



COFIL SSR

Mission SSR/R1 - DGOS

27 Juin 2016

Ordre du jour

1. 2017, Année de lancement :
 1. DMA, hôpitaux de proximité, HdJ, MO, MIG, IFAQ, pédiatrie.
 2. Valorisation (ATIH)
 3. Echéances législatives et réglementaires
2. Evolution du modèle cible et interrogations suite au rapport O. Véran
 1. Classification / Codage
 2. Scénario de déploiement du modèle et hypothèses d'une part structure
3. Calendrier de travail



2017 Année de lancement

La DMA

- Dès 2017 : mise en place d'une dotation modulée à l'activité dans des proportions restant à définir.

Les ressources des ES SSR seront basées dès 2017 sur une part significative de DMA.

Les effets revenus engendrés par cette introduction seront atténués via l'application d'un coefficient de transition.

A terme, la DMA devra représenter une part très substantielle du financement

- L'engagement de travaux en 2016 sur le financement à la structure et sur le codage et la classification pour une évolution en 2017 et en 2018.

Objectif de dépenses SSR 2017

ES sous DAF

Dotation annuelle de
financement

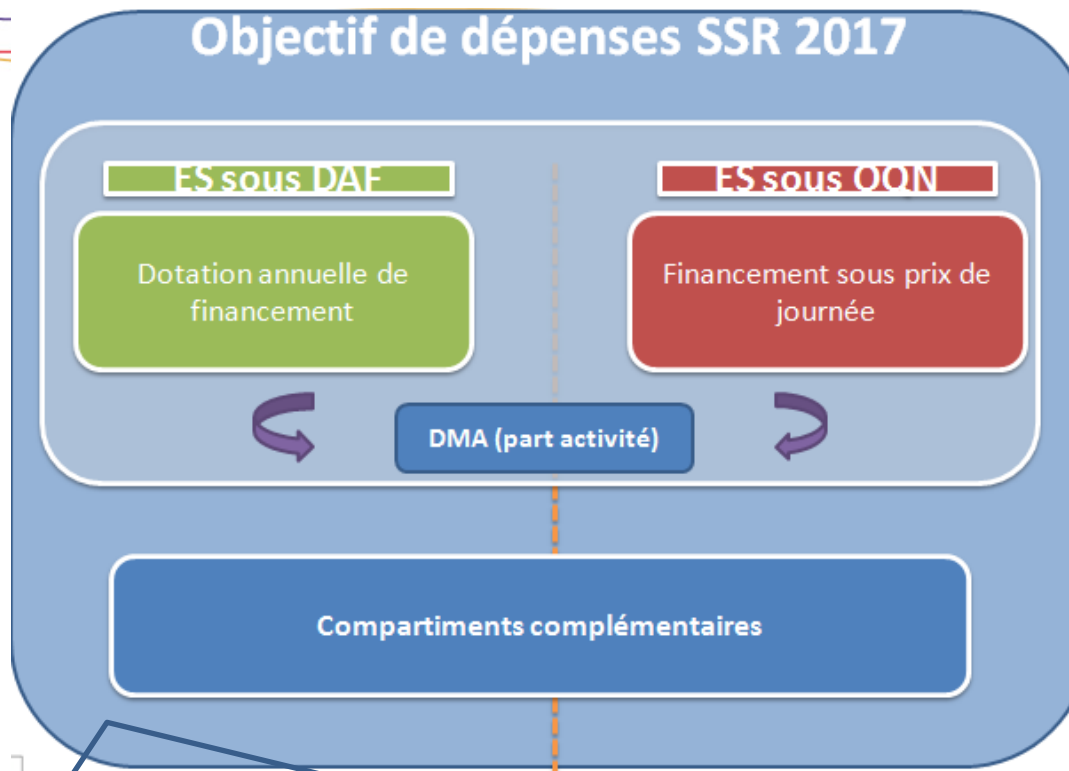
ES sous OON

Financement sous prix de
journée

DMA (part activité)

Compartiments complémentaires

Objectif de dépenses SSR 2017

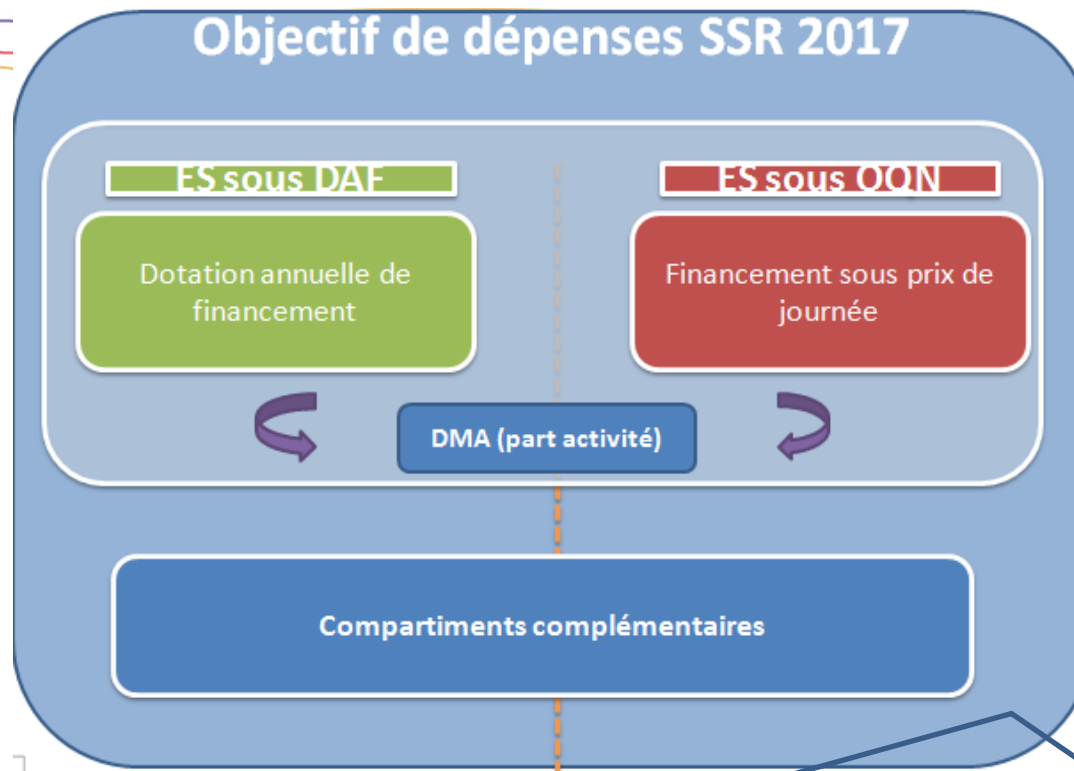


Concrètement : les ES sous DAF demeureront financés en 2017 à hauteur de X% de dotation historique.

Ces ES seront par ailleurs éligibles à la dotation modulée à l'activité ainsi qu'à certains compartiments du modèle.

Ainsi, en complément de leur DAF, pour chaque séjour réalisé, les ES devront produire un GME auquel sera associé un tarif assorti d'un coefficient (dont la valeur sera fonction du débasage opéré sur la DAF).

Objectif de dépenses SSR 2017



Concrètement : les ES sous OQN demeureront majoritairement financés en 2017 à travers des prix de journée.

Ces ES seront par ailleurs éligibles à la dotation modulée à l'activité ainsi qu'à certains compartiments du modèle.

Ainsi, pour chaque séjour réalisé, les ES devront facturer leur prix de journée et produire un GME auquel sera associé un tarif assorti d'un coefficient (dont la valeur sera fonction du débasage opéré sur l'OQN).

Hôpitaux de Proximité (HP)

- La réforme du financement des HP « M » débute en 2016.
- Se pose la question de l'intégration des établissements SSR mixtes et autonomes au modèle HP comme proposé par le rapport remis par O. Véran.
- Les critères d'inclusion de ce modèle ont été conçus pour l'activité de Médecine (isolement + démographie médicale, part personnes âgées, précarité, ruralité)
- Nous devons établir des critères pertinents pour les structures de SSR :
 - Nécessité de travailler les critères avec les ARS et les fédérations.
 - Validation par les ARS des établissements potentiellement éligibles suite aux travaux.
 - A minima pour les SSR adossés à un Hôpital de proximité au titre de son activité M. Quid des SSR autonomes ?

Virage ambulatoire : Hospitalisation de Jour

- Un groupe technique va être constitué et se réunira en septembre.
- Objectif : définir les prises en charge à réaliser en HdJ SSR (~ « circulaire frontière »)
- Désignation des référents, fixation de la date

Compartiments complémentaires

- MIG :
 - création d'une MIG de recours (groupe de travail à venir)
 - équipes mobiles SSR (recensement en cours)
- IFAQ : mise en œuvre 2017 sur les critères transversaux
- MO : mise en œuvre du compartiment en 2017
 - sous réserve des modifications réglementaires nécessaires (cf. nouveau réquisit du DCE relatif aux modalités d'inscription des produits sur la liste en sus).

Pédiatrie

- Engagement à accompagner spécifiquement les établissements pédiatriques
- Modalités :
 - Application du modèle tarifaire
 - Compléments MIG/MERRI/MO/PTS
 - Compléments à venir : équipes mobiles/MIG
- Recours
 - Examen des situations résiduelles au cas par cas, avec les fédérations et les ARS.
 - Ou sanctuarisation ?

VALORISATION : ATIH

COPIL SSR

Valorisation Economique de l'activité

27 Juin 2016

Plan de la présentation

- Rappel de la méthodologie
- Indicateurs de restitution
- Analyses de la valorisation économique

Rappel de la méthodologie

Valorisation de l'activité

Principes

- 1^{er} trimestre 2016
 - Cycle de réunions avec les acteurs pour décrire les méthodes de construction des zones forfaitaires et des pondérations
 - Fin janvier et début mars: Fédérations
 - Fin mars: ARS

Rappel de la méthodologie

Outils

- Trois « outils » pour valoriser l'activité
 - Classification GME (version 2.3)
 - Echelles de pondération : ENC 2011 et 2012
 - Une échelle par secteur
 - Zones forfaitaires
 - Des zones forfaitaires par secteur
- ➔ **Construits en séjours concaténés à 3 jours**

Rappel de la méthodologie Valorisation économique

Des zones
Par secteur

○ Principes :

- Niveau 0 → Valorisation à la journée
- Niveau 1 et 2 → Valorisation mixte forfait/journée



Valorisation mixte :

→ Traduction: identifier, via la distribution des durées de séjour, **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)

Rappel de la méthodologie Valorisation économique

Une Echelle
Par secteur

- **Objectif**: Affecter une valeur économique à chaque GME selon les principes de valorisation

Hiérarchie des GME

- **Outil** : Référentiel de coûts
 - Tendancier sur 2 années : 2011 et 2012
- **Méthode de complétude**
 - GME sans estimation ou avec estimation fragile
 - Petits domaines sur niveaux 1 et 2
 - Méthode des ratios sur niveau 0

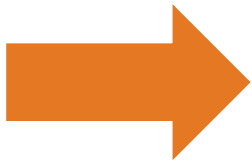
Affinement de la méthodologie

Ajuster la valorisation



Analyses de la valorisation en fonction de différents critères

- Mise en exergue d'un risque sous-valorisation de l'activité de RR



Objectif: ajuster la valorisation de cette activité

Affinement de la méthodologie

Ajuster la valorisation

Etape 1

- Evaluation de l'effet du score de RR sur le coût du séjour

A partir des séjours HC de la base de coût ENC, recherche d'une relation du type

$$\text{Coût}_{\text{séjour}} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot \text{score } RR_{\text{séjour}} + \varepsilon$$

Après prise en compte de la corrélation durée de séjour – score de RR, on obtient $\alpha_1 \sim 2,52$ en DAF (1,97 en OQN)

→ Signifie qu'une augmentation d'une unité de score de RR se traduit par une augmentation de 2,52€ du coût du séjour (en DAF)

Affinement de la méthodologie

Ajuster la valorisation

Etape 2

○ Evaluation de l'effet du score de RR sur la valorisation

A partir des séjours HC de la base nationale, recherche d'une relation du type

$$valorisation_{séjour} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot score\ RR_{séjour} + \varepsilon$$

Après prise en compte de la corrélation durée de séjour – score de RR, on obtient $\alpha_1 \sim 2,17$ en DAF (1,63 en OQN)

→ Signifie qu'une augmentation d'une unité de score de RR se traduit par une augmentation de 2,17€ de la valorisation économique du séjour (DAF)

Affinement de la méthodologie

Ajuster la valorisation

○ Comparaison des valeurs évaluées

○ En DAF :

- Coût d'une unité de score RR : 2,52
- Valorisation économique d'une unité de score RR : 2,17
- Ecart entre les deux valorisations $\approx 0,35$

○ En OQN:

- Coût d'une unité de score RR : 1,97
- Valorisation économique d'une unité de score RR : 1,63
- Ecart entre les deux valorisations $\approx 0,35$

→ *Sur les deux secteurs sous valorisation de l'unité de 0,35€*

Affinement de la méthodologie

Coefficient technicité

- Risque de sous valorisation de l'activité de RR
 - Proposition de mise en œuvre d'un coefficient d'ajustement
 - avec les propriétés suivantes
 - Coefficient au niveau Etablissement
 - Coefficient non pérenne
 - Coefficient dégressif dans le temps



