La T2A,
les stratégies d'établissements,
et la segmentation des filières
en Soins de Suite et de Réadaptation

"L'alliance entre des entreprises qui pensent avoir le droit moral de faire ce qu' elles veulent et une théorie économique qui les conforte en érigeant en dogme le mythe du marché efficient nous a conduits à la catastrophe"

Henry Mintzberg

Dr Jean-Pascal Devailly
Hôpital Bichat (AP-HP)

CALASS - Rennes, 31 août 2013

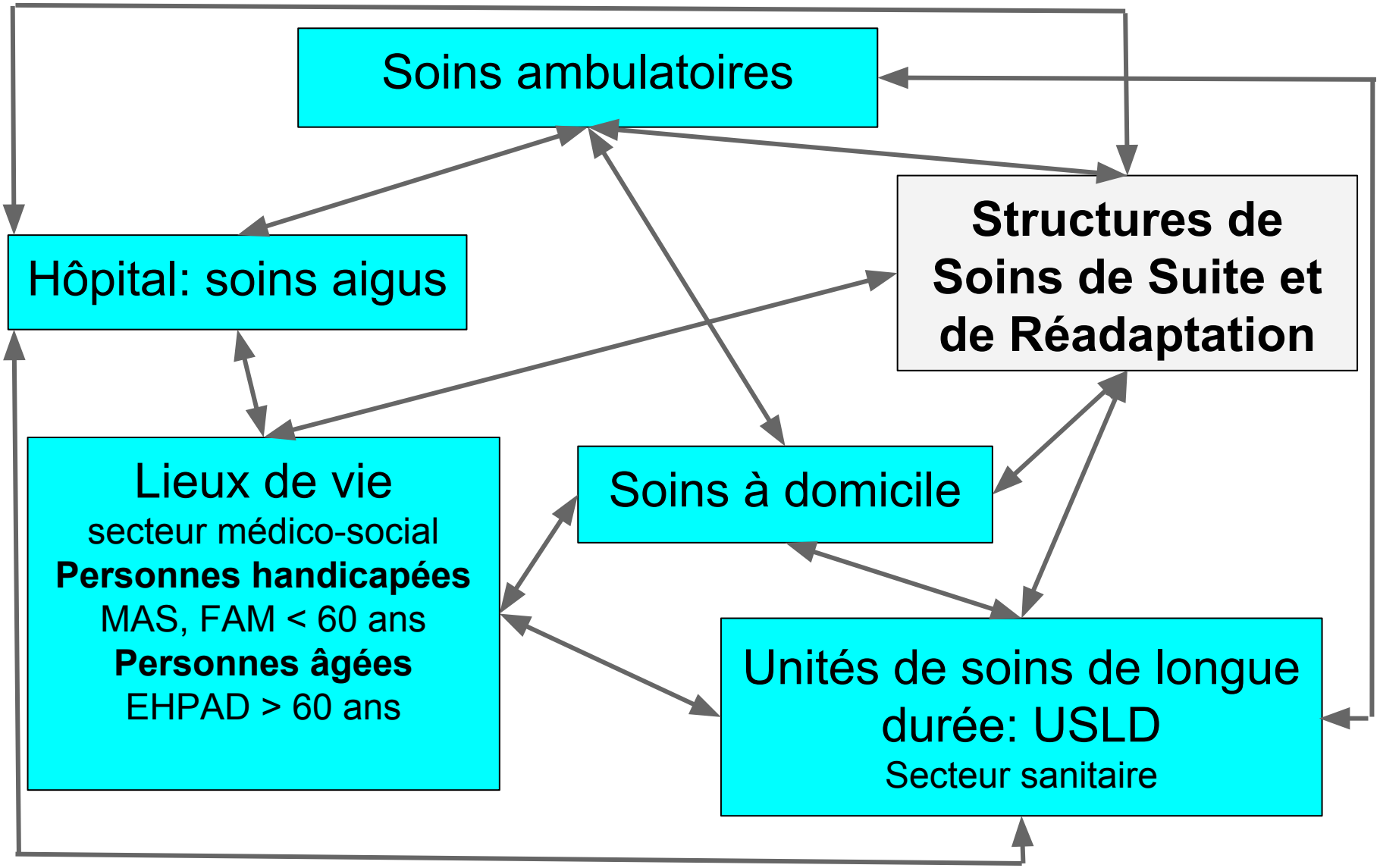
Les Soins de suite et de réadaptation

- L'article L.711-2 de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 définit les missions de soins de courte durée, de soins de longue durée et identifie *« des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion. »*

- **Secteur très hétérogène** au regard des soins post-aigus d'autre pays.
  - Plus de 80 disciplines d'équipement :centres de rééducation fonctionnelle, maisons de convalescence, de cure, etc.
  - **Complexité de la gamme d'activités** représentées
  - Diversité des typologies d'établissements

- **Comment segmenter des activités?** = principal obstacle à un modèle unificateur de l'organisation et du financement du secteur (future T2A en SSR)

Modélisation des parcours possibles des patients dans le système de soins



Adapté et traduit de "Exploring Episode-Based Approaches for Medicare Performance Measurement, Accountability and Payment" U.S. Department of Health and Human Services

Réforme des autorisations en SSR – 2008

Des filières issues des catégories médicales de l'aigu

Autorisation générique	SSR polyvalents
Mentions spécialisées	Affections de l'appareil locomoteur
	Affections du système nerveux
	Affections cardio-vasculaires
	Affections respiratoires
	Affections du système digestif, métabolique et endocrinien
	Affections onco-hématologiques
	Affections des brûlés
	Affections liées aux conduites addictives
	Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

« Aligner l'ensemble des acteurs sur les contraintes organisationnelles liées à l'activité et de redistribuer lits et places, afin de les répartir en fonction de l'analyse des besoins »

L'offre et l'activité en SSR selon le statut de l'établissement

	EPS	ESPIC	CLINIQUES	TOTAL
Etablissements	872 48,5 %	479 26,7 %	446 24,8 %	1 797 100%
Lits et places	42 377 39,8 %	33 833 31,7 %	30 398 28,5 %	106 608 100%
Journées (en million)	15,1 41,4 %	10,8 29,4 %	10,7 29,2 %	36,7 100%

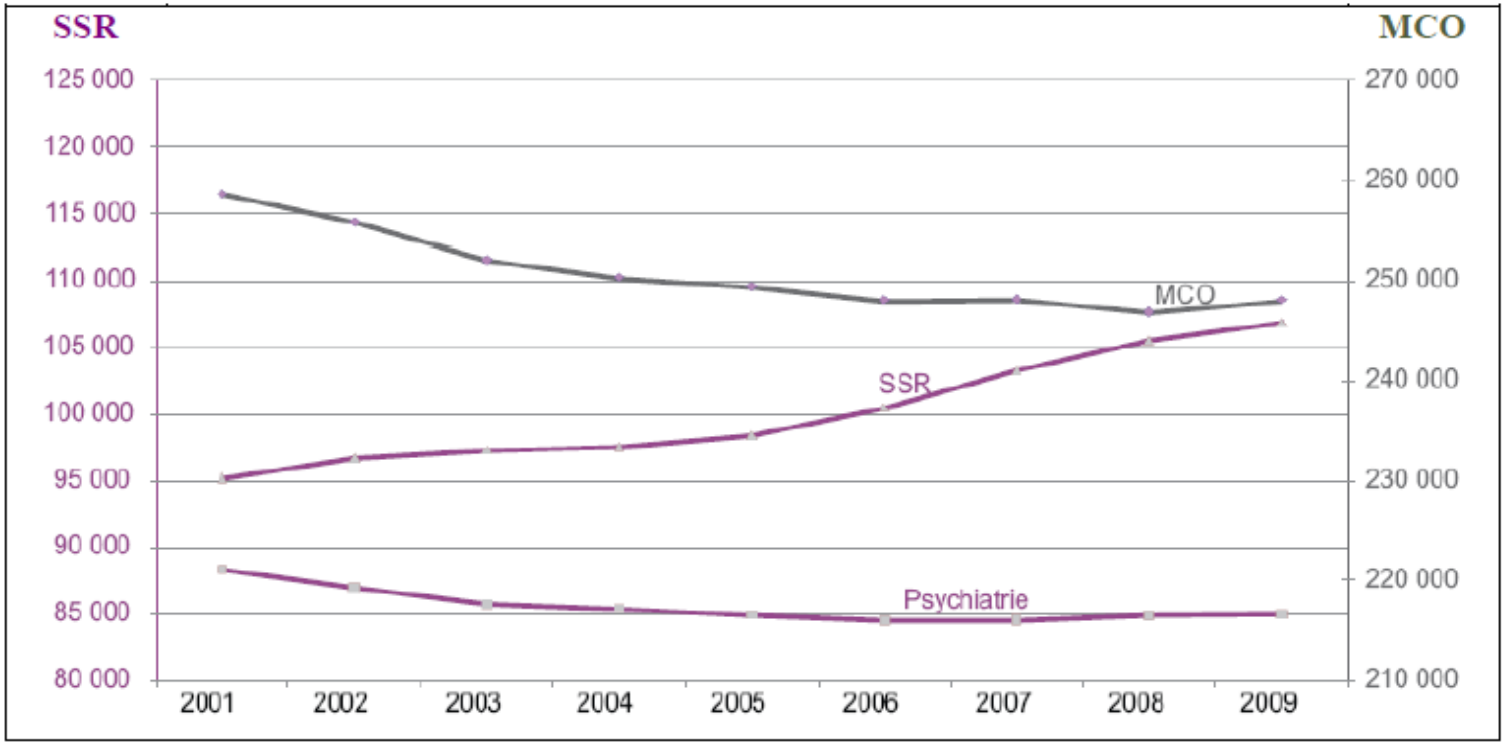
Source : Cour des comptes d'après les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)- Panorama des établissements de santé 2011.

établissements publics de santé (EPS), établissements privés d'intérêt collectifs (ESPIC), cliniques privées

Rapport de la Cour des Comptes; sécurité sociale 2012

Capacités (lits et places) des établissements de santé par discipline d'équipement entre 2001 et 2009

"Un pilotage sans cap précis" (rapport de la Cour des Comptes 2012)



Source : DREES

En huit ans, la capacité d'accueil en SSR a augmenté de 12,3 %

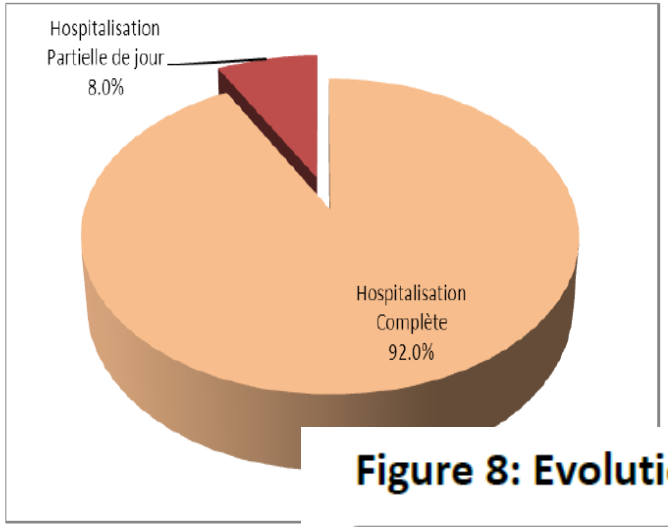
La capacité des **cliniques** a progressé de plus de 3 % / an (à l'exception de 2003 et 2005) : 5,7 % en 2002, 5,5 % en 2006, encore 7,1 % en 2008. Sur 8 ans, la progression totale a atteint 40 %.

Stabilité globale des **ESPIC**

EPS : pas de croissance annuelle supérieure à **1 %** au cours de cette période, hors 2006 et 2007.

