

Journées du Grand Sud 2016



La Réforme du financement du SSR: La situation vue des établissements

Dr Pierre METRAL – Aix en Provence –
24 juin 2016

Vue des établissements...(plan)

- ▶ 1 – l'inconfort actuel et « l'arlésienne » de la réforme
- ▶ 2 – Des outils techniques décevants (PMSI)
- ▶ 3 – une attente de cohérence et de sens
- ▶ 4 – en attendant, une préparation pragmatique

1 – l'inconfort actuel et « l'arlésienne » de la réforme

- ▶ Une situation **inéquitable et non modernisée**
- ▶ **Des contraintes multiples fortes**
 - Des CPOM verrouillés d'avance
 - Mentions spécialisées des autorisations
 - Activités spécifiques (EVC, soins pall, oncologie,)
 - Lourdeur des patients et virage ambulatoire en SSR
 - viaTrajectoire
 - Des contraintes externes supplémentaires : MSAP, Prado, injonction de l'ARS
 - Un « aval » ou des alternatives qui ne suivent pas (ville, médicosocial)
 - **Des dotations en baisse**
- ▶ Le PARCOURS (des compétences à proposer)
- ▶ Les GHT que l'on soit « in »(public) ou « out »(privé)

1 – l'inconfort actuel

- ▶ Les établissements doivent faire face à **l'incertitude** et aux **contraintes**
 - Financières
 - Dotation / Recettes en baisse
 - Charges en hausse (lourdeur, point d'incide, ...)
 - Réglementaires
 - Autorisations,
 - GHT, parcours,
 - Sur les filières médicales et la prise en charge (virage, GHT)

L'arlésienne de la réforme

Anne ma sœur Anne ne vois-tu rien venir ?

- ▶ La T2A en SSR annoncée depuis 2004
- ▶ *Je vois le soleil qui poudroie et l'herbe qui verdoie*
 - pour 2006, puis 2008 (les 4 compartiments), 2011
 - puis 2013 l'ATIH choisit la durée de séjour (GME) !!
 - puis 2016
 - puis 2017... (la DGOS parle de « DMA »)
 - *C'est inscrit dans la LFSS*

⇒ **Les établissements veulent bien bouger mais**

1 – il faudrait ce décider ...

2 – il faudrait savoir où on veut aller

⇒ être clair sur la cible, le chemin et les outils

Vue des établissements...(plan)

- ▶ 1 – l'inconfort actuel et « l'arlésienne » de la réforme
- ▶ 2 – **Des outils techniques décevants** (PMSI)
- ▶ 3 – une attente de cohérence et de sens
- ▶ 4 – en attendant, une préparation pragmatique

2- les outils : la DMA, pourquoi pas ?

- ▶ Un modèle compréhensible et acceptable mais le diable est dans les détails
- ▶ Les compartiments de la DMA
 - un socle supposé rassurant mais surtout un « soc »
 - Un espoir déçu : « la prise en charge est supposée être captée par la classification »
 - Des plateaux techniques réduits à une portion congrue (<2%) étroite, 6 plateaux très spécialisés (assist.robo; isocinétique, simulateur conduite...)
 - Des molécules spécifiques au SSR mais très encadrées et sans dispositifs médicaux coûteux, estimation faible (50M€ / 2,5Milliard en MCO), risque porté par établissements
 - L'IFAQ assis sur des bonnes idées mais encore trop liée aux traces et non aux pratiques et pas du tout aux résultats
 - => globalement acceptable,
 - mais la rééducation ? Pas bien prise dans le modèle
 - OK si classification et tarifs performants ce qui n'est pas encore le cas

2- des outils décevants : le recueil

- Le contenu et la fréquence du RHS n'ont pas été revus depuis 1998 alors que la classification est maintenant « au séjour » depuis 3 ans
- Une CIM-10 mal adaptée à la logique du SSR
 - sans niveau de sévérité (*ex Insuff cardiaque, paraplégie, AVC...*)
 - Sans description des atteintes fonctionnelles,
 - des consignes de codages très évasives et trop souvent copiées-collées du MCO, peu utiles en SSR
 - ⇒ Un recueil principal à l'entrée + complications suffirait :
 - ⇒ **aucun intérêt à un recueil hebdomadaire**
- ...

