



Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs

Guide méthodologique

Service : Financement et Analyse Economique

Pôle : Allocation de Ressources aux Etablissements de Santé

Juin 2016

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

Table des matières

1. Périmètre et objectif de l'étude	4
1.1 Périmètre de l'étude	4
1.2 Objectif de l'étude	4
2. Méthodologie de construction des TIC	5
2.1 Un coût complet plus proche du périmètre tarifaire	5
2.2 Calcul d'un coût pluriannuel	7
2.2.1 Méthodologie de calcul du coût pluriannuel	7
2.2.2 Ajustement statistique.....	8
2.2.3 Du coût pluriannuel à l'échelle de tarifs issus des coûts	8
3. Indicateur de fiabilité	10
3.1 Méthodologie de construction l'indicateur de fiabilité	10
3.2 Application de la méthodologie sur les TIC 2015.....	10
3.2.1 sur le secteur ex DG	10
3.2.2 sur le secteur ex OQN	11
 <u>Annexe 1</u> : Prise en compte des MERRI dans le calcul du coût moyen.....	 13
<u>Annexe 2</u> : Catégories d'activités de soins	16
<u>Annexe 3</u> : Algorithme de construction des scores de l'indicateur de fiabilité	17

Concept

Cette étude répond à un besoin identifié de comparaison des tarifs de l'arrêté (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...) et 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'ENC. 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 de ces deux notions 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 respecteraient 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 actuelle et l'échelle de tarifs issus des coûts.

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.

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 GHS par GHS ;
- les coûts utilisés pour obtenir cette échelle sont calculés à partir des données de coûts issus de l'ENC sur plusieurs années (2011/2012/2013) 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.

Le tarif issu des coûts fait consensus auprès des acteurs pour être la référence vers laquelle le tarif doit converger dans le cadre du principe de « neutralité tarifaire ». Ce consensus est cependant conditionné au calcul d'un indicateur par GHM permettant de définir le degré de fiabilité du TIC. Ainsi en 2014, l'ATIH a mis en place un groupe technique avec les représentants des fédérations hospitalières dont l'objet était d'étudier la faisabilité de la construction de cet indicateur. Les travaux issus de ce groupe technique ont permis d'élaborer une première version de l'indicateur. Ce dernier a donc été utilisé lors de la campagne tarifaire de 2016 afin de ne moduler que les activités où le degré de fiabilité est satisfaisant.

1. Périmètre et objectif de l'étude

1.1. Périmètre de l'étude

Cette étude utilise les données d'activité de l'année 2015 groupées selon la version v2016 de la classification.

Pour les GHS dont l'effectif de séjours est faible dans l'ENC, 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.

Tableau 1 : Périmètre de l'étude

	secteur ex DG		secteur ex OQN	
	GHS dont l'effectif ENC est suffisant	Part que représentent les GHS avec un effectif suffisant	GHS dont l'effectif ENC est suffisant	Part que représentent les GHS avec un effectif suffisant
Nombre de GHS	2 187	81.2%	929	35.3%
Nombre de séjours nationaux en milliers	17 975	99.7%	9 332	97.4%
Masse tarifaire (en M€)	29 958	99.2%	6 984	94.4%

L'étude porte sur 81% des GHS du secteur ex-DG. Pour le secteur ex-OQN, le périmètre est beaucoup plus restreint, l'étude ne porte que sur 35% des GHS. Il convient toutefois de noter que ces GHS sont totalement représentatifs de l'activité puisqu'ils représentent entre 94% et 99% de la masse tarifaire de chaque secteur et entre 97% et 99% des séjours.

1.2. Objectif de l'étude

Pour chaque couple GHM/GHS sont disponibles :

- ✓ les recettes obtenues par la valorisation de l'activité par les tarifs 2016
- ✓ 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.