**Le temps que les outils
s'améliorent**

Affinement de la méthodologie

Coefficient technicité

- Ajout d'un supplément de valorisation basé sur l'évaluation
 - Application à l'ensemble de l'activité de RR
 - Application sur l'HC et l'HP
 - Ajout à chaque établissement d'un supplément égal à $0,35 * \text{score } RR \text{ total}$
 - $\text{Coefficient Technicité} = \frac{\text{Valorisation activité} + 0,35 * \text{score } RR \text{ total}}{\text{Valorisation activité}}$
 - Application de ce coefficient au niveau établissement

Indicateurs de restitution

Indicateurs de restitution

Objectif

- Restituer la **valorisation économique** de l'activité des établissements
 - Données d'activités PMSI 2014
 - Valorisation des séjours administratifs clos
- Pas de comparaison avec les recettes actuelles
 - Manque les autres compartiments du modèle
 - MIGAC
 - Liste en sus
 - PTS
- Accompagnée d'indicateurs permettant de positionner les établissements entre eux

Indicateurs de restitution

Le PMCT

Indicateur de lourdeur économique de l'activité

- Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) = $\frac{\text{Valorisation économique}}{\text{Nb unités}}$
- Distinct selon le type d'hospitalisation
 - HC : Nb unités = Nb séjours HC (hors séjours de 1 jour)
 - HP : Nb unités = Nb journées HP et HC de 1 jour



PMCT ne permet pas de comparer les établissements avec une structure d'activité [%HC ; %HP] différente

Indicateurs de restitution

Le PMCT relatif

Indicateur de lourdeur économique **relatif**

○
$$\text{PMCT relatif} = \frac{PMCT}{PMCT \text{ national}}$$

- Si l'indicateur est > 1 alors l'activité de l'établissement est en moyenne plus lourde que l'activité nationale



Permet de comparer les établissements entre eux sur l'ensemble de l'activité

→ PMCT relatif établissement est égal à la moyenne pondérée par l'activité (nb journées) des PMCT relatif de chaque type d'hospitalisation

Indicateurs de restitution

Lien PMCT / DMS en HC

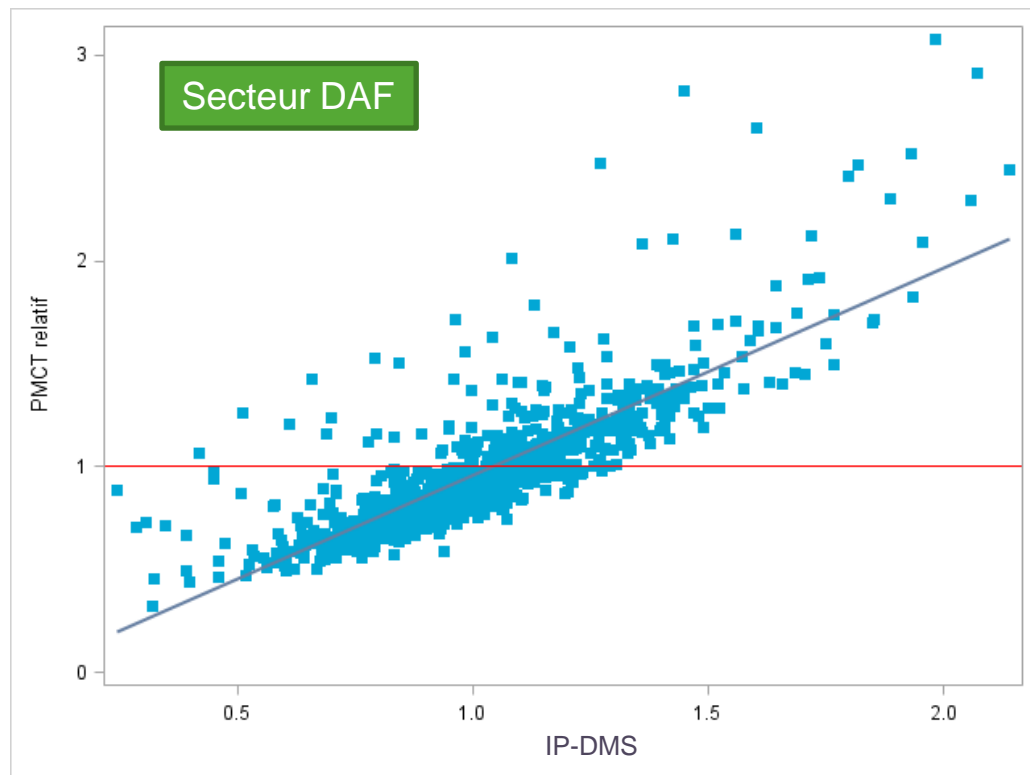
○ DMS relative ou IP-DMS = $\frac{DMS}{DMS\ nationale}$

○ PMCT relatif HC corrélé à la DMS relative

○ DAF : $R^2=68\%$

○ OQN : $R^2=90\%$

Un ES qui ne fait que des séjours courts a forcément une valorisation au séjour moindre par rapport aux ES qui font surtout des séjours longs



Indicateurs de restitution

Le PMJT relatif

○ Poids Moyen de la Journée Traitée (PMJT) = $\frac{\textit{Valorisation éco}}{\textit{Nb journées}}$

→ permet de gommer l'effet durée de séjour

○ PMJT relatif = $\frac{\textit{PMJT}}{\textit{PMJT national}}$

- Si l'indicateur est > 1 alors l'activité journalière de l'établissement est en moyenne plus lourde que l'activité nationale

Indicateurs de restitution

3 indicateurs complémentaires

- Les 3 indicateurs PMCT / IP-DMS / PMJT apportent des informations différentes
 - ➔ Complémentarité des 3 indicateurs

Indicateurs de restitution

3 indicateurs complémentaires

○ Exemple Etab A:

- PMCT relatif : 0,81 → Activité **moins lourde** que l'activité moyenne nationale
- IP-DMS : 0,38 (DMS=13j) → Séjours **plus courts** que l'activité moyenne nationale
- PMJT relatif : 1,47 → Activité journalière **plus lourde** que la l'activité moyenne nationale

○ Exemple Etab B

- PMCT relatif : 1,18 → Activité **plus lourde**
- IP-DMS : 1,26 (DMS=46j) → Séjours **plus longs**
- PMJT relatif : 0,97 → Activité journalière légèrement **moins lourde**

Analyse de la valorisation économique de l'activité

Analyse de la qualité de la valorisation

Objectif

- Etudier le lien entre la valorisation et les caractéristiques de la lourdeur de l'activité
- Via les variables différenciant les prises en charge
 - Par Age
 - Focus Pédiatrie / Gériatrie
 - Par Intensité de RR
 - Par Niveau de Sévérité
 - Par Mentions Spécialisées
- Analyses complémentaires
 - Par Statut juridique



La valorisation est ajustée sur ces variables



la valorisation n'est pas fonction de cette variable

Analyse de la qualité de la valorisation

Périmètre d'étude

- Exclusion des établissements dont l'activité SSR évolue en cours d'année
 - Ouvertures, fermetures, création de lits,...

- Exclusion des établissements « atypiques »
 - Repérés via les données d'activité ou financière
 - Désignés par les ARS via l'enquête « flash »

- Exclusion des établissements spécifiques
 - MECS
 - Post-Cure

Analyse sur les prises en charge

Prise en compte de l'Age

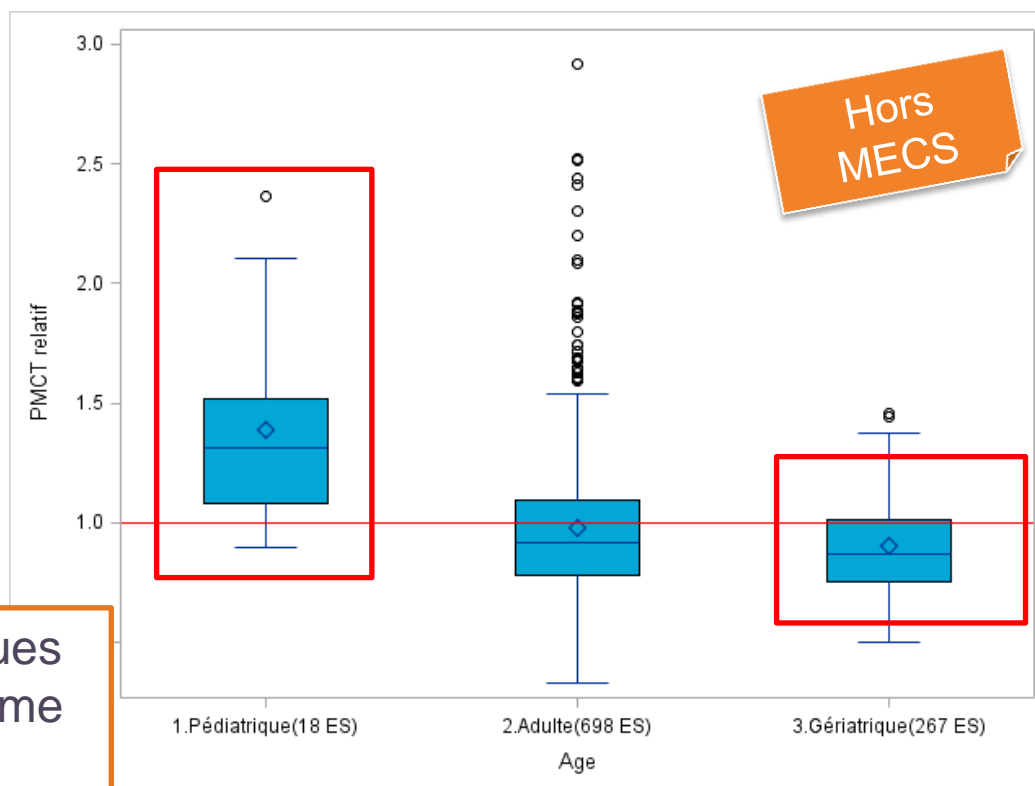
PMCT

- ES **Pédiatrique** si (part d'activité < 18 ans) > 80%
- ES **Gériatrique** si (part d'activité > 75 ans) > 80%

ES pédiatriques mieux valorisés que les ES gériatriques et autres

Secteur DAF

PMCT des ES gériatriques assez hétérogène (comme ES adultes)



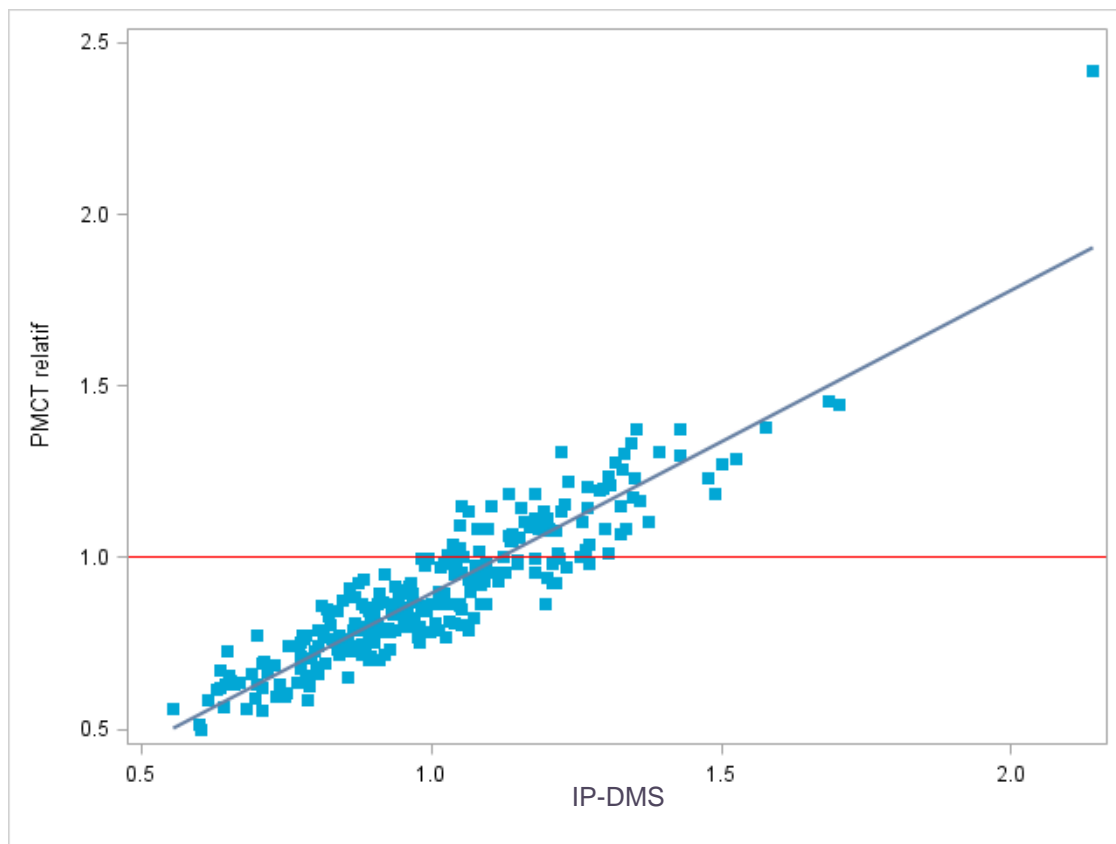
Analyse sur les prises en charge

Prise en compte de l'Age

○ PMCT en fonction de l'IP-DMS dans les ES **Gériatriques**

DMS très variable dans ES
gériatriques
→ PMCT variable
→ **Intérêt d'étudier le PMJT**