Le recueil : dépendance

- ▶ La Dépendance (AVQ) :
 - Rustique (4niv), peu discriminante,
 - pas d'éléments cognitifs,
 - mais à quoi sert le recueil hebdomadaire ? À rassurer les statisticiens de l'ATIH...

- ▶ Aucun ajout dans le recueil depuis 1998 :
 - besoins en soins (cf Angleterre),
 - résultats des soins,
 - soins techniques infirmiers,
 - objectifs de rééducation

Le CSARR : les limites du quantitatif

- ▶ C'est le seul élément descriptif de la prise en charge
 - ▶ Des choix peu lisibles pour la description ? granularité inhomogène, trop de détail avec des règles de recueil peu lisibles, (IDE, médecins, dédié/non dédié...)
 - ▶ Pour les professionnels : une course à l'échalote, mais à quoi bon ? Le leurre du quantitatif
 - ▶ Rapport Véran : interrogations sur l'utilité d'un recueil chronophage et peu utile
 - ▶ **L'ATIH écrit et annonce « il n'est pas fait pour la comptabilité analytique ni l'ENC »**
 - ▶ Quels coefficients pour les actes ? **Données problématiques pour les calculs de coûts et la classification => exclusion de 70% des données,**
 - ▶ Quel impact dans la classification ? Recherche de quantitatif et pas de descriptif qualitatif, du coup dans 2/3 des cas, CSARR non pris en compte dans la classif donc inutile
 - ▶ Quel performance pour les calculs de tarifs ?
 - Pas de rigueur dans la granularité, ni dans le contenu, ni dans le contrôle,
 - Des règles non contrôlées, très peu discutées et discutables
- => SIMPLIFIER, Privilégier la description des objectifs fonctionnels de prise en charge**
- => ajouter si besoin un recueil quantitatif (nb de séances, durées) par ailleurs**

2- des outils décevants : La classification...

- ▶ Quelle est la cible ? L'objectif ?
 - Les CM et GN sont parlant mais de « faux amis » **mélangeant des patients et des prises en charges différents** (ex insuffisance cardiaque terminale/ OAP) Où sont les PAP et les polyvalents ? Mélangés au reste
 - **Très peu d'élément de prise en charge** (30% GME avec ARR impactant)
 - Les rGME sont difficilement lisibles pour les profanes
 - **Une PVE sur la durée de séjour disqualifiante**
 - Les CMA construites sur une logique
 - D'augmentation de durée de séjour
 - Uniquement pour des impacts transversaux,
 - sans lien avec l'intensité des soins : ex qui est « In » qui est « out » ?
 - le choléra et les cryptocoques, fente palatine, radiodermite, (in)
 - les amputations, la dialyse, les démences, alzheimer, parkinson... (out)

2- des outils décevants : l'ENC SSR

Un classification pseudoquantitative assise sur des outils de mesure des coûts mal adaptés

- Échantillon vérifié en terme de GME et pas de prise en charge
- ENCC et répartition des charges complexe pour les établissements, effet structure lourd
- Données fournies médiocres ou confuses (cf durée des actes CSARR)
- construction « au séjour » pour une PVE de 17% avec une confusion entre durée de séjour et intensité des soins

