

Faut-il réformer le mode de calcul et de gestion des coûts hospitaliers ?

Cas de l'hôpital public

Should we reform the method of calculating and managing hospital costs?

The public hospital case.

KHALDI Mustapha*

Maitre de conférences A

Ecole Supérieure de Management de Tlemcen

(Laboratoire gpes) : gpes.univ-tlemcen.dz

Khaldimustapha0410@gmail.com**Information sur l'article**

Reçu le : 27/5/2023

Accepté le : 16/6/2023

Publié le : 15/9/2023

Mots clés:

Mot clé.1: système des trois modes

Mot clé.2: calcul des couts

Mot clé.3: hôpitaux publics

Mot clé.4: Algérien

Mot clé.5: réformes de la santé

Résumé Cette étude propose une méthode d'évaluation du Coût unitaire des épisodes de soins produits au niveau de l'unité des Urgences Médico-chirurgicales d'un hôpital public. L'étude a été réalisée en 2021 sur un échantillon de 785 passages opérés au niveau des urgences. Le constat qui a été établi concernant le mode de calcul que nous avons adopté détermine, que la charge de travail quantifiée en fonction de l'inducteur « horaire » peut être utilisée comme méthode de calcul plus ou moins rationnelle pour estimer le coût de revient de prise en charge des patients.

Codes de classification JEL:

H51, H52, H53, H75**Keywords:**

Keyword.1: system of three modes

Keyword.2: calculation of costs

Keyword.3: public hospitals

Keyword.4: Algerian

Keyword.5: health reforms

JEL Classification Codes:

H51, H52, H53, H75

Abstract: This study proposes a method for evaluation the unit cost of episodes of care produced at the level of the medical and surgical emergency unit of a public hospital. The study was carried out in 2021 on a sample of 785 passages operated at the emergency of hospital. The method of calculation that we have adopted determines that the workload quantified according to the "hourly" driver can be adopted is more rational method for estimating the cost price of patient care.

Auteur correspondant: Khaldi Mustapha, Email: Khaldimustapha0410@gmail.com

Introduction :

Le système proposé par les pouvoirs publics depuis l'année 2010, et mis en pratique jusqu'actuellement par les hôpitaux publics nationaux à savoir le système des trois modes de comptabilité intégrée (TRICOH, 2007)¹ ne semble pas répondre aux besoins des gestionnaires. Les récentes enquêtes et études entamées auprès des structures de « calcul des coûts » instaurées au niveau des hôpitaux publics » soutiennent que le procédé actuel nécessite que en l'absence des logiciels de traitement des données médicales ; financières ; et économiques à l'image du PMSI (le programme de médicalisation des systèmes d'information) afin que les gestionnaires puissent être informés de la nature et de la consistance des coûts et permettre leur permettre de rationaliser les moyens afin d'améliorer la gestion dans son ensemble.

Dans les entreprises privées économiques, la gestion évolue constamment. Dans le secteur public, la gestion financière des organisations à l'image de l'établissement hospitalier public Algérien, on se propose de cerner la question en énumérant quelques hypothèses, qui semblent cependant essentielles et qui concernent l'instauration des outils de de gestion modernes, l'adoption de nouvelles méthodes de calcul des coûts propres aux structures de la santé, ainsi que l'adoption des normes de gouvernance hospitalière.

Il y a de nombreuses réformes de la santé dans le monde qui sont abordées sous les termes du financement, qui est un facteur clé dans la détermination de l'organisation de la santé. En Algérie, la réhabilitation envisagée des hôpitaux ne peut abandonner cette logique.

Les dépenses de santé reflètent des proportions croissantes d'une manière significative par rapport à celles du PIB, Ceci a conduit à la mise en place de politiques de maîtrise des dépenses de santé, qui sont présentées partout comme l'un des principaux éléments d'une politique de santé. En Algérie, comme dans d'autres pays, le problème de la forte croissance des dépenses affecte lourdement les budgets publics.

L'Algérie connaît depuis la fin des années 80 un problème alarmant de coûts de la santé et de développement, un ralentissement de la croissance économique, une contraction des ressources nationales et des difficultés de financement des fonds de sécurité sociale. Bien que les dépenses de santé en Algérie (aux environ de 6,2 % du PIB en 2019).Atlas Mondial des données.