2. Méthodologie de construction du TIC

2.1 Un coût complet plus proche du périmètre tarifaire

Le calcul du coût le plus proche possible du périmètre tarifaire nécessite de pouvoir identifier les charges 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 INCLUSE et IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUSE	Pas de difficulté : les charges sont directement exclues du coût (cf. étape 1)	Rémunération des personnels libéraux, spécialités pharmaceutiques facturables en sus...
Charge INCLUSE et NON IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUSE	Difficulté : nécessite d'utiliser une méthode basée sur l'observation de la structure du financement (cf. étape 3)	Surcoût des unités autorisées de 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-DG
- 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'ENC 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 2016, les coûts sont observés sur les années 2011 à 2013 alors que les tarifs auxquels ils sont ajustés sont les tarifs 2016. Entre 2011 et 2016, 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'ENC 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 2011, les médicaments et DMI identifiés dans les charges en sus sont ceux de la liste en sus 2011. 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 est nécessaire de se baser sur la liste en sus correspondante, à savoir la liste en sus 2016. Il convient donc de réintégrer dans le coût, pour chaque année, les charges de médicaments et de DMI radiés et réintégrés dans les tarifs entre l'année de recueil et 2016.

Ainsi, les charges de médicaments et de DMI radiés et réintégrés **avant 2016** sont réintégrées au **dernier prix d'achat observé dans chaque établissement**.

Pour prendre en compte la réintégration des DMI et MO de **2016**, les coûts sont calculés en prenant le taux de réintégration par GHS utilisé lors de la construction des tarifs.

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

Cette opération permet de construire les coûts des différentes années de recueil selon le même périmètre de charges des médicaments et DMI facturables en sus, périmètre identique à celui des tarifs de 2016.

Etape 3 : Déduction des suppléments journaliers

La déduction des suppléments journaliers 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 la valorisation GHS, ce sont les tarifs GHS auxquels la PDSH² et la précarité sont réintégrées³ (puisque ces charges font partie des coûts) et les tarifs de suppléments qui sont utilisés. Les suppléments antepartum observés sur les séjours de la CMD 14 sont également pris en compte.

Les coûts étant calés sur la base nationale de l'année de recueil (par exemple, les coûts 2012 sont calés sur le case-mix national 2012), 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.

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.

2.2 Calcul d'un coût pluriannuel

2.2.1 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. 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.

L'échelle des tarifs issus des coûts se base donc sur plusieurs années de recueil des données ENC. Les coûts sont issus de 3 années de coût, pour les deux secteurs : 2011, 2012 et 2013. Les étapes décrites dans la partie précédente 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 2013 pour qu'ils soient comparables au coût 2013. Pour cela, un taux d'actualisation est calculé par agrégation d'activité (ces agrégations sont détaillées en annexe 2) entre chacune des années. Les coûts antérieurs au coût 2013 sont donc actualisés en fonction de ces taux.

Afin de déterminer les années à utiliser pour le calcul du coût du GHM, les éléments suivants sont pris en compte :

- La valeur du coût d'une année est considérée imprécise si son ERE⁴ 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 est 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 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 2013 est isolé. Lorsque le coût 2013 est très différent des coûts 2011 et 2012, celui-ci n'est pas retenu. Or dans certains cas, il est pris en compte spécifiquement, quand la durée moyenne de séjour (DMS) suit

⁴ ERE : Erreur Relative d'Echantillonnage ou coefficient de variation

la même tendance que le coût. Dans ce cas, le coût 2013 traduit l'évolution des prises en charges et par conséquent il est le seul point retenu pour le calcul de l'échelle de coûts pluriannuels.

2.2.2 Ajustement 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) et par année sur les séjours des établissements ayant un suivi au séjour des consommables. Ainsi, pour l'année 2013, le coût moyen de consommables obtenu est de 3 102€ (2 668€ pour 2012 et 3 175€ pour 2011) pour la racine 05K19 et de 1 055€ (892€ pour 2012 et 1 253€ pour 2011) 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 hiérarchisation⁵ 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 disponible) entre les niveaux de sévérité, pour chaque sous-CMD⁶.

2.2.3 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 INCLUDE et NON IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUDE	n'est possible qu'en pratiquant un ajustement à la masse tarifaire.	PDSH et Précarité
Charge NON INCLUDE	Charge PARTIELLEMENT INCLUDE	n'est possible qu'en pratiquant un ajustement à la masse tarifaire.	Structure (financier et immobilier)

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, ont 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-DG et ex-OQN.
- La création de la MIG « Financement des études médicales » avec transfert du financement via les tarifs GHS lors de différents exercices sur le secteur ex DG :
 - o Campagne 2011 pour le financement de la rémunération des internes

⁵ Le respect de la hiérarchisation est vérifié sur le coût complet

⁶ Sous-CMD : 3 premiers caractères du GHM

- Campagne 2016 pour le financement des étudiants en médecine. Ce transfert est lissé sur plusieurs exercices et se poursuivra donc lors de la campagne 2017

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

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 (TIC) 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 GHS dont le coût a été jugé « robuste » (à savoir présentant au moins 30 séjours pour au moins une année de recueil).

