

# **T2A en SSR: impasse ou opportunité de réforme?**

***Comparaisons entre quelques systèmes étrangers***

**Jean-Pascal Devailly\* – Laurence Josse\*\***

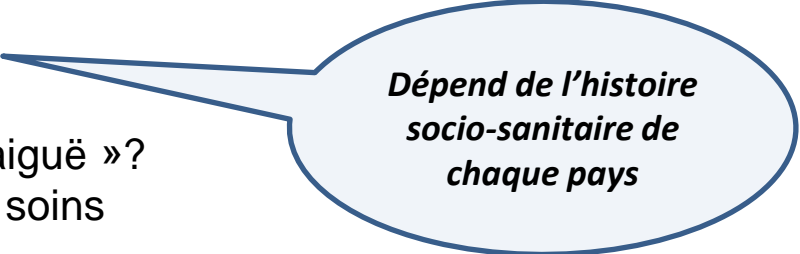
\* Service de MPR, Hôpital Bichat - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

\*\* Service de MPR, Hôpital Rothschild - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

# Comparaisons internationales: des divergences mais surtout des convergences

- **Diversité dans la segmentation des activités**

- verticale: le long de la chaîne de soins
- horizontale: à un moment donné « phase post-aiguë »?
- graduation géo-démographique des niveaux de soins

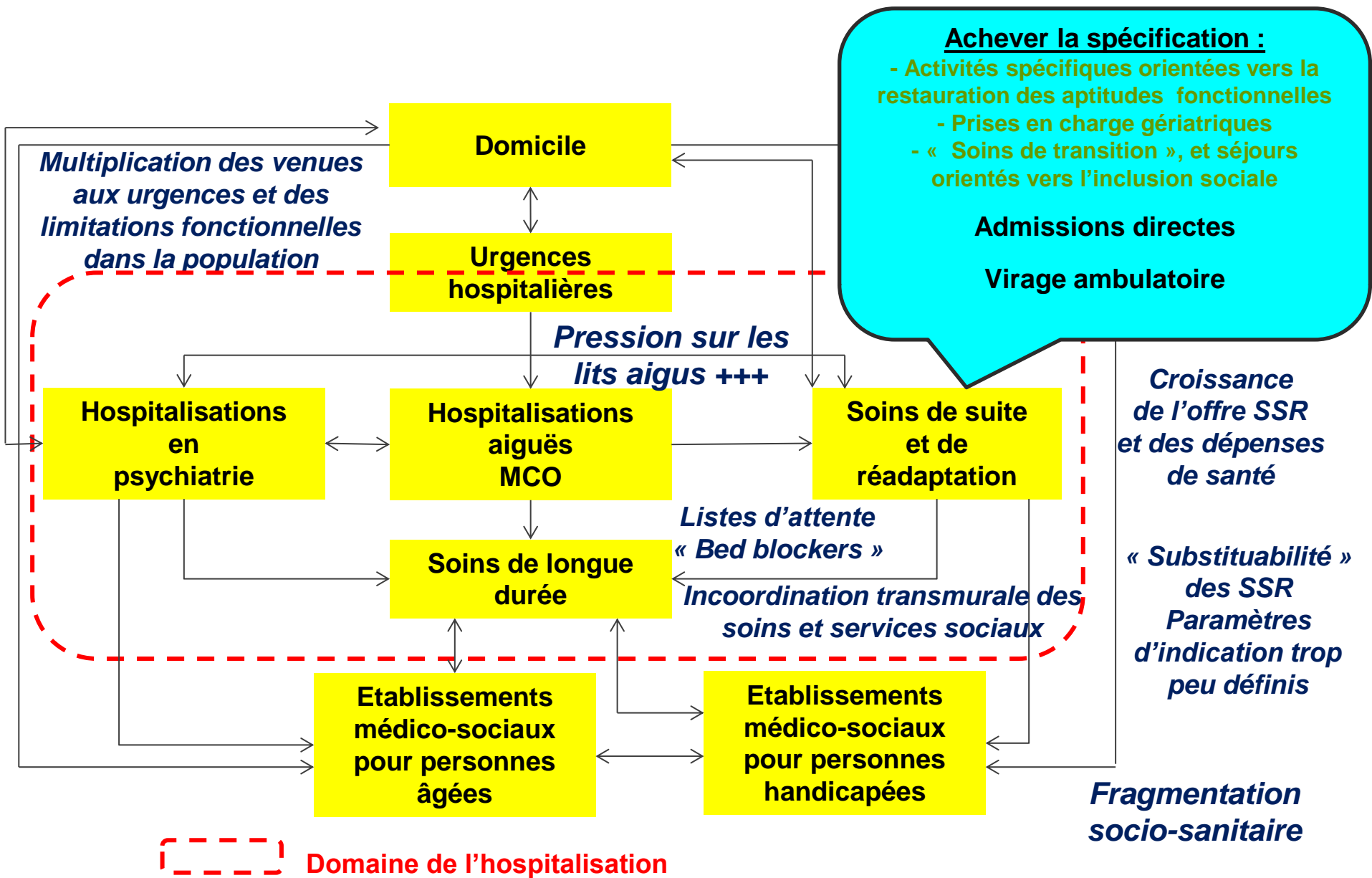


*Dépend de l'histoire  
socio-sanitaire de  
chaque pays*

- Explosion des dépenses dans un secteur boosté par la pression sur les lits aigus  
⇒ constat de la **substituabilité** des soins post-aigus entre eux et avec l'ambulatoire, dépend de la pression de l'amont, de l'offre de soins locale et des financements.
- Interrogations sur les paramètres d'indication visant efficacité et qualité des soins  
⇒ besoin d'un **système uniforme de données** pour les activités post-aiguës: critères simples et robustes d'orientation des patients, en hospitalier et ambulatoire.
- Recherche d'outils de mesure du **statut fonctionnel** qui, joints aux diagnostics permettent de prédire programmes de soins requis, ressources et durées de séjour.
- Intégration de ces outils dans un système de **classification des patients** (ex. USA, réforme en cours des soins post-aigus, utilisation de l'outil CARE)
- **Recherche d'un alignement entre orientation, classification et tarification**

