

# Ecole Nationale de la Santé Publique

MEMOIRE D'ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL

**Promotion 1998-2000**

Régulation de l'offre et de la demande d'actes  
médico-techniques à l'hôpital

*L'exemple de la FACTURATION INTERNE des analyses biologiques  
au C.H.R.U. de Lille : réflexion sur les enjeux, les moyens et la  
mise en œuvre*

**Karine ISTIN**

**SOMMAIRE**

**LISTE DES SIGLES UTILISES**

**INTRODUCTION**..... p 1

**PARTIE I - CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE** ..... p 3

**1/ Contexte général**..... p 3

**2/ Une augmentation constante de la production d'examens médico-techniques**..... p 3

**3/ Les causes**..... p 4

3a) Evolution de l'offre ..... p 4

3b) Evolution de la demande ..... p 6

3c) Le manque d'outils de régulation.....

p 7

3d) Illustration : l'étude du C.H.U. de Bichat ..... p 9

**4/ Les solutions mises en place dans le milieu hospitalier**..... p 11

**PARTIE II - LA SOLUTION ENVISAGEE AU CHRU DE LILLE :**

**LA FACTURATION INTERNE DES ACTES PAR  
NATURE, L'EXEMPLE DES LABORATOIRES..... p 21**

**A - LES OBJECTIFS..... p 21**

**1/ Les chiffres..... p 21**

**2/ Les orientations stratégiques du CHRUL, la démarche REUSSIR..... p 22**

**3/ La réflexion menée à la direction des laboratoires..... p 23**

**B - LES OUTILS DISPONIBLES..... p 25**

**1/ La comptabilité analytique..... p 25**

1a) Le découpage analytique..... p 25

1b) Les charges à intégrer..... p 28

1c) Les modes d'affectation des charges..... p 30

1d) Le recueil de l'information..... p 32

**2/ Les systèmes d'information..... p 34**

**3/ Les tableaux de bord..... p 36**

**C - REFLEXION PREALABLE A LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME  
DE FACTURATION INTERNE : ENJEUX, EFFETS PERVERS,  
SOLUTIONS POSSIBLES..... p  
37**

**1/ Le concept de facturation interne – Définition..... p 37**

**2/ La détermination des tarifs..... p 40**

2a) La notion de PCI dans les entreprises..... p 40

2b) Application des PCI à l'hôpital..... p 43

2c) Les obstacles et les risques..... p 46

**3/ L'enveloppe de biologie..... p 53**

3a) Définition du concept..... p 53

3b) Lien budget des laboratoires/ enveloppes de biologie..... p 55

**4/ Les effets pervers et leurs conséquences sur l'évolution de l'enveloppe  
et des tarifs..... p 57**

<b>5/ Elaboration d'un système cohérent</b> .....	<b>p 58</b>
5a) L'incitation des acteurs.....	p 58
5b) Comment pallier les effets pervers.....	p 63
5c) Détermination de la provision : tentative d'évaluation des « effets-série ».....	p 77
5d) Conclusion – Propositions.....	p 80
<b>6/ Mise en œuvre pratique, la démarche du C.H.R.U. de Lille</b> .....	<b>p 82</b>

<b>PARTIE III – GENERALISATION DE LA REFLEXION</b> .....	<b>P 84</b>
--	-------------

<b>1/ Les contraintes d'une démarche de facturation interne</b> .....	<b>p 84</b>
1a) La définition d'objectifs clairs.....	p 84
1b) Les contraintes techniques.....	p 85
1c) Les contraintes psychologiques et culturelles.....	p 86
1d) Les contraintes de flexibilité.....	p 87
<b>2/ Les enjeux d'une généralisation aux autres plateaux médico-techniques et aux services logistiques : la fongibilité entre enveloppes</b> .....	<b>p 87</b>
2a) Fongibilité entre enveloppes de charges induites.....	p 88
2b) Fongibilité entre enveloppes de charges induites et budget de service.....	p 90
<b>3/ La pérennisation du système</b> .....	<b>p 91</b>

<b>CONCLUSION</b> .....	<b>p 93</b>
-------------------------	-------------

**ANNEXES**

**BIBLIOGRAPHIE**

## LISTE DES SIGLES UTILISES

A.B.C.	Activity Based Costing
A.P.-H.P.	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
A.R.H.	Agence Régionale de l’Hospitalisation
BHN	B Hors Nomenclature
C.C.M.	Comité Consultatif Médical
C.H.R.U.	Centre Hospitalier Régional Universitaire
C.H.U.	Centre Hospitalier et Universitaire
C.M.E.	Commission Médicale d’Etablissement
C.R.	Centre de Responsabilité
G.H.M.	Groupe Homogène de Malades
I.C.R.	Indice de Coût Relatif
I.R.M.	Imagerie par Résonance Magnétique
N.G.A.P.	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
P.M.S.I.	Programme de Médicalisation des Systèmes d’Information
R.M.O	Référence Médicale Opposable
U.F.	Unité Fonctionnelle

## **INTRODUCTION :**

Dans un contexte de restriction budgétaire croissante, les hôpitaux sont amenés à imaginer de nouveaux modes de contrôle et de régulation de l'utilisation des ressources. Certains établissements se sont en particulier intéressés à la régulation des consommations d'actes médico-techniques, les plateaux médico-techniques représentant en effet une part non négligeable des budgets d'exploitation hospitaliers (28% au C.H.R.U. de Lille). Or ces dépenses, contrairement à celles encadrées par les budgets de service, ont la particularité d'être induites par les services cliniques, sans réel contrôle. Les plateaux techniques sont en situation de producteurs, et ne maîtrisent pas l'évolution de leurs dépenses, mis à part par une meilleure productivité en interne. Les budgets médico-techniques semblent donc condamnés à croître en même temps que les demandes d'examens. Or, certaines expériences de régulation des demandes d'examens mises en place dans les hôpitaux français tendent à montrer que des baisses de prescriptions de l'ordre de 25 à 30% sont possibles, sans nuire à la qualité des soins. Il s'agit donc de marges de manœuvre essentielles pour les hôpitaux aujourd'hui. Les enjeux et les raisons des dérapages actuels des dépenses liées aux examens, ainsi qu'une présentation des différentes expériences menées à ce jour pour y faire face feront l'objet de la première partie.

Le C.R.H.U. de Lille souhaite mettre en place une solution intéressante, actuellement en cours de réflexion dans les laboratoires : la facturation interne des actes médico-techniques par nature, dans le cadre d'un contrat interne entre les plateaux techniques et les services cliniques consommateurs. Cette expérience est originale dans la mesure où elle met en place un réel encadrement budgétaire des charges induites, avec un système d'intéressement. Elle nécessite cependant une importante réflexion préalable sur les concepts, les enjeux, et les

risques d'un tel projet. Ces réflexions seront présentées dans la deuxième partie, et concerneront exclusivement les laboratoires, puisque la démarche y est la plus avancée.

Tout l'enjeu de la facturation interne est sa pérennisation et sa généralisation à l'ensemble des plateaux techniques et éventuellement des services logistiques, et surtout sa possible reproduction dans d'autres établissements. Cette réflexion fera l'objet de la troisième partie.

## PARTIE I : CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

### Contexte général

Depuis maintenant plusieurs années, les hôpitaux français sont contraints à une restriction budgétaire et à une optimisation de l'utilisation de leurs ressources.

Les Ordonnances d'avril 1996 tendent à promouvoir le nouveau concept de contractualisation : entre les établissements et l'A.R.H., mais aussi, au sein des établissements entre les Directions et les services. La contractualisation peut porter sur une plus grande indépendance des services ou des fédérations de services, grâce à une certaine décentralisation des décisions et de la gestion.

Les hôpitaux sont donc aujourd'hui incités à faire preuve d'imagination pour contrôler et utiliser au mieux leur enveloppe budgétaire, les décisions de gestion étant de fait de plus en plus décentralisées au niveau des services de soins.

Dans ce contexte, l'inflation de l'offre et de la demande d'actes médico-techniques, et l'absence d'outils de régulations, laissent entrevoir une marge de manœuvre importante pour les hôpitaux en terme d'économies de gestion potentielles.

### 2 - Une augmentation constante de la production d'examen médico-techniques

Depuis les années 70, on a assisté à une augmentation constante des actes médico-techniques réalisés dans les hôpitaux. Cette croissance a été freinée dans les années 1990, suite aux différents plans de restriction des budgets hospitaliers, mais comme le montre le tableau ci-dessous, elle n'est pas encore contenue :



Evolution de la production hospitalière (France) d'actes de biologie (B) et d'imagerie (Z)

---

	1990	1991	1992	1993	1995	1996
Qté de B en millions	6.823	7.476	7.437	7.539	8.018	7.794
Qté de Z en millions	594	594	564	547	549	560

---

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, SESI

Annuaire des Statistiques sanitaires et sociales 1998

Dans le domaine de la biologie, la production de B augmenterait encore de 10% par an<sup>1</sup>, et les budgets des laboratoires hospitaliers auraient augmenté de 100% en 10 ans.

L'imagerie se situe dans un contexte particulier, puisque la plupart des équipements lourds font partie de la carte sanitaire, ce qui limite l'offre et par conséquent la demande d'examen.

### 3 – Les causes

Trois phénomènes complémentaires peuvent expliquer cette évolution :

#### 3a) Evolution de l'offre

Dans le domaine de la **biologie**, deux tendances ont contribué à augmenter l'offre d'analyses : La forte automatisation de certaines disciplines depuis les années 70 a permis de banaliser certains bilans, notamment en biochimie, en les réalisant en séries : les capacités de production ont augmenté, en même temps que les délais de rendu des résultats restaient stables, voire diminuaient.

La recherche et développement a permis de faire naître de nouvelles disciplines, à la limite de la clinique et de la biologie :

---

<sup>1</sup> P. Soubigou, « Les laboratoires hospitaliers de biologie médicale », mémoire Mastère équipement biomédical, 1998.

- la *biologie moléculaire* (dépistage de maladies génétiques, de prédispositions à certains cancers),
- l'*immunoanalyse* (identification d'un antigène par l'intermédiaire des anticorps : identifications de marqueurs tumoraux par exemple),
- La *thérapie cellulaire* (amplification des défenses immunitaires du patient en augmentant le nombre de cellules immunitaires spécifiques de la tumeur par une étape de culture in vitro),
- La *thérapie génique* (traitement d'une maladie génétique par l'introduction dans le génome de la version saine du gène défectueux),

Si l'automatisation a permis de réduire les coûts de production, par économie d'échelle et remplacement du facteur humain, ces disciplines émergentes font appel à des techniques parfois très coûteuses en réactifs ou en temps personnel (exemple : techniques de réaction d'amplification de séquences d'ADN – technique *PCR, Polymerase Chain Reaction*).

Dans le domaine de l'**imagerie**, le phénomène est le même : la radiologie conventionnelle s'est banalisée, en même temps qu'apparaissaient l'échographie, l'écho-doppler, la radiologie numérisée, le scanner, l'I.R.M., et la radiologie interventionnelle.

**Les enjeux** dans tous les domaines, sont similaires :

- l'offre d'analyses a augmenté et s'est complexifiée ;
- les technologies émergentes sont souvent coûteuses ; le risque essentiel est que la recherche dans les disciplines médico-techniques soit parfois déconnectée des besoins réels des cliniciens, et qu'il y ait ainsi création de la demande par l'offre sans réelle justification thérapeutique;

- plusieurs techniques peuvent se substituer, en particulier en imagerie, mais il existe peu de protocoles de prescriptions, et la substitution ne s'est pas encore faite ; les techniques s'accumulent donc ;
- de manière générale, les analyses médico-techniques ont aujourd'hui un rôle primaire de dépistage, mais aussi d'aide au diagnostic, et sont parfois utilisées dans des protocoles thérapeutiques (thérapie génique et cellulaire).

### 3b) L'évolution de la demande

Face à une palette de produits de plus en plus sophistiquée, les cliniciens ont un comportement d'acheteur qui ne paierait jamais ses consommations. Les prescriptions ne sont pas contrôlées, et on assiste à plusieurs phénomènes inflationnistes :

certaines examens sont prescrits de manière systématique dès l'entrée à l'hôpital du patient et ne sont bien souvent pas justifiés par l'état du malade ;

la méconnaissance des coûts, le manque d'implication des cliniciens dans la régulation « économique » des dépenses, l'absence de dossier médical commun, conduisent à des doublons de prescriptions, souvent lors des transferts de services ou d'unité : un bilan demandé lors de l'entrée aux urgences, sera à nouveau prescrit lors de l'arrivée dans le service d'hospitalisation. C'est surtout le cas pour les analyses biologiques, moins pour l'imagerie, où la radio suit plus facilement le patient que la feuille de résultats d'analyses. Le surcoût se mesure bien entendu en francs, mais également en défaut de qualité, le malade étant piqué plusieurs fois.

Plusieurs laboratoires ont pu identifier un effet « internes », les prescriptions augmentant de manière significative chaque début de semestre. Les internes, de passage, sont peu impliqués dans la gestion des services, et à défaut de sensibilisation au coût des examens demandés, ils se forment et pour cela prescrivent...

Enfin, le cloisonnement entre les services cliniques et les services médico-techniques conduit parfois à un manque de communication et surtout de protocoles de prescriptions pour des examens et des techniques de plus en plus complexes, comme nous l'avons vu précédemment ; les conséquences directes en sont une méconnaissance par les cliniciens de certaines analyses et examens, entraînant une prescription parfois inadaptée, et surtout un manque de substitution des analyses et examens entre eux. Enfin, les services médico-techniques ne sont souvent que des producteurs, et ne peuvent pas réguler la demande, qu'ils subissent.

### 3c) Le manque d'outils de régulation

Face à cette surenchère constante de l'offre et de la demande, les directions hospitalières possèdent aujourd'hui peu d'outils pour maîtriser le phénomène, ou même le surveiller : les systèmes d'information ne sont pas suffisamment performants, les seules données disponibles sont souvent les quantités d'actes réalisés et consommés, codés en lettres-clé N.G.A.P. (Nomenclature Générale des Actes Professionnels de la Sécurité Sociale), ou éventuellement en ICR (Indices de Coût Relatifs). Or la nomenclature N.G.A.P., malgré des mises à jour régulières, est aujourd'hui inadaptée aux actes de plus en plus spécialisés réalisés notamment dans les C.H.U. ; les examens très spécialisés ne sont d'ailleurs pas cotés (cultures cellulaires, biologie moléculaire...dont les actes sont cotés en BHN, B hors nomenclature). Les coûts associés à ces examens (utilisation des tarifs de la Sécurité Sociale, ou calcul de coûts directs par lettre clé dans chaque plateau technique) sont donc très souvent sous-évalués, et ne reflètent pas la réalité des ressources consommées (cf. Annexe 1, Comparaison des coûts du C.H.R.U. de Lille et de la valorisation en B) . Quant au codage issu du PMSI (Catalogue des Actes Médicaux), associant aux examens un ICR, il semble très peu exploité à l'heure actuelle ; il n'est de plus pas valable pour les actes de biologie, toujours cotés en B.

Ces outils, s'ils peuvent permettre d'évaluer des consommations en B ou en ICR plus ou moins fiables, ne donnent aucune indication sur la nature des actes consommés, mis à part éventuellement le poids moyen du B ou du Z (total des B/Z consommés, divisé par le nombre d'actes consommés). Ils ne peuvent donc être utilisés pour réguler la demande, puisque les services cliniques n'ont pas connaissance de leur consommation ni des coûts par type d'examen et ne savent donc pas quelles analyses ou quels bilans il convient de surveiller avec attention.

Les services cliniques consommateurs n'ont donc aucune information fiable sur le coût des examens qu'ils prescrivent. Ainsi, il ressort d'une enquête IPSOS-Biomérieux réalisée en 1997 auprès de 200 médecins, que 83% des prescripteurs interrogés estiment « mal connaître » le coût des analyses biologiques qu'ils prescrivent.

Conséquence directe de ce manque d'outils de régulation, et facteur aggravant du phénomène, les charges induites que constituent les examens médico-techniques sont souvent « oubliées » lors des évaluations des projets de recherche clinique, et ne sont que très rarement prises en charge par des financements de recherche, augmentant ainsi les surcoûts pour les budgets hospitaliers.

### 3d) Illustration : étude Bichat <sup>2</sup>

Une étude a été menée au C.H.U. Bichat-Claude Bernard en 1996 par la Commission locale d'établissement, pour tenter de quantifier les « doublons non justifiés » en biologie, dans le but d'en étudier les causes et d'apporter des actions correctrices. Cette étude a porté sur quatre examens de biochimie (urée-créatinine, bilirubine, triglycérides-cholestérol, fer sérique ; il s'agit d'examen de routine), choisis selon quatre critères :

---

<sup>2</sup> E. Minvielle et S. Beaugé, « Mieux prescrire les examens complémentaires, l'expérience du C.H.U. Bichat-Claude Bernard », Gestions Hospitalières 98/01, pp 32-36.

- la relative facilité dans la définition du caractère injustifié de la prescription (une deuxième prescription dans un intervalle de temps rapproché d'un premier examen aux résultats normaux, peut être considérée comme un doublon) ; la notion d'intervalle de temps rapproché a été précisée pour chacun des quatre examens par la commission d'évaluation ;
- l'importance ressentie du risque de doublons ;
- la fréquence de la prescription ;
- le coût de l'examen.

L'expérience a porté sur un échantillon de 166 patients ayant fait l'objet de 1271 demandes d'analyses pour les quatre examens retenus. Les doublons injustifiés (98), repérés selon les critères définis ci-dessus, ont été analysés avec les prescripteurs, et les causes identifiées sont les suivantes :

Répartition des 98 doublons injustifiés :

	<i>Nb de cas</i>	<i>% des causes</i>
<b><i>Doublons attribués au comportement des acteurs :</i></b>	<b>60</b>	<b>65%</b>
• <u><i>Aux personnels médicaux</i></u>	<u>44</u>	<u>47%</u>
- Prescription automatique liée aux habitudes	28	30%
- Surprescription liée à une méconnaissance des performances des automates	12	13%
- Surprescription associée à une erreur d'expertise médicale	4	4%
• <u><i>Aux personnels soignants</i></u>	<u>16</u>	<u>18%</u>
- Abus ou erreur de cochage	7	9%
- Prescription orale	6	6%
- Initiative de prélèvement	3	3%
<b><i>Doublons attribués aux supports logistiques :</i></b>	<b>32</b>	<b>25%</b>
- Aux délais dans les circuits	23	25%
- Au support des informations médicales	9	10%

*Source : Etienne Minvielle et Sophie Beaugé, « Mieux prescrire les examens complémentaires, l'expérience du C.H.U. Bichat-Claude Bernard » ; Gestions Hospitalières - janvier 98.*

Au total, sur l'échantillon de 166 patients, **44.6%** d'entre eux ont eu au moins un examen injustifié au cours de leur hospitalisation (pour les quatre analyses étudiées). Le taux d'examens injustifiés, pour les analyses étudiées (taux = nombre d'examens injustifiés / Nombre total de demandes des quatre examens) est de **16%**.

Une analyse plus approfondie par les auteurs de l'étude a montré que la probabilité la plus élevée d'apparition de doublons se situe au niveau des transferts d'une unité à une autre.

L'évaluation économique de ces doublons fait apparaître que les coûts de réactifs et consommables qui y sont associés représentent **17%** de la totalité des dépenses de réactifs et consommables des laboratoires.

Cette étude a l'intérêt de confirmer « scientifiquement », les impressions des gestionnaires hospitaliers, et surtout de les quantifier. Les chiffres obtenus paraissent particulièrement élevés, et confirment le besoin d'une régulation, par une sensibilisation plus forte des prescripteurs (qui engendrent, selon l'étude, 65% des doublons). L'importance des surprescriptions liées à une méconnaissance des performances des automates, démontre également l'éloignement culturel biologistes/cliniciens et le manque d'échanges d'informations, et laisse à penser que de nombreuses analyses spécialisées sont probablement prescrites en double avec des analyses auxquelles elles sont sensées se substituer. On peut noter de plus que la définition retenue ici pour les doublons est très restrictive (deuxième prescription dans un délai donné) ; on peut certainement y ajouter les doublons lors des prescriptions d'analyses qui peuvent se substituer l'une à l'autre, et surtout toutes les analyses qui, sans être des doublons, sont tout simplement injustifiées par l'état clinique du malade (bilans systématiques). A combien se chiffre alors le coût de ces examens non justifiés ?

#### **4 – Les solutions mises en place dans le milieu hospitalier**

Face à ce phénomène, de nombreux établissements, ont tenté de mettre en place des outils permettant de réguler surtout la demande.

- ❖ La méthode la plus communément utilisée est l'information des services cliniques sur leur consommation globale d'actes médico-techniques, valorisée en lettre-clé ; ces informations sont souvent intégrées dans des tableaux de bord dont la périodicité varie.



L'intérêt de cet outil est surtout de mettre en évidence les *variations* de consommation d'une période à l'autre ; en effet, en soi la valeur des actes en lettre-clé N.G.A.P. n'a pas grand intérêt. L'hôpital Saint-Louis à Paris<sup>3</sup> évalue l'impact de la diffusion de ces tableaux de bord : le volume des examens demandés par les services cliniques s'est réduit, entre 1995 (date de mise en place de l'outil) et 1996, de 5% pour le nombre de B consommés, et de 11% pour le volume de Z imagerie.

