

Comité Technique ENC Interchamps

14 mars 2016

Ordre du jour

- Interchamps : bilan des campagnes ENC sanitaires 2014
- MCO : choix des variables de calage par GHM
- Point sur les groupes de travail :
 - GT Construction d'une méthodologie d'évaluation des coûts des services d'urgence et de soins critiques
 - GT Mesure de la charge en soins
 - GT ENC

Bilan des campagnes ENC 2014

=> Pour information du CT

Bilan de la campagne MCO 2014 et perspectives

Résultats de la campagne ENC MCO 2014

Campagne ENC MCO 2014	Total	Ex-DG	Ex-OQN
Echantillon validé en COPIL	98	63	35
Non participants	9	5	4
Abandons	13	9	4
Participants hors abandons	76	49	27
Intégrés	74	48	26

=> 2 établissements n'ont pas été intégrés.

Echantillon ENC MCO 2014

Non participants & abandons ex-DGF

FINESS	Raison Sociale	Statut	situation dans la campagne
060785011	Centre Hospitalier Universitaire de Nice	ex-DGF	abandon
130041916	CHI AIX pertuis	ex-DGF	abandon
290020700	Centre Hospitalier intercommunal de Cornouaille	ex-DGF	non participant
430000018	Centre Hospitalier Emile Roux	ex-DGF	abandon
450000088	CHR d'Orléans	ex-DGF	non participant
540002078	Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	ex-DGF	abandon
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient	ex-DGF	abandon
560005746	CH Bretagne sud Lorient	ex-DGF	non participant
670780055	Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg	ex-DGF	abandon
750150104	Institut Mutualiste Montsouris	ex-DGF	abandon
750160012	Ensemble Hospitalier de l'Institut Curie (Hôpital René Huguenin - Institut Curie)	ex-DGF	non participant
760780023	Centre Hospitalier de Dieppe	ex-DGF	non participant
770170017	CH Lagny Marne la Vallée	ex-DGF	abandon
780000436	Centre Hospitalier des Courses	ex-DGF	abandon

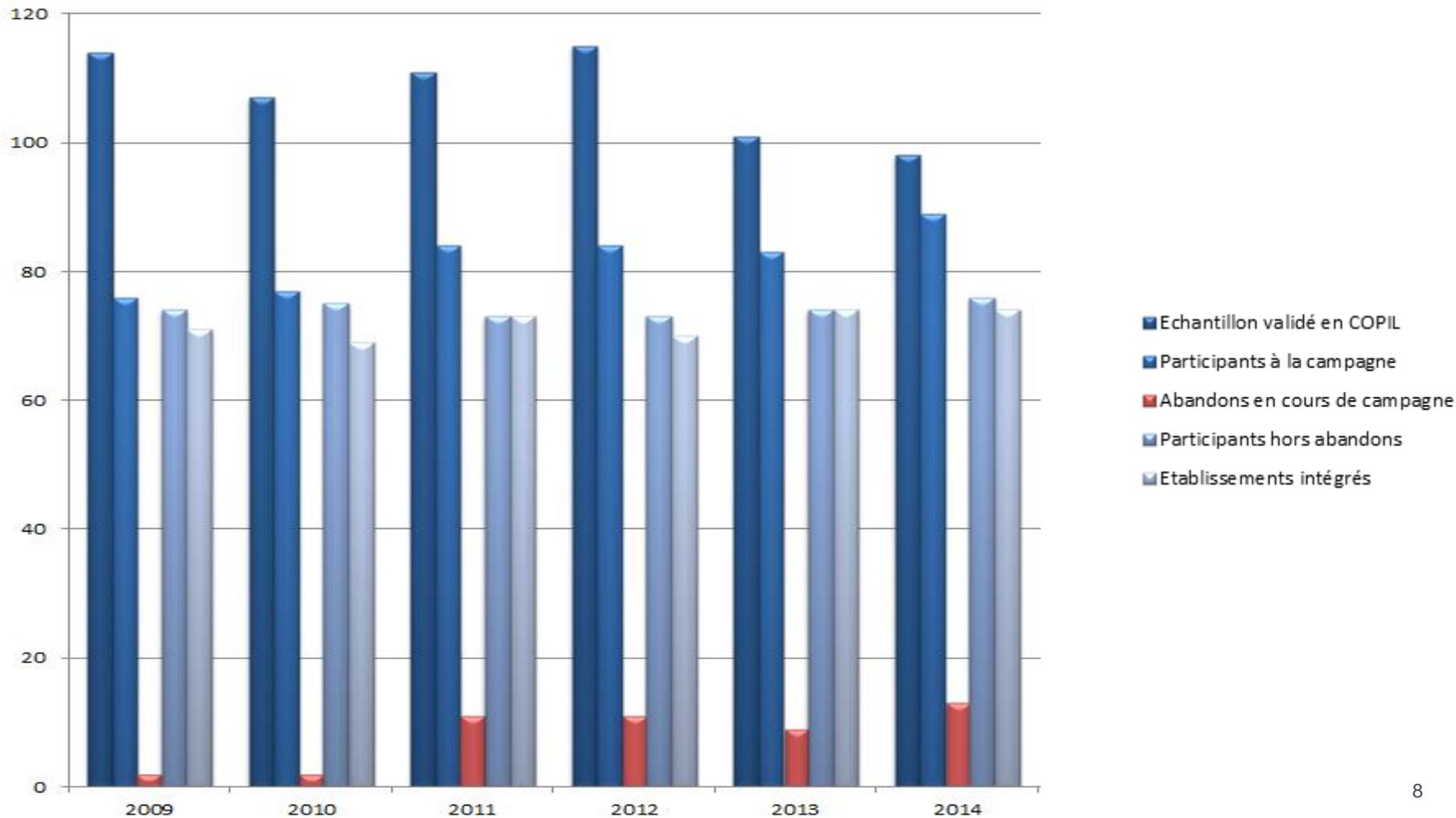
Echantillon ENC MCO 2014

Non participants & abandons ex-OQN

FINESS	Raison Sociale	Statut	situation dans la campagne
310781000	Clinique des Cèdres	ex-OQN	non participant
540013224	Polyclinique Majorelle	ex-OQN	abandon
590816310	Clinique Saint Ame	ex-OQN	non participant
600100754	Polyclinique Saint Come	ex-OQN	abandon
680000320	Clinique du Diaconat-Fonderie	ex-OQN	abandon
690807367	Polyclinique Beaujolais	Ex-OQN	non participant
780300125	Polyclinique Mantaise	ex-OQN	abandon
920300043	Hôpital Privé d'Anthony	ex-OQN	non participant

Campagnes ENC MCO

Evolution 2009-2014



Bilan sur la nouveauté 2014 : intégration d'une liste de consommables traceur

4 établissements ont transmis des données de consommables traceur :

Raison sociale	Statut	Montants transmis au séjour
Etablissement 1	dgf	7 891
Etablissement 2	dgf	38 112
Etablissement 3	oqn	879 390
Etablissement 4	dgf	161 063

Campagnes ENC MCO

Evolution 2009-2016

Rappel : on enregistre des **sorties d'échantillons** (17 en 2013, 10 en 2014 dont 6 établissements de l'AP-HP, et 6 en 2015, aucune en 2016), liées à la politique de mise à jour annuelle de l'échantillon.

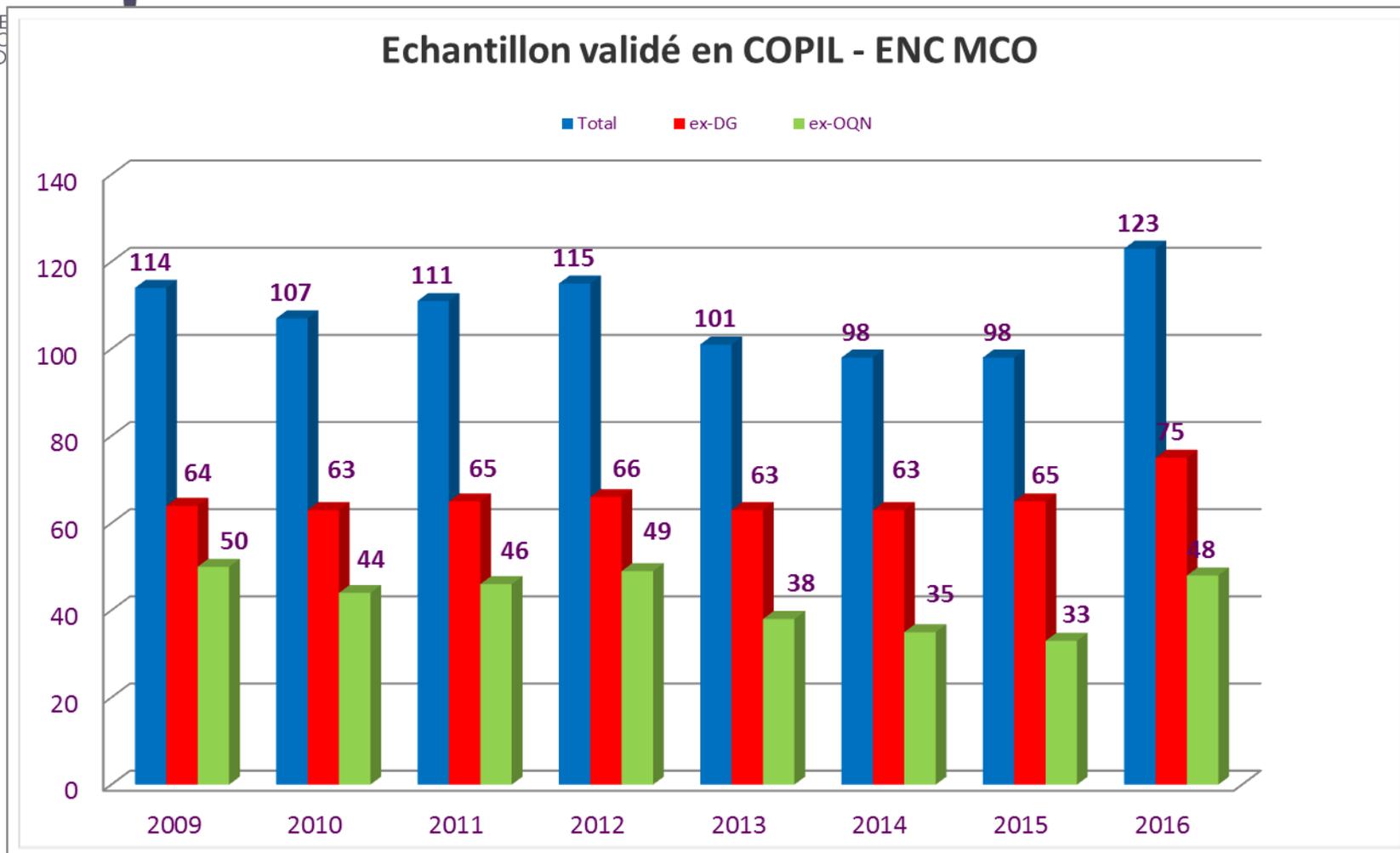
A noter : l'intégration de 16 établissements dialyse dans l'échantillon 2016.

	MCO							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Echantillon validé en COPIL	114	107	111	115	101	98	98	123
Participants à la campagne	76	77	84	84	83	89	92	
<i>Abandons en cours de campagne</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>11</i>	<i>11</i>	<i>9</i>	<i>13</i>	<i>2</i>	
Participants hors abandons	74	75	73	73	74	76	90	0
Etablissements intégrés	71	69	73	70	74	74	Campagne en cours	Campagne en cours

Participants / Echantillon	67%	72%	76%	73%	82%	91%	94%	
Participants hors abandons / Participants	97%	97%	87%	87%	89%	85%	98%	
Intégrés / Participants hors abandons	96%	92%	100%	96%	100%	97%		
Intégrés / Echantillon validé en COPIL	62%	64%	66%	61%	73%	76%		
Intégrés / Participants à la campagne	93%	90%	87%	83%	89%	83%		

Evolution échantillon ENC MCO

Validé en COPIL



Bilan de la campagne SSR 2014 et perspectives

Résultats de la campagne ENC SSR 2014

Campagne ENC SSR 2014	Total	DAF	OQN
Echantillon validé en COPIL	66	40	26
Non participants	8	3	5
Abandons	7	5	2
Participants hors abandons	51	32	19
Etablissements intégrés	48	29	19

=> 3 établissements n'ont pas été intégrés.

