

Modalités de calculs des tarifs des GHS en 2005, comparaisons par rapport à la situation 2004

La présente note a pour objet de préciser la procédure de calcul des tarifs 2005 des GHS et autres prestations prévues dans le modèle T2A, et d'explicitier les écarts de modèle (et donc de résultat) par rapport à 2004. Ces éléments d'informations sont destinés à éclairer l'ensemble des acteurs sur le processus qui a été suivi. L'ampleur des changements intervenus entre 2004 et 2005 rend difficile les comparaisons entre les deux années, mais il est possible d'identifier l'impact de chaque modification.

Sont évoqués ici les principes généraux et l'évolution des différentes sous-enveloppes. Les étapes techniques sont détaillées en annexe.

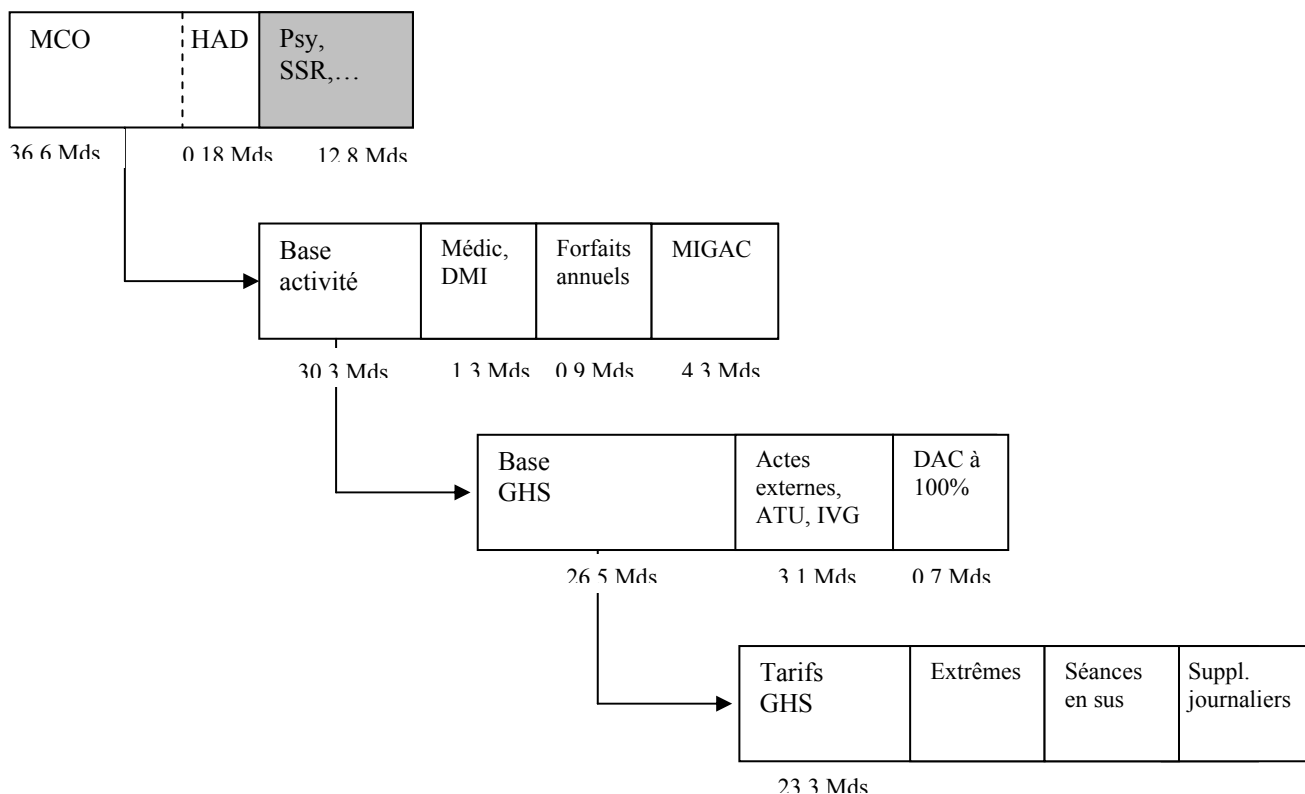
Principes généraux

Le schéma général se traduit de la manière suivante.

1) Détermination des bases budgétaires

- Les dépenses 2004 sont réparties entre MCO (y compris HAD), SSR, PSY. On en déduit l'enveloppe MCO par établissement et l'enveloppe MCO globale
- Sont estimés de manière distincte :
 - les MIGAC,
 - les montants affectés aux forfaits annuels,
 - les dépenses prévisionnelles de médicaments et DMI en sus,Tous ces montants représentent une somme A
- Reste une masse B = enveloppe MCO - A
B est la base activité intégrant :
 - Les dépenses affectées à la DAC à 100%, à savoir certains crédits en attente de réaffectation : écoles d'infirmières, réseaux de soins...
 - Les actes et consultations externes, les IVG, les ATU (passages aux urgences),
 - Les montants payés via :
 - les GHS = « base tarifs GHS »
 - les suppléments journaliers (réa/soins intensifs/surveillance continue, néonatalogie, journées en sus des séjours extrêmes),
 - les séances de dialyse et radiothérapie payées en sus des hospitalisations.

Le graphique suivant récapitule cette procédure, les montants indiqués étant les valeurs des budgets 2005 tous établissements anciennement sous dotation globale confondus.



2) Détermination d'une échelle relative de pondération des GHS

- L'ATIH a élaboré la méthode de calcul de l'échelle relative de pondération des GHS 2005 en prenant en compte les évolutions du modèle T2A et en s'appuyant quasi exclusivement sur les données de l'étude nationale de coûts. Trois évolutions du modèle de financement des hôpitaux ont eu un impact important sur la détermination des tarifs :
 - le paiement, en sus des tarifs des GHS, de suppléments journaliers de réanimation / soins intensifs / surveillance continue et de néonatalogie ; il s'agit bien de suppléments et non, comme en 2004 pour la réanimation, de prix complets de la journée ; en outre, il n'y a plus de liste d'exclusion (en 2004, certains GHS intégraient les coûts de réanimation et aucune journée de réanimation n'était alors facturable en sus) ;
 - de nouvelles modalités de déduction des dépenses liées aux séances de radiothérapie et de dialyse réalisées en cours d'hospitalisation : tous les GHM peuvent se voir facturer des séances en sus, sans liste d'exclusion, et le calcul, en conséquence, opère une déduction des coûts de ces séances dans les GHS concernés ;
 - l'inscription sur liste en sus de certaines prothèses venant s'ajouter aux prothèses cardio-vasculaires déjà inscrites en 2004 ;

et permettent d'aboutir à une échelle relative situant les GHS les uns par rapport aux autres (la valeur faciale correspondant à des coûts en valeur 2002).

