

Les difficultés de tarification actuelles et à venir constituent-elles un blocage à l'accès des patients SSR dans les affections cancérologiques ?

Quelles perspectives ou solutions alternatives ?

06 décembre 2018

Dr Pierre METRAL - RESAMUT

1- De quelles prises en charges SSR cancéro parle-t-on ?

2- De quel **mode de financement** parle-t-on ?

- Actuel (DGF et Prix de journées),
- DMA transitoire,
- DMA cible (mouvante...)

3- Quelles sont **les difficultés** ?

4- Quelles sont **les perspectives et les alternatives** ?

- ***Discussion et échanges***



SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION CHIFFRES CLÉS

Données issues du PMSI SSR 2016, chiffres arrondis au millier près

1 million
de patients hospitalisés en
établissements de santé
de soins de suite et
de réadaptation (SSR)
soit 15 pour 1000 habitants



36 000 enfants de - 18 ans
soit 2 pour 1 000 enfants de - 18 ans



595 000 adultes de 18 à 79 ans
soit 12 pour 1 000 personnes de 18 à 79 ans



375 000 adultes de 80 ans ou +
soit 100 pour 1 000 personnes de 80 ans ou +



1 660
établissements
de SSR

43 % en secteur public → **406 000** patients hospitalisés

29 % en secteur
privé commercial → **341 000** patients hospitalisés

28 % en secteur privé
d'intérêt collectif → **294 000** patients hospitalisés

858 établissements exercent uniquement une activité de SSR

- 17 % d'établissements publics
- 41 % d'établissements privés commerciaux
- 42 % d'établissements privés d'intérêt collectif

802 établissements de SSR exercent une activité mixte dont 97 % de médecine, chirurgie, obstétrique

- 71 % d'établissements publics
- 16 % d'établissements privés commerciaux
- 13 % d'établissements privés d'intérêt collectif

Structuration de l'activité

Mentions spécialisées les plus courantes

31 % des établissements détiennent au moins la mention affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

23 % des établissements détiennent au moins la mention affections de l'appareil locomoteur

21 % des établissements détiennent au moins la mention affections du système nerveux

Autorisations d'exercice

90 % des établissements bénéficient uniquement d'une autorisation pour adultes

7 % des établissements bénéficient d'une autorisation pour adultes et enfants de -18 ans

3 % des établissements bénéficient uniquement d'une autorisation pour enfants de -18 ans



69% des établissements de SSR sont financés par dotation annuelle de financement (établissements publics et certains établissements privés d'intérêt collectif)

31% des établissements sont sous objectif quantifié national et financés par des prix de journées (établissements privés commerciaux et certains établissements privés d'intérêt collectif)



Hospitalisation à temps complet

34,1 millions de journées de présence en hospitalisation à temps complet → **35,1** jours d'hospitalisation complète en moyenne pour un séjour

13,6 millions de journées dans le public → **35** jours d'hospitalisation en moyenne pour un séjour

11,6 millions de journées dans le privé commercial → **36,3** jours d'hospitalisation en moyenne pour un séjour

8,9 millions de journées dans le privé d'intérêt collectif → **34** jours d'hospitalisation en moyenne pour un séjour

Hospitalisation à temps partiel

3,9 millions de journées de présence en hospitalisation à temps partiel

1,5 million de journées dans le privé d'intérêt collectif

1,5 million de journées dans le privé commercial

0,9 million de journées dans le public

Exemples de prises en charge les plus fréquentes en SSR

Maladies de l'appareil locomoteur

396 000 patients

dont :

- **58 000** patients hospitalisés après pose de prothèse pour arthrose du genou
- **55 000** patients hospitalisés post fracture de l'extrémité supérieure du fémur (avec ou sans implant)
- **34 000** patients hospitalisés après pose de prothèse pour arthrose de hanche
- **27 000** patients hospitalisés post autres fractures du membre inférieur

Maladies de l'appareil neurologique

187 000 patients

dont :

- **52 000** patients suivis en post AVC
- **41 000** patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences

Maladies de l'appareil cardiovasculaire

130 000 patients

dont :

- **33 000** patients en insuffisance cardiaque

Tumeurs malignes (tous cancers confondus)

68 000 patients

Maladies de l'appareil respiratoire

64 000 patients

Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles

59 000 patients

Troubles mentaux et du comportement

57 000 patients

Affections des organes digestifs

42 000 patients

Soins palliatifs

34 000 patients



Soins de suite et de réadaptation (SSR)

206 établissements
de SSR

100 établissements publics
38 établissements privés commerciaux
68 établissements privés d'intérêt collectif

122 000 patients
hospitalisés

4 365 000 journées
de présence

-0,3% de journées
de présence
par rapport à 2015

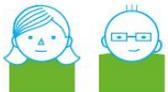
*dont 91% de journées
en hospitalisation complète*

*-1% de journées
en hospitalisation complète
par rapport à 2015*

Journées de présence



3% des journées de présence concernent
des enfants de **moins de 18 ans**



56% des journées de présence concernent
des adultes de **18 à 79 ans**

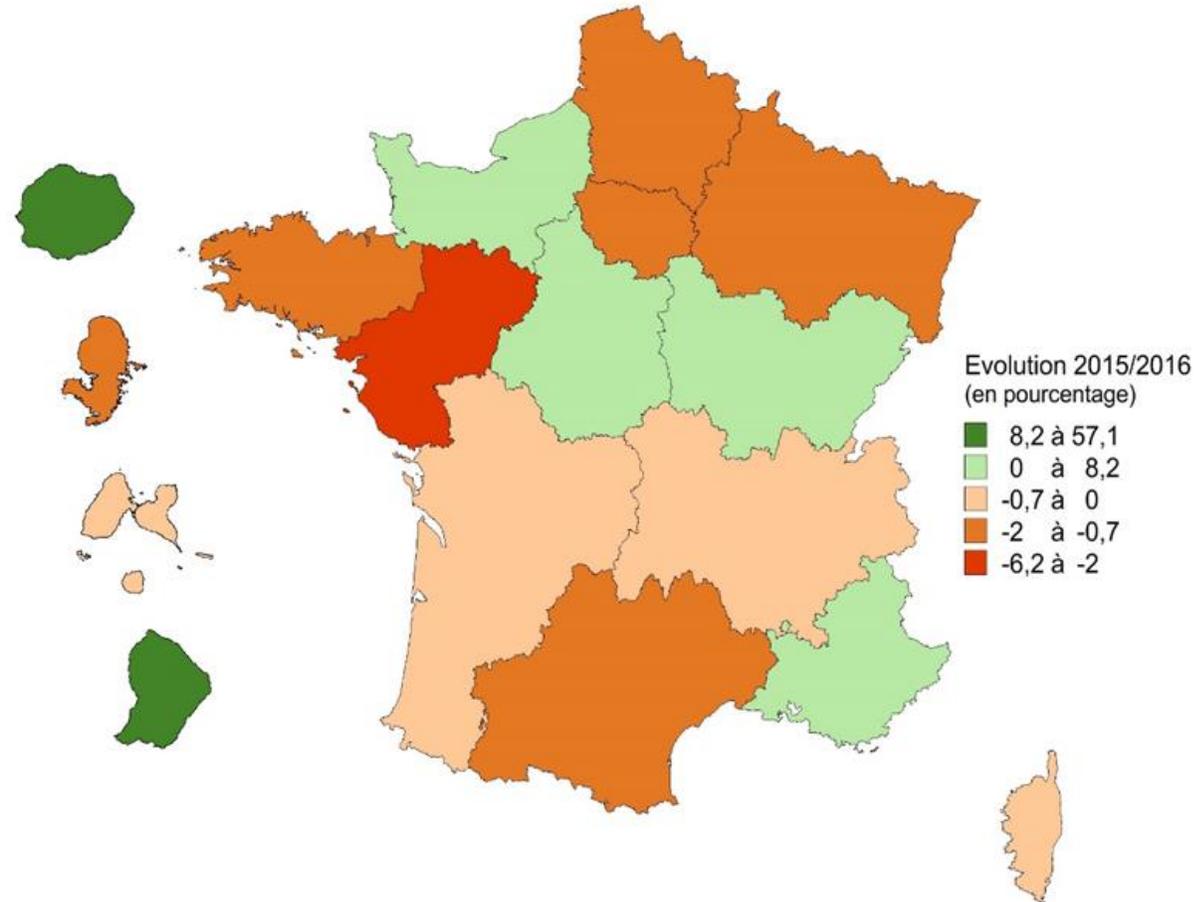


40% des journées de présence concernent
des adultes de **80 ans et plus**

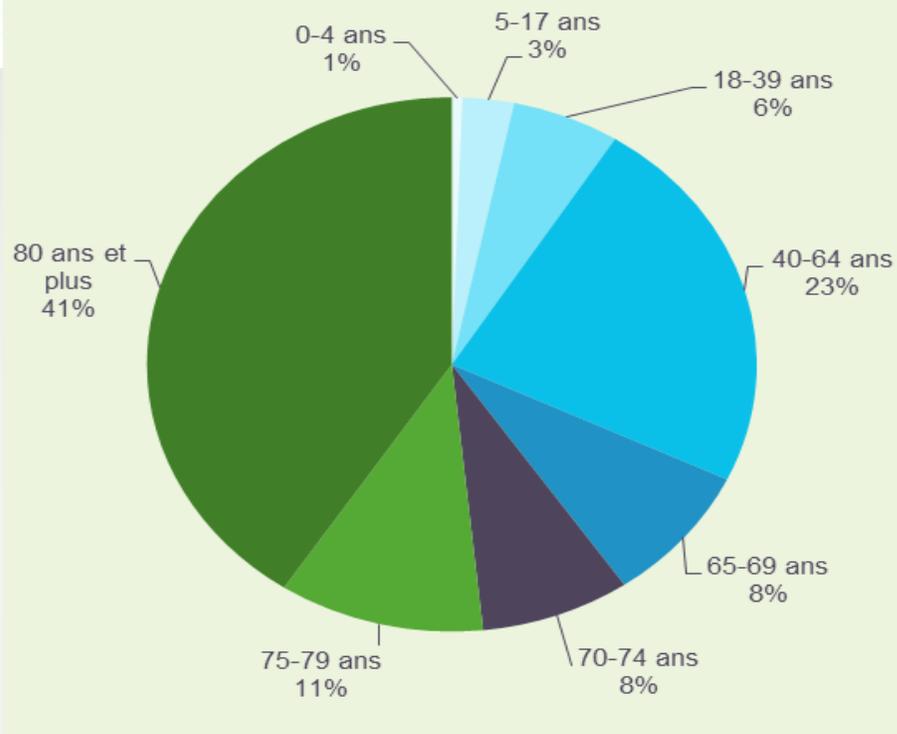
40% des journées de présence concernent
des **affections et traumatismes du
système ostéoarticulaire**

