

# 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

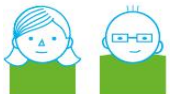
*dont 91% de journées  
en hospitalisation complète*

*-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**

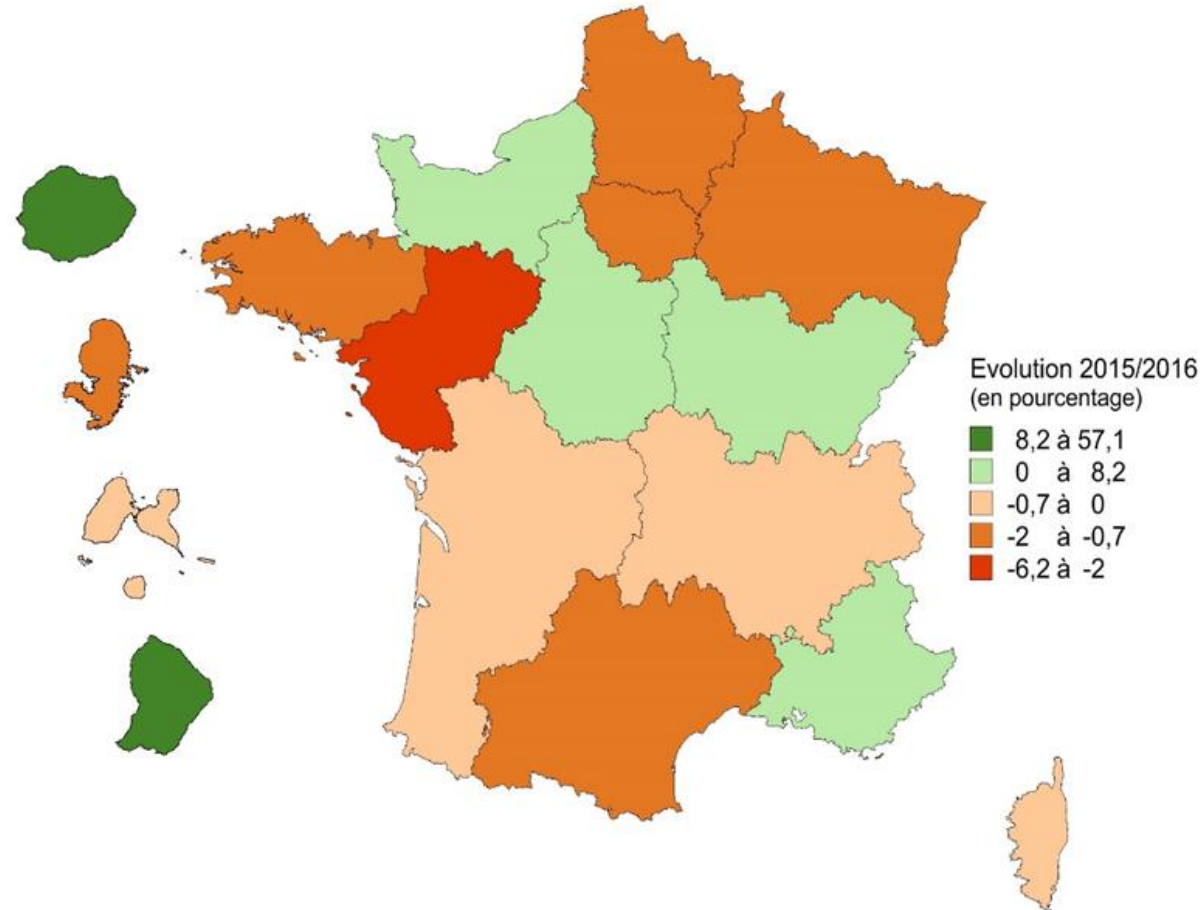


**40%** des journées de présence concernent  
des adultes de **80 ans et plus**

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

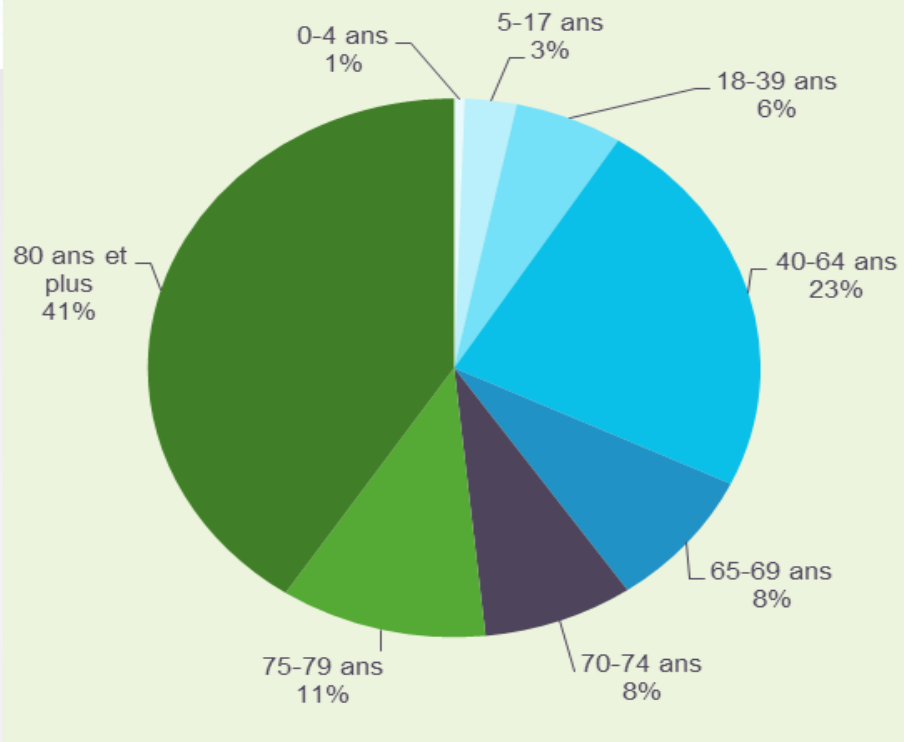
**22%** des journées de présence concernent  
des **affections du système nerveux**

| <i>Journées de présence en milliers</i> | 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 |  |
| 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%   |
| <b>Total France</b>                     | <b>34 075,9</b>  | <b>3 906,9</b>  | <b>37 982,8</b>               | <b>100,0%</b>             | <b>-1,2%</b>   | <b>+5,8%</b>  | <b>-0,6%</b>                  | <b>100,0%</b>  |



