

Etude Nationale de coût - PMSI SSR.

Programme de médicalisation du système d'information

en

Soins de suite ou de réadaptation

....

Etude Nationale de Coût - PMSI SSR

....

Exploitation du premier semestre 2000

Relative aux établissements de santé sous dotation globale.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère de la santé, de la famille
et des personnes handicapées.**

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Depuis le 1^{er} juillet 1998, les établissements publics et privés sous dotation globale ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation (SSR) produisent des résumés hebdomadaires anonymisés (RHA), dans le cadre du PMSI SSR.

La production des RHA permet de classer les journées produites dans les établissements au sein des groupes homogènes de journées (GHJ). Ces GHJ, au nombre de 279, constituent la classification médico-économique du PMSI SSR.

Cette première étape dans la mise en œuvre du PMSI SSR doit s'achever par la généralisation du recueil des RHA au secteur de l'hospitalisation privée SSR sous objectif quantifié national (OQN).

La deuxième étape du processus consiste en la production d'un outil permettant de valoriser économiquement les GHJ. Cet outil est **l'échelle nationale des coûts SSR**. L'étude nationale des coûts SSR (ENC SSR) permet sa construction et sa réactualisation chaque année.

Ce rapport présente les premiers résultats de **l'ENC SSR** relative aux établissements sous dotation globale. Ces résultats ont été produits à partir de l'analyse des données transmises, sur la base du volontariat, par 33 établissements, dès le second semestre 2000.

L'ENC SSR ne s'appuie, pour l'instant, que sur un seul semestre. Du fait de cette courte période de recueil et compte tenu de toutes les remarques que ce rapport a formulées, ces premiers résultats devront être exploités avec la plus grande prudence.

Cette publication a pour objet exclusif de porter à la connaissance de tous les partenaires hospitaliers du secteur SSR les premières réflexions issues de l'exploitation des données de l'ENC SSR.

En aucun cas, il ne sera possible d'utiliser cette première échelle comme outil d'allocation budgétaire des établissements.

Cependant, l'expérience acquise et les prochains exercices permettront de faire progresser le modèle d'élaboration de l'échelle des coûts en SSR.

Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Edouard COUTY

Note à l'attention du lecteur :

Ce rapport rend compte des travaux portant sur l'étude nationale des coûts dans les établissements de soins de suite ou de réadaptation sous dotation globale.

Il fournit un premier éclairage complet sur la démarche de construction des coûts et décrit les limites du modèle et de son utilisation.

Ce document a été rédigé avec le souci de permettre une lecture sous plusieurs angles.

La **partie principale** peut se lire de manière continue et tente de suivre une certaine cohérence dans le déroulement de notre propos. Elle n'impose pas de connaissances trop spécialisées.

L'**annexe technique** « Méthodologie » se réfère au développement plus pointu de nombreux points précédemment exposés. Lors de la lecture de cet ouvrage, l'on peut ainsi s'y référer dès qu'un approfondissement est souhaité.

Enfin, outre la classique **table des matières** ci-dessous, un **index** des tableaux et graphiques complète cet ensemble pour pouvoir effectuer si besoin une lecture plus ciblée dans un second temps.

TABLE DES MATIERES.

SYNTHÈSE ET RÉSULTATS	7
I. L'OUTIL PMSI SSR	7
1. FINALITÉS PREMIÈRES.....	7
1.1 Description de l'activité.....	7
1.2 Corrélation avec les coûts.....	8
1.2.1 Caractériser la production de soins.....	8
1.2.2 Vers un coût unitaire moyen.....	8
1.3 Planification et notion de boîte à outils.....	9
2. HISTORIQUE, SPÉCIFICITÉ ET CLASSIFICATION DU PMSI SSR.....	10
2.1 Historique.....	10
2.2 La classification du PMSI SSR.....	10
2.2.1 Les catégories majeures cliniques.....	11
2.2.2 La segmentation en groupes homogènes de journées.....	11
2.3 Qualités de la classification actuelle.....	12
2.3.1 Homogénéité économique et médicale.....	12
2.3.2 Potentiel descriptif.....	13
II. MODE ET ÉLÉMENTS DE CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON	14
1. LES DONNÉES RECUEILLIES.....	14
1.1 Période initiale de l'étude.....	14
1.2 Données PMSI SSR.....	14
1.3 Spécificités du modèle ENC SSR.....	14
1.3.1 Un recueil complémentaire d'activité.....	14
1.3.2 Les données comptables.....	14
2. LA CONSTRUCTION DES COÛTS.....	15
2.1.1 L'unité médicale du patient.....	15
(i) Les services médico-techniques.....	15
(ii) Affectation directe de certaines dépenses.....	15
2.1.2 Les coûts de logistiques.....	15
2.1.3 Le coût de structure.....	15
3. LES ÉTABLISSEMENTS ET LE CASE-MIX DE LA BASE.....	16
3.1 Les établissements volontaires.....	16
3.2 Le profil des participants.....	17
3.3 Le case-mix de l'échantillon.....	18
(i) Approche par CMC.....	18
(ii) Approche par GHJ.....	19
(a) Les GHJ produits par peu d'établissements.....	19
(b) Les GHJ faiblement produits.....	19
(c) Approche combinée.....	20
III. APERÇU DE LA MÉTHODE ET CHOIX TECHNIQUES	23

IV.	VERS UNE PREMIÈRE ÉCHELLE.....	24
1.	L'ÉVENTAIL DES COÛTS PAR GHJ.	24
1.1.	<i>Bilan descriptif de cette première échelle de coûts.....</i>	<i>24</i>
1.1.1	Analyse de la courbe principale.	25
(i)	Les GHJ entre 150 et 200 euros.	25
(ii)	Les GHJ entre 200 et 300 euros.	25
(iii)	Les GHJ entre 300 et 350 euros.	25
1.1.2	Analyse des extrêmes.	25
(i)	Les GHJ non valorisés.	25
(ii)	Les GHJ inférieurs à 150 euros.	25
(iii)	Les GHJ au-delà de 350 euros.....	25
1.2	<i>Commentaires sur la distribution des coûts.</i>	<i>26</i>
1.2.1	Une dispersion limitée.	26
1.2.2	La hiérarchie des coûts par classe de GHJ.....	26
2.	SIMULATIONS RÉGIONALES.	28
2.1	<i>La base ENC comme région fictive.....</i>	<i>29</i>
2.1.1	La faiblesse des effets de taille et de statut.....	30
2.1.2	La spécialisation en rééducation-réadaptation fonctionnelle.	30
2.1.3	Les établissements aux extrêmes.....	30
(i)	Leur profil d'activité.....	31
(ii)	Leur structure de coût.	32
2.2	<i>Une région test.....</i>	<i>34</i>
2.3	<i>Bilan des simulations.....</i>	<i>35</i>
V.	LES LIMITES DU MODÈLE.....	36
1.	LA CLASSIFICATION EN GHJ.....	37
2.	LA QUESTION DE L'ÉCHANTILLON ET DES SITES SINGULIERS.	38
3.	LA RÉÉDUCATION ET LA RÉADAPTATION FONCTIONNELLE.	39
4.	QUALITÉ DES DONNÉES.....	40
5.	LE MODÈLE DE RETRAITEMENT COMPTABLE.....	41
VI.	PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT.....	42

ANNEXE N° I	MÉTHODE	43
A.	MODÈLE DE CALCUL DES COÛTS	43
1.	ARCHITECTURE GÉNÉRALE DU MODÈLE	43
2.	CALCUL DU COÛT D'UNE PÉRIODE DE SÉJOUR	43
2.1.	<i>Le coût médical</i>	44
2.1.1	La section d'analyse clinique	44
2.1.2	La section d'analyse médico-technique	44
2.1.3	Les autres dépenses	45
2.2	<i>Le coût logistique</i>	46
2.3	<i>Le coût de structure</i>	47
B.	ENREGISTREMENT ET TRANSMISSION DES INFORMATIONS	48
1.	LA RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION FONCTIONNELLE POLYVALENTE	48
1.1	<i>Le temps collectif</i>	49
1.2	<i>Le recueil éventuel des médecins en CdARR</i>	50
2.	LES AUTRES ACTES MÉDICO-TECHNIQUES	51
2.1	<i>Activité du laboratoire</i>	51
2.2	<i>Activité d'imagerie</i>	51
2.3	<i>Activité d'explorations fonctionnelles</i>	52
2.4	<i>Autres actes médico-techniques</i>	52
3.	LES CONSOMMABLES MÉDICAUX	53
4.	LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTÉRIEURS À L'ÉTABLISSEMENT	54
5.	LA MESURE DE LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS LES POINTS SIIPS	55
C.	QUALITES DES DONNÉES FINANCIÈRES ET MÉDICALES	56
1.	LE POIDS DES DÉPENSES DE PERSONNEL	56
2.	L'EXHAUSTIVITÉ DES UNITÉS MÉDICALES	57
2.1	<i>Le recueil des journées de présence</i>	57
2.2	<i>Le recueil des points SIIPS</i>	57
3.	LE RECUEIL DES TEMPS EN RÉÉDUCATION/RÉADAPTATION	59
D.	REDRESSEMENT DES COÛTS	60
1.	LES DÉPENSES DISCRIMINANTES	60
1.1	<i>Clefs de répartition et niveau de discrimination</i>	60
1.2	<i>Les dépenses de logistique discriminent le mieux la base</i>	60
1.3	<i>Dispersion des dépenses du personnel soignant</i>	61
2.	REDRESSEMENT DES DÉPENSES DE PERSONNEL ET INDIVIDUELLES	62
2.1	<i>Ecrêtage des dépenses de certains personnels</i>	62
2.2	<i>Eviction des dépenses individuelles lors du «Trimage»</i>	63
E.	ANALYSE DES COÛTS	65
1.	L'HOSPITALISATION COMPLÈTE ET PARTIELLE	65
1.1	<i>Deux modes d'individualisation de l'hospitalisation partielle</i>	65
1.2	<i>Ecart entre l'hospitalisation complète et partielle</i>	66
2.	DÉCOMPOSITION DU COÛT COMPLET ET VARIANCE EXPLIQUÉE DE LA CLASSIFICATION	67
2.1	<i>Le poids de la logistique générale et du personnel soignant</i>	67
2.2	<i>Coût moyen par CMC</i>	68
2.3	<i>Part de variance expliquée par la classification</i>	68
ANNEXE II	ÈRE ECHELLE NATIONALE DE COÛT SSR	69

SYNTHESE ET RESULTATS.

I. L'OUTIL PMSI SSR.

1. Finalités premières.

« La prise en charge d'un patient atteint d'une affection se manifestant avec une certaine morbidité doit, au moins, pouvoir être financée d'une façon similaire quel que soit l'établissement (accrédité) où il est reçu. »

Cette affirmation pose clairement la volonté des concepteurs de l'outil. Il doit permettre, à terme, la mise en évidence, puis la réduction d'éventuelles inégalités. Le PMSI SSR s'inscrit comme l'un des éléments d'une trousse à outils développée dans le champ des soins de suite ou de réadaptation.

Le lecteur sera, ici, attentif au fait qu'il ne s'agit, dans un premier temps, ni de mesurer le service rendu et de lui affecter les ressources que l'on aurait pu estimer adéquates, ni d'établir de comparatifs entre des activités ou des structures hors du champ SSR.

Il s'agit donc simplement d'éclairer, de mieux utiliser et, par suite, de mieux allouer des ressources. Ces actions peuvent être menées à tous les niveaux : hospitalier, régional ou national.

L'utilisation de cet outil se décline en trois phases : la connaissance des activités, la corrélation avec les coûts et l'identification, voire la régulation, des lieux où elles se réalisent.

1.1 Description de l'activité.

Outre l'obligation faite aux établissements, depuis plus de dix ans, de décrire leur activité, cet aspect est devenu aujourd'hui incontournable :

- Incontournable pour le gestionnaire, dans la vision stratégique d'un établissement, voire d'une région, ou pour le médecin et l'équipe soignante qu'il anime, dans leur connaissance objective des patients et des actions de soins menées à leur égard.
- Incontournable vis-à-vis du citoyen qui est en droit de connaître l'activité d'une structure dans laquelle il pourrait être admis.

Si deux mots pouvaient résumer l'état d'esprit actuel qui sous-tend les exigences de la population et des professionnels vis-à-vis d'un système de s

anté comme le nôtre ; ce serait peut-être : transparence et qualité.

Que ce système de description de l'activité soit perfectible est une évidence, une évidence qui s'appuie sur l'implication et l'appropriation de l'outil par les professionnels. Il n'en reste pas moins qu'il ne peut y avoir de dialogue, d'échange ou de comparaison sans que soit définie une manière commune de décrire ce que l'on observe et ce que l'on fait.

A ce titre, l'éclairage nouveau d'une zone, dont on sait qu'il y existe de multiples activités, ne peut que créer une perturbation certaine. Dégager un bilan d'activité, réalisé dans le cadre d'une approche normative, permet déjà de réels constats. Il paraît également opportun de multiplier les sources permettant de cibler d'autres informations. Les rapprochements obtenus amélioreront ainsi le descriptif et sa pertinence.

Enfin, dans un souci de cohérence du système d'information, nombre d'utilisateurs, notamment intra-hospitaliers, ont déjà été ou pourront être conduits à affiner l'outil PMSI SSR en fonction de leurs besoins. Certains ont choisi de segmenter des items ; d'autres, d'ajouter des variables. Il n'y a pas de règles pour ces niveaux de mesure plus précis ou plus ciblés. Ils dépendent de l'objectif et de ce que l'on veut mesurer. Nous ne pouvons qu'encourager ces démarches.

1.2 Corrélation avec les coûts.

1.2.1 Caractériser la production de soins.

Le PMSI, d'une manière générale, s'appuie sur l'exploitation d'une base nationale de référence. Celle-ci est constituée d'établissements qui ont développé une comptabilité analytique spécifique du PMSI. L'objectif est d'affecter les charges engendrées par la prise en charge des patients, soit directement lorsque cela est possible, soit grâce à des clés de répartition (charges dites indirectes). Des tests de cohérence, de qualité et des techniques de consolidation permettent ensuite d'analyser cette base pour valoriser les coûts moyens des groupes pré-définis (en SSR, ce sont les groupes homogènes de journées : « GHJ »). Ce document est le fruit de cette analyse.

A partir de ces coûts moyens, et en appliquant une règle de trois¹, des points sont affectés à chaque groupe homogène de journée, ce qui permet ainsi de neutraliser l'aspect purement monétaire. Cette notion de point s'apparente alors à celle d'unité d'œuvre synthétisant la production de soins. En hospitalisation de court séjour médecine, chirurgie, obstétrique et gynécologie (MCO), ce point a donc été nommé à juste titre : « indice synthétique d'activité » ou : « point ISA ».

L'ensemble des points ISA permet ainsi de quantifier la production de soins d'un établissement, d'une catégorie d'établissements ou d'une région. Cette approche a le mérite de s'affranchir de l'effet case-mix. Le positionnement des établissements sur des échelles de production différentes peut alors être visualisé.

1.2.2 Vers un coût unitaire moyen.

Si la production de soins peut être caractérisée de manière synthétique grâce à l'ISA, sa valorisation budgétaire doit être cohérente dans l'ensemble des établissements. Un retraitement comptable standardisé permet sa réalisation. Il s'appuie sur la comptabilité générale en vigueur et identifie, au sein d'un budget global hospitalier, une partie définie comme se rapportant aux soins et, en tout cas, réputée moins sensible à l'influence d'autres facteurs.

¹ Un groupe homogène est pris comme référence en lui affectant 1 000 points ISA SSR. Si son coût moyen est de 500 euros, le nombre de points ISA des autres GHJ en découlera relativement à leur coût moyen respectif. Par exemple, un groupe ayant un coût moyen dans la base de référence de 750 euros se verra affecter de 1 500 points ISA SSR.

Ce budget retraité est, ensuite, rapporté à la quantité de soins produits sous la forme d'un nombre de points ISA SSR. Ce ratio définit une valeur du point ISA pour chaque établissement, chaque agrégat d'établissement, chaque région, ... mais aussi pour chaque « ligne de produit » (la notion de ligne de produit doit être comprise comme un ensemble homogène de groupes (GHJ en SSR, GHM en MCO) ayant un volume de production suffisant). Cette valeur représente le coût moyen d'une unité d'œuvre synthétique de production de soins. Cette notion est donc très proche de celle du coût unitaire moyen.

Un intérêt supplémentaire de ce retraitement comptable est de pouvoir identifier, pour chaque établissement, six grands groupes financiers. Ce sont les salaires, les consommables médicaux, l'amortissement et la maintenance du matériel médical ainsi que la logistique s'y rapportant, les activités thérapeutiques et médico-techniques, la logistique générale, l'amortissement des bâtiments et les frais financiers (ce groupe est identifié, mais n'entre pas dans le calcul du point). Un éventuel comparatif plus fin au niveau de ces postes est, par conséquent, envisageable.

Cette valeur du point ISA ne peut raisonnablement connaître une utilisation purement arithmétique. Elle doit, en effet, s'apprécier en fonction d'échelles différentes de production. Au-delà de cette approche de la productivité hospitalière, son utilisation doit rester prudente et éclairée par d'autres indicateurs. Cette remarque est d'autant plus évidente qu'en l'occurrence, l'outil PMSI SSR est encore jeune et que l'échelle nationale de coût PMSI SSR s'appuie sur une base ne représentant, pour l'instant, qu'environ six mois d'activité (pour cette première exploitation) et dont l'effectif est encore limité comme nous pourrions le voir.

1.3 Planification et notion de boîte à outils.

Les deux aspects précédents peuvent être perçus et utilisés dans une approche plus globale. La description de l'activité concourt, en effet, à l'amélioration de la connaissance du « qui fait quoi et où ». La mise en évidence de différences de coûts conduit à s'intéresser au « pourquoi » et, par conséquent, au « comment ».

Le PMSI ne peut être un outil mécanique et arithmétique. Il doit permettre de porter un pré-diagnostic, en intégrant l'environnement dans lequel il est réalisé, et, ensuite, de mieux cibler d'éventuelles actions correctrices à de multiples niveaux. Il s'intègre ainsi naturellement dans une boîte à outils. Celle-ci, construite en fonction d'objectifs préalablement définis, peut constituer une aide indéniable lors de la réalisation de tableaux de bord.

Le décideur peut, par exemple, être conduit à ré-organiser un plateau technique ou, encore, à optimiser la répartition de l'offre de soins dans un secteur donné. Il s'agit là directement de planification.

Les PMSI, dans leur potentiel descriptif, ont également toute leur place dans la contractualisation interne (entre services et direction) au sein d'un établissement, les contrats d'objectifs et de moyens (les « C.O.M. » entre établissements et agences régionales de l'hospitalisation) ou les SROSS.

Enfin, au niveau national, le PMSI MCO du « court séjour » est utilisé, conjointement à d'autres indicateurs (mesure des flux inter-régionaux de patients, estimation des besoins hospitaliers et de santé de la population), pour répartir au mieux, chaque année, l'enveloppe budgétaire entre les régions.

2. Historique, spécificité et classification du PMSI SSR.

2.1. Historique.

La démarche d'extension du PMSI aux soins de suite ou de réadaptation est née en 1991-1992. Il s'agissait d'un modèle tout à fait original qui est, de fait, encore très jeune et quasiment unique en son genre. Au cours de l'année 1993, l'équipe projet du Ministère de la santé, constituée de nombreux professionnels de terrains de tous horizons, a ainsi proposé une première approche d'un recueil de l'information et de la classification PMSI SSR.

Dès 1994-1995, une première expérimentation (qui mêlait le test du recueil et une étude de coût) fut réalisée sur deux périodes de quinze jours chacune et dans quelques établissements volontaires qui avaient déjà développé une comptabilité analytique et possédaient de réelles disponibilités face au recueil de l'activité médicale. Les différents documents officiels concrétisant cette étude et définissant ainsi les modalités de recueil et de groupage du PMSI SSR sont parus en 1997.

Au cours du second semestre 1998, le PMSI SSR a été généralisé à l'ensemble des établissements de santé du secteur soins de suite ou de réadaptation sous dotation globale. Malgré les quelque 80 disciplines d'équipement, et donc la grande diversité des métiers, un recueil standardisé a ainsi été mis en place. Depuis cette date, un bilan minimum d'activité, sous l'angle du PMSI SSR, est adressé chaque semestre et chaque année aux établissements par les autorités de tutelles régionales ; ce sont les tableaux MAHOS SSR.

Les années qui suivirent constituèrent une inévitable phase d'acclimatation. Il ne pouvait alors être question de modifier l'outil durant cette période. De même, le démarrage de l'étude de coût n'a pas été immédiat. Le PMSI SSR étant récent, il était impératif que les acteurs, dans l'ensemble des établissements sous dotation globale, puissent se familiariser avec les différents aspects du codage. L'appropriation de l'outil par ces professionnels permettra de rendre plus pertinente son évolution. Celle-ci passe en effet par deux approches complémentaires : l'exploitation rétrospective de la base nationale et la mise en place d'une étude nationale de coût. Il n'aurait donc pas été opportun d'introduire des modifications avant que ces deux développements aient atteint une certaine maturité.

Au second semestre 2000, l'étude nationale de coût a été initiée. Il a fallu plus d'un an de travail entre les établissements et l'équipe PMSI SSR pour aboutir à une base de données exploitable.

2.2. La classification du PMSI SSR.

La classification du PMSI SSR répond à un objectif de description médico-économique. Sa première version a été réalisée selon une double approche :

- Déterminer, à dire d'expert, des catégories majeures cliniques (CMC) pour lui garantir une homogénéité clinique globale.
- Segmenter les CMC en groupes homogènes de journées (GHJ). Ces groupes permettent de discriminer les résumés hebdomadaires en fonction de la consommation de ressources tout en affinant leur description clinique.

2.2.1 Les catégories majeures cliniques.

Quatorze catégories majeures cliniques (CMC) ont été créées pour couvrir l'ensemble de l'activité en soins de suite ou de réadaptation. Le libellé de ces CMC met en évidence l'orientation de la prise en charge (poursuite de soins médicaux et rééducation, procédure de placement, soins palliatifs, etc.) et la pathologie ayant précédé et motivé la prise en charge (cardio-vasculaire, neuro-musculaire, etc.).

Sur la base d'un langage commun constitué par la CIM-10, le mode de description de l'entité « prise en charge/morbidité/affection du patient » s'effectue à trois niveaux. Ils sont successivement analysés dans l'algorithme. Il s'agit, dans un premier temps, du mode de prise en charge du patient, puis, du retentissement morbide et, enfin, de l'affection étiologique dont il est atteint. Bien entendu, des diagnostics associés, ainsi que des actes médicaux, peuvent être saisis dans d'autres champs.

Une quinzième catégorie majeure, la CM 99, identifie les résumés hebdomadaires qui ne peuvent être groupés (non « groupables ») ou sans objet. Il s'agit en fait d'erreurs ou de résumés dont les trois codages ne sont pas assez précis pour déboucher dans une CMC.

Chaque code CIM-10 ne connaît qu'une et une seule affectation, soit dans une CMC, soit vers la CM 99, si le code est imprécis, voire interdit. La prise en compte de ces codes étant hiérarchisée dans l'algorithme, les catégories sont exhaustives et exclusives car tout patient, une semaine donnée, doit relever d'une CMC et d'une seule.

Tableau 1: Les catégories majeures du PMSI SSR.

CMC	Libellé	CMC	Libellé
11	Cardio-vasculaire	20	Soins palliatifs
12	Neuro-musculaire	30	Attente de placement ou prise en charge de substitution
13	Santé Mentale	40	Réadaptation spécialisée et/ou réinsertion
14	Sensoriel et cutané	50	Soins nutritionnels
15	Viscéral	60	Autres situations
16	Rhumato-orthopédie	80	Gériatrie aiguë
17	Post-traumatique (ostéo-articulaire et brûlés)		
18	Amputation	99	Non « groupable » ou sans objet

2.2.2 La segmentation en groupes homogènes de journées.

Les CMC sont segmentées en groupes homogènes de journées (GHJ) selon plusieurs étapes dans l'arbre décisionnel de l'algorithme :

- L'âge constitue le premier critère, le premier nœud de cet algorithme. Chaque CMC est divisée en deux parties selon l'âge des patients (le seuil a été fixé pour un âge inférieur à 16 ans) à l'exception de la gériatrie aiguë qui identifie un second seuil au-delà de 80 ans.

- La deuxième segmentation se fait sur les groupes de prises en charge cliniques très lourdes (PCTL) ou lourdes (PCL) définies d'après une liste fermée d'actes médicaux ou de diagnostics. Elle permet d'identifier des situations cliniques significativement plus consommatrice de ressources.
- Le troisième nœud différencie des prises en charge de rééducation-réadaptation (PRR) et des prises en charge de rééducation-réadaptation complexes (PRRC) en déterminant, pour chaque CMC, des types de rééducation spécifique et un volume de temps affecté à ces types. Ces groupes sont générés dans toutes les CMC sauf pour la gériatrie aiguë, les soins palliatifs et les autres situations.
- Enfin, le dernier nœud se base sur le score de dépendance physique (obtenu en calculant la somme des quatre dépendances physiques : habillage, alimentation, déplacement et continence) avec un seuil à 12.

Le potentiel descriptif du recueil PMSI SSR est donc large. Il est volontairement axé sur une démarche clinique qui appréhende le patient dans son ensemble. Il s'attache ainsi à décrire le patient, l'affection dont il est atteint et son retentissement ainsi que les morbidités pouvant influencer sur son état de santé et sur la lourdeur de sa prise en charge. Il permet également de relever la dépendance et les actes médicaux réalisés auprès du patient.

2.3. Qualités de la classification actuelle.

2.3.1 Homogénéité économique et médicale.

Le PMSI, d'une manière générale, s'appuie sur une classification dite médico-économique. Elle suit un objectif d'homogénéité à la fois dans son descriptif médicalisé, au sens général du terme, et sur le coût moyen des groupes décrits (en SSR, le PMSI classe les périodes de séjour en groupes homogènes de journée : GHJ).

Les professionnels de terrain qui ont construit de toutes pièces cette première classification ont réalisé, à ce titre, un travail remarquable. La démarche était en effet délicate. Ainsi, un groupe clinique peut sembler homogène alors même que les coûts observés par la suite ne le seront pas et révéleront, par exemple, des pratiques différentes en dehors même d'éventuelles iniquités.

Cette approche initiale, se réalisant à dire d'experts, ne pouvait donc être que globalisante sur les groupes initialement décrits. En effet, vouloir décrire plus finement l'entité : « le patient, sa maladie, son retentissement et sa prise en charge » aurait inévitablement fait courir le risque de ne plus retrouver, finalement, d'homogénéité économique. La première phase de production du PMSI SSR, où nous nous trouvons encore actuellement, fournit cependant un pouvoir évolutif fort à cette classification.

Pour valoriser au mieux ce modèle, il fut également décidé de scinder les séjours en périodes plus courtes et, par conséquent, potentiellement moins sensibles à la variabilité éventuelle du patient et/ou de sa prise en charge. Il existe, en effet, d'importantes évolutions au cours des prises en charge observées, ainsi qu'une durée moyenne de séjour longue et très variable en soins de suite ou de réadaptation.

