

Guide de lecture des valeurs nationales de coûts

Données ENCC HAD 2011

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

Juin 2013

Table des matières

Préambule	3
I. Présentation de l'échantillon ENCc 2011	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 (ENCc) relative à l'activité d'HAD et portant sur l'exercice 2011. Ils sont calculés à partir des informations collectées sur 6 établissements ex-DG et 9 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 ENCc 2011

L'échantillon 2011 est étudié à travers une analyse sur les taux de sondage 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 (MPA) et Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC).

1. Par secteur de financement et statut juridique

Tableau 1 : Evolution du taux de sondage 2010-2011 par secteur de financement

	2010			2011		
	Nb établissements intégrés	Nb journées ENCc ¹	Taux de sondage	Nb établissements intégrés	Nb journées ENCc ¹	Taux de sondage
Ex-DG	7	411 263	22,7%	6	402 288	21,3%
Ex-OQN	6	86 375	5,3%	9	141 434	7,9%
Total	13	497 638	14,4%	15	543 722	14,8%

¹après suppression des atypies

Le taux de sondage 2011, c'est-à-dire la part des journées recueillies dans l'ENCc dans l'ensemble des journées nationales, est globalement de 14,8%. Comme en 2009 et 2010, 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 5% en 2010 à 8% en 2011, le nombre d'établissements intégrés¹ passant de 6 à 9.

Tableau 2 : Taux de sondage 2011 par secteur de financement et statut juridique

		Nombre d'établissements intégrés	En séquences		En journées	
			Nombre de séquences ENCc ¹	Taux de sondage	Nombre de journées ENCc ¹	Taux de sondage
Ex-DG	CH	3	2 191	4,4%	28 239	4,6%
	CHU	1	1 262	5,0%	11 067	3,2%
	EBNL ²	2	29 471	50,6%	362 982	39,0%
	Total ex-DG	6	32 924	24,7%	402 288	21,3%
Ex-OQN	Privé	7	3 944	4,6%	95 831	6,4%
	EBNL	2	2 212	14,7%	45 603	15,2%
	Total ex-OQN	9	6 156	6,1%	141 434	7,9%
Total		15	39 080	16,8%	543 722	14,8%

¹après suppression des atypies

¹ La liste des 17 établissements participants à l'ENCc HAD 2011 est présentée en annexe.

² Etablissement à but non lucratif

Pour la première fois depuis la mise en place de l'étude nationale des coûts en HAD, l'échantillon d'établissements contient un CHU. Celui-ci permet de disposer dans l'échantillon de 3% des journées réalisées par des CHU. Les meilleurs taux de sondage concernent les EBNL quel que soit le secteur de financement ex-DG³ (39%) ou ex-OQN (15%).

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

Tableau 3 : Taux de sondage 2011 par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

MPP	Libellé	En séquences			En journées		
		Nombre de séquences ENCc	Taux de sondage	Evolution 2010-2011 (en nb points)	Nombre de journées ENCc	Taux de sondage	Evolution 2010-2011 (en nb points)
01	Assistance respiratoire	528	8,7%	-0,3	16 397	13,0%	0,9
02	Nutrition parentérale	1 328	18,7%	-2,2	20 942	19,1%	-2,2
03	Traitement intraveineux	1 605	10,3%	1,0	19 474	11,6%	1,2
04	Soins palliatifs	7 810	13,3%	-0,9	139 467	13,8%	-1,3
05	Chimiothérapie anti-cancéreuse	5 385	35,8%	10,3	25 018	39,2%	9,2
06	Nutrition entérale	1 175	12,2%	-0,8	38 367	15,1%	0,9
07	Prise en charge de la douleur	332	6,4%	-1,0	4 866	7,2%	0,4
08	Autres traitements	989	9,6%	-0,4	4 721	3,7%	-0,4
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	3 477	12,1%	1,2	107 311	13,3%	1,1
10	Post traitement chirurgical	3 691	28,1%	6,9	40 409	25,7%	1,2
11	Rééducation orthopédique	186	6,3%	-1,0	4 417	7,4%	-0,2
12	Rééducation neurologique	155	7,2%	-1,5	5 296	11,2%	3,1
13	Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	5 649	43,1%	0,6	48 199	37,3%	-1,0
14	Soins de nursing lourds	774	7,9%	0,6	26 595	10,6%	3,4
15	Education du patient et de son entourage	434	16,0%	1,6	9 919	22,2%	3,7
17	Surveillance de radiothérapie	53	18,8%	-1,3	861	18,5%	2,3
18	Transfusion sanguine	100	38,9%	18,3	291	42,9%	20,7
19	Surveillance de grossesse à risque	149	2,7%	1,1	3 529	3,5%	1,3
20	Retour précoce à domicile après accouchement	29	0,4%	0,0	175	0,6%	0,0
21	Post-partum pathologique	5 083	35,0%	-7,6	25 527	31,4%	-7,9
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	17	0,4%	-0,5	313	1,2%	-0,7
24	Surveillance d'aplasie	131	24,5%	3,5	1 628	29,6%	5,3
Total		39 080	16,8%	0,8	543 722	14,8%	0,4