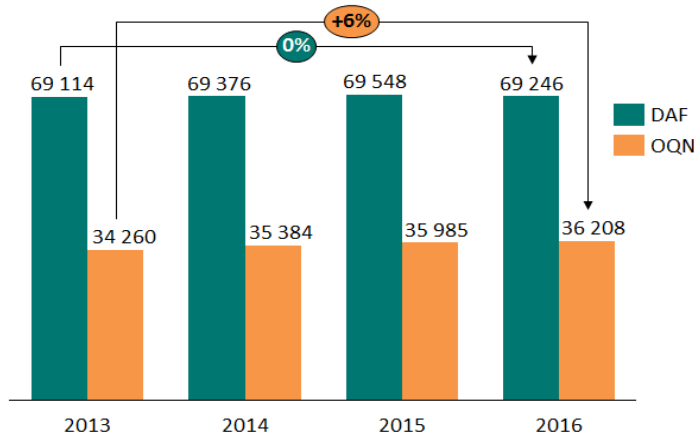


# Activité SSR

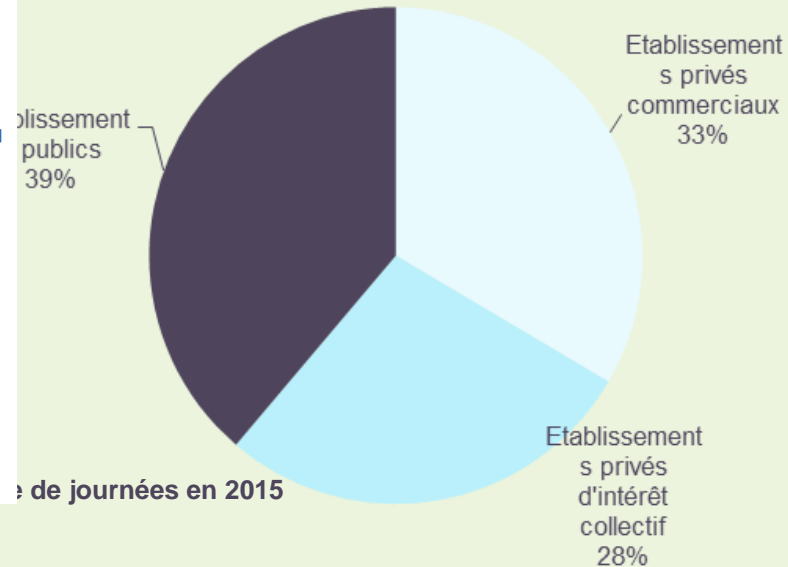


Taille moyenne : 65 lits  
 Public: associé MCO  
 Privé : SSR seul  
 DMS : 32 jours – 28j

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

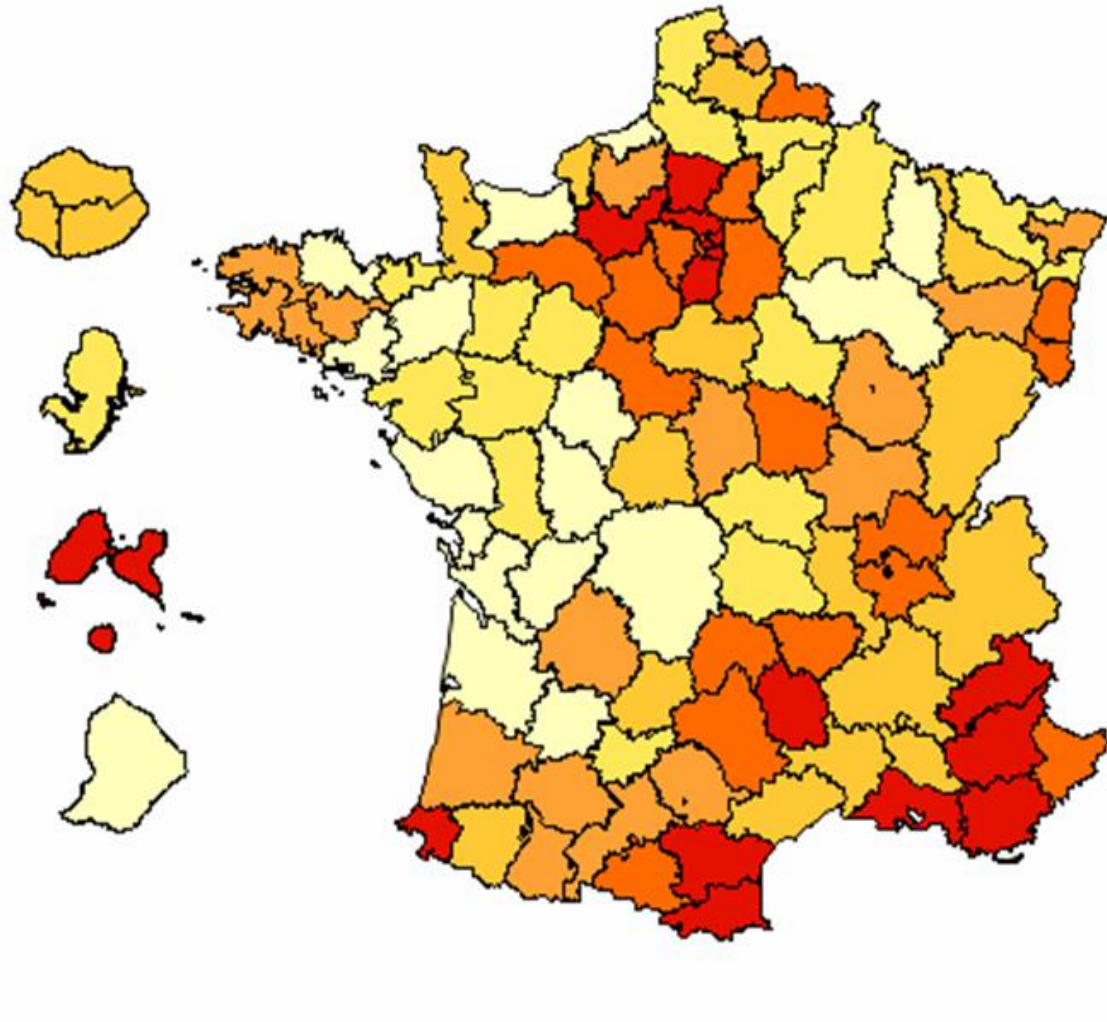


Source : SAE 2013 à 2016 (DREES, calculs DGOS/R5)  
 Champ : France entière, hors Mayotte, hors Institution Nationale des Invalides

