

## Notions et mesure des coûts en fonction de la perspective choisie

*Costs, costs and more costs: which one should we use?*

Robert LAUNOIS<sup>1,2</sup>  
Alain VERGNENÈGRE<sup>3</sup>  
Bernard GARRIGUES<sup>4</sup>

<sup>1</sup> REES France,  
28, rue d'Assas,  
75006 Paris

<sup>2</sup> UFR SMBH, Université de Paris XIII,  
74, rue Marcel Cachin,  
93017 Bobigny Cedex

<sup>3</sup> Hôpital du Cluzeau,  
23, avenue D. Larrey,  
87042 Limoges cedex

<sup>4</sup> Centre hospitalier DIMB,  
avenue des Tamarins,  
13700 Aix-en-Provence

**Résumé.** Le coût d'un bien n'existe pas. Il n'est pas une caractéristique intrinsèque d'un objet ou d'un produit comme pourrait l'être la température pour l'air ou pour l'eau. Il s'agit d'un calcul reposant sur une théorie et sur des conventions. Un coût ne peut être défini que si l'on opère un choix sur le point de vue retenu, l'étendue du périmètre à explorer, la finalité de l'étude et l'horizon temporel adopté. Les éléments constitutifs du coût sont donc à géométrie variable, en fonction des intérêts et des préoccupations des interlocuteurs auxquels l'étude est destinée. Ce qui doit dicter en vérité le choix des postes de dépenses dans une étude, c'est beaucoup moins une référence abstraite à un principe d'intérêt général – qu'aucune institution administrative ne peut prétendre incarner vu le domaine de compétence qui lui est réglementairement reconnu – que l'existence réelle d'un espace de négociation où se rencontrent des demandeurs et les offreurs de crédits budgétaires. Faute d'avoir clairement défini les objectifs de ceux qu'elles sont destinées à convaincre, nombre d'études de coûts risquent de demeurer des chefs d'œuvre méconnus parce qu'inutiles. ▲

**Mots clés :** coût de l'innovation thérapeutique, budget de service, groupe homogène de malades, coût de la maladie

**Abstract.** A cost is not an intrinsic feature of a product in the same way as temperature is for water and air. It is a calculation based on theory and convention. Costs may be characterised by their object (an hospital admission, a hospitalization day, a diagnostic related group, a treatment phase), their contents (costs directly attributable to the patient, controllable costs, including not only departmental operating costs but also costs resulting from the department's activity, full costs including administrative and infrastructure overhead costs), the point of reference from where the costs are considered (from the point of view of the family, the health professionals suppliers, the buyers, the health care system, or society) and the time when the costs were calculated. The cost framework which must be considered in any economic evaluation must relate to the budgetary concerns of the party whose involvement is sought in a health care project. There is no all encompassing study in this field; an evaluation performed for one type of contributor must only consider this party's point of view. ▲

**Key words:** cost of a new technology, ward cost, cost of diagnosis related groups, cost of illness

Article reçu le 18 mai 2003,  
accepté le 23 juin 2003

Le coût d'un bien n'existe pas [1]. Il n'est pas une caractéristique intrinsèque d'un objet ou d'un produit comme pourrait l'être la température pour l'air ou pour l'eau. Il s'agit d'un calcul reposant sur une théorie et sur des conventions. Un coût ne peut être défini que si l'on opère un choix sur le point de vue retenu, l'étendue du périmètre à explorer, la finalité de l'étude et l'horizon temporel à adopter [2, 3].

### Choix d'un point de vue

Le repérage des coûts à prendre en compte dans les études économiques est largement déterminé par le champ des responsabilités dont sont investis ceux qui les demandent et/ou pour lesquels elles sont faites. Cinq interlocuteurs sont a priori identifiables : les familles, les producteurs de biens et de soins médicaux (hôpitaux, médecins libéraux, industriels), les acheteurs (agences régionales de l'hospitalisation, assurance maladie, comité économique des produits de santé), les régulateurs du système de soins et la collectivité appréhendée en tant qu'entité politique constituée.

Tirés à part : R. Launois  
E-mail : launois.reesfrance@wanadoo.fr

Tableau 1. Décomposition des coûts hospitaliers

		But de l'étude	
<b>Coût direct</b>			
<b>1. Dépenses médicales</b>		} Choix d'une stratégie	} Contrôle des dépenses
1.1 <i>Dépenses médicales variables</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommables individualisés ou non</li> <li>• Actes médico-techniques</li> </ul>			
1.2 <i>Dépenses médicales fixes</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salaires (médicaux, IDE + AS)</li> <li>• Matériels médicaux (amortissement + entretien)</li> </ul>			
<b>2. Dépenses de logistique</b>			
2.1 <i>Dépenses de logistique variables</i>			} Tarification
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blanchisserie</li> <li>• Restauration</li> </ul>			
Sous-total 1 : Coût direct = 1.1 + 1.2 + 2.1			
<b>Coût indirect</b>			
2.2 <i>Dépenses de logistique fixes</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres (administration, informatique, maintenance)</li> <li>• Personnel administratif</li> </ul>			
Sous-total 2 : Coût quasi complet = 1.1 + 1.2 + 2.1 + 2.2			
<b>3. Dépenses de structure</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais financiers</li> <li>• Amortissements</li> </ul>			
Sous-total 3 : Coût indirect = Dépenses de logistique fixes + Dépenses de structure			
<b>Coût complet</b>			
Coût direct (sous-total 1) + Coût indirect (sous-total 3)			
Coût quasi complet (sous-total 2) + Dépenses de structure			

## Familles

Si l'on s'intéresse aux répercussions du traitement sur le budget des familles, on procédera au décompte des coûts médicaux qui restent à leur charge dans le secteur sanitaire, comme par exemple les tickets modérateurs de droit ou de fait. On y ajoutera les dépenses qui ne sont pas directement liées aux soins mais qui les accompagnent fréquemment sans être remboursées par la sécurité sociale. Entrent dans cette catégorie à titre principal : les dépenses d'hébergement des longs séjours dont les familles doivent supporter la charge alors que celles relatives aux soins sont payées par la sécurité sociale, tous les frais d'équipement auxquels les familles sont contraintes de procéder lorsqu'elles veulent garder leurs malades à domicile et les frais de transport non sanitaires qu'elles doivent supporter pour se rendre aux chevet de leurs proches qu'il a fallu hospitaliser. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler de dépenses monétaires, il convient, pour évaluer la charge qui pèse sur l'entourage du malade du fait du traitement, de tenir compte des virtualités sacrifiées : absences sur le lieu de travail entraînées par la garde familiale des proches et pertes de revenus provoquées par l'irruption de la maladie pour le patient lui-même. L'ensemble de ces charges constitue le coût familial.

