



Compte rendu de la réunion technique ENCc HAD 10 janvier 2011

Présents fédérations : François Berard (FNEHAD), Yannick Garcia (FNEHAD), Olivier Paul (FNEHAD), Eric Noël (FHP), Richard Ouin (FHP), Eric Dubost (FEHAP), Gaëlle Le Bayon (FHF), Sandrine Boucher (FNCLCC), Carmen Fuertes (DGOS)

Présents ATIH : Housseyni Holla, Juliette Berthe, Aline Cusson, Manuela Oliveira, Nelly Boulet.

Excusés : Laetitia Ducoudré (FEHAP)

En pièce jointe le diaporama présenté par l'ATIH ainsi que le document adressé par la FNEHAD à l'ATIH et repris par la FNEHAD lors de la réunion.

Introduction de Mr Holla

A la demande de la DGOS, l'ATIH souhaite restructurer les comités techniques relatifs à l'ENCc. L'objet de cette réunion est donc de proposer la nouvelle organisation de ces réunions.

Il existera deux comités par champ : un comité relatif à l'activité qui traitera notamment les éléments relatifs au PMSI et à la classification et un comité technique ENC, nécessitant la présence d'experts techniques identifiés spécifiquement pour l'ENC. Afin d'établir la liste de ces experts, chacune des fédérations a été sollicitée par courrier pour désigner au maximum 2 experts. La désignation de ces experts par les fédérations est indispensable

C'est dans le cadre de ces comités techniques que seront traités les sujets **techniques** et méthodologiques, les autres aspects devant être débattus en comité de pilotage.

La périodicité de ces comités techniques ENC MCO dépendra des sujets à évoquer et ne devront pas excéder 4 réunions annuelles. Les travaux techniques conduits dans ces comités techniques alimenteront ensuite les réunions en comités de pilotage dont la fréquence pourrait être moins importante.

Présentation ATIH

Point sur l'échantillon pour ENC HAD 2009, 2010 et 2011.

Premier retour sur la campagne de l'ENC HAD données 2009

Proposition d'évolution des recueils 2010 et 2011

Composition de l'échantillon Encc HAD

Si le nombre de participants apparaît comme faible, il représente néanmoins 8,5 % du nombre total d'établissements au national et 27 % du total national des journées d'hospitalisation. Ce dernier poids est évidemment porté par la présence dans l'échantillon actuel de Santé Service qui représente à lui seul 13 % du national. Cependant le poids de l'échantillon sans Santé Service est de 14 % ce qui est resté important (comparé aux encc des autres champs d'activité par exemple).

Mr Holla souligne le recul du nombre de participants. L'ATIH précise surtout qu'aujourd'hui, les abandons ne sont pas compensés par l'entrée dans l'échantillon de nouveaux établissements puisque qu'il y a peu de nouveaux candidats.

La FNEHAD souligne que la lourdeur et les exigences du recueil (suivi des intervenants et spécialités pharmaceutiques, ...) nécessitent le déploiement de moyens techniques et/ou humains considérables, ce qui ne pousse pas les établissements à candidater.

Compte tenu de l'évolution de l'échantillon, la FNEHAD propose la revalorisation de la MIG ENCC part fixe/variable.

L'ATIH précise qu'il est difficile de modifier la part fixe (commune à tous les champs) et que l'augmentation de la part variable n'aurait d'impact réel que sur les grosses structures. Ce point pourrait être abordé en comité de pilotage.

(Une discussion est également en cours sur la part fixe à accorder aux établissements se présentant à l'Encc avec plus d'une structure).

LA FHP évoque également le retard de paiement des MIG Encc (signature de l'avenant fin : décembre au titre de l'Encc 2009, part fixe), ce qui ne contribue pas à promouvoir la participation à l'ENCC. Mr Holla précise que cela varie selon les ARS et demande donc à la DGOS de faire un bilan sur la campagne 2009.

L'ATIH indique qu'en 2011, un établissement participera à la campagne à titre de test, c'est-à-dire qu'il sera accompagné et bénéficiera du soutien d'un superviseur en 2012 pour la transmission de ces données 2011, mais ne recevra aucun financement sachant que ses données ne seront pas utilisées dans la base de coûts nationale. L'objectif de cette démarche est de préparer l'établissement à une participation efficiente en 2012. Cette démarche est proposée uniquement aux établissements volontaires qui appartiennent à l'échantillon raisonné et qui sont en mesure de recueillir et fournir les données indispensables à l'Enc.

Mr Holla souligne en effet qu'il est préférable de privilégier l'accompagnement des établissements plutôt que de tenter de pousser les établissements qui ne sont pas prêts à participer à l'étude de coût dont la mise en œuvre est difficile.

LA FNEHAD évoque la possibilité de mettre en place un système de « parrainage/tutorat » afin de faciliter la mise en place du recueil pour les nouveaux entrants, partage des informations, etc. Il précise également qu'une rencontre avec l'ensemble des établissements aura lieu le 24 juin à Nancy (journée FNEHAD) et propose une plage d'intervention à l'ATIH pour promouvoir l'ENCC et les avantages que les établissements participant peuvent en retirer.

Enfin, l'ATIH souligne l'impact du départ annoncé de Santé Service de l'échantillon en 2012 sachant que l'établissement représente à lui seul pratiquement 50% des journées d'hospitalisation de l'échantillon. Le travail de statistique sera donc particulièrement important, pour être illustratif à la fois des coûts de Santé Service, mais aussi de ceux des plus petites structures qui assurent la couverture des soins sur l'ensemble du territoire.