- ❖ Certains établissements de l'A.P.-H.P. ont franchi une étape supplémentaire, en instaurant un encadrement budgétaire des charges induites des services cliniques. L'enveloppe budgétaire est déterminée en fonction de la consommation des années précédentes, valorisée en lettre-clé N.G.A.P., dont la valeur en Francs est calculée à partir d'un « coût standard » interne à l'A.P.-H.P. (il s'agit par type de plateau technique, et par discipline, du coût moyen pour l'année n-1, de l'ensemble des établissements de l'A.P.-H.P.). Cet outil, qui est un début de facturation interne, présente plusieurs intérêts : il sensibilise les prescripteurs en associant aux charges induites une enveloppe budgétaire ; les « tarifs » utilisés ne sont pas les coûts réels de l'établissement, mais des coûts standards, ou coûts moyens A.P.-H.P., ce qui évite de faire supporter aux services cliniques les éventuels surcoûts de leurs plateaux techniques. Cependant, aucun système d'intéressement n'est prévu, ce qui limite la motivation des acteurs. De plus, les informations en lettres clé permettent d'identifier d'éventuels dérapages, mais en aucun cas de les expliquer : un dépassement en nombre de B n'indique pas sur quel type d'analyses biologiques le dérapage est apparu, ce qui rend les corrections difficiles.

---

<sup>3</sup> Nathalie Roman, « Contrôle de gestion et budget de service », *Gestions Hospitalières* 1997/08, N°367, pp 450-454.

❖ L'A.P.-H.P. a les moyens, en terme de système d'information, d'avoir une bonne connaissance des consommations, UF par UF, des services cliniques en actes médico-techniques (valorisation globale de la consommation en lettres-clé) ; c'est pourquoi, la logique des « charges induites » est intégrée depuis longtemps. En plus des expériences telles celle présentée ci-dessus, tous les établissements de l'A.P.-H.P., sont soumis à des comparaisons annuelles, dans les TSA (Tableaux de Synthèse d'Activité) produits par le siège de l'institution. Ces TSA, qui présentent par discipline des coûts moyens par séjour GHM, intègrent pour chaque UF consommatrice, les charges induites. Ainsi, pour une même discipline, il est possible de comparer le niveau de charges induites consommées, à niveau d'activité égal, de chaque établissement. Notons que les charges induites sont toujours valorisées en lettre clé- multipliée par le coût standard A.P.-H.P., pour éviter les « effets-prix », c'est-à-dire le gonflement des charges induites d'un service consommateur en raison d'un plateau technique trop cher. Cet outil, s'il est présenté et expliqué aux services cliniques, peut être un très bon instrument de régulation de la demande d'actes médico-techniques ; en effet, les cliniciens sont comparés à leurs confrères d'une même discipline, et leur activité en séjours est pondérée selon le poids des GHM : les écarts de charges induites doivent en théorie être relativement réduits. Lorsque ce n'est pas le cas, la qualité de l'outil autorise à chercher des explications, ce qui permet de faire entrer les prescripteurs dans une logique de compréhension des processus de formation des coûts, voire d'élaboration de règles de bonne pratique pour la prescription. Ceci est facilité par le fait que les cliniciens sont comparés *nominativement* à leurs confrères. Cependant, là encore, il s'agit d'un volume global de B, de Z, ou de K consommés, et aucune information n'est donnée sur le type d'examen qui entraînent les surcoûts.

❖ D'autres expériences originales et moins « comptables » ont vu le jour : une équipe du C.H.U. de Clermont-Ferrand a mené une expérience visant à découvrir « Quel est l'effet de la limitation d'accès aux équipements sur le comportement des prescripteurs »<sup>4</sup>; cette étude a concerné la chirurgie générale, thoracique et vasculaire. L'idée était de déterminer si la limitation de l'offre pouvait à long terme freiner la consommation de soins, et si la limitation de l'accès aux équipements pouvait améliorer *l'opportunité du recours* à ces derniers. Les auteurs ont suivi deux équipes chirurgicales (seuls les chirurgiens sont communs aux deux sites) du C.H.U., l'une située sur un site éloigné des plateaux techniques de biologie et d'imagerie, l'autre sur un site proche de ces derniers ; une étude rétrospective des dossiers des patients pour deux interventions (thyroïdectomies et pontages aorto-bifémoraux) a été réalisée après appariement des cas dans les deux sites (pour éviter la variance due aux caractéristiques des patients eux-mêmes). Les prescriptions d'actes médico-techniques ont été recueillies et valorisées en B, Z et K.

Les résultats de cette étude montrent que l'impact d'un accès facilité au plateau technique n'apparaît pas de façon évidente. La limitation d'accès expliquerait moins de 30% des différences de prescriptions ; pour les thyroïdectomies, c'est même l'effet inverse qui est constaté : l'éloignement du plateau technique est associé à une surprescription. Après étude des comportements, les auteurs font apparaître que le facteur discriminant dans la variance des prescriptions, est l'existence de *protocoles de prescription implicites* émanant des anesthésistes sur l'un des sites, et des infirmières sur l'autre ; le comportement des chirurgiens n'a pas été étudié, puisqu'ils sont communs aux deux sites. Ainsi, l'absence de protocoles écrits et mis à jour pour la prescription, entraîne des *comportements d'anticipation* de la part des infirmiers et des anesthésistes, sur la prescription des cliniciens, et donc une multiplication de la demande du nombre d'actes. Plus les équipes

---

<sup>4</sup> L. Gerbaud et B. Vilatte, « Quel est l'effet de la limitation d'accès aux équipements sur le comportement des prescripteurs » ; Journal d'Economie Médicale 97/11, pp 451-472.

sont anciennes, et plus le poids des habitudes est présent, et amplifie ce phénomène de protocoles implicites.

Les auteurs ont également montré que l'éloignement des plateaux techniques ne conduisait pas à une sous-utilisation de ces derniers pour des patients qui en auraient besoin.

Là encore, on retrouve le facteur humain en première ligne pour expliquer l'évolution des demandes d'actes médico-techniques. Les auteurs préconisent, pour un meilleur contrôle des prescriptions, la mise en place de protocoles écrits de responsabilité, et la diffusion de règles de prescription.

- ❖ Dans la même logique que les conclusions de l'étude présentée ci-dessus, certains établissements ont tenté de faire établir par le corps médical – cliniciens, biologistes, radiologues,... - des RMO (Références Médicales Opposables) et règles de bonnes pratiques pour la prescription des examens, applicables à l'hôpital. S'il existe peu d'écrits, des réflexions sont menées dans les services cliniques, pour essayer de sensibiliser les prescripteurs, et surtout les internes (prescripteurs de passage) à la limitation du nombre des analyses demandées. Peu d'études existent sur les expériences menées dans ce domaine, encore moins sur l'évaluation des résultats obtenus.

A l'hôpital Henri Mondor de l'A.P.-H.P. cependant, une expérience<sup>5</sup> a été menée dès le début des années 90, grâce à une commission d'évaluation du C.C.M. (correspond à la C.M.E.), qui a travaillé sur l'élaboration de recommandations cliniques, notamment en matière de prescriptions d'analyses biologiques. Cliniciens et biologistes ont travaillé de concert pour produire des fiches de prescriptions par type de diagnostic, indiquant si l'examen demandé est pertinent ou non (voir exemple de fiche ci-dessous). L'intérêt de cet outil est certain, notamment par son impact psychologique sur le prescripteur, qui coche

---

<sup>5</sup> Isabelle Durand-Zaleski, « Elaboration et mise en place des recommandations de pratique clinique – L'expérience de l'Hôpital Henri Mondor » ; Gestions Hospitalières 1997/10, n°369, pp 645-652.

une case expressément identifiée comme « examen inutile ». Selon l’auteur de l’étude, cette fiche de prescription a entraîné une baisse des prescriptions de l’ordre de **25% à 30%**. L’inconvénient majeur est bien entendu, selon l’auteur elle-même, la lourdeur d’une mise à jour régulière.

Responsable :  Date : Heure de prélèvement : Service : Nom du prescripteur : Identification patient :	<b>FEUILLE DE PRESCRIPTION LABORATOIRE DE BIOCHIMIE Hôpital Henri Mondor</b>									
<b><u>Suspicion de souffrance myocardique</u></b>										
<i>Cocher les analyses à effectuer</i>										
Délai entre le début de la douleur thoracique ou le 1er symptôme de souffrance myocardique et le prélèvement :	Myoglobine	Troponine Ic	CPK / CPK-MB	SGOT						
< 24 h										
> 24 h										
Post-opératoire de chirurgie cardiaque										
Autre situation clinique suspectée : - constitution myocardique - myocardite										
Autre (en clair) .....										
<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 10px; border: 1px solid black; background-color: white;"></td> <td>Examen utile au diagnostic</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 10px; border: 1px solid black; background-color: #ffff00;"></td> <td>Examen rarement utile</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 10px; border: 1px solid black; background-color: #cccccc;"></td> <td>Examen inutile</td> </tr> </table>						Examen utile au diagnostic		Examen rarement utile		Examen inutile
	Examen utile au diagnostic									
	Examen rarement utile									
	Examen inutile									

*Source : Isabelle Durand-Zaleski, Fédération HITEQ – Santé Publique , hôpital Henri Mondor, AP-HP ; Gestions Hospitalières N :369.*

- ❖ Des expériences plus ponctuelles de calculs de coûts sont mises en place dans plusieurs établissements, et visent à faire connaître les coûts de différentes techniques pouvant se substituer, et à mener une réflexion, avec les cliniciens et les plateaux techniques, sur

l'opportunité de chaque technique en fonction du diagnostic et du coût. Ainsi, par exemple, le C.H.U. de Grenoble<sup>6</sup> a évalué les coûts des différentes techniques de diagnostic de l'embolie pulmonaire : l'écho-doppler des membres inférieurs, la scintigraphie pulmonaire, le scanner hélicoïdal. L'étude a été menée en impliquant fortement le corps médical, et a abouti à des protocoles de prescriptions en fonction du profil du patient.

De même, le C.H.U. de Toulouse a mené une étude de coût des deux techniques de traitement des anévrismes intracrâniens : le traitement endovasculaire à l'aide de microcoïls, et le traitement chirurgical classique. Le C.H.U. de Lille réalise la même étude de comparaison entre radiologie interventionnelle et neurochirurgie.

Ces études ponctuelles concernent surtout des techniques substituables les unes aux autres, ou des techniques pour lesquelles les modalités de recours sont mal définies : absence de protocoles permettant aux cliniciens de faire appel aux techniques les mieux appropriées pour un cas donné ; c'est surtout le cas en imagerie où l'opportunité du recours à l'I.R.M. ou au scanner est laissée à la libre appréciation de chaque prescripteur ; c'est de plus en plus le cas pour la radiologie interventionnelle, qui « concurrence » la chirurgie traditionnelle pour certains diagnostics, non seulement dans le domaine de la neurochirurgie, mais surtout en cardiologie (de nombreuses études tentent d'évaluer les différentes techniques de traitement de l'infarctus du myocarde : médicamenteuse, chirurgicale ou par radiologie interventionnelle).

L'intérêt de cette approche est bien entendu, au delà de la connaissance des coûts, l'implication du corps médical, et la rédaction de protocoles. Peu d'études toutefois, peut-être par manque de recul, évaluent les résultats obtenus sur l'évolution des prescriptions.

---

<sup>6</sup> C. Chardon, J-L. Bosson, « Calcul du coût réel d'examen dans un Centre Hospitalier Universitaire – Apport dans le choix d'une nouvelle stratégie diagnostique de l'embolie pulmonaire » ; Journal d'Economie Médicale 1997/11-12, T.15, n°7-8, pp 489-501.

Cependant, ces études ponctuelles n'impliquent qu'un petit nombre de prescripteurs et de disciplines, pour un temps passé (démarche d'évaluation des coûts et des process) relativement important ; si la démarche de protocolisation des prescriptions est nécessaire et passe sans doute par des calculs de coûts, elle doit s'intégrer dans une logique plus globale de réflexion en groupes d'experts mixtes cliniciens/services médico-techniques.

- ❖ Toutes ces expériences visent essentiellement à réguler la demande, mais peu d'établissements ont tenté d'agir directement sur l'offre, en partant du principe que l'offre peut créer des besoins. Le C.H.R.U. de Lille souhaite mettre en place une commission mixte (biologistes et cliniciens) de gestion de projets de recherche et développement en biologie ; l'objectif est de choisir, entre biologistes et cliniciens, les projets de recherche et développement de biologie les plus « utiles » à l'hôpital, c'est-à-dire les projets liés à des projets cliniques en cours, ou à des perspectives de fort développement d'une activité clinique. Les projets biologiques devraient, à terme, être passés au crible d'un questionnaire<sup>7</sup>, qui pondère, en fonction de leur importance, différents critères, pour permettre d'évaluer et de comparer les projets à l'aide d'une note chiffrée (Cf. Annexe 2, extrait du questionnaire). Cette commission permet aussi un dialogue entre deux mondes parfois cloisonnés, ce qui aboutit à une meilleure connaissance des besoins des uns et des autres, mais aussi des technologies innovantes. Ce dialogue peut ainsi limiter les doublons de prescriptions, par une meilleure connaissance par les cliniciens des analyses demandées.

---

<sup>7</sup> M. Boutry, « Elaboration d'un outil d'aide à la décision stratégique en biologie », Mémoire professionnel, 1997.

Toutes ces expériences (dont la liste n'est pas exhaustive, mais représentative du degré de publicité) ont été mises en place en fonction des moyens techniques disponibles, en particulier les systèmes d'information, et des relations plus ou moins privilégiées avec le corps médical dans chacun des établissements. On voit que le concept d'encadrement budgétaire des charges induites est abordé, mais avec comme principale limite une information exclusivement en lettres-clé, ce qui réduit considérablement l'identification des moyens d'action pour les cliniciens.



## **PARTIE II : LA SOLUTION ENVISAGÉE AU C.H.R.U. de Lille : LA FACTURATION INTERNE DES ACTES PAR NATURE – L'EXEMPLE DES LABORATOIRES**

---

Le C.H.R.U. de Lille a envisagé une solution qui lui est propre, dans le sens où elle s'inscrit dans un contexte particulier : la taille de l'établissement et le poids de ses plateaux médico-techniques, l'engagement des services cliniques dans une démarche de contractualisation interne, les outils techniques actuellement disponibles, l'ont conduit à réfléchir sur la faisabilité de la facturation interne.

### **A – LES OBJECTIFS**

#### 1 – Les chiffres

La fonction médico-technique représentait en 1998 28% du budget d'exploitation du C.H.R.U. de Lille, et à l'intérieur de cette fonction, les laboratoires avaient un poids de 27%, les blocs 23%, et l'imagerie 17%.

L'évolution de l'activité des laboratoires, rapportée à l'activité globale du C.H.R.U. est la suivante :

	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>Evolution</b>
<i>Nb d'actes en millions</i>	6.1	5.9	6.3	+ 3.3 %
<i>Nb de B en millions</i>	153.6	157.1	178	+ 15.9 %
<i>Nb de journées (MCO)</i>	532 834	536 938	538 829	+ 1.1 %
<i>Ratio B/journées</i>	288	293	330	+ 14.6 %

Ces données sont à prendre avec quelques précautions pour les années 96 et 97 en raison de problèmes de comptage. On remarque cependant quelques grandes tendances : si le nombre d'actes varie peu sur 3 ans, le nombre de B, rapporté au nombre de journées, augmente de 15%. Malgré les limites de la cotation en B, on peut estimer qu'il s'agit là d'une réelle augmentation d'activité, en particulier pour des actes plus lourdement cotés (développement de la biologie moléculaire... Cf. Partie I, 3a.).

Le budget groupes 2 et 3 des laboratoires est d'environ 40 MF ; il a peu évolué depuis 3 ans, ce qui va conduire à un déficit pour l'année 1999.

## **2 – Les orientations stratégiques du C.H.R.U. de Lille – La démarche REUSSIR**

Conformément aux préconisations des Ordonnances de 1996, le C.H.R.U. de Lille s'est engagé dans une démarche de contractualisation interne, appelée « REUSSIR » (Réaliser Ensemble Une Structure de Santé Innovante et Responsable), et visant à donner plus d'autonomie aux Centres de Responsabilité. A l'heure actuelle, plusieurs contrats ont été signés, avec la clinique de Gynécologie Obstétrique et Néonatalité, et avec la clinique de neurologie - une clinique est un regroupement d'unités médicales, fondé sur un projet médical partagé et disposant de ressources communes. Les contrats prévoient un système d'intéressement des cliniques aux économies de gestion réalisées par rapport aux prévisions et aux moyens budgétaires alloués.

Le contrat type préconise l'instauration « de relations de type clients-fournisseurs entre la clinique et les directions opérationnelles prestataires de service ». Le Contrat d'Objectifs et de Moyens précise que « les dépenses de laboratoire, d'alimentation et de maintenance vont progressivement être facturées à la clinique qui les aura engendrées ».

L'objectif est bien entendu de maîtriser les dépenses, mais aussi de sensibiliser les cliniciens aux coûts, et de les amener à réguler eux-mêmes leurs consommations, en leur offrant une plus grande autonomie de gestion.

### **3 – La réflexion menée à la Direction des Laboratoires**

Dans ce contexte, la Direction des laboratoires prévoit donc de mettre en place un système de facturation interne des actes de biologie aux services consommateurs. On peut noter que si ce concept est encore neuf en France, il est déjà exploité dans plusieurs pays, notamment en Suède, au Canada, et en Grande-Bretagne, où les démarches de déconcentration de gestion et de contractualisation interne aussi bien verticale (entre Direction et unités médicales) qu'horizontale (entre les unités médicales) sont déjà bien avancées<sup>8</sup>. Concrètement, chaque mois, les services consommateurs recevraient un tableau récapitulatif de leurs demandes d'examens (examens exprimés par leur libellé, et pas seulement par un code en B), avec le coût réel associé, issu de la comptabilité analytique des laboratoires. Les dépenses seraient imputées à une enveloppe budgétaire spécifiquement allouée, et un intéressement pourrait être distribué en fin d'année en fonction des économies réalisées. L'intérêt d'une telle démarche est multiple :

Elle permet de dégager des ressources en interne ;

- Elle participe à l'orientation actuelle d'une plus grande autonomie de gestion des cliniques et entre ainsi dans le cadre du projet « REUSSIR » ;
- Elle incite fortement les services consommateurs à réguler leur demande, optimisant ainsi les choix diagnostiques (ce qui est rendu possible par une connaissance des coûts par examens, et non plus seulement par B) ;
- Elle incite les services prestataires à optimiser leurs coûts de production ;

---

<sup>8</sup> Dossier contractualisation interne et déconcentration de gestion, Gestions Hospitalières 1999/04, pp 240-255.

- Elle modifie les relations « consommateurs/producteurs » pour en faire des relations « clients/fournisseurs », avec les implications qui en découlent en terme de qualité de la prestation rendue ;
- Elle participe à une meilleure connaissance des coûts à l'hôpital ;
- Enfin, les charges induites n'ayant encore jamais été régulées par les services consommateurs, elles constituent une des principales marges de manœuvre pour l'intéressement.

La Direction des Laboratoires a une bonne connaissance de son activité, en terme quantitatif, mais aussi qualitatif. Un catalogue des analyses à l'attention des services cliniques a été publié, répertoriant par laboratoire les analyses produites, le contenant à utiliser, et les éventuelles précautions de conservation. Ceci souligne le travail déjà réalisé avec les personnels pour appréhender l'activité des laboratoires. Les systèmes d'information, comme nous le verrons plus loin, permettent d'obtenir aujourd'hui les productions et consommations des laboratoires et des services cliniques, productions identifiées en actes en nature (le libellé de l'analyse est connu, et pas seulement sa cotation en B).

En termes d'analyse de coûts, une comptabilité analytique de production a été mise à partir de 1995, dans tous les laboratoires sauf l'anatomopathologie et la bactériologie. La Direction dispose donc d'un historique des coûts sur 3 ans (1996, 1997 et 1998).

Cependant, en raison de la capacité limitée du système d'information des laboratoires jusqu'à cette année, aucune information, même en B, n'a jamais été communiquée aux cliniciens sur leurs consommations de biologie (il en est de même pour les autres plateaux techniques du C.H.R.).

## **B – LES OUTILS DISPONIBLES**

Aujourd'hui, les laboratoires ont les moyens techniques de s'engager dans une réelle démarche de facturation interne des actes par nature : la comptabilité analytique est aboutie, bien que perfectible, et le nouveau système d'information permet d'élaborer des tableaux de bord complets.