## Producteurs de soins

### Hôpital

Quatre types de classification des dépenses hospitalières sont possibles :

- la classification comptable repose sur une distinction entre charges directes et indirectes ;
- la classification PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informations) distingue les dépenses médicales, les dépenses de logistique et les dépenses de structures ;
- la classification économique oppose les coûts variables aux coûts fixes ;
- enfin, le regroupement des dépenses peut être opéré en fonction des finalités de l'étude. Le contenu de leur estimation sera très différent selon que l'on calcule les coûts dans une perspective de prise de décision, de gestion par les écarts de budgets de services ou de financement des structures hospitalières.

Ces diverses classifications s'interpénètrent étroitement [4]. Les charges directes comme les charges indirectes comportent également des coûts variables et des coûts fixes. L'analyse des répercussions financières d'une décision enregistre les dépenses nouvelles qui apparaissent lorsque celle-ci est prise par rapport aux charges qui auraient été observées si elle n'avait pas été adoptée. De telles répercussions concernent aussi bien des coûts directs ou des coûts indirects, des charges variables ou des charges fixes. Le *tableau 1* et la *figure 1* permettent de mieux visualiser les différents éclairages sous lesquels les dépenses hospitalières peuvent être analysées.

Le cadrage des coûts à prendre en compte dans toute évaluation économique doit correspondre aux préoccupations budgétaires de l'interlocuteur qui s'engage dans un projet de santé. Les médecins et les pharmaciens hospitaliers sont confrontés à des choix à la fois médicaux et économiques, notamment en un temps où l'on voit apparaître sur le marché

des technologies innovantes et efficaces mais qualifiées de coûteuses. On s'intéressera, en se plaçant de leur point de vue, aux seuls coûts qui sont directement liés à la mise en œuvre de ces nouveaux protocoles, quelles que soient les sections administratives qui les enregistrent (coûts d'une innovation thérapeutique). Les directeurs financiers ne peuvent ignorer les conséquences de ces choix cliniques sur les budgets de service (coûts directement liés au fonctionnement du service ou induits par son activité). Mais la prise en compte, à ce niveau, des frais d'administration générale et des frais de structure serait inappropriée puisque ni les pharmaciens ni les médecins ne peuvent être tenus responsables de leur évolution. Quant aux directeurs d'établissement, ils sont toujours extrêmement attentifs à l'équilibre des comptes de l'hôpital (coûts complets) et aux retombées positives que peut avoir une accélération du taux de rotation des lits en termes de points ISA (indice synthétique d'activités) lorsqu'une technologie est utilisée de préférence à une autre. Ces points rapportent des recettes que l'on peut qualifier d'atténuatives dans la mesure où elles permettent de compenser une partie des surcoûts qui s'attachent à l'innovation.

En aucun cas, le tarif des prestations journalières (TPJ) [5] ne doit être utilisé ; cette unité de valorisation des coûts n'a qu'une signification comptable. Elle permet seulement de répartir le financement de la dotation globale entre les régimes de sécurité sociale au prorata du nombre et de la durée du séjour de leurs assujettis dans l'établissement. Il s'agit de tarifs taillés à la serpe, tout service, tout malade et toute indication confondus, à l'intérieur des huit catégories médico-tarifaires qui ont présidé à leur élaboration. Leur usage dans les études médico-économiques est à proscrire. Seul un raisonnement en coût/GHM (groupe homogène de malades) rend compte du coût réel des soins.

Trois angles d'attaque sont donc proposés pour analyser la formation des coûts à l'hôpital. On isolera dans un premier temps toutes les répercussions financières de l'introduction d'un nouveau schéma thérapeutique dans le traitement d'une pathologie. Dans un deuxième temps, on combinera ces dépenses spécifiques avec les frais fixes des services cliniques et les charges communes de l'établissement qui apparaissent dans le GHM correspondant à l'indication pour évaluer le coût réel de la prise en charge des malades. Enfin, les conséquences de l'innovation thérapeutique pour l'établissement en termes de points ISA seront chiffrées.

#### • Coût de la mise en œuvre d'un schéma thérapeutique

L'analyse des répercussions financières d'un nouveau schéma thérapeutique enregistre les dépenses nouvelles qui apparaissent après que celui-ci a été adopté par rapport aux charges qui auraient été constatées s'il n'avait pas été choisi. Les dépenses qui ne sont pas directement liées à l'introduction de ce protocole ne doivent pas peser sur la décision. C'est en cela que l'évaluation du coût de la mise en œuvre d'une nouvelle technologie [6] se différencie fondamentalement de la surveillance des budgets de service ou de la recherche du « juste » prix qui permet d'obtenir l'équilibre des comptes de l'hôpital. Le coût est utilisé comme un outil de gestion et non comme un instrument de contrôle ou de tarification. Il permet d'estimer si les résultats obtenus justifient l'ampleur des efforts déployés.

Le coût directement rattachable à la mise en œuvre d'un traitement particulier est formé des seules charges qui peuvent lui être affectées sans convention ni calcul [7-11]. Cette

définition ne fait aucune hypothèse sur l'étendue du domaine pris en compte en aval ou en amont du service où l'innovation est apparue, ni sur les lois de variation des dépenses (coût variable et coût fixe), ni sur l'horizon de temps retenu (conséquences immédiates du traitement administré ou répercussions à distance dues aux complications).

