

Guide de lecture des valeurs nationales de coûts

Données ENC HAD 2016

*Service : Financement et Analyse Economique
Pôle : Allocation de Ressources aux Etablissements de Santé*

Mai 2018

Table des matières

Préambule	3
1. Présentation de l'échantillon ENC 2016	3
1.1 Par secteur de financement et statut juridique	3
1.2 Par Mode de Prise en charge Principal (MPP)	4
1.3 Par association Mode de Prise en charge Principal et Mode de Prise en charge Associé (MPP x MPA)	4
1.4 Par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC)	5
2. Corrections préalables au calcul des valeurs nationales	6
2.1 Prise en compte du coefficient géographique	6
2.2 Suppression des séquences atypiques	6
3. Calcul des valeurs nationales et opérations de calage	7
4. Guide de lecture	8
4.1 Coûts décomposés par GHPC, par MPP x MPA et par MPP	8
4.2 Données nationales PMSI	11
Annexe 1 : Liste des établissements participants à l'ENC HAD en 2016 (hors abandons)	12
Annexe 2 : Coût journalier moyen de médecin traitant par MPP	13
Annexe 3 : Coût journalier moyen de médecin traitant par MPP x MPA	14

Préambule

Les coûts présentés dans le fichier des valeurs nationales sont issus de l'Etude Nationale des Coûts à méthodologie commune (ENC) relative à l'activité d'HAD et portant sur l'exercice 2016. Ils sont calculés à partir des informations collectées sur 10 établissements ex-DG et 16 établissements ex-OQN, établissements dont les données ont été jugées de qualité suffisante pour être prises en compte dans le calcul des valeurs nationales.

L'indicateur présenté 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), pour l'ensemble des deux secteurs de financement (ex-DG et ex-OQN).

1. Présentation de l'échantillon ENC 2016¹

Une analyse des taux de sondage dans l'échantillon 2016 est réalisée selon le secteur de financement, le statut juridique et par activité : Mode de Prise en charge Principal (MPP), croisement Mode de Prise en charge Principal x Mode de Prise en charge Associé (MPP x MPA) et Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC).

1.1 Par secteur de financement et statut juridique

Tableau 1 : Evolution du taux de sondage 2015-2016 par secteur de financement

	2015			2016		
	Nb établissements intégrés	Nb journées ENC*	Taux de sondage	Nb établissements intégrés	Nb journées ENC*	Taux de sondage
Ex-DG	8	654 227	28,0%	10	756 283	29,8%
Ex-OQN	16	318 019	14,7%	16	318 048	14,2%
Total	24	972 246	21,6%	26	1 074 331	22,5%

* après suppression des atypies (cf. partie 2.2)

Le taux de sondage 2016, c'est-à-dire la part des journées recueillies dans l'ENC dans l'ensemble des journées nationales, est globalement de 23%. 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 produisant l'activité d'HAD la plus importante en volume.

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

Tableau 2 : Taux de sondage 2016 par secteur de financement et statut juridique

		Nombre d'établissements intégrés	En séquences		En journées	
			Nombre de séquences ENC*	Taux de sondage	Nombre de journées ENC*	Taux de sondage
Ex-DG	CH/CHU ²	6	3 708	4,5%	60 340	4,9%
	EBNL ³	4	41 537	54,5%	695 943	53,3%
	Total ex-DG	10	45 245	28,5%	756 283	29,8%
Ex-OQN	Privé	4	1 174	3,3%	32 495	4,8%
	EBNL	12	13 390	17,9%	285 553	18,3%
	Total ex-OQN	16	14 564	13,3%	318 048	14,2%
Total		26	59 809	22,3%	1 074 331	22,5%

* après suppression des atypies (cf. partie 2.2)

¹ La liste des 26 établissements participants à l'ENC HAD 2016 est présentée en annexe 1.

² Les Centres Hospitaliers (CH) et CHU sont regroupés en une seule catégorie car il n'y a pas de CHU dans l'échantillon 2016.

³ Etablissement à but non lucratif.

Le taux de sondage est le plus élevé pour les établissements à but non lucratif (EBNL) du secteur ex-DG⁴ (53%) et ex-OQN (18%). Pour les autres catégories d'établissements (CH/CHU et privé ex-OQN), il est de 5%.

