

# Prise en charge hospitalière des soins palliatifs en Région Centre en MCO, SSR et HAD - PMSI 2009-2011

E. LAURENT, S. BARON, A.I. LECUYER, C. GABORIT, L. GODILLON, E. RUSCH  
Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière (UREH) - CHRU de Tours

## Contexte

En appui au programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012, des éléments tarifaires deviennent nécessaires pour décider du maintien ou de l'ouverture d'équipements hospitaliers dédiés aux soins palliatifs (Unité de Soins Palliatifs - USP, Lits Identifiés de Soins Palliatifs - LISP).

Cette étude repose sur les données issues du Réseau de Soins Palliatifs de la Région Centre et des bases régionales 2009-2011 du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) en :  
- Médecine-Chirurgie-Obstétrique - MCO,  
- Soins de Suite et de Réadaptation - SSR,  
- Hospitalisation A Domicile - HAD.

**Objectif :** décrire les séjours de soins palliatifs (SP) hospitaliers et leur tarification chez l'adulte en Région Centre, sur la période 2009-2011

## Méthodes

Extraction de la base régionale PMSI des séjours avec un codage spécifique de SP, entrant dans une **définition de cas** :

- établie d'après la littérature (Valdelièvre et al, congrès ADEL-F-EMOIS, 2012) ;
- précédée d'une étude du codage des SP en Région Centre.

### Définition de cas de SP

- MCO** : séjours : Diagnostic Principal (DP) + Diagnostic Associé Significatif (DAS) en Z515 «Soins Palliatifs»
- SSR** : semaines : Finalité Principale de Prise en charge en Z515 + DAS en Z515 si décès
- HAD** : séquences de soins :
  - Mode de prise en charge Principal (MP) ou Associé n°4 «Soins Palliatifs» ;
  - DP/DAS en Z515 si décès et MP en O1 «Assistance respiratoire», O7 «Prise en charge de la douleur», 14 «Soins de nursing lourd».

### Tarification des séjours SP

- MCO** : Tarif séjour « réel » = tarif du Groupe Homogène de Séjour (GHS) + borne haute - borne basse + suppléments
  - SSR** : Tarif jour « réel » (2011) & « IVA » (Indice de Valorisation de l'Activité)
- |                         | Public            | Privé |
|-------------------------|-------------------|-------|
| Dotations établissement | 365 x 0,9         |       |
| Nb lits                 | 365 x 0,9         |       |
| Connu (données ARS)     | nb IVA x 0,1374 € |       |
| «réel»                  | nb IVA x 0,0949 € |       |
| «IVA»                   |                   |       |
- HAD** : Tarif séjour « réel » = somme [tarif des Groupes Homogènes de Tarifs GHT x nombre de jours]

### Analyses

- Trois axes :**
- Consommation** : séjours de patients domiciliés en Région Centre, quel que soit le lieu de prise en charge.
  - Production** : séjours réalisés en Région Centre, quel que soit le lieu de domicile du patient.
  - Tarification** (en production).

## Résultats

### Consommation

**Tableau 1** Données patients adultes hospitalisés avec SP et domiciliés en Région Centre, PMSI MCO-SSR-HAD 2011

	MCO	SSR	HAD
Patients distincts (n)	5 756	1 123	1 112
Sex-ratio H/F	1,27	0,84	1,19
Age moyen (min-max)	72,5 [18-107]	78,2 [32-105]	72,4 [21-102]
18-39 ans (%)	1,6	0,4	2,1
40-74 ans (%)	47,4	29,3	46,6
≥75 ans (%)	51,0	70,3	51,3
AVQ* moyen (score/24) ± s.e.t.	18,2 ± 5,3	17,4 ± 4,7	
Décès (%)	68,9	71,7	50,8
SP avec cancer (%)	75,9	65,9	72,6
Age moyen du décès si cancer (min-max)	69,8 [18-100]	76,3 [33-98]	72,0 [24-98]

- >2/3 des patients pris en charge en MCO
- Stable sauf HAD (7)
- Sex-ratio H/F >1, sauf en SSR, en lien avec un âge moyen plus élevé
- 1<sup>ère</sup> pathologie en SP = Cancer : >70%, sauf en SSR
- Dépendance (score AVQ) plus élevée en SSR qu'en HAD
- Fréquence de décès = 70%, moindre en HAD (50%)

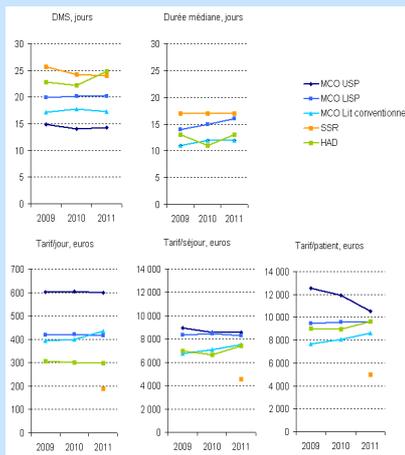
### Production

**Tableau 2** Production de SP, PMSI MCO-SSR-HAD - Région Centre 2009-2011

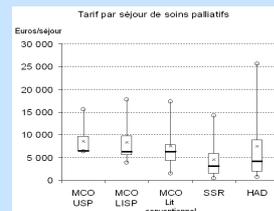
	Nombre de séjours			DMS (médiane) 2011 (jours)	Décès 2011 (% séjours)
	2009	2010	2011		
MCO	6 703	6 509	6 676	16,5 (14)	55,5%
USP	190	197	197	14,3 (12)	54,3%
LISP	2 827	3 022	3 129	20,1 (16)	64,0%
Autre	3 686	3 290	3 350	17,3 (12)	47,6%
SSR	1 188	1 105	1 126	24,0 (17)	66,2%
HAD	978	1 295	1 440	24,8 (13)	38,3%

- Production et consommation très proches : attractivité (3%) et fuite (8%) presque équilibrées.
- Durée de séjour : distribution non gaussienne (figure 3) du fait de séjours très longs (>300 jours) : DMS > médiane.
- Pourcentages élevés de décès non associés à des durées médianes de séjour basses (MCO LISP).

