

Les enjeux de la construction des tarifs issus des coûts

**Club des Médecins DIM
FHP-MCO**

2 avril 2015

Introduction

- Année 2012 marquée par un questionnement sur le modèle de financement des établissements de santé
 - Rapport IGAS : « *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux* »
 - Rapport de la MECCS : « *Sur le financement des établissements de santé* »
- ➔ **Apparition de la notion de « tarif neutre » et donc du principe de neutralité tarifaire**

Ce principe repose sur une hiérarchie des tarifs qui, selon l'IGAS, « doit respecter la hiérarchie des coûts pour garantir une allocation neutre des ressources entre activités. »

Introduction

- Rapports remettent les données de coûts au cœur du dispositif de financement des établissements de santé
- **Outil support** pour le financement, à différents niveaux :
 - la classification
 - la tarification
 - la réflexion sur les évolutions du modèle de financement
- Pour mémoire: 2006, année de la mise en place de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune aux 2 secteurs (ENCC)
 - forte amélioration de la connaissance des coûts des prises en charge hospitalières MCO

Plan de la présentation

- I. Des données de coûts aux tarifs issus des coûts : le TIC
- II. Construction d'un indicateur de fiabilité
- III. Utilisation du TIC en campagne tarifaire
- IV. Perspectives

I. Des données de coûts aux tarifs issus des coûts : le TIC

Les coûts et les tarifs ne sont pas comparables directement

- Le financement est global pour l'ensemble de l'établissement et non pas pour des sous entités
- Existence de plusieurs vecteurs de financement:
 - Dotations non liées à l'activité
 - Forfaits annuels liés à l'activité antérieure
 - Financements liés directement à l'activité de l'année : séjours, actes, journées
 - Financement aux séjours : GHS et suppléments
- Le champ MCO a la plus grande palette de modalités de financement

Les coûts et les tarifs ne sont pas comparables directement

Besoin de comparer les tarifs des GHS aux coûts issus de l'ENC.

Or, ces **deux notions** ne se comparent pas directement :

- Le coût complet comprend certaines charges n'ayant pas pour vecteur de financement le tarif du GHS
 - Honoraires des médecins libéraux
 - Molécules et dispositifs médicaux onéreux
 - Suppléments journaliers
 - Permanence des soins et précarité
 - Etc.
- Le tarif finance des charges non identifiables dans les coûts
 - Charges immobilières et financières

Identification des charges dans les coûts pas toujours possible

➔ **Impossible d'estimer un coût sur le même périmètre que celui des tarifs**

Les coûts et les tarifs ne sont pas comparables directement

- Introduction d'un **raisonnement basé sur la comparaison de deux échelles**
- *Principe* : fixer les tarifs selon l'échelle des coûts, le périmètre de ces derniers ayant été préalablement rapproché le plus possible de celui des tarifs
- Introduction du « **tarif issu des coûts** » (TIC)
 - ➔ Le TIC est le tarif correspondant strictement à la hiérarchie des coûts

- MACCT : « *Méthode alternative de comparaison des coûts et des tarifs* »
 - Méthode développée par l'agence afin de répondre à la demande forte des acteurs
 - Permet pour chaque GHM de comparer le tarif au « **tarif issu des coûts** » (TIC)
 - Le TIC étant le tarif correspondant strictement à la hiérarchie des coûts
- **Publication sur le site de l'agence depuis 2012**
- <http://www.atih.sante.fr/comparaisons-des-couts-et-des-tarifs>

Détail de la construction des TIC

Méthodologie en 3 Etapes

- Méthodologie en 3 étapes :
 - Etape 1 : Estimer des coûts dont le périmètre est le plus proche possible de celui des tarifs
 - ➔ **Ajustement au champ tarifaire**
 - Etape 2 : Construction d'une échelle des coûts pluriannuelle
 - ➔ **Renforcement de la mesure de l'estimation**
 - Etape 2 : Ajustement de l'échelle des coûts à la masse tarifaire
 - ➔ **L'échelle de coûts distribue la même masse que l'échelle tarifaire**

Détail de la construction des TIC

Etape 1

- Exclusion des coûts de toutes les charges « **identifiables** » et non financées par le tarif :
 - Les suppléments journaliers
 - Les honoraires
 - Médicaments et DMI de la liste en SUS