### **1 - La comptabilité analytique**

#### 1a) Le découpage analytique

Plusieurs méthodes sont aujourd'hui utilisées par les quelques établissements publics français qui se sont lancés dans la mise en place d'une comptabilité analytique dans les laboratoires. Parmi ces établissements, le plus « médiatisé » est Strasbourg. Le C.H.U. de Strasbourg<sup>9</sup> utilise actuellement la méthode dite « ABC » (Activity Based Costing) de comptabilité analytique, qui a pour caractéristiques essentielles de s'intéresser aux « activités », ou processus de fabrication. La méthode ABC est à l'origine issue du secteur industriel ; elle s'adapte à la biologie, qui par bien des aspects a recours à des processus quasi-industriels. Ainsi, le C.H.U. de Strasbourg a distingué plusieurs activités au sein d'un laboratoire test, le laboratoire de biochimie (le plus « industrialisé » de tous, en raison de sa forte automatisation : 80 à 90% des actes produits en biochimie sont automatisés) :

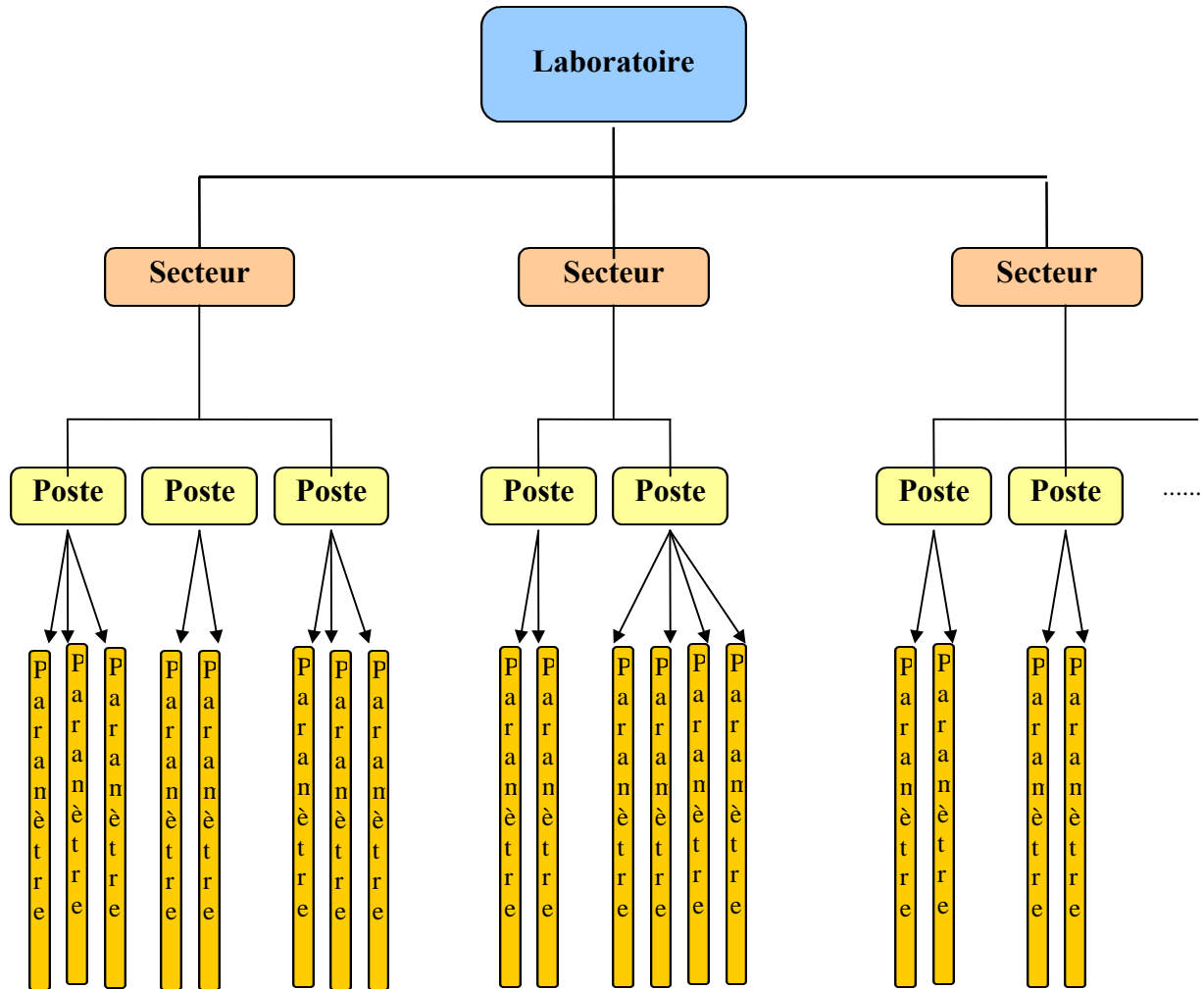
- réception/tri des tubes
- enregistrement et édition des feuilles de paillasse
- distribution tubes et feuilles
- centrifugation, stockage

---

<sup>9</sup> N. Biron, J. Mark, G. Hamel, « L'utilisation de la méthode ANC pour les activités de support médico-technique et logistique » ; Gestions Hospitalières 98/06-07, pp 425-429.

- demandes en urgences

Cette méthode a l'avantage de décomposer les coûts des analyses, et d'identifier, pour chaque activité, des « inducteurs de coût » sur lesquels il est possible d'agir pour réduire les coûts de l'activité en question (par exemple, pour l'activité « réception et tri des tubes », l'inducteur de coût est le tube mal identifié, qui va engendrer des surcoûts en temps pour le personnel...). Cependant, la méthode ABC est surtout intéressante pour la gestion interne, mais n'a pas grand intérêt pour la facturation : le « client » n'a de toute façon pas connaissance de la décomposition en tranches des tarifs, pour toutes les analyses. Le C.H.R.U. de Lille a donc fait le choix de ne tenir compte que des activités d'analyse (de technique), et d'affecter directement les charges des autres activités (réception...) au paramètre, sans passer par une phase de distinction des activités. Ainsi, chaque laboratoire est décomposé selon le modèle secteur/poste/paramètre, de la manière suivante :



Le nombre de secteurs, de postes, et de paramètres est bien évidemment variable selon les laboratoires. Il peut également varier chaque année, en fonction de l'évolution des pratiques, des techniques, et de la production. La mise à jour de ce découpage analytique est faite par les laboratoires eux-mêmes.

Le secteur correspond généralement à une unité fonctionnelle (UF), ou groupe d'activités : par exemple, l'hémostase, la cytologie, pour l'hématologie, ou le secteur antiprotéases ou lipides pour la biochimie. Dans la mesure du possible, si l'on estime que les coûts sont

différents, les activités d'urgence, de garde, et de routine sont distinguées, soit à travers les postes, soit à travers les secteurs (exemple : secteur urgence et secteur routine).

Le poste correspond à une chaîne de production, c'est-à-dire un automate, ou une technique manuelle identifiée : le poste analytique correspond en général au poste de travail, comme l'entendent les techniciens.

La paramètre est la plus petite entité, dont le résultat a une signification pour le clinicien, et qui est facturable. Il correspond en général à l'analyse, telle qu'identifiée dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels : à chaque paramètre correspond une cotation en B ou BHN. Les bilans ne sont pas considérés comme des paramètres en soi, mais sont décomposés en plusieurs paramètres.

#### 1b) Les charges à intégrer

A la différence des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, qui ont tenté d'intégrer toutes les charges pour obtenir des coûts complets, le C.H.R.U. de Lille n'a calculé que des coûts semi-complets.

En effet, le C.H.U. de Strasbourg intègre dans ses calculs :

- le petit matériel médical, les réactifs et consommables ;
- les amortissements, la maintenance ;
- le personnel ;
- les dépenses logistiques du laboratoire : blanchisserie, matériel de bureau, etc...
- les coûts de structure.

Ce système de calcul a l'avantage d'être relativement exhaustif dans la prise en compte des différentes charges, mais l'inconvénient d'être très lourd et finalement peu lisible par les acteurs ; le choix des types de coûts à utiliser dépend énormément de l'objectif que se donne la direction (la comptabilité analytique ne reste qu'un outil), et des destinataires de l'étude.



Au C.H.R.U. de Lille, un des principaux objectifs étant la facturation interne (ou au moins l'information sur les coûts), le choix a été fait de ne tenir compte que des charges directes, ou du moins des charges que l'on peut affecter relativement facilement sur la production. En effet, même si des prix de vente doivent normalement pouvoir couvrir la totalité des charges d'une entreprise, y compris de structure, il a été tenu compte du contexte particulier de la démarche : 1/ il s'agit de facturation interne et non externe, donc sans obligation de bénéfice ou de couverture de la totalité des charges qui sont, de toute façon, supportées par l'Institution, 2/ la démarche est relativement novatrice dans un hôpital, et les coûts doivent être lisibles par tous les acteurs, y compris les non gestionnaires. Les charges de structure n'ont donc pas été intégrées, ainsi que le personnel et les charges qui ne relèvent pas des laboratoires (charges de transport des tubes par exemple). Par souci de simplification, les charges de mobilier et de petit matériel de bureau n'ont pas été intégrées, puisque leur poids est minime. Ainsi, ont été pris en compte :

- le petit matériel médical, les réactifs et consommables, les médicaments ;
- les amortissements, calculés sur la base d'un septième de la valeur de renouvellement du bien (amortissement économique) ;
- la maintenance, estimée à 9% de la valeur de renouvellement (ou coût réel de maintenance si disponible) ;
- le personnel médical et non médical des laboratoires ;

Ont été exclues, toutes les charges citées ci-dessus relatives à la recherche et développement, à la formation des internes, aux fonctions transversales (président de CME) exercées par certains chefs de service, et éventuellement aux consultations que prennent en charge certains biologistes. En effet, il a été décidé que les fonctions universitaires, spécifiques aux C.H.R.U. (recherche et développement et formation) ne doivent pas être supportées par la production (et donc par les services cliniques dans le cadre d'une facturation interne) ; ces charges, bien que

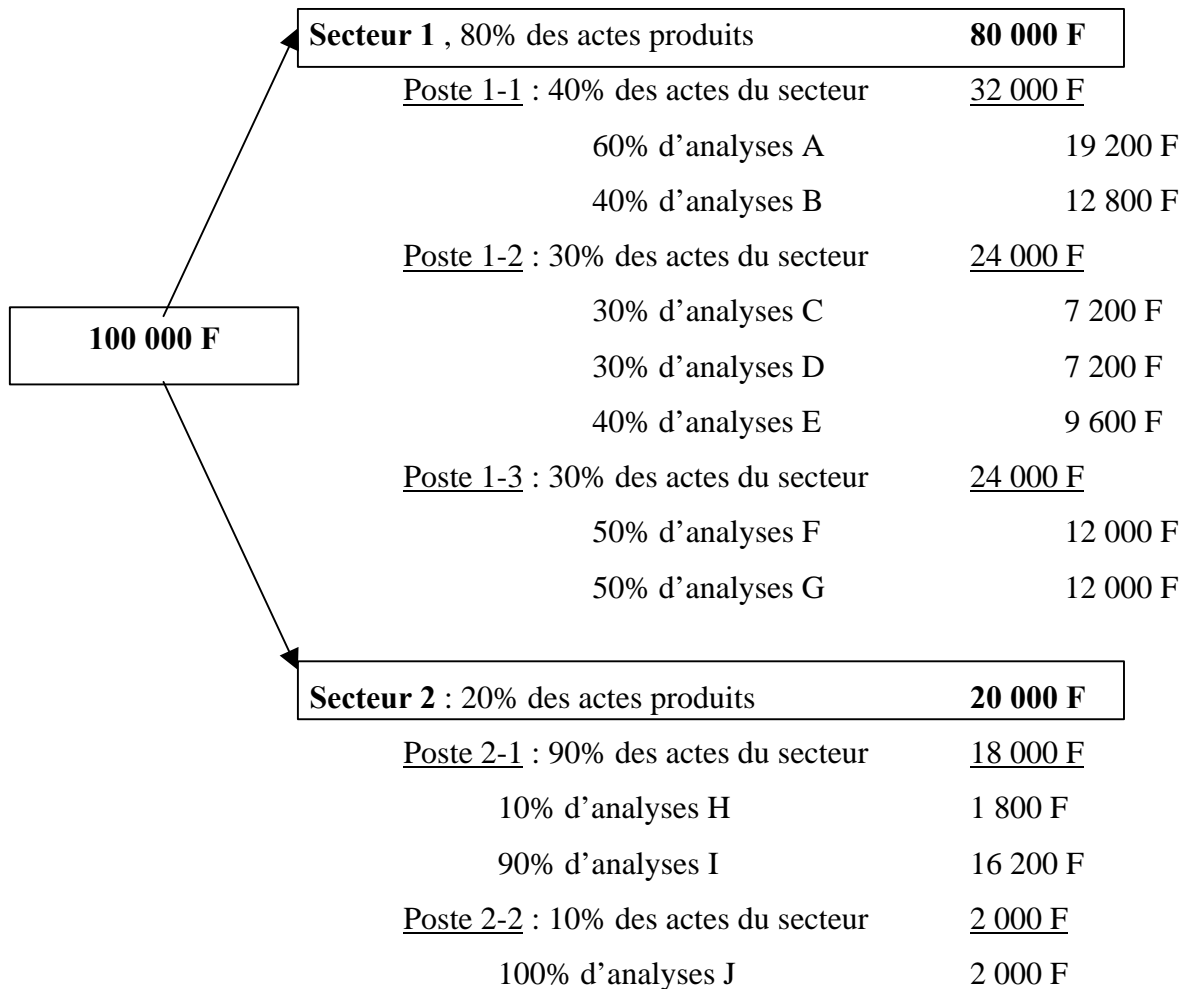
liées à la production, sont estimées faire partie d'un autre budget (financement par la délégation à la recherche, ou autorisation de surcoût de « 13% » des C.H.R.U. ). Quant aux fonctions transversales des chefs de service hors de leur laboratoire, il est normal de les faire supporter par l'Institution, et non par les laboratoires (et donc les services cliniques), puisqu'elles ne sont en aucun cas liées à la production. Toutefois, seules les charges de personnel ont pu être identifiées et affectées à ces activités ; les réactifs et consommables utilisés pour la recherche ou la formation n'étant pas suivis régulièrement en cours d'année, ils ont été, la plupart du temps, intégrés à la production.

#### 1c) Les modes d'affectation des charges

Comme à Strasbourg, l'objectif est d'affecter le plus possible les charges directement sur la production.

- Les charges de réactifs et consommables : elles sont affectées directement au paramètre quand c'est possible. Si le réactif ou consommable est utilisé par plusieurs analyses, il est affecté au poste, et à l'intérieur de ce poste, à un paramètre « commun poste ». Cela suppose bien entendu que toutes les analyses utilisant ce réactif ou consommable font partie d'un même poste. La charge ainsi définie comme commune au poste, sera dans un deuxième temps répartie sur chaque paramètre à l'intérieur de ce poste, au prorata du nombre d'actes produits. De même, si un réactif ou consommable est utilisé par les paramètres de plusieurs postes d'un même secteur, son affectation analytique sera : *Secteur X – Poste « commun poste »* ; ces charges seront ensuite réparties sur chaque poste du secteur au prorata du nombre d'actes produits, puis, à l'intérieur de chaque poste, une nouvelle répartition se fera sur les paramètres, toujours au prorata de la production. La même méthode est utilisée pour les charges communes à tous les secteurs, et donc définies comme étant « commun laboratoire » (affectation analytique *Secteur « commun »*).

Exemple : dépense d'un consommable défini comme commun laboratoire de 100 000 F sur l'année ;



- Les charges de personnel : elles sont affectées directement au niveau du poste, qu'il s'agisse du personnel médical ou non médical. Les affectations commun secteur ou commun laboratoire ne sont pas acceptées. Les charges de personnel sont ensuite réparties sur les analyses au prorata du nombre d'actes. Cette seconde répartition pose problème, car pour deux analyses d'un même poste, le temps médical ou non médical passé est parfois très différent ; or la répartition au prorata du nombre d'actes conduit à affecter à toutes les analyses du poste la même charge unitaire de personnel. Ceci est vrai aussi pour les réactifs et consommables, mais dans une moindre mesure. Lorsque des différences

importantes sont notées entre les paramètres d'un même poste, la répartition des charges de personnel se fait alors au prorata du nombre d'actes, pondérés grossièrement en fonction des besoins plus ou moins importants en temps personnel. Il est aussi possible de séparer les analyses sur deux postes différents, de façon à avoir une certaine homogénéité au sein de chaque poste (en effet, une trop grande hétérogénéité peut être révélatrice d'un mauvais découpage analytique).

- Les amortissements et la maintenance : ces charges sont affectées au niveau du poste ou du secteur en général ; si elles concernent un automate bien identifié, le poste est le niveau d'affectation le plus adapté. S'il s'agit de matériel utilisé par plusieurs postes, voire plusieurs secteurs (centrifugeuses, microscopes, hottes...), les charges sont identifiées comme communes aux postes ou aux secteurs. La répartition sur les analyses se fait ensuite au prorata du nombre d'actes.

#### 1d) Le recueil de l'information

Toutes les informations sont saisies par les laboratoires eux-mêmes, et vérifiées ensuite par la Direction des Laboratoires.

- Les réactifs et consommables sont saisis au fur et à mesure des commandes dans une base prévue à cet effet. A chaque type de produit, correspond une affectation analytique du type secteur-poste-paramètre. Les commandes viennent donc s'imputer au fur et à mesure à un code d'analyse. En fin d'année, il est donc possible d'obtenir pour chaque paramètre la valeur des réactifs et consommables utilisés.
- Le personnel médical et non médical est affecté sur les postes « aux dires d'experts » par les surveillantes et les biologistes. Cette affectation doit bien sûr être réaliste et sincère, et un contrôle de cohérence est réalisé par la Direction pour éviter des affectations abusives sur des secteurs de routine par exemple, où la quantité importante d'actes produits

« dilue » les coûts de personnel. Cependant, l'affectation aux dires d'experts laisse une grande marge de manœuvre aux laboratoires, difficilement contrôlable par la Direction, à moins de connaître parfaitement l'organisation du laboratoire, les charges de travail, les emplois du temps des biologistes... Cette méthode a pour avantage de responsabiliser les laboratoires, mais est susceptible de biaiser les résultats, soit par erreurs d'affectation ou mauvaise évaluation du temps passé, soit par manipulation volontaire des données (dissimulation du temps passé à la recherche, ou au contraire surévaluation pour diminuer les coûts de la production, affectation plus ou moins importante des charges sur certains types d'analyses pour en diminuer le coût ou au contraire l'augmenter en fonction de considérations politiques et stratégiques des biologistes...). C'est pourquoi d'autres méthodes de recueil de l'information peuvent être utilisées, et c'est le cas au C.H.U. de Strasbourg : dans cet établissement, la direction et le personnel des laboratoires ont procédé à l'élaboration d'une cartographie des dépenses et des charges de travail par poste, en partant essentiellement de l'observation sur le terrain. On aboutit alors à des coûts probablement plus justes que ceux utilisés à Lille, mais qui présentent l'inconvénient d'être « statiques » ; en effet, il s'agit plutôt de coûts « standards », qu'il est très difficile de faire évoluer d'une année sur l'autre. De plus, l'observation sur le terrain des consommations et du temps technicien et médical nécessaire pour produire une analyse conduit souvent à « oublier » certaines dépenses : le coût des réactifs non utilisés (les rebuts, dus à un conditionnement inadéquat par exemple), le temps personnel non directement productif... La logique des deux méthodes est en fait différente : la méthode lilloise vise surtout un objectif de facturation et de suivi des coûts, tandis que la méthode strasbourgeoise conduit plutôt à une analyse fine des tâches et des processus.

- Les amortissements et la maintenance : une base de données est à la disposition des laboratoires pour saisir et mettre à jour le parc immobilisé, ainsi que les interventions de maintenance.
- L'activité : elle est saisie dans les laboratoires, au moment de la demande d'examen.

## **2 - Les systèmes d'information**

Un bon système d'information est essentiel pour la mise en place d'une comptabilité analytique évolutive. La comptabilité en fin d'année ne doit pas mobiliser des ressources en temps trop importantes, sous peine d'être vite négligée. La saisie des informations doit se faire régulièrement sur l'année, au fur et à mesure des dépenses et de l'activité. Les dépenses doivent pouvoir être affectées au plus près de la production, pour éviter l'utilisation de trop nombreuses clés de répartition en fin d'année. Enfin, le système doit être ergonomique : la masse d'informations est importante, et une utilisation difficile de l'informatique serait source d'erreurs lors de la saisie. Une des contraintes supplémentaires qui s'est imposée au C.H.R.U. de Lille, c'est bien entendu la quantité de données : 27 laboratoires produisent des actes pour 140 services médicaux et chirurgicaux ; on voit ici la difficulté à éditer régulièrement des tableaux de bord de consommations par service, voire par UF demandeuse, sans système d'information performant.

### **Le choix du C.H.R.U. de Lille**

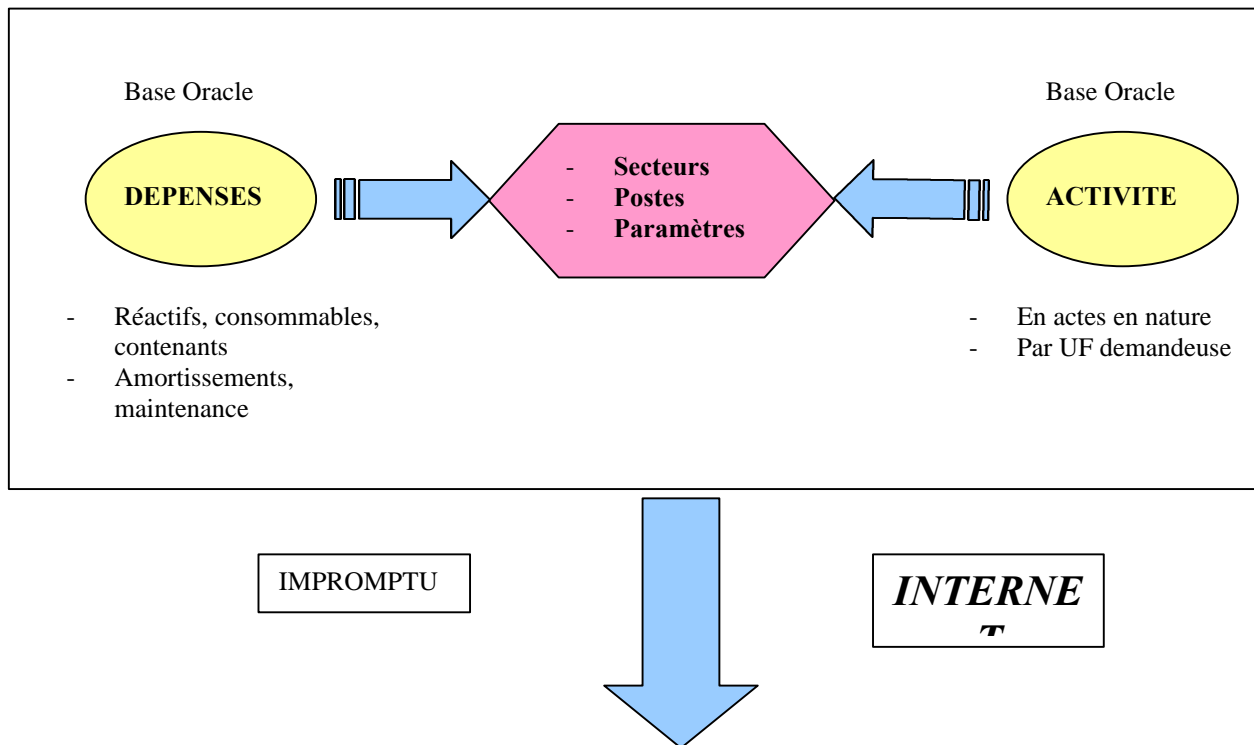
Après avoir travaillé quelques années avec des bases de données Access, le choix du C.H.R.U. s'est porté sur des bases de données Oracle, plus performantes en terme de masse d'informations à traiter. Deux bases de données, reliées entre elles sont utilisées :

- Une base pour l'activité : l'activité est saisie dans les laboratoires au moment de la réception de la demande d'examen, selon une clé de quelques lettres. Cette clé est associée au libellé de l'acte, ainsi qu'à sa cotation N.G.A.P. en B (par exemple, la clé

« CT » est associée à l'acte de mesure du Cholestérol Total qui vaut B5, la clé « GGT » à la recherche de Gamma GT qui vaut B20, etc...);

- Une base pour les dépenses de réactifs et consommables, des contenants, et pour le suivi des amortissements et de la maintenance. La saisie des dépenses se fait également dans les laboratoires au moment de la commande. A chaque produit commandé est associé un code, du type « Secteur-poste-paramètre », défini par les laboratoires, et préenregistré dans la base.

