

L'HAD en France

Atelier ALASS sur l'hospitalisation à domicile
3 juillet 2015 – Bruxelles

Eric GINESY – Délégué national de la FNEHAD

Les chiffres clés de l'HAD

	Nb ES	Evol en %	Nb journées	Evol en %	Nb séjours complets	Evol en %	Nb patients	Evol en %
2005	123		1 505 814		63 666		35 017	
2006	166	35%	1 948 210	29%	80 980	27%	46 022	31%
2007	204	23%	2 379 364	22%	95 100	17%	56 287	22%
2008	231	13%	2 777 900	17%	112 591	18%	71 743	27%
2009	271	17%	3 298 104	19%	129 748	15%	86 674	21%
2010	292	8%	3 629 777	10%	142 859	10%	97 624	13%
2011	302	3%	3 901 637	7%	149 196	4%	100 100	3%
2012	317	5%	4 207 177	8%	156 318	5%	104 960	5%
2013	311	-2%	4 366 656	3,8%	156 638	0%	105 144	5%
2014	309	-1%	4 439 494	1,7%	156 284	0%	-	-

105 000 patients distincts ont bénéficié d'une hospitalisation à domicile en 2013

859 millions d'euros : le montant du coût global de l'hospitalisation à domicile. Cela représente à peine plus de 1% de toutes les dépenses d'hospitalisation et 0,5 % des dépenses d'assurance maladie.

En moyenne, une journée d'hospitalisation à domicile coûte **196,8 €** à l'assurance maladie.

COMMENT BÉNÉFICIER D'UNE HOSPITALISATION À DOMICILE ?

POUR QUI ?



Quel que soit votre âge



Si vous êtes atteint
d'une maladie grave, aiguë
ou chronique



Que vous soyez chez vous,
en Ehpad ou dans
un établissement social
ou médico-social

COMMENT ?



Prescription



Évaluation



**Mise en place
au domicile**



**Réalisation
des soins**



1
par votre médecin
traitant ou
par le médecin
hospitalier

2
de votre état
de santé et de
votre domicile par
des professionnels
de l'HAD

3
après accord
de votre médecin
traitant

4
par des
professionnels
de santé comme
si vous étiez
à l'hôpital

QUELLES GARANTIES ?