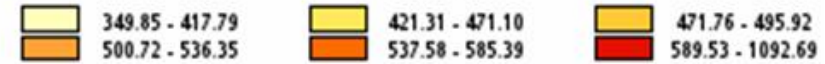


| Classe d'âge   | 2015   |             |  | Nombre de journée de présence | % Nb journées |
|----------------|--|-------------|--|-------------------------------|---------------|
|                | Nombre de patients, en milliers (hors séances) | % patients  | Nombre moyen de journées de présence par 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%         |
| <b>Total</b>   | <b>996,2</b>                                   | <b>100%</b> | <b>37,7</b>                                      | <b>38,2</b>                   | <b>100,0%</b> |

**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**



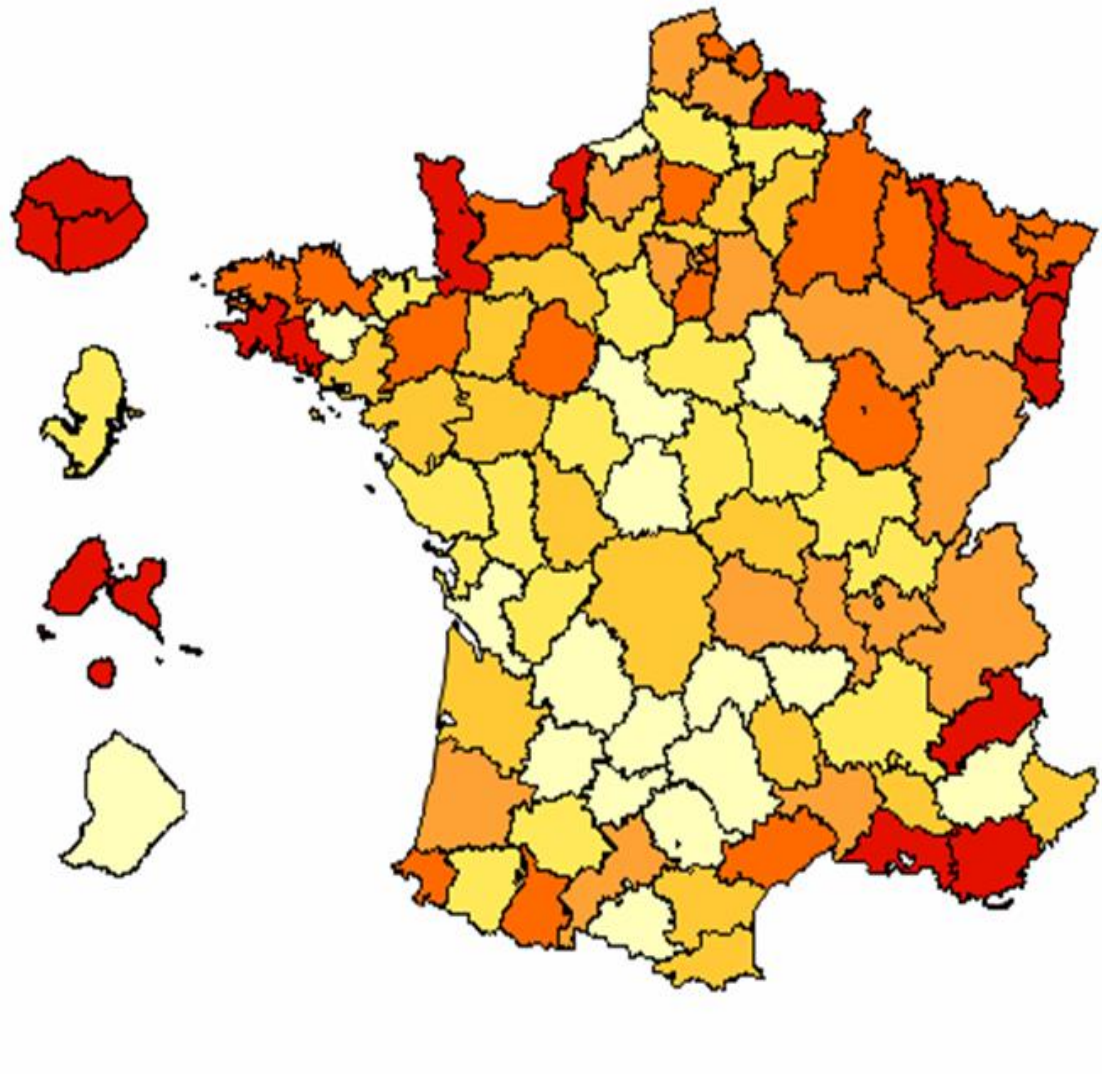
Taux de recours en nb journées /1000 hab.



23/06/2018

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

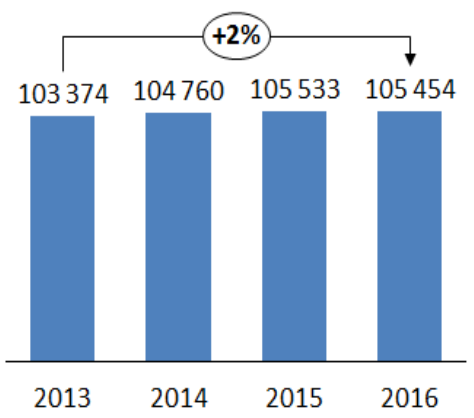
**Taux de recours SSR par Territoire de santé - nb journées 2016 / pop 2014 - Taux Standardisé #en nb de journées / 1000 hab.**  
**Hospitalisation Partielle/Complète - HP : Hospitalisation partielle (jour,nuit,séances)**  
**Catégorie Majeure (CM) : Toutes**  
**Taux de recours national : 59,16**



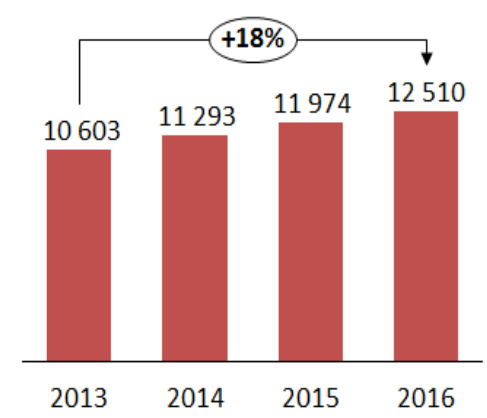
Taux de recours en nb journées /1000 hab.



