

Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs

Analyse des principaux résultats 2012

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

Mai 2013

Table des matières

I. Périmètre et objectif de l'étude.....	5
1. Périmètre de l'étude	5
2. Objectif de l'étude.....	5
II. Présentation globale des résultats.....	6
1. Distribution de l'écart entre le tarif et le tarif issu des coûts.....	6
2. Analyse par catégories d'activités de soins.....	8
3. Analyse par niveaux de sévérités	9
4. Analyse par catégories majeures de diagnostics (CMD)	11
III. Résultats en fonction des mesures de campagne 2012	13
1. GHM soumis à la convergence 2012	13
2. GHM de la liste Haute Technicité – secteur ex OQN.....	15
3. Chirurgie ambulatoire	16
IV. Conclusion.....	19

Ce document présente les principaux résultats issus d'une étude réalisée par l'agence en réponse à la problématique de la comparaison des coûts et des tarifs. En effet, la comparaison directe entre les coûts et les tarifs n'est pas possible dans la mesure où ces deux données ne recouvrent pas le même périmètre et qu'une mise en cohérence des périmètres ne peut se faire dans le cadre de la méthodologie actuelle de l'étude de coûts.

Une méthode alternative à la comparaison directe des coûts et des tarifs est donc proposée : elle consiste à utiliser les résultats de l'ENC non pas en valeur mais en hiérarchie des GHM les uns par rapport aux autres. Cette utilisation conduit à construire une échelle de tarifs théoriques respectant strictement la hiérarchie des coûts. Cette échelle appelée « **Tarifs Issus des Coûts** »¹ est directement comparable aux tarifs finançant les établissements de santé. Cette comparaison peut s'effectuer par couple GHM/GHS, mais peut se faire aussi sur un niveau de détail plus large (catégories d'activité, GHM soumis à des mesures de santé publique etc.)..

Il convient de noter que cette étude ne permet pas d'établir une comparaison directe entre une charge et un financement, autrement dit elle ne permet pas d'évaluer un taux de marge.

¹ TIC : Tarifs Issus des Coûts. Un document méthodologique est disponible explicitant les étapes de calcul conduisant à l'élaboration de ces tarifs

Préambule :

Les propriétés de l'échelle de tarifs issus des coûts (TIC) sont les suivantes :

- les coûts sont ajustés à la masse tarifaire, afin de lisser les écarts résiduels de périmètre entre les tarifs et les tarifs issus des coûts. Par conséquent, la masse distribuée par les tarifs issus des coûts est égale à celle distribuée par les tarifs. Ces deux masses sont comparables GHM par GHM ;
- les coûts utilisés pour obtenir cette échelle sont calculés à partir des données de coûts issus de l'ENCC sur plusieurs années (2008/2009/2010 pour le secteur ex DGF, 2007²/2009/2010 pour le secteur ex OQN) afin d'obtenir une estimation plus robuste du coût réel.

Toutefois, il convient de noter que cette échelle est basée sur des données antérieures aux données tarifaires. Ainsi, les coûts mesurés ne traduisent pas les éventuelles mises aux normes ou évolutions de pratiques récentes. Il convient de garder en mémoire ce décalage temporel dans l'interprétation des résultats.

Pour plus de précisions sur les propriétés de l'échelle des tarifs issus des coûts, il convient de se reporter à la note méthodologique sur le calcul des tarifs issus des coûts.

Au niveau de l'analyse des résultats, il est considéré qu'un GHM est³ :

- En situation de « sur financement » relatif lorsque la valorisation au tarif GHS est supérieure de plus de 5% à celle des tarifs issus des coûts.
- En situation de « sous financement » relatif lorsque la valorisation au tarif GHS est inférieure de plus de 5% à celle des tarifs issus des coûts.
- En situation de « financement adéquat » lorsque la valorisation au tarif est comprise entre -5% et +5% à celle des tarifs issus des coûts.

Note de lecture :

Pour alléger la lecture du document, les termes « sous financement » « sur financement », « financement adéquat » seront utilisés. Il convient de bien noter que ces notions traduisent l'écart entre le tarif et le tarif issu du coût. Aussi, par « sur financement » il convient d'entendre : le tarif est au-dessus de la valeur qui aurait été fixée si l'échelle tarifaire respectait strictement la hiérarchie des coûts. A l'inverse, le terme « sous financement » signifie que le tarif est en dessous de la valeur qui aurait été fixée si l'échelle tarifaire respectait la hiérarchie des coûts.

² Données de coût 2008 non disponibles dans le secteur ex-OQN.

³ 5% est considéré comme la marge d'erreur

I. Périmètre et objectif de l'étude

1. Périmètre de l'étude

Cette étude utilise les données d'activité de l'année 2011 groupées selon la version 11d de la classification.

Pour les GHS dont l'effectif de séjours est faible dans l'ENCC, la robustesse de la mesure n'est pas suffisante. Dans ce cas, le tarif issu des coûts n'a pas été calculé. Ainsi, seuls les GHS présentant un nombre de séjours supérieur à 30 séjours (pour au moins une année de recueil) sont traités dans cette étude.

L'activité de radiothérapie n'est également pas présente dans l'étude, en raison de l'incapacité de grouper les données d'activité 2011 en version 11d de la classification (le changement de codage des actes nécessaire à la nouvelle classification est intervenu courant 2011).

Tableau 1 : Périmètre de l'étude

	secteur ex DG		secteur ex OQN	
	GHM dont l'effectif ENC est suffisant	Part des GHM dont l'effectif ENC est suffisant	GHM dont l'effectif ENC est suffisant	Part des GHM dont l'effectif ENC est suffisant
Nombre de GHM	2 010	77.8%	980	39.3%
Nombre de séjours nationaux en milliers	14 525	87.8%	8 835	98.6%
Masse tarifaire (en M€)	27 086	97.5%	7 046	95.2%

L'étude porte sur 78% des GHS du secteur ex-DG. Pour le secteur ex-OQN, le périmètre est beaucoup plus restreint, l'étude ne porte que sur 39% des GHS. Il convient toutefois de noter que ces GHS sont totalement représentatifs de l'activité puisqu'ils représentent entre 95% et 98% de la masse tarifaire de chaque secteur et entre 88% et 99% des séjours.

2. Objectif de l'étude

Pour chaque couple GHM/GHS sont disponibles :

- ✓ les recettes obtenues par la valorisation de l'activité par les tarifs 2012
- ✓ les recettes obtenues par la valorisation de l'activité par les tarifs issus des coûts

La comparaison de ces deux recettes permet d'observer la distorsion entre les GHS et les tarifs issus des coûts.