Ajustements des tarifs

Deux mesures tarifaires, mises en place lors de la campagne tarifaire 2015, sont neutralisées dans les tarifs utilisés pour la comparaison des TIC et des tarifs :

- mesure de sensibilisation à la prescription des produits de la liste en sus
- dégressivité tarifaire.

Les tarifs issus des coûts ne prenant pas en compte ces effets, les tarifs 2016 sont modifiés afin de ne pas introduire de distorsion entre le tarif et le TIC qui serait mécaniquement liée à ces deux mesures de campagne.

Mesure de sensibilisation à la prescription des produits de la liste en sus :

Lors de la campagne tarifaire 2015, les tarifs des GHM de séances de chimiothérapie (28Z07Z et 28Z17Z) ont été rehaussés afin de prendre en compte l'économie générée par la mesure de sensibilisation à la prescription des produits de la liste en sus.

Les tarifs 2016 utilisés dans cette étude sont ajustés afin de neutraliser cette mesure (utilisation du taux d'évolution appliqué en campagne 2015).

Dégressivité tarifaire :

Lors de la campagne tarifaire 2015, les tarifs des racines concernées par la dégressivité tarifaire ont été rehaussés afin de prendre en compte l'économie générée par la mesure.

Ainsi, les tarifs 2016 utilisés dans cette étude pour ces racines sont ajustés afin de neutraliser cette mesure (utilisation du taux d'évolution appliqué en campagne 2015).

3. Indicateur de fiabilité du TIC

3.1 Méthodologie de construction de l'indicateur de fiabilité

L'indicateur de fiabilité correspond à l'attribution d'un score pour chaque GHM : bon, correct, faible ou mauvais.

Cet indicateur est basé sur 3 axes, chacun caractérisant une lecture spécifique du degré de fiabilité du TIC :

- **Echantillon :**

Cet axe est relatif à la qualité de l'échantillon, objectivée par les indicateurs suivants : nombre de séjours, nombre d'établissements, taux de sondage et précision de l'estimation. 4 scores sont possibles : bon, correct, faible ou mauvais.

- **Méthodologie :**

Cet axe permet de prendre en compte le respect de la méthodologie ENC, via notamment la problématique de l'affectation des consommables. Les scores possibles sont : bon, correct, mauvais ou non concerné.

- **Evolution des pratiques :**

Cet axe permet d'anticiper les évolutions de pratique qui ne peuvent être captées dans l'ENC, du fait du décalage temporel (dernière année de coût disponible : 2013). Deux valeurs sont possibles : bon ou mauvais.

Une fois le score de chaque axe défini selon les algorithmes disponibles en annexe 3, le score final (indicateur de fiabilité) peut être déduit. Ce score final se base dans un premier temps sur le score de l'axe 1 puis est dans un deuxième temps minoré en fonction des axes 2 et 3. Par exemple, si le score de l'axe 1 est correct et que les axes 2 et 3 sont bons, l'indicateur de fiabilité sera correct. A l'inverse, si le score de l'axe 1 est bon, et que les axes 2 et 3 sont corrects, l'indicateur final prendra la valeur faible.

3.2 Application de la méthodologie sur les TIC 2016

3.2.1 ... sur le secteur ex DG

Pour le secteur ex-DG, l'indicateur de fiabilité a été calculé sur les 2 187 GHS pour lesquels un TIC est disponible. Le tableau suivant présente la répartition des GHS selon le score de l'indicateur de fiabilité.

