



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS



Vers un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR

ARH d'Ile de France mercredi 13 février 2008

- **Accompagner une organisation de l'offre de soins SSR adaptée aux besoins (augmentation des besoins liés au vieillissement de la population, développement des maladies chroniques et du handicap, abaissement progressif des durées de séjour en MCO)**
- **Gérer les goulets en amont et en aval dans une démarche de « cursus patient »**
- **Mettre en place un système d'allocation de ressources plus équitable (fonction du poids et de la nature de la prise en charge) et incitatif à une utilisation optimale des ressources disponibles**

Le champ d'application : tous les établissements de SSR ont vocation à entrer dans un modèle d'allocation de ressources commun au secteur sous DAF et au secteur sous OQN

Toutefois :

Certaines catégories ou types d'établissements comme les MECS, les Pouponnières et les établissements pédiatriques présentent des spécificités en termes de :

- **Nature d'activité**
- **Profil de prise en charge**

qui pourraient justifier un traitement adapté ou par étape

⇒ **Expertise en cours**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

HOPITAL
2007



Mission
tarification
à l'activité



Le modèle cible

- **Proche, par assimilation(*), du modèle MCO mais qui nécessite :**
 - la refonte substantielle de la classification SSR
 - une nouvelle ENC à méthodologie commune pour guider la refonte de la classification et asseoir les tarifs
- **Composé de 4 compartiments**
 - « **Activité** » avec des tarifs
 - « **MIGAC** » (éventuellement « **MERRI** »)
 - « **Médicaments Onéreux** »
 - « **Plateaux techniques spécialisés** »

() veiller à ne pas construire un modèle « orthogonal » avec celui du MCO*

Une nouvelle classification:

- à partir de données de coût : ENC à méthodologie commune à lancer
- utilisant les informations d'un nouveau recueil simplifié à définir
- détermination de la séquence de soins : séjour, semaine, journée ou modèle mixte
- compatible avec les futurs décrets SSR

2008

- 1er semestre
définition et méthodologie recueil ENC-SSR commune
échantillonnage - conception des outils informatiques
- 2ème semestre
sélection et formation des établissements
organisation de la collecte et des contrôles

2009

- démarrage de l’ENC-SSR commune
- application du nouveau recueil PMSI-SSR 2009
- recueil des données de l’ENC-SSR 2009

2010

- retraitements comptables et constitution des fichiers de données 2009 dans les établissements : été 2010
- validation définitive des données 2009 : fin 2010

Le compartiment “activité” Étapes ultérieures

- **2011, voire 2012 :**
 - analyse des données et publication de l'ENC-SSR : mars 2011
 - construction de la nouvelle classification
 - simulations - expérimentations du modèle cible
 - application du modèle cible
 - démarrage de la “montée en charge”

Le compartiment « médicaments onéreux »

- **Objectifs :**
 - permettre certaines délégations de traitement du secteur MCO au secteur SSR (Ex : dialyse, chimiothérapie)
 - permettre l'accès à toutes les thérapeutiques justifiées, même innovantes
 - favoriser les flux entre le MCO et le SSR
- **financement des médicaments onéreux en sus des tarifs**
- **liste reprenant le contenu de la liste MCO avec quelques ajouts spécifiques au SSR**
- **avec engagement sur le contrat de bon usage**

Les MIG définies pour les missions

- devant être maintenues quel que soit le niveau d'activité effectif
- pour lesquelles il est difficile d'identifier des financements en lien avec l'activité

Les AC allouées par les ARH

- sur la base de critères objectifs
- essentiellement pour l'accompagnement des restructurations prévues par le SROS

Les MIGAC seront déterminées principalement à partir de l'analyse des retraitements comptables

Le compartiment « plateaux techniques spécialisés »

- Intégration de plateaux techniques très spécialisés dans le modèle
- Prise en compte de métiers très différents et de charges dispersées ...
- Réflexion sur l'insertion a terme du financement des “plateaux techniques spécialisés” au sein du compartiment MIGAC
- En lien avec les CPOM et les projets de décrets

Les problématiques principales

- La nécessité d'une nouvelle classification et de la connaissance des coûts pour asseoir les tarifs (ENC SSR) conduit à la mise en œuvre d'un modèle parfaitement stabilisé en 2011, voire 2012
 - La détermination de la séquence de soins : séjour, semaine, journée ou modèle mixte
 - La compatibilité avec les futurs décrets SSR
- ⇒ Une option possible : une montée en charge progressive, par étapes, intégrant la notion de modèle transitoire



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

HOPITAL
2007



Mission
tarification
à l'activité



Le modèle de transition

MODELE DE TRANSITION : Compartiment « Activité »

- Pour le compartiment « Activité », il est envisagé de moduler les ressources sur la base d'un indicateur de valorisation de l'activité (IVA)
- Le modèle nécessiterait dès cette première étape une estimation la plus pertinente possible des trois compartiments en cours d'étude :
 - le compartiment « Médicaments »
 - le compartiment « MIGAC »
 - le compartiment « Plateaux techniques »