Problématique

Comme cadre d'analyse de l'efficience ; et du niveau de rentabilité de la production des prestations hospitalières, la comptabilité analytique « hospitalière » ; n'est-elle pas le cadre essentiel à instaurer, afin de garantir

la maîtrise des coûts. La mise en pratique de la comptabilité analytique est-elle en mesure, de répondre à la question du prix de revient de journée hospitalière. Le dualisme comptabilité publique, et normes de gestions d'entreprise moderne, à caractère lucratif, ne constitue-t-il pas une entrave à la progression de l'institution hospitalière publique ; dans la mesure où celle-ci, est appelée à être concurrentielle, et complémentaire au secteur privé de prestation de soins. La mise en pratique de la comptabilité analytique est-elle en mesure, de répondre à la question du prix de revient de journée hospitalière. (Evelyne Augier_2003_p131)² Dans le cadre de la réforme ; et dès l'année (2004) les structures de santé publiques, furent dotées d'un guide, sous forme de canevas, ayant pour objectif l'instauration de la comptabilité analytique, ainsi que la création d'une structure « calcul des coûts ». En Algérie, concernant l'hôpital public ; le budget est décidé en rapport avec la capacité d'accueil de l'établissement ainsi que le nombre de journées réalisées.

Expérimentation de la méthode de calcul des Coûts (Méthode ABC –Méthode des Sections homogènes :

L'étude que nous avons abordée ; s'intègre dans le schéma d'application de la méthode des sections homogènes qui fut adoptée comme outil expérimental de calcul des coûts produits par les hôpitaux publics. A noter que l'expérimentation de la méthode des sections homogènes et la méthode (ABC) Activity Based Costing, relativement similaire à la méthode de coûts complets pourra servir aux instances de la planification dans l'élaboration d'une échelle de coûts sur la base des informations récoltées à partir des bilans des différentes activités médicales , économiques et financières d'un hôpital public et dont la base de données statistiques serait puisée auprès de la structure chargée de l'évaluation et du contrôle des coûts instaurée au sein de l'établissement. (CHU de Tlemcen).

Notons par ailleurs que plusieurs tentatives d'évaluation des prestations médicales et économiques, furent expérimentées au sein des hôpitaux publics notamment, néanmoins en l'absence d'un système d'information intégré toutes les opérations qui ont été menées jusqu'alors n'ayant pas réalisé le but recherché à savoir la confection d'un tableau de bord reprenant les différents coûts de revient des prestations produites par les services cliniques.

Méthodologie utilisée pour l'appréciation des coûts des produits de soins et prestations hospitalières :

-Il s'agit dans une première étape d'élaborer une cartographie mettant en évidence le circuit des patients. Dans son circuit de prise en charge ; le patient est suivi par une grille de relevé des activités pour mesurer le temps passé par chaque intervenant. Parallèlement ; une grille reproduisant les actes demandés ainsi que les consommables utilisés et établie au cours de l'hospitalisation.

Faut-il réformer le mode de calcul et de gestion des coûts hospitaliers?

Cas de l'hôpital public

-La deuxième étape de l'étude ayant servi, à la collecte des données médicales, économiques élaborées par les différentes structures de gestion des ressources toutes natures confondues ; ainsi que la mise en forme des relevés (grilles) de traçabilité des activités et des différentes tâches opérationnelles exécutées par les intervenants durant l'exécution de leurs métiers .

-La troisième étape consistant à la conception des grilles de saisie.

La quatrième phase a concerné le traitement des données médicales, économiques, financières et comptables, ainsi que d'autres informations d'ordre administratif.

-L'identification des activités : qui sert à affecter les ressources en fonction des quantités réellement utilisées à travers toutes les étapes de la prise en charge des patients.

-L'évaluation du coût de chaque activité : qui consiste à l'utilisation des grilles de saisies dans les lesquelles sont reportés le volume de temps passé réellement pour chaque activité, ainsi que les consommables utilisés.

-La définition des inducteurs : Pour les activités liées directement aux patients ; l'inducteur de coûts sera le temps passé en personnel consommé par ces activités pour chaque patient .Pour les activités de soutien, les inducteurs de coûts sont principalement : le nombre de consultations réalisées ; le nombre d'hospitalisation opéré par le service prestataire. L'affectation du coût des activités aux objets de coûts : par rapport à notre étude ; l'objet de coût est défini par le « patient ». ou exactement la prise en charge de la pathologie.

La méthode de calcul qui fut expérimentée pour l'appréciation des coûts s'agissant de notre cas d'étude ; elle se réfère à l'usage des deux méthodes associées : (méthode ABC et sections homogènes Les activités sont définies en fonction du circuit des patients et leur prise en charge se définit ; par rapport à des étapes précises : admission à la consultation, étape de pré-anesthésie ; étape en peropératoire ; et prise en charge en hospitalisation.

La méthode des sections homogènes qui a l'avantage de nous renseigner sur les dépenses hospitalières des différents services ne peut en aucun cas nous produire un coût réel de l'activité clinique. Deux méthodes ont été associées pour cette étude aux fins de valoriser les coûts, la méthode des sections homogènes et la méthode (ABC : Activity Based Costing). La première consiste en l'utilisation des centres de coûts principaux et auxiliaires pour l'extraction des unités d'œuvres, la méthode (ABC) intervient dans le processus de calcul pour valorisation des inducteurs d'activités, notamment de complexité.