Le système d'information peut se schématiser ainsi :



Edition périodique possible de tableaux de bord présentant les consommations, services par services ou UF par UF, des actes en nature : quantité et coût => Facturation interne.

Consultation possible par les laboratoires de leur activité (en actes en nature), et par chaque unité demandeuse de ses consommations (interrogation par acte, par période, par unité consommatrice ou productrice, comparaisons entre les mois et les années...).

Historique disponible de 3 ans.

### 3 – Les tableaux de bord

Ce système d'information permet de produire chaque mois des tableaux de bord, présentant par UF, et/ou par Centre de Responsabilité, les consommations mensuelles et/ou cumulées des actes de biologie . Ces actes sont identifiés par leur libellé, leur coût et leur cotation en B. Un tableau récapitulatif reprend les consommations valorisées en francs pour chaque discipline



biologique. Ces tableaux de bord permettent aux services cliniques de surveiller l'évolution de leurs consommations de biologie, de repérer d'éventuels dérapages, et surtout, d'identifier les analyses concernées par ces dérapages.

Cf. Exemples de tableaux de bord en Annexe 3.

## **C - REFLEXION PREALABLE A LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE FACTURATION INTERNE**

### **: ENJEUX, EFFETS PERVERS, SOLUTIONS POSSIBLES**

L'idée de facturation interne est présente depuis longtemps au C.H.R.U. de Lille, et dès 1995, le précédent Directeur Général avait envisagé de la mettre en place. Aujourd'hui, ce concept est remis à l'ordre du jour, puisqu'il s'insère dans les projets actuels de déconcentration de gestion. Cependant, si l'idée de facturation interne est acceptée, les modalités de sa mise en œuvre ne sont pas arrêtées. Aujourd'hui, seuls les laboratoires ont les moyens d'informer les cliniciens sur les coûts des actes qu'ils produisent, les autres plateaux techniques n'ayant pas encore les systèmes d'information adéquats, ou n'ayant pas mis en place de comptabilité analytique. L'objet de cette partie est donc de présenter une analyse des enjeux de la facturation interne en biologie, de lister les différentes modalités possibles de mise en œuvre, et de proposer des solutions.

### **1 – Le concept de facturation interne - Définition**

La facturation interne est bien plus qu'une simple information sur les coûts. Elle implique une véritable relation client-fournisseur entre l'unité productrice et l'unité consommatrice. La facturation interne n'est pas un concept neuf dans les hôpitaux, mais son principe n'a jamais été poussé jusqu'au bout ; ainsi, la pharmacie centrale facture en général aux services les médicaments consommés, qui viennent s'imputer en dépenses des budgets de services. Cette

facturation a souvent été mise en place pour les mêmes objectifs : réguler la demande, informer sur les coûts. Cependant, la relation client - fournisseur n'est pas réellement aboutie, dans la mesure où la pharmacie produit peu, et joue surtout le rôle d'intermédiaire entre le producteur-fournisseur et les services consommateurs ; la pharmacie a ainsi peu de marges de manœuvre sur ses tarifs, ceux-ci correspondant dans la plupart des hôpitaux au prix d'achat des médicaments - on pourrait cependant envisager d'intégrer les coûts de la pharmacie dans les prix de cession aux services. Les outils mis en place dans les pharmacies hospitalières peuvent donc être utilisés dans une démarche de facturation interne concernant les autres plateaux techniques, en particulier les réflexions menées sur les tableaux de bord, et sur les relations « client/fournisseur » (création de commissions paritaires cliniciens/pharmaciens pour les choix des médicaments).

Le principe de la facturation interne est utilisé dans les entreprises privées, et son objectif, est triple, comme l'expliquent J-L. Malo et J-C. Mathé dans *L'Essentiel du Contrôle de Gestion*<sup>10</sup>:

- Evaluer la performance d'un centre de responsabilité,
- Motiver les responsables, s'il existe un système d'intéressement,
- Influencer le niveau d'activité.

La détermination des « prix de transfert », ou « prix de cession internes », est une décision hautement stratégique, qui peut conduire à des conséquences opposées. Toujours selon les deux auteurs, deux stratégies extrêmes peuvent être distinguées :

- La stratégie dite d'intégration, qui incite au développement des relations entre les C.R. d'une même entreprise ; dans ce cas, les prix de transfert sont inférieurs aux prix du marché. Le cas extrême où les prix de transfert sont nuls (c'est le cas actuellement dans la plupart des hôpitaux), « constitue un encouragement aux transactions internes, au point qu'elles peuvent

devenir trop coûteuses » et entraîner des gaspillages (surdimensionnement des services et des équipements).

La stratégie d'intégration est nécessaire, selon les auteurs, lorsque les produits ou services ne peuvent être produits de façon économique qu'à grande échelle, ou lorsqu'ils sont très spécialisés.

- A l'inverse, la stratégie de différenciation des divisions, visant à freiner les relations internes, grâce au recours au prix de marché pour les cessions internes, est nécessaire lorsque l'on cherche à externaliser certaines activités non essentielles pour le projet stratégique de l'entreprise.

On voit ici l'impact que peut avoir la démarche de facturation interne, et qu'il est nécessaire d'appréhender dès la conception du projet, de manière à éviter des effets pervers non prévus.

Pour l'hôpital, la facturation interne consiste à facturer aux services toutes les prestations qu'ils consomment ; ces prestations sont aujourd'hui regroupées sous le terme de « charges induites », puisqu'il s'agit de charges engendrées par les services cliniques, mais supportées par les services prestataires. La facturation implique :

- Des tarifs ou « prix de cession interne » (PCI),
- Une enveloppe budgétaire,
- Un lien entre le budget des services prestataires et l'enveloppe budgétaire des services demandeurs (correspondance dépenses / « recettes »), sans pour autant entraîner des flux de trésorerie ;
- Un système d'intéressement,
- Une bonne connaissance des coûts des prestations.

---

<sup>10</sup> J-L. Malo, J-C. Mathé, «L'essentiel du contrôle de gestion », Editions Organisation, 1998, pp 134-143.

## 2 – La détermination des tarifs

### 2a) Le Prix de Cession Interne (PCI) dans les entreprises

Selon les mêmes auteurs <sup>11</sup>, « les prix de cession doivent être fixés de façon à optimiser le fonctionnement de l'ensemble de l'organisation ».

Trois types de calculs des prix de transfert sont utilisés :

- ❖ Le prix de transfert basé sur le coût réel ; dans ce cas, la division « vendeuse » ne bénéficie d'aucun « profit », et sa motivation en est largement affectée. Il est possible alors de calculer un prix de transfert égal aux coûts plus une marge proportionnelle ; dans ce cas , toute division vendeuse qui tente de réduire ses coûts voit en même temps diminuer ses profits. Certaines entreprises ont alors mis en place des tarifs de cession égaux au coût plus une marge forfaitaire ; mais quelle est alors la motivation de l'unité vendeuse pour réduire ses coûts ?
- ❖ Le calcul économique du prix de transfert : il consiste à intégrer les « coûts d'opportunité », dans le cas où il est plus intéressant pour la division vendeuse de vendre à l'extérieur. En effet, si les capacités de production sont limitées, et si les tarifs de vente à l'extérieur sont plus élevés, l'unité vendeuse qui refuse une commande externe pour assurer une commande interne, perd la marge bénéficiaire qu'elle aurait pu faire sur cette dernière commande. Cette marge bénéficiaire est égale au coût d'opportunité qui peut donc être facturée à l'unité demandeuse en interne. Pour les laboratoires hospitaliers, les ventes externes peuvent être relativement importantes, et constituent les recettes subsidiaires. Elles sont réalisées le plus souvent pour d'autres hôpitaux, en particulier pour les analyses très spécialisées dont le C.H.R.U. a le monopole. Elles sont facturées au prix du B tarif Sécurité Sociale, moins une ristourne de 33% en moyenne au C.H.R.U. de Lille, soit à 1.20 F /B (avant la réévaluation de la valeur du B). On peut donc parler de coût

d'opportunité pour les laboratoires, lorsque le coût d'une analyse, utilisé en facturation interne, est inférieur à son tarif calculé sur la base du B à 1.20F. Dans ce cas, la facturation de ces actes en interne se ferait donc tout simplement à sa valeur en B multipliée par 1.20F. Les analyses dont le coût réel dépasserait leur valeur en B, seraient facturées au coût réel.

Cette méthode est discutable dans les hôpitaux, dans la mesure où la notion de « refus » de vente ou de refus des commandes n'est pas acceptable. De plus, il est fort peu probable aujourd'hui que les capacités de production des laboratoires soient utilisées à 100%. Enfin, l'idée de profit pour les laboratoires, réalisées sur des cessions en interne, n'est pas aujourd'hui acceptée. Elle aboutirait à une impression d'injustice de la part des cliniciens, qui se verraient restreindre leurs prescriptions pour enrichir les laboratoires.

- ❖ Prix de transfert = prix du marché. Il est souvent utilisé pour inciter les unités vendeuses à améliorer non seulement les coûts, mais aussi la qualité des produits vendus. A l'hôpital, il s'agirait donc de facturer en interne toutes les analyses à leur valeur en B multipliée par 1.20 F. Il apparaîtrait alors dans les laboratoires un excédent ou un déficit, selon que la prescription d'analyses dont le coût réel est inférieur au coût en B soit supérieure ou inférieure à celle des analyses dont le coût réel dépasse le coût en B. Une facturation au B impose donc de prévoir un mode de reprise des déficits éventuels. Ce système inciterait probablement les laboratoires à diminuer leurs coûts de production. Cependant, l'importance des écarts entre le coût intra-C.H.R.U. issu de la comptabilité analytique, et la valorisation en  $B \cdot 1.20F$  (cf. Annexe 1), entraînerait un manque de transparence total sur les coûts réels des analyses. De plus, il impliquerait une facturation plus élevée pour toutes les analyses pour lesquelles les volumes importants de production du C.H.R.U. permettent un coût de production très faible. L'objectif d'information des cliniciens sur les coûts des analyses qu'ils prescrivent ne serait pas atteint.

---

<sup>11</sup> J-L. Malo et J-C. Mathé, « L'essentiel du contrôle de gestion », Editions Organisation, 1998.

Une facturation basée sur le coût réel des analyses répond à cet objectif, mais implique une solidarité à l'intérieur du C.H.R.U. : les cliniciens bénéficient des coûts faibles dus aux grands volumes produits, mais supportent également les éventuels surcoûts des laboratoires. Une partie de ces surcoûts dus aux missions de recherche et formation du C.H.R.U. a été isolée, mais restent les surcoûts qui peuvent être dus à des sureffectifs, à une mauvaise organisation... Un des risques d'une facturation aux coûts réels réside également dans le manque d'émulation des laboratoires pour diminuer leurs coûts. Cependant, on peut supposer que la « solidarité » a ses limites, et que le fait d'afficher les coûts réels et la valorisation en B sur les tableaux de bord, incitera les laboratoires à réduire les éventuels écarts.

MAIS QUEL COUT CHOISIR ? R.N. ANTHONY, DANS SON OUVRAGE INTITULE « LA FONCTION CONTROLE DE GESTION »<sup>12</sup> ESTIME QUE « LE PRIX DE CESSION INTERNE DEVRAIT ETRE NORMALEMENT LE COUT COMPLET STANDARD DU PRODUIT ». CE QUI SUPPOSE 1) QUE LES CHARGES FIXES ET INDIRECTES Y SOIENT INCLUES ET 2/ QUE LES TARIFS EVOLUENT PEU D'ANNEE EN ANNEE (DU MOINS A COURT TERME), LA PART DES CHARGES FIXES DANS LE COUT TOTAL ETANT SUPERIEURE A CELLE DES COUTS VARIABLES. J-L. MALO ET J-C. MATHE ESTIMENT AU CONTRAIRE QUE « DU FAIT QUE L'INTERET DU GROUPE EST DE FAIRE TRAVAILLER TOUTES SES UNITES, LES TRANSACTIONS INTERNES NE PEUVENT ETRE FREINEES PAR DES PRIX TROP ELEVES INCLUANT DES MARGES POUR CHARGES FIXES (DE TOUTE FAÇON SUPPORTEES PAR LE GROUPE, IL FAUT DONC EVITER LA SOUS-ACTIVITE) OU DES PROFITS. LA BASE DU PRIX DE TRANSFERT EST DONC CONSTITUEE PAR LE COUT VARIABLE DE LA TRANSACTION ENVISAGEE » OU MEUX, S'IL EST CONNU, LE COUT MARGINAL. ON VOIT BIEN QUE L'HOPITAL SE TROUVE PLUTOT DANS LA SITUATION DECRITE ICI : LES CHARGES FIXES QUE CONSTITUE ESSENTIELLEMENT LE PERSONNEL, SONT DE TOUTE FAÇON SUPPORTEES PAR L'HOPITAL - BIEN QU'IL SOIT POSSIBLE DE LES REDUIRE A LONG TERME, COMME NOUS L'ENVISAGERONS PLUS LOIN.

---

<sup>12</sup> R.N. Anthony, « La fonction Contrôle de Gestion », Edition Publiunion, 1993.

2b) Application : réflexion sur les prix de cession interne à l'hôpital :

On estime que la tarification sera basée sur les coûts internes à l'hôpital, et non pas sur la valeur en B. Cependant, les coûts, comme nous venons de le voir, sont différents selon les charges que l'on intègre dans les calculs.

- ❖ **Le coût standard** : il est rarement utilisé en facturation interne dans les entreprises, mais plutôt en contrôle de gestion (comparaison des coûts réels à une norme). Les coûts standards peuvent être issus de bases de données nationales (moyennes de plusieurs hôpitaux ; les points ISA valorisés au coût régional ou national, pour la clinique, peuvent être assimilés à des coûts standard de GHM) ; mais ces informations ne semblent pas exister à l'heure actuelle pour les disciplines médico-techniques, en particulier les laboratoires, en dehors des coûts moyens des lettres-clé N.G.A.P. (nous en avons vu les limites). Il peut s'agir également de coûts calculés une fois précisément, et qualifiés de normes (mesure au chronomètre, pour chaque analyse, du temps technicien et médical passé, dosage des réactifs consommés...). Ce dernier mode de calcul de coûts est le plus communément utilisé dans les hôpitaux (Cf. C.H.U. de Strasbourg), car, bien que très lourd à mettre en place, il pallie les lacunes des systèmes d'information, qui ne permettent pas de calculer des coûts réels par « produit ». L'avantage pour les services cliniques est le caractère normatif du tarif, qui ne varie pas en fonction des prestations plus ou moins performantes des laboratoires ; pour les laboratoires, on peut voir dans les coûts standards une certaine émulation, dans la mesure où leur caractère fixe et pérenne autorise les bénéfices par optimisation de l'organisation interne des laboratoires, et diminution des coûts réels. L'inconvénient des coûts standards, est leur caractère statique et théorique, parfois loin de la réalité du terrain : les coûts des analyses évoluent d'année en année, avec

l'arrivée de nouvelles techniques ; on voit bien l'énorme tâche que constitue la mise à jour des coûts standards, au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles prestations, du remplacement d'anciennes...la méthode des coûts standards par mesure au chronomètre est trop lourde pour constituer une solution pérenne de facturation interne.

- ❖ **Le coût complet** : il consisterait à intégrer dans le tarif des analyses l'ensemble des charges variables et des charges fixes, directes et indirectes, soient : les réactifs consommables, le personnel technique et médical, les amortissements, la maintenance, le pool de nettoyage, le personnel administratif (secrétaire médicale), mais aussi : le transport des tubes, des résultats, le coût de la direction des laboratoires, les coûts de structure... Cette solution est impossible à mettre en place actuellement, puisque la comptabilité analytique des laboratoires ne prend pas en compte la plupart des charges indirectes ; de plus, intégrer des frais de structure dans des prix de cession interne est contestable, et sans doute incompréhensible pour un non gestionnaire.

Mais on peut aussi imaginer utiliser un coût semi-complet (coût direct de production), intégrant comme charges fixes les charges de personnel du laboratoire uniquement (personnel médical, non médical et administratif), et les amortissements et la maintenance. Cette méthode est tout-à-fait envisageable techniquement, puisque les résultats sont déjà connus à travers la comptabilité analytique des laboratoires. L'avantage de la tarification au coût semi-complet est d'obtenir un tarif proche du coût réel, tout en étant lisible. L'inconvénient essentiel est, bien entendu, le manque de pouvoir d'action des prescripteurs sur les charges fixes des laboratoires ; il peut être décourageant pour les services cliniques de se voir facturer les surcoûts dus à des sureffectifs en personnel de certains laboratoires, puisque quoi qu'ils fassent, ces coûts fixes ne diminueront pas, du moins à court terme. De plus, dans le cadre d'un intéressement aux économies de gestion, et de transferts budgétaires, un problème va se poser si l'on inclut des charges fixes (si un service clinique



fait des économies en diminuant sa prescription d'examens, et qu'il apparaît une différence de X entre son enveloppe budgétaire et ses factures, l'économie de gestion réalisée n'est pas de X, mais de (X- charges de personnel facturées) ; ce système n'est pas très lisible pour les cliniciens.

❖ **le coût marginal ou coût direct variable** : il est essentiellement composé dans les laboratoires des réactifs et consommables (soit en moyenne 30 à 40% des coûts). L'avantage essentiel réside dans le pouvoir d'action direct que peuvent avoir les cliniciens pour réduire les coûts des examens qu'ils prescrivent. Le coût marginal est un coût directement lié au comportement des prescripteurs. L'inconvénient principal est, bien entendu, que ce coût n'intègre pas toutes les charges engendrées par la production de l'analyse, en particulier les coûts de personnel et les coûts de maintenance. Une analyse peut consommer très peu de réactifs, mais demander des heures de technique manuelle ; c'est le cas pour la biologie moléculaire par exemple, où certaines analyses PCR consomment 6F de réactifs, et 300 F de personnel non médical. Si les cliniciens n'ont pas conscience du coût réel engendré par leur demande, on peut aboutir à une surconsommation des analyses peu demandeuses de réactifs et consommables (donc à faible coût marginal) mais très coûteuses en coût semi-complet. La facturation interne aurait ainsi l'effet inverse de celui recherché : une régulation de la demande uniquement par le biais des réactifs et consommables pourrait aboutir à l'apparition de besoins nouveaux en personnel dans les laboratoires.

Une solution possible est la facturation au coût marginal (ou coût direct variable, puisque le coût marginal est souvent très difficile à évaluer), avec information sur les coûts semi-complets, et mise en place d'un système d'incitation annexe et d'encadrement contractualisé pour réguler la demande d'analyses fortement consommatrices de temps personnel (Cf. infra 5a) Intéressement).

2c) Les obstacles et les risques

- ❖ **Comment présenter aux cliniciens des coûts d'examens supérieurs au tarif Sécurité Sociale ou au prix du marché (tarif sécurité sociale moins ristourne) : réflexion sur une possible mise en concurrence.** C'est le cas essentiellement pour les analyses spécialisées ; on a vu que pour certaines de ces analyses, le tarif Sécurité Sociale est souvent inadapté ; si les laboratoires privés ne peuvent les produire, le C.H.R.U. est alors en situation de monopole, et peut facturer au coût réel, même si celui-ci est supérieur au tarif N.G.A.P. ; le problème réside essentiellement dans l'effet psychologique sur les cliniciens d'un tel tarif de facturation, en particulier si le tarif N.G.A.P. apparaît sur la facture ; un sentiment d'injustice pourrait exacerber les oppositions cliniciens / biologistes, et amener les cliniciens à s'opposer au projet même de facturation interne.  
  
Si les analyses sont des analyses de routine ou des analyses moins complexes, celles-ci sont également réalisées dans le privé : le problème de la mise en concurrence des laboratoires du C.H.R.U. avec les laboratoires privés se pose alors : il n'est pas logique, de faire supporter un coût élevé aux services consommateurs, si les mêmes produits sont disponibles pour moins cher à l'extérieur ; de plus, la contractualisation interne a aussi pour objectif de responsabiliser les cliniciens, en leur donnant une certaine autonomie de gestion, autonomie qui peut se traduire ici par un libre choix des fournisseurs pour optimiser les coûts. Le problème, pour les laboratoires du C.H.R.U., est bien entendu une baisse de l'activité, et un report des charges fixes sur les autres analyses, dont le coût augmente ; de plus, une mise en concurrence réelle implique aussi que les laboratoires du C.H.R.U. puissent se comporter en fournisseur sur un marché : possibilité donc d'augmenter à leur guise les tarifs pour les analyses dont ils ont le monopole (analyses

spécialisées hors nomenclature, et analyses demandées en urgence), de manière à compenser les pertes sur les autres analyses, voire à faire des bénéfiques.

Si, à l'opposé, toutes les analyses sont produites, quel qu'en soit le coût, dans les laboratoires du C.H.R.U. , il en résulte un surcoût pour l'Institution dans son ensemble, et l'incitation à la compétitivité est faible pour les laboratoires.

