

CAHIER DU LAMSADE

Laboratoire d'Analyse et Modélisation de Systèmes pour l'Aide à la Décision

(Université de Paris-Dauphine)

Unité Associée au C.N.R.S. n° 825

L E C O U T D E L A M A L A D I E

CAHIER N° 61
juin 1985

Sylvie PADRAZZI

S O M M A I R E

	<u>PAGES</u>
- Abstract	I
- Résumé	II
- Table des Sigles et Abréviations	III
- Introduction	1.
- <u>I. La genèse du PMSI</u>	3.
I.1. La désignation des produits hospitaliers.	5.
I.2. L'utilisation des produits hospitaliers aux U.S.A.	9.
- <u>II. Les volontés de la Tutelle en France</u>	16.
II.1. Le coût de la maladie à travers l'expérience américaine	18.
II.2. Le contexte français	23.
II.3. Les différences entre contextes français et américain.	24.
- <u>III. Le coût par maladie</u>	27.
III.1. Pour une articulation budget global/PMSI.	34.
III.2. La faisabilité interne.	34.
III.3. Les différences de fond entre les deux projets.	35
- Conclusion	37.
- Bibliographie	38.

C O S T O F D I S E A S E

A B S T R A C T

In this paper are presented the elements allowing the implementation of a different analytical accounting method (PMSI) in the french public hospitals. This method is based on the concept of cost per pathology which is drawn from Pr. R. Fetter's works, and is presently being applied in some states of the U.S.A.

We describe and appraise Pr. R. Fetter's methodology without neglecting differences between the two countries, we point out the fundamental elements taken into account to transpose this methodology.

At last, we demonstrate that this cost of disease may be computed with various goods : price fixing , improving internal administration, comparing hospitals, computing overall budget allocation per hospital. Though fundamental differences between each reform (PMSI and overall allocation) presently introduced, we can conclude that PMSI may be used to compute and justify annual overall allocation per hospital.

K E Y - W O R D S

- Overall budget allocation
- Decision
- Negotiation
- Cost per disease
- Homogeneous set of patients (G.H.M.)
- Hospital accounting per G.H.M.
- Hospital Administration
- PMSI
- Health.

LE COUT DE LA MALADIER E S U M E

Le présent cahier présente les éléments permettant d'implanter dans les hôpitaux publics français une comptabilité analytique différente, fondée sur la notion du coût par pathologie (PMSI). Cette pratique a été inspirée par les travaux du Professeur R. Fetter et est actuellement opérationnelle dans certains Etats américains.

Nous décrivons tout d'abord dans ce cahier la méthodologie retenue par le Professeur R. Fetter, puis nous faisons le bilan de ses caractéristiques. Nous dégageons ensuite -tout en tenant compte des différences entre les deux pays- les points fondamentaux qu'il est nécessaire de prendre en compte pour transposer ces modes de calcul du coût de la maladie.

Enfin, nous montrons que ces modes de calcul peuvent avoir des finalités très différentes : tarification, amélioration des instruments de gestion interne, comparaisons interhospitalières ou calcul de la dotation globale. Malgré les divergences fondamentales des deux réformes actuellement en cause (Budget Global et PMSI), nous en concluons qu'il est tout-à-fait envisageable d'utiliser le PMSI pour déterminer et justifier le montant des enveloppes annuelles attribuées à chaque hôpital.

- Budgétisation globale
- Décision, négociation
- Coût de la maladie
- Groupe homogène de malades (G.H.M.)
- Comptabilité hospitalière par G.H.M.
- Gestion hospitalière
- PMSI
- Santé

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

A.P.	Assistance Publique.
B.G.	Budget Global.
C.A.	Centre d'Activité.
C.G.S.	Centre de Gestion Scientifique (Ecoles des Mines de Paris).
C.R.	Centre de Responsabilité.
C.R.G.	Centre de Recherche en Gestion (Ecole Polytechnique).
D.D.A.S.S.	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.
D.R.A.S.S.	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale.
D.R.G.	Diagnosis Related Groups (les GHM américains).
G.H.M.	Groupe Homogène de Malades.
I.G.R.	Institut Gustave Roussy (Villejuif).
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé.
P.M.S.I.	Projet de Médicalisation du Système d'Information.
"Case-mix"	Ventilation des malades par pathologie d'un hôpital.

I N T R O D U C T I O N

Parce que les dépenses de santé augmentent depuis une dizaine d'années de façon alarmante -et parmi ces dernières, celles occasionnées par l'hospitalisation en représentent plus de la moitié-, les modalités de gestion de l'hôpital public, tant comptables que financières, sont aujourd'hui remises en question.

C'est pourquoi le Ministère de la Santé souhaite mettre en place, au lieu du système traditionnel si véhémentement critiqué, un système dont on attend qu'il éclaire le repérage et l'évaluation de l'activité médicale, ainsi que ses conséquences sur les ressources consommées par chacun.

C'est dans le cadre de cette réflexion que s'est insérée notre étude. Nous avons en effet tenté d'analyser ce nouveau système et pour ce faire, nous nous sommes attachés à mesurer l'impact sur la gestion hospitalière des deux principales réformes que les Pouvoirs Publics souhaitent insérer dans le tissu hospitalier, réformes déjà en place, ou à venir... dans le but d'améliorer sa gestion.

La première se rapporte à une refonte de la tarification et du financement hospitalier, la seconde s'intéresse davantage au coût de la maladie. Ce dernier point constitue précisément le sujet de ce cahier. En effet, la comptabilité hospitalière actuelle ne permet pas de dégager le coût de la maladie, notion a priori fort intéressante. Pour remédier à ce manquement, la Tutelle souhaite mettre en place d'ici quelques années le P.M.S.I. : Projet de Médicalisation du Système d'Information. Ce projet constitue une réflexion sur la possibilité d'implanter dans les hôpitaux français un nouveau type de comptabilité qui permettrait de dégager un coût pour chaque pathologie rencontrée.

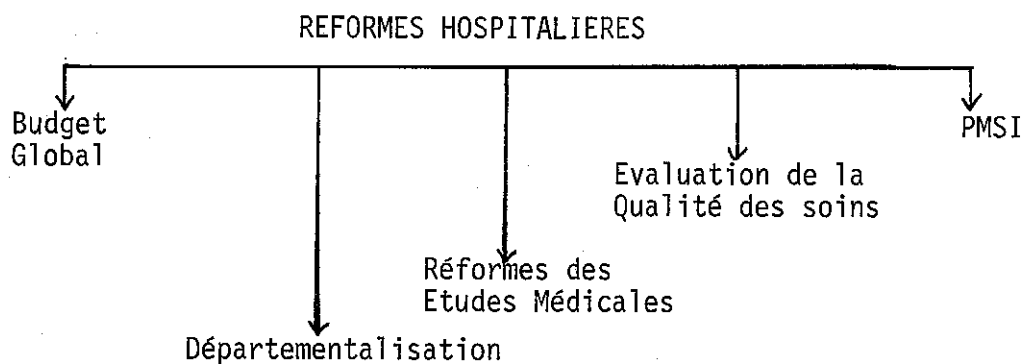
Ce concept, qui a été mis au point et déjà utilisé dans certains Etats nords-américains, est certes très attrayant. Il est, de plus, relativement accessible -du moins en théorie-. Les réflexions,

présentées dans ce cahier, se sont néanmoins attachées à montrer combien il est difficile dans la pratique -et ce pour de multiples raisons- de dégager un coût de la maladie à partir des données actuelles.

LE PROJET PMSI : ORIGINE ET FAISABILITE

I. LA GENESE DU PMSI : Définition d'un produit hospitalier

Dans le cadre de la réforme hospitalière, le Projet de Médicalisation du Système d'Information se présente comme une solution au problème de la "transparence" non encore obtenue à ce jour de l'activité hospitalière et ceci en vue d'une gestion optimale. Dans cette optique, PMSI intervient par ailleurs en parallèle avec d'autres réformes, dont bien sûr celle du budget global.



Pourtant, l'idée d'une médicalisation du système d'information hospitalier est déjà ancienne (23). L'hôpital, boîte noire qui transforme un budget déterminé en une certaine quantité de soins attribués à des patients, telle est la vision qu'en ont bien des économistes mais qui ne satisfait plus aujourd'hui bon nombre d'entre eux -auxquels il faut rajouter le Ministère- estimant cette situation incompatible avec la gestion actuellement souhaitée. Et les dépenses d'hospitalisation, nous l'avons vu, sont trop élevées pour que l'on continue à ne pas essayer d'analyser plus finement les mécanismes évoqués précédemment.

A cet égard, les travaux nord-américains, et particulièrement, ceux du Professeur Fetter, ont joué un rôle important dans le développement rapide de ces méthodes dont nous allons parler maintenant.

Les arguments théoriques en faveur d'une définition du produit hospitalier sont nombreux et ne manquent pas d'intérêt. Leur point de vue

consiste à définir l'hôpital comme une entreprise multi-produits, chacun d'entre eux nécessitant pour sa production des moyens spécifiques selon des méthodes opératoires dont une grande partie pourrait être qualifiée de systématique. La mise en évidence d'une telle nomenclature technique présenterait le gros avantage de permettre l'utilisation des concepts classiques en gestion de production, à savoir : productivité, efficacité, rentabilité, etc... Et ainsi les velléités de planification et de contrôle de gestion dans les hôpitaux trouveraient-elles tout leur sens. Mais dans cette optique -dont la théorie s'avère très séduisante- il reste à mettre au point, pour ne pas dire créer de toutes pièces, une telle nomenclature technique...(1)

Et si cette vision des choses peut sembler très séduisante de par son caractère opérationnel, de grandes précautions doivent néanmoins être prises. L'hôpital, nous l'avons vu, n'est vraiment pas une entreprise comme les autres, et l'analogie de certains raisonnements doit être menée avec une extrême prudence. De par les analyses statistiques fournies sur des cas déclarés homogènes, il est apparu raisonnable d'utiliser pour le contexte hospitalier le modèle d'une industrie travaillant sur des produits pour lesquels la notion de série a un sens, ce qui n'est bien sûr pas le cas de toutes les entreprises actuelles (SSCI par ex.).