Echantillon ENC SSR 2014

Non participants

FINESS	Raison Sociale	Ville	Statut
130789357	CENTRE LES FEUILLADES	AIX EN PROVENCE	OQN
340789981	Clinique Fontfroide	MONTPELLIER Cedex 5	OQN
440050433	Clinique mutualiste de l'Estuaire	SAINT NAZAIRE	DAF
690803044	CRF Clinique Les Iris Lyon	MARCY L'ÉTOILE	OQN
740780135	Centre Médical Sancellemoz	PASSY	OQN
750000507	Centre Sainte-Marie	PARIS	DAF
930300280	KORIAN SULLY ex-Clinique Livry Sully	LIVRY GARGAN	OQN
950015289	Groupement Hos Intercommunal du Vexin	MAGNY EN VEXIN	DAF

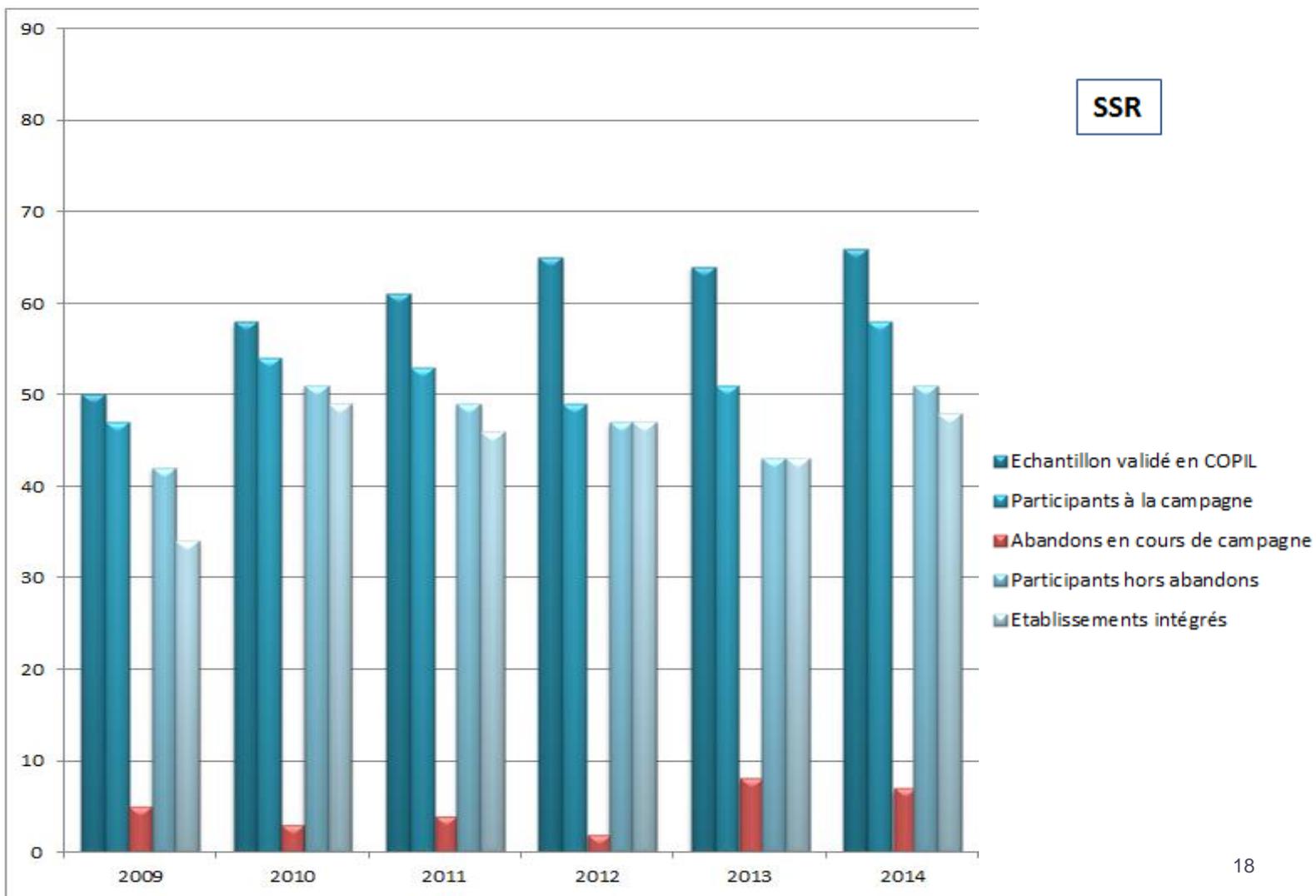
Echantillon ENC SSR 2014

Abandons

FINESS	Raison Sociale	Ville	Statut
10007987	Centre Hospitalier Public Hauteville-Lompnes	HAUTEVILLE LOMPNES	DAF
60785227	MAISON CONVALESCENCE ST BASILE	MOUGINS	OQN
2A0000030	CRF ET MAISON REPOS FINOSELLO	AJACCIO	OQN
420784878	Centre Hospitalier Universitaire de St Etienne	Saint Etienne	DAF
670780121	CRF Clémenceau - Groupe UGECAM	STRASBOURG	DAF
750150286	Hopital Jean Jaures	PARIS	DAF
950630012	Hôpital d'enfants Margency	MARGENCY	DAF

Campagnes ENC SSR

Evolution 2009-2014



Campagnes ENC SSR

Evolution 2009-2016

Rappel : on enregistre des **sorties d'échantillons** (4 en 2013, 6 en 2014, 7 en 2015 et 4 en 2016), liées à la politique de mise à jour annuelle de l'échantillon.

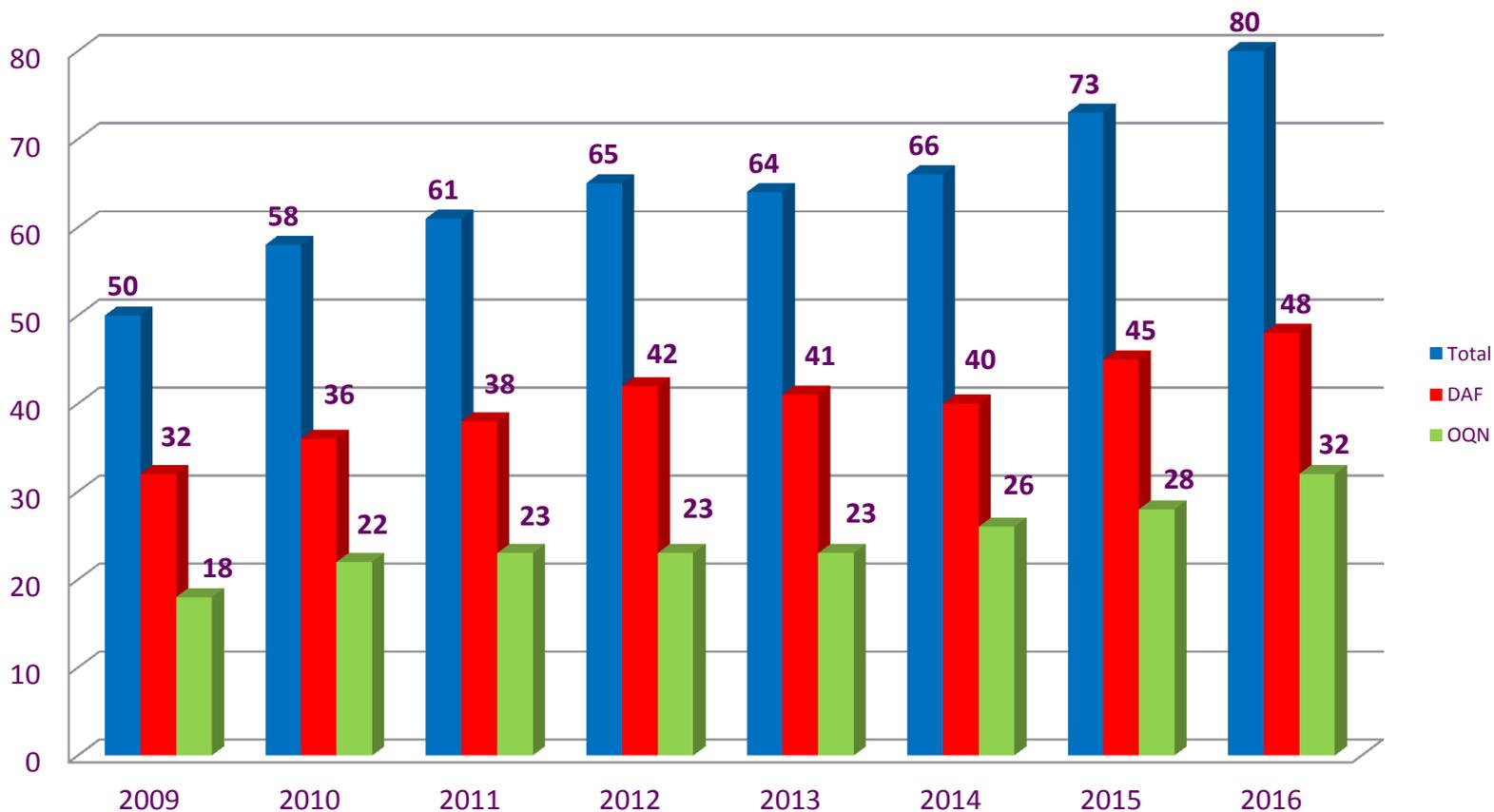
	SSR							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Echantillon validé en COPIL	50	58	61	65	64	66	73	80
Participants à la campagne	47	54	53	49	51	58	68	
<i>Abandons en cours de campagne</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	
Participants hors abandons	42	51	49	47	43	51	68	0
Etablissements intégrés	34	49	46	47	43	48	Campagne en cours	Campagne en cours

Participants / Echantillon	94%	93%	87%	75%	80%	88%	93%	
Participants hors abandons / Participants	89%	94%	92%	96%	84%	88%	100%	
Intégrés / Participants hors abandons	81%	96%	94%	100%	100%	94%		
Intégrés / Echantillon validé en COPIL	68%	84%	75%	72%	67%	73%		
Intégrés / Participants à la campagne	72%	91%	87%	96%	84%	83%		

Evolution échantillon ENC SSR

Validé en COPIL

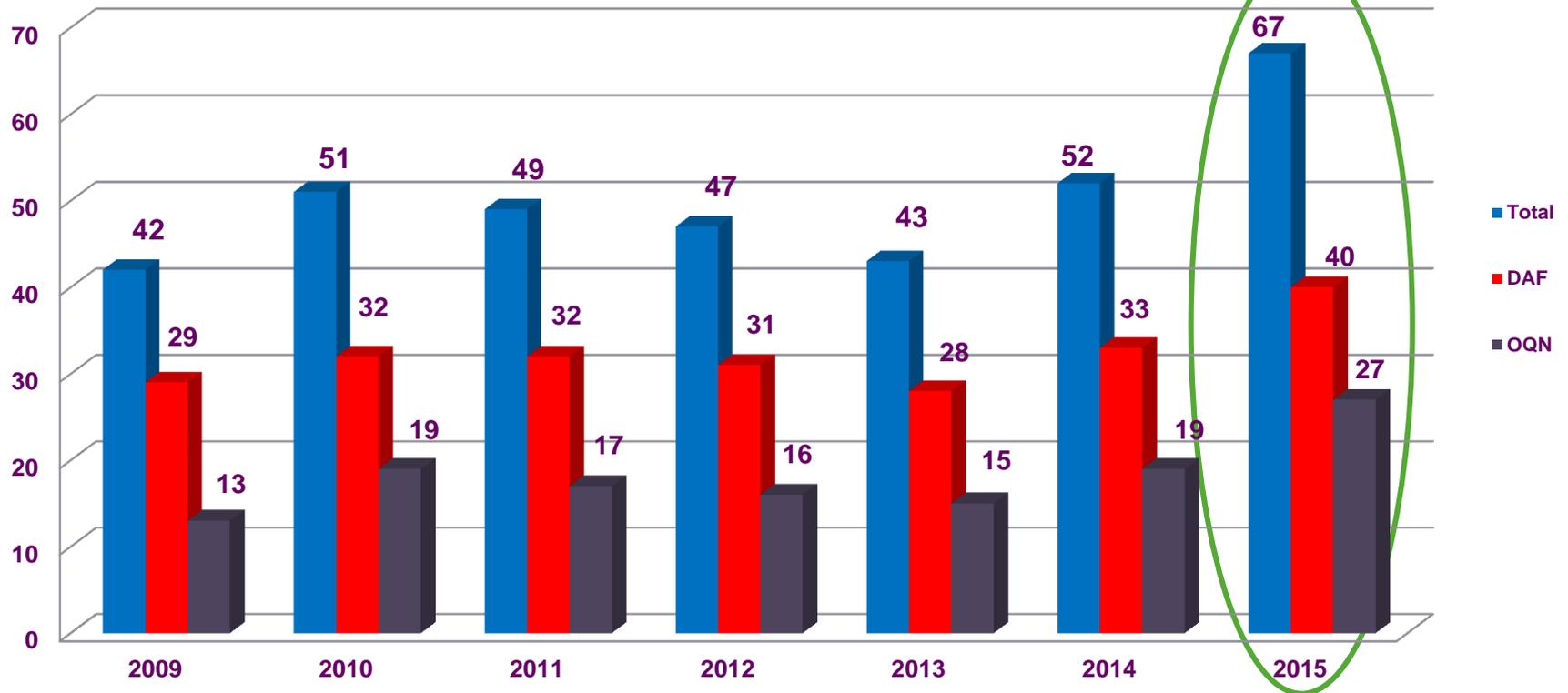
Echantillon validé en COPIL ENC SSR



Evolution participants ENC SSR

Participants hors abandons connus à ce jour

Participants hors abandon connus à ce jour - ENC SSR



Bilan de la campagne HAD 2014 et perspectives

Résultats de la campagne ENC HAD 2014

Campagne ENC HAD 2014	Total	Ex-DG	Ex-OQN
Echantillon validé en COPIL	31	9	22
Non participants	6	1	5
Abandons	2	1	1
Participants hors abandons	23	7	16
Intégrés	22	6	16

=> Un établissement non intégré suite à un non respect de la méthodologie sur plusieurs points (première année de campagne).

