

10.3. LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION : ÉTAT DES LIEUX DES DÉPENSES ET DES CAPACITÉS AVANT LE PASSAGE EN T2A

Les soins de suite et réadaptation (SSR) correspondent aux activités de soins anciennement regroupées sous le terme « moyen séjour ». Les prises en charge dont bénéficient les patients en SSR ont pour caractéristique d'être pluridisciplinaires et globales. Elles impliquent de nombreux intervenants : personnel médical, soignant, de rééducation, et l'accès à des équipements et plateaux techniques spécialisés et coûteux. Leur finalité est le retour de patients présentant des déficiences ou des limitations de capacités vers leur lieu de vie. Les SSR visent à prévenir ou à atténuer, les conséquences de ces limitations - fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales - et à promouvoir la réadaptation et la réinsertion des patients. Ils s'inscrivent ainsi, dans les filières de prise en charge, en aval des soins de courte durée et en amont du retour à domicile, ou de l'admission en unités de soins de longue durée (USLD) ou en établissement médico-social.

Les versements de l'assurance maladie pour les prises en charge de SSR ont atteint 7 milliards d'euros en 2010, soit 10% de l'ONDAM hospitalier (cf. graphique 2).

Le secteur des SSR connaît un développement continu et important ces dernières années

Une augmentation à deux chiffres pour l'ensemble des modalités de prise en charge en SSR ces cinq dernières années

En 2009, les établissements de santé ont pris en charge près d'un million de séjours en hospitalisation complète en SSR, soit une hausse proche de 10% par rapport à 2005, et 2,3 millions d'hospitalisations partielles, soit une augmentation de plus de 40% du nombre de venues en cinq ans. Il résulte de ces évolutions une augmentation appréciable au cours des dernières années de la part⁷⁴ des alternatives à l'hospitalisation dans le total des prises en charge : celle-ci atteint 7,4 % en 2009. Le nombre de consultations externes en SSR, qui s'établit à près de 500 000 en 2009, a également fortement augmenté, avec une hausse de 15% en 5 ans. La file active⁷⁵ des patients en hospitalisation complète ou partielle (730 000 patients en 2009) a ainsi augmenté de plus de 26% sur la période 2005-2009 (cf. tableau 1).

Si ces évolutions notables peuvent être observées pour l'ensemble des secteurs hospitaliers, elles sont tirées par le secteur privé lucratif, dont la file active des patients hospitalisés en SSR a presque doublé en 5 ans. Ce secteur a pris en charge en 2009 environ un tiers des hospitalisations en SSR, soit une hausse de 17% du nombre d'hospitalisations complètes et de 87% du nombre d'hospitalisations partielles sur la période 2005-2009.

Cette évolution très dynamique du nombre de prises en charge en SSR est pour partie liée à l'application du nouveau modèle de financement des soins de courte durée, la tarification à l'activité, ou T2A MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), qui, en fondant les recettes perçues par les établissements de santé sur leur activité effective, les a incités à réduire la durée moyenne des séjours (DMS) en médecine et en chirurgie, en particulier dans les secteurs public et privé non lucratif, avec une baisse de 6% de la DMS entre 2005 et 2009 (cf. graphique 1). De ce fait, les patients sont désormais transférés plus rapidement vers les services de SSR.

⁷⁴ Nombre de venues en hospitalisations partielles et en ambulatoire dans le total des prises en charge (hospitalisations partielles, ambulatoire et hospitalisations complètes, mesurées en nombre de journées)

⁷⁵ Nombre de patients vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres des équipes soignantes, quels que soient le nombre et la durée des prises en charge.

Tableau 1 – Capacités et activité hospitalières de SSR en 2009, et évolution depuis 2005

