

Guide de lecture des valeurs nationales de coûts

Données ENC HAD 2013

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

Juin 2015

Table des matières

Préambule	3
1. Présentation de l'échantillon ENC 2013	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)	5
1.4 Par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC).....	5
2. Corrections préalables au calcul des valeurs nationales	7
2.1 Prise en compte du coefficient géographique	7
2.2 Suppression des séquences atypiques	7
3. Calcul des valeurs nationales et opérations de calage	7
4. Guide de lecture	9
4.1 Coûts décomposés par GHPC, par MPP x MPA et par MPP.....	9
4.2 Données nationales PMSI	11
Annexe 1 : Liste des établissements participants à l'ENC HAD en 2013 (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 2013. Ils sont calculés à partir des informations collectées sur 7 établissements ex-DG et 13 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).

Les nouveautés méthodologiques :

- Intégration du montant de la participation des salariés dans le coût complet de l'ENC 2013 pour le secteur ex-OQN : le montant de la participation devient une charge incorporable. Lors du COPIL du 18/07/2013 a été actée l'intégration de la participation des salariés au fruit de l'expansion dans le coût complet. Le montant est connu pour chaque section d'analyse mais n'est pas recueilli par type de personnel (personnel médical, soignant ou autre).
- Intégration, dans l'estimation des coûts, des séquences à cheval entre 2012 et 2013. Pour les publications antérieures, ces séquences à cheval étaient exclues du calcul des coûts, du fait que les journées correspondantes à ces séquences n'étaient pas correctement valorisées. A partir des valeurs nationales 2013, les séquences à cheval sur l'année N-1 sont entièrement valorisées, et sont donc incluses dans le calcul des coûts (cf. 2.2 *Suppression des séquences atypiques*).

1. Présentation de l'échantillon ENC 2013¹

Une analyse des taux de sondage dans l'échantillon 2013 est réalisée selon différents agrégats : 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).

1.1 Par secteur de financement et statut juridique

Tableau 1 : Evolution du taux de sondage 2012-2013 par secteur de financement

	2012			2013		
	Nb établissements intégrés	Nb journées ENC*	Taux de sondage	Nb établissements intégrés	Nb journées ENC*	Taux de sondage
Ex-DG	7	456 280	21,8%	7	600 293	27,1%
Ex-OQN	12	194 528	9,8%	13	269 275	13,1%
Total	19	650 808	16,0%	20	869 568	20,4%

* après suppression des atypies (cf. partie 2.2)

Le taux de sondage 2013, c'est-à-dire la part des journées recueillies dans l'ENC dans l'ensemble des journées nationales, est globalement de 20%. 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 5 points sur le secteur ex-DG et de 3 points sur le secteur ex-OQN par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est notamment liée à la prise en compte des séquences à cheval sur l'année 2012, pour les établissements participants à l'ENC en 2012 et 2013.

¹ La liste des 20 établissements participants à l'ENC HAD 2013 est présentée en annexe 1.

Tableau 2 : Taux de sondage 2013 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	4	2 304	3,0%	37 951	3,4%
	EBNL ³	3	35 401	51,8%	562 342	51,7%
	Total ex-DG	7	37 705	25,8%	600 293	27,1%
Ex-OQN	Privé	1	370	1,4%	9 008	1,8%
	EBNL	12	11 609	14,2%	260 267	16,8%
	Total ex-OQN	13	11 979	11,0%	269 275	13,1%
Total		20	49 684	19,5%	869 568	20,4%

* après suppression des atypies (cf. partie 2.2)

Le taux de sondage est le plus élevé pour les établissements à but non lucratif (EBNL) du secteur ex-DG⁴ (52%) et ex-OQN (17%). Pour les autres catégories d'établissements (CH/CHU et privé ex-OQN), il est inférieur à 5%.

