Situation des établissements SMR : quels impacts des réformes du financement ?

Point de vue d'un DIM et médecin clinicien de SMR

Jean-Pascal Devailly
Groupe Hospitalier Paris Est-Val de Marne
14, rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice
jpdevailly@gmail.com

1

Les attentes spécifiques d'un DIM clinicien?

- **Favoriser le dialogue de gestion :**
  - Cliniciens, DIM, facturation, contrôle de gestion, finances
- **Diagnostic territorial :**
  - Quelles autorisations? Place de l'HDJ? Alternatives dans l'établissement (équipes mobiles, HAD-R, etc.)?
- **Développer le lien entre codage et organisation des soins par les programmes de soins : concilier qualité, pertinence et efficience**
- **Valoriser les interventions à hauteur des différentes composantes de la qualité (soins curatifs, réadaptation, perte d'autonomie stabilisée)**
- **Simplifier au maximum le codage pour les unités fonctionnelles**
- **Eviter les comportements opportunistes liés à la tarification (modèles économiques à faible valeur ajoutée en qualité des soins)**
- **Décrire les incohérences entre offre de soins et modes de financement**

2

2

Rapport d'étonnement du clinicien devenant DIM

- **Poids des problèmes d'intégration des flux : admissions, DPI, PMSI…**
- **Chaque direction suit souvent sa propre logique notamment en termes d'information, de préférences logicielles et de requêtes**
- **Dans les services et pôles : difficulté de rapprocher médecins, paramédicaux et autres codeurs (thésaurus et programmes de soins). Rôle des cadres +++ : binôme médecin / cadre**
- **Place variable de la centralisation et de la décentralisation du codage**
- **Difficultés à concevoir des requêtes en lien avec le CDG et les cliniciens**
- **Place variable du DIM dans l'établissement : information médicale hors PMSI, ACE, conférences de pôle, projets stratégiques**
- **Relations complexes avec le commissaire aux comptes**
- **Participation variable à la conception des projets : ex. HDJ SMR ou HDJ MCO**

3

3

Le virage ambulatoire entre nécessité et incantation

- Réduction massive du capacitaire qui touche les SMR depuis 2015
- Développement modéré de l'HTP
- Incitations financières modérées en SMR
- Tentation de l'HDJ de MCO : incitations antagonistes de la qualité des soins
- Des alternatives diverses mais parfois illusoires et souvent « moins disantes » en termes de qualité faute d'outils d'évaluation
- Financements en cours de révolution
- Essor de l'e-Santé et de la télé-réadaptation

4

4

Capacitaire en hospitalisation conventionnelle et HTP entre 2003 et 2023

2003
468 418 lits

Secteur	Lits	Places HTP
MCO	236 407	17964
SSR	92432	5017
SLD	79989	
Psychiatrie	59590	26382

2023
369 423 lits

	Lits	Places HTP
MCO	187534	38668
SMR	101341	19214
SLD	29219	
Psychiatrie	51329	30232

En 2023 les lits de SMR représentent 27,5% des lits hospitaliers français

Augmentation du nombre de lits en SSR à 105 873, puis baisse depuis 2015

Entre 2003 et 2023 : suppression de presque 100 000 lits d'hospitalisation à temps complet (passage de 468 418 lits à 369 423 - données de la DREES)

5

5

Une révolution conceptuelle : instruction SMR du 28/09/2022

Une convergence internationale progressive

Stratégies de santé de l'OMS	Nomenclature internationale des catégories fonctionnelles de soins OCDE-ICHA 2000"	Nouvelles missions des SMR 2022
Promotion de la santé	-	-
Prévention	Prévention HC.6	Mission de « prévention »
Soins curatifs	Soins curatifs HC.1	Mission de « soins médicaux curatifs » (diagnostic et traitement des maladies)
Réadaptation	Réadaptation HC.2	Mission de « réadaptation » Mise en cohérence avec le périmètre du CSARR
Soutien social Soins palliatifs	Soins de longue durée HC.3 (perte d'autonomie stabilisée)	Mission de « soins de transition » Mission de soins et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie
-	-	« Coordination »

Perspectives ouvertes :

- Application des missions à l'ensemble de l'offre de soins
- Réforme de la comptabilité analytique hospitalière fondée sur l'aigu : Sections d'analyse médico-techniques transversales → sections d'analyse clinique de réadaptation
- Différencier les types de réadaptation (place du collectif, du corps à corps et de l'e-santé)
- Sortir du dogme de la tarification unique pour toutes les autorisations
- Réforme du PMSI et des nomenclatures?