Secteur DAF



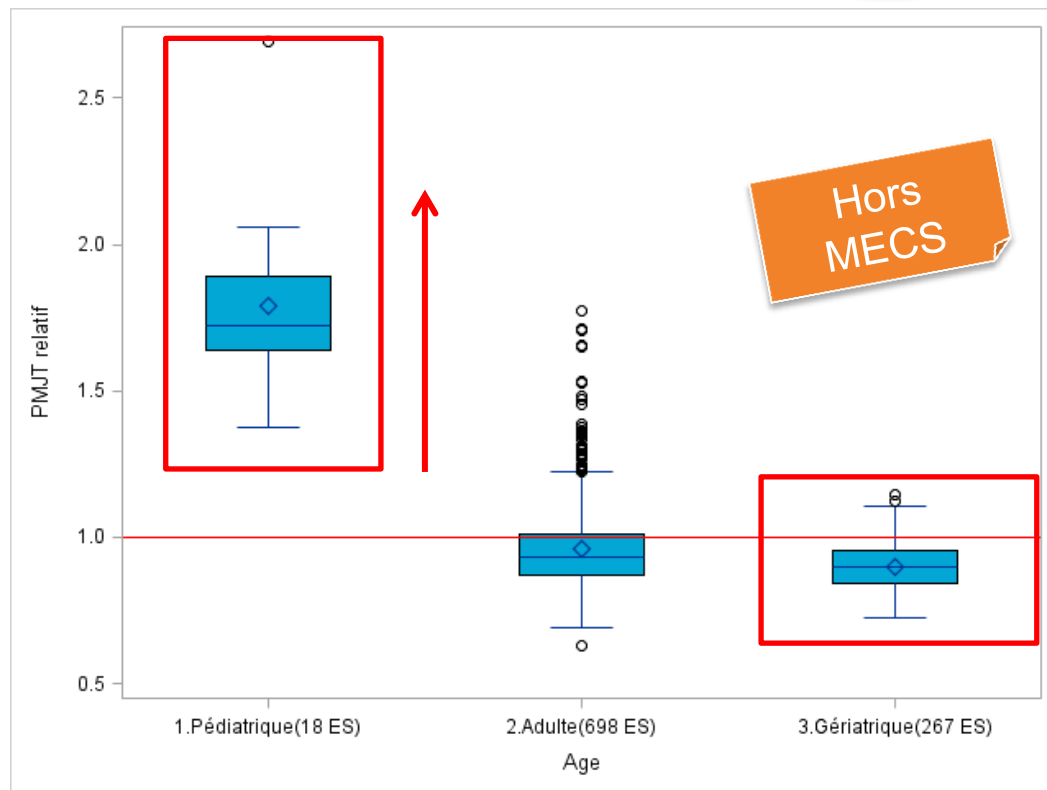
Analyse sur les prises en charge

Prise en compte de l'Age

PMJT

Lourdeur de l'activité
pédiatrique plus visible
via le PMJT

Secteur DAF



Activité journalière plus
homogène dans les ES
gériatriques → Activité
moins lourde

Analyse sur les prises en charge

Prise en compte de l'Age

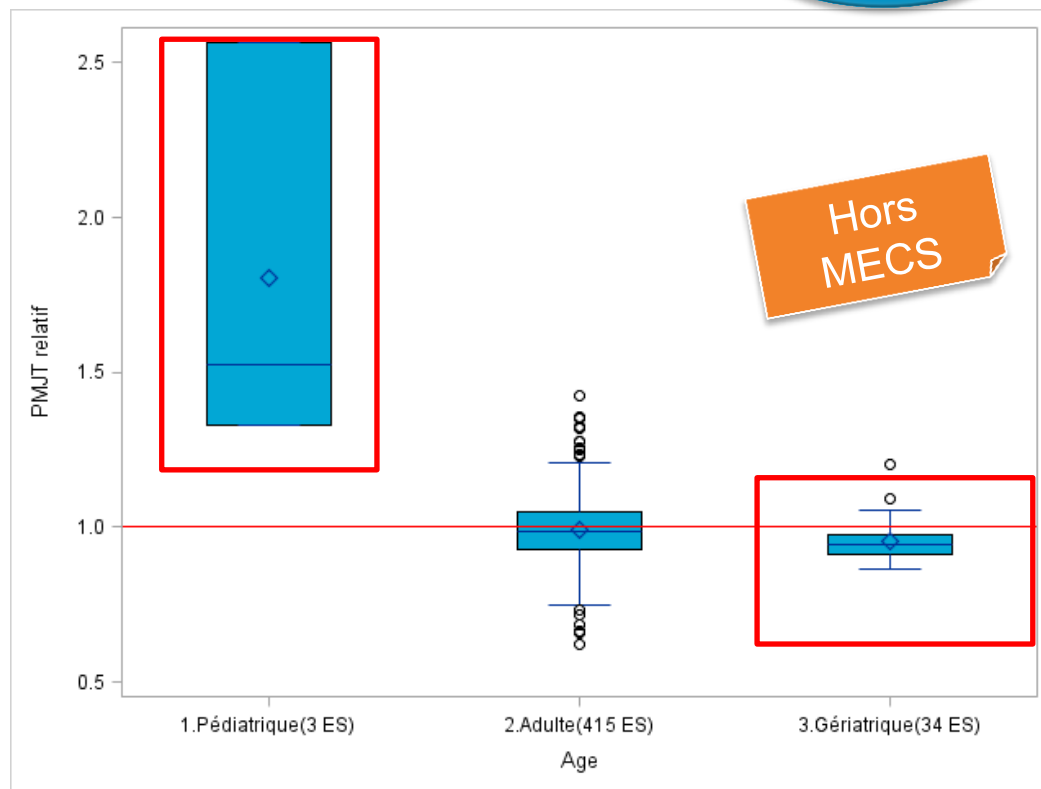
PMJT

Lourdeur de l'activité
pédiatrique plus visible
via le PMJT

Secteur OQN



Mêmes conclusions que DAF



Activité journalière
homogène dans les ES
gériatriques → Activité
moins lourde

Analyse sur les prises en charge

Intensité de RR

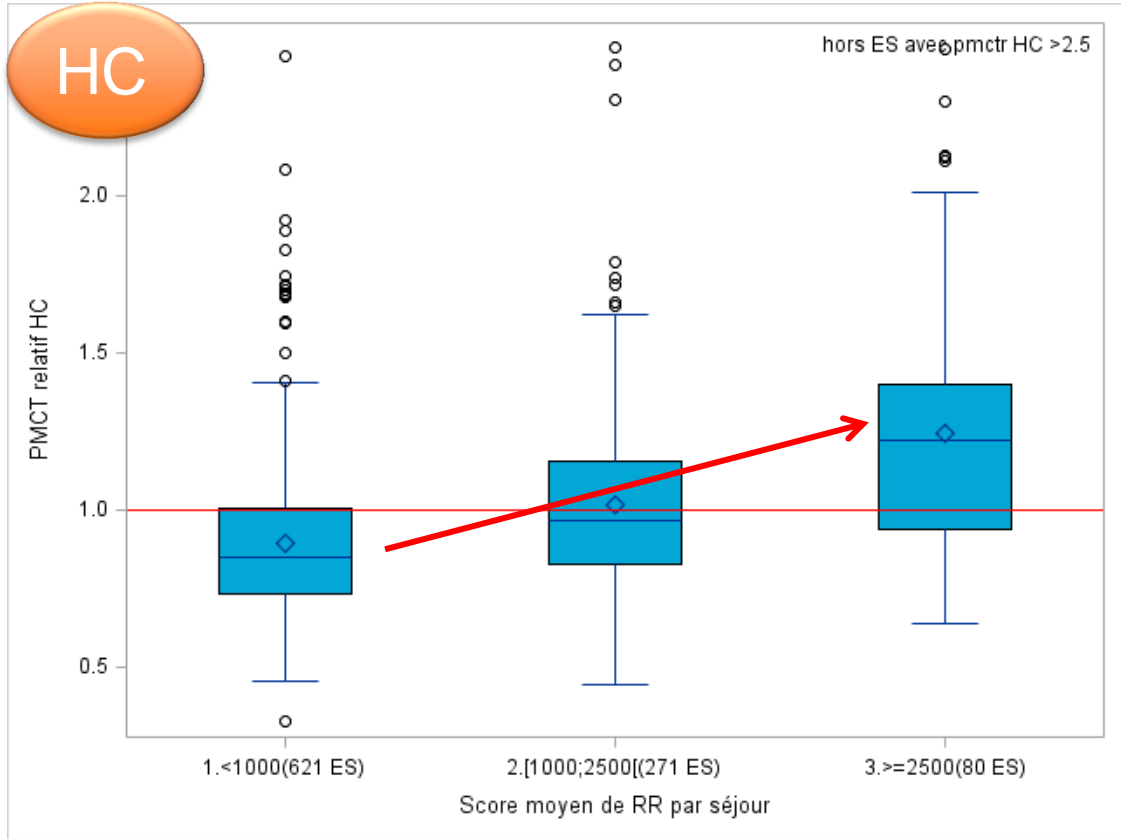
- Classes distinctes selon le type d'hospitalisation
 - HC : score ARR moyen par séjour
 - <1000 (621 ES DAF, 234 OQN)
 - Entre 1000 et 2500 (271 ES DAF, 141 OQN)
 - >=2500 (80 ES DAF, 55 OQN)
 - HP : score ARR moyen par jour
 - <50 (58 ES DAF, 32 OQN)
 - Entre 50 et 100 (184 ES, 97 OQN)
 - >100 (125 ES, 59 OQN)

