

Le point sur la réforme du financement en SSR : construction tarifaire, travaux sur la classification,

Dr Pierre METRAL

Le point sur la réforme du financement en SSR :

- 1- simulations
- 2- construction tarifaire,
- 3- travaux sur la classification,

1- Simulations

- Annoncées maintenant pour « **mai 2016** » par Sandrine Billet DGOS le 31 mars
- Annonce de « **1ères simulations**, pour échange avec les fédérations et ajustement des paramètres ensuite
- Essentielles pour
 - avoir une idée de la « **marche** » du passage à la **DMA** (socle/recettes)
 - Analyser les **anomalies et intervenir** sur les points à ajuster : être prêt et réactif
- Reste par ailleurs pas mal de questions techniques et juridiques à préparer

1- Simulations

- **Résultat de la simulation pour un établissement**

- L'application des paramètres du modèle de financement à la DMA
 - Socle ++ et Part activité (**données d'activité de l'établissement 2013 et 2014, puis 2015, actualisation**)
 - Compartiments complémentaires MO,PTS, MIGAC (IFAQ ?) (données **Fichcomp, RTC et enquêtes**)
 - => Écart constatés :
 - besoin de coefficients de transition
 - Signaler les biais à faire valoir ++++ et des ajustements à demander
- L'application des « pré-tarifs » sur l'activité PMSI
 - Classification en GME
 - Tarifs issus des coûts
- Quelles données seront fournies et à qui ?

Le modèle DMA et modèle GME

De quel « modèle » parle-t-on ?

Il faut distinguer

- **le modèle de financement** (DMA et tarifs)
- **et le modèle de description médicoéconomique** (PMSI et classification en GME)

Modèle de financement = la « DMA » Dotation Modulée à l'Activité

Responsable : la DGOS

Assise : Loi de Finance de la Sécurité Sociale (puis décrets et arrêtés)

Détermine les modalités de répartition des ressources (sous contrainte de l'enveloppe (ONDAM))

Modèle de description et de support du paiement :

la classification médicoéconomique en GME et le PMSI SSR

Responsable : l'ATIH, développeur technique (sous la tutelle de la DGOS)

Détermine les outils techniques de mesure de l'activité pour appliquer le modèle

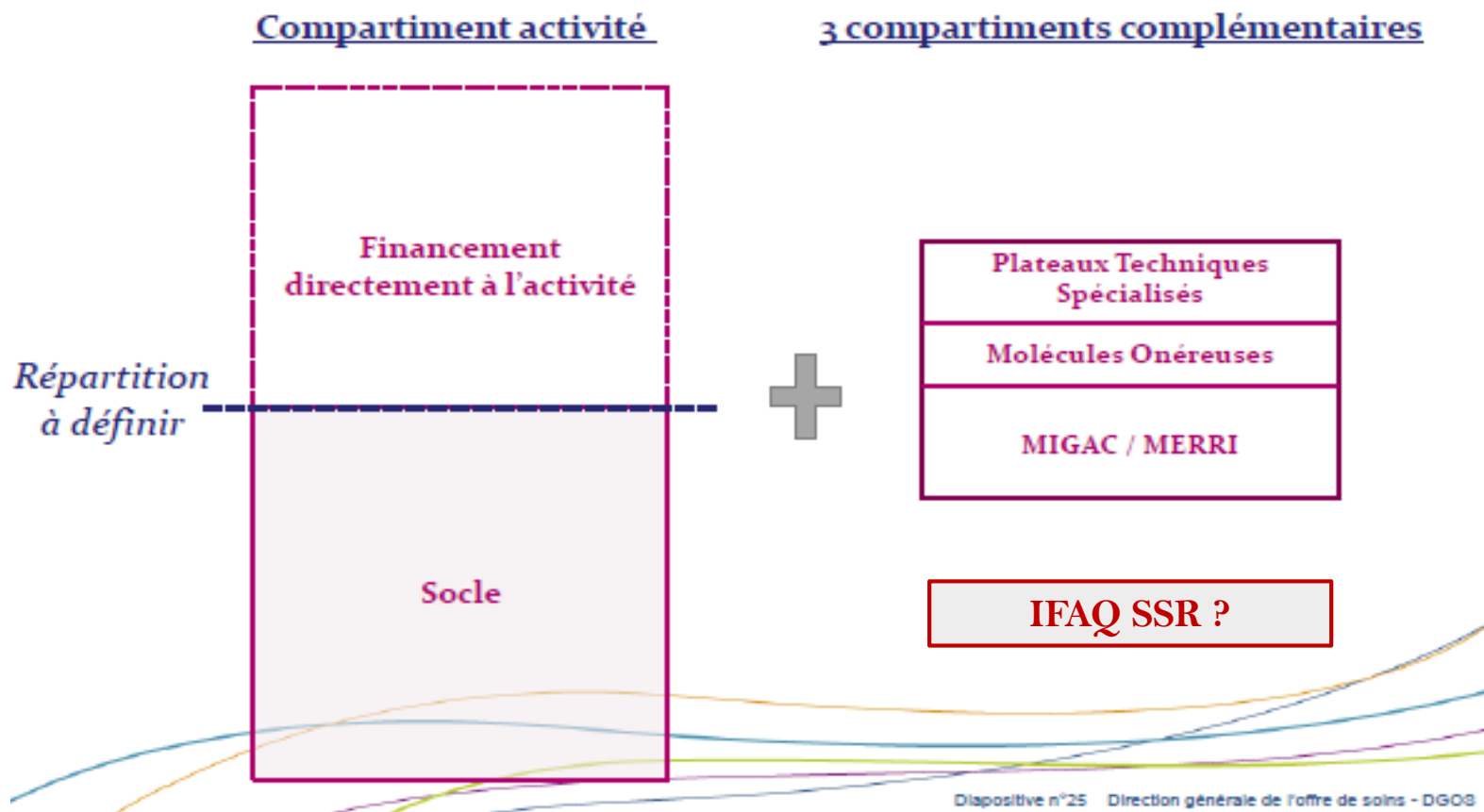
Le modèle DMA : points clés, derniers travaux