Echantillon ENC HAD 2014

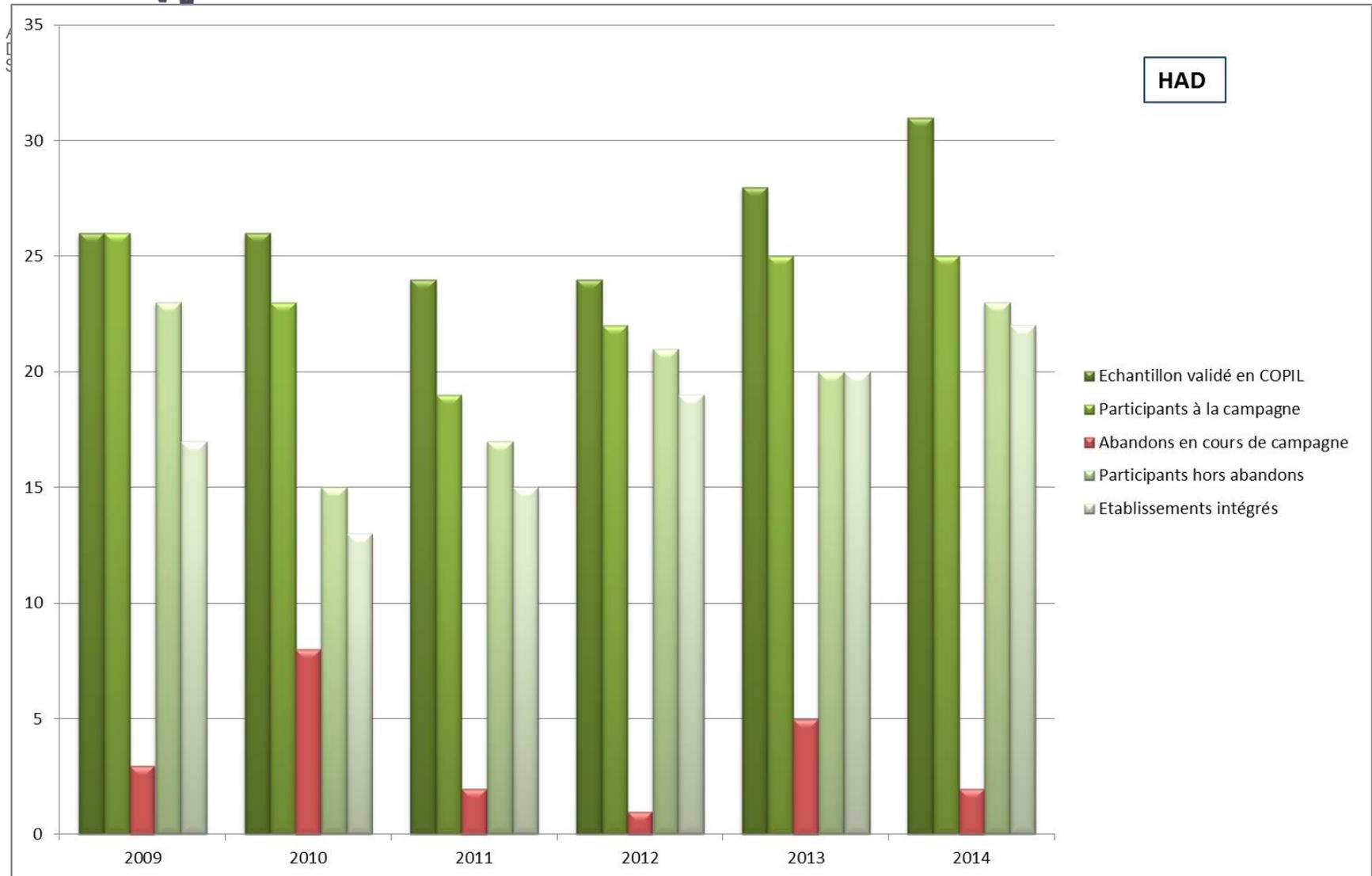
Non participants & abandons

FINESS	Raison Sociale	Statut	Situation dans la campagne
560018509	HAD DE L'AVEN À ETEL	Ex-OQN	abandon
590812509	Santélys HAD	Ex-OQN	Non participant
600003008	HAD-ACSSO	Ex-OQN	Non participant
740790381	HAD - CHI les Hôpitaux du Lemane	Ex-DG	abandon
870000015	HAD-Centre Hospitalier Universitaire de Limoges	Ex-DG	Non participant
970303640	HAD GUYANE ANTENNE DE CAYENNE	Ex-OQN	Non participant
970303608	HAD GUYANE ANTENNE DE KOUROU	Ex-OQN	Non participant
970303657	HAD GUYANE ANTENNE DE SAINT LAURENT	Ex-OQN	Non participant



Campagnes ENC HAD

Evolution 2009-2014

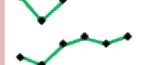


Campagnes ENC HAD

Evolution 2009-2015

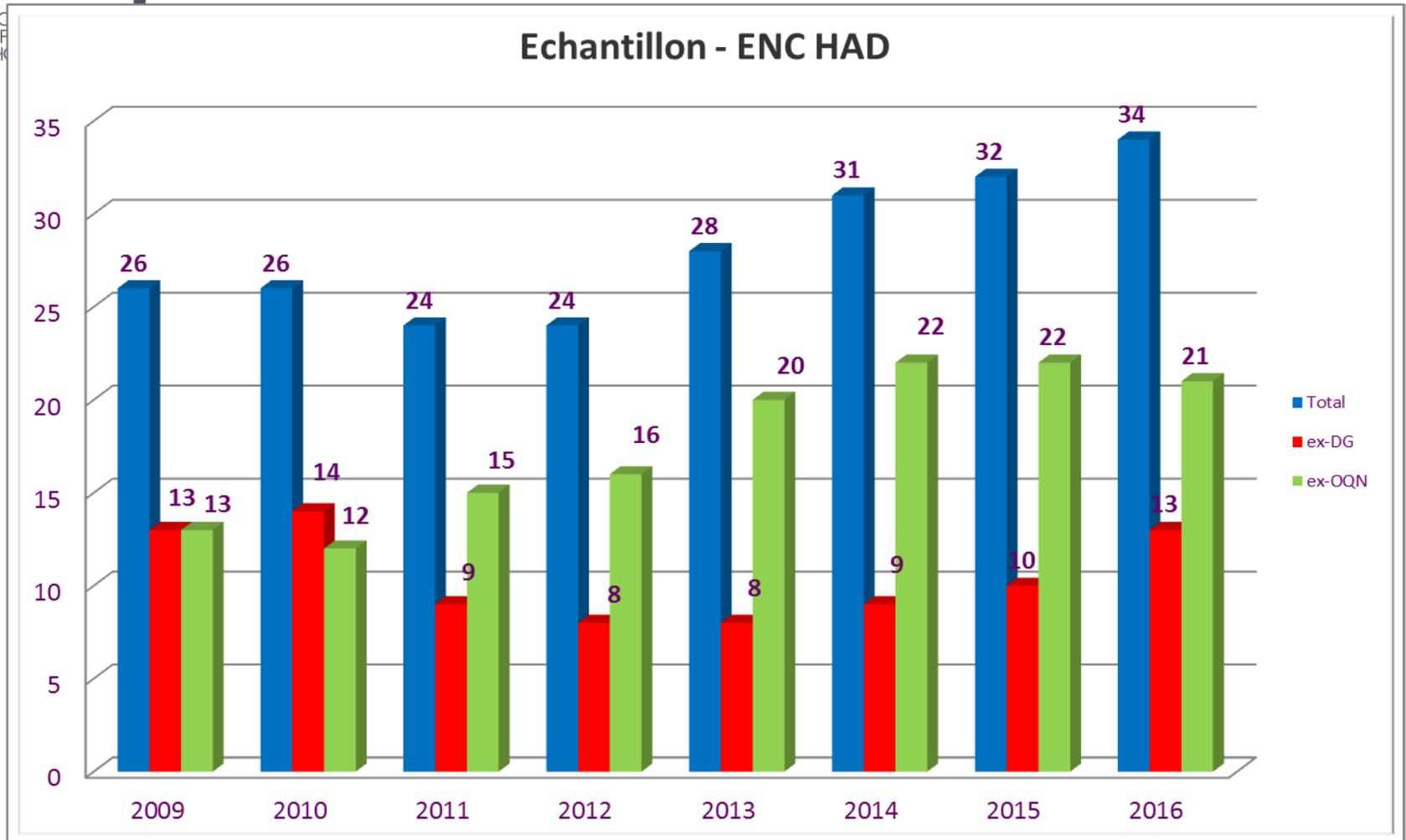
Rappel : on enregistre des **sorties d'échantillons** (1 en 2014, 3 en 2015 et 4 en 2016), liées à la politique de mise à jour annuelle de l'échantillon.

	HAD							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Echantillon validé en COPIL	26	26	24	24	28	31	32	34
Participants à la campagne	26	23	19	22	25	25	27	
<i>Abandons en cours de campagne</i>	3	8	2	1	5	2	0	
Participants hors abandons	23	15	17	21	20	23	27	0
Etablissements intégrés	17	13	15	19	20	22	Campagne en cours	Campagne en cours

Participants / Echantillon	100%	88%	79%	92%	89%	81%	84%	
Participants hors abandons / Participants	88%	65%	89%	95%	80%	92%	100%	
Intégrés / Participants hors abandons	74%	87%	88%	90%	100%	96%		
Intégrés / Echantillon validé en COPIL	65%	50%	63%	79%	71%	71%		
Intégrés / Participants à la campagne	65%	57%	79%	86%	80%	88%		