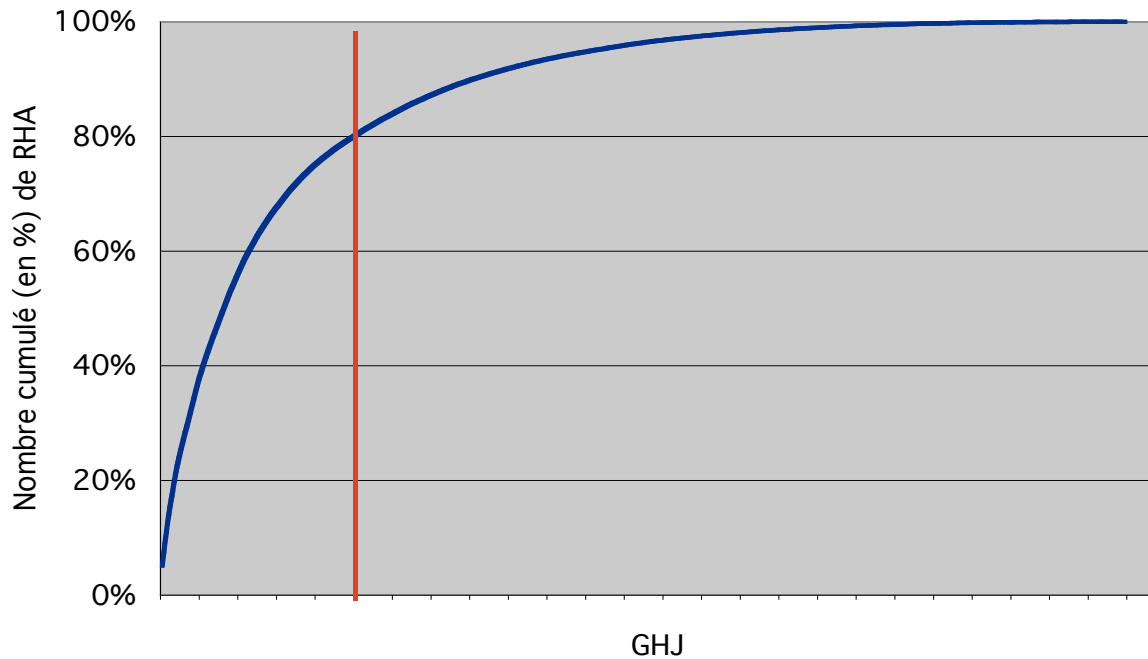
Nous pourrions voir dans quelle mesure cette première classification a pu respecter cet impératif d'homogénéité économique dans la construction initiale des groupes homogènes de journées.

2.3.2 Potentiel descriptif.

L'observation de la production des résumés hebdomadaires (RH) répartis par groupes homogènes de journées (GHJ) confirme les possibilités descriptives de cette première classification du PMSI SSR. En effet, le cumul du nombre de RH produits par GHJ montre clairement que cette distribution suit les analyses de « Pareto », plus communément connues sous le nom de : « loi des 80/20 ».

En effet, 56 GHJ totalisent environ 80 % du volume de production des RHA de la base nationale et représentent 20,4 % des 275 GHJ présents.

Graphique 1: Nombre cumulé de RHA produits par GHJ (en pourcentage).



Il est quelque peu rassurant de faire ce constat alors même que cette classification a été construite en partie à dire d'experts. Eu égard à la répartition observée, la démarche initiale a atteint son objectif : ne pas se tromper dans cette première approche globalisante. L'amélioration de la classification s'envisage ainsi comme une évolution progressive et logique.

Cet éclairage nous permettra également de comprendre plus aisément les difficultés rencontrées lors de la construction des coûts. Certains GHJ décrivent des prises en charge très spécialisées concernant peu de patients et peu d'établissements. Ils sont, de fait, difficiles à valoriser. D'autres GHJ recouvrent des réalités cliniques, certes globalement similaires, mais, sur certaines caractéristiques, vraisemblablement différentes. L'éventuelle homogénéité économique observée peut alors n'être qu'un effet de volume où la corrélation clinique reste grossière.

II. MODE ET ELEMENTS DE CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.

1. Les données recueillies.

1.1 Période initiale de l'étude.

Ce premier développement s'appuie sur le relevé d'une période d'activité relativement courte : le second semestre 2000. Du fait de la montée en charge et des différents correctifs apparus nécessaires lors des premières transmissions, la totalité des données corrigées ne nous est parvenue qu'au cours du premier semestre 2002. L'exploitation complète et finale de cette base ne s'envisageant que sur l'ensemble, elle a donc été réalisée au cours du second semestre 2002.

1.2 Données PMSI SSR.

Les données recueillies sont les mêmes que celles qui sont en vigueur chaque année dans le relevé classique du PMSI SSR. Les formats de résumés hebdomadaires standardisés et « anonymisés » sont publiés sur le site du PMSI. Ils sont constitués de données :

- D'ordre médical : diagnostics, actes, dépendance du patient et temps para-médical dans différentes activités de rééducation.
- D'ordre démographique et environnemental : âge, sexe, provenance, mode de sortie, antériorité chirurgicale, etc.

1.3 Spécificités du modèle ENC SSR.

1.3.1 Un recueil complémentaire d'activité.

Le PMSI SSR identifie 12 activités de rééducation, réadaptation et réinsertion. Il s'agit, en fait, de relever le temps réalisé dans chacun d'eux par des intervenants paramédicaux précis. Conjointement à ce relevé, l'étude de coût relative au PMSI SSR identifie également des temps d'activité par profession sur chaque période de séjours. Cela permet d'analyser le coût par minute des différents intervenants et d'identifier d'éventuelles atypies dans le recueil des données sur les versants de coût et d'activité.

1.3.2 Les données comptables.

Les données comptables relevées dans l'étude de coût sont développées dans l'annexe : « Méthode ». Globalement, il existe des charges que l'on peut affecter directement au patient et d'autres qui sont réparties au prorata du nombre de journées de présence, ainsi qu'en fonction de certaines unités d'œuvre spécifiques de différents postes (par exemple : les points SIIPS pour les infirmières et aides soignantes).

2. La construction des coûts.

L'objectif de cette étude nationale est de produire une échelle de coûts qui tienne compte de la totalité des charges supportées par un établissement de santé. Un tel coût comporte une première partie médicale, une deuxième, constituée des coûts de logistique et une troisième, relative aux structures. Cette dernière n'est, actuellement, pas retenue dans la construction du coût final. L'information est, cependant, recueillie pour ne pas occulter d'éventuels développements futurs. Une étude plus complète est disponible en annexe.

2.1.1 L'unité médicale du patient.

Les dépenses de l'unité médicale, dans laquelle a été hospitalisé le patient, sont repérées dans une section d'analyse clinique. Durant la période concernée, elles sont constituées des dépenses de personnel médical, de personnel soignant, des autres personnels du service, ainsi que des dépenses d'amortissement, d'entretien du matériel, de la logistique et des consommables médicaux.

Ces dépenses sont affectées aux « périodes de séjour » par l'intermédiaire des journées de présence dans les unités médicales et des scores SIIPS, pour les infirmières et aides soignantes, obtenus au cours de la semaine.

(i) Les services médico-techniques.

Les sections d'analyse médico-techniques, prestataires d'actes pour le patient, ont des dépenses qui concernent deux grands types de services :

- Les services de rééducation-réadaptation fonctionnelle polyvalente,
- Les autres services médico-techniques de l'établissement (laboratoire, imagerie, explorations fonctionnelles...).

Les dépenses des plateaux techniques sont ventilées sur les périodes de séjour par l'intermédiaire des unités d'œuvre spécifiques à chaque discipline. Le coût de chaque unité d'œuvre est obtenu en divisant le total des charges directes de la section d'analyse par le nombre annuel total d'unités d'œuvre produites par la section d'analyse.

(ii) Affectation directe de certaines dépenses.

Certaines dépenses sont directement affectées à la période de séjour pour :

- Actes et consultations spécialisés réalisés à l'extérieur de l'établissement,
- Produits sanguins (stables et labiles),
- Prothèses, orthèses et implants achetés ou fabriqués dans l'établissement,
- Médicaments les plus discriminants,
- Transports coûteux (SMUR, hélicoptère).

2.1.2 Les coûts de logistiques.

Les coûts de logistique peuvent être décomposés en dépenses de blanchisserie, de restauration et de gestion générale. Ils sont ventilés au prorata des journées de présence.

2.1.3 Le coût de structure.

Ce coût de structure comporte les frais financiers et l'amortissement des bâtiments. Ce coût n'est pas retenu dans la constitution du coût final.

Les détails de la méthode sont développés en annexe.

3. Les établissements et le case-mix de la base.

3.1 Les établissements volontaires.

En 2000, sur une quarantaine d'établissements volontaires, trente-trois ont pu être intégrés dans la base de référence à la suite de différents contrôles de qualité.

Tableau 2: Les établissements participant à l'étude de coût PMSI SSR publique.

Établissement	Ville	Début	Nb RHA
Association St-François d'Assise	97476 ST-DENIS	Avril	1239
C.H. pneumologique de Chevilly-Larue	94669 CHEVILLY-LARUE	Juillet	1251
C.M.P.R de Bois Larris	60260 LAMORLAYE	Juillet	1931
C.P.R.R.F de Roquetaillade	32550 MONTEGUT	Juillet	1784
C.R.F Notre-Dame	63404 CHAMALIERES	Juillet	2241
Centre de Kerpape	56275 PLOEMEUR	Avril	4120
Centre de l'Arche	72650 SAINT-SATURNIN	Juillet	7129
Centre de Pédiatrie R. Bullion	78830 BULLION	Juillet	2647
Centre Hospitalier de Dax	40107 DAX	Juillet	3549
Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan	40024 MONT-DE-MARSAN	Juillet	3751
Centre Hospitalier du Chesnay	78157 LE CHESNAY	Juillet	1488
Centre Hospitalier Louis Sevestre	37390 LA MEMBROLLE / CHOISILLE	Juillet	3849
Centre Les Escaldes	66760 ANGOUSTRINE/VILLENEUVE DES ESCALDES	Janvier	8023
Centre marin de Pen-Bron	44420 LA TURBALLE	Juillet	3694
Centre Médical de l'Argentière	69610 SAINTE-FOY-L'ARGENTIERE	Juillet	5291
Centre Médical d'Oussoux	43230 PAULHAGUET	Juillet	1376
Clinique L'Angelus	13007 MARSEILLE	Juillet	2364
CRF la Roseraie	46240 MONTFAUCON	Juillet	3194
CRRF de Mardor	71490 COUCHES	Juillet	2987
Groupe Hopale	62601 BERCK-SUR-MER	Juillet	20223
Groupe hospitalier Charles Foix - APHP	94205 IVRY/SEINE	Avril	7818
H. gérontologique de Plaisir Grignon	78375 PLAISIR	Juillet	2475
Hôpital des Charpenes	69603 VILLEURBANNE	Juillet	1932
Hôpital Henry Gabrielle	69565 ST-GENIS-LAVAL	Juillet	5319
Hôpital La Musse	27180 ST-SEBASTIEN-DE-MORSENT	Juillet	6145
Hôpital Léon Bérard	83407 HYERES	Juillet	7000
Hôpital local de Limoux	11300 LIMOUX	Juillet	1513
Hôpital maritime de Berck AP-HP	62608 BERCK-SUR-MER	Juillet	4573
Hôpital Raymond Poincaré AP-HP	92380 GARCHES	Avril	6456
Institut Saint-Pierre	34250 PALAVAS-LES-FLOTS	Juillet	4204
Perle Cerdane	66344 OSSEJA	Juillet	3002
Pouponnière Clairefontaine	77630 ARBONNE LA FORET	Avril	1652
Repos de Virieu	38730 VIRIEU-SUR-BOURBRE	Avril	2149

3.2 Le profil des participants.

Le domaine d'activité du SSR est caractérisé par environ 80 disciplines d'équipements à l'intérieur desquelles se dégagent deux grands secteurs : d'une part, la convalescence, les séjours pour repos et régimes, et d'autre part, la rééducation réadaptation fonctionnelle.

Nous retrouvons, dans le tableau 3, une représentation similaire dans la base actuelle. Il faut, cependant, garder à l'esprit que nombre d'établissements, au-delà de leur discipline dominante, déclarent plusieurs disciplines pour caractériser leurs différents services.

Tableau 3 : Répartition des établissements de l'ENC par discipline dominante.

Discipline dominante	Nombre d'établissements
Alcoologie	1
Convalescence	2
Convalescence et rééducation	2
Maladie à évolution prolongée et rééducation	3
Maladie à évolution prolongée	8
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	17

Sous un autre angle, le tableau 4 représente la répartition des établissements de la base selon leur statut par nombre et par volume de production de RHA.

Tableau 4 : Répartition des établissements de l'ENC par statuts.

Statut	Nbre d'établissements	Nombre de RHA	Total RHA
PSPH	16	81811	90999
Autres privés sous DG	5	9188	
CH	5	13910	45370
CHRU	4	21525	
Autres publics	3	9935	

Enfin, cette première base de référence possède également une certaine diversité relative à l'étendue des grands secteurs d'activités couverts (présentée dans le tableau 5). Un peu plus des deux cinquièmes exercent une activité unique de soins de suite ou de réadaptation.

Deux autres cinquièmes possèdent aussi une activité MCO dite de « court séjour ». Un peu moins d'un dernier cinquième a un autre champ d'activité que le SSR.

Tableau 5 : Répartition des établissements de la base par secteurs d'activité.

Secteurs d'activités partagées.	Nombre d'établissements.
SSR exclusif	15
SSR et MCO	14
SSR et autre	4

Le secteur des soins de suite ou de réadaptation est donc caractérisé par un important polymorphisme que nous retrouvons au sein de cet échantillon.

3.3 Le case-mix de l'échantillon.

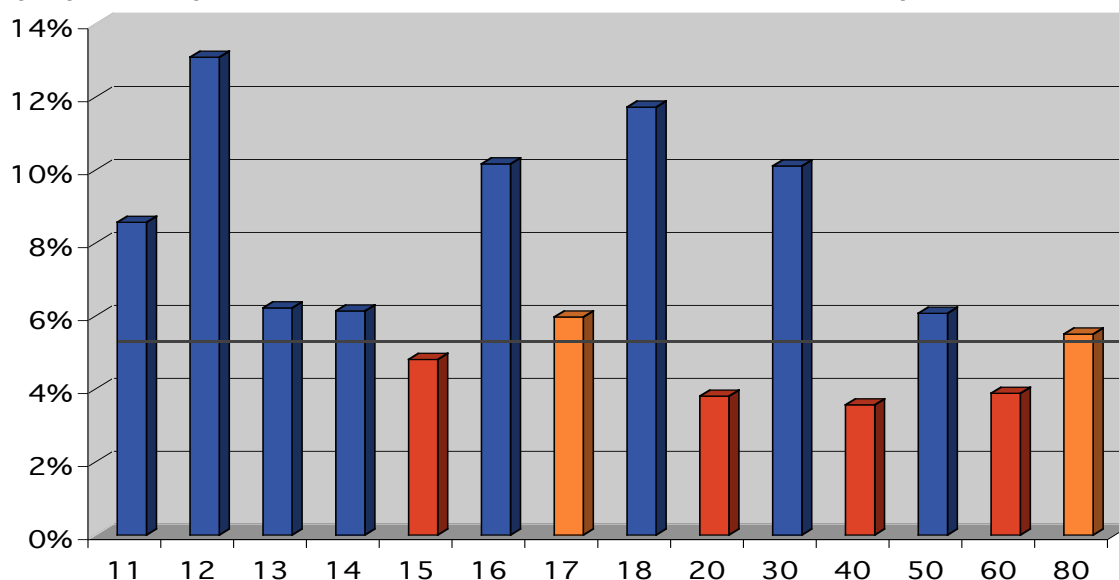
Ces trente-trois établissements ont fourni une base d'environ 135 000 résumés hebdomadaires. Cette première étude a permis d'alimenter l'ensemble des groupes homogènes de journée (GHJ) d'une manière assez semblable à celle de la base nationale.

Cependant, l'analyse du case-mix n'a pas tant pour objectif de décrire l'échantillon que d'identifier ses faiblesses. Nous ne développerons donc pas, ici, un descriptif de répartition des GHJ ou d'activité à la manière des tableaux MAHOS SSR. En revanche, nous avons adopté deux modes de visualisation : le premier par CMC et le second au niveau des GHJ eux-mêmes. Ils nous permettront ainsi de mieux cibler les améliorations à prévoir.

(i) Approche par CMC.

Cette approche permet de centrer l'analyse sur les volumes de production plus importants que représentent les Catégories Majeures Cliniques par rapport aux GHJ. Pour chaque CMC, le pourcentage des RHA de la base ENC dans la base nationale est évalué. Nous avons fixé un seuil arbitraire de 5 %. Il semble refléter assez bien les difficultés de construction rencontrées et qui ont pu être imputées à la faiblesse de l'échantillon concerné.

Graphique 2 : Proportion des RHA de la base ENC dans la base nationale par CMC.



Les CMC dont la production ENC semble insuffisante, selon ce critère, sont les suivantes :

- n° 15 de « Viscéral »,
- n° 20 en « Soins palliatifs »,
- n° 40 de « Réadaptation spécialisée et/ou réinsertion »,
- n° 60 en « Autres situations ».

A un moindre niveau, les CMC n° 17 en « Post-traumatique » (près de 6 %) et n° 80 de « Gériatrie aiguë » (environ 5,5 %) sont également concernées.

En revanche, les CMC n° 12 de « Neuro-musculaire » et n° 18 « Amputations » paraissent bien représentées dans la référence. Elles dépassent les 10 %.

Bien souvent, quelques GHJ sont à l'origine de ces sur ou sous représentations.

(ii) Approche par GHJ.

A ce niveau de description, il faut, en fait, distinguer deux problèmes : l'un au niveau du nombre d'établissements producteurs, l'autre sur le volume de production des résumés hebdomadaires (RHA) par groupes homogènes de journées (GHJ).

(a) Les GHJ produits par peu d'établissements.

Les établissements en SSR étant souvent spécialisés dans un type de prise de charge et, parfois aussi, dans un profil de patient, l'éventail des cas qu'ils traitent ne couvre jamais un grand nombre des GHJ de la classification.

Ainsi, et en dehors des GHJ à effectifs nuls (environ 7 % des GHJ), plus de 20 % des GHJ² ne sont produits, dans l'échantillon, que par trois établissements ou moins. Il faut cependant préciser que l'ensemble des RHA produits dans ces GHJ et par ces établissements ne représente que 2,8 % de la base ENC et 1,5 % de la base nationale. Il s'agit donc d'un pourcentage très faible. Il sera certainement délicat d'augmenter le taux de sondage de ces groupes. Le calcul du coût moyen de la journée de présence de tels GHJ et son interprétation doivent être réalisés avec une extrême prudence dans cette première échelle de coût SSR.

(b) Les GHJ faiblement produits.

Comme nous l'avons déjà vu, un certain nombre de GHJ est peu produit dans la base nationale (en 2000, 79 % du nombre des GHJ ne décrivait que 20 % des RHA produits). Il est alors évident que leur représentation dans la base ENC publique SSR sera également faible et posera, dès lors, des problèmes de construction, voire d'interprétation.

Le tableau n° 6, ci-dessous, s'intéresse à la répartition des GHJ selon le nombre de RHA produits dans la base nationale et dans la base ENC.

Sont identifiés les GHJ absents (dont le nombre de RHA est égal à zéro), ceux dont le nombre est inférieur à 30 dans l'une et l'autre bases. Nous avons ensuite, en colonne, le nombre de GHJ dont le pourcentage de RHA est inférieur ou supérieur à 5 % dans la base ENC par rapport à la base nationale. En ligne, sont individualisés les nombres de GHJ dont le nombre de RHA est inférieur, puis supérieur ou égal à 1000 dans la base nationale.

Tableau 6 : Répartition des GHJ par nombre de RHA au sein des bases ENC et nationale.

		Nbre de GHJ dans la base ENC pour :				Total
		Nb Rha=0	Nb Rha<30	Rha ENC/Rha Nat < 5 %	ENC/Nat > 5%	
Base Nationale	Nb Rha=0	3				3
	Nb Rha<30	7	2			9
	< 1000	11	41	1	42	95
	≥ 1000	1	7	74	89	171
	Total	22	50	75	131	278

² Il s'agit des GHJ : 1, 3, 5, 7, 8, 10, 64, 71, 80, 84, 88, 91, 97, 98, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 119, 128, 149, 169, 183, 184, 185, 186, 200, 205, 206, 208, 209, 211, 218, 221, 222, 227, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 249, 250, 251, 254, 255, 256, 260, 262, 266.

Sur les 23 GHJ absents de la base ENC des établissements sous dotation globale :

- 11 le sont également ou en très faibles effectifs au niveau national (le GHJ 280 est absent puisque sa création est postérieure à l'année de recueil),
- 11 sont, certes présents au niveau national, mais en effectif peu important,
- 1 seul à un nombre de RHA supérieur à 1000 RHA dans la base nationale.

De même, 50 GHJ sont très faiblement représentés dans la base ENC publique (inférieurs à 30 RHA). Au niveau de la base nationale, ces GHJ se répartissent de la manière suivante :

- Seuls 7 d'entre eux sont bien représentés dans la base nationale,
- Les 43 autres sont peu représentés au niveau national.

Malgré un nombre de RHA qui semble suffisant, le « taux de présence » peut, cependant, être faible. De manière tout à fait arbitraire, nous avons choisi de représenter cette éventualité avec, pour le nombre de RHA d'un GHJ dans la base ENC, un seuil de 5 % par rapport à sa représentation dans la base nationale publique. Comme l'indique le tableau 6, tous ces GHJ ont plus de 30 RHA dans la base ENC publique. Pour 75 GHJ, leur nombre de RHA dans l'ENC est inférieur à 5 % de leur production nationale.

Enfin, 131 GHJ sont assez bien représentés dans la base ENC. Ceci est d'autant plus conséquent que le nombre de RHA qu'ils représentent constitue près de 41 % de la base nationale et, surtout, plus de 70 % des RHA de la base ENC.

(c) Approche combinée.

Les deux précédentes approches sont, en fait, utiles à la compréhension des faiblesses structurelles de l'étude. Elles doivent être envisagées conjointement. D'autres éléments entreront aussi dans les développements ultérieurs de l'étude de coût relative au PMSI SSR. La taille des établissements ou leur degré de spécialisation sont, par exemple, des caractéristiques auxquelles il faut s'intéresser.

Le tableau 7 ci-dessous récapitule l'ensemble des GHJ dont le nombre de RHA est inférieur à 30 en référant le nombre de RHA produits dans l'ENC et dans la base nationale publique sur la même période, ainsi que le nombre d'établissements producteurs dans les deux cas.

Son observation met en évidence une faible production de certains GHJ à la fois dans la base ENC publique et au niveau national. Il existe, cependant, une proportion non négligeable de GHJ à faible effectif ENC qui est bien représentée dans la base nationale et par de nombreux établissements.

Certains GHJ ont une représentation correcte dans la base nationale comme, par exemple, le GHJ 220 : « Attente de placement - Age >= 16 ans - Autres - Dépendance physique > 12 ». Ce dernier comporte, sur la même période, non seulement plus de 3 000 RHA, mais est aussi produit par 255 établissements. Cela signifie, en d'autres termes, qu'il existe une production moyenne d'environ 13 RHA par site alors que celle-ci n'est que de 5 RHA par établissement dans la base ENC SSR Publique.

Nous abordons ici rapidement une notion également intéressante : celle de la production moyenne de RHA par établissement et pour chaque GHJ. Il faut cependant préciser que nous nous appuyons sur les numéros FINESS pour repérer un site et que ceux-ci sont parfois le reflet d'un groupe d'établissements et, non pas, d'un seul.

Tableau 7 : Production et producteurs de GHJ dans les bases ENC et nationale (< à 30 RHA sur la base ENC Publique SSR).

CMC	GHJ	Nb RHA ENC	Nb Etab ENC	Nb RHA Nat	Nb Etab Nat
11	5	13	2	211	13
11	6	0	0	52	4
11	7	0	1	151	15
11	8	3	1	112	10
11	280	0	0	0	0
12	31	14	5	237	26
12	32	7	4	89	19
12	36	0	0	46	5
12	37	0	0	19	8
12	38	0	0	5	2
12	59	14	7	395	84
13	63	0	0	26	2
13	71	10	1	250	62
13	80	10	3	1016	177
14	83	0	0	8	1
14	87	0	0	186	19
14	88	7	2	95	11
14	90	29	4	197	22
14	91	21	2	519	83
14	93	28	6	866	65
14	97	17	3	1339	199
14	98	7	2	447	92
14	100	16	6	1307	266
15	105	13	1	95	5
15	106	16	3	100	11
15	107	11	2	88	15
15	108	15	2	41	8
15	113	0	0	35	15
15	114	15	7	352	85
16	128	5	2	344	63
17	149	0	0	12	2
17	157	21	5	281	29
17	158	8	4	468	75
17	172	15	4	106	33
18	183	14	3	247	19
18	184	4	1	76	9
18	185	14	2	268	11
18	186	9	1	133	13
18	187	0	0	36	5
18	188	0	0	65	18

CMC	GHJ	Nb RHA ENC	Nb Etab ENC	Nb RHA Nat	Nb Etab Nat
30	204	0	0	28	1
30	205	1	1	8	3
30	206	13	1	126	5
30	207	0	0	111	9
30	208	20	1	443	10
30	211	7	1	17	11
30	217	0	0	1989	169
30	218	2	1	403	55
30	220	23	5	3362	255
40	222	19	3	185	13
40	227	11	2	530	62
40	235	0	1	372	35
40	236	26	1	188	20
50	237	22	1	374	7
50	239	2	1	659	12
50	242	6	2	294	11
50	244	20	1	46	4
50	246	0	0	5	1
50	247	6	1	81	4
50	250	5	1	139	9
50	251	12	2	526	74
50	253	0	0	639	19
50	254	7	3	1774	46
50	255	8	3	1172	131
50	260	2	2	293	80
50	262	5	1	141	33
50	264	16	6	1266	217
60	265	0	0	33	2
80	273	21	6	734	139
80	275	18	6	673	237

Au regard de ce tableau, il est important de souligner que la faiblesse quantitative de cette échelle de coût concerne, certes, près de 70 GHJ (pour ceux dont le nombre de résumés hebdomadaire est inférieur à 30) ; mais que cela ne représente que 0,5 % du volume de production sur la base ENC SSR publique et 1,2 % pour la base nationale (en nombre de résumés hebdomadaires concernés).

Il existe donc une valeur plancher du nombre de résumés hebdomadaires pour 99,5 % de la base ENC publique. Cela n'augure cependant pas des autres problèmes rencontrés dans l'élaboration de cette échelle de coût.

III. APERÇU DE LA METHODE ET CHOIX TECHNIQUES.

Ce chapitre est une synthèse de l'annexe « Méthode » et notamment du chapitre D sur le redressement des coûts intermédiaires.

Pour pallier les faiblesses de l'échantillon, il a été réalisé une série de redressements sur les éléments constitutifs des coûts moyens. Il s'agissait, en particulier, d'atténuer les effets engendrés par les disparités du recueil et de compenser ceux qui sont dus aux caractéristiques trop particulières et prépondérantes de certains établissements.

Les données d'activité servant de clés de répartition aux charges financières, une moindre qualité du recueil de l'activité clinique ou médico-technique se répercute, en effet, directement sur la valorisation des GHJ.

Par ailleurs, la structure des coûts de logistique et de fonctionnement des établissements est très hétérogène. D'un établissement à l'autre, l'intensité en personnel administratif et technique ou le niveau d'équipement, autre que médical, se traduit par des écarts de coût en « logistique générale », et en « restauration et blanchisserie » très importants qui, conservés tels quels, amoindriraient la pertinence de l'outil.

L'utilisation de techniques de redressement s'avère donc incontournable pour améliorer la performance de l'échelle de coût. Les critères explicatifs sont, notamment, re-hiérarchisés en privilégiant les données ayant trait au patient et à sa prise en charge. Elles permettent, aussi, de gommer une partie des à-coups causés par les défaillances du recueil ou les effets « échantillon », tout en conservant l'information dans son intégralité.

Ces éléments constitutifs du coût moyen final d'une journée de présence sont présentés en euros dans le tableau 8 en identifiant les postes concernés et les solutions adoptées.

Tableau 8 : Redressements des éléments constitutifs du coût moyen des GHJ.