Architecture du modèle de financement envisagé



COPIL SSR 9/04 : focus sur le compartiment activité



Le modèle de financement DMA en SSR : les « petits compartiments »

1. Les molécules onéreuses

- Principe : Liste en sus MCO + liste spécifique SSR, source : Enquête 2011 et **Fichcomp +++ : 50M€ estimés**
- Objectif annuel en LFSS, mécanismes de régulation national « volume-taux remboursement »
- Coefficient prudentiel sur le volume, Glissement possible du MCO vers le SSR
- Nouveau décret sur l'inscription/radiation des listes en sus MCO (30% des tarifs)
- Difficulté à arbitrer entre prix journalier et prix total au séjour (2 dimensions sont croisées)
- **Le risque est sur les établissements SSR** avec le « tout compris » (OQN) et la taille limitée + casemix étroit
- **Rien sur les dispositifs médicaux** (ex. prothèses, consommables, DMI...)

2. Les MIGAC MERRI

- Liste évoquée MIG: scolarisation 6-16ans, réinsertion professionnelle COMETE, équipes mobiles SSR
- MERRI : Internes (Spé ou MG), Innovations, Recherche cf MCO : publications, essais, programmes PREPS...

3. Les Plateaux Techniques : avec reconnaissance / (autorisation ?) par l'ARS

- Uniquement des plateaux supplémentaires à ceux prévus dans les autorisation + investissement balnéo
- Plateforme de marche, isocinétisme, assistance robotisée Mbsup / Mb Inf, Balnéo
- Cf « urgences » en MCO : Forfait de base + tranches selon les volumes d'actes (CSARR, Fichcomp ?)

4. L'IFAQ (2017?)

- Principe similaire au MCO : primes pour les meilleurs indicateurs et plus fortes progressions, basé sur IPAQSS, certification HAS et HN, et indicateurs d'hygiène (ICALIN...)
- Pb : indicateurs SSR ? IPAQSS / DPA (escarres, douleur, courriers, =frustres, rien sur les résultats fonctionnels,

Le point sur la réforme du financement en SSR :

- 1- simulations
- 2- construction tarifaire,**
- 3- travaux sur la classification,

Le point sur la construction tarifaire

Opérateur = ATIH

=> **Un monde à rationalité limitée !**

Sources de données :

ENC SSR (FEHAP sur-représentée, FHF très sous représentée)

Données brutes par GME publiées : beaucoup de « trous » et beaucoup de détails

Principe du « **calage** » **pour redresser l'échantillon** et fort **recrutements ENC**

Interrogations sur les 13 critères de calage retenus et les choix méthodologiques (ex Tx d'occupation)

Beaucoup de trous => ratios de calculs entre GME pour combler les trous

D'après l'ATIH : « les échelles de tarif sont parallèles » (trous ++ en OQN ?)

Données de coûts 2013 de mauvaises qualité => base de données ENC SSR 2011 et 2012

- **données avant les GME (regroupage)**

- **données avant le CSARR (assimilations/transformation)**

Utilisations des données 2014 dès que possible avec mélange « optimisé au GME » entre 2011, 2012 et 2014

**L'Etude Nationale de coûts et son influence sur le modèle
ENC : méthodologie et échantillon**

Etape 1 : attribution des charges de l'établissement à l'unité et au séjour

Etape 2 : Attribution du GME au séjour dont les coûts ont été calculés

au niveau de l'établissement ENC qui recueille par ailleurs son PMSI,
dépend de la **qualité de son recueil du PMSI SSR** (ex codage CIM10, AVQ, CSARR)

Etape 3 : Aggrégation des coûts calculés pour tous les séjours du même GME dans l'ENC SSR :

opération de « poolage », de mise en commun entre établissements différents mais avec « une pondération »
représentativité de l'échantillon améliorée par l'opération de « **calage statistique** » : différents critères pour
compenser les distorsions (part dans l'ENC) et se rapprocher de la part dans la Base Nationale
effet de moyenne déterminant, l'homogénéité ou la « pureté » du GME conditionne beaucoup de choses

**Au final : calcul du coût complet moyen des séjours (ENC) du GME,
puis du coût moyen journalier du GME (coût total du séjour/DMS du GME)**

avec une « **décomposition** » entre les différentes composantes du coût, publiée par l'ATIH

Logistique (médicale et générale)

Unités de soins

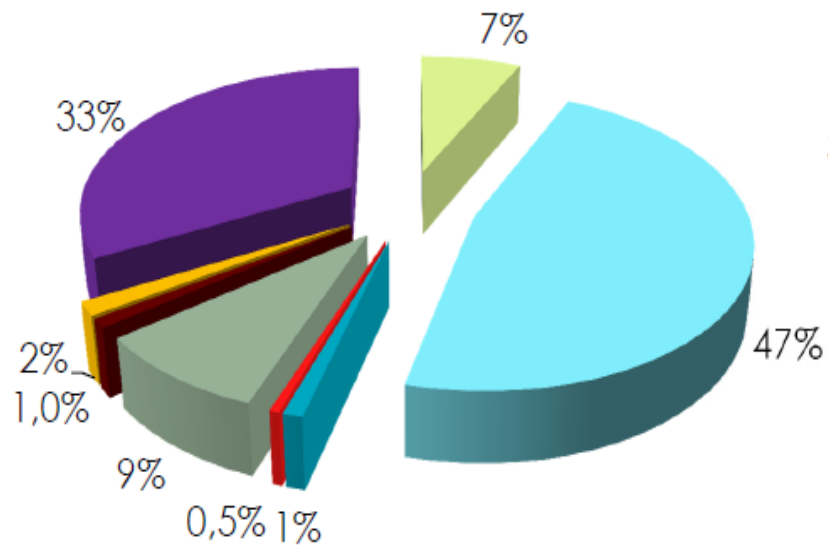
Intervenants de RR

Conso d'actes médicaux (labo...) ...