22% des journées de présence concernent
des **affections du système nerveux**

	2016				Evolution 2015/2016			Contribution à la croissance du nombre de journées 2015/2016
	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Nombre de journée de présence	Part en nombre de journée	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Nombre de journée de présence	
<i>Journées de présence en milliers</i>								
Auvergne-Rhône-Alpes	3 973,5	391,8	4 365,3	11,5%	-1,0%	+6,6%	-0,3%	10,5%
Bourgogne-Franche-Comté	1 523,4	153,6	1 677,0	4,4%	+0,7%	+6,9%	+1,3%	2,2%
Total France	34 075,9	3 906,9	37 982,8	100,0%	-1,2%	+5,8%	-0,6%	100,0%

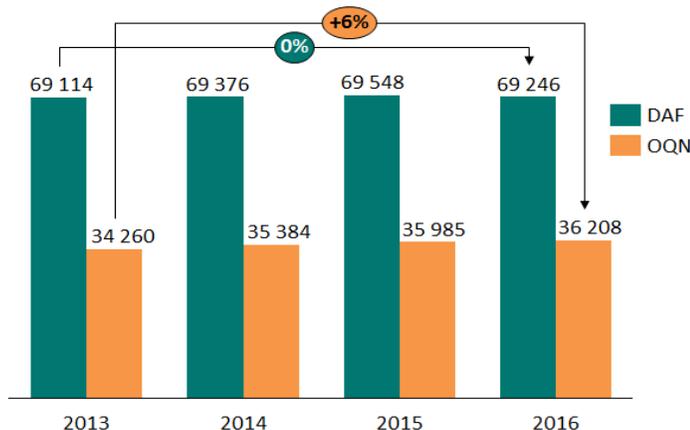


Activité SSR

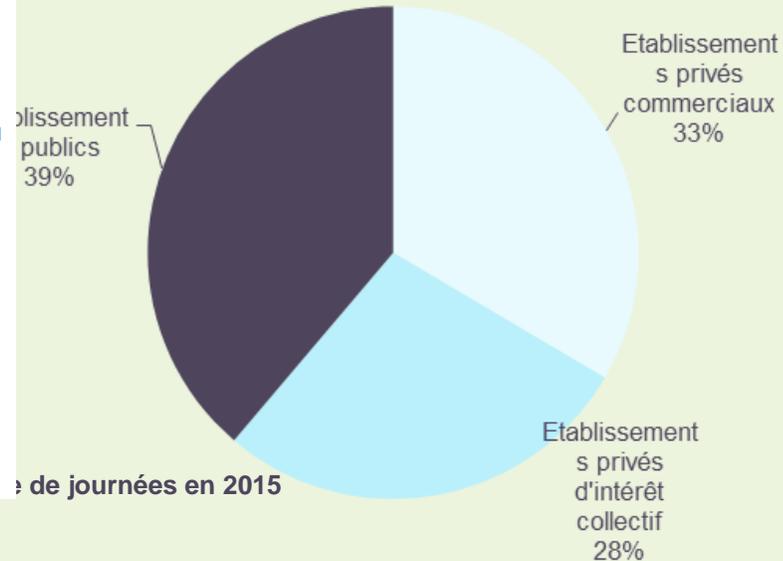


Taille moyenne : 65 lits
 Public: associé MCO
 Privé : SSR seul
 DMS : 32 jours – 28j

Evolution du nombre de lits (hospitalisation complète) entre 2013 et 2014 par secteur de financement

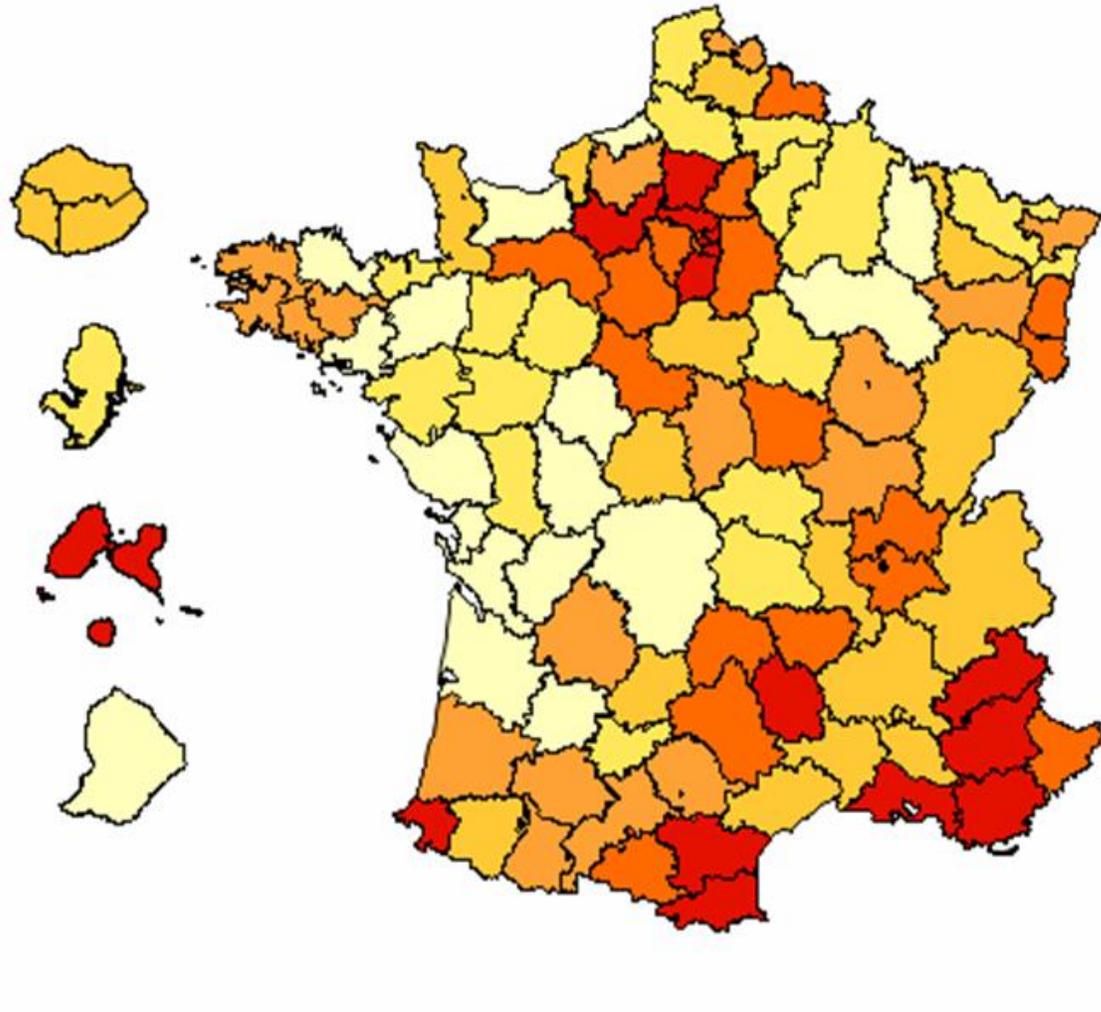


Source : SAE 2013 à 2016 (DREES, calculs DGOS/R5)
 Champ : France entière, hors Mayotte, hors Institution Nationale des Invalides

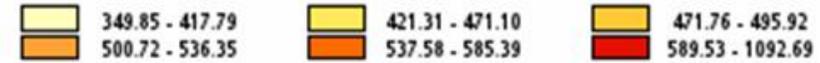


Classe d'âge	2015			Nombre de journée de présence	% Nb journées
	Nombre de patients, en milliers (hors séances)	% patients	Nombre moyen de journées de présence par patient		
0-4 ans	4,9	0%	43,5	0,2	0,6%
5-17 ans	29,7	3%	32,3	1,0	2,7%
18-39 ans	63,1	6%	33,9	2,2	5,7%
40-64 ans	242,0	24%	36,0	8,8	23,1%
65-69 ans	87,7	9%	35,7	3,2	8,3%
70-74 ans	82,6	8%	36,3	3,0	7,9%
75-79 ans	109,6	11%	37,9	4,2	10,9%
80 ans et plus	376,8	38%	40,5	15,6	40,7%
Total	996,2	100%	37,7	38,2	100,0%