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

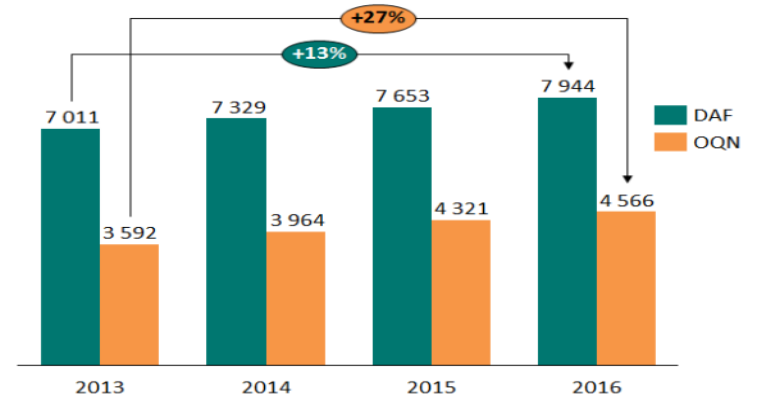


Evolution du nombre de places d'hospitalisation partielle au 31/12 entre 2013 et 2016



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 officiel (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 ?)

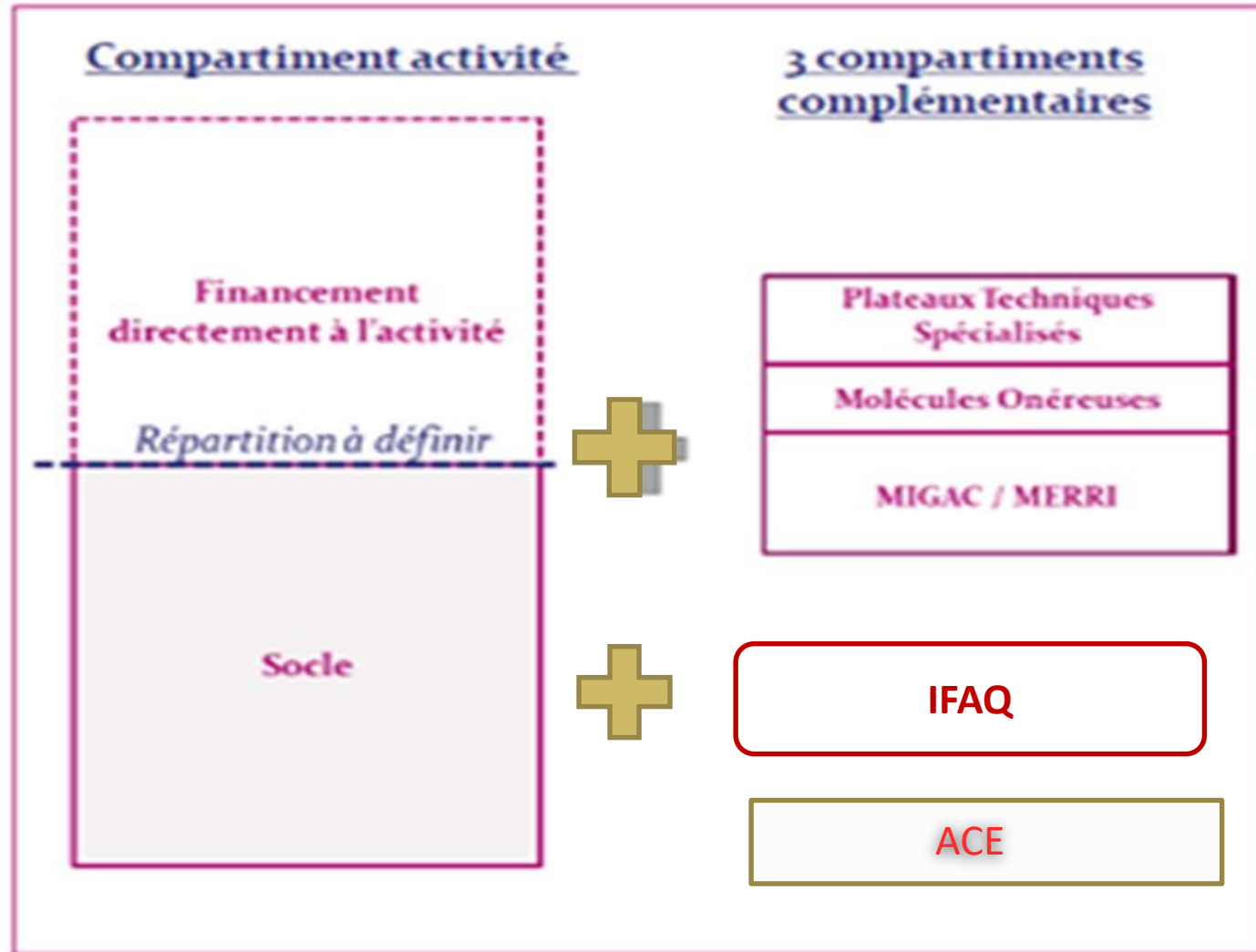
# Principes de la DMA

- 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



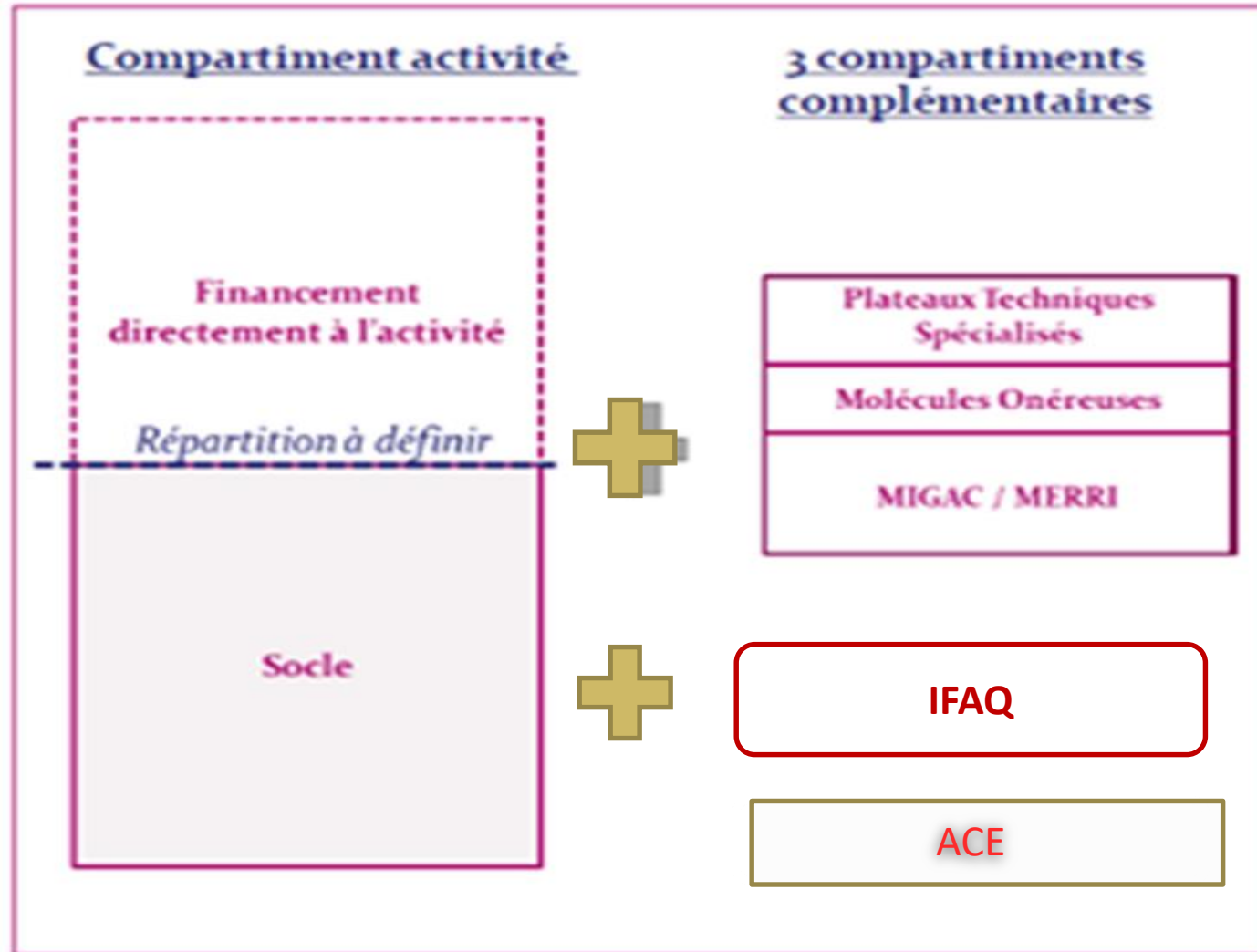
