



médecine/sciences 1998 ; 14 : 1428-9

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les coûts hospitaliers en France...

Combien coûte la prise en charge d'une appendicectomie à l'hôpital public ? 15 301 F. Quel est le coût d'un pontage coronarien ? De 87 757 F à 133 612 F, selon qu'il y a cathétérisme et coronarographie. D'une séance de chimiothérapie en ambulatoire ? 2 808 F. Ces informations sont désormais publiques en France et facilement accessibles grâce à l'Étude nationale des Coûts, réalisée par la Direction des Hôpitaux du ministère des Affaires sociales, dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI).

Ce programme a eu pour objet l'introduction en France d'outils de classification des séjours hospitaliers développés aux États-Unis, les *diagnosis related groups* (les DRG), ou groupes de diagnostics analogues, ou encore groupes homogènes de malades (les GHM), pour reprendre la traduction française [1]. Il y a 568 GHM, répartis en 23 catégories majeures de diagnostic et 4 catégories spéciales. La classification a été bâtie à partir d'une analyse statistique de données standardisées à caractère médical sur chaque séjour hospitalier, chaque groupe se caractérisant par une combinaison de codes diagnostiques et d'actes, la variable dépendante étant la durée de séjour ou le coût du séjour. Autrement dit, il s'agit d'une classification en groupes dits « iso-ressources », les séjours classés dans un même groupe étant censés avoir

mobilisé un niveau statistiquement identique de ressources. La classification en GHM a été construite à l'origine dans une optique de contrôle de gestion, ou de mise en évidence d'une variabilité des pratiques de prise en charge pour des problèmes cliniques réputés proches. Dans le cas idéal, la démarche statistique doit aboutir à la détermination d'une distribution de coûts par GHM suivant une loi paramétrique connue (assez souvent une loi log-normale), avec une faible dispersion. Si tel est le cas, et si la description médicale de chaque groupe est satisfaisante (par exemple l'appendicectomie sans complications), alors il est légitime d'utiliser la distribution établie sur une base de données représentative comme référence moyenne de pratique pour constater et analyser des écarts par rapport à un indicateur de tendance centrale assortie d'un intervalle de confiance. La propriété de groupes iso-ressources a aussi un autre avantage théorique pour le financement des hôpitaux. Si la classification est valide, elle peut servir de base à une méthode de paiement qui tiendrait à la fois compte de l'activité médicale de chaque établissement, mesurée par le nombre de séjours classés dans chaque GHM, et d'une performance relative en matière de coût. Le principe de la réallocation budgétaire est le suivant. Supposons que l'activité hospitalière se résume à deux GHM, 1 et 2. Une enquête nationale

sur les coûts hospitaliers a montré qu'en moyenne, le GHM 1 coûtait trois fois plus cher que le GHM 2. Soient deux établissements A et B ayant le même budget, par exemple 10 millions de francs, et réalisant le même nombre d'entrées, soit 1 000 entrées. Dans le système actuel, il n'existe pas de différence d'activité entre les établissements, et il est normal qu'ils aient le même budget. Cependant A accueille 500 malades classés dans le GHM 1 et 500 dans le GHM 2, alors que B accueille 250 malades classés dans le GHM 1 et 750 du GHM 2.

En activité pondérée par le poids économique de chaque GHM, A réalise en fait :

$$3 \times 500 + 1 \times 500 = 2\,000,$$

alors que B réalise :

$$3 \times 250 + 1 \times 750 = 1\,500.$$

Normalement, la dotation budgétaire de B devrait être dans un rapport de 1 500/2 000 de celle de A. Si l'on devait réallouer les 20 millions de francs pour tenir compte de l'effet *case-mix* (éventail des cas traités), le budget de A serait de 11,4 millions de francs, et celui de B de 8,6 millions de francs.

L'enquête nationale a également montré que le coût moyen du point d'activité pondérée en France (les 2 000 points de A ou les 1 500 points de B) était de 6 000 F. Appliqué aux

deux établissements, ce coût moyen conduirait à allouer à A un budget de $2\,000 \times 6\,000 = 12$ millions de francs, et $1\,500 \times 6\,000 = 9$ millions de francs. Cette réallocation résulte de l'effet performance de ces deux établissements par rapport à une référence nationale. L'établissement A a en effet des coûts inférieurs au coût de référence, et bénéficie d'une rallonge, alors que l'établissement B se voit pénalisé, car ses coûts sont supérieurs au coût de référence.

Pour mettre en œuvre une telle réallocation budgétaire, il faut connaître l'ensemble de l'activité des établissements hospitaliers en GHM ; une échelle du poids économique relatif de chaque GHM est également requise ; enfin, il faut se donner une référence en valeur monétaire du point d'activité pondérée, que cette valeur soit une référence nationale, régionale, ou par catégorie d'établissement.

En 1992, la Direction des Hôpitaux du ministère des Affaires sociales a lancé l'Étude nationale des Coûts dans le but de répondre aux deux autres conditions. Des établissements ont été sélectionnés sur la base de la

qualité de leur système d'information comptable et médical pour constituer une base nationale de données de coût des activités. Les résultats de cette enquête ont été publiés la première fois en 1995, sur les données budgétaires de 1993, et sur un échantillon de 23 établissements. Les données les plus récentes portent sur l'année budgétaire 1998, et sont accessibles sur le site web du Centre de Traitement informatique du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information), le CTIP, à l'adresse suivante : <http://webctip.snv.jussieu.fr>.

En 1998, l'Étude nationale des Coûts a porté sur un peu plus de 800 000 séjours provenant d'une cinquantaine d'établissements fournissant à la fois des données médicales et des données financières sur chaque séjour. Les résultats de cette étude sont publiés par le Bulletin officiel du ministère du Travail et des Affaires sociales [2].

Quel est le séjour le plus cher ? La transplantation pulmonaire, qui coûte en moyenne 256 029 F. Quelle est l'hospitalisation complète la

moins chère ? L'hospitalisation pour brûlures, mais avec un transfert précoce vers un établissement spécialisé, qui coûte 4 146 F. L'accouchement par voie basse sans complications coûte 12 620 F, pour une durée moyenne de séjour de 5 jours. Enfin, sur l'échantillon d'établissements qui a servi à calculer ces coûts, le coût moyen pondéré d'un recours à l'hôpital est de 10 504 F ■

RÉFÉRENCES

1. Manuel des Groupes Homogènes de Malades. Ministère du Travail et des Affaires sociales. BO n° 96-11 bis.
2. L'échelle nationale des coûts relatifs par groupes homogènes de malades. Ministère du Travail et des Affaires sociales. BO n° 95-5 bis, n° 96-7 bis, n° 97/7 bis, n° 98-3 bis.

Gérard de Pourville

Directeur de recherche au Cnrs, directeur scientifique du Groupe Image, 14, rue du Val-d'Osne, 94410 Saint-Maurice, France.

