

répartition ont aussi été exploitées pour étudier leur impact éventuel sur la valeur du point ISA ou bien sur la situation économique et financière des cliniques privées. Des travaux de recherche sur la mesure de la spécialisation ou de la diversification de l'activité des établissements de santé sont en cours et seront développés dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité.

Un troisième axe d'analyse est celui de la difficile évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins de santé. Pour cela, la Drees a choisi de comparer les établissements sous l'angle des disparités de modalités de prise en charge sur des aspects spécifiques de leur activité. Ces disparités sont ensuite analysées en fonction des caractéristiques des structures (équipements et personnels). Ce type d'études a par exemple été mené sur les maternités, les urgences, les plateaux techniques, la dialyse etc. Les enquêtes réalisées auprès des usagers constituent un autre angle d'analyse de cette problématique.

Un quatrième aspect de l'exploitation des données de l'activité hospitalière se traduit dans les travaux exploratoires qui sont menés depuis plusieurs années sur la construction d'indicateurs de performance.

On ne développera pas ici les aspects régionaux ou plus locaux des possibilités d'exploitation des systèmes d'information. On soulignera toutefois que, comme il l'a été signalé plus haut, la rénovation de la SAE en 2000, notamment avec la volonté de pouvoir confronter l'activité des établissements avec les moyens mobilisés pour sa réalisation, s'inscrit très clairement dans le cadre du développement d'outils d'évaluation, pour les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) en particulier.

Comment faciliter l'appropriation des systèmes d'information par les acteurs ?

Le développement des systèmes d'information hospitaliers soulève aussi la question de leur utilité partagée : comment faire en sorte que l'information produite soit utile à la fois aux organismes de tutelle commanditaires et aux établissements producteurs ?

Plusieurs types de réponses peuvent être envisagés. Il s'agit d'abord de limiter le coût de production de l'information en recourant à l'échantillonnage dès que cela s'avère possible, au lieu de demander à la totalité des établissements de fournir des données ; cela suppose toutefois que l'on est capable de construire un échantillon représentatif dont on maîtrise la variance et le biais, et pour lequel on dispose d'une information fiable pour redresser les données collectées. Il faut aussi savoir parfois se contenter d'une information synthétique lorsque l'expérience montre que l'information détaillée est difficilement exploitable, soit par manque de fiabilité, soit par manque de temps pour la traiter.

Enfin, l'établissement aura intérêt à produire une information fiable si celle-ci est utilisée à des fins de gestion, de régulation, ou de financement. L'objectif de *benchmarking* est souvent évoqué comme un moteur pour le développement des systèmes d'information par les établissements. À cet égard, l'organisation d'un retour d'information vers les établissements, mise en forme et structurée, est indispensable pour leur permettre de se situer par rapport à des moyennes nationales, régionales ou à différents groupes d'établissements, en fonction de la taille ou de la nature de l'activité, etc. 🌐

Dispositifs de connaissance des coûts hospitaliers : évolutions et usages

Jean-Claude Moisson

Professeur, centre de gestion scientifique, École des Mines de Paris

On peut considérer que, jusqu'au début des années soixante, les systèmes d'information visant à répertorier de façon systématique les caractéristiques économiques de l'activité hospitalière sont restés embryonnaires. Étaient connus pour l'essentiel les comptes administratifs des établissements, que l'on pouvait décomposer selon les postes budgétaires classiques (personnel, produits médicaux, fournitures, amortissements, etc.). La comptabilité nationale tenait ainsi des chroniques permettant de suivre l'évolution des facteurs de production de l'hospitalisation publique, vus de façon globale. Raisonner en termes de coût était à cette époque aventureux, puisqu'il fallait alors référer ces dépenses globales à des indicateurs d'activité manquant de signification aux yeux des professionnels

de la santé, tel le nombre d'admissions ou de journées de l'établissement, paramètres ne rendant aucunement compte de la lourdeur des soins.

De l'opacité des années soixante...