Taux de recours SSR par Territoire de santé - nb journées 2016 / pop 2014 - Taux Standardisé #en nb de journées / 1000 hab.
Hospitalisation Partielle/Complète - HC : Hospitalisation complète
Catégorie Majeure (CM) : Toutes
Taux de recours national : 515,27



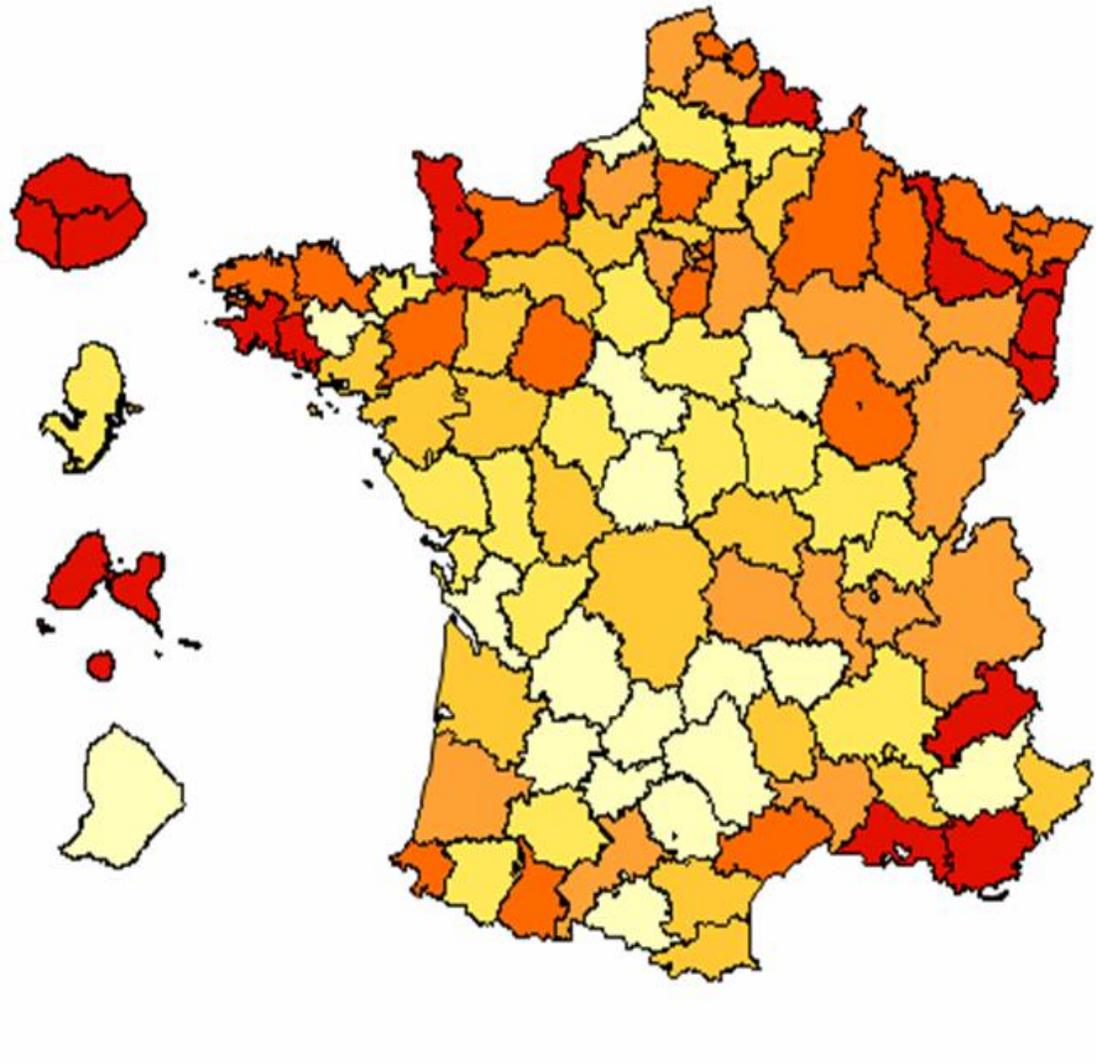
Taux de recours en nb journées /1000 hab.



23/06/2018

Type d'hospitalisation	2015		Evolution 2014/2015
	Nombre de journées de présence	Part en nombre de journées	Évolution journées de présence
Hospitalisation Complète	34,5 M	90 %	+2,4%
Hospitalisation à temps partiel	3,7 M	10 %	+8,4%
Total	38,2 M	100,0%	+3,0%

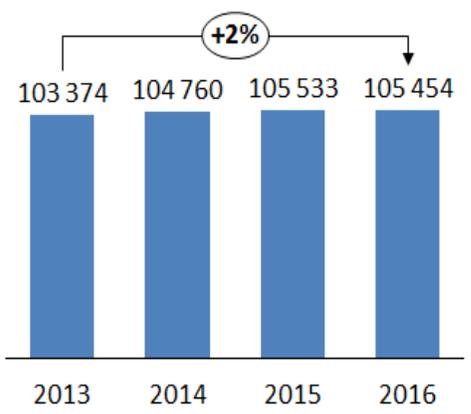
Taux de recours SSR par Territoire de santé - nb journées 2016 / pop 2014 - Taux Standardisé #en nb de journées / 1000 hab.
Hospitalisation Partielle/Complète - HP : Hospitalisation partielle (jour,nuit,séances)
Catégorie Majeure (CM) : Toutes
Taux de recours national : 59,16



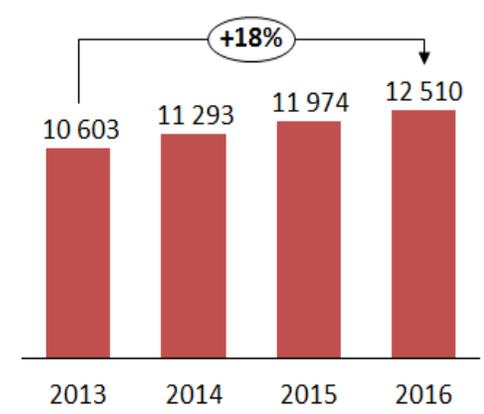
Taux de recours en nb journées /1000 hab.



Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète au 31/12 entre 2013 et 2016

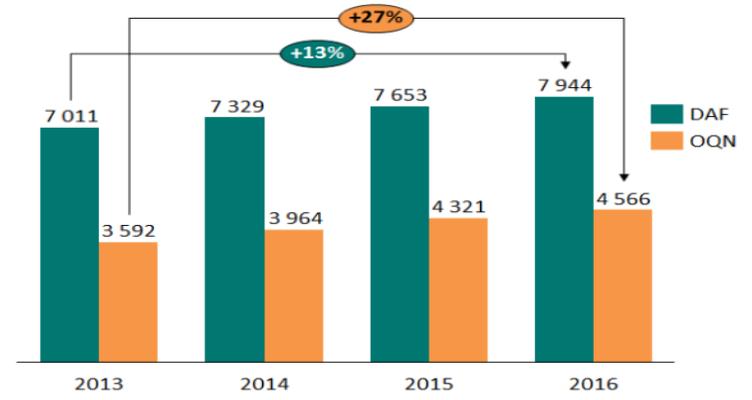


Evolution du nombre de places d'hospitalisation partielle au 31/12 entre 2013 et 2016



Evolution du nombre de places (hospitalisation partielle) entre 2013 et 2014 par secteur de financement

Source : SAE 2013 à 2016 (Champ : France entière, ho



Source : SAE 2013 à 2016 (DREES, calculs DGOS/R5)
 Champ : France entière, hors Mayotte, hors Institution Nationale des Invalides

Quelles prises en charge cancérologiques en SSR ?

- **Le besoin de SSR cancéro vu des équipes MCO (« filière traditionnelle » et pression sur la DMS en T2A)**
 - **Parfois des Bed blocker,**
 - **Souvent des patients lourds (hors DMS standard de MCO)**
 - **Les postopératoires de chirurgie (hors ambu ou RAAC)**
 - à suite délicate (complications)
 - ou terrain reportant le retour précoce à domicile (âge, pb social, comorbidité,)
 - avec perte d'autonomie
 - **La gestion des soins palliatifs et de la fin de vie**
 - **L'intercure de chimio pour certains patients**
 - **Des besoins d'aval sur les patients lourds**
 - greffes de moelle,
 - patients aux stades avancés avec altération importante de l'état général ou complications lourdes

Le patient de cancéro en SSR

- **La cancérologie vue des équipes SSR : les missions propres du SSR**
 - **Les suites de soins médicaux et les soins de suite du MCO**, certes...
 - Surveillance des aplasies (Transfusion ?), poursuite d'ATBT,
 - Pansements postchirurgicaux, Soins de stomies,
 - Délais de récupération pour retour à l'autonomie
 - **Quelle réadaptation ? Quelle valeur ajoutée du SSR / médecine et soins de support ?**
 - **Approche globale plus large** : Bilan d'autonomie et social, conciliation médicamenteuse, ...
 - **Gestion des délais plus adaptée**,
 - Renutrition
 - Soins de support, gestion de la fin de vie,
 - Pansements complexes
 - gestion des relations avec la famille
 - **Reprise d'autonomie**
 - Reprise d'activité physique,
 - petite ergothérapie d'adaptation des gestes de la vie quotidienne
 - Implication de la famille (aidants) et préparation des services à domicile (soins ou social)
 - **Les « plus » encore méconnus :**
 - **la préhabilitation**,
 - les programmes ambulatoires de groupe pour la réhabilitation sociale (prévention tertiaire)