Chapitre 1 : Financement des budgets de la santé et gouvernance hospitalière

1.1. Les dépenses publiques de la santé :

D'une manière générale, les dépenses publiques de santé représentent les dépenses qui sont financées par l'impôt, les dépenses de sécurité sociale, les subventions destinées à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements médicaux et les opérations d'ajustements effectuées par les pouvoirs publics pour résoudre les déficits budgétaires de différents établissements appartenant au secteur de la santé. Le taux de croissance de ces dépenses a été très élevé, après une combinaison de plusieurs facteurs ; Vieillesse, l'évolution démographique, épidémiologique et démographique, évaluation du niveau de vie individuel, doublement des infrastructures de santé et couverture sociale universelle.

On enregistre une augmentation importante des budgets de la santé entre les années soixante-dix et les années deux mille canalisées par des déséquilibres financiers importants soit un taux de financement de 80 % des dépenses de santé qui sont financées par les recettes publiques. Quel que soit le système adopté par un pays ; il n'en demeure pas moins que les avis des citoyens (consommateurs de soins) varient énormément. De plus les concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé semblent être moins maîtrisés, tant par les usagers du système de santé, que par les gouvernants.

Les réformes actuelles en matière de sensibilisation de la population visent à impliquer le citoyen dans la gestion de leur propre système de santé ; ce qui n'est pas le cas des pays en voie de développement.

Par ailleurs, les systèmes de santé. Les européens développent leurs programmes de santé autour d'une politique de santé préventive, ce qui veut dire ; le renforcement des soins de base.

S'agissant du concept « santé publique », la Santé n'est plus considérée uniquement comme « Non-maladie » par opposition, mais elle comporte d'autres axes tels que : la prévention ; l'environnement ; les questions de société ainsi que le financement des coûts relevant de la Santé. La réduction des inégalités d'accès aux soins étant l'objectif fondamental et prioritaire de nombreux programmes, plans et ou politique nationale et de ce fait le processus d'évaluation des moyens et la qualité des soins demeure indispensable. Aussi, par manque d'évaluation des programmes et des budgets de santé, la prise de décision est rendue difficile à l'échelle des gouvernants quant aux moyens à mettre en œuvre et au choix des priorités et stratégies opérationnelles à adopter.

1.2. Le problème de la maîtrise coûts de la Santé :

A l'heure de la crise mondiale actuelle face aux nombreuses contraintes de financement ; provoquant un déséquilibre des budgets et des caisses de sécurité sociale suscite un bon nombre de questionnements à savoir : quelle réforme doit on adopter afin de garantir l'accès aux soins à l'ensemble de la population à moindre coût ? quel serait le modèle « standard » le plus performant à instituer au vu des disparités politiques, sociales, économiques et culturelles que peut proposer l'organisation mondiale de la Santé (OMS) à l'attention des gouvernants au niveau international ? du point de vue du financement , peut-on cibler un pourcentage de la PIB (produit intérieur brut) permettant de supporter les coûts de Santé ? S'agissant des réformes entamées partout dans le monde , il est clair que les pouvoirs publics devraient donner beaucoup plus d'autonomie de gestion aux institutions hospitalières visant à l'introduction de méthodes nouvelles de gestion propre aux techniques de management hospitalier avec actualisation des programmes et logiciels de gestion intégrée (implantés au sein des structures de santé Européens et Amériques du Nord , Australie et quelques pays d'Asie et d'Amérique Latine). La redéfinition des établissements hospitaliers et leur adaptation aux normes universelles en matière de gestion administrative et financière sachant que les établissements de santé ; dotés de l'autonomie financière auront plus à s'orienter vers la politique de « contrats d'objectifs » parrainée par les pouvoirs publics (Ministère de la Santé). Sur le plan de l'organisation ; La reconstitution de la carte sanitaire ainsi que la normalisation des effectifs est supposée réduire les inégalités dans la répartition des ressources humaines et matérielles entre les régions.

1.3. Les mécanismes de financement du secteur public :

Durant la période allant de 1962 à 1974 les modalités de paiement s'effectuaient sur la base d'un prix de journée et d'une tarification des actes. Une deuxième période durant laquelle il fut mis en place le régime de la médecine gratuite allant de 1974 jusqu'à nos jours ; cette période étant caractérisée par des procédures d'allocation des ressources par effet de budget globalisé (budgétisation qui fut substituée à l'ancien mode basé sur la tarification au prix de journée).

-Le mécanisme de financement basé sur le prix de journée :

Le mécanisme de financement actuel a imposé aux institutions la tenue d'une comptabilité, devant déterminer les coûts de journées. Seulement le

cadre de gestion n'ayant pas changé ; étant donné les incohérences qui devaient apparaître, mettant en doute toutes les tentatives de changement ; les pouvoirs publics continuent à allouer les budgets aux hôpitaux sans considération de critères d'efficacité. Le contrôle de l'exécution des dépenses budgétaires obéit aux règles de la comptabilité publique classique.