Le mot « directement » peut toutefois être entendu dans deux acceptions différentes : dans l'une, c'est à l'idée de variabilité des charges que l'on se réfère, dans l'autre c'est la possibilité de les individualiser qui est mise en avant, ce qui permet d'y inclure les équipements dédiés. En général, sont relevés à titre principal dans les études micro-économiques les coûts variables liés aux investigations spécifiques à la technologie mise en œuvre, aux médicaments prescrits et aux consommables qu'exige leur administration. Les calculs sont le plus souvent faits à partir des coûts standard ayant valeur de normes, celles-ci portant à la fois sur les quantités consommées et les coûts unitaires. Les quantités standard utilisées pour les actes médico-techniques sont celles qui ont été relevées dans des cahiers d'observations ou définies à dire d'experts. En ce qui concerne le médicament, ce sont les dosages recommandés dans le résumé des caractéristiques du produit qui sont le plus souvent repris. Cette possibilité de facturer les médicaments en sus des GHM existe actuellement pour certaines molécules particulièrement coûteuses, notamment pour les chimiothérapies. Cette pratique est appelée à s'étendre avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) [12]. Les médicaments onéreux seront remboursés au premier franc en euros et non plus en points ISA. Mais le dispositif prévoit des garde-fous : mise en place de prix de ventes plafond, régulation de type prix/volume par le biais d'accords négociés entre le CEPS et les industriels, réductions éventuelles des taux de remboursement pour les établissements ne respectant pas les règles de bon usage des médicaments. Pour les examens, les coûts unitaires devront être calculés en première intention à partir des ICR (indice de complexité relative) ou, à défaut, du coût moyen des lettres clés de l'échelle nationale de coût [13, 14] et des coefficients NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) [15]. Pour les consommables et les produits dont les prix sont négociés, ils seront directement extraits des données comptables du service. Si des temps de personnels sont spécifiés, leurs contre-valeurs monétaires devront être déduites des postes correspondants du GHM étudié pour éliminer les doubles emplois.

#### • Coût de la prise en charge du malade en structure adaptée

L'enquête nationale de coûts permet de valoriser les séjours hospitaliers associés au traitement des diverses pathologies. Les catégories de coûts qui en définissent les composantes au niveau de chaque GHM peuvent être regroupées en fonction de leur contenu sous chacune des rubriques PMSI du *tableau 1*. À l'heure actuelle, un GHM n'est cependant pas spécifique à une pathologie. Dans la mesure où un certain nombre de pathologies se rattachent à un GHM et qu'une même pathologie se retrouve dans plusieurs GHM, le GHM est un indice composite de pathologies. De plus, il représente, du fait de son caractère indiciel, une moyenne des durées de séjour affectées à différentes pathologies. La technique dite du « GHM aménagé » [16, 17] permet de corriger le premier biais. On exclura donc des 19 composantes de coût analysées dans l'étude PMSI une ou plusieurs des 7 rubriques qui se rapportent aux coûts médicaux variables pour les remplacer par les coûts réels directement rattachables à la mise en

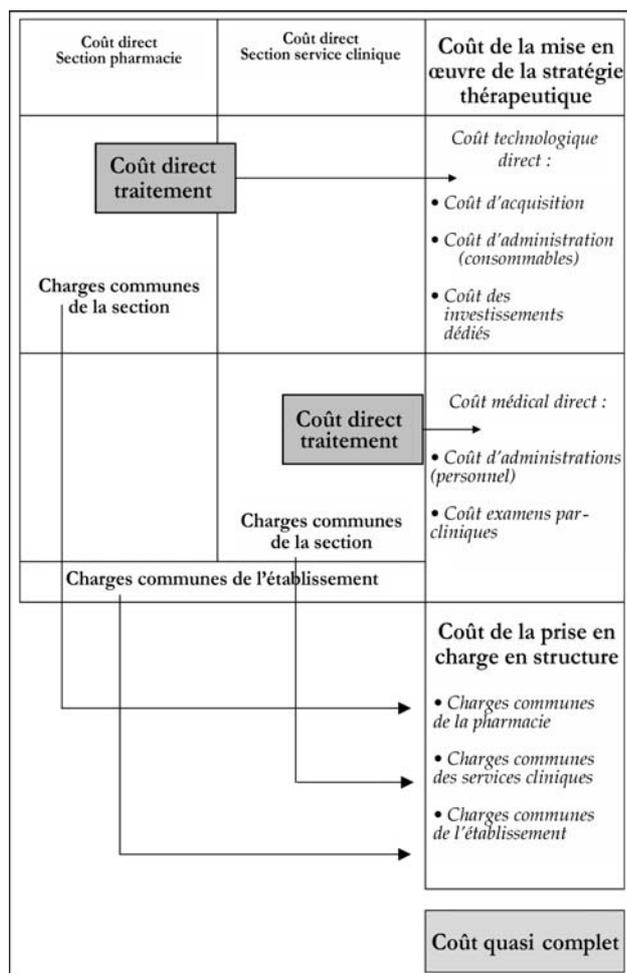


Figure 1. Décomposition des coûts directs et indirects hospitaliers par type d'affectation budgétaire.

œuvre d'un protocole particulier. Le véritable coût d'opportunité des initiatives prises, c'est-à-dire la valeur de ce que l'on n'a pas pu faire en faisant ce que l'on fait, peut être intégré dans l'analyse à la place des valeurs moyennes de référence. En revanche, le second biais est difficile à neutraliser. Une nouvelle affectation des dépenses qui sont réparties dans chaque GHM en fonction des durées de séjour exigerait une reconstruction totale de ceux-ci, ce que la méthode proposée cherche justement à éviter.

Le coût hospitalier total est égal à la somme du coût substitué de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique et du coût de la prise en charge en structure hospitalière. En sont exclues les dépenses d'immobilisation dont le montant est beaucoup plus lié à l'histoire de l'établissement qu'aux capacités de gestion de ses dirigeants. Pour cette raison, « l'échelle » en points ISA sera désignée dans la suite du texte sous le nom de coût quasi complet.

- *Coût total net des recettes « atténuatives »*

Lorsque le taux d'occupation d'un service est proche de 100 %, l'adoption d'un traitement qui diminue le nombre et la durée des complications permet d'augmenter le taux de rotation des lits et d'accueillir de nouveaux malades, ce qui se traduit par l'enregistrement de nouveaux GHM. La prise en charge des nouveaux entrants entraîne des frais variables

supplémentaires mais elle augmente la quantité des points ISA produits par l'établissement. Leur contre-valeur monétaire est supérieure aux coûts variables liés aux nouvelles entrées. Cette marge sur coûts variables contribue au financement des frais fixes de l'hôpital. Son montant doit être déduit du coût additionnel d'utilisation d'un nouveau traitement ou de son prix de revient complet pour calculer le coût médical net lié à son usage [18].