Et dans la mesure où l'on pourrait disposer d'une "productivité" bien définie du système hospitalier, il serait alors possible d'envisager -grâce à une augmentation de cette même productivité- une réduction éventuelle des dépenses de l'hospitalisation à activité constante. Il serait également possible de parler d'hôpitaux plus "productifs" que d'autres, de connaître ceux qui le seraient le plus... et le moins... On pourrait en outre s'interroger sur les moyens d'améliorer la productivité hospitalière... Bref, autant de conséquences fort séduisantes.

Et pour ce faire, la réduction des dépenses à activité constante devrait passer par deux phases bien connues en gestion de production :

- une mise en concurrence de toutes les unités de production, concurrence portant sur les prix auxquels seraient proposés

les produits réalisés par celles-ci.

- ayant dégagé parmi tous, les modes opératoires les plus productifs, une généralisation standardisée de ces derniers à tous les hôpitaux.

De fait, la notion de productivité une fois dégagée, il est même envisageable d'aller plus loin... Pour un nombre donné d'hôpitaux, il serait alors possible de comparer deux à deux leurs services homologues, de les ordonner en fonction de leurs performances respectives et, éventuellement, de juger ces résultats.

Comme nous le voyons ici, la construction du critère "productivité" modifierait totalement la façon d'aborder les problèmes budgétaires et financiers au sein de l'hôpital.

C'est un tel point de vue qui semble être retenu aux U.S.A. actuellement à travers l'expérience américaine de standardisation des coûts par pathologie mise au point par l'équipe du Professeur R. Fetter, expérience qui s'appuie sur la nomenclature des "D.R.G." (Diagnostic Related Groups, nos GHM -Groupes Homogènes de Malades- français) prise comme base de définition des produits de la technologie hospitalière.

I.1. LA DESIGNATION DE PRODUITS HOSPITALIERS : L'EXPERIENCE US

L'idée d'une classification médicale n'a rien de très actuel ni d'original car, de tous temps, cette méthode fut l'outil initial du dépistage des syndrômes, des signes, des pathologies, etc...

A l'heure actuelle, plusieurs sont en vigueur, que ce soit la nomenclature OMS -à caractère officiel et international- ou bien la nomenclature OTARIE, à usage local (Assistance Publique de Paris). De façon plus précise, certaines disciplines ont mis au point des classifications très fines de leurs propres pathologies : code MEARY en orthopédie traumatologique, code TNM en cancérologie, etc...

Mais il serait erroné de penser que la simple réunion de toutes ces diverses classifications puisse constituer dans son ensemble la nomenclature de production attendue. Car, à une même catégorie de malades peuvent correspondre des traitements très différents, compte-tenu de paramètres non intégrés à ces classifications, et n'ayant qu'un but purement descriptif. De fait, il est important de souligner que ces nomenclatures déjà existantes ne sont en rien exhaustives du traitement attribué en contrepartie. Or, pour obtenir une nomenclature de production, nous devons disposer de deux éléments simultanément : à la fois d'une liste de produits, et pour chacun d'entre eux, d'un mode opératoire de production, commun à tous les articles appartenant à une même catégorie de produits donnée.

La nomenclature de production est avant tout une description technique de fabrication ; et de ce point de vue, sa réalisation en médecine est impossible car il faudrait disposer des descriptions de toutes les séquences d'actes possibles, ce qui est bien évidemment purement impensable.

Pour cette raison majeure, la méthodologie employée par les chercheurs de l'équipe Fetter est la suivante : c'est la recherche d'une classification en groupes homogènes de malades, homogènes vis-à-vis des moyens utilisés pour les soigner. Et pour définir cette homogénéité -dans la mesure où, comme nous l'avons dit, il était impossible de partir de séquences des divers modes opératoires- Fetter a utilisé un indicateur de la consommation des moyens. Il s'agit le plus souvent de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) et, quelquefois, les frais de séjour moyens facturés au malade ; mais comme d'un point de vue statistique ces deux variables sont très fortement corrélées, le choix de l'une ou de l'autre est libre.

Et pour ne pas aboutir à des absurdités médicales en utilisant une telle méthode, le point de départ de la classification a d'abord été médical. La méthodologie des DRG pose certaines caractéristiques propres à une "bonne" classification de patients. Énonçons ici celles que l'on retrouve dans la littérature américaine :

1. Elle doit pouvoir être mise en place grâce à l'information collectée usuellement dans l'hôpital dans sa totalité.
2. Elle doit comprendre un nombre de catégories qui soit à la fois raisonnable tout en comportant malgré cela tous les patients susceptibles d'être traités.
3. Chaque classe doit regrouper des malades nécessitant une même intensité de moyens.
4. Chaque classe doit contenir des malades cliniquement identiques.

A partir de ces quatre axiomes, 83 groupes de diagnostics ont été retenus initialement et ont été ensuite divisés par stratification dichotomique descendante à l'aide de trois autres variables (analyse discriminante), la variable à discriminer étant la DMS (Durée Moyenne de Séjour) :

- l'âge du malade,
- le ou les diagnostics secondaires (tertiaires, etc...),
- l'existence ou l'absence d'opération chirurgicale subie par le malade.

D'autres variables, initialement retenues, telle l'absence ou pas de complications, ont été abandonnées car il a été prouvé qu'elles étaient statistiquement dépourvues d'intérêt.

La définition des groupes de diagnostics a été effectuée par un travail statistique considérable mené depuis une dizaine d'années dans les hôpitaux américains. Dans sa version la plus élaborée, ce travail de traitement de données gigantesque a porté sur environ 1,5 M de dossiers médicaux.

La chaîne dichotomique s'arrête lorsque la variance (écarts à la moyenne) est estimée suffisamment basse, ou que le groupe obtenu est inférieur à une taille donnée. Dans une deuxième étape seront rassemblées des données de gestion qui sont de deux types : ce sont d'une part les coûts liés aux soins (actes et coût du personnel soignant) et d'autre part les

coûts administratifs ; parmi eux, tous ceux liés aux prestations fournies aux malades. Des tarifs peuvent alors être ainsi attribués à chaque groupe de malades. Un groupe est caractérisé par des durées de séjour voisines, des coûts sensiblement identiques et de fortes analogies au plan médical. Bien entendu, tant l'homogénéité au plan des coûts que les analogies au plan médical ne sont totales. Les groupes recouvrent certes des différences, mais celles-ci sont réduites ; l'objectif de la méthode étant de créer des groupes dont les éléments s'écartent peu d'une moyenne définie en terme de durée de séjour.

Actuellement, le système AS-SCORE a permis d'établir aux U.S.A. 467 DRG, d'après le Professeur S.E. Berki (26). Bien sûr, certaines critiques n'ont pas manqué d'être formulées à l'égard d'une telle méthode.

- Comme le reconnaissait très justement M. Berki, il arrive que certains malades ne soient pas recensés avec l'algorithme de classification et qu'ils disparaissent.

- Se pose en outre le problème important de la qualité et de la fiabilité du recueil des données, en particulier pour tout ce qui concerne les définitions précises des diagnostics secondaires.

- Au sens strict, cette classification ne constitue pas une nomenclature de production. De même, alors qu'en gestion de production les produits exécutés le sont toujours en conformité à certaines normes de qualité préalablement définies ; ici dans cette méthode, on n'intègre jamais la qualité des soins dispensés dans chaque groupe de malades.

- Enfin, la DMS ne se trouve discriminée qu'à l'intérieur d'un groupe de diagnostic majeur : or d'un diagnostic majeur à un autre, les DRG peuvent avoir la même DMS (Ceci est même obligatoire, puisque l'on a en tout 467 DRG, et une DMS qui varie seulement de 1 à 40 jours).

Après avoir souligné ces quelques critiques qui sont portées sur la méthode, intéressons-nous maintenant à l'utilisation qui en est

faite Outre-Atlantique.

I.2. L'UTILISATION DES PRODUITS HOSPITALIERS AUX U.S.A.

Il convient tout d'abord de préciser que les U.S.A. sont le seul pays à l'heure actuelle à avoir poussé cette expérience jusqu'au bout (28). Devant l'accroissement très important des dépenses de santé nationale, le gouvernement américain a souhaité avoir une meilleure connaissance de la production hospitalière afin de mieux contrôler ce domaine de la santé, ce qui est apparu aux yeux de certains comme une "ingérence" relativement paradoxale avec l'existence actuelle du système conservateur au pouvoir. La méthode des DRG leur a semblé mieux visualiser les conséquences économiques et financières des choix et décisions médicales ; dans la mesure où elle s'apparentait aux principes économiques en vigueur dans le pays.

Mais, rappelons ici brièvement quel est le contexte hospitalier américain. Il se caractérise d'abord par la variété de ses systèmes de gestion. Cette variété, à la fois technique et étatique, tient surtout à l'absence d'un système général et normalisé de prise en charge. Ainsi, tout citoyen est libre de contracter une assurance qui couvrira une part relative de ses dépenses hospitalières, en fonction de la police choisie.

A côté de cette pratique libérale existent des organismes étatiques ou fédéraux (Medicare, Medicaid) destinés à soigner les catégories sociales les plus défavorisées, indigents ou vieillards. Pour ces derniers les instances publiques rémunèrent les hôpitaux sur la base d'une convention qui peut être fonction de la taille de la population concernée. Enfin, un malade peut très bien régler de lui-même l'hôpital s'il ne dispose d'aucune couverture.