L'hôpital public algérien devrait-il changer de statut juridique ; car il a besoin d'une autonomie de gestion ; qui lui permettra de fixer des niveaux de performance basés sur plusieurs critères d'activité ; et par voie de conséquence, l'aboutissement vers la voie de la contractualisation, pouvant contraindre les professionnels ; à améliorer leur prestations et les gestionnaires à rationaliser les dépenses budgétaires.

2.1. L'indice synthétique d'activité (ISA) :(Nathalie ANGELE-HALGAND_2000_p8)³

Le calcul des coûts selon l'auteure concerne la mission curative et thérapeutique puisque les activités analysées sont la Médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) de court séjour .l'objet de coût est le Groupe Homogène de Malade (GHM), l'objectif affiché est dans un premier temps l'allocation des ressources ce qui implique un mode de contrôle externe. L'ISA est une échelle de coûts relatifs permettant de situer les consommations de ressources des différents types de séjours .La construction de l'échelle de coûts se fonde sur la base nationale .L'ISA qui est un indice de mesure de l'activité hospitalière et qui permet d'expliquer la variation des ressources déployées par un établissement et consommées par les patients.

2.2. Le calcul des coûts par pathologie :(MAGALI Pirson _2014_p11)⁴

Le coût par pathologie est une étape relativement récente d'un processus visant à cerner la production hospitalière d'une part et d'autre part à expliquer les coûts Dans le cadre des réformes du financement hospitalier visant la maîtrise des coûts les autorités ont opéré des études nationales et régionales portant sur les coûts par pathologie en vue de créer des échelles de coûts. Ces échelles de coûts devaient servir de références dans le cadre de comparaisons inter hospitalières, ainsi que dans l'élaboration d'une politique tarifaire (échelles tarifaire).

Chapitre 2 :

Proposition d'une méthode d'évaluation du Coût unitaire des épisodes de soins (khaldi_2010)⁵ produits au niveau des Urgences Médico-chirurgicales.

Lieu de L'étude : Hôpital C.H.U de Tlemcen (Algérie).2022

Introduction :

Les études récentes entamées auprès des structures nationales de « calcul des couts » instaurées au niveau des hôpitaux publics » soutiennent que le procédé actuel servant à évaluer les coûts des activités et des produits de

soins n'est pas adapté à la situation et ce en dépit de l'absence des logiciels de traitement des données médicales ; financières ; et économiques à l'image du PMSI (le programme de médicalisation des systèmes d'information). Les gestionnaires mal informés de la nature et de la consistance des coûts ne peuvent se permettre de rationaliser les moyens et par voie de conséquence, ne pouvant pas améliorer la gestion dans son ensemble. Il faut néanmoins rappeler que le système de calcul des coûts proposé par les autorités de tutelle souffre de l'absence d'un réseau d'information médico-économique devant renseigner l'ensemble des partenaires du système de santé sur les coûts et les dépenses engagées sur l'ensemble des activités entreprises par les établissements de santé

2.1. Objectifs espérés de l'étude

Il s'agit à travers cette d'étude de présenter une méthode de calcul devant associer les règles de la méthode de calcul des coûts traditionnelle à celle de la méthode afin de construire une échelle de coûts élaborée par nature de prestation ayant pour effet la mesure du produit hospitalier en préparatif à l'instauration du financement basé sur les contrats entre les institutions hospitalières publiques et privées et les différents partenaires du système de santé national.

2.2. Le champ de l'étude

Le nombre de passage des patients vers les urgences médicales et chirurgicales prend un essor important au vu des transferts effectués par les hôpitaux à partir des hôpitaux de proximité vers les Centres hospitaliers Universitaires (CHU et EHS). Plusieurs raisons obligent les praticiens à ventiler leurs patients vers les structures de spécialités et en l'occurrence vers les UMC des C.H.U (censés être dotés suffisamment de moyens humains et matériels) pour deux raisons particulières le manque de spécialistes et /ou le manque de moyens (plateau technique). Les services des urgences sont classés selon leur niveau de technicité et de normes d'équipements. On distingue trois niveaux d'après la classification internationale :

- Les services d'accueil et d'orientation.
- Les services de traitement des urgences « ordinaires ».
- Les Services de traitement des « Urgences Spécialisées

2.3. La population des Urgences Médicales et chirurgicales :

S'agissant des patients fréquentant les urgences, la connaissance des comportements et leur pathologie est relativement limitée .Une étude fût élaborée en France qui consiste à classer les malades admis aux urgences selon une échelle de gravité clinique. La (CCMU_2002)⁶ nomenclature des hôpitaux de France, qui permet de connaître le degré de gravité et l'état du patient .L'utilisation de cette échelle aurait l'avantage de disposer des

informations sur les pathologies traitées et ainsi de comparer l'activité des établissements publics et privés. La mesure de l'activité des urgences est effectuée à partir du dénombrement des passages. Le passage étant une unité de compte pour la tarification à l'activité T2A) (T2A_2005)⁷ dans les établissements publics et privés Français (accueil et traitement des urgences).

