

Service :

Financement des
établissements de santé

Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs

Pôle :

Pôle Allocation de
Ressources aux
Etablissements de Santé

Fiche méthodologique de calcul des tarifs issus des coûts

Ce document a pour objectif de détailler les différentes étapes qui conduisent à élaborer, à partir des **coûts complets** issus de l'ENCc, une **échelle de tarifs issus des coûts** servant de base pour répondre à la problématique de comparaison entre les coûts et les tarifs.

Concept :

Cette étude répond à un besoin identifié de comparaison des tarifs dits de campagne (soit les GHS) aux coûts issus de l'Etude Nationale des Coûts. Les origines de ce besoin sont multiples : demande des fédérations, des corps de contrôles (IGAS...), des pouvoirs publics dans le cadre de la construction tarifaire, etc... Cependant, la comparaison entre ces deux notions n'est pas directement possible. En effet, pour ce faire, il conviendrait d'avoir de part et d'autre des données recouvrant les mêmes périmètres. Or, les tarifs financent pour partie les charges de structure que les coûts n'intègrent pas dans la présentation de l'ENCc. De même, dans les coûts sont présentes des charges qui sont pour partie couvertes par des recettes ne provenant pas des tarifs. Ainsi, le périmètre couvert par les tarifs est différent de celui couvert par les coûts et la comparaison directe des coûts et des tarifs ne peut se faire dans le cadre de la méthodologie actuelle de l'étude de coûts.

Par conséquent, il s'agit de développer une méthodologie alternative à la comparaison directe des coûts et des tarifs. Il est proposé de mesurer par GHM l'adéquation entre le niveau de recettes actuellement versées et le niveau des recettes, qui seraient perçues dans le cas où les tarifs respectent strictement la hiérarchie des coûts.

Pour ce faire, une échelle dite « échelle de coûts ajustés à la masse tarifaire » a été calculée. Il convient de noter que, puisque les coûts sont ajustés à la masse tarifaire, il ne s'agit plus réellement de coûts **mais de « tarifs issus des coûts »**. Cet ajustement permet de lisser les écarts résiduels de périmètre entre les tarifs et les coûts, qui ne peuvent pas faire l'objet

d'évaluation dans le cadre de la méthodologie actuelle de l'étude de coûts. Ainsi, dans cette étude est mesurée la distorsion entre l'échelle de tarifs et l'échelle de tarifs issus des coûts.

Il convient toutefois de noter que cette échelle est basée sur des données de coûts et d'activité antérieures aux données sur lesquelles s'appliquent les tarifs de campagne. Ainsi, les coûts recueillis ne reflètent pas les éventuelles mises aux normes récentes ou les évolutions de pratiques pouvant influencer la mesure des coûts. Il conviendra d'en tenir compte dans l'utilisation des résultats de cette étude.

I. Du coût complet au coût plus proche du périmètre tarifaire

Le calcul du coût plus proche du périmètre tarifaire nécessite de pouvoir identifier la charge dans la mesure du coût ; cette identification pouvant être réalisée selon différentes méthodologies.

<i>Périmètre du coût complet</i>	<i>Périmètre du tarif du GHS</i>	<i>Mise en cohérence des périmètres</i>	<i>Exemples de charges</i>
Charge INCLUDE et IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUDE	Pas de difficulté : les charges sont directement exclues du coût (cf. étape 1)	Rémunération des personnels libéraux, spécialités pharmaceutiques facturables en sus...
Charge INCLUDE et NON IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUDE	Difficulté : nécessite d'utiliser une méthode basée sur l'observation de la structure du financement (cf. étape 3)	Surcoût des unités autorisées réanimation, soins intensifs, etc...

Etape 1 : Elaboration d'un coût hors éléments facturés en sus identifiables au séjour

Pour cette étape, il est déduit du coût complet de chaque séjour (hors application des coefficients géographiques et du taux MERRI – cf annexe 1) les éléments suivants :

- médicaments et DMI facturables en sus,
- médicaments sous ATU¹,
- charges de SMUR (section d'analyse médico-technique et sous-traitance),
- charges de laboratoire Hors Nomenclature (section d'analyse médico-technique et sous-traitance),
- séances de radiothérapie et de dialyse en sus,
- honoraires libéraux des Praticiens Hospitaliers, pour le secteur ex-DGF
- honoraires libéraux pour le secteur ex-OQN.

Un coût moyen calé par GHS est ensuite calculé à partir de ces coûts au séjour.

¹ Autorisation Temporaire d'Utilisation. Chaque établissement de l'ENCc dispose de sa propre liste de médicaments, en fonction des patients traités et des protocoles utilisés.

