc...)
- La régulation prix/volume avec un ajustement sur les seuls tarifs est-elle la meilleure solution ?
 - => faut-il toujours faire baisser les tarifs car les volume augmentent ?
 - Ou faire baisser les volumes pour faire augmenter les tarifs ? (impact qualité, impact rentabilité, cf MSAP, PRADO, pertinence, trajectoire...)

Le SSR et le parcours, un avenir ?

- Pas un sujet de classification, mais depuis longtemps dans la prise en charge globale et pluridisciplinaire en SSR
- Quel recueil pour préciser le parcours ? (destination, type de prise en charge à la sortie : médicale, de RR, de nursing, sociale, environnementale, suivi spécialisé par l'équipe)
- sur quel support ? (Trajectoire, DMP, PMSI ?)
- il faut le lier au PMSI-SSR
- Affiner les spécificités de l'ambulatoire SSR (HdJ, TCA, bilans externes, suivi...)

**Le PMSI SSR...
à suivre...
et à adapter !**

JGS 2013 Ajaccio 11/10/2013
P.Métral

Merci de votre attention