2.4. L'activité des S.A.M.U. (Les unités mobiles de secours médical d'urgence) : Elle est évaluée en nombre de sorties c'est-à-dire le nombre d'interventions médicalisées effectuées par une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, malades ou parturientes, on distingue les sorties primaires des sorties secondaires (transfert d'un établissement vers un autre à titre d'exemple).

L'épisode de soins ou « Package » qui est représenté par l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'une même sortie admission ou passage aux urgences (consultation-radiologie maintien en observation, soins d'urgences).

2.5. Les Actes techniques de médecine Conventionnels.

La prise en charge dans le domaine des urgences hospitalière est concrétisée par un processus de soins qui nécessite à cet effet la mise en œuvre des moyens techniques, matériels et humains en s'inspirant du modèle conventionnel de définition et de répartition des tâches relevant de l'activité des urgences ; la prestation des soins a été scindée en : soins légers ; soins courts et soins lourds :

Les Soins légers < 10 mn (actes à coefficient (1)) :

- Le Prélèvement : les tests de prélèvements concernent :
- La Surveillance du Patient : (01et/ou 02 auxiliaires de soins)
- Les Gestes d'Hygiène :

1.1. Les Soins Courts dont la durée est comprise entre (10 à 40 mn):
(coefficient (4))

Les soins courts qui peuvent être prescrits dans la prise en charge des patients et décrits selon la nomenclature des tâches comme suit :

- Aérosols + oxygénothérapie.
- Gazométrie avec résultats.
- Surveillance de drains (changement)
- Surveillance de pousse seringue.
- Soins préopératoires.
- Perfusion 1 ou 2 solutés- héparinisation sur port à cathéter..
- Aspiration gastrique.
- Pansement avec ablation drainage.
- Sonde gastrique (pose surveillance ablation).
- Sonde rectale ou urinaire (pose surveillance ablation).
- Toile gynéco thérapeutique.
- Lavage vésical à la seringue.
- Irrigation colique.

Faut-il réformer le mode de calcul et de gestion des coûts hospitaliers?

Cas de l'hôpital public

-Radiologie pulmonaire – abdominale.

-Ponction pleurale exploratrice.

2.6. Soins lourds (1h à 2h) : coefficient (10)

-Perfusion 3 ou 4 solutés avec produit ajouté.

-Pansement perte de substance.

-Alimentation par sonde.

-(préparation – test – surveillance).

-Aide aux médecins (ponctions...)

-Soins très lourds (supérieur à 2 h) : coefficient (20)

-Perfusion soins Lourds > 4 solutés seringue.

-Surveillance pos opératoire.

-Diurèse horaire.

-Installation du matériel.

-Aide à la réanimation (défibrillation – ventilation).

-Aspiration pulmonaire répétées > 20

-Les Tâches exercées à haute fréquence par les auxiliaires médicaux (coefficient=10) : (Tps=2h) : 1-Suture. 2-Injection. 3-Lavement. 4-Prélèvement. 5-Nursing. 6-Sondage. 7-Pansement (changement). 8-Aspiration. 9-Exploration.

2.7. Le circuit de prise en charge du Patient :⁸

le délai conventionnel de la durée de stationnement d'un patient aux Urgences Médico-chirurgicales avant orientation vers un service de spécialité en cas d'hospitalisation. L'équivalent en Charge salariale pour un volume (04) heures de services effectués.

La Population hospitalière :

Le taux de fréquentation de la population enregistré aux UM selon moyenne annuelle calculée sur une durée de 2 années (Admission aux urgences) :

2.8. Répartition par nature des épisodes de Soins

Patients	A	B	C	D
Les Episodes de soins	30%	40%	20%	10%
Total package annuel 161180 (année 2022)	48354	64472	32236	16118

Tableau .1. : Répartition des épisodes de soins par nature.

Les Episodes de soins sont classés en quatre catégories : (A-B-C-D), dans le but de les différencier par rapport à leur poids Médico-économique dans la prise en charge des patients. On remarquera en effet que les packages A et B

sont les plus fréquents (selon étude effectuée sur deux années : 2020-2021-2022-UMC-CHU- de classe A.

A= Soins Légers (<10mn).

B= Soins Courts (10 à 40 mn).

C= Soins Lourds (1 à 2h).

D= Soins Très Lourds (>2h).

2.9. Volume de packages effectués (2020-2021)

Type Packages / Coefficients	A		B	C	D	Total
Coefficient d'imputation des charges	42%		25%	22%	11%	100%
Ratio / patients pris en charge	0.42		0.25	0.22	0.11	1

Tableau .2. Répartition de la Charge de Travail en fonction du coefficient d'intensité de prise en charge :

Répartition de la charge de travail sur les différents épisodes de Soins.