	2009				Evolution 2005-2009				
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Total	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Total	
capacités d'accueil	Lits HC	40 723	28 082	30 116	98 921	8%	20%	2%	9%
	Places HP	2 036	2 047	3 559	7 642	41%	65%	18%	34%
	nombre maximum de personnes pouvant être prises en charge sur les plateaux techniques de...								
	...Kinésithérapie et physiothérapie	7 606	7 954	8 875	24 435	20%	31%	20%	23%
	...Ergothérapie	2 211	1 577	2 632	6 420	42%	50%	24%	36%
	...Balnéothérapie	1 605	2 206	2 031	5 842	27%	28%	5%	19%
Activité	Admissions HC (en milliers)	388	302	263	953	10%	17%	1%	10%
	Journées HC (en milliers)	12 560	9 645	8 802	31 007	7%	22%	0%	9%
	Venues HP (en milliers)	580	684	1 065	2 329	34%	87%	25%	41%
	Venues ambulatoires (en milliers)	36	49	62	147				-20%
	% alternatives à l'hospitalisation	5%	7%	11%	7%				22%
	Consultations (en milliers)	347	3	142	492	15%	29%	14%	15%
	File active HC+HP (en milliers)	267	243	220	730	34%	47%	3%	26%
Utilisation des capacités	Durée moyenne des séjours HC	32	32	34	33	-3%	4%	-1%	0%
	Journées par lits HC	308	343	292	313	-1%	1%	-2%	0%
	Taux d'occupation des lits HC	87%	96%	82%	88%	0%	1%	-1%	0%
	Venues par place HP	285	334	299	305	-5%	13%	6%	5%

HC : hospitalisation complète ou de semaine – HP : hospitalisation partielle (de jour ou de nuit)

Source : Traitement DSS sur données administratives SAE 2005 et 2009, France entière, DREES

Graphique 1 – Evolution de la durée moyenne* de séjour en MCO sur la période 2005-2009



* La DMS est calculée comme le rapport du nombre de journées d'hospitalisation sur le nombre de séjours

Source : Traitement DSS sur données administratives SAE 2005 et 2009, DREES

Tableau 2 – Age moyen et médian des patients pris en charge en SSR en 2009

	Hospitalisations			Séances
	Ensemble	complètes	partielles	
Age Moyen	67,4	70,6	47,8	41,2
Age médian	73	76	51	46

Source : PMSI 2009, ATIH

Parmi les explications du développement dynamique des SSR figure également le vieillissement de la population. L'activité SSR est en effet à forte composante gériatrique : la moitié des patients pris en charge en hospitalisation complète en SSR ont ainsi plus de 76 ans (cf. tableau 2).

Cette activité dynamique s'est accompagnée d'un développement important des capacités d'offre hospitalière en SSR

Entre 2005 et 2009, le nombre de lits d'hospitalisation complète en SSR a augmenté de 9%, pour s'établir à près de 100 000 en 2009, et le nombre de places d'hospitalisation partielle de 34%, pour atteindre 7 600 en 2009. Là encore, les évolutions sont nettement plus fortes dans les établissements privés lucratifs (respectivement +20% et +65% en 2009). Toutefois, le secteur public continue de concentrer la plus grande part des lits d'hospitalisation (41%) et le secteur privé non lucratif de rassembler la plus grande part des places d'hospitalisation partielle (47%). Les capacités d'accueil des plateaux techniques ont également beaucoup augmenté : d'environ 20% pour les plateaux de kinésithérapie et les balnéothérapies à plus de 35% pour les plateaux d'ergothérapie (cf. tableau 1).

Si le nombre d'hospitalisations par lit est resté stable sur la période, le nombre de venues par place a augmenté de 5%, permettant ainsi un accroissement des capacités d'hospitalisation partielle un peu moins important que l'augmentation de l'activité.

Les dépenses de SSR ont connu une évolution modérée et devraient prochainement voir leur mode de financement réformé

Les versements de l'assurance maladie aux structures SSR ont connu sur la période récente une croissance modérée au regard de l'évolution de l'activité

Entre 2007 et 2010, les montants versés aux structures SSR par l'assurance maladie ont connu une évolution moyenne de 3,7% par an, supérieure à celle de l'ONDAM hospitalier (2,8% par an). L'évolution des dépenses d'assurance maladie est toutefois très différente selon le secteur d'hospitalisation considéré.

- Les activités de SSR des établissements de santé publics⁷⁶ sont actuellement financées forfaitairement par une dotation annuelle de financement (DAF), qui n'a connu qu'une augmentation modérée (+2,5%) sur la période 2007-2010. Ce modèle de financement a ainsi permis de contenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie pour les SSR malgré l'augmentation importante du nombre de prises en charge sur cette période.
- Les établissements privés, dont l'activité de SSR est financée par des prestations journalières, ont vu leurs recettes augmenter de manière beaucoup plus soutenue durant cette période, avec une hausse de 8,1%. (cf. graphique 2).