Tableau 2 : Indicateur de fiabilité, secteur ex DG

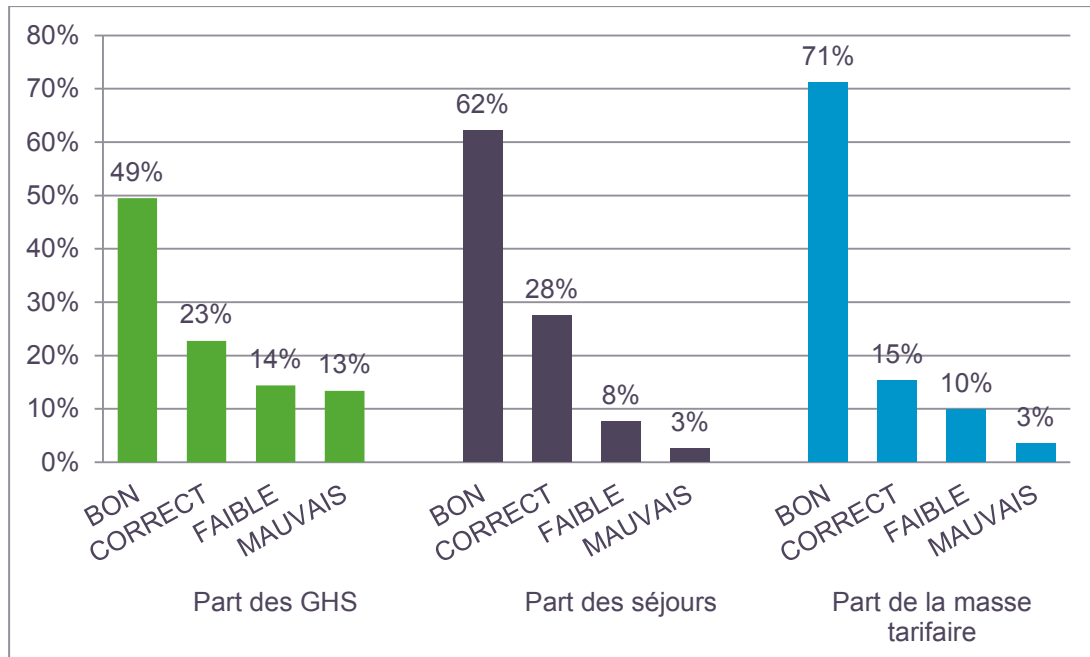
Indicateur de fiabilité	Nombre de GHS	Effectif national 2015 (en milliers)	Masse tarifaire (en M€)
BON	1 082	11 189	21 320.8
CORRECT	497	4 954	4 612.6
FAIBLE	315	1 368	2 977.8
MAUVAIS	293	465	1 046.4
TOTAL	2 187	17 975	29 957.6

La moitié des GHS ont un indicateur bon, ce qui représente plus de 60% des séjours nationaux et plus de 70% de la masse tarifaire.

A l'inverse, les GHS pour lesquels le score est mauvais représentent 13% des GHS mais seulement 3% des séjours nationaux et de la masse tarifaire.

Ainsi, les TIC bon ou corrects représentent plus de 80% de la masse tarifaire de ce secteur.

Graphique 1 : Indicateur de fiabilité, secteur ex DG



3.2.2 ... sur le secteur ex OQN

Sur le secteur ex-OQN, les 929 GHS pour lesquels un TIC est disponible représentent seulement 35% des GHS du secteur, mais 94% de la masse tarifaire et 97% des séjours.

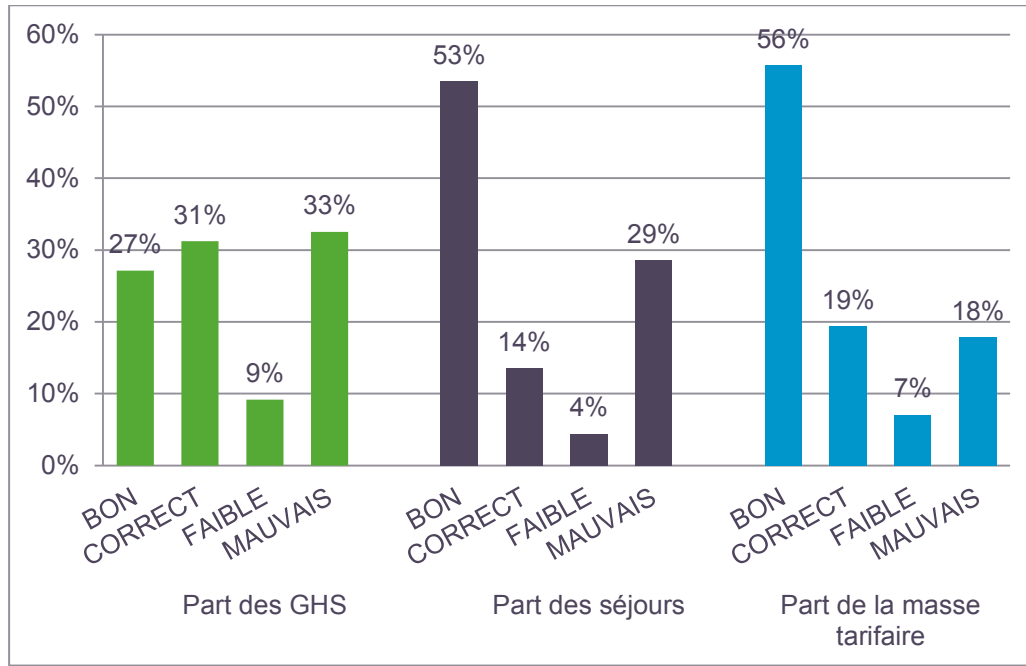
Tableau 3 : Indicateur de fiabilité, secteur ex OQN