Analyse sur les prises en charge Intensité de RR

PMCT

La valorisation d'un séjour d'HC augmente avec l'intensité de RR

Secteur DAF



Analyse sur les prises en charge

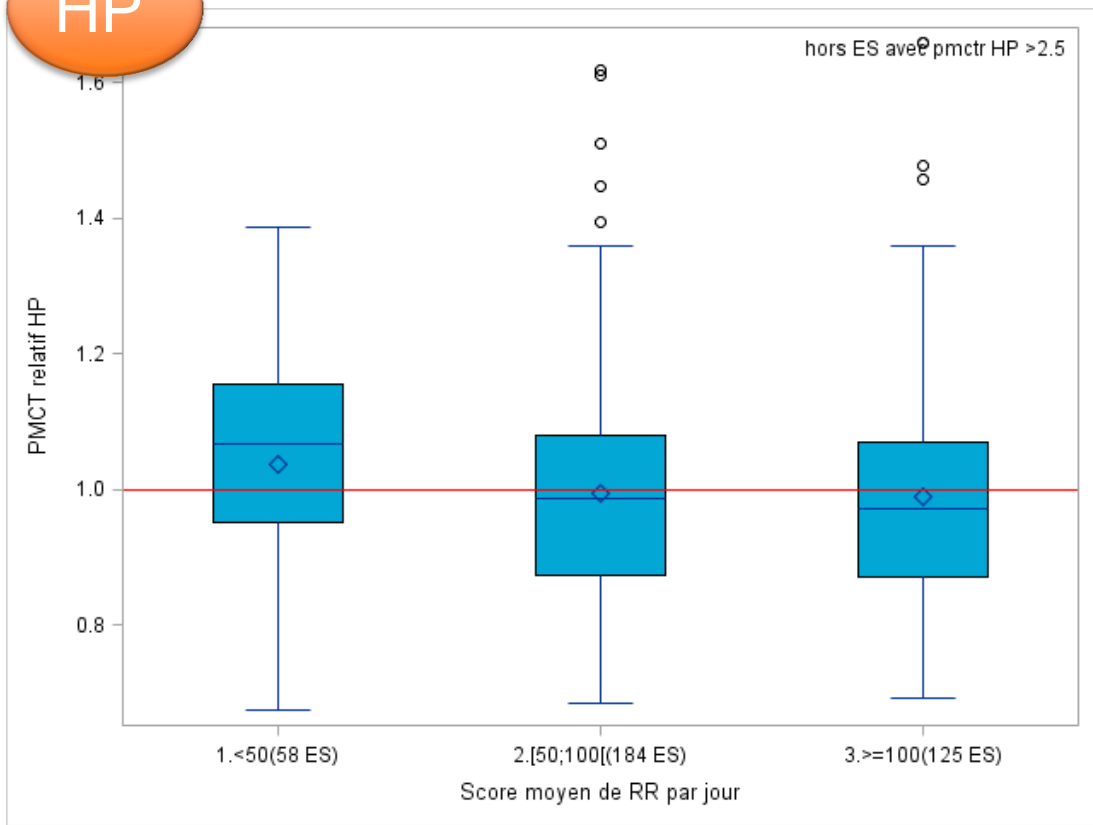
Intensité de RR

PMCT =
PMJT

HP

La valorisation d'une journée d'HP n'augmente pas selon l'intensité de RR

Secteur DAF



Analyse sur les prises en charge

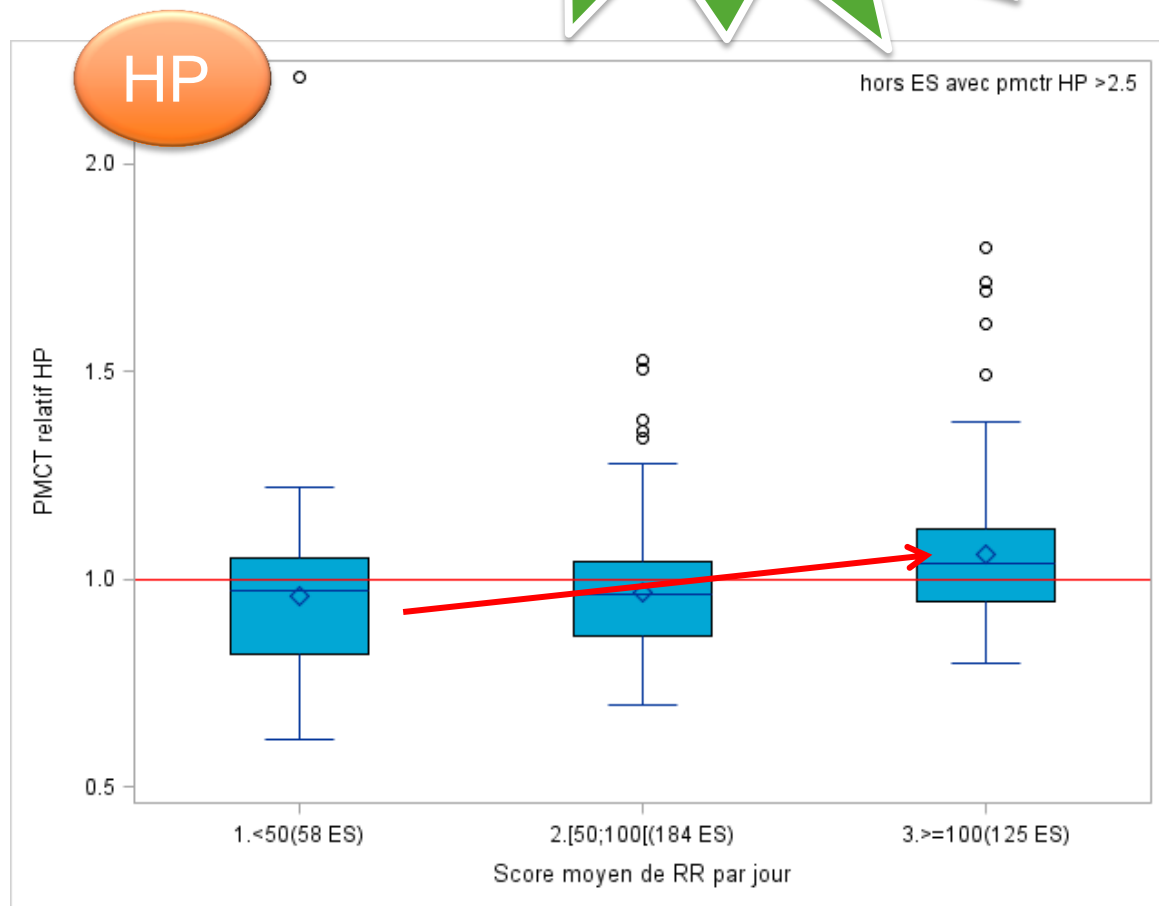
Intensité de RR

Avec Coefficient
de technicité

PMCT =
PMJT

La valorisation d'une journée d'HP augmente selon l'intensité de RR
 → Amélioration de la valorisation grâce au CT

Secteur DAF



Analyse sur les prises en charge Intensité de RR

PMCT

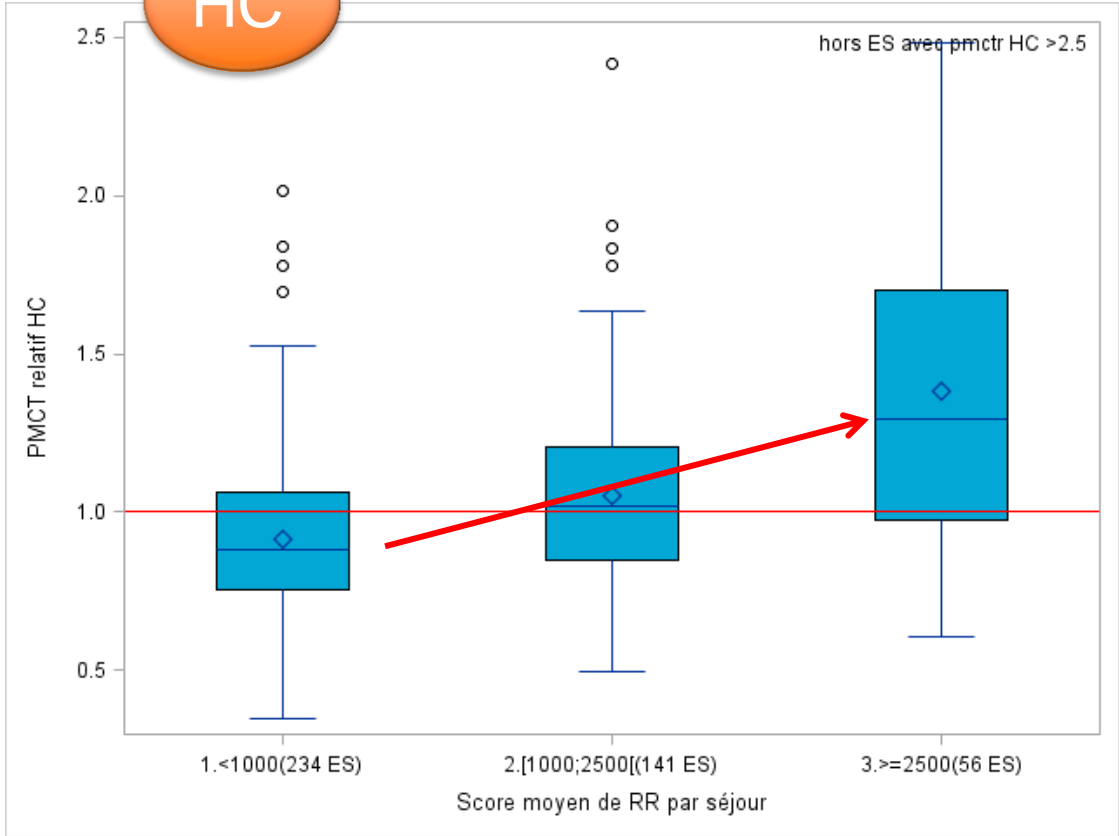
La valorisation d'un séjour d'HC augmente avec l'intensité de RR

Secteur OQN



Mêmes conclusions que DAF

HC



Analyse sur les prises en charge Intensité de RR

**PMCT =
 PMJT**

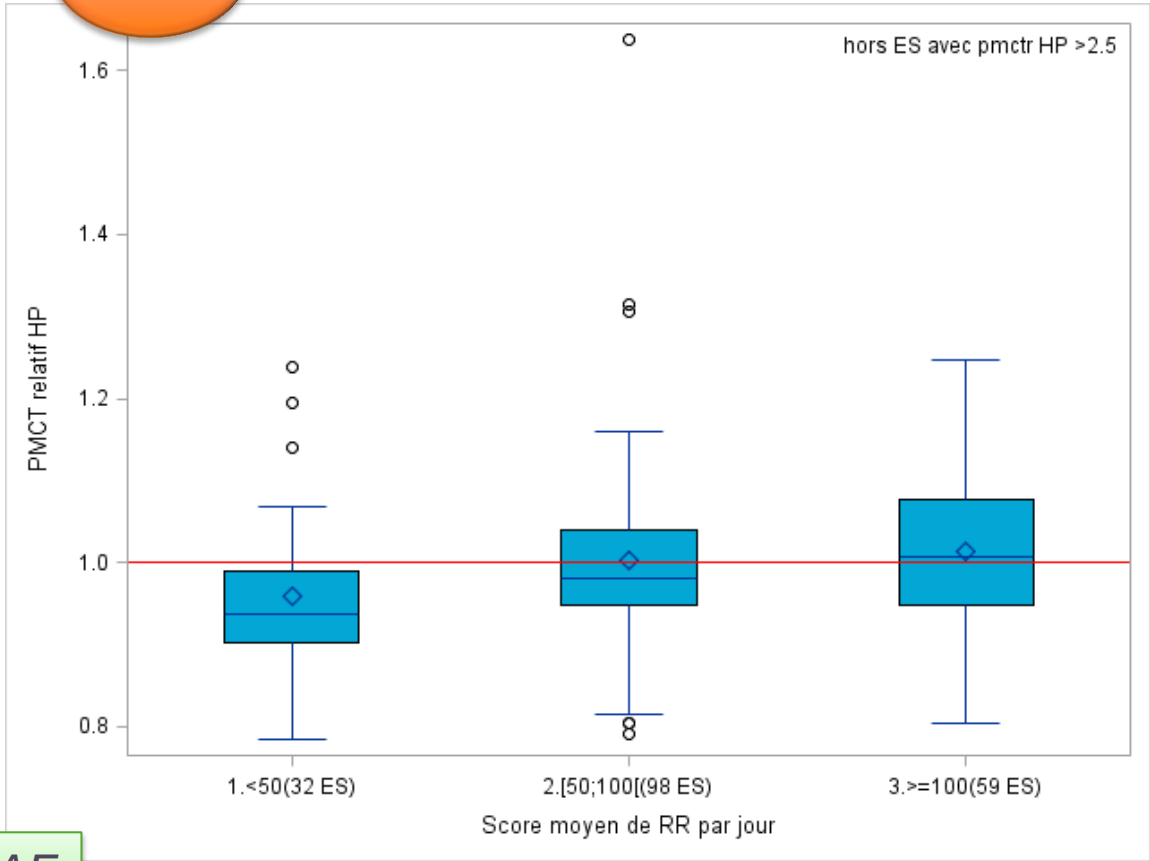
HP

La valorisation d'une journée d'HP n'augmente pas forcément selon l'intensité de RR

Secteur OQN



Mêmes conclusions que DAF



Analyse sur les prises en charge

Intensité de RR

Avec Coefficient
de technicité

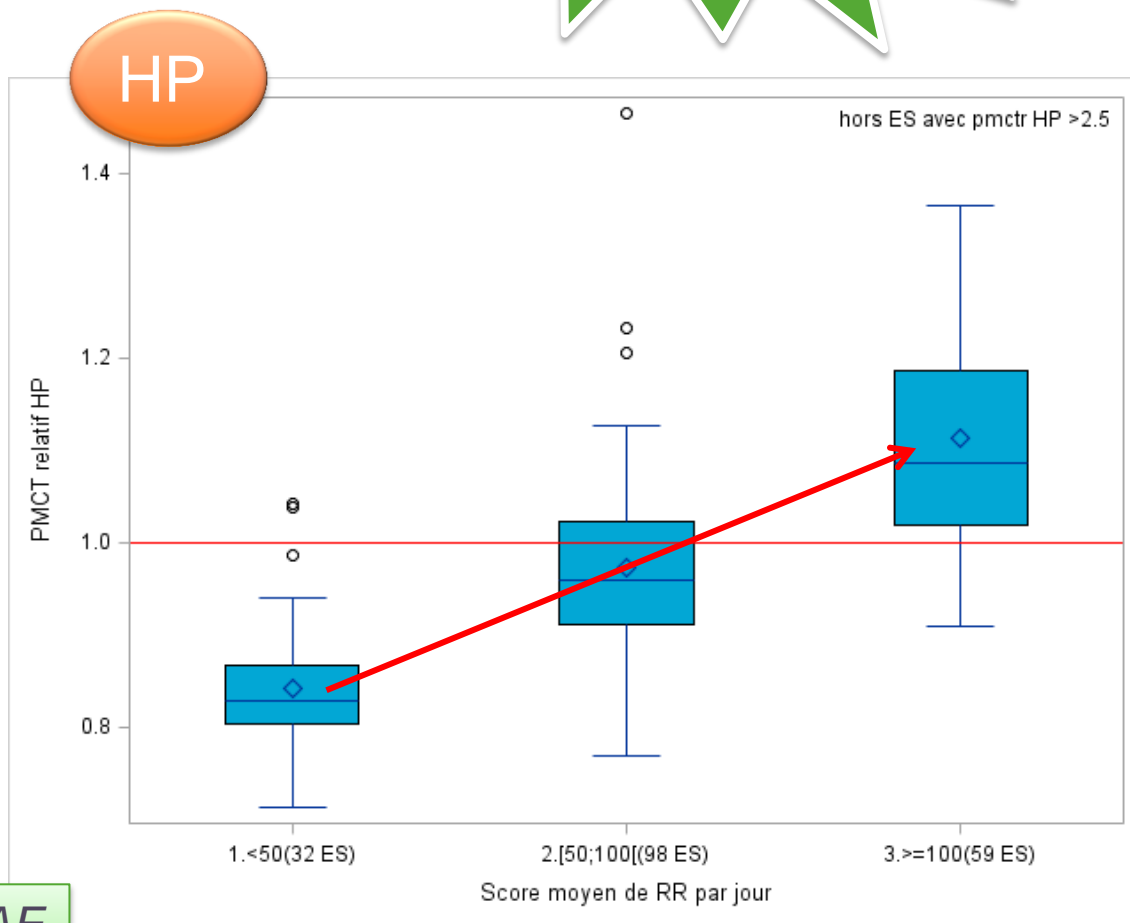
PMCT =
PMJT

La valorisation d'une journée d'HP augmente selon l'intensité de RR
 → Amélioration de la valorisation grâce au CT