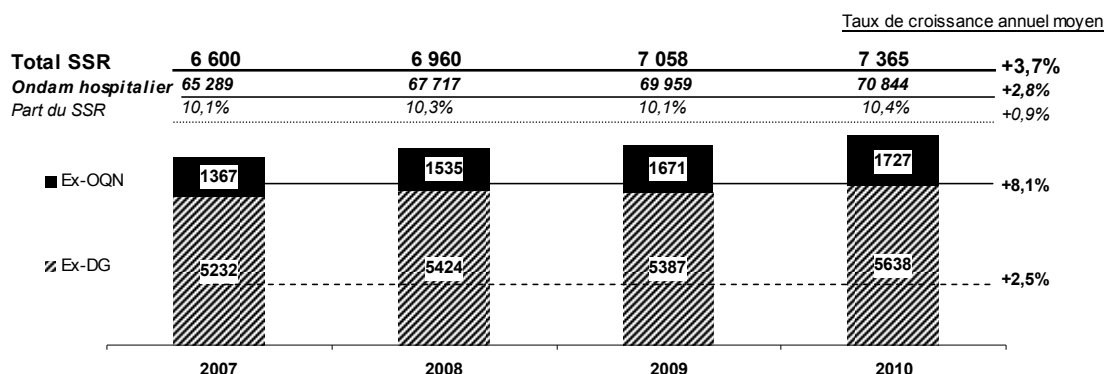
Le passage des SSR à la tarification à l'activité est imminent...

La tarification à l'activité (T2A) sera instituée dans le financement des structures de SSR à partir de mars 2012. Comme pour le champ MCO, la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation vise à remédier à certains effets pervers des systèmes de financement précédemment décrits :

- Si la dotation globale permet une certaine maîtrise des dépenses d'assurance maladie, elle présente néanmoins le défaut majeur de figer le financement des structures publiques de SSR par rapport à leur situation initiale, et conduit soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives.

⁷⁶ Le terme « établissements publics » désigne ici, par abus de langage, l'ensemble des établissements anciennement financés par dotation globale (ex-DG) et le terme « établissements privés », les établissements anciennement sous objectif quantifié national (ex-OQN).

Graphique 2 – Evolution 2007-2010 des dépenses de SSR de l'assurance maladie (M€)



Source : Outil de suivi des délégations des enveloppes hospitalières ARBUST, ATIH, pour les dépenses des établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (ex-DG) – Traitement DSS des données comptables des régimes d'assurance maladie pour les établissements anciennement sous objectif quantifié national (ex-OQN). *Note* : les montants indiqués pour le secteur ex-OQN ne comprennent pas la rémunération des médecins libéraux, tandis que les montants indiqués pour le secteur ex-DG incluent la rémunération des médecins salariés. Ces montants ne sont donc pas directement comparables.

Encadré 1 – Le compartiment activité du modèle cible de la T2A SSR

Le compartiment activité comprend les séjours de SSR, auxquels sont associés des tarifs.

Les séjours d'hospitalisations complète et partielle en SSR sont décrits à travers un recueil d'informations, obligatoire pour l'ensemble des établissements, qui permet d'apprécier l'activité sur un plan quantitatif (volume d'activité) et sur un plan qualitatif (indicateurs médicalisés).

Les données recueillies sont organisées en résumés hebdomadaires standardisés (RHS), décrivant, par semaine, les caractéristiques de la prise en charge de chaque patient. En SSR, le séjour hospitalier est ainsi couvert par un ou plusieurs résumés hebdomadaires en fonction de la durée de l'hospitalisation. Le codage des pathologies utilise la classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10), celui des actes médicaux la classification commune des actes médicaux (CCAM) ; les actes de rééducation et de réadaptation sont décrits dans le catalogue des activités de réadaptation-rééducation (CdARR).