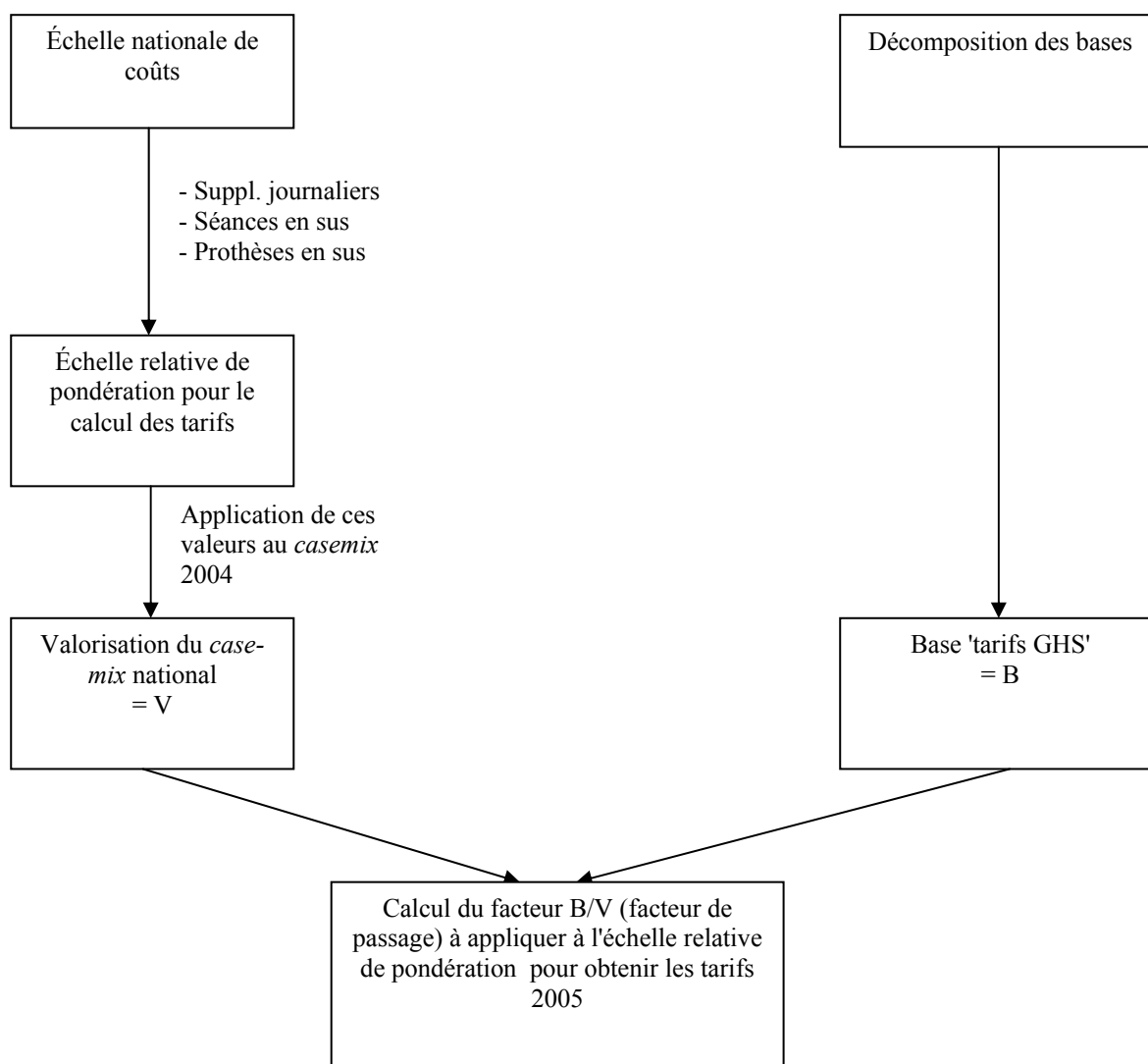
Par ailleurs, ont été redéfinis les séjours extrêmes avec modification des seuils des extrêmes hauts et des extrêmes bas pour recentrer la distribution des durées de séjour par GHM.

3) Détermination des tarifs

Ces éléments sont utilisés au plan national pour calculer les tarifs de GHS à partir de la formule générale :

Base tarifs GHS = (case-mix national) x (poids relatifs ENC) x facteur de passage

Le facteur de passage permet donc de passer de l'échelle relative de pondération aux tarifs, compte tenu du *casemix* national. Le facteur de passage est égal en 2005 à 1,066 (contre 1,216 en 2004).



Enfin, au niveau de chaque établissement, la base activité est financée pour une part x% à l'activité (25% en 2005), et pour (100-x)% par la dotation annuelle complémentaire (DAC).

Bases budgétaires

Le tableau suivant indique comment ont évolué les bases entre 2004 et 2005.

**Bases hors HAD, SSR, Psy (France entière) en dépenses encadrées (millions d'euros)
à champ constant (577 établissements)**

	2004		2005		Evolution 2005/2004
MERRI (hors crédits non reproductibles)	1 910,2	5,5%	2 278,5	6,3%	19,3%
MIG-autres	1 500,8	4,3%	1 432,2	3,9%	18,9%
AC*			352,8	1,0%	
DMI	241,1	0,7%	436,2	1,2%	80,9%
Molécules onéreuses	671,7	1,9%	880,6	2,4%	31,1%
Forfait prélèvements	39,3	0,1%	39,5	0,1%	0,5%
Forfait greffes			17,4	0,0%	
FAU	542,5	1,5%	801,3	2,2%	47,7%
crédits DAC 100%/certains dispositifs innovants	14,4	0,0%			
crédits DAC 100%/réaffectations d'enveloppes			727,3	2,0%	
Actes externes, IVG, ATU	3 061,4	8,7%	3 061,4	8,4%	0,0%
Base GHS et suppléments (extrapo activité 2004)	27 023,5	77,2%	26 277,3	72,4%	-2,8%
TOTAL	35 004,9	100%	36 304,5	100%	3,7%

* en 2005, l'enveloppe AC inclut les marges de manœuvre régionales (253 millions), portant l'enveloppe MIGAC à 4,3 milliards d'euros

Notes :

En 2005, est créé en sus du forfait de coordination des prélèvements, le forfait greffe.

La ligne « DAC 100% » couvrait en 2004 les dépenses liées à certains dispositifs médicaux : implants cochléaires, neurostimulateurs,... et couvre en 2005 tout autre chose : crédits en attente de transferts (EHPAD, écoles paramédicales, réseaux de soins).