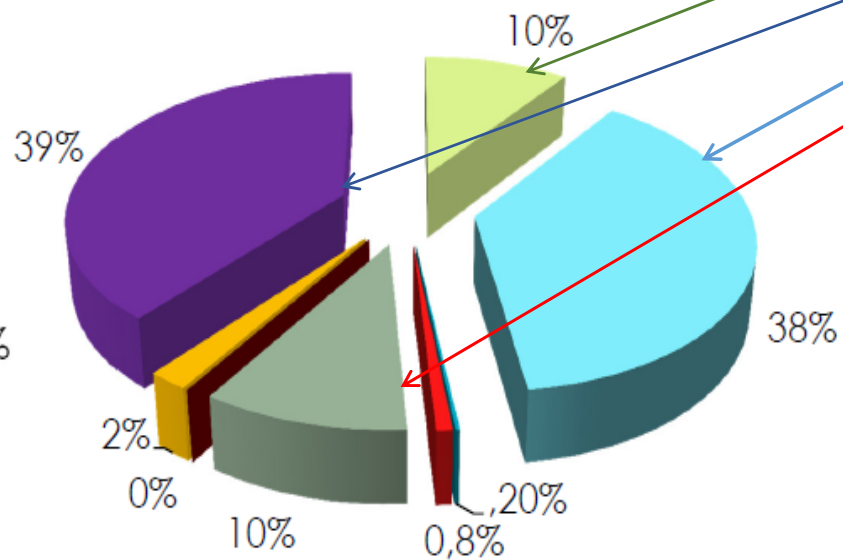
Décomposition des coûts journaliers

Hospitalisation à temps complet

DAF



OQN



- Dépenses directes
- Logistique
- Unité de soins
- Plateaux et RR

- Charges directes
- Cliniques
- Plateau MT
- Plateau RR
- SAMT métiers
- Activités spécifiques SSR
- Logistique médicale
- LGG

**L'Etude Nationale de coûts et son influence sur le modèle
ENC : méthodologie et échantillon**

GME	Libellé GME	Coût moyen journalier du GME	Erreur relative d'échantillonnage (ERE) en %	BB IC	BH IC	Charges directes	Dépenses cliniques (U soins)	Dépenses plateaux MT (med)	Dépenses RR			Logistiq médic	Logistiqu gestion générale	Struct.
									Dépenses plateaux de RR	Dépenses métiers RR	Sections spécifiques SSR			
0512A0	Insuffisances cardiaques, AVQ phy <=12 - zéro	181,5	2,9%	171,1	192,0	6	57	6	2	48	0	1	63	18
0512A1	Insuffisances cardiaques, AVQ phy <=12 - niv1	225,7	18,2%	143,6	307,8	18	99	5	1	12	0	5	86	15
0512A2	Insuffisances cardiaques, AVQ phy <=12 - niv2	247,0	8,6%	204,7	289,4	18	124	4	0	10	0	6	84	18
0512B1	Insuffisances cardiaques, AVQ phy >= 13 - niv1	273,1	11,9%	207,8	338,3	17	149	4	0	11	1	5	86	18
0512B2	Insuffisances cardiaques, AVQ phy >= 13 - niv2	299,4	30,8%	115,2	483,7	23	170	3	0	12	0	7	83	14

DMS respectives : 1j, 28j, 42j, 23j , 43J
Part des dépenses de RR : 27%, 6%, 4%, 4%,4%

GME	Libellé GME	Coût moyen journalier du GME	% Erreur relative d'échantillon	BB IC	BH IC
0146A0	AVC avec tétraplégie - Tps Partiel	290,9	5,5%	258,9	323,0
0146A1	AVC avec tétraplégie - niv1	396,5	9,1%	324,1	468,8
0146A2	AVC avec tétraplégie - niv2	485,9	18,2%	309,4	662,5
0147A0	AVC avec hémiplégié, score phy <= 8, score arr <= 90 - Tps Partiel	224,9	7,8%	190,0	259,9
0147A1	AVC avec hémiplégié, score phy <= 8, score arr <= 90 - niv1	218,1	7,5%	185,2	251,0
0147B0	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr <= 90 - Tps Partiel	286,3	9,4%	232,2	340,3
0147B1	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr <= 90 - niv1 (DMS 48j)	270,7	48,1%	10,5	530,8
0147B2	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr <= 90 - niv2 (DMS 70j)	354,1	8,4%	294,4	413,8
0147C1	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr <= 90 - niv1	330,2	32,2%	117,9	542,5
0147C2	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr <= 90 - niv2	376,7	10,3%	299,2	454,2
0147D0	AVC avec hémiplégié, score phy <= 8, score arr >= 91 - Tps Partiel	250,4	10,3%	199,0	301,7
0147D1	AVC avec hémiplégié, score phy <= 8, score arr >= 91 - niv1	283,2	3,8%	261,7	304,6
0147E0	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr >= 91 - Tps Partiel	263,8	2,7%	249,7	277,8
0147E1	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr >= 91 - niv1 (DMS 65 j)	319,4	3,4%	297,5	341,3
0147E2	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr >= 91 - niv2 (DMS 94 j)	353,4	2,1%	338,7	368,1
0147F0	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr >= 91 - Tps Partiel	288,4	9,3%	234,8	341,9
0147F1	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr >= 91 - niv1	390,1	19,8%	235,7	544,6
0147F2	AVC avec hémiplégié, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr >= 91 - niv2	401,7	5,6%	356,5	446,9
0148A0	AVC autres, score phy <= 8, score arr <= 90 - Tps Partiel	193,5	15,3%	134,4	252,7
0148A1	AVC autres, score phy <= 8, score arr <= 90 - niv1	234,2	13,3%	171,9	296,4
0148B0	AVC autres, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr <= 90 - Tps Partiel	222,0	NC	NC	NC
0148B1	AVC autres, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr <= 90 - niv1	268,7	27,7%	120,0	417,3
0148C0	AVC autres, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr <= 90 - Tps Partiel	294,5	1,5%	285,6	303,4
0148C1	AVC autres, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr <= 90 - niv1	299,3	10,9%	234,0	364,5
0148C2	AVC autres, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr <= 90 - niv2	364,7	9,4%	295,8	433,6
0148D0	AVC autres, score phy <= 8, score arr >= 91 - Tps Partiel	275,5	21,2%	158,8	392,2
0148D1	AVC autres, score phy <= 8, score arr >= 91 - niv1	298,0	16,5%	199,7	396,2
0148E0	AVC autres, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr >= 91 - Tps Partiel	281,0	12,0%	213,3	348,7
0148E1	AVC autres, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr >= 91 - niv1	317,7	3,4%	296,3	339,2
0148F0	AVC autres, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr >= 91 - Tps Partiel	314,9	4,4%	287,2	342,5
0148F1	AVC autres, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr >= 91 - niv1	408,0	20,4%	241,8	574,2