Inversement, les traitements qui entraînent des durées de séjour plus longues du fait de leurs complications embolisent des lits et diminuent leur taux de rotation. Il convient alors de calculer quel est le véritable coût d'opportunité de cette situation. Lorsqu'une complication survient, l'hôpital perd de l'argent : il ne peut plus intégrer la contre-valeur des points ISA qui aurait été associée à de nouvelles entrées dans le calcul du budget théorique de l'établissement ; mais, en même temps, il en gagne puisqu'il n'a pas à supporter les frais variables engendrés par l'arrivée de nouveaux malades. Le manque à gagner est égal au solde net des sommes qu'il aurait pu encaisser et des frais qu'il aurait dû supporter pour soigner un cas additionnel. Son montant définit le coût caché des complications. Pour obtenir le coût total du traitement, il convient d'ajouter ces coûts d'opportunité indirects aux coûts directs du traitement ou aux coûts complets dont les méthodes de calcul ont été auparavant expliquées.

Avec l'introduction de la tarification à l'activité, le gestionnaire sera d'autant plus enclin à procéder à ces savants calculs qu'il touchera à partir de 2005, et progressivement sur plusieurs années, la réalité des sommes facturées. Les points ISA sont ainsi appelés à disparaître : le paiement des activités de soin se fera en euros, forfaitairement au séjour par GHS (groupe homogène de séjour) sur la base d'un tarif national. Après une zone transitoire en 2004, un circuit complexe de remboursement passera d'abord par l'ARH en 2005, puis normalement directement par la caisse d'assurance maladie pivot à partir de 2006. Si, dans le secteur des établissements privés, le passage est prévu à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 sur la totalité de l'activité (avec utilisation d'un coefficient pondérateur), les établissements publics verront le changement appliqué progressivement (10 % de la dotation globale de fonctionnement en 2004, 20 % en 2005 et ainsi de suite). L'objectif est qu'en 2009 les tarifs et le mode de financement de toute l'activité de soins soient harmonisés entre les établissements publics et privés. Seule une partie des activités sera facturée à partir de forfaits (urgences, dialyse, et surtout les missions d'intérêt général comme l'enseignement et la recherche dans les hôpitaux universitaires). L'enjeu pour les établissements de soins sera de s'adapter rapidement à ce nouveau type de financement.

### Soins de ville

La classification commune des actes médicaux qui sera mise en place en 2004 va entraîner des changements considérables pour la médecine libérale. La CCAM (classification commune des actes médicaux) [19] permet tout d'abord un codage des actes par nature, comme cela avait été prévu par une précédente convention CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés)/médecins libéraux. Ainsi, une analyse des activités des praticiens de différentes disciplines médicales pourra être réalisée. Par ailleurs, la hiérarchisation de cette nomenclature ayant été réalisée sur les items « stress, effort mental, technicité, durée et travail », l'utilisation en termes tarifaires qui en découle, même si

Tableau 2. Regroupement des dépenses en fonction du point de vue adopté

Coûts à colliger	Point de vue choisi				
	Familles	Professionnels de santé	Acheteurs CEPS, ARH, AM	Système de soins	Collectivité nationale
Dépenses médicales	Non remboursées	Liées au traitement	Remboursées	Oui	Oui
Dépenses non médicales	Oui	Non	Non	Non	Oui
Virtualités sacrifiées	Oui	Non	Non	Non	Oui
Impact sur l'activité économique	Pertes de revenus non compensées	Non	Non	Non	Non si Qaly's
Coût de l'État providence	Revenus de substitution	Non	Indemnités journalières	Non	Frais de gestion

CEPS : Comité économique des produits de Santé ; ARH : agence régionale de l'hospitalisation ; AM : assurance maladie.

toutes les modalités et mesures transitoires ne sont pas établies, va entraîner une redistribution des revenus entre les disciplines, fondée sur des critères plus logiques. Le système de tarification sera fondé sur l'exploitation des codes et ne fera plus référence aux lettres clés et coefficients actuels :

un code = un libellé = un prix unitaire

Le prix unitaire d'un acte correspondra à l'honoraire versé au professionnel de santé et résultera de la négociation tarifaire.

$$\text{Honoraire} = (W * Fc) + [W * (Cg + S)]$$



1) Prix du travail : ressources physiques et intellectuelles. W : point de travail médical correspondant à l'ensemble des ressources physiques et intellectuelles mises en œuvre par le praticien. Il englobe stress, compétence technique, effort mental et durée de l'acte dont il est une synthèse complexe. Fc : facteur de conversion monétaire, unique et identique pour toutes les spécialités.

2) Coût de la pratique : charges professionnelles. W : point de travail médical. Cg : après avoir calculé le coût moyen des charges générales par point dans une discipline, les charges générales sont réparties entre les différents actes qui y sont pratiqués au prorata du travail qu'ils exigent. S : surcoûts éventuels liés à des pratiques spécifiques non réalisées par tous les praticiens. Le calcul des surcoûts ne comprend que des charges non prises en compte dans les charges générales.

## Acheteurs de soins

Ce qui doit dicter en vérité le choix des postes de dépenses dans une étude est beaucoup moins une référence abstraite à un principe d'intérêt général – qu'aucune institution administrative ne peut prétendre incarner vu le domaine de compétences qui lui est reconnu – que l'existence réelle d'un espace de négociation où se rencontrent de vrais acheteurs et de vrais vendeurs de soins. S'intéresser à l'évolution de la seule consommation de soins et de biens médicaux, pertes de production exclues, en se plaçant d'emblée dans la perspective du système de soins pourrait, de ce point de vue, apparaître judicieux. Mais, s'il existe bien une direction de la sécurité sociale au ministère de la Santé qui est chargée du pilotage de l'ensemble du système, force est de reconnaître que ses responsables ne sont investis d'aucune responsabilité d'acheteur. Le vrai pouvoir de négociation a été pendant

longtemps entre les mains de l'assurance maladie mais il ne l'est plus depuis la redéfinition des rôles respectifs de l'État et de la sécurité sociale dans la gestion du système de santé français. L'existence d'un monopole bilatéral ou d'un monopole d'achat de l'assurance maladie qui était souvent évoquée pour caractériser notre système de soins masque la réalité de son fonctionnement derrière un concept sans contenu. Il existe bel et bien aujourd'hui trois acheteurs (tableau 2) : les agences régionales de l'hospitalisation qui arrêtent les budgets des établissements, l'assurance maladie qui négocie avec les représentants de la médecine libérale les conditions de l'exercice en médecine de ville et le Comité économique des produits de santé qui est en charge de la fixation des prix du médicament.

## Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

Vis-à-vis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, la démonstration doit être faite en points ISA par groupes homogènes de malades. Grâce à l'information médicalisée fournie par les hôpitaux et donc à la présentation de leur activité sous forme de GHM, il est possible de proposer un calcul de la dotation globale de référence qui tient compte de l'éventail des cas traités. Avec cette information, la tutelle peut constater si la dotation réelle est très différente de la dotation théorique. Si c'est le cas, elle peut convenir avec l'établissement d'un plan progressif de rapprochement de sa dotation avec le budget de référence. Les prix unitaires par GHM sont globaux et n'ont pas besoin de faire apparaître leur décomposition comme c'était le cas précédemment au niveau hospitalier lorsqu'on utilisait l'enquête nationale de coût pour calculer la marge nette sur coût variable. Cette information est inutile pour la tutelle qui ne saurait pas comment l'employer. Les calculs qui sont conduits pour les ARH peuvent se contenter d'utiliser les points ISA par GHM sans exploiter les résultats de l'enquête nationale des coûts.

## Assurance maladie

Dans le cas où on adopterait le point de vue de l'assurance maladie, on ne recensera que les dépenses auxquelles celle-ci doit faire face, soit au titre de ses prestations en nature – sous forme de remboursements des dépenses de ville avancées par les ménages, déduction faite des tickets modérateurs –, soit au titre des prestations en espèces versées aux assurés sociaux en arrêt de travail. Pour l'ambulatoire, les consultations médicales (C, V, CS), les actes paramédicaux (AMC-AMK) ainsi que les actes de radio-

logie et d'exploration fonctionnelle sont valorisés à partir des cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) éditée par l'UCANSS (Union des caisses nationales de sécurité sociale). Les actes de biologie liés à la pathologie, quant à eux, doivent être valorisés sur la base des cotations de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), également éditée par l'UCANSS. Les cures thermales valorisées sont celles qui ne donnent pas lieu à une hospitalisation. Les cures thermales avec hospitalisation peuvent être considérées comme une hospitalisation. La CCAM doit remplacer au 1<sup>er</sup> janvier 2004 la Nomenclature générale des actes professionnels pour les actes techniques. La NGAP va continuer à persister pour l'instant pour les consultations, les actes de biologie, les actes paramédicaux et les actes de sage-femme.

Pour évaluer les coûts des prescriptions médicamenteuses, la base de données de la société Vidal-SEMP est utilisable. Cette société édite un répertoire exhaustif des spécialités pharmaceutiques disponibles en pharmacie d'officine et à l'hôpital sous forme de fiches. Un support magnétique (SempexData) rassemble l'ensemble des données pharmaco-thérapeutiques et économiques sur les spécialités pharmaceutiques. Ce support permet l'utilisation des données dans des programmes *ad hoc*. La mise à jour des informations est mensuelle. La classification des spécialités utilisée est la classification EPH-MRA. Un code composé de 7 chiffres, le code CIP, permet d'identifier de façon précise chaque conditionnement d'une spécialité pharmaceutique. La valorisation de toutes les prescriptions médicamenteuses du point de vue de l'assurance maladie doit être faite sur la base des prix publics.

Les séjours hospitaliers pourraient être valorisés par ordre en multipliant le nombre de jours passés dans les différents services par les tarifs de prestations journalières correspondants. À première vue, l'opération permettrait de calculer la totalité des dépenses reconnues et remboursées par l'assurance maladie en préservant l'homogénéité des séries statistiques. En réalité, rien ne serait plus faux. Le tarif des prestations journalières ne mesure pas plus les dépenses effectives des caisses qu'il ne reflète le coût réel des soins à l'hôpital. Les versements mensuels de la caisse pivot aux établissements publics et aux établissements privés participant au service public hospitalier restent inchangés une fois que la dotation globale est arrêtée, quelle que soit l'évolution de leur activité. La démonstration des économies réalisées sur les hospitalisations évitées est impossible lorsqu'on adopte le point de vue de l'assurance maladie. C'est sur d'autres postes dont elle a la charge qu'il faudra chercher d'éventuelles compensations en s'intéressant notamment à l'évolution des prestations en espèces (cf. les accords sur le bon usage des soins ou AcBUS). Ces aberrations comptables sont à terme appelées à disparaître ; 2005 marquera un tournant. La notion d'état prévisionnel des recettes et des dépenses remplacera celle de budget limitatif et les facturations des établissements MCO seront mises à charge des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le chaînage des informations devrait en être facilité d'autant. Les revenus de substitution versés par la sécurité sociale recouvrent les indemnités journalières, les pensions d'invalidité et l'aide ménagère. Les indemnités versées aux patients qui ne sont pas en affection de longue durée se calculent en appliquant le taux moyen d'indemnités journalières aux journées d'arrêts de travail qui excèdent le délai de carence réglementaire (3 jours). Les pensions d'invalidité sont versées jusqu'à 60 ans, date à laquelle elles se confondent avec le

régime d'invalidité retraite. Les unes et les autres sont calculées au prorata du salaire moyen annuel. Lorsque celui-ci n'est pas connu, le taux moyen des versements faits par la CNAMTS peut être utilisé. La valorisation des aides ménagères est fonction du coût horaire moyen en vigueur pour Paris et les grandes agglomérations. Au-dessus du plafond minimum de ressources, le malade doit participer au financement de la rémunération. L'estimation proposée surestime légèrement le coût mis à la charge des caisses.