**24 H/24
7 J/7**

Continuité
des soins



100% des soins
sont pris en charge
par l'Assurance
Maladie



Charte
du patient
hospitalisé



Qualité/sécurité
certifiées par
la Haute Autorité
de Santé

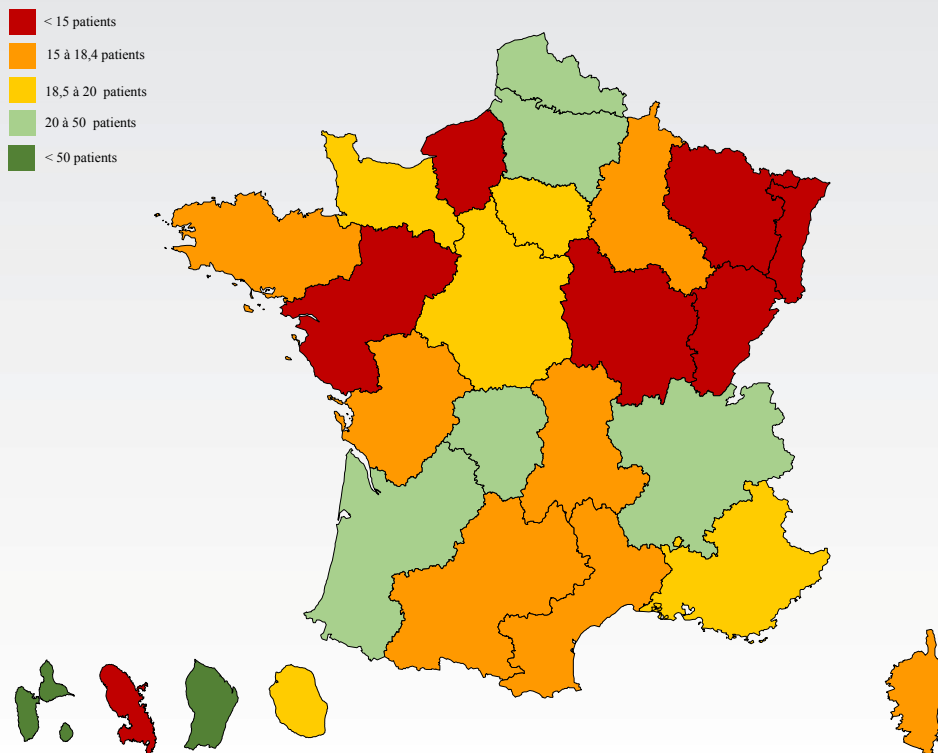
Les principales prises en charge en HAD

Mode de prise en charge principal	2013		2014		2013/2014
	Nb jours	% jours	Nb jours	% jours	%
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 065 240	24,40%	1 117 530	25,20%	4,90%
04 Soins palliatifs	1 097 267	25,10%	1 046 667	23,60%	-4,60%
14 Soins de nursing lourds	462 255	10,60%	500 935	11,30%	8,40%
06 Nutrition entérale	285 656	6,50%	299 280	6,70%	4,80%
03 Traitement intraveineux	232 986	5,30%	254 714	5,70%	9,30%
13 Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	160 578	3,70%	157 451	3,50%	-1,90%
01 Assistance respiratoire	125 010	2,90%	128 417	2,90%	2,70%
02 Nutrition parentérale	125 540	2,90%	124 201	2,80%	-1,10%
19 Surveillance de grossesse à risque	114 253	2,60%	117 041	2,60%	2,40%
10 Post traitement chirurgical	101 968	2,30%	102 488	2,30%	0,50%
08 Autres traitements	88 545	2,00%	101 842	2,30%	15,00%
05 Chimiothérapie anticancéreuse	84 693	1,90%	100 735	2,30%	18,90%
Autres	422 665	9,68%	388 193	8,74%	-8,16%
TOTAL	4 366 656	100,00%	4 439 494	100,00%	1,70%

En 2014 parmi les 10 diagnostics principaux (CIM10) les plus fréquents, qui représentent 41% des journées d'HAD, la majorité (21%) des journées concernent une pathologie cancéreuse.

Une forte hétérogénéité du taux de recours selon les régions

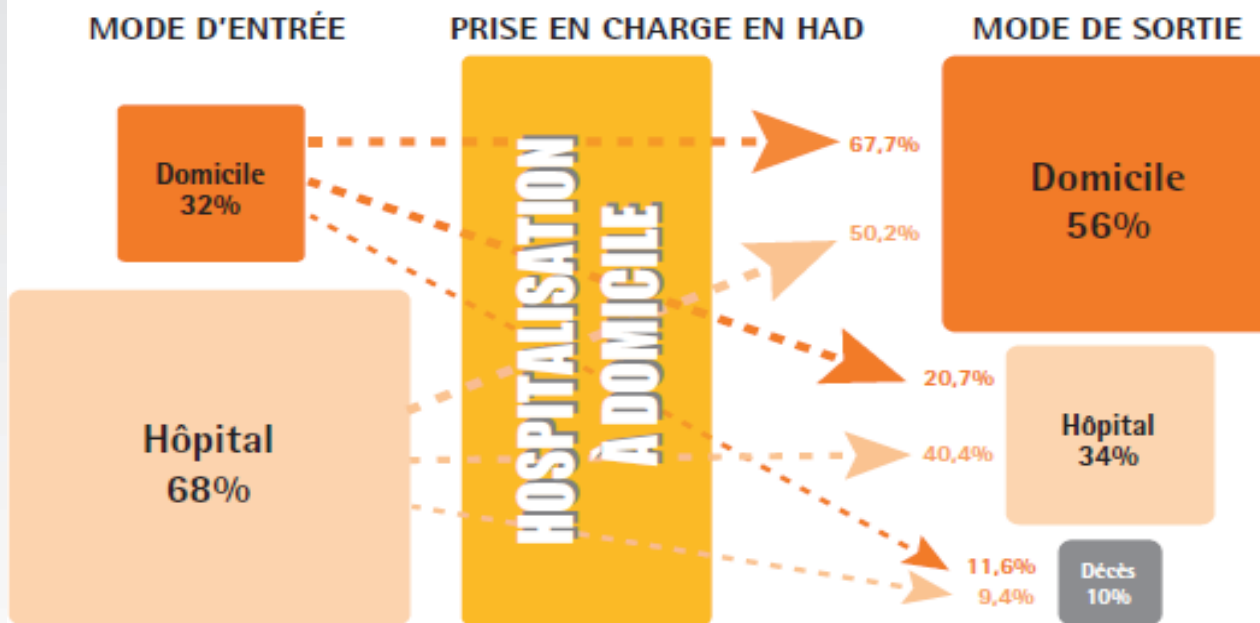
Nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants en 2014



