

ENC HAD 2017

Note de fin de campagne

Juillet 2019

Introduction

Les études nationales de coûts à méthodologie commune (ENC) du champ sanitaire sont des enquêtes annuelles menées par l'ATIH dans les établissements de santé publics et privés en médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD).

Elles collectent d'une part les informations sur les séjours/séquences issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et d'autre part des éléments de comptabilité analytique suivant une méthodologie spécifique.

L'objectif est de calculer les coûts de prise en charge de l'hospitalisation par séjour ou par séquence de soins.

Les coûts de prise en charge obtenus sont ensuite utilisés pour :

- produire des référentiels de coûts, soit des coûts moyens nationaux par groupes homogènes de malades en MCO, groupes médico-économiques en SSR ou groupes homogènes de prise en charge en HAD
- conduire les travaux de classification médico-économique au sein de l'ATIH
- orienter les réflexions des acteurs nationaux sur les modèles de financement et comme outil de la construction tarifaire en MCO.

L'objectif de cette note est de décrire le déroulement de la campagne de l'ENC HAD 2017, l'échantillon ainsi que la méthodologie de calcul des coûts moyens par GHPC qui a été mise en œuvre.

Les éléments concernant l'ENC HAD 2017 sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH¹. Les établissements participants ont été sélectionnés au cours de l'été 2016.

Les coûts moyens 2017 par GHPC sont disponibles dans le fichier Excel des valeurs nationales publié en juillet 2019 sur la plateforme de restitution de l'ATIH : <https://www.scansante.fr/valeurs-nationales-de-coûts-had-2017>.

¹ <https://www.atih.sante.fr/enc-had/documentation>

Sommaire

1. Déroulement de la campagne pour l'ENC 2017	4
2. Nouveautés sur la méthodologie de l'ENC 2017	4
3. Description de l'échantillon ENC 2017	5
3.1 DESCRIPTION GLOBALE	5
3.2 DESCRIPTION PAR GHPC.....	7
4. Méthodologie de calcul des coûts	8
4.1 PERIMETRE DES COUTS	8
4.2 CONTROLES QUALITE	8
4.3 REDRESSEMENT DES COUTS.....	9
Annexes	12
ANNEXE 1 : LISTE DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS A L'ENC HAD EN 2017 (HORS ABANDONS)	13
ANNEXE 2 : CALENDRIER DE CAMPAGNE.....	14
ANNEXE 3 : LES GROUPES DE DESCRIPTION DE L'ACTIVITE EN HAD	15

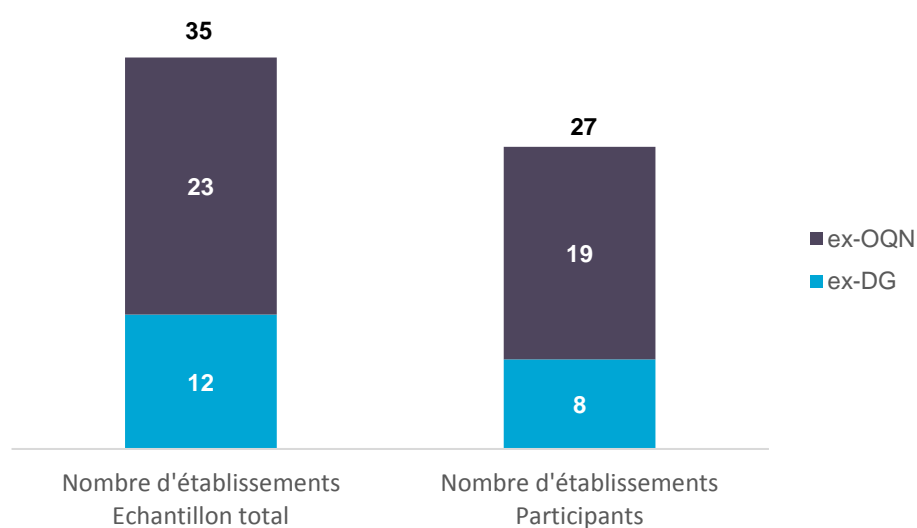
1. Déroulement de la campagne pour l'ENC 2017

L'étude nationale de coûts repose sur un échantillon d'établissements sélectionnés par l'ATIH, volontaires et représentatifs de la diversité du secteur. Les établissements, formés par l'ATIH, sont accompagnés par un superviseur dédié.