Poste de dépenses	Mode de redressement	Coût redressé
Logistique générale	Standardisation : Moyenne	53.4 par jour
Restauration	Standardisation : Moyenne	4.6 par jour
Blanchisserie	Standardisation : Moyenne	13.7 par jour
Personnel IDE et AS	Ecrêtage : Plafonnement	9.15 le point SIIPS
SAMT de Psychologie	Ecrêtage : Plafonnement	3.05 la minute
SAMT de Nutrition	Ecrêtage : Plafonnement	3.05 la minute
SAMT de Réadaptation	Ecrêtage : Plafonnement	3.05 la minute
Coûts extrêmes	« Trimage » : Technique EMT (Ecart Maximum Toléré)	1.13 % des RHA supprimés

IV. VERS UNE PREMIERE ECHELLE.

1. L'éventail des coûts par GHJ.

1.1. Bilan descriptif de cette première échelle de coûts.

Le graphique n° 3 présente, par ordre croissant, le coût moyen redressé d'une journée de présence de tous les GHJ présents dans la base ENC. En abscisses, sont représentés les GHJ et, en ordonnées, leur coût moyen en euros. Une droite de tendance est également représentée. L'échelle complète est disponible en annexe à la fin de ce document. Elle vous est présentée de plusieurs façons : par GHJ, par coût moyen croissant et par classe de GHJ (PCTL, PCL, PRRC, PRR, Dépendance physique supérieure à 12 et dépendance physique inférieure ou égale à 12).

Graphique 3 : Coûts moyens redressés des GHJ (par ordre croissant).



Pour interpréter cette courbe, nous définirons préalablement trois grandes classes de GHJ, les GHJ « très lourds » sont les GHJ en PCTL et en PRRC, les GHJ « lourds » sont ceux qui sont en PCL, PRR et pour lesquels la dépendance physique est supérieure à 12 et les GHJ « légers » pour les autres GHJ.

Deux points seront développés, le premier sur la partie principale de la courbe des coûts, le second sur ses extrêmes. Ceci permet de définir cinq groupes principaux (voire six, si l'on considère les GHJ à effectifs nuls) que l'on a pu caractériser.

Le tableau 18, référencé en annexe II, présente les coûts des GHJ classés par ordre croissant et les principales caractéristiques des GHJ.

1.1.1 Analyse de la courbe principale.

Sur les 256 GHJ dont la journée de présence a pu être valorisée, 243 ont un coût moyen entre 150 euros (1 000 f.) et 400 euros. La moyenne se situe autour de 229 euros.

(i) Les GHJ entre 150 et 200 euros.

Dans ce groupe, les GHJ sont majoritairement « légers ». Il existe quelques « PRR » que l'on pourrait qualifier de standard. Il concerne une quarantaine de GHJ.

(ii) Les GHJ entre 200 et 300 euros.

Les GHJ de ce groupe sont majoritairement « lourds ». Il intègre quelques 150 GHJ.

(iii) Les GHJ entre 300 et 350 euros.

Ces GHJ sont également des GHJ lourds concernant plutôt les enfants et à effectifs faibles. Ils sont un peu moins de 40 GHJ.

1.1.2 Analyse des extrêmes.

Grâce à la droite de tendance intégrée dans le graphique n° 3, deux cassures sont très nettement mises en évidence sur la courbe de distribution du coût des GHJ : l'une se situe vers les 150 euros, l'autre à 350 euros.

(i) Les GHJ non valorisés.

Les GHJ de ce groupe concernent essentiellement les enfants et sont des GHJ lourds et très lourds. D'autres GHJ sont très spécifiques comme, par exemple, les PCTL en Santé mentale chez l'enfant. Le GHJ 280 concernant le post-opératoire récent en Cardio-respiratoire est, évidemment, absent de cette première exploitation puisqu'il a été créé en 2001.

(ii) Les GHJ inférieurs à 150 euros.

Six GHJ ont un coût inférieur à 150 euros. Ils sont légers, concernent des adultes et la moitié d'entre eux ont des effectifs faibles.

(iii) Les GHJ au-delà de 350 euros.

Ces GHJ concernent les enfants, ont des effectifs faibles et sont lourds, puis très lourds.

Si ces caractéristiques de lourdeur de prise en charge justifient souvent des dépenses de personnel soignant ou individuelles élevées, leurs coûts très supérieurs aux autres GHJ peuvent également s'expliquer par la présence d'établissements singuliers dans la base.

Parmi ces sites, on retrouve un hôpital spécialisé qui possède un bloc opératoire destiné aux grands brûlés et aux greffés du cœur. Du fait de la prise en charge précoce en SSR de ces patients (après leur passage en MCO), des interventions chirurgicales peuvent être réalisées au cours de leur rééducation. Le coût de ce bloc impacte donc, à lui seul, vers le haut le GHJ 91. De même, l'entretien fréquent des pansements pour brûlés engendre des dépenses élevées de personnel soignant.

Un hôpital est, lui, spécialisé dans les enfants handicapés qui ont besoin de poses et d'ajustements de prothèses. Ces gestes techniques sont très consommateurs de temps d'intervenant. Ceci se traduit par des dépenses très élevées de rééducation qui seront entièrement reversées sur une seule journée d'hospitalisation partielle³.

Enfin, un Centre pédiatrique prend en charge des enfants très dépendants et présente des dépenses de personnel soignant souvent très supérieures à la moyenne observée dans le même GHJ.

³ Les poses et ajustements de prothèses sont réalisés lors de venues en hospitalisation partielle.

Ces singularités se répercutent donc sur quelques GHJ de l'échelle, sans que l'on puisse, pour autant, considérer que leur caractère atypique justifierait un redressement de leurs coûts. Il s'agit, ici, de dépenses médicales et non de dépenses liées à la gestion du site ou à de potentielles erreurs de recueil. Les valeurs calculées sont le reflet d'une réalité de terrain qu'il faut conserver, même si le caractère particulier des établissements est avéré.

1.2 Commentaires sur la distribution des coûts.

1.2.1 Une dispersion limitée.

La production d'une échelle de coût débouche sur la valorisation monétaire des résumés hebdomadaires. Le choix initial de valoriser des journées pondérées, et non des semaines de soins, entraîne une réduction des écarts entre les moyennes calculées pour chaque groupe de la classification (GHJ). Comme il est rappelé au chapitre II, le coût final calculé se décompose en une série de dépenses journalières et une série de dépenses rattachées à la consommation propre des patients.

De même, les dépenses de logistique générale, de personnels soignants et de certains paramédicaux de rééducation/réadaptation contribuent également à réduire la dispersion des résultats.

Cette relative concentration des coûts moyens s'explique en partie par le fait qu'il s'agit d'une classification à la journée pondérée. Les coûts moyens présentés dans cette échelle sont donc ceux d'une seule journée de présence. Les écarts sont inévitablement plus resserrés. Si l'on souhaite retrouver le coût d'un séjour complet, il faudra multiplier ce coût moyen par le nombre de jours de présence de l'ensemble du séjour. Les écarts constatés sont alors plus importants.

1.2.2 La hiérarchie des coûts par classe de GHJ.

Cette première base de coût permet d'évaluer si la logique médico-économique qui a conduit à définir des CMC et les GHJ donne des résultats cohérents par rapport à l'homogénéité constatée dans la première étude. Les GHJ étant définis à partir des lourdeurs de prise en charge, on devrait avoir une hiérarchie de coûts par classe⁴ de GHJ conforme à ces critères.

Le tableau n° 9 ci-dessous donne la liste des coûts moyens par classe de GHJ et les écarts entre chaque classe. Une hiérarchie de coût existe bien à l'intérieur de chaque grande classe de GHJ. Ainsi, les GHJ en PCTL ont, en moyenne, un coût plus élevé que ceux qui sont en PCL. De la même façon, il existe une hiérarchie de coût entre les PRRC et les PRR, ainsi qu'entre les GHJ dont la dépendance est supérieure à 12 et ceux dont elle est inférieure ou égale à 12.

⁴ Ces grandes classes de GHJ sont définies ci-dessus dans le 1.1 Bilan descriptif de cette première échelle de coût.

Tableau 9 : Hiérarchie des coûts par classes de GHJ.

Classe de GHJ	Coût moyen	Ecart
PCTL	324	12%
PCL	290	
PRRC	296	25%
PRR	236	
Dépendance Physique > à 12	266	42%
Dépendance Physique ≤ à 12	187	

Il existe également une hiérarchie globale de coût entre :

- Les PCTL, les PRRC et dépendances supérieures à 12,
- Les PCL, les PRR et les dépendances inférieures ou égales à 12

Ce résultat ne permet pas, cependant, de conclure que telle ou telle caractéristique entraîne systématiquement un surcoût. Le groupage se faisant, en priorité, sur la qualité de la lourdeur de prise en charge (PCL et PCTL), les RHA orientés dans ces GHJ pourraient aussi répondre à des critères de PRR ou PRRC.

En revanche, la troisième colonne du tableau identifie les écarts entre les GHJ pris deux à deux⁵. L'écart de coût le plus important (+ 42 %) est celui qui existe entre les deux niveaux de dépendance (inférieur ou égal à 12 et supérieur à 12), en raison de la relation forte entre la dépendance des patients et l'intensité des soins infirmiers. Les dépenses de personnel IDE/AS représentent environ 50 % des coûts d'un service clinique. Leur répartition grâce aux points SIIPS discrimine fortement ces séjours et se répercute au niveau des GHJ.

On trouve ensuite les GHJ en PRRC plus chers de 25 % par rapport aux PRR.

La différence de coût entre PCTL et PCL existe, mais de manière moins prononcée (12 %).

Lorsque l'on observe les écarts par classe de GHJ pris deux à deux dans chaque CMC, cette hiérarchie est assez souvent respectée dans la majorité des cas. La distribution des coûts, par classe de GHJ et par CMC, est représentée dans les tableaux 19, 20 et 21 référencés en annexe II à la fin de ce document.

Ces différences de coût sont donc rassurantes et confortent les choix méthodologiques initiaux. L'utilisation de clefs de répartition par type d'intervenants (IDE/AS, rééducateurs), ainsi que le suivi des prestations et consommations individuelles, permet de relier la lourdeur des prises en charge aux ressources engagées. Le redressement des coûts a un rôle prépondérant : en neutralisant les dépenses de logistique générale et en atténuant les à-coups liés à certains défauts du recueil, il conserve l'importance descriptive des variables médicales et renforce la logique médico-économique initiale de l'échelle.

⁵ C'est-à-dire, entre les GHJ appartenant à la même famille sous-divisée en deux niveaux de qualification : « Lourde » et « Très Lourde » pour les prises en charge cliniques, « Complexe » pour les prises en charge de rééducation etc.

2. Simulations régionales.

Dans le cadre de cette première échelle de coûts (coûts moyens à la journée pondérée par GHJ) en SSR, des simulations budgétaires ont été réalisées au sein de la région fictive ENC et d'une région réelle (qui a pu transmettre les données d'activité et les budgets 2000 de ses établissements publics et privés sous dotation globale). Ces simulations nous permettent de visualiser l'impact de l'échelle lors d'une potentielle utilisation budgétaire.

Méthode des simulations régionales.

- Le budget SSR retraité.

A partir du budget global de l'exercice 2001 des établissements, nous isolons la partie des dépenses consacrée à l'activité en soins de suite ou de réadaptation. Ceci nécessite un retraitement du compte administratif permettant d'isoler toutes les dépenses afférentes au SSR, dans lesquelles on retrouve :

- Les dépenses de personnels,
 - Les dépenses médicales, pharmaceutiques et médico-techniques,
 - L'hôtellerie,
 - La logistique générale,
 - Les recettes subsidiaires qui sont déduites.
 - Les autres activités comme le MCO, le long séjour, les écoles, etc., sont identifiées et exclues de ce budget retraité.
- Estimation quantitative de l'activité.

Il faut ensuite mesurer l'activité de l'établissement à partir de l'échelle. Le résumé hebdomadaire (RH) est, ici, la période de référence. Il est caractérisé par deux données :

- Le groupe homogène de journée dont dépend le RH et son nombre de points ISA SSR (score établi, pour chaque groupe homogène de journée, à partir de son coût moyen déterminé dans l'ENC SSR).
- Le nombre de journées de présence dans le RH.

Les semaines de séjour sont ainsi valorisées à partir du nombre de journées que multiplient les points ISA du GHJ concerné. La somme des scores des RH détermine le volume total de la « production en soins » pour l'exercice étudié.

- Le ratio coût /activité.

En rapportant les dépenses à la production de l'exercice, nous obtenons le coût moyen « régional⁶ » de production d'une unité d'œuvre synthétique de soins en SSR. Cette valeur régionale d'un point ISA SSR peut être perçue comme un indicateur de productivité.

Les établissements peuvent alors être positionnés entre eux de deux manières :

- En fonction du coût, c'est-à-dire de la valeur de leur point ISA SSR par rapport à la valeur moyenne régionale du point,
- D'après l'écart entre le budget réel et un budget moyen régional dont disposerait un établissement virtuel produisant la même quantité de soins, mais en prenant la valeur moyenne régionale du point ISA SSR pour reconstituer un budget.

⁶ Le raisonnement est transposable à d'autres types d'agrégat.

Ces deux approches sont, bien entendu, similaires. L'une prend, pour référence, la valeur moyenne du point ISA SSR régional. L'autre se base sur le budget réel (dont la valeur du point ISA SSR dépend) des établissements pour estimer le différentiel budgétaire.

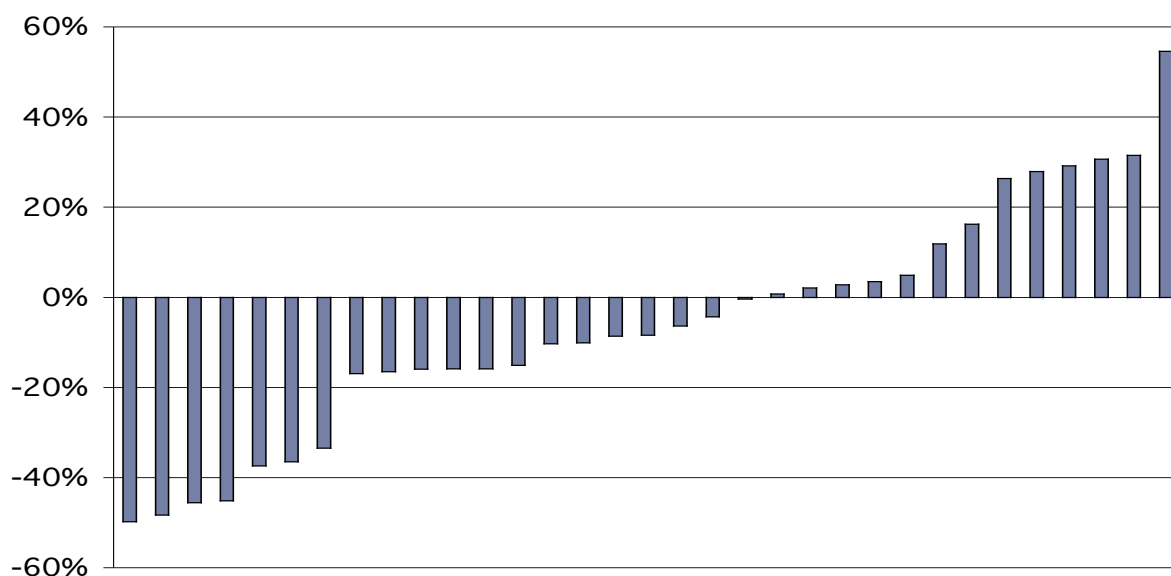
Les simulations sur la région ENC, comme sur une région réelle, mesurent l'écart par rapport à la valeur moyenne régionale (en pourcentage) du point ISA SSR. Elles sont présentées ci-dessous sous forme d'histogrammes où les bâtonnets observés représentent les établissements. Elles situent chaque établissement en fonction de son niveau de sur ou sous dotation théorique par rapport à la moyenne régionale. Par exemple, l'établissement, représenté par un bâtonnet à - 40 %, est théoriquement sous doté de 40 % par rapport à sa région ; s'il est à + 10 %, l'établissement est sur doté de 10 %.

Nous analyserons les tendances et les mécanismes qui entraînent des écarts significatifs. Par commodité de langage, nous utiliserons les termes « sur-dotation » et « sous-dotation » pour qualifier les établissements malgré le caractère trop simpliste de cette terminologie.

2.1 La base ENC comme région fictive.

La première observation que l'on peut faire est que l'amplitude des bâtonnets varie de - 50 % et + 50 %⁷. Elle est donc plus importante qu'en MCO. Dans le cadre de cette première échelle de coût, la région fictive ENC contiendrait donc de fortes inégalités. En d'autres termes, les variations entre budget réel et budget moyen régional (à case-mix équivalent) semblent donc importantes pour certains établissements.

Graphique 4 : Variation de la valeur du point ISA SSR autour de la moyenne – établissements de l'ENC SSR publique.



L'expérience des études en MCO nous a enseigné que le statut juridique et la taille des établissements peuvent être associés à des niveaux de dotation différents. En SSR, ces corrélations sont présentes, mais hiérarchisées différemment et à un moindre niveau. Il s'y ajoute des caractéristiques spécifiques aux nombreuses activités présentes dans ce champ.

⁷ L'établissement le plus « coûteux » se détache cependant très nettement du deuxième plus sur doté, dont le sur coût vaut 32 %. Sachant qu'il a une spécialisation très forte, à cause du profil des patients qu'il prend en charge, on peut considérer son résultat comme très particulier.

2.1.1 La faiblesse des effets de taille et de statut.

Le nombre de sites théoriquement plus dotés que la moyenne régionale est moins important que celui des sous dotés. Ceci pourrait s'expliquer par un effet « taille » des établissements que l'on retrouve également en MCO. Ainsi, plus la taille est importante, plus le coût de production tendrait à être élevé. Ceci n'est pas toujours vérifié dans l'échantillon étudié. Sur les neufs plus petits sites, trois apparaissent plus coûteux que la moyenne. A l'opposé, un des sept établissements les plus importants se situe en dessous de la moyenne.

Le statut des établissements pourrait également expliquer les écarts de dotation observés. Les établissements privés sous dotation globale, comme les centres hospitaliers, sont répartis équitablement de part et d'autre de la moyenne régionale. De même, les CHRU sont plutôt « chers » sans, pour autant, surclasser systématiquement les autres sites de la région. De nombreux établissements privés sous dotation globale ont aussi des coûts élevés.

Le seul hôpital local de l'échantillon apparaît comme étant sous doté. Du fait de son caractère unique, il est difficile d'en tirer des conclusions. Il apparaît, cependant, que ces hôpitaux sont également peu coûteux dans la simulation menée sur la région réelle.

En fait, hormis ce cas, il n'y a pas de relation directe entre statut et coût.

Enfin, la nature des disciplines développées n'est pas non plus un facteur discriminant. Les établissements ayant une activité en SSR et, soit en MCO, soit dans un autre champ (long séjour), sont uniformément répartis autour de la moyenne.

2.1.2 La spécialisation en rééducation-réadaptation fonctionnelle.

Lors de la réflexion préalable à l'élaboration de la classification du PMSI SSR et, notamment, de son potentiel descriptif, le comité d'experts a privilégié la pathologie traitée et sa prise en charge plutôt que l'aspect déclaratif que revêt l'environnement où le patient est accueilli.

Les patients soignés dans des services cliniques qualifiés de « rééducation réadaptation fonctionnelle » (RRF) ont, en moyenne, des traitements plus lourds (voir chapitre « Méthode »). Cela est, en grande partie, imputable à la notion même de rééducation et de réadaptation et se traduit par des écarts de coûts moyens entre + 4 % et + 46 %, selon la nature des services.

On observe, par ailleurs, dans la région ENC, que les sites, qui n'ont pas de RRF ou qui disposent d'au moins deux grandes disciplines, sont moins sur dotés que les établissements où de la rééducation-réadaptation est présente.

Sur l'ensemble des seize établissements qui ont moins de 58 % de RHA en RRF (dont neuf n'en ont pas), douze ressortent comme sous dotés, deux comme normo-dotés et deux sur dotés. Les deux plus chers sont des sites mixtes (MCO/SSR), parmi lesquels on trouve un établissement spécialisé en « Maladies à évolution prolongée » et un PSPH de petite taille. Les 5 établissements de RRF sous dotés sont tous des PSPH de petite ou moyenne taille.

2.1.3 Les établissements aux extrêmes.

L'analyse descriptive, à partir de leurs données d'activité et de consommation de ressources, des établissements les plus sur ou sous dotés sur le précédent graphique fournit un élément de réponse pour tenter d'expliquer les conséquences de ces simulations. Dans la région fictive que représente l'ENC SSR publique, nous avons défini un groupe A à partir des quatre établissements les plus sous dotés ; les six établissements les plus sur dotés constituent le groupe B.

(i) Leur profil d'activité.

Le profil des deux groupes (sous et sur dotés) et de l'échantillon moyen est dressé à partir de plusieurs indicateurs répertoriés dans le tableau n° 10.

Le « groupe A », des sous dotés, renferme des patients moins lourds et dont la prise en charge est moins intensive en rééducation et réadaptation que le « groupe B » des sur dotés. Ceci s'observe très clairement à partir du case-mix (ou éventail des cas traités décrits à l'aide des GHJ de la classification) et du recueil de l'activité. Le groupe A » possède deux fois moins de RHA en PCL que le groupe B. Il comporte également beaucoup moins de RHA en PRR ou PRRC. De même, les données d'activité font apparaître que le temps moyen journalier, relevé par les intervenants de rééducation et de réadaptation, est d'environ 70 minutes dans le groupe B contre 12 minutes pour le groupe A. Enfin, les dépenses individuelles par jour sont aussi beaucoup plus basses dans le groupe A.

En revanche, bien qu'il existe une différence, elle n'est pas aussi significative avec des indicateurs comme la part de RHA en PCTL (les effectifs sont cependant très faibles), le nombre moyen de points SIIPS journalier ou la dépendance.

Tableau 10 : Comparatif d'activités entre groupes d'établissements.

	Groupe A	Moyenne	Groupe B
Part de RHA en PCL	10	10,1	20,9
Part des RHA en PCTL	1,5	1,3	1,6
Part des RHA en PRR	2,7	19,4	23,7
Part des RHA en PRRC	1,1	3,9	6,5
Points SIIPS / Jour	18	16,6	22,3
Minute rééducation / jour	12	36,9	52,3
Minute réadaptation/jour	0,1	16	17,3
Dépendance relationnelle/jour	3,64	3,8	4,35
Dépendance physique/jour	9,09	9,01	9,54
Dépenses Individuelle/Jour	19,9	24,7	34,6

On observe donc une différence significative de lourdeur de prise en charge entre les deux groupes. Le groupe B est caractérisé par la présence d'un plus grand nombre d'actes médicaux classant et par des séances de rééducation et réadaptation plus intensives. Malgré cela, les patients ne sont, pourtant, que légèrement plus dépendants et, s'ils bénéficient de soins infirmiers plus intensifs, la différence entre groupes est faible, à cet égard.

A cette étape de l'analyse, on peut s'interroger sur le résultat de la simulation. Si les prises en charges sont véritablement différentes et que la classification permet de discriminer les cas traités en fonction de leur lourdeur, pourquoi obtient-on des différences si fortes de sous ou sur dotation ? Le niveau de valorisation des résumés hebdomadaires devraient logiquement suivre le niveau d'intensité des soins. L'échelle de coût devrait donc déboucher sur une valorisation, en moyenne, plus élevée des GHJ émanant du « groupe B » et moins élevée du « groupe A » et, ainsi, ramener les niveaux de dotation des deux groupes sur un plan quasi similaire.

Les simulations déboucheraient sur ce type de résultat si la relation entre lourdeur des soins prodigués et le niveau des coûts était parfaitement homogène entre les établissements ou, en d'autres termes, si chaque unité de soin supplémentaire se traduisait par une augmentation des dépenses de niveau identique pour chaque établissement. Dans ces conditions, les établissements auraient des structures de coût proches, l'intensité en personnel et les moyens matériels seraient répartis de façon homogène en fonction de la taille des structures et de leur niveau de médicalisation. De même, pour arriver à une valorisation parfaitement représentative, il faudrait que l'algorithme de groupage repère très précisément le niveau de qualité des soins et propose des regroupements assez homogènes. Mais, ces deux points ne sont, bien évidemment, pas entièrement vérifiés. D'une part, il n'est pas certain que les pratiques soient suffisamment standardisées ou que la classification actuelle, dans sa première version, soit assez fine et pertinente. D'autre part les établissements participants ont des structures de coût dissemblables et n'ont pas encore un véritable recul sur la qualité de leur retraitement comptable. Dès lors, les regroupements ne peuvent pas être parfaitement homogènes en terme de coût. D'aussi grandes différences de dotation théorique sont-elles dues à ces biais ?

S'il est vrai que l'homogénéité en coût dans les GHJ n'est pas acquise, les établissements devraient, cependant, produire des séjours gagnants ou perdants (c'est-à-dire entrant dans des groupes qui sur estiment ou sous estiment leur « vraie » valeur). Ce défaut de représentativité peut donc aussi s'apparenter à un bruit statistique. Ainsi, l'analyse des écarts observés doit également prendre en compte les moyens mobilisés.

(ii) Leur structure de coût.

Le tableau n° 11 compare les différents postes de dépenses entre les deux groupes et la moyenne. Ces coûts intermédiaires sont constitutifs du coût final du GHJ. Il est intéressant, à cet égard, d'examiner les dépenses de personnel hospitalier et le niveau moyen des dépenses de logistiques et médicales propres à chacun des deux groupes.

Tableau 10 : Comparatifs de dépenses entre groupes d'établissements.

	Groupe A	Moyenne	Groupe B
Dépenses Médecins/jour	6,6	13	17,9
Dépenses IDE+AS/jour	40,5	63,9	107,9
Coût du point SIIPS	2,4	4,2	4,9
Dépenses Autres pers./jour	11,2	19,1	21,8
Dépenses Blanchisserie/jour	2,9	4,5	6,5
Dépenses Restauration/jour	12,2	13,8	16,8
Dépenses Logistique/jour	20,2	51,7	89
Nombre moyen de RH	1851	4132	5039

Les dépenses journalières de médecins et de personnels soignants (IDE/AS) du groupe B sont 2,5 fois à 3 fois supérieures à celles du groupe A. De même, le coût du point SIIPS est 2 fois plus cher dans le groupe B des établissements dits sur dotés. Or, s'agissant du ratio entre les dépenses de personnel IDE/AS et leur activité, cet indicateur donne une idée assez précise de la densité des moyens humains par service.

Existe-t-il une corrélation entre ces dépenses et les besoins requis par la prise en charge et les caractéristiques des patients ? S'agit-il d'iniquités ou de répondre à des cas particulièrement lourds nécessitant l'efficacité permanente de moyens *ad hoc* qui impactent, de ce fait, l'ensemble des ressources consommées ?

Un différentiel similaire est observé sur les coûts de gestion et d'organisation des établissements. Ramenées à la journée, les dépenses de personnels administratifs des services cliniques, de blanchisserie, de restauration et de logistique générale sont systématiquement plus élevées dans le groupe B dit « sur doté ». La logistique générale est le poste le plus important. Les dépenses de ce poste sont 4,4 fois plus importantes dans le groupe B que dans le groupe A.

De nombreux critères peuvent interagir pour expliquer des dépenses administratives et de gestion plus importantes : la taille de l'établissement, son histoire, mais aussi son degré de spécialisation médicale. La prise en charge de patients lourds, très dépendants ou requérant une rééducation soutenue peut, en effet, se répercuter sur la qualité et la technicité du bâtiment lui-même. Les coûts de son entretien et de son fonctionnement dépendront donc de son niveau d'équipement.

Quoi qu'il en soit, la priorité initiale a été de produire un outil basé sur la lourdeur des prises en charge. Le choix s'est donc porté sur une échelle des coûts discriminante, pour l'essentiel, sur des variables ayant trait au patient et à sa prise en charge. Les critères qualitatifs ou quantitatifs de gestion ou d'intensité de personnel ont donc logiquement été écartés dans la construction de cette première échelle.