Les deux dernières lignes avant la ligne TOTAL, retraçant la base activité, ont été recalculées en prenant comme référence l'activité 2004 extrapolée à partir des données des 9 premiers mois. Dans le cas « 2004 », les tarifs 2004 sont appliqués, dans le cas « 2005 », ce sont bien sûr les tarifs 2005. Ceci explique la constance de la ligne « actes externes, IVG, ATU ».

À noter que le champ des établissements couverts par la T2A a augmenté en 2005, incluant davantage de petits établissements ne produisant pas le PMSI avant 2003 (ou de façon insuffisamment exhaustive). C'est le cas d'une cinquantaine d'établissements, pour une base activité totale (GHS, suppléments et actes externes) de l'ordre de 225 millions d'euros. Ces établissements ne figurent pas dans le tableau ci-dessus pour pouvoir raisonner à champ constant. Ces établissements, en 2005, ajoutent 19 millions à la base MIGAC et 9 millions aux forfaits annuels urgences.

Globalement, la base totale a augmenté de 3,7% mais au regard de l'augmentation des MIGAC, forfaits annuels et enveloppe pour les DMI et médicaments, la base représentée par les GHS et suppléments baisse de 2,8%.

Ainsi, toute augmentation des MIGAC ou des montants dévolus aux forfaits annuels d'un montant M se traduit :

- au niveau global : par une baisse de la base activité, donc une baisse des tarifs faciaux des GHS et autres prestations, dans une proportion qui dépend du ratio M/enveloppe MCO ;
- pour un établissement : par une diminution de sa DAC à hauteur de 75% de M. Le résultat final pour l'établissement dépend donc de l'évolution de son activité et de sa position en terme de coûts par rapport aux tarifs nationaux.

Lorsque sont prises en compte en outre les autres mesures qui affectent la répartition des montants au sein de la base activité (nouveaux suppléments journaliers, modification du calcul des séjours extrêmes, etc.), il reste pour les tarifs faciaux de GHS une enveloppe en baisse de 8,5% par rapport à 2004, d'où une baisse moyenne des tarifs de cette ampleur, qui ne fait que traduire une modification des dotations entre les différentes sous-enveloppes.

Le tableau suivant explicite ces modifications, toujours pour les 577 établissements :

Détail de la base GHS et suppléments (Millions d'euros)	Extrapo activité 2004/tarifs 2004	Extrapo activité 2004/tarifs 2005	Evolution 2005/2004
Activité GHS	25 348,1	23 182,5	-8,5%
Séances de radiothérapie en hospit.	15,3	14,9	
Séances de dialyse en hospit.	38,7	41,4	
Extrêmes hauts	740,4	1 127,2	
Extrêmes bas	- 15,1	- 141,5	
Supplément Réa	896,1	980,3	
Suppléments SI/SC		631,8	
Suppléments Néonats		440,7	
TOTAL activité hospit	27 023,5	26 277,3	-2,8%

L'impact des décisions prises sur les différents sujets (MIGAC, forfaits annuels, DMI, suppléments...) est donc important. Il paraissait cependant nécessaire, au moment où la T2A monte en charge, de recalibrer les différentes sous-enveloppes, notamment les MIGAC, en fonction des données les plus récentes fournies par les établissements.

Ces modifications ont l'inconvénient de rendre peu lisibles les évolutions 2004/2005, mais les règles sont maintenant stabilisées pour les années à venir. La seule modification significative prévue pour 2006 est le changement de classification en GHM, avec passage en version 10.

L'impact des choix méthodologiques sur les positions relatives des GHS

Outre l'évolution générale moyenne des tarifs, les positions relatives des GHS ont évolué en fonction des choix méthodologiques adoptés. Les points principaux sont évoqués ici.

Liste des DMI payés en sus

Pour l'élaboration des tarifs 2005, la liste des DMI payés en sus a été étendue au-delà des prothèses de la CMD 5 déduites lors de l'élaboration des tarifs 2004 et certaines ont été mises en MIGAC (implants cochléaires, neurostimulateurs cérébraux). La nouvelle liste inclut en plus des prothèses cardio-vasculaires : les prothèses orthopédiques, les implants mammaires, certains implants urogénitaux, les greffons cornéens et les anneaux gastriques.

Cela a pour conséquence de faire baisser de manière parfois importante le tarif de certains GHS particulièrement concernés par la pose des prothèses nouvellement inscrites. Des diminutions comprises entre -10% et -39% pour 10 GHS sont observées au titre de cet effet (tableau 1 de l'annexe 3).

Séances de dialyse et radiothérapie

Par ailleurs, le modèle T2A 2005 prévoit de facturer les séances de dialyse et de radiothérapie en cours d'hospitalisation pour l'ensemble des GHS (en dehors des GHS de séances).

Pour rappel, en 2004, l'appartenance à une liste de GHS d'hospitalisation a priori non concernés par les activités de dialyse et de radiothérapie permettait d'opérer cette facturation supplémentaire.

Cette mesure, qui ne concerne qu'un nombre limité de GHS, se traduit par des diminutions comprises entre -2,8% et -42,6% pour 10 GHS pour ce seul effet (tableau 2 de l'annexe 3).

Suppléments journaliers

Le modèle T2A prévoit pour 2005 de payer un supplément journalier pour les activités de réanimation, soins intensifs, surveillance continue et de néonatalogie. Ces nouvelles mesures sont à comparer aux modalités 2004 qui consistaient à financer uniquement la journée complète de réanimation (à l'exception des séjours groupés dans une liste de 147 GHS). Le périmètre de ces mesures ayant largement été modifié, le volume monétaire redistribué en dehors des tarifs augmente fortement entre les deux années. Les simulations réalisées à partir de l'ensemble des établissements participant à la T2A en 2005 se traduisent par une augmentation de l'enveloppe relative au financement de ces suppléments d'environ 1,150 milliard d'euros (cf. ci-dessus).

Du fait du paiement en sus des GHS de suppléments journalier de néonatalogie, les GHS concernés par ces activités baissent très fortement. On observe notamment une baisse moyenne de 68% dans la CMD 15 avec un maximum à moins 99% pour le GHS 15Z09A (Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie) (tableau 3 de l'annexe 3).

De même, l'impact des suppléments de réanimation, soins intensifs et surveillance continue est compris entre -45% et +11%. Les tarifs 2005 dont le niveau baisse le plus au titre de cet effet, correspondent aux GHS qui ont un fort taux de passage en réanimation (et qui appartenaient à la liste d'exclusion de 2004). Les autres évolutions à la baisse s'expliquent par l'entrée en vigueur des suppléments de soins intensifs et de surveillance continue qui pèsent sur de nombreux GHS (tableau 4 de l'annexe 3).