Dans le courant des années soixante, les comptabilités analytiques des hôpitaux se sont développées, visant essentiellement à justifier les prix de journée, qui constituaient à l'époque le mode de financement des établissements hospitaliers, publics ou privés. Ces modèles de calcul de coûts pouvaient être sophistiqués, selon la précision du découpage analytique en sections d'analyse et le nombre de sections définitives de coûts prises en compte, ces sections définitives étant constituées par les disciplines médicales, et pouvaient

aboutir, dans les établissements les plus importants, à des tableaux de bord présentant un grand luxe de détails. On disposait ainsi, pour un service donné, qu'il soit clinique ou qu'il appartienne au plateau médico-technique, des dépenses directes et indirectes de ce service, ces dépenses pouvant être distinguées par nature (personnel, fournitures, amortissement, etc.), et étant référées à une unité d'œuvre (les journées pour les services cliniques, les lettres clefs K, B, Z, etc. pour le plateau médico-technique).

Ces comptabilités analytiques ont vécu, au mieux, une utilisation externe (élément de négociation budgétaire entre les hôpitaux et la tutelle, à l'époque les directions départementales et régionales des Affaires sanitaires et sociales). L'usage interne s'est révélé très faible. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène : tout d'abord celles qui sont liées à toute comptabilité analytique complexe accumulant les conventions pour effectuer des affectations en cascades de dépenses, et aboutissant par là-même à des résultats plus ou moins opaques. Là comme ailleurs on vit se développer des argumentations en faveur de méthodes analytiques différentes dans leur philosophie, telles les méthodes ABC, mais sans résultats spectaculaires quant à leur usage effectif dans la gestion des établissements. Deux autres causes de cette faiblesse de la raison gestionnaire sont en effet plus fondamentales :

- la non-médicalisation de la mesure de la production utilisée. Même si la segmentation en plusieurs dizaines de disciplines médico-économiques apparaît comme un progrès par rapport à un nombre global de journées pour l'hôpital, cette segmentation reste trop grossière par rapport aux milliers de pathologies présentes dans les classifications internationales des maladies. Par ailleurs, le recrutement des patients ne respecte pas à la lettre cette même segmentation : par défaut de place, un malade cardiaque peut se retrouver dans un service d'orthopédie.

- de façon plus structurelle encore, la culture que l'on peut appeler « culture de non-gestion » qui s'était installée dans l'hôpital moderne, c'est-à-dire depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le développement économique des Trente Glorieuses et les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital (organisation dite professionnelle, où les opérateurs, en l'occurrence les corps médecin et infirmier, disposent seuls des compétences permettant de configurer l'activité) se sont en quelque sorte épaulés pour faire de l'hôpital une entreprise privée de gestion interne, où le management, sans prise directe sur l'activité, a pour fonction essentielle d'aller chercher des ressources à l'extérieur, ce qui lui permet d'éviter les conflits que ne manquerait pas de susciter un effort gestionnaire trop soutenu.

Il convient d'ajouter à ce paysage qu'à l'époque, aucune base de données ne collecte les résultats de ces différentes comptabilités analytiques afin de créer des références économiques. De tels systèmes d'infor-

mation auraient de toute façon été difficiles à exploiter tellement le cadre général proposé pour ces outils (la circulaire M21) était souple et conduisait donc à des pratiques — et des résultats — très hétérogènes.

... aux apports du PMSI

L'accentuation de la contrainte financière, à partir du milieu des années soixante-dix, et le changement du mode de financement des hôpitaux publics, passant sous dotation globale en 1983, ne changeront pas immédiatement la situation. Au contraire, la disparition des prix de journée au profit d'un financement forfaitaire a pour effet de ralentir le développement des comptabilités analytiques.