Données de coûts
ENC 2013,
Utilisation
de la moyenne /
Variabilité des
résultats
Exemple : GN AVC

Suggestion FEHAP
a) Faire 3 catégories
b) La part des
catégories 2 et 3
doit être affichée
dans les résultats
des simulations

Le point sur la réforme du financement en SSR :

- 1- simulations
- 2- construction tarifaire,
- 3- travaux sur la classification,

Forfait Séjour : Zones forfaitaires, GME forfaitisables ou pas, AJP

CSARR et rééducation

- Travaux sur les coefficients de pondération des actes du CSARR
- **Score de RR** pour la classification (pas connu cf ATIH en juin 2016)
- Classification : **utilisation score RR dans la classif**, CM08,

« Qualité des données et disponibilité »

- Tableaux **OVALIDE SSR** et préparation d'un **DALIA SSR**
- **Demi-journées ATIH /codage en CSARR** (24mai, 31mai, 1^{er} juin)
- **Scan Santé SSR** (fiche de synthèse++/carré d'as)

Dépendance :

- Score SAS, travaux de la SOFMER qui n'engagent pas l'ATIH et les fédérations, délais...
- cognitif et CIM-10 ? Compenser les limites des AVQ par du codage en CIM10, utilisation ?

Autres compartiments : MIG, Molécules, PTS

Simulations v1 annoncées pour mai par la DGOS le 31 mars S.Billet

Le modèle de financement en SSR : **ZONE FORFAITAIRE**

Schéma 1: GME qui couvre une activité standardisée

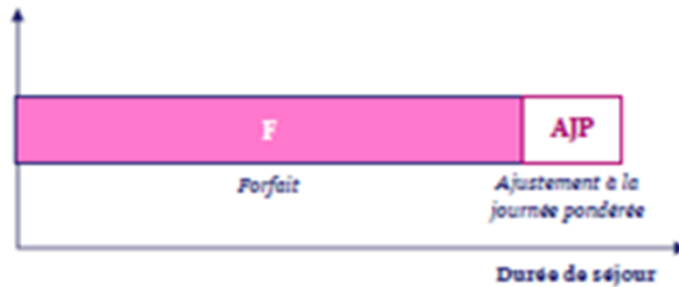
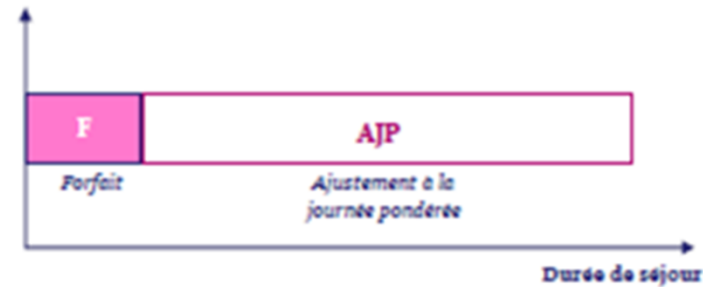


Schéma 2: GME qui couvre une activité non standardisée



Possibilités de financement selon la typologie de séjour (durée de séjour et intensité de prise en charge) :

- Séjour patient dans zone F = financement forfaitaire.
- Séjour patient dans zone AJP = financement forfaitaire + ajustement à la journée pondérée.
- Ces possibilités ne présagent pas de la proportion de patients qui relève des zones F et AJP.

✓ Cas des patients dont le séjour est interrompu avant le seuil de déclenchement du forfait (à définir) : ajustement à la journée pondérée.

Diapositive n°29 Direction générale de l'offre de soins - DGOO

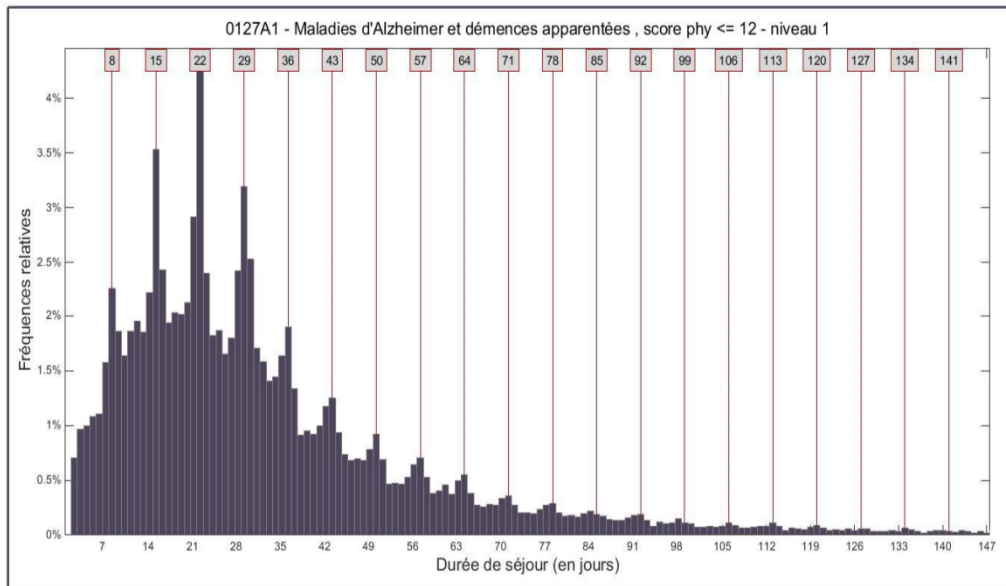
Zone forfaitaire (méthode 1 Profils)

Séjour de **1 jour (HP/HC) niv0: Valorisation à la journée** (cohérent avec groupage, mais quelle cohérence avec classification / DMS ?)