1.2 Par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

Tableau 3 : Taux de sondage 2013 par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

MPP	Libellé	En séquences			En journées		
		Nombre de séquences ENC	Taux de sondage	Evolution 2012-2013 (en nb points)	Nombre de journées ENC	Taux de sondage	Evolution 2012-2013 (en nb points)
01	Assistance respiratoire	656	14,0%	0,3	26 399	21,4%	7,1
02	Nutrition parentérale	1 549	20,6%	2,1	26 761	21,8%	2,0
03	Traitement intraveineux	2 603	14,4%	1,7	37 099	16,9%	2,7
04	Soins palliatifs	11 316	18,0%	2,6	202 630	18,7%	4,1
05	Chimiothérapie anti-cancéreuse	7 607	38,9%	-1,5	29 598	35,7%	-3,5
06	Nutrition entérale	1 732	16,8%	1,8	59 927	21,5%	6,6
07	Prise en charge de la douleur	734	13,1%	2,9	10 964	15,3%	4,4
08	Autres traitements	736	12,8%	4,3	11 854	13,9%	6,1
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	6 070	16,5%	2,0	226 925	21,7%	6,3
10	Post traitement chirurgical	2 079	32,3%	3,0	29 685	29,6%	2,3
11	Rééducation orthopédique	136	5,4%	0,1	4 586	9,1%	1,3
12	Rééducation neurologique	340	13,6%	7,7	10 547	17,3%	8,5
13	Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	5 668	38,6%	-4,0	52 159	32,9%	-1,1
14	Soins de nursing lourds	2 451	13,4%	0,4	91 865	20,6%	5,6
15	Education du patient et de son entourage	597	17,0%	2,9	16 025	29,4%	8,5
17	Surveillance de radiothérapie	47	12,5%	-1,5	592	10,5%	-5,0
18	Transfusion sanguine	33	15,3%	-0,9	92	17,7%	-1,7
19	Surveillance de grossesse à risque	267	3,8%	2,0	5 357	4,8%	2,9
20	Retour précoce à domicile après accouchement	536	10,2%	1,3	2 829	12,5%	1,2
21	Post-partum pathologique	4 395	23,8%	-5,7	21 785	19,9%	-4,7
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	28	0,8%	0,4	399	1,4%	0,8
24	Surveillance d'aplasie	104	13,8%	-6,9	1 490	15,0%	-12,3
Total		49 684	19,5%	0,9	869 568	20,4%	4,4

² Les Centres Hospitaliers (CH) et CHU sont regroupés en une seule catégorie car il n'y a pas de CHU dans l'échantillon 2013.

³ Etablissement à but non lucratif.

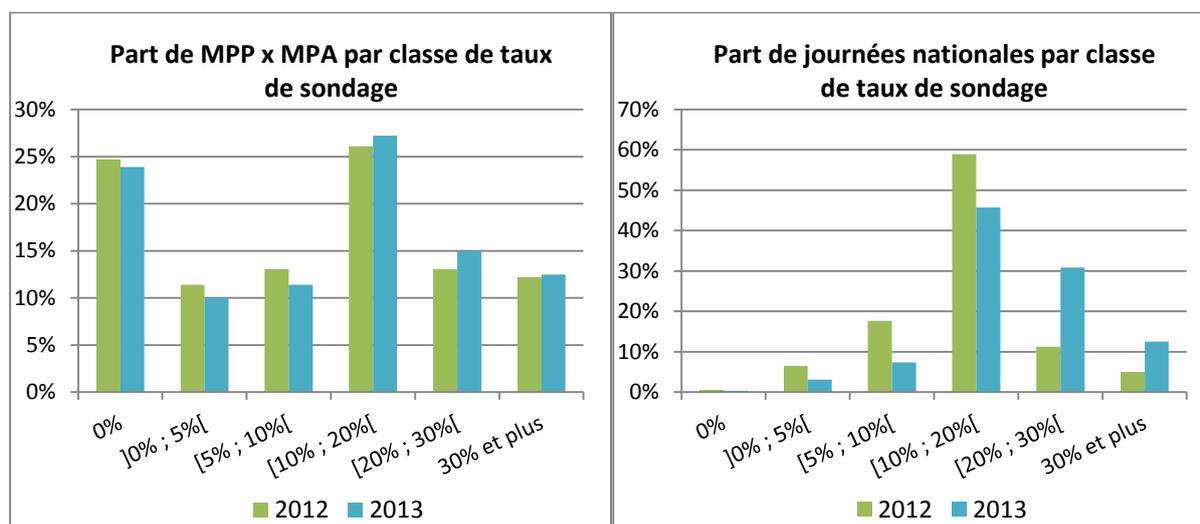
⁴ dont fait partie Santé Service HAD.