Le C.H.R.U. de Lille a fait le choix de ne pas offrir la possibilité aux cliniciens de s'adresser à l'extérieur pour faire réaliser des analyses qui peuvent être faites au sein de l'hôpital. On peut cependant envisager un engagement (formalisé dans un contrat) des laboratoires du C.H.R.U. à fournir les analyses aux services cliniques au meilleur coût : soit en les réalisant lui-même, soit en sous-traitant, et en refacturant au service demandeur au tarif Sécurité Sociale. Dans ce cas, le problème de l'éventuelle disparition de certaines activités aux laboratoires du C.H.R.U. se pose aussi, avec éventuel report des charges fixes (personnel) sur les autres analyses. Les laboratoires doivent toutefois veiller à ne pas sous-utiliser une capacité de production que l'on ne pourrait pas réduire.

- ❖ **Doit-on facturer les coûts de recherche et de formation** ? comme pour les charges fixes, les services cliniques ont peu de pouvoir d'action sur ces coûts ; cependant, en toute logique, ces coûts de recherche et développement sont imputables à la production, dans la mesure où ils permettent de développer de nouvelles techniques répondant aux besoins des cliniciens ; mais à l'heure actuelle, la recherche et développement biologique est parfois déconnectée de ces besoins ; c'est pour cette raison qu'un Comité biologistes/cliniciens sera mis en place, pour choisir les projets de recherche et développement. Mais la facturation interne, par son effet dissuasif pour les cliniciens de demander des analyses qui ne leur sont pas indispensables, devrait réguler l'offre d'analyses, et donc la recherche et développement dans les laboratoires. Il pourrait donc

être envisageable à terme d'intégrer les coûts de recherche et développement dans les prix de cession interne. Cependant, les coûts de recherche et développement considérés ici sont essentiellement ceux supportés par les budgets des laboratoires, et donc non couverts par des crédits recherche : leur existence doit-elle être acceptée ? Si oui, il faut veiller à ce qu'une facturation de ces coûts n'entraîne pas une diminution pure et simple de cette activité (le budget recherche serait en effet lié à la facturation, et pourrait donc diminuer en même temps que la prescription).

L'activité de formation est plus délicate à appréhender, puisque le bénéfice qu'en retirent les cliniciens n'est pas direct (il peut même être nul, puisque la majorité des internes formés ne travailleront pas au C.H.R.) ; son coût est cependant entièrement supporté par le budget de la biologie, et devrait donc être financé par la production, mais avec le risque, comme pour la recherche, qu'une baisse des prescriptions entraîne alors une baisse des capacités de formation.

Le choix a été fait de mettre à l'écart, *dans la mesure du possible*, les coûts de recherche-développement et de formation. Mais l'identification de ces activités se fait essentiellement « aux dires d'experts » dans la phase initiale de comptabilité analytique ; or plus les coûts recherche et développement et de formation sont importants, plus les charges restant à affecter sur la production sont faibles ; ces activités déclarées peuvent ainsi représenter selon les laboratoires entre 0 et 60% du temps du personnel médical... Aucun laboratoire n'a affecté de réactifs et consommables sur les postes recherche ou formation.

La solution la plus simple, *bien que non satisfaisante*, pour éviter ces dysfonctionnements, pourrait être de limiter les coûts à imputer à la recherche et développement et à la formation à 13% des dépenses totales, pourcentage estimé du coût de la fonction universitaire des C.H.U..

- ❖ **Si, pour une même discipline biologique, les coûts d'un paramètre sont différents d'un laboratoire à l'autre, à quel prix facturer ?** Le C.H.R.U. de Lille, comme la plupart des gros établissements multi-sites, présente la particularité d'avoir plusieurs laboratoires d'une même discipline (4 laboratoires d'hématologie, 5 de biochimie...). Il n'est pas possible que chaque laboratoire facture à ses propres coûts, sous peine de pénaliser les services cliniques qui adressent leurs analyses aux laboratoires coûteux pour des raisons de sécurité (proximité). De plus, introduire une concurrence au sein du C.H.R.U. entre les laboratoires d'une même discipline, pourrait conduire à de forts transferts de volumes d'analyses, ingérables en interne à court et moyen terme. La solution envisagée est de calculer des coûts harmonisés par discipline.
  
- ❖ **Faut-il pratiquer des tarifs « dissuasifs » ou « incitatifs » ?** La modulation des tarifs peut accélérer la régulation de la demande de certains examens : augmenter les tarifs « urgences » par rapport à la routine, augmenter les tarifs des examens coûteux pouvant être substitués par d'autres moins chers, et au contraire, diminuer les tarifs routine... Ceci relève d'une réelle politique stratégique, qui est discutable sur le plan politique, dans la mesure où le comportement des prescripteurs ne serait pas seulement guidé par une réalité objective de présentation des coûts réels (ils conservent leur libre arbitre), mais par l'influence des biologistes et de la Direction dans le choix des analyses présumées « inutiles ».

❖ **Comment faire évoluer les prix d'une année sur l'autre ?**

C'est la question déterminante pour le choix des prix de cession interne. Doit-on afficher des tarifs qui évoluent, ou au contraire des tarifs stables d'une année sur l'autre, et donc de plus en plus déconnectés de la réalité des coûts ?

Afficher des tarifs stables permet de ne mesurer que l'effet volume des baisses de prescriptions, sans les effets parasites des variations de prix. Cette solution présente cependant plusieurs inconvénients : elle implique l'élaboration de coûts standards, qui, comme nous l'avons vu, nécessite une lourde mise à jour chaque année pour les nouvelles analyses. De plus, la déconnexion des coûts et des tarifs rend dangereuse la détermination chaque année du « pouvoir d'achat » des cliniciens sous forme d'enveloppes budgétaires ; en effet, si, comme nous le verrons plus loin, les enveloppes budgétaires qui permettront aux cliniciens « d'acheter » des analyses correspondent à une partie du budget des laboratoires, une mauvaise évaluation des tarifs (des tarifs inférieurs aux coûts réels par exemple) pourrait entraîner un déficit dans les laboratoires, alors que les cliniques ne dépassent pas leur enveloppe. Or il est quasiment certain qu'au fur et à mesure de la démarche, les coûts unitaires augmenteront, et dépasseront donc les tarifs évalués sur la base de la prescription et de la production actuelle.

Afficher des tarifs qui évoluent en même temps que les coûts (chaque année, les tarifs correspondent au coût réel des analyses issu de la comptabilité analytique de l'année précédente) présente l'inconvénient de rendre impossible la comparaison en valeur des consommations des cliniques.

Les coûts varient d'une année sur l'autre pour plusieurs raisons, plus ou moins dépendantes de la bonne gestion des laboratoires :

- les changements de technique,
- les effets prix des réactifs,
- les péremptions de réactifs (conditions climatiques, mauvaise gestion des stocks...),
- la technicité (qualité des manipulation, des réglages automates...),
- et surtout, des effets-séries et des volumes : une production qui diminue entraîne une augmentation mécanique des coûts unitaires.

Ce dernier point est probablement la cause la plus importante de variation. En effet, il faut prévoir que pour certaines analyses réalisées en séries, la baisse de la prescription n'entraînera pas de diminution des réactifs et consommables utilisés, jusqu'à un certain seuil. Si les tarifs sont basés sur les coûts semi-complets, l'augmentation à court terme des coûts unitaires sera quasiment proportionnelle à la baisse des prescriptions. En effet, le personnel peut être considéré les premières années comme des charges fixes. Il est évident que ce système aurait un effet psychologique très négatif sur les prescripteurs, qui verraient chaque année les tarifs augmenter en même temps que leurs efforts pour baisser la prescription. Il est évident alors, que si les tarifs augmentent, leur pouvoir d'achat doit rester constant.

Une solution éventuelle serait, pour les laboratoires, d'essayer de conserver ses effets de série et d'utiliser les techniciens que l'on ne peut pas redéployer, en vendant à l'extérieur ; mais pour quelles analyses ? Les analyses de routine se trouvent sur un marché à forte concurrence, mais les effets d'échelle du C.H.R.U. le situent en bonne position sur le marché en terme de coûts ; cependant, la cotation de ces analyses, et donc les recettes, est très faible (de l'ordre de B5 à B20), ce qui implique un effort considérable en terme de volumes. Les analyses spécialisées, en particulier celles qui consomment beaucoup de temps technicien, peuvent être une solution.

Il y a également possibilité de déconnecter de plus en plus les tarifs des coûts, en lissant les variations de coût d'une année sur l'autre. Cette solution implique que chaque année, les coûts unitaires de la comptabilité analytique étant connus, les tarifs soient déterminés en fonction du coût réel et de ce que l'on estime être la variation maximum de tarif à afficher. Ainsi, une analyse dont le coût augmente de 50% d'une année sur l'autre pourrait voir son tarif n'augmenter que de 10% ; pour compenser, les analyses dont le coût a baissé, ne verraient pas leur tarif diminuer, ou alors dans une moindre mesure. Cette démarche a pour avantage d'avoir un effet psychologique moins négatif sur les cliniciens, mais on voit bien l'énorme travail que demanderait chaque année l'élaboration des tarifs ; de plus, plus les tarifs sont déconnectés des coûts, plus il est difficile d'évaluer l'impact réel d'une baisse de prescription. Enfin, il y a risque de perte de transparence.

Le choix de l'une OU l'autre des solutions dépend d'objectifs stratégiques et politiques, du degré d'implication des cliniciens dans la démarche. Mais comme nous allons le voir, il dépend aussi d'autres impératifs techniques, et notamment des modalités d'un éventuel intéressement, et des liens entre les enveloppes budgétaires des cliniques et le budget des laboratoires.

### **3 - L'enveloppe de biologie**

#### **3a) Définition du concept**

La facturation implique la disponibilité de crédits dans les services cliniques. Les budgets de service étant insuffisants pour prendre en charge les coûts des analyses biologiques, il est donc nécessaire de prévoir une enveloppe budgétaire supplémentaire, que nous appellerons



« enveloppe biologique ». Les crédits ainsi offerts aux cliniques ne peuvent provenir en toute logique que des laboratoires ; il s'agit en quelque sorte d'un transfert de crédits des laboratoires vers les cliniques . L'enveloppe correspond au pouvoir d'achat des cliniques et doit donc être constituée en multipliant une quantité de consommations par les tarifs pratiqués.

L'enveloppe de biologie peut éventuellement être divisée en sous-enveloppes par disciplines (hématologie, biochimie, microbiologie...), ce qui permet de limiter les transferts d'activité d'une discipline biologique à une autre. Cependant, un des objectifs étant d'offrir aux cliniques une plus grande autonomie de gestion, il paraîtrait logique de leur laisser la possibilité de gérer une enveloppe globale de biologie, et d'augmenter leurs consommations d'hématologie en diminuant celles de biochimie par exemple. Bien entendu, ce choix implique une plus forte flexibilité dans les laboratoires, et une certaine réactivité en terme de redéploiement des moyens de production.

La détermination de la première enveloppe budgétaire est difficile ; l'idéal serait d'évaluer, en comité d'experts, la consommation « optimale » d'analyses biologiques en fonction du profil de patients accueillis, de R.M.O., et de règles de bonnes pratiques ; ce comité d'experts pourrait être composé de biologistes et de cliniciens pour chaque discipline ; cependant, ce travail, bien qu'indispensable un jour ou l'autre, en particulier si l'on veut un jour calculer et optimiser des coûts par pathologie, n'est pas réalisable dans un délai suffisant, et retarderait énormément la mise en place du projet de facturation.

Une autre solution, plus envisageable, est de prendre les consommations de l'année précédente, et d'évaluer, toujours en comité d'experts, la part des doublons, et non substitutions ; ce travail aurait également l'intérêt de sensibiliser les cliniciens sur leurs erreurs, et de pallier la méconnaissance de nouvelles techniques moins chères pouvant se substituer à des techniques plus anciennes et plus coûteuses.

La dernière solution est de prendre les consommations de l'année précédente, et de leur appliquer éventuellement un taux de progression ou de régression en fonction des objectifs et du contexte : un taux de progression si le service clinique a développé de nouvelles activités demandeuses d'actes de biologie, ou que son activité en nombre de séjours, entrées, ou ponts ISA augmente régulièrement ; un taux régressif si l'activité du service clinique stagne, et que l'on estime qu'il y a de toute façon une part plus ou moins importante de doublons dans les prescriptions.

Quelle que soit la méthode retenue, il est essentiel que l'enveloppe budgétaire adoptée soit réaliste, et acceptée par les cliniciens ; c'est une condition sine qua non pour la réussite du projet ; l'enveloppe ne doit pas être surestimée, sous peine d'économies de gestion pléthoriques, qui seraient réalisées sans effort ; elle ne doit pas être sous-estimée, sous peine de découragement des cliniciens et de leur non adhésion au projet.

### 3b) Lien budget des laboratoires / enveloppes biologiques

L'enveloppe biologique des cliniques peut être une enveloppe fictive (les crédits restent au niveau des laboratoires), ou décentralisée (les crédits sont transférés des laboratoires vers les cliniques). Dans ce dernier cas, les dépenses qui viennent s'imputer sur les comptes décentralisés sont les analyses facturées. Pour les comptes de réactifs et consommables, par exemple, on sait déjà que le coût réel de l'achat du réactif ne correspondra pas forcément au montant qui sera facturé à la clinique (les prix de cession interne étant au mieux basés sur les coûts réel de l'année N-1, au pire sur des coûts standards de plus en plus déconnectés des coûts réels). Sur quel compte imputer l'écart entre le coût réel et le prix facturé ? De plus, les procédures à mettre en place pour les achats et le contrôle des commandes, semblent très lourdes à gérer. Enfin, si les tarifs sont basés sur les coûts semi-complets intégrant les charges

de personnel, une décentralisation des crédits du groupe 1 paraît aberrante, d'autant plus que les dépenses réelles ne dépendent pas, contrairement aux réactifs et consommables, des commandes et de l'activité (charges fixes).

Il est donc préférable, pour des raisons évidentes de simplification des procédures, que le budget soit conservé au niveau des laboratoires.

La somme des enveloppes de biologie distribuées doit être inférieure ou égale au budget des laboratoires ; en effet, les services cliniques ne doivent pas pouvoir dépenser plus que les possibilités de dépense des producteurs. On voit ici qu'une tarification stable, en coûts standards par exemple, rend très difficile la correspondance entre les autorisations de dépense des cliniques, et les crédits réels des laboratoires.

Les dépenses qui apparaîtront dans les services cliniques seront issues de la facturation des analyses demandées, sur la base des tarifs déterminés. Les dépenses qui apparaissent dans les laboratoires sont les dépenses réelles occasionnées pour produire les actes demandés. On voit d'ores et déjà que même si les enveloppes biologiques correspondent au budget des laboratoires, les dépenses de l'année N ne seront pas pour autant équivalentes. Cette notion est plus claire si l'on raisonne en coûts semi-complets : si la prescription diminue en année N, les dépenses qui apparaîtront dans les services cliniques seront forcément inférieures aux dépenses réelles des laboratoires, puisque les charges fixes de personnel et de matériel ont été réparties sur la production N-1.

Exemple : Production N-1 = 1000 (on estime qu'il n'y a qu'un seul type de produit)

Charges de personnel des laboratoires = 5000

Coût unitaire en personnel :  $5000/1000 = 5$

Production N = 500

Facturation :  $500 * 5 = 2500$

Charges de personnel des laboratoires = 5000

Ecart entre dépenses des laboratoires et des services cliniques : 2500

Le fait de ne pas intégrer les charges fixes dans les tarifs de facturation peut limiter ce phénomène, mais on touche ici à la principale difficulté d'évolution du système.

A l'inverse, les dépenses des laboratoires peuvent être inférieures aux dépenses facturées aux services cliniques, si les laboratoires diminuent leurs coûts unitaires par une optimisation de la production, de nouvelles techniques, la négociation de nouveaux marchés...

#### **4 - Les effets pervers, et leurs conséquences sur l'évolution de l'enveloppe et des tarifs**

Comme nous venons de le voir, la principale difficulté de la facturation interne réside dans cet écart potentiel entre les dépenses réelles des laboratoires pour l'année en cours, et les produits de la facturation, basés sur des coûts antérieurs. Cet écart est d'autant plus important que les tarifs sont déconnectés des coûts (utilisation de coûts standards, ou remaniement des coûts chaque année pour élaborer des tarifs qui n'évoluent pas de manière trop importante). L'écart se creuse également chaque année si les tarifs sont basés sur des coûts complets intégrant le personnel.

La conséquence directe de cet écart est l'apparition d'excédents ou de déficits dans les laboratoires, selon que les coûts unitaires augmentent ou diminuent dans les laboratoires.

Il est fondamental d'en tenir compte avant de mettre en place un système de facturation. En effet, selon l'ampleur du phénomène, la facturation interne peut se révéler plus coûteuse qu'économique :

*Exemple* : On suppose que les tarifs sont ici égaux aux coûts variables directs. Le budget réactifs et consommables des laboratoires est de 100. La somme des enveloppes biologiques est également de 100 (le budget des laboratoires est entièrement redistribué). A la fin de l'année, les services cliniques ont dépensé 95, soit une économie de 5 par rapport à leur enveloppe. Cette dépense de 95 correspond à leurs prescriptions de l'année \* coûts unitaires

N-1. Dans le même temps, les laboratoires, pour produire 95, ont dépensé 100 : la baisse des prescriptions a été compensée par une diminution des effets série. L'économie réelle est donc de 0.

Plusieurs scénarios sont à envisager :

<i>Hypothèse de départ : tarif de cession = coût de revient (variable direct ou semi-complet) de production en to</i>	<b><i>Demandes des services cliniques à la hausse</i></b>	<b><i>Stabilité des demandes des services cliniques</i></b>	<b><i>Demandes des services cliniques à la baisse</i></b>
<b><i>Coût unitaire de production à la hausse</i></b>	- déficit dans les services cliniques, - Déficit dans les laboratoires, aggravé par la hausse de la demande.	- neutre dans les services cliniques, - Déficit dans les laboratoires.	- excédent dans les services cliniques ; - Déficit dans les laboratoires, mais limité par la baisse de la demande.
<b><i>Coût unitaire de production stable</i></b>	- Déficit dans les services cliniques, - Dans les laboratoires, augmentation du chiffre d'affaire, sans incidence sur le tarif de l'analyse et le résultat budgétaire.	Neutre.	- excédent dans les services cliniques ; - Dans les laboratoires, baisse du chiffre d'affaire, sans incidence sur le tarif de l'analyse et le résultat budgétaire.
<b><i>Coût unitaire de production à la baisse</i></b>	- Déficit dans les services cliniques, - Marge bénéficiaire dans les laboratoires, qui ont intérêt à voir la demande augmenter.	- neutre dans les services cliniques, - Excédent dans les laboratoires.	- Excédent dans les services cliniques ; - Dans les laboratoires, excédents limités par la baisse de la demande.

## **5 – Elaboration d'un système cohérent**

A ce niveau, deux questions fondamentales se posent donc :

- Comment pallier les effets pervers vus précédemment ?
- Comment inciter les acteurs à adhérer à une démarche qui s'avère complexe ?

### 5a) L'incitation des acteurs

Comme dans toute démarche de contractualisation et de déconcentration de gestion, un système d'incitation doit être envisagé. L'intéressement est à l'heure actuelle l'outil le plus utilisé, et le plus en accord avec les principes d'autonomie de gestion des services cliniques. Mais à qui doit profiter l'intéressement, comment doit-il être calculé, et à quoi doit-il servir ?

❖ **Pour qui ?** Contrairement aux contrats d'objectifs signés entre l'Institution et les services cliniques, nous sommes ici en présence de trois acteurs : les services cliniques, l'Institution, mais aussi les laboratoires. Or, il n'est pas envisageable de ne distribuer les économies réalisées qu'aux deux premiers. En effet, la démarche de comptabilité analytique, très demandeuse de temps, est réalisée par le personnel des laboratoires ; la qualité des résultats obtenus dépend bien évidemment du degré de motivation des personnes impliquées. De plus, la mise en place d'un intéressement implique que les services cliniques conservent une partie de leurs économies, mais en rendent également une partie, par le biais d'une baisse de leur enveloppe biologique ; or, comme nous l'avons vu, les enveloppes biologiques correspondent à peu près au budget des laboratoires : si les unes diminuent, l'autre également, et inversement. Les laboratoires verraient donc leurs budgets diminuer, sans jamais recevoir les bénéfices d'une démarche où ils sont pourtant fortement impliqués.

❖ **L'intéressement : sur quoi ?** L'intéressement peut être forfaitaire, ou proportionnel aux économies réalisées. La difficulté d'un intéressement forfaitaire est de déterminer *à priori* le montant de l'intéressement qui sera distribué, avec le risque que les économies réellement engendrées soient inférieures à ce montant forfaitaire. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg utilisent un système mixte : les services cliniques reçoivent 7 centimes par B économisé ; cette solution a pour avantage d'être proportionnelle à la

baisse des prescriptions, mais suppose que les économies réelles soient bien d'au moins 7 centimes par B.

Pour mettre en place un système d'intéressement correspondant aux économies réelles, il convient tout d'abord de définir cette notion d'économies. Nous l'avons vu, des économies ou des déficits peuvent apparaître dans les laboratoires et dans les services cliniques ; ils ne sont pas forcément équivalents. Les différentes sources d'économie possibles sont :

- La baisse des prescriptions : elle peut provenir uniquement d'un effort des cliniciens, mais aussi d'un dialogue clinico-biologique (ce qui est souhaitable) ;
- La baisse des coûts dans les laboratoires : l'effort est entièrement supporté par les laboratoires. Cette baisse des coûts peut être due à une meilleure organisation de la production, à des prix de réactifs mieux négociés, ou à de nouvelles techniques moins coûteuses.