Les RHS sont dans un premier temps classés dans une *catégorie majeure clinique* (CMC) en fonction de trois variables caractérisant la morbidité principale (finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale et affection étiologique), puis dans un *groupe de morbidité dominante* (GMD) déterminé selon l'analyse des diagnostics renseignés en morbidité principale (et éventuellement en diagnostics associés significatifs). Ce classement ne permet toutefois pas de traduire la lourdeur des prises en charge médicales qui, précisément dans ce secteur d'activité, est multifactorielle, la prise en compte d'autres facteurs est donc nécessaire. Un indicateur de valorisation de l'activité (IVA) en SSR qui attribuent des points d'activité aux journées de présence, selon la combinaison de huit variables explicatives des coûts journaliers des prises en charge en SSR, a donc été construit. Les variables utilisées sont les suivantes :

- 1- le résultat du groupage du RHS en GMD,
- 2- la classe d'âge,
- 3- le score de dépendance physique (habillage, déplacement, continence, alimentation),
- 4- le score de dépendance cognitive (comportement, relation-communication),
- 5- le score des activités de rééducation-réadaptation (selon le CdARR),
- 6- l'existence d'une comorbidité ou d'un acte valorisant,
- 7- le type de finalité de prise en charge (réadaptation fonctionnelle / autre),
- 8- le type d'hospitalisation (complète ou partielle).

Les interactions entre ces variables étant fortes, les points IVA ne sont pas attribués de manière uniforme pour une variable donnée dans tous les GMD, mais modulés en fonction des autres variables. Au final c'est une matrice de plus d'un million de combinaisons qui croise l'ensemble des cas de figure.

Un « score » IVA est ainsi attribué à chaque journée de présence et multiplié par le nombre de journée du RHS. Pour une période de temps donnée, le nombre de points IVA d'un établissement donné correspond à la somme des points attribués à chacun de ses RHS.

Pour le compartiment activité, les recettes des établissements SSR seront déterminées en fonction du nombre de points IVA produits.

Source : ATIH

- Le modèle du prix de journée conduit les établissements à optimiser l'utilisation de leurs capacités d'accueil, parfois au détriment de la pertinence des soins. Par ailleurs, les tarifs des prestations journalières des établissements sont variables d'une région à une autre en fonction des négociations menées entre l'assurance maladie et les professionnels (le prix moyen de journée SSR variait ainsi de 159 € à 259 € en 2008, en France métropolitaine) ce qui limite la lisibilité et dégrade l'équité du financement des soins.

Les deux dispositifs coexistants d'allocation des ressources aux établissements SSR ne sont ainsi ni comparables, ni compatibles et freinent en conséquence les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier. La réforme du financement des soins de suite et de réadaptation vise ainsi à rétablir une équité de traitement entre les secteurs public et privé. En liant directement les recettes des établissements à l'activité effectuée, elle introduit un financement sur une base davantage médicalisée, et devrait inciter les acteurs hospitaliers à conduire les adaptations nécessaires à une meilleure maîtrise des coûts.

...mais son introduction sera progressive...

Le modèle cible de la T2A en SSR devrait comporter quatre compartiments : activité, MIGAC⁷⁷, molécules onéreuses et dispositifs médicaux, plateaux techniques et ateliers d'appareillage très spécialisés. Ces deux derniers compartiments regroupant des éléments qui ne peuvent être intégrés dans les tarifs des séjours du fait de leur rareté et de leur hétérogénéité.

Lors de sa première année d'application, en 2012, la T2A SSR devrait ne porter que sur les compartiments « molécules onéreuses » et « MIGAC ». Les compartiments « activité » et « plateaux techniques spécialisés » seraient introduits l'année suivante, après la réalisation de travaux techniques complémentaires.

Sans attendre la mise en place de la T2A, des modulations des dotations annuelles, pour le secteur public (5% en 2011), et des tarifs journaliers (0,51% en 2011), pour le secteur privé, ont été opérées dès 2009 en fonction d'une mesure de l'activité de SSR (IVA : indice de valorisation de l'activité) compatible avec ce schéma cible (cf. encadré 1).

...et devra s'accompagner de diverses mesures de régulation

L'impact de la mise en place de la T2A SSR intervient dans le contexte du dynamisme de cette activité et de la progression de sa place dans les filières de soins. Afin de contrôler l'augmentation des dépenses d'assurance maladie pour le financement de ces prises en charge au cours des prochaines années, des mesures complémentaires de régulation de l'offre comme de l'activité sont d'ores et déjà mises en œuvre :

- Une instruction a été diffusée en 2010 auprès des agences régionales de santé (ARS) afin de sécuriser les démarches d'autorisation et d'accorder des objectifs quantifiés d'offre de soins plus réalistes. Les capacités, notamment dans le secteur privé lucratif, avaient en effet beaucoup augmenté suite à l'ouverture, en 2008 et 2009, d'une fenêtre exceptionnelle d'autorisation de création de lits d'hospitalisation complète ou de places d'hospitalisation partielle en SSR, dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui déterminent la répartition territoriale des activités de soins et des équipements matériels lourds susceptibles d'être autorisés en quantifiant les objectifs auxquels cette offre de soins doit répondre (cf. tableau 3).