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 ENCc correspond à 14% des journées nationales de ce MPP.

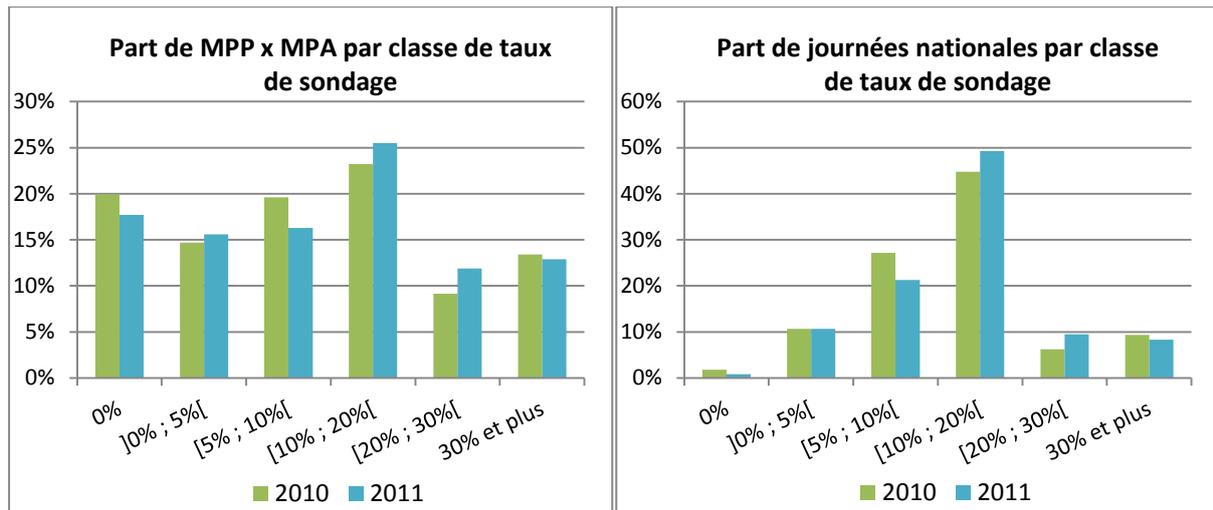
Le taux de sondage est inférieur à 5% pour 4 MPP (08, 19, 20 et 22), surlignés en gris. Ceux-ci présentaient déjà un faible taux de sondage en 2010. En revanche, le taux de sondage augmente fortement sur la Chimiothérapie anti-cancéreuse (MPP 05) et la Transfusion sanguine (MPP 18). Ce dernier MPP ne représente toutefois qu'une très faible activité au niveau national.

³ dont fait partie Santé Service.

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

Sur les 329 associations MPP x MPA existantes en 2011, 294 comptent au moins une journée dans la base nationale 2011. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENCc sur ces 294 associations.

Graphique 1 : Evolution entre 2010 et 2011 des taux de sondage par MPP x MPA (en journées)