Il est malheureusement très difficile d'identifier et surtout de quantifier les efforts de chacun dans les économies réalisées. Par la suite, nous considérerons donc que l'économie réelle à redistribuer correspond à l'écart entre le budget des laboratoires et les dépenses réelles (soit : effet des baisses de prescriptions, plus ou moins effort d'optimisation de la production des laboratoires, moins les surcoûts dus à des baisses d'économies d'échelle). Selon les tarifs utilisés, le budget intègre ou non les charges de personnel, de maintenance, et d'amortissement. Il est clair que si les tarifs sont déconnectés des coûts, où s'ils sont basés sur des coûts semi-complets, l'économie qui apparaît dans les cliniques (écart entre l'enveloppe et la facturation) sera très différente de l'économie réelle apparaissant dans les laboratoires. L'utilisation des coûts variables directs pour élaborer les tarifs permet donc une meilleure visibilité des cliniques sur les économies qu'ils réalisent ; en effet, même s'il existe toujours un écart avec les économies réelles, dû essentiellement aux effets-séries de certaines analyses, il sera cependant bien moindre.

Il ne faut pas oublier que cette économie peut être considérée comme **ponctuelle** (ce qui reste en fin d'année), et **pérenne** (elle sera déduite de la base budgétaire l'année suivante). Il est plus satisfaisant de réaliser des économies pérennes pour permettre à l'Institution des redéploiements de moyens. Quoi qu'il en soit, l'intéressement doit être réfléchi dans les deux cas : comment répartir les « surplus de fin d'année », et ensuite, de combien diminuer la base budgétaire des laboratoires (et donc les enveloppes de biologie des cliniques) en année N+1 ?

La répartition de ces économies entre l'Institution, les cliniciens, et les laboratoires relève de choix politiques et stratégiques. Le fait que la « non productivité » des laboratoires puisse diminuer les économies réelles, et donc l'intéressement à distribuer aux cliniques, doit être pris en compte pour définir les modalités de répartition, sous peine d'entraîner de vives réactions de la part des cliniciens. Il serait peut-être préférable, en terme de communication, de déterminer un taux d'intéressement *sur les économies apparaissant dans les cliniques* (par rapport à l'enveloppe de biologie), en faisant en sorte que le montant ainsi calculé ne puisse pas dépasser les économies réelles (et dégage des économies pour l'Institution).

#### La particularité des économies réalisées sur le personnel :

L'optimisation de l'utilisation des ressources inclut aussi le personnel : l'hôpital doit faire mieux à personnel constant. C'est pourquoi il est également important d'inciter les cliniciens à réguler leurs prescriptions d'analyses coûteuses en personnel, en intégrant ces charges dans les tarifs, ou au moins en informant sur les coûts semi-complets des analyses, et en mettant en place un système d'intéressement. Or, si l'on voit bien ce que peuvent être



des économies réalisées sur les réactifs et consommables, les économies sur le personnel sont plus difficiles à appréhender. En effet, la plupart du temps, elles ne se traduiront pas par une économie réelle pour l'Institution (sauf suppression de poste suite à des départs). Les sureffectifs consécutifs à une baisse de l'activité devront donc être redéployés. La particularité du personnel technique des laboratoires rend difficile un redéploiement dans les services cliniques ; les techniciens devront donc probablement rester au sein des laboratoires. La conséquence est immédiate : leur coût sera donc répercuté sur les analyses. On peut alors imaginer un mode d'intéressement des cliniciens sur le personnel, qui permette en même temps une optimisation de l'utilisation des ressources au bénéfice du patient : le redéploiement des techniciens sur de nouveaux projets par exemple, peut ainsi faire l'objet d'une concertation clinico-biologique ; une commission mixte (cliniciens et biologistes) peut, en fonction des moyens humains rendus disponibles, et des efforts de chaque service clinique pour baisser les prescriptions, autoriser la création de nouvelles activités biologiques demandées par les cliniciens. A moyens humains constants, l'activité des laboratoires serait donc plus cohérente par rapport aux besoins des patients : les doublons de certaines prescriptions seraient remplacés par de nouvelles analyses, en lien avec la recherche clinique.

On peut se demander si ces redéploiements seront suffisants ; en cas de forte baisse de la prescription, l'Institution a-t-elle la réactivité suffisante pour transformer des techniciens de laboratoire en infirmiers par exemple ? Le contexte politique et social le permet-il ? Si non, est-il bien judicieux d'utiliser des coûts semi-complets pour la facturation, puisqu'ils conduiront à de fortes exigences des cliniciens sur l'utilisation qui est faite des moyens en personnel dégagés ? Et de manière générale, comment répondre aux interrogations des cliniciens même s'ils ne sont qu'informés sur ces coûts semi-complets ?

❖ **Quelles modalités de distribution de l'intéressement ?** Une fois l'économie réelle identifiée, et la part qui revient à chacun déterminée (qu'il s'agisse d'un pourcentage des économies réelles, ou une partie d'un montant forfaitaire défini au préalable), il convient de cadrer l'utilisation que peuvent faire les différents acteurs de cet intéressement. Les orientations actuelles du C.H.R.U. de Lille tendent à promouvoir l'affectation de l'intéressement à des dépenses sur les comptes d'entretien, de travaux, de petit équipement médical et non médical. L'intéressement doit permettre d'améliorer les conditions de travail au sein de la clinique. Aujourd'hui, le choix d'affectation de la marge d'intéressement appartient pleinement à la clinique et est délibéré en conseil de clinique. On suppose ici que les économies sont faites uniquement sur les groupes 2 et 3 de dépenses. Nous avons vu qu'un système annexe d'intéressement sur le personnel rendu disponible doit être prévu. Ce mode d'intéressement peut convenir pour répartir les économies réalisées en fin d'exercice, et les économies pérennes (intégration en base du budget de service les années suivantes - > transfert budgétaire de l'enveloppe de biologie, et donc du budget laboratoires, vers les budgets de service). Il est également possible de prévoir une mise en réserve des économies pérennes, avec autorisation en N+1, N+2 ou N+3 de dépenses d'investissement.

#### 5b) Comment pallier les effets pervers

Il est également indispensable d'imaginer un système qui puisse faire face à d'éventuels dérapages, c'est-à-dire à des déficits, soit dans les services cliniques, soit dans les laboratoires.

❖ **Dans les services cliniques :** si les prescriptions ne diminuent pas, voire augmentent, un déficit par rapport à l'enveloppe biologique peut apparaître dans les services cliniques. Il

correspondra probablement à un déficit dans les laboratoires, puisque les enveloppes biologiques correspondent au budget des laboratoires. Dans ce cas, on peut imaginer un système de sanction, complémentaire du système incitatif vu précédemment : en cas de dépassement de l'enveloppe, les services cliniques transfèrent vers les laboratoires les crédits manquants, en diminuant d'autant les crédits d'une des lignes budgétaires de leur budget de service. On peut également envisager que l'enveloppe biologique N+1 soit diminuée du déficit de l'année N, mais dans ce cas, le déficit qui apparaît dans les laboratoires en fin d'année N n'est pas couvert. Si les tarifs sont déconnectés des coûts, ou s'ils intègrent des charges fixes, il est très difficile, voire impossible, de prévoir des transferts de crédits à partir du budget de service ; en effet, pour pouvoir acheter une analyse qui vaut 10F de réactifs et 100F de personnel, la clinique serait forcée de ponctionner son budget de service de 110F, or ce dernier n'intègre que des crédits des groupes 2 et 3. De même, si l'on raisonne en tarifs stables basés sur des coûts standards, la ponction sur le budget de service pourrait être inférieure au coût réel de l'analyse achetée en réactifs (si le tarif pratiqué est inférieur au coût réel), entraînant ainsi un surcoût pour l'Institution. Ainsi, un système de sanction par reprises de crédits sur le budget de service n'est possible que si les tarifs sont égaux aux coûts variables directs.

Toutefois, les systèmes de sanctions sont souvent difficiles à mettre en œuvre dans les hôpitaux ; l'enjeu est donc de miser essentiellement sur l'intéressement, en déterminant une enveloppe biologique qui ne soit pas sous-évaluée par rapport aux besoins et à la capacité de réduction des prescriptions.

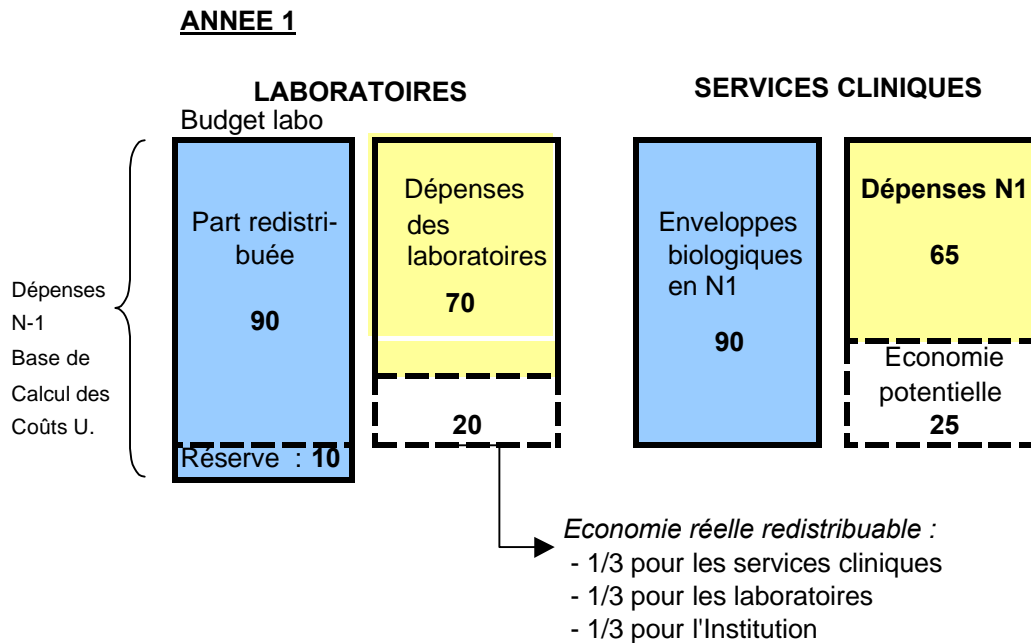
- ❖ **Dans les laboratoires** : il s'agit de déficits qui peuvent apparaître si les coûts augmentent dans les laboratoires, et que les économies engendrées par une baisse de la prescription sont insuffisantes pour couvrir ces surcoûts. Ce risque sera d'autant plus important si les tarifs sont déconnectés des coûts réels (cf. réflexion en 4.). Les charges fixes ne sont pas

concernées, puisque le budget personnel par exemple ne variera pas en fonction des prescriptions, et les charges seront donc toujours couvertes. Nous raisonnerons donc essentiellement en terme de réactifs et consommables. Plusieurs solutions sont possibles pour éviter ces déficits.

① La constitution initiale d'une provision dans les laboratoires : cette provision, ou réserve serait destinée à compenser les effets pervers liés aux baisses de prescriptions, et aux éventuels écarts entre les tarifs et les coûts. La somme des enveloppes biologiques distribuées serait donc inférieure au budget réactifs et consommables des laboratoires. La constitution de cette provision, ou réserve se ferait dès la première année, et pourrait être ensuite alimentée par une partie de l'intéressement des laboratoires, jusqu'à un certain plafond. La détermination initiale de la réserve est bien entendue fondamentale : elle doit correspondre le plus précisément possible aux surcoûts estimés des augmentations de coûts unitaires (en raison principalement de moindres économies d'échelle et des effets séries) ; elle ne doit pas être sous-évaluée, sous peine d'entraîner des déficits dans les laboratoires, et elle ne doit pas être surévaluée, puisqu'elle correspond, pour les services cliniques à une diminution par rapport à leurs consommations de l'année précédente. En effet, on suppose que le budget des laboratoires est constant par rapport à l'année précédente, et correspond à peu près aux dépenses N-1, soit aux consommations des services cliniques. Le fait de ne distribuer aux services cliniques que le budget des laboratoires moins la réserve, constitue donc une baisse de pouvoir d'achat initiale pour les services consommateurs. Plusieurs situations sont à prévoir, et des simulations sont nécessaires pour bien comprendre le système (les proportions sont volontairement exagérées pour faire apparaître les éventuels effets pervers). On suppose, pour simplifier,

- que les économies engendrées sont redistribuées par tiers à l'Institution, aux services cliniques, et aux laboratoires,
- que l'on se situe dans le cas le plus simple où les tarifs sont égaux aux coûts réels variables directs issus de la comptabilité analytique de l'année n-1 ; les augmentations de coûts unitaires sont donc essentiellement dues à des effets séries ; on ne prend donc pas en compte les déficits qui apparaîtraient si les tarifs pratiqués étaient déconnectés des coûts n-1 et basés sur des coûts standards ou remaniés ;
- Les enveloppes et budgets ne concernent que les réactifs et consommables).

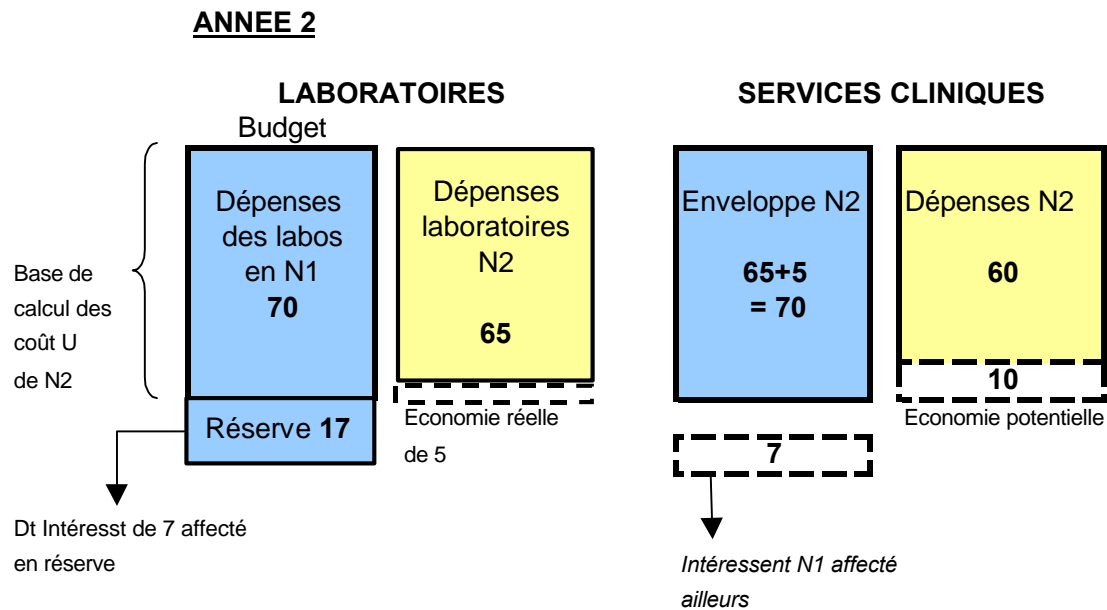
*Simulation 1 : les prescriptions diminuent par rapport à l'année 0, base de constitution de la première enveloppe, et les coûts unitaires augmentent dans les laboratoires, mais dans une moindre mesure.*



Tout le budget des laboratoires n'a pas été distribué dans les enveloppes biologiques, ce qui signifie que les enveloppes biologiques sont probablement inférieures aux dépenses réelles des services cliniques l'année précédente.

L'économie redistribuée est celle qui apparaît dans les laboratoires, soit 20.

Pour produire 65, les laboratoires ont dépensé 70, ce qui implique une baisse de productivité de 5 par rapport à l'année précédente.



L'enveloppe biologique pour l'année 2 est composée des 65 de dépenses de l'année 1, plus la part reversée au titre de « l'inflation » des tarifs, soit 5, plus éventuellement l'intéressement de 7 si le service clinique souhaite réinvestir tout ou partie de son intéressement sur la biologie (on suppose ici que l'intéressement a été imputé en base d'une autre ligne budgétaire).

- En année 3, le budget des laboratoires sera de 65, plus la réserve, plus un tiers de l'économie de 5. L'enveloppe biologique s'élèvera à 70, plus 5 au titre de l'augmentation des tarifs pour l'année 3, plus éventuellement la part d'intéressement. Les coûts unitaires pour l'année 3 seront calculés sur la base des dépenses des laboratoires en année 2, soit 65.

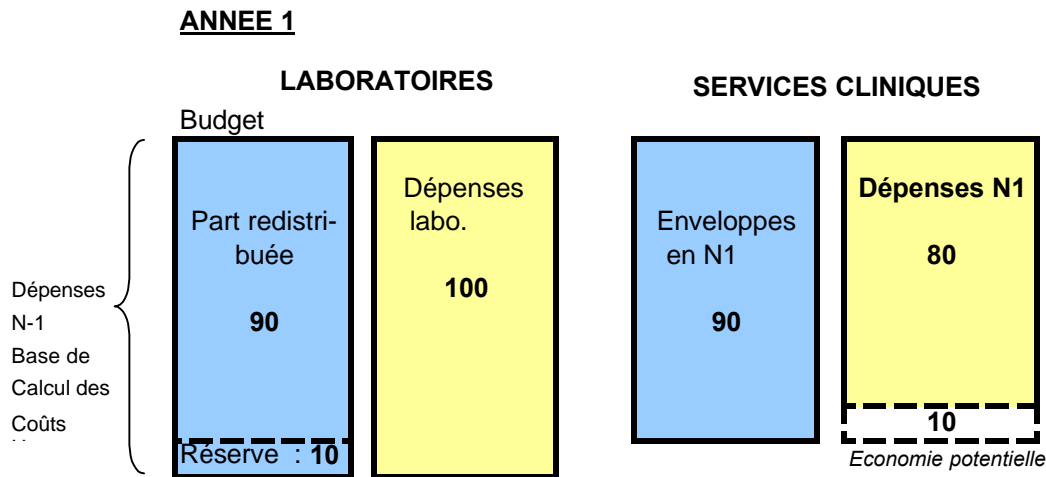
Problème :

Les cliniques reçoivent toujours un intéressement moindre que celui auquel ils s'attendent, puisque les économies réelles sont inférieures aux économies apparaissant dans les cliniques.

Il y a risque de démotivation si les laboratoires n'optimisent pas leur production.

On voit aussi l'intérêt de calculer plutôt un intéressement sur l'économie potentielle (meilleure transparence pour les cliniciens), et de répartir ensuite l'économie restante entre laboratoires et Institution.

*Simulation 2 : Les prescriptions diminuent et les coûts unitaires augmentent fortement dans les laboratoires.*

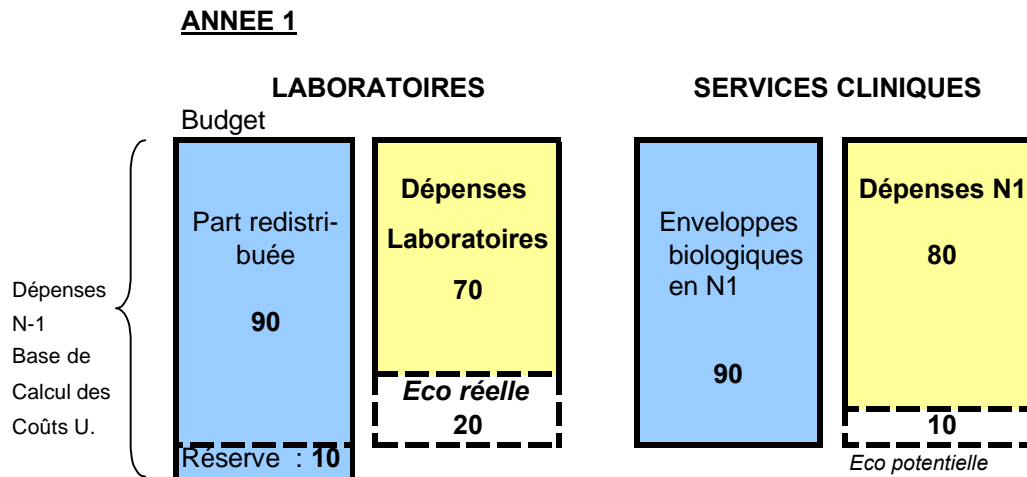


Il n'y a pas d'économie réelle, donc pas d'intéressement ; or les services ont diminué leurs prescriptions (qui étaient de 100 en année de N-1, correspondant au budget initial des laboratoires, et donc probablement à leurs dépenses réelles en N-1). La réserve a permis d'éviter un déficit dans les laboratoires. Cependant, **la démarche est un échec si les laboratoires n'améliorent pas fortement leur productivité en année 2.**

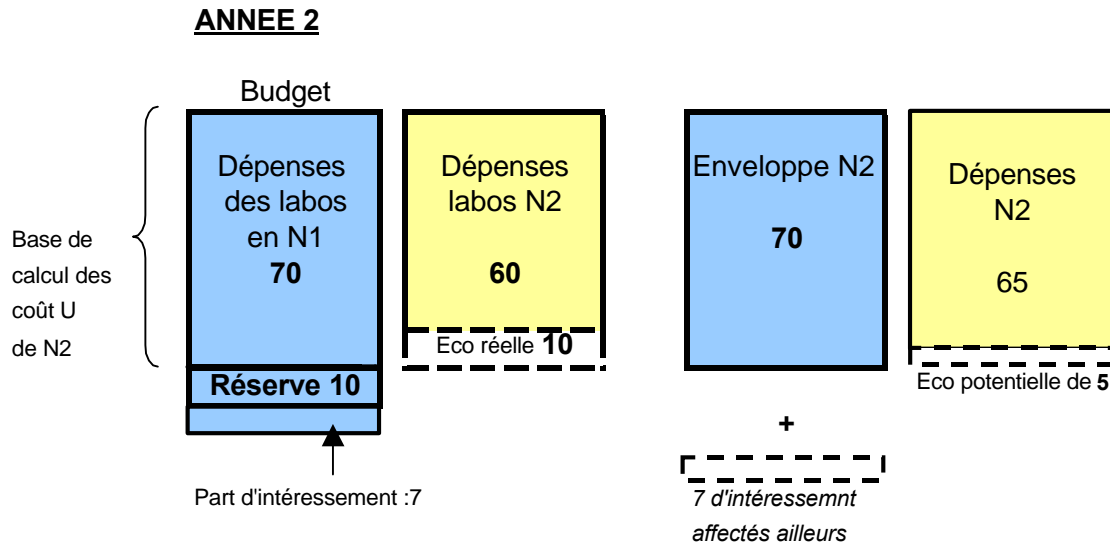
Risques : si, comme nous l'avons proposé dans la simulation 1, l'intéressement est calculé sur la base d'un pourcentage de l'économie potentielle dans les services cliniques, et non pas sur l'économie réelle, on doit ici distribuer en année 2 une partie des 10, et augmenter ainsi le pouvoir d'achat des cliniques, avec le risque d'engendrer un déficit dans les laboratoires en fin d'exercice.