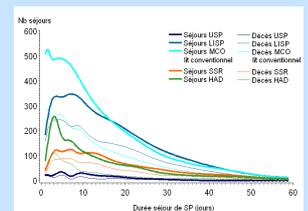
### Tarification



**Figure 1** Durées de séjour et tarifs moyens des SP - PMSI MCO-SSR-HAD - 2009-2011 - Région Centre



**Figure 2** Tarifs en euros par séjour de soins palliatifs : médiane, moyenne (x), 5ème, 25ème, 75ème et 95ème percentiles - PMSI MCO-SSR-HAD - 2011 - Région Centre



**Figure 3** Nombre de séjours et de décès en fonction de la durée du séjour de SP - 3 champs PMSI - Région Centre 2009-2011 (séjours < 60 jours, soit 95% des séjours)

- Tarif « réel » MOYEN PAR JOUR stable : 600 € en USP > 400 € en MCO LISP et lit conventionnel > 300 € en HAD > 200 € en SSR.
- Tarif « réel » MOYEN PAR SÉJOUR en 2011 :
  - proche de 8 000 € en MCO et HAD, 4 000 € en SSR.
  - Le tarif « IVA » moyen est supérieur de 22% au tarif « réel » moyen en SSR.
- Tarif « réel » MOYEN PAR PATIENT :
  - proche 10 500 € en USP, 9 600 € en MCO LISP, 8 600 € en lit conventionnel de MCO, 9 600 € en HAD. Très inférieur en SSR, proche de 5 000 €.
  - En 2011 en MCO, le gradient de tarification décroissant selon le type de lit MCO (USP/LISP/lit conventionnel) a tendance à se réduire.

- Les tarifs MÉDIANS sont importants à considérer, l'importante dispersion des tarifs est liée à la distribution des durées de séjour. Ceci est particulièrement vrai pour l'HAD, avec un tarif médian (4 000 €) très inférieur au tarif moyen (7 400 €) (figure 2).
- Tarif MÉDIAN PAR SÉJOUR proche de 6 400 € en USP, 6 200 € en MCO LISP et lit conventionnel. Il est très inférieur en SSR (3 000 €) et HAD (4 000 €).

## Discussion

### Analyses PMSI dépendantes de la qualité du codage

- MCO** : le code Z515 semble bien adopté et lié aux moyens mis en œuvre (multidisciplinarité / soins de support) du fait des contrôles de l'assurance-maladie. La description est plus robuste en considérant les diagnostics de SP quelle que soit leur position. La tarification à l'activité (T2A) a induit des modifications de la position du code Z515.
- SSR** : l'absence de T2A et la lourdeur du codage à la semaine fragilisent la qualité du codage. D'autre part, le codage Z515, bien ancré dans la pathologie cancéreuse, est plus difficile à utiliser pour les patients très âgés (en SSR).
- HAD** : malgré un recueil récent, la production augmente fortement, ce qui semble indiquer une bonne appropriation du codage des SP.

- Profils de patients peu différents entre les trois systèmes, sauf en SSR : patients plus âgés (donc plus de décès), lourds (dépendance physique), et moins souvent atteints de cancer.
- Production stable en MCO, en légère diminution en SSR.
- Fort augmentation de la consommation/production en HAD, en cohérence avec les objectifs du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012.
- Durée médiane de séjour plus pertinente que la DMS, du fait de séjours très longs (>300 jours) influant sur la DMS.
- En termes de tarification :
  - sous-dotation du SSR par rapport aux deux autres champs PMSI.
  - Tendance au nivellement des tarifs entre les différentes prises en charge en MCO du fait du passage, en 2011, du code Z515 en DAS pour une meilleure valorisation est antagoniste avec le codage en LISP qui présuppose le codage des SP en DP.
  - Fort dispersion des tarifs, particulièrement pour l'HAD.
  - Etude à mettre en parallèle avec les dépenses de soins au cours de la dernière année de vie : 22 000 € en 2008, dont 12 500 € pour l'hôpital public. 28% des remboursements ont lieu au cours du dernier mois de vie. On note une importante variabilité des tarifs selon la pathologie (Ricci et al, RESP 2013).
- Les résultats de cette étude très quantitative mériteraient d'être complétés par des données qualitatives (qualité des soins) et par des études de coûts : la survalorisation en LISP est à mettre en regard des moyens humains et techniques spécifiques réellement mis en œuvre pour la prise en charge complexe de ces patients lourds.

### Bibliographie

- Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012
- Ricci P., Mezzaroba M., Bliotière P.O., Polton D. - Les dépenses de soins remboursées durant la dernière année de vie, en 2008 - RESP:2013;61(1):29-36.
- Valdelièvre H., Coquelet F., Evain F., Mouquet M.C., Oberlin P., Vuagnat A. - Prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs dans les établissements de santé. - Congrès ADEL-F-EMOIS, 2012.