- Le coefficient d'imputation des charges est calculé sur la base d'une échelle synthétique tenant compte de la lourdeur des pathologies ou des cas traités.
- Les épisodes de soins sont classés en quatre catégories (A, B, C, D).
- Les charges directes et indirectes sont estimées en fonction des coefficients alloués pour chaque type de package (Episodes de soins).
- Le critère de mesure de la qualité des soins n'est pas pris en compte.

2.10. Charges par nature estimées à partir du budget global.⁹

Nature de charges	Coûts mensuels (da)
Personnels (masse salariale)	5138290.16 45%
Pharmacies (médicaments et autres produits)	3299510.66 29%
Laboratoire et Radiologie	1558373.58 13%
Fournitures diverses	1084214.91 0.09%
Entretien et Maintenance	18159.16
Administratives et Techniques	2338995.91
Charges communes	729064.16
Total Général des charges courantes	11196608.54

Tableau .3. : Charges directes et indirectes (Budget UMC-2022)

2.10.1. Les Dépenses de pharmacies :

Les dépenses de pharmacies comprennent les médicaments, les consommables et fluides médicaux. Les charges relatives à l'instrumentation et le petit outillage sont calculées au prorata de la valeur

Faut-il réformer le mode de calcul et de gestion des coûts hospitaliers?

Cas de l'hôpital public

des équipements et de l’outillage dont bénéficie le service des urgences et dont la charge constitue l’annuité d’amortissement.

2.11. Répartition des Charges par Type d’épisodes de soins.

Le relevé des Coûts mensuels enregistre une prise en charge moyenne **de (785)** épisodes de soins enregistrés par jour, soit **(785)** passages effectués au niveau des U.M.C. Pour une structure composée de **(125)** lits dont **(45)** sont réservés pour les urgences à caractère chirurgicales ont été estimés comme suit :

Coûts Mensuels des épisodes de Soins : base de calcul : Budget 2022 (en da.)

Charges Par Type d'Episode de Soins	A42	B25	C22	D11
1. Personnels	256914.50	342552.65	171276.30	856383.20
2. Pharmacies	4949265.95	6599021.30	3299510.65	1649755.30
3. Laboratoire et Radiologie	2337560.35	3116747.15	1558373.55	779186.75
Fourniture diverses	93793.41	1301057.88	650528.94	325264.47
Entretien Maintenance Amortissement	16343.22	21790.98	10895.49	5447.76
5. Administration et soutien.	1403397.54	1871196.72	935598.36	467799.18
6. Charges communes	874876.96	874876.98	437438.49	218719.26
Couts des Episodes de Soins (D.A.)	9932151.93	14127243.66	7063621.78	4302555.92

Tableau 4. Répartition des charges directes et indirectes en fonction des inducteurs de temps et de volume.¹⁰

2.10.2 Coût de prise en charge des Soins en fonction du volume horaire standard. (Inducteur : temps praticien de Soins)

Package (Episodes de soins)	A	B	C	D
Volume horaire	15- 30mn.	45- 90 mn.	2h -3h	(120mn) 5h à 12h
Coût de l’unité horaire 01.H (da)	41383.96	58863.51	29431.75	17927.31
Coût de prise en charge conventionnelle (D.A.)	20691.98	88295.26	88295.25	89636.55

Tableau .5. Coût des épisodes de soins en fonction du volume horaire

2.10.3. Coûts de Revient des packages de Soins en fonction de la nature et du volume des passages réalisés :

KHALDI Mustapha

Type Package	A 42	B 25	C 22	D 11
Nombre d'unités de Packs. Annuels recensés	2632	1576	1384	688
Moyenne package / journée	129	97	33	9
Coût de journée par type de packages (D.A.)	2669265.42	8564640.22	2913743.25	806728.95

Tableau .6. : Relevé des Charges en fonction de la fréquence de passage aux UMC. (2022)

3. Comparatif du Coût de revient des épisodes de Soins lourds Type-D :¹¹
(Hôpital public Français –Hôpital public Algérien) (Agence technique de l'information)¹²

Coût de l'épisode de Soins	Coût Moyen Episode de Soins En Euro.	Coût Moyen : Episode de Soin (da)
1-Algérie	574 Euros F.	84069.21
2-France	611 Euros	89488.31
3-Ecart constaté	37 Euros	5419.10

Tableau .7. Comparatif du coût de revient par package -Hôpital national-Hôpital France.2022-2023

Hôpital /Coût du package	Coût Moyen d'un Package de soins en Euros (forfait autres frais)	Coût Moyen d'un Package de Soins (D.A.)
1- CHU -Algérie	141.33 Euros	20691.98
2- CHU- France	190 Euros	27827.79
3-Différence constatée	48.67	7135.81

Tableau 8. Comparatif du Coût de Revient Moyen pour la prise en charge des Soins Légers de type A :¹³ avec (actualisation du cours 2022-2023)

▪ Analyse des résultats et discussions :

L'estimation est composée d'un coût technique pour les soins lourds qui est d'environ de 7% d'où l'on constate une cotation très faible par rapport aux standards internationaux ; les coûts de personnels pour la même prise en charge de 49% et le coût des médicaments de 29% .Ceci étant une distribution inhabituelle des coûts étant donné que les coûts du personnel sont typiquement d'environ de (60%) des coûts totaux s'agissant du secteur de la santé.