La circulaire ministérielle du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD fixe un objectif de doublement du taux de recours entre 2011 et 2018, pour atteindre 30 patients/j pour 100.000 habitants.

La place de l'HAD dans l'offre de soins aujourd'hui

Trajectoire des patients en HAD en 2013* (Source : base nationale – calculs FNEHAD)



- Sur les 32% des séjours en HAD initiés à partir du domicile, 68% se termineront par un maintien au domicile, 21% par une admission dans un établissement de santé avec hébergement et 12% par le décès du patient.
 - Ainsi, près de 4 séjours sur 5 initiés à partir du domicile permettent d'éviter l'hospitalisation conventionnelle (sorties vers le domicile + décès).
 - Et à peine plus de 20% des séjours initiés à partir du domicile se concluent par un transfert ou une mutation en hospitalisation conventionnelle.
- Lorsque la prise en charge en HAD intervient en aval d'une hospitalisation conventionnelle (68%), une majeure partie des patients ne retournera pas (en tout cas pas immédiatement) en hospitalisation conventionnelle : les ré-hospitalisations ne concernent que 40% des modes de sortie d'HAD.
- Au total, 56% des séjours en HAD (tous modes d'entrée confondus) aboutissent à un maintien au domicile.

La place de l'HAD dans le projet de loi de santé

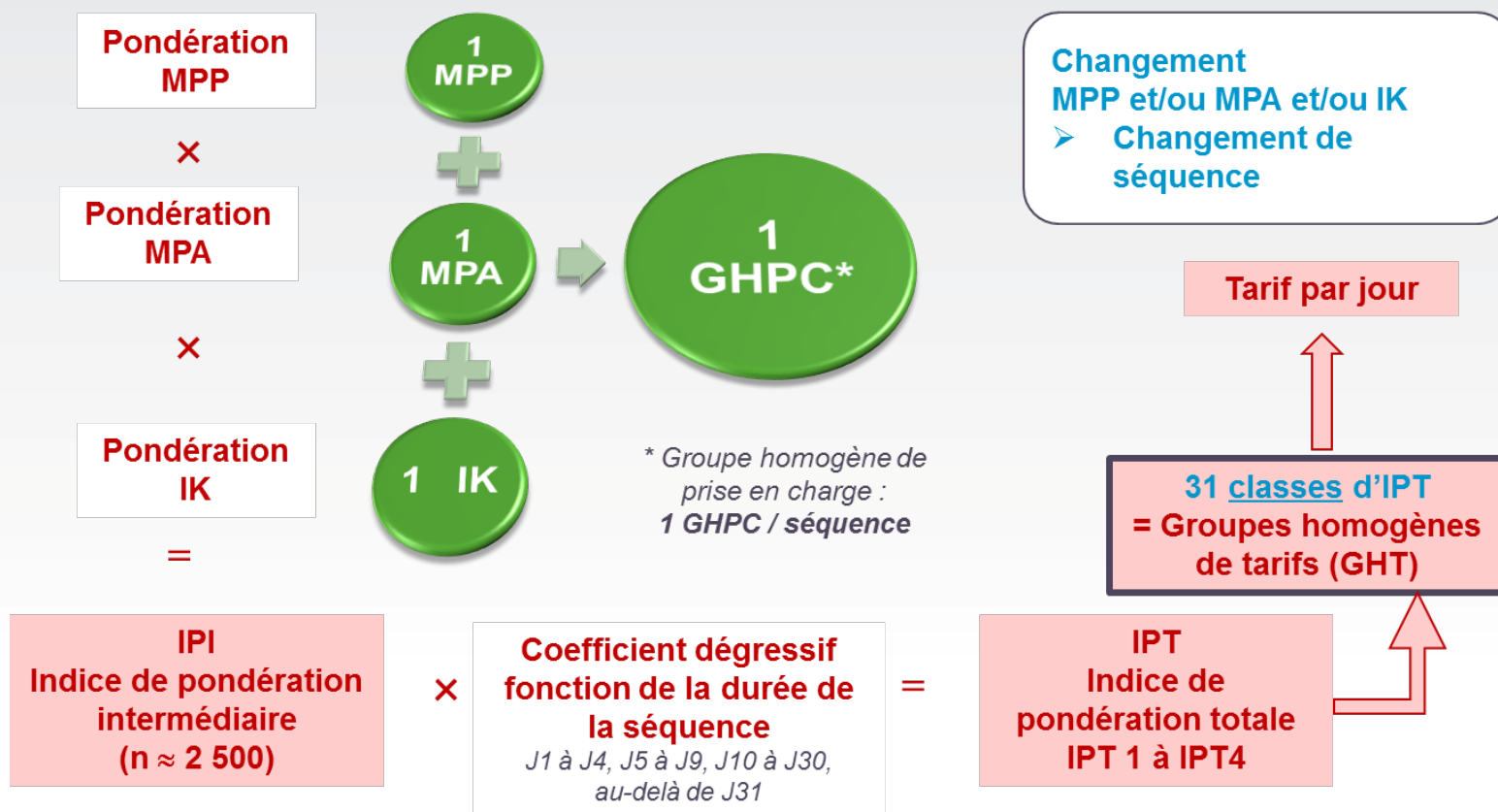
- Orientations du projet de loi de santé :
 - Prévention (titre I),
 - amélioration des parcours de santé : engagement dans un virage ambulatoire (titre II),