6

6

Nomenclature des catégories fonctionnelles de soins : système des comptes de la santé (OCDE 2000)

HC.1 Services de soins curatifs

HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier HC.1.2 Soins curatifs en hospitalisation de jour

HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires

HC.1.3.1 Services médicaux et diagnostiques courants (soins primaires)

HC.1.3.2 Soins dentaires ambulatoires HC.1.3.3 Autres soins de santé spécialisés HC.1.3.9 Autres soins curatifs ambulatoires HC.1.4 Services de soins curatifs à domicile

HC.2 Services de réadaptation

HC.2.1 Réadaptation en milieu hospitalier

HC.2.2 Réadaptation en hospitalisation de jour

HC.2.3 Réadaptation en mode ambulatoire

HC.2.4 Services de soins curatifs à domicile

HC.3 Services de soins de longue durée

HC.3.1 Soins de longue durée en milieu hospitalier

HC.3.2 Soins de longue durée en hospitalisation de jour

HC.3.3 Soins de longue durée à domicile

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2000/05/a-system-of-health-accounts_g1g9c417/9789264173894-en.pdf

HC.4 Services auxiliaires

HC.4.1 Laboratoires d'analyses médicales HC.4.2 Imagerie diagnostique

HC.4.3 Transports sanitaires et secours d'urgence

HC.4.9 Autres services auxiliaires

HC.5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires

HC.5.1 Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables

HC.5.1.1 Médicaments délivrés sur ordonnance

HC.5.1.2 Médicaments en vente libre

HC.5.2 Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables

HC.5.2.1 Lunetterie et autres produits d'optique

HC.5.2.2 Appareils orthopédiques et autres prothèses

HC.5.2.3 Appareils auditifs

HC.5.2.4 Appareil médico-techniques HC.5.2.9 Autres biens médicaux durables

HC.6 Services de prévention et de santé publique

HC.6.1 Santé maternelle et infantile : services de planning familial et de consultations

HC.6.2 Services de médecine scolaire

HC.6.3 Prévention des maladies transmissibles

HC.6.4 Prévention des maladies non transmissibles

HC.6.5 Médecine du travail

7

7

L'offre de soins : l'intégration verticale des SMR

- 1970 : une logique de gestion industrielle, les moyens séjours pensés comme aval dans **l'intégration verticale** des filières
- 1980 : la **réduction massive du capacitaire**
- 1991 : les SSR, les moyens séjours toujours non spécifiés : hétérogénéité majeure 27,5 % des lits hospitaliers à ce jour
- 2008 : **dédifférenciation des missions** (suppression de la réadaptation) et re-différenciation selon les catégories de l'aigu
- Confusion triple : secteur post-aigu, phase subaiguë et missions de réadaptation
- 2012 : rapport de la Cour des comptes : non spécification des SMR et impossibilité d'un paiement par cas traité au séjour
- 2022 : **instruction définissant les missions des SMR**

8

8

Un financement incompatible avec la conception de l'offre

- **1997 : Comptabilité analytique hospitalière (CAH)** fondée sur les catégories cliniques de l'aigu : la réadaptation n'est pas une activité clinique principale
- 1998 : PMSI-SSR implémenté d'abord en secteur public
- Recherche initiale d'un **paiement à la journée, pondéré par l'activité**
- 2008 : dogme d'un modèle de **paiement unique pour toutes les activités**
- Refus du GMD de réadaptation cardiaque **30/10/2009** (jugé non conforme)
- 2013 : **Groupes médico-économiques** pour une classification tarifaire par cas, au séjour
- Un **système uniforme de données** et un **modèle unique de tarification,** imposé par les politiques publiques
- **V2022 : prise en compte de la réadaptation (GR)**
- **Refonte du PMSI** dont refonte du CSARR en **CSAR**

