

**Un nouveau mode d'allocation des
ressources
pour les SSIAD**

**Karine Chevreul
Le 30 octobre 2009**

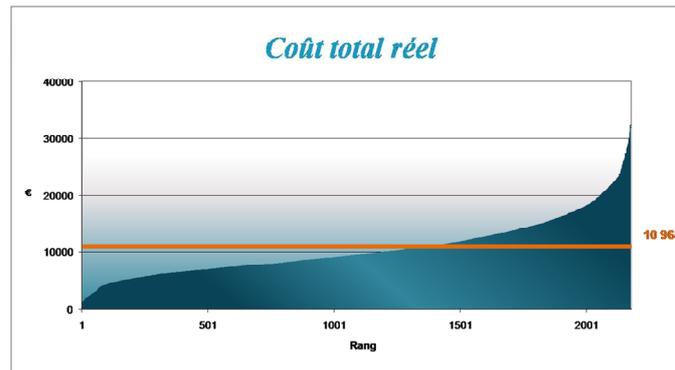
Unité de recherche clinique
en économie de la santé
d'Ile-de-France



L'étude SSIAD

Coût de la prise en charge en SSIAD et ses déterminants (2007)

- ➔ Coût total (10 525 €) = 20% structure (2 116€) + 80% terrain (8 409€)
- ➔ Confirme une **grande variation d'intensité de prise en charge** de 1 136€ à 36 659€ (de 0,1 à 3,5 fois le coût moyen)



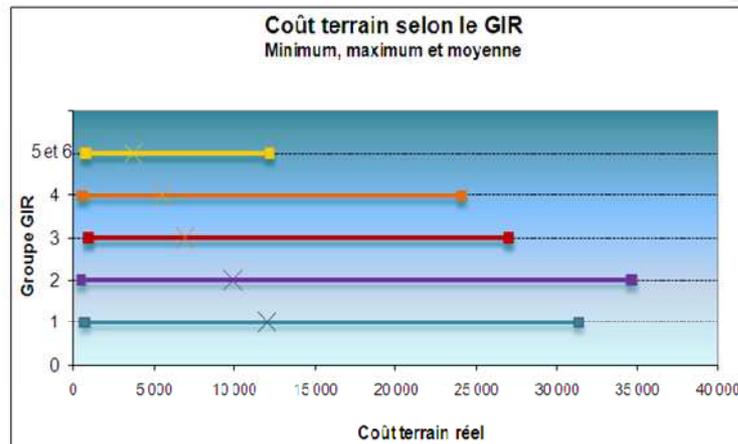
L'étude SSIAD

Coût de la prise en charge en SSIAD et ses déterminants (2007)

- ➔ Des patients dépendants (60%)
et des patients « malades » et dépendants (40%)
- ➔ Des coûts différents 6 670 € contre 11 111 €
- ➔ Les coûts varient avec
 - Le niveau de dépendance
 - Le niveau de maladie du patient
 - L'aide extérieure apportée
 - L'étendue de la zone desservie par le service
(coût de déplacement des personnels)

Coût terrain selon le GIR

➔ Le GIR ne suffit pas



Un fonctionnement déséquilibré

➔ Le coût moyen d'un patient (10 525 €) est proche de la dotation moyenne par PI (10 965 €)

➔ Cependant

- 1/3 des services est déficitaire
- 1/3 n'utilise pas l'intégralité de la dotation
 - soit parce qu'ils ont des patients légers
 - soit parce qu'ils prennent en charge moins de patients qu'attendu

➔ De plus, une sélection négative des patients avec une consommation de soins élevée est décrite

Les défauts de la tarification actuelle

Une dotation per-capita fixe ajustable mais non ajustée aux besoins

- ➔ Les indicateurs ne sont pas interprétés
- ➔ Les ressources ne sont pas attribuées en fonction des patients et de leur besoin mais en fonction des autorisations (l'argent ne « suit » pas les patients)

Les défauts de la tarification actuelle

➔ Pas de facilitation de la prise en charge des patients aux besoins les plus importants

qui nécessiteraient le plus la prise en charge coordonnée offerte par les SSIAD mais mettent l'équilibre financier des services en danger