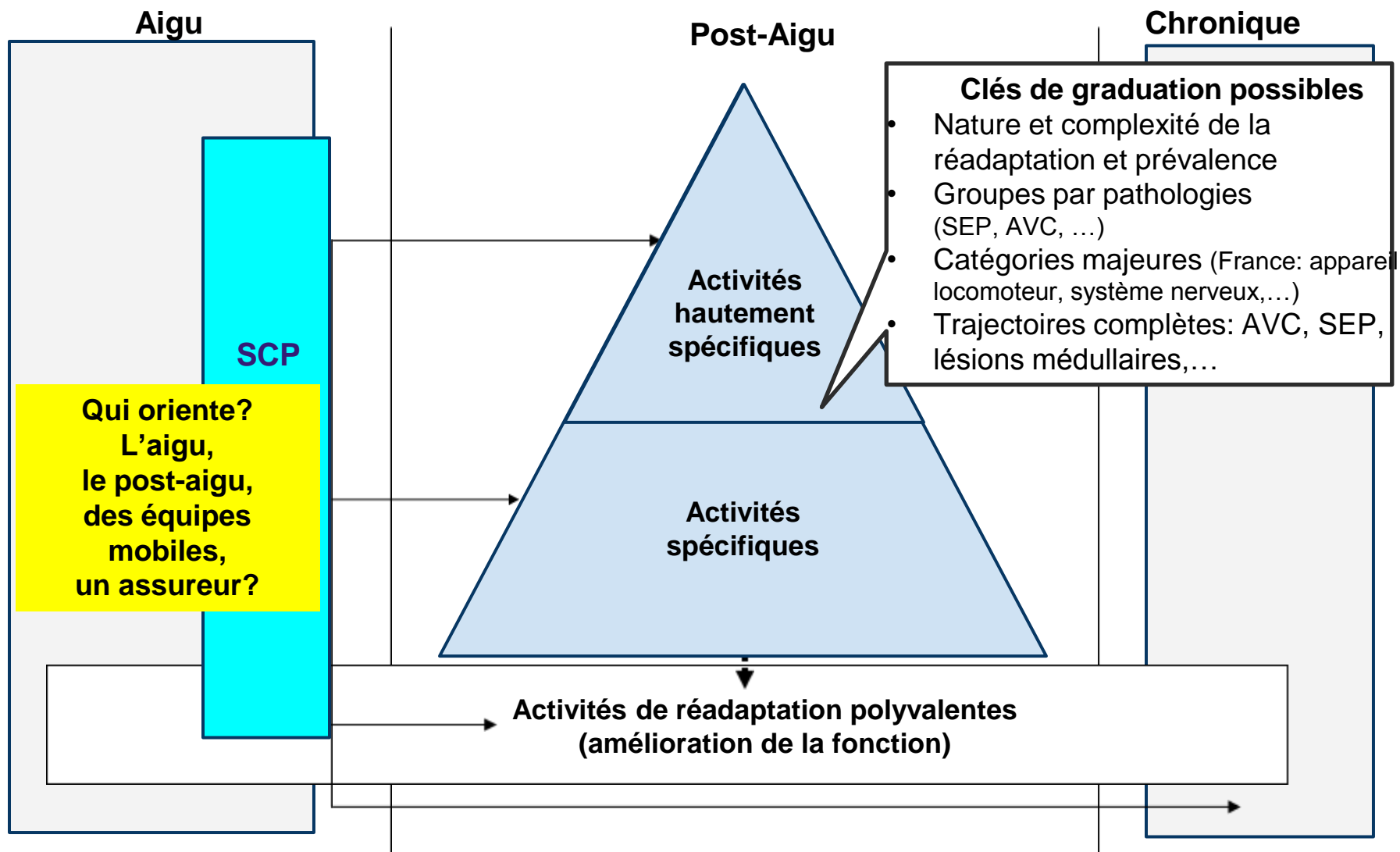
# Une vision globale des parcours

## Filières centrées sur la production vs filières centrées patients



# Modèle général de graduation des soins en post-aigu

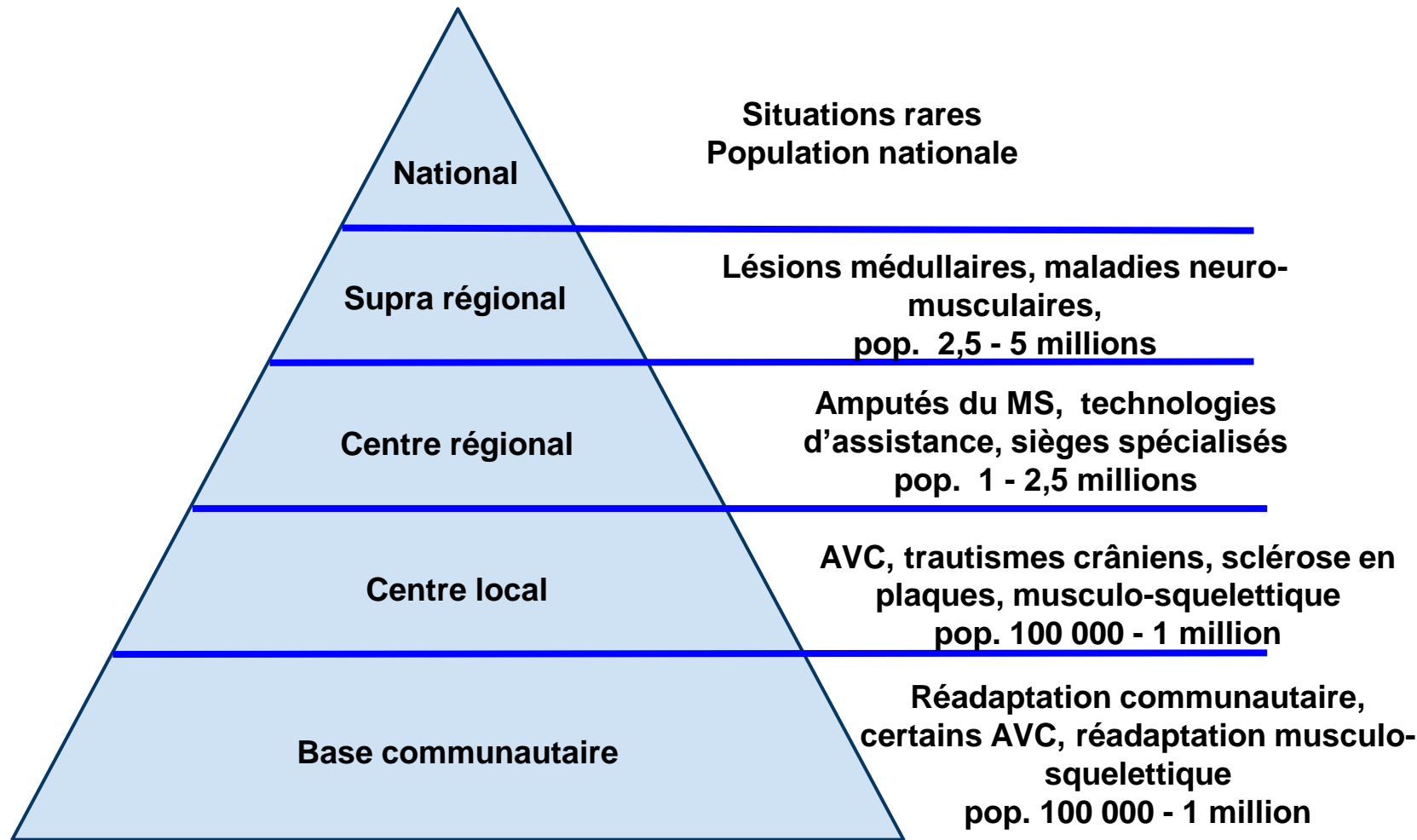
*L'axe hospitalier / ambulatoire n'est pas représenté*