Indicateur de fiabilité	Nombre de GHS	Effectif national 2015 (en milliers)	Masse tarifaire (en M€)
BON	252	4 992	3 888.3
CORRECT	290	1 262	1 355.4
FAIBLE	85	411	493.4
MAUVAIS	302	2 667	1 247.1
TOTAL	929	9 332	6 984.2

Plus de la moitié des GHS ont un TIC bon ou correct, ce qui représente plus de 65% des séjours et 75% de la masse tarifaire.

Plus du tiers des GHS ont un indicateur mauvais, soit 29% des séjours et 18% de la masse tarifaire.

Graphique 2 : Indicateur de fiabilité, secteur ex OQN



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 bruts⁷ 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, dans les données de coûts 2011 et 2012, 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).

Le taux d'abattement MERRI utilisé dans les données de coûts 2013, est le suivant :

Taux d'abattement MERRI = MERRI hors part variable (A01+B01) / (Recettes d'assurance maladie de l'activité des séjours [y compris en HAD] et des actes et consultations externes + MIG financement recours exceptionnel + MIG Précarité + MIG PDSH + MIG internes).

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)⁸. 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.

A partir du 1^{er} mars 2012, la MIG PDSH n'est plus suivie dans ARBUST car elle est allouée via des crédits FIR. Les établissements bénéficiant de financements MERRI ont été interrogés et ont transmis les montants de PDSH issus du FIR pour la période du 1^{er} mars au 31 décembre 2012. Ces montants ont été ajoutés aux deux premiers mois de 2012 connus via l'outil ARBUST.

⁷ 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).

⁸ 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.

Pour 2013, la MIG Financement des activités de recours exceptionnel est prise en compte au dénominateur, car elle fait partie des ressources non déduites des coûts à ce stade.

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

<i>MERRI hors part variable (source ARBUST)</i>	(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 pour 2010 et 2011 – source établissement pour 2012)	(e)
MIG Internes (source ARBUST) (pour 2013)	(f)
MIG activité de recours exceptionnel (source ARBUST) (pour 2013)	(g)
	(2) = (a)+(b) +(c) + (d) +(e)
<i>Total recettes</i>	<i>+(f) + (g)</i>
Taux d'abattement des MERRI pour l'ENC 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'ENC :

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

En effet, le coût brut, qui contient toutes les charges, y compris celles financées par les MERRI*, peut s'écrire⁹ :

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

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

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

⁹ En supposant que les charges associées à l'enveloppe MERRI (hors part variable) puissent être isolées.

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 :

Coût brut = Coût hors MERRI* * (1 + taux d'abattement MERRI), d'où :

Coût hors MERRI* = Coût brut / (1+ taux d'abattement MERRI).

Annexe 2 : Catégories d'activités de soins

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

- 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
- décès
- séances de radiothérapie
- séances de dialyse
- séances de chimiothérapie
- autres séances

Pour le secteur ex-OQN, les taux d'actualisation sont calculés selon les catégories d'activités de soins agrégées (chirurgie, séances, ...).

Annexe 3 : Algorithme de construction des scores de l'indicateur de fiabilité

I. Axe 1 : Echantillon

Le score de l'axe 1 est défini à partir des variables suivantes :

- **Nombre de séjours**
- **Nombre d'établissements produisant au moins 80% des séjours du GHS**
- **Taux de sondage** : correspond au nombre de séjours ENC sur l'ensemble des séjours nationaux de l'année étudiée.
- **Précision** : correspond à la valeur de l'Erreur Relative d'Echantillonnage (**ERE**). Plus la valeur est élevée, et plus l'intervalle de confiance dans lequel se situe le coût moyen est large.