Secteur OQN



Mêmes conclusions que DAF

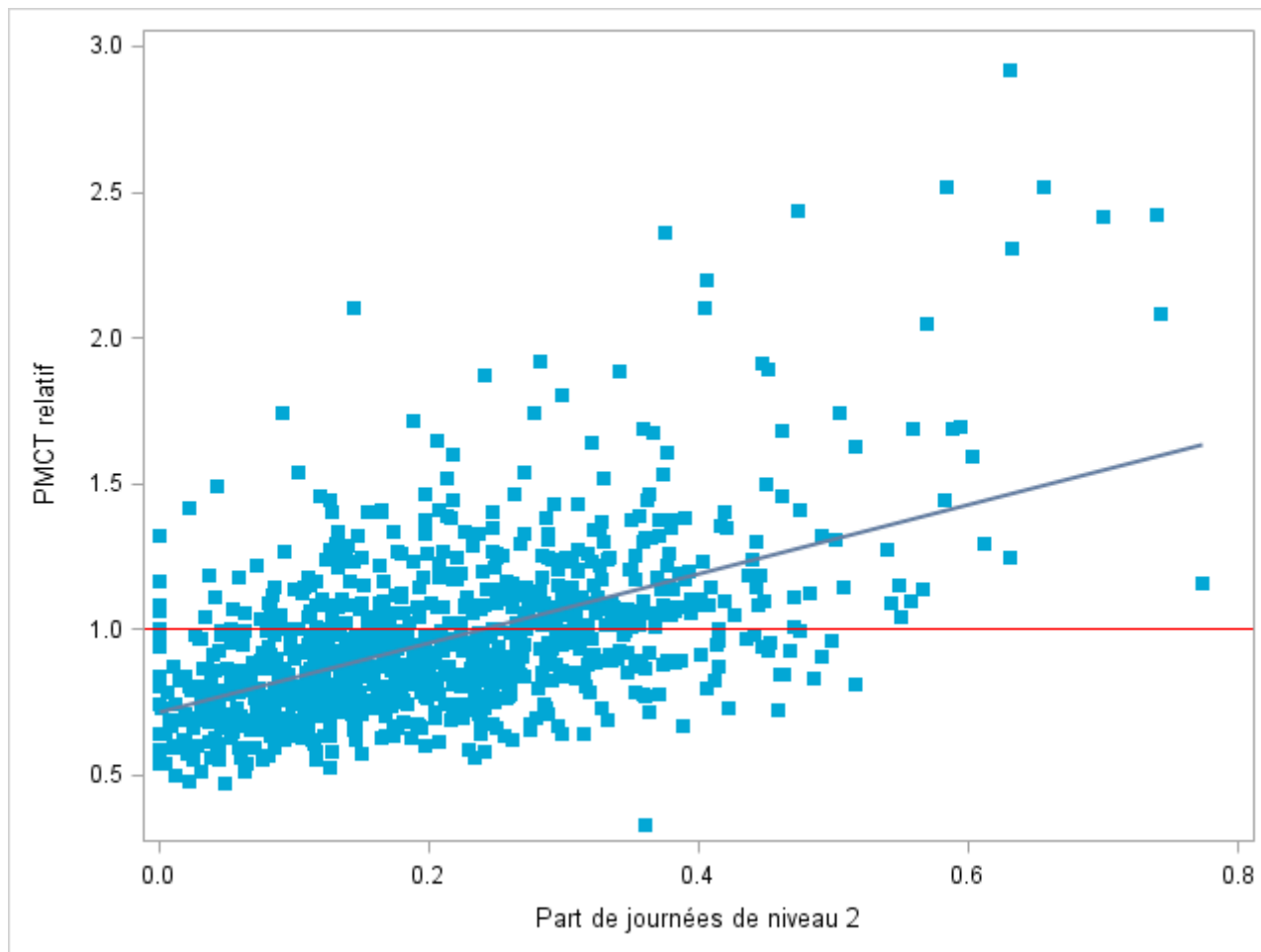


Analyse sur les prises en charge Niveau de sévérité

PMCT

La valorisation
augmente selon la
part d'activité en
niveau 2

Secteur DAF



Analyse sur les prises en charge Niveau de sévérité

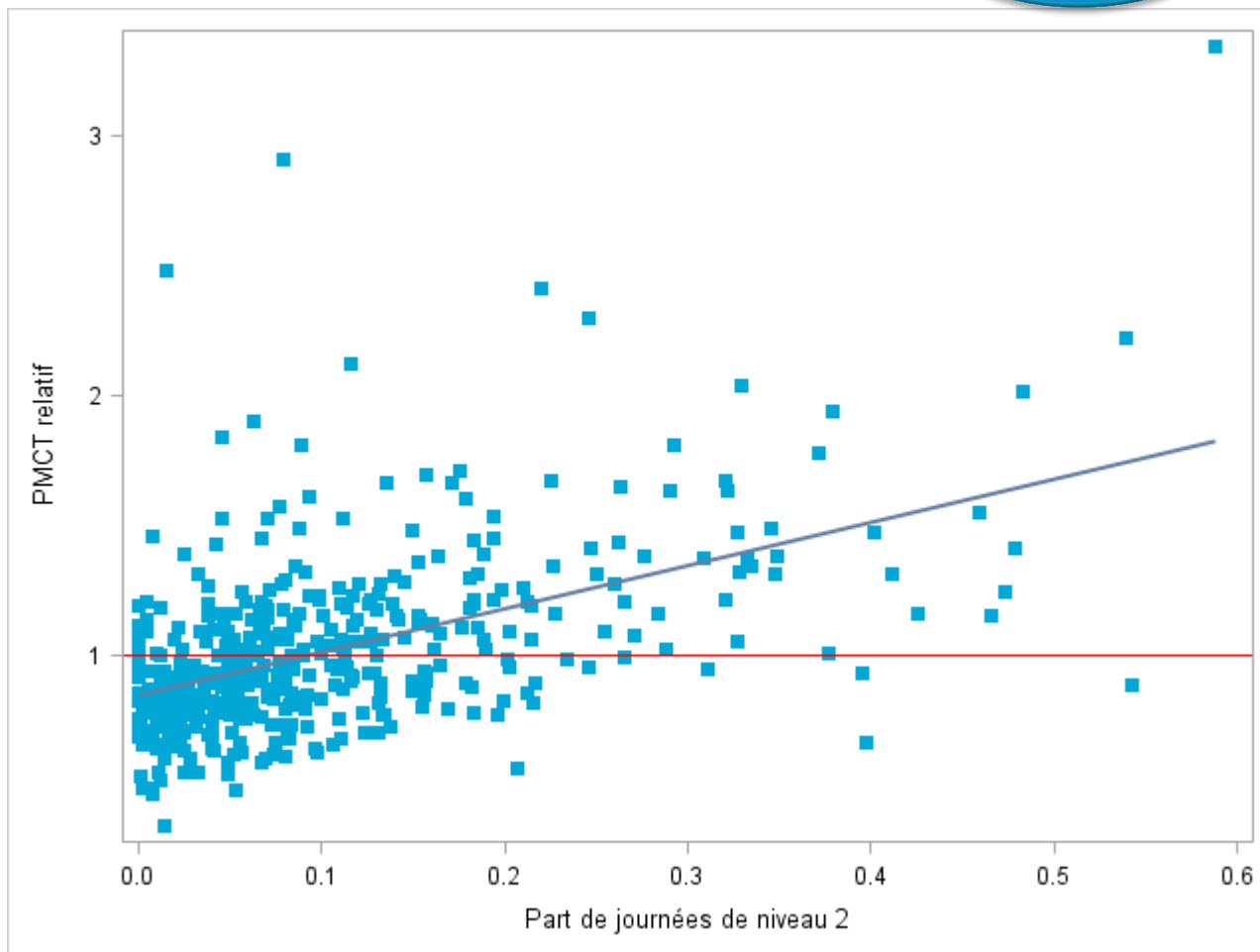
PMCT

La valorisation
augmente selon la
part d'activité en
niveau 2

Secteur OQN



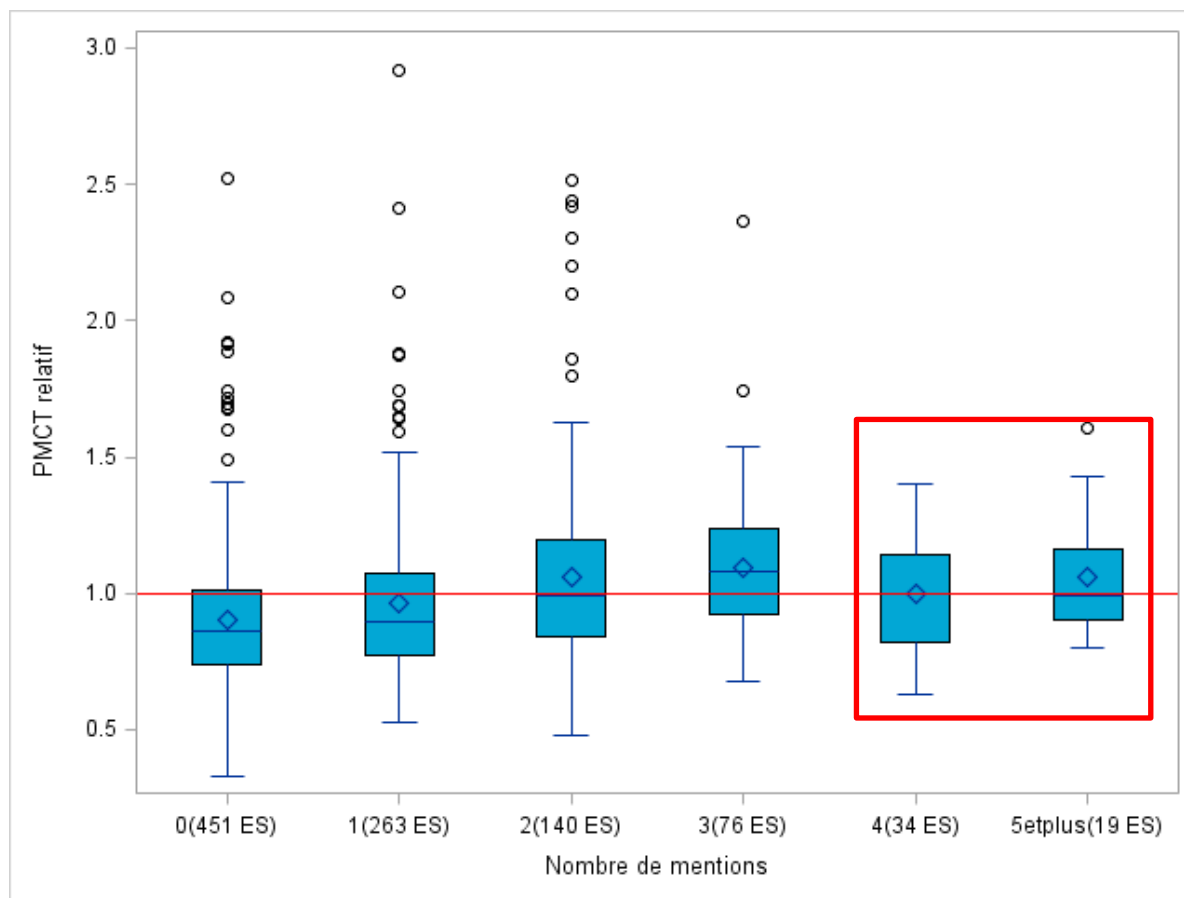
Mêmes conclusions que DAF



- analyse via le nombre de mentions (y compris gériatrie)

La valorisation augmente en moyenne avec le nombre de mentions, sauf pour les ES avec au moins 4 mentions

