

## PMSI et allocation budgétaire

### *PMSI and budget allocation*

Vincke B (\*), Toselli A (\*), Marty M (\*)

#### Résumé

La mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et son utilisation pour une partie de l'allocation budgétaire des hôpitaux ont soulevé de nombreuses interrogations.

Le calcul du coût des points ISA a révélé d'énormes disparités entre structures.

Ce travail étudie les conséquences de l'utilisation de l'échelle de points ISA par GHM qui permet cette valorisation.

En toute logique, elle devrait gommer les différences de recrutement entre établissements. Or l'existence de nombreuses corrélations entre le coût du point ISA et divers indicateurs calculés aux niveaux des structures prouve que cette échelle ne parvient pas à ajuster ce coût en fonction de la population accueillie. Les constatations mettent en évidence certains types de patients plus « rentables » que d'autres.

Il ne faut pas que ce nouveau mode d'allocation pousse à une sélection des patients ou à une utilisation détournée des données du PMSI.

**Rev Med Ass Maladie 2000;1:79-81**

*Mots-clés* : PMSI ; point ISA ; coût ; recrutement ; comparaison.

#### Summary

The instauration of the PMSI and its subsequent use for partially allocating hospital budgets has raised a number of issues.

The calculation of the cost of ISA points has uncovered great disparities among different health care facilities. This article studies the consequences of using diagnostic related groups (GHM) in the ISA scale as a classification tool.

Normally, differences in patient populations among facilities should be averaged out by the ISA scale classification. However, a study of the numerous correlations between the cost of an ISA point and various calculated indicators in these structures proves that the scale does not succeed in adjusting this cost as a function of the patient population requesting care. The findings indicate that certain types of patients are more "profitable" than others.

We must be careful not to allow this new method for determining budgets to induce patient selection or to a diverted use of PMSI data.

**Rev Med Ass Maladie 2000;1:79-81**

*Key Words* : PMSI; ISA points; costs; patient populations; comparison.

(\*) Médecin-conseil chef de service, Échelon national du service médical (CNAMTS), 66, avenue du Maine 75694 Paris cedex 14 (correspondance : Vincke B).

## INTRODUCTION

Depuis l'utilisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les hôpitaux publics à des fins budgétaires, beaucoup d'établissements tentent d'expliquer leur coût du point ISA (indice synthétique d'activité) par des facteurs internes (investissements, ratio de personnels...). Mais peut-être faudrait-il, parallèlement à cette démarche, rechercher si l'instrument de mesure qu'est le calcul des points ISA comporte des biais ?

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'hypothèse de départ est qu'une échelle de mesure totalement juste doit permettre de gommer les différences de recrutement et d'activité des divers hôpitaux.

En d'autres termes, si l'échelle de coût du PMSI était « pure », les différences liées aux spécificités de chaque structure ne devraient pas se traduire en tendance au niveau de la valeur du point ISA si l'on étudie un ensemble d'établissements.

De ce fait, le coût ISA ne doit pas être corrélé positivement ou négativement à de quelconques items relatifs à l'activité des structures hospitalières.

L'Assurance maladie dispose actuellement des résumés de sortie anonymes (RSA) publics. Il est possible de choisir quelques items qui paraissent pertinents et de les calculer pour chaque établissement.

De la même façon, le coût du point ISA est connu pour chaque structure, ce qui permet de mettre en parallèle tous les items précédents avec cet indicateur économique.

Les différentes variables qui ont été choisies peuvent être ventilées en trois grands groupes :

### 1. Étude de la clientèle accueillie

- Age moyen ;
- durée moyenne de séjour (DMS) brute ;
- différence entre durée de séjour (DS) et DS observée sur la base de données nationales.

### 2. Étude de l'activité

- tous les pourcentages des 24 catégories majeures de diagnostic (CMD) avec de plus différenciation entre CMD chirurgicale et CMD médicale ;
- pourcentage d'activité (chirurgicale, médicale) ;
- pourcentage des groupes homogènes de malades (GHM) avec complications et co-morbidités associées (CMA) ;
- pourcentage d'actes classants à indices de coûts relatifs (ICR) > 50 et > 100.

### 3. Étude de la structure

- nombre total de GHM produits ;
- nombre de GHM différents produits par la structure.

## RÉSULTATS

Dans un premier temps, la corrélation bivariée avec test bilatéral entre le coût ISA et chaque item est calculée (les coefficients de corrélation calculés sont ceux de Pearson et Spearman).

Nous disposons d'un groupe de 53 établissements appartenant à toutes les catégories d'établissements publics et PSPH (participant au service public hospitalier) que nous considérerons comme représentatifs dans un premier temps.

Nous pouvons distinguer les corrélations positives des négatives.

### 1. Corrélations négatives avec le coût du point ISA

- **la moyenne d'âge** : le coût du point ISA baisse d'autant plus que les patients de l'établissement sont âgés ( $r = -0,31$  ;  $p = 0,027$ ) ;
- **le pourcentage de GHM chirurgicaux** : le coût de l'ISA baisse quand la part d'activité chirurgicale est importante ( $r = -0,29$  ;  $p = 0,03$ ) ;
- **le pourcentage de GHM avec CMA** : cette corrélation est très forte, le coût ISA baisse quand le pourcentage de GHM avec CMA est élevé ( $r = -0,57$  ;  $p = 0,0001$ ) ;
- **le pourcentage d'actes classants à ICR > 50** : par contre, il y a absence de corrélation avec le pourcentage d'actes à ICR > 100 ( $r = -0,29$  ;  $p = 0,04$ ) ;
- **le pourcentage de CMD 06** (affections du tube digestif) : le point ISA baisse quand la prise en charge des pathologies digestives est importante ( $r = -0,33$  ;  $p = 0,018$ ) ;
- **le pourcentage des CMD 13** (affections de l'appareil génital féminin) : de la même façon le point ISA baisse lorsque la prise en charge des pathologies de l'appareil génital féminin est importante ( $r = -0,29$  ;  $p = 0,034$ ).

