

Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs

Guide méthodologique

Service : Financement et Analyse Economique

Décembre 2020

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. Valorisation de l'activité par les tarifs	9
4. Indicateur de fiabilité	10
4.1 Méthodologie de construction l'indicateur de fiabilité.....	10
4.2 Application de la méthodologie sur les TIC 2018.....	10
4.2.1 sur le secteur ex DG	10
4.2.2 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> : Algorithme de sélection des années dans le calcul du coût pluriannuel	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 (2016/2017/2018) 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. Cet indicateur a été construit en concertation avec les fédérations hospitalières et est utilisé lors de chaque campagne tarifaire 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 2019 groupées selon la version v2020 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 (pour au moins une année de recueil) sont traités dans cette étude.

Depuis l'année 2016, les structures réalisant uniquement de l'activité de dialyse peuvent être intégrées à l'échantillon ENC. Comme les tarifs issus des coûts de 2020 reposent sur les données de coûts de 2016 à 2018, l'étude intègre désormais les forfaits de dialyse en unité de dialyse médicalisée, à domicile ou en autodialyse et les forfaits de dialyse péritonéale (prestations D11 à D24).

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 et forfaits D	2 165	80.6%	1 000	38.1%
Nombre de séjours nationaux en milliers	19 236	99.8%	12 815	93.2%
Masse tarifaire (en M€)	31 905	99.3%	8 217	96.5%

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 38% des GHS. Il convient toutefois de noter que ces GHS sont totalement représentatifs de l'activité puisqu'ils représentent entre 96% et 99,3% de la masse tarifaire de chaque secteur et entre 93% et 99,8% 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 2020 (cf. partie 3)
- ✓ 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 tarifs publiés 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 INCLUDE et IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUDE	Pas de difficulté : les charges sont directement exclues du coût (cf. étape 1)	Spécialités pharmaceutiques facturables en sus, laboratoires hors nomenclature...
Charge INCLUDE et NON IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUDE	Difficulté : nécessite d'utiliser une méthode basée sur l'observation de la structure du financement (cf. étape 3)	Surcoût des unités autorisées 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.

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.

Un coût moyen redressé² par GHS est ensuite estimé à partir de ces coûts au séjour.

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

Dans le cadre de l'étude réalisée pour la campagne 2020, les coûts sont observés sur les années 2016 à 2018 alors que les tarifs auxquels ils sont ajustés sont les tarifs 2020. Entre 2016 et 2020, 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 2016, les médicaments et DMI identifiés dans les charges en sus sont ceux de la liste en sus 2016. 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 2020. 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 2020.

Ainsi, les charges de médicaments et de DMI radiés et réintégrés **avant 2020** sont réintégrées au **dernier prix d'achat observé dans chaque établissement**

Les DMI et MO radiés entre 2018 et 2020 n'ont pas fait l'objet de réintégration dans les tarifs des GHS, et par conséquent les coûts ne sont pas modifiés suite à cette radiation.

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 2020.

Etape 3 : Déduction des suppléments journaliers et des suppléments au séjour

La déduction des suppléments journaliers et au séjour 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 et au séjour 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 des GHS auxquels la PDSH³ et la précarité sont réintégrées⁴ (puisque ces charges font partie des coûts) et les tarifs de suppléments qui sont utilisés.

Les coûts étant redressés sur la base des caractéristiques nationales de l'année de recueil (par exemple, les coûts 2017 sont redressés en fonction du case-mix national de 2017), ils reflètent donc

² Le redressement est réalisé par la technique du calage sur marges. Cette technique est identique à celle utilisée pour les référentiels de coûts : <https://www.scansante.fr/applications/donnees-de-couts>

³ PDSH : Permanence Des Soins Hospitalière

⁴ 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.

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 servant à la valorisation sont ceux de 2020 et ce pour chaque année.

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 dernières années de coût disponibles, pour les deux secteurs : 2016, 2017 et 2018. 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, un algorithme⁵ se basant sur les indicateurs de fiabilité issus des référentiels de coûts et sur la notion d'isolement est utilisé, l'objectif étant de sélectionner, pour chaque GHS, les années dont l'estimation du coût est la plus fiable.