Secteur DAF



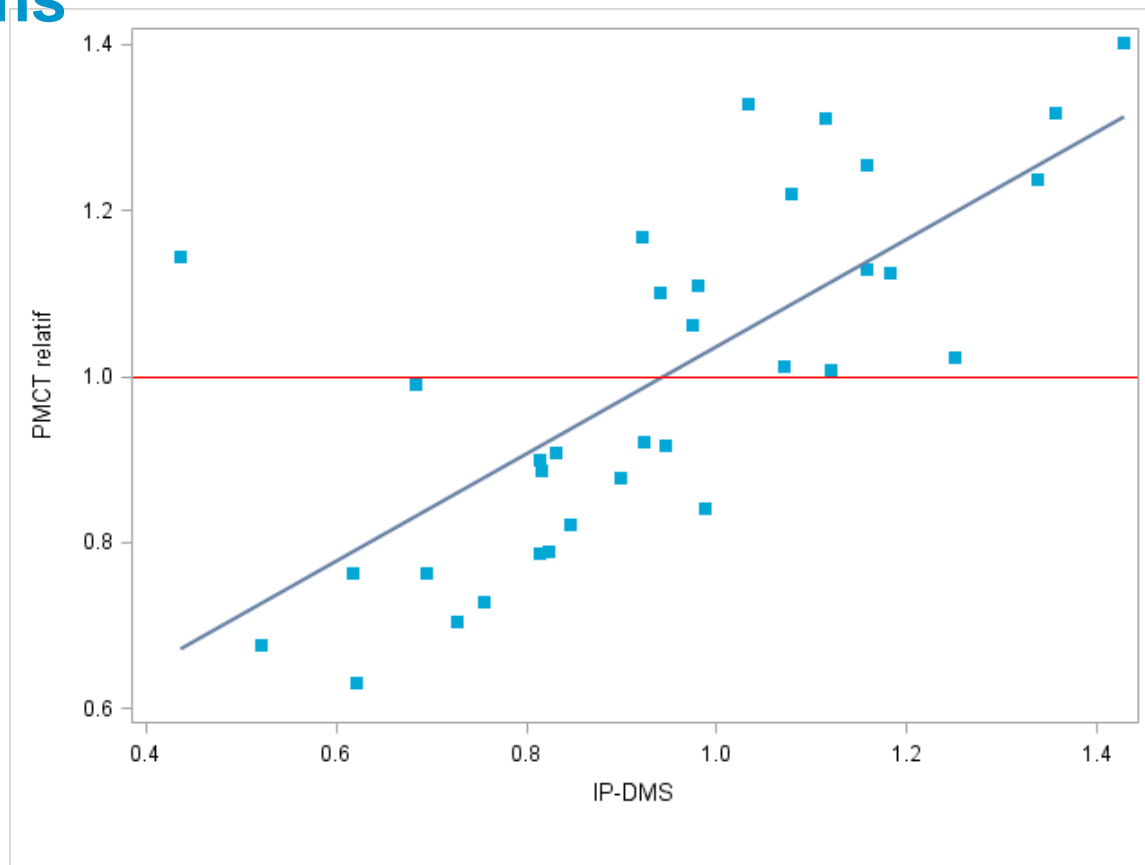
Analyse sur les prises en charge

Mentions spécialisées

- PMCT en fonction de l'IP-DMS dans les ES **avec au moins 4 mentions**

DMS très variable
→ PMCT variable
→ **Intérêt d'étudier le PMJT**

Secteur DAF



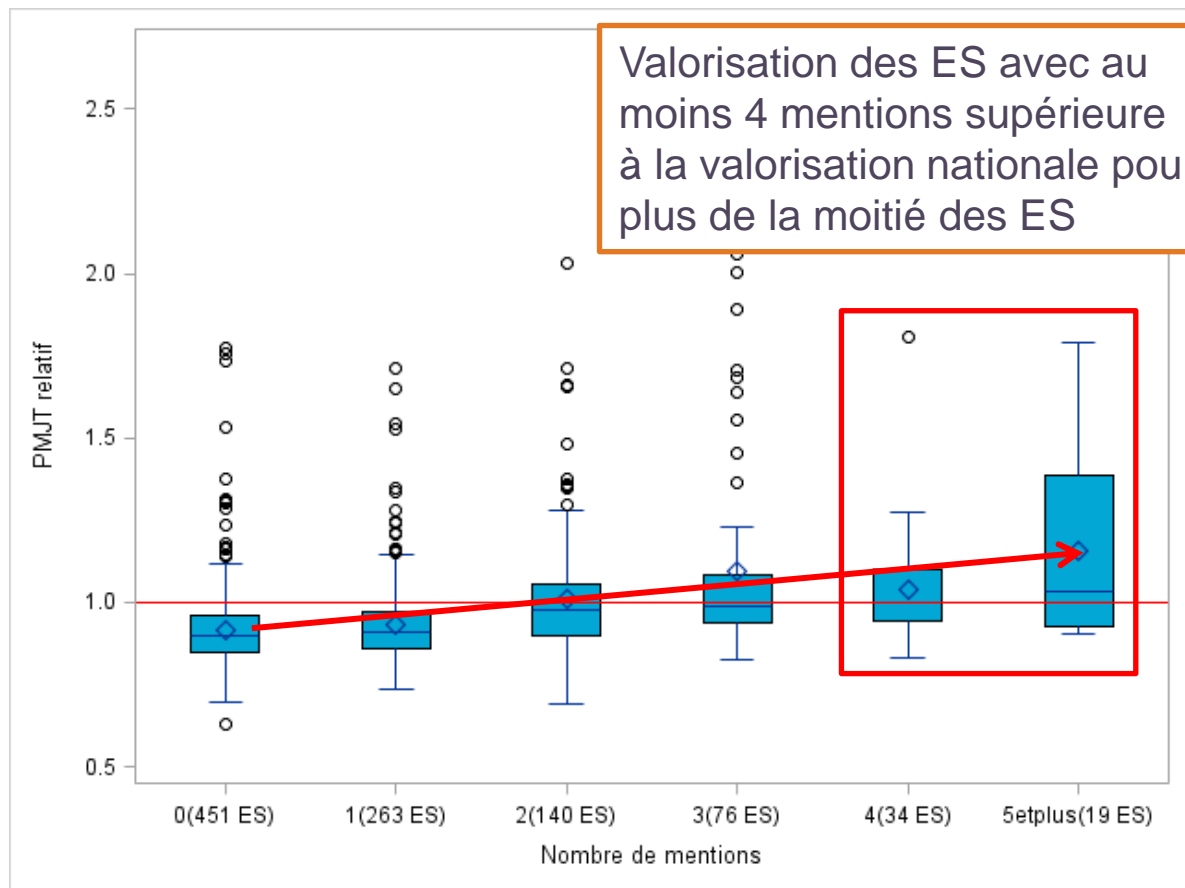
Analyse sur les prises en charge

Mentions spécialisées

PMJT

La tendance est plus nette sur les PMJT

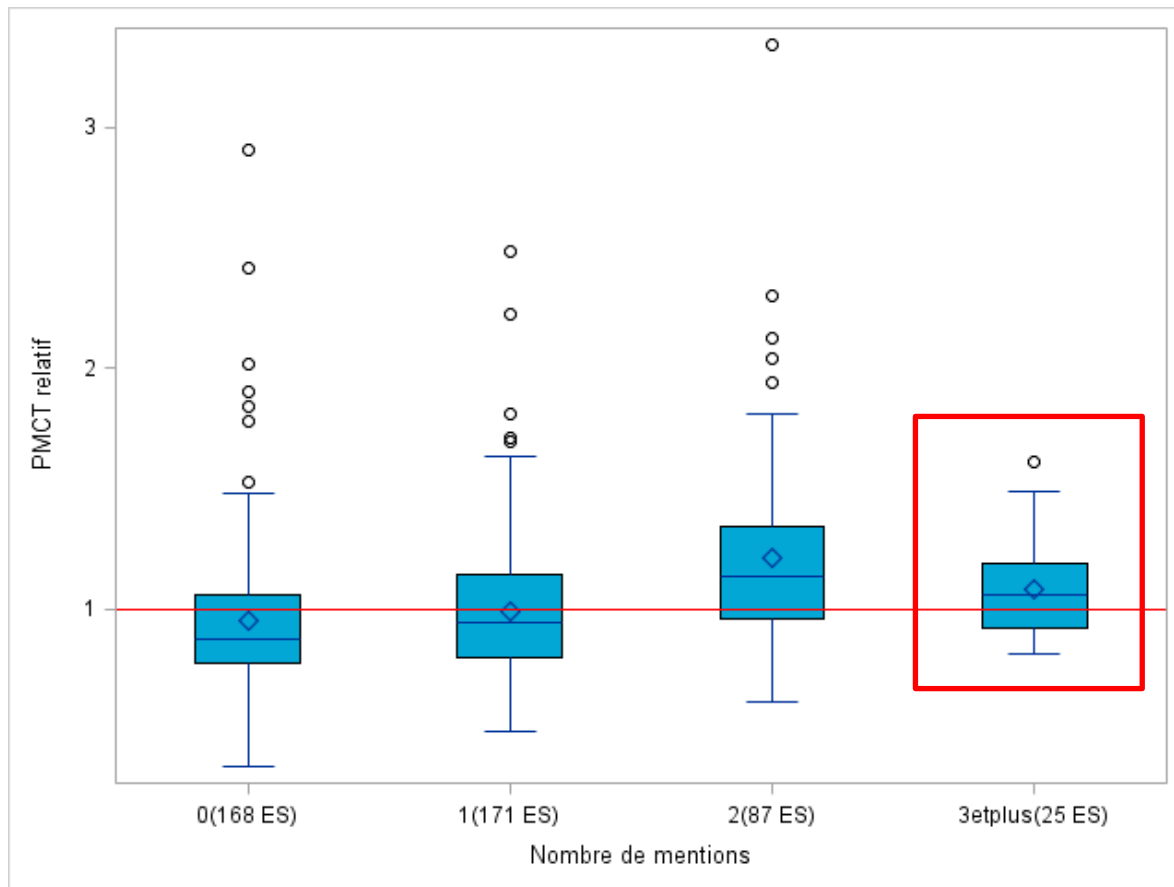
Secteur DAF



- analyse via le nombre de mentions (y compris gériatrie)

La valorisation augmente avec le nombre de mentions, sauf pour les ES avec au moins 3 mentions

Secteur OQN



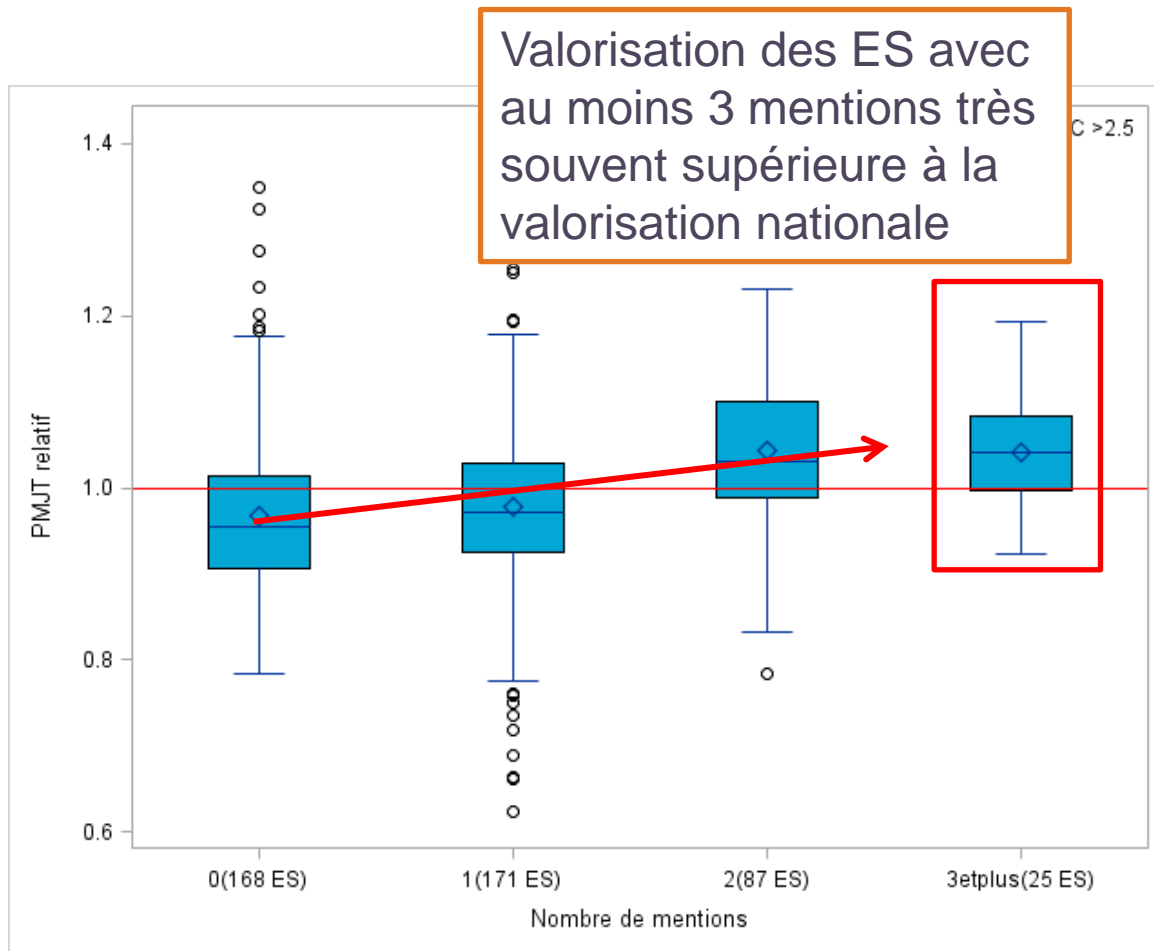
Analyse sur les prises en charge

Mentions spécialisées

PMJT

La tendance est plus nette
sur les PMJT
MAIS pas de différence
significative entre 2 et 3
mentions