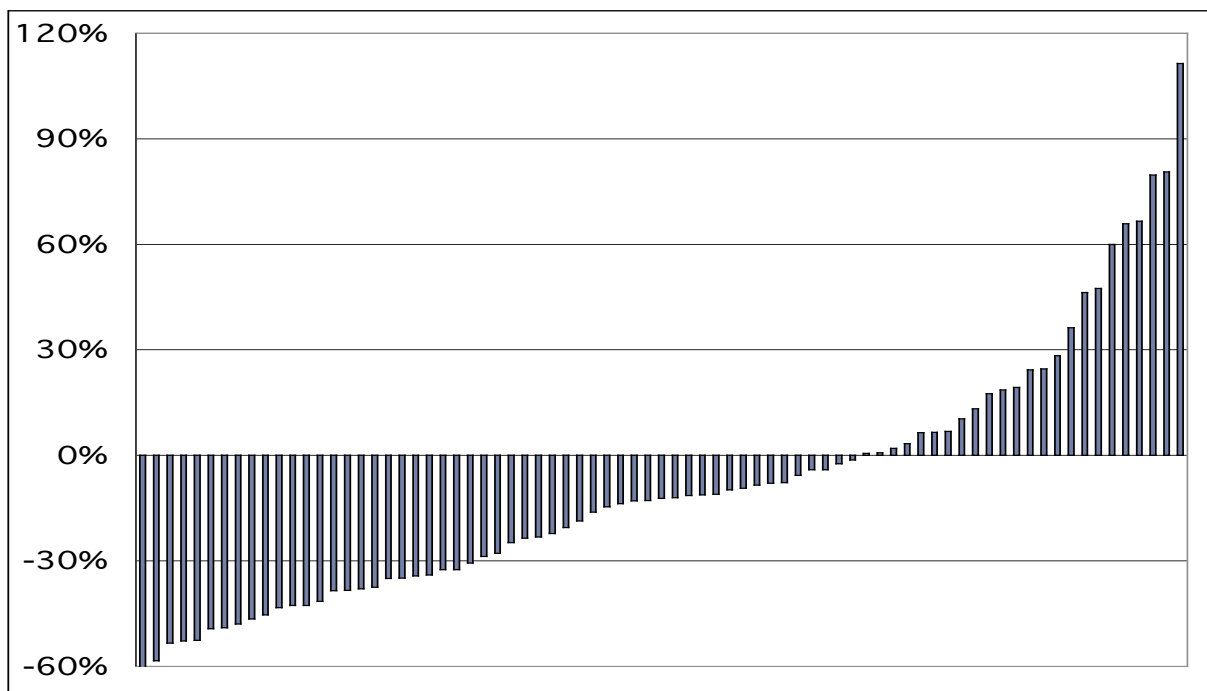
Dès lors, pour un case-mix similaire, les résumés hebdomadaires émanant d'un établissement du groupe B sur doté comportent des charges beaucoup plus élevées que ceux du groupe A. Le différentiel entre le budget réel des établissements du groupe B et leur rémunération obtenue par le biais de l'échelle joue donc en leur défaveur. Ils apparaissent plus chers car la valorisation des groupes s'obtient à partir de la moyenne arithmétique de tous les sites. Le cumul des différentiels explique donc la sur dotation des établissements du « groupe B ».

2.2 Une région test.

Une agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a transmis les données financières et d'activité des établissements sous dotation globale en soins de suite ou de réadaptation de sa région. Sur l'ensemble, 79⁸ ont pu être retenus pour l'étude, eu égard à l'exhaustivité et à la qualité des informations requises.

Le graphe n° 5 ci-dessous présente, selon la même méthode que la région ENC, le différentiel (exprimé en %) entre la dotation « théorique » basée sur la moyenne régionale et la dotation réelle pour chaque établissement et par ordre croissant.

Graphique 5 : Variation de la valeur du point ISA SSR autour de la moyenne pour les établissements d'une région test.



A l'exception d'un site à + 110 %, tout l'échantillon est compris entre les bornes - 60 % et + 80 %, soit une amplitude des écarts plus grande que pour la région ENC.

Les coûts intermédiaires de la région étudiée n'étant pas disponibles, l'analyse portera uniquement sur la relation entre le niveau de dotation théorique et les caractéristiques globales des sites (taille, statut, lits en RRF, etc.).

Comme pour la région ENC, le nombre d'établissements sur dotés est moins important à cause de leur taille. Ainsi, un de ces établissements, nettement plus sur doté que la moyenne régionale, représente, à lui seul, 11 % du nombre total de lits. L'effet « secteur d'activité » est également présent. En effet, sur les 23 établissements comprenant des lits de RRF, 20 appartiennent au groupe des sur dotés.

⁸ dont 51 publics

Si l'on dresse trois catégories d'établissements : les théoriquement très sous dotés (en dessous de - 20 %), les intermédiaires et les sur dotés (plus de + 20 %), les profils suivants peuvent être définis :

- Les sous dotés sont très souvent des hôpitaux locaux (HL), des centres hospitaliers de petite taille et des maisons de repos PSPH. Parmi ce groupe de 48 établissements, 3 ont plus de 100 lits et 3 ont des lits de RRF.
- Les intermédiaires sont indifféremment de petite, moyenne et grande taille. On trouve toutes les familles y compris un HL et un CHU (le plus cher du groupe). Les établissements ayant des lits de RRF sont les plus chers de ce groupe.
- Les sur dotés sont également hétérogènes en taille. Cependant, aucun hôpital local et aucune maison de repos ou de convalescence n'appartiennent à ce groupe.

De ces 3 sous-ensembles, on peut déduire que le moins sur doté regroupe des sites exclusivement de petite et moyenne taille et qui n'ont pas de lits de RRF. Ce sont très souvent des hôpitaux locaux ou des maisons de convalescence. Pourtant, la faible taille des établissements n'est pas forcément synonyme de sous dotation théorique : trois sites de 60 lits et moins ressortent comme très sur dotés. A l'exception des hôpitaux locaux et des maisons de repos, il n'y a pas, non plus, de corrélation très forte entre famille d'établissements et niveau de dotation théorique.

2.3 Bilan des simulations.

Dans la région ENC, comme dans la région réelle, de fortes différences de sous ou sur dotation théorique se dégagent des simulations de réallocation budgétaire. La structure des coûts est un élément descriptif important de compréhension de ces écarts. La densité en personnel (médical, infirmier/aide-soignant et administratif), ainsi que les dépenses de gestion générale, apparaissent comme nettement supérieures dans les sites théoriquement sur dotés. Pour les deux régions, les effets de taille et de spécialisation en rééducation réadaptation fonctionnelle sont assez prononcés. De même, les petites structures, moins médicalisées, ressortent assez souvent sous dotées dans les deux cas.

Ces observations, s'appuyant sur la classification actuelle, fournissent un éclairage essentiel dans le cadre d'une future utilisation à des fins budgétaires. Elles ne constituent, toutefois, qu'une première approche de la formation des coûts dans les établissements du champ SSR. En effet, ces résultats sont directement dépendants de la qualité des données dont nous disposons et, ceci, à tous les niveaux du processus de description de l'activité et de formation des coûts. L'impact de cette classification et du modèle de retraitement comptable sur l'ensemble des régions françaises ne peut donc être validé, d'autant plus que l'analyse n'a porté que sur deux échantillons.

V. LES LIMITES DU MODELE.

Cette première échelle de l'ENC SSR revêt un caractère expérimental. La diversité des disciplines présentes en soins de suite ou de réadaptation ainsi que la taille, encore faible et spécifique, de l'échantillon obligent à considérer les résultats comme des ordres de grandeur et non comme des références infaillibles à visée budgétaire. Ce constat confirme les limites de ce premier exercice.

Le modèle est actuellement en phase de rodage et les enseignements tirés de cette première étude vont servir à le faire progresser. En outre, les campagnes à venir vont permettre d'élargir la base d'information, notamment, par l'apport de nouveaux participants, et d'en améliorer la qualité grâce aux contrôles réalisés chaque année.

Les résultats des simulations dépendent de la qualité des données d'activité, de coûts, du modèle de retraitement comptable utilisé et de la classification en GHJ. Les activités du champs SSR sont polymorphes, prenant en charge des patients très diversifiés, dans des établissements très hétérogènes quant à leur structure, leurs moyens et leurs pratiques. Compte tenu de ces spécificités, l'échelle de coût et la classification comportent des points de faiblesse qui affectent la pertinence finale de l'échelle.

Deux constats majeurs nous ont amenés à définir les limites conceptuelles de cette première échelle de coût :

- L'hétérogénéité importante des éléments constitutifs du coût moyen des GHJ, ainsi que des composantes structurelles des établissements,
- Les disparités, si fortes et si caricaturales, mises en évidence lors des simulations de réallocations budgétaires.

A la suite de cette étude, deux facteurs explicatifs peuvent être dégagés : la classification utilisée et la construction de l'échelle de coût à ses différentes étapes.

La classification actuelle sur laquelle s'appuie le PMSI SSR suppose :

- Une homogénéité du codage,
- Une homogénéité des pratiques et, par conséquent, des structures,
- Un potentiel descriptif, tant médical qu'économique, suffisamment fin et discriminant.

L'échelle de coût, quant à elle, est directement influencée par :

- L'échantillon quantitativement et qualitativement,
- La qualité des données transmises sur les versants de l'activité et de la comptabilité,
- Le mode de construction même de cette échelle (retraitement comptable, redressements, ...).

1. La classification en GHJ.

La classification a été réalisée en partie à dire d'experts et n'a pu s'inspirer d'aucun modèle préexistant. Elle a un double objectif de description médicalisée de l'activité et d'analyse économique. Pour un champ d'activité aussi polymorphe et sans recul sur la pertinence descriptive de sa classification, quel est le niveau d'homogénéité économique des GHJ ?

Lors des travaux exploratoires réalisés par les experts, des choix ont été faits pour déterminer les variables qui orientent les résumés hebdomadaires dans les GHJ. Pour réaliser l'algorithme de groupage, il a été décidé d'appliquer les mêmes critères, de manière quasi-systématique, à toutes les grandes catégories de prises en charges (les CMC).

Dès lors, les prises de décision à l'intérieur de l'algorithme sont figées et peuvent s'avérer moins efficaces pour orienter des séjours rares ou pour distinguer les patients sur des critères plus fins. L'âge des patients n'est, par exemple, scindé qu'en deux catégories (avec un seuil à 16 ans) alors que les soins nécessités par une personne âgée sont souvent différents de ceux des autres adultes. De même, la prise en charge de très jeunes enfants n'est pas identique à celle des adolescents car leur niveau d'autonomie n'est pas le même et leurs pathologies sont différentes.

Le niveau d'encadrement médical ou éducatif est aussi très variable selon qu'il s'agit d'enfants très jeunes et plus ou moins dépendants ou encore que l'établissement a pu consacrer un effort particulier aux activités éducatives.

De même, le traitement de patients très dépendants, comme les grands brûlés, demandera une mobilisation de moyens humains et matériels supérieurs à celui d'autres patients orientés, pourtant, dans les mêmes GHJ de la CMC « Sensoriel et cutané ».

Les limites de la classification introduisent des distorsions dans les utilisations de l'échelle qui risquent de donner une image déformée des positions respectives des établissements. Le principe de la valorisation d'un RHA à la moyenne de son GHJ dans l'étude de coût a le très grand mérite de la simplicité. Il existe, cependant, d'autres modes de valorisation.

En effet, la distribution des coûts n'est pas toujours gaussienne et sa dispersion autour de la moyenne peut être très variable. Ces écarts à la distribution de référence ne gêneraient pas l'analyse s'il ne s'agissait que d'écarts de productivité. Ils sont, en fait, souvent expliqués médicalement (par exemple, pour des patients différents qui nécessitent des prises en charges différentes sans que la classification permette de les discriminer par les GHJ).

Il peut en être de même avec des patients, certes, similaires, mais dont l'intensité et la qualité de la prise en charge sont, en réalité, différentes. A titre d'exemple, le principe des seuils de temps pour les activités de rééducation et réadaptation conduit à classer dans le même GHJ un patient qui bénéficie de 2 heures d'activité mécanique par jour (10h / semaine) et celui qui ne bénéficie d'aucune rééducation.

De plus, les coûts de certaines prises en charge particulières, hors normes dans leur GHJ, sont suffisamment élevés et éloignés de la médiane pour se répercuter sur la valorisation de ces GHJ et modifier ainsi les valeurs moyennes calculées. Les surcoûts constatés ne sont, cependant, pas le résultat d'un défaut de qualité. Ils émanent de prises en charge réelles pour des patients très particuliers. Ces données sont donc conservées brutes dans les calculs. Elles ne subissent aucune correction ou redressement de notre part.

Aucune modélisation ne peut totalement éviter ces écueils. Il faut, en revanche, s'assurer que la classification et l'échelle sont suffisamment proches d'une distribution normale des coûts pour pouvoir échapper à des distorsions majeures dans leur utilisation globale.

2. La question de l'échantillon et des sites singuliers.

Le champ des soins de suite ou de réadaptation intègre des activités médicales très diversifiées (82 disciplines d'équipements). De plus, chaque établissement n'offre bien souvent qu'une partie limitée de l'ensemble des prises en charge, voire n'occupe même qu'une niche très spécialisée. Il n'y a pas, comme en court séjour, une base d'activité commune à tous les établissements, mais plusieurs champs (convalescence, gériatrie, pédiatrie, rééducation fonctionnelle généraliste, rééducation fonctionnelle spécialisée, ...). La répartition de ces champs d'activités dans les établissements est, de surcroît, tout à fait inhomogène. Constituer un échantillon pose, alors, de réelles difficultés et, quelle que soit la composition de cet échantillon, les biais seront importants.

La constitution de cet échantillon sur la base du volontariat a conduit à représenter certaines activités rares. En effet, quand un « créneau » très spécialisé n'existe que dans moins de dix établissements au niveau national, l'intégration d'un de ces établissements dans l'échantillon conduit à un taux de représentation proportionnellement plus fort par rapport aux activités plus largement répandues.

De plus, la présence de sites très particuliers en termes de prise en charge ou de profils de patient, qu'ils soient uniques ou peu nombreux au niveau national, est, par nature, problématique dans le cadre de la production d'un outil sensé refléter une moyenne nationale. Nous avons, en effet, deux cas de figures :

- Soit ces établissements entrent dans la base de référence et ainsi s'auto-référencent, l'échelle prend alors en compte des coûts particuliers qui risquent de modifier la valorisation des coûts d'établissements plus classiques traitant des pathologies similaires.
- Soit, ils ne sont pas pris en compte dans la référence et risquent alors d'être mal valorisés dans la mesure où leurs principaux GHJ sont sur ou sous-évalués.

Avec une trentaine de sites qui ont constitué la base de référence, nous sommes inévitablement confrontés à ce type de problèmes.

Cette première échelle est donc influencée par des effets établissements qui marquent le niveau de valorisation des GHJ. Les sites repérés comme étant atypiques ont :

- Soit des prises en charges particulières qui font appel à des équipements spécifiques (comme l'établissement qui comporte un bloc opératoire),
- Soit des patients très dépendants ou dans une classe d'âge très resserrée. Il s'agit, par exemple, des nourrissons, dépendants pour l'essentiel des activités de la vie quotidienne, qui requièrent des soins plus intenses ou aux enfants polyhandicapés dont les soins nécessitent l'intervention de personnels nombreux.

3. La rééducation et la réadaptation fonctionnelle.

Dans les deux précédentes simulations, il a été constaté que les établissements spécialisés en rééducation et réadaptation fonctionnelle (RRF) semblent avoir des budgets supérieurs à la dotation moyenne régionale. Nous partons, évidemment du principe que le coût moyen d'un point ISA SSR permet une approche comparative raisonnable entre les établissements. Cependant, rien n'indique que la moyenne régionale ou même nationale peut être la référence et encore moins que celle-ci suive un comportement linéaire.

Si l'échelle était adaptée et si leurs activités étaient spécifiques, ces dernières devraient être plus valorisées que les autres activités moins spécifiques. Les établissements concernés se retrouveraient alors dans la moyenne. Ce n'est apparemment pas le cas. Ces résultats s'expliquent à nouveau par les limites de la classification, de l'échantillon et de la répartition des activités SSR entre les établissements.

En effet, les établissements de RRF, du fait de leurs prises en charge particulières et de la spécificité de leurs patients, ont plus de personnels spécialisés en rééducation que les établissements de gériatrie ou de convalescence. Ils ont, en conséquence, plus de charges de personnel à nombre de journées équivalent. La classification n'est pas construite pour isoler spécifiquement leurs activités. Si certains GHJ sont spécifiques des centres de RRF (GHJ en PRRC), ces GHJ ne représentent qu'une petite partie de leur activité totale. Le case-mix de la base est constitué, par exemple, de 68 % de RHA de RRF alors que cette discipline couvre 233 des 256 GHJ présents. En comparaison, les autres disciplines (convalescence, gériatrie, etc.) ne sont présentes que dans 168 GHJ. Ainsi, 132 GHJ sont alimentés à 80 % ou plus par des RHS d'établissements de RRF alors que 36 GHJ suffisent à représenter 80 % de l'activité des autres disciplines.

La classification n'étant pas assez spécifique pour la RRF, la plus grande part de leur activité est réalisée dans des GHJ qu'ils partagent avec les établissements d'autres catégories. Ces établissements non RRF ont, eux, des coûts de personnels beaucoup plus faibles (notamment pour les GHJ avec PCL, PRR, mais surtout pour ceux qui ne sont classés ni en PRRC ni en PRR). Ces GHJ concernent des patients qui ont, certes, certains points communs, mais des pathologies et des prises en charges souvent différentes. Les patients concernés sont alors pris en charge dans des établissements qui ont des dotations en personnels très différentes. Ainsi, le coût moyen du GHJ est à la fois :

- Supérieur au coût moyen de ce GHJ dans les établissements qui n'ont pas des patients de rééducation,
- Inférieur au coût moyen du GHJ pour les établissements de rééducation.

L'écart de moyenne intra-GHJ entre les RHA de RRF et ceux des autres disciplines varie de 4 % à 40 %. Au moment de l'application de l'échelle, les centres de RRF vont ainsi apparaître comme « plus dotés à activité égale » alors qu'ils ont des patients et des prises en charges différentes pour les mêmes GHJ.

Les coûts observés en rééducation et réadaptation fonctionnelle étant fortement représentés dans l'échantillon, ils tirent vers le haut la valeur de nombreux GHJ. Les autres établissements, producteurs de ces mêmes GHJ, mais dont les coûts de prise en charge sont en moyenne inférieurs du fait d'une réalité clinique moins consommatrice de ressources, bénéficient ainsi d'une meilleure valorisation théorique de leurs journées.

Ce mécanisme s'observe dans les deux régions analysées. Il a une influence certaine sur le niveau de dotation théorique. Il conditionne en partie le positionnement relatif des sites spécialisés en RRF.

Il faudra probablement faire évoluer la classification pour mieux distinguer, à l'avenir, ce qui est lié aux différences d'activité intra-GHJ de ce qui serait dû à des écarts de dotation en personnel à patients équivalents.

En l'état actuel, le PMSI SSR s'il met en évidence des écarts, compte tenu de ses limites, ne permet pas de véritablement différencier les établissements bien dotés de ceux qui ne le seraient pas assez ou trop pour une qualité des soins donnés... Il ne permet pas non plus de distinguer les établissements adaptés à la prise en charge d'un certain type de patient défini a priori. Il permet toutefois d'avoir de nombreuses informations sur les pathologies, les niveaux de dépendances et les types de prises en charge.

L'échelle actuelle ne permet donc pas de conclure qu'une discipline est trop consommatrice de moyens. Les résultats doivent, cependant, nous éclairer sur les différences constatées entre les disciplines présentes dans le champ du SSR et leur prise en compte par l'échelle.

4. Qualité des données.

La construction de l'échelle dépend également de la qualité des données fournies par les établissements de l'échantillon, que ce soit les données des RHA, les données médicales complémentaires (SIIPS, consommations particulières, ...), les données financières ou la précision avec laquelle les retraitements comptables ont été conduits.

Qu'un seul de ces éléments soit de qualité insuffisante et c'est la valorisation de tous les GHJ qui peut s'en ressentir ou, du moins, la valorisation de tous les GHJ auquel l'établissement, qui présente un défaut de qualité, participe. Seule une petite partie des établissements de l'étude avaient mis en place une démarche qualité sur leurs données PMSI SSR avant le démarrage de l'étude et la moitié d'entre eux n'avaient aucune expérience en comptabilité par patient. De même, tous les établissements retenus initialement pour participer n'ont pas été en mesure de fournir la totalité des données attendues en fin d'étude (42 retenus au départ, 33 ont fourni des données utilisables).

Une procédure de suivi de la qualité du recueil des établissements a été mise en œuvre. Elle n'a pu, cependant, avoir d'effet sur la présente étude. D'ores et déjà, les établissements s'y sont investis. Il existe ainsi une amélioration significative de la qualité des données pour le recueil de l'année 2001 qui sera utilisé pour la version suivante de l'échelle.

Certains résultats traduisent ces défauts de qualité des données recueillies (écarts de coût du point SIIPS, ou de la minute de certains intervenants). Des mesures limitatives ont été mises en œuvre lorsque des résultats apparaissaient trop extrêmes (cf. plafonnement du coût de certaines activités). Mais, il est encore délicat d'affirmer le niveau de qualité des données utilisées.

5. Le modèle de retraitement comptable.

Le modèle de retraitements comptables utilisé s'inspire du manuel de comptabilité analytique hospitalière utilisé pour le PMSI MCO du court séjour dans l'étude de coûts par groupe homogène de malade (GHM). En raison des spécificités du secteur de soins de suite ou de réadaptation, il a été précisé et adapté (cf. chapitre méthode).

La répartition de certaines dépenses à la journée, sur l'ensemble des jours de présence d'une section d'analyse, est un parti pris qui apporte simplicité et robustesse au modèle. Mais, celui-ci est parfois un peu éloigné de la réalité (dépenses en médicaments, par exemple) et lisse les écarts entre les journées, ce qui a tendance à sur évaluer les GHJ peu coûteux et à sous évaluer les GHJ coûteux.

De plus, certaines situations mériteraient de faire l'objet d'analyses complémentaires qu'il n'a pas été possible de réaliser dans un premier temps. Citons, en particulier, la valorisation des jours de week-end et des séances.

Au total, les résultats de l'échelle de coûts en GHJ constituent une première approche. Son utilisation ne saurait se faire sans une grande prudence. Il s'agit, en effet, de la première version de l'échelle de coût, de la première version de la classification en GHJ et de la première participation d'établissements à ce genre d'étude. L'application de l'échelle produite ne saurait produire des décisions automatiques quant à la dotation des établissements. Son utilisation doit s'accompagner de précautions méthodologiques, notamment en analysant les résultats à l'aune des limites exposées.

VI. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT.

Les simulations ont permis d'évaluer la pertinence de la première version de cette échelle de coût en soins de suite ou de réadaptation. Ses limites pourraient se résumer en deux points :

- La classification actuelle a, certes, de véritables qualités, eu égard à son aspect novateur. Elle apparaît, cependant, parfois trop globalisante. L'on peut ainsi supposer qu'il existe, en fait, à l'intérieur d'un même GHJ, différents groupes constitués des caractéristiques patients, morbidités et prise en charge. De même, la qualité du codage et les priorités utilisées dans l'algorithme en sont pas sans conséquence sur les résultats de cette première échelle de coût.
- Cette étude nationale de coût relative au PMSI SSR a également permis d'acquérir un savoir-faire. Il n'en demeure pas moins que des faiblesses constitutives (échantillon faible et, parfois, trop spécifique lié à la concentration du case-mix de certains établissements, mode actuel de construction de l'échelle, qualité des données comptables ...) limitent son périmètre d'utilisation.

Par la suite, il faudra :

- Elargir l'échantillon en ciblant et en recrutant de nouveaux établissements,
- Améliorer le modèle de retraitement comptable et le redressement de certaines données.

Grâce à l'exploitation des deux bases publiques nationale et de l'ENC, voire de l'étude de coût relative aux établissements privés de SSR, une évolution de la classification pourra être envisagée dans un second temps.

ANNEXE N° 1 : METHODE.

A. MODELE DE CALCUL DES COUTS.

1. Architecture générale du modèle.

L'objectif de l'étude nationale de coût est de produire une échelle pondérée des coûts des GHJ qui tienne compte de la totalité des charges supportées par un établissement de santé.

D'un point de vue financier, les établissements ont dû définir une comptabilité analytique avec un découpage en sections d'analyse de tout l'établissement.

L'étude ne portant que sur l'activité de moyen séjour, le découpage a distingué les activités hors champs de l'étude (le MCO, les consultations externes, le Long Séjour...) et, exceptionnellement, les services de SSR ne participant pas à l'étude. Sur ces sections (y compris celles qui sont hors du champ de l'ENC SSR) la totalité des dépenses de l'exercice étudié a été reversée.

En parallèle à l'élaboration des données financières, un recueil exhaustif des actes et des dépenses qui peuvent être directement affectés au patient a été réalisé. Le système d'information utilisé doit donc permettre le suivi des actes par « semaine patient » dans les différents services, mais aussi, le suivi des prescriptions des médicaments discriminants, des consommables médicaux et les actes réalisés par des prestataires externes. A la condition que ces données soient exhaustives, le modèle, présenté ci-dessous, a permis de calculer un coût « complet⁹ » des séjours de SSR.

Par ailleurs, la prise en charge d'un patient en soins de suite ou de réadaptation évoluant au cours du temps, le PMSI SSR identifie à l'intérieur du séjour des tranches hebdomadaires. Ces « périodes de séjour » (ou « semaines patient ») sont donc caractérisées par des groupes homogènes de journée. La valorisation finale s'est faite sur la base de coûts à la journée de présence qui représente l'unité de mesure de l'échelle de pondération SSR.

2. Calcul du coût d'une période de séjour.

Chaque coût d'une période de séjour possède trois grandes composantes :

- un coût médical (Séjour dans les unités médicales, consommables médicaux, actes médico-techniques et charges en soins infirmiers),
- un coût logistique (blanchisserie, restauration, gestion générale),
- un coût de structure (frais financiers, amortissements des bâtiments).

⁹ Dans l'échelle finale, le coût retenu est hors structure.

2.1. Le coût médical.

Le coût médical d'une période de séjour comprend les dépenses de différents postes :

2.1.1 La section d'analyse clinique.

Les dépenses de la section d'analyse clinique (SAC), service ou unité fonctionnelle dans lequel est passé le patient au cours de la semaine considérée, sont les suivantes :

- part des dépenses de personnel médical,
- part des dépenses de personnel soignant,
- part des dépenses des autres personnels du service,
- part de l'utilisation du matériel médical, y compris l'entretien et l'amortissement,
- part des dépenses de consommables médicaux,
- part des dépenses de logistique médicale.

Ces dépenses sont affectées aux « périodes de séjour » par l'intermédiaire des journées de présence dans les unités médicales et des scores SIIPS obtenus au cours de la semaine.

Exemple : un service de rééducation a produit au cours de la période étudiée 10.000 journées et 200.000 points SIIPS.

Les dépenses du service (hors personnel soignant) sont de 500.000 €¹⁰ ; les dépenses de personnel soignant sont de 1.000.000.

Le coût de la journée est de 50 € et le coût du point SIIPS de 5 €.

Le relevé exhaustif des journées et des points SIIPS est donc déterminant pour la représentativité des coûts. L'enregistrement des dépenses de personnel doit également refléter au mieux l'activité du service. Lorsque des personnels partagent leur temps de travail entre plusieurs unités fonctionnelles (UF), des enquêtes spécifiques ont été menées sur le terrain pour déterminer les clefs de répartition et permettre de répartir leur salaire entre les différentes sections d'analyse cliniques (correspondant aux UF sus-citées).

2.1.2 La section d'analyse médico-technique.

Les dépenses des sections d'analyse médico-techniques, prestataires d'actes pour le patient, comprennent :

- Les dépenses des services de rééducation-réadaptation fonctionnelle polyvalente,
- Les dépenses des autres services médico-techniques de l'établissement (laboratoire, imagerie, explorations fonctionnelles...).

Les dépenses des plateaux techniques ont été ventilées sur les périodes de séjour par l'intermédiaire des unités d'œuvre spécifiques à chaque discipline. Le coût de chaque unité d'œuvre a été obtenu en divisant le total des charges directes de la section d'analyse par le nombre annuel total d'unités d'œuvre produites par la section d'analyse.