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 2018 est isolé. Lorsque le coût 2018 est très différent des coûts 2016 et 2017, celui-ci n'est pas retenu. Or dans certains cas, il est pris en compte spécifiquement, quand la durée moyenne de séjour (DMS) suit la même tendance que le coût. Dans ce cas, le coût 2018 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

⁵ L'algorithme est décrit en annexe.

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 2018, le coût moyen de consommables obtenu est de 2 882€ (3 140€ pour 2016 et 4 358€ pour 2015) pour la racine 05K19 et de 1 026€ (813€ pour 2016 et 954€ pour 2015) pour la racine 05K20. Ce coût moyen est ensuite ajouté à tous les séjours de rythmologie.

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

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 INCLUSE et NON IDENTIFIABLE	Charge NON INCLUSE	n'est possible qu'en pratiquant un ajustement à la masse tarifaire.	PDSH et Précarité
Charge NON INCLUSE	Charge PARTIELLEMENT INCLUSE	n'est possible qu'en pratiquant un ajustement à la masse tarifaire.	Structure (financier et immobilier)
Charge NON INCLUSE	Charge INCLUSE	n'est possible qu'en pratiquant un ajustement à la masse tarifaire.	Transports inter-établissements (réforme Article 80) uniquement les transferts provisoires hors séances

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 donc à prendre en compte dans l'échelle de coûts :

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

⁷ Sous-CMD : 3 premiers caractères du GHM

- 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
 - o Campagne 2016 pour le financement des étudiants en médecine. Ce transfert est lissé sur plusieurs exercices (2016 à 2018)

Lors des campagnes 2018 et 2019, un transfert des dépenses de transport inter-hospitalier a été réalisé entre les soins de ville et l'enveloppe hospitalière. Ainsi, les tarifs 2020 prennent en compte une partie des dépenses de transport inter-hospitalier⁸. Un ajustement des coûts est réalisé afin d'intégrer une estimation de ces charges dans les coûts.

Pour l'ensemble de 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).

3. Valorisation de l'activité par les tarifs

La valorisation de l'activité par les tarifs correspond à la valorisation du casemix de l'année 2019 par les tarifs publiés de 2020.

La valorisation des tarifs 2020 et le tarif moyen affiché dans le fichier Excel prennent en compte l'application du coefficient de reprise⁹ pour ces établissements. Compte tenu de l'existence de ce coefficient, le tarif facial (tarif figurant dans l'arrêté) n'est plus indiqué dans le fichier, puisque celui-ci n'est plus comparable au tarif moyen du fichier Excel.

⁸ Les transports des transferts provisoires (hors séances de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse)

⁹ Pour 2020, ce coefficient vaut 1.73 pour les établissements à but non lucratif, quel que soit le secteur de financement, et 2.82% pour les établissements à but lucratif.

4. Indicateur de fiabilité du TIC

4.1 Méthodologie de construction de l'indicateur de fiabilité

L'indicateur de fiabilité correspond à l'attribution d'un score pour chaque GHM : bon, correct, 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. 3 scores sont possibles : bon, correct ou mauvais. Ce score se base sur les indicateurs de fiabilité issus des référentiels de coûts propres à chaque année, pour les années sélectionnées.

- **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 : 2018). 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 mauvais, l'indicateur final prendra la valeur mauvais.

4.2 Application de la méthodologie sur les TIC 2020

4.2.1 ... sur le secteur ex DG

Pour le secteur ex-DG, l'indicateur de fiabilité a été calculé sur les 2 165 GHS ou forfaits D 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