Etape 2 : Réintégration des DMI et médicaments radiés de la liste en sus

Dans le cadre de l'étude réalisée pour la campagne 2013, les coûts sont observés sur les années 2007 à 2010 alors que les tarifs auxquels ils sont ajustés sont les tarifs 2012. Entre 2007 et 2012, certaines molécules ou dispositifs de la liste en sus ont fait l'objet d'une intégration dans le tarif du GHS.

Pour chaque année de recueil, les établissements de l'ENCc ont identifié les charges de DMI et médicaments en fonction de la liste en sus de l'année de recueil. Par exemple, pour les coûts 2009, les médicaments et DMI identifiés dans les charges en sus sont ceux de la liste en sus 2009. Les coûts des différentes années de recueil ne sont donc pas sur le même périmètre de charges.

Afin de pouvoir comparer les coûts aux derniers tarifs parus, il faut se baser sur la liste en sus correspondante, à savoir la liste en sus 2012. Il convient donc de réintégrer dans le coût, pour chaque année, les charges de médicaments et de DMI radiés entre l'année de recueil et 2012. Les charges de médicaments et de DMI sont réintégrées au **dernier prix d'achat observé dans chaque établissement**.

Une exception est faite pour le Taxotère, qui est réintégré dans les coûts des GHS, au tarif cible.

Cette opération permet de construire des coûts des différentes années de recueil selon le même périmètre de charges des médicaments et DMI facturables en sus, identiques pour les tarifs.

Etape 3 : Déduction des suppléments journaliers

La déduction des suppléments journaliers de réanimation, soins intensifs et surveillance continue se fait en débasant du coût calculé à l'étape 2 un poids de suppléments par GHS :

$$\text{Coût}_{\text{étape 3}} = \text{coût}_{\text{étape 2}} / (1 + \text{poids de suppléments})$$

Ce poids est calculé à partir des recettes PMSI et correspond au ratio de la valorisation des suppléments journaliers sur la valorisation en GHS. Ce poids est le plus souvent compris entre 0 et 1. Il peut être nul, notamment pour les GHS d'ambulatoire par exemple, ou supérieur à 1 notamment pour les niveaux sévères en néonatalogie.

Pour calculer les valorisations (GHS et suppléments journaliers), ce sont les tarifs 2012 (v11d) auxquels la PDSH² et la précarité sont réintégrées³ (puisque ces charges font partie des coûts) et les tarifs de suppléments 2012 qui sont utilisés. Il convient de préciser que sont également pris en compte les suppléments antepartum observés sur les séjours de la CMD 14.

Les coûts étant calés sur la base nationale de l'année de recueil (par exemple, les coûts 2010 sont calés sur le case-mix national 2010), ils reflètent donc l'activité et le case-mix de celle-ci. Ainsi, un poids de suppléments propre à chaque année est calculé, en utilisant le case-mix de l'année de recueil pour calculer les valorisations, les tarifs des GHS et des suppléments utilisés restant les mêmes (2012).

² PDSH : Permanence Des Soins Hospitalière

³ Le rebasage de la PDSH et de la précarité dans les tarifs se fait d'une manière identique à celle utilisée au moment du débasage, à savoir de façon uniforme sur l'ensemble des GHM concernés.

II. Calcul d'un coût pluriannuel

1. Méthodologie de calcul du coût pluriannuel

L'agence a engagé des travaux relatifs à une échelle de coûts dits pluriannuels afin de rendre plus robuste l'estimation des coûts. En effet, s'il est aisément compréhensible que le dernier référentiel de coûts appréhende mieux les évolutions induites par les innovations ou par les gains de productivité sur certaines prises en charge, il convient de rappeler que ce référentiel est constitué à partir d'un échantillon d'établissements et par conséquent, le coût estimé demeure sensible à la constitution de cet échantillon, en dépit des techniques statistiques utilisées pour fiabiliser l'estimation. Aussi, la prise en compte de plusieurs années de coûts permet d'améliorer l'estimation de la valeur du coût. Ces raisons ont conduit à développer une échelle de coûts pluriannuels basée sur l'évolution des coûts ainsi que sur la précision de la mesure. En effet, baser la construction tarifaire uniquement sur le dernier référentiel de coûts conduirait à prendre le risque de faire évoluer les tarifs alors même que le coût « réel » de la prise en charge est resté constant et que les évolutions observées sur le coût estimé sont imputables à un effet échantillonnage.