En contrepartie des moyens matériels et humains mobilisés, les établissements sélectionnés bénéficient d'une compensation financière. Son versement est conditionné par la signature d'une convention engageant l'établissement, notamment en termes de qualité des données recueillies.

Les recueils de données sont transmis à l'ATIH à partir des outils informatiques mis à disposition des établissements. Le calendrier de la campagne ENC est disponible en annexe 2.

En 2017, 35 établissements appartiennent à l'échantillon de début de campagne². Il y a eu 8 abandons, et 27 établissements ont finalement participé à l'étude³. La qualité des données recueillies a été jugée satisfaisante pour tous les participants, ils ont donc tous été intégrés.



2. Nouveautés sur la méthodologie de l'ENC 2017

La méthodologie de l'étude est décrite dans le guide ENC disponible sous le lien : <https://www.atih.sante.fr/enc-had-donnees-2017>

La méthodologie est stable par rapport à 2016. La seule nouveauté concerne les charges de la section BCMSS (Bilan, coordination médicale et sociale des soins), dont la répartition dans quatre sections détaillées devient obligatoire. Il s'agit ainsi de distinguer les charges de :

- Médecin et infirmier coordonnateurs
- Charges d'intervenants pour les temps de coordination
- Assistant social
- Autre personnel

² La liste des établissements inclus dans l'échantillon ENC HAD est disponible sur le site Internet de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/enc-had-donnees-2017>

³ La liste des 27 établissements participants est présentée en annexe 1.

3. Description de l'échantillon ENC 2017

L'unité de recueil dans l'ENC est la séquence.

L'indicateur de restitution est le coût moyen d'une journée. Il est calculé par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC). Une présentation agrégée est également disponible par Mode de Prise en charge Principal (MPP) et par association des modes de prise en charge principal et associé (MPP x MPA). L'annexe 3 détaille les modes de prise de charge et le mode de construction des GHPC.

Les 2 secteurs de financement (ex-DG et ex-OQN) sont traités ensemble, il y a une seule échelle de coûts commune aux 2 secteurs.

Les effectifs présentés ici sont les effectifs après contrôles qualité⁴.

3.1 Description globale

T 1 I Taux de sondage par secteur de financement et statut juridique

		ENC 2016			ENC 2017		
		Nb établissements intégrés	Nb journées ENC	Taux de sondage	Nb établissements intégrés	Nb journées ENC	Taux de sondage
Ex-DG	CH	6	60 340	4.9%	5	62 489	7.3%
	CHU	0	0	0%	0	0	0.0%
	EBNL	4	695 943	53.3%	3	635 154	45.9%
	Total ex-DG	10	756 283	29.8%	8	697 643	26.2%
Ex-OQN	Privé lucratif	4	32 495	4.8%	7	60 914	7.5%
	EBNL	12	285 553	18.3%	12	322 124	20.2%
	Total ex-OQN	16	318 048	14.2%	19	383 038	15.9%
Total		26	1 074 331	22.5%	27	1 080 681	21.3%

Le taux de sondage 2017, c'est-à-dire le nombre de journées réalisées par les établissements de l'échantillon par rapport au nombre de journées réalisées par l'ensemble des établissements HAD est de 21%. Comme les années précédentes, il est plus important sur le secteur ex-DG, ce qui est notamment dû à la participation de Santé Service HAD, établissement réalisant le plus de journées au national.

Le taux de sondage est en baisse de 3 points sur le secteur ex-DG par rapport à l'année précédente, et en hausse de 2 points sur le secteur ex-OQN.

Le taux de sondage est le plus élevé pour les établissements à but non lucratif (EBNL) du secteur ex-DG⁵ (46%) et ex-OQN (20%). Pour les CH et les privés ex-OQN, il est respectivement de 7% et 8%. Il est nul pour les CHU, puisque aucun CHU ne participe à l'ENC HAD.

⁴ cf. partie 4.2

⁵ dont fait partie Santé Service HAD.