1.2 Par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

Tableau 3 : Taux de sondage 2016 par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

MPP	Libellé	En séquences			En journées		
		Nombre de séquences ENC	Taux de sondage	Evolution 2015-2016 (en nb points)	Nombre de journées ENC	Taux de sondage	Evolution 2015-2016 (en nb points)
01	Assistance respiratoire	542	13%	-1,4	18 700	15%	-3,7
02	Nutrition parentérale	1 250	19%	0,3	24 803	22%	1,9
03	Traitement intraveineux	3 084	14%	-0,2	42 884	16%	-1,3
04	Soins palliatifs	12 775	19%	1,4	253 405	22%	1,5
05	Chimiothérapie anti-cancéreuse	11 763	41%	5,0	39 586	37%	3,1
06	Nutrition entérale	2 101	18%	0,9	76 650	23%	1,3
07	Prise en charge de la douleur	1 346	14%	-0,9	16 091	14%	-1,9
08	Autres traitements	1 073	13%	0,9	16 480	15%	1,9
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	8 701	19%	0,4	311 737	23%	0,2
10	Post traitement chirurgical	3 560	50%	3,3	43 253	41%	3,3
11	Rééducation orthopédique	204	14%	5,8	5 105	15%	1,6
12	Rééducation neurologique	170	10%	3,9	6 429	13%	2,0
13	Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	5 399	36%	0,2	61 946	35%	3,7
14	Soins de nursing lourds	2 449	16%	3,2	101 381	23%	0,5
15	Education du patient et de son entourage	951	26%	0,6	20 779	34%	-1,9
17	Surveillance de radiothérapie	34	12%	-0,9	654	16%	1,7
18	Transfusion sanguine	0	0%	-17,0	0	0%	-24,0
19	Surveillance de grossesse à risque	573	10%	3,2	13 333	13%	4,8
21	Post-partum pathologique	3 703	30%	0,3	19 162	27%	-1,2
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	16	1%	-0,5	202	1%	-0,2
24	Surveillance d'aplasie	100	15%	1,6	1 606	23%	7,3
29	Sortie précoce de chirurgie	15	9%		145	8%	
Total		59 809	22%	1,7	1 074 331	22%	0,9

Le taux de sondage en nombre de journées 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 22% des journées nationales de ce MPP.

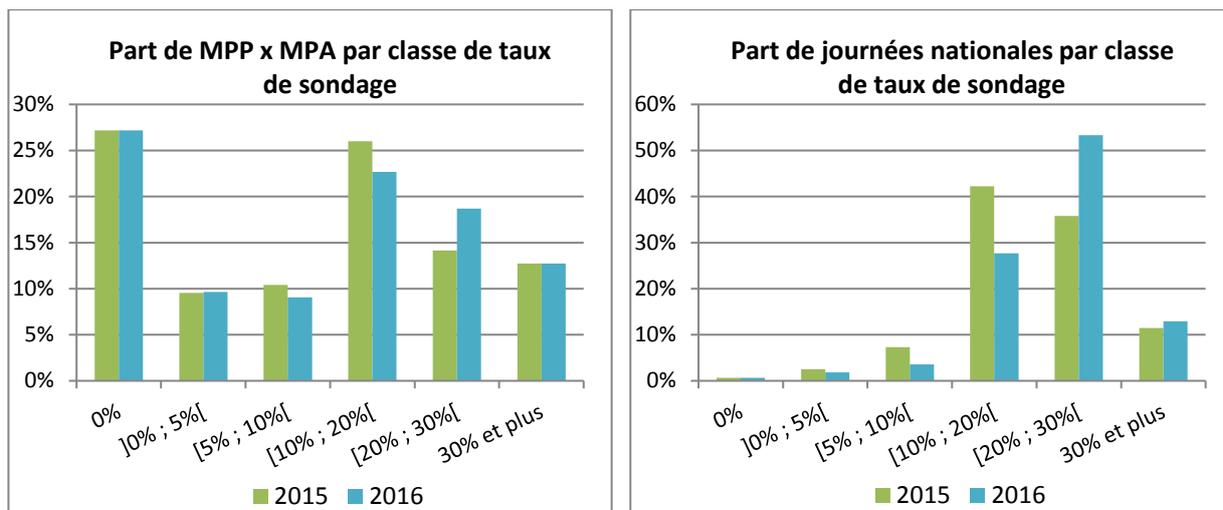
Le taux de sondage est en hausse sur plusieurs MPP : Chimiothérapie anti-cancéreuse (MPP 05), Post traitement chirurgical (MPP 10), Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse (MPP 13) notamment.