- La LFSS de 2011 a introduit la possibilité de cibler certaines activités de soins de suite et de réadaptation par des procédures de mise sous accord préalable (MSAP) fondées sur des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) afin de limiter le nombre d'hospitalisations non nécessaires pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie (cf. encadré 2).

⁷⁷ Missions d'intérêt général (dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation -MERRI) et aides à la contractualisation

Tableau 3 - Evolution 2007-2009 des lits d'hospitalisation complète en SSR, par secteur et par région (France métropolitaine)

	Nombre de lits 2009	Part de chacun des secteurs 2009			Evolution 2007-2009		
		Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Alsace	2 747	32%	64%	4%	4%	0%	1%
Aquitaine	5 239	30%	29%	41%	-1%	2%	3%
Auvergne	2 233	51%	40%	9%	-3%	1%	13%
Basse-Normandie	2 082	42%	20%	38%	4%	-8%	7%
Bourgogne	2 606	49%	19%	32%	4%	-7%	13%
Bretagne	4 777	47%	43%	10%	3%	1%	10%
Centre	3 770	46%	24%	29%	4%	-8%	19%
Champagne-Ardennes	1 365	68%	20%	13%	0%	110%	11%
Corse	533	22%	0%	78%	-13%		29%
Franche-Comté	1 599	58%	25%	17%	4%	4%	27%
Haute-Normandie	2 443	43%	32%	24%	3%	-6%	42%
Ile-de-France	16 494	49%	27%	24%	1%	-3%	23%
Languedoc-Roussillon	5 109	22%	32%	46%	3%	-5%	5%
Limousin	1 148	70%	23%	7%	4%	-3%	161%
Lorraine	3 329	45%	46%	9%	7%	0%	2%
Midi-Pyrénées	4 905	41%	19%	40%	5%	-3%	6%
Nord-Pas-de-Calais	5 263	48%	34%	18%	2%	5%	12%
Pays de la Loire	4 847	52%	40%	8%	2%	-1%	0%
Picardie	2 752	49%	39%	12%	6%	-7%	194%
Poitou-Charentes	2 348	56%	22%	23%	0%	10%	-2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10 648	16%	25%	59%	7%	0%	4%
Rhône-Alpes	9 635	45%	36%	18%	1%	1%	24%
France métropolitaine	95 872	42%	31%	27%	2%	-1%	11%

Source : Traitement DSS sur données administratives SAE 2007 et 2009, DREES

Encadré 2 – Les mises sous accord préalable des prestations d'hospitalisation de SSR

Les MSAP SSR, introduites par l'article 63 de la LFSS pour 2011, poursuivent un double objectif :

- L'harmonisation des pratiques médicales et le renforcement de l'application des référentiels de bonnes pratiques médicales de la HAS (publiés en 2006).
- La diminution du nombre d'hospitalisations non justifiées, pour les indications pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge de façon préférentielle en cabinet de ville par un masseur-kinésithérapeute libéral.

Quatre gestes chirurgicaux et orthopédiques sont ciblés en 2011 par ce dispositif :

- L'arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (en 1^{ère} intention),
- La chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs,
- La ligamentoplastie du croisé antérieur du genou,
- L'arthroplastie de la hanche par prothèse totale de hanche (1^{ère} intention).

Les MSAP portent sur l'établissement qui admet le patient et qui exécute la prestation et non pas sur le prescripteur.

La durée maximum des procédures de MSAP est de six mois.

Si l'accord préalable n'est pas délivré, le patient doit être réorienté. Si la structure réalise la prise en charge en dépit du refus de délivrer l'accord préalable, elle ne recevra aucun versement de l'assurance maladie. Les procédures de MSAP ont d'ores et déjà démontré leur efficacité dans le domaine de la chirurgie ambulatoire notamment.

Source : Cnam