Exemple : Un laboratoire a produit 2.500.000 B durant l'année N. Les dépenses relatives à cette période sont de 500.000 €. Le coût du B (l'ICR des actes réalisés en laboratoire) est de 0.2 €.

¹⁰ Euro

2.1.3 Les autres dépenses.

Certaines dépenses ont directement été affectées à la « période de séjour » pour :

- Actes et consultations spécialisés réalisés à l'extérieur de l'établissement,
- Produits sanguins (stables et labiles),
- Prothèses, orthèses et implants achetés ou fabriqués dans l'établissement,
- Médicaments les plus discriminants¹¹.

Tableau 11 : Unités d'œuvre utilisées dans le modèle de coûts SRR.

Activité de la Section d'Analyse.	Unité d'œuvre 1.	Unité d'œuvre 2.
Hospitalisation complète	Journée pour les dépenses hors personnel soignant.	Points SIIPS pour les dépenses de personnel soignant.
Hospitalisation partielle	Venues.	Points SIIPS pour les dépenses de personnel soignant.
Rééducation-réadaptation	Les minutes d'intervention.	
Biologie	Lettre-clé B.	
Imagerie	ICR champ GAMMA.	
Explorations fonctionnelles	ICR champ ALPHA.	
Dialyse	ICR champ ALPHA.	
Radiothérapie	ICR champ MÛ.	

¹¹ Le terme utilisé auparavant était « médicaments coûteux »

2.2 Le coût logistique.

La deuxième composante du coût porte sur les dépenses de blanchisserie, de restauration et de logistique de l'établissement. Les dépenses de blanchisserie et de restauration ont également été réparties à la journée sur les semaines avec les particularités suivantes pour les unités d'hospitalisation de jour, de nuit et les séances :

- Pour l'hospitalisation complète, une journée a été comptée à chaque fois.
- Pour une venue en hospitalisation de jour ou de nuit, on a compté une journée de blanchisserie, une demi-journée de restauration, une journée dans le service, une journée de logistique et une journée de structure¹².
- Pour les séances en ambulatoire, on a compté une demi-journée de blanchisserie, aucune journée de restauration, une demi-journée dans le service, une journée de logistique et une journée de structure.

Les dépenses de logistique appelées « logistique autre » ou « gestion générale » (administration, informatique, services intérieurs, amortissement des mobiliers et des matériels autres que les matériels médicaux...) ont également été ventilées au prorata du nombre des journées de présence et des venues. Cette répartition a été effectuée après répartition de ces charges entre les différentes activités de l'établissement.

L'affectation de ces dépenses a été réalisée en deux temps. Elles ont tout d'abord été réparties entre toutes les activités de l'établissement au prorata des charges constatées à l'étape 5 des retraitements comptables :

- Dépenses pour le SSR,
- Dépenses pour les consultations et actes réalisés au profit de patients externes (consultations + actes médico-techniques),
- Dépenses pour les autres activités de l'hôpital (MCO, long séjour, psychiatrie...),
- Dépenses pour le personnel hospitalier.

La part des dépenses de « logistique autre » ainsi déterminée pour le moyen séjour a ensuite été ventilée au prorata des venues ou des journées sur les « semaines patient » du SSR.

Exemple : Pour un établissement SSR ayant d'autres activités (MCO, Long séjour, ...), la répartition de ses charges à l'étape 5 s'est faite de la manière suivante :

- 20 % pour les dépenses spécifiques au SSR,
- 9 % concernent les dépenses des consultations et actes réalisés au profit de patients externes (consultations + actes médico-techniques),
- 70 % pour les dépenses des autres activités de l'hôpital (MCO, long séjour, psychiatrie...),
- 1 % pour les dépenses du personnel hospitalier.

Par conséquent, si le montant des dépenses de « logistique autre » pour l'ensemble de l'établissement s'élève à 7.500.000 € et le nombre de journées réalisées en SSR est de 10.000, la part consacrée à l'activité SSR est de 1 500 000 € et le coût d'une journée de logistique est de $1.500.000/10.000 = 150$ €.

¹² Mêmes les coûts de structure sont écartés de l'échelle finale.

2.3 Le coût de structure.

Les dépenses de structure (amortissement des immeubles et frais financiers) ont été traitées exactement de la même façon que les dépenses de « logistique autre ». Elles n'ont cependant pas été ventilées sur les périodes de séjour dans la construction de l'échelle de coûts à cause de leur grande volatilité. La taille et l'ancienneté des bâtiments conditionnent, en effet, fortement le poids des charges de structure dans le fonctionnement d'un établissement de santé. Leur maintien aurait donc détérioré la pertinence de l'échelle de coûts sensée refléter au plus près les dépenses liées aux activités de soins. Pour ne pas introduire de biais dans cet outil, il a été décidé d'écarter ces coûts du calcul des GHJ.

Encadré 1 : Exemple du calcul du coût d'une période hebdomadaire de séjour.

- **Le fichier séjour transmis par un établissement comprend un enregistrement par période hebdomadaire de séjour. Par exemple, un enregistrement présente les caractéristiques suivantes :**

(SAC = Section d'Analyse Clinique ; SAMT = Section d'Analyse Médico-Technique).

SAC1 : 7 jours et 100 points SIIPS ; SAMT1 de rééducation : 30 minutes ; SAMT2 de laboratoire : 400 B ; médicaments directement affectés : 100 € ; actes extérieurs : 300 €.

- **Le fichier administratif comporte les données suivantes :**

SAC1 : 500.000 € hors personnel soignant 10.000 jours.

Coût journée : 50 €.

SAC2 : 1.000.000 € pour le personnel soignant et 200.000 points SIIPS.

Coût du point SIIPS : 5 €.

SAMT1 : 200.000 € et 250.000 minutes

Coût de la minute : 0.8 €

SAMT2 : 500.000 € et 2,5 Millions de B pour toutes les activités de l'hôpital.

Coût B : 0.2 €.

SA Blanchisserie pour le SSR : 60.000 € et 10.000 journées pour le SSR.

Coût journée : 6 €.

SA Restauration pour le SSR : 150.000 € et 10.000 journées pour le SSR.

Coût journée : 15 €.

SA Logistique autre pour le SSR : 1.000.000 € et 10 000 journées pour le SSR.

Coût journée : 100 €.

SA Structure pour le SSR : 500.000.

Coût journée : 50 €.

- **Coût total de la période hebdomadaire de séjour :**

$$(50 \times 7) + (5 \times 100) + (30 \times 0.8) + (0.2 \times 400)$$

+

$$7 \times (6 + 15 + 100 + 50) + 100 + 300$$

=

$$2.551 \text{ €}$$

Pour passer au coût du GHJ, il faut diviser le coût de la semaine par le nombre de journées de présence, soit : $2.551 / 7 = 364 \text{ €}$

B. ENREGISTREMENT ET TRANSMISSION DES INFORMATIONS.

Le recueil d'information pour l'ENC SSR public doit intégrer un certain nombre de règles qu'il faut impérativement intégrer dès le début du recensement. Les modalités d'enregistrement conditionnent, en effet, le format des données finales qui doit correspondre au format de fichier demandé pour la transmission¹³. Pour chaque type de donnée, un fichier spécifique « CSV » (séparateur point-virgule) a été réalisé. Ce dernier contenait impérativement des informations identifiant les patients et la date de réalisation des actes ou des prescriptions, afin de les rattacher sans erreur à la période de séjour qui leur correspond.

Nous présentons donc, dans cette partie, les fichiers implémentant le logiciel Win-Salvator ainsi que des règles de recueil à adopter pour tenir compte de différents éléments :

- Les minutes des séances collectives,
- Le recueil des temps médecin dont le traitement est particulier,
- Le suivi des consommables et des actes externes par patients,
- Le recueil des points SIIPS par le personnel soignant.

1. La rééducation-réadaptation fonctionnelle polyvalente.

Les activités de rééducation et de réadaptation sont valorisées selon les mêmes règles que les plateaux techniques du MCO (bloc, imagerie, labo...). Pour chaque type de métiers (kinésithérapie, ergothérapie...), une unité d'œuvre est identifiée (ici, les minutes) et les charges afférentes à son activité sont comptabilisées pour permettre ensuite leur ventilation sur les RHS au prorata des unités d'œuvre consommées.

Il reste à identifier le contour des activités para-médicales de rééducation, réadaptation et réinsertion réalisées en soins de suite ou de réadaptation. A cette fin, le catalogue des actes de rééducation-réadaptation (CdARR) propose une liste fermée d'actes et d'intervenants. Ces professionnels doivent remplir deux conditions : être payés par la structure sur une dotation sanitaire et être en possession d'une qualification leur permettant de réaliser légalement certains actes. Pour certains, il existe un décret d'exercice qui définit les limites de leur pratique. Pour les personnels bénéficiant d'une qualification à caractère sanitaire ou occupant une fonction, une liste d'actes déclarables par type d'intervenant¹⁴ est définie dans le CdARR.

En retraitements comptable, huit types de rééducation sont identifiés. Ils ne doivent pas être confondus avec les activités décrites dans le CdARR sous l'angle du PMSI SSR.

Pour la réadaptation, une liste ouverte est proposée du fait du caractère composite de cette profession. La liste peut être complétée par des intervenants très spécialisés qui ne seraient pas mentionnés. Il convient alors de créer une SAMT spécifique en respectant les normes de numérotation des nouvelles sections d'analyse (SA) présentées dans le manuel « Manuel Etudes de Coûts Soins de Suite ou de Réadaptation - 2^{ème} version ». Pour chaque catégorie, une section d'analyse médico-technique (SAMT) est créée ainsi qu'un fichier recensant, par semaine, le temps passé à la réalisation des actes.

¹³ Se référer au manuel d'utilisation de Win Salvator SSR

¹⁴ CdARR - p9.

Le recueil des unités d'œuvre (UO) s'organise autour des « acteurs » de rééducation/réadaptation sachant qu'une activité peut être réalisée par plusieurs intervenants appartenant à la liste du catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR). Pour la majorité des intervenants, la nature de leur qualification suffit à identifier la nature de l'activité. Les kinésithérapeutes, par exemple, réalisent la quasi-totalité des actes de kinésithérapie. Cette évidence ne doit cependant pas empêcher l'assimilation d'un intervenant n'appartenant pas à la « famille » principale, lorsque ce dernier dispense des soins de même nature et qu'il y est légalement autorisé. Les médecins peuvent, par exemple, réaliser des actes du CdARR.

1.1 Le temps collectif.

Depuis l'exercice 2001, il est demandé aux établissements réalisant des séances collectives de scinder en deux les sections d'analyse des intervenants concernés. Une section d'analyse médico-technique (SAMT) est réservée aux soins individuels et une autre aux soins collectifs. De même, deux fichiers distincts (par intervenant) recensent les minutes passées à la réalisation des actes individuels et collectifs. L'identification des deux SAMT se fait par l'ajout d'un "9" à droite de la racine du numéro de la section d'analyse (SA) pour les soins collectifs. La répartition des charges entre les deux se fait au prorata du temps de travail des intervenants entre les deux activités.

N.B : Il est fondamental de bien s'assurer de la pertinence de la clef de répartition utilisée. Elle doit refléter, au plus près, le rapport qu'il y a entre le temps passé par les kinésithérapeutes (par exemple) à suivre des séances collectives et leur temps passé à suivre des patients individuellement. Cette proportion n'est pas en corrélation avec le volume des minutes enregistrées par les intervenants car le temps de la séance collective est enregistré autant de fois qu'il y a de patients. Le nombre de minutes ne peut pas faire office de clef de répartition. Si ces préconisations sont suivies, le coût d'une minute « collective » doit, logiquement, être inférieur à celui d'une minute individuelle. Sur un même laps de temps et pour un même patient, la charge en soins mobilisée lors d'une séance collective est inférieure à celle d'une séance particulière avec un intervenant de rééducation.

En complément du recueil habituel des minutes, il est nécessaire de calculer, en fin d'exercice annuel, le nombre moyen de patients par séance. Une mise à jour de Win-Salvator a été réalisée au printemps 2002 pour permettre la transmission de cette information supplémentaire.

Exemple : affectation des charges.

Un kinésithérapeute consacre une demi-journée par semaine à des séances collectives. La part des charges qu'il faut ventiler sur la SAMT « kiné collectif » correspond à 1/10 de son ETP annuel.

Exemple : enregistrement des minutes.

L'activité de kinésithérapie est repérée par le numéro de SAMT 922500. Le patient 2000001 a eu 100 minutes de kiné la semaine du 15/09/2000 dont 60 minutes en séance collective.

Il convient donc de distinguer 2 types de fichiers selon l'activité :

Fichier de l'activité individuelle de kinésithérapie.

922500;2000001;MN ;40 ;15/09/2000.

Fichier de l'activité collective de kinésithérapie.

9225009;2000001;MN ;60 ;15/09/2000.

Ce type de recueil étant en opposition avec la dernière version du CdARR et introduisant une certaine confusion avec la rééducation collective, il doit rester d'un usage exceptionnel. Il n'est pas certain qu'il puisse être maintenu dans les prochains exercices.

1.2. Le recueil éventuel des médecins en CdARR.

Comme nous l'avons rappelé ci-dessus, les intervenants para-médicaux de rééducation, réadaptation et réinsertion en SSR ont recueilli leur activité de soins selon la nature de l'activité qu'ils réalisent. Cependant, si des médecins souhaitent enregistrer des actes du CdARR, les minutes consacrées à ces actes et les dépenses correspondantes ont alors été affectées aux SAMT concernées. Il est, en effet, impossible de créer une SAMT spécifique aux médecins (comme pour les kinésithérapeutes) dans la mesure où leur activité de soins est principalement transversale. Tous les patients d'un établissement sont vus par les médecins quel que soit leur service d'hospitalisation de rattachement.

Exemple : Si un médecin a réalisé des actes de kinésithérapie, ses minutes doivent être rattachées à la SAMT réservée à l'activité des kinésithérapeutes. La part correspondante de son salaire doit également être ventilée sur cette SAMT. Il existe un champ "salaires médicaux » dans la fenêtre de saisie des dépenses par SAMT de Win-Salvator.

Le fichier correspondant a le format suivant :

N°SAMT (9225...)
Identifiant séjour.
Type de l'unité d'œuvre (MN).
Nombre de minutes.
Date de réalisation (jour ou n° de semaine).

Exemple (fichier pour la kinésithérapie).

92251;1254789;MN ;45 ;15/08/1998.

92251;1478596;MN ;55 ;25/09/1998.

...

N.B : L'enregistrement des temps de bilans par les médecins n'est pas indispensable à la description médico-économique des RHS. Ces bilans étant réalisés régulièrement et pour l'ensemble des patients, les charges affectées sur les « semaines/patients » par l'intermédiaire des minutes n'apportent pas nécessairement de discrimination en coût des RHS et, donc, des groupes homogènes de journée (GHJ). En l'absence de recueil, les charges salariales des médecins restent sur les SAC et sont ensuite ventilées à la journée comme les autres charges du service (hormis les salaires soignants ventilés par le biais des points SIIPS).

2. Les autres actes médico-techniques.

Tous les actes médico-techniques, effectués au bénéfice du patient, ont fait l'objet d'un recueil complémentaire. Il s'agit essentiellement des actes de laboratoire, d'imagerie et d'explorations fonctionnelles... Le recueil de cette activité a été réalisé avec la dernière version de la CCAM.

2.1 Activité du laboratoire.

L'activité du laboratoire a été recueillie en nombre de B ; elle a été suivie par séjour. L'activité a été rattachée à la semaine correspondante grâce à la date de réalisation de l'acte.

Le fichier correspondant a le format suivant :

N°SAMT (9221...)
Identifiant séjour.
Type de l'unité d'œuvre (B).
Nombre de B.
Date de réalisation de l'acte (jour ou numéro de semaine).

Ce fichier a été constitué avant intégration dans Win-Salvator SSR ; le séparateur de champ est le point-virgule.

Exemple :

9221;1254789;B ;40 ;05/08/1998.

9221;1247856;B ;60 ;20/08/1998.

...

2.2 Activité d'imagerie.

L'activité d'imagerie a été recueillie en ICR ; elle a été suivie par séjour. L'activité a été rattachée à la semaine correspondante par l'intermédiaire de la date de réalisation de l'acte.

Le fichier à constituer a le format suivant :

N°SAMT (9223...)
Identifiant séjour.
Type de l'unité d'œuvre (ICR).
Nombre d'ICR.
Date de réalisation de l'acte (jour ou numéro de semaine).

Exemple :

9223;1254789;ICR ;4 ;07/08/1998.

9223;1854792;ICR ;16 ;25/11/1998.

...

2.3 Activité d'explorations fonctionnelles.

L'activité d'explorations fonctionnelles a été recueillie en ICR ; elle a été suivie par semaine. L'activité a été rattachée à la semaine correspondante grâce à la date de réalisation de l'acte.

Le fichier à constituer a le format suivant :

N°SAMT (9228...)
Identifiant séjour.
Type de l'unité d'œuvre (ICR).
Nombre d'ICR.
Date de réalisation de l'acte (jour ou n° de semaine).

Exemple :

9228;1269584;ICR ;10 ;12/10/1998.

9228;1528684;ICR ;10 ;19/10/1998.

....

NB. : Dans la mesure du possible, il est préconisé de conserver l'activité des plateaux techniques dans leur totalité. De cette façon, les dépenses des services sont conservées intégralement et assurent, ainsi, une plus grande fiabilité au calcul du coût des unités d'œuvre. Ceci implique, bien entendu, que le recueil de l'activité corresponde également à l'activité complète des services. Mais seules les unités d'œuvre afférentes au SSR ont été transmises par l'intermédiaire d'un fichier de type « CSV » ; celles des autres activités ont été déclarées globalement dans le logiciel Win-Salvator (voir chapitre V).

Lorsque le recueil était partiel, il a fallu éliminer les charges relatives aux activités ne participant pas au recueil (MCO, Long Séjour, consultations externes, services SSR ne participant pas ...) et les traiter hors du champ de l'étude. Ces dépenses ont été isolées à l'étape 1 des retraitements comptables et ont été déclarées comme une « activité autre » dans le logiciel Win-Salvator (voir chapitre IV).

2.4 Autres actes médico-techniques.

Les établissements dont les patients ont bénéficié d'autres actes médico-techniques (ex. : bloc opératoire) ont constitué un fichier comprenant le même type d'information que décrit précédemment. Les numéros de section d'analyse médico-technique à utiliser sont définis dans le guide de comptabilité analytique hospitalière BO n°97/2 bis (tome I).

3. Les consommables médicaux.

Les dépenses de consommables médicaux ont été suivies par séjour ; elles ont été affectées à la semaine correspondante en fonction de la date de consommation de ces produits (date ou n° de semaine).

Ce suivi a permis la prise en compte des principales prescriptions médicamenteuses qui avaient un caractère discriminant au cours de la semaine considérée. Au début de l'étude, un seuil de 30 € (200 F) par prescription avait été arrêté. Au-delà, tous les médicaments devaient être suivis. Ce n'est pas tant le caractère coûteux qui est intéressant, mais bien la nature de la prescription qui caractérise tel type de prise en charge et permet donc une discrimination pertinente. Dès lors, nous avons élargi le suivi à des médicaments moins coûteux (coût < à 30 euros) dont l'usage est particulier à certaines pathologies.

Les consommables médicaux à suivre ont été les produits sanguins (dérivés stables et labiles compris), les médicaments discriminants, les prothèses, orthèses et implants ainsi que les autres consommables (matériels divers).

Le fichier à constituer a le format suivant :

Identifiant séjour.
Type de consommables*.
Dépenses en euros.
Date de consommation (jour ou n° de semaine).

(*) Type de consommables :

- 1 : Produits sanguins (dérivés stables et labiles).
- 2 : Médicaments discriminants.
- 3 : Prothèses, orthèses et implants réalisés dans l'établissement.
- 4 : Prothèses, orthèses et implants achetés à l'extérieur.
- 5 : Autres consommables.

Exemple :

1254789;1;500;14/11/1998

1485975;1;400;25/09/1998

...

4. Les actes et consultations extérieurs à l'établissement.

Toutes les dépenses relatives à des actes ou à des consultations spécialisés réalisés à l'extérieur de l'établissement ont été suivies par séjour. Elles ont été rattachées à la « semaine patient » grâce à la date de réalisation de ces prestations.

Le fichier à constituer a le format suivant :

Identifiant séjour.
Type d'activité sous-traitée*.
Dépenses en euros.
Date de consultation ou de réalisation de l'acte.

(*) Type d'activité sous-traitée.

Il fallait préciser :

- 1 pour actes de laboratoire.
- 2 pour actes d'imagerie.
- 3 pour actes d'explorations fonctionnelles.
- 4 pour consultations spécialisées.
- 5 pour autres actes.

Exemple :

1254789;1;450;14/11/1998

1485975;4;300;25/09/1998

5. La mesure de la charge en soins infirmiers : les points SIIPS.

En SSR, la répartition des dépenses de personnels soignants (personnel infirmier et aides soignants) à la journée est apparue trop imprécise. Les études, qui ont conduit à la construction de la classification en PMSI SSR, ont montré que les dépenses relatives au personnel soignant représentaient 40 à 80 % du coût direct de la journée de présence selon la Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.).

Il était plus pertinent d'utiliser un outil de mesure de la charge en soins infirmiers qui permette la répartition de ces dépenses ; l'outil SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) s'est avéré être le plus adapté¹⁵. Il permet d'apprécier globalement et synthétiquement l'évolution de la demande en soins du patient par période de séjour.

Dans cette méthode, trois fonctions de soins sont identifiées :

- Les soins de base,
- Les soins techniques,
- Les soins relationnels et éducationnels.

Chaque fonction se voit affectée d'un coefficient selon l'intensité de la charge en soins :

- 1 (Indépendance ou soins légers).
- 4 (Dépendance modérée ou soins courts).
- 10 (Dépendance majeure ou soins lourds).
- 20 (Dépendance totale ou soins très lourds).

A chaque RHS, doit correspondre une mesure de la charge en soins infirmiers pour chaque fonction : soins de base, soins techniques et soins relationnels et éducationnels. Pour un type de soins, le score retenu pour la semaine, dans le cas où il varierait d'une journée à l'autre, est celui le plus fréquemment rencontré (c'est-à-dire : la valeur modale). En cas d'égalité, il faut choisir le score le plus élevé.

Un fichier au format suivant a été constitué :

N° de la section d'analyse clinique où séjourne le patient*.
Identifiant séjour.
Score SIIPS base.
Score SIIPS technique.
Score SIIPS relationnel.
Date de la période de recueil (jour ou n° de semaine).

(*) Élément essentiel dans la mesure de la production de la SA en points SIIPS.

Exemple :

92361;1254789;4;1;10;03/08/1998

92361;1254789;1;1;4;10/08/1998

92362;1254789;1;1;1;17/08/1998

92362;1247856;10;4;10;17/08/1998

Remarque : calcul du score SIIPS total d'une SAC.

Calculer le score par RHS : (somme des trois scores) x (nombre de journée de présence).

Additionner tous les scores des RHS par SAC.

15 Pour plus de détails sur la méthode, il faut se référer au document « la méthode SIIPS : indicateurs d'activités en soins infirmiers » publié aux Editions Lamarre.

C. QUALITES DES DONNEES FINANCIERES ET MEDICALES.

Le début du recueil 2000 a été programmé au mois d'avril pour les établissements dont le système d'information était opérationnel à cette date. Pour la majorité des établissements (26), ce délai n'a pas pu être respecté en raison, notamment, de la montée en charge du recueil des points SIIPS et des temps d'intervenants. La date butoir a donc été repoussée au mois de juillet 2000.

1. Le poids des dépenses de personnel.

La ventilation des dépenses du compte administratif consolidé sur les sections d'analyse constitue une étape primordiale pour l'application du modèle de coût. De la qualité initiale des clefs utilisées pour répartir les dépenses dépend la qualité in fine des groupes de l'échelle de pondération.

Pour une première année d'exercice, les règles d'affectation, présentées dans le guide méthodologique, ont été correctement suivies par les établissements. Certains relevés devront être améliorés, notamment, en ce qui concerne les dépenses de logistique médicale à répartir dans les sections d'analyse cliniques. Elles doivent contenir au minimum les dépenses des D.I.M et de la pharmacie.

Ce type de dépenses reste, néanmoins, nettement inférieur aux dépenses de personnel. Ces dernières constituent, en effet, un enjeu beaucoup plus important. Elles représentent, en effet, entre 40 et 80 % du budget d'un établissement. Les clefs utilisées doivent donc être aussi précises que possible. Sans cela, les coûts ventilés par le biais des unités d'œuvre (SIIPS, minutes) ne reflèteraient plus la réalité des soins dispensés. Une répartition fidèle à la réalité émane d'enquêtes de terrain relatives aux emplois du temps des médecins, des soignants et des administratifs dans les services.

Les difficultés se posent lorsque, au sein d'un service mixte (ayant plusieurs modalités d'hospitalisation), les personnels n'ont pas d'affectation exclusive et que la séparation physique entre les unités médicales n'est pas clairement établie. Trois établissements n'ont pu, à ce jour, répartir le personnel administratif sur les services cliniques. Ce personnel administratif est, par conséquent, soit intégralement affecté à la logistique générale, soit ajouté aux dépenses de personnels soignants. Cette dernière solution a pour inconvénient de gonfler artificiellement le coût des points SIIPS et, ainsi, de majorer les dépenses des soignants sur les RHA.

2. L'exhaustivité des unités médicales.

2.1 Le recueil des journées de présence.

Malgré le début progressif de l'étude, des équipes ont rencontré des problèmes de montée en charge qui se sont traduits par des défauts d'exhaustivité en journées d'unité médicales ou en minutes d'intervenants. Cinq établissements sur 33 ont des écarts entre les journées déclarées et les journées PMSI significativement différents (allant jusqu'à 14 % par service).

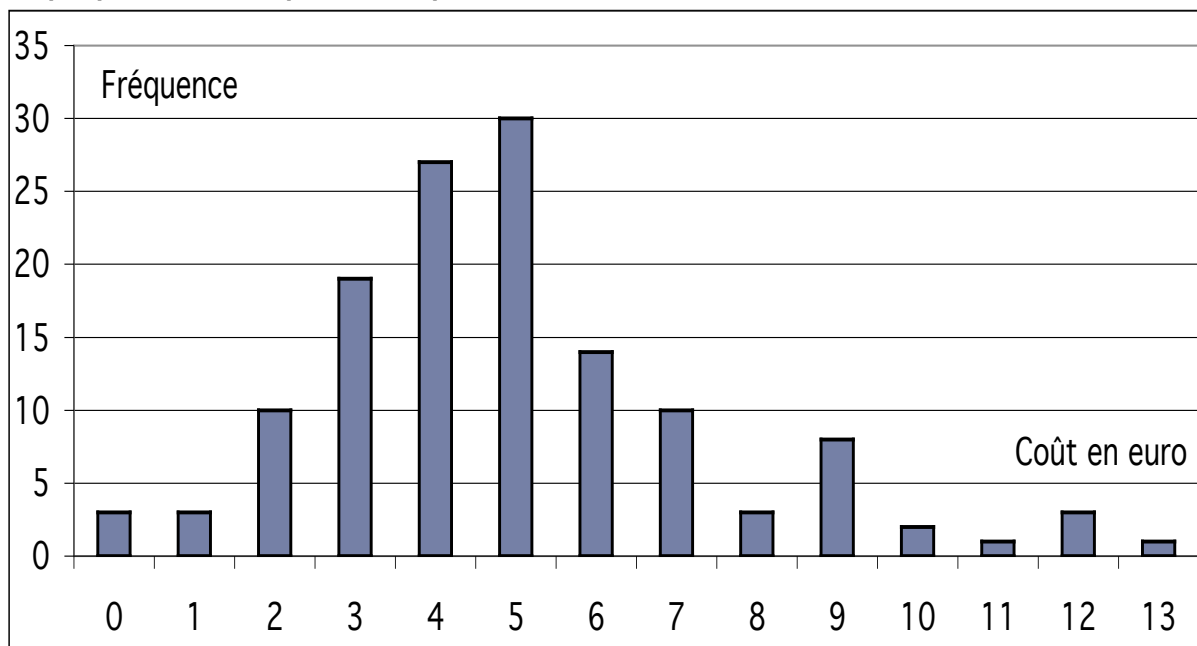
Sur les 146 services cliniques émanant des 33 établissements producteurs, 14 services n'ont pas de dépenses de personnel IDE/AS. Dans tous les cas, il s'agit d'hospitalisation partielle.

