

Guide de lecture des valeurs nationales de coûts

Données ENC HAD 2012

*Service : Financement des établissements de santé
Pôle : Allocation de Ressources aux Etablissements de Santé*

Juin 2014

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Préambule | 3 |
| I. Présentation de l'échantillon ENC 2012 | 3 |
| 1. Par secteur de financement et statut juridique | 3 |
| 2. Par Mode de Prise en charge Principal (MPP) | 4 |
| 3. Par association Mode de Prise en charge Principal et Mode de Prise en charge Associé (MPP x MPA) | 5 |
| 4. Par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC) | 5 |
| II. Corrections préalables au calcul des valeurs nationales | 7 |
| 1. Prise en compte du coefficient géographique | 7 |
| 2. Suppression des séquences atypiques | 7 |
| III. Calcul des valeurs nationales et opérations de calage | 7 |
| IV. Guide de lecture | 9 |
| 1. Coûts décomposés par GHPC, par MPP x MPA et par MPP..... | 9 |
| 2. Données nationales PMSI | 11 |
| Annexe | 12 |

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 2012. Ils sont calculés à partir des informations collectées sur 7 établissements ex-DG et 12 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 GHPC. Une présentation agrégée est également disponible par association Mode de Prise en charge Principal x Mode de Prise en charge Associé (MPP x MPA) et par Mode de Prise en charge Principal (MPP), pour l'ensemble des deux secteurs (ex-DG et ex-OQN).

I. Présentation de l'échantillon ENC 2012

Une analyse des taux de sondage dans l'échantillon 2012 est réalisée selon différentes typologies : statut juridique, 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. Par secteur de financement et statut juridique

Tableau 1 : Evolution du taux de sondage 2011-2012 par secteur de financement

| | 2011 | | | 2012 | | |
|--------------|----------------------------|------------------------------|-----------------|----------------------------|------------------------------|-----------------|
| | Nb établissements intégrés | Nb journées ENC ¹ | Taux de sondage | Nb établissements intégrés | Nb journées ENC ¹ | Taux de sondage |
| Ex-DG | 6 | 402 288 | 21,3% | 7 | 456 280 | 21,8% |
| Ex-OQN | 9 | 141 434 | 7,9% | 12 | 194 528 | 9,8% |
| Total | 15 | 543 722 | 14,8% | 19 | 650 808 | 16,0% |

¹après suppression des atypies

Le taux de sondage 2012, c'est-à-dire la part des journées recueillies dans l'ENC dans l'ensemble des journées nationales, est globalement de 16%. Comme les années précédentes, il atteint plus de 20% 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 d'activité. Sur le secteur ex-OQN, le taux de sondage passe de 8% en 2011 à 10% en 2012, le nombre d'établissements intégrés¹ passant de 9 à 12.

Tableau 2 : Taux de sondage 2012 par secteur de financement et statut juridique

| | | Nombre d'établissements intégrés | En séquences | | En journées | |
|--------------|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------|
| | | | Nombre de séquences ENC ¹ | Taux de sondage | Nombre de journées ENC ¹ | Taux de sondage |
| Ex-DG | CH/CHU | 4 | 2 619 | 3,4% | 34 487 | 3,2% |
| | EBNL ² | 3 | 33 346 | 51,5% | 421 793 | 41,1% |
| | Total ex-DG | 7 | 35 965 | 25,5% | 456 280 | 21,8% |
| Ex-OQN | Privé | 1 | 252 | 0,9% | 5 907 | 1,1% |
| | EBNL | 11 | 8 931 | 12,1% | 188 621 | 12,8% |
| | Total ex-OQN | 12 | 9183 | 9,0% | 194 528 | 9,8% |
| Total | | 19 | 45 148 | 18,6% | 650 808 | 16,0% |

¹après suppression des atypies

¹ La liste des 21 établissements participants à l'ENC HAD 2012 est présentée en annexe.

² Etablissement à but non lucratif.

Le taux de sondage est le plus élevé pour les EBNL du secteur ex-DG³ (41%) et ex-OQN (13%). Pour les autres catégories d'établissements (CH/CHU et privé ex-OQN), il est inférieur à 5%. Les types Centre Hospitalier (CH) et CHU sont regroupés en une seule catégorie car il n'y a pas de CHU dans l'échantillon 2012.