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 19% des journées nationales de ce MPP. Le taux de sondage est inférieur à 5% pour deux MPP (19 et 22. 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 (au moins 7 points) sur les MPP 01 (Assistance respiratoire), 12 (Rééducation neurologique) et 15 (Education du patient et de son entourage).

1.3 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 2013, 360 comptent au moins une journée dans la base nationale 2013. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENC sur ces 360 associations.

Graphique 1 : Evolution entre 2012 et 2013 des taux de sondage par MPP x MPA (en journées)



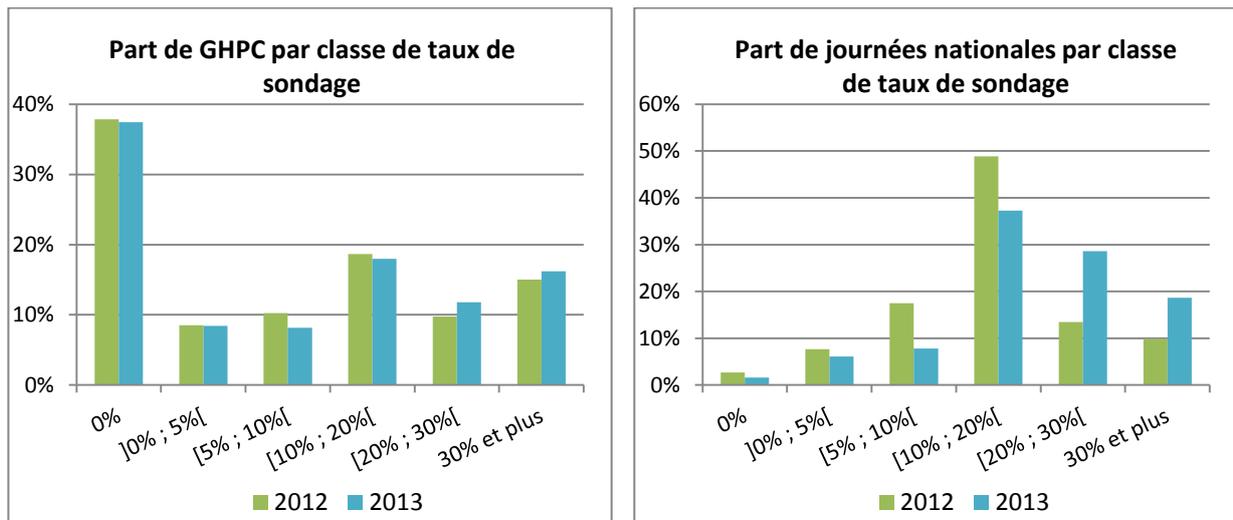
86 associations MPP x MPA (soit 24% des associations) ne sont pas présentes dans l'échantillon ENC, et présentent donc un taux de sondage nul. Toutefois, ces associations représentent moins de 1% de l'activité nationale.

Les associations MPP x MPA ayant un taux de sondage supérieur à 10% (soit 55% des associations) représentent 89% de l'activité nationale. C'est une amélioration sensible par rapport à 2012, où les associations MPP x MPA avec un taux de sondage supérieur à 10% (51% des associations) concentraient 75% de l'activité nationale.

1.4 Par Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC)

Sur les 2 510 GHPC existants en 2013, 1 642 comptent au moins une séquence dans la base nationale 2013. 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 a fortiori dans l'échantillon. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENC sur ces 1 642 GHPC.