### 2. Corrélations positives avec le coût du point ISA

- La **durée moyenne de séjour** globale pour l'établissement évolue dans le même sens que le coût du point ISA ( $r = 0,39$  ;  $p = 0,005$ ) ;
- la moyenne de la **différence entre la DS** de chaque patient/GHM et la DMS calculée grâce à la base nationale du coût. Cette corrélation est très forte ( $r = 0,65$  ;  $p = 0,000$ ), supérieure à la précédente ;
- le **nombre total de RSA produits par l'établissement** ( $r = 0,33$  ;  $p = 0,016$ ) le coût du point ISA augmente avec l'activité de l'établissement (et donc le plus souvent sa taille) ;

- le **nombre de GHM différents produits par l'établissement**. Il est donc possible d'écrire que le coût ISA augmente avec l'étendue du plateau technique offert par l'établissement ( $r = 0,33$  ;  $p = 0,016$ ) ;
- le **pourcentage de CMD 01** (pathologie du système nerveux) ( $r = 0,44$  ;  $p = 0,001$ ) ;
- le **pourcentage de CMD 03** (ORL et stomatologie) ( $r = 0,34$  ;  $p = 0,013$ ) ;
- le **pourcentage de CMD 10** (affections endocriniennes) : corrélation positive forte ( $r = 0,48$  ;  $p = 0,000$ ) ;
- le **pourcentage de CMD 18** (maladies parasitaires et infectieuses) ( $r = 0,34$  ;  $p = 0,013$ ) : le surcoût peut être lié au sida qui n'était pas dans une CMD particulière à l'époque ;
- le **pourcentage de CMD 22** (brûlures) ( $r = 0,36$  ;  $p = 0,009$ ).

La découverte de corrélation avec le pourcentage de certaines CMD conduit à étudier le découpage de ces CMD en activités chirurgicale et médicale pour rechercher si la corrélation est liée à un type d'activité ou aux deux. Les résultats montrent :

- CMD 01 : corrélation unique avec le pourcentage d'activité médicale ;
- CMD 03 : corrélations avec les 2 pourcentages mais plus forte avec la part chirurgicale ;
- CMD 06 : inversion des corrélations : la part médicale est faiblement corrélée positivement au coût ISA, la part chirurgicale négativement ;
- CMD 10 : corrélation de la part médicale ; absence de corrélation pour la part chirurgicale ;
- CMD 13, 18 : disparition de la corrélation pour la part chirurgicale (qui est d'ailleurs très faible pour la CMD 18) ;
- CMD 22 : seule la part médicale reste corrélée positivement au coût du point ISA ;
- par contre apparaissent des corrélations positives pour les parts médicales des CMD 19, 20 et 21.

Toutes ces variables étudiées aux niveaux des établissements présentent souvent des liens entre elles. De ce fait, il paraît intéressant d'étudier les corrélations partielles pour garder l'effet propre de chaque variable. Malheureusement, nous ne disposons que de 53 établissements, ce qui ne permet pas d'entrer beaucoup de variables en même temps dans le modèle.

Par contre, les tests itératifs avec 3 ou 4 variables permettent de confirmer la forte corrélation entre le coût ISA et la moyenne de la différence DS-DMS

observée dans la base de données nationale, même si l'on ajuste sur l'âge moyen le pourcentage de GHM chirurgical ou le pourcentage de GHM avec CMA.

À l'inverse la variable âge moyen perd vite toute corrélation avec le coût ISA si l'on ajuste sur le pourcentage de GHM avec CMA, de chirurgie ou la différence DS-DMS nationale.

Les autres variables gardent un effet propre, semble-t-il, mais cette observation est à confirmer sur une base plus étoffée.

## DISCUSSION

Beaucoup d'éléments semblent influencer le calcul du total de points ISA d'un établissement et donc le coût du point ISA.

Comme nous le craignons, l'échelle de coût ne parvient pas à gommer les différences de recrutement et d'activités des divers établissements.

Nos résultats tendent à confirmer certaines observations classiques comme la mauvaise valorisation de la prise en charge de la diabétologie, la bonne valorisation de la chirurgie sauf pour les actes à ICR > 100.

D'autre part, les gros établissements à plateaux techniques très diversifiés semblent pénalisés.

Bien sûr, tout ce travail présuppose la justesse des divers traitements comptables et la bonne qualité du recueil PMSI sur lesquels s'appuie tout le processus de calcul des points ISA et de leur valorisation. Il faut être conscient des possibilités de manipulation du codage, afin « d'optimiser » les points ISA obtenus.

Il faut rapidement faire attention à tous ces éléments car ils peuvent pousser les établissements à sélectionner leurs patients. Il apparaît, en effet, d'après cette étude, que certains patients et pathologies puissent être plus « rentables » que d'autres avec l'échelle de valorisation actuelle.

*Cet article a été rédigé suite aux travaux d'un groupe chargé de réfléchir aux possibilités d'utilisation du PMSI par le service médical de l'assurance maladie dans le domaine de la qualité, de l'allocation budgétaire et de la planification.*

*Ce groupe était composé des Docteurs Baudoïn, Bernardini, Bouzigues, Chanut, Duroux, Mineur, Schmitt, Toselli, Vincke, Marty et Vibet.*

*Un premier article sur PMSI et qualité est paru dans La Revue médicale de l'Assurance maladie 1998;3:63-71.*