### Comité économique des produits de santé

Pour le CEPS, c'est le prix fabricant qui doit être utilisé pour valoriser la consommation médicamenteuse. Le calcul fiable des coûts nécessite un recueil précis des données de prescription. Le recueil portera, là aussi, sur le code CIP qui identifie de façon unique la spécialité pharmaceutique prescrite. La valorisation nécessite également la connaissance précise de la posologie prescrite par unité de prise et par jour, puis de la durée totale de prescription. Le nombre de renouvellements éventuels devra être précisé. En cas de consultation avant l'expiration de la durée de prescription et du renouvellement des médicaments, un item doit être spécifié pour indiquer si le traitement médicamenteux précédent est ou non maintenu. Les médicaments dont les fréquences d'administration sont formulées comme suit, « à la demande » ou « selon le besoin », doivent être valorisés en fonction d'une fréquence définie par convention avec les médecins de l'étude.

### Système de soins

L'estimation des dépenses pour le secteur sanitaire au sens où l'entendent les comptes de la santé regroupe à la fois des services marchands et non marchands. Pour les premiers, il s'agit, d'une part, des dépenses admises au remboursement par la sécurité sociale et remboursées par celle-ci après déduction des frais laissés à la charge de l'assuré et, d'autre part, des dépenses qui sont laissées à la charge des familles, soit parce qu'elles ne sont pas remboursées (ticket modérateur de droit), soit parce qu'elles ne sont pas reconnues (ticket modérateur de fait, lié au dépassement d'honoraires ou à l'automédication). Pour les seconds, les calculs sont beaucoup plus délicats. La production des établissements publics ou des établissements privés participant au service public hospitalier est financée pour l'essentiel par la dotation globale que leur versent les régimes de sécurité sociale. Il s'agit de services non commercialisés sur un marché, qui sont évalués au coût des facteurs comme il est de règle dans les comptes de la santé. L'analyste n'a pas la possibilité de reconstituer l'ensemble des comptes de production, d'affectation et d'utilisation des revenus de la comptabilité nationale. Il est amené, pour valoriser les séjours dans une indication particulière, soit à recourir aux tarifs de prestations journalières, ce qui le fait retomber dans une perspective assurance maladie avec les inconvénients qu'elle comporte, soit à se placer d'emblée dans une perspective sociétale en s'appuyant sur les GHM et en limitant le décompte des dépenses aux seules consommations de soins et services médicaux. En définitive, la perspective système de soins offre un cadre commode pour classer les postes budgétaires en grandes rubriques – soins hospitaliers, soins de ville, biens médicaux, transports sanitaires –, mais elle met en œuvre des techniques de valorisation qui la font relever d'autres points de vue.

## Collectivité nationale

Il est communément admis que le choix de la perspective sociétale transcende les clivages budgétaires institutionnels en permettant d'agrèger toutes les dépenses, quelles que soient leur nature (directes ou indirectes) [20] et leurs sources de financement (sécurité sociale, ménages, État et collectivités locales). Aux dépenses du secteur sanitaire sont ajoutés le coût des hébergements dans des institutions non médicalisées, celui des équipements familiaux exigés par le maintien à domicile des malades, la valeur des pertes de salaires consécutives à la garde du malade par les membres de sa famille et, enfin, les diminutions de rémunération directement liées aux contraintes qu'impose le traitement au malade lui-même. La définition la plus large du coût des soins pour la collectivité intègre même la valeur des pertes de production dues à la morbidité lorsque celle-ci s'accompagne d'une sortie provisoire ou définitive du monde du travail. Certaines recommandations [21] conseillent d'intégrer les coûts non médicaux directs et indirects dans l'estimation du coût socio-économique des traitements. Ces propositions posent à la fois des problèmes pratiques et conceptuels. Ces données ne sont pas toujours relevées dans les essais et, à défaut d'informations récentes d'origine indirecte, elles ne peuvent pas être intégrées dans l'analyse. Sur le plan théorique, le risque est grand d'aboutir à des doubles emplois entre le numérateur et le dénominateur des ratio coût/efficacité. Très souvent, les performances obtenues sont ajustées en fonction du retentissement de la maladie et de son traitement sur la qualité de vie ; or, la plupart des échelles qui explorent ce domaine prennent en compte les répercussions de la maladie sur les rôles sociaux et les occupations habituelles. Valoriser ces absences sur les lieux de travail en les portant sous forme de coût au numérateur reviendrait à les décompter deux fois. En aucun cas, lorsqu'on se place du point de vue de la collectivité, les transferts sociaux ne doivent être pris en compte. La rubrique des transferts sociaux totalise les prestations en espèces relatives aux arrêts de travail, à l'invalidité, au décès. Traditionnellement, on admet que de telles sommes ne bénéficient pas directement au secteur médico-social. Elles sont prélevées sur certains assujettis pour être redistribuées à d'autres et servent à financer des dépenses qui alimentent l'activité économique générale. Il s'agit donc de simples opérations de transfert qui ne correspondent en aucune façon à une affectation spécifique de ressources au bénéfice du secteur sanitaire.

## Spécification des postes de dépenses

Le périmètre de définition du coût dans une perspective donnée dépend de l'objet de coût que l'on choisit d'étudier et du rôle que l'on entend lui faire jouer.

La relation entre le coût et les quantités produites exige de préciser par rapport à quel paramètre on qualifie la charge. Dans le cadre de l'assurance maladie, par exemple, on peut considérer que l'objet de coût se limite aux prestations en nature ou s'étend, au contraire, à toutes les dépenses dont les caisses sont redevables au titre des prestations en espèces.

Le contenu du coût sera également différent selon les emplois auxquels on le destine. Pourquoi souhaite-t-on le calculer ? Veut-on disposer d'un critère de gestion, d'un moyen de contrôle ou d'un instrument de tarification ?