*Simulation 3 : Les prescriptions diminuent, et les coûts unitaires diminuent dans les laboratoires.*



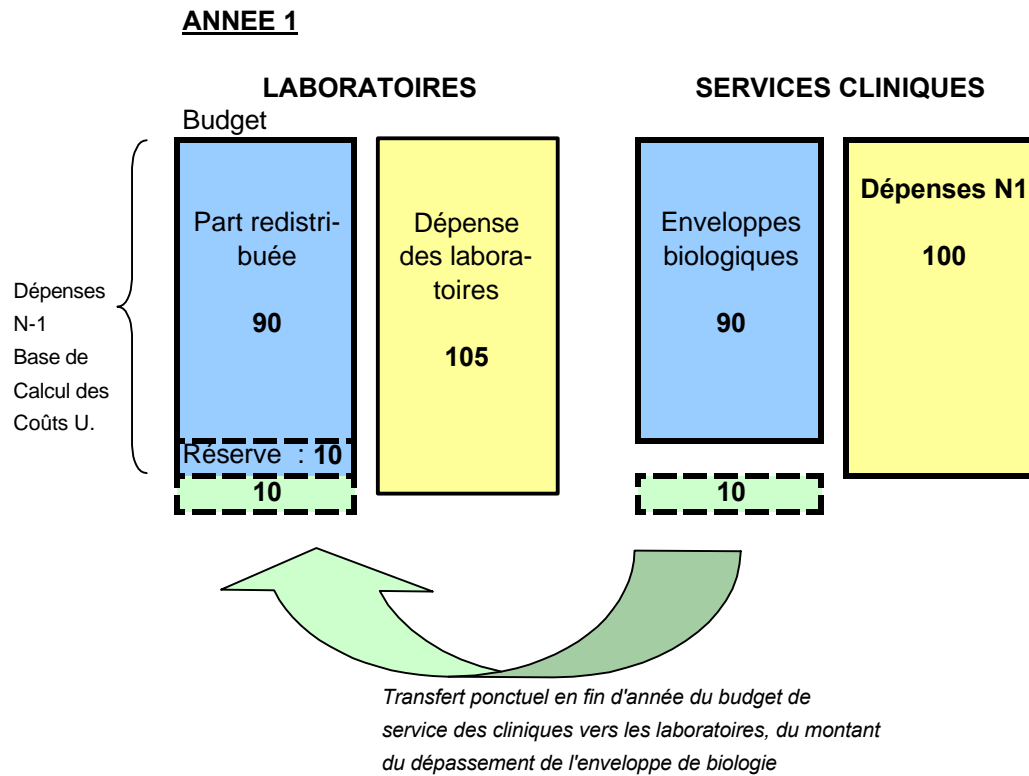
L'économie à redistribuer est l'économie réelle, soit 20. La baisse des coûts unitaires est répercutée sur l'enveloppe biologique en année 2 : les tarifs vont diminuer, puisqu'ils seront calculés sur la base des coûts de l'année 1, et l'enveloppe va également être réduite dans la même proportion, pour conserver un pouvoir d'achat constant des cliniques par rapport à leurs consommations de l'année 1.



Problèmes :

- Les cliniques bénéficient de l'effort de productivité des laboratoires chaque année en intéressement. Si l'intéressement des cliniques est calculé sur la base d'un pourcentage fixe par rapport à l'économie potentielle, l'intéressement des laboratoires (qui sera égal à l'économie réelle moins x% de l'économie potentielle, moins part de l'Institution) pourra être proportionnel à leur effort.
- La réserve est inutilisée. Il est alors possible de la redistribuer, ou de la récupérer entièrement au niveau de l'Institution, ou encore de la conserver pour couvrir d'éventuels dérapages futurs.

**Simulation 4 : Les prescriptions restent stables ou augmentent, et les coûts unitaires augmentent dans les laboratoires.**

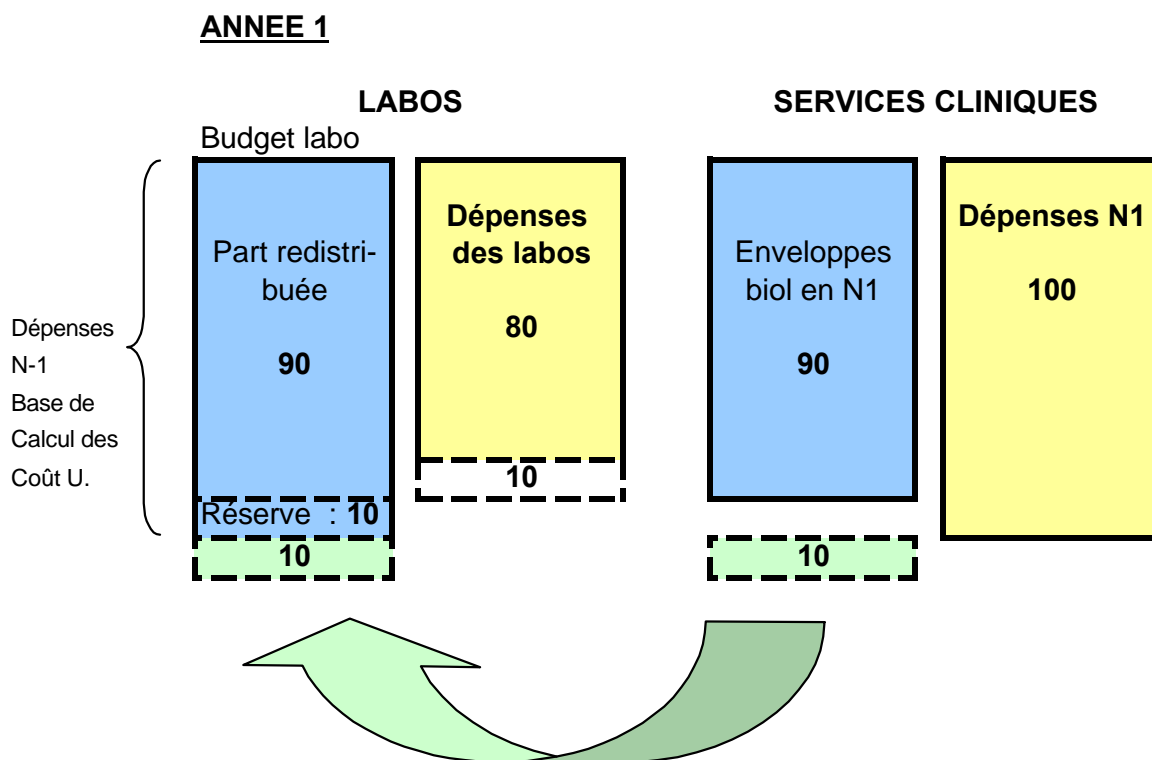


- Les services cliniques ont les mêmes consommations qu'en année N-1, soit 100 (correspondant aux dépenses des laboratoires, et donc des consommations cliniques, l'année précédente), d'où un dépassement d'enveloppe de 10, puisque l'enveloppe de biologie a été diminuée par rapport aux consommations de l'année n-1 du montant de la réserve. Ce dépassement est rendu aux laboratoires, par une diminution égale d'une autre ligne budgétaire, ce qui sera difficilement acceptable pour les cliniciens.
- Dans le même temps, les coûts de production augmentent (pour produire 100, les laboratoires ont dépensé 105 cette année, contre 100 l'année précédente).

- Le déficit dans les laboratoires est compensé en partie par le transfert budgétaire venant des cliniques, et en partie par la réserve.

⇒ **La démarche est un échec si les acteurs ne font pas d'effort pour diminuer les prescriptions et les coûts.** Il y a risque de déficits chroniques dans les laboratoires et les cliniques.

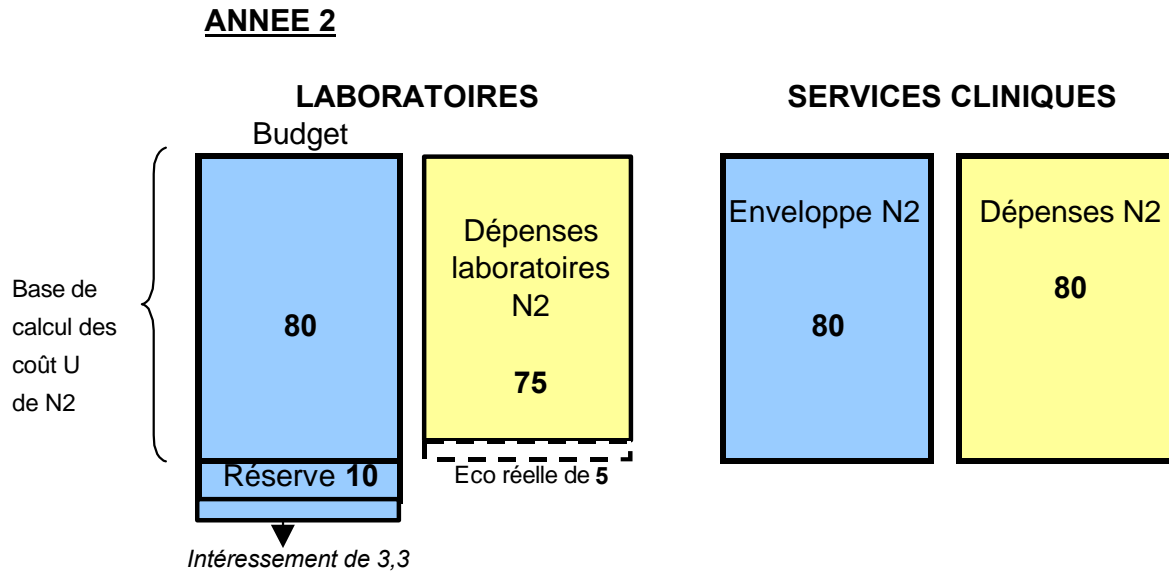
*Simulation 5 : les prescriptions restent stables ou augmentent, et les coûts unitaires diminuent dans les laboratoires.*



- Les services cliniques ont les mêmes consommations qu'en année N-1 (soit 100), d'où un dépassement d'enveloppe de 10, qui est rendu aux laboratoires. Ce transfert fait partie intégrante de la démarche, en tant que système de sanction. Toutefois, la première année,

il est possible de tenir compte du fait que l'enveloppe biologique est inférieure de 10 aux consommations de l'année précédente, et de diminuer d'autant le montant du transfert, puisqu'il n'y a pas déficit dans les laboratoires (cette décision est fonction du climat relationnel entre les acteurs...).

- Les laboratoires optimisent leur production ; le surplus de crédits en fin d'année est au total de 30 dans les laboratoires. La diminution des coûts a permis une économie de 20 par rapport à l'année précédente (dépenses de 80 pour une production de 100). L'économie réelle pérenne et redistribuable est de 10 : elle devrait logiquement être distribuée en intéressement aux laboratoires, aux services cliniques, et à l'Institution ; il est cependant délicat de distribuer de l'intéressement aux services cliniques qui 1/ n'ont pas respecté leur enveloppe et 2/ n'ont pas diminué leurs prescriptions. La part des cliniques (ici 10/3 soit 3.3 ) peut alors être rendue à l'Institution. S'il a été décidé que l'intéressement des cliniques était calculé sur la base d'un pourcentage de l'économie potentielle, le problème ne se pose pas.
- Les 20 de différence entre les coûts de l'année 1 et ceux de l'année N-1 vont se répercuter sur l'année 2 par une baisse des tarifs.



Le pouvoir d'achat des cliniques a augmenté par rapport à l'année 1 (avec 80, ils peuvent consommer l'équivalent de 100 en année 1), ce qui devrait faciliter l'apparition d'économies. Si ce n'est pas le cas, la démarche est un échec, puisqu'elle n'a visiblement pas incité les cliniques à réguler leurs prescriptions. Les économies dégagées sont entièrement dues à l'optimisation de la production dans les laboratoires.

Plusieurs situations conduisent à l'échec de la démarche : la situation 2, où les surcoûts dus aux baisses d'économies d'échelle sont très supérieurs aux économies dues à la baisse des prescriptions, et les situations 4 et 5, où les acteurs, par manque de motivation probablement, ne sont pas entrés dans la démarche (les coûts unitaires augmentent et/ou les prescriptions ne diminuent pas).

② La solution ci-dessus présentée partait du principe que les tarifs sont alignés sur les coûts réels (on fait apparaître dans les tarifs les augmentations dues aux baisses d'économie

d'échelle) : les tarifs augmentent, et l'enveloppe biologique aussi (pouvoir d'achat constant par rapport aux consommations de l'année précédente). Si l'on souhaite que les tarifs restent stables d'une année sur l'autre, il est possible de conserver cette « réserve » au niveau des laboratoires, et de n'augmenter ni les tarifs, ni l'enveloppe de biologie lorsque les coûts augmentent. La « réserve » doit alors compenser chaque année un écart qui se creuse entre ce qui est facturé aux cliniques et les dépenses réelles. L'évaluation de cette réserve est très difficile et les risques de dérapage incontrôlé sont très importants. De plus, comme nous l'avons vu, les économies réelles seront de plus en plus déconnectées des économies qui apparaîtront au niveau des cliniques.

③ Une solution plus « indolore » pour les services cliniques serait , au lieu de constituer une provision initiale, d'approvisionner une réserve *à posteriori*, en misant sur l'existence d'économies réelles dès la première année. Ce système éviterait aux services cliniques de devoir transférer des crédits vers les laboratoires, alors même qu'ils n'ont pas augmenté leurs prescriptions (cf. Simulations 4 et 5).

Ces simulations montrent bien qu'une facturation, pour ne pas risquer des dérapages au niveau de l'Institution, doit être réfléchie. Beaucoup d'éléments sont liés (économies, intéressement, réserve, budget, factures...) pour constituer un système global et cohérent, qui nécessite un lourd travail de contrôle et de suivi.

### 5c) Détermination de la provision : tentative d'évaluation des effets série

Si l'on part du principe que les tarifs correspondent aux coûts variables directs, c'est-à-dire aux réactifs et consommables, la réserve, dont nous avons vu l'utilité, peut être relativement faible, puisqu'elle n'est destinée qu'à couvrir les surcoûts dus à des effets séries, *lorsqu'ils ne sont pas compensés* par les économies générées par la baisse de la prescription.

Les effets série peuvent concerner deux types de réactifs et consommables :

- Les réactifs spécifiques à une analyse, qui se présentent sous forme de pack, et dont le conditionnement permet de réaliser des séries de 10, 20, 50... analyses en même temps ;
- Tous les consommables communs à plusieurs analyses, et dont le conditionnement se présente sous forme de bidons ou de cartons.

Pour tenter d'évaluer l'augmentation des coûts unitaires consécutive à une baisse de la production, des simulations ont été faites pour plusieurs laboratoires : les consommations 98 ont été reprises pour chaque produit, et associées au nombre d'analyses réalisées avec ces produits en 1998. Il a ainsi été calculé pour chacun d'eux, une « série » (nombre d'analyses/quantité de produits achetés), et pour chaque analyse un coût unitaire (Produits valorisés en francs / nombre d'analyses réalisées avec ce produit ). En simulant ensuite des baisses de production, il a été possible de calculer si la diminution était suffisante pour constituer une série, et donc permettre une baisse des achats de consommables, et de calculer l'augmentation de coûts unitaires associée (voir exemple en annexe 4). On a supposé, pour pouvoir élaborer les simulations, que :

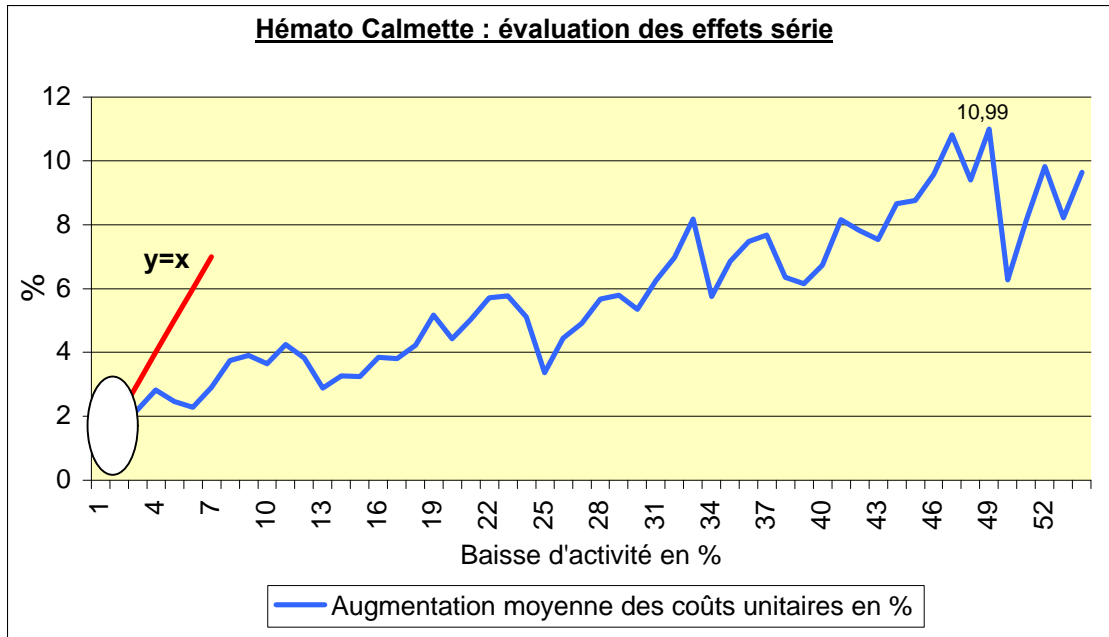
- la production diminuait dans la même proportion pour toutes les analyses, ce qui a permis d'associer, à chaque pourcentage de baisse de production, une augmentation moyenne des coûts unitaires ;



- le production 98 était optimale, c'est-à-dire que les séries, pour chaque réactif et consommable étaient complètes, ce qui n'est sûrement pas le cas ; on peut donc supposer que les taux d'augmentation des coûts unitaires ainsi calculés sont probablement surévalués ;
- le conditionnement des réactifs et consommables est fixe, or il est probable que l'on puisse l'ajuster en fonction des besoins ; cependant, une diminution des conditionnements entraînerait sans doute une augmentation des prix à l'achat, dont il faudrait tenir compte.

Les résultats obtenus montrent que les effets de série sont variables d'une discipline à l'autre et d'un laboratoire à l'autre au sein d'une même discipline. De manière générale, on peut estimer que l'augmentation moyenne des coûts unitaires est d'au maximum 5 à 10% pour une baisse de production de 10 à 20% (elle est en générale moins importante : de l'ordre de 3 ou 4%). Cependant deux points sont à relever :

- Pour les baisses de production faibles (de 1 à 5%), l'augmentation des coûts unitaires peut parfois être très proche du taux de baisse de la production, ce qui signifie que la baisse de prescriptions dans les services cliniques pourrait être entièrement compensée par la hausse des coûts (voir simulation 2 supra). Le tableau ci-dessous met en évidence cette situation :



- Pour certaines analyses, l'augmentation moyenne du coût unitaire est quasiment toujours supérieure au taux de baisse de la production. Cependant, les produits concernés, souvent achetés en faible quantité, ne sont sans doute pas aujourd'hui utilisés de manière optimale.

Ces simulations sont basées sur des hypothèses simplificatrices, pour permettre de modéliser la baisse de production et les économies d'échelle ; elles ne peuvent donc donner qu'un *ordre d'idée* de l'ampleur du phénomène, et identifier des produits ou des analyses « à risque » pour les effets série. On remarque qu'il y a risque lorsque la baisse des prescriptions est minime (entre 1 et 5%). Au delà, l'économie réalisée par la baisse des prescriptions est toujours supérieure à l'augmentation moyenne des coûts unitaires, et la constitution d'une réserve n'est donc pas nécessaire. On peut donc supposer qu'une provision de l'ordre de 5% du budget réactifs et consommables couvrirait les déficits potentiels des laboratoires.

#### 5d) Conclusion - Propositions

Quelle que soit la méthode adoptée, on remarque que le succès de la démarche réside essentiellement dans :

- *La motivation des acteurs*, qui passe par un affichage et une transparence des objectifs et de la démarche, aussi bien au niveau des laboratoires que des services cliniques, et un système d'intéressement performant ;
- *Une bonne évaluation des surcoûts* dus aux effets série, et ainsi une constitution optimale de la réserve ou des marges sur coûts unitaires.

#### Proposition d'un mode de tarification et d'intéressement :

Cette analyse montre qu'un système de facturation interne, à partir du moment où il lie les budgets des laboratoires aux autorisations de crédits des cliniques, implique une grande transparence des coûts. **Une tarification déconnectée du coût réel, en plus d'impliquer un énorme travail (qui a lui aussi un coût) chaque année pour élaborer les tarifs, conduit à un système d'intéressement illisible**, et à des écarts qui peuvent devenir incontrôlables entre ce que les cliniques croient dépenser, et les charges réelles qu'elles engendrent.

Enfin, des tarifs incluant les charges fixes de personnel n'ont pas grande utilité, et rendent le système plus complexe ; les cliniciens se voient facturer des charges sur lesquelles ils n'ont **aucun pouvoir d'action**, et qui de surcroît restent fixes et entraînent donc une augmentation des tarifs chaque année. De plus, l'intéressement, s'il est lié aux économies réelles apparaîtra très faible par rapport aux économies qui seront visibles au niveau des cliniques : en effet, ces dernières comprendront des charges de personnel, alors que les économies réelles ne se feront essentiellement que sur les réactifs et consommables.