Coût complet



**Coût au champ tarifaire
autant que possible**

Détail de la construction des TIC

Etape 2

- Construction d'une échelle de coûts pluriannuelle
 - Malgré le redressement des données, l'estimation du coût est sensible à la composition de chaque échantillon
 - ➔ **Estimer les coûts en optimisant l'utilisation des données de coûts**
 - La méthode de sélection des années de coûts est fondée sur deux indicateurs
 - La précision de l'estimation (mesurée par le coefficient de variation) : variabilité plus ou moins importante du coût mesuré.
 - La cohérence relative de la mesure des coûts sur les années étudiées : détection des valeurs de coûts atypiques.

Détail de la construction des TIC

Etape 2

- Construction d'une échelle de coûts pluriannuelle
 - Les coûts sont déterminés au maximum sur les 3 dernières années disponibles
 - Pour la campagne tarifaire de 2015 : Référentiels 2010-2011-2012
 - Le cas le plus fréquent est la sélection des 3 années pour estimer les coûts

**Coût au champ tarifaire
autant que possible**

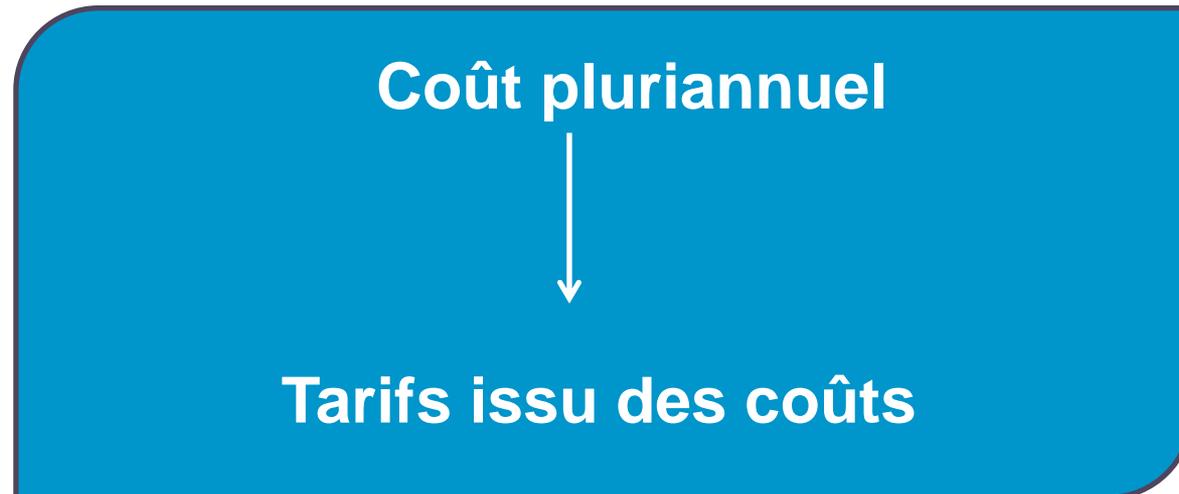


Coût pluriannuel

Détail de la construction des TIC

Etape 3

- Ajustement de l'échelle des coûts à la masse tarif
 - Afin de prendre en compte les différences de périmètre non identifiables dans les coûts
 - Dès que l'échelle de coûts est ajustée à la masse tarif, on passe d'une notion de « coûts » à une notion de « tarifs »
- ➔ **Taris issus des coûts : Tarifs qui respectent strictement la hiérarchie des coûts**