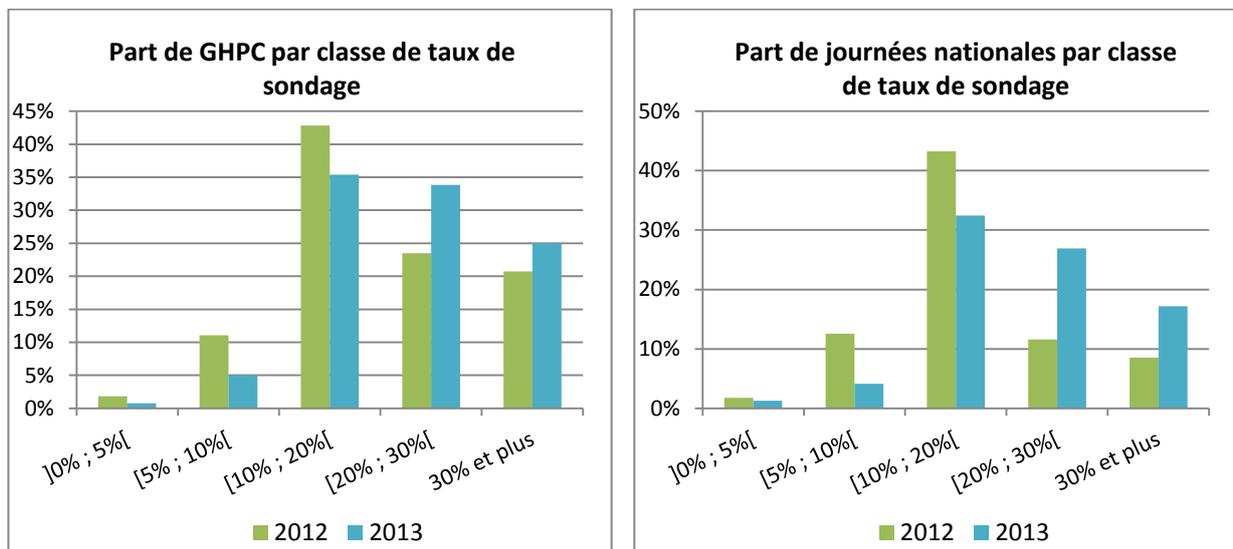
Graphique 2 : Evolution entre 2012 et 2013 des taux de sondage par GHPC (en journées)



Sur les 1 642 GHPC avec au moins une journée au national, 1 027 GHPC (63%) présentent au moins une journée dans le recueil de coûts 2013. Les 37% 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% (46% des GHPC) représentent 85% 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 260 GHPC qui regroupent, au national, 82% de l'activité. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENC sur ces 260 GHPC.

Graphique 3 : Evolution entre 2012 et 2013 des taux de sondage par GHPC (en journées), pour les GHPC avec un effectif suffisant



Parmi ces 260 GHPC, 245 (soit 94%) présentent un taux de sondage supérieur à 10%. Ceux-ci concentrent 77% de l'activité nationale. C'est une amélioration sensible par rapport à 2012, où 87% des GHPC avec un coût calculé présentaient un taux de sondage supérieur à 10%, et concentraient 63% 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 géographique correspondant. La composition de l'échantillon 2013 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.

Nouveauté 2013 :

Pour calculer les valeurs nationales des années précédentes, les séquences à cheval sur N-1 ou N+1 ont été supprimées, pour ne garder que les séquences entières sur l'année. Pour les 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 2013 sont construites, pour les établissements appartenant aux études 2012 et 2013, à partir des informations de l'ensemble des séquences terminées en 2013.**

En pratique, pour les séquences commencées en 2012 et terminées en 2013, les coûts des séquences remontées dans l'étude 2012 ont été sommés aux coûts des séquences remontées dans l'étude 2013. Cette opération a été réalisée pour les établissements intégrés aux deux études, soit 18 établissements sur les 20 établissements intégrés à l'échantillon 2013. 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 2013), 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 2013. Elles seront prises en compte dans les valeurs nationales 2014 (pour les établissements intégrés en 2013 et 2014).

Ainsi, 2 601 séquences à cheval sont supprimées, soit 5% de la base initiale.

Suppression des séquences en erreur : Les 291 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 :

- 532 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€.
- 34 séquences avec un coût journalier très élevé et une incohérence dans la description médicale.
- 9 séquences avec un poste de coût incohérent (des coûts de sage-femme sur un mode de prise en charge non attendu par exemple).
- 9 séquences avec plus de 10 passages d'intervenants par jour.

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 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 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 2013 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 :

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

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 2013 (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'activité⁵.

⁵ Variable « Part de l'activité nationale utilisée », cf. partie 4. Guide de lecture

4. Guide de lecture

Les valeurs nationales HAD 2013 sont éditées sous la forme d'un fichier Excel constitué de plusieurs onglets.

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 2013.

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 2013.

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 2013.