 - Innovation (titre III),
 - renforcement de la démocratie sanitaire (titre IV).
- Place de l'HAD
 - Améliorer la coordination des acteurs : participation aux plateformes d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.
 - Questionner la pertinence de l'hébergement.
 - Instauration du Service Public Hospitalier.
 - Constitution obligatoire de Groupements Hospitaliers de Territoires, regroupant les établissements publics. Les établissements assurant une activité d'HAD sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des GHT situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.
 - Assurer l'information du patient sur les modalités possibles de prise en charge : instauration d'une obligation, pour les professionnels de santé, d'informer le patient de la possibilité d'être pris en charge à son domicile.

Un modèle tarifaire actuel peu descriptif

- « Les soins délivrés en HAD sont définis par leur complexité, leur intensité et leur continuité. Il sont délivrés par une équipe pluridisciplinaire coordonnée et médicalisée »
- **Les variables recueillies aujourd'hui sont-elles suffisamment informatives ?**
 - Mode(s) de prise en charge (liste fermée)
 - Diagnostics (CIM-10)
 - Indice de Karnofsky
 - Actes de la vie quotidienne (AVQ)
 - Durée de la prise en charge
 - Actes médicaux (CCAM)
- **D'autres variables pourraient-elles améliorer la caractérisation de l'activité ?**
 - Nombre de passages au domicile ?
 - Profession des intervenants ?
 - Actes soignants réalisés ?