Incompatibilité entre une offre qui a dédifférencié les fonctions des SSR en 2008 et une tarification qui suppose d'analyser les composantes fonctionnelles des programmes de soins

9

Activité en SMR 2019 par secteur

Statistiques sur tous les regroupements médico-économiques 2019 - ScanSanté Interrogé le 19/04/2025

2019	Total	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Nombre d'établissements	1 626	691	419	516
Nombre de Jours	**37 316 235**	**13 693 589**	**9 141 165**	**14 481 481**
Nombre de RHA	7 488 610	2 703 387	1 932 459	2 852 764
Age Moyen	67,56	72,62	59,12	68,5
Pourcentage de plus de 80 ans	35,49	47,24	23,67	32,37
Score Moyen de Dépendance Physique et Relationelle	12,09	13,27	11,75	11,2
Nb actes individuels dédiés	**52 892 008**	**17 780 267**	**14 082 164**	**21 029 577**
Nb actes individuels non dédiés	**7 890 508**	**1 118 857**	**2 572 926**	**4 198 725**
Nb moyen patients par actes individuels non dédiés	5,15	4,75	5,1	5,28
Nb actes collectifs	**10 823 207**	**2 291 817**	**3 203 103**	**5 328 287**
Nb moyen patients par actes collectifs	8,58	7,54	8,33	9,17
Nb actes individuels «sans précision»	778 813	439 440	138 838	200 535
Délai Post-Opératoire Moyen (en jours)	61,74	58,93	63,68	62,1

En SMR polyvalent, gériatrique, cardio-vasculaire, conduites addictives, oncologie et onco-hématologie il n'est pas obligatoire de proposer des séquences individuelles

10

Activité en SMR 2024 par secteur

Statistiques sur tous les regroupements médico-économiques 2024 - ScanSanté Interrogé le 19/04/2025

2024	Total	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Nombre d'établissements	1 583	661	404	518
Nombre de Jours	**36 008 534**	**12 248 806**	**8 692 440**	**15 067 288**
Nombre de RHA	7 525 223	2 472 735	1 875 846	3 176 642
Age Moyen	67,34	71,78	59,64	68,42
Pourcentage de plus de 80 ans	31,81	42,62	21,81	29,29
Score Moyen de Dépendance Physique et Relationelle	11,66	12,8	11,45	10,88
Nb actes individuels dédiés	**54 344 108**	**17 309 595**	**14 096 632**	**22 937 881**
Nb actes individuels non dédiés	**9 221 596**	**1 041 298**	**2 484 753**	**5 695 545**
Nb moyen patients par actes individuels non dédiés	4,83	4,66	4,81	4,87
Nb actes collectifs	**12 662 791**	**2 141 451**	**3 312 137**	**7 209 203**
Nb moyen patients par actes collectifs	7,26	6,35	7,11	7,6
Nb actes individuels «sans précision»	571 525	340 230	101 782	129 513
Délai Post-Opératoire Moyen (en jours)	78,73	62,09	122,79	64,45

En SMR polyvalent, gériatrique, cardio-vasculaire, conduites addictives, oncologie et onco-hématologie il n'est pas obligatoire de proposer des séquences individuelles