# Principes de la DMA

- 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

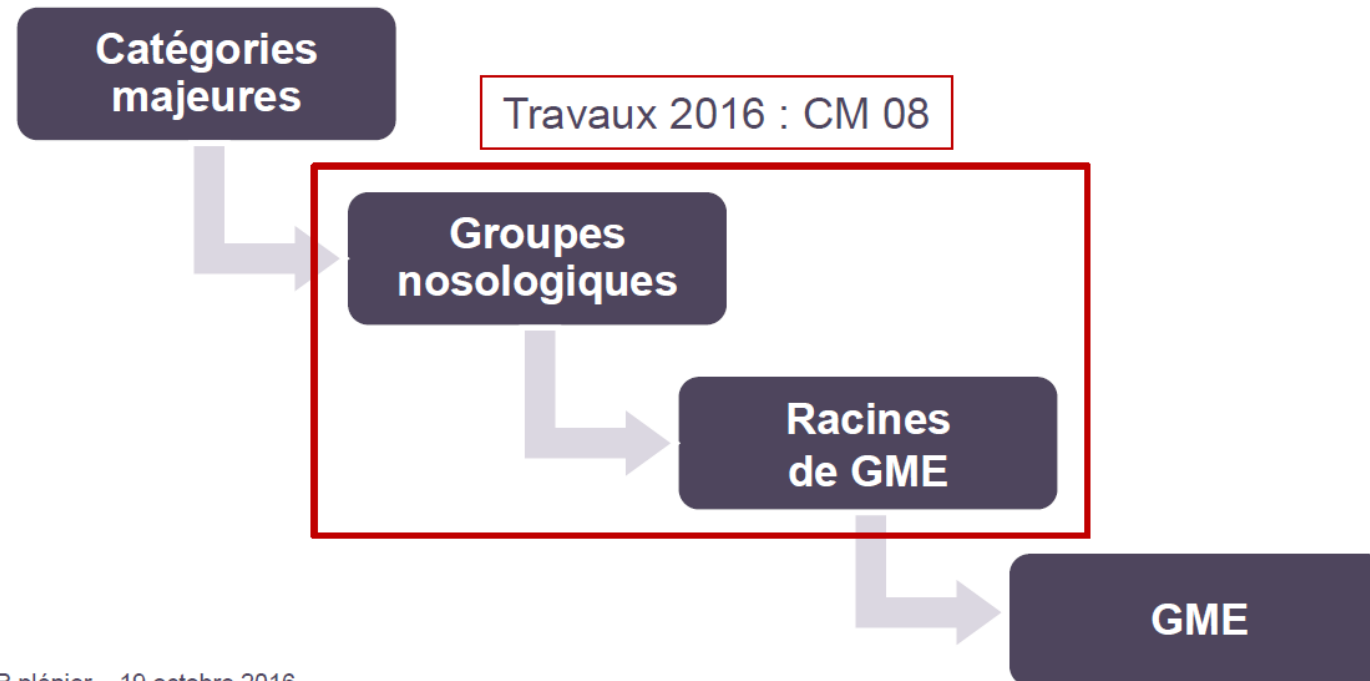


- **Sources :**
  - travaux d'élaboration => rapport ATIH sur la construction de la classification en GME
  - Fonctionnement : Manuel de la classification en GME (3vol.)
- **Ce qu'il faut expliquer = la durée de séjour +/- coût total**
- **Elaboration de toutes les classifications de patients à usage 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