- De quelles prises en charges parle-t-on ?
- 2 - De quel mode de financement parle-t-on ?**
 - *Actuel (DGF et Prix de journées),*
 - *DMA transitoire,*
 - *DMA cible (mouvante...)*
- Quelles sont les difficultés ?
- Quelles sont les perspectives et les alternatives ?
- Discussion et échanges

- **Retard français du SSR cancérologique :**
 - performance du MCO et focalisation sur le curatif
 - réseau des CRLCC,
 - pas de tradition historique en SSR : convalescence? MPR ?
- **Décrets SSR de 2008 :** mention « **oncohématologie** » individualisée in extremis sans vraie adéquation des financements, réservée aux pathologies **hématologiques** (pour l'adulte)
- mais reste dans l'ONDAM SSR dont les dotations et PJ baissent depuis 3 ans

Le financement actuel en SSR

- **Le financement historique et Actuel : pas vraiment adapté à la cancérologie**
 - **Dotation Globale** indifférente à l'activité (base historique) et rarement renouvelée pour les surcoûts nouveaux
 - **Prix de journée OQN** : très minimaliste, éventuellement partiel (médicaments)
 - **Rares cas de financement « fléchés » par l'ARS** (post greffe de moelle, soins palliatifs)
 - Avancée récente pour les **Molécules Onéreuses** (différences / MCO : FIR) 35M€
 - Contexte général de **l'ONDAM hospitalier** contraint

- Moduler les financements SSR selon la nature et le volume de l'activité
- Introduire plus d'équité dans le financement et mettre tous les établissements sur le même plan
- mais il n'est pas possible / souhaitable de faire une T2A complète (tarification à l'activité) en SSR car il y aurait trop de risques
- Assurer une dotation avec une certaine stabilité : la « D »
- Moduler la dotation en fonction de l'activité : « MA »
 - => Dotation Modulée à l'Activité

De quel modèle parlons-nous ? (DMA, PMSI SSR, tarifs ...)

Modèle : critères pris en comptes et modalités d'application

1. Modèle de FINANCEMENT (CIBLE / modèle transitoire)
2. Modèle de DESCRIPTION de l'ACTIVITE
3. Modèle de VALORISATION de l'ACTIVITE
4. Modèle de CALCUL des TARIFS

A rapprocher des textes officiels (support juridique) :

- **Loi de Financement** – code SS, code SP et **décret du 6 avril 2017**
 - arrêté Prestation (5 mai 2017),
 - Arrêté Tarifaire (5 mai 2017)
 - arrêté « modalités de versement » => notice financement SSR (ATIH)
- **Arrêté PMSI SSR** (23 dec 2016) et ses annexes au BO
 - *Manuel de groupage en GME, Guide méthodologique, CSARR,*
 - *Nomenclatures : CIM 10, AVQ, RHS*
- **Construction de la classification et Manuel de l'ENC**
- **Calcul des Tarifs Issus des Coûts (TIC)**

Quel modèle de DMA ?

- La première cible annoncée (2016)
 - 4 compartiments, Socle sur la base PMSI
- La DMA transitoire actuelle (2017-2020)
 - 10% et coefficients, IFAQ et ACE,
- La DMA Cible révisée (2021 ?)

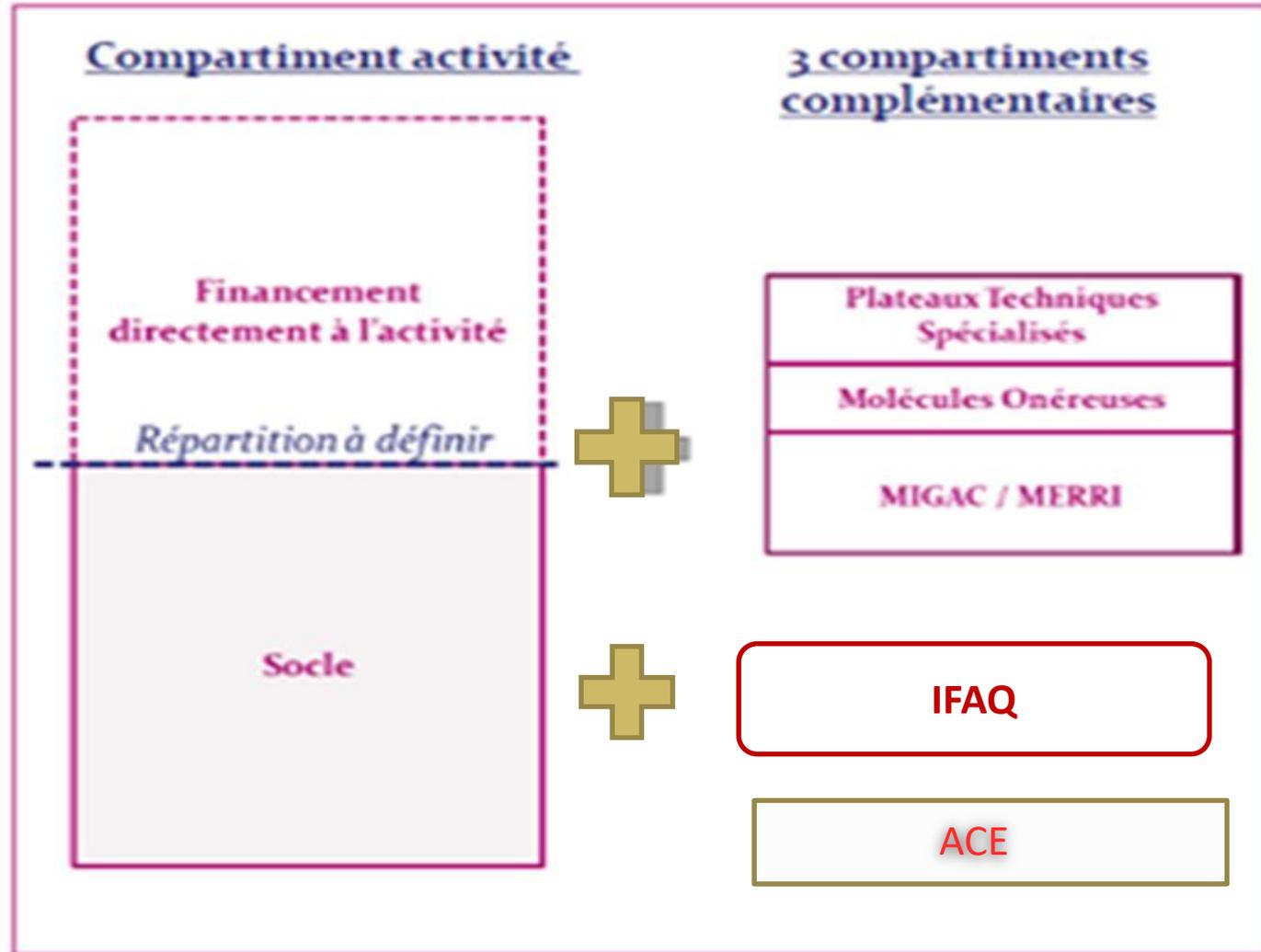
Principes de la DMA

- Le financement **selon l'activité** combine
 - une part de **dotation fondée sur l'activité antérieure**, (**socle**) permettant aux établissements de disposer d'un niveau de ressources stables et de développer des logiques pluriannuelles,
 - et une **part fondée sur l'activité de l'année en cours**, permettant de tenir compte des prises en charge réalisées par les établissements au cours de l'année.

La répartition entre « part socle » et « part variable » reste à définir.

- A cette dotation modulée à l'activité (DMA), s'ajoutent des **financements complémentaires** permettant le financement de missions d'intérêt général, de plateaux techniques spécialisés ainsi que des molécules onéreuses.