11

Activité en SMR 2024 par catégorie d'établissement et type d'hospitalisation

	2024 HC				2024 HTP			
	Total	Public	PNL	PL	Total	Public	PNL	PL
Nombre d'établissements	1 501	654	377	470	910	274	250	386
Nombre de Jours	**30 121 039**	**11 090 080**	**7 040 881**	**11 990 077**	**5 887 495**	**1 158 726**	**1 651 559**	**3 077 210**
Nombre de RHA	5 106 691	1 893 653	1 202 161	2 010 877	2 418 532	579 082	673 685	1 165 765
Age Moyen	72,35	75,96	65,9	72,8	56,76	58,12	48,46	60,88
Pourcentage de plus de 80 ans	41,19	51,07	29,99	38,59	11,99	14,98	7,22	13,25
Score Moyen de Dépendance Physique et Relationelle	13,29	14,1	12,96	12,73	8,2	8,56	8,77	7,69
Nb actes individuels dédiés	**41 624 580**	**14 545 254**	**10 227 123**	**16 852 203**	**12 719 528**	**2 764 341**	**3 869 509**	**6 085 678**
Nb actes individuels non dédiés	**5 554 586**	**589 552**	**1 513 561**	**3 451 473**	**3 667 010**	**451 746**	**971 192**	**2 244 072**
Nb moyen patients par actes individuels non dédiés	4,64	4,43	4,8	4,61	5,11	4,96	4,82	5,26
Nb actes collectifs	**6 436 543**	**1 024 936**	**1 961 312**	**3 450 295**	**6 226 248**	**1 116 515**	**1 350 825**	**3 758 908**
Nb moyen patients par actes collectifs	7,67	6,77	7,76	7,89	6,83	5,97	6,16	7,33
Nb actes individuels «sans précision»	469 143	288 036	70 931	110 176	102 382	52 194	30 851	19 337
Délai Post-Opératoire Moyen (en jours)	51,97	53,86	55,86	49,02	177,16	126,82	396,21	107,71

Le financement à l'activité du secteur privé à but lucratif a soutenu, avant la réforme du financement, la dynamique de ce secteur en HC et en HTP

12

Le DIM au cœur du dialogue de gestion

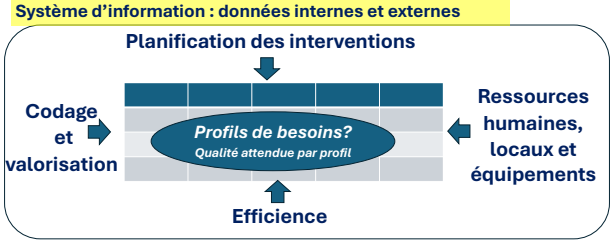
- Stratégie des autorisations : **l'attrait de l'expertise** pour la survie économique
- Le **développement de l'HDJ** polyvalente ou spécialisée, l'attrait du MCO
- **Dans ou hors les murs : faire ou faire faire?**
- Une typologie d'établissements face aux enjeux?
  - Gros établissements développant l'expertise**, MCO + SMR**
  - Gros ou moyens établissements **mono SMR**
  - Petits établissements financés principalement à l'activité
- Sortir des clivages idéologiques et de la confusion entre réadaptation et SMR, liés à la situation historique des établissements

13

13

Du codage à la décision

Système d'information : données internes et externes



La performance passe par la conception des programmes de soins

14

Les cliniciens et le CSARR

1. Un outil **trop complexe et exubérant** dans le nombre d'intervenants et les actes créés pour une tarification à la journée pondérée par l'activité
   - un **moindre mal voulu pour compenser un PMSI fondé sur les diagnostics et la dépendance mais** appliqué de façon uniforme à tous les SSR /SMR
   - les temps par métier auraient pu suffire, avec temps minimaux de réadaptation contrôlés pour quelques métiers, (ex. règle des 3 heures aux USA pour la réadaptation)
2. **Freine toute modification du PMSI** notamment le statut fonctionnel
3. **L'étrange système des pondérations** : incitations à la déviance
   a) Prend des moyennes pour des normes quelle que soit l'autorisation
   b) Déconnecté des unités d'œuvre
   c) Impact délétère sur la construction des modèles d'activité
   d) Surpondération des actes collectifs inadaptée à de nombreuses activités
4. Nécessité de **garder au CSAR, une amélioration radicale, sa puissance dans la nouvelle tarification !**
5. **Mais impossibilité d'une utilisation uniforme quelle que soit l'autorisation** (types de professionnels et place du collectif)

15

15

La tentation des SMR polyvalents?