➔ Incitation inverse : écrémage

- 7,35 % des patients ont 3 passages et moins par semaine
- 10,5% ont un coût inférieur à la moitié de la dotation moyenne
- 2,2% ont un coût inférieur au quart de la dotation moyenne

Un nouveau mode d'allocation des ressources

Les objectifs d'un nouveau mode d'allocation des ressources

- ⇒ **Allouer les ressources en fonction des besoins**
(l'argent « suit le patient »)

- ⇒ **Introduire des incitations telles que**
 - Les patients lourds soient pris en charge
 - Il n'y ait plus de compensation par des patients légers
 - Le regroupement des structures soit valorisé

- ⇒ **Être flexible et s'adapter**
 - aux nouvelles politiques en faveur des personnes âgées: développement de prestations Alzheimer
 - aux mesures à venir

- ⇒ **Rester dans les objectifs fixés dans l'ONDAM**

Le modèle retenu

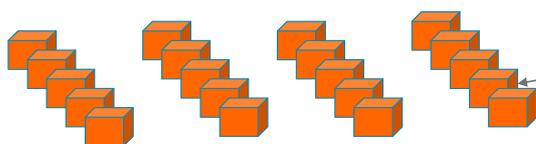
Un modèle mixte per-capita : un score par patient

- ⇒ Un **financement fixe pour les coûts de structure** modulé en fonction de la taille des services (le score structure)
- ⇒ Un **financement variable par patient** adapté à ses besoins (le score terrain)

Modèle mixte per-capita

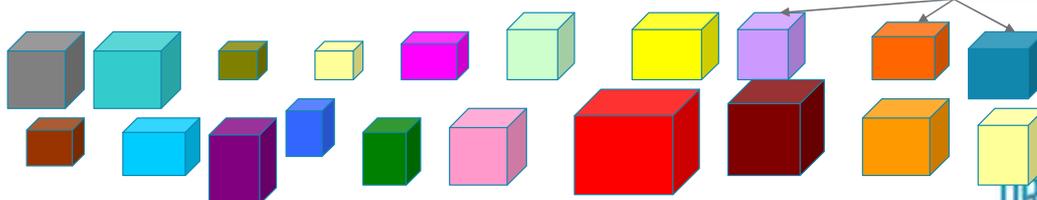
Illustration pour un service de 20 patients

- ⇒ 20 x le score structure par patient



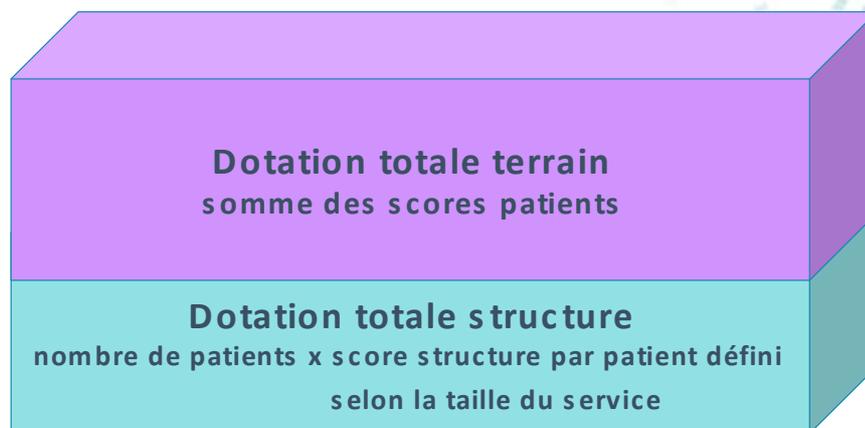
Un seul par service
varie selon la taille
des services

- ⇒ La somme des scores terrain de chacun des 20 patients



Varie selon les
besoins du patient

Une dotation mixte



Le score terrain par patient

Calculé en fonction des :

⇒ **Caractéristiques du patient**

- Son niveau de dépendance
- Son niveau de « maladie »
- Bénéfice d'aides extérieures au service

⇒ **Caractéristiques du service**

- Étendue de la zone de couverture
- Niveau d'urbanisation

Les caractéristiques retenues

⇒ Modélisation à partir des résultats de l'étude SSIAD

⇒ Critères de sélection

- Pouvoir de prédiction
- Objectivité
- Reproductibilité
- Fiabilité du recueil

Les caractéristiques du niveau de dépendance et du niveau de maladie (1)

		Variation (%)	Individu-type Score : 100
Caractéristiques du bénéficiaire			
Groupe GIR	GIR 1	A	GIR 4
	GIR 2	B	
	GIR 3	C	
	GIR 5	D	
	GIR 6	E	
Déficiences	Incontinence urinaire	F	Non
	Incontinence fécale	G	Non
	Déficience des membres supérieurs	H	Non
Aides techniques	Lit médicalisé	I	Non
	Soulève malade	J	Non
	Fauteuil roulant	K	Non

Les caractéristiques du niveau de dépendance et du niveau de maladie (2)

		Variation (%)	Individu-type Score : 100
Caractéristiques du bénéficiaire			
Soins délivrés par des soignants	Nutrition entérale	L	Non
	Kinésithérapie	M	Non
Provenance du bénéficiaire	HAD	N	Domicile
	SSR	O	
	MCO	P	
	USLD ou EHPAD	Q	
Soins Infirmiers	Passage d'au moins une infirmière au chevet du bénéficiaire	R	Non
Soins dispensés par le SSIAD	Accompagnement de fin de vie	S	Non

Les caractéristiques du niveau de l'aide reçue

		Variation (%)	Individu-type Score : 100
Caractéristiques du bénéficiaire			
Aidant principal	Un service	T	aidant de la précédente ou de la même génération
	Personne de la génération suivante	U	
	Autre	V	
Caractéristiques du SSIAD			
Zone d'intervention	Zone urbaine	W	Zone mixte ou rurale

Le calcul des scores

→ Individu type 100 points

→ Le modèle est multiplicatif

un individu en GIR 2 $100 \times (1 + B \times 10^{-2})$

+ nécessitant des soins infirmiers $100 \times (1 + B \times 10^{-2}) \times (1 + R \times 10^{-2})$

+ un lit médicalisé $100 \times (1 + B \times 10^{-2}) \times (1 + R \times 10^{-2}) \times (1 + I \times 10^{-2}) =$ par exemple 204,4 points

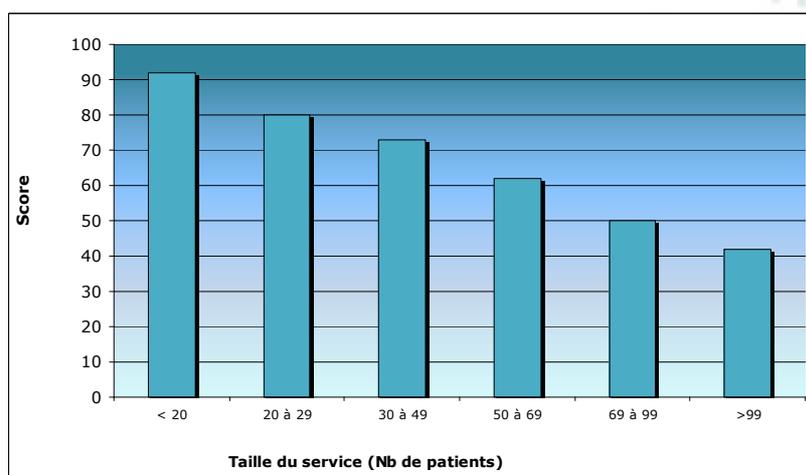
Nombre de points du patient semblable à l'individu type sauf qu'il est GIR 2, à besoin de soins infirmiers et d'un lit médicalisé.

→ Un coefficient pour adaptation à la zone de couverture

$$\text{coeff}_{\text{km}} = 0,8312 + 567 \times 10^{-7} \times \text{Etendue de la Zone de Couverture}$$

Le score structure

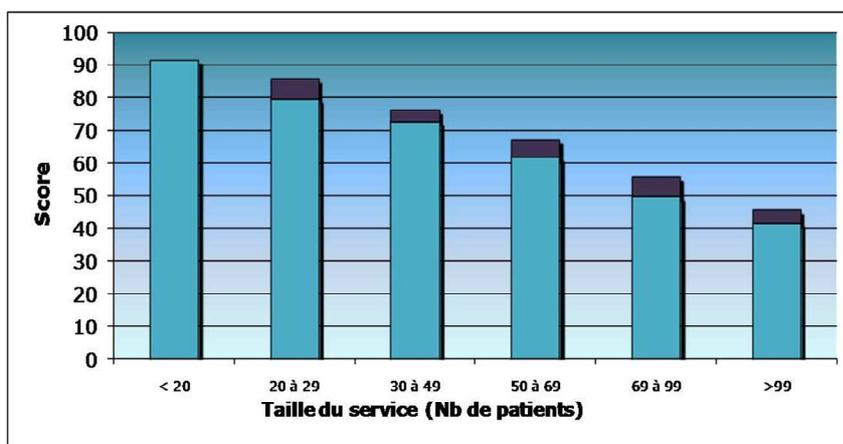
→ Décroît avec le nombre de patients pris en charge



Incitation, adaptation, avantage des scores

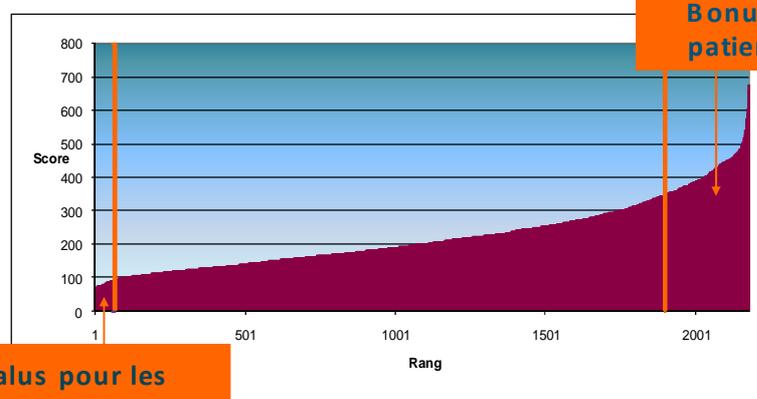
Incitation au regroupement

- ⇒ Décroissance moins importante du score structure selon le nombre de patients



Incitations en faveur des patients lourds

- ➔ Bonus pour les patients dont le score est supérieur à 350
- ➔ Malus pour les patients dont le score est inférieur à 90



84,6% de la population entre 90 et 350

Adaptation

- ➔ Au plan Alzheimer
 - score additionnel pour la prise en charge de ces patients
- ➔ À d'autres mesures nouvelles
 - prestations : scores additionnels
 - incitations : malus ou bonus
- ➔ Convergence du financement pour les places handicap
 - score structure similaire
 - dans un premier temps, un score terrain fixe à adapter aux besoins dès que les données seront disponibles

Avantage des scores

Équité de financement

- ➔ Chacun reçoit selon l'importance de sa charge de travail
- ➔ Séquence
 - Détermination annuelle de l'enveloppe budgétaire SSIAD
 - Division par la somme nationale des scores SSIAD
 - La valeur du point
 - Calcul pour chaque service du montant de sa dotation

Mise en œuvre

Mise en œuvre

⇒ Système d'information

- Simple : Intègre les informations nécessaires
- Support simple, utilisation de l'interface Internet

⇒ Temporalité

Réévaluation des scores tous les 2 à 3 ans pour commencer

⇒ Application progressive sur 3 ans

20% du financement la première année, 40% la suivante

Ce qu'il reste à définir en concertation

- ➔ Nombre de modalités des scores bonus et malus
- ➔ Intégration de la variable « diabète »
- ➔ Modalités et temporalité de recueil: 2 ou 3 ans

Ce qu'il reste à faire : travail technique

- ➔ Calcul des coefficients
- ➔ Calcul des incitations
- ➔ Score additionnel pour la prise en charge Alzheimer
- ➔ Production d'un programme de calcul des scores
- ➔ Cahier des charges du système d'information et modalités de fonctionnement