

Traitements FHF data 2019

FHF data est le nom donné à l'équipe spécialisée au sein de la FHF dans les études quantitatives et plus particulièrement dans les analyses médico-économiques au sens large et en particulier dans celles basées sur le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).

FHF data réalise des travaux d'une part à l'attention des établissements adhérents à la FHF (essentiellement sous la forme de « modules » personnalisés) et d'autre part prend part à des études ponctuelles, pour répondre à des interrogations soit internes (sièges ou délégations régionales), soit externes en participant à des études spécifiques.

Les travaux peuvent faire l'objet de mise à disposition des adhérents sur le site sécurisé de la FHF, de publications (rapports internes, rapports et notes à destination des institutions, communications orales en congrès, réunions ou groupes de travail).

Sont présentés ici les modules et études réalisés et ayant fait l'objet de publication (tout ou partie) en 2019. Toutes les requêtes et analyses contributives à la production de ces travaux avant d'arriver aux résultats finaux ne peuvent être décrites.

I. Modules FHF Data

Il s'agit d'études thématiques systématiques personnalisées réalisées au profit des établissements adhérents. Le but général est de fournir à chacun des établissements un descriptif de son activité et son positionnement concurrentiel notamment en termes de performance médico-économique. Ceci doit contribuer à une meilleure connaissance des mécanismes de la fréquentation hospitalière et à l'amélioration de la cohérence de l'offre. Tous les indicateurs fournis sont agrégés, et les résultats sont occultés en cas d'effectifs ≤ 10 . Ces études sont généralement reconduites chaque année.

Les données traitées sont les données des Bases PMSI Nationale MCO, SSR, HAD, Psychiatrie de l'année en cours, auxquelles s'ajoutent selon les modules les données des années antérieures (ex : module cancérologie).

Les résultats sont fournis, selon les modules, au format Excel ou au format HTML, et systématiquement assortis d'éléments de méthode ou guides de lecture, dont la lecture est vivement recommandée au lecteur avant toute interprétation des résultats.

- **Parts de marché** : différents modules sont fournis aux établissements sur la thématique de la part de marché. Dans chacun des cas il s'agit de présenter la répartition de l'activité entre les différents offreurs de soins (les établissements) sur une zone géographique particulière (le département pour le module « part de marché par département », la parcelle GHT pour le module « part de marché par parcelle » ou une zone calculée par établissement pour le module « part de marché par zone d'attractivité »). Dans chaque cas, les résultats sont déclinés selon divers regroupements de pathologies et fournissent différents indicateurs permettant d'appréhender la situation de l'établissement dans l'environnement concurrentiel local. Un module spécifique « part de marché par région » s'intéresse quant à lui à la place des différents secteurs juridiques (public / privé lucratif / privé non lucratif / CLCC / HIA) au sein de la région, pathologie par pathologie. Un autre module « Bassins de recrutement » fournit des indicateurs, essentiellement géographiques, de l'attractivité des établissements analysés selon des regroupements de pathologies.

