



---

## **Atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique : les coûts dans l'évaluation économique.**

Jeudi 13 février 2014

ESSEC - CNIT

---

### **RAPPORT DE SYNTHÈSE DE L'ATELIER DESTINÉ À LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

---



## Table des matières

1. Contexte.....	3
2. Déroulement de la journée .....	3
3. La valorisation des couts en secteur ambulatoire.....	4
3.1 Les consultations médicales.....	4
3.1.1 Les consultations médicales chez les généralistes.....	4
3.1.2 Les consultations médicales chez les spécialistes.....	5
3.1.3 Les consultations externes.....	6
3.2 Les actes médicaux cliniques et techniques.....	6
3.3 Les actes d'imagerie.....	7
3.4 Les actes de biologie .....	8
3.5 Les actes des auxiliaires médicaux.....	8
3.6 Les actes médicaux non remboursables .....	9
3.7 Les médicaments.....	9
3.8 Les dispositifs et les prestations.....	9
3.9 Les transports.....	10
4. La valorisation des couts en secteur hospitalier .....	10
4.1 Les hospitalisations MCO .....	10
4.2 Les autres activités hospitalières .....	12
4.3 Les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD).....	12
4.4 Les hospitalisations en secteur psychiatrique.....	12
4.5 Autres prises en charges .....	12
5. Les autres coûts .....	13
5.1 Le temps du patient .....	13
5.2 Le temps des aidants.....	13
5.3 Les indices de prix .....	13
5.4 Les franchises .....	14
5.5 Le forfait hospitalier .....	14
5.6 Le coût des maladies.....	14
6. Annexe .....	16
Liste des participants à l'atelier .....	16

## 1. CONTEXTE

---

L'évaluation de l'efficacité des produits de santé par la Haute Autorité de santé est définie par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et par le décret n°2012-1116 du 2 octobre 2012 (article R.161-71-1 du Code de la sécurité sociale).

Un Guide sur les Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS a été publié en Octobre 2011. Ce Guide comporte différentes recommandations portant, en particulier, sur l'identification, la mesure et la valorisation des coûts lors des analyses de référence. Il comprend également des fiches techniques en annexe précisant les sources d'informations pour la valorisation des ressources qui peuvent être mobilisées.

Pour autant, force est de constater l'existence d'une forte variabilité dans les valorisations conduites dans les études de coût de la maladie ou lors des évaluations conduites en France que ces dernières soient ou non soumises pour avis à la HAS.

Les pratiques des acteurs impliqués en matière d'évaluation des coûts sont par ailleurs contraintes par les possibilités offertes par les systèmes d'information existants ainsi que par leur condition d'accès.

Cette variabilité se traduit par un niveau d'incertitude parfois important sur les résultats produits qui n'est que partiellement levée par les analyses de sensibilité sur les paramètres pris en compte dans l'évaluation.

Cette variabilité peut s'expliquer notamment par deux constats :

- Le guide méthodologique, qui s'il propose des éléments de cadrage, ne répond pas à toutes les questions pratiques en matière d'évaluation des coûts ;
- Le fait qu'il n'existe pas en France de base de données unique et partagée recensant les paramètres nécessaires pour l'évaluation des coûts contrairement à d'autres pays tels que l'Australie, le Canada, les Pays-Bas...

C'est pourquoi, avec le soutien de la HAS, le Collège des Économistes de la Santé et la Société Française en Economie de la Santé ont mis en place un atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique des stratégies de santé portant spécifiquement sur la question des coûts.

L'objectif de cet atelier était de pouvoir faire émerger un premier consensus sur les sources et les méthodes de valorisation des principaux postes de coûts utilisés lors des évaluations économiques en santé.

Cet atelier s'inscrivait dans une démarche préalable à une future actualisation du Guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé à la Haute Autorité de Santé.

Le présent rapport a pour objet de synthétiser les principaux éléments de réflexion abordés durant la journée, notamment en présentant, pour chaque poste de coût identifié, les difficultés rencontrées dans la valorisation et les solutions pratiques qui ont pu être proposées en réponse.

## 2. DEROULEMENT DE LA JOURNEE

---

L'atelier s'est déroulé le 13 février 2014 dans les locaux de l'ESSEC.

La journée a été co-animée par le Dr Bruno Detournay en tant que Vice-Président au sein du Collège des Economistes de la Santé et par le Pr Robert Launois, Président de la Société Française d'Economie de la Santé.

L'atelier a réuni un ensemble large d'acteurs impliqués dans la réalisation pratique des évaluations économiques des produits de santé et d'acteurs institutionnels avec au total près de 30 participants dont 4 représentants de l'HAS (liste en annexe).

Sur la base d'un support de présentation détaillant chaque poste de coût, chaque participant a pu exprimer son point de vue et un ensemble de propositions ont été formulées à l'issue des débats.