Proposition pour le compartiment « Activité » du modèle de transition

Les travaux de l'ATIH

- **Construction d'un modèle améliorant l'explication des coûts journaliers**
 - basé sur des Groupes de Morbidités Dominantes (GMD)
 - à partir des données ENC-SSR publique 2000-2001
 - à l'aide de critères remaniés (à partir des variables du RHA actuel)
- **Valorisation des variables explicatives retenues**

Les Groupes de Morbidités Dominantes

Classement des RHA en GMD (selon logique médicale)

- dans une Catégorie Majeure Clinique (12)
- puis dans un Groupe de Morbidités Dominantes
(à partir des listes +/- remaniées de **morbidités dominantes** de la classification en GHJ, distinction enfants/adultes)

=> 70 GMD : 43 adultes et 26 enfants (+1 erreur)

Indicateur de Valorisation de l'Activité

Prise en compte du « problème » principal (GMD) et des autres informations du RHA pour la valorisation des « semaine-patients »

- **Informations Qualitatives**

- ✓ Groupe de Morbidités Dominantes
- ✓ Classe d'Age
- ✓ Comorbidités (diagnostics associés et actes médicaux)
- ✓ Type de prise en charge (finalité de prise en charge)
- ✓ Type d'hospitalisation (H complète / autres)

- **Informations Quantitatives**

- ✓ Dépendance Physique (habillage, déplacement, continence, alimentation)
- ✓ Dépendance Cognitive (comportement, relation-communication)
- ✓ Nombre d'activités de rééducation-réadaptation (parmi 12 activités CDARR)

Principe de valorisation avec l'IVA : MODELE ADDITIF

Classement du RHA dans un GMD « n » (parmi les 70 hors erreur)

Valorisation du RHA =

- Nombre de points de base du **GMD « n »**
- + Nombre de points lié à la classe **Age**
- + Nombre de points lié aux **Comorbidités**
- + Nombre de points lié à la **Dépendance physique**
- + Nombre de points lié à la **Dépendance cognitive**
- + Nombre de points lié au **Nombre activités CDARR**
- + Nombre de points lié au **Type prise en charge**
- + Nombre de points lié au **Type hospitalisation**

Nombre total de points IVA du RHA

Multipliés par le nombre de jours de présence du RHA

Valorisation : Exemple

Exemple d'un RHA

UM = RF
Age = 65
FP = Rééducation physique
MP = Hémipégie
AE = AVC

Type hospitalisation = HC
DAS = \emptyset - CCAM = \emptyset
DEP Ph = 11
DEP Co = 4
ARR = 4 (ME, NP, SM, RR)

GMD	base	Age							DEP Ph*	DEP Co*	Nb ARR*	Comorb	PEC		Hosp	
		0-6	7-12	13-17	18-30	31-60	61-75	>75					non RF	RF	HP	HC
12-002	950		-	-	0	27	10	15	x10	x3	x25	20	-	35	-	15

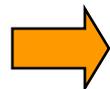
Valorisation

$$950 + 10 + (11 \cdot 10) + (4 \cdot 3) + (4 \cdot 25) + 35 + 15 = 1\ 232 \text{ points IVA (pour 1 jour de présence)}$$

Tests relatifs au modèle IVA

Tests avec 3 ARH (Ile de France, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon) sur le modèle IVA :

- Recensement des données dont on dispose
- Mesure de la qualité des données d'activité et financières transmises par les établissements
- Focus particulier sur des activités spécifiques : cohérence entre la connaissance des ARH et les données transmises par les établissements de leur région

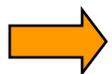


Identification des discordances

Les autres compartiments du MODELE DE TRANSITION

Le compartiment « médicaments onéreux » :

- Liste basée sur des enquêtes portant sur la liste MCO et les compléments nécessaires :
 - 3 médicaments repérés dans l'enquête 2006,
 - Exploitation en cours de l'enquête 2007

 **Médicaments onéreux à ajouter à la liste MCO**

Les autres compartiments du MODELE DE TRANSITION

Les compartiments « MIGAC » / « plateaux techniques spécialisés » :

- **Réalisation d'une enquête début janvier 2008 :**
 - sur les données de l'année 2006
 - composée de trois volets relatifs :
 - aux appareillages et dispositifs médicaux (les orthèses, les podo-orthèses, les ortho-prothèses)
 - aux éléments de plateaux techniques spécialisés
 - aux missions universitaires (recherche, enseignement)
- **Analyse en cours des RTC 2006**

Simulations - Expérimentations

Au vu des résultats obtenus en terme de qualité des données des trois régions :

- **Simulations-expérimentations du modèle de transition dans les régions expérimentatrices :**
 - d'après les dernières données d'activité à disposition
 - en tenant compte de l'évolution des portefeuilles d'activité au regard des politiques régionales des ARH

Calendrier pour le modèle de transition

1er trimestre 2008

- Conclusion des travaux relatifs au compartiment “ activité ”
- Définition du contenu des compartiments « Molécules Onéreuses », « MIGAC » et « plateaux techniques spécialisés » du modèle de transition
- Tests de qualité des données avec 3 ARH

2ème trimestre 2008

- Simulations-expérimentations auprès de l'ensemble des ARH

3ème et 4ème trimestres 2008

- Préparation de la mise en œuvre de la campagne budgétaire 2009