Dans ce mode d'hospitalisation, l'organisation du service ne nécessite pas systématiquement que les patients soient pris en charge par du personnel soignant. Ces patients sont, en effet, directement orientés sur les plateaux techniques. Parmi les 14 services, trois ont tout de même déclaré des points SIIPS. On trouve également trois services d'hospitalisation partielle qui ont des dépenses de soignants, mais pas de SIIPS. Dans ce cas, les dépenses concernées sont ventilées au prorata du nombre de venues.

2.2 Le recueil des points SIIPS.

Le graphique n° 6, ci-dessous, donne la répartition des coûts du point SIIPS par service. L'axe des abscisses indique les classes de coûts en euros et l'axe des ordonnées, le nombre de services.

Graphique 6 : Coût du point SIIPS par unité médicale.



Les services, dont le coût du SIIPS apparaît le plus faible, ont soit, ventilé trop peu de dépenses de personnel, soit, une activité en soins infirmiers très productive.

L'hypothèse d'un nombre élevé de points SIIPS est envisageable jusqu'à un certain point. Cependant, lorsque le coût devient inférieur à 2 euros, la première hypothèse est plus cohérente. Il est, en effet, probable que la répartition des charges de personnel entre les différentes sections d'imputation a été difficile à réaliser alors que le recueil d'information médicale a été fait de façon exhaustive. Les RHA passés dans ces services se voient, donc, affectés de dépenses de personnels soignants sous évaluées, comme pour n'importe quel service clinique ou plateau technique dans lequel les charges auraient été sous-estimées.

Il est souvent difficile de corriger ce type de défaut a posteriori car cela implique d'importants travaux comptables. Cette approximation des dépenses entraîne un lissage des coûts qui n'a que très peu d'impact sur le coût final des GHJ. Le re-calcul des charges de personnels n'a donc pas été effectué.

Dans les services où les coûts des SIIPS sont très élevés, les conséquences sont très différentes. Un coût très élevé s'accompagne quasi-systématiquement d'une mauvaise exhaustivité du recueil. Les dépenses en personnel ne sont pas nécessairement surévaluées, mais, le recueil étant fait partiellement, les dépenses IDE/AS se retrouvent affectées à quelques GHJ uniquement. Le montant peut devenir très important. Pour un score de 40 points SIIPS par jour (le maximum est de 60) et de 10,5 € le coût du point SIIPS (seul un service dépasse 12,5 €) la dépense répartie sur le RHA est de 427 € par jour. Il est difficile d'accepter une telle dépense journalière en personnel IDE/AS pour un seul patient alors que le coût moyen d'une journée dans le service le plus cher de la base de référence est de 315,5 €. Nous verrons, dans le chapitre sur les redressements, la solution envisagée pour réduire l'impact de ce défaut d'exhaustivité.

Hormis les problèmes évoqués ci-dessus, le recueil des points SIIPS est assez fiable. Nous avons une homogénéité assez forte des coûts du SIIPS par service, comparés aux coûts des minutes d'intervenants de rééducation et, surtout, de réadaptation pour lesquelles le recueil d'activité n'est pas non plus automatique.

3. Le recueil des temps en rééducation/réadaptation.

Les métiers de rééducation, réadaptation et réinsertion les plus représentés sont : la kinésithérapie, la nutrition, l'ergothérapie, la psychologie, l'orthophonie et la réadaptation.

Le tableau n° 12 présente les coûts moyens par minute pour chaque catégorie de professionnels concernés. Il identifie également le coefficient de variation dans chacun des cas ainsi que le nombre d'établissements où sont présents ces types de métiers.

Tableau 12 : Coût moyen des minutes de rééducation et réadaptation.

	Moyenne	Coefficient de variation	Nombre d'établissements
Kinésithérapie	0.63	0.36	32
Balnéothérapie	0.72	0.50	2
Orthophonie	1.14	0.47	23
Orthoptie	1.98	0.08	2
Nutrition	2.44	0.94	19
Ergothérapie	0.81	0.32	21
Psychologie	1.92	0.84	9
Psychomotricité	0.98	0.56	14
Rééducation collective	0.17	0.82	25
Réadaptation	1.36	0.85	24
Réadaptation collective	0.40	1.57	10

La kinésithérapie et l'ergothérapie ont les coûts les plus homogènes puisque leur coefficient de variation du coût à la minute par établissement est d'environ 35 %. Le coût de l'orthophonie est un peu moins homogène, mais reste d'un niveau convenable.

La psychologie et, surtout, la nutrition et la réadaptation, sont les catégories les moins homogènes. Leur coefficient de variation est, en effet, toujours supérieur à 80 %. Le recueil des minutes de ces activités est, en fait, assez aléatoire à cause de la nature de l'activité exercée avec des pratiques variables en fonction des intervenants ou des établissements.

En ce qui concerne la réadaptation-réinsertion, les assistantes sociales, par exemple, consacrent du temps à la gestion du dossier des patients sans que ceux-ci soient toujours présents à ces moments. Il en résulte un certain décalage entre le temps déclaré auprès des patients (pris en compte dans l'étude de coût) et leur temps véritable de travail.

De même, les éducateurs travaillent souvent en groupes. L'évaluation des temps de préparation aux activités en collectif ou en individuel est une source d'incertitude. Cela entraîne des divergences potentielles et se répercute sur les coûts à la minute. En préconisant la différenciation des minutes collectives¹⁶ et individuelles, nous avons cherché à minimiser ces écarts et homogénéiser les coûts observés de ces unités d'œuvre.

La balnéothérapie n'est présente que dans deux établissements. Son coût à la minute est de 0,46 euros dans le premier établissement et de 0,98 € dans le second. Dans ce contexte, il est probable que la moyenne ne reflète guère la réalité.

Le coût de la minute d'orthoptie semble très homogène autour de 1,98 €, mais elle n'est présente, également, que dans deux établissements.

Enfin, la psychomotricité existe dans 9 établissements. Son coût à la minute est assez stable autour de 0,79 €. Un établissement est, cependant, atypique puisque le coût de la psychomotricité est nettement supérieur à cette moyenne, atteignant 2,29 €.

¹⁶ Les notions de temps collectifs dans l'ENC est différente de celle du PMSI

D. REDRESSEMENT DES COUTS.

1. Les dépenses discriminantes.

L'échelle de coût donne une valorisation par Groupe Homogène de Journée du coût complet d'un séjour hospitalier. Ce coût intègre l'ensemble des dépenses mobilisées pour assurer la prise en charge médicale et logistique d'un patient sur une période donnée. Il est décomposable en deux grands volets, eux-mêmes divisés en plusieurs postes :

- Un volet médical avec les dépenses de services cliniques, de plateaux techniques et celles dites « individuelles » que l'on peut rapporter directement au patient,
- Un volet logistique qui correspond aux dépenses de fonctionnement d'un établissement de santé dans lequel on retrouve, le personnel administratif, la restauration, la blanchisserie et toutes les dépenses afférentes à son fonctionnement.

Le coût complet d'un résumé hebdomadaire est égal à la somme de ces postes. La nature des clefs de répartition utilisées pour déterminer les dépenses poste par poste, est, en soi, déterminant pour expliquer leur pouvoir discriminant dans la formation du coût.

1.1 Clefs de répartition et niveau de discrimination.

Les clefs de répartition utilisées dans l'ENC sont plus ou moins rudimentaires selon la nature des dépenses. Les dépenses médicales sont réparties selon des clefs précises propres à la consommation de chaque patient. A contrario, des clefs beaucoup plus grossières sont utilisées pour répartir les dépenses de logistique. Le principe même de la méthode préjuge donc du niveau de discrimination des postes de dépenses et de l'interprétation que l'on peut en faire. Les dépenses ventilées à la journée sur l'ensemble des séjours émanant d'un établissement reflèteront les différences de coûts liées à la qualité de la gestion du site. Ceci est, en outre, amplifié par l'existence d'une unité de mesure finale, elle-même, ramenée à la journée (GHJ). Si, lors de la valorisation des RHA, la durée de séjour était conservée, le nombre de journées de présence lisserait les différences entre les sites. Enfin, les dépenses de soins (soignants, consommables, rééducations, etc.) sont réparties selon des clefs précises qui permettent de suivre exactement les consommations par patient. Le pouvoir discriminant de ces dépenses se trouve donc, par construction, relié directement à la nature de la prise en charge médicale.

1.2 Les dépenses de logistique discriminent le mieux la base.

La formation du coût des GHJ s'explique principalement par le cumul des dépenses de logistique, de restauration et de blanchisserie. Leur poids est, en effet, très élevé dans le coût final d'un GHJ. Il représente en moyenne un tiers (de 13 % à 47 %) de la dépense totale. En outre, la dispersion entre établissements est également très élevée : le plus cher atteint 150 € par jour alors que le moins cher est inférieur à 30 € (7 établissements ont des dépenses de plus de 92 €/jours et 7 de moins de 47 €). L'impact de ce groupe de dépenses (logistique, blanchisserie et restauration) est donc primordial. Ces différences entre établissements peuvent engendrer des surcoûts de 50 % dans quelques GHJ.

Sa force de répercussion sur l'échelle s'explique, en fait, par la coexistence de deux phénomènes. D'une part, les établissements de la base ont des coûts à la journée de logistique, restauration et blanchisserie très dispersés. Le rapport entre le plus faible et le plus fort est de 5. D'autre part, les établissements de SSR étant souvent spécialisés par pathologie et selon le profil des patients, l'éventail des cas qu'ils traitent (case-mix) est assez resserré dans la classification. Le profil-type du case-mix d'un participant à l'étude est, en effet, constitué de GHJ principaux répartis dans quelques CMC qui absorbent une grosse part de l'activité et d'un ensemble de GHJ dont les volumes sont beaucoup plus faibles. Cette spécialisation des case-mix du SSR¹⁷ se répercute nécessairement sur le case-mix total de la référence. Beaucoup de groupes se trouvent, donc, alimentés par peu d'établissements différents (23 par un seul et 31 par deux). Lorsque qu'il existe plusieurs établissements alimentant un même GHJ, il n'est pas rare qu'un ou deux d'entre eux soient les principaux producteurs en volume de RHA. Dès lors, l'empreinte des sites devient prépondérante dans la formation des coûts des GHJ à cause du poids des dépenses de logistique, blanchisserie et restauration, qui amoindris l'impact des autres dépenses.

Sans proposer de redressement sur ces dépenses, l'échelle de valorisation perdrait en qualité descriptive des soins. En attendant d'élargir l'échantillon, il est donc nécessaire, pour cette première année, de remplacer ces dépenses par la moyenne des séjours de la base. (Voir tableau n° 13 : « Redressements sur le coût complet d'un RHA »).

1.3 Dispersion des dépenses du personnel soignant.

Le deuxième champ le plus discriminant par GHJ est la dépense des personnels soignants. L'affectation des points SIIPS par RHA permet de répartir très précisément ces dépenses qui, en outre, représentent une part importante (50 % en moyenne) des dépenses d'un service médical. Pour un patient dépendant et nécessitant des soins techniques, il n'est pas rare de trouver des scores SIIPS journaliers de 40 ou plus qui se traduisent par une dépense pouvant atteindre 300 € par jour. A contrario, beaucoup de patients accueillis en hospitalisation de jour ne sont pas pris en charge par ces personnels mais directement par les intervenants de rééducation/réadaptation. La dépense journalière des infirmier(e)s (IDE) et aide-soignant(e)s a donc une dispersion très forte, ce qui lui confère un pouvoir explicatif important.

Les autres critères discriminants sont les dépenses de rééducation, de logistique médicale, de médecins ou d'autre personnel. Comme on pouvait s'y attendre, les dépenses globales de personnels sont omniprésentes pour discriminer les RHA que ce soit par le biais du passage dans les services cliniques (médecins, IDE/AS et autres) ou par l'intermédiaire des temps sur les plateaux techniques. En conséquence, les critères plus médicaux (fauteuil roulant, PCL, PCTL, PRR, PRRC, dépendance, âge, sexe) caractérisant les RHA deviennent secondaires.

¹⁷ Dans l'étude du MCO, on observe des case-mix beaucoup plus larges hormis pour les Centres de Lutte Contre le Cancer.

2. Redressement des dépenses de personnel et individuelles.

2.1 Ecrêtage des dépenses de certains personnels.

Comme nous l'avons développé dans le chapitre sur la qualité des données, un dysfonctionnement dans le recueil des unités d'œuvre (U.O.) ou dans la ventilation des charges peuvent se traduire par des dépenses excessives, voire irréalistes, sur les résumés hebdomadaires. Les minutes et points SIIPS servent, en effet, de clefs de répartition aux dépenses des sections d'analyse médico-technique (SAMT) et du personnel clinique (dans les sections d'analyse clinique : SAC). Leur recueil partiel ou leur mauvaise affectation sur les RHA engendrent alors potentiellement une sur-évaluation des dépenses.

Pour éviter de conserver des coûts hors norme, sans pour autant supprimer la donnée et se priver alors d'une information importante, nous avons adopté la solution suivante. Au-delà d'une certaine borne, nous considérons que le coût de l'activité concernée reflète une application défailante des règles de recueil. Ainsi, au-delà de cette borne, ces parts de dépenses atypiques sont re-ventilées sur l'ensemble des journées de présence pour que l'établissement ne soit pas amputé d'une partie de ses coûts. Si les montants re-répartis restent peu importants au regard de la totalité du budget SSR de l'établissement, en revanche, le coût des résumés hebdomadaires les plus coûteux, susceptibles de polluer la moyenne des coûts par GHJ, change radicalement de profil (voir la notion de RHA « outlier » dans l'encadré n° 2 ci-dessous).

Avant ce redressement, les coûts extrêmes de certains résumés hebdomadaires ne se justifiaient que le défaut de codage des certains métiers. Les plus extrêmes avaient des dépenses qui pouvaient dépasser 1.500 € par jour pour une des trois activités. Même avec un tarif horaire élevé, une telle dépense n'a pas de sens. Après redressement, les causes de sur coûts incombent en général aux dépenses individuelles ou aux dépenses des infirmier(e)s et aides soignant(e)s qui restent élevées pour des patients très dépendants.

Trois métiers de rééducation/réadaptation sont concernées par ce redressement : la psychologie, la nutrition et la réadaptation. Pour cette année, la borne supérieure a été fixée à 3,05 € le coût de la minute.

Malgré un recueil plus robuste des points SIIPS, des défauts d'exhaustivité importants dans certains services justifient également le même type de redressement. La borne supérieure a été fixée à 9,15 € le point SIIPS. Sur les 33 établissements étudiés, 14 ont été redressés à hauteur de 7 % (du budget SSR) et de 3,6 % au maximum pour deux d'entre eux. Les autres sont tous en dessous de 2,5 %.

2.2 Eviction des dépenses individuelles lors du « trimage ».

La présence de dépenses, suivies par patient et directement affectées aux RHA, entraîne des surcoûts qui peuvent polluer les moyennes de coût par GHJ. Comme nous l'avons déjà évoqué, il est discutable de conserver des dépenses individuelles affectées à une semaine donnée alors qu'elles servent à la prise en charge d'un patient sur l'ensemble du séjour.

L'exemple le plus caractéristique est celui des prothèses en raison de leur montant très élevé et de la durée de leur utilisation. Ces dépenses sont donc exclues de l'échelle de pondération et pourraient être valorisées isolément dans le cadre d'une utilisation budgétaire de l'échelle.

Pour ce qui est des autres dépenses individuelles comme la radiologie, les explorations fonctionnelles, le transport en SMUR et autres consommables, le problème est similaire malgré leur moindre coût. Pourquoi affecter ces dépenses à une période particulière alors qu'elles concernent toute la durée du séjour ? Cette question est d'autant plus pertinente dans le cas où ces dépenses font ressortir des RHA comme extrêmes (outliers) dans leur GHJ, alors que rien ne prouve que la prise en charge est véritablement hors norme.

Pour éviter d'éliminer à tort trop de RHA, la procédure de « trimage » a été appliquée aux données après avoir écarté les dépenses individuelles. La valorisation est faite après réintégration de ces dépenses, ce qui revient à les répartir sur l'ensemble des RHA des groupes homogènes de journées.

Le tableau 13 représente l'ensemble des redressements utilisés pour construire l'échelle finale de coût des GHJ à la journée de présence.

Tableau 13 : Les redressements opérés sur le coût complet d'une journée de présence.

Numéro du redressement	Nature et techniques des redressements			
I	Logistique générale	Standardisation	Moyenne de la base de référence	53,4 par jour
I	Restauration	Standardisation	Moyenne de la base de référence	4,6 par jour
I	Blanchisserie	Standardisation	Moyenne de la base de référence	13,7 par jour
II	Personnel IDE et soignants	Ecrêtage	Dépenses plafonnées	9,15 le point SIIPS
II	SAMT de Psychologie	Ecrêtage	Dépenses plafonnées	3,05 la minute
II	SAMT de Nutrition	Ecrêtage	Dépenses plafonnées	3,05 la minute
II	SAMT de Réadaptation	Ecrêtage	Dépenses plafonnées	3,05 la minute
III	Dépenses individualisées	Dépenses non intégrées au "trimage"		
IV	« Trimage »	Suppression des RHA hors norme	Technique EMT (Ecart Maxi Toléré)	1,13 % des RHA supprimés

Encadré 2 : Technique de trimage

Comme pour l'ENC MCO, et selon la même méthode statistique, nous appliquons un « trimage » en coût par GHJ pour supprimer du calcul de la valorisation finale les RHA qui s'écartent trop de la moyenne observée. Ce traitement permet d'éliminer le biais statistique dû aux séjours atypiques ou aux erreurs de recueil ou de codage qui expliquent la présence de RHA hors norme.

La méthode utilisée, baptisée « méthode EMT » (Ecart Maximum Toléré), élimine les RHA dont le coût complet est en dehors de l'intervalle déterminé par deux bornes en coût. Cette technique statistique tient compte de la forme de la fonction de répartition des coûts dans chaque GHJ en évitant ainsi d'éliminer systématiquement un nombre pré-déterminé de données sans que cela ne soit justifié.

Ainsi, nous supprimons environ 1,13 % des RHA de la base dont 0.7 % sont plus chers que la borne haute et 0.43 % sont moins chers que la borne basse. Sur les 256 GHJ de la classification ayant des données de séjour, 110 n'ont perdu aucun RHA et le trimage maximum représente 6 % des données d'un GHJ.

Calcul des bornes EMT :*

- Borne haute = coût moyen + écart-type + (percentile à 95 % - 2^{ème} Quartile)*
- Borne basse = coût moyen - écart-type + (percentile à 5 % - 2^{ème} Quartile)*

** Le calcul est fait sur le logarithme du coût.*

E. ANALYSE DES COÛTS.

1. L'hospitalisation complète et partielle.

La classification en SSR ne réserve pas de GHJ particulier à l'hospitalisation de moins de 24h contrairement à celle de MCO qui la regroupe dans une catégorie majeure spécifique. Les hospitalisations complètes (HC) et partielles (HP) ne peuvent être valorisées conjointement en MCO, car les séjours d'hospitalisation complète sont conservés dans leur intégralité. En SSR, les journées d'une semaine de séjour sont valorisées. La différence de coût entre les deux modes de prise en charge s'en trouve donc atténuée.

1.1. Deux modes d'individualisation de l'hospitalisation partielle.

Pour permettre une valorisation plus précise de l'hospitalisation, il a été recommandé aux établissements de consacrer une section d'analyse clinique (SAC) spécifique pour chaque type d'hospitalisation. Sur les 18 établissements pratiquant de l'hospitalisation partielle, 11 n'ont pu réaliser le découpage demandé et 8 (car un établissement se trouve dans les deux cas de figure) ont isolé l'hospitalisation partielle. Au total, la base comporte 18 services « mixtes » et 13 services d'hospitalisation partielle « isolée ». Cette approche permet d'appréhender un éventuel effet de lissage entre les coûts observés en hospitalisation partielle et ceux en hospitalisation complète qui serait dû à la mixité des services ainsi repérés. En d'autres termes, les services mixtes pourraient avoir, de manière artificielle, des coûts similaires entre ces deux modes d'hospitalisation à cause de leur mixité.

Dans ces services, le seul facteur discriminant devient donc les points SIIPS puisque le reste des dépenses du service est réparti au prorata des venues ou des journées (les charges ventilées pour une journée ou une venue étant égales).

Les 13 services d'hospitalisation partielle isolés ont un coût moyen de la « venue » à 59 € avec un coefficient de variation de 68 %. Dans le cas où l'hospitalisation partielle n'a pas été isolée, le coût d'une venue passe à 66 € avec un coefficient de variation de 58 %. Ce deuxième résultat repose sur un échantillon plus large (18 services) et moins dispersé. Le coût supérieur d'une venue plafonne à 130 € comme pour les services isolés, mais le coût plancher est à 26 € contre 8 € pour un seul service isolé. Ce dernier résultat est à relativiser et pourrait être la cause d'une sous-estimation de dépenses. Si l'on ne tient pas compte du coût très bas de ce service, la venue passe à 64 €.

Tableau 14 : Comparaison des coûts par type de services.

	Hospitalisation partielle	Hospitalisation complète
Services mixtes	66	144
Services isolés	59 (64)	

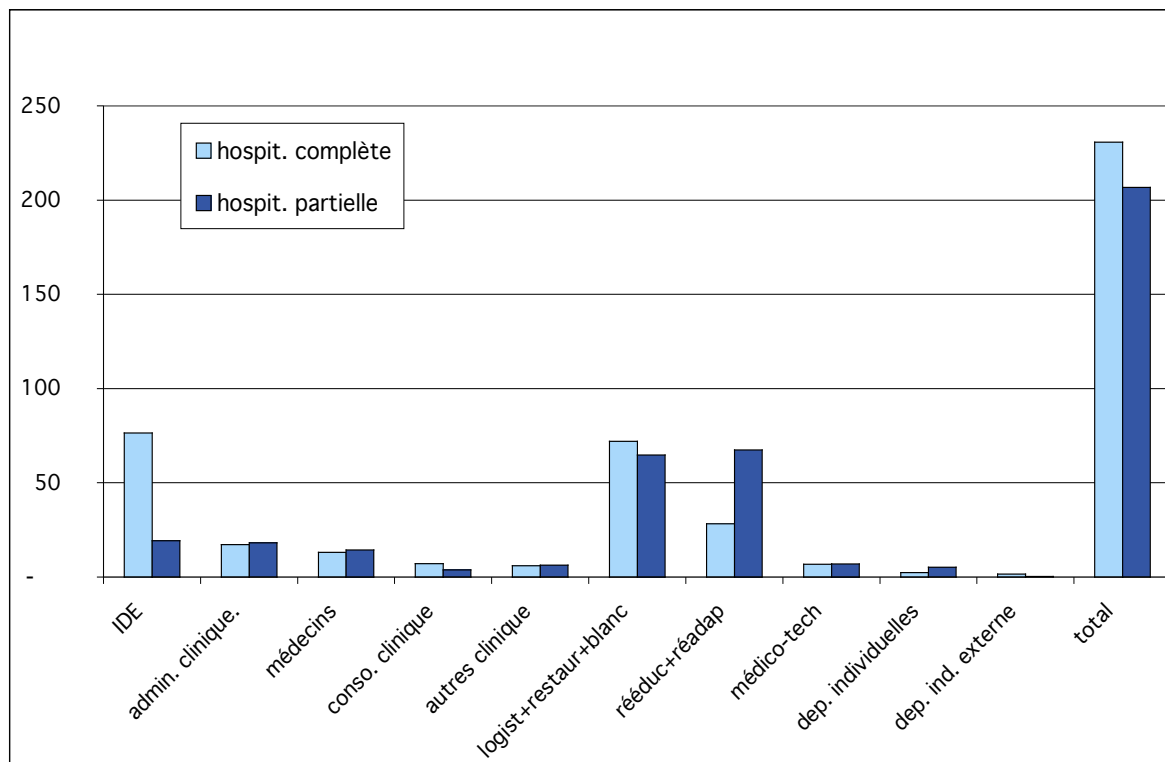
Les deux modes de calcul donnent, en fait, des valeurs assez proches en raison du poids important des dépenses en personnel soignant qui représentent en moyenne 50 % des charges d'un service.

1.2. Ecart entre l'hospitalisation complète et partielle.

Comme l'hospitalisation partielle mobilise des moyens humains sur une période plus courte, les coûts cliniques sont moins élevés qu'en hospitalisation complète. Les prestations médico-techniques, programmées lors des venues, sont, cependant, plus intensives et atténuent cet écart. Le graphique n° 7, ci-dessous, sur la décomposition du coût complet est très explicite sur ce point. Les deux dépenses les plus discriminantes sont celles d'IDE/soignants qui sont, en moyenne, 4 fois plus chères par jour en hospitalisation complète (76 €) et les dépenses de rééducation/réadaptation qui sont 2,4 fois plus chères en hospitalisation partielle (67 €).

Pour les autres postes, la quasi-égalité entre les deux modes d'hospitalisation est souvent observée. Il existe, cependant, un écart au niveau des consommations de médicaments et de consommables divers dont le suivi individuel est plus important en hospitalisation partielle, mais dont la répartition sur les services cliniques est plus importante en hospitalisation complète. Enfin, le poids des dépenses de logistique, de restauration et de restauration représente 31 % du coût complet pour les deux modes d'hospitalisation. Il est, cependant, 11 % plus cher en hospitalisation complète puisque la restauration compte pour moitié en hospitalisation partielle. Un RHA en hospitalisation complète coûte donc en moyenne 12 % plus cher qu'en hospitalisation partielle, alors que les dépenses cliniques (5 premiers postes sur le graphe) sont, en moyenne, deux fois plus élevées.

Graphique 7 : Décomposition du coût journalier en hospitalisations complète et partielle.



La base comporte 21 % de RHA en hospitalisation partielle qui regroupe l'hospitalisation de jour et de nuit, et les traitements et cures ambulatoires. Ces RHA ne sont pas uniformément répartis entre les CMC. Cinq CMC ont moins de 2 % des RHA (dont deux, aucun) et une CMC, en réadaptation, atteint un maximum de 37 % des RHA.

Tableau 15 : Répartition des RHA en hospitalisations complète ou partielle par CMC.

Mode d'hospitalisation	Catégories Majeures Cliniques													
	11	12	13	14	15	16	17	18	20	30	40	50	60	80
Hospitalisation complète	85%	76%	86%	90%	98%	79%	91%	86%	99%	100%	63%	99%	79%	100%
Hospitalisation partielle	15%	24%	14%	10%	2%	21%	9%	14%	1%	0%	37%	1%	21%	0%

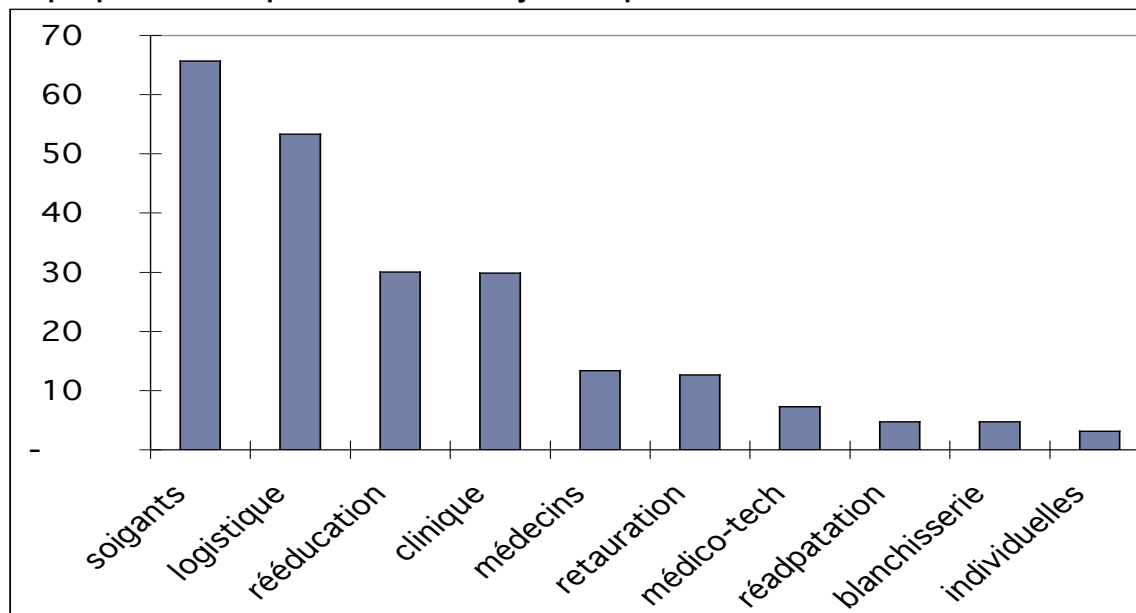
La répartition des deux modes d'hospitalisation est hétérogène selon les établissements participant à l'étude. Sur les 33 sites, 15 ne font que de l'hospitalisation complète et 2 quasi-exclusivement. Parmi ceux qui proposent une hospitalisation de jour, le nombre de RHA dans ce mode d'hospitalisation partielle varie de 7 à 75 %.