### 3. LA VALORISATION DES COÛTS EN SECTEUR AMBULATOIRE

La classification des coûts retenue par la HAS repose sur la distinction entre les ressources qui entrent dans le processus de production d'une intervention (coûts directs) et les autres ressources (coûts indirects).

La HAS fonde son évaluation économique sur l'analyse des coûts de production. En l'absence de données sur le coût de production, les tarifs représentent a priori une base de valorisation acceptable car ils représentent de fait un prix reconnu par la collectivité en contrepartie d'une consommation de ressources.

Actuellement, la valorisation des coûts en secteur ambulatoire repose principalement sur l'utilisation de ces tarifs mais ils n'incluent que rarement les dépenses en sus (perspective collective).

#### 3.1 Les consultations médicales

##### 3.1.1 Les consultations médicales chez les généralistes

La tarification des consultations des médecins généralistes devient de plus en plus complexe. Le tarif du C n'est plus qu'une composante de la rémunération des médecins. La consultation peut maintenant être majorée selon un certain nombre de règles tarifaires complexes et dépendantes du profil des patients (âge, statut des patients, situation géographique,...).

De plus, la rémunération du médecin est de moins en moins liée exclusivement aux actes puisqu'elle intègre des éléments forfaitaires ou encore une rémunération à la performance (ROSP). On peut même pousser le raisonnement plus loin et estimer que la participation de l'Assurance maladie aux cotisations sociales des médecins constitue un élément de leur rémunération qu'il est bien difficile de répartir sur un acte tel que la consultation.

Dans une perspective collective, les dépassements d'honoraires devraient être pris en compte de même que l'existence d'anomalies tarifaires qui restent constitutifs de la vie réelle.

Interrogations	Réflexions
Quels éléments intégrer dans le calcul du coût ? Ne prendre en compte que le tarif conventionnel de base (C,V) ? Evaluer un tarif moyen présenté au remboursement (incluant majorations et dépassements liés à la consultation) ? Evaluer un coût moyen de l'activité en médecine générale rapporté au volume d'actes ?	La perspective « tous financeurs » devrait intégrer les dépassements d'honoraires et donc utiliser, pour ces cas, un montant moyen établi à l'échelle nationale pour le coût de la consultation (ce qui est calculable). Les éléments de rémunération forfaitaires ne sont pas négligeables mais la collecte de l'information sur ce point semble difficile de même que l'établissement de règles de répartition sur l'ensemble de l'activité des médecins généralistes. La prise en compte de la participation de l'Assurance Maladie aux cotisations sociales des médecins dans la valorisation nécessiterait alors de tenir compte des autres aspects « hors tarifaires » (ex : mise à disposition de cabinets gratuits...).
Quelles sources de données ?	Il faudrait disposer d'une base de données de coûts unitaires, qui, comme dans les autres pays, soit mise à disposition des utilisateurs potentiels ce qui permettrait d'homogénéiser les pratiques. Depuis quelques mois, la CNAMTS a mis à disposition un EGB simplifié avec une seule ligne par consultation qui contient le tarif de la consultation et les majorations ce qui facilite la possibilité de calculer un tarif moyen.

Les solutions proposées pour valoriser une consultation médicale chez un généraliste sont les suivantes :

-Etablir des valeurs moyennes intégrant les dépassements d'honoraires, les majorations et les rémunérations complémentaires des médecins mais pas les participations aux contributions sociales (aspect jugé trop complexe et correspondant à un flux entre agents) en distinguant deux sous-valeurs :

-une moyenne de ce qui est présenté au remboursement (source EGB ou SNIIRAM) ;

-une moyenne des rémunérations complémentaires rapportée au nombre total d'actes médicaux : consultations (C), visites (V) et actes médico-techniques.

-Distinguer les consultations des médecins généralistes et celles des médecins en mode d'exercice particulier ;

### 3.1.2 Les consultations médicales chez les spécialistes

La valorisation du coût d'une consultation chez un médecin spécialiste rencontre à peu près les mêmes difficultés que celles observées pour un médecin généraliste. Par exemple, les rémunérations à la performance qui commencent à être étendues à certaines spécialités. Le poids particulier des dépassements dans certaines spécialités renforce la nécessité de leur prise en compte.

Les différences de tarification propres à chaque spécialité rajoutent une difficulté supplémentaire dans la valorisation sur une base tarifaire théorique.