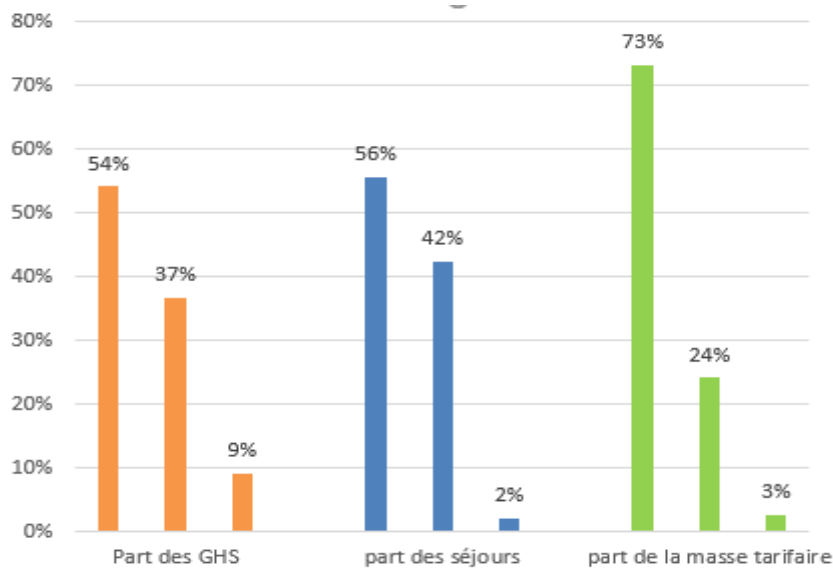
Indicateur de fiabilité	Nombre de GHS	Effectif national 2019 (en milliers)	Masse tarifaire (en M€)
BON	1 173	10 898	23 370
CORRECT	796	8 307	7 686
MAUVAIS	196	406	849
Total	2 165	19 612	31 905

54% des GHS ont un indicateur bon, ce qui représente 57% des séjours nationaux et 73% de la masse tarifaire.

A l'inverse, les GHS pour lesquels le score est mauvais représentent 9% des GHS, soit 2% des séjours nationaux et 3% de la masse tarifaire.

Ainsi, les TIC bon ou corrects représentent plus de 97% de la masse tarifaire de ce secteur.

Graphique 1 : Indicateur de fiabilité, secteur ex DG



4.2.2 ... sur le secteur ex OQN

Sur le secteur ex-OQN, les 1000 GHS ou forfaits D pour lesquels un TIC est disponible représentent seulement 38% des GHS du secteur, mais 97% de la masse tarifaire et 93% des séjours.

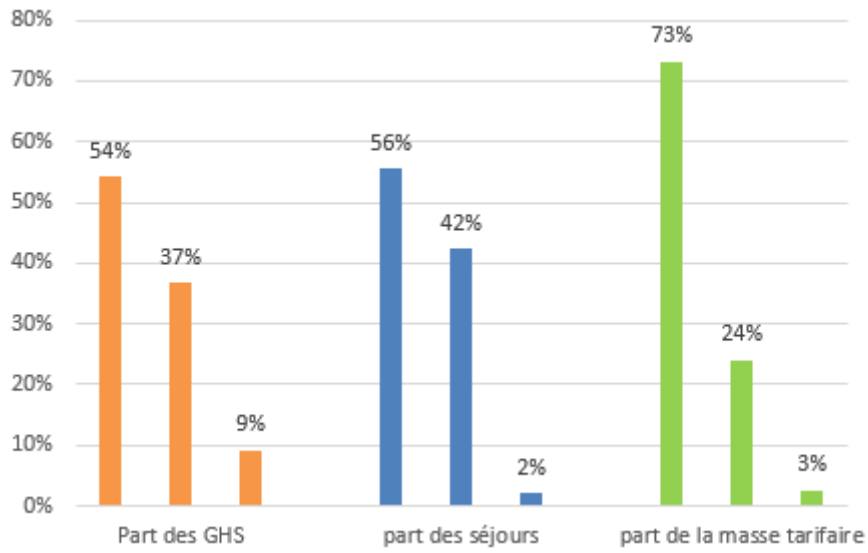
Tableau 3 : Indicateur de fiabilité, secteur ex OQN

Indicateur de fiabilité	Nombre de GHS	Effectif national 2019 (en milliers)	Masse tarifaire (en M€)
BON	337	8 249	5 095
CORRECT	471	2 067	1 836
MAUVAIS	192	2 819	1 287
Total	1 000	13 134	8 217

Près de 81% des GHS ont un TIC bon ou correct, ce qui représente près de 79% des séjours et 84% de la masse tarifaire.

19% des GHS ont un indicateur mauvais, soit 21% des séjours et 16% 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 référentiel de coûts du secteur ex-DG, les coûts bruts¹⁰ 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.