1.3 Par association Mode de Prise en charge Principal et Mode de Prise en charge Associé (MPP x MPA)

Sur les 416 associations MPP x MPA existantes en 2016, 353 comptent au moins une journée dans la base nationale 2016. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENC sur ces 353 associations.

⁴ dont fait partie Santé Service HAD.

Graphique 1 : Evolution entre 2015 et 2016 des taux de sondage par MPP x MPA (en journées)



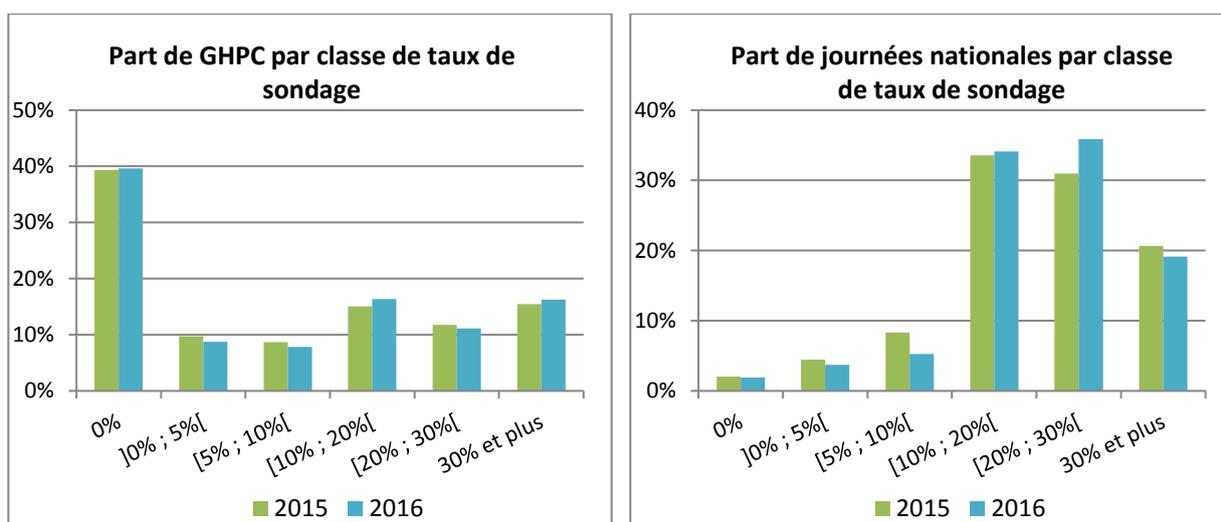
96 associations MPP x MPA (soit 27% des associations) ne sont pas présentes dans l'échantillon ENC, et présentent donc un taux de sondage nul. Toutefois, ces associations représentent moins de 1% de l'activité nationale.

Les associations MPP x MPA ayant un taux de sondage supérieur à 10% (soit 54% des associations) représentent 94% de l'activité nationale (90% en 2015).

1.4 Par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC)

Sur les 2 532 GHPC existants en 2016, 1 577 comptent au moins une journée dans la base nationale 2016. 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. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENC sur ces 1 577 GHPC.

Graphique 2 : Evolution entre 2015 et 2016 des taux de sondage par GHPC (en journées)