Les TIC du secteur ex OQN

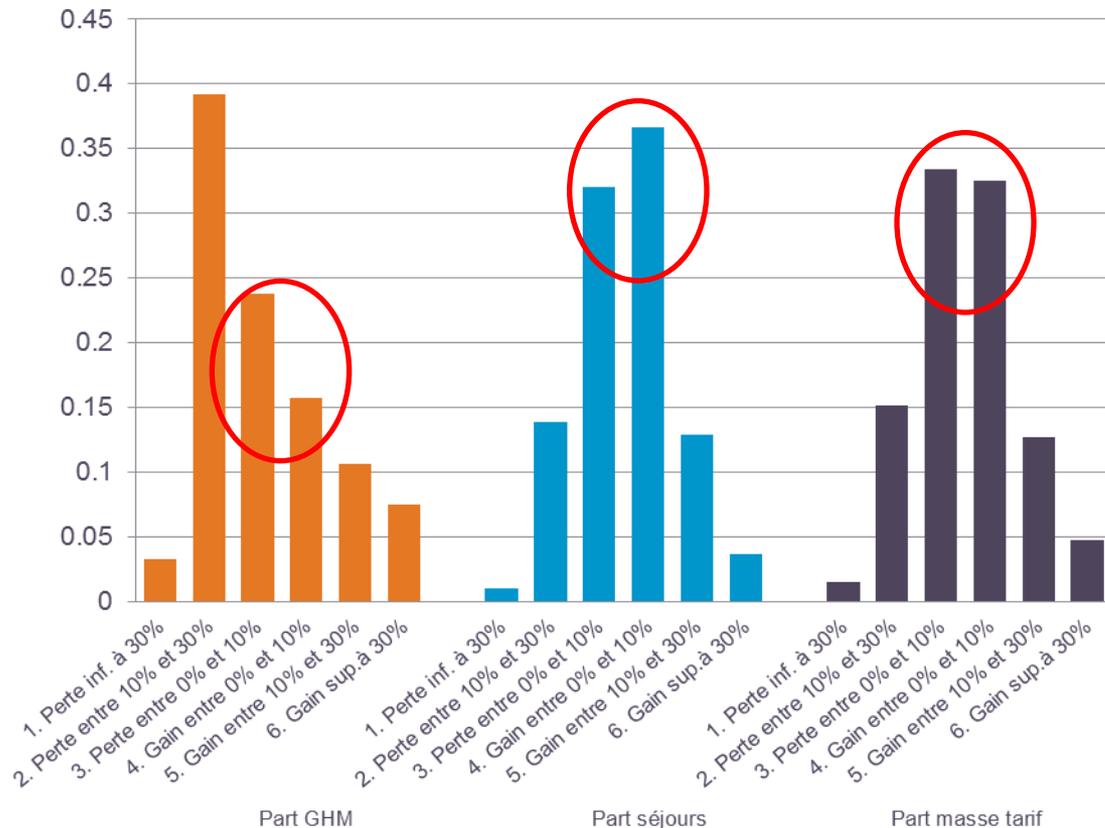
- Le TIC est calculé pour les GHM dont le coût est jugé comme « robuste » :
 - Au minimum au moins 30 séjours dans l'ENC

	secteur ex OQN	
	GHM dont l'effectif ENC est suffisant	Part des GHM dont l'effectif ENC est suffisant
Nombre de GHM	858	32.2%
Nombre de séjours nationaux en milliers	9 021	93.6%
Masse tarifaire (en M€)	7 041	92.1%

Les calculs sont possibles sur 32% des GHM mais qui représentent 92% de la masse tarifaire du secteur ex OQN

Les TIC du secteur ex OQN

● Secteur ex OQN



○ Tube : écart compris entre -10% et +10%

○ 40% des GHS dans le tube → 70% des séjours et 65% de la masse tarif

○ 11% des GHS sont extrêmes → 5% des séjours et 6% de la masse tarif

Les TIC du secteur ex OQN

- Les distorsions entre le tarif et le TIC s'expliquent principalement pour deux raisons
- Les politiques publiques
 - La politique incitative à la chirurgie ambulatoire (**le tarif unique**)
 - La désincitation aux césariennes sans complications
 - Les activités protégés (Cancer par exemple)
 - ...
- La construction historique des tarifs
 - Basé sur les tarifs journaliers

Les TIC du secteur ex OQN

- La comparaison peut se faire par GHM mais aussi par un niveau de regroupement plus large