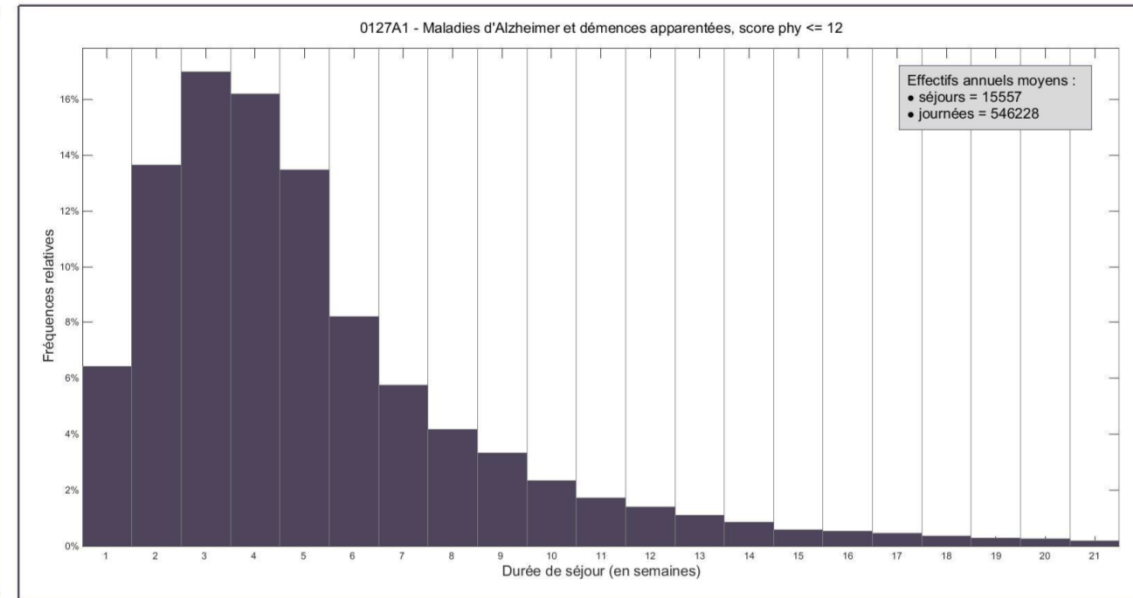
Séjour de plus d'1 jour (HC) niv1-2 recherche des zones forfaitaires

Méthode 1 : analyse des PROFILS de DISTRIBUTION des durées de séjours du GME

Rythmicité / 7 jours => lissage en comptant en semaines



08/04/2016



Pierre METRAL avril 2016

17

3. Méthode 1 : classif. des GME... b. Quelques résultats

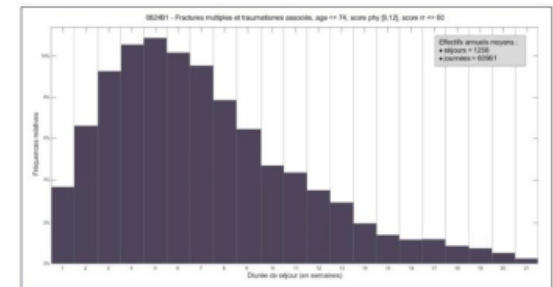
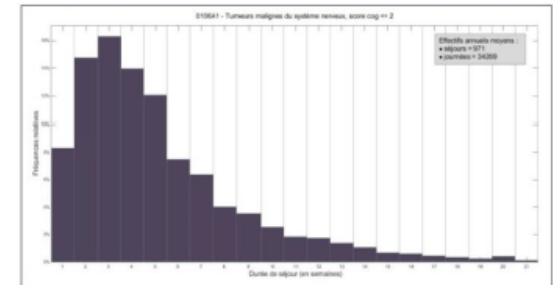
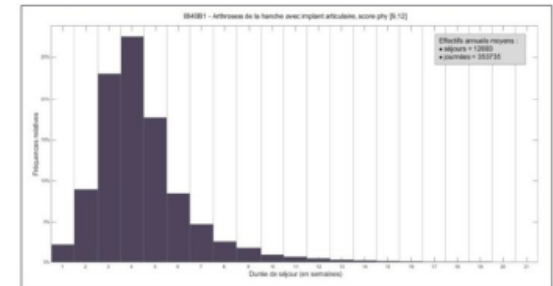
La méthode des
 profils de distribution
 ⇒ plus de 12 profils
 ⇒ mais encore trop imprécise

○ Résultat: deux groupes principaux

Classe	Nb de GME	Part d'activité nationale
1	67	30%
2	135	42%
3	4	6%
4	10	9%
5	10	1%
6	3	2%
7	2	2%
8	3	3%
9	2	1%
10	2	1%
11	1	0%
12	1	0%
13	1	0%
hors classe	9	1%

La classification basée sur les critères de forme des distributions ne permet pas de construire des groupes homogènes de GME