Ainsi, l'échelle des tarifs issus des coûts se base sur plusieurs années de recueil des données ENCC. Les coûts sont issus de 3 années de coût : 2008, 2009 et 2010 pour le secteur ex-DGF, 2007, 2009 et 2010 pour le secteur ex-OQN⁴. Concernant les GHS de la CMD 14, seules deux années de recueil (2009 et 2010) sont retenues, compte tenu de l'impossibilité en v11d de grouper les données antérieures à 2009 sur cette CMD.

L'utilisation de différentes années de recueil permet d'assurer une stabilité plus importante du tarif issu du coût et donc de limiter les effets liés à l'échantillon.

Les étapes décrites dans le paragraphe précédent ont été réalisées pour chacune des années de recueil. L'objectif est d'obtenir une seule échelle de coûts à partir de plusieurs observations de coûts. Le principe consiste à calculer un coût moyen en ne gardant que les années fiables. Pour cela, les précisions de chaque coût observé et la notion d'isolement sont utilisées.

Avant de pouvoir appliquer la méthode aux coûts calculés, il est nécessaire de faire évoluer les coûts antérieurs à 2010 pour qu'ils soient comparables au coût 2010. Pour cela, un taux d'actualisation est calculé entre chacune des années par agrégat de GHM : les catégories d'activité de soins (ces agrégations sont détaillées en annexe 2). Les coûts antérieurs au coût 2010 sont donc actualisés en fonction de ces taux.

Afin de déterminer quelles années seront utilisées pour calculer le coût du GHM, les éléments suivants sont pris en compte :

- La valeur du coût d'une année est considérée imprécise si son ERE⁵ est > 30%. Les valeurs de coûts imprécises ne sont pas prises en compte dans le calcul du coût pluriannuel ;
- De même, seules les valeurs de coûts « proches » sont conservées dans le calcul du coût pluriannuel. Ainsi, la notion d'isolement est introduite. La valeur de coût de l'année isolée des autres sera exclue du calcul du coût pluriannuel. Les évolutions de coûts annuelles sont calculées afin de déterminer si une année est éloignée par rapport aux autres

⁴ Aucun coût n'est disponible en 2008 pour ce secteur.

⁵ ERE : Erreur Relative d'Echantillonnage ou coefficient de variation

compte tenu de son évolution. Une évolution est considérée comme stable si elle est inférieure à 5%.

Un algorithme est défini afin de sélectionner les coûts des différentes années et, ce, pour chaque GHS. A la suite de celui-ci, une échelle de coûts pluriannuels est ainsi obtenue pour les deux secteurs.

Une réflexion autour de l'isolement des points a également été menée, dans le cas où le point 2010 est isolé. Lorsque le coût 2010 est très différent des coûts 2008 et 2009, celui-ci n'est pas retenu. Or dans certains cas, il conviendrait de le prendre en compte spécifiquement. C'est notamment le cas pour les GHM de rythmologie (racines 05K19 et 05K20) où le suivi des consommables aux séjours s'est amélioré en 2010 et pour un GHM de Brûlures (22Z021) où la DMS a été divisée par 2 entre 2009 et 2010. Dans ces deux cas, le coût 2010 est le coût le mieux estimé, et il est donc pris en compte seul pour le calcul de l'échelle de coûts pluriannuels.

2. Ajustements statistiques

Une correction du coût des GHM de rythmologie a été effectuée. En effet, pour ces GHM, le coût obtenu est minoré car les établissements ne suivent pas tous leurs consommables au séjour. Or, dans le cas de la rythmologie, les consommables sont très coûteux. Ainsi, il a été procédé à une réévaluation du coût des consommables des séjours de rythmologie. Pour ce faire, un coût moyen de consommables a été calculé par racine (05K19 et 05K20) sur les séjours des établissements ayant un suivi au séjour des consommables. Le coût moyen obtenu est de 2 836€ pour la racine 05K19 et de 1 067€ pour la racine 05K20. Ce coût moyen est ensuite ajouté à tous les séjours de rythmologie.

Il est important que les coûts respectent la hiérarchie entre les niveaux. Dans le cas où le non-respect de cette hiérarchisation⁶ est observé, il est nécessaire de mettre en place une procédure de correction reposant sur le calcul des ratios de coûts (ou de DMS quand le ratio de coût n'est pas calculable) entre les niveaux de sévérité, pour chaque sous-CMD⁷.