Faut-il réformer le mode de calcul et de gestion des coûts hospitaliers?

Cas de l'hôpital public

Le constat qui est établi concernant le mode de calcul ; la charge de travail est quantifiée en fonction de l'inducteur « horaire » qui fait que le coût évolue en rapport avec la durée de prise en charge du patient.

On peut attester que selon les standards propres à l'activité hospitalière ; les coûts de personnels sont relativement sous valorisés s'agissant de l'institution publique nationale ; tandis que le volume de charges relatives aux coûts de fonctionnement estimées à 30% est plus relevé étant donné la fréquence des interventions d'ordre technique et de maintenance opérées sur les appareillages biomédicaux.

Contrairement au ratio estimé pour les structures Françaises les charges salariales

Le deuxième facteur de sous-estimation de la charge des personnels pourrait s'expliquer par le nombre de personnels affectés à l'unité de soins ; car en réduisant l'effectif le coût diminue mais parallèlement on assiste progressivement à court ou à long terme à une dépréciation de la qualité des soins qui résulterait soit du non-respect involontaire des schémas thérapeutiques prescrits pour les patients ; soit de l'insuffisance de moyens techniques mis à la disposition des équipes de travail ; soit particulièrement au surmenage physique et psychique que peuvent développer les professionnels au cours de l'exercice de leur fonction .

Pour ce qui concerne l'activité chirurgicale effectuée aux UMC dans sa totalité (tous services confondus) une baisse de l'activité entreprise. Cette baisse de l'activité s'explique par différents facteurs : orientation des patients vers le secteur privé, absences de produits pour les blocs, ouverture de blocs opératoires dans la région avec de nouvelles compétences (4 hôpitaux dans la région) seulement la totalité presque de opérations d'urgences est assurée par le même (CHU).le même constat a été fait à l'issue d'une étude que nous avons entamée en 2010 dans la même structure. Le ralentissement de l'activité peut être expliqué aussi que la période « Covid » a fortement impacté l'activité des urgences, tant sur le plan de la prise en charge des patients que sur le plan de l'affectation des moyens.

Ce que nous pouvons faire remarquer comme facteur essentiel d'accroissement des charges (indirectes) dans les hôpitaux publics nationaux ; mis à part les aléas d'ordre clinique ; le facteur « durée de séjour » qui est prolongé pour des patients nécessitant un laps de temps très réduit . La mise en pratique de la comptabilité hospitalière au sein des hôpitaux publics, est tributaire cependant de l'implantation d'un système d'information intégré. Notons que le système de santé Algérien étant à sa phase initiale de reconversion ; il aura à subir une réforme radicale tant sur

le plan de la gestion interne des structures que sur le plan de l'organisation structurelle.

Au plan interne, il ya lieu d'agir dans le domaine de la formation des ressources humaines (ingénieurs et techniciens spécialisés dans la gestion hospitalière notamment), sensibilisation du corps médical à l'adoption des outils de gestion et d'évaluation des activités, extension de l'architecture comptable hospitalière à l'ensemble des services hospitaliers (cliniques, et technico-administratifs).

Au plan externe, l'institution d'agences, habilitées à effectuer des missions d'audit et de contrôle sur la base des données récoltées à partir des statistiques traitées au niveau local et régional. Il est clair, que l'échantillon d'hôpitaux ayant servi à notre étude est réduit à 15 structures appartenant à une même région ; mais est-il nécessaire de rappeler que les bases de calcul qui nous ont servi à l'estimation des coûts sont établies selon les données et statistiques produites pour la plupart de façon arbitraire et /ou incohérente ; en d'autres termes ne reflétant pas l'activité réelle.

L'usage des méthodes de calcul telle « l'ABC » , est supposée déterminer les coûts par nature d'activité ou encore par « pathologie » , ce qui n'est pas le cas concernant notre étude , car on s'est limité à l'estimation des coûts par « journée hospitalière et par service » , c'est dire que la production hospitalière médicale (acte medicotechnique) n'étant pas comprise dans le coût de revient de la journée d'hospitalisation , et c'est la raison pour laquelle que les résultats obtenus par le biais des cas que nous avons traités ne reflètent pas la réalité des faits . Deux inducteurs seulement ont été pris en compte ; un inducteur de volume ou de capacité (nombre de malades) et un inducteur de complexité estimé virtuellement : (temps passé pour chaque acte ou prestation produite valorisé en temps/ praticien).