2. Par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

Tableau 3 : Taux de sondage 2012 par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

| MPP | Libellé | En séquences | | | En journées | | |
|--------------|---|-------------------------|-----------------|------------------------------------|------------------------|-----------------|------------------------------------|
| | | Nombre de séquences ENC | Taux de sondage | Evolution 2011-2012 (en nb points) | Nombre de journées ENC | Taux de sondage | Evolution 2011-2012 (en nb points) |
| 01 | Assistance respiratoire | 701 | 13,7% | 5,0 | 18 777 | 14,3% | 1,3 |
| 02 | Nutrition parentérale | 1 307 | 18,5% | -0,2 | 22 887 | 19,8% | 0,7 |
| 03 | Traitement intraveineux | 2 097 | 12,7% | 2,4 | 27 537 | 14,2% | 2,6 |
| 04 | Soins palliatifs | 9 583 | 15,4% | 2,1 | 161 358 | 14,6% | 0,8 |
| 05 | Chimiothérapie anti-cancéreuse | 6 777 | 40,4% | 4,6 | 27 067 | 39,2% | 0,0 |
| 06 | Nutrition entérale | 1 564 | 15,0% | 2,8 | 42 959 | 14,9% | -0,2 |
| 07 | Prise en charge de la douleur | 498 | 10,2% | 3,8 | 7 782 | 10,9% | 3,7 |
| 08 | Autres traitements | 533 | 8,5% | -1,1 | 7 060 | 7,8% | 4,1 |
| 09 | Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | 4 680 | 14,5% | 2,4 | 147 875 | 15,4% | 2,1 |
| 10 | Post traitement chirurgical | 2 205 | 29,3% | 1,2 | 30 641 | 27,3% | 1,6 |
| 11 | Rééducation orthopédique | 162 | 5,3% | -1,0 | 4 363 | 7,8% | 0,4 |
| 12 | Rééducation neurologique | 168 | 5,9% | -1,3 | 5 075 | 8,8% | -2,4 |
| 13 | Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse | 6 063 | 42,6% | -0,5 | 49 381 | 34,0% | -3,3 |
| 14 | Soins de nursing lourds | 1 781 | 13,0% | 5,1 | 51 240 | 15,0% | 4,4 |
| 15 | Education du patient et de son entourage | 466 | 14,1% | -1,9 | 10 062 | 20,9% | -1,3 |
| 17 | Surveillance de radiothérapie | 49 | 14,0% | -4,8 | 866 | 15,5% | -3,0 |
| 18 | Transfusion sanguine | 43 | 16,2% | -22,7 | 117 | 19,4% | -23,5 |
| 19 | Surveillance de grossesse à risque | 108 | 1,8% | -0,9 | 2 153 | 1,9% | -1,6 |
| 20 | Retour précoce à domicile après accouchement | 581 | 8,9% | 8,5 | 3 099 | 11,3% | 10,7 |
| 21 | Post-partum pathologique | 5 654 | 29,5% | -5,5 | 28 672 | 24,6% | -6,8 |
| 22 | Prise en charge du nouveau-né à risque | 15 | 0,4% | 0,0 | 183 | 0,6% | -0,6 |
| 24 | Surveillance d'aplasie | 113 | 20,7% | -3,8 | 1 654 | 27,3% | -2,3 |
| Total | | 45 148 | 18,6% | 1,8 | 650 808 | 16,0% | 1,2 |