Dans un tel contexte, les hôpitaux ont fonctionné jusqu'alors en maintenant un système de tarification individuelle pour certains malades, parallèlement à des négociations globales avec les compagnies d'assurances ou organismes étatiques. Cette multiplicité s'accompagnait du fait qu'il pouvait y avoir d'importants écarts de facturation d'un hôpital à l'autre,

ou d'un type de clientèle à l'autre.

Aux U.S.A. donc, le système de Sécurité Sociale n'existe pas et les remboursements de soins ont lieu par l'intermédiaire d'un jeu d'assurances privées, même si le Gouvernement prend en charge des sommes de plus en plus importantes, comme nous l'indiquent les chiffres suivants :

HEALTH CARE EXPENDITURES (in Billions)

	TOTAL EXPEND.	% OF GNP	GOVERNEMENT EXP.	
				% BY GOVEMT.
1960	\$ 27	5,3 %	\$ 7	26 %
1981	\$ 287	9,8 %	\$ 123	43 %

(source S.E. Berki).

De fait, la classification en DRG a été, dès son élaboration, conçue dans deux buts (25) :

- 1. Elle devrait permettre une transformation radicale du mode de calcul du budget des hôpitaux. En effet, prise comme une réelle nomenclature de production, des tarifs peuvent être associés à chaque groupe de malades, et en fonction de son "case-mix", le budget prévisionnel de fonctionnement relatif aux dépenses liées à l'activité peut être alors aisément déterminé.

Cette méthodologie a été mise en place dans l'état du New-Jersey et vient d'être retenue par les organismes fédéraux Medicare et Medicaid comme base de remboursement. A terme, ils souhaitent la disparition des remboursements faits sur la base des hôpitaux pour un système de remboursement national, calculé sur deux taux :

- . hôpital urbain,
- . hôpital rural

et construits sur la base d'un échantillon national.

Mais de nombreux problèmes se posent dans la pratique car il existe des différences très importantes entre Côte Ouest et Côte Est, et en outre, il s'avère que ce système favorise les hôpitaux universitaires.

- 2. Enfin, le Gouvernement espère que la mise en place d'un remboursement à travers les DRG entraînera, par des jeux et des mécanismes financiers particuliers, un transfert des charges de l'Assurance Maladie Fédérale vers d'autres organismes payeurs privés.

Pour comprendre mieux la logique de ces deux attentes, précisons maintenant quelle serait l'utilisation concrète d'une telle méthodologie. Le principe de base est l'incitation financière. Chaque hôpital devra estimer le prix auquel il voudrait être payé pour les cas relevant de tel ou tel groupe : cela constituera en quelques sortes un prix d'annonce. Ensuite, l'institution payante calculera la moyenne de ces prix annoncés sur tous les hôpitaux considérés et effectuera une péréquation entre ces divers prix afin de fixer définitivement le tarif de remboursement.

Ceci peut s'écrire de façon plus formelle de la sorte :

- considérons n hôpitaux $\rightarrow$ indicés par : i $1 \leq i \leq n$,
- considérons m DRG $\rightarrow$ indicés par : j $1 \leq j \leq m$

et soit p_{ij} = prix demandé par l'hôpital i pour un malade du groupe j ,
 p'_{ij} = prix payé à l'hôpital i pour un malade du groupe j

et si $\bar{p}_j = \frac{\sum_{i=1}^n p_{ij}}{n}$, moyenne des prix pour le groupe j ,

alors on a :

$$p'_{ij} = \alpha p_{ij} + (1 - \alpha) \bar{p}_j \text{ avec } \alpha \in [0, 1].$$

Bien sûr, il convient ici de commenter abondamment ce résultat. Tout d'abord, il est certain que ce mode de calcul tend à favoriser, de par sa nature, une homogénéité des prix demandés autour d'une certaine valeur moyenne dont il est difficile de donner a priori une estimation précise,

car nous avons affaire ici à un processus dynamique qu'il serait même possible d'incider dans le temps, afin de mieux analyser son évolution.

En outre, il convient de remarquer qu'un tel fonctionnement place les hôpitaux dans une logique de "pseudo-marché". "Pseudo", car il n'y a jamais réellement confrontation classique des prix et quantités en fonction de l'offre et la demande ; et "marché", parce que, néanmoins, nous nous trouvons ainsi dans un contexte de concurrence organisée et dirigée par les organismes payeurs, qui est censé conduire à terme à un remboursement unique pour chaque DRG, unique à échelle nationale. Ceci se traduirait alors par : $\alpha \rightarrow 0$ et donc on aurait : $\forall i \in [1, n], p'_{ij} \rightarrow \bar{p}_j$.

Alors, la première conclusion qui se dégage d'un tel raisonnement est la suivante, et nous verrons que -pour ce qui concerne l'adaptation française du projet- elle pose un problème important. C'est que dans un pareil contexte de nature marchande, les P_{ij} apparaissent dans la littérature anglo-saxonne comme étant des "coûts" ; et il est raisonnable de penser qu'il s'agit là de prix de revient complets, au sens de la comptabilité analytique française. Ils sont décrits en fait comme coûts ne prenant pas en compte les charges de structure, telles les immobilisations et autres frais de personnel d'encadrement, par exemple. En sont également exclues les dépenses liées aux consultations externes.

Tout cela pose évidemment des problèmes quant à savoir ce que recouvrent réellement ces coûts... Mais dans la logique américaine il est important de savoir que ce point d'interrogation ne constitue en rien un frein à la mise en place du projet. Car, peu leur importe de savoir avec exactitude s'il s'agit de coûts réels ou pas ; en effet, le système américain ne réclame que des prix d'annonce qui sont des prix de vente uniquement. Le libéralisme du système US, et notamment la forte concurrence des hôpitaux et cliniques privées, fait que chaque hôpital est libre de favoriser, par le biais des clefs de répartitions des coûts vers les GHM, ceux parmi les groupes de malades pour lesquels il s'avère compétitif. Les hôpi-

taux obéissent alors à une logique de prix d'appels et promotionnels -pourquoi pas- sur certaines catégories de GHM. De telles hypothèses peuvent très bien s'imaginer dans le cas d'un GHM nécessitant un équipement lourd très coûteux, et nécessitant d'être abondamment utilisé pour être amorti et rentable. On peut même imaginer qu'un hôpital, afin de fidéliser sa clientèle, vende à perte certaines prestations (certains GMH), quitte à se rattraper par ailleurs sur d'autres. Il convient donc d'insister d'ores et déjà sur cette certitude qui est très importante : c'est que le système américain, pour fonctionner, a besoin de prix et non pas de coûts. Cette première conclusion est d'ailleurs déjà à elle seule porteuse de bien des tracasseries pour tous ceux qui seraient désireux d'adopter la cause américaine trop hâtivement... Mais nous aurons l'occasion, par la suite de notre étude, d'insister sur ce point et de rappeler avec force cette première constatation.

La deuxième conclusion que nous sommes amenés à formuler est la suivante : dans cet esprit, il est clair que les règles classiques d'économie marchande vont alors s'appliquer aux hôpitaux US. Ainsi, au mécanisme de pseudo-marché décrit précédemment, se greffera inévitablement une dynamique de sanctions économiques ; à savoir, banqueroute ou enrichissement. Certains hôpitaux feront des profits : d'autres connaîtront des déficits budgétaires (des hôpitaux dans le New-Jersey auraient fait faillite), et plusieurs raisons propres au système US expliquent de tels résultats.

D'une part, le principal objectif à l'échelle nationale en matière hospitalière vise à la réduction des lits; d'autre part, chaque hôpital voit ses recettes provenir de plusieurs organismes payeurs, et donc chacune de ces institutions paye la somme qui lui revient sans toutefois s'intéresser à la totalité des fonds versés à l'hôpital. Enfin, une grande partie des hôpitaux relève du domaine privé, domaine dans lequel la faillite est réellement et juridiquement possible. Deux cas de banqueroute auraient été signalés dans l'état du New-Jersey...

Bien sûr, de tels évènements ne sont pas envisageables en France, et nous avons raisonné jusqu'ici sans faire intervenir un mécanisme régulateur important sans lequel la notion de productivité est caduque : il s'agit de la qualité des soins et de sa maintenance. Dans les expériences américaines, il est toujours sous-entendu implicitement que les comparaisons inter-établissements s'effectuent à qualité de soins égale. Néanmoins cela relance la question suivante, toujours d'actualité : comment appréhender, mesurer la qualité des soins ? Nous reprendrons ce point plus en détail par la suite. Mais, aux U.S.A. où le recours juridique est chose beaucoup plus fréquente qu'en France, la remise en question de la qualité des soins portée devant les tribunaux constitue assurément le garde-fou régulateur que nous ne possédons pas dans notre pays, ainsi que la défense des intérêts des assurances... Quoiqu'il en soit, il semble absolument indispensable de poser le problème de la maintenance et du contrôle de la qualité des soins face à un tel système économique à la productivité.

Faisons maintenant ensemble un premier bilan sur cette méthode américaine des GHM qui s'appuie sur trois caractéristiques essentielles :

1. En l'absence d'une véritable nomenclature de production, la constitution d'une liste de GHM est un palliatif intéressant auquel on peut arrimer pratiquement tous les concepts de l'économie marchande. Mais cette nomenclature, qui s'appuie nous l'avons vu sur la discrimination de la durée de séjour, est loin d'être parfaite ; car d'une part constituer une liste exhaustive, -et fiable d'un point de vue purement médical- de tous les GHM peut être une tâche très délicate, d'autre part leur associer des coûts complets l'est encore plus.

2. Le problème du respect de la qualité des soins est soigneusement occulté par les chercheurs américains -nous verrons qu'il en est hélas de même en France-! comme s'il allait de soi qu'elle ne serait pas mise en cause par les pratiques préalablement décrites ! Cela reste néanmoins une lacune théorique importante.