La dépense d'assurance maladie: +16 % entre 2007 et 2011. En 2012, >10 % de l'enveloppe prévisionnelle affectée aux établissements de santé

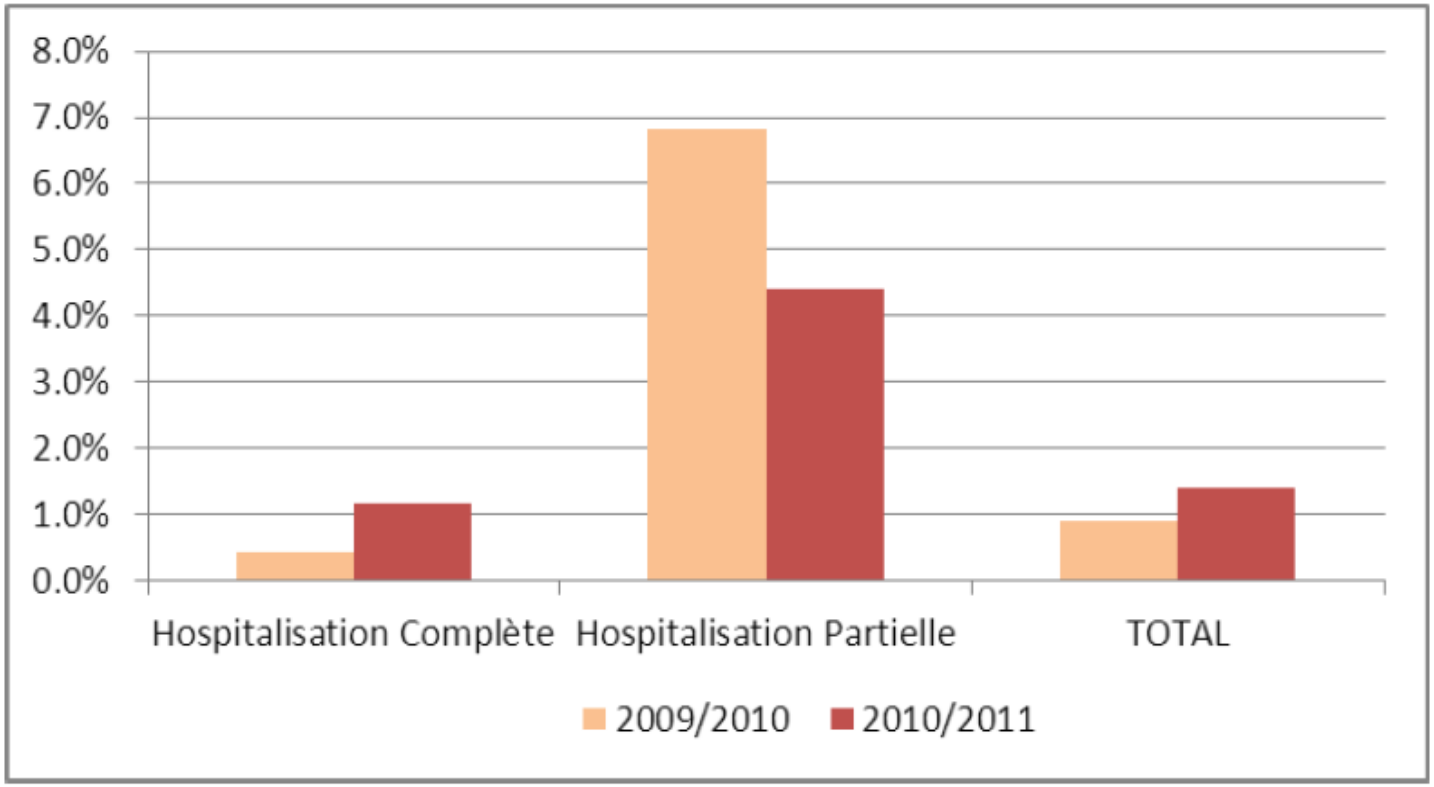
Figure 7 : Part en nombre de journées par type d'hospitalisation en 2011



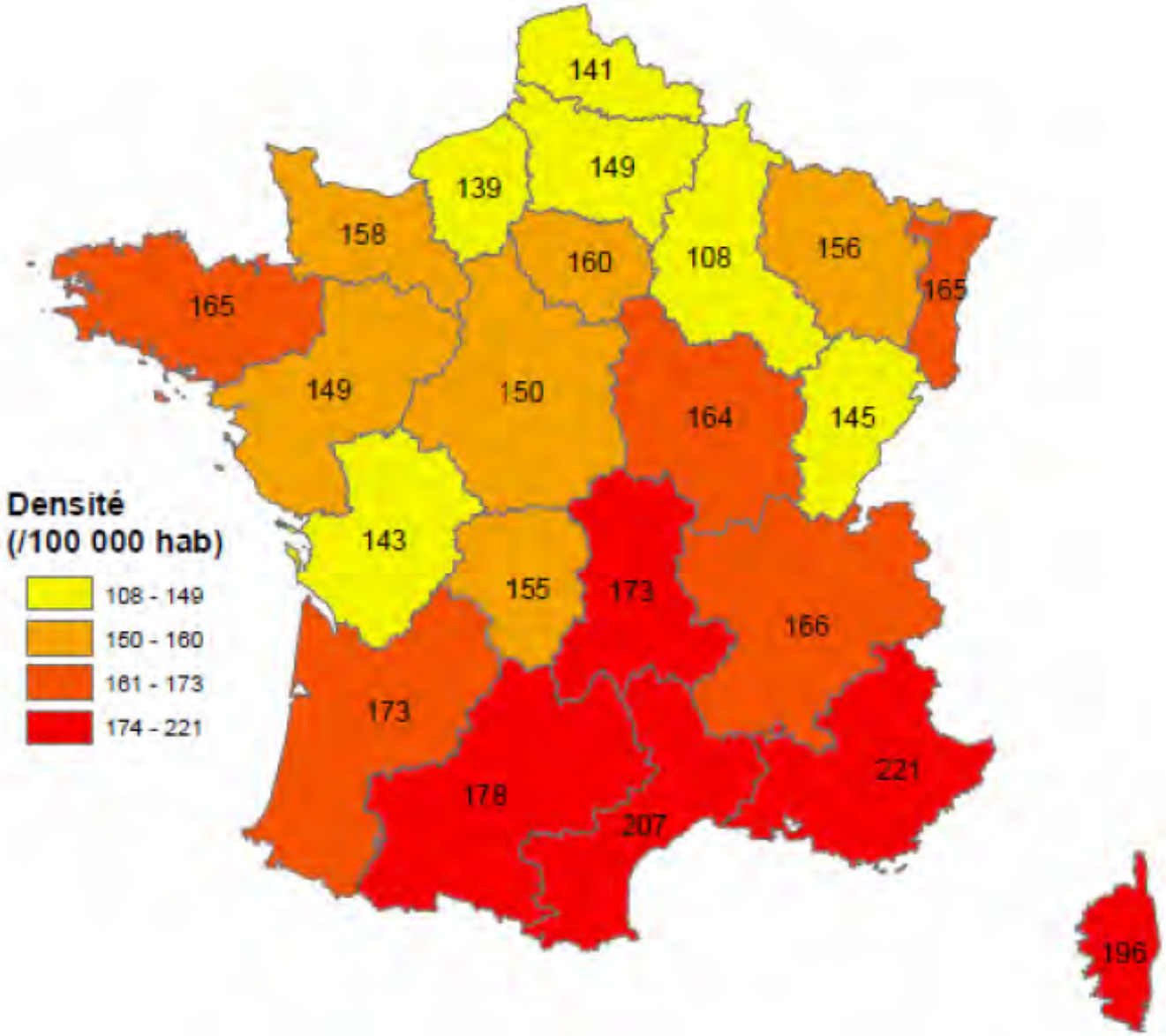
Hospitalisations complètes et partielles

Rapport activités SSR 2011 - ATIH

Figure 8: Evolution du nombre de journées par type d'hospitalisation



Densité de lits et places de SSR pour 100 000 habitants



Source : CNAMTS : rapport charges et produits pour l'année 2011

Hétérogénéité des SSR: subaigu & non aigu

Une segmentation des activités à clarifier

- **Soins intermédiaires "non aigus",** en "filière" amont-aval?
  - Attente de la préparation du retour au domicile ou dans un autre lieu de vie (soins et soutien social), justifiant la poursuite de soins (selon les dénominations étrangères: "soins continus", "soins prolongés", "soins d'entretien", "soins de transition" etc.) en hospitalisation complète
  - Fonction tampon, gestion des séjours longs (*bed blockers*)

- **Soins hospitaliers spécifiques, "subaigus"** mais de durée plus prolongée qu'en aigu (ex "moyen séjour")?
  - Restauration fonctionnelle, prises en charge gériatriques…
  - Nécessité d'une organisation intégrée des soins et des structures
  - Nécessité d'une classification des patients et d'un système d'orientation incluant l'alternative ambulatoire

- **Impératifs contradictoires**: **fluidité et pertinence des soins**
  - Un système uniforme de données fondé sur des données factuelles
  - Une tarification appropriée à chacune des 2 missions

Determining appropriateness for rehabilitation or other subacute care: is there a role for utilisation review - Australia and New Zealand Health Policy 2007, 4:3

L'exemple de la Seine-Saint-Denis

L'Ile-de-France

« En 2010, l'Ile-de-France contribue en nombre de journées à près de **17% de l'activité nationale (5 750 559)**. Entre 2009 et 2010, les journées ont progressé de 3,1% et X,X% entre 2011 et 2010. Le poids de chaque département varie de 9,1% pour la Seine et Marne à 14% pour les Hauts de Seine. »

« L'hospitalisation complète représente 92% des prises en charge. L'HDJ représente 480 770 venues en progression de 12% sur 2009. La DMS régionale est de **36 jours**, stable sur 2009... »

« Les établissements publics assurent 39% des prises en charge, suivis par les établissements **privés 35%** et les **ESPIC 25%.** »

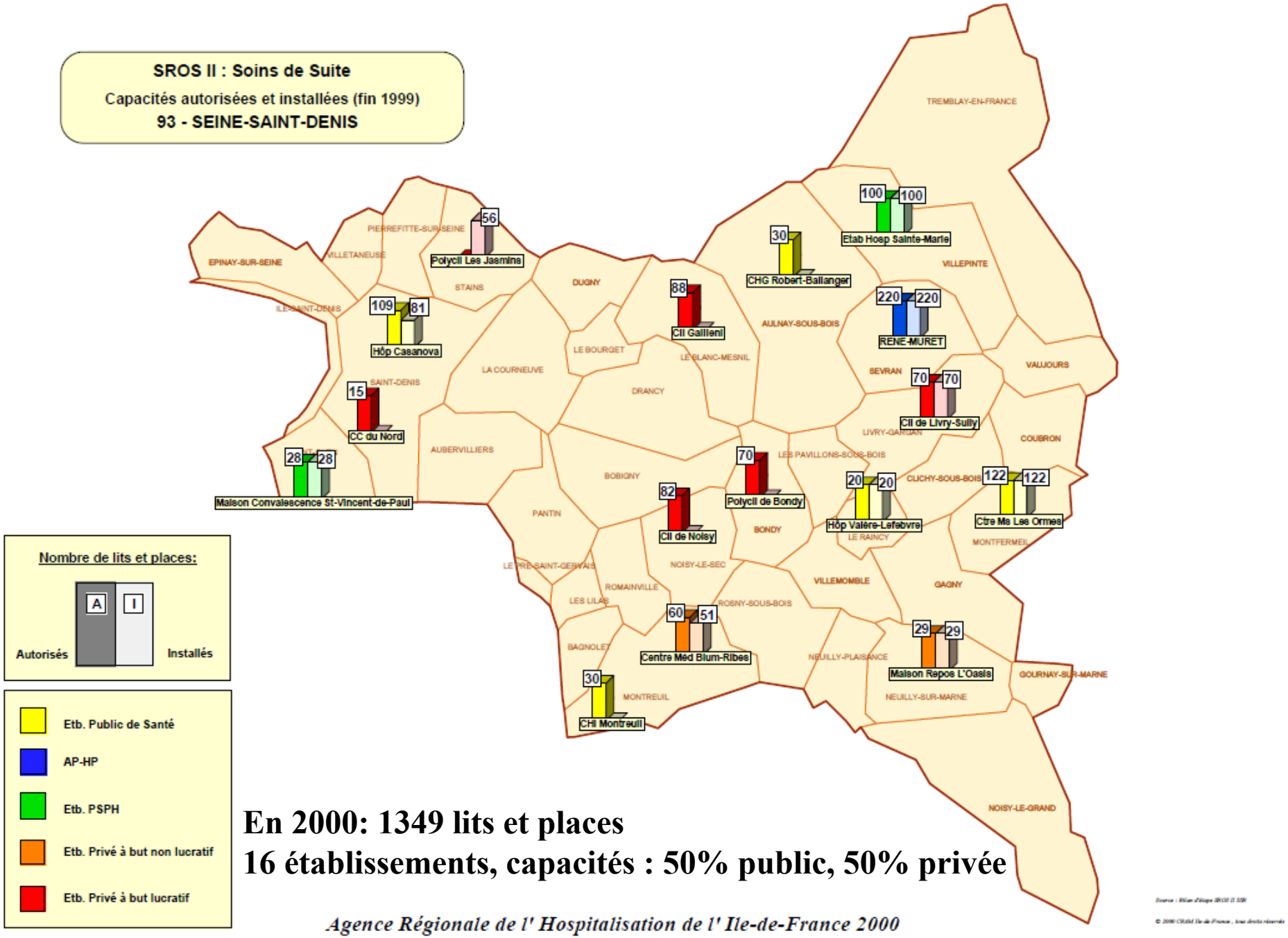
« Sur la base des CMD, les **affections du système nerveux contribuent pour plus de 21% de l' ensemble des journées**, suivies par les **affections non traumatiques du système ostéo-articulaire avec 16%**. Plus de ¾ des journées sont liées à 5 des 13 CMD. »

En Seine-Saint-Denis

« On constate des différences de répartition selon les départements telle la **Seine-Saint-Denis où les établissements privés assurent près de 67% de l'offre SSR. »**