Pour ces variables, une valeur moyenne est calculée en prenant les années conservées pour le calcul du coût pluriannuel. Par exemple, si le coût pluriannuel est calculé à partir des points 2010 et 2011, l'indicateur « nombre de séjours » correspondra à la moyenne du nombre de séjours 2010 et 2011.

4 scores définis pour cet axe : Bon, Correct, Faible, Mauvais

Le score de cet axe est construit selon cet algorithme :

- **SCORE BON**
 - o Si le Nombre de séjours ≥ 100 et Nombre d'établissements ≥ 5 et Précision $< 10\%$
 - o Si le Nombre de séjours < 100 et taux de sondage $\geq 80\%$
- **SCORE MAUVAIS**
 - o Si le nombre de séjours < 100 et taux de sondage $< 60\%$ et [Précision $\geq 10\%$ OU Nombre d'établissements < 5]
- **SCORE CORRECT**
 - o Si le Nombre de séjours < 100 et taux de sondage entre 60% et 80% et précision $< 10\%$
 - o Si le Nombre de séjours ≥ 100 et Nombre d'établissements entre 3 et 5 et Précision $< 10\%$
- **SCORE FAIBLE**
 - o Si le nombre de séjours ≥ 100 et précision $\geq 20\%$

Les autres GHS ont un **SCORE CORRECT**.

Pour les GHS avec un score **BON** ou **CORRECT**, il est vérifié si une distorsion sur les variables de calage est observée entre l'ENC et la base nationale, sans que le calage ne la corrige. Ainsi lorsque c'est le cas, le score du GHS est dégradé (passe de **BON** à **CORRECT** ou de **CORRECT** à **FAIBLE**).

II. Axe 2 : Méthodologie

Pour cet axe, deux approches sont mises en œuvre, selon que le GHS ait été ou non repéré par les fédérations comme étant concerné par la problématique des consommables.

Pour les GHS repérés par la problématique des consommables, un montant moyen de consommables peut également être précisé, afin que l'Agence puisse calculer une part théorique (montant du consommable repéré / coût complet).

Ainsi, pour les GHS repérés par les fédérations :

- Si la part de consommables observé dans l'ENC correspond à la part théorique, le score est **BON**
- Sinon :
 - o Si un retraitement est possible : **SCORE CORRECT**
 - o Si aucun retraitement n'est possible : **SCORE MAUVAIS**

Pour les autres GHS :

- Si la part de consommable dans le coût moyen est inférieure à 10%, le score est **BON**
- Si la part de consommables est supérieure > 10%
 - o si le taux de suivi > 30%, le score est **BON**
 - o si le taux de suivi est compris entre 15% et 30%
 - si le coefficient de variation du montant de consommables < 50%, le score est **BON**
 - sinon le score est **CORRECT**
 - o si le taux de suivi est inférieur à 15%
 - si le coefficient de variation du montant de consommables < 50%, le score est **CORRECT**
 - sinon le score est **MAUVAIS**.

III. Axe 3 : Evolution des pratiques

Le score de l'axe 3 dépend des activités repérées par la veille médicale organisée par les fédérations.

Ainsi, si le GHS est repéré par les fédérations, le score de celui-ci est **MAUVAIS**, puisque le coût estimé dans l'ENC ne prend pas en compte l'évolution des pratiques.

Un traitement spécifique est prévu dans le cas où le point de la dernière année est considéré comme isolé dans le tendancier. Ainsi, si l'évolution des DMS justifie l'évolution des coûts, le score est **CORRECT** (prise en compte de l'évolution des pratiques mais fragilité de l'estimation qui repose sur une seule année).

Dans tous les autres cas, le score de l'axe 3 est **BON**.

IV. Cas particuliers

Quelques cas particuliers nécessitent un traitement spécifique :

- dans le cas où la valeur du TIC a été hiérarchisée, l'indicateur de fiabilité final devient « MAUVAIS »
- dans le cas des GHM de séances de dialyse (28Z01Z, 28Z02Z, 28Z03Z et 28Z04Z), l'indicateur de fiabilité final devient « CORRECT » sauf quand le score de l'axe 1 est faible ou mauvais, auquel cas l'indicateur final prend la valeur de l'axe 1.
- le score final est également minoré lorsque le TIC est calculé sur une seule année de coûts (hors points de la dernière année isolés).