Classe 2



Zone forfaitaire : méthode 2 recherche d'une Zone Forfaitisable

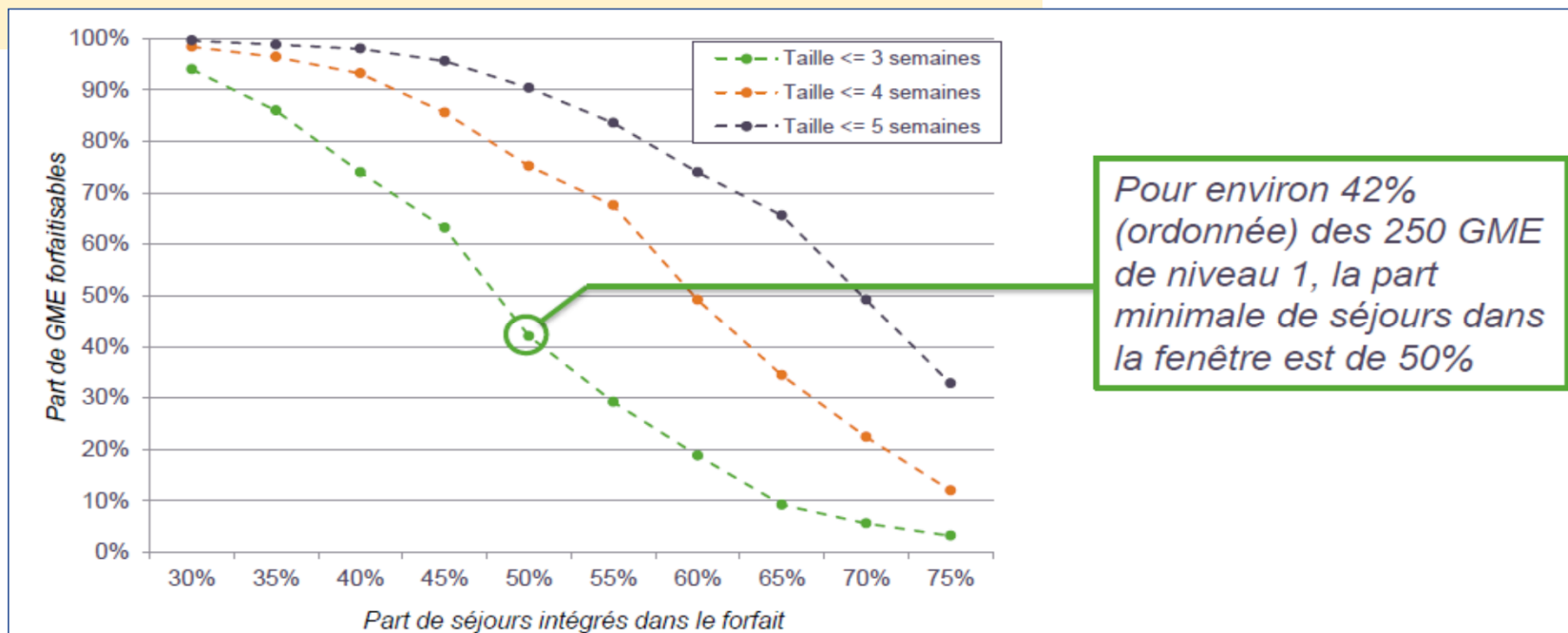
Méthode 2 : recherche d'une « Zone Forfaitisable » par GME

Recherche d'une fenêtre qui soit :

- de taille « acceptable » = au plus 3 semaines
- contient une part « raisonnable » de séjours $\geq 50\%$ des séjours

=> le GME est dit « forfaitisable »

Choix de la plus petite fenêtre ou de celle contenant le + de séjours



Pour environ 42% (ordonnée) des 250 GME de niveau 1, la part minimale de séjours dans la fenêtre est de 50%

Zone forfaitaire de 3 semaines

105 GME forfaitisables en niveau 1 = 40% GME, 42% j, 52% séjours
essentiellement 59 /105 en CM Ortho, cardio et neuro

28 GME /81 de la CM 08 (39% J, 52% séj)

18 GME /61 de la CM 01 (17% J, 23% séj)

13 GME/ 17 de la CM 05 (80% J, 84% séj)

Tout le travail est fait

1- avec mise en commun DGF + OQN : (DMS base commune)

=> mêmes GME forfaitisables et mêmes bornes

2- avec « exclusion » (trimage) des séjours très longs

**Etape 2 Analyse des ZF des GME niv 1 par GN => rattrapage à 45% des séjours dans GME
voisins d'un GME forfaitisable de même GN passe de 105 à 143 niv 1 /250 (rattrape 38
GME niv1)**

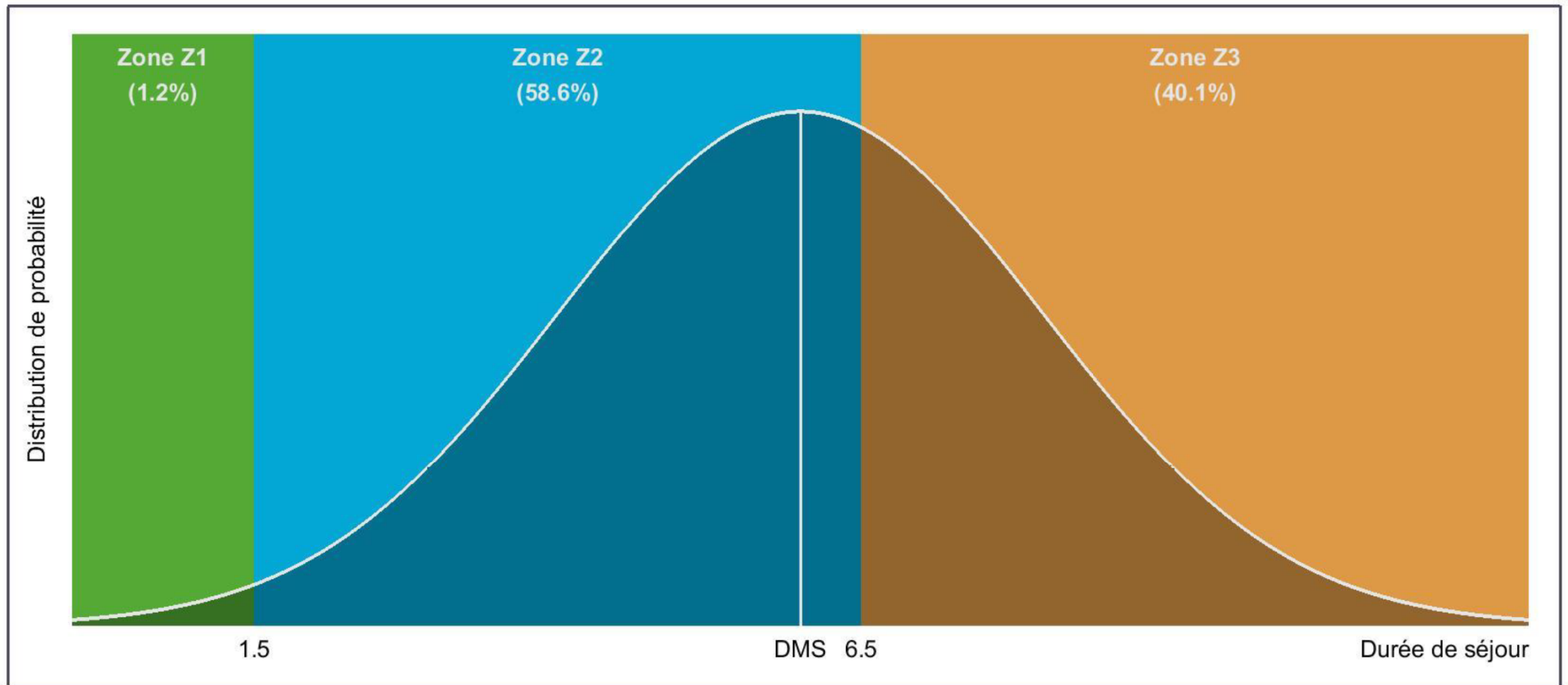
Etape 3 : niveaux 2 (durée plus longue et distribution plus aplatie) : 61 GME

