

Petite histoire naturelle du PMSI SSR ou Quel avenir pour nos établissements ?

Dr Jérôme TALMUD - Fondation La Renaissance Sanitaire

INTRODUCTION

De par leur étendue et leur diversité, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) représentent un secteur clé de l'offre de soins hospitalière.

Leur position, entre soins de courte durée (MCO), retour à domicile, unités de soins de longue durée ou encore secteur médico-social, leur confère une mission clé : la participation compétente à l'animation des filières de prise en charge des patients.

La prise en charge des patients, selon une approche globale prenant en compte toutes les dimensions personnelles et environnementales, s'est développée de façon moderne, et particulièrement en ce qui concerne la médecine physique et de réadaptation (MPR) et la gériatrie.

Mais des difficultés structurelles existent : adaptation de l'offre de soins, niveaux de ressources, répartition territoriale, hospitalisation de jour (HDJ) ou à domicile (HAD), etc., sont autant de facteurs à souligner.

Sans oublier d'une part l'importance stratégique quotidienne des SSR en articulation avec l'aval, d'autre part la pression financière du secteur MCO d'amont, conséquence directe de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans ce secteur.

L'application de la T2A au secteur SSR, à l'instar du MCO, repose sur la description fine et exhaustive de l'activité et sur son prix.

Le mode de fonctionnement de près de 110 000 lits et places pour environ 2 500 000 séjours, représentant 11% des dépenses de santé en Public et 14% en Privé, est si complexe qu'il est préalablement nécessaire de définir le plus précisément possible le champ d'activité SSR et de tenir compte des diverses spécificités développées.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur le futur PMSI*/T2A SSR, les informations données en infra fourniront une indication intéressante sur l'avenir proche, mais ne peuvent garantir l'après demain.

* PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information.

D'HIER A DEMAIN

1) Le secteur SSR est une mosaïque distribuée selon trois axes qui se recouvrent et se dispersent en même temps : le statut de l'établissement (public, privé, participant au service public hospitalier [PSPH], autre), son contexte territorial allant du Centre hospitalier régional universitaire à l'hôpital local, son éventail d'activités. La typologie en est pour le moins complexe.

Les annexes du décret du 9 mars 1956 pour le Privé et les derniers textes de décembre 1997 pour le Public régissent le SSR.

Le PMSI SSR existe depuis 1993 et l'obligation de son renseignement pour les établissements sous dotation globale est appliquée depuis le 29 décembre 1997. Afin de planifier les activités SSR, de les faire correspondre aux besoins de la population et de pouvoir les tarifer en toute équité, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a lancé un vaste chantier au début du XXIème siècle, dont les travaux pluridisciplinaires (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation ou ATIH, Mission T2A, Fédérations, etc. collaborent activement) vont aboutir à l'élaboration d'un nouveau modèle de classification et de groupage corrélé à une nouvelle Echelle Nationale des Coûts (ENC).

2) Actuellement l'algorithme de groupage détermine le classement possible des patients en 14 Catégories Majeures Cliniques (CMC) et 279 Groupes Homogènes de Journées (GHJ) auxquels s'appliquent une ENC datant de 2003 sur des données de 2000 et 2001. La présence de pathologies associées, le niveau de dépendance physique du patient et le temps passé par les divers intervenants en PMSI (kinésithérapeutes, assistantes sociales, psychologues, etc.) interviennent dans le groupage du patient.

L'éventail des activités est si large et le développement scientifique des techniques est si rapide qu'il apparaît nécessaire de repenser le modèle actuel qui est devenu inadapté.

Mais il faut bien dire que parallèlement les contraintes budgétaires ne sont pas absentes et que la révision de l'ENC qui s'impose tiendra compte de la maîtrise des dépenses de santé. Devant également être équitable, la construction du nouveau modèle devra tenir compte des spécificités décrites plus haut et qui composent la mosaïque SSR.

Afin de s'assurer de la faisabilité et de la cohérence (et partant de la crédibilité du système et de son acceptation) du nouveau système, un modèle transitoire est en cours d'étude avec prévision de montée en charge, basé sur une collecte identique des informations, mais avec un algorithme de groupage différent, lequel orientera donc le patient vers une classification différente de celle actuelle.

3) Quatre compartiments seront répertoriés : l'activité (avec T2A), les missions d'intérêt général (MIG), les molécules onéreuses (MO), les dispositions médicaux implantables (DMI) et les plateaux techniques spécialisés (PTS).

Diverses enquêtes nationales recensent toutes les données concernant MO, DMI et PTS.