Les principes de la DMA cible



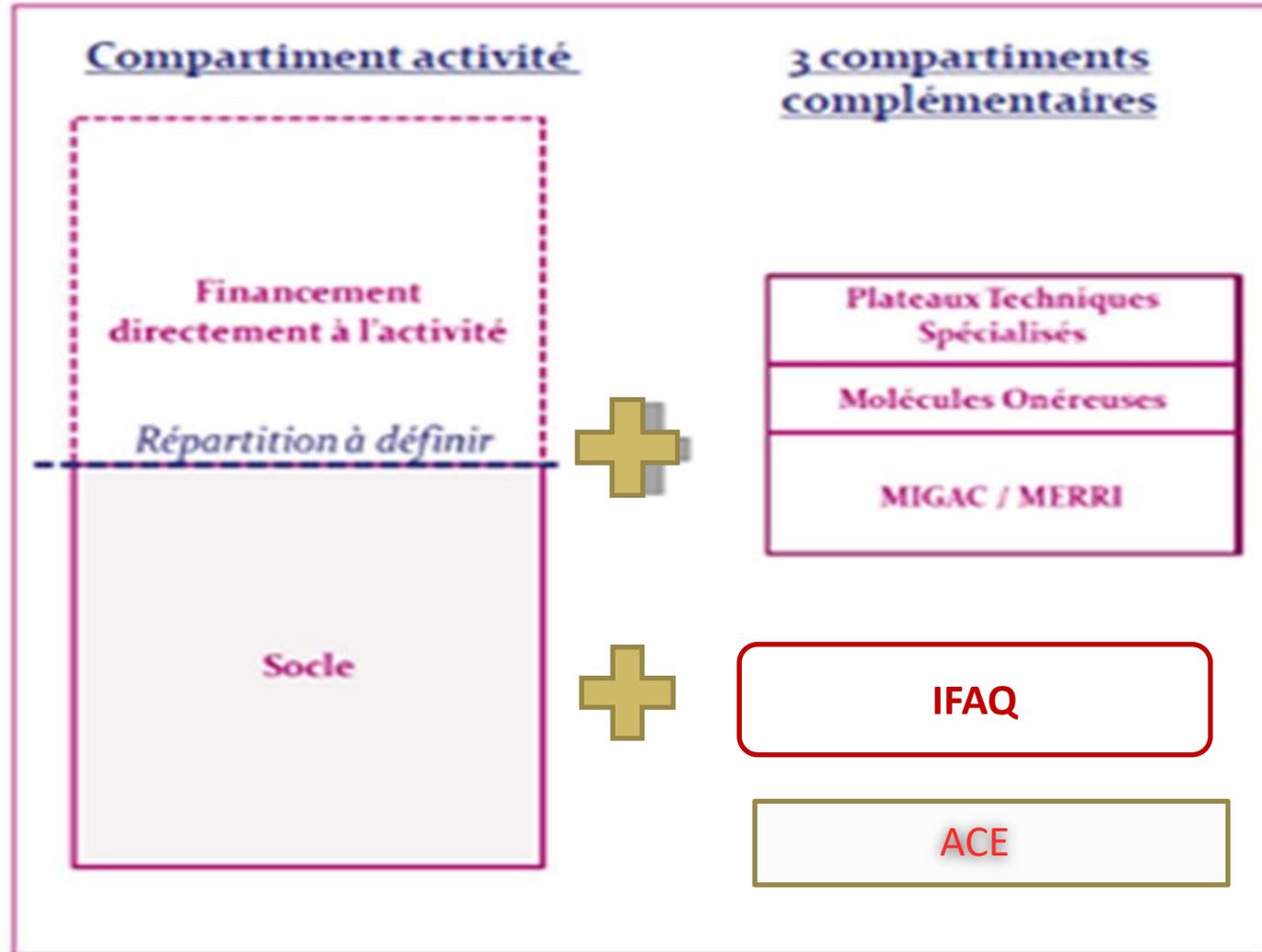
Principes de la DMA

- Le financement **selon l'activité** combine
 - une part de **dotation fondée sur l'activité antérieure**, (**socle**) permettant aux établissements de disposer d'un niveau de ressources stables et de développer des logiques pluriannuelles,
 - et une **part fondée sur l'activité de l'année en cours**, permettant de tenir compte des prises en charge réalisées par les établissements au cours de l'année.

La répartition entre « part socle » et « part variable » reste à définir.

- A cette dotation modulée à l'activité (DMA), s'ajoutent des **financements complémentaires** permettant le financement de missions d'intérêt général, de plateaux techniques spécialisés ainsi que des molécules onéreuses.

Les principes de la DMA cible



1- Plateaux techniques spécialisés



- FINANCEMENT FORFAITAIRE CONTRACTUALISÉ SUR LA BASE DE L'ACTIVITÉ DÉCRITE (base + volume, année précédente)
- **Liste des PTS concernés en 2017/2018**
 1. **Balnéothérapie**
 2. Plateau **d'isocinétisme**
 3. Laboratoire d'analyse du mouvement et de la marche
 4. Assistance robotisée à la rééducation des membres supérieurs
 5. Assistance robotisée à la rééducation des membres inférieurs
 6. Simulateur de conduite
- **Pour chaque plateau, un cahier des charges minimal devra définir**
 - Description des composants requis, Surface minimale, Volume minimal
 - Personnels dédiés à l'exploitation et la maintenance
 - Nb max de patients/jour, Possibilité d'activité « collective »
 - Codage CCAM/CSARR (codage extension documentaire /CSARR)
- Ajout **Ateliers d'appareillage** en 2017
- Les travaux sur les cahiers des charges sont engagés par la SOFMER/FEDMER, rien pour la cardio, le respiratoire, l'urodynamique...
- **Les plateaux INNOVANTS reconnus : possibilité de MERRI**
- **Les plateaux « de base » lié à l'autorisation : compris dans les tarifs**

2- Molécules Onéreuses

- Même principe qu'en MCO :
 - molécules très coûteuses, inscrites sur une liste,
 - sont remboursées après consommation
- Spécificité SSR :
 - Le coefficient prudentiel pour respect de l'enveloppe nationale
- Liste
 - Liste MCO + liste spécifique au SSR (>50€/J) *ex Toxine Botulique, Lioresal, ...*
- Déclaration via un fichier complémentaire au fichier des séjours PMSI (Fichcomp) avec patient, date, prix d'achat
- Respect des indications AMM (codage ++ et contrôles possibles)

3- MIG, MERRI, AC

- **Prévu : Mission d'Intérêt Général, Aide contractualisation**
 - **Scolarité (6-16ans)**
 - **Réinsertion professionnelle (programme COMETE)**
 - **MERRI pour les Internes** (MERRI : mission Enseignement Recherche Recours Innovation)
 - Equipes mobiles, coordination territoriale,
 - Activités de recours : UCC(déments) SRPR (post-rea) Cs post avc, cs mémoire,
 - Recherche : PREPS, PHRC, PRIMPS, ...
- **À venir :**
 - **MIG « sur-spécialisation »**
 - Le principe: financer par la MIG des prises en charges rares, spécifiques et coûteuses que ne savent pas restituer de manière pertinente la classification et l'ENC
 - *Quelles pathologies? Quels profils patients?*
 - *Quels actes marqueurs? (trachéo-ventilés, nutrition parentérale, ...?)*
 - *Établissement multispécialisés? ...*

4- IFAQ incitation financière à la qualité



- **Les principes :**
 - L'incitation financière est strictement **positive** : pas de pénalité financière pour les établissements, incitation pour les équipes mobilisées sur la qualité
 - Utilise des données disponibles : **indicateurs déjà recueillis**
 - L'éligibilité des établissements est basée sur les résultats de certification
 - Une prise en compte de « **l'excellence** » (niveau atteint) mais aussi de « **l'effort** » (évolution)
 - La rétribution d'un nombre restreint d'établissements (20%)
- **Les indicateurs retenus : à ce jour pas d'indicateur de spécialité en SSR**
 - **Les résultats de certification (V2010 ou V 2014)**
 - **Les indicateurs du thème IAS**
 - **Les indicateurs du thème Dossier Patient SSR : TDP, DEC, TRD, DTN**
 - **Hôpital numérique (pré-réquis et domaines)**
- **En fonction des résultats de l'établissements et de leur évolutions, 2 scores sont calculés**
 - Les établissements sont ensuite classés en fonction de leur score
 - Les 20% ayant le score le plus élevé bénéficient d'une rémunération
 - La rémunération est graduée par tiers parmi les établissements primés
 - Il s'agit d'un taux de rémunération appliqué à la valorisation n-1 de l'activité de l'établissement avec un plafond et un plancher

L'activité externe (ACE)

- Les actes et consultations externes (ACE) réalisés par les établissements ou unités SSR peuvent être déclarés dès à présent via les fichiers à transmettre à l'ATIH
- En DMA les ACE seront payés sur la base des tarifs de l'Assurance maladie (NGAP, CCAM)
- **En 2017**, la fraction DMA de 10% s'applique aux ACE : valorisation par l'ATIH de 10% de la part AMO des ACE
- Suivi dans tableaux ovalide SSR à partir de M5 2017
- **Pour 2018 : les ACE valorisés à 100%** (DGOS) mais via la DMA

Les « raffinements »



- **Les coefficients appliqués aux tarifs des GME**
 - Coefficient de spécialisation (RR)
 - Coefficient prudentiel
 - Coefficient de transition
 - Coefficient géographique
 - Fraction Socle / Fraction Activité
 - part Assurance Maladie / part patient et mutuelle (selon TJP pour DGF, % GHT pour OQN)
 - Coefficient minoration honoraire (si OQN PJ partiel)
 - Coefficient de minoration selon avantages fiscaux (CITS, CICE)
 - Principe pour les hôpitaux de proximité (cf MCO : base DGF + prime DMA si valorisation activité >DGF)

La Régulation prix-volume

- Importance du respect de l'ONDAM y compris des prévisions de croissance d'activité
- Si prévision de volume année N dépassée, réajustement des volumes et des prévisions pour l'année suivante
 - L'augmentation excessive des volumes fait baisser les tarifs
- Si le compartiment des molécules onéreuses croît plus que prévu, prudentiel non rendu et le financement en année N+1 comporte un prélèvement de la masse financière sur l'enveloppe « activité » donc les tarifs.
- Si des mesures d'économies sont prévues dans le PLFSS, alors les enveloppes correspondantes sont prélevées sur l'enveloppe pour calculer les tarifs

Zoom sur les Molécules onéreuses

- Les MO en MCO :
 - Critères inscription/radiation, Gestion de la liste,
 - croissance problématique /ONDAM
- les MO en SSR
 - Liste versée du MCO
 - Liste propre SSR
 - Critères inscription 2016
 - DCE : Juin 2017 : critères
 - En modèle cible : remboursement « automatique » mais avec régulation « prix-volume » :
 - coefficient de minoration si dépassement
- Impact Périmètre MO / SSR 2016

Critères d'inscription / radiation des M.O. en MCO

Inscription à la liste en sus : art. L162-23-6 CSS et décret 2016-349 du 24 mars 2016

- l'administration est majoritairement au cours d'une hospitalisation
- **service médical rendu** (Commission de la transparence de la HAS) = *1,2 majeur, important*
- **amélioration du service médical rendu (CT) = niveau 1, 2 ou 3**
- un rapport supérieur à 30% entre le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique et les tarifs des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée
- A l'heure actuelle, une seule liste en sus : MCO/HAD.
- Les nouvelles inscriptions et radiations sont **gérées par indication**.