2. Décomposition du coût complet et variance expliquée de la classification.

2.1 Le poids de la logistique générale et du personnel soignant.

Comme le graphique n° 8, ci-dessous, l'illustre, les deux plus importants postes de dépense d'un séjour hospitalier SSR sont le personnel soignant et la logistique générale. A eux deux, ils représentent 55 % des dépenses totales. On trouve ensuite, par ordre décroissant, la rééducation, beaucoup plus importante que la réadaptation, le reste des dépenses cliniques, les médecins, la restauration, le médico-technique autre que la rééducation/réadaptation, la blanchisserie et les dépenses individuelles. Ce dernier poste ne contient pas les prothèses.

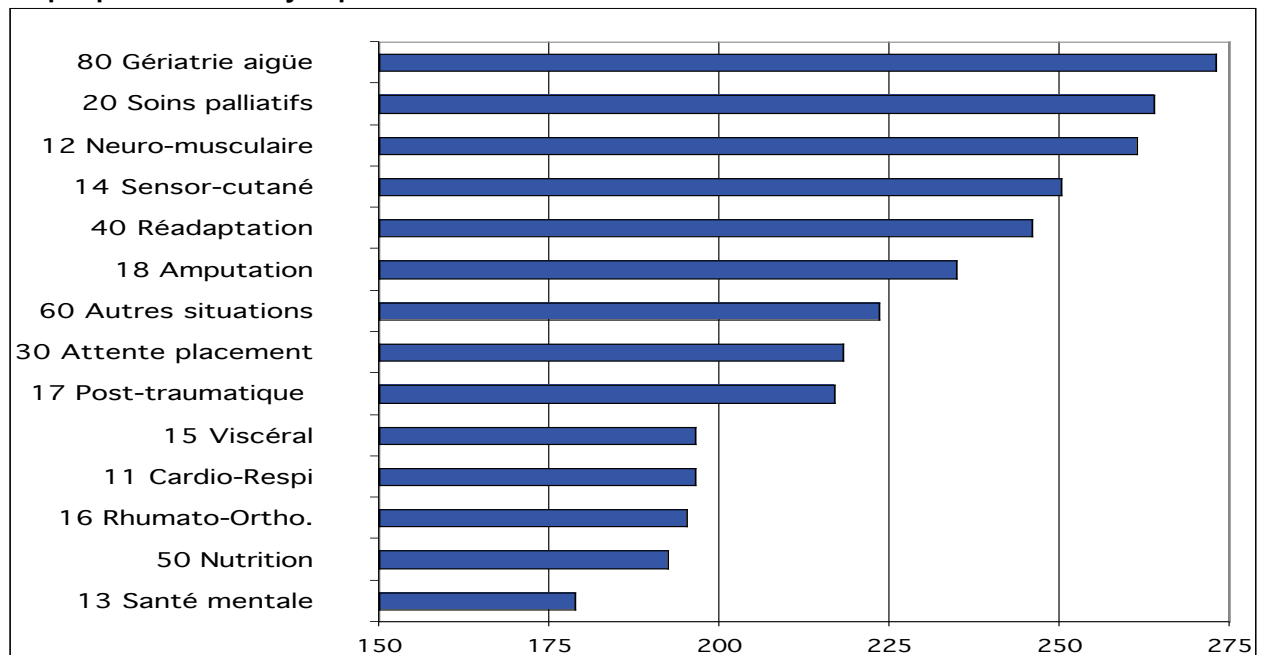
Graphique 8 : Décomposition du coût moyen complet en euros.



2.2. Coût moyen par CMC.

Le niveau du coût moyen journalier par CMC varie de 179 €¹⁸ à 273 €. Ces différences s'expliquent par le profil moyen des patients par CMC dont les caractéristiques sont plus ou moins mobilisatrices de soins. Les patients des deux CMC les plus coûteuses « Soins palliatifs » et « Gériatrie aiguë » sont particulièrement dépendants. En « Sensoriel et cutané » et « Attente de placement », on trouve également cette caractéristique mais à un degré moindre. Enfin, la catégorie clinique « Neuro-musculaire » a un coût moyen élevé. Cela s'explique par des dépenses de kinésithérapie plus importantes.

Graphique 9 : Coût moyen par CMC en euros.



2.3. Part de variance expliquée par la classification.

Pour l'ensemble des CMC, la part de variance expliquée par la classification en GHJ est de 38 %¹⁹. Ce résultat est légèrement supérieur à celui qui est observé en MCO. Mais, comme nous l'avons déjà évoqué, le calcul du coût à la journée pondérée réduit significativement sa variabilité²⁰. Le pouvoir discriminant de la classification en GHJ n'est, cependant, pas aussi net dans toutes les CMC. C'est dans les CMC 11 « Cardio-vasculaire/Respiratoire », 13 « Santé mentale », 15 « Viscéral » et 50 « Nutritionnel » que la classification des GHJ paraît le mieux expliquer les coûts. Pour les CMC 18 « Amputations », 20 « Soins palliatifs » et 30 « Attente de placement », la classification semble moins efficace.

¹⁸ Coûts redressés

¹⁹ Les travaux exploratoires de 1997 (BO N°97/8bis), qui ont permis de construire la classification, aboutissaient à de « meilleurs » résultats. Le modèle utilisait cependant des coûts standardisés pour valoriser les unités d'œuvre (point SIIPS, minute de rééducation, unités d'œuvre de radiologie, explorations fonctionnelles, laboratoires, ...). Ce choix, légitime puisqu'il s'agissait de discriminer des consommations de moyens et non des coûts, aboutissait nécessairement à un nivellement des différences intra-GHJ.

La variance totale et la variance résiduelle étant plus faible, la part de variance expliquée s'en trouvait donc augmentée. Dans la présente étude, seuls les coûts de restauration, blanchisserie et logistique ont été standardisés du fait des écarts importants constatés.

²⁰ Dans l'étude MCO, les séjours sont conservés dans leur intégralité.

ANNEXE II : 1^{ERE} ECHELLE NATIONALE DE COUT SSR.

Dans cette annexe, Cette première échelle est proposée sous la forme de plusieurs tableaux. Tous les coûts sont exprimés en euros.

- Le tableau 16, ci-dessous, présente l'échelle classée par GHJ. Il est réparti sur plusieurs pages et décomposé par CMC.
- Le tableau 17 (à partir de la page 80) répertorie le coût moyen, par ordre croissant, des GHJ.
- Enfin, les tableaux 18, 19 et 20 identifient les coûts moyens par classes de GHJ (PCTL, PCL, PRRC, PRR, dépendance physique supérieure à 12 et autres). Le tableau 18 concerne les enfants ; les deux autres : les adultes.

Tableau 16 : Echelle V.0 ENC SSR Pub. - Classement par GHJ.

Tableau 16 : CMC 11.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
11	1	259	355	44%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - PCTL
11	2	279	385	29%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - PCL
11	3	37	215	22%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - PRRC
11	4	96	235	37%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - PRR
11	5	13	240	31%	Age<16 ans - Mucoviscidoses - Dép. physique <= 12
11	6				Age<16 ans - Mucoviscidoses - Dép. physique> 12
11	7				Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique <= 12
11	8	3	395	6%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique> 12
11	9	451	190	38%	CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
11	10	89	390	19%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age< 16 ans - Autres - Dépendance physique> 12
11	11	463	265	24%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age >= 16 ans - PCTL
11	12	1007	250	35%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - PCL
11	13	241	215	21%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - PRRC
11	14	2332	200	23%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Age>=16 ans - PRR
11	15	588	170	26%	Age>=16 ans - Affections respiratoires carcinologiques ou liées au VIH - Dépendance physique<=12
11	16	99	255	28%	Age>=16 ans - Affections respiratoires carcinologiques ou liées au VIH - Dépendance physique>12
11	17	2244	180	22%	Age>=16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique<=12
11	18	423	265	29%	Age>=16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique>12
11	19	7562	165	21%	CMC Cardio-vasculaire et Respiratoire - Autres - Dépendance physique<=12
11	20	561	255	31%	Cardio-vasculaire et Respiratoire - Autres - Dépendance physique>12

Tableau 16 – suite : CMC 12.

CMC	GHJ	Effect.	Coût moyen	Coeff. de variation	Libellé
12	21	143	380	23%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - PCTL
12	22	711	315	28%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - PCL
12	23	806	310	40%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - PRRC
12	24	464	250	31%	Age<16 ans - Tétraplégies - PRR
12	25	633	250	31%	Age<16 ans - Tétraplégies - Utilis. fauteuil roulant ou assim.
12	26	131	205	38%	Age<16 ans - Tétraplégies - Sans fauteuil roulant ou ...
12	27	1612	250	29%	Age<16 ans - Déficiences cérébrales non trauma. - PRR
12	28	1196	190	33%	Age<16 ans - Déficience cérébr non trauma. - Dép.phy. <=12
12	29	675	225	25%	Age<16 ans - Déficiences cérébr. non trauma. - Dép.phy.>12
12	30	46	250	22%	Age<16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - PRR
12	31	14	225	26%	Age<16 ans - Déficiences cérébr. trauma - Dép phy <=12
12	32	7	400	29%	Age<16 ans - Déficiences cérébr. traumatiques - Dép.phy>12
12	33	129	305	28%	Age<16 ans - Paraplégies - PRR
12	34	174	240	34%	Age<16 ans - Paraplégies - Dépendance physique<=12
12	35	70	305	30%	Age<16 ans - Paraplégies - Dépendance physique>12
12	36				Age<16 ans - Monoplégies - PRR
12	37				Age<16 ans - Monoplégies - Dépendance physique<=12
12	38				Age<16 ans - Monoplégies - Dépendance physique>12
12	39	1116	220	27%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - PRR
12	40	1319	190	35%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - Dép. physique<=12
12	41	564	210	29%	Neuro-musculaire - Age<16 ans - Autres - Dép. physique>12
12	42	588	295	30%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - PCTL
12	43	7694	320	28%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - PCL
12	44	3268	315	27%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - PRRC
12	45	1004	295	31%	Age>=16 ans - Tétraplégies - PRR
12	46	750	205	30%	Age>=16 ans - Tétraplégies - Dépendance physique<=12
12	47	1098	290	29%	Age>=16 ans - Tétraplégies - Dépendance physique>12
12	48	5226	275	27%	Age>=16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - PRR
12	49	3358	205	31%	Age>=16 ans - Déficience cérébr. non trauma - Dép.phy<=12
12	50	2484	270	28%	Age>=16 ans - Déficiences cérébr. non trauma - Dép phy>12
12	51	568	295	30%	Age>=16 ans - Déficiences cérébrales traumatiques - PRR
12	52	437	230	32%	Age>=16 ans - Déficiences cérébr. trauma - Dép phy<=12
12	53	220	295	36%	Age>=16 ans - Déficiences cérébrales trauma. - Dép phy >12
12	54	925	250	35%	Age>=16 ans - Paraplégies - PRR
12	55	1478	210	33%	Age>=16 ans - Paraplégies - Dépendance physique<=12
12	56	558	255	31%	Age>=16 ans - Paraplégies - Dépendance physique>12
12	57	110	215	24%	Age>=16 ans - Monoplégies - PRR
12	58	238	200	28%	Age>=16 ans - Monoplégies - Dépendance physique<=12
12	59	14	270	25%	Age>=16 ans - Monoplégies - Dépendance physique>12
12	60	1296	255	32%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres - PRR
12	61	3375	200	32%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres - Dép. phy<=12
12	62	1436	265	31%	Neuro-musculaire - Age>=16 ans - Autres - Dép. phy >12

Tableau 16 – suite : CMC 13.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
13	63				Santé mentale - Age<16 ans - PCTL
13	64	65	280	9%	Santé mentale - Age<16 ans - PCL
13	65	74	210	18%	Santé mentale - Age<16 ans - PRRC
13	66	376	210	20%	Santé mentale - Age<16 ans - PRR
13	67	247	200	26%	Age<16 ans - Troubles du comportement - Dép. physique<=12
13	68	267	240	17%	Age<16 ans - Troubles du comportement - Dép. physique>12
13	69	355	180	42%	Santé mentale - Age<16 ans - Autres - Dép. physique<=12
13	70	91	230	22%	Santé mentale - Age<16 ans - Autres - Dép. physique>12
13	71	10	300	24%	Santé mentale - Age>=16 ans - PCTL
13	72	37	285	32%	Santé mentale - Age>=16 ans - PCL
13	73	103	345	27%	Santé mentale - Age>=16 ans - PRRC
13	74	252	255	41%	Santé mentale - Age>=16 ans - PRR
13	75	1562	195	32%	Age>=16 ans - Démences - Dépendance physique<=12
13	76	660	260	28%	Age>=16 ans - Démences - Dépendance physique>12
13	77	2312	135	19%	Age>=16 ans - Dépressions - Dépendance physique<=12
13	78	128	245	28%	Age>=16 ans - Dépressions - Dépendance physique>12
13	79	1446	130	10%	Age>=16 ans - Pb liés à l'alcool et à la toxicomanie - Dép.Phy.<=12
13	80	10	285	20%	Age>=16 ans - Pb liés à l'alcool et à la toxicomanie - Dép.Phy.>12
13	81	217	200	33%	Santé mentale - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
13	82	90	185	34%	Santé mentale - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12

Tableau 16 – suite : CMC 14.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
14	83				Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - PCTL
14	84	335	265	35%	Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - PCL
14	85	39	340	17%	Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - PRRC
14	86	75	290	22%	Sensoriel et Cutané - Age<16 ans - PRR
14	87				Age<16 ans - Problèmes sensoriels - Dépendance physique<=12
14	88	7	195	35%	Age<16 ans - Problèmes sensoriels - Dépendance physique>12
14	89	71	235	44%	Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
14	90	29	340	26%	Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12
14	91	21	575	30%	Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - PCTL
14	92	316	300	39%	Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - PCL
14	93	28	310	22%	Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - PRRC
14	94	278	295	28%	Sensoriel et Cutané - Age>=16 ans - PRR
14	95	287	225	37%	Age>=16 ans - Ulcères de décubitus - Dépendance physique<=12
14	96	412	320	32%	Age>=16 ans - Ulcères de décubitus - Dépendance physique>12
14	97	17	240	18%	Age>=16 ans - Cécités - Dépendance physique<=12
14	98	7	250	8%	Age>=16 ans - Cécités - Dépendance physique>12
14	99	172	155	32%	Age>=16 ans - Autres troubles sensoriels - Dép. physique<=12
14	100	16	235	34%	Age>=16 ans - Autres troubles sensoriels - Dép. physique>12
14	101	1097	205	39%	Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
14	102	193	275	40%	Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12

Tableau 16 – suite : CMC15.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
15	103	53	570	12%	Viscéral - Age<16 ans - PCTL
15	104	229	390	25%	Viscéral - Age<16 ans - PCL
15	105	13	325	19%	Viscéral - Age<16 ans - PRRC
15	106	16	320	31%	Viscéral - Age<16 ans - PRR
15	107	11	265	9%	Viscéral - Age<16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique <=12
15	108	15	385	17%	Viscéral - Age<16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique>12
15	109	344	180	35%	Viscéral - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
15	110	53	325	21%	Viscéral - Age<16 ans - Autres - Dépendance physique>12
15	111	35	285	37%	Viscéral - Age>=16 ans - PCTL
15	112	471	205	45%	Viscéral - Age>=16 ans - PCL
15	113				Viscéral - Age>=16 ans - PRRC
15	114	15	195	22%	Viscéral - Age>=16 ans - PRR
15	115	951	155	37%	Viscéral - Age>=16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique<=12
15	116	146	220	28%	Viscéral - Age>=16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique>12
15	117	2473	165	33%	Viscéral - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
15	118	502	245	33%	Viscéral - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12

Tableau 16 – suite : CMC 16.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
16	119	32	305	54%	Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - PCTL
16	120	65	395	28%	Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - PCL
16	121	196	295	26%	Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - PRRC
16	122	579	270	26%	Age<16 ans - Malform, déform ou dystrophies - PRR
16	123	819	235	40%	Age<16 ans - Malform, déform ou dystroph - Dép phy<=12
16	124	334	305	30%	Age<16 ans - Malform, déform ou dystroph - Dép phy>12
16	125	330	270	26%	Rhumato-orthopédique - Age<16 ans - Autres - PRR
16	126	834	220	35%	Rhumato-ortho - Age<16 ans - Autres - Dép phy<=12
16	127	143	280	45%	Rhumato-ortho - Age<16 ans - Autres - Dép phy>12
16	128	5	260	27%	Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - PCTL
16	129	206	250	28%	Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - PCL
16	130	748	230	25%	Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - PRRC
16	131	3727	185	28%	Age>=16 ans - Pathologies méca des membres - PRR
16	132	8406	170	23%	Age>=16 ans - Patho méca des membres - Dép phy<=12
16	133	317	280	35%	Age>=16 ans - Patho méca des membres - Dép phy>12
16	134	165	215	34%	Age>=16 ans - Pathologies non méca des membres - PRR
16	135	504	180	32%	Age>=16 ans - Patho non méca des mbrs - Dép phy<=12
16	136	49	280	35%	Age>=16 ans - Pathologies non méca des membres - Dép physique>12
16	137	1363	210	34%	Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - PRR
16	138	2900	185	30%	Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - Dép. physique<=12
16	139	194	320	33%	Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - Dép. physique>12
16	140	116	230	29%	Age>=16 ans - Malform, déformou dystrophies - PRR
16	141	304	185	24%	Age>=16 ans - Malform, déform ou dystro - Dép phy<=12
16	142	51	250	24%	Age>=16 ans - Malform, déform ou dystro - Dép phy>12
16	143	267	180	21%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Suites post-chir - PRR
16	144	781	190	29%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Suites post-chir - Dép phy<=12
16	145	68	270	31%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Suites post-chir - Dép phy>12
16	146	140	195	30%	Rhumato-orthopédique - Age>=16 ans - Autres - PRR
16	147	561	170	30%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Autres - Dép phy<=12
16	148	214	255	25%	Rhumato-ortho - Age>=16 ans - Autres - Dép phy>12

Tableau 16 – suite : CMC 17.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
17	149	□			Post-traumatique - Age<16 ans - PCTL
17	150	321	320	43%	Post-traumatique - Age<16 ans - PCL
17	151	55	300	19%	Post-traumatique - Age<16 ans - PRRC
17	152	119	245	26%	Age<16 ans - Traumatismes simples - PRR
17	153	121	205	26%	Age<16 ans - Traumatismes simples - Dép. physique<=12
17	154	36	295	24%	Age<16 ans - Traumatismes simples - Dép. physique>12
17	155	50	295	34%	Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - PRR
17	156	110	220	39%	Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - Dép. phy<=12
17	157	21	305	36%	Post-traumatique - Age<16 ans - Autres - Dép. phy>12
17	158	8	430	35%	Post-traumatique - Age>=16 ans - PCTL
17	159	934	315	28%	Post-traumatique - Age>=16 ans - PCL
17	160	550	260	29%	Post-traumatique - Age>=16 ans - PRRC
17	161	1363	195	31%	Age>=16 ans - Traumatismes simples - PRR
17	162	2988	185	26%	Age>=16 ans - Traumatismes simples - Dép. phy<=12
17	163	540	250	30%	Age>=16 ans - Traumatismes simples - Dép. phy>12
17	164	956	220	32%	Age>=16 ans - Trauma complexes, compliqués ou polytrauma - PRR
17	165	1859	205	27%	Age>=16 ans - Trauma complexes, compliqués ou polytrauma - Dép phy<=12
17	166	282	275	31%	Age>=16 ans - Trauma complexes, compliqués ou polytrauma - Dép phy>12
17	167	42	200	24%	Age>=16 ans - Traumatismes de la main - PRR
17	168	70	175	21%	Age>=16 ans - Trauma de la main - Dép. phy<=12
17	169	35	245	31%	Age>=16 ans - Traum de la main - Dép. phy>12
17	170	90	285	26%	Age>=16 ans - Brûlures ou corrosions - PRR
17	171	237	250	22%	Age>=16 ans - Brûlures ou corrosions - Dép. phy<=12
17	172	15	355	14%	Age>=16 ans - Brûlures ou corrosions - Dép. phy>12
17	173	398	210	30%	Age>=16 ans - Prothèses Totales de Hanche - PRR
17	174	861	195	26%	Age>=16 ans - Prothèse Totale de Hanche - Dép. phy<=12
17	175	395	255	26%	Age>=16 ans - Prothèse Totale de Hanche - Dép. phy>12
17	176	294	215	32%	Age>=16 ans - Ostéosynthèses du col du fémur - PRR
17	177	659	195	23%	Age>=16 ans - Ostéosynthèses col fémur - Dép.Phys.<=12
17	178	171	265	29%	Age>=16 ans - Ostéosynthèses col fémur - Dép.Phys.>12
17	179	379	205	27%	Post-traumatique - Age>=16 ans - Autres - PRR
17	180	1057	185	22%	Post-traumatique - Age>=16 ans - Autres - Dép. phy<=12
17	181	403	250	31%	Post-traumatique - Age>=16 ans - Autres - Dép. phy>12

Tableau 16 – suite : CMC 18.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
18	182				Amputations - Age<16 ans - PCTL
18	183	14	250	42%	Amputations - Age<16 ans - PCL
18	184	4	310	30%	Amputations - Age<16 ans - PRRC
18	185	14	240	13%	Amputations - Age<16 ans - PRR
18	186	9	205	21%	Amputations - Age<16 ans - Autres - Dép. physique<=12
18	187				Amputations - Age<16 ans - Autres - Dép. physique>12
18	188				Amputations - Age>=16 ans - PCTL
18	189	2144	240	33%	Amputations - Age>=16 ans - PCL
18	190	41	265	22%	Amputations - Age>=16 ans - PRRC
18	191	75	225	28%	Age>=16 ans - Comorbidités Associées - PRR
18	192	191	235	38%	Age>=16 ans - Comorbidités Associées - Dép. physique<=12
18	193	109	340	38%	Age>=16 ans - Comorbidités Associées - Dép. physique>12
18	194	157	225	32%	Amputations - Age>=16 ans - Autres - PRR
18	195	316	190	28%	Amputations - Age>=16 ans - Autres - Dép. physique<=12
18	196	40	225	21%	Amputations - Age>=16 ans - Autres - Dép. physique>12

Tableau 16 – suite : CMC 20.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
20	197	40	320	25%	Soins palliatifs - Age<16 ans
20	198	91	290	24%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - PCTL
20	199	247	290	38%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - PCL
20	200	30	220	12%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - VIH
20	201	226	200	42%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12
20	202	954	270	32%	Soins palliatifs - Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12

Tableau 16 – suite : CMC 30.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
30	203				Attente de placement - Age<16 ans - PCTL
30	204				Attente de placement - Age<16 ans - PCL
30	205	1	275	0%	Attente de placement - Age<16 ans - PRRC
30	206	13	235	6%	Attente de placement - Age<16 ans - PRR
30	207				Attente de placemt - Age<16 ans - Autres - Dép phy<=12
30	208	20	215	7%	Attente de placemt - Age<16 ans - Autres - Dép phy>12
30	209	31	225	22%	Attente de placement - Age>=16 ans - PCTL
30	210	1550	215	25%	Attente de placement - Age>=16 ans - PCL
30	211	7	310	18%	Attente de placement - Age>=16 ans - PRRC
30	212	52	275	22%	Attente de placement - Age>=16 ans - PRR
30	213	216	210	27%	Age>=16 ans - Démences - Dépendance physique<=12
30	214	102	255	27%	Age>=16 ans - Démences - Dépendance physique>12
30	215	33	180	24%	Age>=16 ans - Problèmes neuro - Dép. phy<=12
30	216	56	210	16%	Age>=16 ans - Problèmes neuro - Dép. phy>12
30	217				Age>=16 ans - Pb sociaux ou alcool - Dép.Phys.<=12
30	218	2	335	0%	Age>=16 ans - Pb sociaux ou alcool - Dép.Phys.>12
30	219	103	190	27%	Attente de placemt - Age>=16 ans - Autres - Dép phy<=12
30	220	23	220	47%	Attente de placemt - Age>=16 ans - Autres - Dép phy>12

Tableau 16 – suite : CMC 40.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
40	221	74	550	42%	Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - PCTL
40	222	19	385	66%	Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - PCL
40	223	75	355	28%	Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - PRRC
40	224	52	285	24%	Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - PRR
40	225	318	245	37%	Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - Autres - Dép.Phys.<=12
40	226	104	325	35%	Réadaptation/Réinsertion - Age<16 ans - Autres - Dép.Phys.>12
40	227	11	295	48%	Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - PCTL
40	228	116	350	29%	Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - PCL
40	229	61	280	23%	Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - PRRC
40	230	129	270	26%	Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - PRR
40	231	554	200	32%	Age>=16 ans - Désavantages - Dépendance physique<=12
40	232	318	250	26%	Age>=16 ans - Désavantages - Dépendance physique>12
40	233	377	240	34%	Age>=16 ans - Réadaptation - Dépendance physique<=12
40	234	39	330	26%	Age>=16 ans - Réadaptation - Dépendance physique>12
40	235				Réadaptation/Réinser - Age>=16 ans - Autres - Dép.Phys.<=12
40	236	26	150	4%	Réadaptation/Réinsertion - Age>=16 ans - Autres - Dép.Phys.>12

Tableau 16 – suite : CMC 50.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
50	237	22	540	15%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - PCTL
50	238	93	345	28%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - PCL
50	239	2	435	4%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - PRRC
50	240	121	305	37%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - PRR
50	241	37	195	46%	Age<16 ans - Anomalies du métabolisme - Dép. physique <=12
50	242	6	300	25%	Age<16 ans - Anomalies du métabolisme - Dép. physique>12
50	243	298	240	31%	Age<16 ans - Diabètes Insulino-dépendants - Dép. physique <=12
50	244	20	415	9%	Age<16 ans - Diabètes Insulino-dépendants - Dép. physique >12
50	245	1384	145	43%	Age<16 ans - Obésités - Dépendance physique<=12
50	246				Age<16 ans - Obésités - Dépendance physique>12
50	247	6	115	9%	Age<16 ans - Anorexies mentales - Dépendance physique<=12
50	248				Age<16 ans - Anorexies mentales - Dépendance physique>12
50	249	54	120	18%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - Autres - Dép. physique <=12
50	250	5	365	27%	Soins nutritionnels -Age<16 ans - Autres - Dép. physique >12
50	251	12	335	14%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - PCTL
50	252	53	290	38%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - PCL
50	253				Soins nutritionnels -Age>=16 ans - PRRC
50	254	7	275	41%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - PRR
50	255	8	195	17%	Age>=16 ans - Dénutrition majeure - Dépendance physique<=12
50	256	54	255	27%	Age>=16 ans - Dénutrition majeure - Dépendance physique>12
50	257	267	190	35%	Age>=16 ans - Diabètes avec complications - Dép physique <=12
50	258	137	245	38%	Age>=16 ans - Diabètes avec complications - Dép physique >12
50	259	74	165	20%	Age>=16 ans - Diabètes simples, Obésités morbides - Dép phy <=12
50	260	2	220	5%	Age>=16 ans - Diabètes simples, Obésités morbides - Dép phy >12
50	261	389	170	36%	Age>=16 ans - Obésités - Dépendance physique<=12
50	262	5	295	6%	Age>=16 ans - Obésités - Dépendance physique>12
50	263	106	165	39%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - Autres - Dép. physique <=12
50	264	16	215	21%	Soins nutritionnels -Age>=16 ans - Autres - Dép. physique>12

Tableau 16 – suite : CMC 60.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
60	265				Autres situations - Age<16 ans - PCTL
60	266	102	395	15%	Autres situations - Age<16 ans - PCL
60	267	413	235	47%	Autres situations - Age<16 ans - Autres - Dép. physique <=12
60	268	222	260	51%	Autres situations - Age<16 ans - Autres - Dép. physique >12
60	269	60	225	40%	Autres situations - Age>=16 ans - PCTL
60	270	205	240	41%	Autres situations - Age>=16 ans - PCL
60	271	889	185	33%	Autres situations - Age>=16 ans - Autres - Dép. physique<=12
60	272	482	255	38%	Autres situations - Age>=16 ans - Autres - Dép. physique>12

Tableau 16 – suite : CMC 80.