⁶ Le respect de la hiérarchisation est vérifié sur le coût complet

⁷ Sous-CMD : 3 premiers caractères du GHM

III. Du coût pluriannuel à l'échelle de tarifs issus des coûts

<i>Périmètre du coût pluriannuel</i>	<i>Périmètre du tarif du GHS</i>	<i>Mise en cohérence des périmètres</i>	<i>Exemples de charges</i>
Charge INCLUSE et NON IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUSE	n'est possible qu'en pratiquant un ajustement à la masse tarifaire.	PDSH et Précarité
Charge NON INCLUSE	Charge PARTIELLEMENT INCLUSE	n'est possible qu'en pratiquant un ajustement à la masse tarifaire.	Structure (financier et immobilier)
Charge PARTIELLEMENT INCLUSE	Charge INCLUSE	n'est possible qu'en pratiquant un ajustement à la masse tarifaire.	Le coût de l'actif net immobilisé est actuellement estimé par les charges d'intérêt. Ceci conduit à une sous-estimation de ce coût.

Au cours des précédentes campagnes tarifaires, le périmètre des GHS a évolué et un certain nombre de financements, auparavant inclus dans le tarif du GHS, a donné lieu notamment à la création de MIG (PDSH et Précarité par exemple). Du côté des coûts, ces MIG ne peuvent pas être identifiées. Les charges correspondant sont donc incluses dans les coûts mais ne le sont pas dans les tarifs.

Plusieurs mesures concernant le modèle de financement sont à répercuter sur les coûts :

- La création de deux MIG « PDSH et Précarité » avec transfert progressif des masses des tarifs des GHS sur une MIG en deux ans (campagnes 2009 et 2010). Cette mesure concerne les secteurs ex-DGF et ex-OQN.
- La création de la « MIG Interne » avec transfert du financement via les tarifs des GHS à un financement par MIG (campagne 2011). Cette mesure concerne le secteur ex-DGF.
- La modification du financement de la Haute-Technicité dans le secteur ex-OQN : passage du financement via un coefficient tarifaire à un financement via le tarif des GHS progressif en 4 ans (campagnes 2009 à 2012).

Pour ces mesures, l'ajustement se fait de manière précise sur le seul sous ensemble des GHM concernés par les mesures.

A l'issue de cette étape il reste encore des différences de périmètre, qui ne peuvent être évaluées finement. Ainsi, un coefficient d'ajustement est appliqué à l'ensemble de l'échelle conduisant à **un lissage homogène sur tous les GHM des éléments non mesurables** qui constituent les différences de périmètre.

Les tarifs issus des coûts sont ainsi obtenus. Ces tarifs issus des coûts ont la propriété d'être directement comparables aux tarifs. Il convient de noter que cet exercice est réalisé uniquement sur les racines dont le coût a été jugé « robuste » (à savoir présentant au moins 30 séjours pour au moins une année de recueil).

Annexe 1 : Prise en compte des MERRI dans le calcul du coût moyen

Dans le cadre du calcul des tarifs issus des coûts comme dans le cadre du calcul du référentiel de coûts du secteur ex-DG, les coûts bruts⁸ issus de l'Etude Nationale des Coûts sont minorés à l'aide d'un taux d'abattement des MERRI calculé pour chaque établissement bénéficiant de crédits relatifs au financement de l'enseignement, de la recherche et du rôle de recours.

I. Définition du taux d'abattement MERRI utilisé

Le taux d'abattement MERRI est calculé, pour chaque établissement, de la façon suivante :

Taux d'abattement MERRI = MERRI hors part variable / (Recettes d'assurance maladie de l'activité des séjours [y compris en HAD] et des actes et consultations externes + MIG Précarité + MIG PDSH).

Au numérateur, le financement des MERRI hors part variable (c'est-à-dire la part fixe et la part modulable) est issu d'ARBUST, outil de suivi de l'allocation de ressources renseigné par les ARS.

Au dénominateur, les recettes d'assurance maladie de l'activité des séjours sont prises en compte y compris LAMDA vu à la fin de l'exercice n+1 (les recettes supplémentaires au titre de l'exercice n connues fin n+1 sont donc incluses)⁹. A partir de l'exercice 2009, **à ces recettes de l'activité des séjours, doivent être ajoutés les financements de certains coûts relatifs à la permanence de soins hospitalière et à la prise en charge de patients en situation de précarité**. En effet, ces financements font dorénavant l'objet d'un versement sous forme de dotation annuelle au sein de l'enveloppe MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). L'allocation de ces missions d'intérêt général (MIG) PDSH et Précarité est suivie dans l'outil ARBUST.

Les éléments permettant d'obtenir le taux d'abattement des MERRI pour l'année n sont récapitulés dans le tableau ci-dessous :

⁸ Les coûts dits « bruts » sont ceux contenus dans la base de coût restituée à chaque établissement à l'issue du processus de valorisation (lors des traitements de la plateforme e-PMSI).