3.L'utilisation des GHM place les hôpitaux dans une logique de pseudo-marché, avec tous les risques inhérents à une telle situation. De fait, le moteur d'un tel système est à terme l'incitation économique à la productivité, ou du moins à la spécialisation pour chaque hôpital dans les "créneaux" qui lui sont propres. Mais dans la mesure où les hôpitaux pratiquent en fait des prix d'annonce, la première caractéristique n'est plus aussi importante. Car, nous l'avons dit, l'imperfection méthodologique s'avère ici sans gravité dans la mesure où les hôpitaux américains doivent proposer des prix, et non pas connaître avec précision des coûts.

Mais bien sûr, dans la perspective d'une utilisation en France des GHM, ces trois points nécessitent la mise en place d'adaptations importantes, pour ne pas dire l'amputation ou la transformation radicale de certains modules de la méthode américaine. Le contexte français -de par l'absence de sanctions économiques qu'il impose- rend la finalité des GHM tout-à-fait autre : les prix obtenus apparaîtraient alors non plus comme des prix d'appels -ce qui n'aurait aucun sens !- mais comme des coûts... révélateurs du fonctionnement de l'hôpital. Les prix standard des GHM pourraient être utilisés comme base de remboursement, et les coûts obtenus pour chaque établissement serviraient alors de "tableaux de bord" utilisables pour le contrôle de gestion interne et permettant d'analyser les écarts de coûts constatés dans le temps.

Il nous faut donc -compte -tenu des différences énormes existant entre les deux pays, tant d'un point de vue purement économique que culturel- être beaucoup plus exigeant et précis, d'une part quant à la liste exhaustive des GHM, liste établie une fois pour toutes, et d'autre part quant aux divers coûts à lui associer et à la méthode retenue pour ce faire.

Lister tous les GHM possibles, faire en sorte que ces groupes aient une homogénéité fiable, imputer surtout de la plus exacte façon les coûts à chaque GHM en les ventilant de façon honnête et précise, ne pas oublier le problème de la qualité des soins, parent pauvre de la littérature US, voilà quels sont les différents problèmes auxquels il convient de

s'attaquer si l'on souhaite adapter le projet PMSI au contexte français...

II. LES VOLONTES DE LA TUTELLE EN FRANCE

En France, l'idée d'une médicalisation du système d'information hospitalier est relativement ancienne, mais n'avait été abordée jusqu'alors que dans le cadre de certaines recherches épidémiologiques, ou pour établir des statistiques de morbidité. Et dans cette perspective, l'instrument de base qui venait en tout premier lieu à l'esprit était une nomenclature des maladies (Type OMS Organisation Mondiale de la Santé ou autre). Or aujourd'hui, la spécificité du projet PMSI tient au rapprochement qui est établi entre les catégories médicales et la constitution de "produits" hospitaliers.

Aus U.S.A., le projet a trouvé son origine dans les trop grandes disparités existant au sein du système hospitalier, tant au niveau des modes de gestion, des couvertures sociales que des systèmes de comptabilité qui ne connaissent aucune unité.

L'expérimentation puis l'implantation en France du PMSI s'inscrit dans un contexte économique de "pénurie" relative, et il semblerait que les impératifs de sa création soient dictés par l'évolution économique des années 80. Mais il serait erroné de croire que seul le désir de restreindre les dépenses hospitalières soit à l'origine de cette réforme. On trouve certes le souhait de "rationnaliser" la production hospitalière, de la rendre un tant soit peu analogue à la production industrielle, afin de lui insuffler le dynamisme de cette dernière. Mais c'est surtout pour essayer de lutter contre "l'opacité grandissante" du système qu'un projet aussi normatif, aussi descriptif va être mis en place. C'est en effet un grand manque de visibilité qui caractérise cette perception très imparfaite, et dont le Ministère -en particulier le Directeur des hôpitaux- semble las.

Ainsi donc, en se dotant d'un outil exhaustif, mais aussi mettant

l'accent sur les performances et la productivité de chacun, le Ministère désire indéniablement assainir, revitaliser et bouleverser par des méthodes certes un peu brutales, un milieu, un monde qui semble à chaque instant lui échapper davantage, se drapant dans son aura professionnelle et scientifique qui lui sert de coquille et de rempart.

C'est donc surtout dans cette optique que le Ministère souhaiterait parvenir à implanter en France, d'ici quelques années, une comptabilité analytique pour GHM dans les hôpitaux, et pour cela plusieurs étapes sont distinguées :

- La première : la constitution d'une banque de données, comparable à celle recueillie aux U.S.A. mais française. Cette phase est rendue réalisable grâce aux Résumés de Sortie Standardisés, mis au point et remplis par plusieurs hôpitaux "pilote". Les dossiers ainsi obtenus et traités informatiquement devraient permettre d'aboutir vers la fin de l'année 84 à un listage des GHM français. Ces résultats, affinés par de nombreux tests statistiques, devraient fournir une liste définitive des GHM.

- Enfin, dans une deuxième étape, le remaniement de la comptabilité analytique hospitalière devrait ensuite permettre l'affectation des différents coûts aux GHM. Ainsi, pour chaque hôpital, des prix seraient associés à chaque catégorie de maladie traitée.

Comme nous pouvons le constater, il s'agit là d'un programme relativement ambitieux, d'autant plus que le Ministère souhaiterait le voir opérationnel d'ici 4 ou 5 ans...

Si nous nous intéressons aux deux phases de ce projet, toutes deux très passionnantes, il s'avère que la première n'offre malgré tout aucune curiosité particulière dans le domaine de la gestion. C'est un travail qui relève essentiellement de la confrontation entre les connaissances médicales et thérapeutiques et les possibilités informatiques. C'est pourquoi nous n'aborderons pas dans ce cahier cette phase du projet, située en amont

de nos préoccupations. La majeure partie de notre étude va maintenant porter sur l'analyse des procédures comptables permettant d'imputer aux GHM tout ou partie des dépenses hospitalières, puis ensuite sur la faisabilité du projet ainsi que toutes les adaptations et modifications à y apporter afin de le rendre viable dans notre contexte propre ; et enfin nous nous interrogerons sur les conséquences de la mise en place de telles procédures.

II.1. LE COUT DE LA MALADIE A TRAVERS L'EXPERIENCE AMERICAINE

Avant d'aborder l'adaptation française du projet, nous allons maintenant analyser tout d'abord de façon détaillée ce qui précède, et notamment les principes de calcul américains.

Bien que la logique US nécessite moins la détermination rigoureuse de coûts que la fabrication de prix, la mise en application des travaux du Pr. Fetter s'est néanmoins traduite par la mise au point de procédures comptables permettant d'imputer aux GHM, une fois ceux-ci recensés, la part des dépenses hospitalières qui revenait à chacun. Quels sont ces principes de calcul ? Le Pr. Fetter lui-même, à travers ses ouvrages, propose une méthode que nous allons décrire ici en reprenant pour cela un exemple de comptabilité d'un hôpital New-Yorkais, exemple proposé par le C.G.S. (Centre de Gestion Scientifique Ecole des Mines de Paris).

Mais, avant de nous pencher sur cet exemple, donnons tout d'abord les grandes lignes théoriques sur lesquelles repose l'infrastructure mathématique et statistique du calcul.

Les GHM (DRG aux U.S.A.) étant définitivement fixés, il convient d'attribuer un coût à chacun d'entre eux. Pour cela, plusieurs étapes sont nécessaires.

- Une liste de centres de coûts est élaborée, parmi laquelle deux

grandes catégories de comptes sont distingués : ceux qui relèvent de dépenses non directement liées aux hospitalisations mais qui sont plutôt inhérentes au caractère hôtelier d'un hôpital (ex. lingerie, eau, électricité, etc...), et ceux qui dépendent directement de l'activité "hospitalisation" (personnel soignant, laboratoires, etc...). La deuxième catégorie regroupe les centres dits "centres de coûts finaux".

- Le calcul est amorcé par l'affectation des dépenses totales aux divers centres de coûts, finaux et non finaux.

- Ensuite, grâce à un algorithme de prestations réciproques fréquemment utilisé en comptabilité analytique, on répartit dans un premier temps les dépenses des centres de coûts non finaux entre eux ; puis -une fois cette répartition obtenue- on "vide" dans un second temps l'ensemble de ces dépenses dans les centres de coûts finaux. C'est-à-dire qu'à la fin de cette étape, les centres de coûts non finaux ont tous "zéro" comme dépenses, celles-ci étant toutes réparties sur les centres de coûts finaux qui les regroupent toutes. Cette ventilation est réalisable grâce à un jeu de clefs de répartition de dépenses entre centres de coûts.

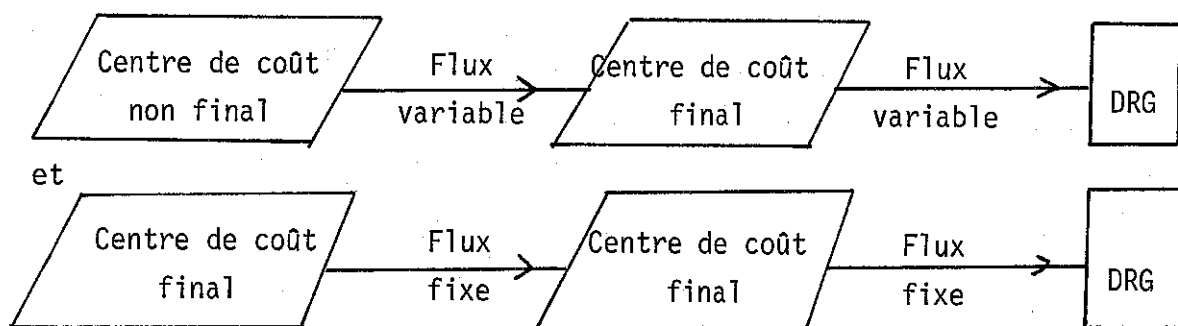
- A la fin de cette étape, on dispose alors de la contribution -ou part relative- en dépenses de chaque centre de coût non final vers chaque centre de coût final. Et, au sein de ces diverses contributions, il est alors possible d'effectuer la distinction entre les coûts considérés comme fixes (c.a.d. indépendants du "case-mix" de l'hôpital) et ceux qui ne le sont pas : les coûts variables.