- **Projections d'activité selon la démographie** : des indicateurs INSEE de projections démographiques sont mis en parallèle de l'activité réalisée au profit des résidents locaux afin d'obtenir des projections d'activité basées sur la seule évolution de la démographie locale. Cela permet aux établissements de prévoir, activité par activité, l'évolution de la demande locale à 10 ou 20 ans sur ce seul critère.
- **Casemix** : ces modules (casemix par département, casemix par parcelle) décrivent les volumes d'activité par pathologie (GHM) de tous les établissements situés dans la zone géographique décrite. Un module particulier (case mix historique) fournit à chaque établissement tout l'historique de son activité tel qu'il l'a déclaré depuis 1998 afin de faciliter ses recherches en termes d'évolution sur les pathologies qu'il traite.
- **Codage** : un module spécifique analyse la richesse de codage (en termes de diagnostics) des dossiers facturés par chaque établissement. Il indique les diagnostics anormalement sur- ou sous-représentés afin d'alerter sur des atypies de codage au sein de l'établissement.
- **Performance/Pertinence/Taux de recours** : il s'agit de modules qui font un focus sur des aspects de la performance hospitalière ou d'indicateurs de pertinence des actes ou procédures basés sur les taux de recours. L'un d'entre eux analyse selon divers regroupements de pathologies la durée de séjour des patients, afin de relever les atypies en la matière et leur impact financier. Un autre module se focalise davantage sur les taux de recours locaux de certaines prises en charge afin d'alimenter la réflexion sur la pertinence des actes notamment.
- **Filière d'aval/Flux** : un des modules dont bénéficie chaque adhérent, analyse les flux de patients entre leur secteur de soins aigus et les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR). Chaque tableau représente une pathologie prise en charge par l'adhérent et compare d'une part sa fréquence de recours au secteur SSR à la fréquence nationale, et pour ce recours, lui indique d'autre part les établissements les plus fréquents auxquels il adresse ses patients. Les flux de patients sont également analysés selon leur lieu de résidence et leur lieu de prise en charge afin d'apprécier les fuites (patients quittant une zone géographique pour se faire soigner dans une autre), ou l'attractivité (patient venant se faire soigner dans une zone géographique dont il n'est pas résident). Toutes ces analyses sont agrégées.
- **GHT** : les modules orientés sur la vision GHT fournissent des analyses décrivant le partage de l'activité entre les établissements du GHT ainsi que le positionnement concurrentiel vis-à-vis des établissements hors GHT. Les analyses se déclinent par grande discipline. De nombreux indicateurs sont assimilables au thème des parts de marché puisqu'il s'agit le plus souvent de les reprendre et de les présenter sous l'aspect du GHT.
- **HAD** : il s'agit de décrire de façon globale le volume d'activité de l'établissement en termes d'hospitalisation à domicile ainsi que le volume réalisé par les établissements locaux concurrents. Ces analyses sont déclinées par grands groupes de prise en charge.
- **Psychiatrie** : il s'agit de décrire de façon globale le volume d'activité des établissements de psychiatrie ainsi que le volume réalisé par les établissements locaux concurrents. Ces analyses sont déclinées par grands groupes de prise en charge.
- **Référentiels** : les adhérents ont à leur disposition des détails sur les durées de séjours par pathologie (GHM) en France pour les établissements publics et par ailleurs le même type d'information pour les âges des patients. Ces 2 tables leur permettent de comparer leurs pratiques et l'âge des patients qu'ils traitent à des moyennes nationales et en tirer des éléments explicatifs de certaines différences qu'ils observent en termes de performances ou autre.

- **Activité ambulatoire**

L'objectif du module est de décrire l'activité de chirurgie et de médecine ambulatoires de l'établissement et son positionnement par rapport à des valeurs de références. Il est également décliné par catégories d'établissements (Public/ CH, CHU, CLCC, PSPH, Privé).

Ce module fournit :

Chirurgie

- Le taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement (la catégorie). Les indicateurs sont les taux brut et standardisé sur le casemix racine et sur l'âge de la base de référence (régionale totale/publique/privée, nationale totale/publique/privée). Ce taux est calculé hors les séances et décliné avec et sans les entrées par les urgences, et selon différents périmètres (avec et hors les CMD 14 & 15, tous les séjours de GHM en « C » + 7 racines en K/Z ajoutées en 2015, ou sur les seuls couples ambulatoires définis par l'ATIH).
- L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire entre 2010 et 2018.
- L'Indice d'Organisation – Standardisation sur les actes classants. Calculé selon la méthode proposée par l'ATIH pour les différents périmètres sus-cités et globalement, puis sur les seuls séjours de niveau de sévérité J/T/1/A/Z.
- La durée de séjour (globalement et par classe d'âge) avec références régionales (nationales).
- La description outliers : temps de trajet hôpital/domicile, âge, nombre de DAS.