trois zones pour chaque GME

Zone Z1 : séjours financés à la journée

Zone Z2 : séjours financés au forfait

Zone Z3 : séjours financés au forfait et à la journée (pour les journées se situant au-delà de Z2)



Attention :

- **Le tarif du forfait 3S GME est basé sur 21j x TJM**
- **les AJP en Borne Basse** calculés selon la position de la BB, (AJPb = Tarif/DS de la BB)
- **ne sont pas équivalents aux AJP en BH**, calculés à partir de la BH (AJPb = tarif /DS de la BH)
- **les séjours très longs compliquent le calcul des tarifs** (trimage ??)

=> **Forfait = incitation forte à la baisse des durées de séjour** (le plus près de la Borne Basse)

attention aux séjours > B.Haute car AJP peut incitatif, ils doivent être répartis,

Risque de sélection des patients pour les établissements qui le peuvent

Double peine si ds même GME séjours courts et peu intenses / séjours intenses et longs (ex Neuro)

Risque MPR++, pb sociaux

=> **La notion de « séjour » du PMSI doit être contrôlée et sa définition recalée (permission WE ?)**

=> **la capacité des GME à décrire l'activité est décisive et leur cohérence est impérative**

La Durée de séjour est mal expliquée par le modèle en GME du PMSI, (PVE = 17%)

Les GN et GME ne sont pas toujours bien discriminants (ex Insuff. Card.)

Exemple du tableau ATIH des bornes de la zone forfaitaire des GME (0147 = GN « AVC avec hémiplégie »)

GME	niv	GME Forfait	Nb séjours	Borne basse [Jx]	Borne Haute Jy]	DMS	Mode	Q1	Médiane	Q3	Coût/J ENC 2013
0147A1	1	1	2 276	8	28	29	22	14	23	35	218 €
0147A2	2	0	182	50	56	53	15	16	33	58	?
0147B1	1	0	3 959	43	49	49	22	22	37	63	270 €
0147B2	2	0	791	71	77	71	29	31	55	91	354 €
0147C1	1	0	4 164	50	56	50	29	20	36	64	330 €
0147C2	2	0	1 515	78	84	81	22	28	55	92	376 €
0147D1	1	1	2 469	15	35	38	22	19	30	46	283 €
0147D2	2	0	186	57	63	59	3	23	40	76	?
0147E1	1	0	3 704	64	70	69	22	33	57	91	319 €
0147E2	2	0	605	92	98	98	72	47	83	128	353 €
0147F1	1	0	3 049	78	84	84	22	37	69	112	390 €
0147F2	2	0	880	120	126	123	89	53	101	161	401 €

Exemple du tableau ATIH des bornes de la zone forfaitaire des GME (0841 = GN « Arthrose genou avec arthroplastie PTG »)

GME	niv	GME Forfait	Nb séjours	Borne basse (J)	Borne Haute (J)	DMS	Q1	Médiane	Q3	Coût/J ENC 2013 DGF
0841A1	1	1	33 851	15	35	24	17	22	29	232 €
0841A2	2	1	842	15	35	31	21	27	36	?
0841B1	1	1	17 037	15	35	29	20	26	34	258 €
0841B2	2	1	594	15	35	36	22	30	43	270 €
0841C1	1	1	2 109	22	42	37	23	32	45	297 €
0841C2	2	0	165	43	49	45	26	36	56	?

- **Actes CSARR : coefficients de pondérations liés au temps**

- Actuels = à dire d'expert
- Etude ENC 2013/2014 actes CSARR/temps pour recalibrer les coefficients des actes du CSARR
 - **Problème de qualité des données** => **Focalisation** sur 132 actes très fréquents et pas trop variables (30% des mesures de temps des actes ENC, actes repères = 80% des occurrences CSARR ds base ENC)
 - Diffusion de la variabilité des temps de ces actes
 - Autres actes seront positionnés « à dire d'expert » en relatif /actes repères
 - Limites de l'étude
 - Impact ENC (répartition des charges) et impact classification (score RR)
- Par ailleurs travaux de mises à jour du CSARR réguliers pas très dynamiques
 - Cohérence avec la logique des PTS « qui ont vocation à être dans la classification » ??