Enfin, il faut noter que certains tarifs augmentent par rapport à 2004. En effet, l'abattement d'une journée de réanimation fixé pour 2004 à 932 euros est plus important que l'abattement d'un supplément journalier de réanimation fixé pour 2005 à 833 euros. Ainsi, 29 GHS avec réanimation, qui n'appartenaient pas à la liste d'exclusion de 2004, voient leur tarif augmenté de +1% à +11% (tableau 4 de l'annexe 3).

ANNEXES

ANNEXE 1 : précisions sur les étapes de détermination des tarifs de GHS

Trois étapes vont être détaillées :

- les calculs de coûts effectués sur la base de l'ENC, conduisant à une échelle relative par GHM après certains retraitements effectués pour s'adapter au modèle T2A ;
- la détermination de l'enveloppe budgétaire affectée à la part « activité » des budgets hospitaliers ;
- la construction des tarifs à proprement parler.

1. Modalités de calcul de coûts retraités par GHM dans l'ENC

L'échelle nationale de coûts 2004, ayant servi de support au calcul des tarifs 2005, se base sur la production d'informations de 52 établissements dont 8 services spécialisés sur les années 2001 et 2002, pour un total de 3,2 millions de séjours et séances ; contre 48 établissements et services spécialisés sur les années 2000 et 2001 pour l'ENC 2003 pour 2,7 millions de séjours et séances. Il y a donc de facto une importante évolution de l'échantillon.

Ces établissements, sur la base d'un modèle de comptabilité analytique unique (BO 97/2bis), produisent des coûts par séjour, donc par GHM. Le calcul est effectué en coût complet, charges de gestion, de logistique et de structure incluses (réparties à la journée), en regroupant les données des deux années, regroupées en version 9 de la classification des GHM.

Pour passer des coûts bruts aux coûts utilisables pour construire l'échelle relative des GHM, un certain nombre de procédures ont été appliquées :

- Suppression des séjours extrêmes par la méthode EMT :
 - borne de droite : exponentiel (coût moyen + écart-type + (P95-médiane))
 - borne de gauche : exponentiel (coût moyen - écart-type + (P5-médiane))
- Suppression des dépenses relatives :
 - aux molécules onéreuses (au sens de la liste alors en vigueur sur les années considérées, c'est-à-dire une cinquantaine de produits)
 - aux prothèses inscrites sur liste en sus pour 2005 ou inscrites en MIGAC dans les établissements ex-DG, en particulier : prothèses cardio-vasculaires (CMD 5 et GHM correspondants en CM 24 et CM 27), prothèses orthopédiques, implants cochléaires, anneaux gastriques, certains implants uro-génitaux, implants mammaires... Il s'agit là d'une différence par rapport à 2004 où seules les prothèses cardio-vasculaires étaient inscrites sur liste en sus.
- Application d'un abattement de 13% du coût de l'ensemble des séjours pour les établissements universitaires : CHU et CLCC
- Application de l'abattement lié aux surcoûts géographiques sur les coûts des établissements concernés par cet abattement. Là encore, une différence par rapport à 2004 est à souligner pour l'Île-de-France : en 2004, Paris et les départements de la petite couronne bénéficiaient seuls d'un coefficient géographique (de 10%) alors qu'en 2005, tous les départements franciliens bénéficient d'un tel coefficient, abaissé à 7% (opération neutre sur le plan budgétaire global ; il s'agit d'une autre répartition de montants identiques).

- Actualisation des données 2001 pour rendre homogènes les coûts issus des deux années-sources. Les coûts des séjours de l'année 2001 sont donc augmentés du taux d'évolution des dépenses hospitalières encadrées en 2002, soit 5,25 %.
- Soustraction des dépenses liées aux suppléments journaliers de réanimation, soins intensifs (SI), surveillance continue (SC) et néonatalogie (avec 3 niveaux : néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie, réanimation néonatale) dans l'ensemble des GHM. Les différences avec le schéma 2004 sont nombreuses :
 - Il n'y avait en 2004 que la réanimation (hors réanimation néonatale) qui était concernée par un tel dispositif, et en outre le calcul était réalisé en coût complet (la réanimation était une sorte de parenthèse dans le déroulement du séjour) ; enfin, certains GHM étaient exclus de la procédure : leurs tarifs étaient calculés « réanimation incluse ». En 2005, cette liste d'exclusion a été supprimée par souci de simplification, le calcul a été effectué de telle manière qu'on n'évalue que le supplément de coût lié à la réanimation (ou soins intensifs, etc.), et les autres suppléments journaliers ont été définis.
 - Une enquête a été effectuée auprès des établissements de l'ENC pour qualifier les sections d'analyse (SA) identifiées comme réanimation, SI, SC ou néonatalogie, appelées SA ciblées. Les calculs de coûts de GHS ont été effectués en substituant le coût journalier des SA ciblées par le coût moyen journalier hors SA ciblées. Etaient obtenus ainsi des coûts hors réa, SI, SC, néonatalogie.
 - Les calculs des suppléments journaliers sont ensuite partie d'un principe normatif en admettant que si la réa vaut 100, alors les SI valent 50 et les SC 33. De même, en néonatalogie, une échelle 100/70/50 a été utilisée sur la base des effectifs cibles par lit.
 - Pour identifier enfin l'enveloppe à affecter à ces suppléments, ont été utilisées l'échelle de coûts corrigée (avec et sans les dépenses des SA ciblées) et le case-mix national 2004.
 - A noter qu'il a aussi été tenu compte d'un phénomène spécifique : les durées de séjour par GHM lorsqu'il y a passage dans une SA ciblée sont en moyenne plus élevées que les durées de séjour sans passage dans une SA ciblée. Cette distorsion demandait un redressement spécifique conduisant à accroître l'enveloppe affectée aux suppléments journaliers et minorer les tarifs.
- En 2005, tous les GHM peuvent se voir facturer des séances en plus si elles sont réalisées en cours d'hospitalisation, y compris les GHM intitulés « insuffisance rénale avec dialyse » ou d'irradiation en hospitalisation complète. Les coûts afférents à ces séances sont donc déduits.
- Redressements liés au défaut de représentativité de la base ENC : une méthode légèrement biaisée était utilisée avant 2004, consistant à appliquer successivement deux ajustements : une normalisation des DMS de chaque GHM par application de la DMS observée dans la base nationale, puis un redressement en fonction du poids des catégories d'établissements représentées en fonction des effectifs nationaux. Cette ancienne méthode ne prenait pas en compte l'interdépendance de ces deux redressements et de plus, consistait à calculer un coût journalier moyen par GHM en réalisant une moyenne arithmétique simple des coûts journaliers par séjour sans tenir compte de la durée de chaque séjour. La nouvelle méthode de redressement repose sur la DMS par GHM et par catégorie d'établissements. Parallèlement, le nombre des catégories d'établissements a été réduit à cinq :