Dans le premier cas, l'analyse des répercussions financières d'une décision doit enregistrer les dépenses nouvelles qui

apparaissent lorsque celle-ci est prise par rapport aux charges qui auraient été constatées si elle ne l'avait pas été. On ne retiendra que les seules rubriques qui sont affectées par la prise de décision, à l'exclusion de celles qui reflètent les conséquences financières de choix passés sur lesquels il est impossible de revenir, et on écartera les postes qui se bornent à enregistrer mécaniquement des décisions tarifaires sans tenir compte de la réalité des charges. Ce qui caractérise fondamentalement l'adoption du point de vue de la collectivité nationale, par exemple, est beaucoup moins l'ampleur du domaine exploré (dépenses sanitaires, dépenses familiales, pertes de production) que l'introduction d'un raisonnement en termes de coût d'opportunité. Les tarifs et les dépenses sont partiellement délaissés au profit d'une recherche de la valeur des efforts réellement déployés par la société en faveur de la santé. La qualité de justesse devient une propriété métrologique essentielle, ce qui requiert de recourir à la technique des « GHM aménagés » pour prendre en compte la réalité des coûts dans l'indication étudiée.

Dans le deuxième cas, la division de l'entreprise en centres de coûts permet de définir pour chaque centre quels sont les coûts contrôlables, ceux sur lesquels le responsable du centre peut exercer une influence et au regard desquels il est possible d'apprécier sa gestion. Quand on raisonne en termes de centre de responsabilité, l'accent est mis davantage sur le contrôle que sur la prévision. Les propriétés à privilégier sont la précision et la sensibilité.

Enfin, dans une perspective de tarification, on prendra en considération toutes les charges supportées au titre de l'activité étudiée (coût complet ou quasi complet).

En définitive, il y a autant de types de coûts que d'utilisations possibles. Pour préciser la nature de l'objet de coûts, il convient donc toujours de préciser où le curseur est positionné dans la liste des postes budgétaires qui sont analysés d'un point de vue donné et pourquoi.

## Définition d'une fenêtre temporelle

Une décision peut faire sentir ses conséquences jusqu'à la fin des temps. Il convient donc de se fixer un horizon au-delà duquel on se désintéressera des effets produits. Les limites de la prévision doivent être définies dans l'étude de coûts.

À court terme, compte tenu des rigidités existantes, les seules économies potentielles que l'on peut légitimement espérer d'une réduction de la durée d'hospitalisation ne concernent que les dépenses variables associées à la prise en charge des malades (figure 2).

À moyen terme, on peut espérer que le redéploiement du personnel médical et paramédical au sein du service ou entre les services permettra de faire l'économie des dépenses directes. Le cas de figure le plus favorable est celui où le service serait totalement fermé.

Enfin, intégrer dans les économies potentielles les frais d'administration générale ou les frais de structure évités signifie que l'introduction d'une nouvelle technologie permettrait de raser l'établissement. Une telle solution est évidemment envisageable, comme le prouve l'expérience des hôpitaux Laennec et Broussais avec la mise sur pied de l'hôpital européen Georges Pompidou. Il faut bien reconnaître que de telles économies ne pourront se manifester qu'à très long terme.

L'analyse des économies à attendre d'un choix dépend toujours du cadre temporel dans lequel on se situe. Cette fenêtre doit toujours être spécifiée. À court terme, compte tenu des

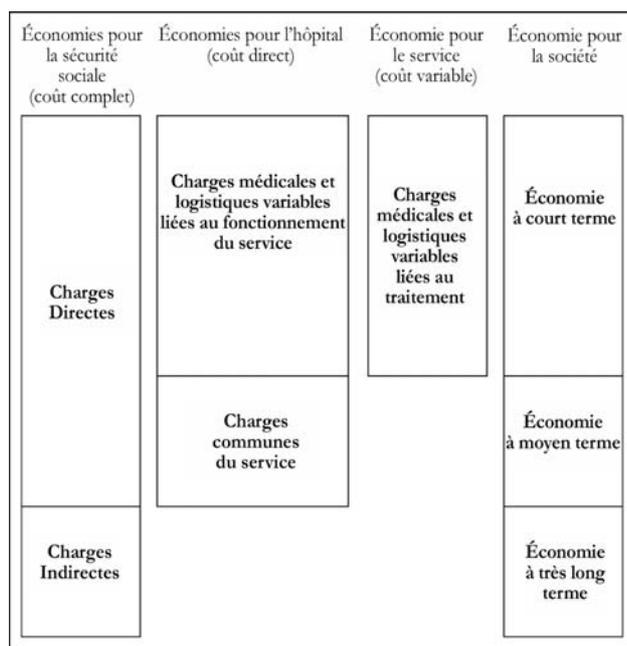


Figure 2. Les économies possibles en fonction de l'horizon temporel choisi.

rigidités existantes, les seules économies potentielles que l'on peut espérer d'une réduction de la durée d'hospitalisation ne concernent que les dépenses variables du GHM qui sont associées à la prise en charge des malades. Il convient de s'en tenir à des calculs en coûts marginaux. À long terme, on tiendra compte de la totalité des charges qui sont enregistrées au titre de ce GHM. Le raisonnement doit être conduit en coûts complets sur la base de prix de revient moyen par séjour [22-26].

Une telle recommandation a pour conséquence que l'application mécanique de la valeur en points ISA pour calculer le coût d'un séjour devient impossible. Seule l'analyse détaillée des composantes des GHM telles qu'elles apparaissent dans l'étude nationale de coûts permet de procéder à une analyse fine des économies escomptées d'une réduction de la durée d'hospitalisation. Cette distinction entre les horizons temporels successifs qui peuvent être retenus permettrait de moduler le calcul des coûts en fonction des délais qu'exigent les opérations de redéploiement des moyens et des hommes. À chaque horizon choisi serait donc associée une « vignette de coût » différente dans les modèles de prévisions budgétaires.

## Sélection d'un mode de recueil de l'information

L'analyse des coûts peut être faite de façon rétrospective, prospective ou sur la base de coûts standard. La première analyse suppose que l'on retourne au dossier du malade, la deuxième exige la mise sur pied d'une enquête prospective avec cahier d'observation ou recueil sur internet. La méthode des coûts standard est la plus économique en termes de temps passé ; elle suppose qu'il existe une quantité de soins standard par malade qui peut être valorisée à un prix unitaire de revient déterminé. On peut considérer que les GHM de l'échelle nationale de coûts correspondent eux aussi à des coûts standard, même si leur décomposition en quantité et en

prix unitaire n'est pas évidente à un observateur extérieur, ce qui est perçu par les *reviewers* étrangers comme une entorse à la sacro-sainte règle de la nécessaire distinction entre les quantités consommées et les prix unitaires utilisés.