Retour sur la Campagne de donnée 2009 :

* **Scenario**: Près de 60% des établissements ont appliqué le scénario 2 (cible) en 2009, mais ce sont essentiellement les grosses structures qui suivent le scénario 1. Ce dernier avait été toléré par défaut pour la 1^{ère} année, voire la 2^e année de l'Enc, mais l'ATIH souhaite que les établissements évoluent rapidement vers le scénario 2 et que les fédérations sensibilisent les établissements sur ce point.

Il a été décidé de questionner les établissements en scénario 1 pour faire un état des lieux avec eux et les accompagner vers un scénario 2.

***Restitution des résultats** : La base de coût individuelle est prévue pour la fin du 1^{er} trimestre 2011.

La communication des résultats est attendue entre juillet et octobre 2011.

Concernant la restitution des données, un groupe de travail sera mis en place à partir du prochain comité technique pour définir les attentes des fédérations en termes de restitution.

Propositions d'évolutions des recueils :

L'ensemble des propositions a été validé par l'ensemble des personnes présentes, à savoir :

Sur la campagne 2010 :

- Affectation Préparation, manutention et livraison des spécialités pharmaceutiques, consommables et matériels médicaux au domicile du patient en **LDP, que celle-ci soit réalisée par un salarié et/ou sous-traitée, avec suivi au séjour du nombre de passages dans les deux cas.**

Sur la campagne 2011 :

- **Suivi des charges relatives au médecin référent**
Pour les établissements ex-DG, où les charges du médecin référent sont incluses dans le tarif, ces charges sont en comptabilité d'exploitation. Par contre pour les établissements ex-OQN, le plus souvent ces charges sont hors comptabilité d'exploitation. Dans ce cas, la consigne actuelle en 2009 et 2010, qui est de créer la SA médecin référent à vide, ne s'appliquera plus en 2011. Aussi les montants tracés au séjour et à la date des médecins référents seront à renseigner dans un nouveau fichier spécifique relatif à cette dépense hors comptabilité d'exploitation

En effet, l'ATIH rappelle que quelque soit le mode de facturation des médecins référents, le suivi de ces charges au séjour et à la date est indispensable. L'ATIH

rajoute également que réglementairement les établissements ex-OQN d'HAD doivent joindre les honoraires du médecin référent au bordereau S3404 lors de la facturation à la caisse, ce qui implique un suivi des ces honoraires. Cependant, comme le confirme la FNEHAD, certaines dispositions ont été prises entre les CPAM et les établissements pour que les médecins référents facturent directement à l'Assurance Maladie sans transiter par l'établissement et dans ce cas ce suivi pose des difficultés.

L'ATIH propose donc de faire un état des lieux dans l'échantillon des établissements ex-OQN, sur les pratiques actuelles concernant cette facturation et sur la possibilité des établissements à recueillir cette charge au séjour et à la date. D'autre part, l'ATIH étudiera la possibilité de récupérer cette information directement via les RSFA.

En parallèle il est demandé à la DGOS des instructions concernant cette facturation et son caractère réglementaire.

- Possibilité de distinguer les **charges des plateaux et consultations externes par champ d'activité** (simplification pour les établissements participant aux autres Encc)

Réflexion sur les évolutions méthodologiques :

L'objet de cette réflexion n'est pas de remettre en cause la méthodologie ENCC qui a déjà été longuement évoquée en 2008, mais de proposer quelques aménagements si cela s'avère nécessaire.

FHP

La FHP évoque la problématique des charges non incorporables (Rémunération du capital, impôt sur le bénéfice, participation des salariés). L'ATIH est consciente de cette problématique et précise que la réflexion à mener sur ce thème concerne tous les champs (MCO, SSR, HAD). Dans ce cadre un comité technique inter-champs va être constitué.

Mr Ouin s'interroge sur le rôle des superviseurs (Rôle de vérification plus que d'accompagnement) et la disparité du temps accordé par chacun d'entre eux (questions la veille pour le lendemain)

Mr Holla propose donc de mettre en place des fiches qualité à remplir au fil de l'eau par tous les établissements pour juger de la supervision, et précise que tout problème avec un superviseur donné doit être remonté à l'ATIH afin que des mesures puissent être prises.

FNEHAD

La FNEHAD présente les points méthodologiques qu'elle a identifiés suite au retour des établissements ayant participé à l'Encc 2009.

1/ Diversité des UO :

L'ATIH précise qu'en HAD, le nombre d'UO est limité (nombre de passages, admissions, journées, minutes passées au domicile du patient)

2/ Lourdeur du suivi des produits à tracer :

Cependant comme le souligne Mr Dubost, ce suivi est nécessaire car toutes les molécules correspondent à un mode de prise en charge spécifique.

3/ Affectation des charges indirectes pour les établissements rattachés :

Même si aucune charge ne concerne l'HAD pour les sections blanchisserie/restauration, etc. il n'est pas possible de supprimer ces sections si ces charges sont présentes dans les comptes de l'établissement (contrôle de base de la balance) et cela n'implique pas de charges de travail supplémentaire : il suffit d'indiquer 0 dans la rubrique concernée.

Concernant le transport motorisé des patients, la consigne a évolué sur 2009 afin de prendre en compte le cas des établissements rattachés utilisant leur propre flotte pour le transport de patient de leur service d'HAD.

4/ Exploitation des résultats par les établissements :

La FNEHAD demande un benchmarking afin que les établissements puissent se comparer entre eux. Il faut cependant prendre en compte la composition de l'échantillon dans la restitution des résultats (retrouver la spécificité de chaque établissement pour effectuer des comparaisons pertinentes).

La FNEHAD préconise également un temps de réflexion et de concertation sur les coûts avec l'ensemble des fédérations avant de remanier la base tarifaire. L'ATIH propose que le groupe de restitution constitué en avril 2011 avec la présence des établissements participe à cette réflexion commune.

Le prochain comité de technique aura lieu le **4 avril 2011 de 10h à 12h30**.