- CH de moins de 16 000 RSA annuels
- CH de plus de 16 000 RSA annuels
- CHU
- CLCC
- Etablissements privés PSPH

Deux étapes peuvent être distinguées (les différences par rapport à 2004 sont données en italique) :

- La première étape consiste à estimer par GHM et par catégorie d'établissement le coût moyen (complet et sans réanimation) redressé par les DMS observées au niveau national.
Ces DMS nationales sont calculées à partir des séjours de la base nationale 2004 (9 premiers mois) [*alors qu'elles étaient calculées l'année dernière sur la base des données du second semestre 2002, hors durée de séjour en réanimation*] selon la procédure suivante :
 - élimination des séjours extrêmes selon la procédure suivante :
 - calcul des bornes « extrêmes » de durée de séjour, hautes et basses, par la méthode EMT (sur le logarithme de la durée de séjour totale),
 - calcul de la DMS par GHM et :
 - si la DMS est inférieure à 6 jours, la borne haute de définition des extrêmes = MIN (15 ; borne EMT) [*contre MIN (18 ; borne EMT) en 2004*]
 - pour les autres GHM, la borne haute = MIN (2,5xDMS ; borne EMT) [*contre MIN (3xDMS ; borne EMT) en 2004*],
 - la borne basse de définition des extrêmes bas est calculée selon la formule : MIN (7 ; dms/2,5 ; mode-1) [*contre MIN (DMS/3 ; borne EMT) pour les séjours de plus de 6 jours de DMS en 2004*]
 - suppression des séjours pour lesquels la durée de séjour est strictement supérieure à la borne haute ou strictement inférieure à la borne basse,
 - calcul des DMS par GHM et par type d'établissement ;

Rappelons que le redressement par la DMS s'opère uniquement sur les coûts ventilés à la journée ; on a la formule suivante :

Coût redressé = (Somme des coûts directs affectés au patient)/(Nb de séjours) + DMS nationale x (Somme des coûts ventilés à la journée)/(Somme des durées de séjour).

Si, par GHM et par catégorie, le nombre de séjours est inférieur à 20 ou le nombre d'établissements est inférieur ou égal à 2, ce calcul est réalisé sur l'ensemble du GHM pour éviter de faire peser trop fortement la spécificité de certains établissements sur le résultat final.

- La seconde étape consiste à calculer un coût moyen par GHM en effectuant la moyenne des estimations par catégorie d'établissement de la première étape pondérée par le poids des catégories d'établissement dans la base nationale.
Lorsque pour certains GHM, une catégorie d'établissement représentée dans la base nationale ne figure pas dans la base ENC, cette donnée manquante est remplacée par le coût moyen du GHM toute autre catégorie confondue, et l'effectif retenu est celui de la base nationale.

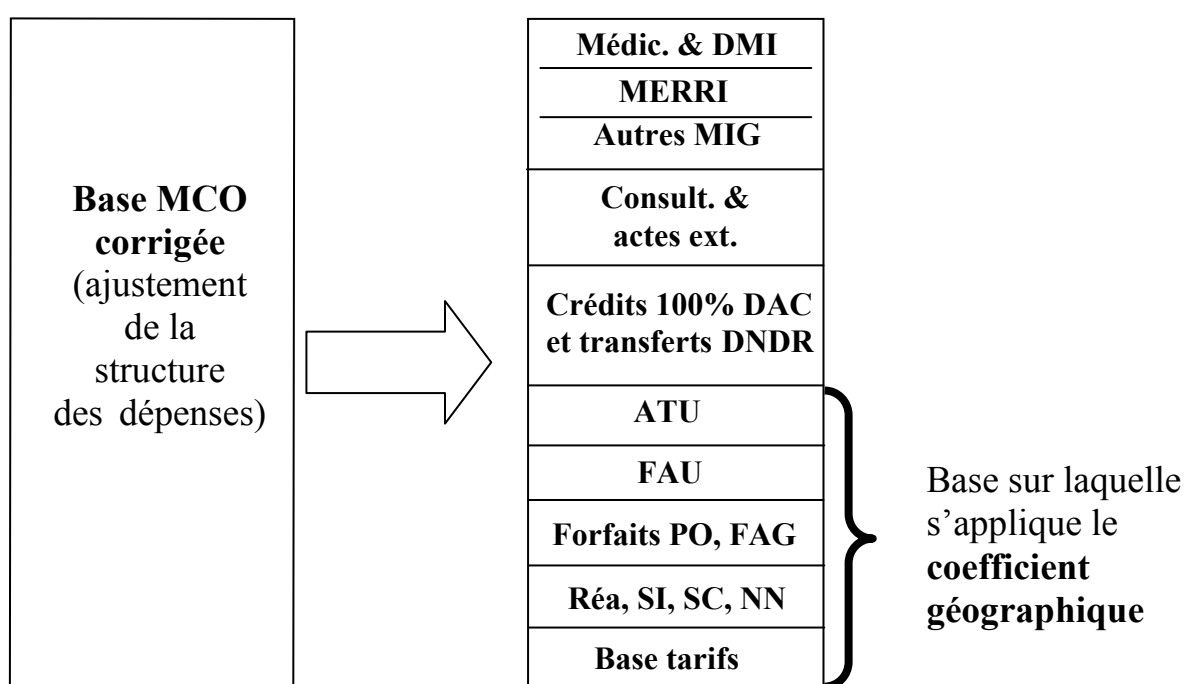
L'ensemble de ces éléments conduit à une échelle relative de GHM basée sur les coûts retraités (hors charges de structure), assortie d'indicateurs de variabilité.

2. Détermination de la base tarifaire

Pour passer de cette échelle relative à l'échelle de tarifs, il faut déterminer la masse budgétaire devant être redistribuée via les GHS.

La base de départ est la base MCO, obtenue après avoir soustrait aux budgets hospitaliers les dépenses relatives aux autres missions : SSR, psychiatrie (à partir des données des retraitements comptables 2003).

Cette base MCO est décomposée de la manière suivante :



Au sein de cette enveloppe MCO, sont extraits notamment :

a) les MIGAC à partir :

- de la liste des MIG retenues par le Conseil de l'hospitalisation ;
- des données des établissements (retraitements comptables 2003) déclarées au titre des MIG retenues, éventuellement corrigées après analyse statistique des écarts par mission et revalidation par les ARH ;
- des choix opérés sur certaines missions, notamment l'attribution d'un plancher, au titre de charges fixes incontournables, pour les SMUR autorisés (de 900 000 euros) et les équipes mobiles de soins palliatifs (de 272 000 euros) ;
- des options prises en matière de calcul des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) [cf. annexe 2] ;
- des options prises en matière d'aide à la contractualisation : crédits *Hôpital 2007*, suivi des contrats d'objectifs et de moyens...