CAS	Nombre de séjours (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	1 597.0	1 051.9	7.3%	76.7
Chirurgie - sévérité légère	1 413.2	2 486.6	-1.3%	32.5
Chirurgie - sévérité lourde	69.8	369.0	1.0%	3.8
CHIRURGIE	3 080.0	3 907.5	1.2%	48.0
Sans acte classant ambulatoire ou de courte durée	278.0	95.2	-13.8%	13.2
Sans acte classant - sévérité légère	443.5	485.1	-15.6%	75.9
Sans acte classant - sévérité lourde	72.4	224.8	-5.8%	13.1
SANS ACTE CLASSANT	793.9	805.0	-12.7%	102.2
Techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée	1 220.8	497.2	-2.8%	13.8
Techniques peu invasives - sévérité légère	646.0	500.5	0.4%	2.1
Techniques peu invasives - sévérité lourde	3.2	11.9	4.0%	0.5
TECHNIQUES PEU INVASIVES	1 869.9	1 009.6	-1.1%	11.2
Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	35.6	8.8	-2.7%	0.2
Obstétrique - sévérité légère	241.4	332.8	-13.9%	46.4
Obstétrique - sévérité lourde	3.6	8.9	-6.0%	0.5
OBSTETRIQUE	213.7	160.9	0.8%	1.3
NEONATOLOGIE	18.2	10.6	-16.3%	1.7
SEANCE	2 767.2	824.3	13.5%	111.1
DECES	1.9	0.7	32.5%	0.2

- Exemple : La chirurgie

Elle est dans l'ensemble correctement financée (+1,2%) avec un sur financement de l'ambulatoire (+7,3%) et un sous financement de l'HC (-1%)

II. Construction d'un indicateur de fiabilité

Indicateur de fiabilité

Contexte



- Consensus sur la référence : **le Tarif Issu des coûts (TIC)**
 - Sous réserve de travaux permettant d'élaborer une grille de lecture sur la fiabilité des TIC
 - Critiques sur la mesure du TIC par les acteurs sur certaines activités
 - Mise en place par l'ATIH d'un groupe technique sur la fiabilité des TIC
 - Définir des axes de lecture
 - Etudier la faisabilité d'un indicateur composite
 - Identifier les activités où la mesure du TIC reste à consolider
- ➔ **Trois sessions de travail avec le GT**

Quels axes ?

- Plusieurs indicateurs peuvent être mobilisés.
- Sur plusieurs thématiques :
 - **Faiblesse de l'échantillon**
 - **La méthodologie ENC**
 - Respect des consignes de la part des établissements
 - Problèmes liés à la méthodologie de l'ENC
 - **Tendance** et évolution des pratiques

Définition des axes

- **Axe 1 : Echantillon**

- Nombre de séjours
- Nombre d'établissements
- Précision de l'estimation (ERE)
- Taux de sondage



**Indicateurs
Objectivables via
l'ENC**

Définition des axes

- **Axe 2 : Méthodologie – Affectation des consommables**

➔ La part importante dans l'ENC de « non affectation des consommables au séjour » implique une veille à dire d'experts afin de repérer des activités non identifiables via les données de l'ENC

- Activités identifiées par les experts du GT
 - Radio fréquence hépatique : 07K06 (radiofréquence hépatique)
 - Curiethérapie : 17K06, 28Z10Z
 - Exentérations pelviennes : 13C14
 - Allogreffes et autogreffes de cellules souches : 27Z03Z 27Z02

Définition des axes

- **Axe 2 : Méthodologie**

- En complément de la veille, mise en place d'un algorithme :
 - Basé sur des données de l'ENC
 - Permet de repérer des activités potentiellement concernées par la problématique

Définition des axes

- **Axe 3 : Evolution des pratiques**

➔ Le décalage dans le temps entre la production du référentiel de coût et la campagne tarifaire implique une veille à dire d'experts afin de repérer des activités non identifiables via les données de l'ENC

- Activités identifiées par les experts du GT :
 - Mastectomies subtotaales
 - Curiethérapies en hospitalisation

Construction de l'indicateur composite

- **Construction de l'indicateur final**
 - Construction du score en fonction d'un arbre permettant de classer les GHM en fonction de la fiabilité du TIC
 - Score basé sur l'axe 1 (robustesse de l'échantillon)
 - Dégradation de ce score en fonction des axes 2 et 3
- 4 classes : bon / correct / faible / mauvais

Résultats

Indicateur de fiabilité	Nombre de GHS	Part en GHS	Part en séjours	Part en masse tarif
BON	235	27.4%	43.8%	49.5%
CORRECT	260	30.3%	21.1%	19.8%
FAIBLE	72	8.4%	5.4%	7.8%
MAUVAIS	291	33.9%	29.6%	22.9%
Total général	858	100.0%	100.0%	100.0%