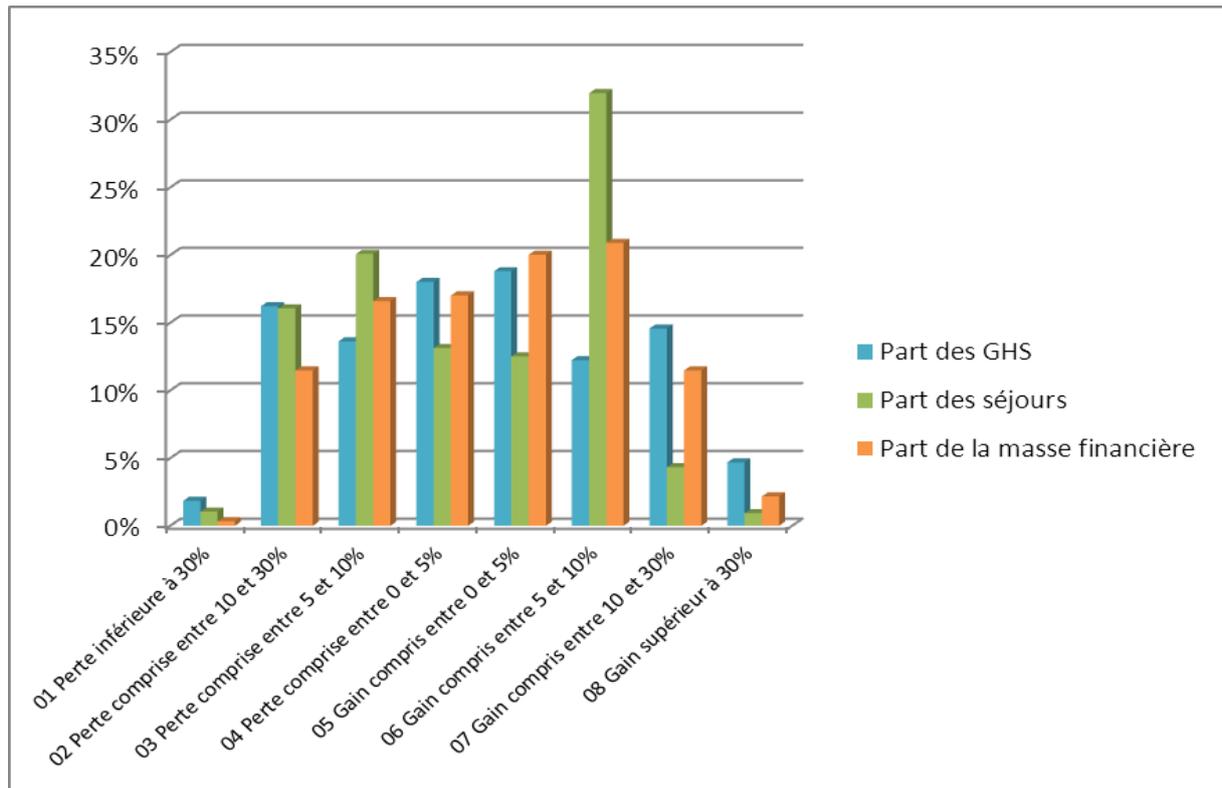
Ces distorsions s'expliquent par les constructions tarifaires intervenues lors des différentes campagnes. En effet, pour les tarifs issus des coûts, la masse tarifaire est répartie de manière uniforme sur l'ensemble des GHM en fonction de la hiérarchie des coûts, alors que les tarifs GHS sont soumis à des mesures ciblées, dont l'impact s'impute uniquement sur certains GHS.

II. Présentation globale des résultats

1. Distribution de l'écart entre le tarif et le tarif issu des coûts

Les graphiques suivants présentent pour chaque secteur la distribution des écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts par GHS.

Graphique 1 : Distribution des écarts des GHS, secteur ex DGF



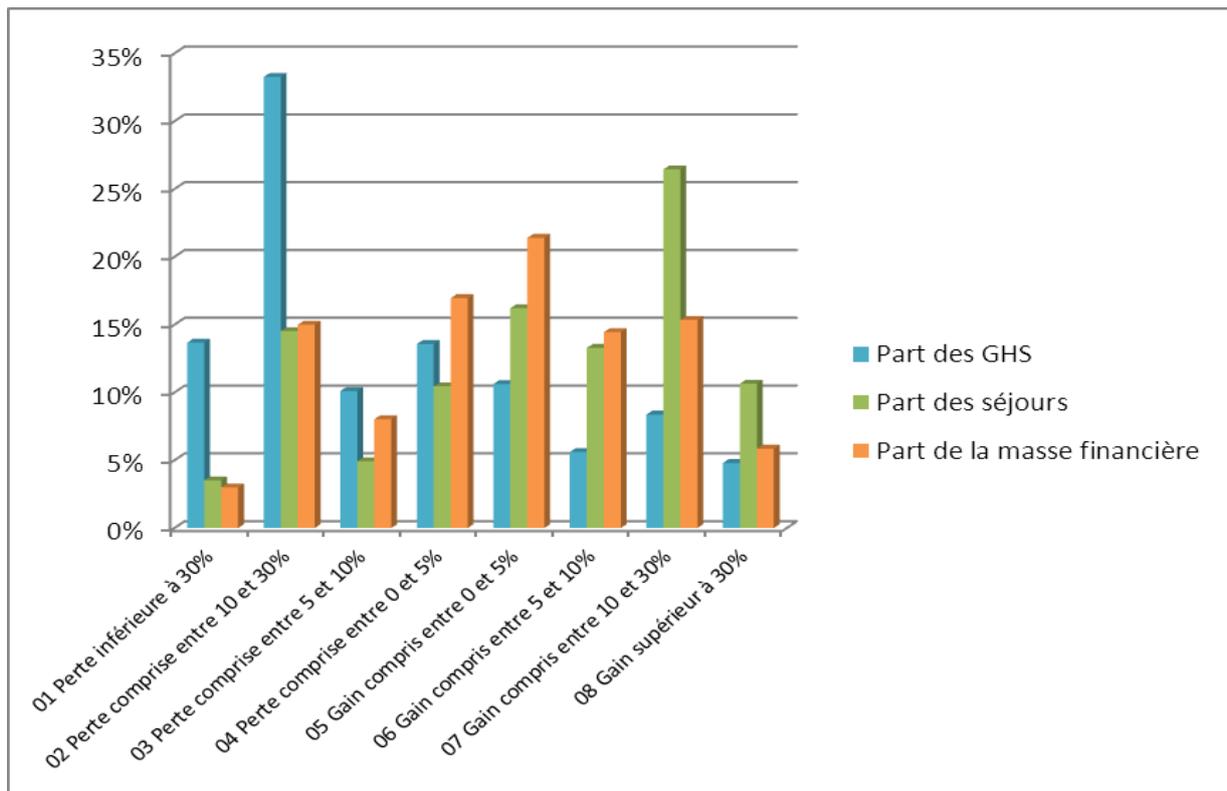
Sur les 2010 GHS de l'étude, 37% des GHS (soit 740 GHS) présentent un écart inférieur de 5% en valeur absolue entre la masse financière des tarifs et la masse financière des tarifs issus des coûts. Ainsi, pour 26% des séjours, soit 37% de la masse tarifaire du secteur, les deux notions tarifaires présentent un écart de moins de 5%.