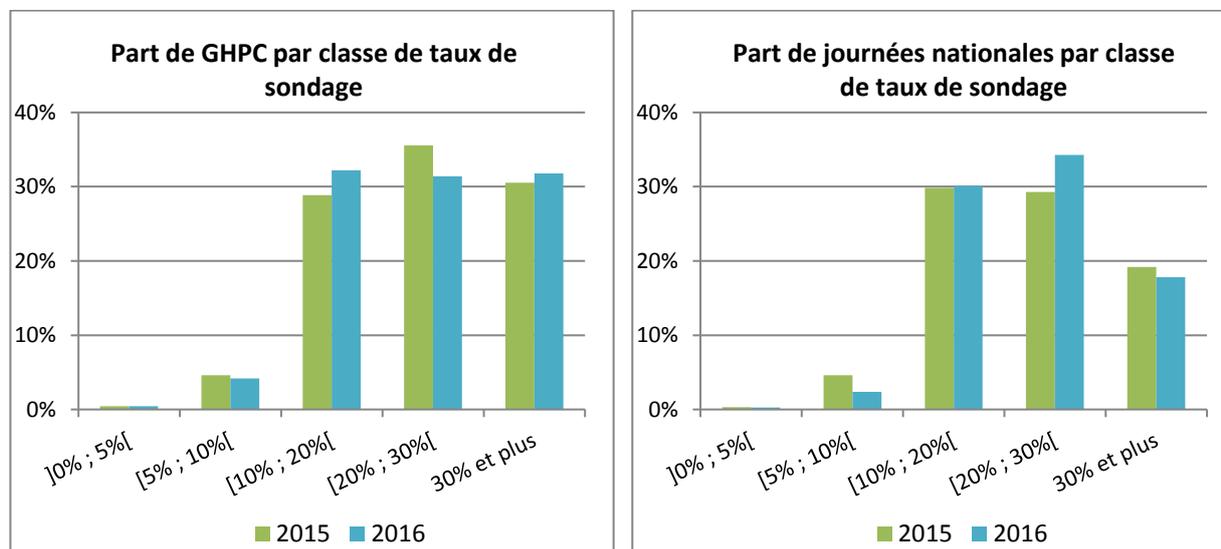


Sur les 1 577 GHPC avec au moins une journée au national, 952 GHPC (60%) présentent au moins une journée dans le recueil de coûts 2016. Les 40% restant ne sont pas représentés dans l'échantillon ENC (soit un taux de sondage nul), mais ils ne représentent que 2% de l'activité nationale.

Les GHPC pour lesquels le taux de sondage est supérieur à 10% (44% des GHPC) représentent 89% des journées de la base 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. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENC sur ces 239 GHPC.

Graphique 3 : Evolution entre 2015 et 2016 des taux de sondage par GHPC (en journées), pour les GHPC avec un effectif suffisant



Parmi ces 239 GHPC, 228 (soit 95%) présentent un taux de sondage supérieur à 10%. Ceux-ci concentrent 82% de l'activité nationale. C'est en hausse par rapport à 2015, où les GHPC avec un taux de sondage supérieur à 10% représentaient 78% de l'activité nationale.

2. Corrections préalables au calcul des valeurs nationales

2.1 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 journalier moyen national, les coûts des séquences des établissements concernés sont diminués à l'aide du coefficient géographique⁵ correspondant. La composition de l'échantillon 2016 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.

2.2 Suppression des séquences atypiques

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.

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 2016 sont construites, pour les établissements appartenant aux études 2015 et 2016, à partir des informations de l'ensemble des séquences terminées en 2016.**

En pratique, pour les séquences commencées en 2015 et terminées en 2016, les coûts des séquences remontées dans l'étude 2015 ont été sommés aux coûts des séquences remontées dans l'étude 2016.

⁵ Coefficient en vigueur en 2016

Cette opération a été réalisée pour les établissements intégrés aux deux études, soit 22 établissements sur les 26 établissements intégrés à l'échantillon 2016. 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 2016), 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 2016. Elles seront prises en compte dans les valeurs nationales 2017 (pour les établissements intégrés en 2016 et 2017).

Suppression des séquences à cheval : 3 326 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 627 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 :

- 854 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).
- 25 séquences avec plus de 10 passages d'intervenants par jour.
- 2 séquences avec un coût de LGG supérieur à 80% du coût total
- 5 séquences avec un poste de coût incohérent (des coûts de sage-femme sur un mode de prise en charge non attendu par exemple)
- 2 séquences avec un coût journalier très élevé et une incohérence dans la description médicale.

3. Calcul des valeurs nationales et opérations de calage

L'ENC est une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements, et donc de séquences. De ce fait, les coûts journaliers moyens recueillis ne sont que des estimateurs du coût national inconnu. Ainsi, ces valeurs calculées 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 une base de données nationale 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 de données exhaustives, en l'occurrence la base nationale annuelle regroupant tous les séjours du PMSI. Le calage permet donc une certaine stabilisation des estimations du coût moyen, cela d'autant plus que les variables auxiliaires sont corrélées au coût complet.