⁹ Ce montant ne sera figé qu'à la fin de l'année n+2 car depuis 2007, les recettes liées aux séjours et aux consultations pour un exercice donné peuvent être complétées (à la hausse ou à la baisse) au cours des transmissions PMSI des deux exercices suivants à l'aide du logiciel LAMDA. Il convient donc de noter que si des transmissions à l'aide de LAMDA ont été effectuées au cours de l'année n+2, les recettes définitives au titre de l'exercice de soins n pourront être différentes du montant pris en compte pour le calcul du taux de MERRI de l'année n.

MERRI hors part variable (source ARBUST)	(1)
Recettes Assurance Maladie GHS y compris LAMDA vu fin n+1, avec coefficient de transition (source MAT2A)	(a)
Recettes Assurance Maladie Actes et consultations externes y compris LAMDA vu fin n+1, avec coefficient de transition (source MAT2A)	(b)
Recettes Assurance Maladie GHT y compris LAMDA vu fin n+1 (source MAT2A)	(c)
MIG Précarité (source ARBUST)	(d)
MIG Permanence des Soins Hospitalière (source ARBUST)	(e)
Total recettes	(2) = (a)+(b) +(c) + (d) +(e)
Taux d'abattement des MERRI pour l'ENCc de l'année n	(1)/(2)

II. Méthode de calcul permettant de passer du coût brut au coût hors MERRI

Dans la suite, la notation MERRI* désigne le financement des MERRI hors part variable.

Le coût hors MERRI* s'obtient comme suit pour chacun des établissements de l'ENCc :

$\text{Coût hors MERRI}^* = \text{Coût brut} / (1 + \text{taux d'abattement MERRI}).$

En effet, le coût brut, qui contient toutes les charges, y compris celles financées par les MERRI*, peut s'écrire¹⁰ :

$$\text{Coût brut} = \text{Coût des charges autres que MERRI}^* + \text{Coût des charges MERRI}^*$$

$$\text{Coût brut} = \text{Coût des charges autres que MERRI}^* \times \left(1 + \frac{\text{Coût des charges MERRI}^*}{\text{Coût des charges autres que MERRI}^*}\right)$$

Le ratio $\frac{\text{Coût des charges MERRI}^*}{\text{Coût des charges autres que MERRI}^*}$ peut être assimilé au taux d'abattement MERRI

calculé en financement (défini au point 1.). Cela revient à supposer que le poids des charges relatives à l'enveloppe MERRI* dans l'ensemble des charges relatives à l'activité est identique au poids des recettes MERRI* dans l'ensemble des recettes liées à l'activité (hors médicaments et DMI).

Ainsi, le taux d'abattement MERRI représente la part du coût de l'établissement relevant du financement de missions spécifiques non prises en compte dans les tarifs nationaux.

Le coût hors MERRI* se calcule comme suit :

$$\text{Coût brut} = \text{Coût hors MERRI}^* (1 + \text{taux d'abattement MERRI}), \text{ d'où :}$$

$$\text{Coût hors MERRI}^* = \text{Coût brut} / (1 + \text{taux d'abattement MERRI}).$$

¹⁰ En supposant que les charges associées à l'enveloppe MERRI (hors part variable) puissent être isolées.

Annexe 2 : Catégories d'activités de soins

Les catégories d'activités de soins (CAS) utilisées pour calculer le taux d'actualisation annuel sont les suivantes pour le secteur ex-DGF :

- chirurgie ambulatoire
- chirurgie avec sévérité légère
- chirurgie avec sévérité lourde
- techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée
- techniques peu invasives avec sévérité légère
- techniques peu invasives avec sévérité lourde
- séjours sans acte classant ambulatoire ou de courte durée
- séjours sans acte classant avec sévérité légère
- séjours sans acte classant avec sévérité lourde
- obstétrique ambulatoire ou de courte durée
- obstétrique avec sévérité légère
- obstétrique avec sévérité lourde
- néonatalogie – chirurgie sévérité légère
- néonatalogie – chirurgie sévérité lourde
- néonatalogie – médecine sévérité légère
- néonatalogie – médecine sévérité lourde
- décès
- séances de radiothérapie
- séances de dialyse
- séances de chimiothérapie
- autres séances

Les catégories d'activités de soins utilisées pour le secteur ex-OQN sont les mêmes, sauf pour la néonatalogie, où une seule CAS est créée quel que soit le niveau du GHM ou l'activité (médecine ou chirurgie).