Au total, les montants affectés aux MIGAC sont passés de 3,4 milliards d'euros en 2004 à 4,3 milliards en 2005 (dont 253 millions au titre des marges de manœuvre régionales, non incluses dans les MIGAC en 2004).

b) les forfaits annuels :

- forfait urgences : au vu des déclarations faites par les établissements au titre de la section « urgences » des retraitements comptables, déclarations fortement accrues par rapport à l'année précédente, il a paru nécessaire de revaloriser les FAU, notamment pour les sites autorisés à faible activité ; en outre, le système n'est plus basé sur le nombre de passages total mais sur le nombre d'ATU (donc hors passages suivis d'hospitalisation) ; le modèle devient (en valeur 2004, dépenses en cadrées, avant application des mesures du plan Urgences) :
 - forfait de base : 500 000 euros jusqu'à 4 999 ATU
 - forfait supplémentaire : 175 000 euros à partir de 5 000 ATU et par tranche de 2 500 ATU supplémentaires*[rappel en 2004 : 345 000 euros jusqu'à 12 499 passages, et 230 000 euros supplémentaires à partir de 12 500 passages, et par tranche de 5000 passages supplémentaires]*
- forfait pour la coordination des prélèvements d'organes : pas de changement par rapport à 2004
 - A' : 20 donneurs recensés + prélèvement de tissus (>30 cornées ou tissus) + animation du réseau + mission d'études cliniques : 484 000 euros
 - A : 20 donneurs recensés + prélèvement de tissus (>30 cornées ou tissus) + animation du réseau : 345 500 euros
 - B : entre 10 et 20 donneurs recensés + prélèvement de tissus : 232 000 euros
 - C : moins de 10 donneurs recensés (et/ou transfert de donneurs potentiels) + prélèvement de tissus : 140 000 euros
 - D : autorisation de tissus uniquement : 31 000 euros
- forfait greffes (FAG, créé en 2005) : les montants suivants ont été évalués pour les établissements greffeurs :

• toutes greffes confondues, moins de 50 greffes par an :	210 000 euros
• greffes de rein et/ou foie, entre 50 et 100 greffes par an :	290 000 euros
• greffes de rein et/ou foie, entre 100 et 150 greffes par an :	365 000 euros
• greffes de rein et/ou foie, et organe(s) thoracique(s), entre 50 et 100 greffes par an :	320 000 euros
• greffes de rein et/ou foie, et organe(s) thoracique(s), entre 100 et 150 greffes par an :	500 000 euros
• toutes greffes confondues, plus de 150 greffes par an :	620 000 euros

Au total, l'enveloppe affectée aux forfaits annuels a augmenté de 276 millions d'euros.

c) Les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste T2A ont pu être évaluées à partir des données recueillies en 2004 à travers FICHSUP (9 premiers mois) et des estimations réalisées sur les dépenses de prothèses nouvellement inscrites sur la liste en sus¹.

¹ Le raisonnement est le suivant :

- les coûts de prothèses sont très imparfaitement connus : les données comptables agrègent les prothèses et les autres consommables, et l'ENC ne recueille que 50-60% des coûts réels (le reste étant réparti sur l'ensemble des séjours) ; l'utilisation directe de l'ENC pour évaluer les coûts de prothèses orthopédiques conduirait à une dépense de l'ordre de 80 millions d'euros ;

Compte tenu de ces nouvelles dispositions concernant les prothèses et des évolutions importantes de ce poste de dépenses constatées en 2004 (+25% pour médicaments et DMI, à champ constant), l'enveloppe à ce titre est passée de 913 millions en 2004 à 1 317 millions en 2005.

Les modalités de calculs des autres sous-ensembles non rémunérés par les GHS n'ont pas connu de modifications substantielles par rapport à l'année précédente :

- Les dépenses liées à l'IVG sont isolées car elles font l'objet de tarifs de prestations spécifiques, le tarif du GHS étant par construction fixé à 0.
- Les montants correspondant aux consultations, actes externes et forfaits techniques sont ceux fournis par les établissements dans les remontées de données (FICHSUP), assis sur les tarifs de la NGAP.

A noter que l'activité des PET SCAN est basée en 2005 sur un forfait technique, facturable pour les patients externes.

- Certains crédits ne font pas l'objet d'une répartition 75/25 et sont inclus pour 100% de leurs montants dans la Dotation Annuelle Complémentaire (DAC) : fonctionnement de 6 mois des écoles paramédicales (avant transfert aux collectivités territoriales), crédits liés aux réseaux de soins dont la vocation est d'être intégré dans la DNDR, opération de sincérité des comptes/EHPAD.
- Les ATU, facturables pour chaque passage aux urgences dès lors qu'il n'y a pas hospitalisation dans un service MCO ensuite, comptabilisés en 2004, ont été valorisés à raison de 25 euros par passage. Seuls les passages dans les sites d'urgences autorisés peuvent donner lieu à une valorisation par les ATU.
- Les montants liés aux suppléments journaliers facturables en sus des GHS (réa, SI, SC, néonatalogie) ont fait l'objet d'une évaluation en confrontant la base SAE 2003, les données de l'enquête menée en décembre 2004 auprès des ARH et les données PMSI de 2004 concernant les séjours de réanimation comprenant au moins un acte marqueur et un IGS supérieur ou égal à 15 (pour les adultes). A noter que les séjours en unité de réanimation ne donnant pas lieu à supplément de réanimation justifient du supplément de SI.

Une fois soustraits ces éléments, est alors isolée la base tarifaire à répartir sur les différents GHS et séjours extrêmes (sur la base du case-mix national 2004), sachant que sur cette base tarifaire, de même que sur les prestations ATU et journées de réanimation, et sur les forfaits, s'applique le coefficient géographique.

Cette base tarifaire inclut les charges de structure.

- on a cependant une répartition par structure issue de l'ENC où on constate que les prothèses cardio-vasculaires représentent 43,1% du total. Or, en 2004, on a constaté une dépense de 275 millions pour ces prothèses (extrapolation). Le coût total des prothèses serait alors de l'ordre de 640 millions en 2004 ;

- là-dessus, les prothèses orthopédiques représentent 28,7%, soit 184 millions (incluant cependant l'ostéosynthèse, non sortie sur liste, mais qui représentent des coûts faibles), et les autres prothèses sorties sur liste, environ 3% du total, soit près de 20 millions supplémentaires ;

- compte tenu des incertitudes, il a été retenu finalement de débaser de l'enveloppe générale un montant de 150 millions à ce titre ;

- un calcul différent a été effectué pour confronter plusieurs méthodes, en appliquant les tarifs privés aux effectifs des trois principaux GHM d'orthopédie concernés (à peu près deux fois supérieurs aux coûts publics observés dans l'ENC), et on retrouve 150 millions.