- Le décret implantation de janvier 2022 **favorise l'extension de l'HTP** mais **sans critères d'orientation mesurables.**
- Les **conditions de fonctionnement sont peu exigeantes** : sous pression budgétaire forte, la variable d'ajustement est la qualité, surtout par le biais des effectifs. Les acteurs poussent à une souplesse maximale : pas de ratios, éventail de professionnels codeurs très large, réduction du rapport interventions individuelles / collectives, pas de mesure du temps de thérapie réalisée. Le « collectif » ainsi financièrement débridé par les pondérations permet de répondre aisément aux temps exigibles dans l'instruction SMR du 28/09/2022.
- **La classification tarifaire ne reflète pas les coûts** : pondérations des actes, multiplicité des codeurs de réadaptation, suppression de la distinction acte dédié / non dédié et actes collectifs.
- **Selon les types d'activité** : soins de prévention, bien-être, ETP et réadaptation psychosociale nécessitent moins de soins individuels et moins de compétences spécialisées, favorisant le risque d'extension déraisonnable du collectif et de la téléréadaptation en SMR (e-HDJ?).
- **Les tarifs ne sont guère incitatifs pour les HDJ spécialisés**, surtout si les soins individuels sont prédominants, les temps de réadaptation élevés et les professionnels plus spécialisés. En polyvalent : incitation aux soins « *low cost* »? Tentation de modèles économiques rentables à court terme.

16

16

Une incitation à multiplier les actes collectifs et non dédiés?

	Intervenant	Actes	Pondération	Temps intervenant
Actes collectifs	Intervenant 1 ex : kinésithérapeute	Acte collectif 1	50	
		Acte collectif 2	60	
			Total : 110 pour chaque patient	Total : 30
	Intervenant 2 ex : ergothérapeute	Acte collectif 3	50	
		Acte collectif 4	60	
		Acte collectif 5	60	
		Acte collectif 6	60	
			Total : 230 pour chaque patient	Total : 45
Acte individuel dédié ou non (obligatoire ou non selon les autorisations)	**Intervenant**	**Actes individuels**	**Pondérations**	**Temps intervenant**
	Kiné ou EAPA	Thérapie ou évaluation	30	60
Pondérations et respect de la réglementation	Total général par venue		340 il faut dépasser 120 à 150 en moyenne par semaine en HDJ	135 minutes (> 2 heures de soins)

17

Une incitation à multiplier les actes collectifs et non dédiés?

	Lundi	Mercredi		Vendredi		
Actes collectifs		Acte collectif 1	50			
		Acte collectif 2	60			
			Total : 110			
		Acte collectif 3	60			
		Acte collectif 4	60			
		Acte collectif 5	50			
		Acte collectif 6	60			
			Total : 230			
Acte individuel dédié ou non (obligatoire ou non selon les autorisations)	Lundi	Mercredi		Vendredi		
		Acte individuel	30			
Pondération moyenne pour le RHS	Total par jour	Total par jour : 370		Total par jour		
					Moyenne par jour	Il faut dépasser 120 à 150

18

Extrait de quelques actes collectifs fortement pondérés mais quelles seront les pondérations dans le nouveau CSAR?