Il convient de noter que le pic observé sur la part des séjours pour les GHS sur financés entre 5 et 10% s'explique par la présence dans cette catégorie à la fois des séances de chimiothérapie pour tumeur (+8,3% d'écart entre les deux notions tarifaires) et des séances d'hémodialyse pour adultes (+5,7% d'écart entre les deux notions tarifaires).

Les GHM dits « extrêmes⁴ » représentent 7% des GHS mais seulement 2% des séjours et de la masse financière. En dehors des modulations ciblées sur certaines activités (dialyse, chirurgie), ces GHM font l'objet d'une convergence vers le tarif issu des coûts lors de la campagne tarifaire de 2013.

⁴ Perte inférieure à 30% ou gain inférieure à 30%.

Graphique 2 : Distribution des écarts des GHS, secteur ex OQN



Sur les 980 GHS de l'étude, 24% des GHS (soit 237 GHS) présentent un écart inférieur de 5% en valeur absolue entre la masse financière des tarifs et la masse financières des tarifs issus des coûts. Ainsi, pour 27% des séjours, soit 38% de la masse tarifaire, les deux notions tarifaires sont similaires à 5% près.

Presque la moitié des GHS ont un sous financement supérieur à 10%. Cependant ils ne représentent que 18% des séjours et de la masse financière. Sont concernés notamment, les GHS avec des effectifs aux alentours de 100 séjours au niveau national :

- ✓ 01M102 : Autres affections cérébrovasculaires, niveau 2 (-29%)
- ✓ 06C021 : Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 (-19,5%)
- ✓ 18C022 : Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 2 (-25,4%).

Le tarif issu des coûts étant déterminé sur peu de séjours dans l'ENCc, ces résultats sont à prendre, par conséquent, avec précaution.

Comme pour le secteur ex DG, il existe un pic sur la part des séjours pour les GHS sur financés de plus de 10%. En effet les séances de chimiothérapie pour tumeur ont un sur financement de +53% et les séances d'hémodialyse pour adultes ont un sur financement de +23%.

Les GHM dits « extrêmes » représentent une part plus importante que sur le secteur ex DGF, à savoir, 18% des GHS, 14% des séjours et 9% de la masse financière.

Pour certaines activités, les écarts entre les deux tarifs peuvent s'expliquer par les mesures de campagne. Pour ces GHS, une analyse détaillée est présente dans la suite du document.

2. Analyse par catégories d'activités de soins

Cette partie analyse les écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts par catégories d'activité de soins.

Tableau 2 : Résultats par catégories d'activités, secteur ex DGF

Catégorie d'activité de soins	Effectif national 2011 (en Milliers)	Valorisation des tarifs en M€	Ecart (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart (en M€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
Chirurgie ambulatoire ou de courte durée	631.97	774.64	4.9%	36.40
Chirurgie avec sévérité légère	1 419.55	5 085.50	-3.4%	178.99
Chirurgie avec sévérité lourde	193.66	2 496.67	5.6%	131.38
Chirurgie	2 245.18	8 356.80	-0.1%	11.21
Techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée	455.76	337.96	-10.5%	39.44
Techniques peu invasives légère	502.85	818.07	-3.0%	25.13
Techniques peu invasives lourde	17.89	156.85	1.1%	1.70
Techniques peu invasives	976.50	1 312.87	-4.6%	62.87
Sans acte classant ambulatoire ou de courte durée	1 954.64	1 157.21	-5.3%	65.32
Sans acte classant légère	3 404.90	7 398.07	-0.3%	19.95
Sans acte classant lourde	824.95	4 884.85	2.3%	108.40
Sans acte classant	6 184.48	13 440.12	0.2%	23.13
Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	115.61	58.41	-11.4%	7.51
Obstétrique légère	704.26	1 572.68	0.5%	7.50
Obstétrique lourde	25.21	95.80	9.2%	8.05
Obstétrique	845.08	1 726.89	0.5%	8.04
Néonatalogie légère	623.57	758.87	-1.3%	10.13
Néonatalogie lourde	9.85	60.43	10.9%	5.96
Néonatalogie	633.41	819.31	-0.5%	4.17
Séances	3 613.60	1 399.99	3.2%	43.72
Décès	27.28	30.38	12.4%	3.36

Sur le secteur ex DG, les séjours de chirurgie sont dans l'ensemble correctement financés, le sous financement de 3,4% de la chirurgie avec sévérité légère étant compensé par le sur financement de 4,9% de la chirurgie avec sévérité lourde. Le sous financement de la sévérité légère s'explique en partie par des mesures de campagne (convergence ciblée, mise en place du tarif unique). De même, le sur financement de 5% des prises en charge en ambulatoire s'explique également par les mesures de campagne et notamment celles de la campagne 2012 (extension du tarif unique, rapprochement tarifaire du niveau J vers le niveau 1).

L'ensemble des autres activités sont globalement correctement financées, à l'exception des techniques peu invasives (-4,6%) et notamment en ce qui concerne les prises en charge en ambulatoire (-10,5%) :

- ✓ GHM 06K04J : Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie sous financée de 7,8% et représentant 184 mille séjours.
- ✓ GHM 03K02J : Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires sous financées de 25,4% et représentant 53 mille séjours.

Pour ces activités, les séjours relevant de sévérités lourdes sont globalement en situation de sur financement, au détriment des séjours de courte durée ou des séjours relevant de sévérités légères.

Les séances sont en situation de gain, notamment en raison du sur financement des séances pour chimiothérapie et des séances d'hémodialyse (cf. supra).