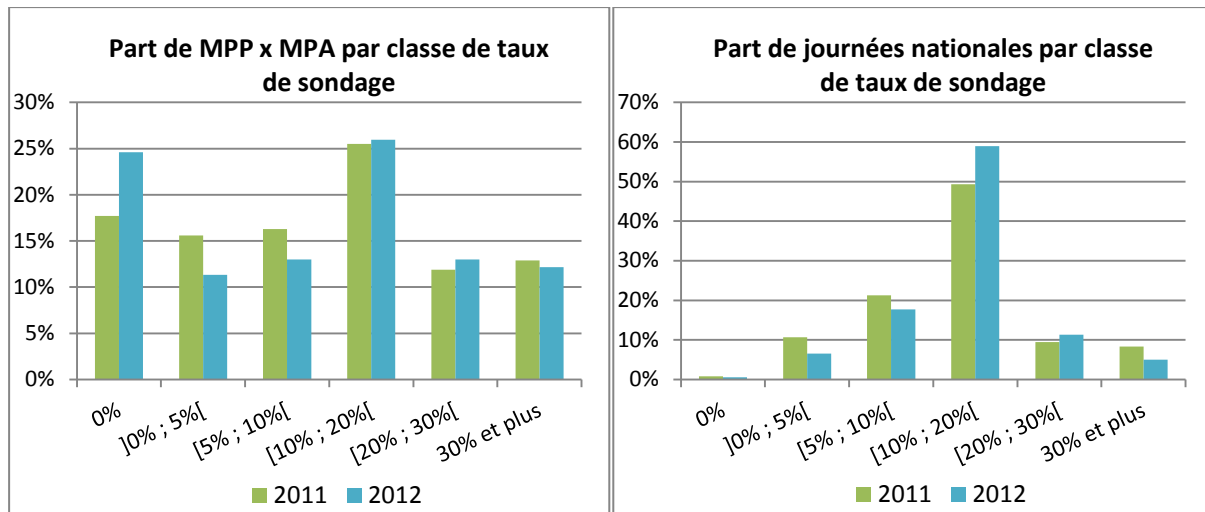
Le taux de sondage en nombre de journées est supérieur à 10% pour de nombreux MPP. Par exemple sur les Soins palliatifs (MPP 04), qui représentent un quart de l'activité nationale, le nombre de journées présentes dans l'échantillon ENC correspond à 15% des journées nationales de ce MPP. Le taux de sondage est inférieur à 5% pour 2 MPP (19 et 22), surlignés en gris. Ceux-ci présentaient déjà un faible taux de sondage les années précédentes, et ne représentent qu'une faible activité au niveau national. En revanche, le taux de sondage augmente fortement sur les MPP 08 (Autres traitements), 14 (Soins de nursing lourds) et 20 (Retour précoce à domicile après accouchement).

³ dont fait partie Santé Service HAD.

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

Sur les 417 associations MPP x MPA existantes en 2012, 362 comptent au moins une journée dans la base nationale 2012. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENC sur ces 362 associations.

Graphique 1 : Evolution entre 2011 et 2012 des taux de sondage par MPP x MPA (en journées)



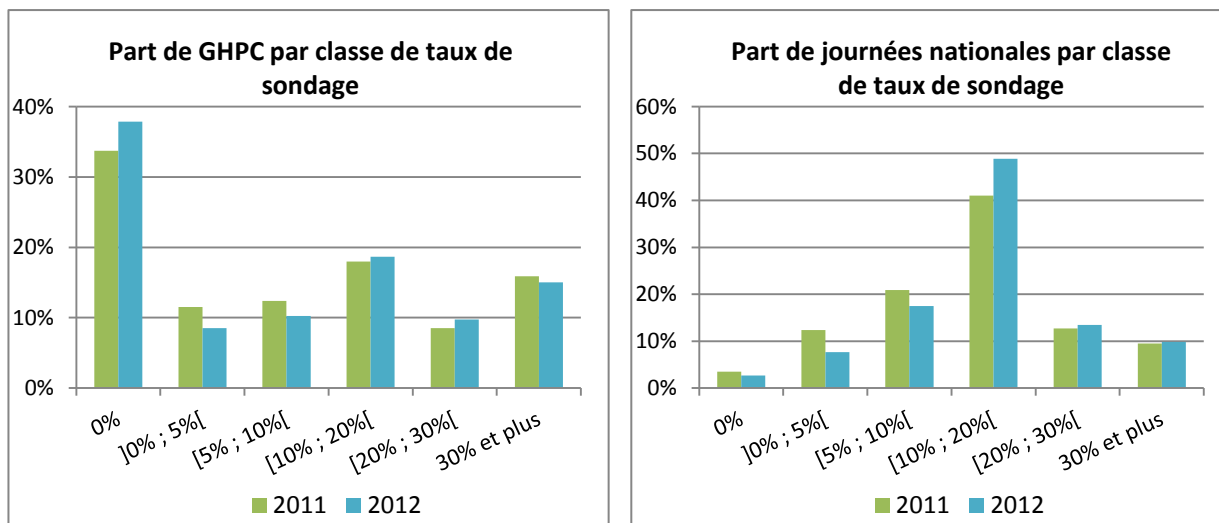
89 associations MPP x MPA (soit 25% des associations) ne sont pas présentes dans l'échantillon ENC, et présentent donc un taux de sondage nul. Toutefois, ces associations représentent moins de 1% de l'activité nationale.