- 1/4 des GHS avec un score bon → 50% de la masse tarifaire
- 1/3 avec un score mauvais :
 - Dû principalement au faible nombre d'établissements

III. Utilisation en campagne tarifaire

La construction tarifaire

- Depuis plusieurs années, la campagne tarifaire repose sur des principes de stabilité et de lisibilité :
 - Pas de recalcul systématique des tarifs
 - **Modulation tarifaire** en fonction des politiques de santé publique (exemple : la chirurgie ambulatoire) et de l'application du principe de neutralité tarifaire (adéquation entre le tarif et le tarif issu des coûts)

La construction tarifaire

Repose sur trois étapes

Mise à jour des tarifs dès lors que la classification et le périmètre changent

- **Changement de la classification**

Exemples :

Révision CMD 17 ; Création de GHM en J et de courte durée

- **Changement de périmètre des tarifs**

Exemples :

Réintégration anticancéreux ; Transferts de crédits

Mise à jour des tarifs dans le cadre de la neutralité tarifaire

- **En s'approchant du TIC**

Extrêmes

- **En tenant compte des plans de santé publique et des incitations**

Chirurgie ambulatoire

Mise à jour des tarifs compte tenu de l'évolution de l'ONDAM

- L'évolution de l'**ONDAM** hospitalier est déclinée sur les différentes composantes du financement dont ODMCO
- **Taux d'évolution unitaire des tarifs** découle de l'évolution de la masse financière dédiée à l'activité une fois déduite l'évolution du volume économique

Tarifs issus des coûts

Utilisation en campagne

- Les données de coûts de l'ENC sont mobilisées à la fois pour :
 - Les changements de classification :
 - Au regard de l'homogénéité des GHM
 - Utilisation des tarifs issus des coûts pour déterminer les tarifs des nouveaux GHM
 - La modulation des tarifs en campagne
- ➔ **Application du principe de « neutralité tarifaire »**

L'utilisation des TIC pour la construction tarifaire

● Lors d'un changement de classification

- Création d'un niveau T (0 et 1 jour) sur la racine de diabétologie 10M13
- Utilisation du ratio de TIC pour redistribuer la masse de la racine entre le Z et le T
 - Ratio observé de 2,44 entre le TIC du T et le TIC du Z
→ Le même écart est appliqué pour calculer les tarifs
 - Tarif v11f 10M13Z : 393€
 - Tarif v11g
 - 10M13Z : 782€
 - 10M13T : 320€

} Tarif du Z : $2,44 \times$ Tarif du T

L'utilisation des TIC pour la construction tarifaire

- **Dans le cadre des modulations tarifaires**
- Mise en place du principe de neutralité depuis la campagne 2013
- Le TIC constitue la référence vers laquelle il faut tendre
- Pour la campagne 2015, les modulations ont concerné :
 - Le développement de la chirurgie ambulatoire
 - La réduction des sous et sur financement extrêmes
- Utilisation de l'indicateur de fiabilité

L'utilisation des TIC pour la construction tarifaire

● Réduction de sous financement extrêmes

- Le chemin parcouru vers le TIC dépend de l'indicateur de fiabilité
 - Si le TIC est bon : 30% du chemin vers le TIC est parcouru
 - Si le TIC est correct : 20% du chemin
- **Pas de modification de tarifs pour les GHM avec un score faible/mauvais**

● Exemple : **GHM 13K04Z** (Endoscopies génito-urinaires diagnostiques et anesthésie) en situation de sous financement (-20,2%)

- Indicateur de fiabilité : CORRECT
- Le tarif parcourt **20% du chemin vers le TIC**
- Evolution de +5% du tarif – l'écart tarif / TIC est réduit à -16%

Perspectives

Perspectives

Améliorer l'échantillon

- Les activités où les coûts ont besoin d'être consolidés sont **identifiables** via certains indicateurs
 - Nombre d'établissements de l'échantillon pour cette activité
 - Nombre de séjours dans l'ENC pour cette activité
 - Mesure de la variabilité des coûts
 - Réalisation d'une démarche d'échantillon raisonné selon deux étapes :
 - Cibler les activités pour lesquelles l'indicateur de fiabilité est « faible » ou « mauvais »
 - Identifier les établissements permettant d'améliorer l'indicateur
- ➔ Amélioration des résultats de l'axe 1 de l'indicateur de fiabilité**