Secteur OQN



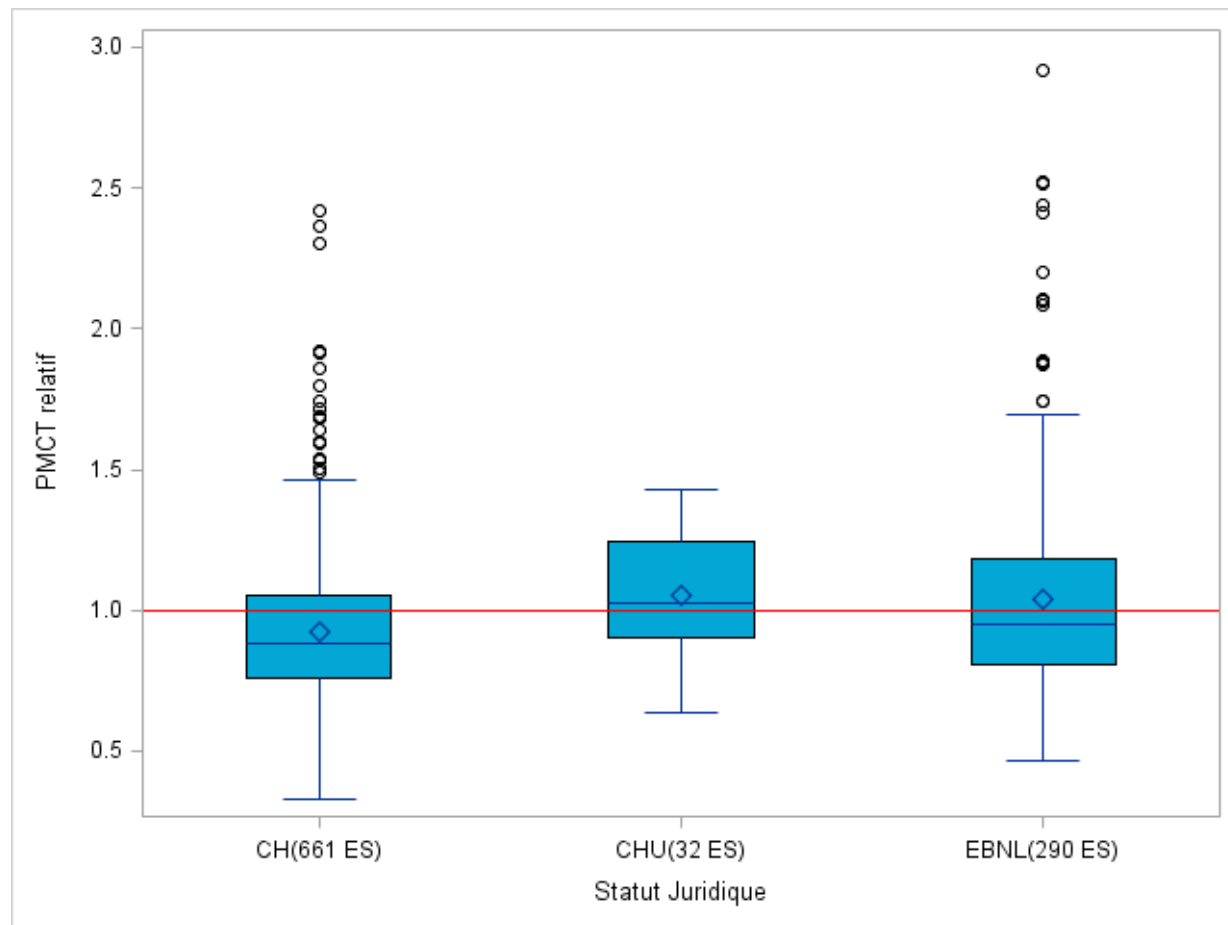
Analyses complémentaires

Statut Juridique

PMCT

Les CHU et EBNL ont en moyenne une valorisation plus importante par rapport aux CH → Activité plus lourde ou durée plus longue ?

Secteur DAF



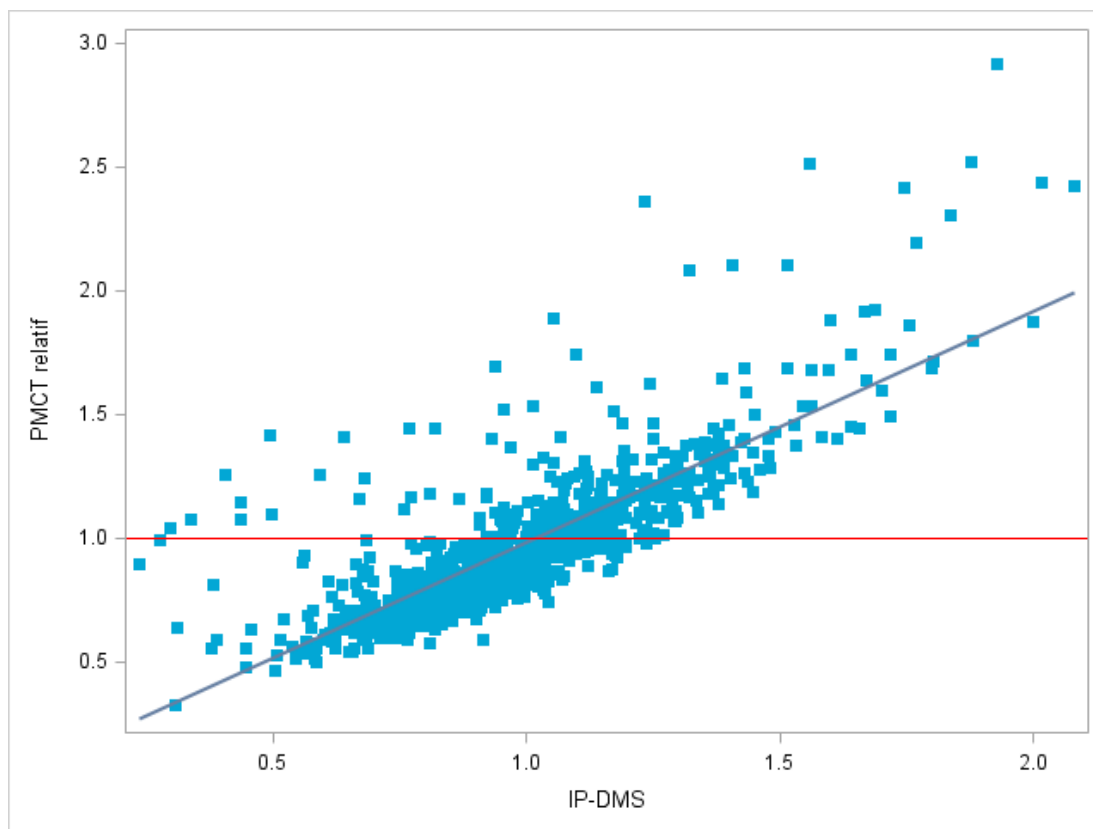
Analyses complémentaires

Statut Juridique

○ PMCT en fonction de l'IP-DMS

DMS très variable
→ PMCT variable
→ **Intérêt d'étudier le PMJT**

Secteur DAF

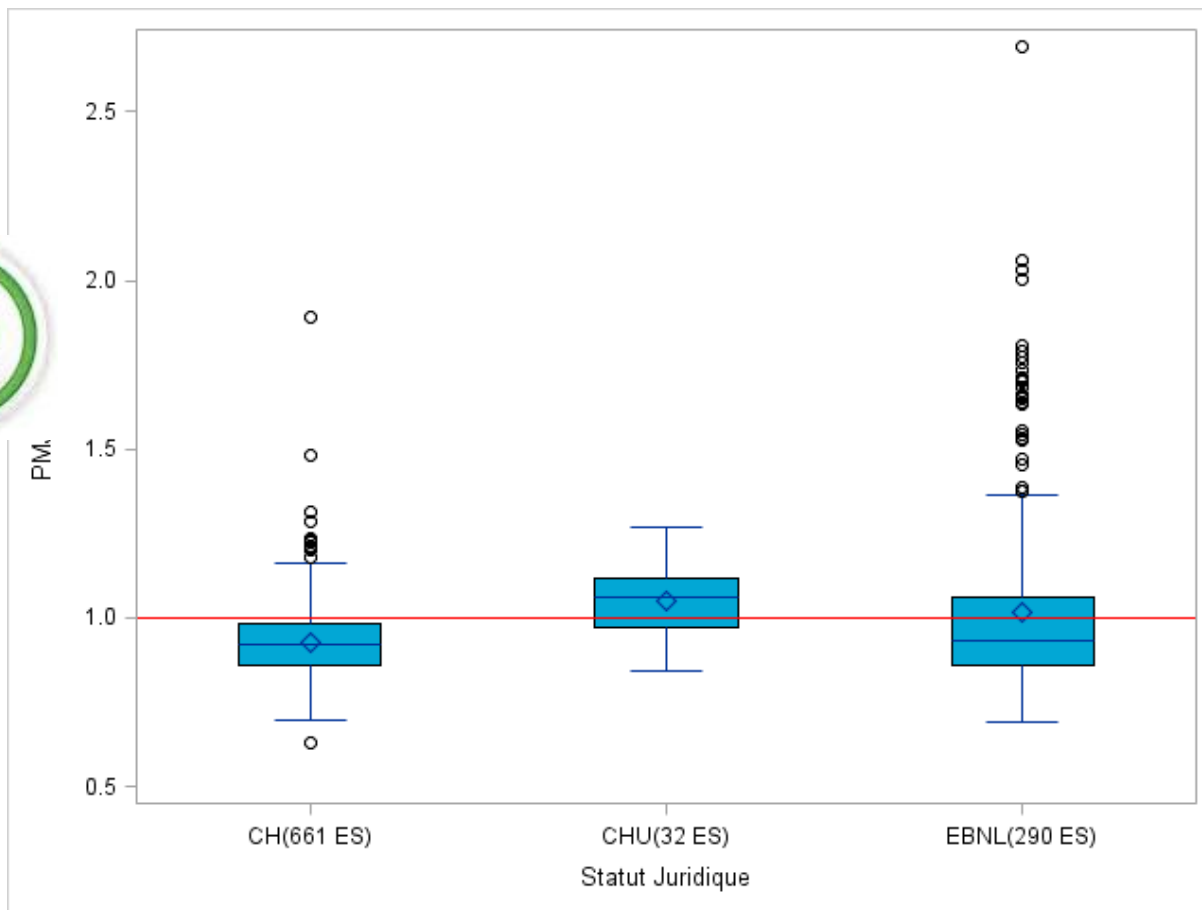


PMJT proche de 1 en moyenne pour chaque statut → pas d'effet notoire du statut juridique sur la valorisation



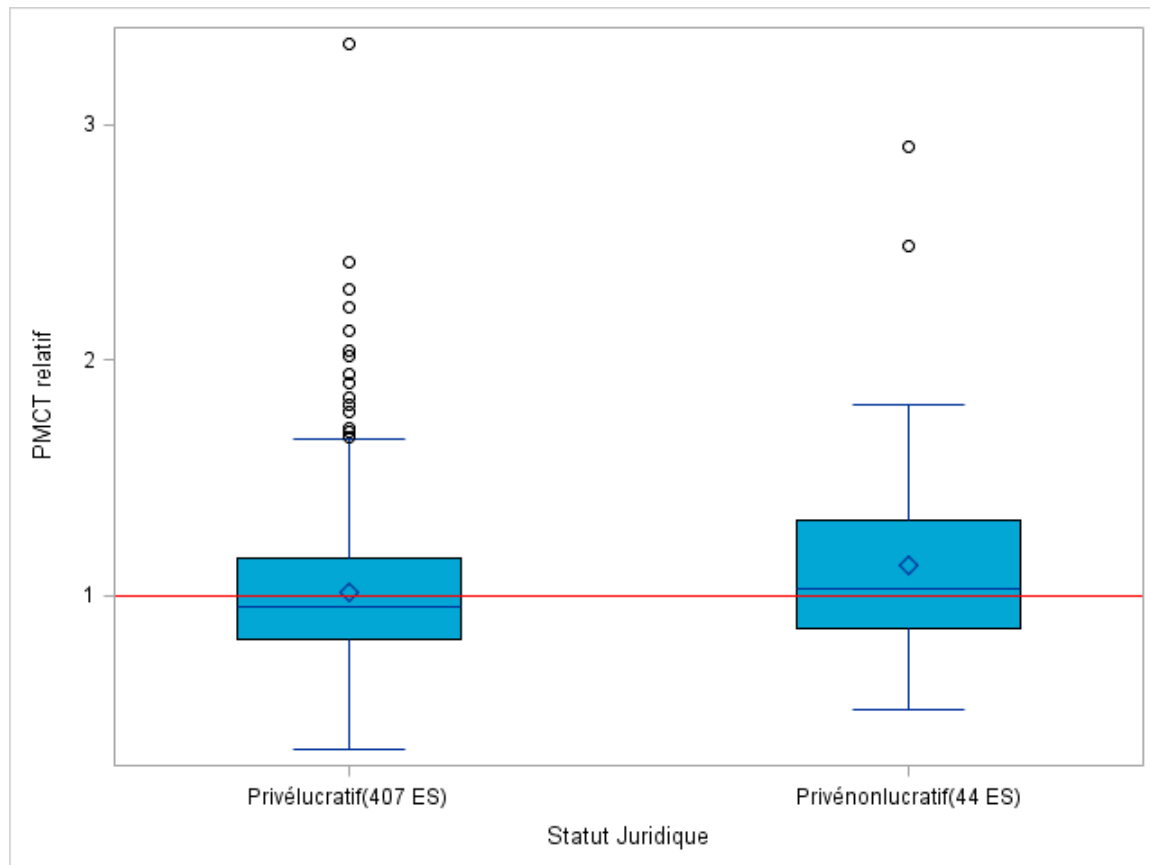
Secteur DAF

Toutefois, les CHU ont en moyenne une valorisation journalière plus conséquente que les CH ou les EBNL → Les CHU ont tendance à recueillir une activité plus lourde



Les Privés non lucratifs ont en moyenne une valorisation plus importante par rapport aux Privés lucratifs
→ Activité plus lourde ou durée plus longue ?