Tableau 3 : Résultats par catégories d'activités, secteur ex OQN

Catégorie d'activité de soins	Effectif national 2011 (en Milliers)	Valorisation des tarifs en M€	Ecart (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart (en M€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
01 Chirurgie ambulatoire ou de courte durée	1 485.05	951.00	11.2%	96.09
02 Chirurgie avec sévérité légère	1 518.54	2 654.37	-2.4%	63.88
03 Chirurgie avec sévérité lourde	73.33	377.26	0.7%	2.47
04 Chirurgie	3 076.93	3 982.62	0.9%	34.68
05 Techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée	1 185.70	460.33	-2.8%	13.21
06 Techniques peu invasives légère	636.75	488.35	1.7%	7.99
07 Techniques peu invasives lourde	3.49	12.99	10.0%	1.18
08 Techniques peu invasives	1 825.94	961.67	-0.4%	4.04
09 Sans acte classant ambulatoire ou de courte durée	283.80	84.69	-22.1%	24.00
10 Sans acte classant légère	515.62	599.71	-16.3%	116.71
11 Sans acte classant lourde	55.85	125.46	-20.1%	31.62
12 Sans acte classant	855.27	809.86	-17.5%	172.33
13 Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	36.92	8.10	-10.6%	0.96
14 Obstétrique légère	260.98	361.30	-6.7%	25.83
15 Obstétrique lourde	3.60	8.33	1.2%	0.10
16 Obstétrique	301.51	377.73	-6.6%	26.69
18 Néonatalogie légère	228.55	166.92	1.6%	2.67
19 Néonatalogie lourde	0.49	0.46	-3.1%	0.01
20 Néonatalogie	229.04	167.38	1.6%	2.65
21 Séances	2 545.73	745.98	28.5%	165.51
22 Décès	1.47	0.69	44.9%	0.21

Sur le secteur ex OQN, les séjours de chirurgie apparaissent dans l'ensemble correctement financés, le sous financement de 2,4% de la chirurgie avec sévérité légère étant compensé par le sur financement de 11,2% de la chirurgie ambulatoire. Le sous financement de la sévérité légère s'explique par la mise en place du tarif unique qui a pour conséquence directe un sur financement des prises en charge en ambulatoire et un sous financement du niveau 1.

L'ensemble de l'activité de médecine est en situation importante de sous financement (-17,5%), quel que soit les niveaux de sévérités. Toutefois cette activité représente seulement 6% de l'activité nationale. De même l'obstétrique de courte durée ou de niveau de sévérités légères est en situation de sous financement. Pour l'obstétrique, le sous financement s'explique par l'écart observé sur le GHM 14C02A (Césariennes, sans complication significative ; sous financement de -30%). L'activité de néonatalogie est quant à elle à l'équilibre. Enfin, il est observé un sur financement très important des séances (cf. supra, les séances de chimiothérapie et d'hémodialyse).

3. Analyse par niveaux de sévérités

Tableau 4 : Résultats par niveaux de sévérités, secteur ex DGF

Niveau	Effectif national 2011 (en Milliers)	Valorisation des tarifs en M€	Ecart (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart (en M€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
1	3 128.52	6 468.38	-6.9%	479.28
2	1 205.95	5 168.10	3.3%	167.13
3	820.63	5 109.50	3.4%	166.17
4	213.68	2 408.37	3.3%	76.25
A	1 086.78	1 859.31	-1.6%	30.23
B	173.67	411.53	8.2%	31.13
C	30.56	121.95	5.5%	6.32
D	5.07	23.73	8.7%	1.90
E	27.28	30.38	12.4%	3.36
J	1 111.43	1 102.23	-0.5%	5.71
T	2 046.55	1 225.98	-5.4%	70.17
Z (hors séances)	1 061.82	1 756.90	5.4%	89.40
Séances	3 613.60	1 399.99	3.2%	43.72

Sur le secteur ex DG, les GHS de niveau 1 présentent sous financement de -6,9%. Une partie de cet écart s'explique par les mesures de convergence ciblée qui ont principalement concerné des séjours de sévérité légère. De même, la mise en place du tarif unique en chirurgie entraîne une baisse du tarif de niveau 1 afin de permettre l'augmentation du niveau J, si bien que le tarif pour les séjours du niveau 1 peut être en dessous du tarif issu de coût. L'écart négatif sur le niveau A s'explique par la mesure de convergence ciblée qui a concerné les tarifs des Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif et les tarifs des césariennes.

Les autres niveaux de sévérités sont tous en situation de sur financement. Les prises en charge en ambulatoire (niveau J) sont globalement correctement financées, à l'inverse des GHS de courte durée (-5,4%).

Tableau 5 : Résultats par niveaux de sévérités, secteur ex OQN

Niveau	Effectif national 2011 (en Milliers)	Valorisation des tarifs en M€	Ecart (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart (en M€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
1	1 720.79	2 295.74	-5.6%	135.80
2	399.08	1 073.85	-3.2%	35.42
3	117.05	421.76	-6.0%	26.97
4	15.62	93.94	-1.1%	1.00
A	407.23	449.85	-4.4%	20.72
B	59.10	59.54	-3.7%	2.27
C	4.09	8.79	1.0%	0.08
E	1.47	0.69	44.9%	0.21
J	2 661.54	1 394.42	6.6%	86.18
T	329.93	109.70	-20.5%	28.27
Z (hors séances)	574.25	391.67	-0.4%	1.56
Séances	2 545.73	745.98	28.5%	165.51

Sur le secteur ex OQN, les GHS de niveaux 1, 2 et 3 présentent un sous financement par rapport aux tarifs issus des coûts de l'ordre de 5%. Cet écart négatif entre les deux notions tarifaires est principalement constaté pour les séjours sans acte classant de ces niveaux de sévérité. Le niveau 4 est correctement financé.

Les GHM d'ambulatoire (+6,6%) sont bien financés. Les tarifs des séances dont apparaît un sur financement important. A l'inverse, les GHM de courte durée sont en situation de perte (-20,5%) mais représentent peu de séjours. Enfin le sous financement du niveau A s'explique par la perte observé sur le GHM 14C02A.

4. Analyse par catégories majeures de diagnostics (CMD)

Tableau 6 : Résultats par CMD, secteur ex DGF

CMD	Libellé	Effectif national 2011 (en Milliers)	Valorisation des tarifs en M€	Ecart (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart (en M€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
01	Affections du système nerveux	845.87	2 160.46	2.7%	57.81
02	Affections de l'oeil	292.86	452.46	2.6%	11.54
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	383.84	627.29	-2.9%	18.53
04	Affections de l'appareil respiratoire	760.97	2 354.34	0.4%	9.94
05	Affections de l'appareil circulatoire	1 068.19	3 166.29	-0.6%	18.21
06	Affections du tube digestif	1 098.04	2 421.07	-3.9%	97.11
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	315.28	971.20	-0.2%	1.55
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 025.18	3 114.42	-0.7%	22.30
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	423.89	929.07	0.9%	8.48
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	387.29	820.16	-3.8%	32.36
11	Affections du rein et des voies urinaires	433.34	1 003.30	-1.3%	13.11
12	Affections de l'appareil génital masculin	130.24	269.77	-6.0%	17.25
13	Affections de l'appareil génital féminin	272.39	509.68	-11.1%	63.38
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	845.08	1 726.89	0.5%	8.04
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	635.08	824.14	-0.3%	2.66
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	182.72	456.77	0.8%	3.54
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	280.16	738.35	7.0%	48.02
18	Maladies infectieuses et parasitaires	126.62	330.97	0.2%	0.66
19	Maladies et troubles mentaux	263.16	524.51	0.6%	3.24
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	202.18	267.01	-3.7%	10.27
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	185.22	294.28	-1.8%	5.26
22	Brûlures	11.70	86.78	19.3%	14.02
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	713.72	1 184.92	1.5%	17.98
25	Maladies dues à une infection par le VIH	10.59	56.14	2.9%	1.60
26	Traumatismes multiples graves	8.80	100.19	3.3%	3.22
27	Transplantations d'organes	9.53	295.90	31.1%	70.18
28	Séances	3 613.60	1 399.99	3.2%	43.72

Sur le secteur ex DG, les CMD présentant un écart entre les deux notions tarifaires le plus élevé sont :

- ✓ CMD 27 : Transplantations d'organes (+31,1%)
- ✓ CDM 22 : Brûlures (+19.3%).
- ✓ CMD 17 : Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus (+7 %)

Il convient de noter que ces CMD représentent une faible part de l'activité. De plus, cet écart s'explique par le fait que ce sont des activités dites spécifiques qui ont fait l'objet de mesures consistant à maintenir le niveau de financement depuis la mise en place de la V11.