**SCP = système de classification des patients** (diagnostics, statut fonctionnel, facteurs qui influencent les programmes comme les comorbidités, l'âge et les facteurs sociaux)

# Service commissioning for National Health System

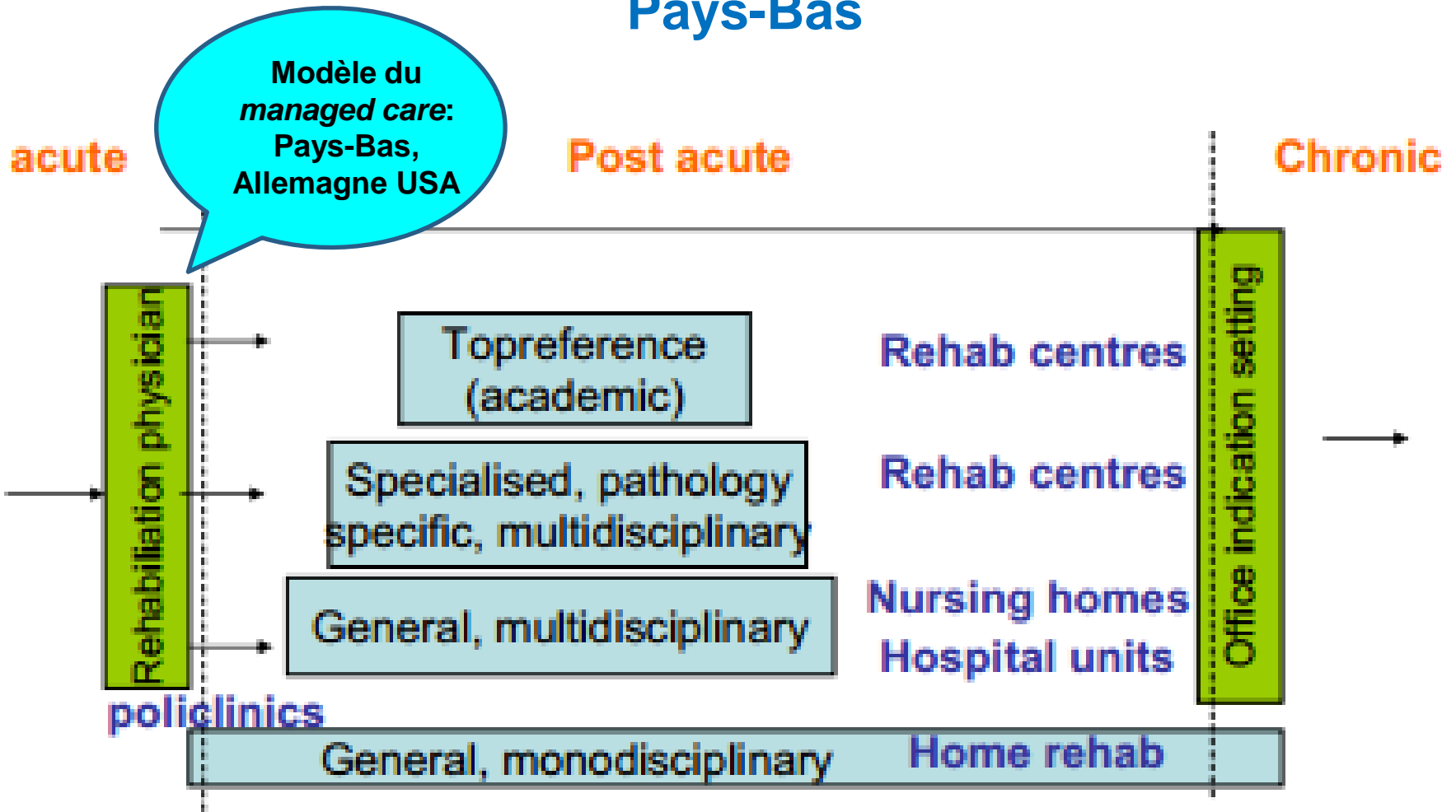
*Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine*



[A Position Paper on Physical & Rehabilitation Medicine Programmes in Post-Acute Settings - J Rehabil Med 2012; 44: 289–298](#) -

Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine)

# Pays-Bas



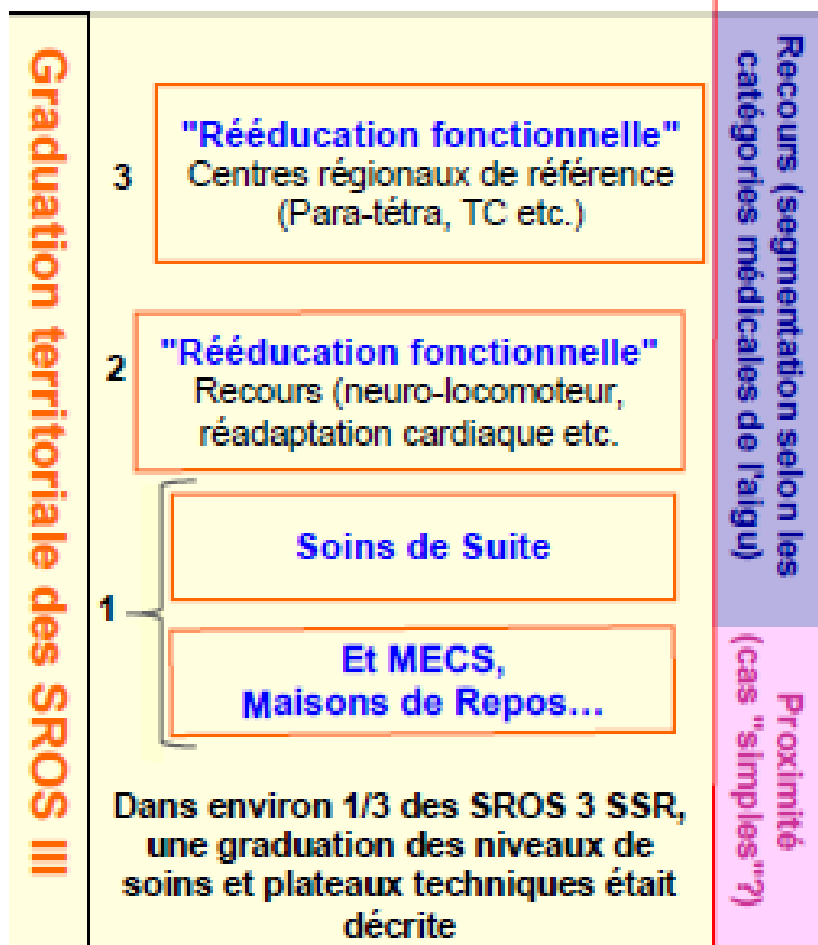
## Les critères d'indication sont basés sur:

- le niveau de récupération attendu,
- la multiplicité des déficiences et handicaps à considérer, combinée à la complexité des objectifs de réadaptation, prenant en compte l'espérance de vie et l'état pré-morbide du patient,
- les capacités d'apprentissage et la tolérance du patient aux activités de réadaptation,
- la probabilité pour le patient de vivre en milieu ordinaire (adapté) ou en institution.