Interrogations	Réflexions
<p>Quels éléments intégrer dans le calcul du coût ?</p> <p>Evaluer un tarif moyen présenté au remboursement (incluant majorations et dépassements liés à la consultation) par spécialité ?</p> <p>Evaluer un coût moyen de l'activité rapporté au volume de consultation par spécialité ?</p> <p>Comment gérer les cumuls actes-consultations ?</p>	<p>Traiter les actes et les consultations séparément reste une méthode lourde et compliquée, avec une valeur ajoutée non significative. Faudrait-il se limiter à traiter conjointement les actes dont on sait qu'ils sont systématiquement associés ?</p> <p>Les situations avec cumuls des deux actes restent toutefois peu fréquentes.</p> <p>Le calcul d'un dépassement d'honoraires moyen identique par spécialité pose problème car les taux de dépassement varient considérablement d'une spécialité à l'autre (et d'ailleurs d'une région à l'autre).</p>
<p>Sources de données ?</p> <p>Validation des conventions de calcul retenues pour déterminer un coût ?</p>	<p>L'idéal serait d'avoir des personnes référentes, une « hotline » CCAM des actes pour valider les choix de calcul.</p> <p>La Cnamts s'interroge sur la possibilité de mettre à disposition une documentation expliquant les principales tarifications.</p> <p>Les syndicats proposent en générale une évaluation fine des règles tarifaires à appliquer</p>

Les solutions proposées pour valoriser au mieux une consultation médicale chez un spécialiste sont les suivantes :

-Pour chaque spécialité, calculer la moyenne de ce qui a été présenté au remboursement pour ces consultations, à laquelle sera affectée une part des rémunérations complémentaires ;

**-Une liste des spécialités utilisée pour ces calculs devra être établie (à ce propos les classifications de spécialité ne sont pas nécessairement homogènes entre les différents organismes) ;**

**-Les actes seront traités de manière distincte des consultations, sans considérer les cas dans lesquels on observe un cumul des deux.**

### 3.1.3 Les consultations externes

Les consultations externes, qui sont des consultations ambulatoires assurées par les praticiens de l'hôpital, font l'objet d'une tarification particulière.

Leur valorisation suppose notamment de connaître le niveau de formation du médecin en charge de l'acte.

Ainsi, le tarif de la consultation ne sera pas le même selon si le patient a été orienté par un médecin traitant, s'il a été reçu par un généraliste ou un spécialiste, si ce médecin est un praticien hospitalier professeur des universités ou un spécialiste non praticien hospitalier, s'il s'agit d'un suivi régulier ou non...

Un raisonnement en coûts de production supposerait de connaître les coûts de revient et donc de disposer de données de comptabilités analytiques détaillées à ce niveau.

**Puisqu'il apparaît impossible de distinguer les consultations externes selon le profil de l'exécutant, les solutions proposées pour valoriser au mieux ces consultations restent limitées :**

**-Etablir une valeur moyenne présentée au remboursement à partir de la base de données EGB ou SNIRAM (le coût présenté au remboursement figure désormais dans les bases de l'assurance maladie).**

### 3.2 Les actes médicaux cliniques et techniques

Les actes médicaux cliniques et techniques ont pour base tarifaire de référence la CCAM et la Nomenclature générale des actes professionnels.

La tarification est particulièrement complexe à ce niveau. Par exemple, les associations d'actes relèvent de tarifs différents de la réalisation isolée des mêmes actes.

Ainsi, pour l'association d'actes techniques, le médecin code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée. La tarification de chaque acte associé ne se fait pas de la même manière. Par exemple, pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.

Le cumul des actes avec la consultation est interdit sauf dans certains cas (exemple l'ECG).

Certains critères viennent par ailleurs modifier cette tarification : les urgences, l'âge du patient, l'intervention chirurgicale itérative, etc.

La pratique des dépassements est très fréquente pour certains types d'actes.

Enfin, il existe également des actes cotés par assimilation et qui donc ne renvoient pas à une base de référence spécifique.

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les actes médicaux cliniques et techniques sont les suivantes :**

**-Retenir comme base la tarification CCAM augmentée d'un % correspondant au dépassement d'honoraire moyen calculé sur l'ensemble des actes (sans distinction par type d'actes car la complexité des calculs serait trop importante et du fait de la rareté de certains actes) ;**

**-Pour traiter des situations complexes, se référer au vademecum de la CCAM qui détaille les cotations à appliquer en cas d'actes multiples.**

### 3.3 Les actes d'imagerie

La valorisation de l'activité d'imagerie présente certaines spécificités.

Tout d'abord, la complexité des modificateurs spécifiques à l'imagerie se rapproche de la complexité liée aux actes CCAM.

A côté de cela, certains examens (Scanner, IRM notamment) comportent, outre le tarif de l'acte, un forfait technique. L'assurance maladie applique pour le paiement des forfaits techniques un barème qui dépend du lieu géographique, de l'âge du matériel, de sa puissance et du nombre d'actes réalisé par an, etc.

La médecine nucléaire (scintigraphies et TEP) est encore plus compliquée à valoriser puisque les forfaits correspondant incluent le prix des produits radio pharmaceutiques. Certains de ces produits ont des prix qui dépassent très largement le prix de la tarification de l'acte.