CMC	GHJ	Effect	Coût moyen	Coeff de variation	Libellé
80	273	21	315	39%	Gériatrie aiguë - PCTL
80	274	44	335	35%	Gériatrie aiguë - PCL
80	275	18	220	28%	Episodes majeurs - Dépendance physique<=12
80	276	60	330	25%	Episodes majeurs - Dépendance physique>12
80	277	180	215	28%	Gériatrie aiguë - Autres - Dépendance physique<=12
80	278	249	285	29%	Gériatrie aiguë - Autres - Dépendance physique>12

Tableau 17 : Coûts moyens des GHJ par ordre croissant.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Libellé	CMC	Enfant	Classe	Libellé simplifié
11	6	0		Cardio-respiratoire		Enfant	DEP+	Mucoviscidose
11	7	0		Cardio-respiratoire		Enfant		Soin post-chirurgical
11	280	0		Cardio-respiratoire				Post-opératoire récent
12	36	0		Neuro-musculaire		Enfant	PRR	Monoplégie
12	37	0		Neuro-musculaire		Enfant		Monoplégie
12	38	0		Neuro-musculaire		Enfant	DEP+	Monoplégie
13	63	0		Santé mentale		Enfant	PCTL	
14	83	0		Sensori-cutané		Enfant	PCTL	
14	87	0		Sensori-cutané		Enfant		Problème sensoriel
15	113	0		Viscéral			PRRC	
17	149	0		Post-traumatique		Enfant	PCTL	
18	182	0		Amputation		Enfant	PCTL	
18	187	0		Amputation		Enfant	DEP+	Autre
18	188	0		Amputation			PCTL	
30	203	0		Attente placement		Enfant	PCTL	
30	204	0		Attente placement		Enfant	PCL	
30	207	0		Attente placement		Enfant		Autre
30	217	0		Attente placement				Problème social ou alcool
40	235	0		Réadaptat/Réinsert				Autre
50	246	0		Nutritionnel		Enfant	DEP+	Obésité
50	248	0		Nutritionnel		Enfant	DEP+	Anorexie mentale
50	253	0		Nutritionnel			PRRC	
60	265	0		Autre situation		Enfant	PCTL	
50	247	6	115	Nutritionnel		Enfant		Anorexie mentale
50	249	54	120	Nutritionnel		Enfant		Autre
13	79	1446	130	Santé mentale				Alcool ou toxicomanie
13	77	2312	135	Santé mentale				Dépression
50	245	1384	145	Nutritionnel		Enfant		Obésité
40	236	26	150	Réadaptat/Réinsert			DEP+	Autre

Tableau 17 – suite.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Libellé CMC	Enfant	Classe	Libellé simplifié
15	115	951	155	Viscéral			Soin post-chirurgical
14	99	172	155	Sensori-cutané			Autre trouble sensoriel
50	263	106	165	Nutritionnel			Autre
11	19	7562	165	Cardio-respiratoire			Autre
50	259	74	165	Nutritionnel			Diabète simple-Obésité morbide
15	117	2473	165	Viscéral			Autre
50	261	389	170	Nutritionnel			Obésité
16	132	8406	170	Rhumato-Orthopédie			Pathologie mécanique des membres
16	147	561	170	Rhumato-Orthopédie			Autre
11	15	588	170	Cardio-respiratoire			Affection Respi Carcino ou VIH
17	168	70	175	Post-traumatique			Traumatisme de la main
16	135	504	180	Rhumato-Orthopédie			Pathologie NON méca des membres
13	69	355	180	Santé mentale	Enfant		Autre
30	215	33	180	Attente placement			Problème neurologique
15	109	344	180	Viscéral	Enfant		Autre
11	17	2244	180	Cardio-respiratoire			Insuff respiratoire chronique
16	143	267	180	Rhumato-Orthopédie		PRR	Suite post-chirurgicale
60	271	889	185	Autre situation			
13	82	90	185	Santé mentale		DEP+	Autre
17	162	2988	185	Post-traumatique			Traumatisme simple
17	180	1057	185	Post-traumatique			Autre
16	131	3727	185	Rhumato-Orthopédie		PRR	Pathologie mécanique des membres
16	138	2900	185	Rhumato-Orthopédie			Pathologie rachidienne
16	141	304	185	Rhumato-Orthopédie			Malform, déform ou dystrophie
12	28	1196	190	Neuro-musculaire	Enfant		Déficiences cérébrales NON trauma
11	9	451	190	Cardio-respiratoire	Enfant		Autre
18	195	316	190	Amputation			Autre
30	219	103	190	Attente placement			Autre
50	257	267	190	Nutritionnel			Diabète avec complication
16	144	781	190	Rhumato-Orthopédie			Suite post-chirurgicale
12	40	1319	190	Neuro-musculaire	Enfant		Autre
15	114	15	195	Viscéral		PRR	
50	241	37	195	Nutritionnel	Enfant		Anomalie du métabolisme
17	174	861	195	Post-traumatique			Prothèse totale de hanche
50	255	8	195	Nutritionnel			Dénutrition majeure
16	146	140	195	Rhumato-Orthopédie		PRR	Autre
13	75	1562	195	Santé mentale			Démence
17	177	659	195	Post-traumatique			Ostéosynthèse du col du fémur
17	161	1363	195	Post-traumatique		PRR	Traumatisme simple
14	88	7	195	Sensori-cutané	Enfant	DEP+	Problème sensoriel

Tableau 17 – suite.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Libellé CMC	Enfant	Classe	Libellé simplifié
12	58	238	200	Neuro-musculaire			Monoplégie
40	231	554	200	Réadaptat/Réinsert			Désavantage
13	67	247	200	Santé mentale	Enfant		Trouble du comportement
20	201	226	200	Soin palliatif			Autre
17	167	42	200	Post-traumatique		PRR	Traumatisme de la main
11	14	2332	200	Cardio-respiratoire		PRR	
12	61	3375	200	Neuro-musculaire			Autre
13	81	217	200	Santé mentale			Autre
17	165	1859	205	Post-traumatique			Traumatisme complexe, compliqué ou polytrauma
15	112	471	205	Viscéral		PCL	
14	101	1097	205	Sensori-cutané			Autre
17	179	379	205	Post-traumatique		PRR	Autre
12	26	131	205	Neuro-musculaire	Enfant		Tétraplégie-sans fauteuil
12	46	750	205	Neuro-musculaire			Tétraplégie
12	49	3358	205	Neuro-musculaire			Déficience cérébrale NON traumatique
18	186	9	205	Amputation	Enfant		Autre
17	153	121	205	Post-traumatique	Enfant		Traumatisme simple
13	65	74	210	Santé mentale	Enfant	PRRC	
17	173	398	210	Post-traumatique		PRR	Prothèse totale de hanche
30	216	56	210	Attente placement		DEP+	Problème neurologique
12	41	564	210	Neuro-musculaire	Enfant	DEP+	Autre
16	137	1363	210	Rhumato-Orthopédie		PRR	Pathologie rachidienne
13	66	376	210	Santé mentale	Enfant	PRR	
12	55	1478	210	Neuro-musculaire			Paraplégie
30	213	216	210	Attente placement			Démence
11	13	241	215	Cardio-respiratoire		PRRC	
30	210	1550	215	Attente placement		PCL	
11	3	37	215	Cardio-respiratoire	Enfant	PRRC	
80	277	180	215	Gériatrie aiguë			Autre
12	57	110	215	Neuro-musculaire		PRR	Monoplégie
50	264	16	215	Nutritionnel		DEP+	Autre
30	208	20	215	Attente placement	Enfant	DEP+	Autre
17	176	294	215	Post-traumatique		PRR	Ostéosynthèse du col du fémur
16	134	165	215	Rhumato-Orthopédie		PRR	Pathologie NON mécanique des membres

Tableau 17 – suite.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Libellé CMC	Enfant	Classe	Libellé simplifié
30	220	23	220	Attente placement		DEP+	Autre
17	164	956	220	Post-traumatique		PRR	Traumatisme complexe, compliqué ou polytrauma
16	126	834	220	Rhumato-Orthopédie	Enfant		Autre
15	116	146	220	Viscéral		DEP+	Soin post-chirurgical
12	39	1116	220	Neuro-musculaire	Enfant	PRR	Autre
80	275	18	220	Gériatrie aiguë			Episode majeur
50	260	2	220	Nutritionnel		DEP+	Diabète simple-Obésité morbide
20	200	30	220	Soin palliatif			VIH
17	156	110	220	Post-traumatique	Enfant		Autre
18	191	75	225	Amputation		PRR	Morbidité associée
18	194	157	225	Amputation		PRR	Autre
18	196	40	225	Amputation		DEP+	Autre
12	31	14	225	Neuro-musculaire	Enfant		Déficience cérébrale traumatique
30	209	31	225	Attente placement		PCTL	
14	95	287	225	Sensori-cutané			Ulcère de décubitus
60	269	60	225	Autre situation		PCTL	
12	29	675	225	Neuro-musculaire	Enfant	DEP+	Déficience cérébrale NON traumatique
16	130	748	230	Rhumato-Orthopédie		PRRC	
16	140	116	230	Rhumato-Orthopédie		PRR	Malformation, déformation ou dystrophie
12	52	437	230	Neuro-musculaire			Déficience cérébrale traumatique
13	70	91	230	Santé mentale	Enfant	DEP+	Autre
14	100	16	235	Sensori-cutané		DEP+	Autre trouble sensoriel
14	89	71	235	Sensori-cutané	Enfant		Autre
18	192	191	235	Amputation			Morbidité associée
16	123	819	235	Rhumato-Orthopédie	Enfant		Malformation, déformation ou dystrophie
60	267	413	235	Autre situation	Enfant		Autre
30	206	13	235	Attente placement	Enfant	PRR	
11	4	96	235	Cardio-respiratoire	Enfant	PRR	
12	34	174	240	Neuro-musculaire	Enfant		Paraplégie
18	189	2144	240	Amputation		PCL	
50	243	298	240	Nutritionnel	Enfant		Diabète insulino-dépendant
18	185	14	240	Amputation	Enfant	PRR	
40	233	377	240	Réadaptat/Réinsert			Réadaptation
13	68	267	240	Santé mentale	Enfant	DEP+	Trouble du comportement
11	5	13	240	Cardio-respiratoire	Enfant		Mucoviscidose
14	97	17	240	Sensori-cutané			Cécité
60	270	205	240	Autre situation		PCL	

Tableau 17 – suite.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Libellé CMC	Enfant	Classe	Libellé simplifié
17	152	119	245	Post-traumatique	Enfant	PRR	Traumatisme simple
17	169	35	245	Post-traumatique		DEP+	Traumatisme de la main
15	118	502	245	Viscéral		DEP+	Autre
50	258	137	245	Nutritionnel		DEP+	Diabète avec complication
40	225	318	245	Réadaptat/Réinsert	Enfant		Autre
13	78	128	245	Santé mentale		DEP+	Dépression
16	129	206	250	Rhumato-Orthopédie		PCL	
12	30	46	250	Neuro-musculaire	Enfant	PRR	Déficience cérébrale traumatique
40	232	318	250	Réadaptat/Réinsert		DEP+	Désavantage
14	98	7	250	Sensori-cutané		DEP+	Cécité
12	24	464	250	Neuro-musculaire	Enfant	PRR	Tétraplégie
12	25	633	250	Neuro-musculaire	Enfant		Tétraplégie-avec fauteuil
17	163	540	250	Post-traumatique		DEP+	Traumatisme simple
16	142	51	250	Rhumato-Orthopédie		DEP+	Malform, déforma ou dystrophie
17	171	237	250	Post-traumatique			Brûlure ou corrosion
18	183	14	250	Amputation	Enfant	PCL	
17	181	403	250	Post-traumatique		DEP+	Autre
11	12	1007	250	Cardio-respiratoire		PCL	
12	54	925	250	Neuro-musculaire		PRR	Paraplégie
12	27	1612	250	Neuro-musculaire	Enfant	PRR	Déficience cérébrale NON traumatique
11	20	561	255	Cardio-respiratoire		DEP+	Autre
12	56	558	255	Neuro-musculaire		DEP+	Paraplégie
30	214	102	255	Attente placement		DEP+	Démence
11	16	99	255	Cardio-respiratoire		DEP+	Affection respi carcino ou VIH
16	148	214	255	Rhumato-Orthopédie		DEP+	Autre
50	256	54	255	Nutritionnel		DEP+	Dénutrition majeure
13	74	252	255	Santé mentale		PRR	
60	272	482	255	Autre situation		DEP+	
12	60	1296	255	Neuro-musculaire		PRR	Autre
17	175	395	255	Post-traumatique		DEP+	Prothèse totale de hanche
17	160	550	260	Post-traumatique		PRRC	
16	128	5	260	Rhumato-Orthopédie		PCTL	
13	76	660	260	Santé mentale		DEP+	Démence
60	268	222	260	Autre situation	Enfant	DEP+	Autre
18	190	41	265	Amputation		PRRC	
14	84	335	265	Sensori-cutané	Enfant	PCL	
17	178	171	265	Post-traumatique		DEP+	Ostéosynthèse du col du fémur
12	62	1436	265	Neuro-musculaire		DEP+	Autre
11	18	423	265	Cardio-respiratoire		DEP+	Insuff respiratoire chronique
11	11	463	265	Cardio-respiratoire		PCTL	
15	107	11	265	Viscéral	Enfant		Soin post-chirurgical

Tableau 17 – suite.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Libellé CMC	Enfant	Classe	Libellé simplifié
16	145	68	270	Rhumato-Orthopédie		DEP+	Suite post-chirurgicale
12	59	14	270	Neuro-musculaire		DEP+	Monoplégie
20	202	954	270	Soin palliatif		DEP+	Autre
40	230	129	270	Réadaptat/Réinsert		PRR	
16	125	330	270	Rhumato-Orthopédie	Enfant	PRR	Autre
12	50	2484	270	Neuro-musculaire		DEP+	Déficience cérébrale NON traumatique
16	122	579	270	Rhumato-Orthopédie	Enfant	PRR	Malformation, déformation ou dystrophie
12	48	5226	275	Neuro-musculaire		PRR	Déficience cérébrale NON traumatique
30	205	1	275	Attente placement	Enfant	PRRC	
14	102	193	275	Sensori-cutané		DEP+	Autre
50	254	7	275	Nutritionnel		PRR	
17	166	282	275	Post-traumatique		DEP+	Traumatisme complexe, compliqué ou polytrauma
30	212	52	275	Attente placement		PRR	
40	229	61	280	Réadaptat/Réinsert		PRRC	
16	133	317	280	Rhumato-Orthopédie		DEP+	Pathologie mécanique des membres
13	64	65	280	Santé mentale	Enfant	PCL	
16	127	143	280	Rhumato-Orthopédie	Enfant	DEP+	Autre
16	136	49	280	Rhumato-Orthopédie		DEP+	Pathologie NON mécanique des membres
15	111	35	285	Viscéral		PCTL	
13	72	37	285	Santé mentale		PCL	
13	80	10	285	Santé mentale		DEP+	Alcool ou toxicomanie
17	170	90	285	Post-traumatique		PRR	Brûlure ou corrosion
80	278	249	285	Gériatrie aiguë		DEP+	Autre
40	224	52	285	Réadaptat/Réinsert	Enfant	PRR	
20	199	247	290	Soin palliatif		PCL	
12	47	1098	290	Neuro-musculaire		DEP+	Tétraplégie
20	198	91	290	Soin palliatif		PCTL	
14	86	75	290	Sensori-cutané	Enfant	PRR	
50	252	53	290	Nutritionnel		PCL	
12	42	588	295	Neuro-musculaire		PCTL	
12	53	220	295	Neuro-musculaire		DEP+	Déficience cérébrale traumatique
17	154	36	295	Post-traumatique	Enfant	DEP+	Traumatisme simple
14	94	278	295	Sensori-cutané		PRR	
16	121	196	295	Rhumato-Orthopédie	Enfant	PRRC	
17	155	50	295	Post-traumatique	Enfant	PRR	Autre
40	227	11	295	Réadaptat/Réinsert		PCTL	
12	51	568	295	Neuro-musculaire		PRR	Déficience cérébrale traumatique
12	45	1004	295	Neuro-musculaire		PRR	Tétraplégie
50	262	5	295	Nutritionnel		DEP+	Obésité

Tableau 17 – suite.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Libellé CMC	Enfant	Classe	Libellé simplifié
17	151	55	300	Post-traumatique	Enfant	PRRC	
14	92	316	300	Sensori-cutané		PCL	
13	71	10	300	Santé mentale		PCTL	
50	242	6	300	Nutritionnel	Enfant	DEP+	Anomalie du métabolisme
50	240	121	305	Nutritionnel	Enfant	PRR	
16	119	32	305	Rhumato-Orthopédie	Enfant	PCTL	
17	157	21	305	Post-traumatique	Enfant	DEP+	Autre
12	35	70	305	Neuro-musculaire	Enfant	DEP+	Paraplégie
16	124	334	305	Rhumato-Orthopédie	Enfant	DEP+	Malformation, déformation ou dystrophie
12	33	129	305	Neuro-musculaire	Enfant	PRR	Paraplégie
14	93	28	310	Sensori-cutané		PRRC	
18	184	4	310	Amputation	Enfant	PRRC	
12	23	806	310	Neuro-musculaire	Enfant	PRRC	
30	211	7	310	Attente placement		PRRC	
80	273	21	315	Gériatrie aiguë		PCTL	
12	44	3268	315	Neuro-musculaire		PRRC	
17	159	934	315	Post-traumatique		PCL	
12	22	711	315	Neuro-musculaire	Enfant	PCL	
17	150	321	320	Post-traumatique	Enfant	PCL	
16	139	194	320	Rhumato-Orthopédie		DEP+	Pathologie rachidienne
12	43	7694	320	Neuro-musculaire		PCL	
14	96	412	320	Sensori-cutané		DEP+	Ulcère de décubitus
20	197	40	320	Soin palliatif	Enfant		
15	106	16	320	Viscéral	Enfant	PRR	
15	105	13	325	Viscéral	Enfant	PRRC	
15	110	53	325	Viscéral	Enfant	DEP+	Autre
40	226	104	325	Réadaptat/Réinsert	Enfant	DEP+	Autre
80	276	60	330	Gériatrie aiguë		DEP+	Episode majeur
40	234	39	330	Réadaptat/Réinsert		DEP+	Réadaptation
30	218	2	335	Attente placement		DEP+	Problème social ou alcool
50	251	12	335	Nutritionnel		PCTL	
80	274	44	335	Gériatrie aiguë		PCL	
14	85	39	340	Sensori-cutané	Enfant	PRRC	
14	90	29	340	Sensori-cutané	Enfant	DEP+	Autre
18	193	109	340	Amputation		DEP+	Morbidité associée
13	73	103	345	Santé mentale		PRRC	
50	238	93	345	Nutritionnel	Enfant	PCL	
40	228	116	350	Réadaptat/Réinsert		PCL	

Tableau 17 – suite.

CMC	GHJ	Effectif	Coût moyen	Libellé CMC	Enfant	Classe	Libellé simplifié
17	172	15	355	Post-traumatique		DEP+	Brûlure ou corrosion
40	223	75	355	Réadaptat/Réinsert	Enfant	PRRC	
11	1	259	355	Cardio-respiratoire	Enfant	PCTL	
50	250	5	365	Nutritionnel	Enfant	DEP+	Autre
12	21	143	380	Neuro-musculaire	Enfant	PCTL	
40	222	19	385	Réadaptat/Réinsert	Enfant	PCL	
11	2	279	385	Cardio-respiratoire	Enfant	PCL	
15	108	15	385	Viscéral	Enfant	DEP+	Soin post-chirurgical
15	104	229	390	Viscéral	Enfant	PCL	
11	10	89	390	Cardio-respiratoire	Enfant	DEP+	Autre
11	8	3	395	Cardio-respiratoire	Enfant	DEP+	Soin post-chirurgical
60	266	102	395	Autre situation	Enfant	PCL	
16	120	65	395	Rhumato-Orthopédie	Enfant	PCL	
12	32	7	400	Neuro-musculaire	Enfant	DEP+	Déficience cérébrale traumatique
50	244	20	415	Nutritionnel	Enfant	DEP+	Diabète insulino-dépendant
17	158	8	430	Post-traumatique		PCTL	
50	239	2	435	Nutritionnel	Enfant	PRRC	
50	237	22	540	Nutritionnel	Enfant	PCTL	
40	221	74	550	Réadaptat/Réinsert	Enfant	PCTL	
15	103	53	570	Viscéral	Enfant	PCTL	
14	91	21	575	Sensori-cutané		PCTL	

Tableau 18 : Coûts par classes de GHJ dans chaque CMC chez les enfants.

CMC	PCTL		PCL		PRRC		PRR		Dépend. Physique +		Dépend. Physique -	
	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût
11	1	355	2	385	3	215	4	235	6		5	240
									8	395	7	
									10	390	9	190
12	21	380	22	320	23	310	24	250	25	250	26	205
							27	250	29	225	28	190
							30	250	32	400	31	225
							33	305	35	305	34	240
							36		38		37	
							39	220	41	210	40	190
13	63		64	280	65	210	66	210	68	240	67	200
	□		□				□		69	180	70	230
14	83		84	265	85	340	86	290	88	195	87	
									90	340	89	235
15	103	570	104	390	105	325	106	320	108	385	107	265
									110	325	109	180
16	119	305	120	395	121	295	122	270	124	305	123	235
							125	270	127	280	126	220
17	149		150	320	151	300	152	245	154	295	153	205
							155	295	157	305	156	220
18	182		183	250	184	310	185	240	187		186	205
20	□		□				□				197	320
30	203		204		205	275	206	235	208	215	207	
40	221	550	222	385	223	355	224	285	226	325	225	245
50	237	540	238	345	239	435	240	305	242	300	241	193
									244	415	243	240
									246		245	145
									248		247	115
									250	365	249	120
60	265		266	395			□		268	260	267	235

Tableau 19 : Coûts par classes de GHJ chez les adultes des CMC 11 à 18.

CMC	PCTL		PCL		PRRC		PRR		Dépendance Physique +		Dépendance Physique -	
	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût
11	11	265	12	250	13	215	14	200	16	255	15	170
									18	265	17	180
									20	255	19	165
12	42	295	43	320	44	315	45	295	47	290	46	205
									48	275	50	205
									51	295	53	230
									54	250	56	210
									57	215	59	200
									60	255	62	200
									61	230	52	230
13	71	300	72	285	73	345	74	255	76	260	75	195
									78	245	77	135
									80	285	79	130
									82	185	81	200
									96	320	95	225
14	91	575	92	300	93	310	94	295	98	250	97	240
									100	235	99	155
									102	275	101	205
									116	220	115	155
15	111	285	112	205	113		114	195	118	245	117	165
									131	185	132	170
16	128	260	129	250	130	230	131	185	133	280	132	170
									134	215	136	180
									137	210	139	185
									140	230	142	185
									143	180	145	190
									146	195	148	170
									147	170	144	190
17	158	430	159	315	160	260	161	195	163	250	162	185
									164	218	166	205
									167	200	169	175
									170	285	172	250
									173	210	175	195
									176	215	178	195
									179	205	181	185
18	188		189	240	190	265	191	225	193	340	192	235
									194	225	196	190
									195	190	195	190

Tableau 20 : Coûts par classes de GHJ chez les adultes des CMC 20 à 80.

CMC	PCTL		PCL		PRR		PRRC		Dépendance Physique +		Dépendance Physique -	
	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût	GHJ	Coût
20	198	290	199	290					202	270	200	220
									201	200		
30	209	225	210	215	211	310	212	275	214	255	213	210
									216	210	215	180
									218	335	217	
									220	220	219	190
40	227	295	228	350	229	280	230	270	232	250	231	200
									234	330	233	240
									236	150	235	
50	251	335	252	290	253		254	275	256	255	255	195
									258	245	257	190
									260	220	259	165
									262	295	261	170
									264	215	263	165
60	269	225	270	240					272	255	271	185
80	273	315	274	335					276	330	275	220
									278	285	277	215

Liste des tableaux :

Tableau 1: Les catégories majeures du PMSI SSR.	11
Tableau 2: Les établissements participant à l'étude de coût PMSI SSR publique.	16
Tableau 3 : Répartition des établissements de l'ENC par discipline dominante.	17
Tableau 4 : Répartition des établissements de l'ENC par statuts.	17
Tableau 5 : Répartition des établissements de la base par secteurs d'activité.	17
Tableau 6 : Répartition des GHJ par nombre de RHA au sein des bases ENC et nationale....	19
Tableau 7 : Production et producteurs de GHJ dans les bases ENC et nationale (< à 30 RHA sur la base ENC Publique SSR).	21
Tableau 8 : Redressements des éléments constitutifs du coût moyen des GHJ.	23
Tableau 9 : Hiérarchie des coûts par classes de GHJ.	27
Tableau 10 : Comparatifs de dépenses entre groupes d'établissements.	32
Tableau 11 : Unités d'œuvre utilisées dans le modèle de coûts SRR.	45
Tableau 12 : Coût moyen des minutes de rééducation et réadaptation.	59
Tableau 13 : Les redressements opérés sur le coût complet d'une journée de présence.	63
Tableau 14 : Comparaison des coûts par type de services.	65
Tableau 15 : Répartition des RHA en hospitalisations complète ou partielle par CMC.	67
Tableau 16 : Echelle V.0 ENC SSR Pub. - Classement par GHJ.	69
Tableau 17 : Coûts moyens des GHJ par ordre croissant.	80
Tableau 18 : Coûts par classes de GHJ dans chaque CMC chez les enfants.	88
Tableau 19 : Coûts par classes de GHJ chez les adultes des CMC 11 à 18.	89
Tableau 20 : Coûts par classes de GHJ chez les adultes des CMC 20 à 80.	90

Liste des graphiques :

Graphique 1: Nombre cumulé de RHA produits par GHJ (en pourcentage).	13
Graphique 2 : Proportion des RHA de la base ENC dans la base nationale par CMC.	18
Graphique 3 : Coûts moyens redressés des GHJ (par ordre croissant).	24
Graphique 4 : Variation de la valeur du point ISA SSR autour de la moyenne – établissements de l'ENC SSR publique.	29
Graphique 5 : Variation de la valeur du point ISA SSR autour de la moyenne pour les établissements d'une région test.	34
Graphique 6 : Coût du point SIIPS par unité médicale.	57
Graphique 7 : Décomposition du coût journalier en hospitalisations complète et partielle.	66
Graphique 8 : Décomposition du coût moyen complet.	67
Graphique 9 : Coût moyen par CMC.	68