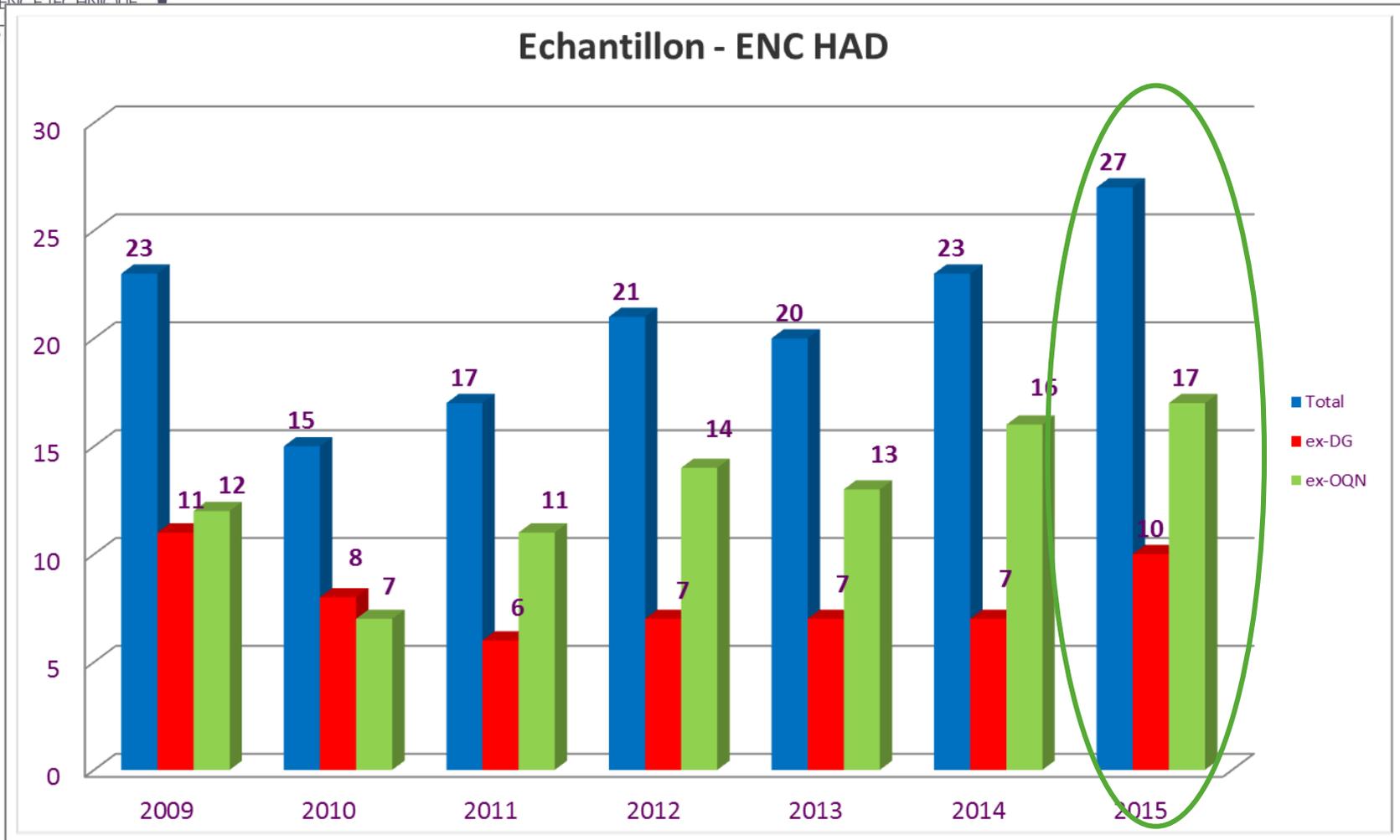
Evolution échantillon ENC HAD

Validé en COPIL



Evolution participants ENC HAD

Participants hors abandons connus à ce jour



MCO : choix des variables de
calage par GHM

=> Pour avis du CT

1) Problématique / Introduction

2) Méthodologie

- Sélection des variables de calage
- Processus de calage

3) Bénéfices du changement de méthode

4) Impacts du changement de méthode

1) Problématique / Introduction

Problématique / Introduction

- Objectif : Améliorer l'estimation du coût moyen « national » d'un séjour pour une activité donnée
 - Raisonement au niveau GHM
 - *Utilisation de variables explicatives des coûts au niveau GHM*
 - *Listing élargi de variables explicatives*
- Processus en deux étapes :
 - 1^{ère} étape : Recherche des variables les plus explicatives par GHM
 - 2^{ème} étape : Calage → re-pondération des séjours de l'échantillon

○ Rappels sur le calage :

- Objectif : Réduire les biais de calcul liés à l'échantillonnage
 - Moyen utilisé : Pondération des séjours pour faire correspondre les caractéristiques de l'échantillon aux caractéristiques de la population globale pour un certain nombre de variables liées aux coûts des séjours
 - Ex. durée moyenne de séjour dans le GHM 14Z16Z « *Faux travail et menace d'accouchement prématuré* »
 - DMS dans la population globale : 5,5 jours
 - DMS dans l'échantillon : 6,9 jours
- *Les séjours de l'échantillon sont plus longs en moyenne : risque de sur-évaluation du coût moyen*

Problématique / Introduction

○ Méthodologie de calage actuelle :

- Mêmes variables de calage utilisées pour chaque GHM

- Processus de calage par étape :

 - *Lorsque le calage échoue, la variable la moins pertinente est retirée*

 - *Les étapes de retrait des variables sont définies de manière unique pour tous les GHM*

○ Méthodologie de calage cible :

- Choisir les variables les plus explicatives du coût, par GHM

- Evaluer la pertinence des variables pour chaque GHM et œuvrer en conséquence lorsque le calage échoue

Problématique / Introduction

○ Listing élargi de variables :

Variables quantitatives	Variables qualitatives
Durée de séjour	Type d'établissement*
Nb d'actes CCAM classant distincts	Taux d'occupation de l'établissement
Nb de suppléments de réanimation**	Mode d'entrée
Nb de suppléments journaliers de Néo-nat.	Mode de sortie
Nb de diagnostics associés	Présence d'un diagnostic relié
Nb de RUM	Niveau de la maternité (CMD 14&15)
Age	
Nb d'ICR de bloc opératoire, Nb d'ICR d'anesthésie, Nb d'ICR de dialyse, Nb d'ICR de radiothérapie	
Durée de séjour par type d'établissement	
Durée de séjour par taux d'occupation	

Variables actuelles

Nouvelles variables

* Type d'établissement en ex-DG uniquement

** Nb de suppléments journaliers de réanimation en ex-DG. Somme des suppléments journaliers de réanimation, de SI et de SC en ex-OQN

Problématique / Introduction

○ Cadre de l'étude et méthodologie :

- Etude menée par [GHM](#) sur les données 2013
- Pré-sélection des variables figurant sur le listing
 - Si corrélation (>75%) entre les variables de nombre d'ICR et le nombre d'actes classant → les variables de dénombrement d'ICR sont retenues
 - Les variables catégorielles sont introduites dans le modèle sous réserve d'effectifs ENC suffisants dans chaque modalité
 - Mode d'entrée/sortie, taux d'occupation, niveau de maternité, présence de DR : >10 séjours
 - Type d'établissement : >10 séjours ou entre 1 et 10 séjours si moins de 30 séjours nationaux
- Sélection des variables du modèle final par régression linéaire sur chaque GHM

2) Méthodologie

Sélection des variables de calage

Méthodologie

La sélection des variables de calage

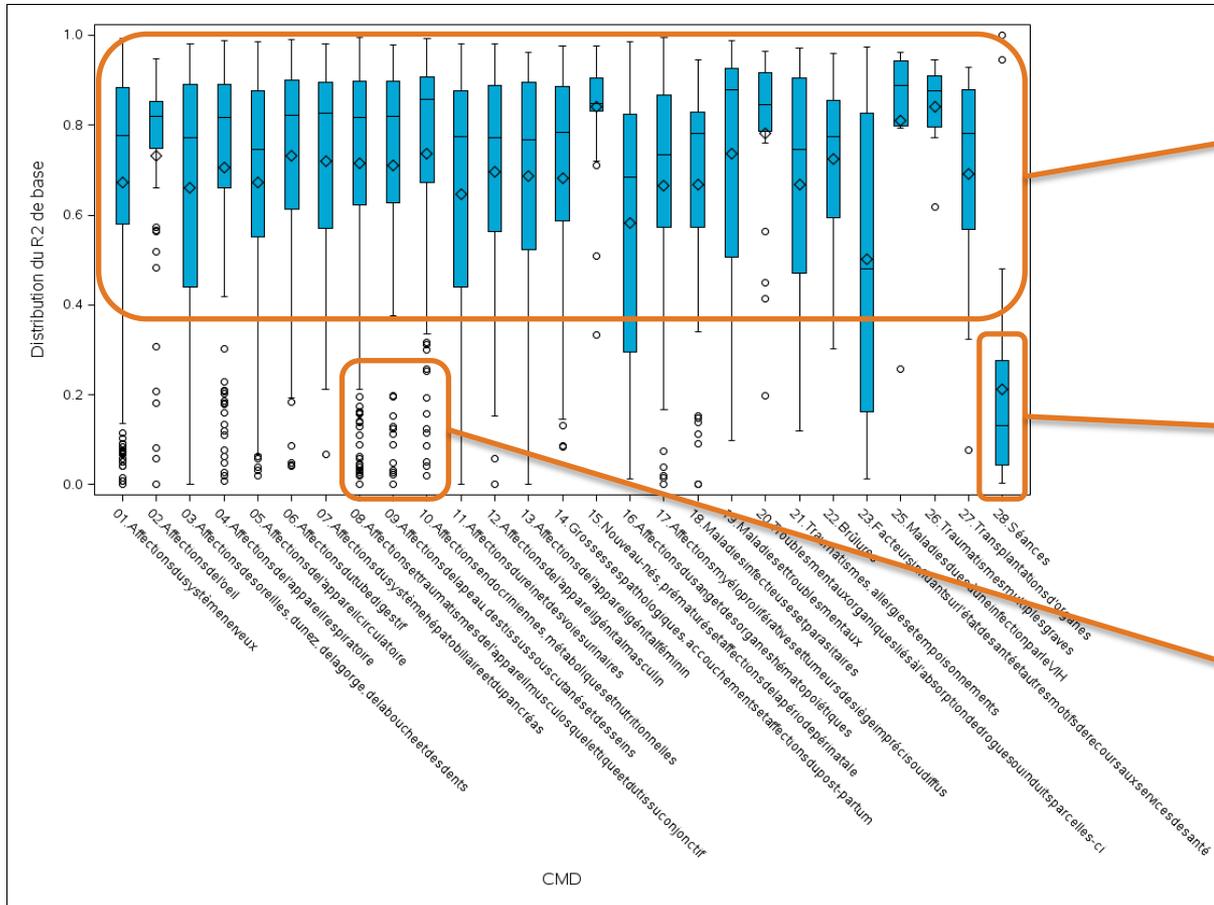
○ Bilan sur les modèles issus des régressions

- En moyenne, environ 70% de variabilité des coûts captée par les modèles
- Qualité de modélisation variable selon les CMD...
 - Variabilité du coût des séances mal captée : <20% en ex-DG, ≈3% en ex-OQN
- ...et selon les niveaux de sévérité
 - Séjours de très courte durée : ≈17% de variance expliquée en ex-DG, ≈31% en ex-OQN

Méthodologie

La sélection des variables de calage

○ Bilan par CMD – secteur ex-DG



Hors séances, modélisation globalement de bonne qualité

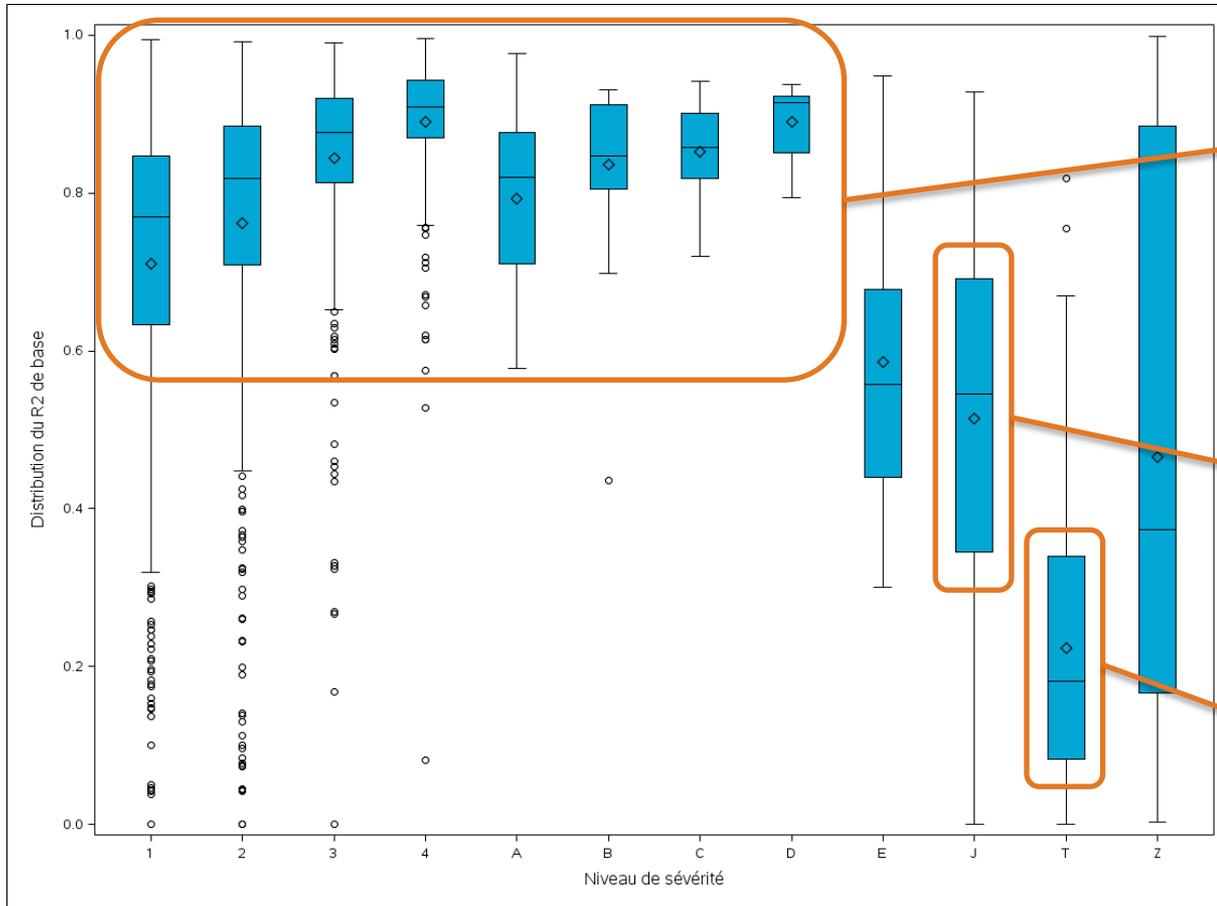
Mauvaise modélisation des GHM de séances
 → Pas de calage