Interrogations	Réflexions
<p>Comment valoriser des actes Scanner et IRM ? Faut-il prendre en compte le forfait réduit ?</p> <p>Faut-il calculer un coût moyen pondéré dans les bases de l'assurance maladie ?</p>	<p>Le forfait technique peut être un forfait plein ou un forfait réduit.</p> <p>La détermination du forfait réduit est très compliquée car réalisée en fonction du volume d'actes qui a été réalisé sur la machine.</p> <p>Ne pas considérer le forfait réduit est jugé trop approximatif.</p> <p>Prendre une valeur moyenne en ayant le nombre d'appareils sur le territoire et un nombre moyen d'actes réalisés par appareil.</p> <p>Problème : recourir à l'activité moyenne pour choisir entre forfait plein et forfait réduit n'est pas une solution pertinente</p>
<p>Pour les scintigraphies et TEP, doit-on prendre en compte la tarification de l'acte seulement ?</p> <p>Prise en compte des prix réels des radiopharmaceutiques ?</p>	<p>Les produits de contraste utilisés sont intégrés dans le coût de l'acte et sont donc financés par celui qui fait l'acte. Certains produits valent beaucoup plus cher que le tarif de l'acte, d'où une activité parfois déficitaire.</p> <p>Les prix des produits ne sont pas disponibles car ils sont achetés par les hôpitaux. Faudrait-il regarder dans combien de cas le produit de contraste est acheté en ville ?</p>

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les actes d'imagerie sont les suivantes :**

- Estimer des valeurs moyennes pour les forfaits IRM et Scanner en distinguant forfaits pleins et réduits et entre secteur privé et public ;
- Retenir une valeur moyenne pondérée selon les nombres de forfaits pleins et réduits remboursés au niveau national dans la plupart des analyses ;
- Utiliser au besoin les valeurs des forfaits réduits ou pleins/privés ou publics en analyse de sensibilité ;
- Pour les produits de contraste utilisés en radiologie dans les établissements ex DG, utiliser le prix public TTC auquel sera appliqué une décote avec une analyse de sensibilité (entre -20% et -50%) ;

**-Pour les scintigraphies, estimer des valeurs moyennes auquel sera additionné le prix de produit (traceur radioactif) lorsque celui-ci est très onéreux.**

### 3.4 Les actes de biologie

Les actes de biologie sont référencés dans la table nationale de biologie mais l'existence d'une multitude de forfaits vient compliquer leur valorisation : forfaits de sécurité pour le traitement d'un échantillon sanguin, forfaits de prise en charge pré-analytique du patient, forfaits de sécurité spécifiques pour les examens bactériologiques, mycologiques, etc.

Il existe également des tarifs de prélèvements pour le même acte qui varient selon la qualification du médecin qui a réalisé le prélèvement ainsi que des suppléments qui viennent s'ajouter selon le lieu et le jour où ils ont été effectués.

Face à tous ces forfaits, faudrait-il fixer une règle de valorisation simplificatrice arbitraire ?

Comment calculer des coûts à partir des montants remboursés sachant que certains prélèvements sont à visée multiple et que certains forfaits ne sont applicable qu'une fois pour un patient donné même si celui-ci bénéficie de plusieurs analyses. Comment répartir ces coûts ?

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les actes de biologie sont les suivantes :**

**-Estimer la valeur du B « chargé » (incluant prélèvements, forfaits additionnels, etc.) puis utiliser la cotation des analyses dans la TnB.;**

**-Utiliser comme sources possibles les bases de données suivantes : données EcoSanté, EGB, SNIIRAM. La base Biol-AM comporte des éléments indicatifs en ce sens**

### 3.5 Les actes des auxiliaires médicaux

La valorisation des consultations infirmières se heurte aux mêmes difficultés que celles des consultations des médecins.

A la tarification des actes inscrits dans la NGAP viennent ainsi s'ajouter :

- des majorations complexes : MAU acte unique (si deux actes plus de MAU), MCI coordination infirmière (ne s'applique qu'à certains actes et à certains patients de soins palliatifs) ;
- des forfaits complémentaires (démarche de soins pour patient dépendant, etc.) ;
- des prestations au temps passé (séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention).

De même, la cotation des consultations de kinésithérapie varie selon le lieu de réalisation des prestations, les actes réalisés peuvent concerner des groupes de patients, etc.

Les tarifications des consultations des podologues, sages-femmes, orthoptistes, orthophonistes rencontrent à peu près les mêmes obstacles.

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les actes des auxiliaires médicaux sont les suivantes :**

**-Pour la valorisation des consultations infirmières, calculer un AMI moyen « chargé » incluant les frais de déplacement (en prenant comme source Ecosanté ou EGB/SNIIRAM) et appliquer la tarification en ne considérant que la cotation en AMI ;**

**-Pour les kinésithérapeutes, le principe pourrait être le même ;**

**-Pour les autres professions, autant que possible appliquer les tarifications en vigueur.**

### 3.6 Les actes médicaux non remboursables

Ces actes concernent les professionnels tels que les diététiciennes, ergothérapeutes, psychologues,...