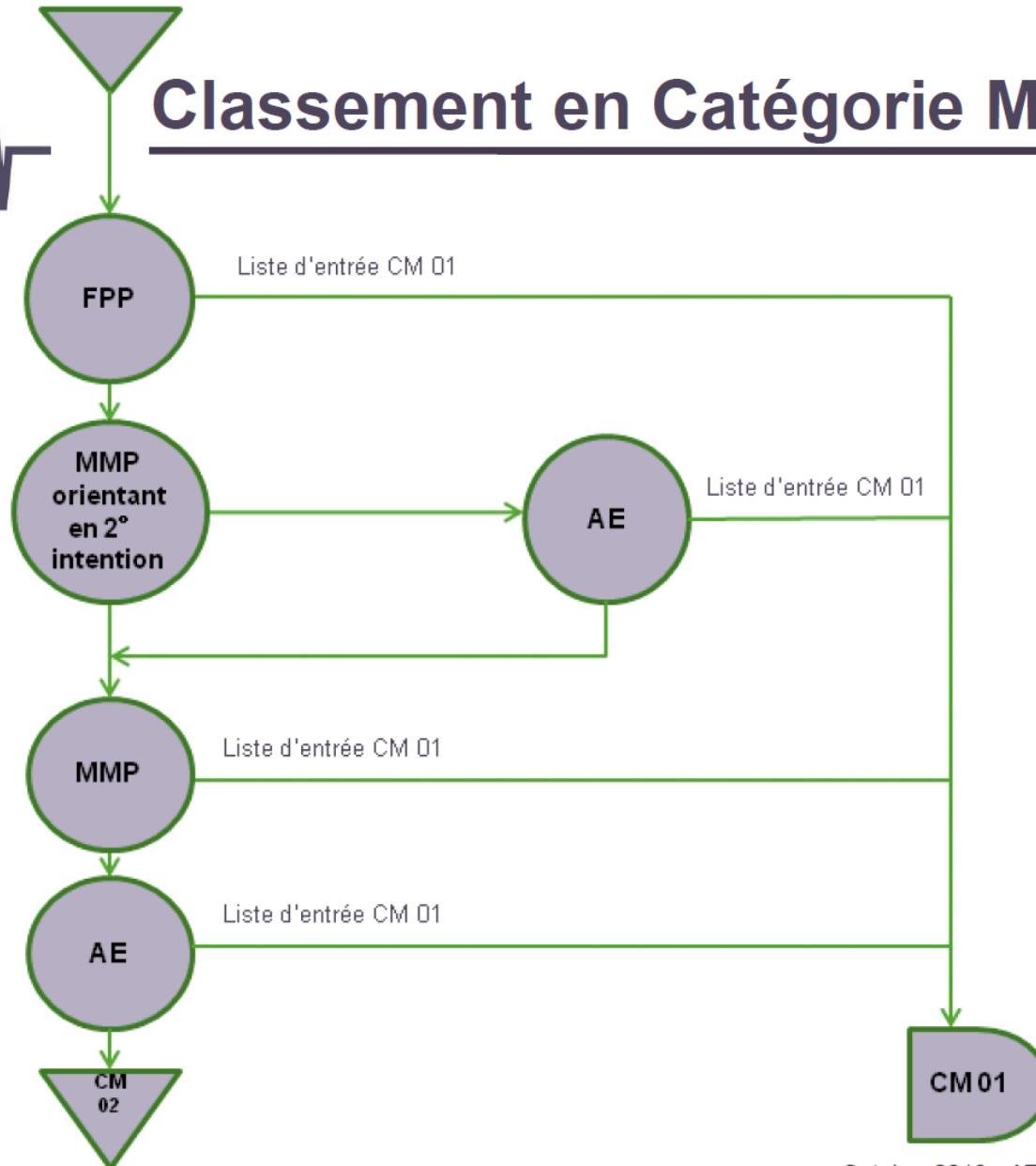
- 01 - Affections du système nerveux
- 02 - Affections de l'œil
- 03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- 04 - Affections de l'appareil respiratoire
- 05 - Affections de l'appareil circulatoire
- 06 - Affections des organes digestifs
- 08 - Affections et traumatismes 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 –<br>Etats paucirelationnels | 0103A |         |           |         |           |       |
| Tumeurs malignes du<br>système nerveux                   | 0106A |         |           |         | 2         |       |
|  | 0106B |         |           |         | [3,8]     |       |
| Lésions cérébrales<br>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

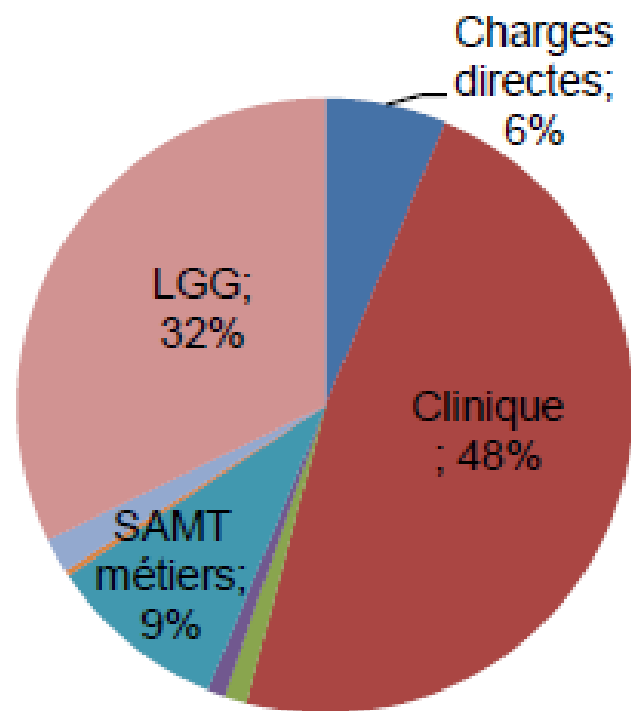
- Une ENC Etude Nationale de Coûts
- Un traitement statistique pour établir une échelle de coûts par GME
- La campagne budgétaire
  - pour faire le lien avec la capacité à payer et les autres sujets
    - Molécules
    - MIG AC
    - Plateaux Techniques
    - L'Incitation Financière à la Qualité
  -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