Secteur OQN



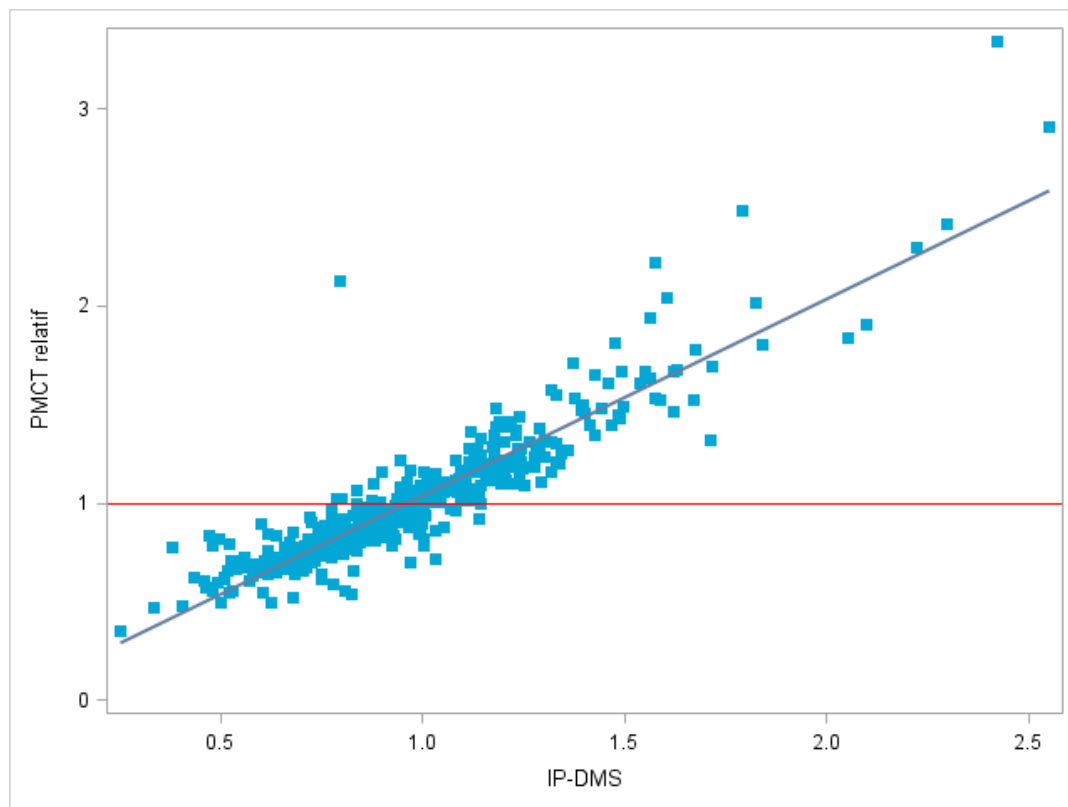
Analyses complémentaires

Statut Juridique

○ PMCT en fonction de l'IP-DMS

DMS très variable
→ PMCT variable
→ **Intérêt d'étudier le PMJT**

Secteur OQN



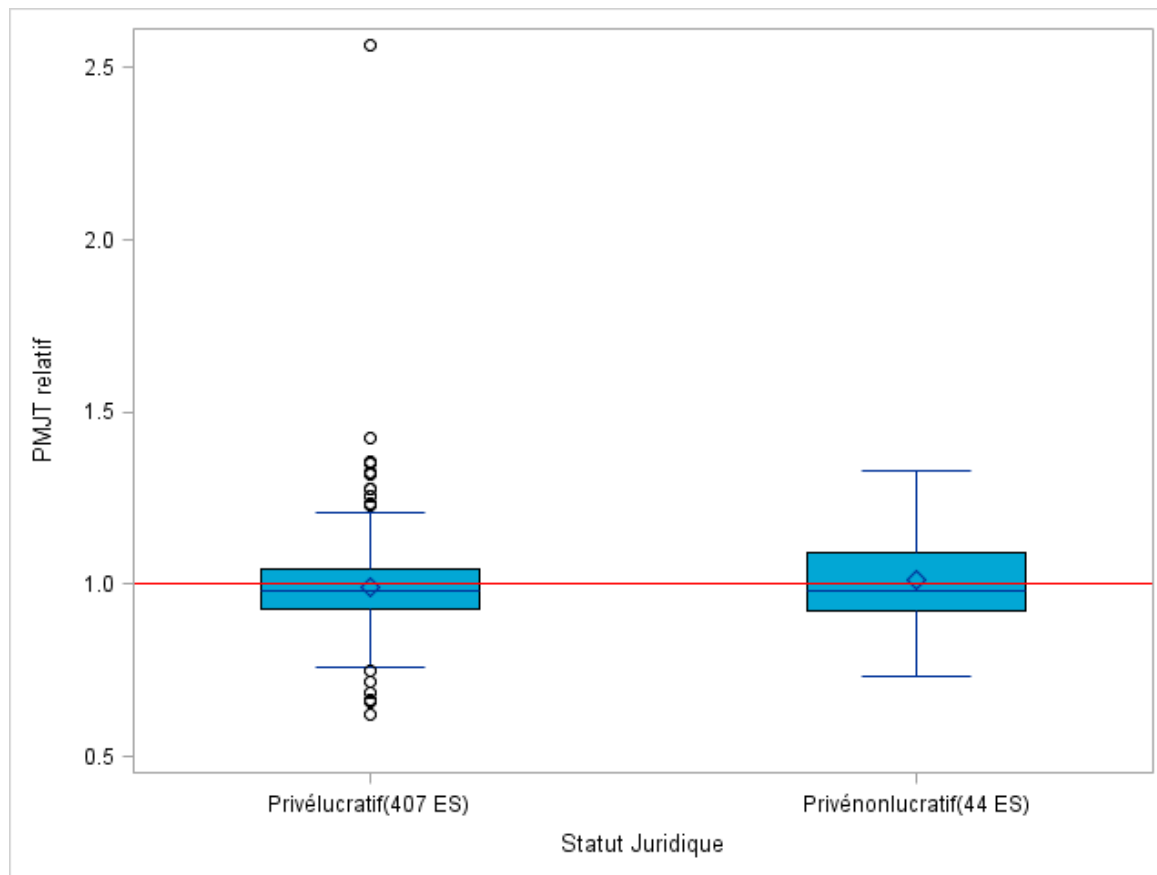
Analyses complémentaires

Statut Juridique

PMJT

Pas de différence
visible entre les statuts
juridiques

Secteur OQN



Analyse de la qualité de la valorisation

Conclusion

- Lien entre la valorisation et les caractéristiques de la lourdeur de l'activité
 - Âge
 - Score de RR
 - Niveaux
 - Mentions
- Pas de lien entre la valorisation économique et le statut des établissements

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

www.atih.sante.fr

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx@atih.sante.fr



ÉCHÉANCES LÉGISLATIVES

PLFSS pour 2017 – présentation de la fiche mesure

Conformément aux évolutions présentées ci-avant, un certain nombre d'ajustements du modèle SSR issu de la LFSS pour 2016 doivent être intégrés en LFSS pour 2017:

- *Mise en place d'une période transitoire propre à l'année 2017* : L'objectif en 2017 est de combiner les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme, avec un ODSSR commun dès 2017:
 - Une quote-part majoritaire des anciennes modalités de financement DAF ou OQN ;
 - Une quote-part minoritaire des nouvelles modalités de financement en DMA.

Cette année de transition permettrait :

- De tester les outils de codage en garantissant une première étape de mise en œuvre de réforme.
- De limiter, notamment pour l'actuel secteur OQN, toute évolution des modalités de facturation.

PLFSS pour 2017 – présentation de la fiche mesure

- *Les modalités de calcul de la participation du patient* : compte tenu du maintien des modalités de financement antérieures, s'agissant de l'actuel secteur sous DAF, le TJP est conservé comme base de calcul de la participation du patient en 2017.
- *L'application d'un tarif de responsabilité pour les établissements non conventionnés avec l'ARS*
- *L'application d'un coefficient « Réadaptation/ Rééducation »* : mise en place d'un mécanisme de correction (en cours d'élaboration) ayant vocation à venir prendre en compte la spécialisation de l'établissement et notamment son score de rééducation/réadaptation. Sa nature est transitoire (il a vocation à s'éteindre à mesure de la prise en compte de ces charges dans la classification).



SCENARIO DE DÉPLOIEMENT DU MODÈLE ET HYPOTHÈSES D'UNE PART FORFAITISÉE

Horizon 2022,

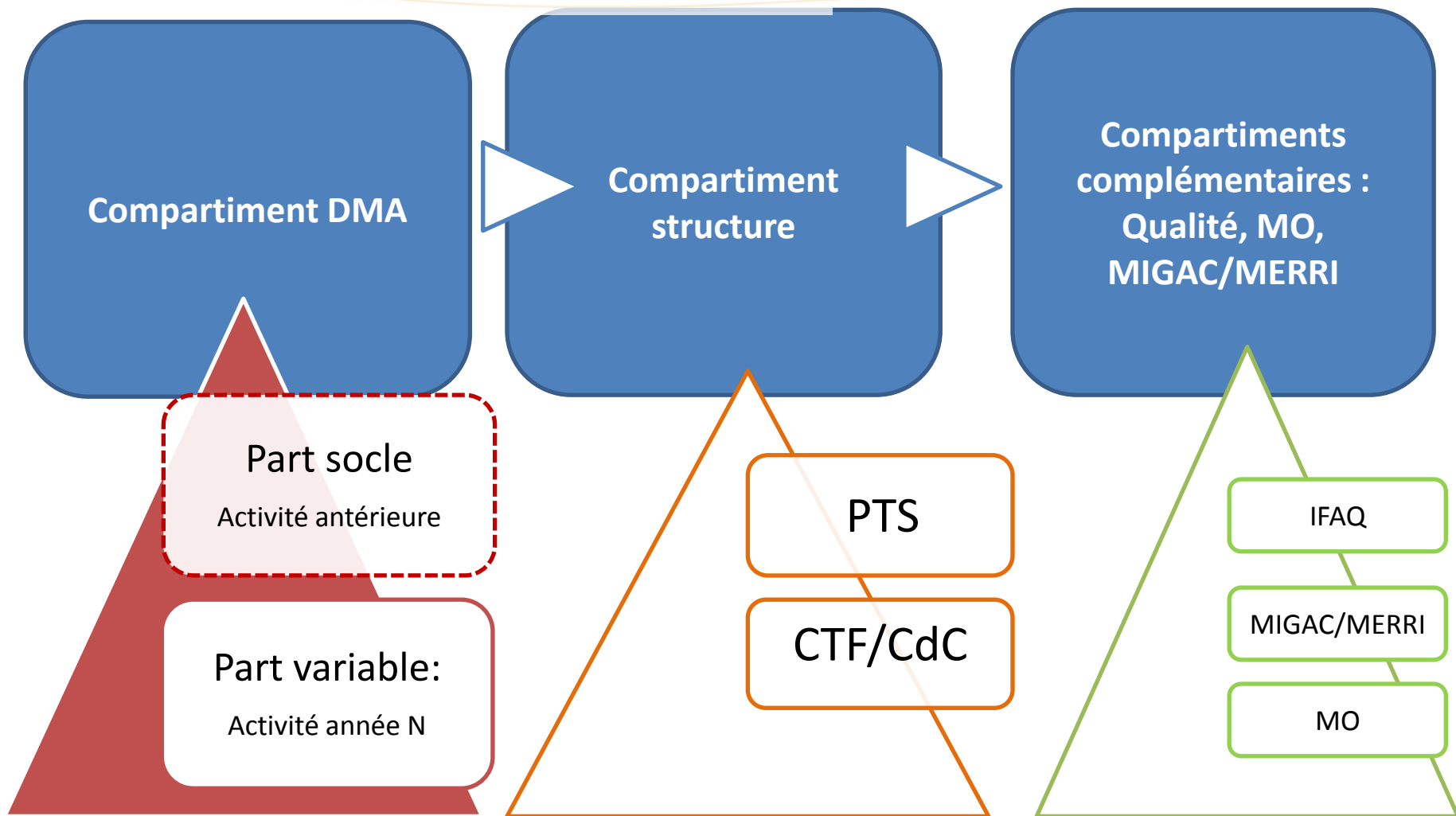
terme de la période de montée en charge

- Objectif : Affiner le modèle de financement pour mieux prendre en compte les charges fixes inhérentes :
 - Aux conditions techniques de fonctionnement (charges de « structure »)
 - À l'intensité d'exploitation de la structure
 - Tout en limitant la part du modèle de financement assise sur l'activité réalisée.
- La mise en œuvre d'une telle évolution nécessite de mener des travaux de fond complémentaires conséquents, en concertation étroite avec les professionnels concernés.

- Dans le schéma cible, un **nouveau compartiment « structure »** serait créé.
 - ☞ L'objectif est de rééquilibrer les composantes du modèle en **augmentant la part rémunérant la structure et en diminuant la part liée à l'activité**. Ce compartiment intégrerait le financement des PTS mais serait élargi afin d'initier la prise en compte des charges fixes des établissements.
- Le modèle cible se définirait ainsi :
 - **Une DMA finançant l'activité de l'année en cours (éventuellement amortie par une part SOCLE).**
 - **Un compartiment structure** finançant les charges fixes à travers notamment : le nombre de mentions spécialisées de l'établissement et la présence d'une activité de rééducation / réadaptation (dont les charges sont mal captées par la classification, et donc mal prises en compte dans la DMA) générant l'octroi d'un forfait. Le périmètre et la finalité exacte de ce compartiment seront concertés avec les acteurs.
 - **Un forfait qualité (IFAQ)**
 - **Des compartiments complémentaires : MIGAC/MERRI et Molécules onéreuses**

Parallèlement, les travaux visant à simplifier le recueil de l'activité SSR devraient avoir abouti.

Modèle cible



Des travaux à engager ensemble sur le contenu du compartiment structure

- PTS
- Nombre de mentions
- Cahier des charges par spécialité:
 - Compétences médicales et paramédicales
 - Immobilier
 - Typologies de prise en charge
- ...



Calendrier de travail

Prochaines échéances

- A la rentrée :
 - COPIL le 30 septembre : retour sur les valorisations (PMCT/PMJT), ...
 - COPIL en octobre : date & OdJ à définir : avancée des travaux des GT