Au sein des CMD, certains types de GHM mal modélisés

Méthodologie

La sélection des variables de calage

○ Bilan par niveau de sévérité – secteur ex-DG



Plus la sévérité augmente, meilleure est la modélisation
→ Reflète l'importance de la durée de séjour

Les variables utilisées sur les GHM d'ambulatoire permettent d'obtenir une qualité de modélisation correcte

Les GHM de très courte durée sont mal modélisés

Méthodologie

La sélection des variables de calage

○ Exemple de GHM

○ GHM 01C08J « Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, en ambulatoire »

- Anciennement calé sur,

- le nombre d'actes classant



→ $R^2=11,2\%$

- Désormais calé sur ,

- le nombre d'ICR de bloc

- le nombre d'actes classant

- l'âge



→ $R^2=45,5\%$

→ *Soit une amélioration de plus de 30 points du pouvoir explicatif*

Méthodologie

La sélection des variables de calage

○ Exemple de GHM

○ GHM 03C201 « Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, niveau 1 »

- Anciennement calé sur,

- type d'établissement et durée de séjour

} → $R^2=40,6\%$

- Désormais calé sur ,

- taux d'occupation et DMS par taux d'occupation

- nombre d'ICR de bloc

- nombre de RUM

- âge

- nombre d'actes classant

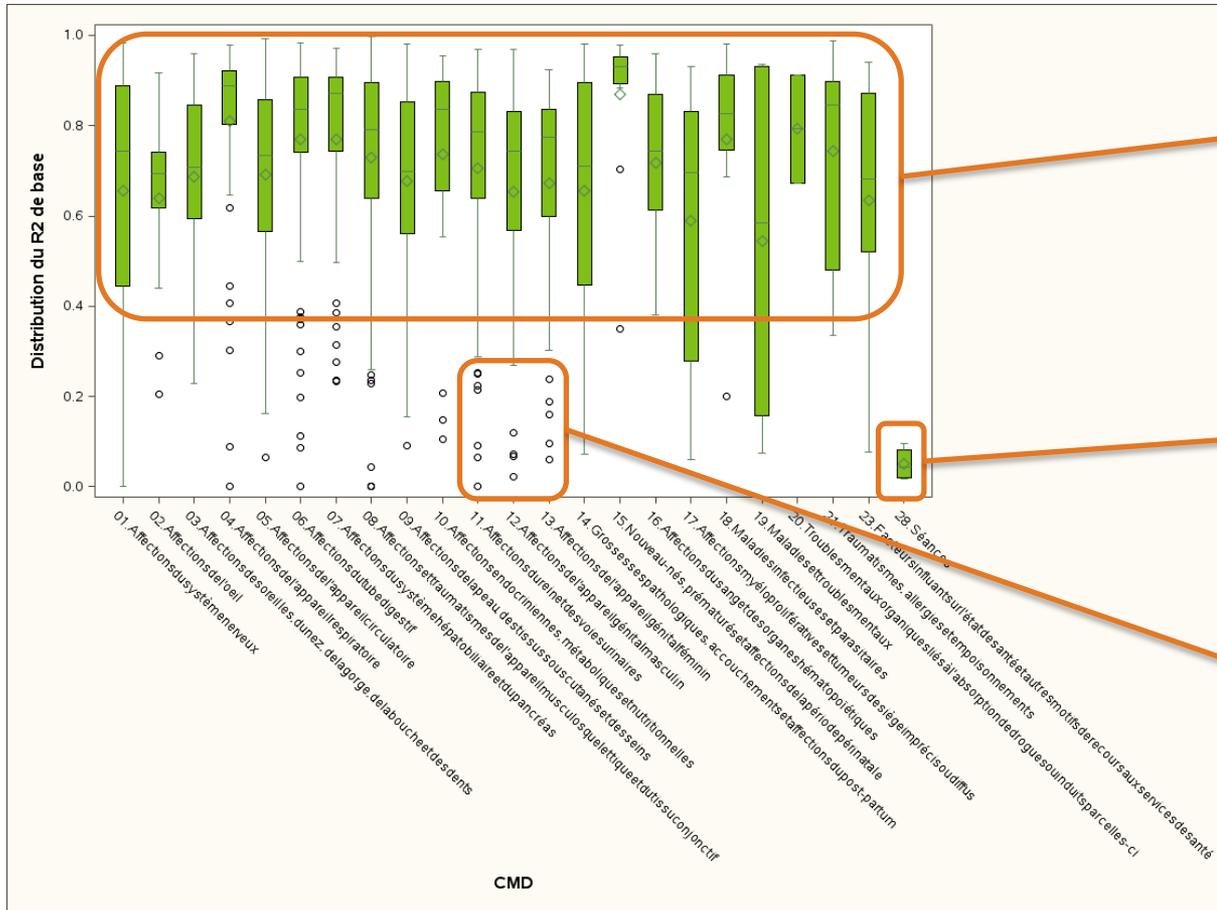
} → $R^2=71,2\%$

→ *Soit une amélioration de plus de 30 points du pouvoir explicatif*

Méthodologie

La sélection des variables de calage

○ Bilan par CMD – secteur ex-OQN



Hors séances, modélisation globalement de bonne qualité

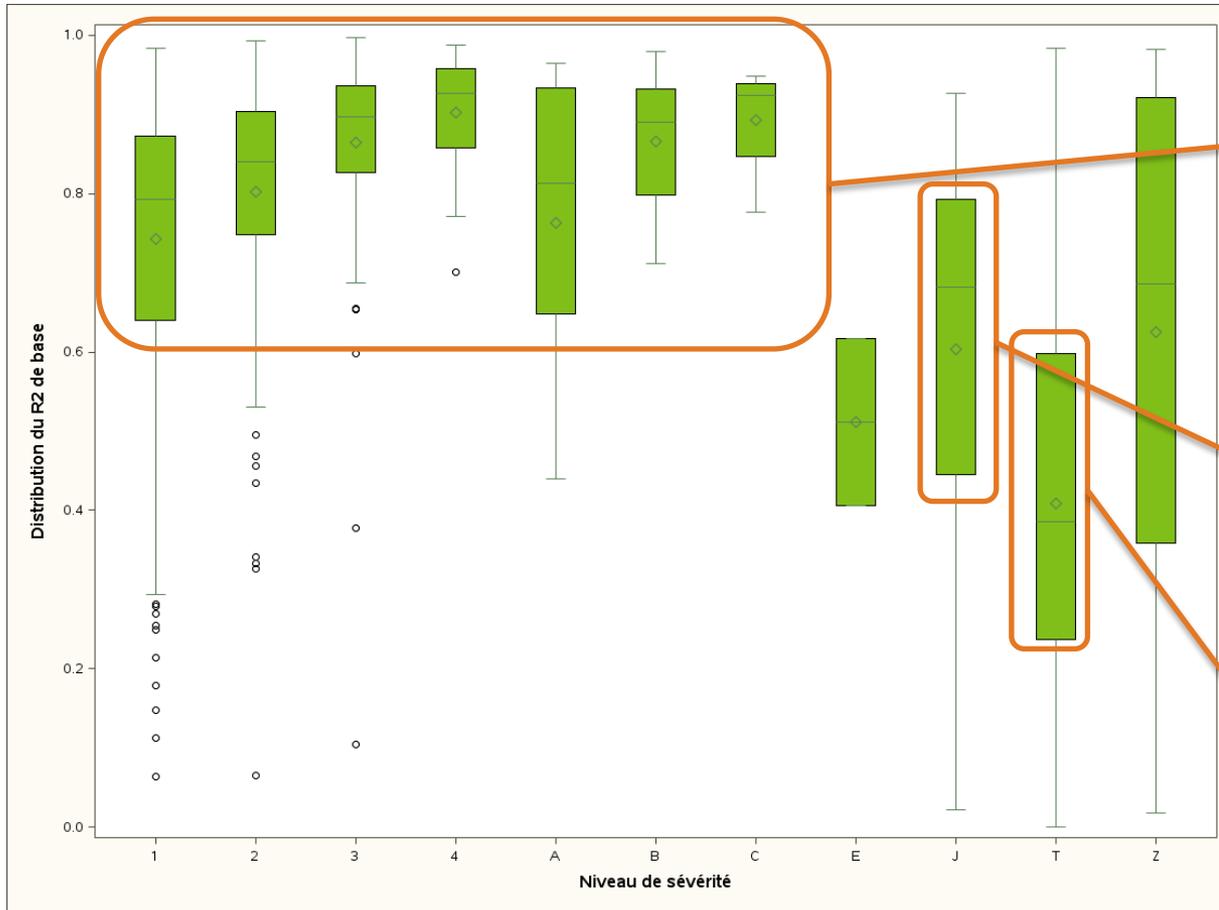
Mauvaise modélisation des GHM de séances → Pas de calage

Au sein des CMD, certains types de GHM mal modélisés

Méthodologie

La sélection des variables de calage

○ Bilan par niveau de sévérité – secteur ex-OQN



Plus la sévérité augmente, meilleure est la modélisation
 → Reflète l'importance de la durée de séjour

Les variables utilisées sur les GHM d'ambulatoire permettent d'obtenir une qualité de modélisation correcte

Les GHM de très courte durée sont plutôt mal modélisés

Méthodologie

La sélection des variables de calage

○ Exemple de GHM

○ GHM 02C08J « Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire »

- Anciennement calé sur,

- le nombre d'actes classant



→ $R^2=13,5\%$

- Désormais calé sur ,

- le nombre d'ICR de bloc

- le nombre d'ICR d'anesthésie

- le nombre d'actes classant

- l'âge



→ $R^2=74,8\%$

→ Soit une amélioration de plus de 60 points du pouvoir explicatif

Méthodologie

La sélection des variables de calage

○ Exemple de GHM

○ GHM 02C081 « Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 »

- Anciennement calé sur,

- durée de séjour

}

→ $R^2=29,1\%$

- Désormais calé sur ,

- durée de séjour

- nombre d'ICR de bloc

- nombre d'actes classant

}

→ $R^2=71,2\%$

→ Soit une amélioration de plus de 40 points du pouvoir explicatif

2) Méthodologie

Processus de calage

Méthodologie

Processus de calage

- A partir des modèles issus des régressions
 - Calcul des pondérations séjours permettant de satisfaire aux contraintes du calage (caractéristiques échantillon = caractéristiques nationales)
 - Calculs basés sur des algorithmes d'optimisation
 - *Si les contraintes sont trop importantes, pas de solution satisfaisante. Le modèle de départ doit être modifié et l'opération de calage réitérée.*

- Si le calage échoue
 - La variable la moins explicative est retirée du modèle de départ
 - Perte de pouvoir explicatif du modèle, mais contraintes de calage moins lourdes
 - Pour un GHM donné, le modèle explicatif peut être de bonne qualité et devenir médiocre après retrait successif de variables
 - *La qualité des modèles doit donc être réévaluée après les opérations de calage*