Médecine

- Le taux de médecine ambulatoire : les indicateurs sont les taux brut et standardisé sur le case mix racine et l'âge de la base de référence (régionale totale/publique/privée, nationale totale/publique/privée). Ce taux est calculé hors les séances et séjours en erreurs et décliné avec et sans les entrées par les urgences, et selon différents périmètres.
- L'évolution du taux de médecine ambulatoire sur la période entre 2010 et 2018.

- **Activité de cancérologie**

L'objectif est de décrire l'activité de cancérologie d'un établissement ainsi qu'une comparaison avec sa région (ou entre catégories d'établissements). Ce module est également décliné par catégorie d'établissements. Des traitements similaires sont produits sur la France entière et par région.

L'algorithme de sélection des séjours est celui développé par l'INCa et utilisé par l'ATIH.

Il fournit :

- Une description générale de l'activité : chirurgie, médecine, chimiothérapie, radiothérapie, soins palliatifs, prise en charge de métastase. Ces tableaux sont présentés pour l'ensemble des séjours, puis séparément enfants (âge ≤ 17 ans) et adultes (âge ≥ 18 ans).
- Une synthèse de l'activité par appareil ou organe en séparant les tumeurs invasives des cancers in situ/ tumeurs à évolution imprévisibles / métastases.
- Une description de la durée de séjours par appareil ou organe.
- Les parts de marché de l'établissement dans la région (nationales pour les catégories) : tous cancers par type de séjour (médical, chirurgical, avec chimiothérapie, avec radiothérapie, avec soins palliatifs, avec métastases d'organes, enfants), tous cancers par type d'hospitalisation (hospitalisation 1 nuitée et plus, 0 nuitée), globalement et par appareil ou organe.
- L'attractivité : origine géographique des séjours, globalement et par appareil ou organe
- Un descriptif des patients : file active patients et nouveaux patients. Globalement et par appareil ou organe : origine géographique, âge, genre, temps et distance de trajet domicile/hôpital, modes de prise en charge, comparaison patients hospitalisés avec un cancer et patients autres

- **Activité de soins de suite et de réadaptation**

L'objectif est la description de l'activité de soins de suite et de réadaptation d'un établissement ainsi qu'une comparaison avec sa région (ou entre catégories d'établissements : Public, Privé, PSPH, CLCC, ou par type d'ES : CH, CHU, Privé, PSPH, CLCC).

Le module fournit :

- Le recrutement géographique : répartition des séjours selon l'origine géographique des patients, temps de trajet domicile/ hôpital.
- Les parts de marché départementales et régionales de l'établissement (nationale de la catégorie), par CM, GN et GME.
- L'activité
 - Par type d'hospitalisation, type de prise en charge : casemix (CM, RGME, GME), âge
 - Activité de RR : score RR des séjours par GME et par type d'hospitalisation, activités de RR, globalement et par type d'hospitalisation, répartition des actes par CM et GN, répartition des actes d'éducation et d'information par type de prise en charge
 - Niveau de dépendance : score de dépendance initial par GME et par type d'hospitalisation, dépendance physique et cognitive au début et à la sortie du séjour
 - Taux de séjours post-chirurgie par type d'hospitalisation, par CM et par GME
 - Taux de prises en charges particulières (enfants, attente de placement, soins palliatifs, dépendance élevée, ZAIGU), globalement et par CM
 - Taux de DAS par GME et par type d'hospitalisation
- La diversité : nombre de CM, GN, RGME et GME différents et représentant 80% des journées, globalement et par âge (+/-75 ans), GME, GN, MMP, FPPC les plus fréquents par CM.
- Valorisation des séjours : détail et motif de non valorisation, valorisation par CM, GN, GME, niveau de sévérité et type d'hospitalisation, récapitulatif de la valorisation.

II. Travaux scientifiques itératifs FHF data, internes ou externes

- **Etude de l'effet campagne budgétaire (annuel)**

L'objectif de ces travaux est de mettre à disposition de la FHF l'impact des mesures de la campagne budgétaire sur la valorisation de l'activité des établissements.

Les traitements sont réalisés sur la France entière, par catégorie d'établissements, par établissement.