T 2 I Répartition des journées dans l'échantillon et au national

		Echantillon		Au national	
		Nb journées	%	Nb journées	%
Ex-DG	CH	62 489	6%	852 367	17%
	CHU	0	0%	425 058	8%
	EBNL	635 154	59%	1 383 683	27%
Ex-OQN	Privé lucratif	60 914	6%	812 253	16%
	EBNL	322 124	30%	1 597 141	31%
Total		1 080 681	100%	5 070 502	100%

Les CH, les CHU et les établissements privés lucratifs sont sous-représentés dans l'échantillon. Au contraire, les EBNL du secteur ex-DG sont surreprésentés dans l'échantillon.

La part des journées réalisées par les EBNL du secteur ex-OQN est similaire dans l'échantillon et dans la population nationale.

T 3 I Taux de sondage par MPP

MPP	Libellé	Nombre de journées ENC	Taux de sondage	Evolution 2016-2017 (en nb points)
01	Assistance respiratoire	21 237	18%	3.3
02	Nutrition parentérale	23 803	19%	-3.0
03	Traitement intraveineux	44 349	15%	-1.5
04	Soins palliatifs	245 063	19%	-2.5
05	Chimiothérapie anti-cancéreuse	35 407	33%	-3.8
06	Nutrition entérale	78 909	24%	1.2
07	Prise en charge de la douleur	14 057	10%	-4.0
08	Autres traitements	17 262	13%	-2.1
09	Pansements complexes et soins spécifiques	307 657	22%	-1.5
10	Post traitement chirurgical	47 479	42%	1.1
11	Rééducation orthopédique	9 024	22%	7.4
12	Rééducation neurologique	8 779	17%	4.0
13	Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	59 710	31%	-4.1
14	Soins de nursing lourds	105 410	24%	0.9
15	Education du patient et de son entourage	21 888	32%	-1.6
17	Surveillance de radiothérapie	1 204	19%	3.1
18	Transfusion sanguine	14	2%	1.9
19	Surveillance de grossesse à risque	18 766	16%	2.7
21	Post-partum pathologique	17 758	26%	-0.9
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	871	4%	3.0

MPP	Libellé	Nombre de journées ENC	Taux de sondage	Evolution 2016-2017 (en nb points)
24	Surveillance d'aplasie	1 725	23%	-0.2
29	Sortie précoce de chirurgie	309	12%	4.2
Total		1 080 681	21%	-0.7

Le taux de sondage est supérieur à 10% pour de nombreux MPP. Par exemple sur les Soins palliatifs (MPP 04), qui représentent un quart de l'activité nationale, le nombre de journées présentes dans l'échantillon ENC correspond à 19% des journées nationales de ce MPP.

3.2 Description par GHPC

Sur les 2 777 GHPC existants en 2017, 1 642 comptent au moins une journée dans la base nationale 2017. L'activité nationale est très concentrée, puisque 10% des GHPC regroupent 80% de l'activité en nombre de journées. Ainsi, beaucoup de GHPC présentent un nombre faible ou nul de journées au niveau national et à fortiori dans l'échantillon.

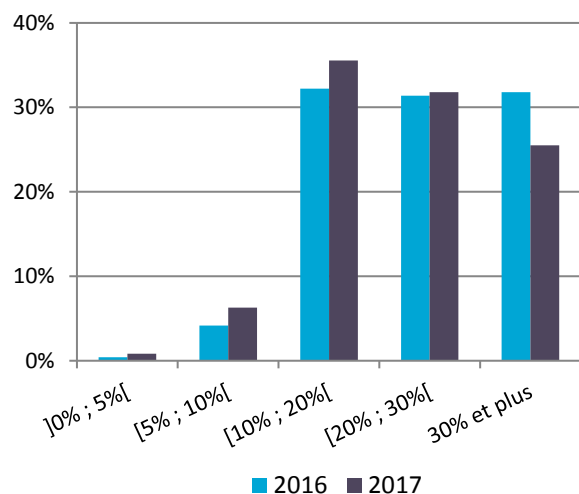
Sur les 1 642 GHPC avec au moins une journée au national, 988 GHPC (60%) présentent au moins une journée dans le recueil de coûts 2017. Les 40% restant ne sont pas représentés dans l'échantillon ENC (soit un taux de sondage nul), mais ils ne représentent que 2% de l'activité nationale.

Les coûts journaliers moyens sont calculés sur les GHPC avec un effectif suffisant, c'est-à-dire ayant au moins 30 séquences ou au moins 20 séquences et 500 journées. Cela concerne 239 GHPC qui regroupent, au national, 85% de l'activité.