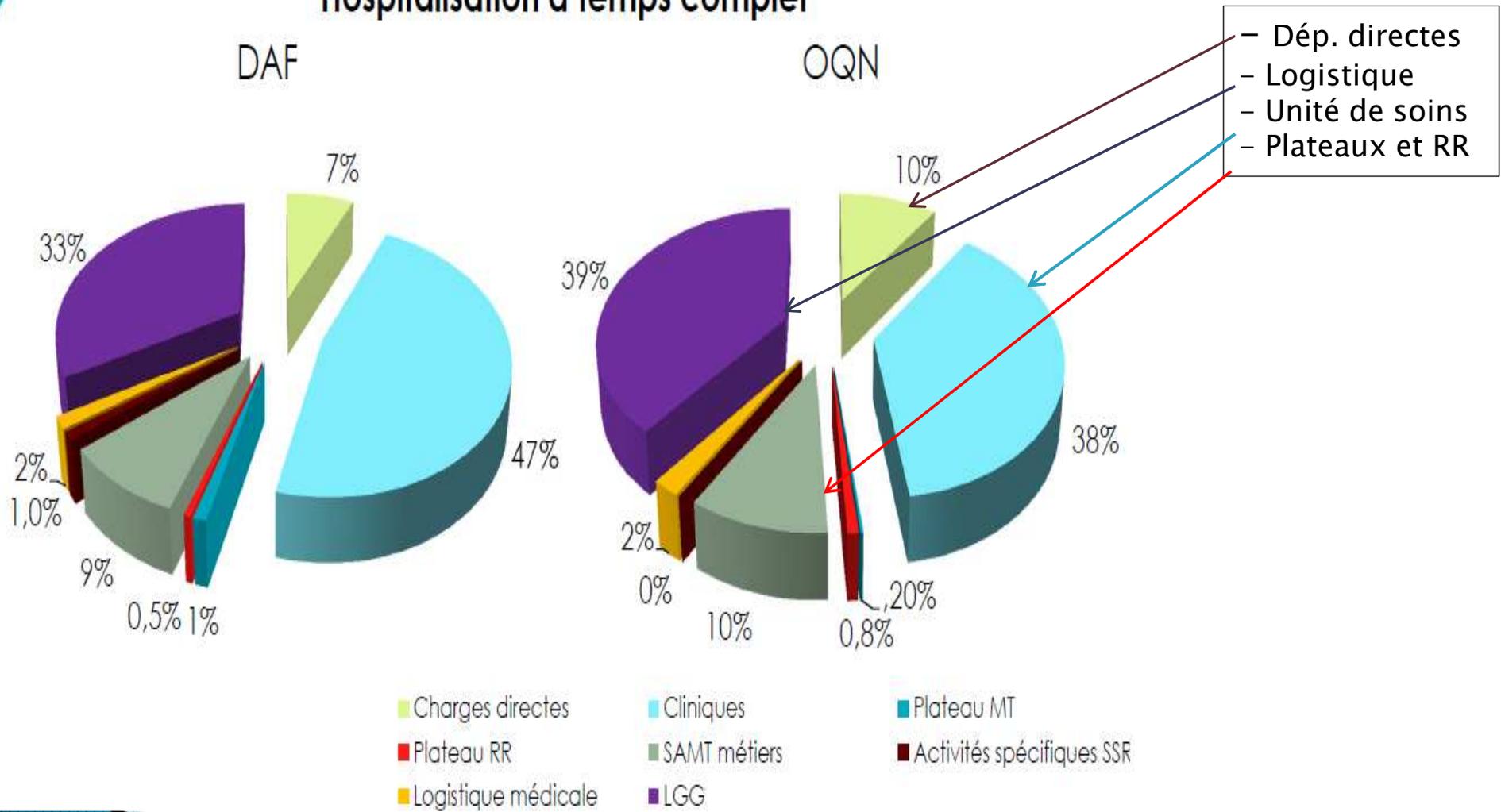
2- outils décevants : la construction tarifaire

Données ENCC de qualité très limitées,

- 2013 inexploitable pour la majorité des GME,
- 2011 et 2012 en CDARR et GMD
- 2014 avec des limites
- Mélanges d'années différentes selon les GME pour même établissement
- « Redressement d'échantillonnage » (calage) très complexe et non maîtrisé (plus de 10 variables, avec le « Tx d'occupation par GME », GME non homogènes etc...)
 - Beaucoup de GME sans référence issu de l'ENC
 - Beaucoup de GME avec des références médiocres (ERE)
 - => l'ATIH fait comme elle peut et « bouche les trous » mais la source n'est pas satisfaisante