Les deux seules CMD qui ont un sous financement relatif significatif sont la CMD 13 (Affections de l'appareil génital féminin, -11,1%) et la CMD 12 (Affections de l'appareil génital masculin, -6%). Pour la CMD 13, les tarifs de 17 GHS sur les 69 GHS de la CMD ont été impactés par les mesures de convergence ciblée en 2010 ou en 2011 (11 sur 51 GHS pour la CMD 12).

De plus, certains GHM non concernés par une mesure de convergence affichent des écarts négatifs importants, comme le GHM 13K02Z (Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie) avec une perte de 27% par rapport au tarif issu des coûts, soit un montant de 9,8M€.

Tableau 7 : Résultats par CMD, secteur ex OQN

CMD	Libellé	Effectif national 2011 (en Milliers)	Valorisation des tarifs en M€	Ecart (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart (en M€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
01	Affections du système nerveux	185.55	149.34	-6.0%	9.47
02	Affections de l'oeil	626.20	501.28	6.6%	30.89
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	553.76	287.13	-0.1%	0.16
04	Affections de l'appareil respiratoire	102.45	142.98	-13.6%	22.49
05	Affections de l'appareil circulatoire	537.20	817.13	-1.9%	16.05
06	Affections du tube digestif	1 511.00	1 038.95	-2.5%	26.99
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	114.55	169.73	-4.7%	8.32
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	875.52	1 315.89	-1.1%	14.96
09	Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	287.08	225.17	-0.9%	1.99
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	70.23	130.33	-10.5%	15.26
11	Affections du rein et des voies urinaires	229.58	257.80	-3.3%	8.72
12	Affections de l'appareil génital masculin	184.48	195.18	-0.1%	0.10
13	Affections de l'appareil génital féminin	240.85	239.43	-10.9%	29.30
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	301.51	377.73	-6.6%	26.69
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	229.04	167.38	1.6%	2.65
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	32.10	35.01	-20.3%	8.92
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	33.17	38.19	5.7%	2.06
18	Maladies infectieuses et parasitaires	5.69	8.58	-17.5%	1.82
19	Maladies et troubles mentaux	1.32	0.81	-42.6%	0.60
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	5.28	6.27	-9.2%	0.63
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	24.28	30.20	3.7%	1.08
22	Brûlures	0.18	0.02	-60.7%	0.03
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	139.13	165.41	-5.5%	9.69
28	Séances	2 545.73	745.98	28.5%	165.51

Sur le secteur ex OQN, les CMD présentant l'écart le plus élevé entre les GHS et les TIC sont les séances (+28.5%), les CMD 02 (Affections de l'œil ; +6,6%) et CMD 17 (Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus) :

- ✓ Pour la CMD 02, cet écart s'explique principalement par le GHM 02C05J⁵ (Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ; +7,5%).
- ✓ Pour la CMD 17, le GHM 17K051 (Curiéthérapies de la prostate, niveau 1) a un sur financement de +132%. Cet écart important s'explique par un problème d'affectation des charges des consommables par les établissements participants à l'ENCC. Ce résultat est donc à prendre avec beaucoup de précautions.

Les CMD présentant le sous financement moyen le plus élevé sont :

- ✓ CDM 22 : Brûlures (- 60.7%). Un seul GHM de la CMD est présent dans l'étude avec 182 séjours au niveau national.
- ✓ CMD 19 : Maladies et troubles mentaux diffus (-42.6%). trois GHM de la CMD sont présents dans l'étude avec pour chaque GHM environ 500 séjours au niveau national.

Vu le faible nombre de séjours au niveau national et donc par conséquent le faible nombre de séjours dans l'ENCC, les résultats sur ces GHM sont à prendre avec toute la précaution nécessaire.

En revanche pour les CMD suivantes, la perte semble plus significative :

- ✓ CMD 16 : Affections du sang et des organes hématopoïétiques. La perte provient de la racine 16M11 (Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans) qui regroupe 75% des séjours de la CMD et présente un sous financement de -21%.
- ✓ CMD 18 : Maladies infectieuses et parasitaires. La perte provient de la racine 18M041 (Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans) qui regroupe 50% des séjours de la CMD et présente un sous financement de -27%.
- ✓ CMD 04 : Affections de l'appareil respiratoire (-13,6%). La racine 04M05 (Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans) explique 32% du sous financement de la racine, soit environ 7M€.

⁵ Ce GHM a fait l'objet d'une baisse de tarif lors des campagnes 2011 et 2012

III. Résultats en fonction des mesures de campagne 2012

La campagne 2012 a pris en compte l'application du principe de neutralité tarifaire. Ceci signifie, non pas que les tarifs sont égaux aux coûts moyens constatés (la masse financière dédiée aux tarifs étant dépendante du respect de l'ONDAM) mais qu'ils sont fixés selon la même échelle que celle des coûts (les tarifs issus des coûts) ce qui permet de ne pas favoriser une activité au détriment d'une autre.

La campagne 2012 a donc conduit à faire converger les tarifs vers les tarifs issus des coûts sur certaines activités ciblées lors de la modulation tarifaire (convergence ciblée, GHM de la liste HT sur le secteur ex OQN). Cependant, la mise en place d'autres mesures de modulation tarifaire (la chirurgie ambulatoire) peut induire des écarts grandissant entre TIC et tarif. Ces écarts entre les deux notions tarifaires se justifient par la mise en place d'incitatifs à la prise en charge sur certaines activités via le vecteur tarifaire.

Le principe consiste dans cette partie à mesurer l'évolution de l'écart tarifs/TICS entre 2011 et 2012 en les mettant en perspective avec la construction tarifaire 2012. Il convient de rappeler que les tarifs issus des coûts 2011 ont été calculés en v11c.