# Exemple de tarifs 2017

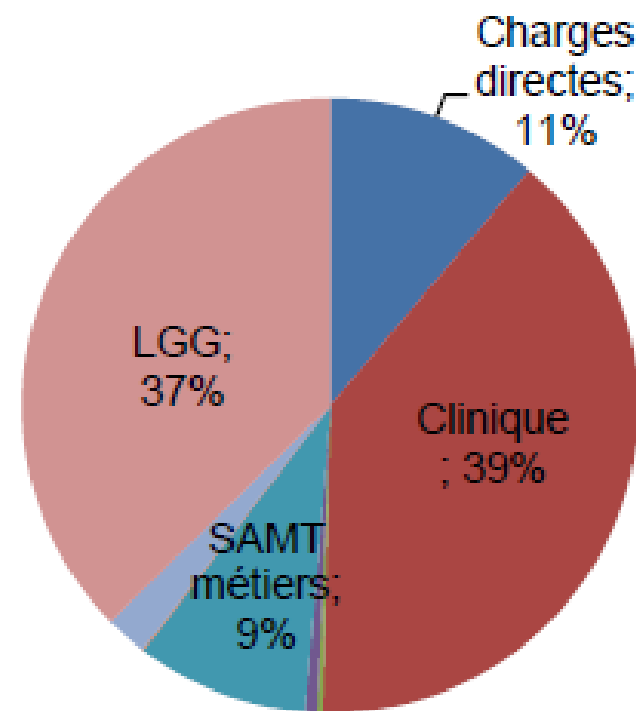


| GMT  | GME    | niv | LIBELLE   | Début de zone forfaitaire (DZF) | Fin de zone Forfaitaire (FZF) | durée forfait | Tarif zone basse (TZB) PUBLIC | Suppl zone basse (SZB) | Tarif zone Forfait (TZF) PUBLIC | Supp Zone Faute (SZH) |
|------|--------|-----|---|---------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 0015 | 0109C0 | 0   | <b>Lésions cérébrales traumatiques, âge [18,74], score phy &lt;= 8, score rr &gt;= 91 – 0jour</b> |                                 |                               | 0             |                               |                        | <b>267,85</b>                   |                       |
| 0016 | 0109C1 | 1   | [18,74], score phy <= 8, score rr >= 91 - niveau 1  | 1                               | 21                            | 20            |                               |                        | <b>2 780,78</b>                 | 252,8                 |
| 0017 | 0109C2 | 2   | [18,74], score phy <= 8, score rr >= 91 - niveau 2  | 1                               | 21                            | 20            |                               |                        | <b>3 017,35</b>                 | 274,3                 |
| 0018 | 0109D0 | 0   | [18,74], score phy [9,12] - zéro jour   |                                 |                               | 0             |                               |                        | <b>280,24</b>                   |                       |
| 0019 | 0109D1 | 1   | [18,74], score phy [9,12] - niveau 1  | 36                              | 42                            | 6             | 345,56                        | 345,56                 | <b>12 440,27</b>                | 318,98                |
| 0020 | 0109D2 | 2   | [18,74], score phy [9,12] - niveau 2  | 50                              | 56                            | 6             | 361,56                        | 361,56                 | <b>18 078,18</b>                | 341,1                 |
| 0021 | 0109E0 | 0   | [18,74], score phy >= 13, score rr <= 60 - zéro jour  |                                 |                               | 0             |                               |                        | <b>270,24</b>                   |                       |
| 0022 | 0109E1 | 1   | [18,74], score phy >= 13, score rr <= 60 - niveau 1   | 64                              | 70                            | 6             | 285,58                        | 285,58                 | <b>18 277,31</b>                | 272,8                 |
| 0023 | 0109E2 | 2   | [18,74], score phy >= 13, score rr <= 60 - niveau 2   | 127                             | 133                           | 6             | 326,12                        | 326,12                 | <b>41 416,96</b>                | 318,59                |
| 0024 | 0109F1 | 1   | [18,74], score phy >= 13, score rr >= 61 - niveau 1   | 57                              | 63                            | 6             | 366,39                        | 366,39                 | <b>20 884,41</b>                | 348,07                |
| 0025 | 0109F2 | 2   | [18,74], score phy >= 13, score rr >= 61 - niveau 2   | 92                              | 98                            | 6             | 392,05                        | 392,05                 | <b>36 068,87</b>                | 379,67                |
| 0026 | 0109G1 | 1   | >= 75, score phy <= 12 - niveau 1   | 15                              | 35                            | 20            | 339,58                        | 339,58                 | <b>5 093,73</b>                 | 203,75                |
| 0027 | 0109G2 | 2   | >= 75, score phy <= 12 - niveau 2   | 36                              | 42                            | 6             | 2 966,83                      | 151,92                 | <b>8 284,08</b>                 | 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        |
| <b>0147B0</b> | <b>AVC avec hémiplégié, score phy &gt;= 9, score cog &lt;= 4, score arr &lt;= 90 - Tps Partiel</b>     | <b>286,3</b>                 | <b>9,4%</b>                     | 232,2        | 340,3        |
| <b>0147B1</b> | <b>AVC avec hémiplégié, score phy &gt;= 9, score cog &lt;= 4, score arr &lt;= 90 - niv1 (DMS 48j)</b>  | <b>270,7</b>                 | <b>48,1%</b>                    | <b>10,5</b>  | <b>530,8</b> |
| <b>0147B2</b> | <b>AVC avec hémiplégié, score phy &gt;= 9, score cog &lt;= 4, score arr &lt;= 90 - niv2 (DMS 70j)</b>  | <b>354,1</b>                 | <b>8,4%</b>                     | <b>294,4</b> | <b>413,8</b> |
| 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        |
| <b>0147E0</b> | <b>AVC avec hémiplégié, score phy &gt;= 9, score cog &lt;= 4, score arr &gt;= 91 - Tps Partiel</b>     | <b>263,8</b>                 | <b>2,7%</b>                     | 249,7        | 277,8        |
| <b>0147E1</b> | <b>AVC avec hémiplégié, score phy &gt;= 9, score cog &lt;= 4, score arr &gt;= 91 - niv1 (DMS 65 j)</b> | <b>319,4</b>                 | <b>3,4%</b>                     | 297,5        | 341,3        |
| <b>0147E2</b> | <b>AVC avec hémiplégié, score phy &gt;= 9, score cog &lt;= 4, score arr &gt;= 91 - niv2 (DMS 94 j)</b> | <b>353,4</b>                 | <b>2,1%</b>                     | 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