Les associations MPP x MPA ayant un taux de sondage supérieur à 10% (soit 51% des associations) représentent 75% de l'activité nationale. C'est une amélioration sensible par rapport à 2011, où les associations MPP x MPA avec un taux de sondage supérieur à 10% (50% des associations) concentraient 67% de l'activité nationale.

4. Par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC)

Sur les 2 498 GHPC existants en 2012, 1 633 comptent au moins une séquence dans la base nationale 2012. L'activité nationale est très concentrée, puisque 12% 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 1 633 GHPC.

Graphique 2 : Evolution entre 2011 et 2012 des taux de sondage par GHPC (en journées)

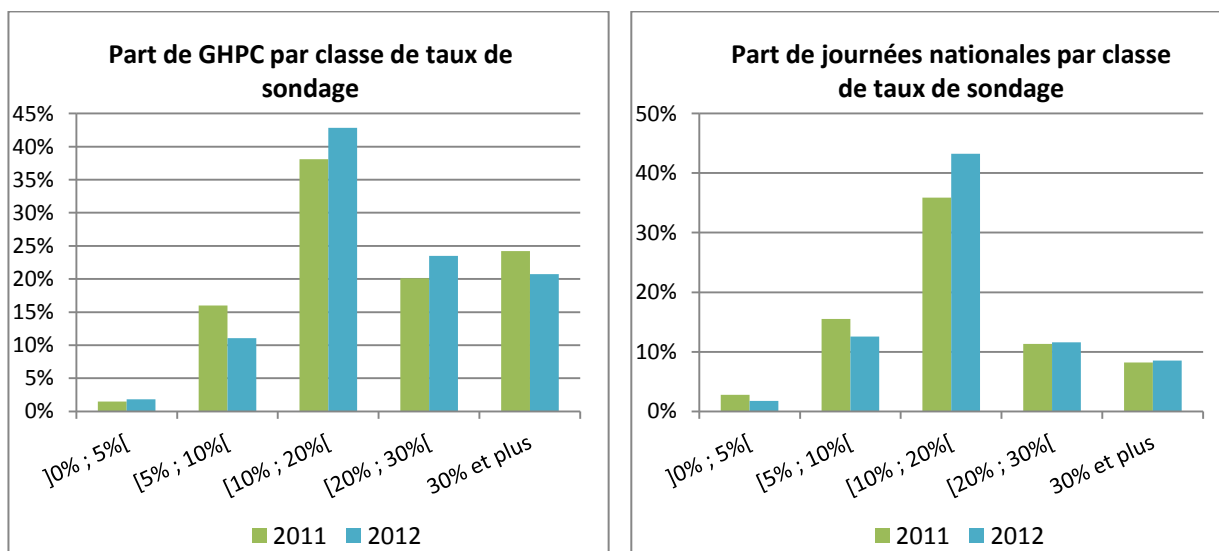


Dans le recueil de coûts 2012, 1 015 GHPC (62%) présentent au moins une journée. Les 38% restant ne sont pas représentés dans l'échantillon ENC (ils ont donc un taux de sondage nul), mais ils ne représentent que 3% de l'activité nationale.

Les GHPC pour lesquels le taux de sondage est supérieur à 10% (43% des GHPC) représentent 72% 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 217 GHPC qui regroupent, au national, 78% de l'activité. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENC sur ces 217 GHPC.

Graphique 3 : Evolution entre 2011 et 2012 des taux de sondage par GHPC (en journées), pour les GHPC avec un effectif suffisant



Parmi les 217 GHPC avec un coût calculé, 189 (soit 87%) présentent un taux de sondage supérieur à 10%. Ceux-ci concentrent 63% de l'activité nationale. C'est une amélioration sensible par rapport à 2011, où 82% des GHPC avec un coût calculé présentaient un taux de sondage supérieur à 10%, et concentraient 55% de l'activité nationale.

II. Corrections préalables au calcul des valeurs nationales

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 géographique correspondant. La composition de l'échantillon 2012 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. 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.

Suppression des séquences à cheval : Dans la méthodologie ENC, les charges remontées par les établissements couvrent l'année civile 2012, du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les séquences à cheval sur 2011 et/ou 2013 ne peuvent donc pas être correctement valorisées. En effet, pour une séquence débutant en 2011 et se terminant en 2012, seules les journées de 2012 sont valorisées avec les charges recueillies à partir du 1^{er} janvier 2012. Etant donné que les charges 2011 ne sont pas prises en compte, ces séquences ne sont pas incluses dans le calcul des valeurs nationales. Ainsi, 4 540 séquences à cheval sont supprimées, soit 9% de la base initiale.