Leur intégration au nouveau modèle de financement est en cours d'évaluation.

Pour ce qui est de l'activité proprement dite, deux notions nouvelles apparaissent : l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA) et l'indice performance au séjour (IPS).

L'IVA sera basé sur 70 Groupes de Morbidité Dominante (GMD) qui remplaceront les GHJ, les CMC étant redéfinies pour leur part. Selon la description médicale du

patient, un certain nombre de points est attribué au GMD : il s'agit là d'une valorisation de base. Des majorations s'appliquent ensuite en fonction de l'âge du patient, des pathologies associées, des dépendances physique et cognitive (ce qui constitue un progrès dans la reconnaissance du travail des équipes infirmières et aides soignantes), du nombre d'activités de rééducation-réadaptation (en cours d'études, avec réflexion sur la redéfinition éventuelle des items du Catalogue des Actes de Rééducation-Réadaptation), du type de prise en charge et de celui d'hospitalisation.

Le nombre de points obtenu est multiplié par le nombre de journées de présence du patient.

La pondération fait intervenir l'IPS. Mais cet indice est en discussion car le débat actuel porte sur la notion de durée d'hospitalisation (journée, semaine, séjour, mixte) qui n'est pas encore définie à notre connaissance.

4) Après le comment, le quand

Des tests en régions ont été réalisés cet été par l'ATIH, la Mission T2A et les ARH et il est annoncé un recueil du PMSI et de la comptabilité analytique par un échantillon d'établissements (à définir) en 2009 pour un calcul de la nouvelle ENC en 2010/2011 avec application de la T2A SSR en 2012.

Deux décrets sont parus le 17 avril 2008, relatifs aux conditions d'implantation d'une part, à celles techniques de fonctionnement d'autre part applicables à l'activité SSR, impliquant la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire (ou SROS) et la circulaire d'application est parue le 3 octobre dernier accompagnée des fiches techniques ;

A cet égard, mentionnons l'expérience de la Région Rhône –Alpes consistant en la mise en place d'une coordination MCO/SSR de terrain avec un outil d'orientation dont un annuaire régional des structures SSR et de leurs spécificités. Le site à consulter est : <https://trajectoire.sante-ra.fr>

LES ENJEUX POUR NOS ETABLISSEMENTS

La nouvelle ENC disposerait d'une méthodologie commune aux secteurs privé et public. Le retraitement comptable prendra donc ici toute son importance.

In fine, l'ATIH, tenant compte du type de prise en charge du patient (SS ou R) et du type d'hospitalisation (complète ou HDJ), déterminera des sections particulières, actuellement à l'étude : section dite métiers, section dite plateaux techniques, section mixte. La question déjà évoquée du séquençage sous-tend cette analyse : elle n'est pas tranchée au moment où nous écrivons ces lignes.

Quant aux enveloppes spécifiques : MO, DMI, appareillage, MIG (voire Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence ou d'Innovation = MERRI), elles sont en cours de détermination.

Quelques inconnues encore donc, malgré un contour plus précis du PMSI au sens habituel du terme, c'est à dire le recueil et le codage.

Les enjeux sont vitaux, avec à notre sens un risque important : que le provisoire si français ne devienne définitif avec toutes les imperfections possibles non corrigées que cela comporte. Le nouveau modèle devra faire ses preuves, et pour cela avoir eu le temps de les faire. Cette décision est politique.

Nos compétences sont reconnues certes, mais nous vivons dans un monde concurrentiel et les décrets d'avril dernier sont bien là pour nous le rappeler : les autorisations ne sont jamais acquises ! Le recrutement des patients ne repose pas que sur un savoir faire, le faire savoir y est directement lié.

Si le rapport Larcher marque la force d'attraction du modèle privé non lucratif dans la réflexion sur l'évolution de la gestion hospitalière publique mais également privée, il n'en demeure pas moins que le secteur PSPH doit continuer d'être reconnu dans le paysage futur de l'organisation hospitalière. Une adaptation rapide aux conditions d'évolution est indispensable.

CONCLUSION

La prise de conscience de l'importance des enjeux est un élément fondamental. Elle se concrétise par l'implication de chaque actrice et acteur du PMSI et son application à renseigner celui-ci, à se faire aider et conseiller par le département d'information médicale (DIM) en cas de besoin.

Après l'acrostiche basique et toujours d'actualisé du PMSI :

PMSI = Précisément – Meticuleusement – Sérieusement - Impérativement

voici l'équation universelle du DIM (RAF = Cte) :

Rigueur + Anticipation + Formation = Constante