- Possédant la ventilation des dépenses par centres de coûts finaux, et connaissant dans celles-ci les dépenses variables des non variables, il s'agit maintenant de les affecter aux GHM. Ceci constitue certes l'étape la plus importante, mais aussi -comme bien souvent- la plus délicate également. En effet, il va falloir -à partir de caractéristiques liées aux différents groupes de malades (admissions, durée de séjour, etc...) et d'unités d'oeuvres liées aux centres de coûts finaux (salaires, prix du Kw, ...)- calculer ce qui permet d'établir la jonction entre un centre de coût final donné d'une part et un groupe de malades déterminés d'autre part, c'est-à-

dire déterminer un certain taux de prestations entre un centre de coût final et un GHM(4).

Bien sûr, le problème majeur posé par ce genre de méthode réside naturellement dans le degré de fiabilité et de confiance que l'on peut lui accorder, car tous les paramètres servant à mener à bien ces calculs ne sont pas facilement ni rigoureusement accessibles. La plupart d'entre eux ne sont connus que par estimation -dans le meilleur des cas...- et les manipulations obligatoires et multiples de bon nombre de conventions entachent cette étape cruciale d'une incertitude non négligeable.

- Enfin, ces taux de prestations permettent de distribuer l'ensemble des coûts sur la totalité des DRG. La distinction préalable entre coûts variables et coûts fixes permet d'obtenir deux chaînes de coûts pour chaque groupe de malades :



Pourquoi avoir distingué initialement les coûts variables des coûts fixes ? Nous verrons ultérieurement que, dans une optique comparative, la considération des coûts variables permet théoriquement la comparaison des moyens affectés aux différents DRG entre plusieurs hôpitaux. La distinction coûts fixes:coûts variables a ici pour objectif principal une plus grande transparence dans les résultats acquis, transparence fort utile notamment lorsque les performances de divers établissements seront mises en regard les unes des autres.

Intéressons-nous maintenant à l'exemple d'un hôpital New-Yorkais.

Nous pouvons constater, à travers les extraits des documents comptables qui y sont joints que les comptes se regroupent en catégories :

- . Classe 1 : Comptes des services généraux.
 - . Classe 2 : Comptes des services auxiliaires.
 - . Classe 3 : Centres de coûts liés aux malades hospitalisés.
 - . Classe 4 : Centres de coûts liés aux malades externes.
 - . Classe 5 : Autres comptes remboursables.
 - . Classe 6 : Autres comptes non remboursables.
- (voir liste détaillée des comptes en annexe A)

Cette classification est en outre à relier avec la distinction opérée précédemment faisant apparaître des centres de coûts finaux qui se voient imputer l'ensemble des dépenses. On constate ainsi que ces centres finaux peuvent figurer dans toutes les catégories, à l'exception de la Classe 4. Par exemple, le compte 019 "personnel infirmier de soins intensifs" est rangé dans la Classe 1, Compte des services généraux. Le compte 254 "premiers soins" est lui rangé dans la Classe 5.

Il ressort de cette comptabilité plusieurs remarques importantes, et les premières que nous formulerons ici sont tout d'abord relatives au contenu des divers comptes. Car la ventilation de ces comptes sur les différentes classes ne semble pas obéir à des règles très strictes, et elle est parfois faite de façon.... très surprenante. Considérons par exemple le compte N° 013 "Interns and Residents - Approved Program". Il se trouve rangé dans la Classe 2 "services généraux", alors qu'à priori on pourrait l'affecter aux unités médico-techniques ou d'hospitalisation. On comprend alors difficilement pourquoi il se retrouve placé dans la même catégorie de comptes que "l'administration générale" ou "l'admission".

Une autre remarque portant sur les centres de coûts auxiliaires -Classe 2- peut également être formulée. Ils recouvrent un ensemble d'activités qui relèvent du plateau technique. Mais le mode même de définition des comptes de cette classe est très surprenant : à côté d'un compte "Salles d'opération." (100) on trouve un compte "Cytoscopie (120), la

généralité du premier contrastant de façon saisissante avec la précision du second.

Enfin, l'étude des comptes présentés dans le système comptable de l'état de New-York, et utilisé par l'équipe du Pr. Fetter, ne permet pas de dégager un lien entre les centres de coûts et la notion d'unité d'activité. Ce dernier point aura son importance tout particulièrement lorsque nous ferons la comparaison avec les principes de la comptabilité analytique française.

La dernière remarque que nous ferons à l'égard de cet exemple New-Yorkais est que sa liste de comptes se différencie de façon notoire des schémas théoriques proposés par Fetter lui-même, qui distingue en effet cinq grands groupes de comptes affectables :

- . Structure d'accueil.
- . Hôtellerie, services généraux.
- . Personnel soignant.
- . Sections auxiliaires.
- . Malades externes.

La nomenclature de l'exemple étudié ne coïncide donc pas, nous le constatons ici, avec celle du Professeur Fetter. Mais ceci n'est cependant guère étonnant dans la mesure où, nous l'avons déjà noté, les établissements américains semblent disposer d'une marge de manoeuvre conséquente quant aux évaluations financières des séjours dans les différents GHM, ce qui se traduit de façon bien naturelle par des adaptations locales importantes au niveau de l'outil comptable et des traitements qui lui sont administrés.

Cette souplesse de l'instrument comptable, ajoutée à la constatation déjà faite qui est celle de l'ambiguïté de la liaison centre de coût/unité d'activité posent au niveau de l'adaptation en France de la méthode des problèmes délicats que nous allons maintenant aborder.

II.2. LE CONTEXTE FRANCAIS : LES PRINCIPES DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE

La comptabilité Analytique hospitalière française (7)(21), introduite par le décret du 28 Mars 1953 et par l'instruction M21, est utilisée depuis fort longtemps. Définie dans un but d'homogénéisation des procédures utilisées par tout hôpital, elle a pour principal objectif la détermination de prix de revient d'objets ou de groupes d'objets. La C.A. hospitalière reprend les principes inscrits au Plan Comptable Général. Ce sont :

- . La constitution de sections homogènes,
- . La définition d'une unité d'oeuvre par section,
- . Le découpage de sections correspond le mieux possible à la constitution de centres de responsabilité.
- . Des sections intermédiaires peuvent être créées : auxiliaires, centre de frais, centre de coûts, centre d'analyse, etc...

Dans le cadre hospitalier, on distingue des sections auxiliaires et des sections définitives.

La C.A. hospitalière est une comptabilité en coûts complets (full costing) qui tend à obtenir une répartition de plus en plus fine et en cascade de charges "communes" et de dépenses des sections auxiliaires sur les sections définitives. Les premières sont des fournisseurs de produits ou de prestations pour les secondes qui, elles, fournissent les services finaux.

Cet affinement, proposé par la M21, a deux fonctions essentielles :

- Proposer des tarifs -prix de journée- qui traduisent la vérité des prix (prix de revient notamment).
- A l'aide de ces prix de revient, avoir un outil servant à maîtriser la gestion de l'établissement.

II.3. LES DIFFERENCES ENTRE CONTEXTES FRANCAIS ET AMERICAINS

Il convient, dans ce paragraphe, avant de rentrer dans la phase de réflexion sur PMSI tel qu'il est envisagé de le mettre en place, d'étudier toutes les différences existant entre les deux pays, celles-ci se situant à deux niveaux : l'environnement externe et les structures internes (de l'hôpital). Nous les résumons ici :

A. LES DIFFERENCES INTERNES : LA COMPTABILITE DES HOPITAUX

U.S.A.	FRANCE
.Pas de distinction entre comptabilité analytique et compte d'exploitation: les centres de coûts sont des rubriques provenant tout droit du compte d'exploitation.	.Les sections homogènes de la comptabilité française sont des centres d'imputation de charges par le biais de comptes réfléchis.
.Standardisation des rubriques elles-mêmes par assimilation de la notion de section à celle de comptes de charges.	.Rubriques du compte d'exploitation rigoureusement définies par le Plan Comptable Général. .Découpage en sections très souple.
.Les sections définitives (centres absorbants) sont constituées non seulement des centres d'hospitalisation, mais aussi font intervenir tous les services médico-techniques : labo., bloc opératoire, etc...	.Les centres absorbants sont essentiellement constitués des centres d'hospitalisation.

B. LES DIFFERENCES EXTERNES DUES A L'ENVIRONNEMENT

U.S.A.	FRANCE
. Nécessité d'une tarification basée sur une nomenclature médico-technique des produits hospitaliers : les DRG.	. Tarification basée sur la notion de prix de revient par journée
. Les hôpitaux sont amenés à fournir pour chaque catégorie de produits des prix "d'annonce".	. Prix de journée réglementé par la Tutelle et établi après concertation entre divers organismes. Eventuellement PMSI donnerait un coût partiel des GHM.
. Les organismes payeurs financent les hôpitaux sur la base des prix standards par produits et des hypothèses d'activité de l'hôpital. Les prix standards résultent d'une péréquation nationale entre le prix d'annonce de chaque hôpital et la moyenne de ce prix sur tous les hôpitaux	. Remboursement des prestations individualisées, par rattachement à une caisse attributaire.
. Le contexte de pseudo-marché a pour but une incitation à la productivité à travers un mécanisme de sanctions/stimulations économiques.	. La notion de Service public non marchand ne place pas l'hôpital dans une situation concurrentielle vis-à-vis de ses homologues, du moins au niveau des prix.
. Possibilité de faillite économique pour les hôpitaux.	. Impossible
. Le budget est couplé de façon très mécanique au système de tarification évoqué précédemment.	. Pas dans le système du prix de journée. Peut-être avec Budget Global et PMSI ensemble.
. Les prix d'annonce ne sont censés recouvrir que les dépenses variables en fonction de la nature des malades hospitalisés : aucune indication n'est fournie sur le reste de la négociation et ses modalités.	. Tout dépend de la méthode qui sera retenue en France, lors de l'implantation du PMSI pour établir les coûts par GHM : - coûts partiels - ou - coûts complets.