Un modèle tarifaire offrant peu de lisibilité sur ce qui est payé

Algorithme de groupage tarifaire de la séquence



Bilan du modèle actuel

- **Un modèle qui a fonctionné jusqu' à présent**
 - Malgré des imperfections majeures
 - Et des insuffisances désormais évidentes au vu des objectifs stratégiques ainsi que de l' adéquation coûts/tarifs
- **Dont les acteurs se sont « accommodés »**
 - Mais qui dénoncent des limites de plus en plus problématiques
 - Description de l' activité
 - Possibilité de développement
 - **Des ajustements et évolutions sont indispensables pour répondre aux enjeux à court et moyen termes**

Vers une évolution du modèle : des mesures de court terme

- **Volet « description »**

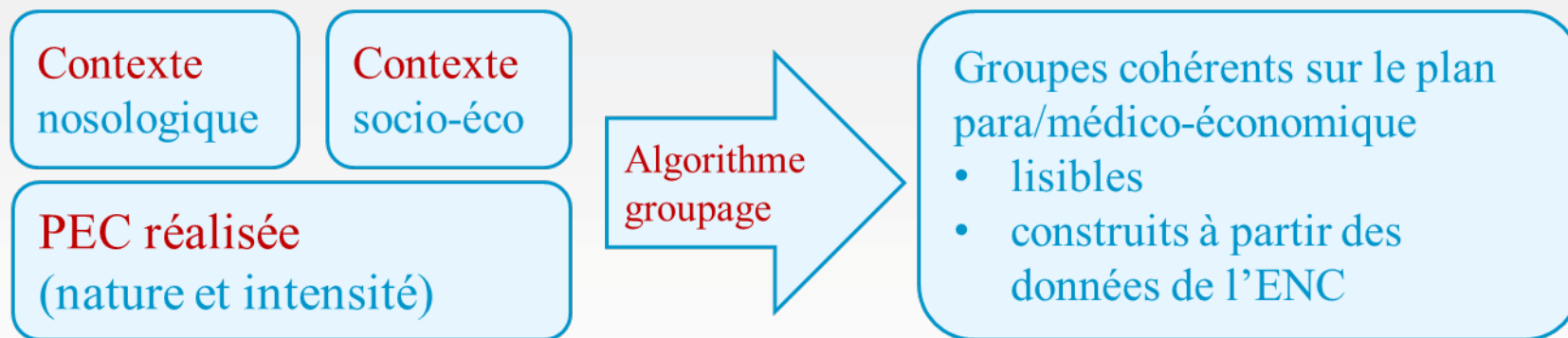
- Poursuivre la précision du périmètre des MP existants
- Travail exploratoire sur le MP 08 « *Autres traitements* »
- Faire évoluer certains MP (HAD en post-chirurgical)
- Mise en place d'outils relatifs aux typologies de patients
 - Travaux HAS sur la pertinence des demandes de transfert et mutation en HAD – Publication fin du premier semestre 2016 – **Démarche parcours**
 - Aide à la mise en place des « frontières » entre prises en charge (ex. HAD/SSIAD)
- Travaux 2015 – résultats / mise en œuvre 2016

- **Volet tarifaire**

- Evolution possible des pondérations à dire d'experts ➔ Travaux ciblés sur certains MP
- Médicaments coûteux
- Groupe(s) de travail à lancer en 2015
 - Médicaments coûteux
 - Maladies neuro dégénératives (plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019)
 - Expérimentation forfait parcours MCO-HAD post-chirurgie – **Démarche parcours**

Vers une évolution du modèle : des mesures de moyen terme

Vers une nouvelle classification médico-économique



Calendrier

2015 ➔ S1 2016

- Phase préparatoire - Base de connaissance

S2 2016

- Choix stratégiques partagés
- Modèle financement cible : détermination

2017 – 2018

- Travaux développement
- Modèle financement cible : construction

2019-2020

- Début de mise en œuvre
- Montée en charge progressive