La valorisation intègre : GHS + bornes + suppléments (SI/SC non bornés) (hors PO et DIP) + coefficient géographique + coefficient de minoration lié aux effets générés par les dispositifs d'allègement fiscaux et sociaux. En 2019, les résultats sont présentés pour tous les séjours car il n'est pas possible d'identifier et d'exclure les séjours éligibles aux forfaits diabète et MRC.

L'indicateur est l'écart (en € et en % de la valorisation de l'année N-1) entre la valorisation de l'année N-1 avec l'échelle de l'année N-1 d'une part et l'échelle de l'année N d'autre part.

Les facteurs de variations sont : la durée de séjour, la classe CAS, la CMD, les DA.

III. Travaux scientifiques ponctuels FHF data, internes ou externes

FHF data, en plus de son rôle de production d'études médico économiques quantitatives annuelles à l'attention de ses adhérents, a également un rôle de :

- Participation à des travaux auxquels la FHF est associée en externe,
- Réalisation de travaux en réponse à des demandes de la part des institutions et organismes de l'état,
- Réalisation de travaux médico-économiques ou d'épidémiologie hospitalière en réponse à des demandes de ses adhérents (direction, DIM, cliniciens),
- Réalisation de travaux permettant de répondre au mieux à ses diverses missions.

Les travaux publiés (publications de fin d'étude ou intermédiaires) en 2019 ont été les suivants :
(les travaux réalisés en 2019 mais en cours et non publiés ne sont pas mentionnés ici)

Responsabilité populationnelle :

La FHF mène un projet sur le thème de la responsabilité populationnelle dans le cadre de l'article 51.

FHF data collabore à ces travaux notamment pour réaliser toutes les simulations nécessaires en termes de files actives ou de segmentation de celles-ci. Les travaux ont porté sur le diabète et sur l'insuffisance cardiaque.

FHF data a élaboré, notamment pour répondre aux besoins de ce projet, un découpage géographique du territoire national : « les parcelles ». Il s'agit de zones géographiques construites autour des GHT qui pourraient définir les zones de responsabilité des offreurs de soins locaux. Cette construction a été réalisée avec les bases de données PMSI de tous les champs de l'hospitalisation et a pris en compte l'activité de tous les types d'entités juridiques publiques comme privées.

Cardiologie interventionnelle :

FHF data a mené un certain nombre de simulations, en collaboration avec des cardiologues experts, sur la mise en place de seuils d'activité en deçà desquels les équipes ne seraient plus autorisées à pratiquer certains actes de cardiologie interventionnelle. L'objectif de cette étude a été de faire de la FHF un interlocuteur averti dans le groupe de travail ministériel dédié et ainsi de défendre au mieux les intérêts de l'offre publique en la matière.

Indicateurs de performance :

FHF data a produit un certain nombre de travaux et de propositions pour faire évoluer certains indicateurs de performance qui sont de plus en plus utilisés et qui pourraient participer aux critères pris en compte dans le financement à la qualité. Ainsi, des travaux sur l'IP-DMS (indice de performance de la durée de séjour) et sur le taux de chirurgie ambulatoire ont été réalisés et ont notamment donné lieu à des publications dans des congrès scientifiques.

Accouchement :

FHF data produit chaque année une étude sur l'accouchement. Y sont notamment analysées l'évolution des volumes de naissances en France mais également l'évolution des taux de césariennes selon le type de maternité ou le statut juridique de celles-ci.

Activité de Cancérologie en 2018 : analyse des parts de marché et des besoins en soins critiques par spécialité chirurgicale

Travaux réalisés en appui des groupes de travail de la FHF sur la gradation de la chirurgie des cancers.

L'objectif était d'utiliser les données du PMSI pour tenter de décrire les profils des séjours de chirurgie en cancérologie.

L'étude a été réalisée à partir de la base PMSI 2018 et la sélection des séjours avec cancers a utilisé l'algorithme de l'INCa. Les critères la nouvelle méthode de définition de la chirurgie (chirurgie d'exérèse) n'étant pas connus au moment des travaux, l'ancienne méthode de sélection par le GHM a été appliquée.