Niveau d'ASMR	Analyse du comparateur		
	Le comparateur est financé en sus	Le comparateur est financé via les GHS	Absence de comparateur
ASMR I, II et III	Inscription		
ASMR IV	Inscription	Non inscription	Inscription si intérêt de Santé Publique
ASMR V	Inscription	Non inscription	Non inscription

Molécules Onéreuses du SSR

- Les molécules onéreuses SSR ont 2 sources:

1- Une molécule [inscrite à la liste MCO](#) sera automatiquement inscrite à la liste SSR, au titre de la continuité des prises en charge

2- Les molécules dites « MO SSR » restent complètement indépendantes de la liste des molécules issues de la liste MCO (art. L162-23-6 CSS). **Elles sont propres au SSR**. Il faut donc y trouver des [critères d'inscription et de radiation propres](#). (DÉCRET EN CONSEIL D'ÉTAT à venir)

- ✓ Application du critère de coût journalier de traitement $\geq 30\%$: conso = 45€/J tte durée séjour
- ✓ Application du critère de concentration : RGME concernées > 10
- ✓ Application du critère de diffusion : entre 30 et 100 établissements concernés
- ✓ Inscription de nouveaux antiviraux d'action directe contre VHC, chimiothérapie per os du cancer, certains antipsychotiques injectables et des médicaments biologiques injectables

Construction de la classification SSR

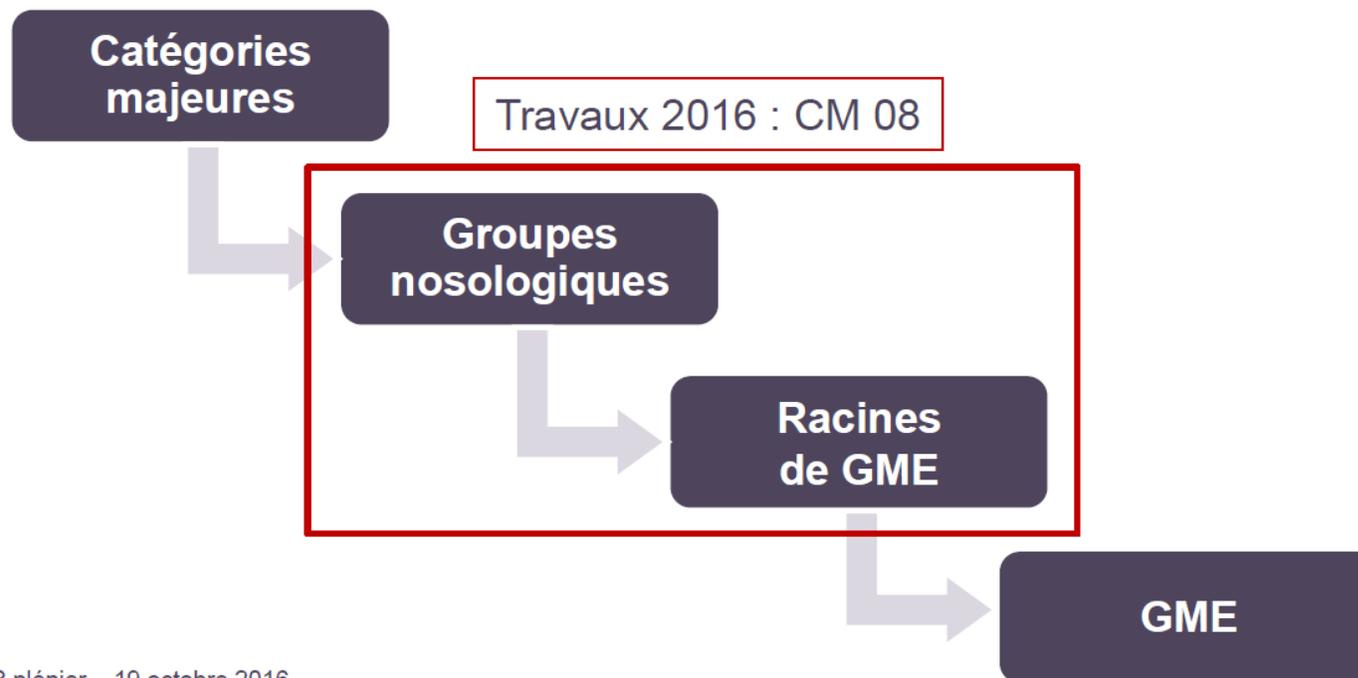


- **Sources :**
 - travaux d'élaboration => rapport ATIH sur la construction de la classification en GME
 - Fonctionnement : Manuel de la classification en GME (3vol.)
- **Ce qu'il faut expliquer = la durée de séjour +/- coût total**
- **Elaboration de toutes les classifications de patients à usage économique :** recherche d'une cohérence médicale et d'une « proximité » de consommation
- **Première étape : approche médicale**
 - Analyse de la morbidité => construction des Catégories majeures (par appareil) et dans les CM des Groupes Nosologiques
 - Listes de codes CIM10, algorithme FPP, MMP, AE

Classification : schéma général et travaux en cours

Objectif : créer des groupes qui soient

- Homogènes économiquement
→ discriminer des établissements avec recrutements différents
- Lisibles / compréhensibles médicalement
- En nombre « raisonnable »



Catégories Majeures (CM)

Correspondent le plus souvent à un appareil ou à une discipline

15
Catégories
Majeures

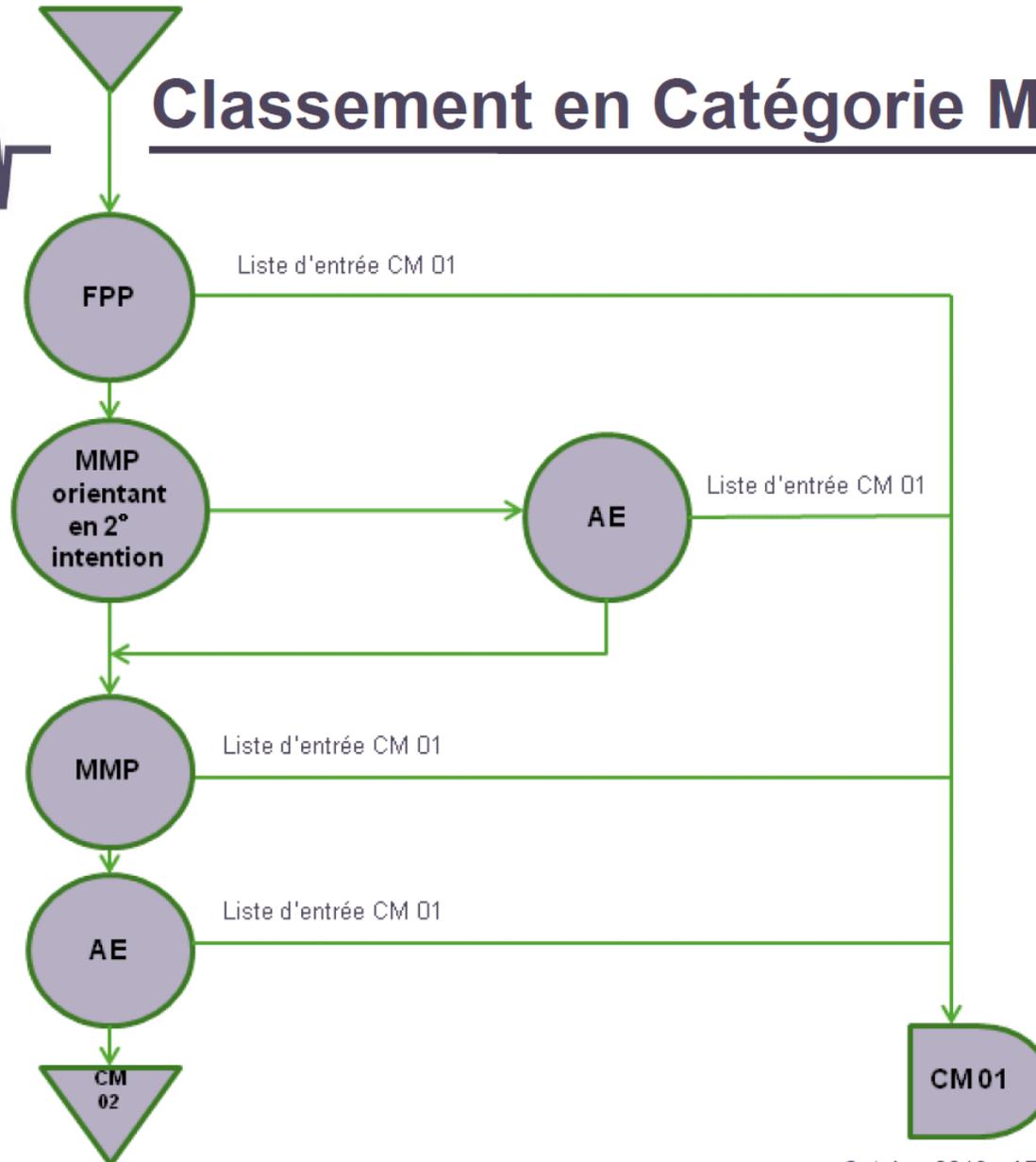
- 01 - Affections du système nerveux
- 02 - Affections de l'œil
- 03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- 04 - Affections de l'appareil respiratoire
- 05 - Affections de l'appareil circulatoire
- 06 - Affections des organes digestifs
- 08 - Affections et traumatismes 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