Méthodologie

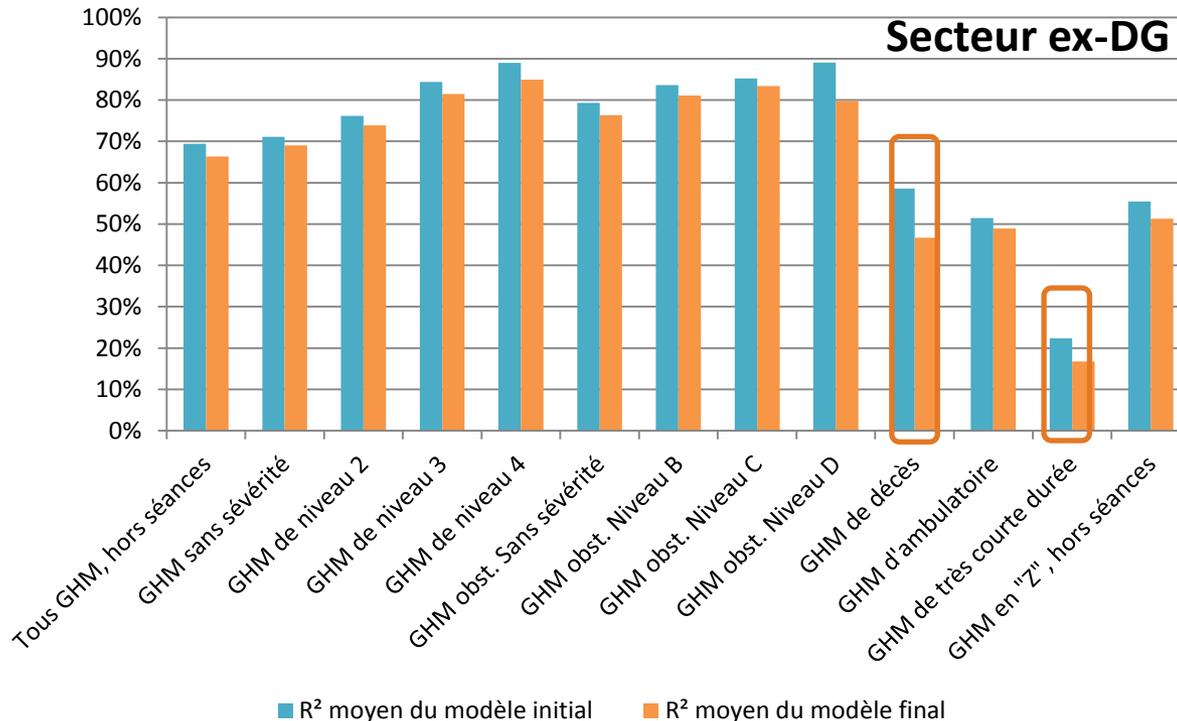
Processus de calage

- Bilan sur les modèles après les opérations de calage
 - En moyenne, environ 66% de variabilité des coûts captée par les modèles
 - Pour certaines activités, le retrait de variables induit une perte importante de pouvoir explicatif
 - Sur les deux secteurs : surtout les séjours de très courte durée et les séjours avec décès

Méthodologie

Processus de calage

○ Bilan par niveau de sévérité – secteur ex-DG



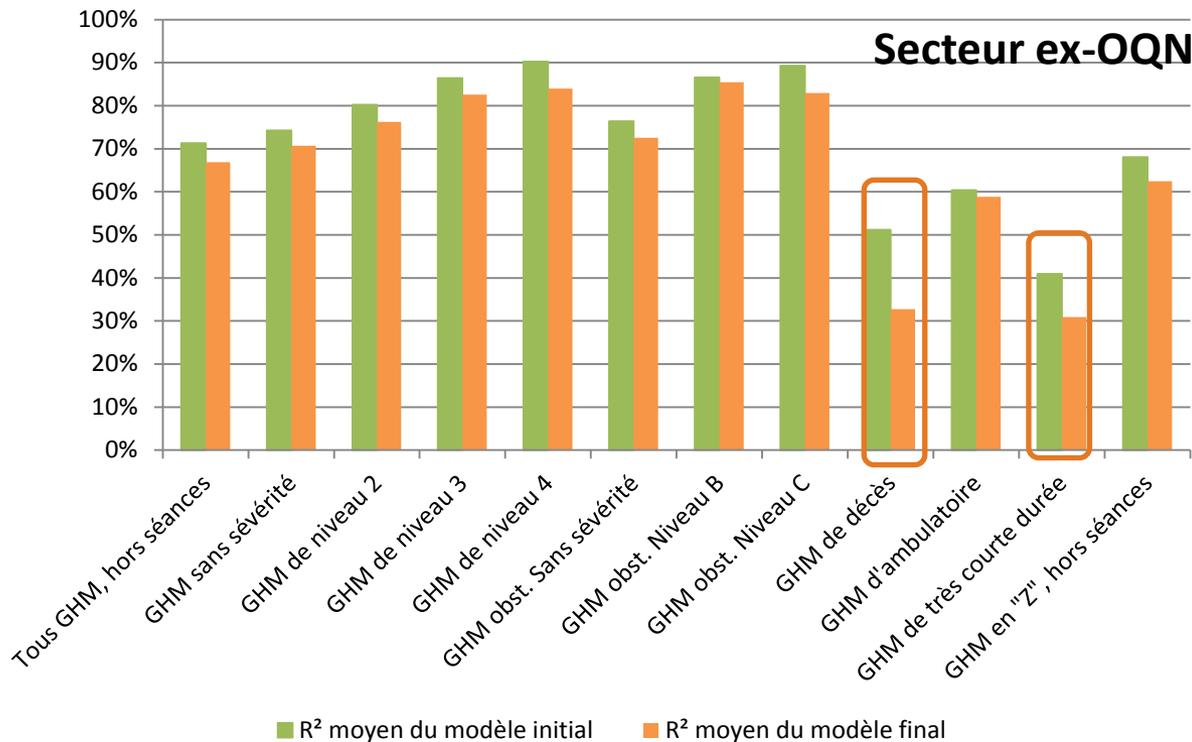
Les GHM de décès et les GHM de très courte durée sont moins bien modélisés qu'ils pourraient l'être sans échec des opérations de calage (perte de 10 points de R² en moyenne pour les GHM avec décès)

Pas de grosses modifications des modèles sur la plupart des GHM. Les GHM d'ambulatoire ne sont pas beaucoup affectés

Méthodologie

Processus de calage

○ Bilan par niveau de sévérité – secteur ex-OQN



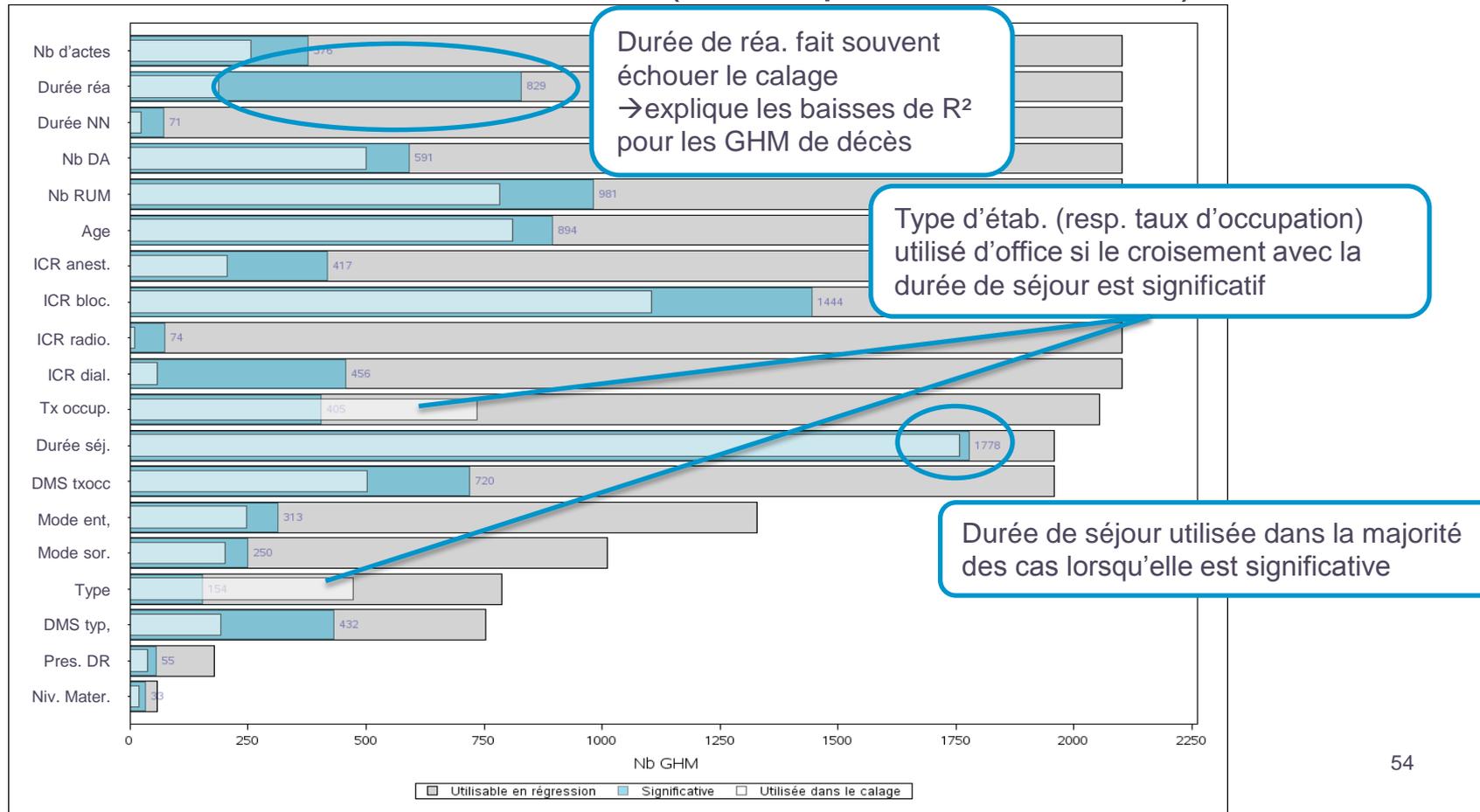
Les GHM de décès et les GHM de très courte durée sont moins bien modélisés qu'ils pourraient l'être sans échec des opérations de calage (perte de 20 points de R² en moyenne pour les GHM avec décès)

Pas de grosses modifications des modèles sur la plupart des GHM. Les GHM d'ambulatoire ne sont pas beaucoup affectés

Méthodologie

Processus de calage

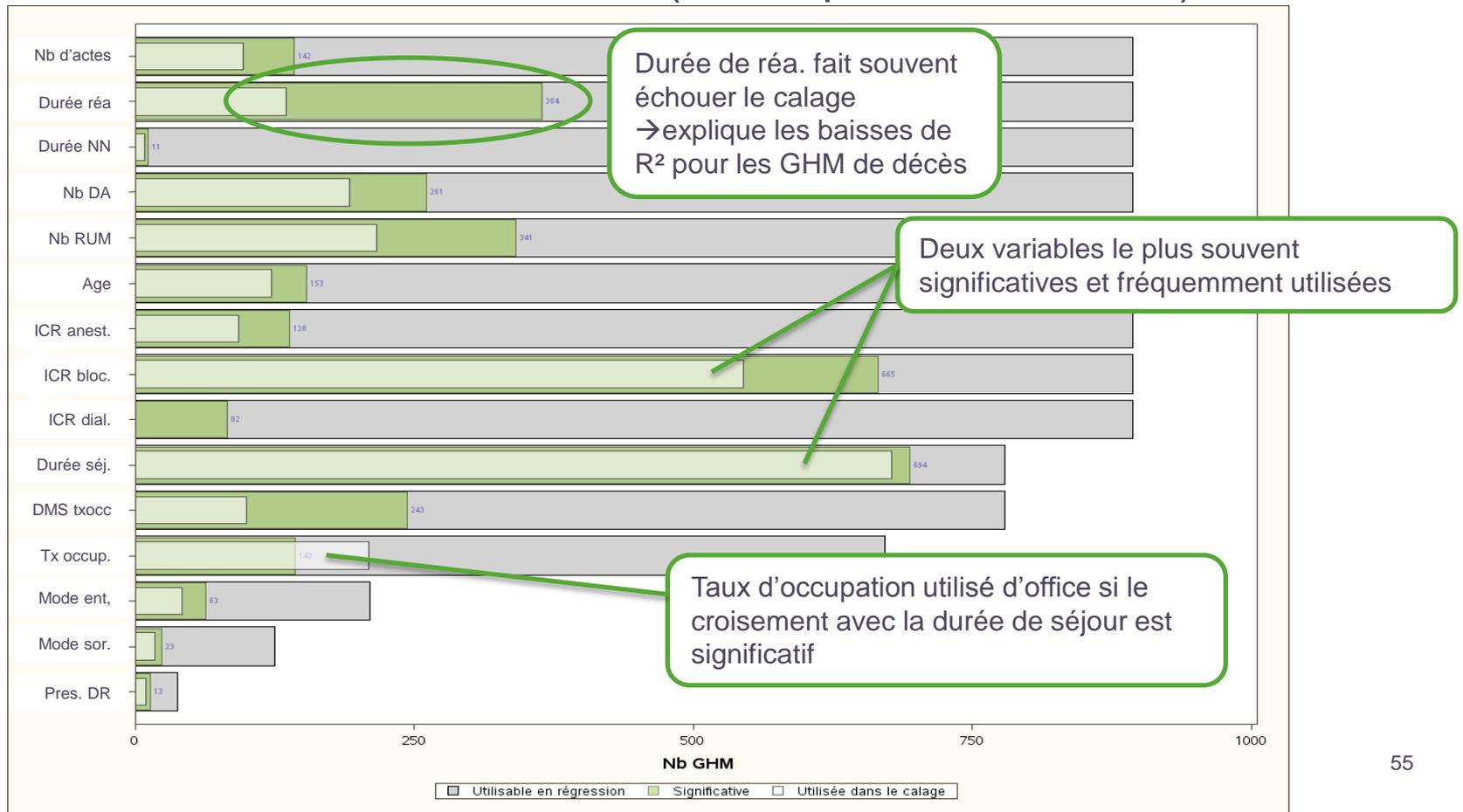
○ Bilan d'utilisation des variables (décompte hors séances) – ex-DG