La classification en GME

Choix d'une production (RHS) à la semaine, pas encore de simplification vraie (AVQ/ 4semaines)

Mais **groupage du GME pour tout le séjour**,

La variable à expliquer par les données = la DMS, avec résultat médiocre (17%)

CM et GN (critères médicaux) très rustiques – pas d'analyse précise de l'homogénéité (gériatrie ?)

rGME et GME = uniquement des critères statistiques (problème de puissance et de pertinence des choix)

Faible place de la prise en charge (CSARR) : scores des actes cumulés puis divisés par nb jours de semaines

Score acte Csarr : dire d'expert, étude 2014 pour les recalculer : médiocre, seuls les plus fréquents, variabilité des mesures de temps des actes +++, nouveaux scores pas vraiment meilleurs et à dire d'expert pour 80% des actes du CSARR

Découpage fin selon critères de ressources mais **dimension de l'intensité des soins mal captée (/coût total)**

Pas d'intégration du « résultat » ou service médical rendu

Paradoxe : la classification est « au séjour » alors qu'elle explique mal les durées de séjours, le financement largement à la journée moyenne des séjours des GME (coût total séjour/DMS) au lieu des coûts journaliers constatés (intensité journalière pas retenue)

Choix du contenu des résumés :

Diagnostiques : pas de travaux pour le moment, (niveaux fonctionnels ???)

Dépendance, pas de travaux de l'ATIH pour le moment (score SOFMER en construction),

Problèmes cognitifs et sociaux : Recherche de codes CIM10 à venir ? (cf Précarité Polyhandicap)

Actes de rééducation : maintenance du CSARR, mais score ??? Formations ATIH 1/2J mai-juin 2016

Fréquence de recueil : pas de travaux pour le moment

Dimension sociale et réinsertion ? Dimension de la participation du patient ?

GME : validation statistique des rGME en Ortho (CM08) pour 2018

Choix des **Nomenclatures de description** : CIM10, AVQ, CSARR

dimension fonctionnelle ? Aspects cognitifs ?

Les règles de recueil (limites du séjour, cf Guide méthodologique)

Principal sujet est la « pureté » ou « l'homogénéité » des GME au regard des patients et des prises en charges si bien discriminants ou si la dispersion intra GME est répartie de manière similaire entre les établissements
=> alors il y a très peu d'impact

Si les GME mélangent de patients de lourdeur différentes ou des prises en charges de lourdeurs différentes
=> alors il y a un impact contre productif au détriment des cas lourds et du service médical plus intense

La DMA va introduire une nouvelle dimension dans la réflexion sur l'évolution des pratiques en SSR

Le modèle de financement en SSR : GME et virage ambulatoire

Les GME **d'ambulatoire (niv 0)** sont groupés « **par résumé** » c-à-d indépendamment pour chaque Journée de présence
⇒ **c'est contradictoire avec la construction de la classification pour expliquer la DMS**

La méthodologie de l'ENC qui attribue les charges pour une bonne part « à la journée » **favorise le temps partiel**
La Notion de « séjour » du PMSI n'est pas opérante pour le temps partiel et pas cadrée
La question « poursuite de la même prise en charge » exclu le temps partiel



Les coûts de l'ENC sont INCITATIFS pour le Temps Partiel en SSR,

Incitation assez forte

sous réserve de ne pas être bientôt en **conversion forcée de lits d'HC vers l'ambulatoire**
(asymétrie de la dernière décennie entre les 2 secteurs DAF/OQN)

Pas de distinction entre hospitalisation pour la journée (HdJ) et les TCA traitements et cures ambulatoires (à ce jour)



Le risque est « l'effet multilame Gilette »

- dans un premier temps que les ARS poussent les établissements à **fermer des lits d'HC pour le Virage Ambulatoire**
- puis que les Contrôles de l'Ass Maladie **requalifie d'activité externe** les prises en charge en temps partiel (cf MCO)

Le « Virage ambulatoire » est un choix politique et financier national

Les prises en charges en SSR ont des marges de manœuvres pour faire baisser les durées de prise en charge
Les moyens sont limités et le **coût d'opportunité pour la société** doit être questionné (pertinence/ alternatives)
⇒ Il y a des **cohérences médicales** à développer l'ambulatoire

Sous réserve

- d'incitatifs tarifaires ou financiers cohérents (et pas contre productifs: AMK)
- et que la cohérence médicale soit respectée notamment que les alternatives soient opérantes (limites de la médecin de ville)

Par ailleurs, l'approche MSAP cherche à exclure le SSR du maximum de prises en charges, (logique « pertinence »)

le Virage ambulatoire est complémentaire de la MSAP en limitant la durée de l'HC ou l'adressage en HC au profit des possibilités en ambulatoire

Le modèle de financement en SSR : **conclusion**

Nous vivons dans un environnement hospitalier sous de **fortes et multiples contraintes**, de qualité, réglementaires, mais aussi de financement, la dotation globale a vécue.

Nos « tutelles » appréhendent la complexité avec une « **rationalité limitée** » et une préoccupation centrée au niveau national sur **la maîtrise de la dépense de santé**,

Le SSR n'est pas le MCO et les outils descriptifs ne sont pas encore à maturité, attention à ne pas faire trop sophistiqué et à ne pas perdre l'objectif recherché, reste à ce que **le service médical rendu ne disparaisse pas des préoccupations** et que l'évaluation du modèle en tienne compte (en attendant les simulations et les premiers socles)

Le modèle de financement en SSR : **conclusion (2)**

Au final nous devons nous adapter à cette nouvelle dimension

- Importance stratégique **d'analyser son positionnement**
(en activité et financier : simulations et références de coûts)
- **nous interroger sur nos pratiques médicales :**
 - lieux de prises en charges (HC/HTP/alternatives),
 - modalités (protocoles, indiv./collectif)
 - et types de prises en charges ... (créneaux, autorisations)
 - Être vigilant sur ses coûts / référentiels (cf RTC et coûts décomposés fournis par l'ATIH)
- Il faut bien connaître son environnement et son apport pour **faire valoir la pertinence de son « service médical rendu »** à l'ARS
 - Lourdeur des patients, Créneaux spécifiques, Zone de recrutement ...

Merci de votre attention