Faut-il rappeler que le procédé consistant à évaluer les coûts hospitaliers sur la base du « prix de journées » est abandonné depuis longtemps par plusieurs pays. Le mode de calcul des coûts est plus complexe qu'on ne peut l'imaginer, car il y a lieu de procéder à la description de chaque activité pour arriver à déterminer les inducteurs de coûts correspondants.

Par rapport à la notion classique « d'unité d'œuvre », la caractéristique de l'inducteur de coût étant la relation causale qui relie de manière pertinente la consommation d'une charge à l'activité (inducteur de premier niveau) ou la consommation des activités par les produits (inducteurs de second niveau).

Faut-il réformer le mode de calcul et de gestion des coûts hospitaliers?

Cas de l'hôpital public

La finalité du calcul des coûts ; renvoie à la formulation d'une échelle de coût qui pourrait être prise comme référence dans la projection des budgets ainsi que la production d'une base de données pouvant servir à la mise en pratique d'un système de contractualisation ; à cet effet il est clair que les résultats sont limités car la base de calcul s'appuie sur un schéma comptable traditionnel ; néanmoins la méthodologie de calcul pourrait servir à titre exceptionnel aux fins de comparaison entre les différentes structures de même taille .

Conclusion :

Différentes mesures sont opérées par les pouvoirs publics pour réduire les déficits récurrents de la sécurité sociale et permettre aux hôpitaux d'opter pour le système de contractualisation sous ses différentes formes possibles en fonction des besoins et moyens mis en œuvre. Il Ya lieu de préciser que la maitrise du médical ou « maitrise médicalisée » est à l'opposé de la maitrise comptable qui a pour effet de réduire les dépenses publiques certainement tandis que la maitrise « médicalisée » a pour objectif d'optimiser les pratiques de soins et par voie de conséquence la réduction des coûts. Dans l'objectif de soigner le système de santé national ; il ya lieu d'opter pour un partenariat de convention autour duquel tout participant à ce projet sera impliqué en matière de droits, de devoirs et de responsabilité. L'unification des tarifs est un objectif majeur ; les mêmes honoraires devraient être appliqués pour les mêmes prestations de médecins .Les traitements primes et salaires des personnels hospitaliers publics devraient être reconsidérés en fonction des recettes effectuées par les hôpitaux dans le cadre des conventions passées entre les différentes établissements publics et privés ; ainsi que les partenaires économiques et sociaux.

Références bibliographiques :

¹ TRICOH : les trois comptabilités hospitalières (Administrative-financière et analytique). Décret exécutif du 19-Mai 2007 –N°07-140 Portant nouvelles normes de gestion et de comptabilisation budgétaire et financière.

²Le Coût de journée hospitalière : Représente l'unité de mesure clé de l'activité hospitalière. Le coût de journée intègre les consommations de charges médicales ainsi que les différentes charges indirectes calculées au prorata des prestations services. Evolution des régimes budgétaires : La comptabilité hospitalière. P.131-Evelyne Augier-Les études hospitalières –édition 2003.France

³ Nathalie ANGELE-HALGAND, calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital, p.8.

⁴ MAGALI Pirson : S1.Le cadre conceptuel des coûts par pathologie, p.11.

⁵ L'épisode de soins ou encore, Le package est défini comme l'ensemble des prestations servies pour un patient lors de sa prise en charge clinique et chirurgicale. (Consommables-médicaments-solutés-accessoires de soins).

⁶ CCMU =Codification Commune Des Maladies pour Les Urgences.

⁷ La tarification à l'activité (élaborée pour les hôpitaux publics de France) : Système d'évaluation de coûts et d'allocation des budgets selon un tarif rapporté à l'activité.

⁸L'Echantillon de l'étude est constitué de : Une population de « 200 » malades admis en moyenne par journée au niveau des urgences Médico-chirurgicales. Evaluation faite à partir des données établies au niveau du bureau des admissions (bulletins d'admission /jours et nuits).La moyenne a été calculée sur la base de données de (12) Mois. Année 2022.

⁹ Les Coûts sont calculés par usage de la méthode des sections homogènes avec intégration de quelques inducteurs avec répartition à deux niveau : primaire +secondaire + inducteurs de temps et de volume.

¹⁰ Mode de Calcul : Prépondérance du volume horaire dans la calcul de la charge-Source : Budget 2022 – Service du calcul des Coûts –

¹¹ Cours moyen entre 2020-et 2022 01- 01 Euro = 156.158 DZD janvier 2022.

¹² Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (les coûts de prise en charge MCO)-France- 2012.

¹³ 70% représentent des salaires +13% coût des médicaments et dispositifs médicaux 9% charges fixes de l'établissement.