Méthodologie

Processus de calage

○ Bilan d'utilisation des variables (décompte hors séances) ex-OQN



3) Bénéfices du changement de méthode

Bénéfices du changement de méthode

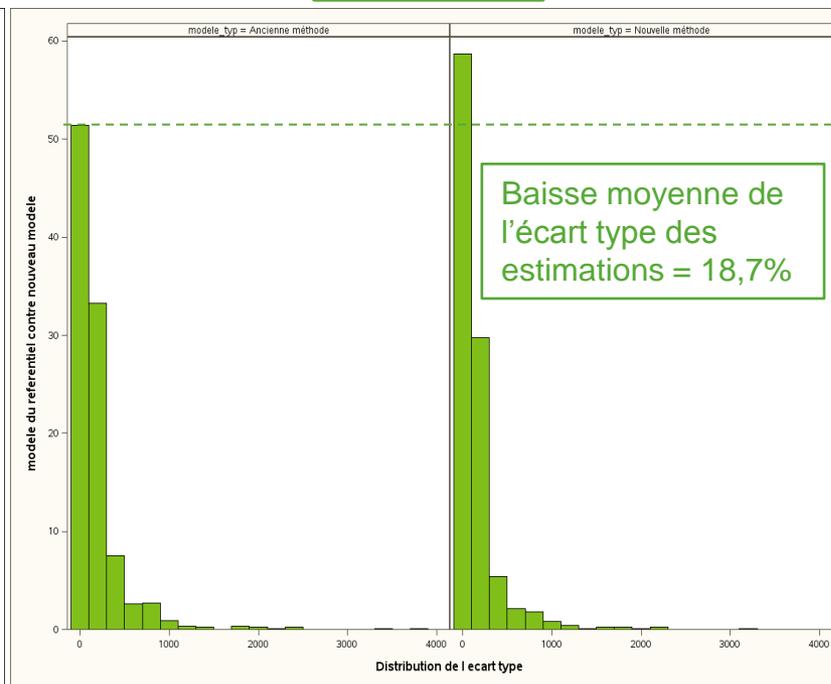
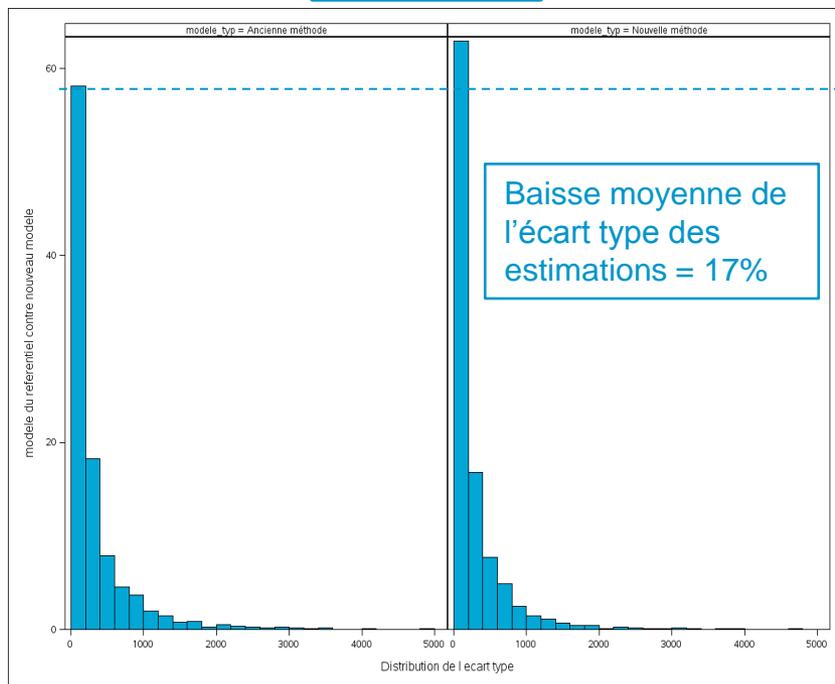
- Utilisation de modèles explicatifs dédiés par GHM
 - En théorie, les nouveaux modèles doivent être plus explicatifs du coût que les modèles actuels
 - Il en résulte une amélioration globale de la précision des estimations
 - La probabilité d'obtenir une estimation du coût moyen proche de la vraie valeur (nationale) s'en trouve améliorée
 - La robustesse de la mesure par rapport à l'évolution de l'échantillon est également améliorée

Bénéfices du changement de méthode

- Comparaison de la précision des estimations entre méthode actuelle et nouvelle méthode (sur les GHM de plus de 30 séjours)
 - Lors de cette étude, la formule de calcul de la précision des estimations a été affinée. La comparaison est réalisée sur un même périmètre de formule (formule affinée)

Ex-DG

Ex-OQN



Bénéfices du changement de méthode

○ Evolution de la précision par niveau de sévérité – secteur ex-DG

niveau de sévérité	N	Moyenne des écarts types			Médiane des écarts types		
		Ancienne méthodo.	Nouvelle méthodo.	Evolution	Ancienne méthodo.	Nouvelle méthodo.	Evolution
1	506	160.8	134.6	-16.3%	98.3	86.5	-12.0%
2	433	275.2	248.8	-9.6%	186.7	163.3	-12.6%
3	357	453.3	370.8	-18.2%	291.0	260.7	-10.4%
4	262	1 115.7	858.4	-23.1%	871.9	682.8	-21.7%
A	26	397.3	305.8	-23.0%	141.5	116.5	-17.7%
B	27	651.7	563.1	-13.6%	220.4	207.4	-5.9%
C	13	478.8	595.3	24.3%	300.1	272.8	-9.1%
D	7	463.7	428.3	-7.6%	424.4	408.2	-3.8%
E	9	493.0	465.2	-5.6%	150.2	117.2	-21.9%
J	142	90.3	82.4	-8.7%	63.4	52.0	-18.1%
T	246	81.9	82.2	0.4%	50.5	47.6	-5.9%
Z	73	116.5	116.3	-0.2%	69.9	59.4	-15.0%

Sur les séjours en niveau C d'obstétrique, un ou quelques GHM voi(en)t la précision de leur estimation détériorée, ce qui tire la moyenne vers le haut. Cependant, l'effet disparaît en valeurs médianes

L'évolution de l'écart type médian des GHM d'ambulatoire est l'une des plus importantes : l'impact de la méthode est positif sur la plupart des GHM d'ambulatoire

Bénéfices du changement de méthode

○ Evolution de la précision par niveau de sévérité – secteur ex-OQN

niveau de sévérité	N	Moyenne des écarts types			Médiane des écarts types		
		Ancienne méthodo.	Nouvelle méthodo.	Evolution	Ancienne méthodo.	Nouvelle méthodo.	Evolution
1	287	137.6	101.9	-25.9%	80.2	55.8	-30.4%
2	167	228.2	173.9	-23.8%	149.2	122.4	-18.0%
3	110	333.6	317.1	-5.0%	232.3	206.5	-11.1%
4	29	881.2	675.9	-23.3%	719.5	509.6	-29.2%
A	16	165.1	131.8	-20.2%	167.1	96.9	-42.0%
B	10	220.5	177.1	-19.7%	175.4	147.0	-16.2%
C	4	237.5	141.8	-40.3%	202.8	107.7	-46.9%
E	2	86.7	81.0	-6.7%	86.7	81.0	-6.7%
J	115	87.4	73.3	-16.1%	44.6	29.1	-34.7%
T	113	162.1	138.0	-14.9%	45.8	38.6	-15.6%
Z	41	116.9	99.0	-15.3%	53.1	50.1	-5.6%

L'évolution de l'écart type médian des GHM d'ambulatoire, relativement au nombre de GHM, est la plus importante : l'impact de la méthode est très positif sur les GHM d'ambulatoire

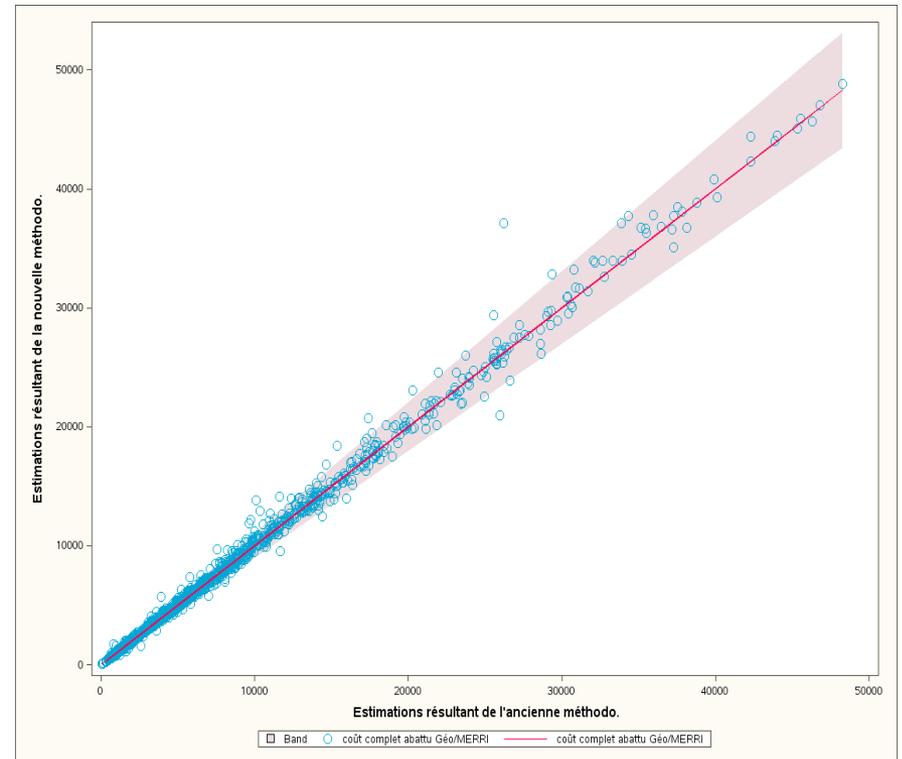
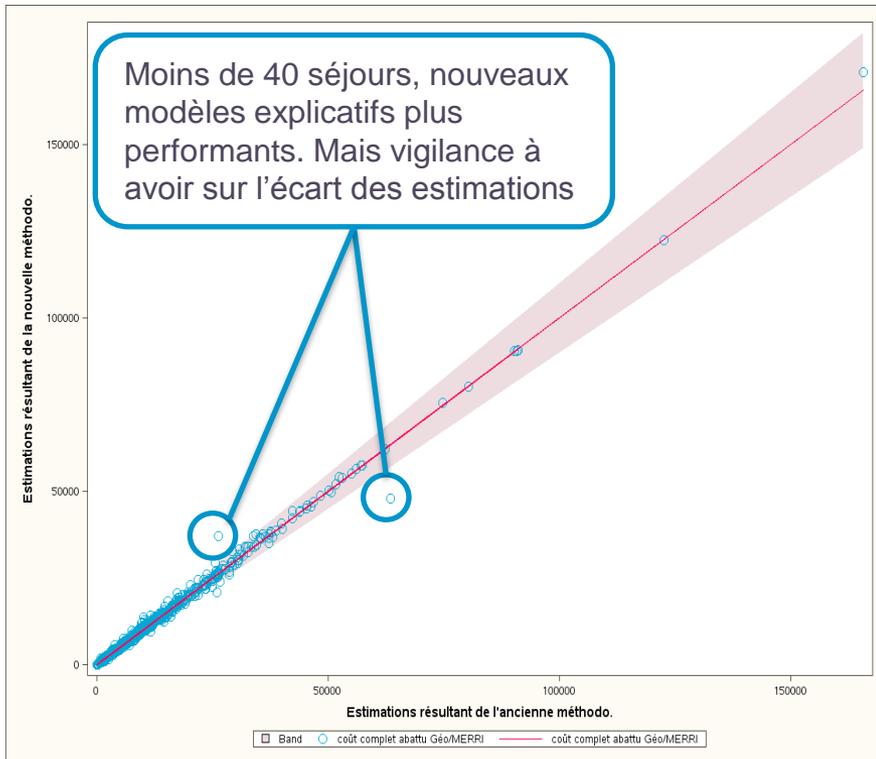
4) Impact du changement de méthode