Décomposition des coûts journaliers

Hospitalisation à temps complet



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

Dépenses RR

GME	Libellé GME	Coût moyen journalier du GME	Erreur relative d'échantillonnage (ERE) en %	BB IC	BH IC	Charges directes	Dépenses cliniques (Usoins)	Dépenses plateau x MT (med)	Dépenses plateau x de RR	Dépenses métiers RR	Sections spécifiques SSR	Logistique médicale	Logistique générale	Structure
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 hémiparésie, score phy <= 8, score arr <= 90 - Tps Partiel	224,9	7,8%	190,0	259,9
0147A1	AVC avec hémiparésie, score phy <= 8, score arr <= 90 - niv1	218,1	7,5%	185,2	251,0
0147B0	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr <= 90 - Tps Partiel	286,3	9,4%	232,2	340,3
0147B1	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr <= 90 - niv1 (DMS 48j)	270,7	48,1%	10,5	530,8
0147B2	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr <= 90 - niv2 (DMS 70j)	354,1	8,4%	294,4	413,8
0147C1	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr <= 90 - niv1	330,2	32,2%	117,9	542,5
0147C2	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr <= 90 - niv2	376,7	10,3%	299,2	454,3
0147D0	AVC avec hémiparésie, score phy <= 8, score arr >= 91 - Tps Partiel	250,4	10,3%	199,0	301,7
0147D1	AVC avec hémiparésie, score phy <= 8, score arr >= 91 - niv1	263,2	3,8%	261,7	304,6
0147E0	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr >= 91 - Tps Partiel	263,8	2,7%	249,7	277,8
0147E1	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr >= 91 - niv1 (DMS 65 j)	319,4	3,4%	297,5	341,3
0147E2	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog <= 4, score arr >= 91 - niv2 (DMS 94 j)	353,4	2,1%	338,7	368,1
0147F0	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr >= 91 - Tps Partiel	288,4	9,3%	234,8	341,9
0147F1	AVC avec hémiparésie, score phy >= 9, score cog >= 5, score arr >= 91 - niv1	390,1	19,8%	235,7	544,6
0147F2	AVC avec hémiparésie, 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, moyenne / Variabilité des résultats
Exemple : GN AVC

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

2- outils décevants : la construction tarifaire et forfaits / séjours

Pour les tarifs : l'ATIH tient à sa logique « au séjour » et propose 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 »