Note de l'auteur: en 2000: 50% en public (AP-HP + hors AP); en « soins de suite » comme en « rééducation fonctionelle » (autorisations avant 2008)

Activité et implantations en SSR (SROS PRS - volet SSR, document provisoire)

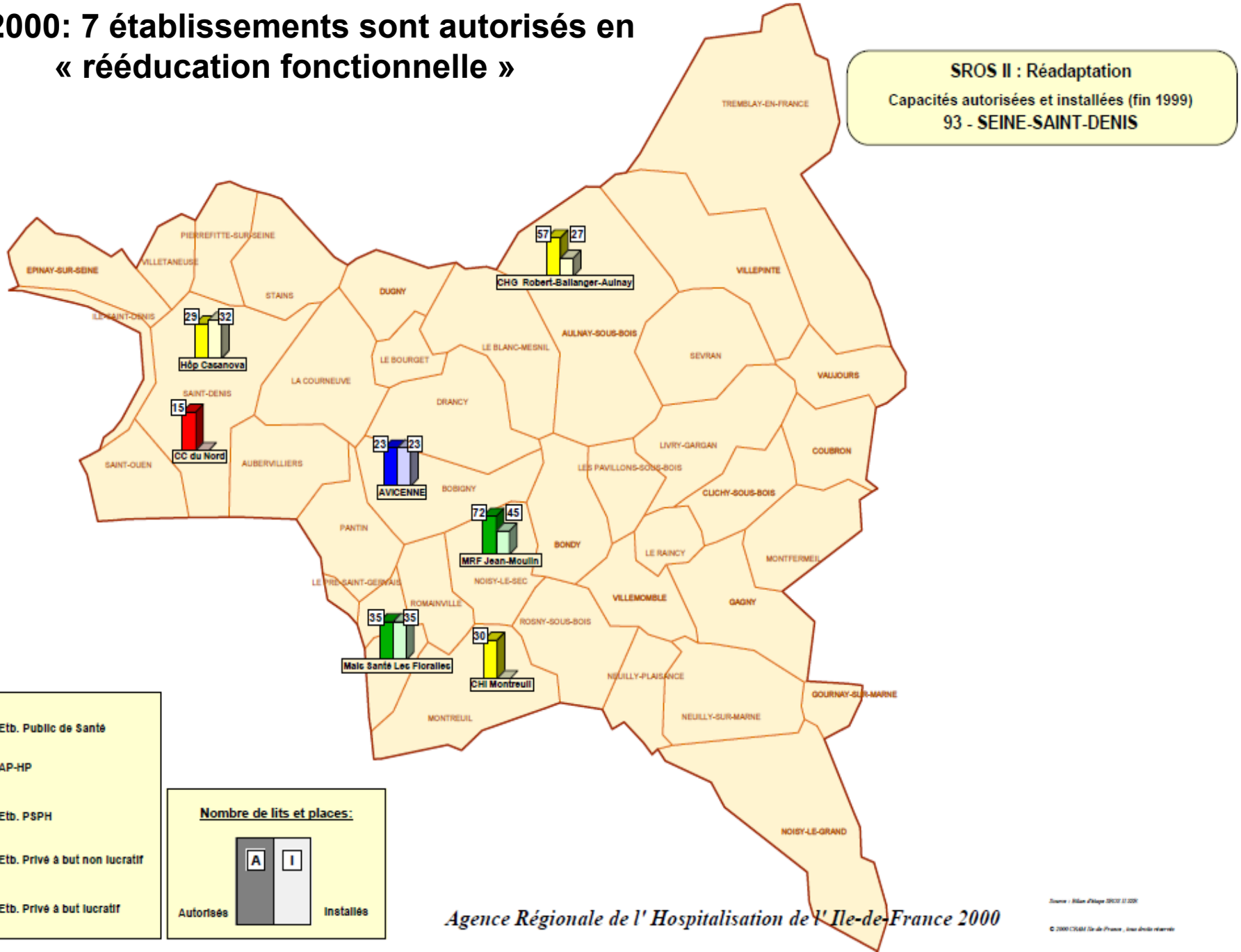


En 2000: 1349 lits et places

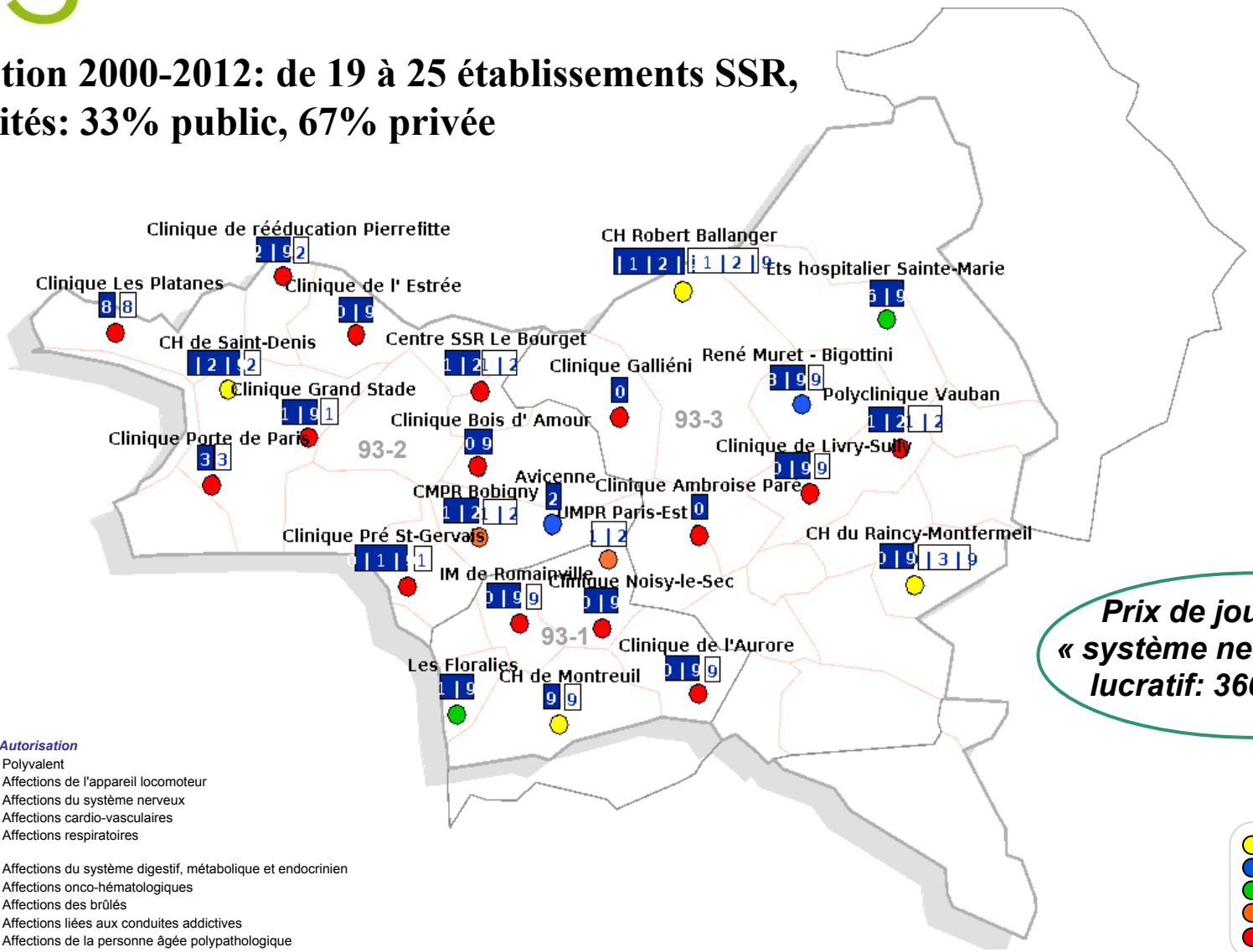
16 établissements, capacités : 50% public, 50% privée

Agence Régionale de l' Hospitalisation de l' Ile-de-France 2000

En 2000: 7 établissements sont autorisés en « rééducation fonctionnelle »



Evolution 2000-2012: de 19 à 25 établissements SSR, capacités: 33% public, 67% privée



Prix de journée SSR « système nerveux » privé lucratif: 360, 10 euros

HC	HJ	*Autorisation*
0	0	Polyvalent
1	1	Affections de l'appareil locomoteur
2	2	Affections du système nerveux
3	3	Affections cardio-vasculaires
4	4	Affections respiratoires
5	5	Affections du système digestif, métabolique et endocrinien
6	6	Affections onco-hématologiques
7	7	Affections des brûlés
8	8	Affections liées aux conduites addictives
9	9	Affections de la personne âgée polypathologique

dépendante ou à risque de dépendance

- Etablissement public
- AP-HP
- ESPIC
- Etablissement privé non lucratif
- Clinique

© 2012 – DOSMS-ARS Ile-de-France tous droits réservés

Analyse stratégique: les SSR et les 5 forces de Porter

Réglementation

Tarification aigue incitant à l' intégration verticale et à réduire les séjours. « Tout incitatif » & Règles de comptabilité

Menace des nouveaux entrants

Barrières à l'entrée
Structures nouvellement autorisées
SROS-PRS

Pouvoir de négociation des fournisseurs

Pouvoir des prescripteurs
Elasticité de la demande à la qualité
Payeurs (assurances)
Mise sous autorisation préalable (MSAP)
Appels d'offre

Intensité de la concurrence

Pouvoir de négociation des clients

Admissions en aval
Taille / nb de structures d'aval
Payeurs (contrôle de pertinence, du codage…)
Fragmentation sanitaire, social, médico-social

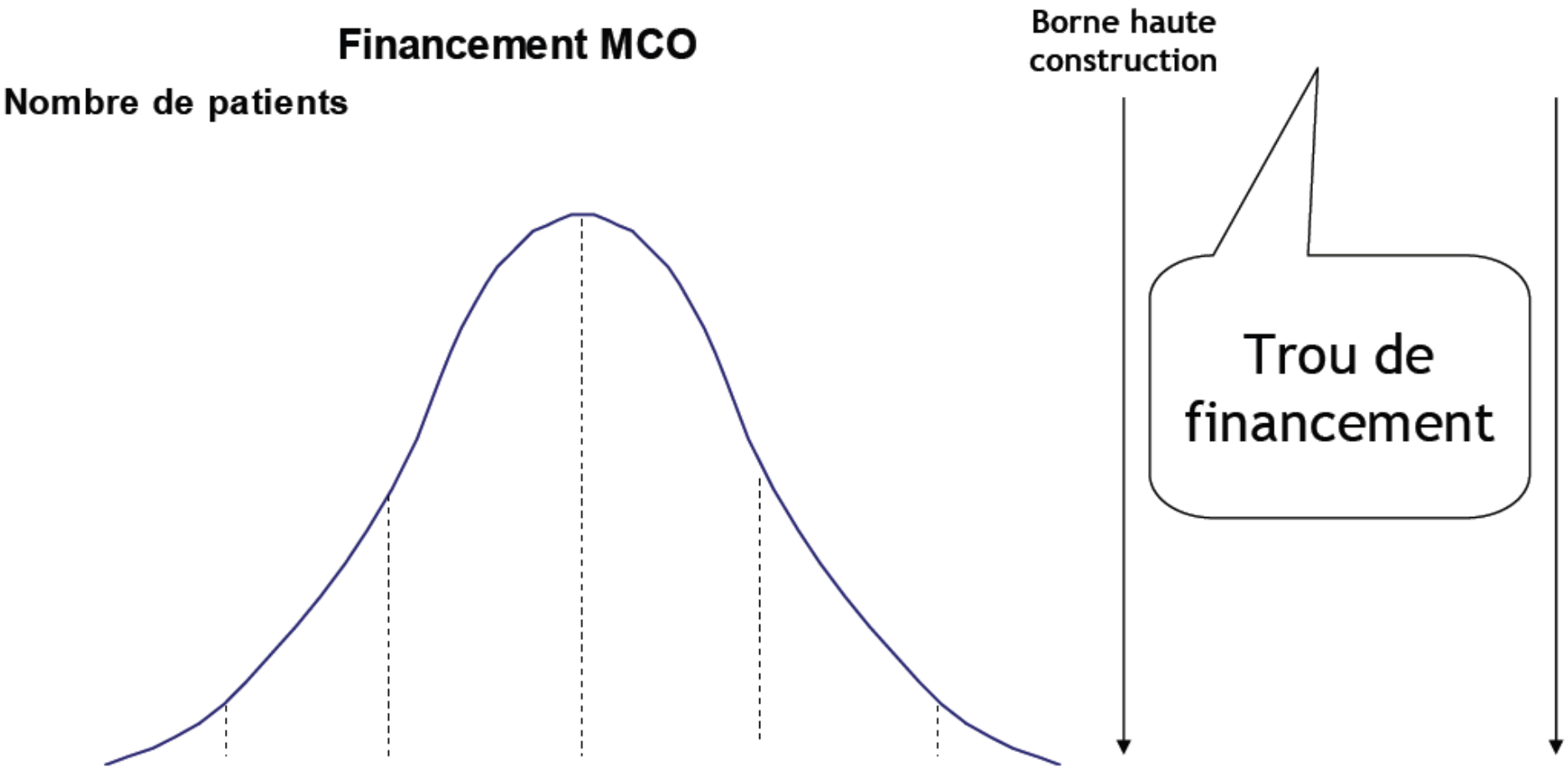
Menace des produits de substitution

Substituabilité entre SSR
Alternatives ambulatoires
Effet des décisions législatives

Patients et proches

Transition sociologique, épidémiologique, maladies chroniques et dépendance

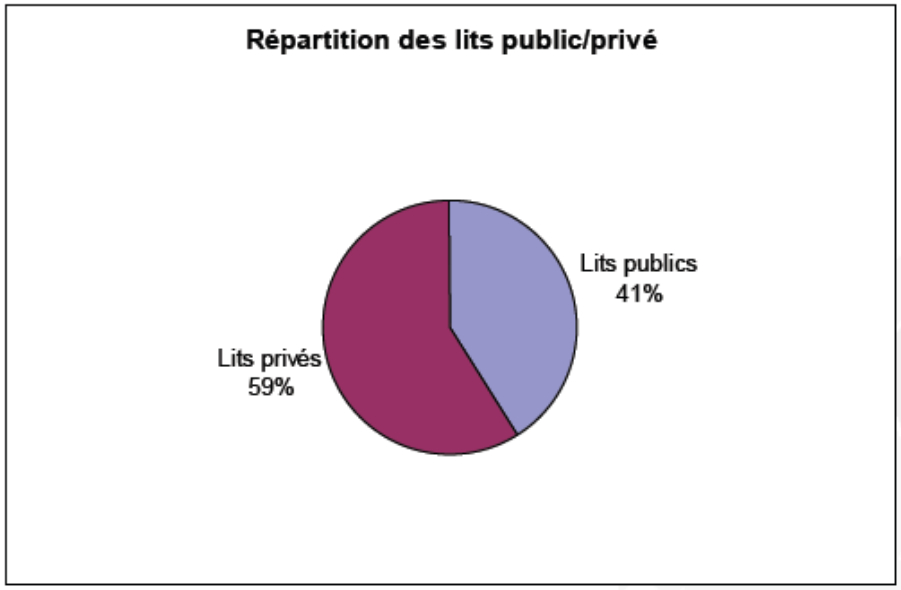
DMS et financement du séjour long

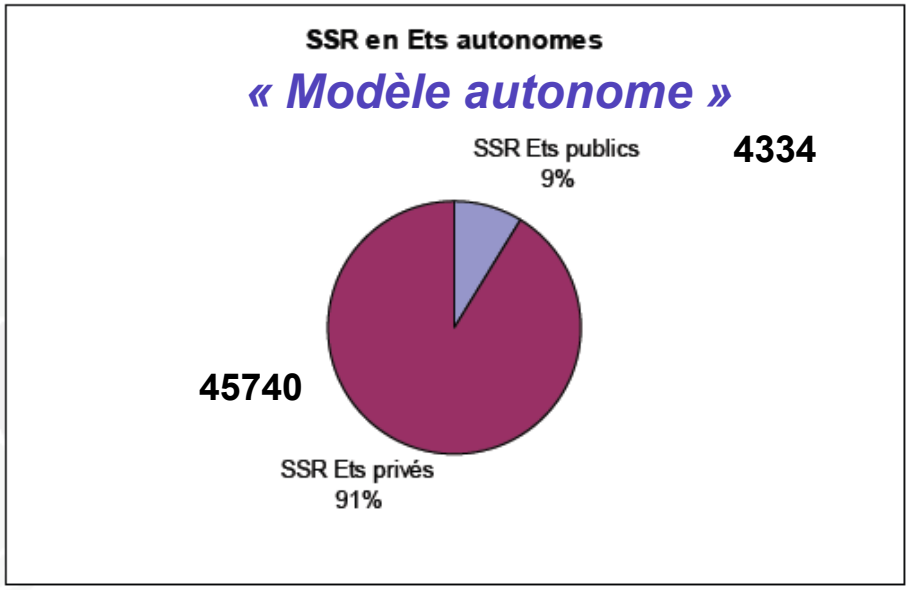


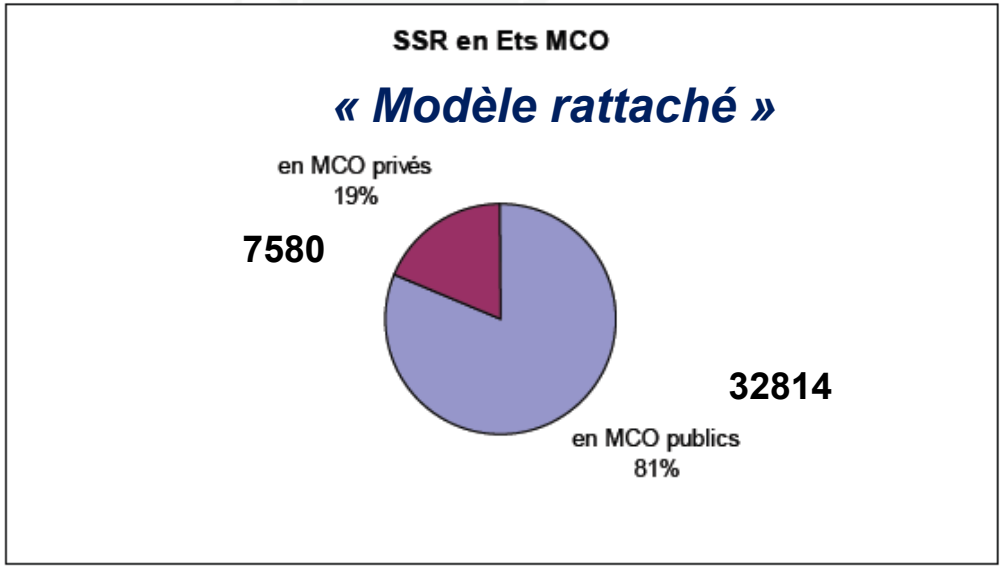
Une méthode de construction qui exclue les séjours longs

Diapo empruntée à A. Barreteau 2008

Des modèles médico-économiques différents

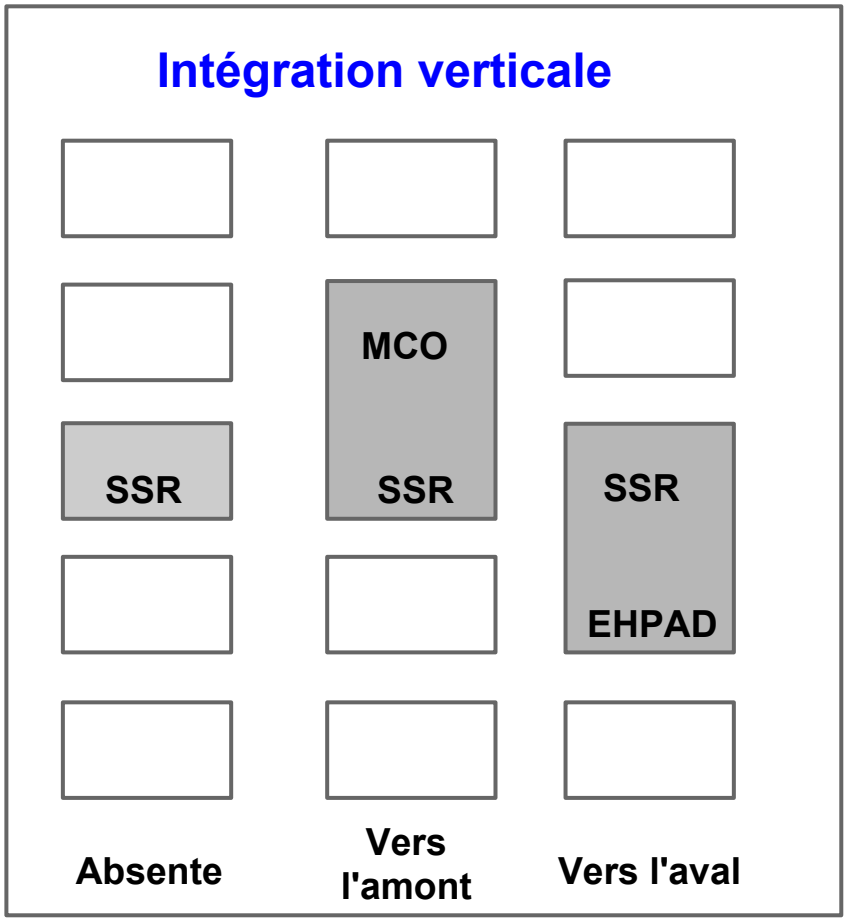


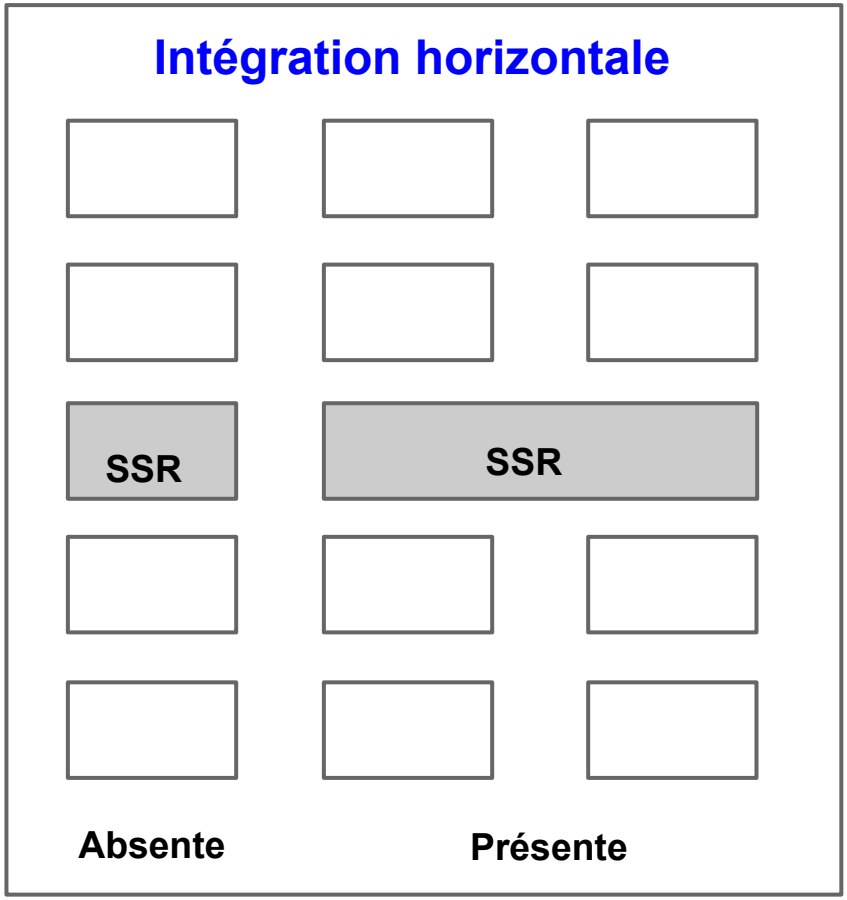




Diapo empruntée à A. Barreteau 2008

Intégration verticale et horizontale : stratégies d'entreprise





En microéconomie et en stratégie d'entreprise, l'expression « **intégration verticale** » (ou concentration verticale) décrit un mode de propriété et de contrôle regroupant sous une seule autorité les divers stades de production et distribution concernant un type de produits ou services donnés.

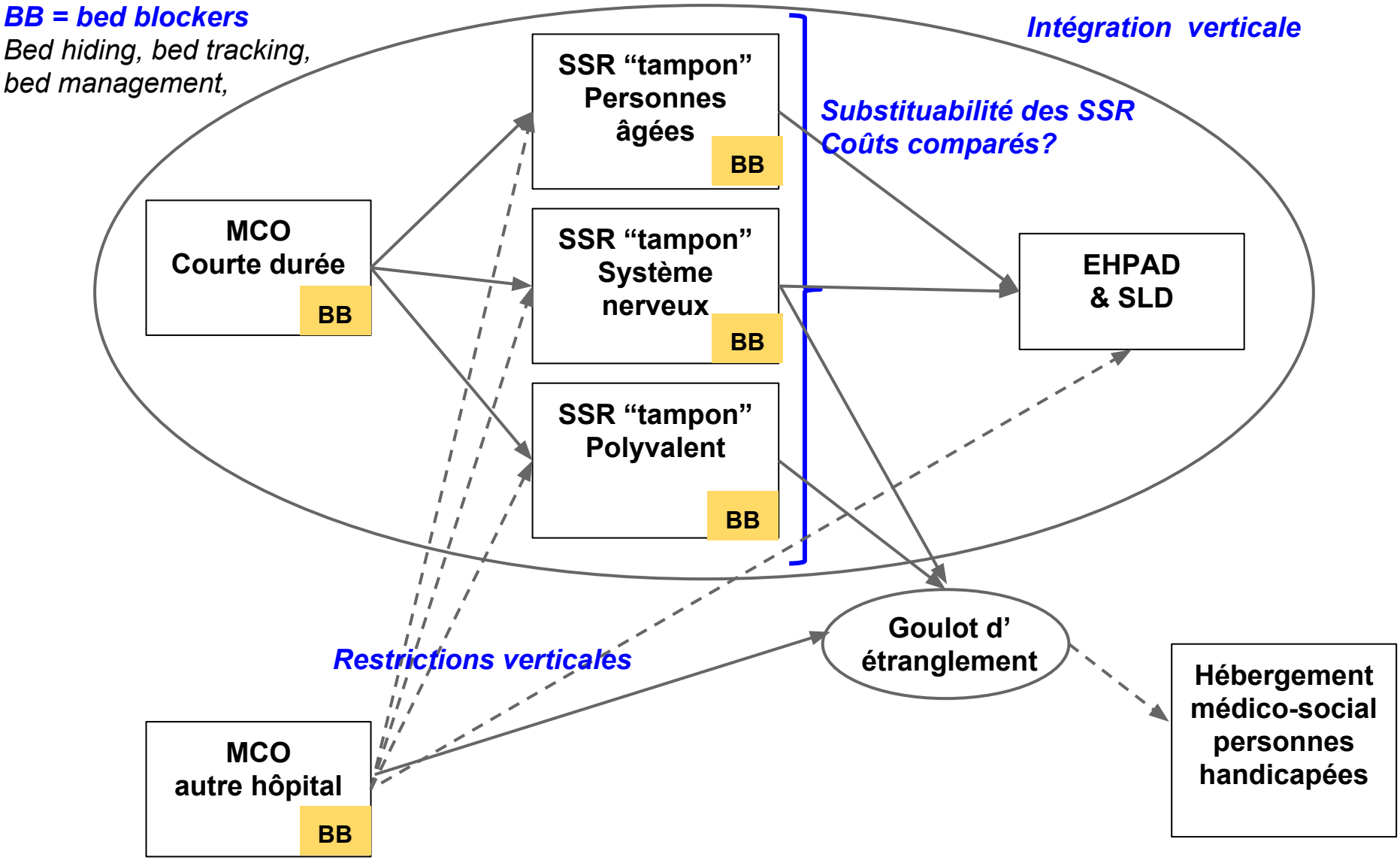
Les **restrictions verticales**: clauses contractuelles imposées par un producteur, qui limitent la liberté d'action d'un ou plusieurs distributeurs. La légitimité des restrictions verticales est l'objet d'un débat récurrent en matière de politique de la concurrence.

Étendre son réseau, en acquérant ou développant des activités économiques au même niveau de la chaîne de valeur que ses produits. Les acquisitions d'activités économiques peuvent être :

- des entreprises concurrentes: diminuer la concurrence ;
- des activités commercialisant des produits similaires :se diversifier ;
- activités de produits de substitution: diminuer la menace

Cas d'étude: Apple, Dell et Microsoft

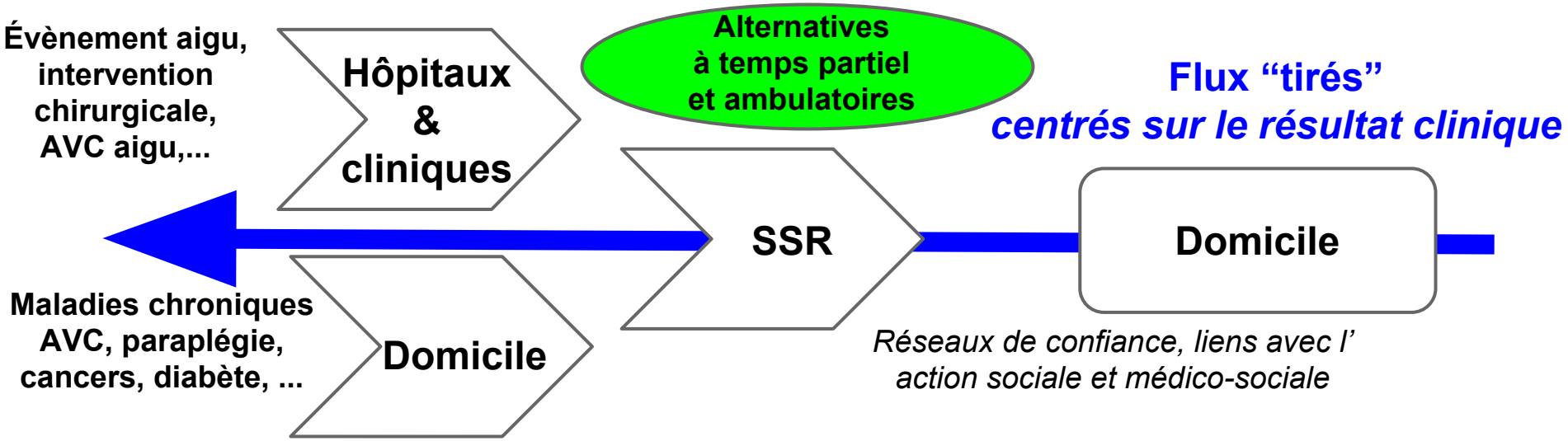
Séjours longs et *buffer management*



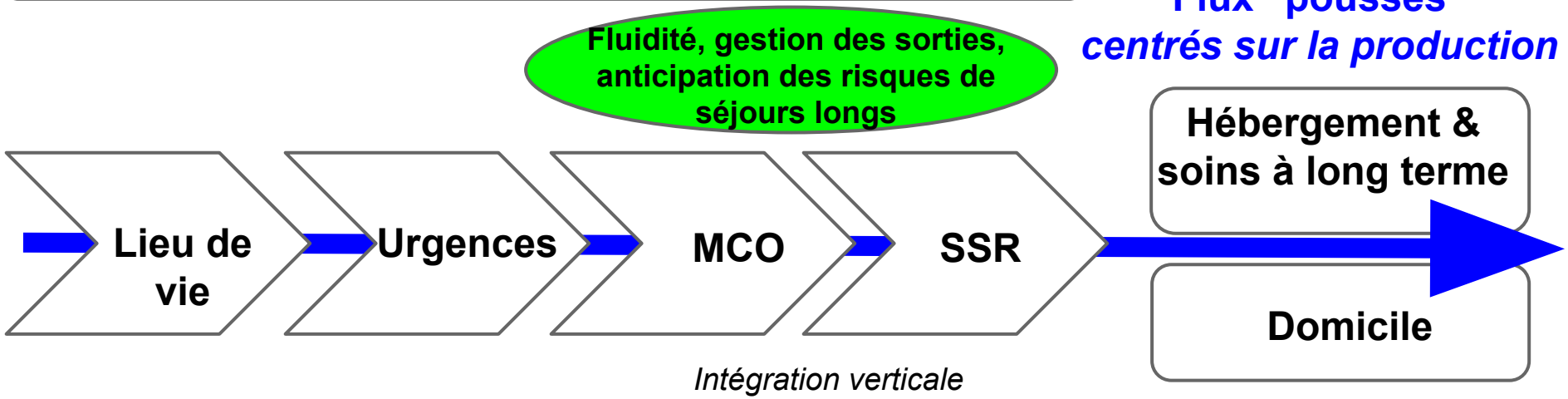
L'anticipation des séjours longs conditionne l'organisation des filières pour les SSR rattachés au MCO

Deux modèles de filières en SSR

1. L'épisode de soins: prévisibilité relative en durée et en ressources

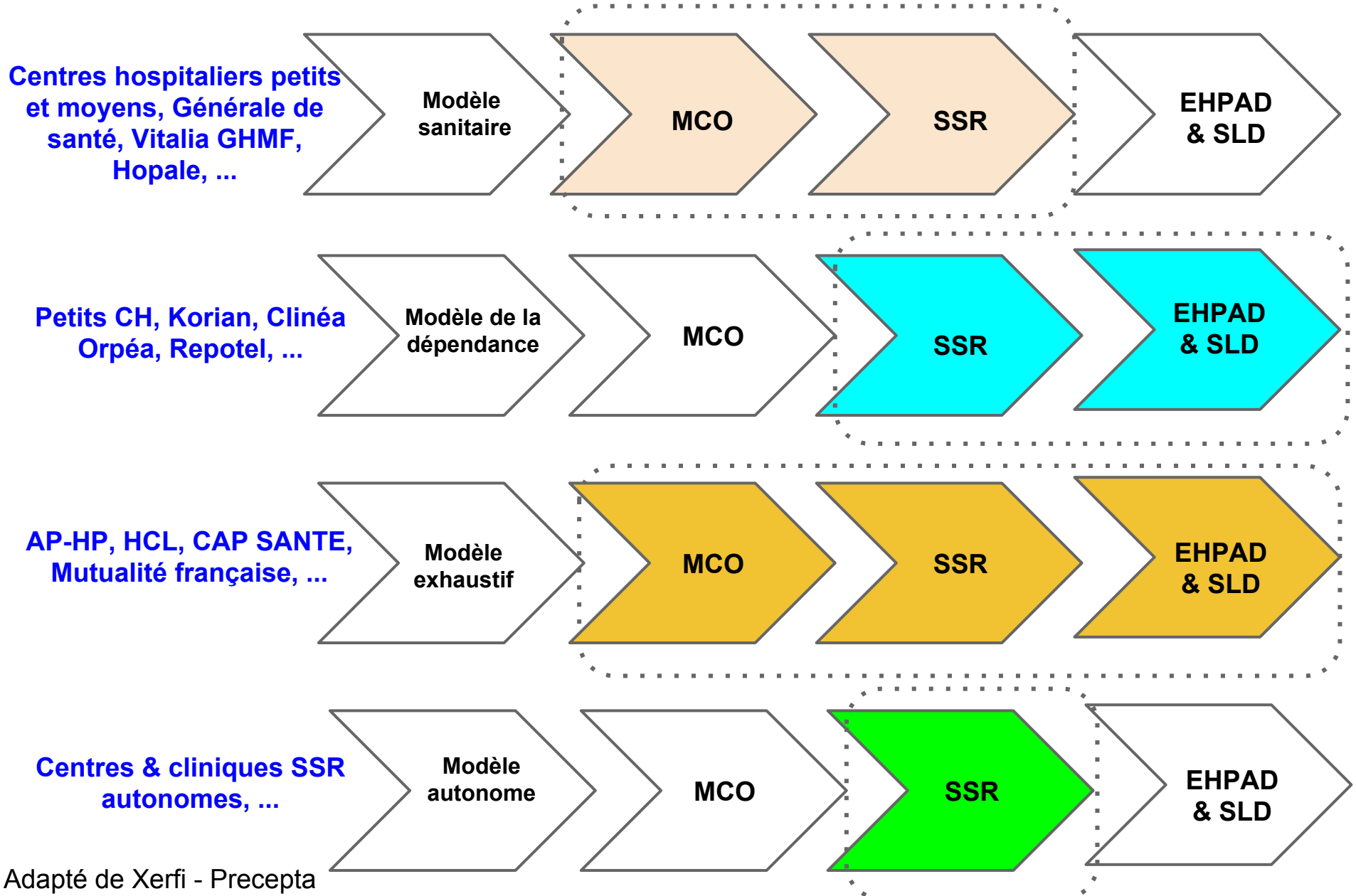


2. *Bed management*: imprévisibilité, instabilité



Les modèles médico-économiques en SSR

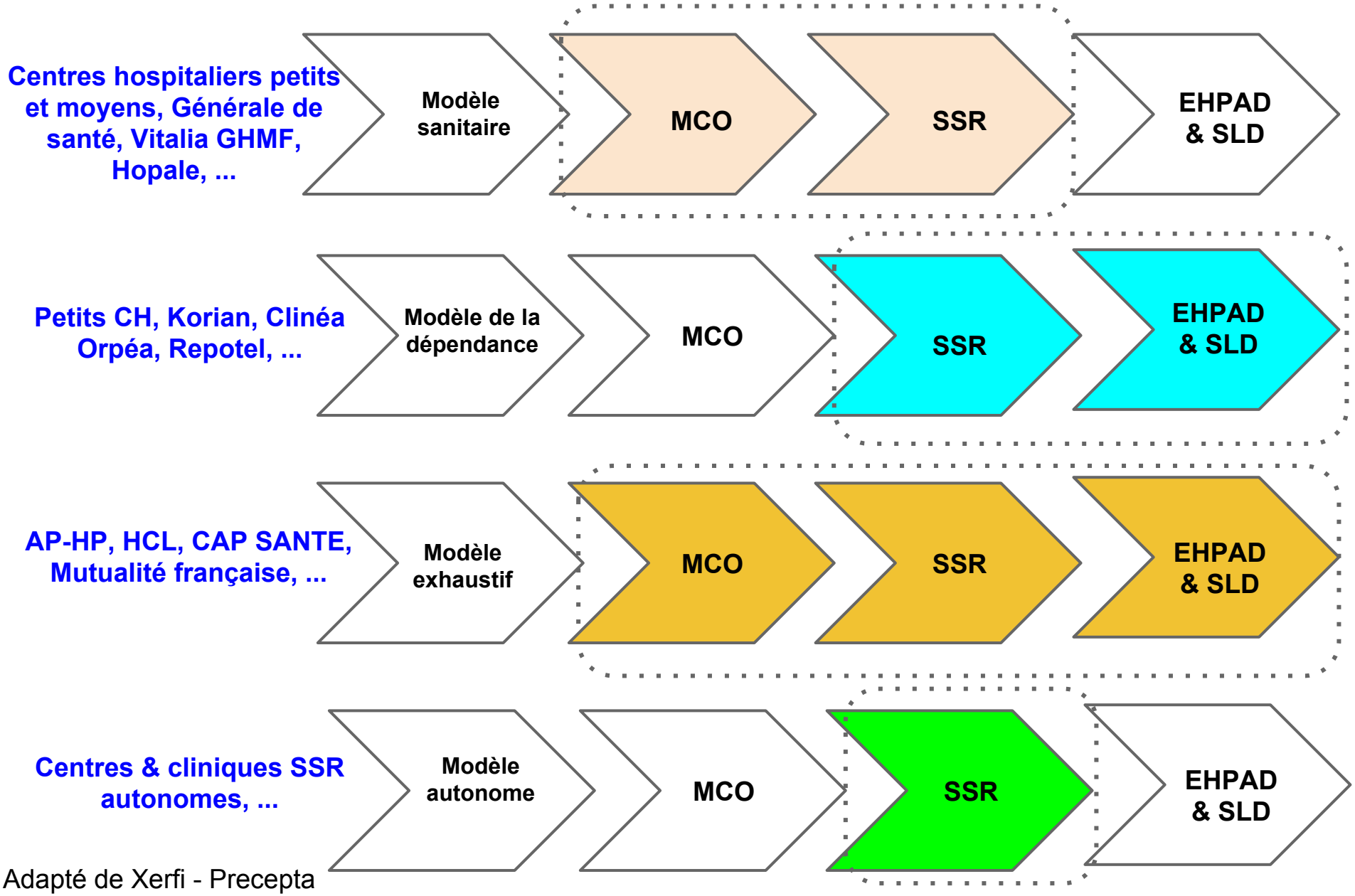
Modèles de SSR rattachés, modèle de SSR autonome



Adapté de Xerfi - Precepta

Les modèles médico-économiques en SSR

Modèles de SSR rattachés, modèle de SSR autonome



Adapté de Xerfi - Precepta

TABLEAU 1 ● Nombre de services d'urgences en 2010 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
structure générale	391	36	128	555
structure générale et pédiatrique	95	4	0	99
structure pédiatrique	14	1	1*	16
Ensemble	**500**	**41**	**129**	**670**
SMUR				
SMUR général	383	7	1	391
SMUR général et pédiatrique	23	0	0	23
SMUR pédiatrique	11	0	1	12
Ensemble	**417**	**7**	**2**	**426**
SAMU	106	0	0	106

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenval.

Note • Une structure des urgences est exclusivement générale si elle n'accueille que des adultes, exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants et générale et pédiatrique si elle acueille les deux.

Champ • France métropolitaine + DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de passages aux urgences en 2010 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Structures générales	9 031 566	-0,3 %	656 526	-5,1 %	2 207 972	4,6 %	11 896 064	0,2 %
Structures pédiatriques	394 936	-18,6 %	22 751	-36,6 %	19 374 (*)	-	437 061	-16,1 %
Structures générales et pédiatriques	4 972 058	-0,5 %	200 338	-0,0 %	0	-	5 172 396	-0,4 %
Urgences générales	*3 463 158*	*-0,4 %*	*126 977*	*9,1 %*	*0*	-	*3 590 135*	*-0,1 %*
Urgences pédiatriques	*1 508 900*	*-0,7 %*	*73 361*	*-12,6 %*	*0*	-	*1 582 261*	*-1,3 %*
Ensemble	**14 398 560**	**-1,0 %**	**879 615**	**-5,2 %**	**2 227 346**	-	**17 505 521**	**-0,4 %**

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenval.

Champ • France métropolitaine + DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2009-2010, traitement DREES.

Diapo non projetée

Financement, gouvernance et recompositions des SSR

Dysfonctionnements

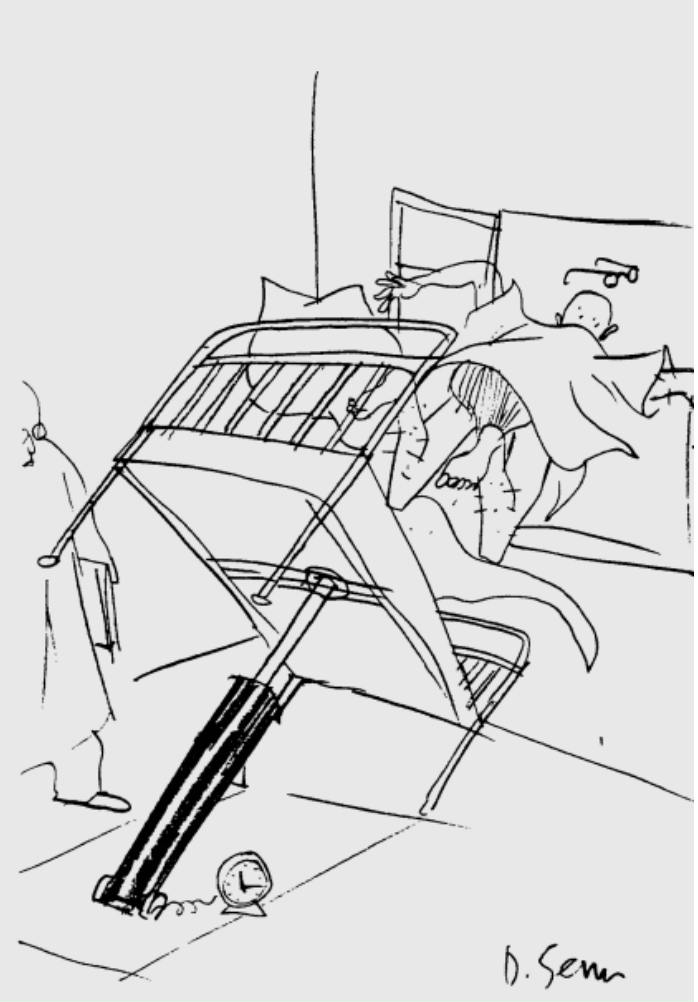
La ligne rouge est-elle franchie?

- ***Sous qualité?***
- ***Inégalités d'accès aux soins?***
- ***Segmentation?***
- ***Transfert de charges à l'aval?***
- ***Sur codage?***
- ***Sélection des risques, sur-fourniture?***
- ***Restrictions verticales?***
- ***Subventions croisées?***
- ***Substituabilité?***
- ***Rente informationnelle?***
- ***Sous efficience globale?***

Intégration des soins?… Oui, mais dans un contexte de rationnement

Faut-il avoit peur du *bed management?*

9GAG is your best source of fun.

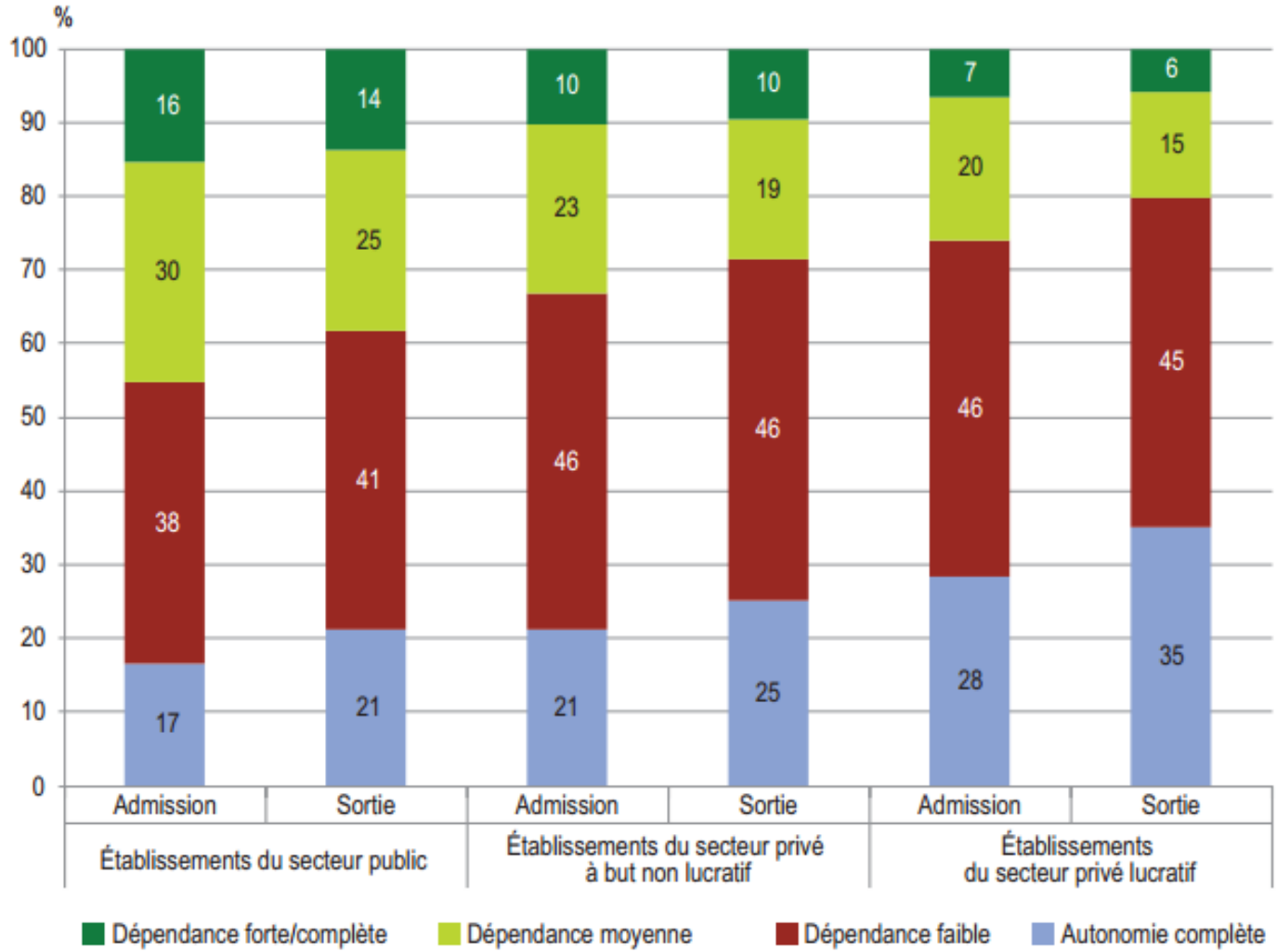


Une modalité future de rationnement? (Dessin de Daniel Senn)

Sélection des patients? Rente informationnelle

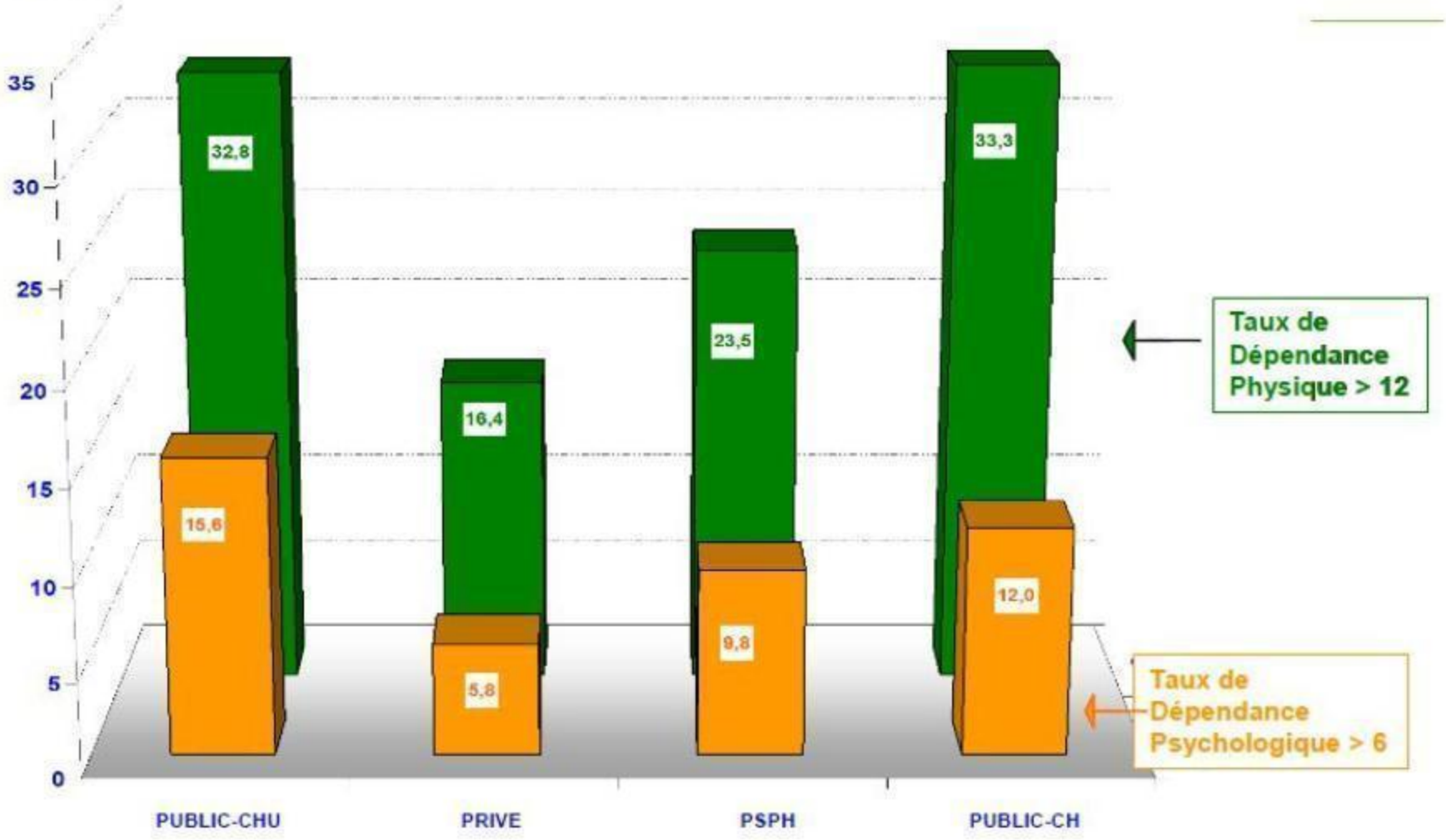
GRAPHIQUE 1

Répartition des séjours en SSR selon la dépendance globale des patients et le statut des établissements



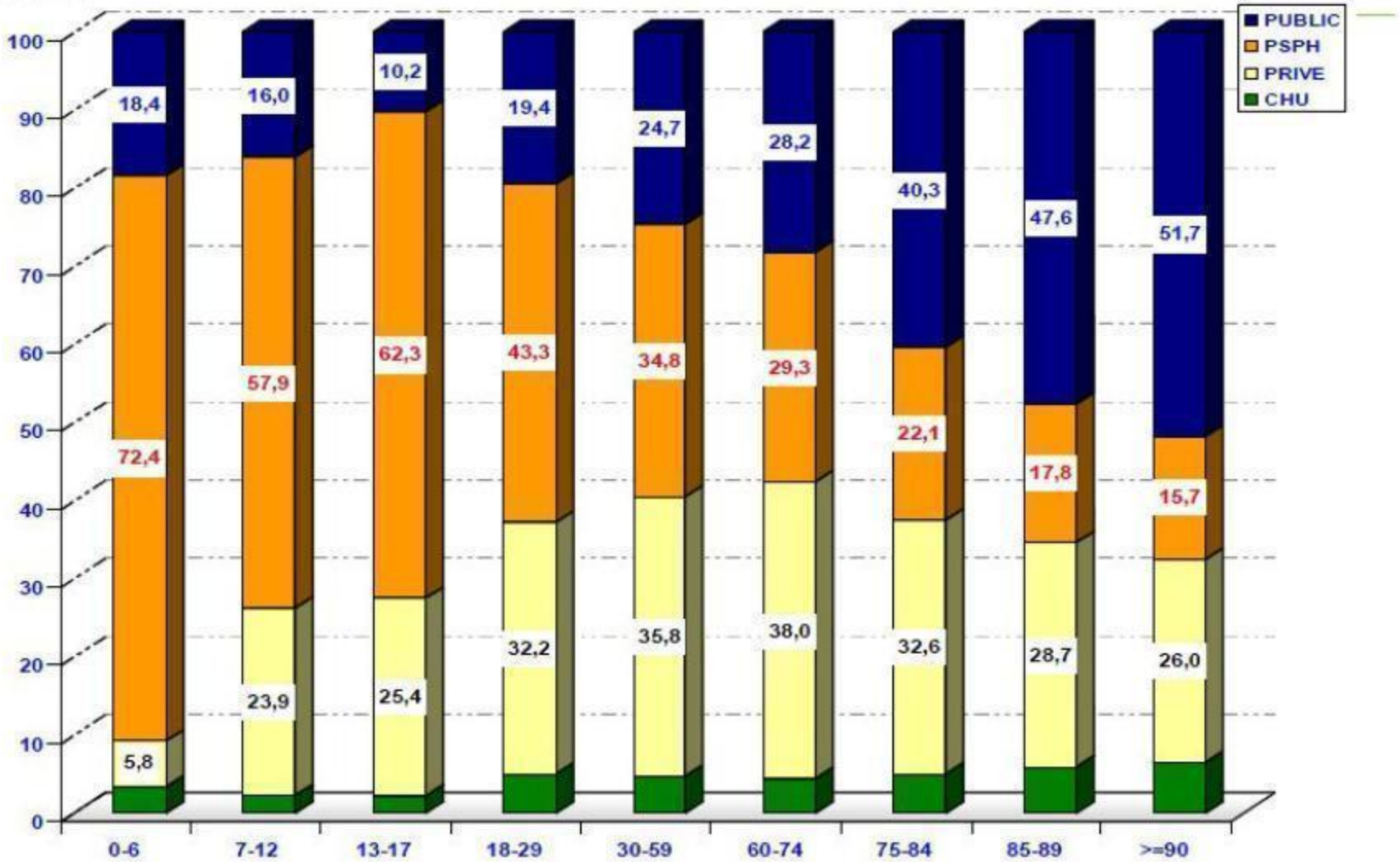
Champ • France entière, séjours 2008 hors patients décédés durant le séjour, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

Dépendance physique & Psychique selon le secteur *(Base Nationale 2010, n = 34 596 965 journées)*



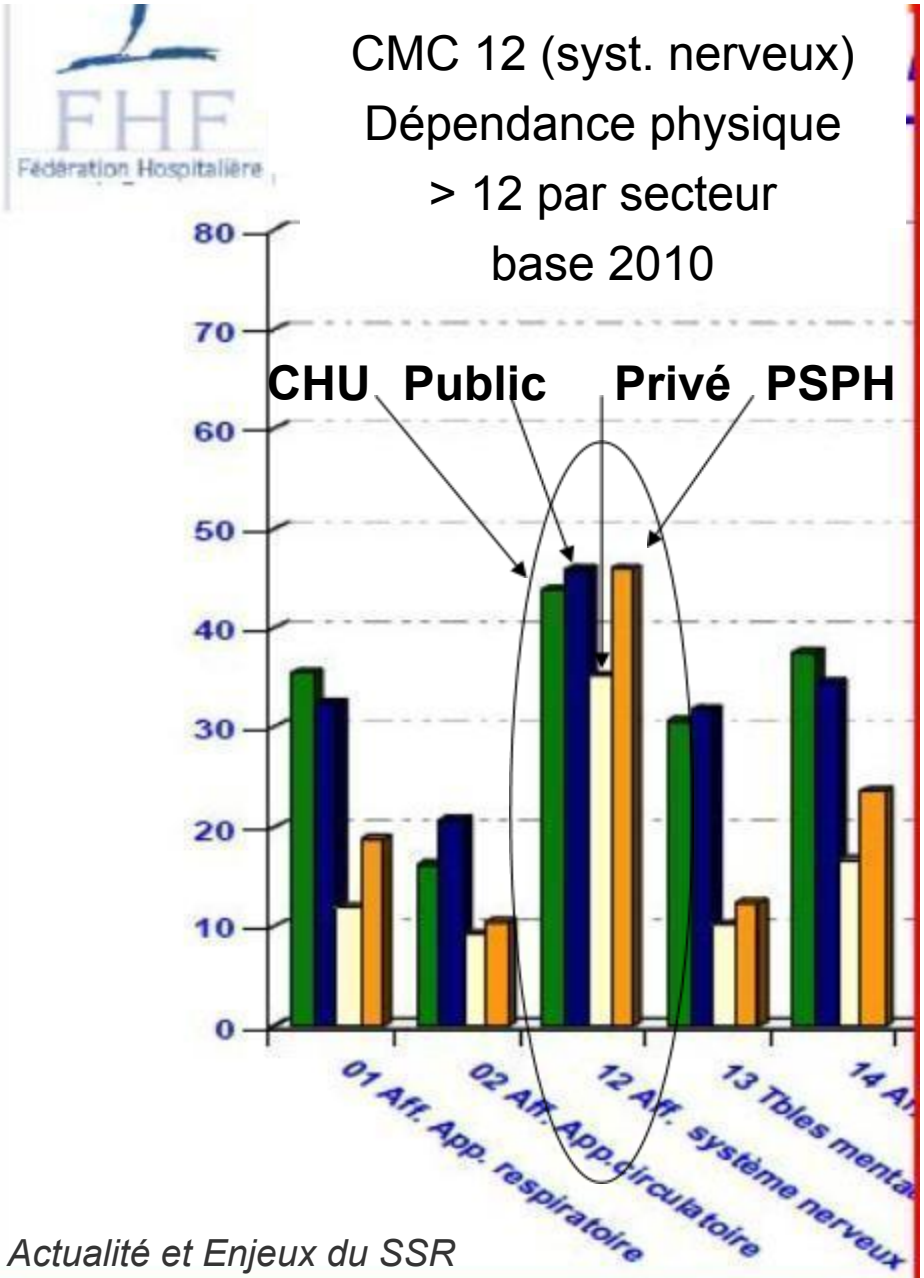
D'après F. Séguret et coll.

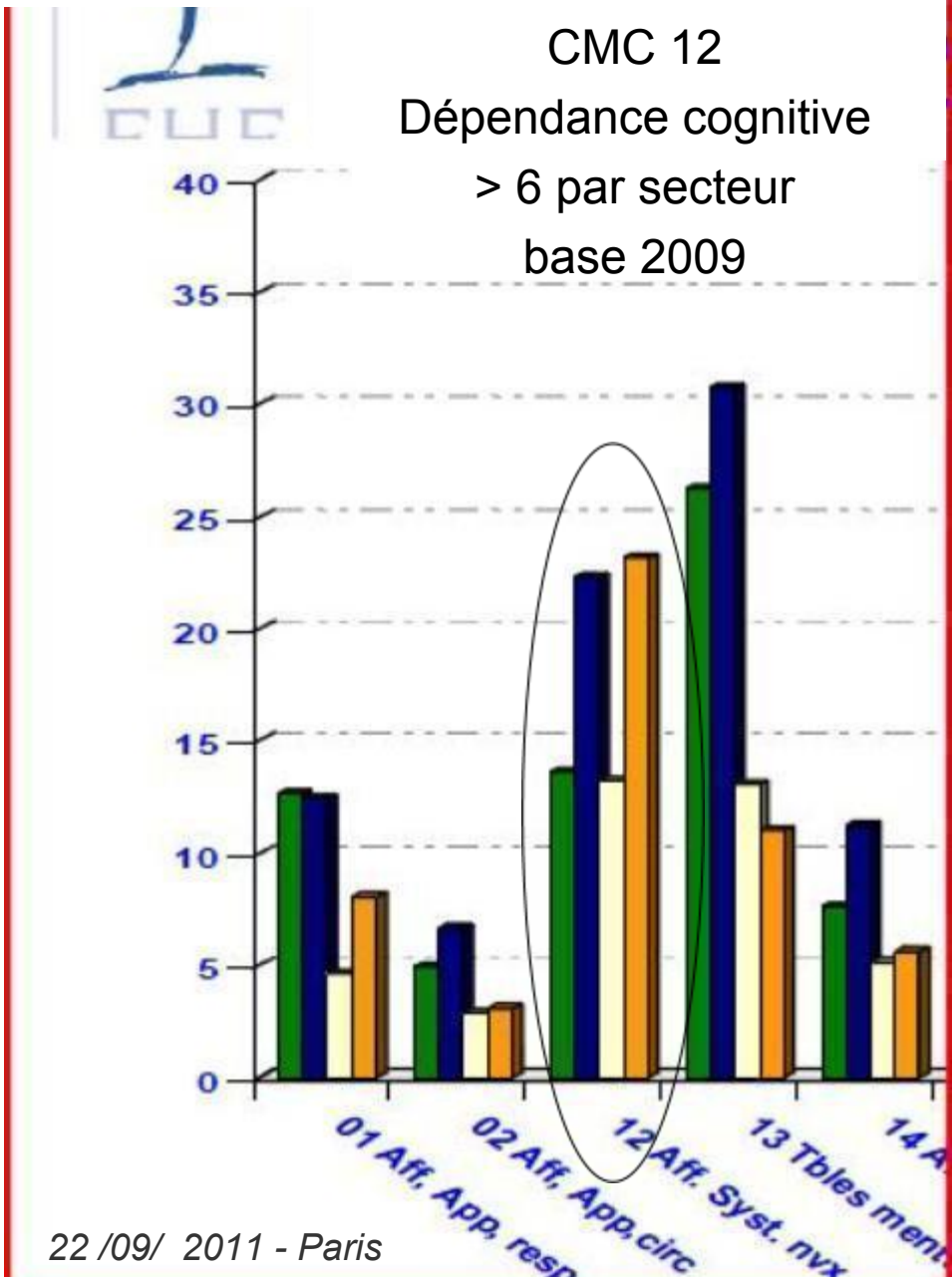
Part des différents secteurs selon l'âge
(Base Nationale 2010, n = 34 596 931 journées)



D'après F. Séguret et coll.