1. GHM soumis à la convergence 2012

La mesure de convergence a porté sur les tarifs des GHS présentant un sur financement relatif par rapport aux tarifs issus des coûts, de l'étude précédente⁶. Sur le secteur ex DG, cette mesure a concerné les tarifs de 425 GHS classés en deux catégories :

- ✓ Groupe 1 : GHS sur-financés à plus de 5%.
- ✓ Groupe 2 : GHS afférents à des politiques publiques (cancer, soins palliatifs, activités lourdes, AVC). Cette distinction permet d'appliquer un niveau de contrainte différenciée pour ces activités.

Afin de préserver le groupe relatif aux politiques publiques, compte tenu notamment de la poursuite de certains des plans, il a été acté de limiter leur contribution à 10 % de l'ensemble de leur sur-financement. La même méthode appliquée au secteur ex OQN a abouti à la sélection de 39 GHS.

La méthode de sélection des GHM doit conduire à observer après application de la baisse tarifaire un rapprochement entre les tarifs et les TICs.

Tableau 8 : Convergence 2012, secteur ex DGF

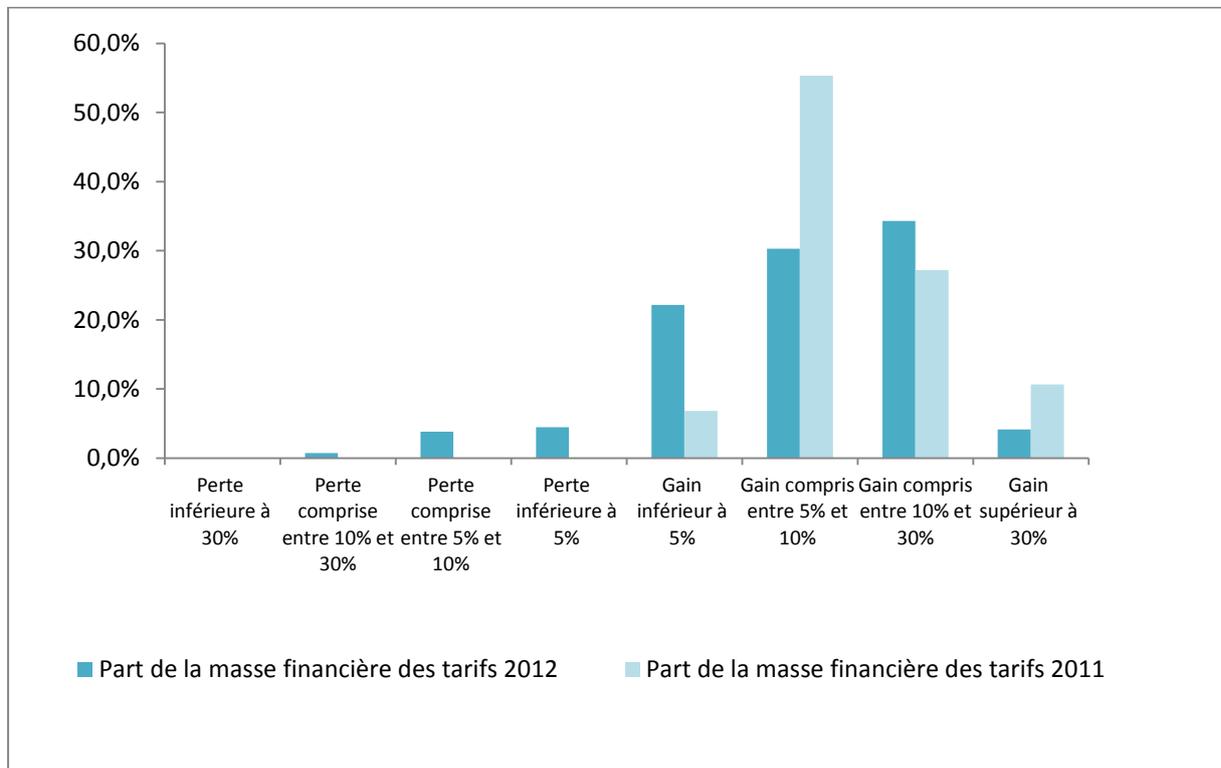
Secteur Ex-DGF	Nombre de GHM	Nombre de séjours en milliers	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Tarifs issu des coûts 2011	422 ⁷	2 313	5 139	538	11.7%
Tarifs issu des coûts 2012	422	2 313	5 011	422	9.2%
Différence 2012 2011			- 128	-116	-21%

⁶ <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0008D00014FF>

⁷ 3 GHM soumis à la convergence ne sont pas robustes dans l'étude de cette année

Les effets attendus de la mesure sont présents, la masse tarif a diminué de 128 M€ et le chemin entre le tarif et le tarif issu des coûts a été réduit de 21% sur les GHM qui étaient en situation de sur-financement lors de la campagne précédente.

Graphique 3 : Convergence 2012, secteur ex DGF



La distribution des écarts entre tarif et TIC se décale vers la gauche réduisant ainsi les situations de sur-financement. Cependant, la mise à jour du tarif issu des coûts entraîne une situation de sous-financement pour 26 GHS représentant 3% des séjours nationaux (4.4% de la masse tarifaire). Trois d'entre eux présentent une perte par rapport au tarif issu des coûts de plus de 10%, qui s'explique par une augmentation importante du TIC entre 2011 et 2012 (autour de 30%) :

- ✓ GHM 05C201 (Remplacements ou ablations chirurgicale d'électrodes ou repositionnements de boîtier de stimulation cardiaque permanente, niveau 1)
- ✓ GHM 19C021 (Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 1)
- ✓ GHM 21M151 (Rejets de greffe, niveau 1)