La règle commune veut que « les ressources ne disposant pas d'un tarif soient valorisées au prix courant moyen s'il est observable, ou par une autre méthode à préciser... ».

**Un travail devrait être engagé avec la Mutualité pour obtenir des données sur ces actes.**

**Une fois les données disponibles, la solution serait alors de prendre, pour chaque consultation et pour chaque profession, la valeur moyenne estimée sur cette base.**

### 3.7 Les médicaments

La question générale du prix facial et du prix réel a été écartée bien que l'on puisse déplorer que les évaluations économiques doivent être conduites sans prendre en compte les remises et autres accords conventionnels qui sont définies au cas par cas.

La valorisation des médicaments pose un certain nombre de problèmes évoqués dans le guide méthodologique. Les médicaments sont valorisés à la hauteur de leur tarif, à l'exception des cas où celui-ci ne reflète pas la totalité des dépenses supportées par les différents financeurs.

Par exemple, les génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité peuvent être commercialisés à un prix librement déterminé par le fabricant. Ils devraient être valorisés à leur prix de vente moyen (pondération des prix de vente TTC par les quantités réelles correspondantes).

La facturation des médicaments rétrocédés présente ses propres spécificités.

Les médicaments en ATU (autorisation temporaire d'utilisation) peuvent être pris en charge par l'Assurance maladie à prix libre à 100 % pendant la durée de validité. Dans certains cas, ils peuvent être vendus au public par les pharmacies hospitalières dûment autorisées (rétrocession). Les autres médicaments sous ATU sont pris en charge par une dotation spécifique au titre des Missions Enseignement, Recherche, Référence et Innovation (MERRI) ou parfois par les laboratoires pharmaceutiques eux-mêmes (ATU « gratuites »).

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les médicaments sont les suivantes :**

**-Les médicaments en ATU feront l'objet d'un traitement particulier : prendre le prix demandé par le laboratoire et faire baisser cette valeur en analyse de sensibilité entre 10% et 20% (cf. Thèse Albane Degrossat-Théas Prix, concurrence et régulation : soutien à l'innovation et prix des médicaments à l'hôpital)**

**-Pour les rétrocessions, utiliser les bases de données d'établissements (AP-HP ?) ;**

**-Pour les autres, utiliser la BdM et les tableaux Medicam (pour estimer les pondérations des prix selon les volumes des produits présentés au remboursement dans une classe).**

### 3.8 Les dispositifs et les prestations

La Liste des Prestations et Produits Remboursables (LPPR) fixe la base tarifaire de remboursement de ces produits. Si certains dispositifs médicaux ont un prix limite de vente fixé par convention ou par le CEPS, d'autres (la plupart) n'en ont pas et leur prix est donc libre, d'où la nécessité de disposer d'une base pour disposer de cette information.

Certains produits sont pris en charge dans le cadre de forfaits et des frais de livraison peuvent être parfois facturés.

Par ailleurs, il y a un problème d'accessibilité de l'information sur les prix réels pratiqués qui proviennent essentiellement de sources privées.

Enfin, à côté de ces dispositifs, des prestations (pompe à insuline, PPC, etc.) font l'objet de forfaits par unité de temps conditionnés par un ensemble de règles complexes (suivi d'observance, etc.).

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les dispositifs et prestations sont les suivantes :**

**-Se référer à la LPP sauf pour des cas particuliers ;**

**-Exploiter les données de l'Assurance Maladie pour estimer des valeurs moyennes par ligne LPP présentées au remboursement.**

### **3.9 Les transports**

La tarification des transports sanitaires par transport assis professionnalisé (VSL ou Taxi conventionné) ou ambulance contient différentes composantes :

- un forfait : forfait départemental ou forfait agglomération ou forfait « prise en charge », selon le lieu du siège de l'entreprise de transports sanitaire et le type de transport ;

- un tarif kilométrique, applicable à la distance parcourue en charge du lieu de départ au lieu d'arrivée, dès le 1er km parcouru dans le cas de la facturation de la prise en charge ou déduction faite des 3 premiers km inclus dans le forfait départemental et dans le forfait agglomération ;

- éventuellement, différents suppléments de tarification, majorations, cas particuliers (frais de péage, etc.).

Se rajoutent à cela des règles de conventionnement des taxis qui varient d'une caisse à l'autre.

Les frais de transport en véhicule personnel sont remboursés à 65 % sur la base du tarif des indemnités kilométriques en vigueur, variables selon la catégorie du véhicule et la distance parcourue.

Les frais de transport en commun peuvent également être remboursés.