Comme des nombreuses étapes de ce processus font appel aux retraitements comptables, une étape préalable de la démarche a été de fiabiliser ces retraitements comptables par analyse de leur cohérence interne et validation par les ARH.

3. La construction des tarifs

Les tarifs ont été calculés à partir de :

- la base tarifaire estimée comme indiqué ci-dessus,
- le case-mix national 2004 (en version 9),
- l'échelle nationale de coûts retraitée ainsi qu'expliqué plus haut.

L'exemple ci-après, développé sur 2 GHS, illustre le processus :

	A	B	C = A x B	D	E	F = E/B
GHS	Coût (ENC)	Nombre de séjours total (Case-mix national)	Valorisation du case mix à partir des coûts	Contribution du GHS à la masse globale	Masse budgétaire devant être redistribuée par le GHS	tarifs
1	100	15	1 500	60%	1 800	120
2	200	5	1 000	40%	1 200	240
total			2 500	100%	ex : 3000	

Masse budgétaire divisée par le nb de séjours

= coût x nb de séjours

Répartition obtenue précédemment appliquée à la base tarifs

- La multiplication de l'ENC par le case-mix national donne par GHS l'ensemble des coûts pour tous les séjours. Ce calcul permet d'obtenir la contribution de chaque GHS à la masse nationale (colonne D).
- Cette répartition est appliquée à la « base tarifs » (3000 dans l'exemple). Pour chaque GHS, est alors obtenu l'ensemble de la masse budgétaire devant être distribuée par le tarif.
- Il suffit alors de diviser cette masse par le nombre de séjours total réalisé dans le GHS pour aboutir au tarif 2003 (colonne F).

On observe que dans cet exemple fictif, le facteur de passage est de 1,2, facteur qui donne la proportionnalité entre les tarifs finaux et l'échelle relative de pondération issue de l'ENC retraitée.

Ce calcul est en fait plus complexe car il doit tenir compte des suppléments facturables en sus des GHS et de cas spécifiques :

- Les séjours dont la durée est anormalement basse par rapport à la durée moyenne de séjour du GHS (inférieure strictement à la borne basse), sont qualifiés comme séjours extrêmes bas et sont valorisés à 50% du tarif du GHS.
- Les journées réalisées au delà de la borne haute du GHS sont valorisées à hauteur de 75% du tarif journalier moyen du GHS (i.e.: tarif du GHS divisé par sa durée moyenne de séjour).
- Les séances de dialyse et de radiothérapie réalisées en hospitalisation complète sont payées en sus du GHS d'hospitalisation au tarif du GHS d'ambulatoire de dialyse ou de radiothérapie.

- Lorsque l'établissement dispose de lits identifiés ou d'une unité de soins palliatifs, reconnus par l'ARH (liste obtenue par enquête auprès des ARH), le tarif de base du GHS de soins palliatifs est majoré de 30% ou 40% respectivement.
- Pour le GHM d'autogreffes de cellules souches hématopoïétiques, deux GHS sont distingués selon que la durée de séjour est inférieure ou supérieure à 12 jours, traduisant deux situations cliniques très différentes.

Enfin, aux tarifs ainsi estimés, sont appliquées les mesures de la campagne budgétaire 2005, qui précisément consistait à revaloriser les tarifs de 0,27% (contre +1,56% pour les tarifs du secteur privé, du fait de la mobilisation d'une enveloppe de convergence de 35 millions d'euros), et à affecter de façon ciblée certaines mesures de plans nationaux :

- allocation de 2 millions d'euros aux GHS de radiothérapie²,
- enveloppe de 33,5 millions d'euros pour la périnatalité.

Enfin, le tarif du GHS de dialyse a fait l'objet d'un calage avec le tarif de la prestation « dialyse en centre » (utilisable après approbation des SROS), estimé à 390 euros.

A noter que d'autres mesures des plans 2005 (en particulier le plan cancer et le plan urgences) feront l'objet d'une intégration dans les autres enveloppes budgétaires, sans conséquence pour les tarifs.

² Les GHS de séances de radiothérapie sont cependant en diminution par rapport à 2004 du fait d'un effet échantillon ENC et d'une amélioration de l'application du modèle de coûts (les années passées, des coûts de logistique générale trop élevés, incluant la blanchisserie, étaient affectés à ces séances).

ANNEXE 2 : évaluation des montants alloués au titre des missions d'enseignement, recherche, référence, innovation (MERRI) et de recours.

Le principe a été de répartir entre les établissements concernés une enveloppe de l'ordre de 2,3 milliards d'euros (reconduisant ce qui avait été attribué à ce titre l'année précédente) en deux parties :

- un socle fixe, forfaitaire, modulé selon la catégorie d'établissements ;
- une part variable, issue des déclarations en SI2 des retraitements comptables au titre d'activités relevant de la recherche et de l'innovation (les 4 premières catégories du décret sur les MIGAC), après corrections éventuelles du fait des contrôles de cohérence des déclarations.

Pour les CHU, trois catégories ont été retenues, à partir du rapport de l'IGAS de 2004. Ce classement a été opéré sur la base des indicateurs habituellement reconnus comme traceurs des activités de recherche (nombre d'essais cliniques et nombre de recherches biomédicales dont les CHU sont promoteurs, nombre de PHRC, nombre de structures labellisées : instituts fédératifs de recherche, unités INSERM) :

- Groupe des CHU « forts chercheurs » : Paris, Lyon, Marseille, Lille, Montpellier, Strasbourg, Bordeaux, Toulouse, qui regroupent près des trois quarts des capacités de recherche fondamentale, dans tous les domaines ;
- Groupe intermédiaire de CHU intermédiaires actifs sur un ou deux secteurs seulement : Nantes, Grenoble, Nice, Rennes, Nancy ;
- Groupe des CHU à activité parfois émergente, parfois inexistante.

Il a été retenu comme socle fixe pour chacune de ces catégories les taux de 10,5%, 12% et 13,5%, respectivement (taux appliqués sur le budget des activités MCO, hors médicaments et DMI en sus). Pour éviter des variations par établissement trop fortes cette première année de modulation, un plancher de 12% pour le total « fixe+variable » a été appliqué.