Impact du changement de méthode

- Comparaison des estimations de coût obtenues : ex-DG
 Globalement peu de mouvements dans les estimations (*1% d'écart en moyenne*)

Tous GHM

Zoom sur les estimations <50 000€



Impact du changement de méthode

- Comparaison des estimations de coût obtenues : ex-DG
Mais des effets locaux
- Exemple **GHM 08C533** « Interventions sur le genou pour traumatismes, niveau 3 »
 - Calé actuellement sur le type d'établissement et la durée de séjour globale
 - R^2 du modèle : 74,5% ; coût moyen estimé : 7 863 €
 - Avec la modélisation au GHM, calage sur la durée de séjour globale, le nombre d'ICR de bloc, le nombre d'ICR d'anesthésie et le nombre de RUM
 - R^2 du modèle : 89,6% ; coût moyen estimé : 8 554 €

Gain de précision de l'estimation de 6,2%, pour une évolution du coût de +8,8%

Impact du changement de méthode

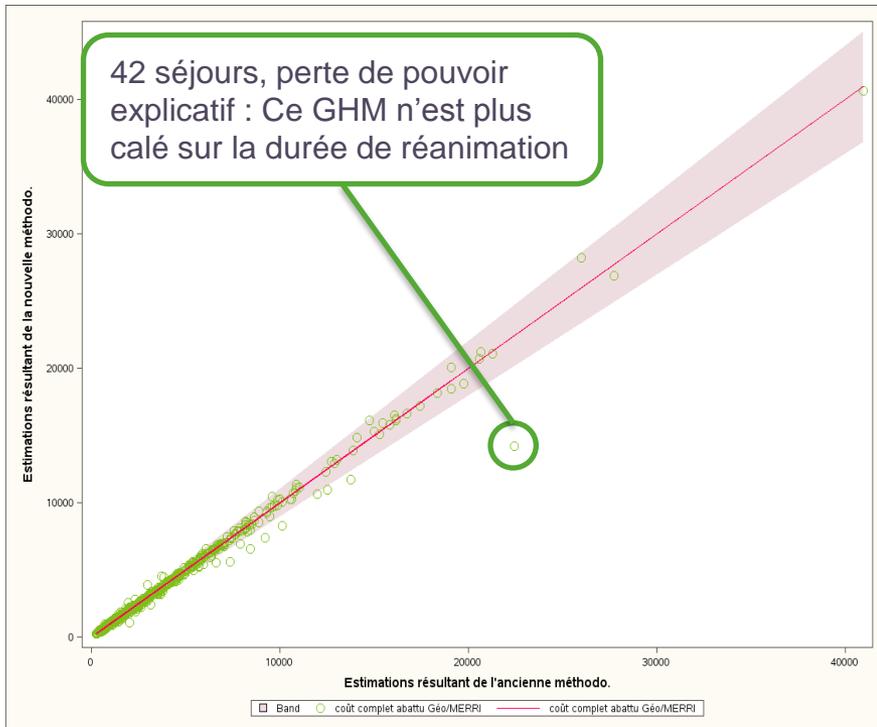
- Comparaison des estimations de coût obtenues : ex-DG
Mais des effets locaux
- Exemple **GHM 11C11J** « Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, en ambulatoire »
 - Calé actuellement sur le type d'établissement et le nombre d'actes classant
 - R^2 du modèle : 29,7% ; coût moyen estimé : 1 954 €
 - Avec la modélisation au GHM, calage sur le type d'établissement, le nombre d'ICR de bloc, le nombre d'actes classant, l'âge, le nombre de RUM
 - R^2 du modèle : 75,3% ; coût moyen estimé : 2 073 €

Gain de précision de l'estimation de 72,8%, pour une évolution du coût de +6,1%

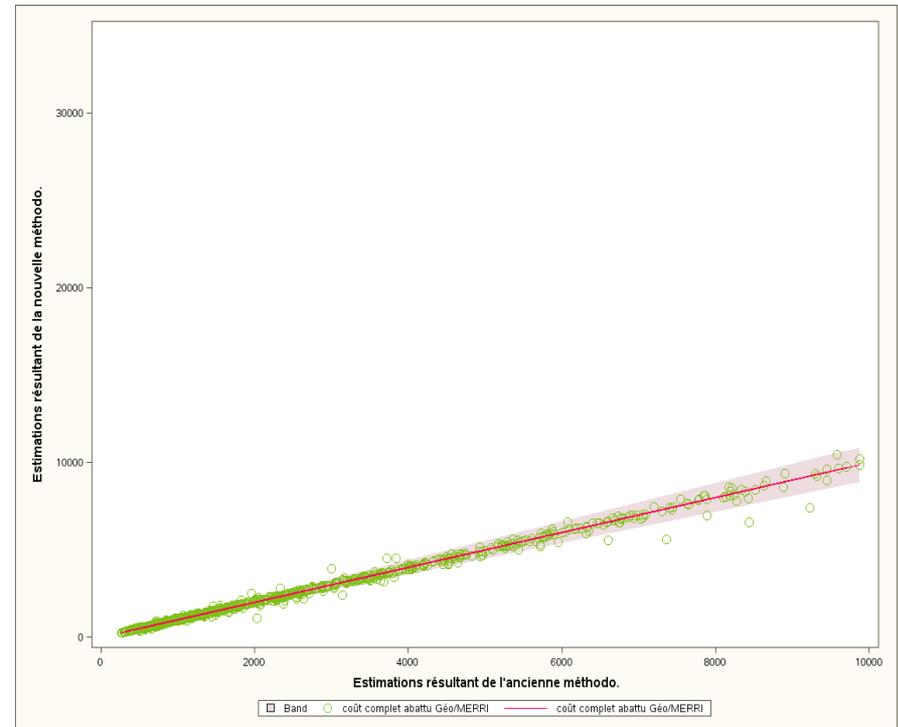
Impact du changement de méthode

- Comparaison des estimations de coût obtenues : ex-OQN
 Globalement peu de mouvements dans les estimations (*0,2% d'écart en moyenne*)

Tous GHM



Zoom sur les estimations <10 000€



Impact du changement de méthode

- Comparaison des estimations de coût obtenues : ex-OQN
Mais des effets locaux
- Exemple **GHM 21C041** « Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, niveau 1 »
 - Calé actuellement sur la durée de séjour globale
 - R^2 du modèle : 42,2% ; coût moyen estimé : 1 552 €
 - Avec la modélisation au GHM, calage sur la durée de séjour globale et le nombre d'ICR de bloc
 - R^2 du modèle : 88,1% ; coût moyen estimé : 1 835 €

Gain de précision de l'estimation de 67,5%, pour une évolution du coût de +18,2%

Impact du changement de méthode

- Comparaison des estimations de coût obtenues : ex-OQN
Mais des effets locaux
- Exemple **GHM 02C07J** « Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire »
 - Calé actuellement sur le nombre d'actes classant
 - R^2 du modèle : 6,8% ; coût moyen estimé : 463 €
 - Avec la modélisation au GHM, calage sur le nombre d'ICR de bloc
 - R^2 du modèle : 73,2% ; coût moyen estimé : 526 €

Gain de précision de l'estimation de 74,7%, pour une évolution du coût de +13,5%

Conclusion

- Globalement, un impact plutôt positif
 - Meilleure prise en compte des déterminants du coût pour chaque GHM
 - En résulte une plus grande robustesse des estimations
 - Estimations moins sensibles aux évolutions de l'échantillon
- En termes d'impact, pas de changement important sur les estimations calculées
- Une méthodologie souple et adaptable : nouvelle recherche des variables explicatives possible chaque année

Point sur les groupes de travail

=> Pour information du CT

Groupe de travail

*Construction d'une méthodologie
d'évaluation des coûts des services
d'urgence et de soins critiques*

GT « Réa / Urgences »

Point d'avancement

- La construction de la méthodologie a fait l'objet d'un marché remporté par le groupement Kurt Salmon / Les Asclépiades

- 2 groupes de travail réunissant les représentants des fédérations et de la DGOS ont déjà eu lieu :
 - 16/12/2015 :
 - Partage des objectifs et de la démarche
 - Présentation des méthodologies d'évaluation en coûts complets existantes et analyse bibliographique
 - Discussion sur les orientations à prendre en termes de méthode
 - 19/02/2016 :
 - Retour sur les visites réalisées dans les établissements
 - Présentation des orientations méthodologiques retenues

GT « Réa / Urgences »

Extrait de la présentation du 19/02

Les orientations méthodologiques retenues

La construction d'une méthodologie d'évaluation des coûts des services d'urgence et de réanimation, une démarche en 2 temps :

Etape 1 - campagne 2016 : développer une méthodologie de recueil des coûts de prise en charge par unité (et non par patient)

Etape 2 - campagne 2017 : intégrer à cette méthodologie une approche plus fine par patient -et notamment sur les charges de personnel- en approfondissement de la méthodologie ENC

Les diapositives qui suivent portent sur l'étape 1 :

Le découpage des sections d'analyse et les principes de déversement des coûts sont fondés sur la logique du RTC.



GT « Réa / Urgences »

Réunions planifiées

- 2 groupes de travail sont planifiés :
 - 29/03/2016
 - Premiers éléments du guide méthodologique
 - Trame de l'outil de recueil pour l'enquête portant sur les données 2015
 - 20/04/2016
 - Finalisation de l'outil de recueil pour l'enquête portant sur les données 2015
 - Présentation des évolutions méthodologiques proposées pour l'ENC / le RTC

- Début de l'enquête (supervisée) portant sur les données 2015 en septembre 2016

Groupe de travail

Mesure de la charge en soins

Groupe de travail

Mesure de la charge en soins

- Lors du **COFIL ENC du 18 novembre 2014**, il a été demandé que :
« les travaux relatifs à la mesure de la charge en soins soient lancés afin d'améliorer la répartition des charges de personnel soignant dans le modèle d'estimation des coûts des séjours MCO, au vu de leurs poids relatifs. »

- Il a donc été acté **la constitution d'un groupe de travail sur la mesure de la charge en soins piloté par l'ATIH** :
 - en premier lieu restreint aux fédérations hospitalières afin de s'accorder sur la méthode de travail = GT du 01/04/2015
 - puis ouvert aux établissements = GT du 11/02/2016
 - retours d'expériences présentés par 5 établissements

- Poursuite des échanges avec les établissements volontaires, et prochain GT à planifier pour discuter des propositions / axes de réflexion et suites à donner

Groupe de travail ENC

Programme 2016

Groupe de travail ENC

Rappel de l'objectif

- Création d'un groupe de travail ENC validé par le Comité Technique ENC du 19/02/2015
- Ayant pour objet l'étude de sujets techniques proposés par l'ATIH et par les établissements eux-mêmes
 - Objectif d'échanges et de travail autour de ces sujets
- 2 Dates en 2016 :
 - Le mardi 15 mars
 - Le mardi 11 octobre

Groupe de travail ENC

Ordre du jour du GT du 15 mars 2016

- Matin - Interchamps
 - Rappel des règles de fonctionnement du GT
 - Nouveau classeur ARCAH campagne 2015
 - Traitement des activités de recherche dans l'ENC
 - Traitement des éléments traceurs dans l'ENC
 - Présentation de l'annexe analytique sur les règles d'affectations

- Après-midi - Groupe MCO / HAD
 - Imputation des charges de bloc
 - Imputation des DMI non facturables en sus

- Après-midi - Groupe SSR
 - Prise en compte des matériels roulants dans l'ENC
 - SAMT métier : adéquations entre les charges et les ETP

Groupe de travail ENC

Etablissements participants

○ 50 établissements participants :

Données	Total
Nombre de Numéro FINESS	50
Nombre de participants	57

	Participation [matin]	Participation [après-midi]
Nombres de participants	56	56

Journée ATIH / ENC

- Date fixée au : **Mardi 5 Juillet 2016**
- Les invitations seront envoyées courant mai

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

www.atih.sante.fr