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les coûts des transports sont les suivantes :**

**-Exploiter les données PMSI pour estimer les distances (mais ce travail cartographique est complexe) ;**

**-Estimer des valeurs moyennes au niveau national à partir des bases de l'Assurance Maladie (sans distinguer lieux, distances) par modalités de transport (à l'exclusion des SMUR et SAMU financés par l'hôpital).**

**-Un travail institutionnel spécifique sur les transports par pathologie apporterait une plus-value.**

## **4. LA VALORISATION DES COUTS EN SECTEUR HOSPITALIER**

---

Dans le calcul du coût de production, la valorisation est réalisée à partir des données par GHM (Groupe homogène de malades) de l'Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) ou en ayant recours aux études de micro-costing. Les coûts de production issus de l'ENCC représentent des coûts moyens, masquant de fortes variations entre établissements ;

### **4.1 Les hospitalisations MCO**

D'une manière générale, l'identification des séjours à valoriser n'est pas homogène, car elle repose parfois sur le seul intitulé des GHS, sur le mix des séjours pour un diagnostic principal donné, sur le mix des séjours comportant un diagnostic principal ou relié ou associé donné, etc.

a) L'approche par l'Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC)

L'objectif de l'ENCC est de produire des référentiels de coûts ou des valeurs nationales fondés sur l'observation des coûts moyens. L'approche par l'ENCC des coûts d'hospitalisation n'est pas sans poser problème.

Les coûts estimés peuvent ou non être pondérés entre secteur public et privé.

Les coûts peuvent ou non être ajustés sur les durées de séjour effectivement observées.

Les référentiels de coûts produits par l'ENCC sont par ailleurs fondés sur l'observation des coûts moyens fournis avec un retard de deux ans. Ce décalage temporel rajoute des imprécisions à la valorisation. Par exemple les classifications des GHM ou encore la CIM-10 ont pu évoluer sur la période.

Les effectifs de l'ENCC sont parfois extrêmement faibles (voire nuls en secteur privé) d'où un manque de représentativité sur les résultats produits.

Au final, les coûts de production issus de l'ENCC s'écartent parfois notablement des tarifs et masquent de fortes variations entre les établissements. Ces coûts ne sont pas toujours représentatifs du coût de production réel d'un établissement.

#### b) L'approche par les tarifs par GHS (groupe homogène de séjour)

La valorisation à partir des tarifs par GHS suppose la prise en compte de la durée effective des séjours et de leur distribution, la prise en compte des nombreux forfaits associés, etc.

Une part significative des ressources hospitalières ne sont pas comprises dans le tarif et sont susceptibles de varier entre les interventions : les honoraires médicaux (si hospitalisation privée), les médicaments et dispositifs médicaux financés hors GHS, les dépassements d'honoraires, les missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation.

L'absence de prise en compte d'une partie des composantes tarifaires (forfaits multiples, produits en sus...) ou des enveloppes MERRI, MIAC, peut conduire à une sous-estimation importante des coûts hospitaliers.

#### c) L'approche par les tarifs médico administratifs

Ces tarifs ne sont pas remontés par certains établissements.

Ils sont utilisés pour la tarification des séjours aux personnes non-couvertes par l'Assurance Maladie et pour le calcul des tickets modérateurs des hospitalisations.

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les hospitalisations MCO sont les suivantes :**

**-valoriser les séjours sur la base de l'ENC si les critères de qualité sont suffisants : par convention le taux de sondage doit être supérieur à 20% et l'erreur relative de l'échantillonnage (ERE) inférieure à 30%.**

**Exemple : Le coût moyen estimé pour un GHM est 5 200 euros et l'ERE calculée vaut 5%. Il y a environ 95 chances sur 100 pour que le 'vrai' coût moyen soit compris entre 5 200.(1 -2\*5%) euros et 5 200.(1+2\*5%) euros. Pour certains GHM ou GHS, il n'y a pas d'ERE calculé : NC (non calculé) dans la colonne concernée.**

**-dans le cas où le GHM est mal évalué à cause du taux de sondage et de l'ERE, on utilisera le tarif par GHS + forfaits additionnels + médicaments/dispositifs en sus**

**-Il est également souhaité que soient rendues publiques les données désagrégées de l'ENC afin de permettre certaines approches plus fines**

**-La pratique consistant à extraire des postes de coûts de l'analyse et à réinjecter des valeurs observées sur certains postes est jugée acceptable bien que dangereuse et imposant une analyse de sensibilité.**

#### 4.2 Les autres activités hospitalières

La question des coûts de production hospitaliers pour certaines de ces activités est traitée par un autre groupe de travail. La valorisation de ces activités spécifiques (exemple l'activité SMUR) reposait jusqu'à présent sur les données de l'étude de référence conduite par la FHF et le rapport du GACAH mais ces données datent de 2009.

**Puisque les informations sur les coûts de revient par unités fonctionnelles seraient remontées systématiquement au niveau de l'ATIH dans le cadre de l'ENC et que ces données ne seraient pas exploitées dans le sens souhaité pour les évaluations économiques, une recommandation forte serait donc de solliciter l'ATIH pour que cette exploitation soit assurée.**

#### 4.3 Les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD)

Concernant la valorisation des SSR, il existe une classification en groupes médico-économiques (GME).