C. LES CONSEQUENCES SUR LE PRINCIPE MEME DE LA METHODE

L'exemple cité précédemment, extraits des documents comptables d'un hôpital de l'état de New-York -Ecole des Mines Paris-, et l'examen approfondi des deux modèles de comptabilité induisent inévitablement des conséquences importantes pour le passage à une comptabilité par GHM en France. La technique même de la détermination d'un coût par GHM nécessite, outre l'existence d'une liste de ces GHM, la saisie des dépenses affectées aux centres de coûts finaux et la mise au point de clefs de répartition de ceux-ci vers les GHM. Ce jeu de clefs doit être à la fois crédible, fiable et facilement contrôlable, mais également relativement normalisé si l'on souhaite rendre les comparaisons possibles et leur donner un sens.

Dans la perspective française, même s'il est admis que les dépenses d'hospitalisation se répercutent sur les GHM, il n'est cependant pas acquis que le découpage de l'hôpital en sections définitives soit normalisable, ni stable d'un établissement à l'autre. Dans le contexte américain, les GHM constituent les centres d'imputation définitive, la liste de comptes auxiliaires étant ici plus homogène vis-à-vis des sections considérées.

En outre, même si le fond de la méthode se retrouve dans l'une comme dans l'autre des deux approches (prestations réciproques, imputation sur les produits,...), la forme diffère néanmoins sensiblement, que ce soit à travers la nomenclature des comptes, et la définition des centres d'analyses.

Alors la question suivante se pose inéductablement : la mise au point d'une méthode de calcul du coût par GHM nécessite-t-elle une réforme -ou du moins l'intervention de modifications importantes- au sein du système comptable hospitalier ?

Il ne serait pas très sage en vérité, ni très raisonnable vis-à-vis des services du calcul des prix de revient des hôpitaux français de modifier le cadre comptable en fonction des émanations nord-américaines, et

ce d'une façon trop hâtive. Il convient en fait de s'intéresser davantage aux modifications possibles de la comptabilité actuelle afin de l'adapter en vue d'un calcul de coût par GHM. Le problème véritable, à nos yeux, consiste plutôt à cerner avec la plus grande précision l'usage -ou les usages- que l'on souhaiterait faire de ces coûts par GHM, dans la mesure où la méthodologie à employer dépend essentiellement du but recherché. Ainsi sommes-nous amenés à nous demander tout naturellement : pourquoi un coût par malade, et surtout pour en faire quoi exactement ? Cette question, qui met en cause de nombreux acteurs aux points de vue souvent divergents, n'a pas a priori de réponse très précise... Nous allons pourtant nous proposer de dégager les véritables enjeux du coût par maladie(24).

III. LE COUT PAR MALADIE : DANS QUELS BUTS ET QUELLES PERSPECTIVES ?

Différentes utilisations s'avèrent concevables, et nous nous proposons d'en donner ici une liste exhaustive :

. La tarification

C'est l'utilisation principale aux U.S.A. d'une comptabilité par GHM. Mais, nous l'avons dit, il existe là-bas une logique de pseudo-marché qu'il n'y a pas en France. Donc, a priori, PMSI ne sera pas utilisé dans cette optique. Reste que néanmoins l'usage des coûts par GHM en vue de calculer des taux de remboursement est une option possible. En effet, dans l'état actuel des choses, le maintien de certaines procédures (ticket modérateur, tarification maintenue en trois catégories, ...) représente de lourdes contraintes pour les hôpitaux, contraintes imposées en grande partie par la Sécurité Sociale qui souhaite continuer à disposer de prestations individualisées dans certains cas. Nous avons vu à ce propos que les hôpitaux expérimentateurs du budget Global ont tous dû maintenir en parallèle une comptabilité en prix de journée. Or, dans le cadre d'une comptabilité par GHM, il serait pratique -si les méthodes mises en place s'avèrent fiables en tant que modes de remboursement- de pouvoir utiliser ces coûts par

GHM vis-à-vis des organismes de Sécurité Sociale. En effet, le cas échéant, les hôpitaux pourraient se trouver, avec PMSI, dans la situation très désagréable qui consisterait à cumuler deux procédures comptables distinctes : l'une en coût par GHM, l'autre en prix de journée... solution peu séduisante !

Donc, bien que la situation, en particulier le contexte économique externe, soit tout à fait différente de celle des U.S.A., l'utilisation des coûts par maladie dans une optique de tarification n'est pas à exclure. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement, mais remarquons ici d'ores et déjà que cette solution -de par les nouveaux instruments de négociation et de calcul qu'elle donnerait à la Sécurité Sociale- pourrait se montrer très avantageuse pour cette dernière.

L'utilisation des coûts par GHM dans une optique de tarification constitue donc une première façon de se servir de ces coûts.

. La comparaison inter-hospitalière

Dans l'hypothèse où la Tutelle disposerait pour les quelques 500 GHM d'une liste de 500 coûts, et ceci pour chaque hôpital -mais un tel résultat est encore bien loin d'être obtenu !- il serait tentant, dans sa position mais aussi pour la Sécurité Sociale, d'effectuer des comparaisons, à GHM donné, d'un hôpital à l'autre. Ces comparaisons porteraient bien évidemment sur l'efficacité économique des protocoles de traitement des différentes catégories de malades, et n'offriraient de véritable intérêt que dans la mesure où leur serait associé un système de sanctions/stimulations économiques et (ou) financières. Pourtant, de nombreux problèmes apparaissent dès lors qu'il s'agit de comparer... Car que compare-t-on exactement ? S'agit-il bien d'éléments "comparables" ? D'un hôpital à un autre, la liste des coûts injectés dans tel GHM donné n'est-elle pas susceptible de varier ?

Nous verrons par la suite que ce problème renvoie à l'alterna-

tive : coûts complets ou coûts partiels.

Notons également qu'au niveau même de l'établissement, il pourrait s'avérer intéressant, pour la gestion interne de l'hôpital, de parvenir, au vu des performances de chacun sur tels et tels GHM, à se positionner par rapport aux autres hôpitaux. Et, bien sûr, de s'interroger quant à l'interprétation des résultats obtenus.

. L'amélioration des instruments de gestion internes

Au sein d'un établissement, il est évident que la comptabilité par GHM, si elle est bien faite, peut être un outil de gestion interne très efficace et performant. Fournissant des indicateurs et des critères précis sur des prestations ciblées, elle est susceptible d'éclairer tout autant les choix et décisions du corps médical -principal ordonnateur des dépenses- que ceux des administratifs. En étant utilisée comme outil de gestion seulement, c'est-à-dire débarrassée des enjeux motivés par une fonction plus pénalisante, -nous pensons ici à la tarification ou à la comparaison inter-hospitalière- la comptabilité par GHM pourrait être fiable, précise, et servir de "garde-fou" à la bonne marche de tout établissement, quelque soit a priori son mode de financement et son système tarifaire. En outre, la constitution, en amont, de banques de données médicales aurait un attrait particulièrement séduisant pour le corps médical, qui se traduirait, par exemple, par les Résumés de Sortie standardisé ou tout autre recueil de données médicales saisies par malade (9). Là encore, nous développerons ce point de plus ample façon par la suite.

. Dans le cadre de la réforme du Budget Global : la détermination de l'enveloppe budgétaire accordée

Il vient évidemment à l'esprit l'idée que -dans l'optique d'une dotation globale de financement- la connaissance des coûts par pathologie ainsi que l'estimation prévisionnelle de l'année à venir peuvent conduire à déterminer un budget, et ceci de façon a priori relativement logique.

La comptabilité par GHM peut donc -utilisée sous un angle particulier- être le principal instrument de négociation et de décision sur lequel s'appuierait le Budget Global.

Pourtant, si l'on souhaite réunir et articuler d'un point de vue méthodologique ces deux réformes, il convient de faire plusieurs remarques importantes au préalable.

Nous avons pu mettre en évidence plusieurs constatations à l'égard du Budget Global :

- * De façon générale, les remarques et critiques défavorables portaient sur la nécessité de maintenir la comptabilité analytique en prix de journée pour les relations avec la Sécurité Sociale.

- * Un des principaux avantages du projet était de mettre en place des outils de gestions susceptibles d'être utilisés à la fois par les médecins (et tout le corps médical) et par les responsables administratifs de l'hôpital. La notion de densité des moyens, le découpage en CR et CA, la distinction entre variations dues à l'activité et aux éléments financiers, toutes ces considérations ont paru intéressantes -même si pas toujours bien exploitées- aux responsables hospitaliers. De surcroît, telle qu'elle est instaurée actuellement, la procédure du Budget Global fournit un outil de négociation utilisable à deux niveaux :

- . interface : médicaux/administratifs → organisation interne
- . Interface : administratifs de l'hôpital/Tutelle → organisation externe

ceci dans l'hypothèse où les organismes de Tutelle (DDASS, DRASS, Sécurité Sociale, etc...) se donneraient les moyens nécessaires à l'exploitation efficace et exhaustive des éléments fournis par cet instrument.