Il faut attendre le milieu des années quatre-vingt-dix et la mise en application du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) pour voir les choses évoluer. Comme on le sait, cet outil propose une classification des patients hospitalisés en court séjour à la fois médicale et économique : les groupes homogènes de séjours (GHS), sont censés renvoyer chacun à un sous-ensemble de pathologies voisines aux yeux du corps médical et comporter des séjours mobilisant des ressources analogues. Ces groupes sont aujourd'hui au nombre d'environ 600, ce qui certes reste éloigné de la richesse des classifications internationales, mais constitue un progrès net par rapport aux descriptions précédentes. Comme on le sait, le développement du projet PMSI a été long, surtout sous l'angle des données économiques : il a été lancé en 1983, et très vite une première classification en GHS (GHM à l'époque : groupes homogènes de malades) a été élaborée, par importation pour l'essentiel d'une classification américaine de même nature. Ce n'est qu'en 1992 qu'est lancée l'opération intitulée Étude nationale de coûts (ENC), visant à munir les groupes homogènes de séjours (GHS) de caractéristiques économiques, notamment de coûts.

Les principes de l'Étude nationale de coûts sont les suivants : des hôpitaux sont recrutés sur la base de la qualité de leur système d'information (exhaustivité sur la classification de leurs séjours dans le PMSI, bonne affectation des actes techniques aux patients etc.); ils doivent par ailleurs appliquer une comptabilité analytique identique d'un site à l'autre, fondée sur des normes rigoureuses définies par l'administration de la santé (jusqu'en 2001, c'était la mission PMSI qui avait en charge ce dossier; à présent intervient l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Atih).

Cette comptabilité analytique aboutit au calcul d'un coût complet par séjour, ce qui explique les prérequis demandés aux établissements de l'échantillon en matière de système d'information. Il faut notamment que tous les actes effectués sur un séjour lui soient affectés, pour qu'une part des dépenses du plateau médico-technique soit imputée au même séjour, par l'intermédiaire d'une unité d'œuvre fonction des actes (depuis 1995 les index de coût relatif — ICR —, coûts standards des actes,

Pour en savoir plus

- 📖 Le manuel de comptabilité analytique des établissements publics, paru à la Documentation française : *Bulletin Officiel* n° 97/2 bis du ministère de la Santé et de l'Emploi, ainsi que ses mises à jour.
- 🌐 Le site de l'ATIH : www.atih.sante.fr, sur lequel on peut consulter les outils décrits dans ce texte, ainsi que des notices explicatives.
- 📖 Le livre collectif du Centre de gestion scientifique relatant l'évolution de la gestion hospitalière sur les dernières décennies : *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, deux tomes, 1999 et 2000, auteurs : F. 0303, Engel, F. Kletz, J.-C. Moisdon, D. Tonneau. Ed : Seli Arslan.

déterminés à partir de dires d'expert, et remplaçant les lettres clefs B, K, Z... de la Sécurité sociale, dénuées de signification économique).

L'Étude nationale de coûts est une opération qui se renouvelle chaque année, l'effectif des hôpitaux de l'échantillon tournant autour de la cinquantaine. La dernière base de données constituée dans ce cadre comporte plus de 2,5 millions de séjours ou séances. Jusqu'en 2004 était calculée pour chaque groupe homogène de séjours la moyenne des coûts des séjours de ce GHS dans la base ; c'était cette moyenne qui, à un coefficient près, fournissait le nombre de points ISA (index synthétique d'activité) du GHS, indicateur qui, à partir de 1997, a été utilisé — plus ou moins — par les agences régionales de l'hospitalisation pour moduler l'allocation budgétaire aux différents établissements de leur circonscription. À partir de 2004, ne sont plus calculés de points ISA, mais les coûts moyens de séjour par GHS observés sur la base servent à déterminer des tarifs dits « à l'activité », le mode de financement actuel des hôpitaux, le budget global pour les publics, les prix de journée pour le privé étant progressivement remplacés par une tarification prenant en compte l'activité médicale.

Les coûts moyens par groupes homogènes de séjours calculés à partir de l'Étude nationale de coûts constituent ainsi des coûts de référence. Mieux, chaque année l'Atih propose un éclatement de ces coûts en une vingtaine de composantes issues de la comptabilité analytique (coût des médecins des services cliniques, coûts des infirmières des services cliniques, coûts des unités du plateau technique : blocs, labos, imagerie..., coûts de restauration et de blanchisserie, coûts administratifs, etc.), ce qui conduit à une matrice imposante de coûts (600 lignes environ — les GHS —, plus de 20 colonnes — les composantes du coût complet).