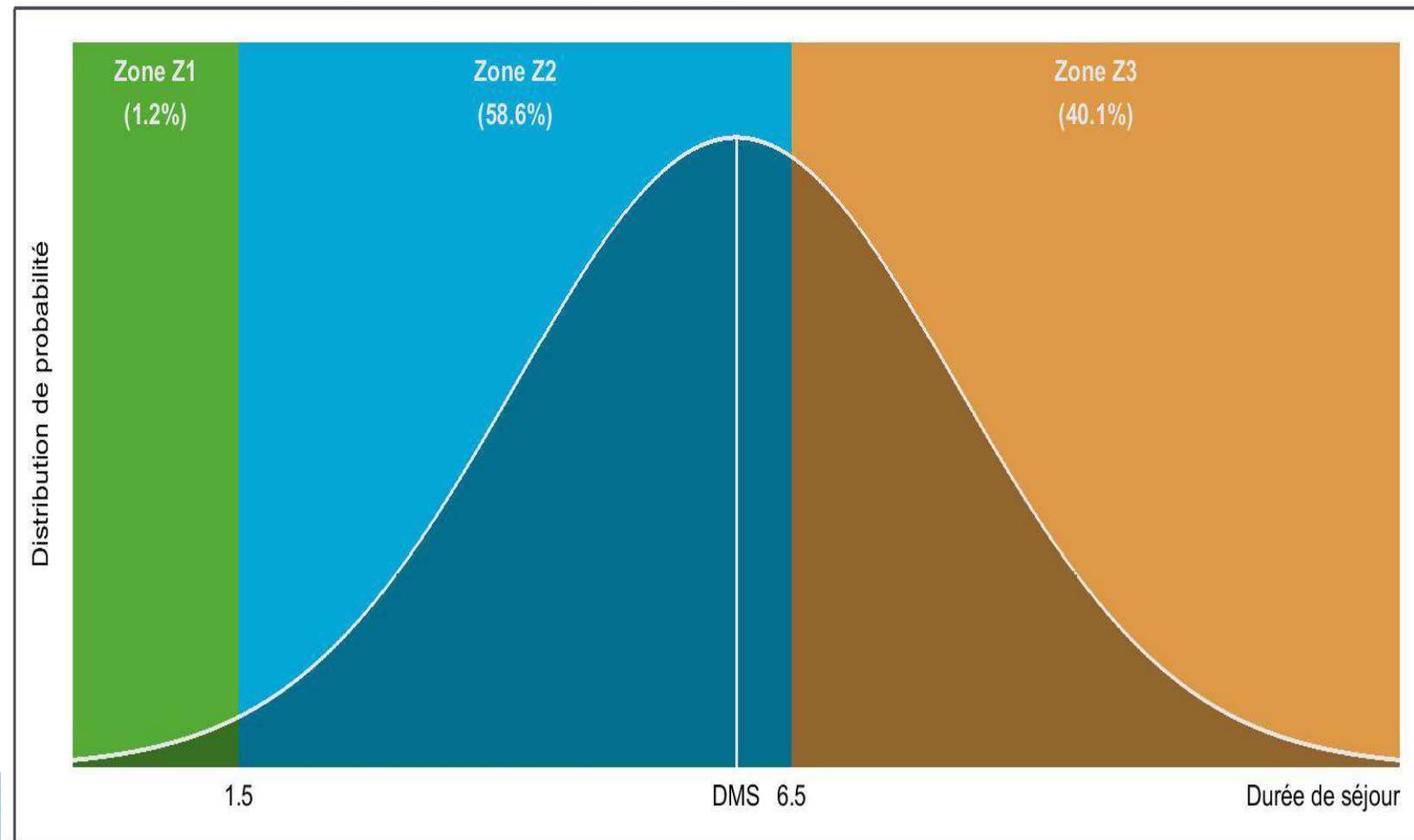
Choix de la plus petite fenêtre ou de celle contenant le + de séjours

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



2- outils décevants : la construction tarifaire et forfaits / séjours

Zone forfaitaire de 3 semaines pour certains GME

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

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

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	?

Vue des établissements...(plan)

- ▶ 1 – l'inconfort actuel et « l'arlésienne » de la réforme
- ▶ 2 – Des outils techniques décevants (PMSI)
- ▶ 3 – une attente de cohérence et de sens
- ▶ 4 – en attendant, une préparation pragmatique

3 – une attente de cohérence

- ▶ **Le recueil doit être simplifié et plus pertinent, il doit être en cohérence avec le groupage**
 - Cohérence classification / recueil
 - Les éléments de la prise en charge
 - Logique Quantitative ou qualitative (CSARR, AVQ) la CIM10 adaptée
- ▶ **la classification doit être revisitée et améliorée**
 - Lourdeur, gravité, polypathologie
 - **Prise en charge et intensité des soins** à prendre en compte
 - arrêter de mélanger des choses différentes
 - Quel sens : **intensité ? Service médical rendu ?**
- ▶ **Les forfaits de 3 semaine complexes à l'usage**
- ▶ **Beaucoup de modalités pratiques pas préparées**
- ▶ Dans les compartiments DMA
 - **Quel socle ?**
 - Plateaux technique compensant les insuffisances des GME
 - Molécules adaptés au possible transferts du MCO => SSR et mesure d'encadrement avec risque partagé