L'individu statistique traité est la journée : de ce fait, chaque journée 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 la procédure sont telles que :

- pour une variable auxiliaire qualitative (comme le statut juridique), les effectifs pondérés des modalités de la variable dans l'échantillon sont égaux aux effectifs connus sur la population ;
- pour une variable auxiliaire quantitative (comme le score AVQ), le total pondéré de la variable dans l'échantillon est égal au total connu sur la population.

Les bases nationales annuelles du PMSI 2016 sont utilisées pour calculer les vrais totaux sur lesquels est réalisé le calage.

Les variables de calage sélectionnées sont les suivantes :

- **statut juridique (3 modalités)**
 - o établissement public (CH/CHU)
 - o établissement privé à but non lucratif (EBNL)
 - o établissement privé à but lucratif (EBL)

- **score AVQ (=somme des six 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 ces deux variables. Par exemple, si un GHPC est alimenté uniquement par des établissements privés, le statut juridique n'est pas pris en compte.

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

$$\frac{\sum_{\text{journées}} \text{Poidsredressé de la journée} \times \text{coût de la journée}}{\sum_{\text{journées}} \text{poidsredressé}}$$

Le coût moyen global toutes activités confondues et les coûts moyens par MPP x MPA et par MPP sont obtenus en agrégeant les coûts calés des GHPC à l'aide du casemix national 2016 (en nombre de journées). Ainsi, ils ne reflètent pas l'entièreté de l'activité nationale mais uniquement celle correspondant aux GHPC avec un effectif suffisant dans l'ENC. Dans le fichier des valeurs nationales, un indicateur permet de mesurer le poids de l'activité utilisée pour calculer le coût agrégé dans l'ensemble de l'activité⁶.

4. Guide de lecture

Les valeurs nationales HAD 2016 sont éditées sous la forme d'un fichier Excel constitué de plusieurs onglets.

Aucune évolution méthodologique n'impacte les variables de ce fichier, qui sont donc identiques à celles du fichier de 2015.

4.1 Coûts décomposés par GHPC, par MPP x MPA et par MPP

Coûts décomposés par GHPC : ne sont présents que les GHPC qui présentent un effectif suffisant (au moins 30 séquences ou au moins 20 séquences et 500 journées) après suppression des valeurs atypiques dans l'échantillon de l'ENC HAD 2016.

Coûts décomposés par MPP x MPA : ne sont présentes que les associations MPP x MPA pour lesquelles au moins un GHPC de l'association a un effectif suffisant après suppression des valeurs atypiques dans l'échantillon de l'ENC HAD 2016.

Coûts décomposés par MPP : ne sont présents que les MPP pour lesquels au moins un GHPC du MPP a un effectif suffisant après suppression des valeurs atypiques dans l'échantillon de l'ENC HAD 2016. La ligne « Total » indique le coût moyen d'une journée d'HAD, toutes activités confondues. Ce coût est à prendre avec précaution puisqu'il ne reflète pas la totalité de l'activité nationale de l'HAD mais 85% de celle-ci (soit l'activité produite par les 239 GHPC avec un coût calculé⁷). Par ailleurs ce coût est dépendant de la structure d'activité 2016. Ce coût journalier n'est donc pas comparable d'une année sur l'autre étant donné que la structure d'activité évolue chaque année.

⁶ Variable « Part de l'activité nationale utilisée », cf. partie 4. Guide de lecture

⁷ Cf. partie 3 Calcul des valeurs nationales et opérations de calage

Dans les onglets des coûts décomposés par MPP x MPA et par MPP, la colonne « Part de l'activité nationale utilisée » permet de mesurer la part de l'activité nationale couverte par les GHPC ayant un coût calculé.

Par exemple, le coût journalier moyen du MPP 04 (Soins palliatifs) a été calculé à partir des coûts journaliers de 45 des 91 GHPC de ce MPP. Ces 45 GHPC représentent, au national, 99% des journées du MPP.

En revanche, sur le MPP 02 (Nutrition parentérale), le coût moyen journalier est calculé sur des GHPC qui ne représentent que 50% des journées nationales du MPP (soit 11 GHPC sur 130).

Deux coûts journaliers sont présentés : un coût hors structure et hors médecin traitant, et un coût hors structure, hors médecin traitant et hors molécules onéreuses⁸. Ce dernier permet de se rendre compte de l'impact des molécules onéreuses sur le coût total de la journée.