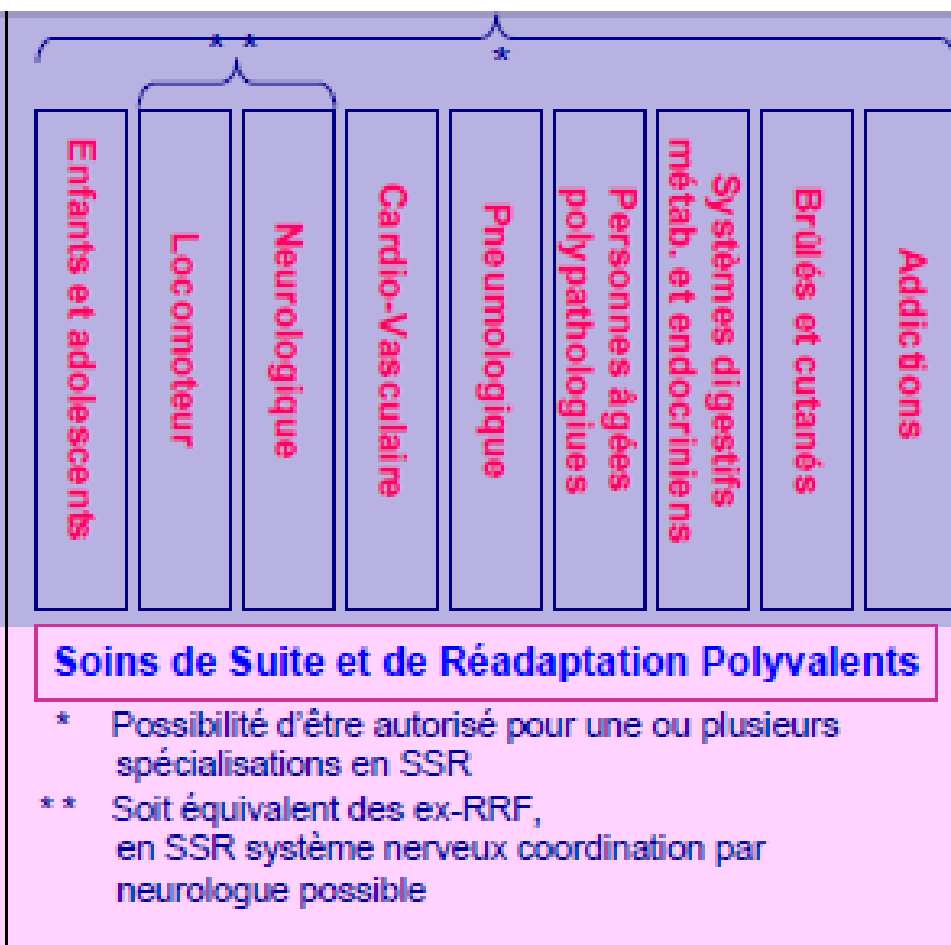
# Le système français avant et après 2008

## Réforme des autorisations en SSR et graduation des niveaux de soins

### AVANT 2008



### APRES 2008

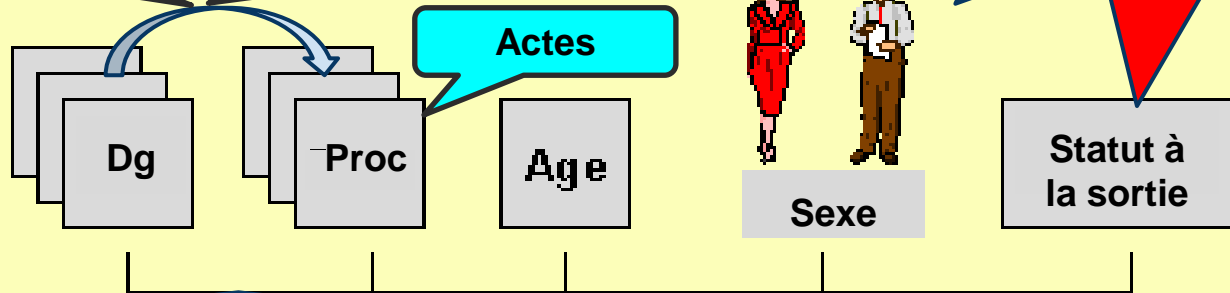


AVC hémiplégie,  
aphasie, troubles des  
fonctions exécutives  
Fracture du col du  
fémur et Alzheimer,  
CIM 11

**Statut fonctionnel:  
limitations fonctionnelles  
améliorables**

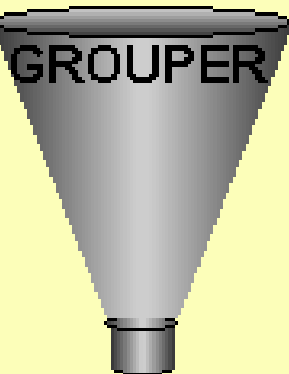
Barthel, EBI, MIF, MDS,  
SMAF, SMART, HoNOS,  
RUG-ADL, AGGIR, HAQ

*Pour la réadaptation, les groupes fondés  
sur les diagnostics principaux et  
secondaires, l'âge, le sexe et le  
mode de sortie ne donnent pas de  
résultats probants.*



Les diagnostics (dont déficiences)  
associés au statut fonctionnel sont de  
bons prédicteurs de l'outcome et des  
ressources nécessaires

Logiques  
médicales &  
managériales



Outils de  
Saisie

...  
A condition de prendre  
en compte les facteurs  
socio-environnementaux  
dans la classification ou  
dans les modalités de  
financement