Cette classification se base sur le séjour du patient pour l'hospitalisation complète et sur la journée pour l'hospitalisation partielle (sans nuitée). L'ENC produit des coûts moyens journaliers pour les prises en charge en hospitalisation complète ou partielle.

Concernant la valorisation de l'HAD, les valeurs nationales de l'ENC sont présentées par GHPC, par association Mode de Prise en Charge Principal x Mode de Prise en Charge Associé, par Mode de Prise en Charge Principal, par type d'établissement...

Les problèmes de valorisation sont similaires à ceux du MCO en ce qui concerne les tailles d'échantillon de l'ENC, les changements de classification, etc.

En outre, les approches par les tarifs semblent impossibles (une partie des établissements concernés restent sous DAF).

**La solution proposée pour valoriser au mieux les activités de SSR et d'HAD reste d'utiliser les ENC.**

#### 4.4 Les hospitalisations en secteur psychiatrique

Il n'existe pas encore d'ENC pour les hospitalisations en secteur psychiatrique. Les résultats de l'enquête nationale de coûts en psychiatrie sont attendus fin 2015

Il existe par contre des études économiques sur des échantillons d'établissements (assez larges) mais ces études ne permettent pas de déterminer des coûts par séjour mais uniquement des coûts complets moyens par unités d'œuvre.

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux les hospitalisations en secteur psychiatrique sont les suivantes :**

- estimer un coût moyen par jour de prise en charge (hors établissement MCO) indépendant des modalités de cette prise en charge ;**
- retirer de la dotation psychiatrie (13% de la dotation des hôpitaux) la partie consultation et diviser le montant restant par le nombre de journées de prise en charge**

#### 4.5 Autres prises en charges

D'autres coûts hospitaliers n'ont pas pu être examinés durant l'atelier.

Ces champs sont notamment les EHPAD, les CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) qui remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) (actuel code FINESS 162) qui peuvent avoir une activité en hébergement et un financement par dotation...

**Pour les EHPAD, il est suggéré d'utiliser le coût journalier des nouvelles places créées estimé par le CNSA ou les tarifs opposables départementaux.**

## **5. LES AUTRES COUTS**

---

Les sources de données permettant la valorisation des autres coûts directs sont hétérogènes et peu de travaux sont publiés dans ce domaine.

### **5.1 Le temps du patient**

Ces ressources sont importantes à prendre en compte dans une évaluation économique adoptant une perspective collective. La HAS les analyse comme constitutives des coûts directs en tant que facteurs de production à part entière.

Quelles devraient être les modalités de valorisation retenues pour ces coûts ? S'agit-il des pertes de revenus effectives du fait de l'arrêt de travail ? Des indemnités journalières ?

**Aucun consensus pour valoriser le temps du patient n'a pu être obtenu.**

### **5.2 Le temps des aidants**

On entend par le terme d'aidant, « une personne aidante, mais qui se différencie des professionnels de l'aide et du soin ».

Les responsabilités des aidants varient et s'alourdissent généralement avec le temps, lorsque l'état de santé ou les capacités de la personne soignée se détériorent. La charge de travail des proches aidants peut être considérable.

Bien que les choses soient un peu plus claires maintenant (les employeurs reconnaissent que les employés peuvent être appelés à tenir le rôle d'aidant, il existe des indemnisations...), des interrogations subsistent sur la manière de valoriser ce temps. En particulier, où trouver les valeurs de référence permettant de valoriser l'activité correspondante par assimilation avec une activité professionnelle équivalente et au prix du marché ?

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux le temps des aidants sont les suivantes :**

- les données INSEE sur le coût salarial par profession peuvent être utilisées ;**
- essentiellement deux professions sont à distinguer : les aides ménagères et les aides-soignants.**

### **5.3 Les indices de prix**

La construction des indices de prix pour les biens et services de santé reste un problème

Ainsi, pour ces biens et services, des prix « bruts » (prix de marché auxquels ils seraient proposés en l'absence de politique sociale) et des prix « nets » (prix effectivement acquitté par le consommateur après prise en charge de tout ou partie du coût par un organisme de Sécurité sociale) existent.

Le choix entre indices de prix « bruts » et indices de prix « nets » n'est donc pas anodin.

L'indice des prix peut être exprimé de façon globale ou bien par « unités de besoins ».

Au final, la question du choix de l'indice des prix à tenir pour prendre en compte les effets de l'inflation est importante.

**Il est proposé de retenir les indices détaillés fournis par l'INSEE pour chaque fonction de consommation en santé de la Classification of Individual Consumption by Purpose –COICOP.**

#### **5.4 Les franchises**

Dans une perspective collective, les franchises ne sont pas à considérer : il s'agit d'un simple flux (ou d'une absence de flux) entre agents.