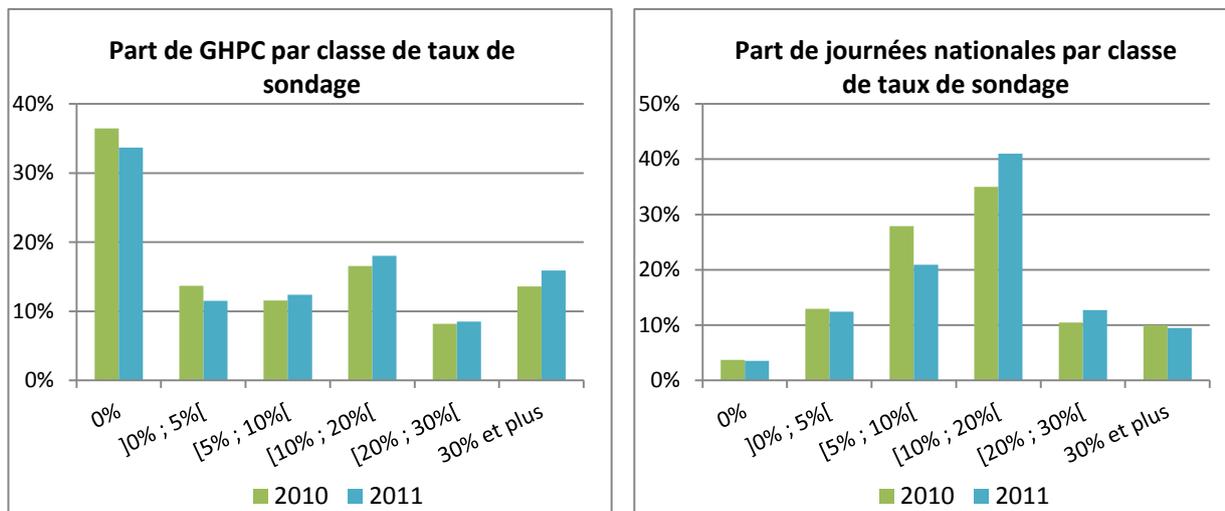
Dans l'échantillon ENCc, 52 associations MPP x MPA (soit 18% des associations) ne sont pas présentes dans l'échantillon ENCc, et présentent donc un taux de sondage nul.

Les associations MPP x MPA ayant un taux de sondage supérieur à 10% (soit 50% des associations) représentent 67% de l'activité nationale. C'est une amélioration sensible par rapport à 2010, où les associations MPP x MPA avec un taux de sondage supérieur à 10% (46% des associations) concentraient 60% de l'activité nationale.

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

Sur les 1 826 GHPC existants en 2011, 1 352 comptent au moins une séquence dans la base nationale 2011. L'activité nationale est très concentrée, puisque 14% 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 ENCc sur ces 1 352 GHPC.

Graphique 2 : Evolution entre 2010 et 2011 des taux de sondage par GHPC (en journées)

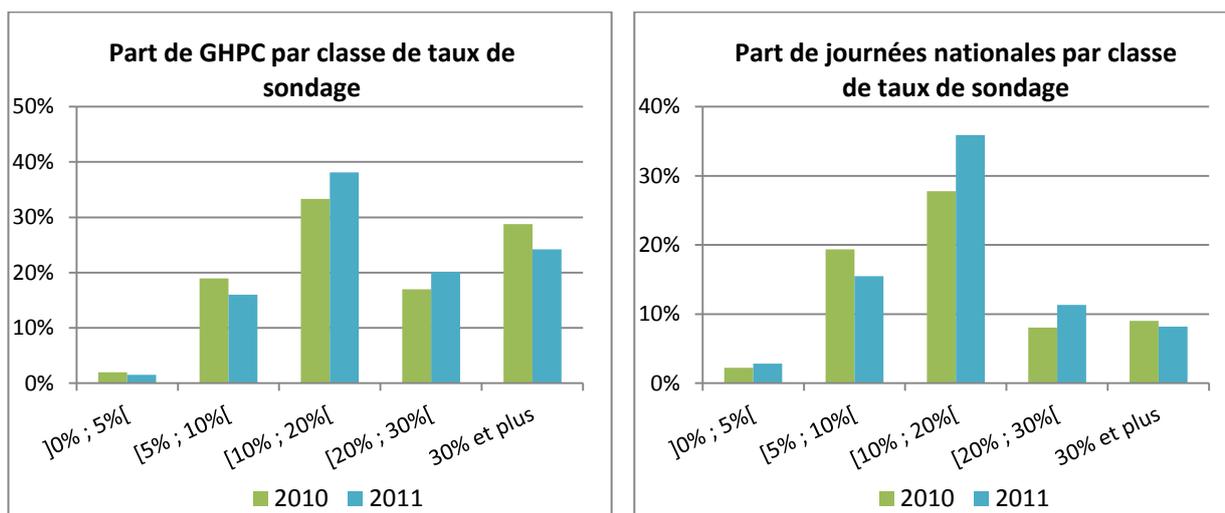


Dans le recueil de coûts 2011, 897 GHPC (66%) présentent au moins une journée. Les 34% restant ne sont pas représentés dans l'échantillon ENCC (ils ont donc un taux de sondage nul), mais ils ne représentent que 3,5% de l'activité nationale.

Les GHPC pour lesquels le taux de sondage est supérieur à 10% (42% des GHPC) représentent 63% 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 journées⁴. Cela concerne 194 GHPC qui regroupent, au national, 74% de l'activité. Le graphique suivant détaille les taux de sondage de l'échantillon ENCC sur ces 194 GHPC.