C'est stable par rapport à 2016, où les GHPC avec un coût calculé représentaient également 85% de l'activité nationale.



F 1 I Part de GHPC par classe de taux de sondage



Les taux de sondage de ces 239 GHPC sont assez bons : pour 93% d'entre eux, il est supérieur à 10%. C'est stable par rapport à 2016.

4. Méthodologie de calcul des coûts

4.1 Périmètre des coûts

Dans la mesure où certaines zones géographiques donnent lieu à des surcoûts dont il convient de ne pas répercuter l'effet dans le calcul du coût journalier moyen national, les coûts des séquences des établissements concernés sont diminués à l'aide du coefficient géographique⁶ correspondant. La composition de l'échantillon 2017 conduit à minorer ainsi de 7% les coûts des établissements de la région Ile-de-France et de 31% les coûts des établissements de la Réunion.

Les charges de structure et de médecin traitant sont exclues des coûts. Les charges de structures sont exclues car elles ne peuvent pas faire l'objet d'un redressement et par voie de conséquence sont sensibles à la composition de l'échantillon. Les coûts de médecin traitant sont exclus car tous les établissements ex-OQN ne recueillent pas ces charges.

Par ailleurs, les molécules onéreuses pouvant peser fortement sur le coût de certains GHPC, un coût hors molécules onéreuses⁷ est également présenté.

4.2 Contrôles qualité

Avant de calculer les coûts journaliers moyens, des contrôles sont menés sur les données de coûts pour détecter d'éventuelles atypies, et supprimer si nécessaire les séquences concernées.

⁶ Coefficient en vigueur en 2017

⁷ Spécialités pharmaceutiques facturables en sus et médicaments sous ATU (recueillis dans les charges au domicile du patient et les SAMT).

Rappel méthodologique :

Dans les valeurs nationales 2009 à 2012, les séquences à cheval sur N-1 ou N+1 ont été supprimées, pour ne garder que les séquences entières sur l'année. A partir des valeurs nationales 2013, la méthodologie de valorisation des séquences a été améliorée afin de pouvoir inclure les séquences à cheval sur N-1 dans le calcul des coûts par GHPC. Ainsi, **les valeurs nationales 2017 sont construites, pour les établissements appartenant aux études 2016 et 2017, à partir des informations de l'ensemble des séquences terminées en 2017.**

En pratique, pour les séquences commencées en 2016 et terminées en 2017, les coûts des séquences remontées dans l'étude 2016 ont été sommés aux coûts des séquences remontées dans l'étude 2017. Cette opération a été réalisée pour les établissements intégrés aux deux études, soit 24 établissements sur les 27 établissements intégrés à l'échantillon 2017. Les coûts de toutes les sections ont été sommés, à l'exception de la section « accueil et gestion des malades ». Pour celle-ci, seul le coût le plus récent a été conservé (soit le coût de 2017), afin de ne pas imputer deux fois cette charge sur la séquence.

Les séquences à cheval sur N+1 sont, elles, exclues des valeurs nationales 2017. Elles seront prises en compte dans les valeurs nationales 2018 (pour les établissements intégrés en 2017 et 2018).

Suppression des séquences à cheval : 3 109 séquences à cheval sur N+1 ou sur N-1 pour les établissements non intégrés en N-1 sont supprimées, soit 5% de la base initiale.

Suppression des séquences en erreur : Les 85 séquences groupées en GHPC erreur (GHPC 9999) sont supprimées.

Suppression des séquences dites atypiques : Une procédure de détection des atypies a été mise en place de sorte d'exclure les séquences présentant des valeurs non conformes pouvant influencer la valeur moyenne. Sont ainsi supprimées :

- 927 séquences avec un coût intervenant très faible, c'est-à-dire un coût intervenant sur le séjour inférieur à 15€ et un coût journalier intervenant sur la séquence inférieur à 3€ (coût au domicile du patient, hors transport).
- 39 séquences avec plus de 10 passages d'intervenants par jour.
- 2 séquences avec un coût de LGG supérieur à 80% du coût total
- 6 séquences avec un poste de coût incohérent (des coûts de sage-femme sur un mode de prise en charge non attendu par exemple)
- 1 séquence avec un coût journalier très élevé et une incohérence dans la description médicale.

Au final, 6% des séquences sont supprimées de la base, dont 5% en raison des séquences à cheval sur deux exercices.

4.3 Redressement des coûts

L'ENC est une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements. De ce fait, les coûts moyens par GHPC ne sont que des estimations du coût national inconnu. Ces coûts sont donc sensibles à la composition de l'échantillon d'établissements. Cette variabilité peut être réduite en utilisant une technique de redressement, appelée calage sur marges. La méthodologie est détaillée dans l'encadré ci-dessous.

Le calage sur marges : pour quoi faire ?

Le principe du redressement ou calage consiste à tirer profit d'une information auxiliaire (c'est-à-dire en pratique d'un ensemble de variables corrélées au coût complet) disponible dans une base de données nationale afin de modifier les poids de sondage initiaux.

Pour comprendre la nécessité d'un redressement du coût issu d'un échantillon, un exemple est proposé :

Il s'agit de connaître le revenu moyen mensuel d'un français.

Pour cela un échantillon de 100 individus français, composé de 20 femmes et 80 hommes est constitué. Dans cet échantillon, l'âge moyen des femmes est de 32,8 ans et celui des hommes est de 55,2 ans. Le revenu moyen mensuel pour cet échantillon est de 3 078 €.

Par ailleurs, au niveau national (source INSEE), il y a 48,0% de femmes et 52,0% d'hommes, l'âge moyen des femmes est de 42,6 ans et celui des hommes est de 39,8 ans.

L'échantillon contient donc plus d'hommes plus âgés que la population française nationale.

Or on sait que le lien entre le revenu moyen, le sexe et l'âge est très fort.

Ainsi le revenu moyen d'un français ne sera certainement pas égal à 3 078 € puisque l'échantillon ne respecte pas les proportions de la population nationale concernant le sexe et l'âge. D'ailleurs le revenu moyen mensuel d'un français est estimé à 1 712 € par l'INSEE (donc bien différent de celui observé dans l'échantillon).

Il convient donc de redresser l'échantillon, et la méthode choisie est appelée calage sur marges.

Parallèle avec l'étude nationale de coûts HAD :

Tout comme dans l'exemple ci-dessus, les répartitions des caractéristiques de l'échantillon des 27 établissements participants à l'étude ne sont pas égales à celles de la population de référence. Il n'est donc pas juste d'utiliser directement les données brutes pour estimer un coût de prise en charge moyen pour la population de référence. Les données de l'échantillon doivent être redressées.

Le calage sur marges : comment ça marche ?

Ce redressement ne modifie en rien les valeurs des coûts recueillis mais **il modifie la contribution de chaque donnée dans le calcul des coûts moyens.**

Le calage est réalisé en deux grandes étapes : la recherche des variables de calage puis le calcul des pondérations.

PREMIERE ETAPE : Recherche des variables de calage

Le calage peut être effectué grâce à la connaissance de certaines caractéristiques de la population nationale. Les variables connues sur l'ensemble des HAD peuvent donc être testées. Cependant, plusieurs contraintes doivent être respectées dans le choix des variables retenues :

- ◆ elles doivent être explicatives du coût que l'on cherche à estimer,
- ◆ elles ne doivent pas être corrélées entre elles,
- ◆ elles ne doivent pas être en trop grand nombre (sous peine que le calage échoue).

C'est la régression linéaire qui sert d'outil pour sélectionner les variables. Dans l'exemple sur l'estimation du revenu des français, les variables de calage sont le sexe et l'âge.

SECONDE ETAPE : Calcul des pondérations

Le but de cette étape est d'obtenir un poids à chaque observation (donc une pondération pour chacune des séquences de chaque GHPC). Les poids seront tels que, pour chaque GHPC, les caractéristiques

de l'échantillon pondéré seront égales aux caractéristiques de la population de référence. Ce système de poids est trouvé grâce à une macro SAS élaborée par l'INSEE, nommée CALMAR⁸ (pour CALage sur MARges).

Autrement dit, après calage, pour chaque GHPC, l'échantillon redressé a les mêmes caractéristiques que celles observées sur la population de référence, et cela pour l'ensemble des variables de calage conservées dans le modèle final.

Pour les valeurs nationales HAD, 3 variables de calage sont utilisées :

- le statut juridique : établissement public, établissement privé à but non lucratif (EBNL), établissement privé à but lucratif
- l'âge : moins de 30 ans, 30-79 ans, 80 ans et plus *nouveauté 2017*
- le score AVQ (la somme des 6 variables AVQ)

Le calage s'effectue GHPC par GHPC, pour les GHPC présentant un nombre suffisant de séquences (au moins 30 séquences ou au moins 20 séquences et 500 journées).

Tous les GHPC ne sont pas calés sur les 3 variables. Par exemple, si un GHPC est alimenté uniquement par des établissements privés, le statut juridique n'est pas pris en compte.

Ainsi, les valeurs nationales présentées sont des coûts « redressés », dans le but de refléter, non pas uniquement les coûts de l'échantillon, mais ceux de l'ensemble des établissements. En HAD cependant, peu de variables explicatives du coût sont disponibles au niveau national. Le redressement reste donc mineur.

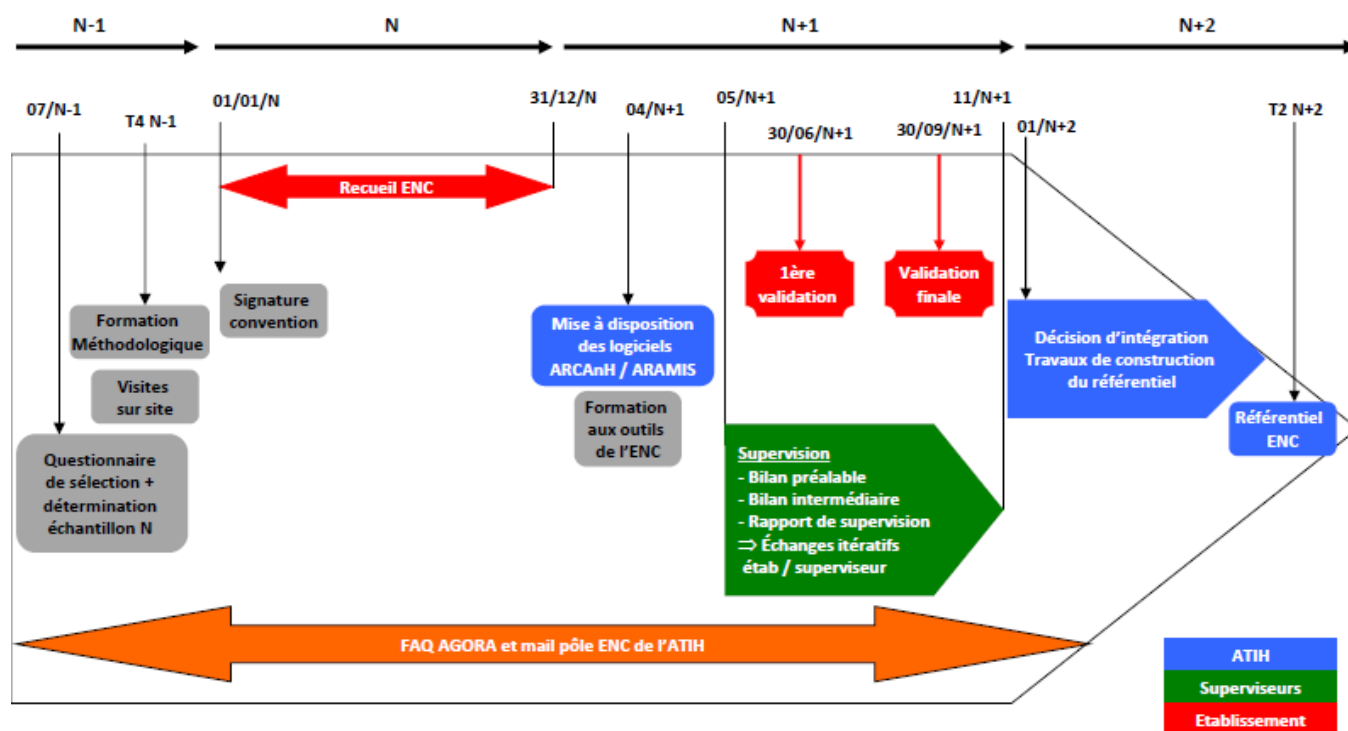
⁸ Cette macro est disponible sur le site de l'INSEE dans la rubrique « Définitions, méthodes et qualité – Modèles méthodes et outils statistiques – Les outils statistiques – La macro SAS CALMAR »