Perspectives

Améliorer l'échantillon

- L'engagement dans l'ENC est relativement lourd et est basé sur le volontariat
 - Déploiement de la comptabilité analytique
 - Temps humain nécessaire
- ➔ **Le financement a donc été revu à la hausse en 2013**
- Existence d'une phase d'accompagnement permettant aux établissements de bénéficier de l'expertise d'un établissement

Perspectives

Améliorer l'échantillon

- Amorce de l'amélioration de l'échantillon

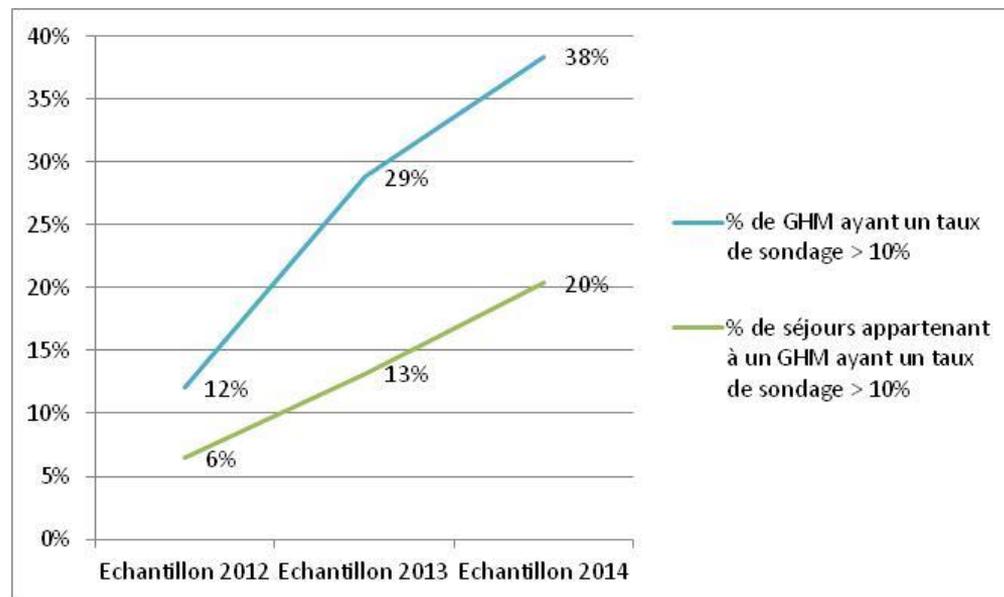
	Echantillon 2012	Echantillon 2013	Echantillon 2014
Nombre d'établissements intégrés	24		
Nombre d'établissements validés en COPIL hors abandons	25	30	32
Taux de sondage (en nombre de séjours/séances)	5,2%	6,5%	7,0%

Le taux de sondage 2012 est calculé par rapport au nombre de séjours/séances national 2012.

Le taux de sondage 2013 à 2015 est calculé par rapport au nombre de séjours/séances national 2013

(donnée la plus récente disponible).

- Les efforts doivent se poursuivre



Perspectives

Affiner la mesure des coûts

- Travaux engagés pour l'amélioration de l'affinement de la mesure des coûts
- Création de groupes techniques dédiés avec les fédérations
 - Sur les disparités des coûts en chirurgie ambulatoire
 - Sur la charge en soins
 - Sur les consommables : Elaboration d'une liste traceur

→ Amélioration des résultats de l'axe 2 de l'indicateur de fiabilité

Conclusion

- ENC outil indispensable pour le financement des établissements et ce à plusieurs niveaux (modèle de financement, classification, calcul des tarifs)
- Nécessite une participation la plus large possible des établissements pour consolider et affiner la mesure des coûts
- L'amélioration de l'échantillon permettra également
 - de mener à bien les évolutions de la méthodologie (travaux mis en place lors des comités techniques ENC)
 - d'avoir une analyse plus fine de la disparité des coûts

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

www.atih.sante.fr