Algorithme de groupage en CM



AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Classement en Catégorie Majeure



Les GN de la CM 01

0103	Etats végétatifs chroniques – Etats pauci-relationnels
0106	Tumeurs malignes du système nerveux
0109	Lésions cérébrales traumatiques
0146	Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie
0147	Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégie
0148	Accidents vasculaires cérébraux autres
0118	Paralysies cérébrales
0115	Certaines affections cérébrales
0121	Polyneuropathies
0124	Affections des nerfs (à l'exclusion des polyneuropathies)
0127	Maladies d'Alzheimer et démences apparentées
0130	Autres affections neuro-dégénératives (sf Alzheimer et démences apparentées)
0134	Lésions médullaires traumatiques avec tétraplégie
0135	Affections médullaires non traumatiques avec tétraplégie
0137	Lésions médullaires traumatiques avec paraplégie
0138	Affections médullaires non traumatiques avec paraplégie
0139	Autres affections médullaires
0145	Autres affections du système nerveux

Les Groupes Nosologiques ex App Respiratoire

Exemple : Groupes Nosologiques de la CM 04 :

- 0403 Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire
- 0406 Insuffisances respiratoires chroniques
- 0409 Asthmes
- 0412 Tuberculoses pulmonaires
- 0415 Infections broncho-pulmonaires (non tuberculeuses)
- 0418 Embolies pulmonaires
- 0424 Autres affections de l'appareil respiratoire

- **Seconde partie : économique et statistique**
 - **Choix d'une variable à expliquer** : en SSR la durée de séjour (Base nationale), +/- coûts total du séjour (données limitées)
 - **Recherche des critères pour expliquer la durée de séjour** variables « explicatives ») à intégrer dans l'algorithme de groupage parmi les informations du recueil
 - Variables descriptives du patients
 - **Âge, diagnostics, dépendance**
 - Variables descriptives de la prise en charge
 - **Actes RR du CSARR, de la CCAM, unité médicale**
 - Analyse statistique pour optimiser l'explication des variations observées

Classement en racines de groupes médicoéconomiques

GN	RGME	Age	Dép. Phy.	RR	Dép. Cog.	Chir.
Etats végétatifs chroniques – Etats paucirelationnels	0103A					
Tumeurs malignes du système nerveux	0106A				2	
	0106B				[3,8]	
Lésions cérébrales traumatiques	0109A	[0,17]				
	0109B	[18,74]	[4,8]	[0,90]		
	0109C			91 et +		
	0109D		[9,12]			
	0109E		[13,16]	[0,60]		
	0109F			61 et +		
	0109G	75 et +	[4,12]			
	0109H		[13,16]			

Le calcul des tarifs

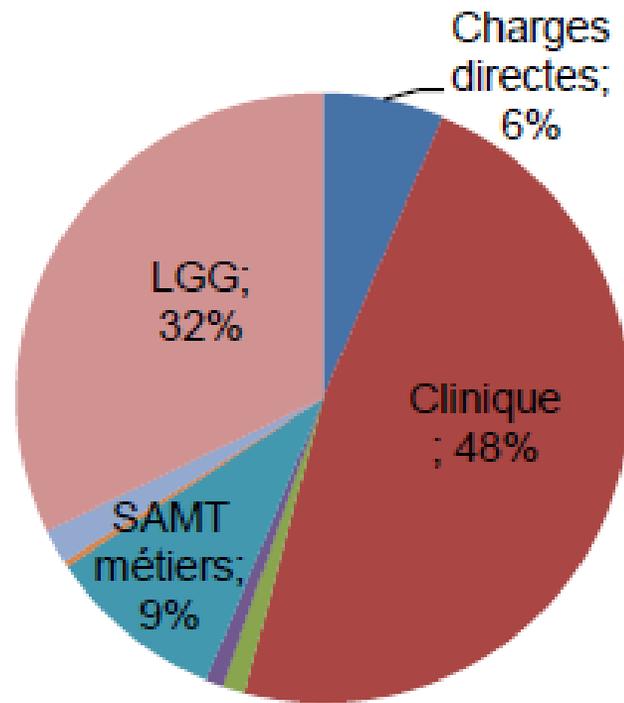
- Une ENC Etude Nationale de Coûts
- Un traitement statistique pour établir une échelle de coûts par GME
- La campagne budgétaire
 - pour faire le lien avec la capacité à payer et les autres sujets
 - Molécules
 - MIG AC
 - Plateaux Techniques
 - L'Incitation Financière à la Qualité
 - Pour faire le lien entre activité nationale, échelle de tarif et capacité à payer (ONDAM)

Exemple de tarifs 2017

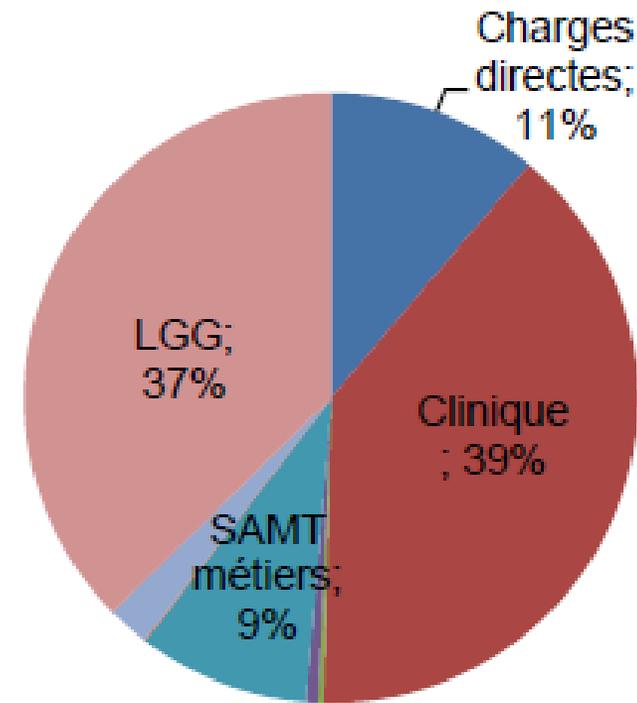


GMT	GME	niv	LIBELLE	Début de zone forfaitaire (DZF)	Fin de zone Forfaitaire (FZF)	durée forfait	Tarif zone basse (TZB) PUBLIC	Suppl zone basse (SZB)	Tarif zone Forfait (TZF) PUBLIC	Supp Zone Faute (SZH)
0015	0109C0	0	Lésions cérébrales traumatiques, âge [18,74], score phy <= 8, score rr >= 91 – 0jour			0			267,85	
0016	0109C1	1	[18,74], score phy <= 8, score rr >= 91 - niveau 1	1	21	20			2 780,78	252,8
0017	0109C2	2	[18,74], score phy <= 8, score rr >= 91 - niveau 2	1	21	20			3 017,35	274,3
0018	0109D0	0	[18,74], score phy [9,12] - zéro jour			0			280,24	
0019	0109D1	1	[18,74], score phy [9,12] - niveau 1	36	42	6	345,56	345,56	12 440,27	318,98
0020	0109D2	2	[18,74], score phy [9,12] - niveau 2	50	56	6	361,56	361,56	18 078,18	341,1
0021	0109E0	0	[18,74], score phy >= 13, score rr <= 60 - zéro jour			0			270,24	
0022	0109E1	1	[18,74], score phy >= 13, score rr <= 60 - niveau 1	64	70	6	285,58	285,58	18 277,31	272,8
0023	0109E2	2	[18,74], score phy >= 13, score rr <= 60 - niveau 2	127	133	6	326,12	326,12	41 416,96	318,59
0024	0109F1	1	[18,74], score phy >= 13, score rr >= 61 - niveau 1	57	63	6	366,39	366,39	20 884,41	348,07
0025	0109F2	2	[18,74], score phy >= 13, score rr >= 61 - niveau 2	92	98	6	392,05	392,05	36 068,87	379,67
0026	0109G1	1	>= 75, score phy <= 12 - niveau 1	15	35	20	339,58	339,58	5 093,73	203,75
0027	0109G2	2	>= 75, score phy <= 12 - niveau 2	36	42	6	2 966,83	151,92	8 284,08	212,41

Hospitalisation complète



DAF



OQN

Dépenses RR

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 plateau x MT (med)	Dépenses RR			Logistique médicale	Logistique 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	454,3
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

23/06/14

Suggestion

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



Plan



- De quelles prises en charges parle-t-on ?
- De quel mode de financement parle-t-on ?
 - Actuel (DGF et Prix de journées),
 - DMA transitoire,
 - DMA cible (mouvante...)
- **Quelles sont les difficultés ?**
- Quelles sont les perspectives et les alternatives ?
- Discussion et échanges

Difficultés : les attentes du MCO

- **Pression épidémiologique :**
 - augmentation des cas incidents, durée de vie avec le cancer (incidence), Augmentation de l'âge des patients => oncogériatrie en plein essort,
- **Évolution des traitements**
 - Ambulatoire, RAAC, Tolérance, nombre de lignes de traitement, Biothérapies, Chimio per os, Coûts des chimiothérapies
- **Impact de la T2A (et effet des autorisations) :**
 - La concentration des équipes autorisées sans augmentation des capacités en proportion : intensification des soins
 - **La pression sur la durée de séjour en MCO est forte**

⇒ ***Fort besoin de solutions d'aval (soins de suite) en HAD et SSR notamment***

⇒ ***Patients adressés en SSR : les plus lourds et plus complexes***

⇒ ***Coûts des soins et des traitements***

Le contexte en SSR



- Pas de filière historique spécifique constituée pour la cancérologie
 - La demande augmentation plus vite que les lits et l'ambulatoire SSR
- => **Forte concurrence des demandeurs/ adressage**
- Planification et autorisations spécialisées peu favorable à la cancérologie
 - Baisse des dotations et des prix de journées
 - Plateforme / Via Trajectoire favorise **la sélection des patients**

Le contexte SSR



- Transfusions, Dispositifs médicaux (stomies, VAC, ...), Croissance du coûts des traitements médicamenteux (chimio per os, biothérapies, adjuvants) => **surcoûts pas intégrés dans les moyens du SSR** (à **supporter avec des moyens raboutés chaque année**)
- Aspects de Réhabilitation des patients de cancérologie pas toujours évidents (moins attractifs que d'autres types de patients ex. AVC)
- Réorganisation éventuelle de l'offre (GHT...) : contrainte des moyens constants
 - Nécessité de moyens de persuasion – où est le « gagnant-gagnant » ?