code	liblong	pond
ALT+044	Entretien psychologique collectif	120
ALT+085	Séance collective d'entretien psychologique à visée thérapeutique	120
ZGT+295	Entretien collectif de relation d'aide dans le domaine social	110
ZZR+293	Séance collective d'éducation, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	90
ZZR+238	Séance d'éducation thérapeutique en atelier collectif	90
SGT+145	Assistance éducative collective	85
PCR+272	Séance collective de réentrainement à l'effort avec matériel de sport	75
ZFR+073	Séance collective de réadaptation physique et psychosociale par des activités physiques de pleine nature et/ou en environnement diversifié	70
ZZR+026	Séance collective d'information du patient et/ou de son entourage, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	70
PER+233	Séance d'apprentissage collectif de l'optimisation énergétique des gestes quotidiens	70
DKR+291	Séance collective de réentrainement à l'effort aérobie avec plusieurs ergomètres [Circuit training aérobie collectif]	70
PER+118	Séance collective de gymnastique aquatique [aquagym]	70
AKR+074	Séance collective de rééducation des troubles du raisonnement logique et mathématique	70
ALT+151	Séance collective d'entretien psychologique à visée de réadaptation cognitive avec mise en situation	70
ALR+146	Séance collective de réadaptation et/ou conservation des fonctions psychosociales par les activités physiques et/ou sportives	60
ZFR+175	Séance collective de réadaptation physique et psychosociale par des activités physiques d'expression corporelle, artistique et/ou esthétique	60
QAR+018	Séance d'apprentissage collectif du maquillage et/ou de la coiffure en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	60
PCM+253	Séance collective de renforcement musculaire contre résistance avec matériel [Circuit training musculaire collectif]	60
PER+285	Séance collective de gymnastique	60
ZZR+287	Information et initiation collective préalable à l'apprentissage d'un autosoin, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	55
PER+154	Séance collective de prévention des chutes	55
ZZR+028	Séance collective de relaxation	55
GKR+213	Séance collective de rééducation du langage oral	55
PER+056	Séance collective de réadaptation à la natation	50
NKR+088	Séance collective de rééducation et/ou de réadaptation à la marche	50
NKR+278	Séance collective de réadaptation à la marche sur parcours aménagé avec obstacles	50
HSR+122	Séance collective de rééducation d'un trouble des fonctions de la sphère buccale et péribuccale	50
GLR+236	Séance collective de réadaptation respiratoire par entrainement des membres supérieurs	50
ANR+153	Séance collective de réadaptation et/ou conservation de la proprioception par les activités physiques et/ou sportives	50
PCR+125	Séance de rééducation musculaire collective pour utilisation de fauteuil roulant manuel	30
NKR+260	Séance collective de réadaptation à la course	30

19

Les 34 métiers intervenants codeurs du PMSI SMR – Liste modifiée 2025

10 MEDECIN	64 ANIMATEUR
21 INFIRMIER	65 MONITEUR D'ATELIER
22 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE	66 MONITEUR EDUCATEUR
23 PEDICURE-PODOLOGUE	67 ENSEIGNANT GENERAL
24 ORTHOPHONISTE	68 INSTITUTEUR SPECIALISE
25 ORTHOPTISTE	69 ÉDUCATEUR SPORTIF
26 DIETETICIEN	70 ENSEIGNANT EN ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE
27 ERGOTHERAPEUTE	71 ERGONOME
28 PSYCHOMOTRICIEN	72 PSYCHOTECHNICIEN
30 PSYCHOLOGUE	73 CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE
31 ORTHOPROTHESISTE	74 DOCUMENTALISTE
32 PODO-ORTHESISTE	75 MONITEUR D'AUTOECOLE
33 NEUROPSYCHOLOGUE	76 CHIROPRACTEUR OSTEOPATHE
41 MANIPULATEUR EN ELECTRORADIOLOGIE	77 SOCIO-ESTHETICIEN
61 ÉDUCATEUR SPECIALISE	80 AUTRE PROFESSIONNEL INTERVENANT EN EDUCATION THERAPEUTIQUE ET PREVENTION
62 ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL	
63 ÉDUCATEUR DE JEUNES ENFANTS	81 AUTRE PROFESSIONNEL FORME A DES PRISES EN CHARGE PARTICULIERES
	88 AUTRE INTERVENANT

Les codes 80 et 81 permettent de distinguer 2 types de professionnels si cela est souhaité dans l'établissement, sinon seul le code 88 suffit. De ce fait, l'utilisation des codes 80 et 81 est facultative.
Le type intervenant 80 est attendu pour les actes d'éducation thérapeutique et de prévention.
Le type intervenant 81 est attendu pour les actes suivants :