Pourtant, et nous avons déjà insisté sur ce point, si les principes théoriques de la méthode -le fond du projet- ont semblé être bien accueillis par la plupart, de nombreux points de détail imprécisés mais fon-

damentaux ont fait naître une insatisfaction généralisée... qui n'est pas toujours résorbée à ce jour. Car pour la plupart des personnes remettant en cause la notion de budget de service, une confrontation fructueuse activités/moyens ne saurait avoir lieu sans la mise au point d'indicateurs précis, pertinents et adaptés vis-à-vis de chaque cas considéré. Or, il se trouve que les critères d'activité -notamment pour les services de soins- laissent sérieusement à désirer... A tel point que la Direction des hôpitaux est en train de dresser, pour les centres de responsabilité médico-techniques, une liste des actes par nature dans ces différents domaines afin de remédier à ces insuffisances. Néanmoins, en attendant, le flou subsiste... Et dans cette perspective de "flou organisationnel" se manifeste très classiquement le besoin émanant de tous les groupes d'acteurs de s'appuyer sur une autre structure, un autre outil de travail. C'est pourquoi, au vu de ces remarques, la logique du Budget Global, telle qu'elle est conçue, aboutit à travers ses lacunes au projet PMSI : tous les acteurs mis en cause, quels que soient leurs intérêts propres et les pressions auxquelles ils sont soumis, ont besoin, "appellent" PMSI. Analysons brièvement pourquoi :

- Le corps médical pourra de façon générale justifier, à travers PMSI, vis-à-vis de son administration, l'évolution des ressources qu'il revendique, et appuyer certains choix thérapeutiques et certaines décisions médicales par des documents précis et des arguments chiffrés qu'il souhaite voir plaider en sa faveur.

- Les dirigeants hospitaliers souhaitent récupérer PMSI afin de négocier les attributions faites à leurs différents services. A cet égard, PMSI pourrait s'ériger en "couperet" de décision finale, permettant de trancher en cas de conflit. PMSI semble constituer pour les responsables un outil de gestion séduisant leur permettant de gérer la marge de manoeuvre dont ils disposent au sein de l'hôpital. En outre, nous l'avons déjà souligné, le Directeur de chaque établissement verra son pouvoir accru par le Budget Global : il importe donc que, parallèlement à l'accroissement de son autorité, il dispose de techniques adaptées -en l'occurrence, rien de mieux que la clarté des chiffres- justifiant son rôle renforcé de "décideur ultime" au sein de l'établissement.

- Enfin, la Tutelle (Ministère essentiellement) disposera, à travers la comptabilité par GHM, d'un outil particulièrement puissant(29) :

a. pour estimer le bien fondé des enveloppes budgétaires globales

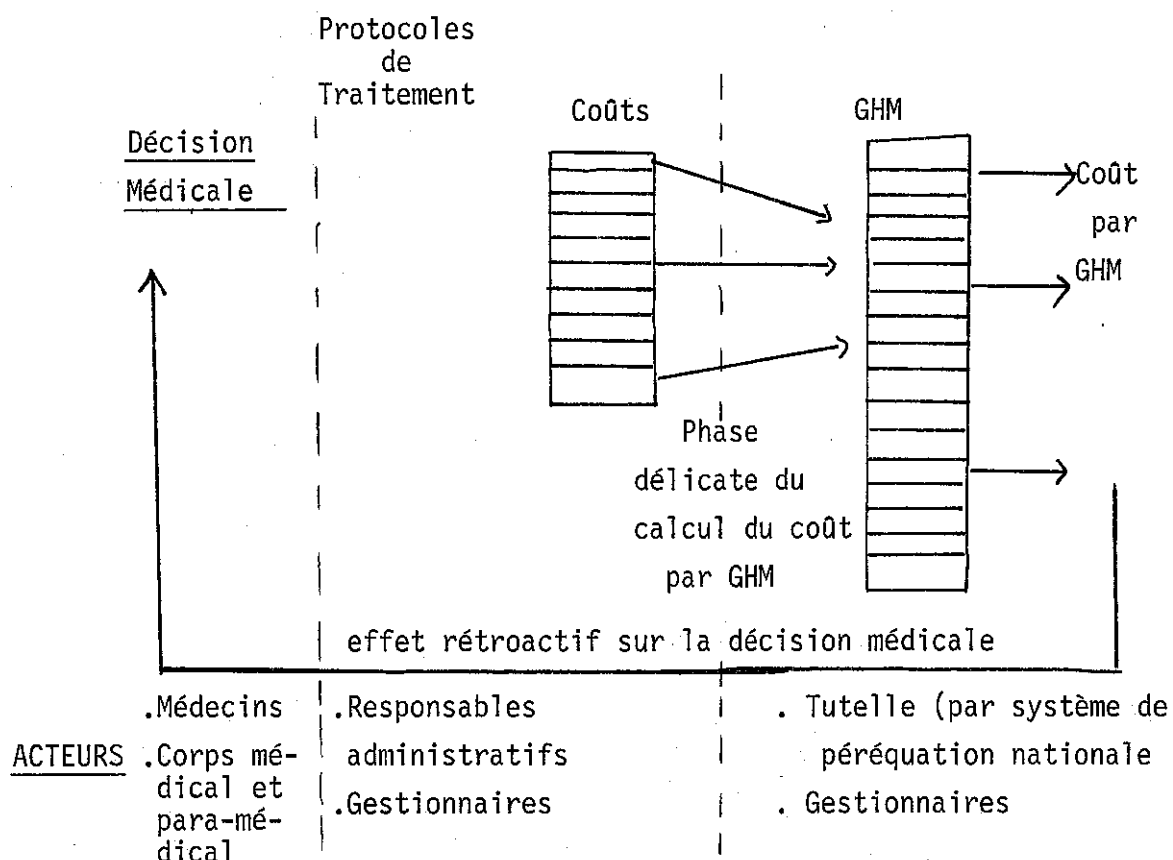
Avec les coûts par GHM et l'activité prévisionnelle (et donc le "case-mix"), des calculs simples et rigoureux (multiplications et sommations) permettront de façon relativement intraitable de définir combien chaque hôpital se verra attribué globalement, et ce de façon assez fine. Les coûts par GHM constitueront en ce sens un argument lourd, puissant parce que très clair, et qui risque d'être irréfutable.

b. pour comparer les coûts des GHM d'un établissement à l'autre

Les coûts par GHM, une fois obtenus sur divers hôpitaux, peuvent servir à les comparer afin éventuellement de récompenser ou sanctionner ces derniers au vu de leurs "performances" ou au contraire de leurs "échecs".

Nous voyons donc, mais ceci sera plus amplement évoqué dans la troisième partie, que tous les acteurs en présence revendiquent -pour des motifs bien évidemment très différents- le projet PMSI. Pourquoi lui plutôt qu'un autre ? Parce que PMSI, tout en étant au coeur de la décision médicale, offre une autopsie économique et financière de chaque protocole de soins. Enfin, chacun espère y trouver les "bons arguments" qui plaideront en sa faveur(17).

Nous pouvons, pour éclairer ces réflexions, présenter la chose ainsi :



(La boucle en retour traduit l'effet attendu sur la décision médicale de la connaissance des coûts -et leur formations- par pathologie).

Ce schéma montre bien à quel point tous les acteurs sont concernés par PMSI, qui offre le principal avantage de mettre en regard les GHM (relevant de la décision médicale) et les coûts associés (que les gestionnaires doivent gérer).

Et si tous les acteurs, aux motivations et aux volontés différentes- plébiscitent tous le même système de référence : PMSI : cela signifie bien que le projet, selon les enjeux de chacun, est perçu de manière différente en fonction de chaque groupe d'acteurs.

III.1. POUR UNE ARTICULATION BUDGET GLOBAL/PMSI

Ces deux réformes, celle du Budget Global et celle du PMSI, étant mises en place pratiquement en même temps -à quelques années d'intervalle- dans une même organisation, il apparaît logique et cohérent de les rendre compatibles au minimum.

C'est pourquoi nous allons ici mettre en regard les objectifs et les procédures du calcul des coûts par pathologie avec la réforme du Budget Global. Plus précisément, il semble important de dégager comment le projet PMSI peut atteindre certains de ses objectifs sans pour autant trahir ou porter tort aux modalités et à l'esprit du Budget Global.

III.2. LA FAISABILITE INTERNE

La réforme du Budget Global s'appuie en tout premier lieu, nous l'avons vu, sur un découpage de l'hôpital en C.A. et C.R. Rappelons à cet effet que le C.A. est une entité caractérisée par une homogénéité de la production, repérable à travers la mesure d'une unité d'oeuvre parfaitement déterminée, et que le C.R. est un regroupement de plusieurs C.A. placés sous une même responsabilité médicale ou administrative.

Alors, un souci de logique et de simplification voudrait donc que les C.A. du Budget Global coïncident, dans la mesure du possible, avec les centres d'analyse de la comptabilité analytique dans PMSI. Ceci n'est bien sûr pas une condition indispensable, néanmoins elle présente des avantages évidents.

Nous avons vu également qu'il existerait pour chaque hôpital une certaine souplesse indispensable lors du découpage en C.A. (certaines activités peuvent par exemple être sous-traitées dans certains établissements -ce qui conduit à ne pas isoler de centre d'analyse correspondant- et pas dans d'autres, ou bien encore certains centres d'activité peuvent tout simplement ne pas exister dans certains hôpitaux, etc...).

Et dès lors, ces degrés de liberté se retrouveront nécessairement pour les découpages en centres d'analyse, ce qui aura un impact certain sur la formation des coûts dans chaque GHM. Une telle remarque ne manquera pas d'induire des problèmes aux Tutelles, lorsque celles-ci seront désireuses d'effectuer des comparaisons qui ne se baseront pas en fait sur les mêmes éléments de base...