3 – une attente de cohérence

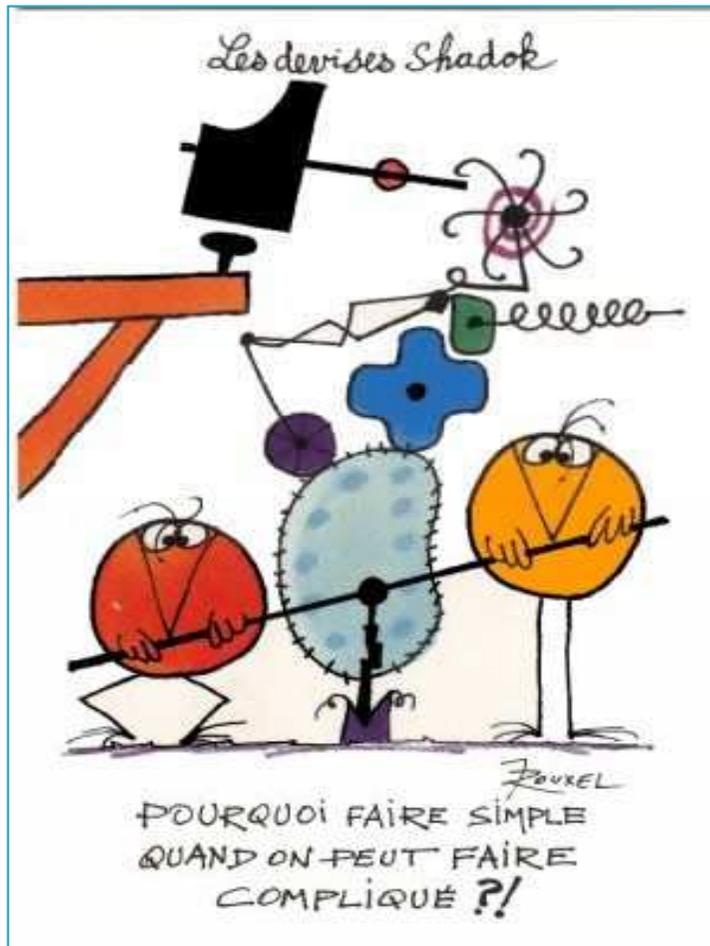
- ▶ Dans le recueil
- ▶ Dans la classification
- ▶ Dans les compartiments

- ▶ Avec les autorisations, les GHT
- ▶ Avec les besoins médicaux,
- ▶ Avec le service rendu
- ▶ Avec les alternatives et l'existant (ville, MS, HAD,...)

- ▶ **Mais quel est le sens de tout ça ?**
 - **quel rôle attribué au SSR ?**
 - **Service médical rendu par l'établissement ?**
 - **Service médical attendu et rendu pour le patient ?**

- ▶ **Transparence et anticipation très limitée vis-à-vis des établissements : on veut savoir et comprendre ...**

3- une attente de cohérence



Vue des établissements...(plan)

- ▶ 1 – l'inconfort actuel et « l'arlésienne » de la réforme
- ▶ 2 – Des outils techniques décevants (PMSI)
- ▶ 3 – une attente de cohérence et de sens
- ▶ 4 – en attendant, une préparation pragmatique

4- préparation des établissements

- ▶ 1- prêter attention à son PMSI
- ▶ 2- suivre la réforme et en comprendre les implications
- ▶ 3- identifier les autres « externalités » déterminantes (GHT++)
- ▶ 4- conduire une réflexion stratégique interne avec l'adhésion des équipes : « donner du sens »
- ▶ 5- être identifié et lisible pour l'ARS : « le service médical rendu »
- ▶ 6- et attendre...,
 - *Sœur ma sœur Anne vois-tu venir les simulations ?*

En conclusion

- ▶ Dans ce monde complexe, à rationalité limitée, nous devons:
 - *Continuer à vivre 😊 dans l'incertitude et nous adapter...*
 - *Suivre des logiques médicales argumentées !*
 - *Questionner les décideurs sur leur cohérence* : les établissements veulent bien bouger mais :
 - **est-ce que vous savez où vous voulez nous amener ?**
 - **Le modèle est-il adapté à des activités à modification rapide que vous nous demandez ?**