Cet abattement est nécessaire car les montants alloués via certaines dotations MIG restent dans les coûts.

1. Définition du taux d'abattement MERRI utilisé

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

Taux d'abattement MERRI = MERRI hors part variable (B01+B02) / (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)¹¹. 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, à la rémunération des internes, 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) PDSH¹², internes et précarité est suivie dans l'outil ARBUST.

Remarque : A partir du 1^{er} mars 2012, la MIG PDSH n'est plus suivie dans ARBUST car elle est allouée via des crédits FIR. A partir de 2014, les montants PDSH issus du FIR pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 sont suivis dans l'outil HAPI.

¹⁰ 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).

¹¹ 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.

¹² PDSH : Permanence Des Soins Hospitalière

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

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

2. 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 et pour chacun des postes de coûts subissant l'abattement (cf 2. Liste des postes de coûts sur lesquels le taux d'abattement MERRI est utilisé) :

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

En effet, le coût brut, qui contient toutes les charges, y compris celles financées par les MERRI*, peut s'écrire¹³ :

¹³ En supposant que les charges associées à l'enveloppe MERRI (hors part variable) puissent être isolées.

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

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

Le ratio $\frac{\text{Coût MERRI}^*}{\text{Coûts autres que MERRI}^*}$ peut être assimilé au taux d'abattement MERRI calculé en financement (défini au point 1.). Cela revient à supposer que le poids des charges relatives à l'enveloppe MERRI* dans l'ensemble des charges relatives à l'activité est identique au poids des recettes MERRI* dans l'ensemble des recettes liées à l'activité (hors médicaments et DMI).

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

Le coût hors MERRI* se calcule comme suit :

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

$$\text{Coût hors MERRI}^* = \frac{\text{Coût brut}}{1 + \text{taux abattement MERRI}}$$

Annexe 2 :

Algorithme de sélection des années dans le calcul du coût pluriannuel

Les indicateurs de fiabilité des coûts, publiés dans les référentiels de coûts propres à chaque année, sont utilisés pour sélectionner les années constitutives du coût pluriannuel. Un algorithme permet ainsi de déterminer quelles sont les années.

Pour chaque GHS :

- Si l'indicateur de fiabilité d'une année est BON ou CORRECT, l'année est sélectionnée.
- Si l'indicateur de fiabilité d'une année est MAUVAIS, l'année est exclue.

Quand 3 années de coûts sont sélectionnées, la notion d'isolement est étudiée :

- Si aucun point n'est isolé, les 3 années sont conservées
- Si le point 2016 ou 2017 est isolé, il est exclu du calcul du coût pluriannuel.
- Si le point 2018 est isolé ET si les évolutions de DMS et de coûts sont concordantes, seul le point 2018 est conservé. Si les évolutions de DMS et de coûts ne concordent pas alors le point 2018 est exclu du coût pluriannuel.

Dans le cas où les 3 années de coûts présentent un indicateur MAUVAIS, les 3 années sont sélectionnées

Annexe 3 :

Algorithme de construction des scores de l'indicateur de fiabilité

I. Axe 1 : Echantillon

Pour chaque année de coût, un score 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.

3 scores définis pour cet axe : Bon, Correct, 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]
 - 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 **MAUVAIS**).

Ces scores sont publiés dans les référentiels de coûts propres à chaque année.

Le score de l'axe 1 du TIC dépend donc des années sélectionnées. Le tableau suivant précise les différents cas :

Nb années sélectionnées	Année 1	Année 2	Année 3	IF axe 1 TIC
3	BON	BON	BON	BON
3	CORRECT	CORRECT	CORRECT	CORRECT
3	MAUVAIS	MAUVAIS	MAUVAIS	MAUVAIS
3	BON	BON	CORRECT	BON
3	CORRECT	CORRECT	BON	CORRECT
2	BON	BON		BON
2	CORRECT	CORRECT		CORRECT
2	BON	CORRECT		CORRECT
1	BON			BON
1	CORRECT			CORRECT

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.

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

IV. Cas particuliers

Dans le cas où la valeur du TIC a été hiérarchisée, l'indicateur de fiabilité final devient « MAUVAIS ».