Les indicateurs étaient le nombre et la part de séjours et des actes réalisés par les différentes catégories d'établissements (PUBLIC : CH/CHU, PRIVE, CLCC, PSPH), pour tout cancer et par appareil ou organe : digestif (+ ciblage sur l'œsophage et le pancréas), sein, gynécologie, urologie, thorax, ORL.

Les critères de description étaient la part des séjours avec REA, REA/SI/SC, de séjours avec transfert, la part des séjours en niveau de sévérité 3 et 4, le taux de décès, l'âge (plus ou moins de 75 ans), l'Indice de Charlson (comorbidités) du patient, la part des séjours avec métastases d'organes.

L'étude a été présentée en réunion et adressée aux membres de la commission FHF cancer.

Etude d'impact du projet de réforme des seuils en chirurgie du cancer sur les établissements et les GHT :

Afin de répondre à la demande de la DGOS sur le projet de modification des critères d'autorisation pour la chirurgie du cancer, la FHF (Pôle soins) a demandé une étude d'impact.

L'objectif était d'évaluer le positionnement des établissements de santé et des GHT par rapport aux seuils d'autorisation proposés dans le projet de réforme. Les retombées attendues étaient l'aide à la décision pour la préparation par la FHF des réunions à la DGOS, ainsi que l'anticipation et l'aide à la réorganisation des établissements et des GHT avant la mise en place de la réforme.

Les indicateurs fournis étaient le nombre moyen annuel sur la période de séjours/patients et positionnement par rapport au seuil : ancienne et nouvelle méthode, pour les établissements des GHT, par entité géographique et par entité juridique des établissements, par catégorie juridique. Etait également fournie par département la matrice de changement de catégorie d'ES autorisé le plus proche pour les patients pour lesquels l'ES le plus proche est actuellement un ES public.

Les estimations étaient réalisées pour les appareils /organes et organes complexes soumis à un seuil d'activité : Digestif (global + estomac, foie, œsophage, pancréas, rectum), ORL, Thorax, Urologie, Sein Gynécologie, Chimiothérapie, Radiothérapie.

La méthode de sélection des séjours a été reconstituée sur la base des spécifications fournies par l'INCa

Les périodes étudiées étaient 2015-2017 (période Inca) et également période 2016-2018 pour estimer la tendance évolutive.

Les résultats ont été mis à disposition sur le site de la FHF, aux délégués FHF régionaux, aux conférences des établissements publics de santé, avec la notification du caractère provisoire des résultats de l'étude jusqu'aux arbitrages définitifs du projet de réforme.

Etude des modes d'entrée et sortie dans les GHM en « T »

Contexte de l'étude : aide à la mise en place des hôtels hospitaliers.

L'objectif était de décrire par durée de séjour, la répartition des modes d'entrée et de sortie des séjours pour les GHM en « T » dans la base PMSI MCO 2019.

La sélection des séjours de chirurgie a été effectuée par le type de GHM (3^{ème} lettre= « C »), le critère d'entrée en urgence a été repéré par le mode d'entrée.

Place des urgences dans le paysage de l'hospitalisation

L'objectif était d'estimer l'activité des séjours de chirurgie avec un mode d'entrée en hospitalisation via un service d'urgence.

La sélection des séjours de chirurgie a été effectuée par le type de GHM (3^{ème} lettre= « C »), le critère d'entrée en urgence a été repéré par le mode d'entrée,

Les résultats ont été réalisés sur l'ensemble des séjours, puis sur la chirurgie seule, par année et par durée d'hospitalisation (0 nuit, 1 nuit et +), pour l'ensemble des établissements et par catégorie d'établissement (PUBLIC [+ détail CH, CHU], CLCC, PSPH, PRIVE). Les indicateurs calculés étaient le nombre et le taux des séjours avec une entrée en urgence, ainsi que l'évolution temporelle par année entre 2009 et 2018, globalement et par catégorie.