Pour les CLCC, un raisonnement du même ordre a été tenu, les critères disponibles étant le nombre d'unités INSERM ou CNRS sur site, et le nombre de patients inclus dans des essais cliniques. Là encore, trois catégories ont été définies :

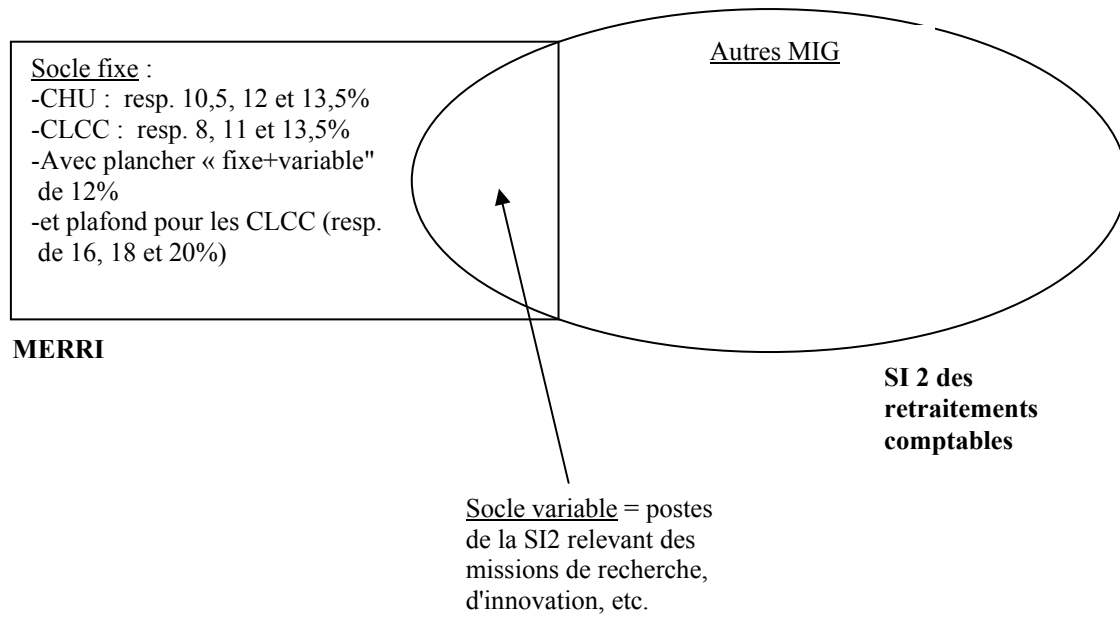
- Groupe des CLCC « forts chercheurs » : IGR, Curie, Lyon, Marseille
- Groupe intermédiaire : Nice, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Nancy, Lille, Clermont-Ferrand
- Troisième groupe : St Cloud, Rouen, Caen, Strasbourg, Reims, Angers, Rennes, Montpellier, Dijon

Ces catégories se sont vus appliquer les taux de 8%, 11% et 13,5%, respectivement, avec un plancher à 12%, et un plafond respectivement de 16%, 18% et 20% pour le total « fixe+variable » .

Pour les autres établissements, les choix opérés les années précédentes ont été pérennisés en créant trois catégories avec socle fixe de 10,5%, 8% et 2%, sauf cas particuliers (dans les cas où des audits ont été effectués ou lorsque les déclarations de la SI2 semblaient pouvoir expliquer les choix précédents).

Sur l'île de La Réunion, un taux de 6% est appliqué pour les deux établissements de référence.

En perspective, il s'agira de diminuer progressivement la part fixe pour accroître la part variable objectivée sur base contractuelle.



ANNEXE 3 : Impact sur certains GHS des principales mesures

Tableau 1 : évolutions les plus fortes après déduction des DMI		
	GHS	Libellé
-10%	24K04Z	Mise en place de certains accès vasculaires : séjours de moins de 2 jours
-14%	24Z09E	Infarctus du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours
-15%	10C08Z	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels
-15%	08C03W	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres avec CMA
-16%	11C04Z	Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales
-19%	08C03V	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA
-20%	08C02Z	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches
-28%	03C02V	Interventions majeures sur la tête et le cou sans CMA
-35%	12M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin sans CMA
-39%	24C10Z	@Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 05

Tableau 2 : évolutions les plus fortes après déduction des dépenses de dialyse/radiothérapie		
	GHS	Libellé
-2.8%	01C04V	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA
-3.1%	09M10V	Tumeurs malignes des seins sans CMA
-5.1%	18M05W	Infections postopératoires et posttraumatiques avec CMA
-5.3%	11C08W	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires avec CMA
-6.5%	11M05V	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA
-6.8%	11M05W	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
-9.8%	13M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin sans CMA
-10.2%	17K04Z	Autres irradiations
-19.9%	12M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin sans CMA
-42.6%	17K03Z	Curiothérapie et autres irradiations internes

Tableau 3 : impacts des suppléments sur la CMD 15		
	GHS	Libellés
-99%	15Z09A	Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie
-91%	15Z04E	Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés
-89%	15Z09E	Nouveau-nés de moins de 1000 g, décédés
-86%	15Z07A	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème significatif
-82%	15Z08A	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, sortis en vie
-80%	15Z08E	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, décédés
-79%	15Z05D	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur
-77%	15Z06C	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème sévère
-75%	15Z07B	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec autre problème significatif
-75%	15Z02Z	Autres problèmes postnéonataux précoces
-73%	15Z06B	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec autre problème significatif
-72%	15Z07C	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec problème majeur ou sévère
-67%	15Z06D	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème majeur
-67%	15Z05C	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème sévère
-61%	15Z03Z	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement
-55%	15Z06A	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif
-22%	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif
-2%	15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif

Tableau 4 : impacts les plus forts des suppléments réa/SI/SC hors CMD 15		
	GHS	Libellés
-45%	05M14Z	Arrêt cardiaque
-42%	06C02Z	Chirurgie majeure des malformations digestives
-41%	26M01S	Traumatismes multiples graves, avec CMAS
-32%	26C01S	Interventions pour traumatismes multiples graves, avec CMAS
-30%	27C04Z	Transplantations pulmonaires
-29%	04C01S	Interventions pour affections de l'appareil respiratoire, avec CMAS
-26%	26C02Z	Interventions pour traumatismes multiples graves, sans CMAS
-25%	26M02Z	Traumatismes multiples graves, sans CMAS
-25%	06C05Z	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans
-22%	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif
2%	04C03W	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire avec CMA
2%	05C10W	Chirurgie majeure de revascularisation avec CMA
2%	20Z03Z	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance
3%	01C03W	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA
3%	01M17W	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
3%	25C02Z	Interventions pour maladie due au VIH
4%	01M18W	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
5%	01M05W	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
5%	01M13Z	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique
11%	19C02Z	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale