



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

SIRET n° 180 092 298 00033 – code APE : 8411 Z

117, boulevard Marius Vivier Merle

69329 LYON CEDEX 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Télécopie : 04 37 91 33 67

Service Financement des Etablissements de Santé

Pôle Allocations de Ressources aux Etablissements de Santé

Guide de lecture des valeurs nationales de coûts

Données ENCc HAD 2009

Sommaire

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Préambule</i> | 3 |
| 1 – Présentation de l'échantillon ENCc 2009 | 3 |
| 2 – Corrections préalables au calcul des valeurs nationales | 5 |
| A- Prise en compte du coefficient géographique | 5 |
| B- Trimage des séjours atypiques | 5 |
| 3 – Calcul des valeurs nationales et opérations de calage | 5 |
| 4 – Guide de lecture | 7 |
| A- Coûts décomposés par GHPC, par MPP x MPA et par MPP | 7 |
| B- Données nationales PMSI 2009 | 9 |
| Annexe : Liste des établissements participants à l'ENCc HAD en 2009 | 10 |

Préambule

Les coûts présentés dans le fichier des valeurs nationales sont issus de l'Etude Nationale des Coûts à méthodologie commune (ENCc) HAD 2009. Ils sont calculés à partir des données de coûts collectées par 8 établissements ex-DG et 9 établissements ex-OQN, dont les données ont été jugées de qualité suffisante pour être prises en compte dans le calcul des coûts.

L'indicateur présenté est le coût journalier moyen d'une séquence. Il est calculé par GHPC, par association MPP x MPA et par MPP, pour l'ensemble des deux secteurs (ex-DG et ex-OQN).

1 – Présentation de l'échantillon ENCc 2009

Taux de sondage par type d'établissement

| Type d'établissement | Nombre d'établissements intégrés | En séquences | | En journées | |
|----------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| | | Nombre ENCc ¹ | Taux de sondage | Nombre ENCc ¹ | Taux de sondage |
| Centre Hospitalier | 4 | 2 969 | 6,5% | 27 401 | 5,5% |
| CHU | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0% |
| EBNL | 4 | 27 794 | 52,3% | 384 410 | 46,1% |
| Total ex-DG | 8 | 30 763 | 24,5% | 411 811 | 24,2% |
| Total ex-OQN | 9 | 7 985 | 10,0% | 134 826 | 9,3% |
| Total | 17 | 38 748 | 18,9% | 546 637 | 17,3% |

¹après trimage

Le taux de sondage global est de 19% en séquences et 17% en journées. Il atteint 24% sur le secteur ex-DG, ce qui est notamment dû à la participation de Santé Service HAD, plus important établissement HAD de France en nombre de séquences. La liste des 23 établissements participants à l'ENCc HAD 2009 est présentée en annexe.

Les tableaux suivants présentent les taux de sondage par Mode de Prise en charge Principal (MPP) et Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC).

Taux de sondage par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

| MPP | Libellé | En séquences | | En journées | |
|--------------|-------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | | Nombre ENCc | Taux de sondage | Nombre ENCc | Taux de sondage |
| 01 | Assistance respiratoire | 590 | 10,4% | 13 699 | 11,1% |
| 02 | Nutrition parentérale | 1 843 | 25,4% | 30 384 | 27,6% |
| 03 | Traitement intraveineux | 1 622 | 11,4% | 18 336 | 11,4% |
| 04 | Soins palliatifs | 9 518 | 19,0% | 159 549 | 19,2% |
| 05 | Chimiothérapie | 5 835 | 34,1% | 29 814 | 37,4% |
| 06 | Nutrition entérale | 1 296 | 16,7% | 36 340 | 16,8% |
| 07 | Prise en charge de la douleur | 476 | 9,5% | 6 434 | 8,0% |
| 08 | Autres traitements | 1 475 | 15,6% | 8 193 | 7,7% |
| 09 | Pansements complexes et soins spécifiques | 3 006 | 14,1% | 83 424 | 14,2% |
| 10 | Post traitement chirurgical | 1 770 | 17,6% | 41 442 | 26,8% |
| 11 | Rééducation orthopédique | 223 | 7,1% | 3 611 | 6,0% |
| 12 | Rééducation neurologique | 235 | 9,8% | 5 826 | 10,8% |
| 13 | Surveillance post chimiothérapie | 1 832 | 28,9% | 30 673 | 38,0% |
| 14 | Soins de nursing lourds | 899 | 10,6% | 25 959 | 11,5% |
| 15 | Education du patient et de son entourage | 252 | 9,1% | 6 621 | 14,3% |
| 17 | Radiothérapie | 44 | 18,4% | 875 | 23,0% |
| 18 | Transfusion sanguine | 14 | 4,2% | 31 | 5,1% |
| 19 | Surveillance de grossesse à risque | 112 | 2,9% | 2 524 | 3,1% |
| 20 | Post-partum physiologique | 557 | 6,3% | 3 037 | 8,5% |
| 21 | Post-partum pathologique | 7 003 | 48,5% | 37 349 | 44,2% |
| 22 | Prise en charge du nouveau-né | 9 | 0,2% | 122 | 0,4% |
| 24 | Surveillance d'aplasie | 137 | 31,6% | 2 394 | 43,7% |
| Total | | 38 748 | 18,9% | 546 637 | 17,3% |

Le taux de sondage est supérieur à 10% pour de nombreux MPP, il atteint 48,5% pour le Post-Partum pathologique (MPP 21) et 34,1% pour la Chimiothérapie (MPP 05). Il est en revanche inférieur à 4% sur la Surveillance de grossesse à risque (MPP 19) et la Prise en charge du nouveau-né (MPP 22).

Taux de sondage par GHPC (en séquences)

| Taux de sondage | Part de GHPC ENCc 2009 | Part de séquences nationales 2009 |
|-----------------|------------------------|-----------------------------------|
| 0% | 26,1% | 3,8% |
|]0% ; 5%[| 8,8% | 14,8% |
|]5% ; 10%[| 13,5% | 14,5% |
|]10% ; 20%[| 20,1% | 36,0% |
|]20% ; 30%[| 9,1% | 10,8% |
| 30% et plus | 22,3% | 20,0% |
| Total | 100,0% | 100,0% |

Sur les 1 895 GHPC existants, 1 414 comptent au moins une séquence dans la base nationale 2009. L'activité nationale est très concentrée, puisque 17% des GHPC regroupent 80% de l'activité en nombre de séquences. Ainsi, beaucoup de GHPC présentent un nombre faible ou nul de séquences au niveau national et a fortiori dans l'échantillon. Dans l'ENCc, 65% des GHPC présentent un taux de sondage d'au moins 5%. Ces GHPC représentent 81% de l'activité nationale. 26% des GHPC ne sont pas représentés dans l'ENCc 2009, mais ils ne représentent que 3,8% de l'activité nationale.

2 – Corrections préalables au calcul des valeurs nationales

A- Prise en compte du coefficient géographique

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 moyen journalier national, les coûts des séquences des établissements concernés sont diminués à l'aide du coefficient géographique correspondant. La composition de l'échantillon 2009 conduit à minorer ainsi de 7% les coûts des établissements de la région Ile-de-France et de 30% les coûts des établissements de Guadeloupe et de la Réunion.

B- Trimage des séjours atypiques

Avant de calculer les coûts journaliers moyens, un trimage de certaines séquences est réalisé.

Trimage des séquences à cheval : Dans la méthodologie ENCC, les charges remontées par les établissements couvrent l'année civile 2009, du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les séquences à cheval sur 2008 et/ou 2010 ne peuvent donc pas être correctement valorisées. En effet, pour une séquence débutant en 2008 et se terminant en 2009, seules les journées de 2009 sont valorisées avec les charges recueillies à partir du 1^{er} janvier 2009. Etant donné que les charges 2008 ne sont pas prises en compte, ces séquences ne sont pas incluses dans le calcul des valeurs nationales. Ce sont ainsi 3 802 séquences à cheval qui sont trimées, soit 8,7% de la base initiale.

Trimage des séquences en erreur : Les 810 séquences groupées en GHPC erreur (GHPC 9999) sont trimées.

Trimage des séquences dites atypiques : Un certain nombre d'atypies a été décelé. Pour cette première année, le trimage en atypie concerne uniquement les séquences avec un coût intervenant faible. Ainsi, 339 séquences avec un coût total intervenant sur le séjour inférieur à 20€ et un coût journalier intervenant sur la séquence inférieur à 4€ sont trimées.

3 – Calcul des valeurs nationales et opérations de calage

L'ENCC est une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements, et donc de séquences. De ce fait, les coûts journaliers moyens par GHPC, par association MPP x MPA ou par MPP ne sont que des estimateurs du coût national inconnu. Les coûts journaliers moyens calculés sont sensibles à la composition de l'échantillon d'établissements. Cette variabilité peut être réduite en utilisant une technique de redressement (appelée aussi calage).

Pour résumer, le principe du redressement 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 un fichier national afin de modifier les poids de sondage initiaux. Les poids calés ont pour propriété, d'une part d'être proches des poids initiaux (lesquels reflètent directement la méthode d'échantillonnage) et d'autre part de produire des estimations de totaux, pour chacune des variables auxiliaires, égales aux vrais totaux de ces variables, cela quel que soit l'échantillon tiré. Les vrais totaux sont obtenus à partir d'un fichier exhaustif, en l'occurrence la base nationale annuelle regroupant tous les séjours du PMSI. Le calage permet donc une certaine stabilisation des estimations de coût moyen, cela d'autant plus que les variables auxiliaires sont corrélées au coût complet.

L'individu statistique traité est la séquence : de ce fait, chaque séquence de la base a un poids calé qui lui est propre. Pour réaliser les calages simultanément sur plusieurs variables auxiliaires, la macro SAS CALMAR (CALage sur MARges) développée par l'Insee a été utilisée. Les pondérations calées produites par le logiciel sont telles que :

- pour une variable auxiliaire qualitative (comme le type d'établissement), les effectifs pondérés des modalités de la variable dans l'échantillon, après redressement, seront égaux aux effectifs connus sur la population ;
- pour une variable auxiliaire quantitative (comme la durée de séquence), le total pondéré de la variable dans l'échantillon, après redressement, sera égal au total connu sur la population.

Les bases nationales annuelles du PMSI 2009 ont été utilisées pour calculer les vrais totaux sur lesquels on se cale.

Les variables de calage sélectionnées sont les suivantes :

- **type de l'établissement (3 modalités)**
 - o centre hospitalier universitaire (CHU) et centre hospitalier (CH)
 - o établissement privé à but non lucratif (EBNL)
 - o établissement privé

Les établissements de type CH et CHU sont regroupés dans une seule modalité car il n'y a pas de CHU dans l'échantillon ENCc 2009.

- **durée totale de la séquence**
- **score AVQ (=somme des six variables AVQ)**

Le calage s'effectue GHPC par GHPC, pour les GHPC présentant un nombre suffisant de séquences (au minimum 30 séquences).

Tous les GHPC ne sont pas calés sur ces trois variables. Par exemple, si un GHPC est alimenté au national uniquement par des établissements privés, le type d'établissement n'est pas pris en compte.

In fine, le coût journalier moyen estimé par GHPC disponible dans le référentiel est issu du calcul suivant :

$$\frac{\sum_{\text{séquences}} \text{Poids redressé de la séquence} \times \text{coût de la séquence}}{\sum_{\text{séquences}} \text{poids redressé}}$$

La même opération de calage a également été réalisée par MPP x MPA. Les coûts par MPP x MPA et par MPP présentés dans le fichier des valeurs nationales sont issus de ce calage.

Attention, il y donc deux périmètres différents :

→ Coûts décomposés par GHPC : calage par GHPC, sur les GHPC d'au moins 30 séquences.

→ Coûts décomposés par MPP x MPA et coûts décomposés par MPP : calage par MPP x MPA, sur les associations MPP x MPA d'au moins 30 séquences. Comme le niveau d'agrégat est moins fin que le GHPC, il y a donc plus de séquences de l'échantillon ENCc utilisées. De ce fait, le coût moyen pondéré par les effectifs nationaux d'une association MPP x MPA calculé à partir du coût

des GHPC n'est pas égal au coût moyen de l'association MPP x MPA calculé directement sur les séquences de cette association.

L'échelle à utiliser dépend du niveau d'agrégat étudié : pour une recherche de coût sur un GHPC donné, il convient de privilégier les coûts décomposés par GHPC. Si l'analyse porte sur un niveau plus global (MPP x MPA ou MPP), il est préférable de se référer à l'échelle par MPP x MPA ou par MPP.

4 – Guide de lecture

Les valeurs nationales HAD 2009 sont éditées sous la forme d'un fichier Excel constitué de plusieurs onglets.

A- Coûts décomposés par GHPC, par MPP x MPA et par MPP

Coûts décomposés par GHPC : ne sont présents que les GHPC qui présentent au moins 30 séquences dans l'échantillon de l'ENCc HAD 2009.

Coûts décomposés par MPP x MPA et par MPP : ne sont présents que les associations MPP x MPA qui présentent au moins 30 séquences dans l'échantillon de l'ENCc HAD 2009.

Pour rappel, le coût journalier est obtenu après les traitements statistiques suivants :

- Abattement du coefficient géographique
- Elimination des séjours atypiques (trimage)
- Application du processus de calage sur marges

Deux coûts journaliers sont présentés : un coût hors structure et hors médecin traitant, et un coût hors structure, hors médecin traitant et hors molécules onéreuses. Ce dernier permet de se rendre compte de l'impact des molécules onéreuses sur le coût total de la séquence.

Il convient de noter que le coût journalier est une moyenne des coûts des établissements. Ces coûts peuvent varier de façon importante suivant les établissements pour des raisons d'organisation interne, de techniques employées... Le coût journalier moyen calculé n'est donc qu'une valeur possible du coût.

Le coût journalier est également décomposé en plusieurs postes de coûts. Attention, il n'est pas garanti que la décomposition du coût sur les différents postes soit fidèle à la réalité. En effet, le processus statistique de calage sur marges est effectué sur le coût journalier total grâce à des variables explicatives de ce dernier (score AVQ par exemple). Ce calage ne permet donc pas redresser la structure du coût, de sorte de la rendre plus proche de la décomposition du coût telle qu'elle serait observée sur la base nationale. Cette décomposition est donc fortement dépendante de l'échantillon.

Dans la méthodologie ENCc HAD 2009, deux scénarios de recueil existent. Soit l'établissement n'est pas en mesure de séparer les charges intervenants au domicile du patient des charges de transport des intervenants (il est alors en scénario 1), soit il peut faire cette distinction (il est alors en scénario 2). Le scénario « cible » est le scénario 2. Cependant, tant que tous les établissements ne suivent pas ce scénario, ces deux charges (intervenants au domicile du patient et transport des intervenants) sont regroupées dans la même section « intervenants », de manière à être sur le même périmètre de charges pour tous les établissements.

Les 8 grands postes de coûts présentés sont les suivants :

- intervenants
- charges au domicile du patient (CDP)
- bilan, coordination médicale et sociale des soins (BCMSS)
- continuité des soins (CS)
- logistique dédiée au patient (LDP)
- logistique médicale (LM)
- logistique et gestion générale (LGG)
- structure

Outre les dépenses totales de chacun de ces postes, les sous-postes de coûts les plus contributifs du total sont parfois détaillés. Par exemple, pour les coûts de LGG, le coût total et le détail des coûts de 5 des 11 sections de LGG¹ sont présentés.

En pratique : les boutons au-dessus des colonnes permettent « d'ouvrir » chacun des grands postes de coûts pour afficher les sous-postes les plus contributifs. Il y a donc deux niveaux de décomposition disponibles : par grand poste (bouton de hiérarchie « 1 » en haut à gauche de l'onglet), et par poste détaillé, pour les postes les plus contributifs (bouton de hiérarchie « 2 »).

Chacun des grands postes de coûts est détaillé ci-dessous.

Intervenants

Il s'agit des dépenses des intervenants médicaux, soignants et autre (salariés et libéraux) qui interviennent au domicile du patient, ainsi que les dépenses de transport de ces intervenants.

Sont détaillées les dépenses d'infirmier, aide-soignant, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, aide à la vie, diététicien, psychologue, parc automobile.

Les dépenses de parc automobile recouvrent les charges de fonctionnement et d'entretien du parc de véhicules dédié aux tournées des intervenants (achat, location des véhicules, assurances, carburant, entretien, ...).

Ne sont pas détaillées les dépenses de médecin traitant, médecin spécialiste, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, autre intervenant.

Charges au domicile du patient

Il s'agit des postes de charges à caractère médical engagées au domicile du patient (hors charges d'intervenants). Ce sont des charges « affectables » aux séjours : charges directement affectées aux séjours ou aux séquences et charges non affectées (« résiduelles »).

Sont détaillées les dépenses totales de CDP, les dépenses de spécialités pharmaceutiques facturables en sus, spécialités pharmaceutiques non facturables en sus - liste traceurs, spécialités pharmaceutiques non facturables en sus - hors liste traceurs, médicaments sous ATU, produits sanguins labiles, consommables médicaux - liste traceurs, consommables médicaux - hors liste traceurs, matériel médical - liste traceurs, matériel médical - hors liste traceurs, transport du patient.