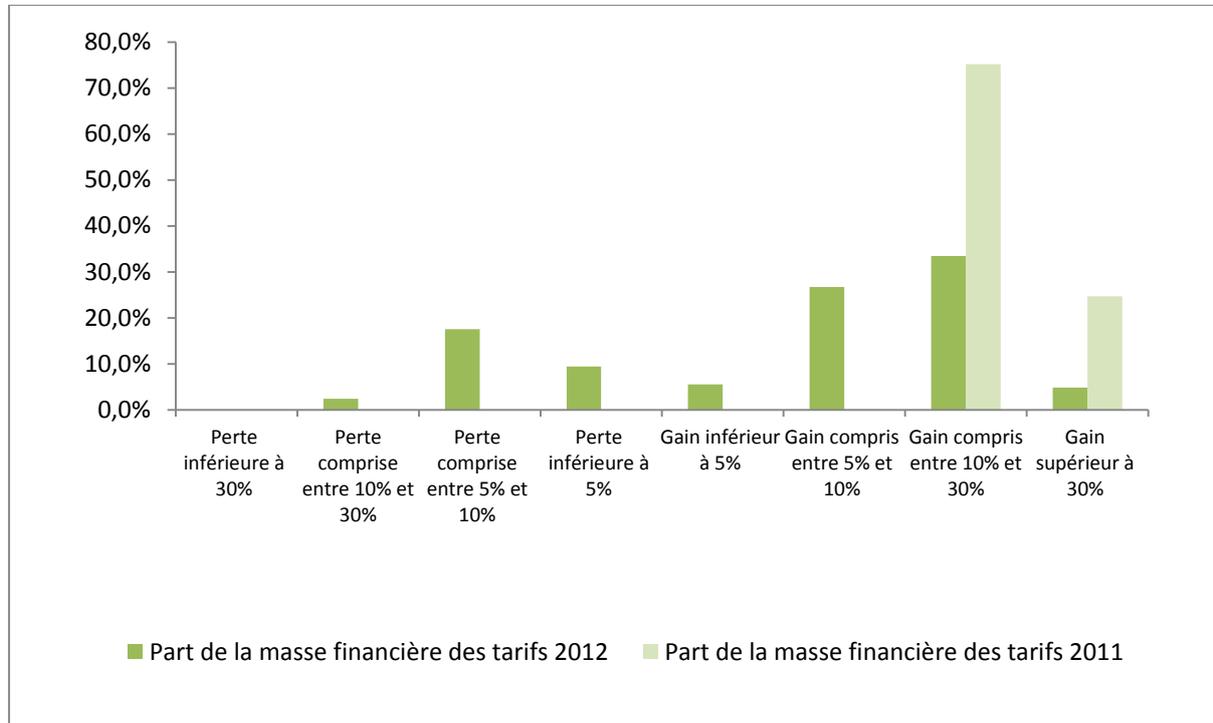
Tableau 9 : Convergence 2012, secteur ex OQN

Secteur Ex-OQN	Nombre de GHM	Nombre de séjours en milliers	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Tarifs issu des coûts 2011	36 ⁸	185	353	69	24.2%
Tarifs issu des coûts 2012	36	185	336	22	7.0%
Différence 2012 2011			- 17	- 47	-71%

⁸ 3 GHM soumis à la convergence ne sont pas robustes dans l'étude de cette année

Pour le secteur ex-OQN, les effets attendus de la mesure s'observent également, la masse tarif a diminué de 17 M€ et le chemin entre le tarif et le tarif issu des coûts a été réduit de 71%. Cette forte diminution en pourcentage est en partie liée à la forte augmentation des TIC du secteur entre 2011 et 2012.

Graphique 4 : Convergence 2012, secteur ex OQN



Pour certains GHS, la mise à jour du TIC entraîne une situation de sous-financement, notamment pour les quelques GHS ayant vu leur TIC augmenter fortement entre 2011 et 2012. Ces GHS, au nombre de 5, représentent 35% des séjours nationaux (20% de la masse), en raison notamment de la présence dans la liste du GHM 05K101 (Actes diagnostics par voie vasculaire, niveau 1).

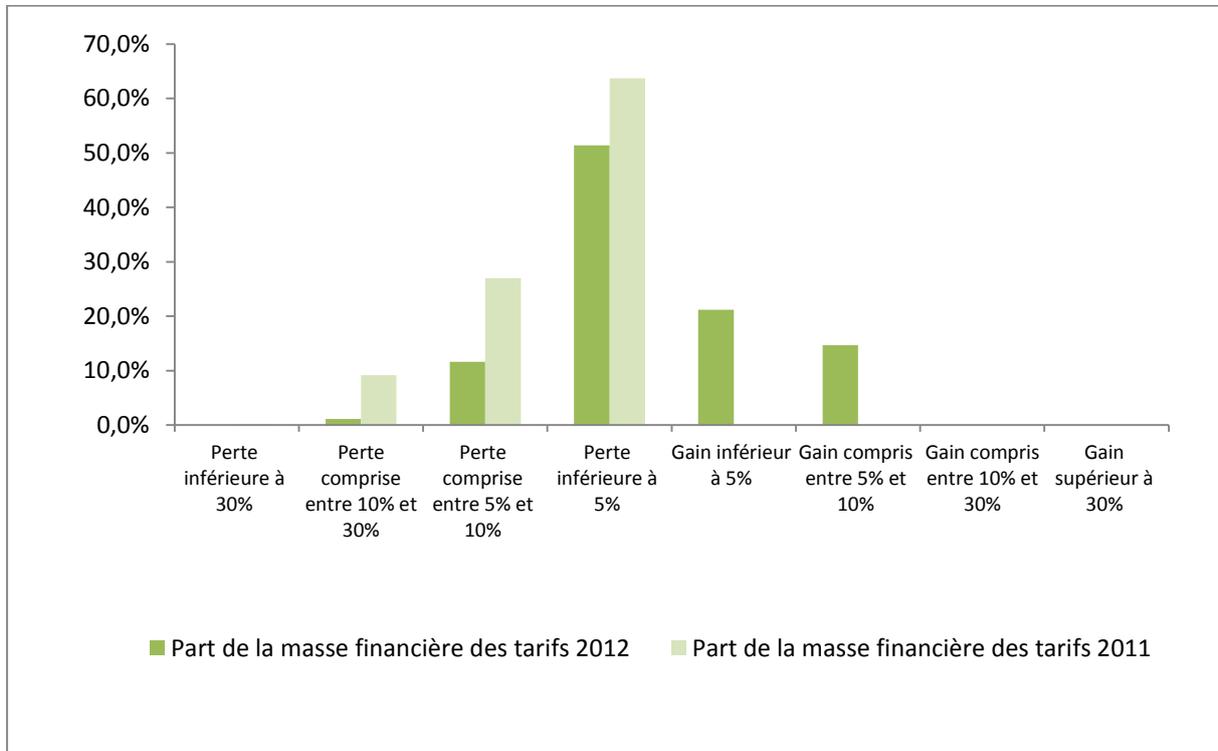
2. GHM de la liste Haute Technicité – secteur ex OQN

37 GHS ont été concernés par une augmentation de leur tarif en 2012 compte tenu de leur situation de sous financement observé au travers des TIC 2011. Sur ces GHS, la masse tarifaire augmente de 27 M€ et l'écart entre les tarifs et les TIC diminue de 73%, ce qui correspond aux effets attendus de la mesure.

Tableau 10 : Liste HT, secteur ex OQN

Secteur Ex-OQN	Nombre de GHM	Nombre de séjours en milliers	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Tarifs issu des coûts 2011	37	120	370	- 20,5	-5.3%
Tarifs issu des coûts 2012	37	120	397	- 5,5	-1.4%
Différence 2012 2011			27	15	-73%

Graphique 5 : Liste HT, secteur ex OQN



La distribution des écarts entre tarif et TIC se décale vers la droite montrant la diminution du sous financement pour ces GHM. A noter qu'étant donné l'évolution des tarifs issus des coûts, deux GHM sont désormais légèrement en situation de sur financement significatif :

- ✓ GHM 07C092 (Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 2).
- ✓ GHM 08C271 (Autres interventions sur le rachis, niveau 1).