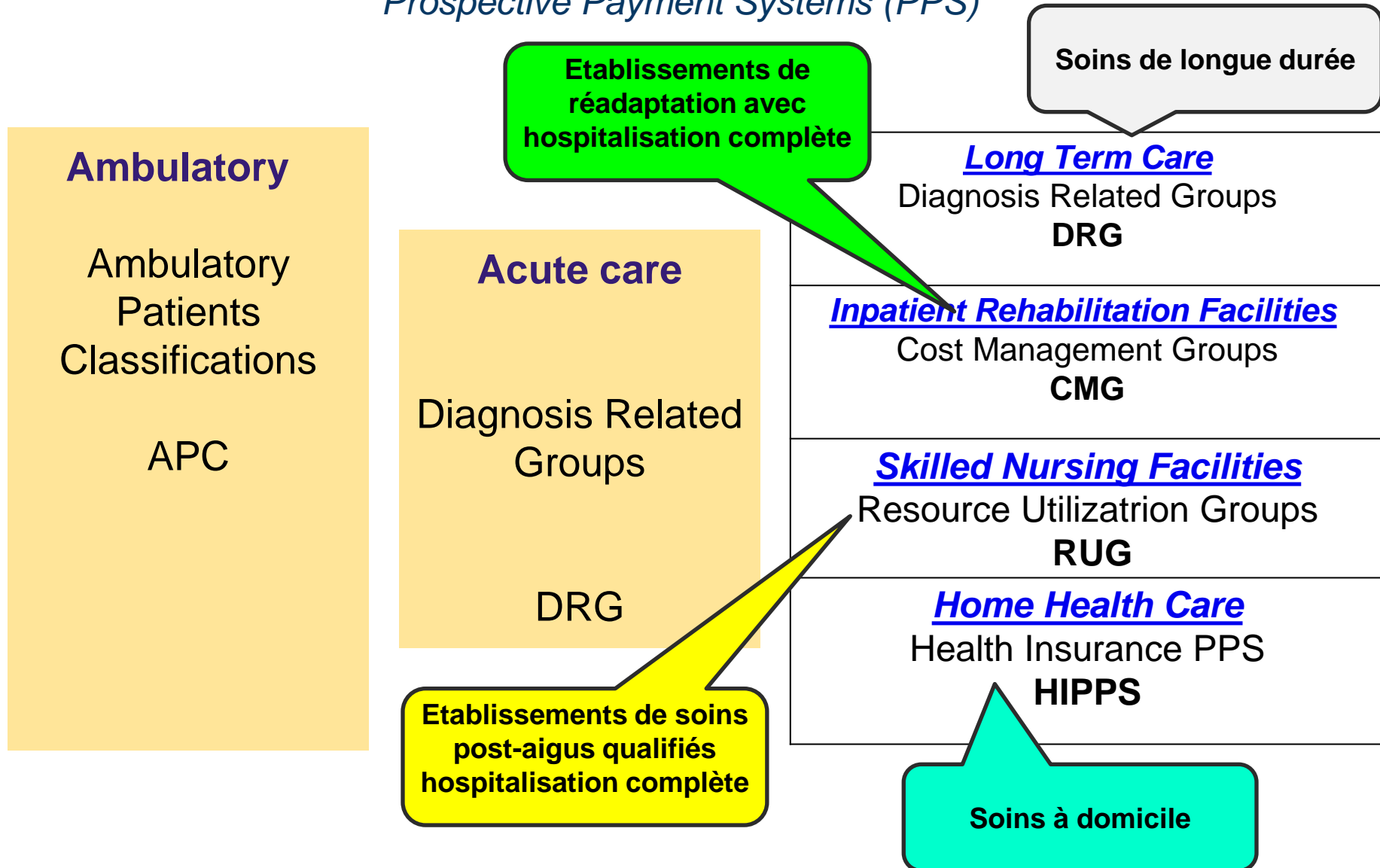
Meilleure prédiction  
des soins requis, des  
ressources et des  
durées de séjour

**Groupes liés à la fonction  
(Functional related groups)**



# Soins post-aigus et classifications aux USA

Prospective Payment Systems (PPS)

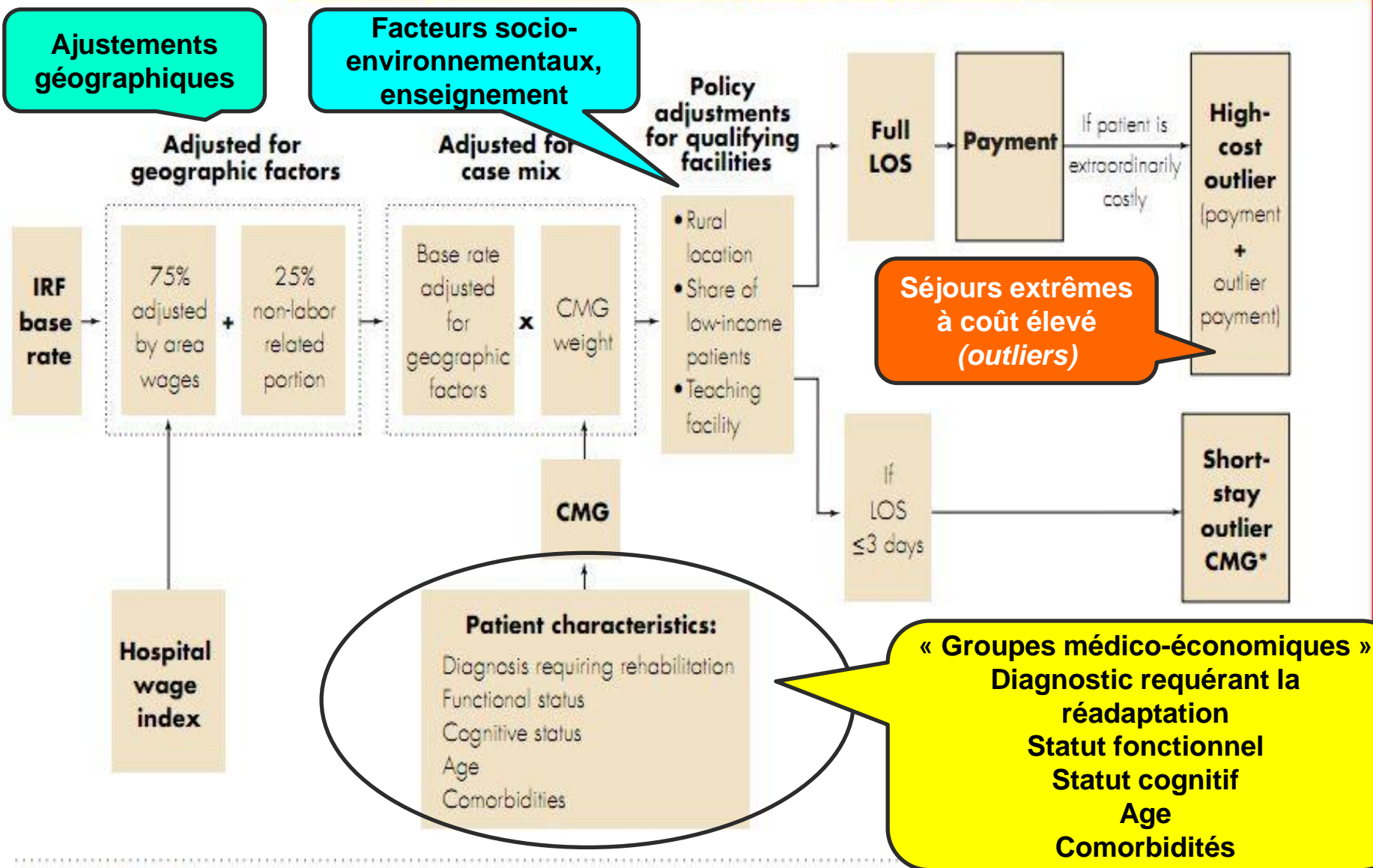


[An introduction to rehabilitation in the USA - Financement de la réadaptation: Quelles classifications des patients?](#)

Forum Poste Macolin, 4.12.2003 Yves Delcourte, Marketing Manager HIS products, Europe

# Une classification par problèmes cliniques de réadaptation

## Paiement à l'activité dans les établissements de réadaptation (USA)



Note: IRF (inpatient rehabilitation facility), CMG (case-mix group), LOS (length of stay).

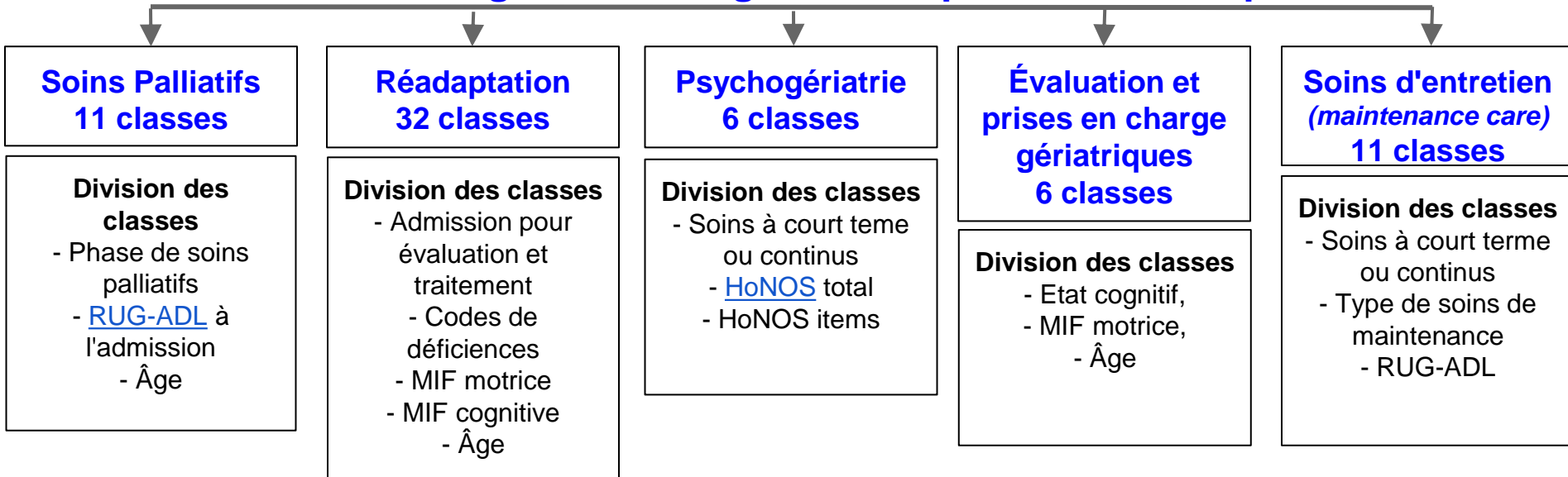
\*IRFs with a wage index of 1.0 are paid \$1,913 for short-stay outliers.

# Australian Sub-acute & Non-acute Patient classification system 1997

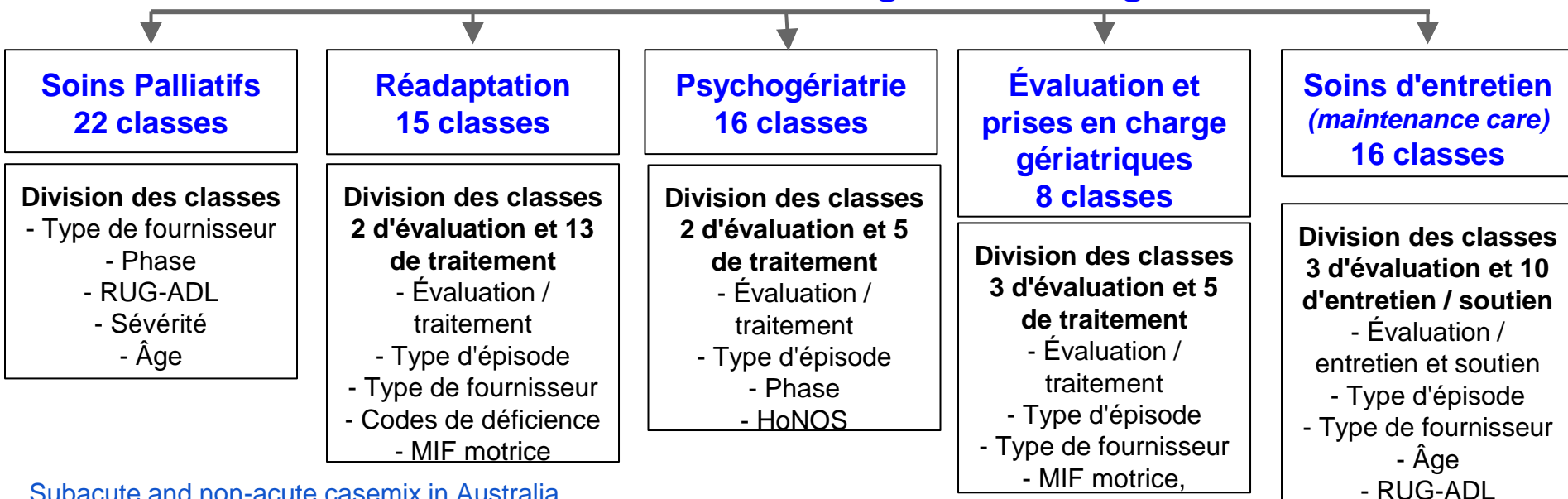
- **Australie, 1992 : Soins subaigus** (Eagar et Innes)
  - patients dont les besoins de soins sont prédits davantage par leur état fonctionnel que par leur principal diagnostic médical,
  - patients ne remplissant plus les critères de soins “aigus” mais requérant des soins plus intensifs et davantage organisés en fonction des objectifs cliniques qu’en soins dits “de longue durée”,
  - **principal objectif des épisodes de soins de réadaptation → amélioration de l’état fonctionnel**, attestée par
    - une évaluation initiale et périodique des aptitudes fonctionnelles au moyen d’outils reconnus
    - un programme de soins individualisé et multidisciplinaire incluant des objectifs négociés et des indications de durée.
- **1997 : système AN-SNAP** qui distingue soins subaigus et soins non-aigus:
  - quatre catégories de soins subaigus: **réadaptation, évaluation et soins gériatriques, psychogériatrie et soins palliatifs,**
  - **et les soins non-aigus: “maintenance care”** (ou “soins de transition” dans d’autres pays)
- Le système s’appuie sur un ensemble de minimum de données pour l’admission.

# Systeme AN-SNAP - Australie

## Soins sub-aigus et non aigus en hospitalisation complete



## Soins ambulatoires sub-aigus et non aigus

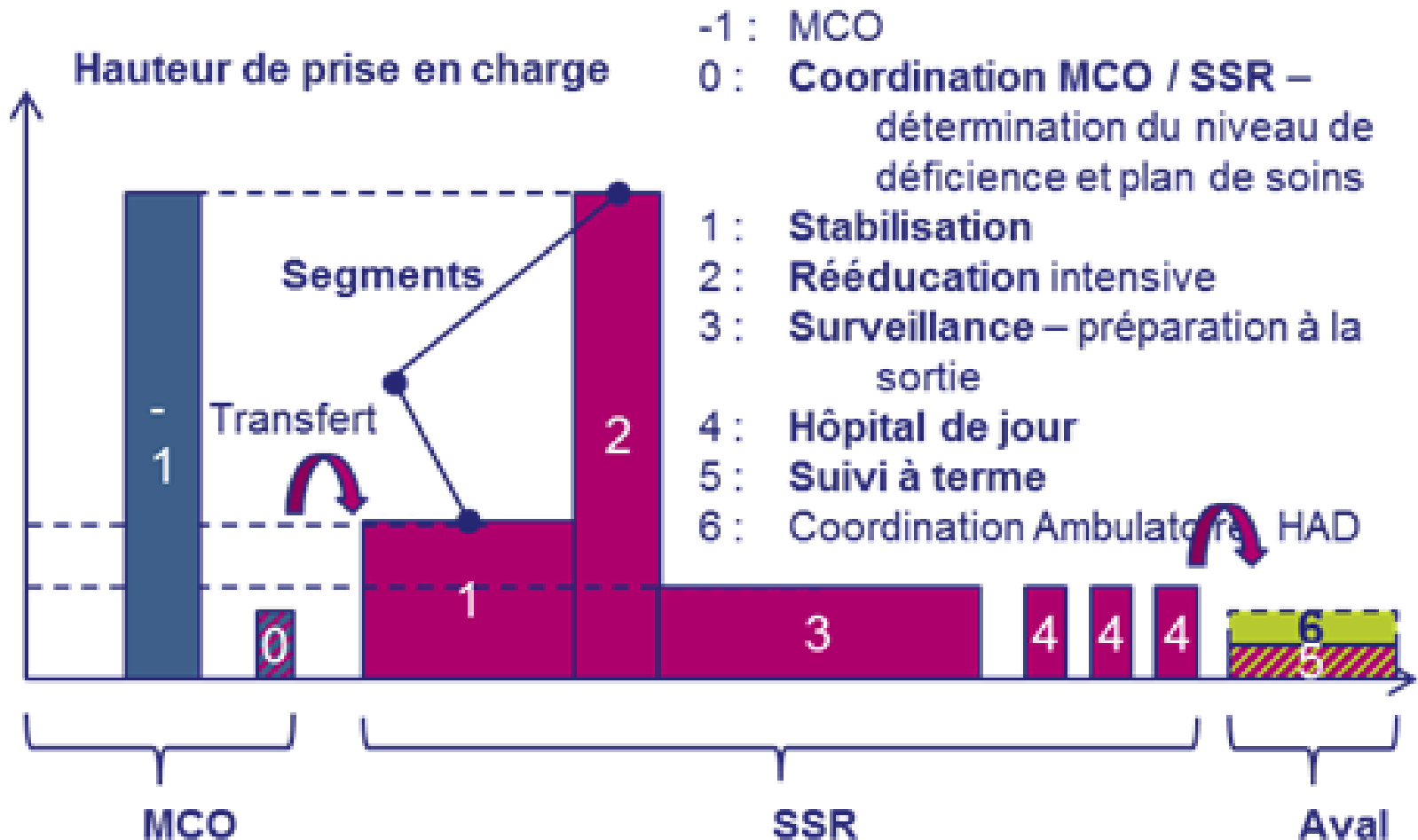


# Segmentation, statut fonctionnel et classifications

| Pays               | Segmentation & graduation                                                                                  | Outil de recueil                                             | “Statut fonctionnel”                                          | Paramètres d’Indication                                     | système de classification                                      | Outcome & qualité                                              |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| USA                | Inpatient Rehabilitation Facilities (IRF) * & Skilled Nursing Facilities (SNF)                             | IRF-PAI & MDS 3.0                                            | MIF & Resident Assessment Instrument (RAI)                    | Évolution vers un outil unique<br>Réforme en cours          | Case Management groups & RUG IV                                | Outil commun?<br>Paiement prospectif & <i>Bundled payments</i> |
| Canada             | Réadaptation & Soins prolongés/ de longue durée                                                            | SNIR & SISLD                                                 | MIF + outils ICIS & RAI MDS 2.0                               | MIF + ICIS & RAI MDS 2.0                                    | FRG & RUG                                                      | Ces outils évaluent l’ <i>outcome</i>                          |
| Belgique<br>Projet | Polyvalent, spécifique, très spécifique                                                                    | <i>Functional related groups</i>                             | MIF (réad. locomotrice et neurologique)                       | Recherche d’un SCP                                          | <i>Functional related groups (FRG)</i>                         | ?                                                              |
| Suisse<br>Projet   | Réad., gériatrie, psy. “soins de transition”                                                               | PCS Reha<br>Projet PRG                                       | MIF Barthel HAQ<br>MMS, RAI ...                               | Recherche d’un SCP                                          | PCS Reha<br>( <i>MS et neurol.</i> )                           | ?                                                              |
| France             | Réforme des autorisation de 2008<br>SSR polyvalents et spécialisés                                         | PMSI-SSR<br>( <i>Pathos &amp; AGGIR en SLD &amp; EHPAD</i> ) | Dépendance<br>PMSI-SSR<br>( <i>Aggir en SLD &amp; EHPAD</i> ) | Décision clinique<br>Algorithme?                            | GME?<br>Futur financement en SSR                               | Processus, pas ou peu d’indicateurs d’ <i>outcome</i>          |
| Australie          | Subacute & Non acute<br>Réadaptation, gériatrie, psycho-gériatrie, soins palliatifs & soins de maintenance | Minimum data set<br>AN-SNAP                                  | MIF<br>HoNOS<br>RUG - ADL                                     | Classes subaiguës et non aiguës, hospitalier et ambulatoire | Classes subaiguës et non aiguës:<br>hospitalier et ambulatoire | Même outils mais pas d’outil unique                            |