Graphique 3 : Evolution entre 2010 et 2011 des taux de sondage par GHPC (en journées), pour les GHPC avec un effectif suffisant



Parmi les 194 GHPC avec un coût calculé, 160 (soit 82%) présentent un taux de sondage supérieur à 10%. Ceux-ci concentrent 55% de l'activité nationale. C'est une amélioration sensible par rapport à 2010, où 79% des GHPC avec un coût calculé présentaient un taux de sondage supérieur à 10%, et concentraient 45% de l'activité nationale.

⁴ Cette année, outre les GHPC ayant au moins 30 séquences, il a été décidé de calculer un coût journalier moyen pour les GHPC présentant un nombre plus faible de séquences (entre 20 et 29) mais un nombre conséquent de journées (au moins 500).

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 2011 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 ENCc, les charges remontées par les établissements couvrent l'année civile 2011, du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les séquences à cheval sur 2010 et/ou 2012 ne peuvent donc pas être correctement valorisées. En effet, pour une séquence débutant en 2010 et se terminant en 2011, seules les journées de 2011 sont valorisées avec les charges recueillies à partir du 1^{er} janvier 2011. Etant donné que les charges 2010 ne sont pas prises en compte, ces séquences ne sont pas incluses dans le calcul des valeurs nationales. Ainsi, 4 051 séquences à cheval sont supprimées, soit 9% de la base initiale.

Suppression des séquences en erreur : Les 1 061 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 :

- 70 séquences présentant un problème d'identifiant séjour PMSI
- 351 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€
- 7 séquences avec un coût journalier très élevé et une incohérence médicale
- 1 séquence avec un coût intervenant élevé
- 2 séquences avec une incohérence dans la description médicale

III. Calcul des valeurs nationales et opérations de calage

L'ENCc est une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements, et donc de séquences. De ce fait, les coûts journaliers moyens 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 2011 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 (5 modalités)**
 - o secteur ex-DG, centre hospitalier (CH)
 - o secteur ex-DG, centre hospitalier universitaire (CHU)
 - o secteur ex-DG, établissement à but non lucratif (EBNL)
 - o secteur ex-OQN, établissement privé
 - o secteur ex-OQN, établissement à but non lucratif (EBNL)
- **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 :

$$\frac{\sum_{\text{journées}} \text{Poids redressé de la journée} \times \text{coût de la journée}}{\sum_{\text{journées}} \text{poids redressé}}$$

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 2011 (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 IV. Guide de lecture

IV. Guide de lecture

Les valeurs nationales HAD 2011 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'ENCc HAD 2011.

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'ENCc HAD 2011.

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'ENCc HAD 2011.

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 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 36% des journées nationales du MPP (6 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 onéreuses⁶. 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 ENCc HAD 2011, 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)

⁶ 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

La section SAMT est un nouveau poste apparu dans le recueil des données 2011.

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.

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.

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, hygiène 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'ENCc HAD en 2011 (hors abandons)

Statut	Finess	Raison sociale	Ville
Ex-DG	030780118	HAD Centre Hospitalier de Vichy	VICHY
Ex-DG	170780159	Centre Hospitalier de La Rochelle	LA ROCHELLE
Ex-DG	690788930	Soins et Santé	RILLIEUX LA PAPE
Ex-DG	790000012	HAD - Centre Hospitalier de Niort	NIORT
Ex-DG	870000015	HAD-Centre Hospitalier Universitaire de Limoges	LIMOGES
Ex-DG	920813623	Santé Service HAD	PUTEAUX
Ex-OQN	060785243	HAD DE NICE ET REGION	NICE
Ex-OQN	370103673	HAD 37	SAINT-CYR SUR LOIRE
Ex-OQN	400780888	Santé Service Dax	DAX
Ex-OQN	470009358	HAD 47	BOE
Ex-OQN	590812509	Santélyls HAD	LOOS
Ex-OQN	600003008	HAD-ACSSO	NOGENT-SUR-OISE
Ex-OQN	630010296	HAD 63	CEBAZAT
Ex-OQN	760020529	HAD du Cèdre	BOIS-GUILLAUME
Ex-OQN	970403119	ASDR HAD Sud	SAINTE CLOTILDE
Ex-OQN	970404851	ASDR HAD Nord-est	SAINTE CLOTILDE
Ex-OQN	970406625	ASDR HAD Ouest	SAINTE CLOTILDE