Suppression des séquences en erreur : Les 482 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 :

- 369 séquences avec un coût intervenant très faible, c'est-à-dire un coût total intervenant sur le séjour inférieur à 20€ et un coût journalier intervenant sur la séquence inférieur à 4€.
- 17 séquences avec un coût journalier très élevé et une incohérence dans la description médicale.

III. 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 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 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 type d'établissement), 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 2012 sont utilisées pour calculer les vrais totaux sur lesquels est réalisé le calage.

Les variables de calage sélectionnées sont les suivantes :

- **type de l'établissement (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 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 :

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

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 2012 (en nombre de journées). Ainsi, les coûts par MPP x MPA et par MPP 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'activité⁴.

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

IV. Guide de lecture

Les valeurs nationales HAD 2012 sont éditées sous la forme d'un fichier Excel constitué de plusieurs onglets.

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 2012.

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 2012.

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 2012.

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, 97% des journées du MPP.

En revanche, sur le MPP 01 (Assistance respiratoire), le coût moyen journalier est calculé sur des GHPC qui ne représentent que 51% des journées nationales du MPP (9 GHPC).

Deux coûts journaliers sont présentés : un coût hors structure et hors médecin traitant, et un coût hors structure, hors médecin traitant et hors molécules onéreuses⁵. Ce dernier permet de se rendre compte de l'impact des molécules onéreuses sur le coût total de la journée.

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. 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 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.

Dans la méthodologie ENC HAD 2012, 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 (scénario 1),
- soit il peut faire cette distinction (scénario 2). Le scénario « cible » est le scénario 2.

Tant que tous les établissements ne suivent pas le scénario cible, 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 9 grands postes de coûts présentés sont les suivants :

- intervenants
- charges au domicile du patient (CDP)

⁵ Spécialités pharmaceutiques facturables en sus et médicaments sous ATU.

- 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

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 LGG⁶ 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 autres (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 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.

Continuité des soins

⁶ 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.

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.

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 charges à caractère médical et des charges d'autres natures liées au fonctionnement 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, ...).

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.

Il convient de noter que la logistique médicale des sections médico-techniques n'est pas incluse ici, mais est rattachée aux sections médico-techniques.

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 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.

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 : Liste des établissements participants à l'ENC HAD en 2012 (hors abandons)

| Statut | Finess | Raison sociale | Ville |
|--------|-----------|--|---------------------|
| Ex-DG | 030780118 | HAD Centre Hospitalier de Vichy | VICHY |
| Ex-DG | 170023279 | Groupe Hospitalier de la Rochelle - RE - AUNIS | LA ROCHELLE |
| Ex-DG | 440012128 | HAD de Nantes | NANTES |
| Ex-DG | 690788930 | Soins et Santé | RILLIEUX LA PAPE |
| Ex-DG | 740790381 | CHI les Hôpitaux du Lemans | THONON-LES-BAINS |
| Ex-DG | 790000012 | HAD - Centre Hospitalier de Niort | NIORT |
| Ex-DG | 920813623 | Santé Service HAD | PUTEAUX |
| Ex-OQN | 060785243 | HAD de Nice et Région | NICE |
| Ex-OQN | 370103673 | HAD 37 | SAINT-CYR SUR LOIRE |
| Ex-OQN | 400780888 | Santé Service Dax | DAX |
| Ex-OQN | 470009358 | HAD 47 | BOE |
| Ex-OQN | 590812509 | Santély HAD | LOOS |
| Ex-OQN | 600003008 | HAD-ACSSO | NOGENT-SUR-OISE |
| Ex-OQN | 630010296 | HAD 63 | CEBAZAT |
| Ex-OQN | 670005479 | Aural HAD | STRASBOURG |
| Ex-OQN | 670008838 | HAD NORD ALSACE Fondation St François | HAGUENAU |
| Ex-OQN | 680017829 | HAD SUD ALSACE MULHOUSE | MULHOUSE |
| Ex-OQN | 760020529 | HAD du Cèdre | BOIS-GUILLAUME |
| Ex-OQN | 970403119 | ASDR HAD Sud | SAINTE CLOTILDE |
| Ex-OQN | 970404851 | ASDR HAD Nord-est | SAINTE CLOTILDE |
| Ex-OQN | 970406625 | ASDR HAD Ouest | SAINTE CLOTILDE |