Ne sont pas détaillées les dépenses de matériel à pression négative, sous-traitance à caractère médical hors transport du patient (laboratoires + imagerie + autre), spécialités pharmaceutiques en compte de tiers facturables en sus, autres consommables médicaux en compte de tiers.

¹ Il est donc normal que le total des 5 sous-postes présentés ne soit pas égal au total des charges de LGG puisqu'il faudrait ajouter les 6 postes absents aux 5 présents pour obtenir le total.

Bilan, coordination médicale et sociale des soins

Il s'agit des charges de personnel (salariés et libéraux) liées au travail de coordination médicale, soignante et sociale relative à la prise en charge du patient.

Sont détaillées les dépenses de personnel médical, personnel soignant, personnel autre.

Continuité des soins

Il s'agit des charges de personnel (salariés et libéraux) liées à la prise en charge des soins en-dehors des heures d'ouverture de la structure.

Seules les dépenses totales apparaissent, ne sont pas détaillées les dépenses de personnel médical, personnel soignant, personnel autre.

Dépenses de logistique dédiée au patient

Il s'agit des charges liées à la préparation, la manutention et la livraison des spécialités pharmaceutiques, des consommables et du matériel installé au domicile du patient.

Dépenses de logistique médicale

Les dépenses de pharmacie sont détaillées.

Ne sont pas détaillées les dépenses de stérilisation, génie biomédical, hygiènes et vigilances, autre logistique médicale.

Dépenses de logistique et gestion générale

Sont détaillées les dépenses de services administratifs à caractère général, services administratifs liés au personnel, accueil et gestion des malades, DSIO, DIM.

Ne sont pas détaillées les dépenses de blanchisserie, restauration, services hôteliers, entretien-maintenance, transport motorisé des patient, brancardage et transport pédestre des patients.

Structure

Seules les dépenses totales apparaissent, ne sont pas détaillées les dépenses de structure financière et structure immobilière.

B- Données nationales PMSI 2009

Pour chaque GHPC d'au moins 30 séquences dans l'échantillon, il est présenté le taux de sondage et les données nationales qui ont été utilisées dans le processus de calage (durée moyenne de séquence et score AVQ).

Annexe : Liste des établissements participants à l'ENCc HAD en 2009

| Statut | Finess | Raison sociale | Ville |
|--------|-----------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Ex-DF | 030780118 | HAD Centre Hospitalier de Vichy | VICHY |
| Ex-DF | 130785652 | HAD Hopital Saint-Joseph | MARSEILLE |
| Ex-DF | 170780159 | Centre Hospitalier de La Rochelle | LA ROCHELLE |
| Ex-DF | 440012128 | HAD de Nantes | NANTES |
| Ex-DF | 690788930 | Soins et Santé | CALUIRE ET CUIRE |
| Ex-DF | 740790258 | CHI d'Annemasse Bonneville | AMBILLY |
| Ex-DF | 790000012 | HAD - Centre Hospitalier de Niort | NIORT |
| Ex-DF | 860780980 | Centre Hospitalier de Poitiers | POITIERS CEDEX |
| Ex-DF | 870000015 | HAD-Centre Hospitalier Universitaire de Limoges | LIMOGES |
| Ex-DF | 920813623 | Santé Service HAD | PUTEAUX |
| Ex-DF | 970100194 | HAD-Centre Hospitalier Louis Daniel Beauperthuy | POINTE-NOIRE |
| Ex-OQN | 060785243 | HAD DE NICE ET REGION | NICE |
| Ex-OQN | 370103673 | HAD 37 | SAINT-CYR SUR LOIRE |
| Ex-OQN | 400780888 | Santé Service Dax | DAX |
| Ex-OQN | 410005003 | ARAIR Santé HAD 41 | LA CHAUSSEE SAINT VICTOR |
| Ex-OQN | 450005798 | HAD 45 de Montargis | MONTARGIS |
| Ex-OQN | 450018536 | HAD 45 d'Orléans | OLIVET |
| Ex-OQN | 470009358 | HAD 47 | BOE |
| Ex-OQN | 590812509 | Santélys HAD | LOOS |
| Ex-OQN | 600003008 | HAD-ACSSO | NOGENT-SUR-OISE |
| Ex-OQN | 630010296 | HAD 63 | CEBAZAT |
| Ex-OQN | 760020529 | HAD du Cèdre | BOIS-GUILLAUME |
| Ex-OQN | 970406625 | ASDR HAD Ouest | SAINT-PAUL |