- Séance de thérapie psychocorporelle
- Séance de prise en charge non médicamenteuse de la douleur
- Séance de thérapie familiale

20

20

Réadaptation individuelle / collective et durée par autorisation

Autorisation	Nombre de séquences par jour ouvré	Durée
Polyvalent	1 séquence individuelle ou collective	Aucune indication de durée
Gériatrique	2 séquences individuelle ou collective	2 heures / jour
Cardio vasculaire		3 heures / jour
Conduites addictives		3 heures / jour
Oncologie / Onco-hématologie		Aucune indication de durée
Locomoteur	2 séquences dont 1 individuelle	2 heures / jour
Système nerveux		2 heures / jour
Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition		3 heures / jour
Pédiatrie. Mention « enfants et adolescents »		Aucune indication de durée
Pédiatrie. Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »		
Pneumologie	2 séquences dont 1 de kinésithérapie	2 heures / jour
Brûlés	Aucune indication	2 heures / jour

21

21

Activités à forte proportion d'interventions individuelles versus activités à forte proportion d'interventions sans contact physique

	GN 0147 2024 Accident vasculaire cérébral avec hémiplégie	GN 0841 2024 Arthrose du genou avec implant articulaire	GN 1006 2024 Obésité	GN 1903 Toxicomanie avec dépendance	GN 0406 2024 IRC et BPCO	GN 0509 2024 Coronaropathies (sans pontage)
Nb établissements	1122	1140	523	593	1125	972
Nb Journées HC et HTP	1 691 660	1 933 204	879 064	1022799	779 730	754 947
Score moyen dépendance	14,20	9,41	7,91	8,39	9,37	7,03
Actes individuels dédiés (AID)	4 213 876	3 699 338	1 079 308	758 916	922 814	583 443
Actes individuels non dédiés	401 323 (9,5 % AID)	776 111 (20 %)	576 209 (53%)	323 340 (42%)	223 109 (24%)	403 478 (69%)
Actes collectifs	226 133 (5 % AID)	467 676 (12 %)	1 103 833 (102%)	1 013 430 (133 %)	868 005 (94%)	1 245 197 (213 %)
Nb moyen de patients par acte collectif	5,05	6,05	8,70	9,76	7,53	8,57

Différencier la classification selon les activités autorisées!

22

22

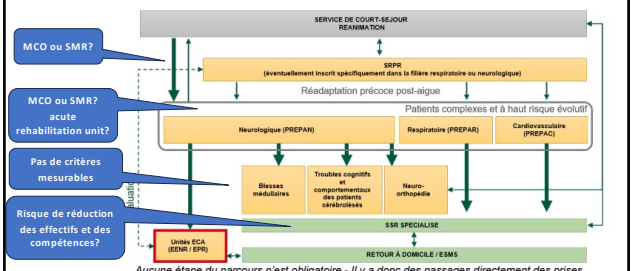
L'attrait de l'expertise

- Financement des PTS : pertinence? Niveaux de preuves?
- Financement des activités d'expertises : critères? Impact sur les conditions de fonctionnement et les coûts?
- Faiblesse du compartiment à l'activité pour repérer les activités à forte densité de réadaptation
- Confusion entre gradation par profils de patients et coûts homogènes d'une part, expertises courtes de type MCO d'autre part (ex: troubles cognitifs des cérébrolésés…)
- **Risque de dégradation des SMR spécialisés non experts,** financés essentiellement à l'activité
- Discussion de placer les expertises courtes en MCO mais inégalités entre établissements mono SMR et mixtes MCO-SMR

23

23

Activités d'expertise : les expertises courtes type MCO ont été privilégiées au détriment d'une logique de besoins spécifiques de profils de patients admis en SMR



Aucune étape du parcours n'est obligatoire - Il y a donc des passages directement des prises en charge amont vers toutes les prises en charge aval - La « remontée » dans le parcours doit se faire systématiquement par le court séjour.