Les coûts de médecin traitant sont exclus car tous les établissements ex-OQN ne recueillent pas ces charges. Toutefois, pour information, est affiché dans les annexes 2 et 3, le coût journalier du médecin traitant par MPP et par association MPP x MPA (lorsqu'un minimum d'observations par type d'agrégat est présent dans le recueil). Ce calcul est réalisé à partir des données 2016 des 17 établissements ENC ayant remonté cette information. Il s'agit d'un coût moyen observé, non redressé, donc sensible à la composition de l'échantillon.

Il convient de rappeler que le coût journalier est une moyenne pondérée 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. Toutefois, 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 de 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.

Les 10 grands postes de coûts présentés sont les suivants :

- intervenants (domicile)
- intervenants (transport)
- charges au domicile du patient (CDP)
- bilan, coordination médicale et sociale des soins (BCMSS)
- continuité des soins (CS)
- sections d'analyses médico-techniques (SAMT)
- logistique dédiée au patient (LDP)
- logistique médicale (LM)
- logistique et gestion générale (LGG)
- structure (STR)

Précision méthodologique : jusqu'à la campagne de données 2013, 2 scénarios coexistaient pour la remontée des charges d'intervenants : le scénario 1 pour les établissements ne pouvant pas isoler les charges de transport des intervenants des charges au domicile du patient, et le scénario 2 pour les établissements pouvant isoler ces deux charges. A partir de la campagne 2014, le scénario 2 est obligatoire, tous les établissements isolent ces deux charges. Les charges de transport des intervenants et les charges d'intervenants au domicile du patient sont donc désormais séparées dans les valeurs nationales, et non plus regroupées.

Outre les dépenses totales de chacun de ces 10 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 LGG⁹ 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

⁸ Spécialités pharmaceutiques facturables en sus et médicaments sous ATU (recueillis dans les charges au domicile du patient et les SAMT).

⁹ 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.

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 (domicile)

Il s'agit des dépenses des intervenants médicaux, soignants et autres (salariés et libéraux) qui interviennent au domicile du patient, hors charges de transport.

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

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

Intervenants (transport)

Il s'agit des dépenses de transport des intervenants médicaux, soignants et autres (salariés et libéraux) qui interviennent au domicile du patient. Elles comprennent également les dépenses de parc automobile : fonctionnement et entretien du parc de véhicules dédié aux tournées des intervenants (achat, location des véhicules, assurances, carburant, entretien, ...).

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

Ne sont pas détaillées les dépenses de transport de médecin traitant, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, autre intervenant, et les dépenses de parc automobile.

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 de spécialités pharmaceutiques facturables en sus, de 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, de sous-traitance à caractère médical hors transport du patient (laboratoires, imagerie, autre), de spécialités pharmaceutiques en compte de tiers facturables en sus, autres consommables médicaux en compte de tiers.

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.

Ne sont pas détaillées les dépenses liées à la participation des salariés aux fruits de l'expansion.

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 et participation des salariés aux fruits de l'expansion.

Sections d'analyses médico-techniques

Ces sections concernent uniquement les établissements rattachés à un autre établissement de santé. Il s'agit des charges de personnel (soignant, médical et autre) des plateaux médico-techniques produisant des actes pour les patients hospitalisés en HAD.

Seules les dépenses totales apparaissent, ne sont pas détaillées les dépenses par plateau (laboratoire, imagerie, ...).

Les charges à caractère médical (médicaments, consommables,...), les charges liées au matériel (amortissement, location, entretien, maintenance,...) et les charges de sous-traitance des sections médico-techniques sont rattachées à la section « charges au domicile du patient ». De même, la logistique médicale relative à ces sections est rattachée à la section « logistique médicale », et la logistique générale est rattachée à la section « logistique générale ».

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 fonctionnement de la 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, DSI, DIM.

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

Structure

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

4.2 Données nationales PMSI

Pour chaque GHPC avec un effectif suffisant dans l'échantillon, le taux de sondage est présenté ainsi que les données nationales qui ont été utilisées dans le processus de calage (le score AVQ).