3. Chirurgie ambulatoire

Pour l'activité de chirurgie ambulatoire, deux focus sont proposés, en fonction du type de mesure.

Le premier focus porte sur les GHM avec rapprochement tarifaire

Pour rappel, la mesure consistait en une revalorisation du niveau J par limitation de l'écart tarifaire entre le tarif du niveau 1 et le tarif du GHM en J. L'écart tarifaire a été réduit à hauteur de 25%. Cette mesure a concerné les racines pour lesquelles la DMS du niveau 1 est inférieure à 3 jours et où il y a moins de 66% d'actes communs entre les deux niveaux.

Tableau 11 : Rapprochement tarifaire, secteur ex DGF

Secteur Ex-DGF	Nombre de GHM	Nombre de séjours en milliers	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Tarifs issu des coûts 2011	18	97	94	3	3.0%
Tarifs issu des coûts 2012	18	97	123	29	30.6%

Sur les 18 GHM concernés par le rapprochement tarifaire, un seul GHM présente encore un léger sous-financement (GHM 08C39J Interventions sur l'avant-bras, en ambulatoire ; -2.9%). Le GHM présentant l'écart le plus important en montant est le GHM 09C10J (Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire) pour un montant de près de 14M€.

Tableau 12 : Rapprochement tarifaire, secteur ex OQN

Secteur Ex-OQN	Nombre de GHM	Nombre de séjours en milliers	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Tarifs issu des coûts 2011	18	199	94	1,5	1.7%
Tarifs issu des coûts 2012	18	199	133	31	30.6%

Comme pour le secteur ex-DGF, le GHM 08C39J (Interventions sur l'avant-bras, en ambulatoire) présente une perte, à hauteur de -8.4%. C'est également le même GHM 09C10J (Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire) qui affiche l'écart le plus important en termes de montant : 7.5M€.

Dans les deux secteurs, la mesure entraîne une très forte divergence du tarif par rapport au tarif issu des coûts. L'écart entre tarif et TIC passe de 2% à plus de 30%.

Le second focus porte sur les GHM à tarif unique

La mesure consistait à augmenter le nombre de racines à tarif unique en allégeant les critères de sélection des racines. Ainsi, l'unicité⁹ des tarifs entre les niveaux 1 et J a porté sur toutes les racines avec un nouveau GHM en J (9 couples) et sur les racines présentant au moins 66% d'actes communs entre le niveau 1 et J et où la DMS du niveau 1 est inférieure à 3 jour (12 couples).

Le nombre de GHM est moindre en 2011, car pour les racines avec un nouveau J, les séjours sans nuitée sont groupés dans le niveau 1 en 2011 (v11c).

Tableaux 13 et 14 : Tarif unique 2012, secteur ex DGF et secteur ex OQN

Secteur Ex-DGF	Nombre de GHM	Nombre de séjours en milliers	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Tarifs issu des coûts 2011	31	183	355	-23	-6.2%
Tarifs issu des coûts 2012	38	186	351	-34	-8.8%

Secteur Ex-OQN	Nombre de GHM	Nombre de séjours en milliers	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Tarifs issu des coûts 2011	24	202	196	- 1	-0.6%
Tarifs issu des coûts 2012	26	203	200	- 12	-5.9%

⁹ . Pour rappel, le tarif unique permet de rémunérer à la même hauteur le niveau 1 d'hospitalisation complète et les séjours pris en charge en ambulatoire (GHM en J).

Sur les deux secteurs, la mesure de campagne est relativement neutre sur la masse tarifaire entre 2011 et 2012. En revanche, l'évolution des TIC est telle que de manière globale le tarif s'est éloigné de la référence du coût. Cependant la divergence est moindre que pour le rapprochement tarifaire.

Tableaux 15 et 16 : Tarif unique 2012 (distinction entre les niveaux), secteur ex DGF et secteur ex OQN

	Secteur ex DGF	Nombre de GHM	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Création de GHM en J	Niveau 1	7 ¹⁰	112	-20	-14.9%
	Niveau J	7	10	3	37%
	Total	14	121	-17	-12.3%
GHM en J déjà existant	Niveau 1	12	151	-26	-14.7%
	Niveau J	12	78	9	13.5%
	Total	24	229	-17	-6.8%

	Secteur ex OQN	Nombre de GHM	Masse tarifaire en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en M€	Ecart (Tarif/Tarif issu des coûts) en %
Création de GHM en J	Niveau 1	2 ¹¹	26	-6	-18.7%
	Niveau J	2	2	0,7	74.6%
	Total	4	28	-5,3	-16.1%
GHM en J déjà existant	Niveau 1	11 ¹²	121	-16	-11.8%
	Niveau J	11	51	9	21.7%
	Total	22	172	-7	-3.9%

Si globalement les couples 1 et J sont en situation de sous financement, aucun GHM en J n'est en situation de sous financement. En effet c'est le niveau 1 qui est significativement sous financé (-15% sur le secteur ex DGF, entre -12% et -19% sur le secteur ex OQN).

L'analyse des résultats montre les effets attendus des mesures de campagne :

- ✓ **Rapprochement des tarifs et des TICS sur les GHM de la convergence et de la liste HT**
- ✓ **Incitation à la chirurgie ambulatoire.**

¹⁰ 2 couples ne sont pas robustes pour le secteur ex-DGF

¹¹ 7 couples ne sont pas robustes pour le secteur ex-OQN

¹² 1 couple n'est pas robuste sur le secteur ex OQN

IV. Conclusion

Cette étude mesure les distorsions entre deux échelles de tarifs : les tarifs actuels d'une part et ceux obtenus par la stricte application de la hiérarchie issue des coûts.

Elle ne permet pas d'établir une comparaison directe entre une charge et un financement, autrement dit elle ne permet pas d'évaluer un taux de marge.

Dans le secteur ex-DG, le déséquilibre entre les tarifs 2012 et les tarifs issus des coûts est plus faible que celui constaté dans le secteur ex-OQN. Cette différence s'explique par le mode de construction tarifaire au moment de la mise en place de la tarification à l'activité. En effet pour le secteur ex-DG, les données de coûts ont servi de base au calcul du tarif. Pour le secteur ex-OQN, en l'absence de données de coûts disponibles, les tarifs ont été élaborés sur la base historique des prix de journée.

L'application du principe de neutralité tarifaire lors de la campagne 2012 se vérifie dans les résultats de cette nouvelle étude, mesurant les distorsions entre l'échelle des tarifs et l'échelle respectant strictement la hiérarchie des coûts, avec une convergence entre les deux notions tarifaire. A l'inverse, l'application des incitatifs tarifaires sur la chirurgie ambulatoire fait diverger les deux notions.