24

L'attrait du MCO pour les HDJ de bilans et de traitement

	Libellé	DP	DR	DAS	Taux plein 2024	Equivalent SMR*
01M32Z	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	Z098	G800		929,16€	290 € maxi AVC: 282 € maxi
01K04J	Injection toxine botulique en ambulatoire (usage hospitalier)	R252		G811 I694	440,89€	153 à 240 € + MO
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances Spravato (usage hospitalier)	Z512	F322		410,94€	NA
01M08T	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans, TCD	G20 G30			720,71€	309 € maxi
19M07T	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans, TCD	F067 R410			773,69€	309 € maxi AVC: 282 € maxi
01M09T	Affections et lésions du rachis et de la moelle, très courte durée	G821 G802			640€	
01M34T	Anomalies démarche neurologique TCD	R268		G800 G811/I69	777,16€	309 € maxi AVC: 282 € maxi

https://www.atih.sante.fr/arretes-prestations-et-tarifaires-mco-had-2025
https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3385/annexes_arrete_tarifaire_smr_2025.xlsx

*Ne représente qu'une fraction du financement

25

25

Quelques tarifs en HDJ de SMR avec codage CSARR optimisé

GME HDJ SMR	Libellé	Tarif HDJ SMR public
0148IA0	Autre AVC **réadaptation très intensive** (somme des pondérations moyenne par semaine >150	231,06 €
0147IA0	AVC avec hémiplégie **réadaptation très intensive** (somme des pondérations moyenne par semaine >150	240,32 €
0106LA0	Tumeur maligne du SN (le score CSARR ne compte pas)	218,53 €
0109	Lésion cérébrale traumatique **réadaptation très intensive**	269 €
0118LA0	Paralysie cérébrale adulte (le score CSARR ne compte pas)	244,61 €
0118HA0	Paralysie cérébrale enfant (le score CSARR ne compte pas)	242 €

26

26

Dans ou hors les murs : faire ou faire faire?

La réadaptation ne se limite pas au secteur hospitalier des SMR, mais les établissements SMR constituent un pôle d'expertises territoriales

- Développer les activités d'expertise aux confins de l'aigu l'HDJ de MCO, PREPAN, PREPAER, PREPAC
- HAD-R
- Equipes mobiles
- Equipes pluriprofessionnelles de soins à domicile : quelle complémentarité avec structures de soins de ville?
- Télé-réadaptation
- Pré-réadaptation
- RAC / RAAC

27

27

Pour conclure …

1. Résister à la tentation de **multiplier les actes collectifs très rémunérateurs** du fait du système de pondérations du CSARR depuis la mise en place de la part des recettes à l'activité en 2023.
2. **Sortir de l'impasse médico-économique d'une telle pondération déconnectée de l'unité d'œuvre** - temps d'intervention des professionnels, en lien direct avec les coûts et la qualité des soins.
3. **Préciser le périmètre des actes adapté aux différentes formes de réadaptation (système nerveux, locomotrice, cardiaque, respiratoire, addictions, obésité, etc.)** avec notamment pour les interventions tournées vers la santé mentale, une prise en compte différente de la réadaptation psychosociale selon les autorisations.
4. **Différencier la classification tarifaire en fonction des autorisations** qui exigent plus d'interventions collectives par rapport à d'autres qui demandent plus d'actes individuels, afin que la recherche des modèles économiques les plus profitables ne conduise pas à un nivellement des effectifs dans les établissements où la réadaptation intensive et complexe repose majoritairement sur des interventions individuelles.
5. **Différencier la classification tarifaire en fonction de niveaux de soins en tenant compte des conditions de fonctionnement relatives aux activités**
6. **Identifier les composantes de soins avec PMSI, CAH et ENC**
7. **Mettre en place un financement par cas à la séquence (fraction du séjour) pour identifier des procédures semblables à coûts similaires (principe fondateur d'un paiement par cas traité)**

28

28

« Tous les systèmes sont justes dans ce qu'ils décrivent et faux dans ce qu'ils ignorent. » Leibnitz

Merci pour votre attention

29

29