Dans une perspective Assurance Maladie, la situation est bien différente : la question de l'affectation des franchises se pose puisque celles-ci sont plafonnées (par an et par jour), calculées à distance des actes de soins, etc. La franchise médicale s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

Certains patients sont exonérés (CMUc, AME, enfants de moins de 18 ans, femmes enceintes, etc.).

**Les participants estiment que les franchises ne sont pas à considérer dans une perspective collective**

#### **5.5 Le forfait hospitalier**

Le forfait hospitalier constitue une participation financière aux frais d'hébergement entraînés par l'hospitalisation qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie sauf exception.

Ce forfait est de 18 € par jour pour tout séjour supérieur à 24 h dans un établissement hospitalier public ou privé (y compris le jour de sortie).

Faut-il intégrer le forfait hospitalier dans le calcul des coûts dans une perspective collective ? Si oui, comment ? À partir de la durée moyenne de séjour du GHM étudié ?

**Les solutions proposées pour valoriser au mieux le forfait hospitalier sont les suivantes :**

**-la valorisation ne sera pas un problème si la valorisation des séjours est effectuée sur le coût de revient de l'ENC ;**

**-elle devient un problème si elle est effectuée par les tarifs.**

**-Il semble que l'ATIH communique à la CNAMTS un fichier national d'hospitalisations comportant tous les forfaits « prestations » déjà intégrés en sus du tarif. Ce fichier ne pourrait-il pas être public et intégrer éventuellement ce type de forfait ?**

#### **5.6 Le coût des maladies**

Les modélisations économiques nécessitent très souvent de considérer le coût unitaire de prise en charge de pathologies. Par exemple, un modèle dans le traitement du diabète nécessitera de considérer le nombre d'évènements cardiovasculaires évités et donc le coût de ces derniers.

L'estimation du coût de ces pathologies constitutives d'éléments de résultats ou d'effets indésirables ne peut, à elle seule, mobiliser l'ensemble des ressources disponibles pour l'étude.

On se contente donc habituellement d'utiliser des coûts publiés dans la littérature, d'estimations rapides établies sur les bases hospitalières, etc. Ces coûts ne sont pas déterminés sur les mêmes périodes, ils correspondent parfois aux ressources mobilisées par un patient présentant la maladie, parfois au coût de la maladie elle-même, etc.

D'un autre côté, les études de coûts sur base de données offrent des possibilités nouvelles mais plusieurs interrogations se posent dans ces études : quelle prise en compte des patients décédés en cours d'année ? et des patients en tout début de diagnostic (errance thérapeutique) ? Comment gérer le problème des polyopathologies ? Doit-on séparer le coût de prise en charge de la première année et des années suivantes ? Etc.

Il serait souhaitable de disposer d'une base de données de coûts pour un ensemble de pathologies fréquentes, coûts établis selon une méthodologie fixée et servant de référence.

Un travail est en cours en ce sens au niveau de la CNAMTS avec différentes approches méthodologiques. Tout y est certainement discutable à commencer par la question des méthodes d'identification des pathologies, les méthodes d'attribution des coûts, les modes de valorisation des séjours hospitaliers.

**Les participants de l'atelier préconisent dans ce domaine d'attendre les résultats du travail réalisé par la CNAMTS.**

**Ce travail devra toutefois être examiné car il soulève des questions de méthodes d'identification des pathologies, de méthodes d'attribution des coûts, de modes de valorisation des séjours hospitaliers, etc.**

## 6. ANNEXE

---

### Liste des participants à l'atelier

HAS : Véronique Raymond, Isabelle Hirtzlin, Anne-Line Couillerot-Peyrondet, Salah Ghabri.

AMARIS : Aline Gauthier, Magali Cognet

CEMKA-EVAL : Olivia Clément, Bruno Detournay, Antoine Lafuma

Centre Léon-Bérard : Lionel Perrier

CNAMTS : Christelle Gastaldi, Pauline Ricci

Creativ-Ceutical : Samuel Aballéa

Erudité FR CNRS3435 : thomas Barnay

Essec Santé : Gérard de Pouvourville

ERS Gustave Roussy : Julia Bonastre, Isabelle Borget

HEVA HEOR : Stéphane Roze, Cécile Blein

IMS Health : Frédérique Maurel, Xavier Colin

REES France : Robert launois, Jean-Gabriel Lemoine, Lucia Fiestas Navarrete

STATESIA : Franck Maunoury

STEVE Consultants : Steve Benard

Université Droit et Santé Lille 2 : Fanette Denies

Université Paris Dauphine – Leda Legos : Pierre Levy

URC Eco Ile de France : Isabelle Durand-Zaleski, Karine Chevreul

ADES (Dauphine) : Agathe Doutriaux

Secrétariat : Laura Catella, Louise Grailles

Organisation : Frédéric Bonnemaïson