## Conclusion

On voit bien que le questionnement classique : « Un coût pour qui ? Le coût de quoi ? Un coût pourquoi faire ? Des coûts mesurés à quel moment ? » n'est qu'une facilité pédagogique. Les questions s'interpénètrent, elles exigent réflexion et réponses synchrones. La définition du périmètre des opérations à prendre en compte dépend *in fine* de l'objet de coût qui a été choisi dans une perspective donnée, de la finalité de l'étude et de l'horizon temporel retenu.

L'économiste n'est pas un comptable, il s'intéresse autant à la valeur du service rendu au malade qu'à l'ampleur des moyens qui sont mobilisés pour le soigner. L'importance qu'il accorde aux facteurs financiers ne découle pas, comme on le croit encore trop souvent, de la volonté de maîtriser les dépenses, mais répond avant tout au souci de sauver le plus grand nombre de vies. Le coût réel d'un traitement est non le montant des frais qu'il entraîne mais l'étendue des virtualités sacrifiées pour d'autres patients qu'il faudra renoncer à traiter. C'est pourquoi on ne peut se contenter d'étudier les coûts respectifs des différents traitements sans prendre en compte leur efficacité clinique. C'est l'ensemble des résultats obtenus qui doit être rapporté au coût pour décider si un traitement est justifié ou non. Dès lors que des besoins concurrents exercent une pression croissante sur des ressources limitées, c'est la notion d'efficacité qui doit s'imposer. ▼

## RÉFÉRENCES

- Riveline C. *Évaluation des coûts : élément d'une théorie de gestion*. École nationale supérieure des mines de Paris, 1980.
- Launois R, Toumi M, Reboul-Marty J, Lançon F. Le coût de la maladie : un labyrinthe inextricable ou une aide à la décision ? Le cas de la schizophrénie. *L'Encéphale* 1998 ; 24 : 83-99.
- Launois R. Un coût, des coûts, quels coûts ? *Journal d'Économie Médicale* 1999 ; 17 : 77-82.
- Launois R. Typologie des coûts en comptabilité analytique. In : *Ateliers de la transparence : comparaison des coûts des thérapeutiques dans le dossier de la transparence*. Travaux de l'Atelier n° 6. Paris : Snip, 1995.
- Colinot N, Gaillard A. *Budget global : mécanismes*. Point Stat n° 13, Direction des Statistiques et des Études. Paris : Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 1997.
- Piquard R, Leclercq B. Analyse de coût des technologies médicales. *Gestion Hospitalière* 1986 ; 260 : 675-8.
- Desbœuf K, Molinier L, Carrère MO, Bugat R, Boisseau M, Machelard-Sauvage M, et al. Analyse coût/efficacité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des carcinomes d'origine indéterminée. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 1119-27.
- Le Corroller AG, Fortanier C, Faucher C, Blaise D, Moatti JP. L'évaluation économique de l'autogreffe de cellules souches du sang périphérique. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 893-9.
- Sznajder M, Aegerter P, Launois R, Merlière Y, Guidet B, CubRea. A cost-effectiveness approach of stays in intensive care units. *Intensive Care Med* 2001 ; 27 : 146-53.
- Launois R, Portafax C, Le Lay K, Perrocheau G. Internet pharmacoeconomic studies in metastatic colorectal cancer. *Crit Rev Oncol/Hematol* 2001 ; 38 : 63-77.

11. Launois R, Portafax C, Perrocheau G. Cancer du colon. Chimiothérapie de seconde ligne : les enjeux. *Le Moniteur Hospitalier* 1999 ; 112 : 18-24.
12. Ministère de la santé. *La tarification de l'activité. Modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre*. Août 2003.
13. *L'échelle nationale des coûts relatifs par groupe homogène de malades*. 2002. <http://www.le-pmsi.org>
14. Manuel des groupes homogènes de malades. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. *Bulletins Officiels* n° BO 2000-2 bis, 6<sup>e</sup> version.
15. *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)*. Union des Caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS). Paris, mise à jour 2 avril 2003.
16. Le Lay K, Riou-França L, Launois R. Analyse coût-efficacité des chimiothérapies par voie orale en médecine de ville : le cas de la vinorelbine. *Journal d'Économie Médicale* 2002 ; 20 : 379-400.
17. Launois R, Reboul-Marty J, Bonnetterre J. Évaluation médico-économique de la chimiothérapie de deuxième ligne dans le cancer du sein métastatique : comparaison du docétaxel, du paclitaxel et de la vinorelbine. *Bull Cancer* 1997 ; 84 : 709-21.
18. Livartowski A, Gastaldi C, Kletz F, Spira R, Palangié T, Launois R, et al. Utilisation du PMSI pour l'évaluation économique des facteurs de croissance hématopoïétiques. *Journal d'Économie Médicale* 1998 ; 16 : 265-74.
19. *Classification commune des actes médicaux CCAM*. Version V0 bis en ligne. <http://www.le-pmsi.org>
20. Rice DP. *Estimating the cost of illness*, Health Economics Series, n° 6, PHS Publication N° 947-6. Washington : US Government Printing Office, May 1996.
21. Gold MR, Siegel J, Russell L, Weinstein M, eds. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York : Oxford University Press, 1996.
22. Selke B, Allenet B, Bercez C, Bogillot O, Lebrun T, Lefebvre JL. Évaluations économiques des cancers de la tête et du cou : un état des lieux. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 759-64.
23. Perrier L, et al. Un essai d'exploitation de la base nationale de PMI pour évaluer la spécificité et le coût de la prise en charge hospitalière des cancers pédiatriques en France. *Bull Cancer* 2002 ; 89 : 975-83.
24. Borella L, Finkel S, Crapeau N, Peuvrel P, Sauvage M, Perrier L, et al. Volume et coût de la prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999. *Bull Cancer* 2002 ; 89 : 809-21.
25. De Zélicourt M, Detournay B, Comte S, Stockemer V. Épidémiologie et coûts du cancer du poumon en France. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 753-8.
26. Lacour B, Laurent JF, Lenfant MH, Loeb A, Peuvrel P, Sauvage M, et al. Manuel de procédures PMSI en cancérologie. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 209-18.