Rente informationnelle en SSR: affections du système nerveux





Des déterminants non captés par le PMSI SSR?

- Cour des Comptes : sur le secteur SSR et la mise en place de la T2A. Les activités de soins de suite et de réadaptation. Septembre 2012 ; 30 pages.

- **T2A et handicap social (Didier Castiel et coll.)**
  - T2A et handicap social pour interroger nos évidences
  - Handicap social et hôpitaux publics Il est temps de penser à un GHS « social-isable »

- Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique. Didier Castiel

- **Solidarités, précarité et handicap social. Sous la direction de Didier Castiel, Pierre-Henri Bréchat. préface de Didier Tabuteau**
  Couverture - Commande - Plan de l'ouvrage

- Outils de mesure de la complexité: *score Intermed, 8P screening Tool, ...*

Effets des paiements prospectifs aux USA (*Medicare*)

- Raccourcissement des séjours, meilleur gain fonctionnel mais augmentation des décès à un an

Ottenbacher, 2004

- Variabilité de l'élasticité de la demande à la qualité

Colla, Escarce, Beuwkes Buntin, Sood, 2010

- Substituabilité des orientations

U.S. Department of Health and Human Services, 2009

- Modèle en flux tirés > flux poussés

Chan, Granger, Lee, 2013

- Intégration verticale liée au *Protection and Affordable Care Act* en secteur post-aigu

Shay, Mick, 2013

Effets des paiements prospectifs par cas aux USA (*Medicare*)

1. Elasticité variable de la demande à la qualité

Carrie Hoverman Colla, José J Escarce, Melinda Beeuwkes Buntin, Neeraj Sood. Effects of Competition on the Cost and Quality of Inpatient Rehabilitation Care under Prospective Payment. Health Serv Res. 2010 December; 45(6 Pt 2): 1981–2006.

- Fractures de la hanche, augmentation des coûts et la durée du séjour, mais aussi du taux de décès ou d'institutionnalisation.
- AVC, la concurrence diminue les coûts et la durée du séjour et produit des résultats inférieurs.

2. Raccourcissement des séjour, gains fonctionnels plus rapides, mais… taux de décès supérieurs à un an!

2004 Trends in Length of Stay, Living Setting, Functional Outcome, and Mortality Following Medical Rehabilitation (en fulltext) Kenneth J. Ottenbacher, PhD, OTR; Pam M. Smith, DNS, RN; Sandra B. Illig, MS, RN; Richard T. Linn, PhD; Glenn V. Ostir, PhD; Carl V. Granger, MD JAMA. 2004;292:1687-1695.

3. Effects of Payment Changes on Trends in Access to Post-Acute Care - Abstract – Site

Melinda Beeuwkes Buntin, José J. Escarce, Carrie Hoverman, Susan M. Paddock, Mark Totten, Barbara O. WynnSupported by the Centers for Medicare and Medicaid - 2005

4. Augmentation du recours aux établissement de réadaptation (par rapport aux soins de suite)

2006 - Changes in the Use of Postacute Care during the Initial Medicare Payment Reforms Does It Matter? Wen-Chieh Lin, Robert L Kane, David R Mehr, Richard W Madsen, and Gregory F Petroski

5. Substituabilité des orientations en soins post-aigus

SUBSTITUTABILITY ACROSS INSTITUTIONAL POST-ACUTE CARE SETTINGS: 1998-2006

U.S. Department of Health and Human Services – 2009

6. AVC: l'organisation en "flux tirés" par les équipes d'aval est plus efficace qu'en "flux poussés" par l'amont

Abstract TP316: When Push Comes to Shove... Pulling is Better: Achieving Better Outcomes by Actively Seeking (Pulling) Stroke Patients for Rehabilitation

Kien Y Chan[1]; Andrew S Granger[1]; Scott Lee[2]

7. Comportements d'intégration verticale des soins post-aigus

Post-acute care and vertical integration after the Patient Protection and Affordable Care Act.

Shay PD, Mick SS. – J Healthc Manag. 2013 Jan-Feb;58(1):15-27; discussion 27-8.

Anticipation des comportements d'intégration verticale de l'industrie des soins de santé induits par le "Protection and Affordable Care Act", incluant la proposition d'adoption de paiments à l'épisode de soins et la promotion de consortiums d'acteur

Diapo non projetée

Financement en SSR et stratégies

SSR Public

- Dotation annuelle de financement (DAF)
- Intégration verticale (modèle « rattaché » au MCO) restrictions verticales (filières)
- Substituabilité des SSR
- Subventions croisées, hold-up internes (opacité comptable)
- Rente informationnelle: quel usage des enveloppes complémentaires?
- SSR système nerveux trop coûteux sous DAF fermée ➔ substitution et sous qualité (AVC, …)

SSR Privés et ESPIC

- Prix de journée en privé lucratif, DAF en ESPIC, hétérogène entre régions
- Intégration horizontale (modèle « autonome », non rattaché au MCO)
- Répartition des coûts
- Rente informationnelle: sélection des risques non captés par le PMSI aigu et SSR
- SSR système nerveux: 360,10 euros par jour en IDF, rentable si malades légers

Propositions pour la coordination des parcours de soins

- Mieux segmenter les activités SSR entre soins spécifiques et soins de transition
- Réduite la substituabilité: réformer le PMSI-SSR
- Disposer d'un **outil de recueil unique** comportant les dimensions socio-environnementales pour le secteur post-aigu hospitalier et ses alternatives
- Réduire l'opacité comptable (subventions croisées, hold-up internes), **accessibilité des données # reporting trop exclusivement *bottum-up***
- Attention aux **fusions "Titanic"**, verticales et horizontales, les évaluer!
- Segmenter les activités en **alignant** besoins de soins, efficience et compétences clés, en vue du résultat clinique pour le patient ("chaîne de satisfaction")
- Augmenter **l'élasticité de la demande à la qualité** par l'accès aux données de santé, notamment pour les usagers
- Ne pas laisser les *business models* penser à notre place
- **Sortir du "tout incitatif", miser sur la confiance, modèle *pull > push!***

Maximizing the value of post-acute care American Hospital association Nov. 2010

Les "Français du département"

Les "Français de l'Etat"

JE VEUX ACCÉDER À UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE MÉDICO-PSYCHO SOCIALE GRADUÉE ET RÉPONDANT À MES BESOINS DE PROXIMITÉ MAIS AUSSI AU RECOURS À UN PLATEAU TECHNIQUE !
VOUS LUI DONNEZ QUOI COMME TRAITEMENT ?
CHEREAU

Merci de votre attention

L’art de la médecine se perd dans l’art de subsister.

Organizational Decision Factors for Vertical integration (VI) with Post-Acute Care (PAC) Providers

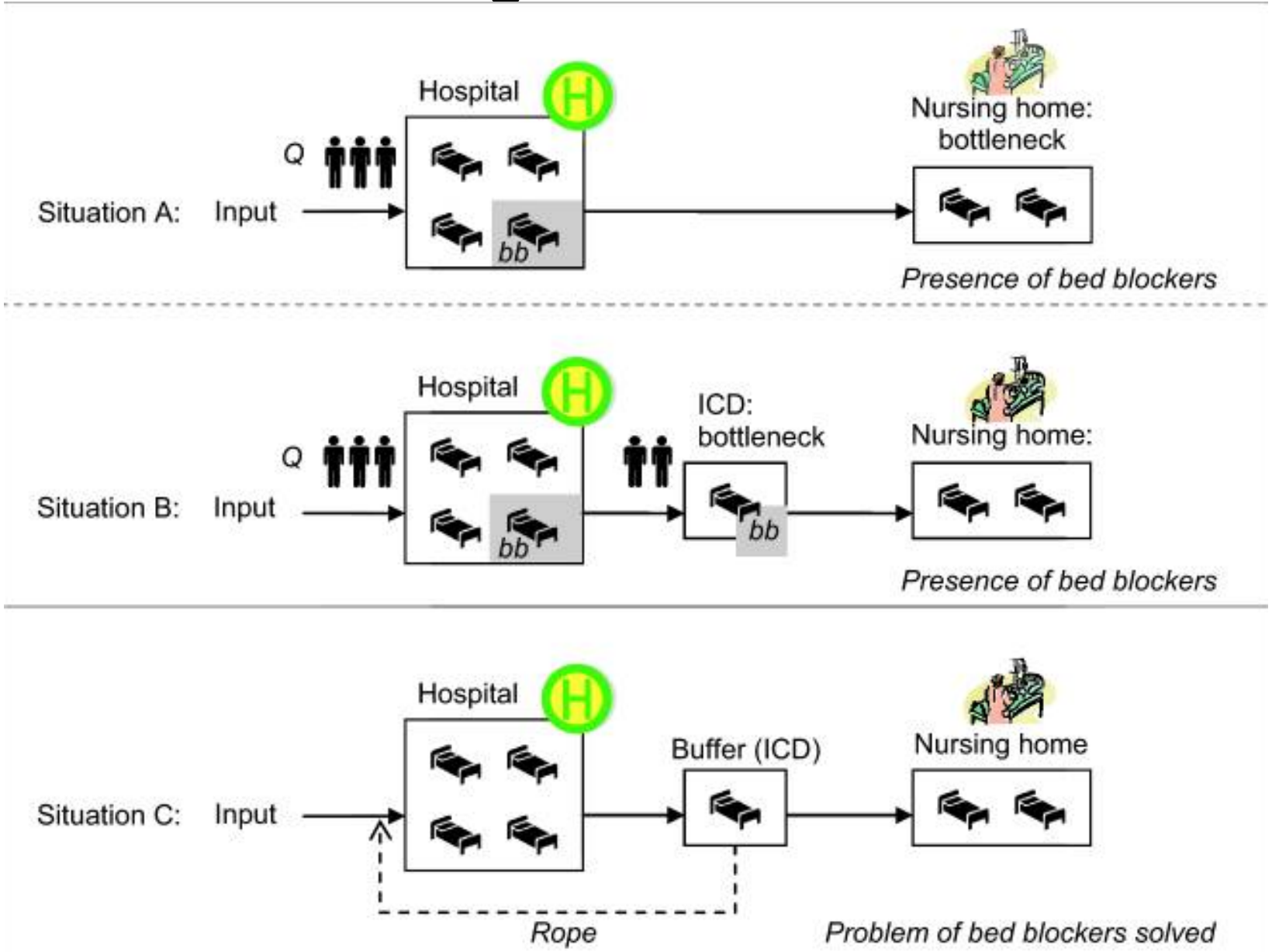
Post-acute care and vertical integration after the Patient Protection and Affordable Care Act.

Shay PD, Mick SS. - J Healthc Manag. 2013 Jan-Feb;58(1):15-27; discussion 27-8.

Anticipated Changes	Predicted Responses
Patients may prefer care from providers offering a full continuum of care	**TCE:** VI encouraged to enhance organizational service offerings **Network theory:** VI not required for embedded organizations maintaining strong relationships with PAC providers
Infrastructure (e.g.,legal, technical,financial) may be required to discourage opportunistic behavior among accountable care organization and bundled payment partners	**TCE:** VI encouraged to reduce transaction costs of monitoring and negotiations **Network theory:** VI not required for embedded organizations operating on conditions of trust with network members and resisting opportunistic behavior
Competitors may pursue new reforms as a strategic means to enhance competitiveness, legitimacy, and quality in the marketplace	**TCE:** VI encouraged to ensure competitive advantage over other market competitors **Network theory:** VI not required for embedded organizations that enjoy enhanced competitiveness, legitimacy, and quality as a result of network information sharing and joint problem solving
Acute care and PAC providers may realize. competing interests, philosophies, preferences, or treatment decisions	**TCE:** VI encouraged to align interests of PAC providers with acute care organization **Network theory:** VI not required for embedded ;organizations guided by ethical orientation toward network members rather than motivations driven by self-interest

TCE = transaction cost economics (théorie des coûts de transaction); VI = vertical integration

Buffer management et bed blockers



[Tackling the bed blocking problem at the Medical Spectrum of Twente](#) Nienke van Dijk Health Sciences, University of Twente, the Netherlands, Master Thesis, 9 August 2012