Enfin, dans l'optique d'un calcul de coût par produit, les GHM représenteront les comptes de coût, et les unités d'hospitalisation seront alors les centres d'analyse par lesquels transiteront de nombreux flux de dépenses, tels ceux relatifs au personnel soignant. Un tel raisonnement conduirait alors à mettre au même niveau les unités d'hospitalisations et les unités du plateau technique (labos, blocs opératoires, ...) ce qui n'est pas le cas dans l'optique Budget Global.

III.3. LES DIFFERENCES DE FOND ENTRE LES DEUX PROJETS

Si l'on s'intéresse aux deux projets d'un point de vue purement économique, d'importantes différences se manifestent alors quant aux fondements mêmes des deux réformes.

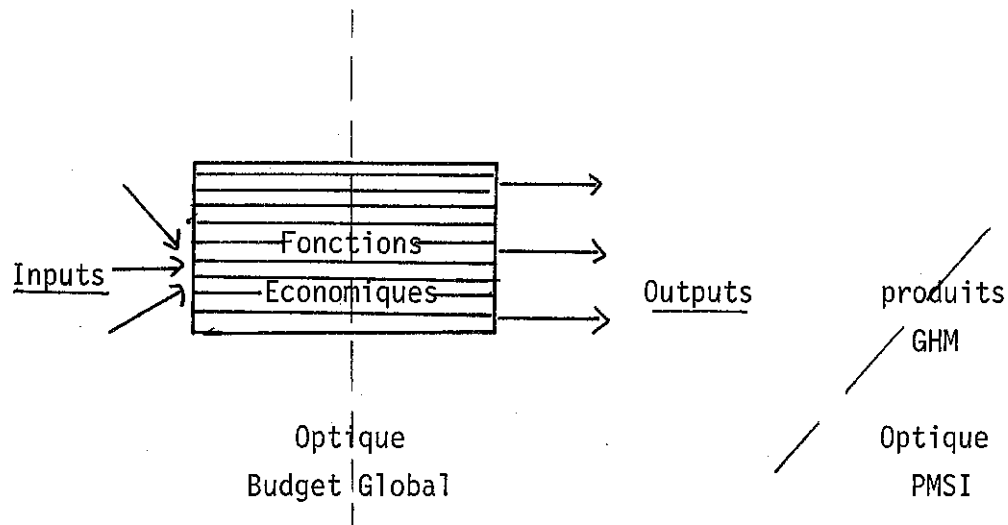
. Dans le projet PMSI: —————> optique produit

Les contributions des diverses unités fonctionnelles de l'hôpital se trouvent amalgamées en vue de la formation de coût. Ainsi, la procédure toute entière est axée sur le produit : le GHM.

. Dans le projet Budget Global: —————> optique fonction

Ici, au contraire, la notion de produit est absente, et c'est la notion de fonction économique qui prime : le découpage en C.R. et C.A. en est la preuve formelle.

Cette différence de fond essentielle peut se schématiser ainsi :



Et même si l'on arrive à caler les centres d'activité sur les centres d'analyse, il existera toujours un déphasage inévitable entre les deux optiques. Dans PMSI, nous l'avons dit, la mécanique comptable est ciblée sur le produit, dans Budget global, sur la fonction. Et ceci explique en partie l'ambiguïté précédente relative aux sections définitives.

Enfin, à cette divergence d'esprit se greffe le problème de la nature des coûts que l'on calculera, ainsi que les modalités de calculs retenues. Car, en effet, le gros problème reste à déterminer la façon dont les dépenses des centres d'analyse retenus vont être ventilées sur les groupes de malades, et cette question cruciale renvoie aux alternatives classiques :

- coûts de fonction ou coûts de produits ?
- coûts complets ou coûts partiels ?
et parmi les coûts partiels :
 - coûts directs
 - ou
 - coûts variables
- coûts réels ou coûts établis ?

Nous avons vu par ailleurs, notre thèse (Paris IX Dauphine) que ces choix dépendent en partie des usages que l'on souhaite faire du projet PMSI, et tout particulièrement de ce que l'on attend des coûts par malade. Mais, ils dépendent également des degrés de liberté que l'on souhaite accorder à ceux qui les calculent.

C O N C L U S I O N

Comme nous venons de le voir précédemment, la mise en place à l'hôpital public d'une tarification par groupe homogène de malades n'est pas chose aisée. Elle se heurte en effet tant à des problèmes d'ordre technique (ventilation des coûts, ...) qu'à des problèmes d'ordre organisationnel (saisie des données, "découpage" de l'hôpital). Nous voyons pourtant aisément se dégager -aux yeux des organismes de Tutelle, notamment- le principal attrait de ce projet. Il permettrait, une fois établi, de ne plus financer des actes dont la "rentabilité" aurait été mise en doute.

Ainsi, c'est une véritable rationalisation du système hospitalier qui est attendue, à long terme, de cette réforme. Car utiliser une comptabilité par GHM équivaut quasiment à doter l'hôpital public d'une nomenclature de production standardisée...

A travers ce nouveau mode de gestion se dessine la volonté d'établir une jonction entre la Tutelle d'une part, et le monde médical d'autre part. Le PMSI semble en effet être investi par les Pouvoirs Publics de cette mission délicate qui consiste à enfin relier les deux chaînes de compétence en présence : celle des administratifs d'un côté, celle des professionnels du monde médical de l'autre. Ceci rendrait le savoir des médecins abordable et directement contrôlable, et, ainsi, l'autorité médicale serait susceptible d'être supervisée aisément.

Il semblerait donc, au delà de l'outil technique, que le PMSI soit un instrument donnant à la Tutelle la possibilité d'approcher au mieux l'acte médical à travers son évaluation.

B I B L I O G R A P H I E

I. OUVRAGES, RAPPORTS ET THESES EN LANGUE FRANCAISE

1. CARRON J.F. Le choix d'un indicateur d'activité pour la gestion des organisations hospitalières.
Thèse de 3ème cycle 1972.
2. C.G.S. GREBIO : Pour une nouvelle approche de la relation biochimiste-gestionnaire.
1980.
3. C.G.S. Budget Global et coûts par type de malades
Avril 1983.
4. C.G.S. La comptabilité analytique hospitalière en groupe de malades. Une expérimentation de l'IGR.
Novembre 1983.
5. CHOTARD
DUNON
PARET Une meilleure santé à moindre prix ?
Paris, Editions Economie et Humanisme, Les Editions Ouvrières, 1978.
6. CREDOC La consommation médicale finale. Comptes nationaux de la Santé.
1980
7. ENGEL Comptabilité analytique
Cours de l'Ecole des Mines de Paris, 1981-1982.
8. FAURE H.
SANDIER S.
TONNELIER F. Analyse régionale des relations entre l'offre et la consommation des soins médicaux (secteur privé)
Rapport CREDOC, 1977
9. FRUTIGER P. Vers une documentation médicale informatisée
Thèse, 1983.
10. GARIN B. Mémoire de fin d'assistanat sur la comptabilité par groupe de malades.
11. GAUTIER
GRENON
OMNES L'analyse de gestion à l'hôpital
Paris, Dunod.
12. GRENON
PINSON
GAUTHIER L'analyse des coûts à l'hôpital
Paris, Dunod, 1981.

13. GRENON SEUX La statistique : un outil de gestion hospitalière.
Collection Economie, droit et santé.
14. LEVY E. La gestion des organisations à but non lucratif :
exemple de l'hôpital.
Cahiers de l'UER des Sciences des Organisations,
LEGOS.
15. LEVY E. L'hôpital est-il une entreprise ?
Revue Française de Gestion, mars-avril 1976.
16. LEVY
BUNGNER
DUNENIL
FAGNANI La croissance des dépenses de santé
Paris, Economica, 1982.
17. LOUIS J.
RINI G. Une étude sur la disparité des coûts hospitaliers
Septembre 1981.
18. MICHEL C. La consommation médicale des français.
Notes et Etudes Documentaires, la Documentation
Française, 1980.
19. NYS J.F. La santé : consommation ou investissement
Paris, Economica, 1981
20. PANGLOSS N° 12 La santé
Fondation Nationale des Entreprises Publiques
Mission 1981
21. SONRIER A. Comptabilité hospitalière
8ème édition, Berger Levrault.
22. SONRIER A. Gestion et finances hospitalières
3ème édition, Paris, Berger Levrault, 1978

II. OUVRAGES, RAPPORTS ET THESES EN LANGUE ANGLAISE

23. ARROW K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical
care.
American Economic Review, vol. 53, Decem. 1963.
24. BARNARD C.
ESMOND T. DRG-based reimbursement : the use of concurrent
and retrospective clinical data
Med. Care-1981 ; 19 : 1071
25. BERKI S.E. Hospital Economics
Lexington : DC Health, 1971.

26. BERKI S.E. The design of Case-based hospital payment systems
Med. Care - 1983 ; 21 : 1.
27. FETTER R.B. Case-mix definition by Diagnosis Related Groups
Med. Care - 1980 ; 18 : 1

III. ARTICLES EN LANGUE FRANCAISE

28. BERKI S.A. Systèmes de classification des malades et financement hospitalier
Réflexion à partir de l'expérience des "diagnosis related groups".
Juin 1983.

IV. REVUES CONSULTEES

29. Gestions hospitalières dont :

Les groupes diagnostics analogues (G.D.A.) de Fetter,
vers une endoscopie des coûts
N° 217, juin-juillet 1982

Case-mix hospitalier et classification de malades
par profil d'activité. Le cas d'une pathologie :
la lithiase des voies biliaires
N° 223, février 1983.

Nouvelle Technique d'évaluation de l'activité hospitalière
aide à l'orientation médicale d'un établissement :
IGR
N° 12, juin-juillet 1980.