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 47 des 91 GHPC de ce MPP. Ces 47 GHPC représentent, au national, 98% 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 57% des journées nationales du MPP (soit 16 GHPC sur 127).

Deux coûts journaliers sont présentés : un coût hors structure et hors médecin traitant, et un coût hors structure, hors médecin traitant et hors molécules onéreuses⁶. 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 2013 des 12 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. 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 2013, 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.

A partir du recueil 2014, seul le scénario 2 sera maintenu. En attendant, ces deux charges (intervenants au domicile du patient et transport des intervenants) sont regroupées dans la même

⁶ Spécialités pharmaceutiques facturables en sus et médicaments sous ATU.

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)
- 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 LGG⁷ 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.

⁷ 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.

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 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, 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 2013
(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 & Région	NANTES
Ex-DG	690788930	Soins et Santé	RILLIEUX LA PAPE
Ex-DG	740790381	CHI les Hôpitaux du Lemman	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	540010568	HADAN	VANDOEUVRE-LES-NANCY
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

Annexe 2 : Coût journalier moyen de médecin traitant par MPP

Pour rappel, ce calcul est réalisé à partir des données 2013 des 12 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
01 - Assistance respiratoire	1,8
02 - Nutrition parentérale	1,7
03 - Traitement intra-veineux	2,1
04 - Soins palliatifs	2,7
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	0,5
06 - Nutrition entérale	1,8
07 - Prise en charge de la douleur	2,7
08 - Autres traitements	1,4
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	0,9
10 - Post traitement chirurgical	0,7
11 - Rééducation orthopédique	1,5
12 - Rééducation neurologique	3,3
13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	0,7
14 - Soins de nursing lourds	2,1
15 - Education du patient et de son entourage	0,4
17 - Surveillance de radiothérapie	2,2
18 - Transfusion sanguine	0,4
19 - Surveillance de grossesse à risque	0,0
20 - Retour précoce à domicile après accouchement	0,0
21 - Post-partum pathologique	0,0
22 - Prise en charge du nouveau-né à risque	nc*
24 - Surveillance d'aplasie	1,0

*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 2013 des 12 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
01 - Assistance respiratoire	04 - Soins palliatifs	2,0
01 - Assistance respiratoire	06 - Nutrition entérale	1,9
01 - Assistance respiratoire	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,3
01 - Assistance respiratoire	14 - Soins de nursing lourds	2,0
02 - Nutrition parentérale	00 - Pas de protocole associé	1,1
02 - Nutrition parentérale	01 - Assistance respiratoire	3,2
02 - Nutrition parentérale	04 - Soins palliatifs	3,7
02 - Nutrition parentérale	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	1,1
02 - Nutrition parentérale	07 - Prise en charge de la douleur	1,6
02 - Nutrition parentérale	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2,3
02 - Nutrition parentérale	13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	0,9
02 - Nutrition parentérale	14 - Soins de nursing lourds	3,3
02 - Nutrition parentérale	25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale	2,2
03 - Traitement intra-veineux	00 - Pas de protocole associé	1,8
03 - Traitement intra-veineux	01 - Assistance respiratoire	3,8
03 - Traitement intra-veineux	02 - Nutrition parentérale	3,1
03 - Traitement intra-veineux	06 - Nutrition entérale	3,6
03 - Traitement intra-veineux	07 - Prise en charge de la douleur	3,4
03 - Traitement intra-veineux	08 - Autres traitements	2,0
03 - Traitement intra-veineux	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,5
03 - Traitement intra-veineux	10 - Post traitement chirurgical	1,0
03 - Traitement intra-veineux	11 - Rééducation orthopédique	2,2
03 - Traitement intra-veineux	12 - Rééducation neurologique	1,9
03 - Traitement intra-veineux	13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,7
03 - Traitement intra-veineux	14 - Soins de nursing lourds	2,5
03 - Traitement intra-veineux	25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,7
04 - Soins palliatifs	00 - Pas de protocole associé	2,8
04 - Soins palliatifs	01 - Assistance respiratoire	3,3
04 - Soins palliatifs	02 - Nutrition parentérale	2,8
04 - Soins palliatifs	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	1,6
04 - Soins palliatifs	06 - Nutrition entérale	2,2
04 - Soins palliatifs	07 - Prise en charge de la douleur	4,6
04 - Soins palliatifs	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2,7