Plan

- De quelles prises en charges parle-t-on ?
- De quel mode de financement parle-t-on ?
 - Actuel (DGF et Prix de journées),
 - DMA transitoire,
 - DMA cible (mouvante...)
- Quelles sont les difficultés ?
- ***Quelles sont les perspectives et les alternatives ?***
- Discussion et échanges

Perspectives et alternatives

- **Virage ambulatoire et restriction sur la pertinence** (*locomoteur PRADO MSAP*)
- **Structuration des GHT :**
 - travail des filières avec pouvoir de négociation entre publics MCO-SSR ou pression sur SSR privés,
 - formalisation des filières nécessaires / besoins médicaux (*avant =informelles*)
- **Listes en sus** limite le risque lié au coût des traitements
 - mais incomplète (pb dès que traitements > 500€ /séjour ou >50€/J)
 - Encadrement LES en SSR > MCO (ONDAM MO SSR, coef prudentiel, ...)
- Evolutions du **modèle de financement DGF => part de DMA** (socle, classification SSR)
- **Changement d'approche et de paradigme :**
 - **Article 51 (LFSS 2018) et Art 29** (LFSS 2019) => expérimentations de nouvelles solutions de financement pour optimiser les parcours de prises en charges
 - Couplage SSR en HAD (réadaptation) , SSR (réadaptation) en EHPAD ?
 - Nouveaux programmes performants

Les perspectives dans les prise en charges

- 1) **La pré-habilitation** (cf PRHC *PréADAPT* Pr Claire FALANDRY)
 - **Cas les plus lourds** (fort risque de complications/ mortalité) Programme de **réhabilitation préopératoire complet** : renutrition, activité physique, soutien psychologique, éducation thérapeutique, personnalisation des soins
 - Personnalisation et souples (HC / Ambu/ domicile)⇒ diminution très significative des complications (mortalité, réa, perte d'autonomie)
- 2) nouvelles prises en charges intégrant plus de **prévention et d'éducation thérapeutique**
- 3) programmes de **réhabilitation sociale** en ambulatoire
 - après le traitement, en Groupes, en ambulatoire
 - kiné, psychologues, APA, diététiciennes, patients experts
 - Activité physique –image du corps – image de soi
 - Dynamique de groupe – soutien psychologique – lien avec les associations
- 4) souplesse pour proposer des solutions nouvelles (art5/ art 29) mais limite du financement

Plan



- De quelles prises en charges parle-t-on ?
- De quel mode de financement parle-t-on ?
 - Actuel (DGF et Prix de journées),
 - DMA transitoire,
 - DMA cible (mouvante...)
- Quelles sont les difficultés ?
- Quelles sont les perspectives et les alternatives ?

- ***Discussion et échanges***

Discussion et échanges

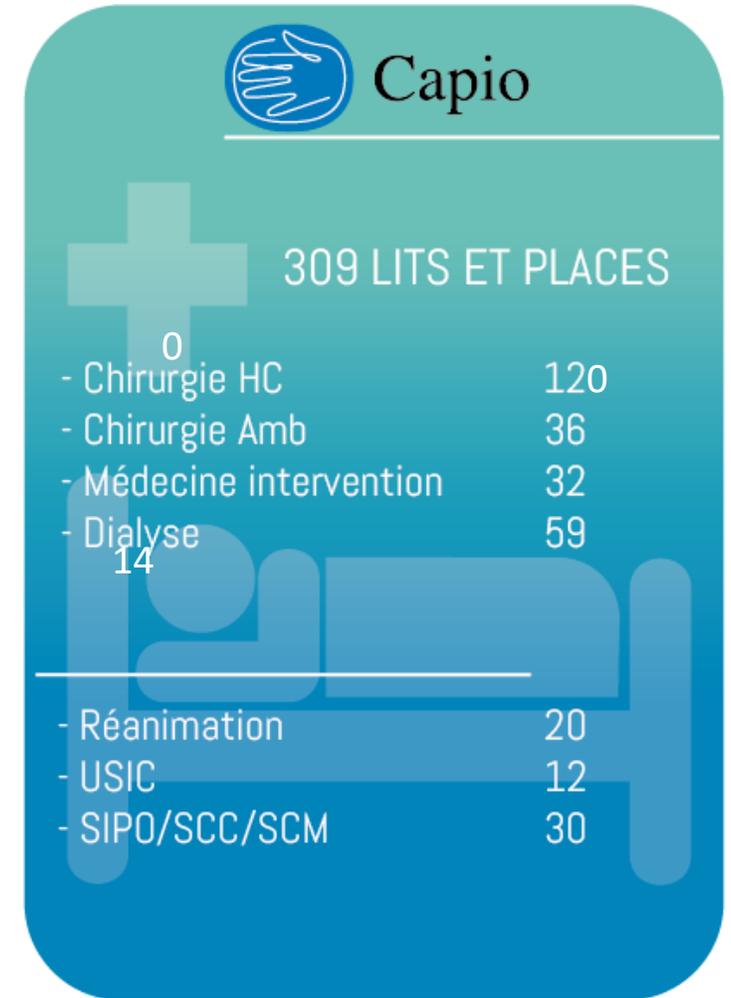
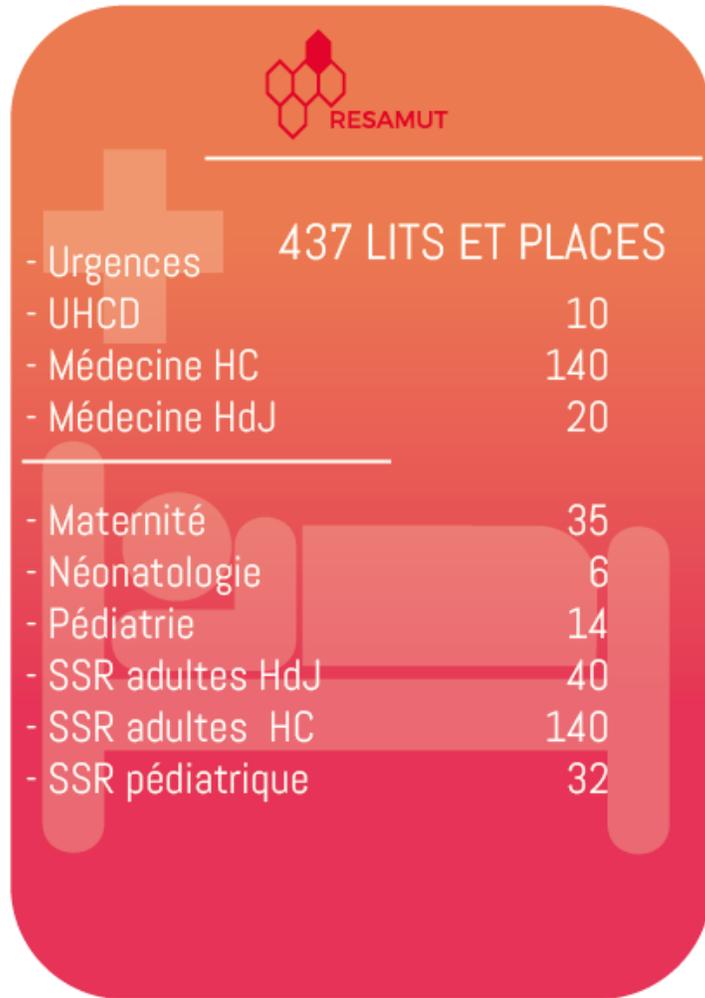
médipôle

LYON-VILLEURBANNE



Les capacités d'accueil du Médipôle

746 lits et places



LES CHIFFRES-CLÉS



Un bâtiment de 14 000 m²
au sol soit
60 000 m² au total

----- 5 ha de terrain



28 blocs
opératoires



740 lits
et places

3 maisons
médicales

1 500 collaborateurs
250 praticiens
50 spécialités médicales



40 000
urgences/an



40 000
séances de
dialyse/an



250 000
consultations/an

50 000 séjours d'ambulatoire/an
28 500 séjours d'hospitalisation complète/an
51 000 journées d'hospitalisation en SSR



2 800
naissances attendues

L'architecture intérieure