Pour obtenir un système de facturation cohérent, et tant que les phénomènes de prescriptions ne sont pas encore bien compris, il paraît donc préférable dans un premier temps de facturer leurs consommations aux cliniciens sur la base du **coût réel variable direct**. Cette solution **minimise les risques d'écarts** entre le pouvoir d'achat donné aux cliniques et les crédits réels, et **rend plus lisible un système d'intéressement** basé sur les économies réelles. Elle **permet de plus des transferts entre le budget de service et l'enveloppe de biologie** pour combler d'éventuels dépassements d'enveloppes dans les cliniques (on sait qu'un franc du budget de service, couvrira environ un franc de dépenses réelles). Enfin, c'est la **solution la plus simple**, puisqu'elle nécessite peu de travail supplémentaire pour élaborer les tarifs (ils sont directement issus de la comptabilité analytique, qui est en partie automatisée). Ce dernier point n'est pas négligeable, puisque le coût des agents nécessaires pour faire fonctionner le système de facturation doit être pris en compte et comparé aux bénéfices que l'on peut espérer en tirer. Une information sur le coût semi-complet est toutefois indispensable pour sensibiliser les cliniciens aux charges fixes.

En terme de lisibilité, il est préférable de proposer aux cliniciens un **intéressement calculé sur la base des économies apparaissant par rapport à leur enveloppe**, et non pas sur les économies réelles. Par exemple, si l'intéressement des cliniques s'élève chaque année à 40% de l'économie potentielle (écart entre facturation et enveloppe biologique), la part revenant aux laboratoires et à l'Institution serait de :

Part Institution / laboratoires = Economie réelle – 40% \* Economie potentielle

Cette part peut être répartie à 50/50 entre Institution et laboratoires.

Bien entendu, l'économie réelle doit absolument être supérieure à 40% de l'économie potentielle, ce qui suppose que les effets sérieux négatifs ne soient pas trop importants (risque de déficit, cf. 5b) Simulation 2 ). Cette méthode a pour intérêt de permettre aux laboratoires

de recevoir un intéressement qui soit **fonction de leur productivité** (plus l'économie réelle est importante par rapport à l'économie potentielle, plus leur part d'intéressement est importante). D'autre part, elle contribue à une meilleure **transparence** vis-à-vis des cliniques.

### **6 – Mise en œuvre pratique – La démarche adoptée au C.H.R.U. de Lille**

Le C.H.R.U. de Lille n'a pas, au moment de la rédaction de ce mémoire, fait de choix précis sur les modalités techniques de mise en œuvre de la facturation interne. Les **objectifs** et les **contraintes** politiques doivent être clarifiés pour répondre à plusieurs questions préalables : quels coûts afficher ? L'Institution est-elle prête à répondre aux probables exigences des cliniciens sur une meilleure rentabilité des laboratoires, sur un éventuel choix des fournisseurs ? A-t-elle les moyens aujourd'hui de faire face aux conséquences de la facturation interne : transfert d'activité entre laboratoires (si les cliniciens sont libres de gérer une seule enveloppe globale de biologie), baisse de production et redéploiement de personnel... ?

Une stratégie de **communication** vis-à-vis du corps médical doit être réfléchie, pour expliquer les choix techniques qui seront adoptés.

Il est prévu, dans un premier temps, de tester la démarche sur quelques « cliniques-test » ; une information sur leur consommation leur serait communiquée mensuellement au dernier trimestre 1999, puis la facturation débiterait en 2000.

Les obligations et les engagements réciproques des différents acteurs (cliniques, laboratoires, Institution) devraient être formalisés à l'aide d'un contrat.

## **PARTIE III : GENERALISATION DE LA REFLEXION**

---

La facturation interne, en tant qu'outil de régulation de la demande, peut être généralisée à l'ensemble des « services prestataires », à savoir les plateaux techniques et les services logistiques. La généralisation de la démarche, en interne comme dans d'autres établissements, suppose toutefois de tenir compte de certaines contraintes.

### **1 – Les contraintes d'une démarche de facturation interne**

#### **1a) La définition d'objectifs clairs**

La facturation interne est un outil très lourd à mettre en place et à gérer. Il implique donc des enjeux forts, et un contexte particulier. Il est peut-être peu judicieux de s'engager dans une telle démarche par exemple, si les plateaux médico-techniques sont peu nombreux, et représentent un enjeu budgétaire minime. Les objectifs à atteindre doivent être classés par ordre de priorité : faut-il avant tout sensibiliser les cliniciens aux coûts (auquel cas une simple information sur les coûts semi-complets peut suffire) ? Ou faut-il en priorité, en fonction du contexte politique, les impliquer dans la gestion et déconcentrer les moyens et les décisions ? Cherche-t-on essentiellement à maîtriser les dépenses et à dégager des moyens en interne (auquel cas, un système moins lourd que la facturation interne peut être envisagé) ? Il ne faut pas en effet oublier que la facturation interne ne reste qu'un outil au service d'objectifs que l'hôpital s'est fixés, et n'est en aucun cas une finalité en soi. Même si on peut supposer que chaque hôpital doit répondre à la finalité générale d'*efficience* (comment faire mieux ou plus avec autant ou moins de moyens), le contexte particulier de chaque établissement l'oblige à tenir compte de nombreuses contraintes, et les priorités budgétaires peuvent être différentes.

### 1b) Les contraintes techniques

La facturation interne n'est viable que si deux conditions sont réunies : les informations communiquées aux services cliniques sont *fiables*, et *régulières* – tous les mois ou éventuellement tous les trimestres, pour donner aux prescripteurs les moyens et le temps de réagir en cas d'éventuels dérapages (conditions nécessaires mais pas suffisantes). Ceci implique bien évidemment un système d'information performant, surtout dans les C.H.U. où les plateaux techniques sont nombreux, et une comptabilité analytique cohérente et fiable. Bien évidemment, tout ceci a un coût qu'il convient de prendre en compte avant de s'engager dans la démarche : coûts informatiques, coûts de formation, temps passé dans les différentes étapes de la facturation interne : mise en place de la comptabilité analytique, suivi et répétition de la démarche chaque année, élaboration des tableaux de bord et suivi des « factures »... L'idéal serait d'évaluer le rapport coûts-bénéfices d'une telle démarche ; or si les coûts sont identifiables, les bénéfices sont difficiles à appréhender avant la mise en place d'une phase test. On peut espérer qu'ils ne seront pas uniquement financiers, mais que l'information sur les coûts conduira également à une meilleure qualité des soins, notamment par la réduction des doublons d'examens parfois agressifs pour le patient (prélèvements sanguins notamment).

### 1c) Les contraintes psychologiques et culturelles

La facturation interne, par les termes employés, évoque immédiatement pour le corps médical la tant redoutée « gestion comptable » de la santé. Il est vrai que l'on tente d'optimiser le recours aux examens médico-techniques, grâce à un *encadrement budgétaire*. Il est évident que cette démarche ne peut être engagée que lorsque l'établissement est suffisamment préparé aux réalités de contractualisation interne et de déconcentration de gestion. Elle doit s'inscrire dans une démarche globale et cohérente, acceptée par le corps médical, avec tout ce que cela implique en terme de clarté des objectifs et des circuits de décisions, d'échanges et de contrôlabilité des informations. Si c'est le cas, la facturation interne peut représenter pour les services cliniques une de leurs principales marges de manœuvre en terme d'économies de gestion et d'intéressement. Plus qu'un simple encadrement budgétaire, c'est un moyen de renforcer l'autonomie de gestion des services cliniques, en déconcentrant, finalement, une partie des budgets médico-techniques. C'est pourquoi, il est également indispensable de s'assurer de l'adhésion des personnels médico-techniques ; dans le cas contraire, la comptabilité analytique risque d'être utilisée par les services médico-techniques comme un moyen de servir leur stratégie de développement d'activité, selon leurs craintes et leurs souhaits : peur de devoir abandonner une activité dont les coûts seraient trop élevés, peur d'afficher leur temps réel passé à la recherche et développement... il peut en résulter une déconnexion totale entre les coûts réels et les coûts affichés, avec toutes les conséquences que cela peut entraîner : tarification faussée, perte de confiance des cliniciens face à des coûts aberrants, déficits dans les laboratoires... Le temps passé à négocier un projet de facturation interne entre pleinement dans le coût à prendre en compte évoqué précédemment.



### 1d/ Les contraintes de flexibilité

La mise en place d'un système de régulation de la demande implique automatiquement, s'il fonctionne, des changements de comportements auxquels les producteurs doivent s'adapter rapidement. C'est en particulier le cas pour les redéploiements de personnel, comme nous l'avons vu : les services médico-techniques doivent répondre relativement rapidement aux éventuels transferts d'activité, aux nouveaux besoins des cliniciens... En affichant ainsi leurs coûts de production, et surtout en les facturant, les services médico-technique sont dans l'obligation de faire des efforts de productivité, qui, certes, bénéficient à tous. Cependant, il est clair que le statut des personnels hospitaliers ne permet pas cette flexibilité et cette réactivité sans un réel engagement de tous les acteurs dans la démarche.

### **2 – les enjeux d'une généralisation aux autres Plateaux Médico-Techniques et aux services logistiques : fongibilité des enveloppes**

La généralisation de la facturation interne et de l'instauration de relations « clients-fournisseurs » à l'ensemble des plateaux médico-techniques et des services logistiques soulève plusieurs questions sur le fonctionnement global du système. La multiplication d'enveloppes budgétaires dans les services cliniques, et la tendance à une plus grande autonomie de gestion de ces derniers pose la question d'une éventuelle fongibilité des enveloppes. Sera-t-il possible pour les services cliniques de gérer réellement la globalité de leurs crédits, et donc d'utiliser les crédits non consommés sur une enveloppe pour « acheter » des produits sur une autre enveloppe ? Deux types d'enveloppes sont alors à distinguer : les enveloppes de charges induites, et le budget de service.

## 2a) Fongibilité entre les enveloppes de charges induites

Une telle pratique signifie que les services cliniques peuvent par exemple consommer plus d'imagerie en faisant des économies sur leur enveloppe de biologie, et inversement. Des crédits sont en conséquence transférés d'un plateau médico-technique à un autre, voire d'un service logistique à un plateau médico-technique et inversement. Plusieurs difficultés s'imposent alors :

- Comment gérer cette multiplication de transferts durant l'année ? Les services prestataires n'ont plus aucune visibilité sur leur activité, ni sur les crédits qui leurs sont alloués.
- Comment gérer les éventuels transferts d'activité d'un plateau médico-technique à l'autre ? En effet, les disciplines médico-techniques n'ont souvent pas les mêmes contraintes en terme de capacités de production. L'imagerie par exemple, fonctionne actuellement à capacité de production saturée, dont l'évolution est régie par des contraintes régionales (voire nationales) de carte sanitaire. Certains plateaux techniques ne peuvent donc pas assumer techniquement et humainement une augmentation de la demande.
- Comment prendre en compte les différentes structures de coûts des services prestataires ? En effet, alors qu'en biologie par exemple, les réactifs et consommables représentent environ 30 à 40% du coût semi-complet d'un examen, en imagerie les films et produits de contraste ne pèsent qu'environ 10%, l'essentiel des coûts de production étant le personnel. Ceci signifie qu'un service clinique économisant un acte de biologie pourrait « acheter » trois examens d'imagerie (on considère en effet que la facturation se fait au coût direct variable, cf. partie II, 5d). Par conséquent, les transferts d'activité pourraient au global occasionner un surcoût pour l'hôpital sur le groupe 1 (s'il doit y avoir recrutement pour faire face au surcroît de production).

- Ne risque-t-on pas de voir apparaître des comportements consuméristes au détriment du patient ? En effet, si l'on souhaite aujourd'hui voir les techniques se substituer, et non s'accumuler, c'est au bénéfice du patient, et à l'aide d'évaluations des pratiques. Un système de fongibilité des enveloppes pourraient accélérer le processus, et entraîner des modifications de prescriptions qui ne seraient basées que sur des considérations comptables (augmentation du recours aux explorations fonctionnelles au détriment de la chirurgie classique par exemple). De même, peut-on autoriser les services cliniques à consommer plus d'examens grâce à des économies réalisées sur la restauration ou la blanchisserie ? La régulation de la demande n'est pas, dans un contexte d'amélioration de la qualité, l'enjeu principal pour les services logistiques. On peut supposer que le corps médical, déjà réticent à des régulations comptables, serait très vigilant vis-à-vis de ces effets pervers, surtout dans un contexte d'accréditation ; cependant, la question mérite d'être posée.

De manière générale, un système de fongibilité des enveloppes peut entraîner de profonds changements dans les comportements et les pratiques ; s'ils sont nécessaires à long terme, ils sont cependant ingérables et risqués à court terme. L'établissement n'a pas la réactivité suffisante à l'heure actuelle pour répondre, par des redéploiements de personnel par exemple, à des transferts d'activité entre services prestataires. Enfin, l'engagement dans une telle démarche implique une importante réflexion préalable sur les coûts de revient et les structures de coûts.

## 2b) Fongibilité entre chaque enveloppe de charges induites et le budget de service

Si la fongibilité entre enveloppes de charges induites paraît peu souhaitable, il est cependant nécessaire de laisser une certaine marge de manœuvre aux services cliniques, et de ne pas encadrer trop strictement les dépenses. De plus, comme nous l'avons vu, la reprise d'éventuels dépassements d'une enveloppe doit être envisagée. Il est alors possible de proposer aux services cliniques de combler ces déficits par transfert de crédits du budget de service vers les services prestataires. A l'inverse, si on envisage un contrat en terme de « réciprocités », il est normal de laisser la possibilité de transférer des crédits non utilisés sur les enveloppes de charges induites, sur certains comptes du budget de service. Bien évidemment, ce système risque d'être détourné, et on aboutirait finalement à la situation exposée au point précédent : un service, pour consommer plus d'imagerie, pourrait faire des économies sur une autre enveloppe de charges induites, transférer les crédits sur son budget de service, puis les transférer à nouveau sur son enveloppe d'imagerie. Un dispositif de contrôle doit donc être intégré dans les contrats pour éviter ces transferts par l'intermédiaire des budgets de service. De plus, les risques de forte baisse ou d'augmentation d'activité dans certains services prestataires restent présents, même si on peut imaginer que les marges de manœuvre en terme d'économies sur les budgets de service sont moindres que sur les enveloppes de charges induites.

Il faut préciser sur quels comptes du budget de service les transferts de crédits sont possibles, en prenant en considération les éventuels surcoûts (part des coûts qui ne seraient pas intégrés dans le budget de service, mais qui seraient occasionnés par une augmentation des consommations sur une des lignes budgétaires), mais aussi les risques de changements de pratiques médicales et donc les conséquences possibles pour le patient.

Enfin, il faut tenir compte du fait qu'**autoriser une fongibilité totale entre une enveloppe de charges induites et le budget de service implique la disparition de l'intéressement**. En effet, ce système permet au service clinique de transférer en fin d'année l'intégralité des crédits non consommés en biologie par exemple, sur une autre ligne de dépenses, comme les médicaments, qui sont des *biens que l'on peut stocker*. Le service n'a alors plus intérêt à faire des économies et risquer de voir son enveloppe de charges induites diminuer l'année suivante, sauf si l'intéressement concerne éventuellement l'investissement. Il en résulte un manque à gagner pour l'Institution, puisqu'aucune ressource n'est dégagée. Il est possible, pour éviter cet effet pervers, de limiter les autorisations de transferts à un certain pourcentage des économies réalisées, auquel cas, les transferts en cours d'année ne sont pas possibles.

### **3 – La pérennisation du système**

La démarche de facturation interne doit être envisagée en terme de processus durable, qui doit s'inscrire dans les grandes tendances actuelles de contrôle des dépenses de santé, mais aussi d'une plus grande autonomie de gestion des cliniciens, et enfin d'une amélioration de la qualité des soins. En effet, si l'on envisage le seul objectif de régulation des dépenses, le système ne peut perdurer, puisque pour toute démarche dont l'intéressement est basé sur des objectifs quantitatifs, il arrive un jour où les économies ne sont plus possibles.

On a vu qu'un système de fongibilité des enveloppes de charges induites peut entraîner dans la structure actuelle des plateaux techniques de profonds changements, qui, s'ils sont suffisamment encadrés, peuvent se faire au bénéfice du patient.

Quoi qu'il en soit, il est indispensable d'envisager des garde-fous et l'élargissement des termes des contrats à des considérations plus qualitatives. Par exemple, il est nécessaire d'engager une relation plus étroite entre les prescripteurs et les services prestataires en termes de pratiques et d'évaluation des résultats. Ceci peut se concrétiser par des réunions mixtes

prévues dans le contrat à des échéances précises. Ces réunions seraient l'occasion d'échanger et d'informer sur les nouvelles techniques, la recherche, les besoins des uns et des autres, et les pratiques. Bien évidemment, le contrat est aussi l'occasion de mettre en place de nouvelles procédures d'amélioration de la qualité des prestations et des flux d'informations, de patients, de rendu des résultats...

## CONCLUSION

Le facturation interne est un outil attractif et relativement complet, mais reste difficile à mettre en œuvre, et impose des choix techniques parfois incompatibles avec les « contraintes politiques » du terrain. Le choix des plateaux médico-techniques ou des services logistiques à intégrer dans la démarche est important : il faut éviter une multiplication des contrats et des contraintes qui n'aboutiraient pas à des résultats satisfaisants. Ainsi, généraliser la facturation interne à l'hôtellerie par exemple, n'est pas vraiment conforme au principal enjeu de ce secteur, qui se concentre sur la qualité des prestations.

Par ailleurs, cet outil repose essentiellement sur une régulation comptable de la demande, et il est nécessaire de le faire évoluer vers plus de qualité. Il n'est donc en aucun cas l'outil « parfait », et les bénéfices que l'on peut en retirer restent encore à être évalués sur le terrain. Ce mémoire peut donc servir de grille de réflexion pour d'autres hôpitaux, et permet de mettre en évidence les enjeux d'une démarche qui ne peut être considérée comme LA solution pour contenir l'évolution de la demande d'examens médico-techniques, et qui doit toujours être confrontée aux objectifs et aux contraintes de chaque établissement.

# **ANNEXE 1**

**\*\*\***

*Ecart entre les coûts réels C.H.R.U. de Lille et le tarif Sécurité Sociale  
Exemple d'un laboratoire de biochimie*



## **ANNEXE 2**

**\*\*\***

*Evaluation des projets de recherche biologique*  
*Questionnaire*

# **ANNEXE 3**

**\*\*\***

*Tableaux de bord de biologie*

# **ANNEXE 4**

**\*\*\***

*Evaluation des effets-série*

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

- Anthony R.N., *La Fonction Contrôle de Gestion* ; Publiunion, 1993.
- Barge M., *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998* ; SESI, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999.
- Malo J-L., Mathé J-C., *L'Essentiel du Contrôle de Gestion* ; Editions d'Organisation, 1998.

### MEMOIRES

- Boutry M., *Elaboration d'un Outil d'Aide à la Décision stratégique en Biologie* ; Mémoire professionnel, Université de Technologie de Compiègne, 1997.
- Soubigou P., Mastère Equipements biomédicaux, *Les Laboratoires hospitaliers de biologie médicale. Missions, organisation, évolution* ; 1998.

### REVUES

- Anhoury P., Cointement S., *Le contrôle de gestion : d'une logique budgétaire à une logique de performances* ; Gestions Hospitalières 1998/06-07, pp 402-404.
- Bafcop J., Bouquin H., Desreumaux A., *Regard sur la pratique des entreprises françaises* ; Revue Française de Gestion 1991/01-02, pp 103-113.
- Beaurain S., *Quelques réflexions et recommandations pour la gestion du plateau technique* ; Gestions Hospitalières 1996/06, pp 226-227.
- Biron N., Prs. Mark J. et Oudet P., *Article interne aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*, 1999.

- Biron N., Mark J., Oudet P., Hamel G., L'utilisation de la méthode ABC pour les activités de support médico-technique et logistique ; Gestions Hospitalières 1998/06-07, pp 425-429.
- Boutry M., Caron D., Elaboration d'un outil d'aide à la décision stratégique en biologie, RBM 1998 ; 20(2) ; pp 18-24.
- Chardon C., Bosson J-L., Buffaz P-D., Caravel J-P., Carpentier P., Coulomb M., Frossard M., Calcul du coût réel d'examens dans un Centre Hospitalier Universitaire – Apport dans le choix d'une nouvelle stratégie diagnostique de l'embolie pulmonaire ; Journal d'Economie Médicale 1997/11-12, T.15, n°7-8, pp489-501.
- Durand-Zaleski I., Elaboration et mise en place des recommandations de pratique clinique – L'expérience de l'Hôpital Henri Mondor ; Gestions Hospitalières 1997/10, n°369, pp 645-652.
- Durand I., Etude de coûts des analyses biologiques dans un hôpital de gériatrie ; Gestions Hospitalières 1996/06-07, n° 357, pp 474-475.
- Gerbaud L., Vilatte Verdet B., Quel est l'effet de la limitation d'accès aux équipements sur le comportement des prescripteurs ? ; Journal d'Economie Médicale 97/11, pp 451-472.
- Minvielle E., Beaugé S., Mieux prescrire les examens complémentaires, l'expérience du CHU Bichat-Claude Bernard ; Gestions Hospitalières 98/01, pp 32-36.
- Quaranta J-F., Jeanjean L., Régulation de la prescription des actes médicaux diagnostiques et thérapeutiques – Bilan actuel et perspectives ; Gestions Hospitalières 99/05, pp 323-328.
- Roman N., Contrôle de gestion et budget de service : imputation des actes du plateau médico-technique au budget des services cliniques ; Gestions Hospitalières 1997/08, n°367, pp 450-454.

- *L'état de l'imagerie médicale mondiale au RSNA 1997 à Chicago* ; Techniques Hospitalières 1998/06, n° 627, pp 52-69.
- *Dossier contractualisation interne et déconcentration de gestion* ; Gestions Hospitalières 1999/04 ; pp 240 – 255.