\* Règle des 3 heures de thérapie, suivi médical spécialisé

# Séquence / financement à la séquence?



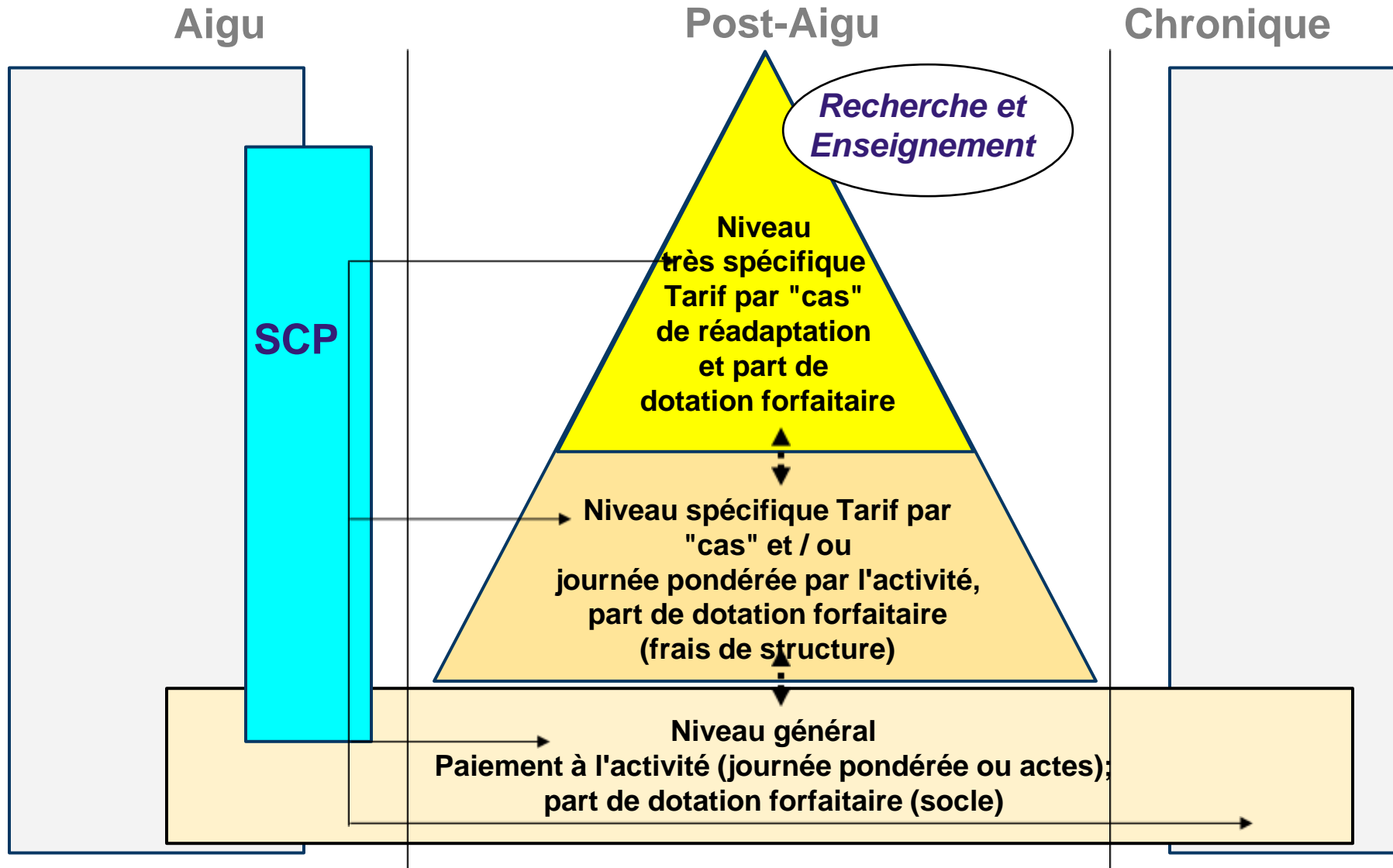
## Avantages et inconvénients de diverses unités de paiement (hors compartiments annexes\*)

| Unités de paiement                                                                                                                              | Remarques                                                                                                                                                                                                                                   | Avantages attendus                                                                                                                                                                                    | Inconvénients possibles                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>Journée pondérée par l'activité</b></p>                                                                       | <p style="text-align: center;"><b>GHJ → GMD → GME</b><br/>(groupes médico-économiques)</p>                                                                                                                                                  | <p style="text-align: center;"><b>Malades instables et d'évolution imprévisible.</b><br/><b>Soins de transition</b></p>                                                                               | <p style="text-align: center;"><b>Lissage des recettes</b><br/><b>Enveloppe globale fermée</b><br/><b>Actes non « marqueurs »</b></p>                                                                                                              |
| <p style="text-align: center;"><b>Tarification par cas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séquence?</li> <li>• Séjour?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doit répondre à des problèmes cliniques traités selon les données factuelles.</li> <li>• Groupes de besoins, prédictifs des ressources consommées.</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes de soins de réadaptation dont les ressources et durées sont prévisibles,</li> </ul>                                                               | <p><b>GME actuels inutilisables:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• déficiences,</li> <li>• statut fonctionnel,</li> <li>• facteurs socio-environnementaux, peu ou mal intégrés au PMSI-SSR pour prédire les soins requis</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><b>Dotation annuelle</b></p>                                                                                     | <p style="text-align: center;">Suppose:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décentralisation de la gestion</li> <li>• Transparence de l'allocation des ressources</li> </ul>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilité de l'organisation des soins entre hospitalisation complète, partielle, consultations simples ou multidisciplinaires, équipes mobiles.</li> </ul> | <p><b>Ecueils possibles:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opacité d'allocation</li> <li>• Variable d'ajustement à la T2A en aigu,</li> <li>• Variable selon l'intégration verticale.</li> </ul>                                    |
| <p style="text-align: center;"><b>Tarification par épisodes de soins (parcours)</b></p>                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui définit la stratégie thérapeutique?</li> <li>• Qui pilote le parcours?</li> <li>• Comment financer avec des régimes tarifaires différents?</li> <li>• Qui répartira les ressources?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration de la « chaîne de valeur » en réduisant les gaps dans les parcours.</li> <li>• Efficience, qualité des soins?</li> </ul>                         | <p><b>Organisation très hétérogène des SSR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SSR rattachés: contrôle de l'aigu</li> <li>• SSR non rattachés: difficultés de répartition des flux financiers.</li> </ul>                             |

\*Autres compartiments: plateaux techniques, MIGAC, MERRI, molécules onéreuses etc.

\*\* [Rapport de la Cour des comptes 2012](#)

# Modèles mixtes et gradués de financement post-aigu



SCP = système de classification des patients

*Adapté de:* Kiekens C, Van Rie K, Leys M, Cleemput I, Smet M, Kesteloot K, et al. *Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique.* Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports 57B

Chapitre 9 [cliquer ici](#)



# Perspectives pour le futur financement des SSR

- Construire un système d'orientation des patients : 5 étapes
  - **achever la spécification des activités de SSR** (Cour des comptes 2012), reconnaître les programmes médicaux **d'amélioration de la fonction** comme processus structurants de l'activité et distinguer ces activités de soin de transition
  - définir les paramètres d'indication de programmes de soins à l'aide **d'un système uniforme de données,**
  - allouer au **statut fonctionnel** une place centrale dans ces paramètres,
  - les intégrer à une classification des patients en **groupes homogènes de besoins** liés à la fonction (FRG),
  - les articuler à la **mesure de performance** : résultats cliniques.
- Objectiver le coût de la qualité de programmes de soins fondés sur les preuves au regard du coût estimé par les payeurs.
- Tester des **groupes « médicalisés »** pour leur **capacité à prédire les coûts des programmes,** en vue d'un juste financement basé sur l'activité.
- Puis, discuter avec les parties prenantes de **systèmes hybrides** d'unité de paiement répondant à l'hétérogénéité des activités de SSR.

**« On ne financera plus les activités à l'étiquette »**

## Merci de votre attention



*« Lorsqu'un indicateur est choisi pour guider une politique économique, il perd du même coup la valeur informative qui l'avait qualifié pour remplir cette fonction. » Charles Goodhart*

*« We build too many walls and not enough bridges. » Isaac Newton*