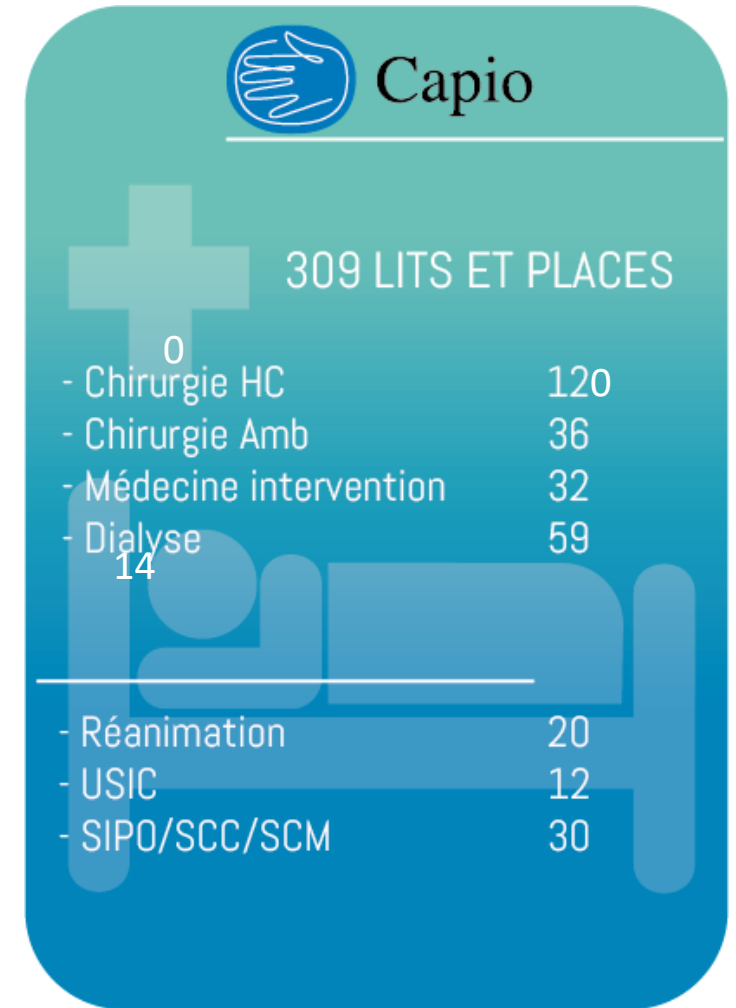
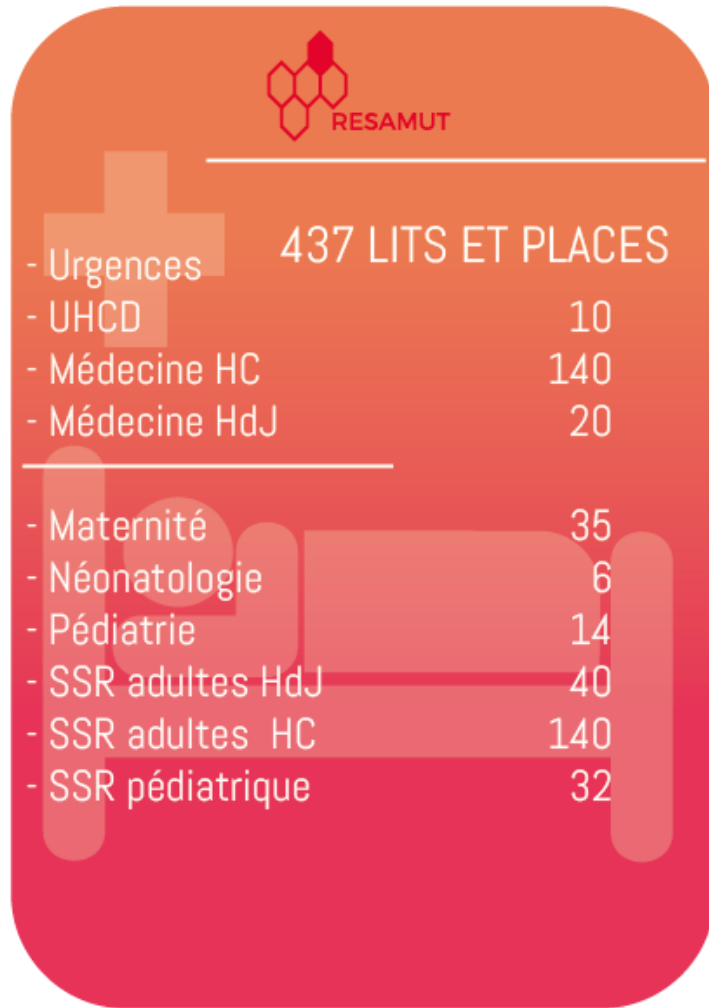
## LYON-VILLEURBANNE





# Les capacités d'accueil du Médipôle

## 746 lits et places



# LES CHIFFRES-CLÉS



Un bâtiment de 14 000 m<sup>2</sup>  
au sol soit  
**60 000 m<sup>2</sup>** 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