MPP	MPA	Coût journalier moyen de médecin traitant
04 - Soins palliatifs	11 - Rééducation orthopédique	3,7
04 - Soins palliatifs	12 - Rééducation neurologique	2,4
04 - Soins palliatifs	13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,5
04 - Soins palliatifs	24 - Surveillance d'aplasie	0,7
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	00 - Pas de protocole associé	0,4
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	01 - Assistance respiratoire	1,1
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	07 - Prise en charge de la douleur	1,6
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	12 - Rééducation neurologique	1,2
05 - Chimiothérapie anticancéreuse	25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,7
06 - Nutrition entérale	00 - Pas de protocole associé	2,0
06 - Nutrition entérale	01 - Assistance respiratoire	2,4
06 - Nutrition entérale	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	2,2
06 - Nutrition entérale	07 - Prise en charge de la douleur	3,1
06 - Nutrition entérale	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2,5
06 - Nutrition entérale	12 - Rééducation neurologique	2,1
06 - Nutrition entérale	13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,0
06 - Nutrition entérale	14 - Soins de nursing lourds	2,0
06 - Nutrition entérale	15 - Education du patient et de son entourage	0,7
06 - Nutrition entérale	17 - Surveillance de radiothérapie	0,8
06 - Nutrition entérale	25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,1
07 - Prise en charge de la douleur	00 - Pas de protocole associé	1,3
07 - Prise en charge de la douleur	02 - Nutrition parentérale	3,7
07 - Prise en charge de la douleur	04 - Soins palliatifs	4,3
07 - Prise en charge de la douleur	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2,6
07 - Prise en charge de la douleur	13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,9
08 - Autres traitements	00 - Pas de protocole associé	1,2
08 - Autres traitements	13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	0,8
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	00 - Pas de protocole associé	0,6
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	01 - Assistance respiratoire	2,2
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	0,3
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	06 - Nutrition entérale	1,5
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	07 - Prise en charge de la douleur	1,1
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	11 - Rééducation orthopédique	1,6
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	12 - Rééducation neurologique	1,9
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	0,9
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	14 - Soins de nursing lourds	2,2

MPP	MPA	Coût journalier moyen de médecin traitant
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	15 - Education du patient et de son entourage	1,1
09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale	0,8
10 - Post traitement chirurgical	00 - Pas de protocole associé	0,4
10 - Post traitement chirurgical	07 - Prise en charge de la douleur	0,5
10 - Post traitement chirurgical	11 - Rééducation orthopédique	0,6
10 - Post traitement chirurgical	14 - Soins de nursing lourds	2,2
10 - Post traitement chirurgical	25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,5
12 - Rééducation neurologique	14 - Soins de nursing lourds	3,8
13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	00 - Pas de protocole associé	0,5
13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	01 - Assistance respiratoire	1,9
13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	07 - Prise en charge de la douleur	1,1
13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	12 - Rééducation neurologique	1,1
13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	17 - Surveillance de radiothérapie	0,3
13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,5
14 - Soins de nursing lourds	00 - Pas de protocole associé	2,2
14 - Soins de nursing lourds	01 - Assistance respiratoire	2,8
14 - Soins de nursing lourds	05 - Chimiothérapie anticancéreuse	1,5
14 - Soins de nursing lourds	06 - Nutrition entérale	1,2
14 - Soins de nursing lourds	07 - Prise en charge de la douleur	3,2
14 - Soins de nursing lourds	09 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,7
14 - Soins de nursing lourds	11 - Rééducation orthopédique	2,8
14 - Soins de nursing lourds	12 - Rééducation neurologique	1,7
14 - Soins de nursing lourds	13 - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,0
14 - Soins de nursing lourds	15 - Education du patient et de son entourage	0,7
14 - Soins de nursing lourds	25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale	2,4
15 - Education du patient et de son entourage	00 - Pas de protocole associé	0,3
19 - Surveillance de grossesse à risque	00 - Pas de protocole associé	0,0
20 - Retour précoce à domicile après accouchement	00 - Pas de protocole associé	0,0
21 - Post-partum pathologique	00 - Pas de protocole associé	0,0
24 - Surveillance d'aplasie	00 - Pas de protocole associé	0,8