Il convient d'ajouter à cette base de données deux autres outils qui permettent *a priori* d'approfondir la connaissance des coûts hospitaliers :

- une base de données, tenue actuellement par le CHU d'Angers, sur les coûts par activités logistiques et médico-techniques, calculés selon les normes comptables évoquées précédemment, à partir d'un échantillon d'une centaine d'établissements volontaires ;

- l'analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN), qui effectue un recoupement entre la base ENC, la SAE (Statistique annuelle des établissements, répertoriant chaque année les données d'offre en matériel et personnel sur l'ensemble des établissements), et les retraitements comptables transmis par les hôpitaux à la tutelle en vue du calcul des indicateurs PMSI : cet outil permet par exemple d'obtenir des indicateurs de productivité tels les effectifs de personnel médical ou non médical rapportés à l'activité, et cela sur l'ensemble des établissements. Tous ces outils seront prochainement intégrés dans un système d'information unique (Parthage), tout en s'adaptant au nouveau mode de financement (substitution des tarifs au concept ISA).

Pour quels usages ?

On a donc affaire au total à des systèmes d'information relativement riches, et prenant mieux en compte la variabilité de l'activité hospitalière. Force est cependant de constater que ces informations n'ont que très partiellement été utilisées par les établissements eux-mêmes, depuis qu'elles existent, c'est-à-dire paradoxalement depuis qu'existe également un incitatif économique fondé sur ces mêmes informations. Les raisons avancées par les responsables hospitaliers sont la plupart du temps d'ordre technique : ils estiment que les outils existants sont encore imparfaits. Il est vrai que le dispositif PMSI, sous son angle économique, a été essentiellement élaboré dans une optique de régulation de l'ensemble du système, aboutissant à des indicateurs globaux (la valeur du point ISA, par exemple) plus difficilement utilisables dans une optique de gestion interne pour les hôpitaux ne participant pas à l'Étude nationale de coûts (et ne pouvant donc pas calculer leurs propres coûts par GHS). Par ailleurs, des critiques nombreuses peuvent être apportées au dispositif actuel (ne serait-ce que son incomplétude puisqu'il ne vise toujours que le court séjour, et non les autres secteurs : soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, long séjour).

Pourtant les établissements ne sont pas totalement dépourvus en la matière, et pourraient par exemple mobiliser les résultats de l'Analyse de gestion hospitalière nationale, ou encore appliquer des méthodologies proposées par l'administration, comme le Tableau coûts-case-mix (TCCM), leur permettant de positionner leurs grands groupes de dépenses par rapport à un hôpital fictif issu de l'Étude nationale de coûts et ayant la même activité en GHS qu'eux, analyses qu'ils pourraient également compléter par les références offertes par la base d'Angers (cf. ci-dessus). Ils peuvent également essayer de transposer en interne les calculs faits par la tutelle dans le cadre de la régulation et examiner quels sont leurs centres de responsabilité (ou pôles) bénéficiaires ou au contraire déficitaires par rapport au PMSI. Certes tout cela est critiquable, fournit davantage de signaux à interpréter qu'une vérité incontestable, mais on retrouve là le statut traditionnel de l'instrumentation de gestion, qu'il s'agisse d'hôpital ou de gestion industrielle.

Le fait que peu d'efforts aient été observables dans ce sens renvoie moins en fait à des problèmes techniques qu'à une perpétuation de la culture de non-gestion évoquée plus haut, et ancrée dans les caractéristiques structurelles de l'activité. Le bond en avant effectué cette année par l'administration, insatisfaite devant le peu d'impacts des outils générés par le PMSI, et consistant à faire de ce dernier la base d'une tarification, changera-t-il cette situation, en imposant un incitatif plus brutal qu'auparavant et conduisant les professionnels à s'intéresser davantage aux conditions économiques de leur production ? C'est l'un des objectifs visés, mais en même temps un pari loin d'être gagné. 