**Annexe 1 : Liste des établissements participants à l'ENC HAD en 2016
(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	440012128	HAD de Nantes & Région
Ex-DG	590048476	HAD SYNERGIE / GHICL
Ex-DG	690788930	Soins et Santé HAD LYON
Ex-DG	740790381	HAD - CHI les Hôpitaux du Lemman
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	540010568	HADAN
Ex-OQN	630010296	A.GE.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
Ex-OQN	880006606	KORIAN PAYS DES IMAGES
Ex-OQN	970403119	ASDR HAD Sud
Ex-OQN	970404851	ASDR HAD Nord-est
Ex-OQN	970406625	ASDR HAD Ouest

Annexe 2 : Coût journalier moyen de médecin traitant par MPP

Pour rappel, ce calcul est réalisé à partir des données 2016 des 17 établissements ENC ayant remonté cette information. Il s'agit d'un coût moyen observé, non redressé, donc sensible à la composition de l'échantillon.

MPP	Coût journalier moyen de médecin traitant (en €)
01 - Assistance respiratoire	1,7
02 - Nutrition parentérale	1,2
03 - Traitement intra-veineux	1,6
04 - Soins palliatifs	2,2
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	0,4
06 - Nutrition entérale	1,4
07 - Prise en charge de la douleur	1,7
08 - Autres traitements	1,3
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	0,7
10 - Post traitement chirurgical	0,5
11 - Rééducation orthopédique	0,9
12 - Rééducation neurologique	2,4
13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	0,5
14 - Soins de nursing lourds	2,0
15 - Education du patient et de son entourage	0,2
17 - Surveillance de radiothérapie	nc*
18 - Transfusion sanguine	nc*
19 - Surveillance de grossesse à risque	0,1
21 - Post-partum pathologique	0,1
22 - Prise en charge du nouveau-né à risque	nc*
24 - Surveillance d'aplasie	0,6
29 - Sortie précoce de chirurgie	nc*

*non calculable (moins de 30 séquences dans l'ENC)

Annexe 3 : Coût journalier moyen de médecin traitant par MPP x MPA

Sont affichées uniquement les associations MPP x MPA pour lesquelles l'effectif dans l'ENC est suffisant (au moins 30 séquences).

Pour rappel, ce calcul est réalisé à partir des données 2016 des 17 établissements ENC ayant remonté cette information. Il s'agit d'un coût moyen observé, non redressé, donc sensible à la composition de l'échantillon.

MPP	MPA	Coût journalier moyen de médecin traitant (en €)
01 - Assistance respiratoire	04 - Soins palliatifs	2,9
01 - Assistance respiratoire	06 - Nutrition entérale	1,3
01 - Assistance respiratoire	08 - Autres traitements	8,5
01 - Assistance respiratoire	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,1
01 - Assistance respiratoire	14 - Soins de nursing lourds	2,1
02 - Nutrition parentérale	00 - Pas de mode de prise en charge associé	1,0
02 - Nutrition parentérale	01 - Assistance respiratoire	2,3
02 - Nutrition parentérale	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	1,5
02 - Nutrition parentérale	07 - Prise en charge de la douleur	1,8
02 - Nutrition parentérale	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,1
02 - Nutrition parentérale	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	1,0
02 - Nutrition parentérale	14 - Soins de nursing lourds	1,7
02 - Nutrition parentérale	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	1,6
03 - Traitement intraveineux	00 - Pas de mode de prise en charge associé	1,4
03 - Traitement intraveineux	01 - Assistance respiratoire	1,8
03 - Traitement intraveineux	02 - Nutrition parentérale	2,1
03 - Traitement intraveineux	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	1,6
03 - Traitement intraveineux	06 - Nutrition entérale	2,5
03 - Traitement intraveineux	07 - Prise en charge de la douleur	1,7
03 - Traitement intraveineux	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,8
03 - Traitement intraveineux	10 - Post traitement chirurgical	1,7
03 - Traitement intraveineux	11 - Rééducation orthopédique	1,2
03 - Traitement intraveineux	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	1,7
03 - Traitement intraveineux	14 - Soins de nursing lourds	1,6
03 - Traitement intraveineux	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	0,9
04 - Soins palliatifs	00 - Pas de mode de prise en charge associé	2,2
04 - Soins palliatifs	01 - Assistance respiratoire	2,7
04 - Soins palliatifs	02 - Nutrition parentérale	2,2
04 - Soins palliatifs	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	1,2
04 - Soins palliatifs	06 - Nutrition entérale	1,6
04 - Soins palliatifs	07 - Prise en charge de la douleur	3,4
04 - Soins palliatifs	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,7
04 - Soins palliatifs	11 - Rééducation orthopédique	3,8