Annexes

**Annexe 1 : Liste des établissements participants à l'ENC HAD en 2017
(hors abandons)**

Statut	Finess	Raison sociale
Ex-DG	170023279	Groupe Hospitalier de la Rochelle - RE - AUNIS
Ex-DG	310780671	CH COMMINGES PYRÉNÉES SAINT GAUDENS
Ex-DG	420780033	Centre Hospitalier de Roanne
Ex-DG	590048476	HAD SYNERGIE / GHICL
Ex-DG	690788930	Soins et Santé HAD LYON
Ex-DG	790000012	HAD - Centre Hospitalier de Niort
Ex-DG	800000085	HAD CHIMR MONTDIDIER
Ex-DG	920813623	Santé Service HAD
Ex-OQN	110005394	KORIAN PAYS DES QUATRE VENTS
Ex-OQN	140016155	HAD SSIAD DU BESSIN BAYEUX
Ex-OQN	370103673	HAD 37 ASSAD - HAD EN TOURAINE P. Larmande
Ex-OQN	400780888	Santé Service Dax
Ex-OQN	470009358	HAD 47
Ex-OQN	480001825	HAD de Lozère
Ex-OQN	510020548	HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE - HAD France
Ex-OQN	540010568	HADAN
Ex-OQN	630010296	A.G.E.S.S.A - HAD 63
Ex-OQN	670000652	Aural HAD
Ex-OQN	670008838	HAD NORD ALSACE Fondation St François
Ex-OQN	680017829	HAD SUD ALSACE MULHOUSE
Ex-OQN	760020529	HAD du Cèdre
Ex-OQN	800016768	HAD PAUCHET MONTDIDIER
Ex-OQN	880006606	KORIAN PAYS DES IMAGES
Ex-OQN	890009178	HAD Sud de l Yonne et Haut Nivernais
Ex-OQN	970403119	ASDR HAD Sud
Ex-OQN	970404851	ASDR HAD Nord-est
Ex-OQN	970406625	ASDR HAD Ouest

ANNEXE 2 : Calendrier de campagne



ANNEXE 3 : Les groupes de description de l'activité en HAD

En HAD, il n'y a pas de classification médico-économique. L'activité est décrite via des groupes homogènes de prises en charge (GHPC). Chaque séquence est classée dans un GHPC. Celui-ci est la combinaison de 3 variables du PMSI : le mode de prise en charge principal (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) et l'indice de Karnosky (IK).

Il y a 22 MPP, 22 MPA et 10 valeurs d'IK possibles.

MPP	MPA	IK
01 - Assistance respiratoire	00 - Pas de mode de prise en charge associé	10
02 - Nutrition parentérale	01 - Assistance respiratoire	20
03 - Traitement intraveineux	02 - Nutrition parentérale	30
04 - Soins palliatifs	03 - Traitement intraveineux	40
05 - Chimiothérapie anti-cancéreuse	04 - Soins palliatifs	50
06 - Nutrition entérale	05 - Chimiothérapie anti-cancéreuse	60
07 - Prise en charge de la douleur	06 - Nutrition entérale	70
08 - Autres traitements	07 - Prise en charge de la douleur	80
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	08 - Autres traitements	90
10 - Post traitement chirurgical	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	100
11 - Rééducation orthopédique	10 - Post traitement chirurgical	
12 - Rééducation neurologique	11 - Rééducation orthopédique	
13 - Surveillance post chimiothérapie anti-	12 - Rééducation neurologique	
14 - Soins de nursing lourds	13 - Surveillance post chimiothérapie anti-	
15 - Education du patient et de son entourage	14 - Soins de nursing lourds	
17 - Surveillance de radiothérapie	15 - Education du patient et de son entourage	
18 - Transfusion sanguine	17 - Surveillance de radiothérapie	
19 - Surveillance de grossesse à risque	18 - Transfusion sanguine	
21 - Post-partum pathologique	19 - Surveillance de grossesse à risque	
22 - Prise en charge du nouveau-né à risque	21 - Post-partum pathologique	
24 - Surveillance d'aplasie	22 - Prise en charge du nouveau-né à risque	
29 - Sortie précoce de chirurgie	24 - Surveillance d'aplasie	

Toutes les combinaisons MPP x MPA x IK ne sont pas possibles. En 2017, 2 777 GHPC sont autorisés.