04 - Soins palliatifs	12 - Rééducation neurologique	3,5
04 - Soins palliatifs	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	1,1
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,3
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	01 - Assistance respiratoire	1,8
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	07 - Prise en charge de la douleur	2,3
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	14 - Soins de nursing lourds	0,7
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	0,3
06 - Nutrition entérale	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,6
06 - Nutrition entérale	01 - Assistance respiratoire	1,8
06 - Nutrition entérale	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	1,4
06 - Nutrition entérale	07 - Prise en charge de la douleur	3,0
06 - Nutrition entérale	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,0
06 - Nutrition entérale	11 - Rééducation orthopédique	2,6
06 - Nutrition entérale	12 - Rééducation neurologique	1,9
06 - Nutrition entérale	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	0,7
06 - Nutrition entérale	14 - Soins de nursing lourds	1,6
06 - Nutrition entérale	15 - Education du patient et/ou de son entourage	0,6
06 - Nutrition entérale	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	0,8
07 - Prise en charge de la douleur	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,7
07 - Prise en charge de la douleur	02 - Nutrition parentérale	1,1
07 - Prise en charge de la douleur	04 - Soins palliatifs	2,9
07 - Prise en charge de la douleur	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	1,6
07 - Prise en charge de la douleur	06 - Nutrition entérale	2,0
07 - Prise en charge de la douleur	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,0
07 - Prise en charge de la douleur	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	1,8
08 - Autres traitements	00 - Pas de mode de prise en charge associé	1,4
08 - Autres traitements	01 - Assistance respiratoire	2,2
08 - Autres traitements	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	0,8
08 - Autres traitements	07 - Prise en charge de la douleur	2,4
08 - Autres traitements	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2,3
08 - Autres traitements	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	0,6
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,5
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	01 - Assistance respiratoire	1,3
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	02 - Nutrition parentérale	0,8
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	0,8
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	06 - Nutrition entérale	1,7
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	07 - Prise en charge de la douleur	1,0
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	11 - Rééducation orthopédique	1,7

09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	12 - Rééducation neurologique	1,4
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	0,7
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	14 - Soins de nursing lourds	1,1
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	0,5
10 - Post traitement chirurgical	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,3
10 - Post traitement chirurgical	07 - Prise en charge de la douleur	1,9
10 - Post traitement chirurgical	11 - Rééducation orthopédique	0,3
10 - Post traitement chirurgical	14 - Soins de nursing lourds	2,5
10 - Post traitement chirurgical	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	0,5
11 - Rééducation orthopédique	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,5
11 - Rééducation orthopédique	14 - Soins de nursing lourds	1,3
11 - Rééducation orthopédique	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	0,0
12 - Rééducation neurologique	14 - Soins de nursing lourds	2,7
13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,4
13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	01 - Assistance respiratoire	0,3
13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	07 - Prise en charge de la douleur	1,8
13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	11 - Rééducation orthopédique	1,1
13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	12 - Rééducation neurologique	1,4
13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	14 - Soins de nursing lourds	1,0
13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	17 - Surveillance de radiothérapie	0,3
13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	0,6
14 - Soins de nursing lourds	00 - Pas de mode de prise en charge associé	1,7
14 - Soins de nursing lourds	01 - Assistance respiratoire	2,6
14 - Soins de nursing lourds	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	0,8
14 - Soins de nursing lourds	07 - Prise en charge de la douleur	2,6
14 - Soins de nursing lourds	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,4
14 - Soins de nursing lourds	11 - Rééducation orthopédique	2,4
14 - Soins de nursing lourds	12 - Rééducation neurologique	2,0
14 - Soins de nursing lourds	13 - Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	1,7
14 - Soins de nursing lourds	14 - Soins de nursing lourds	1,2
14 - Soins de nursing lourds	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	1,8
15 - Education du patient et/ou de son entourage	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,2
15 - Education du patient et/ou de son entourage	25 - Prise en charge psychologique ou sociale	0,1
19 - Surveillance de grossesse à risque	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,1
21 - Postpartum pathologique	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,1
24 - Surveillance d'aplasie	00 - Pas de mode de prise en charge associé	0,4